

Titelblad Cahier 138

De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten

Welzijnsbeleid in de lokale samenleving

M.H. Kwekkeboom

Rug De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten 138

Sociaal en Cultureel Planbureau

Aantal pagina's : 172
Omslagkleur: PMS 513C

De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten

Sinds 1988 onderzoekt het Sociaal en Cultureel Planbureau in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de ontwikkelingen in het welzijnsbeleid op met name het lokale niveau. Over de resultaten van dit onderzoek wordt periodiek gerapporteerd, hetzij in afzonderlijke publicaties van het Bureau, hetzij in de jaarlijkse *Sociale en Culturele Verkenningen*.

Deze nieuwe publicatie in de serie *Welzijnsbeleid in de lokale samenleving* (voorheen Rapportage welzijnswerk) gaat in op de ontwikkeling van lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten. Op grond van onderzoek onder ambtenaren, politieke bestuurders, belangenbehartigingsorganisaties en instellingen (de zogenoemde beleidsactoren) op de terreinen zorg en huisvesting wordt beschreven hoe in 28 gemeenten dit beleid tot stand komt. Aan de orde komen onder meer het aanbod aan lokale voorzieningen, de onderlinge samenwerking en de mate van afstemming. Ook wordt ingegaan op de problemen, die de diverse respondenten signaleren, de door hun gekozen oplossingsstrategieën en hun oordeel over de resultaten hiervan.

Aan de hand van de uitkomsten wordt nagegaan of en in hoeverre de belangrijkste actoren binnen een gemeente er in slagen een gezamenlijk en samenhangend beleid rond de doelgroepen ouderen en gehandicapten te realiseren. In de slotbeschouwing wordt ingegaan op de condities waaronder de decentralisatie van (delen van) het ouderen- en gehandicaptenbeleid heeft plaatsgevonden.

De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten

Exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar in de boekhandel en bij
VUGA Uitgeverij bv onder vermelding van **ISBN 90-5250-928-X**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Kwekkeboom, M.H.

De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten ; Welzijns-
beleid in de lokale samenleving (voorheen Rapportage welzijnswerk: dl. 6) / M.H.
Kwekkeboom. - Rijswijk : Sociaal en Cultureel Planbureau ; Den Haag : VUGA. -
III. -
(Cahier / Sociaal en Cultureel Planbureau, ISSN 0927-0833 ; nr. 138)
Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.
ISBN 90-5250-928-X (VUGA)
NUGI 661
Trefw.: ouderen ; gehandicapten ; gemeentelijk beleid

© **Sociaal en Cultureel Planbureau**
Rijswijk, mei 1997
ISBN 90-5250-928-X
Deze publicatie is gedrukt op chloorvrij papier.

INHOUD

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
2 BEGRIPSAFBAKENING, VRAAGSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Begripsafbakening	11
2.2.1 Monitoring van beleid	11
2.2.2 Beleidsanalyse vanuit de netwerkbenadering	14
2.3 Centrale vraagstelling en onderzoeksvragen	15
2.4 Methoden van onderzoek	18
Noten	22
Bijlage	23
Deel I Context van het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten	25
3 REIKWIJDTE VAN HET LOKAAL OUDEREN- EN GEHANDICAPTENBELEID	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Taken van de lokale overheid op het terrein van het ouderen- en gehandicaptenbeleid	29
3.3 Gevolgen voor de positie van de lokale actoren	35
3.4 Samenvatting en conclusies	38
Noten	40
4 LOKALE ASPECTEN VAN DE LEEFSITUATIE VAN OUDEREN EN GEHANDICAPTEN	41
4.1 Inleiding	41
4.2 Afbakening van de doelgroepen en enige achtergrondgegevens	42
4.3 Zorgbehoefte en zorggebruik	44
4.4 Huisvesting	54
4.5 Maatschappelijke participatie	59
4.6 Samenvatting en conclusies	68
Noten	71
Bijlagen	73

Deel II	De uitvoering van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid in 28 gemeenten	75
5	HET LOKALE BELEIDSNETWERK	77
5.1	Inleiding	77
5.2	De lokale overheid	78
5.2.1	Algemene aspecten van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid	78
5.2.2	Uitvoering van het WVG-beleid in de onderzoeksgemeenten	86
5.2.3	Actuele thema's in het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid	94
5.3	De lokale organisaties	99
5.3.1	De belangenbehartigingsorganisaties	100
5.3.2	Instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening	103
5.3.3	Organisaties op het terrein van de huisvesting	108
5.3.4	Onderlinge verhoudingen	111
5.4	Samenvatting en conclusies	115
	Noten	120
6	TOTSTANDKOMING VAN BELEID: DE BELEIDSCYCLUS	123
6.1	Inleiding	123
6.2	Doelstelling en uitgangspunten	123
6.3	Probleemdefiniëring	126
6.4	De oplossingsstrategieën	137
6.5	Evaluatie van het gevoerde beleid	140
6.6	Samenvatting en conclusies	144
	Noten	147
7	SLOTBESCHOUWING	149
	Noten	155
8	SAMENVATTING	157
	SUMMARY	161
	LITERATUUR	165
	LIJST VAN AFKORTINGEN	169

VOORWOORD

Het voorliggende rapport is een publicatie in het kader van het meerjarige onderzoeksprogramma Welzijnsbeleid in de lokale samenleving (WLS). Dit programma is een voortzetting van het in 1988 gestarte project Rapportage welzijnswerk en wordt evenals zijn voorganger uitgevoerd op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In het programma wordt onderzoek gedaan naar de wijze waarop op lokaal niveau uitvoering wordt gegeven aan diverse aspecten van het sinds 1987 gedecentraliseerde welzijnsbeleid.

In deze publicatie wordt ingegaan op de uitvoering van het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten. In het onderzoek is daarbij voortgebouwd op kennis uit eerdere, meer kwalitatieve *case-studies* naar de rol van de lokale overheid respectievelijk de rollen van de andere lokale actoren (aanbieders zowel als gebruikers) bij de totstandkoming van het beleid en voorzieningenaanbod voor deze doelgroepen. In de voorliggende studie van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid is dan ook opnieuw uitgegaan van een multi-actorenbenadering voor de beschrijving van beleidsprocessen. Daarom is, in de voor het WLS-programma geselecteerde onderzoeksgemeenten, informatie verzameld bij meerdere organisaties en instellingen die bij het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten zijn betrokken (maximaal tien per onderzoeksgemeente). De informatieverzameling heeft, aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten, plaatsgevonden in de vorm van *face-to-face*-gesprekken en telefonische interviews.

Door deze standaardisatie is het mogelijk de uitkomsten per onderzoeksgemeente en type actor onderling te vergelijken. Indien gewenst kan op een later tijdstip de informatieverzameling herhaald worden, zodat ontwikkelingen in de tijd ook traceerbaar zijn. Op deze wijze is een basis gelegd voor een monitoring van lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid als onderdeel van een monitoring van lokaal welzijnsbeleid in brede zin.

Doordat in deze studie twee doelgroepen van (lokaal) sociaal en cultureel beleid centraal staan, sluit het onderzoek ook aan bij de door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uitgevoerde doelgroepenrapportages.

De uitvoering van het veldwerk voor deze studie was in handen van het Verwey Jonker Instituut te Utrecht. Het SCP is dit instituut bijzonder erkentelijk voor de deskundige wijze waarop zorg is gedragen voor het opstellen van de vragenlijst, het afnemen van de interviews en het ordenen van het verkregen datamateriaal.

Prof. drs. A.J. van der Staay
(directeur)



1 INLEIDING

Met de aanneming van de Welzijnswet in 1987 zijn de verantwoordelijkheden voor de ontwikkeling en uitvoering van het welzijnsbeleid over de diverse overheidslagen verdeeld. In lijn met de tendens tot verdergaande decentralisatie van beleid zijn nu de lokale overheden in eerste instantie verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van de uitvoerende welzijnsorganisaties. Daarbij is het de taak van de centrale overheid om veranderingen in de samenleving te volgen en te analyseren en om de ontwikkeling van nieuw beleid te stimuleren. De wijzigingen in de Welzijnswet, die in 1994 zijn doorgevoerd, hebben deze onderlinge taakverdeling nog wat verder aangescherpt.

Om haar taken goed te kunnen vervullen heeft de centrale overheid behoefte aan een adequate informatievoorziening over de uitvoering van dit beleid op het lokale niveau. Daarom heeft het toenmalige ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur in 1989 aan het Sociaal en Cultureel Planbureau verzocht om een periodieke rapportage over het lokale welzijnsbeleid op te zetten, de zogenoemde Welzijns-wetrapportage.

Bij de herziening van de opzet van deze rapportage in 1993 is besloten om af te stappen van het tot dan toe gehanteerde, voornamelijk kwalitatieve onderzoek van het beleid in enkele gemeenten en te proberen een meer generaliseerbaar, gestandaardiseerd monitoringsysteem op te zetten (SCP 1993). Tevens is er toen voor gekozen om het lokale welzijnsbeleid ook vanuit de doelgroepenbenadering te bestuderen. Binnen het welzijnsbeleid in brede zin zijn immers enkele doelgroepen voor gerichte beleidsaandacht aangewezen; hierdoor moet voorkomen worden dat de leden van deze doelgroepen ten gevolge van hun grotere kwetsbaarheid extra risico lopen om in achterstandssituaties terecht te komen. In deze doelgroepenbenadering, die een intersectoraal karakter draagt, wordt de taak om de sectorale ontwikkelingen te coördineren en op elkaar af te stemmen in handen gelegd van de lokale overheid en van de lokale organisaties.

Het voorliggende rapport is de verslaglegging van een onderzoek naar het lokale beleid rond twee van de doelgroepen van het welzijnsbeleid, namelijk ouderen en gehandicapten. Deze doelgroepen zijn in dit onderzoek samen genomen, omdat het streven erop is gericht om op het lokale niveau het ouderenbeleid en het gehandicaptenbeleid zo veel mogelijk te integreren. Voor dit onderzoek kon deels worden voortgebouwd op eerder onderzoek van het Planbureau naar lokaal ouderenbeleid, dat in het kader van de eerdergenoemde Welzijnswetrapportage is uitgevoerd. De informatievoorziening ten behoeve van deze rapportage is zodanig gestandaardiseerd opgeslagen dat hiermee een basis is gelegd voor de monitoring van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid.

In de opzet van het rapport is zo veel mogelijk aangesloten bij het rapportagestramien van het al eerdergenoemde onderzoek naar het lokale ouderenbeleid (Kwekkeboom 1994). Dit betekent dat, voordat op de resultaten van het onderzoek naar de totstandkoming en uitvoering van het ouderen- en gehandicaptenbeleid in de onderzoeksgemeenten wordt ingegaan, eerst een beschrijving wordt gegeven van de context waarin dit beleid ontwikkeld wordt. Gegevens over totstandkoming en uitvoering van beleid en over eventuele ontwikkelingen daarin kunnen immers alleen worden begrepen als bekend is wat de inhoudelijke reikwijdte van het beleid is en wat de kenmerken zijn van de burgers of groepen burgers waarop het beleid zich specifiek zou moeten richten.

De beschrijving van de context van het beleid beslaat in deze rapportage twee hoofdstukken. In het eerste hiervan zal worden weergegeven welke facetten van het intersectorale beleid voor ouderen en gehandicapten juist op het lokale niveau moeten worden ingevuld. Daarbij zal tevens worden ingegaan op de beperkingen die aan deze invulling zijn verbonden en op de handelingsvrijheid van de lokale beleidsactoren om deze beperkingen te overwinnen. In het daaropvolgende hoofdstuk zal ingegaan worden op enkele aspecten van de leefsituatie van ouderen en gehandicapten die voor het lokale beleid interessant zijn respectievelijk door het lokale beleid beïnvloed kunnen worden.

In het onderzoek naar de ontwikkeling en uitvoering van het lokale beleid zelf hebben twee aandachtspunten centraal gestaan. Het eerste betreft de vraag welke voorzieningen voor ouderen en gehandicapten er op lokaal niveau worden geboden en de wijze waarop overheid en instellingen bij de totstandkoming van dit aanbod samenwerken. Het tweede aandachtspunt richt zich op de onderlinge verhoudingen in het lokale beleidsnetwerk en de gevolgen hiervan voor de ontwikkeling van een samenhangend, integraal beleid op lokaal niveau. In dit rapport is aan de bevindingen van elk van deze aspecten van het lokale beleid een hoofdstuk gewijd.

Een en ander resulteert in de volgende opzet van dit rapport.

In hoofdstuk 2 wordt dieper ingegaan op de uitvoering van het onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Eerst wordt uiteengezet vanuit welke (theoretische) overwegingen het beleid is bestudeerd. Vervolgens worden de centrale vraagstelling en de daarvan afgeleide onderzoeksvragen nader besproken en toegelicht. In de laatste paragraaf ten slotte wordt beschreven op welke manier de gegevens zijn verzameld en verwerkt.

De hoofdstukken 3 en 4 beogen samen een schets te geven van de context waarin het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid wordt vormgegeven. Hoofdstuk 3 is gewijd aan een beschrijving van de reikwijdte van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Eerst wordt ingegaan op de overwegingen die ten grondslag liggen aan de territoriale decentralisatie van (delen van) het welzijns-, i.c. doelgroepenbeleid in het algemeen. Daarnaast biedt dit hoofdstuk een inventarisatie van de diverse regelingen die op dit terrein van kracht zijn, en een overzicht van de knelpunten en de mogelijkheden waarmee de lokale beleidsactoren in de praktijk worden geconfronteerd. Tevens wordt ingegaan op veranderingen in de regelgeving sinds 1994 - de publicatiedatum van de eerdere rapportage - en de gevolgen hiervan. In

hoofdstuk 4 worden enkele aspecten van de leefsituatie van de oudere en/of gehandicapte leden van de bevolking beschreven. Aangezien, zoals uit hoofdstuk 3 zal blijken, het lokale beleid zich vooral richt op zorg- en dienstverlening aan, en huisvesting en maatschappelijke participatie van *zelfstandig* wonende ouderen en gehandicapten, spits de beschrijving van de leefsituatie zich hierop toe. Daarbij wordt vooral aandacht gegeven aan het inventariseren van knelpunten in deze leefsituatie en daarmee van aandachtspunten voor lokaal beleid. In de beschrijving van deze knelpunten is tevens, als eerste indicatie van een mogelijke relatie met lokale factoren, gezocht naar een samenhang tussen leefsituatiegegevens en stedelijkheidsgraad van de woongemeente.

De hoofdstukken 5 en 6 vervolgens zijn gewijd aan het verslag van het onderzoek naar de uitvoering van het lokale beleid zelf. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de concrete uitvoering van het beleid, c.q. de realisatie van het voorzieningenaanbod op lokaal niveau. Van alle onderzochte lokale beleidsactoren wordt beschreven welke voorzieningen zij bieden en of, en in hoeverre zij hierbij samenwerken met andere lokale organisaties en instellingen. In dit hoofdstuk wordt tevens ingegaan op enkele aspecten van de bij het onderzoek betrokken organisaties, zoals de inzet van vrijwilligers en de wijze waarop de leden van de doelgroepen bij het beleid worden betrokken. Tevens wordt aandacht besteed aan de manier waarop de lokale actoren, en in het bijzonder de lokale overheden, beleidsmatig reageren op enkele actuele ontwikkelingen die in het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten van belang zijn.

Hoofdstuk 6 beschrijft aan de hand van de diverse stadia van de beleidscyclus (doelstellingen en uitgangspunten, probleemdefiniëring, oplossingsstrategieën, evaluatie) hoe de diverse actoren binnen het lokale netwerk het beleid voor ouderen en gehandicapten ontwikkelen en implementeren. Daarbij wordt nadrukkelijk ingegaan op de mate waarop de betrokkenen met elkaar overeenstemmen en de gevolgen die deze overeenstemming heeft voor de realisatie van een integraal, samenhangend beleid, zoals de opzet is.

In het daaropvolgende hoofdstuk 7 wordt het antwoord op de centrale vraagstelling van het onderzoek geformuleerd. Naar aanleiding van de bevindingen wordt in deze slotbeschouwing opnieuw ingegaan op de aannamen die aan de decentralisatie van (delen van) het ouderen- en gehandicaptenbeleid ten grondslag hebben gelegen. De aandacht gaat daarbij vooral uit naar de beleidsmatige en maatschappelijke condities waaronder deze decentralisatie in de onderzochte periode haar beslag heeft gekregen.



2 BEGRIPSAFBAKENING, VRAAGSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 1 al werd aangegeven, is het onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid een eerste invulling van de doelgroepenbenadering in het overkoepelende SCP-onderzoek naar het lokale welzijnsbeleid, dat in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt uitgevoerd (zie ook SCP 1996). Deze opdracht behelsde onder meer de ontwikkeling van een systeem c.q. onderzoeksstramien waarmee de ontwikkeling van beleid op lokaal niveau gestandaardiseerd in kaart kan worden gebracht, dat wil zeggen ‘gemonitord’. De resultaten van deze monitoring zullen, in de ogen van het departement, mede de basis kunnen vormen voor de ontwikkeling van beleid dat uitgaat van de maatschappelijke realiteit. Tevens zou monitoring een bijdrage kunnen leveren aan de evaluatie van het beleid, zodat beleidsmaatregelen op hun directe en indirecte effecten beoordeeld kunnen worden (VWS 1994).

Het begrip ‘monitoring’ kan echter op uiteenlopende wijze worden ingevuld. Welke invulling eraan wordt gegeven, bepaalt mede de opbouw van het te ontwikkelen systeem en dus ook van het daaraan ten grondslag liggende onderzoek. Daarom zal, voordat vraagstelling en uitvoering van het onderzoek worden besproken, eerst worden uiteengezet welke definitie van monitoring voor dit onderzoek werd gebruikt. Daaropvolgend zal nader worden ingegaan op het meer theoretische perspectief van waaruit het onderzoek naar lokaal welzijnsbeleid, en daarmee dat naar lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid, is opgezet. De wijze waarop naar de totstandkoming van beleid wordt gekeken bepaalt immers evenzeer de inrichting van het onderzoek en het daarop te baseren monitoringsysteem. Voor het onderhavige onderzoek is voor de analyse van beleid uitgegaan van het bestuurskundige concept van de netwerkbenadering. Wat deze benadering inhoudt wordt uiteengezet in paragraaf 2.2.2.

In de daaropvolgende paragrafen zal nader worden toegelicht hoe de gehanteerde opvatting van monitoring van beleid - en die vanuit de netwerkbenadering - is vertaald in de vraagstelling en de gebruikte methode van onderzoek.

2.2 Begripsafbakening

2.2.1 *Monitoring van beleid*

Ter voorbereiding op de uitvoering van het onderzoek naar het lokale welzijnsbeleid is eerst een verkenning uitgevoerd naar de functies van onderzoek voor beleid in het algemeen en de toepassing van monitoringonderzoek in het bijzonder.

Uit de literatuur blijkt dat onderzoek ten behoeve van beleid, en dus ook monitoring, kennis oplevert die in verschillende stadia van het beleidsproces kan worden toegepast. Beleidsgericht onderzoek kan dan ook op verschillende wijzen worden gebruikt en kan uiteenlopende functies bij de beleidsontwikkeling hebben. Korsten (1983) onderscheidde in zijn studie naar de benutting van onderzoek in (overheids)beleid zes modellen voor

het gebruik van beleidsonderzoek, namelijk:

- het probleemoplossingsmodel, waarbij gebruik van onderzoeksresultaten wordt gezien als direct, instrumenteel en specifiek; conclusies en aanbevelingen dienen om een beleidsprobleem op te lossen;
- het kennistoepassingsmodel, waarbij het toepassingsproces verloopt volgens de fasen fundamenteel onderzoek (1), daarop gebaseerd toegepast onderzoek (2), ontwikkeling van mogelijke actiemodellen (3), en toepassing hiervan in het beleid (4);
- het interactieve model, waarbij onderzoek slechts een van de vele bronnen van kennis voor de ambtenaar is, naast bronnen als ervaring, politiek inzicht, inspraak, overleg en dergelijke;
- het politieke model, waarbij de onderzoeksresultaten (selectief) worden gebruikt om een bepaald beleid of standpunt te legitimeren;
- het tactische model, waarbij onderzoek (en eigenlijk niet eens de uitkomst ervan) wordt gebruikt als strategisch middel om bijvoorbeeld actie te voorkomen, lastige kamervragen te vermijden enzovoort;
- het conceptualiseringsmodel (ook wel *enlightenment*-model genoemd), waarbij kennis uit onderzoeksresultaten langzaam het beleidsproces beïnvloedt. Beleidsvoerders kunnen door onderzoek gevoelig worden voor een verandering op de politieke agenda en een andere maatschappelijke of politieke kijk ontwikkelen. Dit is meestal niet het gevolg van één onderzoek, maar van meerdere over hetzelfde onderwerp en met dezelfde uitkomsten.

Korsten constateert dat met name het conceptuele gebruik vrij omvangrijk en wijdverspreid is (Korsten 1983). Van Oijen onderschrijft deze bevinding, maar onderscheidt daarnaast nog twee andere hoofdvormen van gebruik, namelijk het instrumentele gebruik en het overredingsgebruik. Van instrumenteel gebruik is sprake als de resultaten uit onderzoek worden ingepast in beleidsvormingsprocessen (Van Oijen 1988).

In de praktijk van de beleidsontwikkeling wordt meer en meer belang gehecht aan een monitoring van ontwikkelingen in zowel samenleving als beleidsuitvoering. Monitoring is een vorm van beleidsgericht onderzoek met als belangrijkste kenmerken:

- continue of ten minste periodieke observaties;
- observatie van zowel activiteiten als omgeving;
- nadruk op tijdigheid van informatie, zodat interventie dan wel aanpassing van de interventie nog mogelijk is;
- verzameling van feitelijke informatie.

Monitoring van beleid kan onder meer de volgende functies hebben: signalering - zowel van ontwikkelingen in beleid en reacties daarop van de omgeving als van knelpunten in de samenleving -, feitelijke informatieverstrekking, en ondersteuning van evaluatie van beleid. In feite gaat het bij deze functies om zowel een conceptueel als een instrumenteel gebruik van de onderzoeksgegevens (Homminga 1994).

Op grond van de uitkomsten van het literatuuronderzoek is voor de rapportage over het lokale welzijnsbeleid de volgende (werk)definitie van monitoring van beleid

geformuleerd.

Monitoring van beleid is het op systematische wijze verzamelen, opslaan en presenteren van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens over de uitvoering van het beleid en de effecten hiervan in de samenleving, met als uiteindelijk doel het leveren van informatie ter ondersteuning van beleidsbeslissingen.

Bij het monitoren van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid is deze algemeen geformuleerde werkdefinitie overgenomen. De monitor kent twee toepassingsmogelijkheden. Ten eerste worden op systematische wijze onderzoeksgegevens over beleid opgeslagen in een geautomatiseerd informatiesysteem. Dit systeem zal, in principe, in de toekomst dienst kunnen doen als een voor belanghebbenden rechtstreeks en eenvoudig toegankelijke informatiebron over diverse facetten van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Ten tweede kunnen de gegevens, indien de dataverzameling op gezette tijden wordt herhaald, gebruikt worden voor een periodieke beschrijving van ontwikkelingen in (onderdelen van) het lokale beleid. Op deze wijze kunnen zij van nut zijn bij de uitvoering van een van de kerntaken van de rijksoverheid, i.c. het departement van VWS in het welzijnsbeleid, namelijk het volgen en zonodig beïnvloeden van maatschappelijke ontwikkelingen en overheidsmaatregelen die gevolgen hebben voor de maatschappelijke participatie van, in dit geval, twee van de doelgroepen van dit welzijnsbeleid.

In aanvulling op het hiervoor genoemde literatuuronderzoek is bij de meest betrokken beleidsambtenaren op landelijk niveau tevens geïnventariseerd welke gegevens de volgens vorenstaande definitie te ontwikkelen monitor van het lokale beleid zeker zou moeten bevatten. Uit deze inventarisatie kwam naar voren dat in ieder geval de antwoorden op de volgende vragen van belang werden geacht.

- Wat is het voorzieningenaanbod op lokaal niveau en hoe is dit tot stand gekomen?
- Is er sprake van samenhang in dit lokale voorzieningenaanbod en welke pogingen zijn/worden ondernomen om deze samenhang te bevorderen?
- Sluit het aanbod aan op de lokale vraag?

Andere vragen die met behulp van de te ontwikkelen beleidsmonitor beantwoord zouden moeten worden, waren:

- Zijn de financiële middelen om het lokale aanbod tot stand te brengen voldoende?
- Zijn er ten aanzien van de hiervoor genoemde onderwerpen dusdanige (lokale) knelpunten aan te wijzen dat steun van de rijksoverheid nodig is?
- Zijn er (lokale) successen te melden die de rijksoverheid als voorbeeldmodellen kan verspreiden?

De geïnterviewde ambtenaren gaven verder aan dat zij van een monitoringsysteem vooral inhoudelijke informatie ter onderbouwing van hun eigen dagelijkse beleidspraktijk verwachten (Homminga 1994).

Bij de verdere uitwerking van de onderzoeksopzet voor de rapportage van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid is geprobeerd om met deze specifieke vragen zo goed mogelijk rekening te houden.

2.2.2 Beleidsanalyse vanuit de netwerkbenadering

Als vertrekpunt van de beleidsanalyse waarvoor de monitoring materiaal zal moeten leveren, is het bestuurskundig-theoretische concept van de netwerkbenadering genomen (zie Van der Pennen et al. 1995). In deze benadering wordt afstand genomen van het zogenoemde unicentrische beleidsperspectief, dat geruime tijd het bestuurskundig denken bepaald heeft. Vanuit dit perspectief wordt de overheid, ongeacht of dit een nationale of lokale overheid is, in feite beschouwd als (enige) actieve beleidsvoerende instantie, met een vrijwel absolute macht. De samenleving (incl. organisaties en instellingen) wordt daarbij gezien als passieve ontvanger van het beleid. In deze opvatting is de ontwikkeling van beleid een reeks van logische, elkaar opvolgende stappen, die eenduidig leiden naar een op grond van rationele overwegingen vastgesteld doel (Van der Pennen et al. 1995).

Het feit dat deze unicentrische visie op beleid slechts een beperkt verklarende waarde bezit, heeft aanleiding gegeven tot de ontwikkeling van een beleidsperspectief dat meer ruimte laat voor de invloed van andere actoren op het uiteindelijk gerealiseerde beleid. In deze visie is de beleidsontwikkeling en -implementatie niet het neutrale en voorspelbare gevolg van acties van een of meerdere overheden, maar veeleer de door meer subjectieve factoren beïnvloede uitkomst van onderhandelingsprocessen tussen diverse bij het beleid betrokken partijen. De deelnemers aan deze onderhandelingen - de beleidsactoren - hebben elk, op grond van hun probleemperceptie, uitgangspunten en doelstellingen van beleid geformuleerd. Zij zullen, zo is de aanname, proberen om deze beleidsformulering zo veel mogelijk in het gezamenlijk te realiseren beleid te laten doorklinken. In hoeverre zij hierin slagen, is afhankelijk van hun vermogen de andere deelnemers van hun standpunt te overtuigen dan wel te 'dwingen' hun visie over te nemen, met andere woorden dus, afhankelijk van hun (over)macht en de manier waarop zij deze benutten.

Volgens een dergelijke meer-actorenbenadering van beleid zijn de onderlinge relaties - en dan met name de machtsverhoudingen - derhalve van groot belang voor de uiteindelijke uitkomst van de onderhandeling over de gewenste richting van het beleid. Er wordt dan ook aangenomen dat de diverse actoren elkaar zullen opzoeken rond een bepaald thema en samenwerkingsverbanden, zo niet coalities zullen sluiten om gezamenlijk sterk te staan in de onderhandeling met mogelijke opposenten. De relaties tussen de actoren, die gezamenlijk een netwerk rond een of meerdere beleidsterreinen vormen, zouden hierdoor wisselend van karakter kunnen zijn en de samenwerkingsverbanden opportuun, afhankelijk van het op te lossen beleidsprobleem of het uit te voeren beleidsprogramma (Van der Pennen et al. 1995).

Uitgaande van de netwerkbenadering kan bij monitoring van beleid, zoals hiervoor omschreven, niet worden volstaan met een bestudering van het beleid van alleen de overheid. De uiteindelijke uitkomst van het beleidsproces is immers een gemiddelde van de door alle betrokkenen geformuleerde beleidsdoelen. Wil een centrale overheid de uitkomst van het lokale beleid volgen of, waar nodig, bijsturen, dan is informatie over het beleid van de andere actoren eveneens noodzakelijk.

Inzicht in de onderhandelingsprocessen binnen het netwerk is ook nodig als door de gevormde samenwerkingsverbanden of coalities het lokale beleid succesvol blijkt te zijn. Het voorbeeld is dan immers eenvoudiger te kopiëren.

Op grond van deze overwegingen is dan ook besloten om bij de te ontwikkelen monitor van lokaal beleid niet alleen het beleid van de lokale overheden, maar ook dat van de lokale instellingen en organisaties systematisch te onderzoeken. Daarbij is niet alleen de feitelijke beleidsformulering object van onderzoek, maar ook de samenstelling van het voor het beleidsterrein relevante netwerk en de onderlinge verhoudingen daarbinnen.

2.3 Centrale vraagstelling en onderzoeksvragen

Ook in het onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid wordt er dus van uitgegaan dat de ontwikkeling van beleid gezien moet worden als een resultante van overleg- en onderhandelingsprocessen van alle bij het beleidsterrein betrokken actoren. Dit uitgangspunt wordt gesteund door de resultaten van het eerdere onderzoek naar het lokale ouderenbeleid en een daaropvolgend uitgevoerde *pilotstudy* van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid (Kwekkeboom 1994, resp. Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8). Uit dit eerdere, meer kwalitatieve onderzoek kwam naar voren dat de lokale overheid door de formele regelgeving sterk beperkt is in een onafhankelijke uitvoering van een integraal beleid voor ouderen en gehandicapten. Het bleek zelfs dat de rol van de lokale instellingen op dit terrein bij de uiteindelijke realisatie van het voorgenomen beleid van doorslaggevend belang is. Het intersectorale karakter van het beleid voor ouderen en gehandicapten brengt bovendien met zich mee dat bij de ontwikkeling van dit beleid niet alleen een aanzienlijk aantal actoren betrokken is, maar ook dat deze actoren onderling sterk uiteenlopen qua organisatie en (primaire) beleidsdoelstellingen. De kwestie van de machtsverhoudingen en de vorming van mogelijke coalities om deze verhoudingen te bestendigen dan wel juist te veranderen, doet zich bij dit doelgroepenbeleid daarom zo mogelijk nog sterker gelden dan op sectorale beleids-terreinen.

Dat bij de beleidsontwikkeling meerdere partijen zijn betrokken, die elk hun eigen doelstelling hebben, vormt echter wel een risico voor de doeltreffendheid van het beleid. Het is immers niet denkbeeldig dat bij de behartiging van het instellingsbelang de belangen van de ouderen en gehandicapten zelf (tijdelijk?) uit het zicht verdwijnen. Er is dus kans dat de uiteindelijke uitkomst van de onderhandelingen niet meer aansluit op wat ouderen en gehandicapten nu eigenlijk zelf willen.

Zowel de gang van zaken in het beleidsproces als de mogelijkheid dat deze voorbijgaat aan de wensen van de ouderen en gehandicapten zelf weerspiegelt zich in de formulering van de centrale vraagstelling voor dit onderzoek. Deze luidt als volgt.

Hoe wordt door de betrokken actoren (gemeente en instellingen) vorm en inhoud gegeven aan het lokale beleid ten behoeve van ouderen en gehandicapten en in hoeverre sluit dit beleid aan bij de wensen en behoeften van deze ouderen en gehandicapten?

Uit deze vraagstelling zijn vier clusters van onderzoeksvragen afgeleid. De eerste twee van deze clusters hebben betrekking op de context waarbinnen het lokale beleid ontwikkeld moet worden. Daarbij gaat het eerste cluster in op de formele reikwijdte van het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten, zoals deze uit de gedecentraliseerde regelgeving naar voren komt. Tevens wordt aandacht besteed aan de veranderingen in de regelgeving en de gevolgen daarvan voor de uitvoering van het beleid. De tweede cluster van vragen heeft betrekking op de ouderen en gehandicapten zelf en moet inzicht geven in hun mogelijke wensen en behoeften ten aanzien van het lokale beleid c.q. voorzieningenaanbod. Uit het onderzoek naar de totstandkoming van het lokale beleid voor ouderen was namelijk naar voren gekomen dat voor een oordeel over de uitvoering van het lokale beleid inzicht moet bestaan in die aspecten van de leefsituatie van ouderen die voor het lokale beleid van belang zijn (Kwekkeboom 1994: 19). Voor de leefsituatie van gehandicapten geldt mutatis mutandis hetzelfde. Gegevens over de leefsituatie zijn nodig om antwoord te kunnen geven op een van de vragen vanuit de rijksoverheid, namelijk of het lokale voorzieningenaanbod aansluit op de lokale vraag. Daar het lokale beleid, zoals uit de beschrijving in hoofdstuk 3 duidelijk zal worden, zich voornamelijk richt op de zorg- en dienstverlening aan, en de huisvesting en de maatschappelijke participatie van de leden van beide doelgroepen, hebben de gestelde onderzoeksvragen vooral betrekking op deze terreinen.

De volgende twee clusters van onderzoeksvragen gaan in op de uitvoering van het lokale beleid en de daarbij betrokken actoren in het lokale beleidsnetwerk. Beide reeksen onderzoeksvragen zijn overigens ook in het eerdere onderzoek naar het lokaal ouderenbeleid gesteld, evenals in de *pilotstudy* naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Het gaat bij de beantwoording van deze vragen dus om een uitbreiding, zo men wil verdieping, van bestaande kennis. Nieuw is dat in deze onderzoeksopzet gezocht is naar een standaardisering van de informatieverzameling.

De vragen uit het derde cluster komen niet alleen voort uit de gehanteerde netwerkbenadering, maar ook uit de informatiebehoefte zoals deze bleek uit de rondvraag onder de rijksambtenaren op deze beleidsterreinen. De vragen uit het derde cluster hebben betrekking op de samenstelling van het netwerk, het op lokaal niveau gerealiseerde voorzieningenaanbod, de mogelijke samenwerkingsrelaties en de mening over de onderlinge (machts)verhoudingen.

De vierde cluster van vragen informeert, gegeven deze samenstelling en verhoudingen, naar de totstandkoming en realisatie van het beleid. Hiervoor is het beleidsproces voorgesteld als een cyclus, waarin de volgende fasen zijn te onderscheiden:

- vaststellen uitgangspunten en doelstellingen;
- definiëring van problemen, zowel in de samenleving als in het beleid zelf;
- ontwikkelen en toepassen van strategieën om de gesignaleerde problemen op te lossen;
- evaluatie van het gevoerde beleid en de consequentie daarvan voor de toekomst (zie ook Kwekkeboom 1994: hoofdstuk 2).

De antwoorden op deze vier clusters onderzoeksvragen geven tezamen een beeld van de knelpunten en oplossingen in de praktijk van het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten. Tevens dragen zij bij aan een evaluatie van de decentralisatie van dit beleid en van de daaraan ten grondslag liggende veronderstellingen (schema 2.1).

Schema 2.1 Clusters van onderzoeksvragen uitvoering lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid

<i>context van het beleid (I)</i>	<i>uitvoering van het beleid (II)</i>
formeel wet- en regelgeving (Ia)	samenstelling van het lokale beleidsnetwerk (IIa)
leefsituatie ouderen en gehandicapten (Ib)	totstandkoming en uitvoering beleid (beleidscyclus) (IIb)

In concreto gaat het daarbij om de volgende clusters met vragen.

- Ten aanzien van de formele wet- en regelgeving (Ia):
 - * Welke regelingen in het kader van het ouderen- en gehandicaptenbeleid zijn gedelegeerd naar het lokale niveau en welke ontwikkelingen doen zich in deze delegering voor?
 - * Welke gevolgen hebben deze regelgeving en de veranderingen daarin voor de bij het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid betrokken partijen?

- Ten aanzien van de leefsituatie van ouderen en gehandicapten (Ib):
 - * Hoe is de gezondheidssituatie van de ouderen en gehandicapten en wat is de hieruit voortvloeiende behoefte aan hulp en dienstverlening. In welke mate en hoe wordt in deze behoefte aan hulp voorzien?
 - * Wat is de huisvestingssituatie van de ouderen en gehandicapten?
 - * In welke mate nemen ouderen en gehandicapten deel aan de diverse vormen van maatschappelijke participatie en hoe beleven zij deze deelname?
 - * Zijn er lokale verschillen ten aanzien van deze aspecten van de leefsituatie die gevolgen (zouden moeten) hebben voor het lokale beleid?

- Ten aanzien van het lokale beleidsnetwerk (IIa):
 - * Welke actoren maken, naast de lokale overheid, deel uit van het beleidsnetwerk rond het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid?
 - * Welke voorzieningen voor ouderen en gehandicapten worden door hen geboden? Wordt bij dit aanbod samengewerkt en is in het aanbod sprake van onderlinge samenhang?
 - * Wat is de relatieve betekenis van dit aanbod in het totaal en, daarmee samenhangend, wat is de formele machtsverhouding tussen de actoren in het beleidsnetwerk?
 - * Hoe worden de onderlinge machtsverhoudingen door de betrokken actoren zelf ervaren en welke gevolgen hebben deze (gepercipieerde) machtsverhoudingen op de onderhandelingsprocessen en -resultaten?

- Ten aanzien van de fasen in het beleidsproces (IIb):
 - * Wat zijn de doelstellingen van het lokale overheids- respectievelijk instellingenbeleid gericht op ouderen en gehandicapten?
 - * Wat zijn de problemen die door lokale overheid en instellingen met betrekking tot ouderen en gehandicapten genoemd worden? Op welke bronnen zijn deze gebaseerd?
 - * Welke strategieën worden gevolgd voor het oplossen van de geconstateerde problemen?
 - * Hoe beoordelen gemeente en instellingen het door hen gevoerde beleid ten

behoefte van ouderen en gehandicapten? Welke procedures en criteria hanteren zij voor een dergelijke beoordeling en wat zijn de consequenties voor de verdere beleidsontwikkeling?

2.4 Methoden van onderzoek

Context van het lokale beleid

Voor de beantwoording van de vragenclusters over de omgeving waarbinnen het lokale beleid ontwikkeld moet worden, is geen nieuw materiaal verzameld. De formele reikwijdte van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid en de gevolgen daarvan voor de bij dit beleid betrokken partijen zijn beschreven aan de hand van de diverse beleidsnota's.

Voor een beschrijving van de voor het lokale beleid relevante aspecten van de leefsituatie van ouderen en gehandicapten is gebruikgemaakt van landelijke surveys, die recentelijk (mede) in opdracht van het Sociaal en Cultureel Planbureau zijn uitgevoerd, te weten het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek uit 1995 (AVO'95) en de Enquête beroepsbevolking ouderen uit 1996 (EBO'96).¹ De data uit deze surveys omvatten onder meer gegevens over zorgbehoefte en zorggebruik, huisvestingssituatie en facetten van maatschappelijke participatie en hebben betrekking op voldoende respondenten uit beide doelgroepen om een eerste analyse naar lokaalspecifieke achtergrondvariabelen mogelijk te maken.

De uitvoering van het lokale beleid - samenstelling en onderlinge verhoudingen in het netwerk en de totstandkoming van het beleid

De gegevensverzameling over de uitvoering van het lokale beleid heeft betrekking op de 28 gemeenten uit de *pool* voor het onderzoek naar het lokale welzijnsbeleid (zie de bijlage bij dit hoofdstuk). De gemeenten in deze *pool* zijn gevarieerd naar gemeentegrootte en stedelijkheidsgraad (tabel 2.1).² Voor een deel van de informatie is immers de gemeentegrootte en voor een ander deel juist de stedelijkheidsgraad van belang. In de twee grootste gemeenten uit de *pool* is ook het beleid van telkens twee deelgemeenten onderzocht.

Tabel 2.1 Aantallen onderzoeksgemeenten naar gemeentegrootte en stedelijkheidsgraad

gemeentegrootte		stedelijkheidsgraad	
< 10.000 inwoners	5	niet stedelijk	6
10.000-20.000 inwoners	6	weinig stedelijk	7
20.000-50.000 inwoners	6	matig stedelijk	6
50.000-100.000 inwoners	6	sterk stedelijk	6
100.000-200.000 inwoners	3	zeer sterk stedelijk	3
> 200.000 inwoners	2		
(n)	(28)		(28)

Bron: SCP (OGB'95)

Aanvankelijk was het de bedoeling om in elk van deze onderzoeksgemeenten ongeveer tien verschillende actoren/respondenten voor deelname aan het onderzoek te benaderen. Dit aantal is gebaseerd op de bevindingen uit eerder SCP-onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid, waaruit bleek dat niet alleen door de lokale overheid een rol gespeeld wordt in de totstandkoming van het beleid en voorzieningenaanbod, maar daarnaast ook door belangenbehartigingsorganisaties, welzijnsinstellingen, instellingen voor extra- en voor intramurale zorg en huisvestingsorganisaties (Kwekkeboom 1994; Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8). Ook elders worden de hiervoor genoemde organisaties en instellingen genoemd als de belangrijkste betrokkenen bij de ontwikkeling van een integraal lokaal ouderen- (en gehandicapten)beleid (VNG 1995).

Wat betreft de lokale overheid werd informatie op zowel ambtelijk als politiek niveau van belang geacht, zodat naast de ambtenaren Ouderen-, gehandicapten- en WVG-beleid ook de portefeuillehouder voor medewerking aan het onderzoek is benaderd. Ten aanzien van de belangenbehartigingsorganisaties is ervan uitgegaan dat de ouderen en de gehandicapten vooralsnog apart van elkaar zijn georganiseerd en dat dus per gemeente twee organisaties in het onderzoek betrokken zouden moeten worden.

Tabel 2.2 Aantal gerealiseerde vraaggesprekken, binnen het lokale netwerk rond ouderen- en gehandicaptenbeleid, naar type actor

	aantal gerealiseerde gesprekken
ambtenaar ouderenbeleid ^a	32
ambtenaar gehandicaptenbeleid ^a	15
ambtenaar WVG-beleid ^a	15
portefeuillehouder ouderen- (en gehandicapten)beleid	22
belangenbehartigingsorganisatie ouderen ^b	28
belangenbehartigingsorganisatie gehandicapten ^b	22
instelling voor welzijnswerk (voor ouderen) ^c	18
instelling voor thuiszorg ^d	16
instelling voor intramurale zorg	24
woningbouwvereniging	20

^a In sommige gemeenten zijn de vragen over het ouderenbeleid, het gehandicaptenbeleid en het WVG-beleid van de gemeente dus door één of twee (in verschillende combinaties) ambtenaren beantwoord.

^b In sommige gemeenten zijn de vragen over het beleid van de belangenbehartigingsorganisaties dus voor zowel ouderen als gehandicapten door één organisatie beantwoord.

^c In sommige gemeenten zijn instellingen voor welzijnswerk voor ouderen ondervraagd als belangenbehartigingsorganisaties; de gegevens zijn dan ook opgenomen in die van de belangenbehartigingsorganisaties van ouderen. Niet alle onder deze categorie vallende instellingen zijn categoriaal; in gemeenten waarin de diverse welzijnsinstellingen zijn gefuseerd is een vertegenwoordiger van zo'n algemene instelling geïnterviewd.

^d In één gemeente is een instelling voor thuiszorg ondervraagd als belangenbehartigingsorganisatie; de gegevens zijn opgenomen in die van de belangenbehartigingsorganisaties van ouderen. Voor het onderzoek is per gemeente gezocht naar de belangrijkste organisatie die een of andere vorm van thuiszorg biedt. In de meeste gevallen betreft het dan een (gefuseerde) stichting voor thuiszorg, van waaruit zowel huishulp (gezinsverzorging, alfa-hulp) als wijkverpleging wordt geboden. In het bestand komen echter ook instellingen voor die (nog?) niet gefuseerd zijn en daarom ofwel alleen huishulp ofwel alleen wijkverpleging bieden.

Bron: SCP (OGB'95)

In de praktijk bleek dat niet in alle onderzoeksgemeenten een dergelijke diversiteit aan actoren/respondenten te vinden was. Met name in de kleinere gemeenten was één ambtenaar verantwoordelijk voor zowel het ouderen- als het gehandicaptenbeleid en soms ook het beleid ingevolge de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), was er slechts één belangenbehartigingsorganisatie actief of was de belangenbehartiging van een taak van het welzijnswerk. In dergelijke situaties is de informatie over het beleid van diverse ‘typen’ actoren in feite dus afkomstig van één respondent. Hoe de uiteindelijk gerealiseerde vraaggesprekken verdeeld zijn over de ‘typen’ actoren en welke informatie deze gegeven hebben, is weergegeven in tabel 2.2. In totaal zijn 212 gesprekken gevoerd met sleutelpersonen.

Uit de aantallen in tabel 2.2 blijkt mogelijk al dat niet alle aangezochte instellingen en organisaties bereid of in staat waren tot medewerking aan het onderzoek. De totale non-respons was weliswaar relatief laag (ca. 25%), maar door de kleine aantallen betekent het wegvallen van een of twee typen actor in een onderzoeksgemeente al snel dat slechts een deel van het gehele lokale netwerk in het onderzoek is betrokken. In totaal zijn in slechts 5 van de 28 onderzoeksgemeenten gegevens van het totale beleidsnetwerk verzameld. In de overige gemeenten ontbraken 1 of 2, in een enkel geval zelfs 3 van de voor de beleidsontwikkeling van belang geachte actoren. Deze uitkomst heeft voor de analyse tot gevolg dat het, op grond van de nu beschikbare gegevens, niet goed mogelijk is om uitspraken te doen op het niveau van de onderzoeksgemeenten als analyse-eenheid. Een groot deel van de uitspraken op grond van de onderzoeksdata moet daarom beperkt blijven tot het niveau van de typen actoren.

Voor de enquête is gebruikgemaakt van een schriftelijke vragenlijst met zo veel mogelijk gesloten antwoordcategorieën. De lijst bestond uit een blok vragen die aan alle respondenten zijn gesteld en een blok dat per type actor verschillend was. De voor alle respondenten gemeenschappelijke vragen betroffen de diverse onderdelen van de beleidscyclus (in het bijzonder de probleemdefiniëring, de gekozen oplossingsstrategieën en de evaluatie van het beleid) en de onderlinge relaties in het lokale beleidsnetwerk. De resultaten zijn gebruikt om antwoord te geven op de vierde reeks onderzoeksvragen uit paragraaf 2.3.

De specifieke vragen hadden bij de belangenbehartigingsorganisaties en lokale instellingen voornamelijk betrekking op kenmerken van de ondervraagde organisatie/instelling en dienden om antwoord te geven op de vragen uit de derde reeks. Gevraagd werd onder meer naar het voorzieningenaanbod, de samenwerkingsrelaties bij de totstandkoming van dit aanbod, de contacten met de overheid, lokale instellingen en individuele leden van de doelgroepen. In de vragenlijsten voor de ambtenaren en portefeuillehouders zijn specifieke vragen opgenomen over onder meer het WVG-beleid en de samenwerking met andere gemeenten.

Voor de informatieverzameling onder de ambtenaren (als eersten benaderd) en de belangenbehartigingsorganisaties zijn de enquêtes afgenomen in *face-to-face*-gesprekken; de overige respondenten zijn (als laatste) telefonisch geïnterviewd. Gezien het ontwikkelingskarakter van het onderzoek zijn de vragenlijsten tijdens het onderzoek

op sommige onderdelen aangepast. Als bijvoorbeeld tijdens de gesprekken met de ambtenaren bleek dat een aantal van de gegeven antwoordcategorieën niet compleet was, werden deze voor de volgende interviewrondes uitgebreid of aangepast. Ook is soms de volgorde van de vragenblokken gewijzigd. Bij dergelijke aanpassingen is er wel zo veel mogelijk voor gezorgd dat de vergelijkbaarheid tussen de reeksen gegevens gehandhaafd bleef.

De uitvoering van dit gedeelte van het onderzoek is uitbesteed aan een onderzoeksbureau. Dit bureau is ook verantwoordelijk voor het omzetten van de vragenlijsten in een computergestuurde versie en voor de codering en ordening van de data.

De op deze wijze verzamelde gegevens zijn door het Planbureau verder bewerkt en opgenomen in een geïntegreerd databestand, waarin de data per type actor en naar gemeente zijn geordend (OGB'95).³

Aan het eind van elk vraaggesprek is de respondent verzocht om door hem/haar van belang geachte gegevens over de organisatie (beleidsnota's, jaarverslagen, onderzoeksrapporten e.d.) mee te geven dan wel op te sturen naar de organisatie die het veldwerk heeft verricht. Aan dit verzoek is door een ruime meerderheid van de respondenten gehoor gegeven. Deze meer kwalitatieve informatie uit deze bronnen is zowel bij analyse van het databestand als bij de rapportage gebruikt om de gestandaardiseerde informatie aan te vullen en die zo meer (lokaal- en/of organisatiespecifieke) inhoud te geven.

Noten

- ¹ Het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 1995 (AVO'95) is een landelijk steekproefonderzoek onder huishoudens. Het is opgezet om inzicht te verkrijgen in het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking. Dit gebruik wordt in verband gebracht met kenmerken van zowel huishoudens als leden van deze huishoudens; daartoe wordt niet alleen informatie over het huishouden als geheel, maar ook over alle leden afzonderlijk verzameld.

Het AVO'95 is qua opzet een herhaling van AVO's die in voorgaande jaren (t.w. 1979, 1983, 1987 en 1991) zijn gehouden, maar de keuze van de onderwerpen is slechts gedeeltelijk dezelfde als die in deze voorgaande jaren, omdat zij ook wordt bepaald door het lopende werkprogramma van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Voor dit rapport is gebruikgemaakt van gegevens over huishoudenssamenstelling, wonen, persoonlijke verzorging en verpleging, inkomen, sportactiviteiten, recreatieve voorzieningen, culturele voorzieningen, maatschappelijke dienstverlening, hulpbehoefte, lidmaatschap van verenigingen of organisaties. Voor een uitgebreidere onderzoeksverantwoording van het AVO'95 wordt verwezen naar Spit (1996).

De Enquête beroepsbevolking ouderen (EBO'96) is een eenmalig landelijk steekproefonderzoek onder personen van 65 jaar en ouder, met uitzondering van hen die woonachtig zijn in inrichtingen, instellingen en tehuizen. De selectie vond plaats als onderdeel van de selectie voor deelname aan de lopende CBS-enquête onder de beroepsbevolking. Er zijn gegevens verzameld over in totaal ruim 9.000 ouderen. Voor dit rapport is gebruikgemaakt van informatie over hun woonsituatie, gezondheid en validiteit, maatschappelijke participatie, voorzieningengebruik en eigen bijdragen. Voor een uitgebreidere onderzoeksverantwoording van de Enquête beroepsbevolking ouderen wordt verwezen naar CBS (1996: 1-3).
- ² Het begrip 'stedelijkheidsgraad', dat ook in de volgende hoofdstukken regelmatig gebruikt wordt als onderscheidend criterium voor de woongemeente, verwijst naar de plaatselijke omgevingsadressendichtheid per km². Naar stedelijkheidsgraad zijn de volgende categorieën onderscheiden:

 - zeer sterk stedelijk: omgevingsadressendichtheid groter dan of gelijk aan 2.500 woonadressen per km²
 - sterk stedelijk: omgevingsadressendichtheid tussen de 1.500 en 2.500 woonadressen per km²
 - matig stedelijk: omgevingsadressendichtheid tussen de 1.000 en 1.500 woonadressen per km²
 - weinig stedelijk: omgevingsadressendichtheid tussen de 500 en 1.000 woonadressen per km²
 - niet stedelijk: omgevingsadressendichtheid minder dan 500 woonadressen per km².
- ³ Voor een uitgebreidere verantwoording van het onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid en de opbouw van het gegevensbestand wordt verwezen naar Niggebrugge en Kwekkeboom (1997).

Bijlage bij hoofdstuk 2

Tabel B2.1 Pool onderzoeksgemeenten welzijnsbeleid in de lokale samenleving

	inwoner- aantal	provincie	verstedelijings- maatstaf	Randstad
niet stedelijk				
1 Graft-De Rijp	5.924	Noord-Holland	5	ja
2 Anloo	7.673	Drenthe	5	neen
3 Bakel/Milheeze	7.863	Noord-Brabant	5	neen
4 Onderbanken	8.256	Limburg	5	neen
7 Voerendaal	13.183	Limburg	5	neen
9 Slochteren	14.102	Groningen	5	neen
weinig stedelijk				
5 Schipluiden	8.515	Zuid-Holland	4	ja
6 Landsmeer	10.436	Noord-Holland	4	ja
8 Heumen	13.633	Gelderland	4	neen
10 Asten	15.579	Noord-Brabant	4	neen
11 Hardingsveld/Gd	17.471	Zuid-Holland	4	ja
13 Raalte	27.701	Overijssel	4	neen
17 Heerenveen	37.930	Friesland	4	neen
matig stedelijk				
12 Waddinxveen	25.576	Zuid-Holland	3	ja
14 Waalwijk	29.399	Noord-Brabant	3	neen
15 Goes	32.034	Zeeland	3	neen
18 Lelystad	57.638	Flevoland	3	neen
20 Hoorn	59.939	Noord-Holland	3	neen
27 Apeldoorn	147.586	Gelderland	3	neen
sterk stedelijk				
16 Heemskerk	34.048	Noord-Holland	2	ja
19 Nieuwegein	58.774	Utrecht	2	ja
21 Venlo	63.918	Limburg	2	neen
22 Deventer	66.888	Overijssel	2	neen
23 Gouda	68.794	Zuid-Holland	2	ja
24 Dordrecht	109.285	Zuid-Holland	2	ja
26 Zaanstad	130.007	Noord-Holland	2	ja
28 Tilburg	156.421	Noord-Brabant	2	neen
zeer sterk stedelijk				
25 Leiden	110.423	Zuid-Holland	1	ja
29 Groningen	167.872	Groningen	1	neen
30 Rotterdam	582.266	Zuid-Holland	1	ja
31 Amsterdam	702.444	Noord-Holland	1	ja



Deel I Context van het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten



3 REIKWIJDTE VAN HET LOKAAL OUDEREN- EN GEHANDICAPTENBELEID

3.1 Inleiding

In de historie van het welzijnsbeleid zijn twee centrale ontwikkelingen te onderscheiden, die beide zijn gebaseerd op aannames ten aanzien van een vergroting van de doelmatigheid en doeltreffendheid van dit beleid.

De eerste van deze tendensen is die van het benoemen van specifieke doelgroepen, waarop het beleid zich in het bijzonder zou moeten richten. Deze groepen kenmerken zich, op uiteenlopende gronden, door een relatief grote kwetsbaarheid en lopen daardoor een groter risico om in achterstandssituaties terecht te komen en/of daar langer in te blijven. Door binnen het algemene welzijnsbeleid gericht aandacht te geven aan deze doelgroepen zou het ontstaan van achterstand kunnen worden voorkomen of zo snel mogelijk kunnen worden opgeheven. Daarnaast zou in de ontwikkeling van het algemene sectorale beleid moeten worden gelet op de consequenties van de beleidsmaatregelen voor de leden van de doelgroepen. Ook zou er door afstemming tussen de diverse sectorale beleidsmaatregelen naar gestreefd moeten worden dat het welzijn van de potentieel kwetsbare leden van de samenleving niet of zo min mogelijk aangetast wordt. Intersectoraal (welzijns)beleid voor doelgroepen is daarmee dus in hoge mate preventief beleid.

Overigens is de doelgroepenbenadering binnen het welzijnsbeleid niet onomstreden: aanwijzing van doelgroepen zou stigmatiserend kunnen zijn. Bovendien wordt ook wel in twijfel getrokken of de doelgroepenbenadering echt de doelmatigheid en doeltreffendheid van het beleid bevordert. Niet ieder individu dat op grond van één of enkele criteria tot een doelgroep behoort, is op grond daarvan kwetsbaarder dan gemiddeld.¹

Vooralsnog echter wordt in het welzijnsbeleid aan de doelgroepenbenadering vastgehouden, zij het dat de categorale invalshoek niet meer domineert. Het adagio luidt nu: 'algemeen wat kan, categoriaal wat moet', wat feitelijk betekent dat de criteria voor de afbakening van de doelgroepen scherper worden gehanteerd.

Tot de groepen voor wie gericht beleid gewenst wordt geacht, behoren onder meer de ouderen en de gehandicapten. Ter bevordering van de onderlinge samenhang en afstemming van landelijk beleid, dat mede van belang is voor deze ouderen en gehandicapten, zijn eind jaren zeventig al de (ambtelijke) Interdepartementale stuurgroepen ouderenbeleid en gehandicaptenbeleid (ISO resp. ISG) opgericht.

De andere ontwikkeling binnen het welzijnsbeleid is de decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor (de uitvoering van) dit beleid naar de lokale overheden. In 1974 was door de toenmalige Beraadsgroep knelpunten welzijnsbeleid geconstateerd dat een groot deel van het welzijnsbeleid niet ten goede kwam aan die leden van de samenleving voor wie het bedoeld was. Dit zou onder meer het gevolg zijn van het feit dat het landelijk opgezet beleid en het voorzieningenaanbod niet voldoende aansloten bij de specifieke omstandigheden die het welzijn van mensen bepalen (Beraadsgroep 1974).

Decentralisatie van het beleid zou een oplossing kunnen zijn, omdat dan bij de besluit-

vorming beter rekening kon worden gehouden met lokale omstandigheden. Bovendien zou door decentralisatie de democratische invloed van burgers op concrete voorzieningen groter worden en zouden deze voorzieningen beter toegankelijk gemaakt kunnen worden. Ook zou de integratie van sectoraal beleid beter op decentraal niveau kunnen worden vormgegeven, zodat de onderlinge samenhang in het (lokale) voorzieningenaanbod, en daarmee de doelmatigheid, kon worden vergroot. Daarnaast zou decentralisatie vooral opportuun zijn in die gevallen waar integratie van beleid op rijksniveau feitelijk te veel gevraagd zou zijn omdat dan alles met alles in verband gebracht zou moeten worden (BiZa 1980).

Op grond van deze overwegingen is daarom in de periode 1987-1989 de uitvoering van een groot deel van het toenmalige welzijnsbeleid in handen van de lokale overheden gelegd (Staatsblad. 1987).

De consequentie van enerzijds de doelgroepenbenadering in het welzijnsbeleid en anderzijds de decentralisatie van de beleidsbevoegdheden op dit terrein is dat de lokale overheid verantwoordelijk is voor het welzijnsbeleid voor onder andere de doelgroepen ouderen en gehandicapten. Bij de herziening van de Welzijnswet in 1994 zijn dan ook 'welzijn ouderen' en 'welzijn gehandicapten' expliciet genoemd als terreinen binnen het lokale welzijnsbeleid (Staatsblad 1994).

Er zijn echter meer regelingen die de lokale overheid verantwoordelijk maken voor (een deel van) het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Deze regelingen kunnen worden beschouwd als invulling van de kaders van de hiervoor beschreven ontwikkelingen en zij bepalen dan ook in concreto de taken en bevoegdheden die de lokale overheid met betrekking tot het beleid voor ouderen en gehandicapten hebben. Met welke regelingen de lokale overheid te maken krijgt en hoe zij daardoor tegenover andere actoren in het veld komt te staan, wordt beïnvloed door beleidsontwikkelingen die op centraal niveau worden ingezet. Inhoud en reikwijdte van het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten en daarmee de verhoudingen binnen het netwerk zijn dan ook geen constant gegeven.

In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de formele regelgeving rond het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Omdat in het eerdere onderzoek naar het lokale ouderenbeleid (Kwekkeboom 1994) al een uitgebreide beschrijving van de diverse gedecentraliseerde maatregelen is gegeven, zal hier worden volstaan met een actualisatie sinds 1994. Deze actualisatie houdt onder meer in dat ook regelingen op het terrein van het gehandicaptenbeleid zullen worden opgenomen. Volgend op deze beschrijving zal in paragraaf 3.3 nagegaan worden welke gevolgen de formele regelgeving en de recente veranderingen daarin hebben op de onderlinge posities van de actoren in het lokale netwerk rond het ouderen- en gehandicaptenbeleid. In de slotparagraaf zullen vervolgens enige conclusies worden getrokken over de aannames, die aan het huidige lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid ten grondslag liggen.

3.2 Taken van de lokale overheid op het terrein van het ouderen- en het gehandicaptenbeleid

Uit de decentralisatie van het doelgroepenbeleid vloeit voort dat de lokale overheden verantwoordelijk zijn gesteld voor de coördinatie van het intersectorale ouderen- en gehandicaptenbeleid op lokaal niveau. Zo wordt in de meest recente nota van de Interdepartementale stuurgroep ouderenbeleid (ISO) over het ouderenbeleid van de rijksoverheid, *Actieprogramma integraal ouderenbeleid*, opnieuw gewezen op de taak van de lokale overheid om de samenhang van het beleid te bevorderen (TK 1994/1995a). Daarmee wordt de beleidslijn die is ingezet in de ISO-nota *Ouderen in tel* uit 1990, gecontinueerd en geïntensiveerd (TK 1990/1991). Ook in de nota's van de Interdepartementale stuurgroep gehandicaptenbeleid zijn zinsneden over de coördinerende rol van de lokale overheid opgenomen. In de meest recente wordt melding gemaakt van de mogelijkheid om de taken van de gemeenten ten aanzien van de zorg voor gehandicapten uit te breiden (TK 1994/1995c en 1996/1997).

Om deze coördinatie taak te kunnen vervullen zijn, zoals gezegd, diverse taken en bevoegdheden aan de lokale overheid overgedragen. Grosso modo kunnen de regelingen die deze overdracht belichamen worden ingedeeld naar de beleidsterreinen zorg- en dienstverlening, huisvesting en de participatie. Bij de beschrijving van de regelingen zal daarom een indeling naar deze terreinen worden aangehouden.

Zorg- en dienstverlening

De regelingen op dit terrein die voor de ontwikkeling van lokaal beleid van belang zijn, hebben in eerste instantie betrekking op het voorzieningenbeleid ten behoeve van ouderen. Dit is historisch bepaald: (zorg)beleid voor ouderen werd aanvankelijk gerekend tot de zogenoemde maatschappelijke dienstverlening en daardoor tot het welzijnsbeleid. Zorg voor gehandicapten ressorteerde onder het volksgezondheidsbeleid, waar de decentralisatie naar de lokale overheden later op gang is gekomen.

Nu met de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) delen van het beleid voor ouderen en gehandicapten zijn samengevoegd, lijkt een integratie van het lokale beleid rond de zorg- en dienstverlening voor beide doelgroepen een logische ontwikkeling. Een eerste stap in deze richting lijkt al te zijn gezet door het loslaten van het leeftijds criterium voor de afbakening van de doelgroep ouderen (was 55 jaar) in de ISO-nota *Integraal actieprogramma ouderenbeleid* (TK 1994/1995a). Hiervoor is geen ander afbakeningscriterium in de plaats gekomen, maar vermoedelijk zal in het vervolg niet de kalenderleeftijd maar de mate van beperktheid, i.c. hulpbehoevendheid, bepalen of iemand die niet meer 'jong' genoemd kan worden wel of niet tot de 'ouderen' gerekend wordt. Het onderscheid tussen ouderen en gehandicapten zou daarmee vrijwel komen te vervallen.

De lokale overheden ontlenen hun bevoegdheden op het terrein van de zorg- en dienstverlening feitelijk aan drie wetten, te weten de Overgangswet verzorgingshuizen, de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) en de al eerder genoemde Welzijnswet.

De eerste van deze drie, kortweg de Overgangswet, is de opvolger van de Wet op de

bejaardenoorden (WBO) die per 1 januari 1997 is opgeheven. Via deze Overgangswet wordt het mogelijk gemaakt het beleid ten aanzien van de verzorgingshuizen per 2001 onder de werking van de AWBZ te brengen. Hierdoor wordt alle (langdurige) zorg, zowel extra- als intramuraal, onder één regime gebracht.

Het kabinet geeft hiermee voor een deel gehoor aan het advies van de in 1994 ingestelde Commissie modernisering ouderenzorg (naar haar voorzitter de commissie-Welschen genoemd). In dit advies werd gepleit voor een zo groot mogelijke integratie van met name de intramurale zorg voor ouderen, die aanvankelijk immers vanuit twee verschillende wetgevings- en financieringsregimes werd aangeboden. Bij deze integratie zouden tevens het beleid en de financiering van het zorgaanbod strikt gescheiden moeten worden van die van de huisvesting van ouderen (VWS 1994). De opvolging van dit tweede deel van het advies lijkt, gezien de verwevenheid van zorg en huisvesting in intramurale voorzieningen niet zonder meer mogelijk. Daarom is besloten om eerst in te zetten op de integratie van de wettelijke basis voor deze voorzieningen zodat in ieder geval één schot in de ouderenzorg geslecht zal worden. Ook bij deze beperking zijn de voorgenomen veranderingen echter nogal ingrijpend. Fasering in de wetgeving is daarom gewenst.

Naar aanleiding van de toen al bestaande voornemens voor opheffing van de WBO is in 1994 geconcludeerd dat hierdoor de rol van de gemeente in het ouderenbeleid in betekenis zou afnemen. Opheffing van de WBO betekent namelijk dat de huidige wettelijke basis voor de (inter)gemeentelijke indicatiecommissie voor opname in verpleeg- en verzorgingshuizen (artikel 6j van de WBO) komt te vervallen. De lokale overheden zouden daarmee een instrument kwijtraken om enerzijds de onderlinge afstemming in het voorzieningenaanbod en anderzijds het gebruik hiervan te beïnvloeden. Het lidmaatschap van zo'n commissie biedt de lokale overheden ook een gestructureerde vorm van informatievoorziening over vraag en aanbod. Het wegvallen hiervan zou daarom tevens tot gevolg kunnen hebben dat de lokale overheid het zicht op de zorgbehoefte en het zorggebruik van haar oudere inwoners kwijtraakt (Kwekkeboom 1994).

Inmiddels is besloten dat de lokale overheden na het opheffen van de WBO hun functie bij de indicatiestelling zullen behouden. Op grond van de Overgangswet zullen zij verantwoordelijk worden voor de 'organisatie van indicatieorganen' (TK 1995/1996a). Deze indicatieorganen hebben de taak om naar aanleiding van een (samenhangende, eventueel complexe) hulpvraag te komen tot een integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. De 'zorg' waarop de indicatiestelling betrekking heeft, wordt dan overigens breed gedefinieerd en kan slaan op het gehele pakket waaraan de aanvrager behoefte heeft: zorg-, huisvestings-, welzijns- en vervoersvoorzieningen. Op termijn moet een dergelijk indicatieorgaan indiceren voor niet alleen de zogenoemde *care*-voorzieningen (sector Verpleging en verzorging), maar ook voor de gehandicaptenzorg (in feite categorale AWBZ-voorzieningen) en de geestelijke-gezondheidszorg (TK 1995/1996c). Uiteindelijk zal dus in het traject van indicatie voor langdurige zorg geen onderscheid meer worden gemaakt naar leeftijd, maar naar de soort en intensiteit van de beperking.

Voorlopig worden de taken van het indicatieorgaan geregeld in een Algemene maatregel van bestuur (AMvB), die alleen betrekking heeft op de sector Verpleging en verzorging (Staatsblad 1996b). Omdat de reorganisatie van de indicatiestelling voor deze gehele

sector meer tijd lijkt te gaan kosten dan was voorzien, blijft de taak van het indicatieorgaan vooralsnog vrijwel gelijk aan die van de huidige commissies. Uiterlijk per 1 januari 1998 zullen onder een nieuwe AMvB ook de indicatie voor de thuiszorg én voor de gehandicaptenzorg vanuit het orgaan plaatsvinden en vanaf 1 januari 1999 ook die voor de geestelijke-gezondheidszorg (TK 1995/1996b). Aan een belangrijke voorwaarde voor integratie van de gehele zorg zou dan voldaan zijn.

Het is overigens uitdrukkelijk niet de bedoeling dat de lokale overheid zelf zal gaan indiceren; zij moet met de andere aanbiedende partijen ervoor zorgen dat er een indicatieorgaan komt. Centraal uitgangspunt voor de 'indicatiestelling nieuwe stijl' is immers de onafhankelijkheid: onafhankelijkheid van het beschikbare aanbod én onafhankelijkheid van de aanbieders en financiers van de diverse voorzieningen. Het staat de gemeente echter wel vrij om te kiezen wie van de aanbieders deelnemen aan het indicatieorgaan. De enige beperking is dat het regionale AWBZ-verbindingskantoor altijd vertegenwoordigd moet zijn (TK 1994/1995b en 1995/1996c; Staatsblad 1996b).

De opheffing van de WBO heeft ook gevolgen voor de verantwoordelijkheid voor aanbod en financiering van de zgn. flankerende voorzieningen. Het gaat hier om de extramurale voorzieningen tijdelijke opname, dagopvang en dagverzorging, die de verzorgingshuizen bieden aan de zelfstandig wonende ouderen in hun zorggebied. De WBO voorziet immers in de mogelijkheid voor de provincies (de overheidslaag die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de WBO) om deze verantwoordelijkheid 'door te decentraliseren' naar gemeenten (Kwekkeboom 1994). Deze flankerende voorzieningen zullen gedurende de overgangperiode worden gefinancierd op basis van een subsidieregeling. Daarmee zal de vaststelling van het beleid voor deze voorzieningen in eerste instantie een taak worden van de Ziekenfondsraad. Gedurende de overgangperiode zal bezien worden of deze flankerende voorzieningen, gezien hun raakvlakken en soms zelfs overlap met het flankerend beleid op grond van de Welzijnswet, misschien niet beter opnieuw in deze Welzijnswet kunnen worden opgenomen (TK 1994/1995b).²

De tweede decentralisatiewet die in dit verband van belang is, is dus de in 1990 van kracht geworden Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV). Daarmee zijn de gemeenten verantwoordelijk geworden voor een preventief volksgezondheidsbeleid voor alle inwoners. De wet wijst zelf de ouderen nadrukkelijk als mogelijke doelgroep voor dit beleid aan (TK 1988/1989). De WCPV beperkt zich echter tot het preventieve gezondheidsbeleid; de gemeente krijgt er geen bevoegdheden door op het terrein van de curatieve gezondheidszorg voor ouderen. Overigens kan de lokale overheid op grond van deze wet alleen de lijnen uitzetten voor het in haar gebied te voeren preventieve beleid; de daadwerkelijke uitvoering is in handen van de gezondheidsdiensten. Deze diensten werken vaak regionaal, zodat zij in hun werkzaamheden met meerdere gemeenten rekening zullen moeten houden.

De derde wet is dan de Welzijnswet. Op grond van deze wet zijn de lokale overheden sinds 1988 ook verantwoordelijk voor de uitvoering van een deel van het flankerend ouderenbeleid. In vrijwel alle gemeenten worden in het kader van dit flankerende beleid voorzieningen voor (aanvullende) zorg- en dienstverlening aan ouderen gefinancierd.

Hierbij valt te denken aan onder meer de maaltijdvoorzieningen, sociale alarmering en voetverzorging (Kwekkeboom 1994). Daarnaast wordt door gemeenten, mede in het kader van dit flankerend beleid, het vrijwilligerswerk gestimuleerd. Het toenemend belang van de informele zorgverlening voor het behoud van de zelfstandigheid bij het ouder worden lijkt bovendien voor een aantal gemeenten reden te zijn om in hun flankerend beleid aandacht te geven aan de ondersteuning van deze hulp (Kwekkeboom 1995a).

De invoering van de WVG is, zoals ook door de wetgever gewenst, voor gemeenten aanleiding geweest om hun ouderenbeleid te integreren met het gehandicaptenbeleid. In het kader van deze integratie is in een deel van de gemeenten het aanbod van aanvullende zorg- en dienstverlening, dat gefinancierd wordt op grond van de Welzijnswet, nu ook bereikbaar voor gehandicapten jonger dan 65 jaar (Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8).

Huisvesting

De belangrijkste regeling op dit terrein is de in 1994 ingevoerde Wet voorzieningen gehandicapten. De WVG is een raamwet, wat betekent dat deze de lokale overheid de grootst mogelijke ruimte laat het beleid zelf in te vullen. De gemeente heeft alleen de plicht te zorgen voor een adequate voorziening, die de WVG-gerechtigde in staat moet stellen zo lang mogelijk zelfstandig aan de samenleving deel te nemen. De wijze waarop de gemeente deze plicht vervult en of zij van de ontvanger al dan niet een eigen bijdrage vraagt, wordt niet voorgeschreven (TK 1992/1993).

Op grond van de WVG zijn de lokale overheden in eerste instantie verantwoordelijk voor de woonvoorzieningen van zelfstandig wonende gehandicapten, ongeacht hun leeftijd. Alleen als de woonvoorzieningen duurder uitvallen dan 45.000 gulden, kunnen zij worden gefinancierd uit de AWBZ.

De WVG kan, voorzover het de woonvoorzieningen betreft, gezien worden als een opvolger van de Regeling geldelijke steun huisvesting gehandicapten (RGSHG), een rijksregeling die door de lokale overheid werd uitgevoerd. Deze regeling is opgenomen in de WVG omdat voor het huisvestingsbeleid voor gehandicapten de voorkeur werd gegeven aan een gedecentraliseerde beleidsverantwoordelijkheid. Zoals bij het merendeel van de decentralisatieregelingen is ook hier de redenering gevolgd dat de lokale overheid beter op de hoogte is van wensen en behoeften van de bevolking en door een grotere kennis van de lokale situatie beter hierop kan aansluiten. Daarnaast probeert men, door regelingen op meerdere terreinen onder de werking van de WVG te brengen, een grotere eenheid in het voorzieningenbeleid voor de mindervaliden te bewerkstelligen (TK 1992/1993).

Ook speelden kostenoverwegingen een rol. De RGSHG kende een open-einde-financiering, wat jaarlijks leidde tot aanzienlijke budgetoverschrijdingen. Voor de financiering van de woonvoorzieningen krachtens de WVG krijgen de lokale overheden via het Gemeentefonds een som ter grootte van 75% van het oorspronkelijke RGSHG-budget uitgekeerd. De gemeente beslist zelf of de resterende 25% wordt betaald uit de eigen gemeentelijke middelen of uit eigen bijdragen van huurders respectievelijk eigenaars.

Tot de woonvoorzieningen die vanuit de WVG worden betaald, worden door de gemeenten naast de (bouwtechnische) aanpassingen aan de woning zelf, ook bijvoorbeeld vergoedingen voor verhuizing naar en inrichting van een aangepaste woning, kosten voor roerende woonvoorzieningen, tijdelijke huisvesting en het bezoekbaar maken van woningen van familieleden van gehandicapten gerekend (Ipso Facto/SGBO 1995).

Op het terrein van de huisvesting van ouderen en gehandicapten zijn, vanuit het gezichtspunt van het lokale beleid, naast de WVG nog drie regelingen van belang. Formeel hebben deze regelingen vooral betrekking op de huisvesting van ouderen. Het is echter aannemelijk dat in de beleidspraktijk de middelen uit deze regelingen ook worden gebruikt voor de huisvesting van gehandicapten jonger dan 65 jaar.

Ten eerste gaat het dan om de verantwoordelijkheid voor de zogenoemde woontussenvoorzieningen: voor ouderen gebouwde woningen, waarbij de bewoners ook een bepaald pakket aan serviceverlening wordt aangeboden. Deze woontussenvoorzieningen zijn in 1989 opgenomen in de Welzijnswet en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten terechtgekomen. In de wet was de bepaling opgenomen dat de gemeenten ten aanzien van de zittende bewoners het rijksbeleid dienden voort te zetten. Pas als een woning vrij zou komen, kon de gemeente zelf beslissen over toewijzing en besteding van de vrijkomende middelen. In de laatste welzijnsnota *Naar eigen vermogen* is deze bepaling onverkort gehandhaafd (VWS 1994). Blijkbaar hebben de ‘zittende bewoners’ een lange adem.

De financiële middelen voor de overige twee regelingen zijn, in tegenstelling tot die van de eerste, afkomstig uit het budget van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeleid (VROM). Het betreft hier de zogenoemde 2.000-guldenregeling en de Regeling liftplaatsing bestaande woongebouwen. Op grond van de eerste regeling kon bij de bouw van nieuwe bejaardenwoningen per woning 2.000 gulden extra worden besteed om aanpassingen en dergelijke te financieren. Sinds 1984 worden de middelen voor deze regeling - op jaarbasis gaat het dan om een bedrag van 13 miljoen gulden - in het Gemeentefonds gestort. Dit betekent dat, hoewel het geld dus feitelijk bestemd is voor (verbetering van) de huisvesting van ouderen, het de lokale overheid vrij staat om over de bestemming te beslissen. Het ministerie van VROM gaat er in zijn brochures over het huisvestingsbeleid voor ouderen echter wel van uit dat het geld voor haar oorspronkelijke doel wordt gebruikt.³

De gelden uit de tweede regeling kunnen alleen worden aangewend voor subsidiëring van het door het aanbrengen van een lift ‘geschikt’ maken van bestaande flats (VROM 1993). Deze financieringsregeling is overigens met ingang van 1 januari 1997 beëindigd. Vanaf deze datum dienen de gemeenten in principe zelf middelen te genereren, indien zij het (succesvolle) liftplaatsingsbeleid willen voortzetten (VROM 1996).⁴

Maatschappelijke participatie

Ook op het terrein van de maatschappelijke participatie heeft het lokale beleid voor ouderen een langere historie dan dat voor gehandicapten. Hier wordt ernaar gestreefd om het beleid voor de beide doelgroepen, waar mogelijk en relevant, te integreren.

De oudste regeling van de taken van de lokale overheid op dit terrein is de Welzijnswet.

In 1987 werden deze overheden in de terminologie van de wetgever verantwoordelijk voor de “voorzieningen die bestaan of dienstbaar zijn aan het handhaven of bevorderen van de mogelijkheden van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen”. Het behoud van zelfstandigheid was immers een voorwaarde om de uiteindelijke doelstelling van het welzijnsbeleid, een optimale deelname aan de samenleving, te kunnen bereiken. Op grond van de Welzijnswet wordt daarom, naast het bij de zorg- en dienstverlening genoemde aanbod, ook het op ouderen gericht sociaal-cultureel beleid gesubsidieerd. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om ondersteuning van belangenbehartigingsorganisaties maar ook om de instandhouding van de gemeentelijke of intergemeentelijke Stichting Welzijn Ouderen, een categorale sociaal-culturele instelling (Kwekkeboom 1994).

Bij de herziening van de Welzijnswet in 1994 is de uitdrukkelijke taak van de gemeenten voor de bevordering van de maatschappelijke participatie door ouderen gehandhaafd. De wet maakt de lokale overheden verantwoordelijk voor het “welzijnsbeleid ouderen (...)”, dat wil zeggen “activiteiten die direct of indirect gericht zijn op het bevorderen van het maatschappelijk functioneren, de begeleiding en de behartiging of verzorging van de belangen van (...) en ouderen” (Staatsblad 1994). Deze omschrijving is zeer breed en kan dus vrijwel alle beleidsmaatregelen ten behoeve van ouderen omvatten. Het gaat echter daarbij uitdrukkelijk niet om voorzieningen die onder de volksgezondheids- of andere wetten vallen.

Nieuw is dat de gemeenten op basis van de herziene Welzijnswet nu ook een taak krijgen ten aanzien van het welzijnsbeleid voor gehandicapten. Tot 1994 beperkte de gemeentelijke bemoeienis zich tot het beleid ten aanzien van de gespecialiseerde dagopvang voor oudere geestelijk gehandicapten. In de herziene wet wordt geen onderscheid gemaakt naar de soort beperking en is de gemeente nu verantwoordelijk voor de “ondersteuning van activiteiten door het particulier initiatief, die direct of indirect zijn gericht op de bevordering van het maatschappelijk functioneren, de begeleiding, de verpleging, de verzorging en de behartiging van belangen van gehandicapten”. Zowel ten aanzien van het welzijnsbeleid ouderen als het welzijnsbeleid gehandicapten wordt opgemerkt dat de termen ‘ouderenbeleid’ en ‘gehandicaptenbeleid’ betrekking hebben op meer zaken dan die onder de reikwijdte van de wet vallen. Deze wet is echter de meest geëigende basis voor subsidiëring van maatregelen en voorzieningen die - al of niet in samenhang met andere beleidsmaatregelen - het welzijn van de leden van deze doelgroepen bevorderen. In wezen wordt met deze wet dan ook een mogelijkheid geboden om de coördinatietaak van de lokale overheid ten aanzien van het ouderen- en gehandicaptenbeleid te realiseren.

Een andere wettelijke taak ten aanzien van de maatschappelijke participatie van ouderen en gehandicapten heeft de gemeente op grond van de al eerder genoemde WVG. Deze wet legt namelijk de verantwoordelijkheid voor de vervoersvoorzieningen en de mobiliteitshulpmiddelen (m.n. rolstoelen) voor gehandicapten (ongeacht leeftijd) bij de gemeenten. Hiermee krijgt de gemeente de verplichting zorg te dragen voor een zo groot mogelijke mobiliteit van haar minder valide inwoners, opnieuw teneinde een zo groot mogelijke zelfstandigheid en optimale deelname aan de samenleving te bevorderen (TK 1992/1993).

Het budget dat de gemeenten hiervoor krijgen is ongeveer even groot als wat het rijk besteedde aan deze voorzieningen voor gehandicapten jonger dan 65 jaar (oorspronkelijk geregeld in de Algemene arbeidsongeschiktheidswet, AAW). Omdat bij de verstrekking van de voorzieningen nu geen leeftijds criterium meer geldt, werd bij de invoering van de wet verwacht dat het aantal gegadigden zou verdubbelen. Om toch met het budget uit te komen zijn de gemeenten, op advies van onder meer de VNG, begonnen met het hanteren van striktere criteria voor verstrekking van een voorziening. Ook hebben zij geprobeerd om goedkopere alternatieven te ontwikkelen, met name op het terrein van het vervoer, en hebben zij gebruikgemaakt van hun vrijheid om eigen bijdragen te heffen. Uit de eerste landelijke evaluatie van de WVG is echter gebleken dat de vraag naar de gemeentelijke voorzieningen minder groot was dan verwacht. De gemeenten hielden dan ook landelijk gezien geld over (Ipso Facto/SGBO 1995). Of de bij de verwachting achterblijvende vraag tijdelijk of structureel is, is echter onbekend. Desondanks is door de rijksoverheid besloten dat bij de verstrekking van rolstoelen en dergelijke geen eigen bijdrage meer mag worden gevraagd. De mogelijkheid om een bijdrage voor de vervoersvoorzieningen te heffen blijft bestaan en die voor de overige naturavoorzieningen wordt gebonden aan het maximum van 100 gulden (TK 1995/1996b).

De Welzijnswet en de WVG zijn momenteel de belangrijkste wettelijke regelingen op grond waarvan de lokale overheid beleid kan ontwikkelen, dat is gericht op handhaving dan wel vergroting van de maatschappelijke participatie door ouderen en gehandicapten, kan ontwikkelen. Daarnaast zijn nog twee andere regelingen te noemen, te weten het Supplement gemeentelijk preventief ouderenbeleid en het Fonds sociale vernieuwing. Beide zijn weliswaar bedoeld om het gemeentelijke beleid voor ouderen te stimuleren, maar het is niet expliciet uitgesloten dat ook lokaal beleid voor gehandicapten uit deze gelden zou worden gefinancierd. Bij de eerste regeling werd vanaf 1 januari 1991 5 miljoen gulden toegevoegd aan het Gemeentefonds. In de uitwerking van deze regeling gaat het om een klein budget, dat per gemeente toereikend is voor het subsidiëren van een enkel project. Bij de tweede gaat het om een fonds, van waaruit meerdere sociale vernieuwingsprojecten moeten worden gefinancierd.

3.3 Gevolgen voor de positie van de lokale actoren

Op grond van een beschrijving van de formele regelgeving rond het lokale ouderenbeleid is in het eerdere SCP-rapport geconcludeerd dat er op dit terrein sprake is van een gereguleerde decentralisatie (Kwekkeboom 1994). Aan elk van de beschreven regelingen was immers wel een beperking verbonden, hetzij financieel (de decentralisatie hield tegelijkertijd een bezuiniging in, zoals bij de invoering van de Welzijnswet) hetzij inhoudelijk (middelen mochten alleen aan sectoraal beleid besteed worden, zoals op het terrein van de huisvesting, of de bevoegdheid beperkte zich tot een deel van het beleidsterrein, bijvoorbeeld alleen de preventieve gezondheidszorg).

Deze beperkingen hadden tot gevolg dat de lokale overheid voor het realiseren van een eigen ouderenbeleid afhankelijk was van de medewerking van instellingen waarover zij nauwelijks of geen zeggenschap heeft. Het beleid van deze instellingen werd sterk bepaald door ontwikkelingen in het rijksbeleid, die haaks leken te staan op de doelstellingen die de rijksoverheid ten aanzien van het lokale ouderenbeleid had geformu-

leerd. De mogelijkheden tot coördinatie of sturing van beleid werd daardoor ingeperkt tot 'voeren van overleg' in de hoop dat goede wil voldoende zou zijn om tot onderlinge samenhang en afstemming te komen.

Hoewel zich sinds 1994 enkele wijzigingen hebben voorgedaan in de regelgeving rond het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten, geeft de beschrijving hiervan in paragraaf 3.2 geen aanleiding om de kwalificatie *gereguleerde decentralisatie* los te laten.

De positie van de lokale overheid moge dan door de invoering van de WVG zijn versterkt, de noodzaak tot goede afspraken te komen met de andere partijen, die niet onder de zeggenschap van de gemeente vallen, is echter wél groter geworden. Het gaat daarbij met name om de woningcorporaties en de aanbieders en financiers van AWBZ-voorzieningen. Voor het kunnen aanpassen van een woning aan de behoeften van de gehandicapte inwoner is medewerking (en soms zelfs medefinanciering) nodig, van de huiseigenaar, in de meeste gevallen dus een corporatie. Ook daar waar gemeenten overgaan tot het primaat van verhuizing, zijn zij afhankelijk van de opgave en registratie van aangepaste woningen in het bestand van de corporaties en van hun bereidwilligheid dergelijke woningen voor WVG-gegadigden ter beschikking te stellen.⁵ Gemeenten die, mede in het kader van hun WVG-verantwoordelijkheden, inzetten op een beleid van aanpasbaar bouwen, kunnen dit alleen realiseren als de corporaties met een dergelijk beleid instemmen.

Uit een eerste evaluatie door de landelijke belangenbehartigingsorganisaties voor ouderen en gehandicapten blijkt dat de medewerking van corporaties bij de uitvoering van het WVG-beleid niet altijd even soepel verloopt (Gehandicaptenraad 1995).

De WVG heeft ook de noodzaak van afstemming met de (regionale) uitvoerders van de AWBZ vergroot. Ten eerste omdat woningaanpassingen die duurder uitvallen dan 45.000 gulden op grond van de AWBZ kunnen worden gefinancierd. Ten tweede omdat bij de vergoeding van hulpmiddelen ter compensatie van een ergonomische beperking, de scheidslijn tussen vergoeding op grond van de WVG en vergoeding op grond van de AWBZ niet altijd even duidelijk is. Praktijkvoorbeelden uit een jaar ervaring met WVG-beleid wijzen erop dat deze onduidelijkheid leidt tot geharrewar tussen lokale overheden en AWBZ-verbindingkantoren; geharrewar waarvan vooralsnog de gehandicapte aanvrager het slachtoffer is, maar dat aan de afstemmingsproblematiek niets verandert (Gehandicaptenraad 1995).

Om de samenhang in het voorzieningenbeleid te bevorderen heeft de rijkoverheid bij de invoering van de WVG aangedrongen op het sluiten van convenants tussen zorgverzekeraars en gemeenten (TK 1992/1993). Uit onderzoek naar de samenwerkingsmogelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars blijkt dat 73% van de ondervraagde gemeenten (n = 346) en 80% van de zorgverzekeraars (n = 15) afstemmingsproblemen ervaart dan wel verwacht (Kodden en Meijer 1995). De partijen zoeken elkaar dan ook om voor deze problemen oplossingen te zoeken, samenwerkingsmogelijkheden af te tasten en/of de onderlinge verantwoordelijkheden af te bakenen. In de ogen van de gemeenten zijn de contacten echter hoofdzakelijk incidenteel, terwijl de verzekeraars ze als structureel ervaren. Deze gegevens wekken de indruk dat de verzekeraars sneller dan de gemeenten tevreden zijn met de contacten en de daaruit voortvloeiende afspraken. In dat geval zou het voor de gemeenten van het grootste belang kunnen zijn om de

afgesloten overeenkomsten regelmatig op hun werkbaarheid te beoordelen.

Zorgverzekeraars en gemeenten zullen elkaar ook weer tegenkomen waar het om de indicatie voor zorgvoorzieningen gaat. De voorgenomen wijzigingen in het hele indiceringsproces zullen de positie van de lokale overheden echter niet versterken. De gemeente is immers alleen verantwoordelijk voor de organisatie van het indicatieorgaan. Zij kan alleen sturen via de samenstelling van de commissie, maar de gemeente krijgt daarmee geen zeggenschap over de indicatie zelf en evenmin over de daadwerkelijke toewijzing van de zorg. Deze blijven in handen van de zorgverzekeraars en van de zorgaanbieders (Kwekkeboom 1996a).

De rol die de lokale overheid is toebedacht is vooral ook bedoeld ter ondersteuning van het streven om op lokaal niveau één centraal loket voor in ieder geval informatievoorziening over en mogelijk ook indicering voor een hele reeks van voorzieningen te creëren (TK 1994/1995a). Het streven naar dit ene lokale zorgloket is niet van recente datum: al in 1990 werd in het toenmalige plan voor de stelselherziening in de zorg gepleit voor een integrale indicering voor zorgvoorzieningen (Kwekkeboom 1994). Sindsdien zijn de doelstellingen rond een centraal lokaal loket verbreed: vragen naar alle lokale diensten, dus inclusief die voor ouderen en gehandicapten, zouden op één plaats beantwoord moeten worden (TK 1995/1996c). De meest recente ontwikkelingen in de organisatie van de zorg voor ouderen zouden er, onbedoeld en ongewild, echter wel eens toe kunnen bijdragen dat de realisatie van één loket nog moeizamer zal verlopen dan zij nu meestal al doet. De Overgangswet draait immers de decentralisatie van het beleid voor de verzorgingshuizen - en daarmee dat voor de flankerende voorzieningen ex WBO - vrijwel geheel terug. Het beleid voor de gehele zorgketen wordt nu weer centraal vastgesteld en ook voor de indicatiestelling zelf wordt gestreefd naar een landelijk uniform protocol. Welke ruimte er dan nog overblijft voor de lokale overheid om bij de indicatiestelling en toewijzing van de zorg afstemming op overig lokaal beleid te bevorderen, is onduidelijk. Het is dan ook maar de vraag of en in hoeverre andere lokale organisaties, bijvoorbeeld op het terrein van de huisvesting of de aanvullende dienstverlening, nog zin hebben om de indicatie en toewijzing van hun aanbod onder te brengen bij een orgaan dat feitelijk door centraal gestuurd zorgaanbod wordt gedomineerd.

In het vorenstaande is gesproken over de afstemmingsproblemen tussen lokale overheid en niet-gemeentelijke organisaties. Een deel van de bij het ouderen- en gehandicaptenbeleid betrokken instellingen valt evenwel rechtstreeks onder de beleidsbevoegdheid van de lokale overheid. In de praktijk blijkt dat instellingen die wel rechtstreeks onder de lokale overheid vallen, toch redelijk autonoom hun beleid kunnen bepalen en uitvoeren. Zoals gezegd zijn bijvoorbeeld niet de overheden zelf maar de GGD's verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid dat in het kader van de WCPV op lokaal niveau wordt ontwikkeld. Uit een eerste onderzoek naar de effecten van deze decentralisatiewet blijkt dat de 'sturing' van deze diensten door de lokale overheid vooral nog een meer beheersmatig dan strategisch karakter heeft. Of en in hoeverre er dus inderdaad een collectief preventief gezondheidsbeleid voor ouderen wordt ontwikkeld en wat dan de mate van samenhang met de overige beleidsinspanningen is, lijkt daarmee eerder af te hangen van

het management van de gezondheidsdienst dan van de overheid (IGZ 1995). Uit het onderzoek naar de uitvoering van het lokale welzijnsbeleid blijkt ook dat de lokale welzijnsinstellingen, mede ten gevolge van het beleid van de lokale overheid zelf, moeilijk zijn aan te sturen (Van der Pennen et al. 1995).

Een ander probleem voor de lokale overheid lijkt de door de rijksoverheid voorgestane integratie van het gehandicaptenbeleid met het ouderenbeleid te vormen. Uit onderzoek onder onder meer de lokale belangenbehartigingsorganisaties bleek al dat zij vooralsnog te veel oog hebben voor hun onderlinge verschillen om hun gemeenschappelijke belangen gezamenlijk te verdedigen (Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8). Dit betekent voor de lokale overheid dat zij bij de voorbereiding en uitvoering van een integraal beleid geconfronteerd zal worden met uiteenlopende en wellicht strijdige verlangens van degenen voor wie dit beleid bedoeld is.

Afgezien daarvan is het niet reëel om te veronderstellen dat, hoewel beide doelgroepen belang hebben bij adequate voorzieningen, het aanbod voor elk van beide hetzelfde zou kunnen zijn. Met name op het terrein van de maatschappelijke participatie zullen de (jongere) gehandicapten andere aspiraties hebben dan de ouderen, die na een actief leven op de arbeidsmarkt in een nieuwe fase beland zijn. Deze andere wensen zullen zich ook vertalen in de eisen die aan de woning en met name aan de woonomgeving zullen worden gesteld. Bij een te grote nadruk op de overeenkomsten en, daaruit voortvloeiend, een te sterke stroomlijning van het lokale beleid zal één van beide doelgroepen, zo niet beide, in de deelname aan de samenleving belemmerd kunnen worden.

3.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de formele regelgeving, die de reikwijdte van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid bepaalt. Uit deze beschrijving komt onder meer naar voren dat het rijksbeleid voor zowel ouderen als gehandicapten gericht blijft op meer coördinatie van de diverse beleidsmaatregelen en de intersectorale samenhang, om zo de integratie van de leden van doelgroepen in en hun participatie aan de samenleving te bevorderen. De uitgangspunten van de doelgroepenbenadering in het welzijnsbeleid staan dus, ondanks de discussies hierover, nog altijd recht overeind. Uit de beschrijving blijkt ook dat in de ontwikkeling van het landelijke beleid sterk geleund wordt op de aannames die al gedurende twee decennia aan het decentralisatiebeleid ten grondslag liggen. In de nota's en wetten die de overdracht van de bevoegdheden aan de lokale overheid regelen, wordt er herhaaldelijk op gewezen dat door decentralisatie naar het lokale niveau beter ingespeeld kan worden op lokaal-specifieke omstandigheden die de wensen en behoeften van de ouderen en gehandicapten bepalen. Ook zou juist de intersectorale afstemming van het beleid beter op lokaal niveau kunnen plaatsvinden, omdat daar de onderlinge contactlijnen tussen overheid en particulier initiatief korter en directer zijn. Dit geldt ook voor de contactlijnen tussen overheid en instellingen enerzijds en leden van de doelgroepen zelf anderzijds, wat garant zou staan voor een grotere invloed van de betrokkenen op het gerealiseerde beleid. Dit maakt de lokale overheid, in de ogen van het rijk althans, bij uitstek de overheidslaag waar de verantwoordelijkheid voor de zo gewenste coördinatie van het intersectorale beleid kan worden neergelegd. Daarbij gaat het dan met name om de coördinatie en

afstemming van het beleid op de terreinen zorg- en dienstverlening, huisvesting en maatschappelijke participatie.

Uit de beschrijving komt evenwel naar voren dat aan de overgedragen bevoegdheden dusdanige beperkingen zijn verbonden, zowel inhoudelijk als financieel, dat de lokale overheid in het vervullen van haar coördinatietaak sterk afhankelijk is van de lokale partners, waarover zij geen zeggenschap heeft. Daarnaast zijn door de rijksoverheid ontwikkelingen in gang gezet die belemmerend kunnen zijn voor het lokale doelgroepenbeleid. Zo lijken de voorgenomen veranderingen in de ouderenzorg, met de daaraan gekoppelde wijziging in de indicatiestelling en het loslaten van het leeftijds criterium voor de afbakening van de doelgroep ouderen, haaks te staan op het door de rijksoverheid zelf voorgestane gedecentraliseerde doelgroepenbeleid op lokaal niveau.

Al met al kan worden geconcludeerd dat waar de rijksoverheid een steeds grotere hypotheek lijkt te nemen op een lokale coördinatie van het intersectorale beleid voor ouderen en gehandicapten, zij in het eigen beleid geen voorwaarden voor deze coördinatie schept. Het lijkt er dan ook op dat het bewerkstelligen van integratie 'waar dit van de rijksoverheid te veel gevraagd is' de belangrijkste bedoeling van de decentralisatie van dit beleid is. Of dit doel bereikt kan worden hangt dan af van de mate waarin eventuele lokaal-specifieke verschillen inderdaad door lokaal-specifiek beleid beantwoord kunnen worden en van de mate waarin de kortere afstanden op lokaal niveau inderdaad benut worden om tot een lokaal integraal en samenhangend beleid te komen. In de volgende hoofdstukken zullen de gegevens, die in de eerste fase van de te ontwikkelen monitoring zijn verzameld, worden gebruikt om deze vragen te beantwoorden.

Noten

- 1 Voor een helder overzicht van de argumenten voor en tegen een doelgroepenbenadering in het welzijnsbeleid zie Hortulanus (1993).
- 2 Indien inderdaad tot deze overheveling zal worden besloten, wordt hiermee eigenlijk de situatie van voor 1985 hersteld. Vanaf 1983 waren de gemeenten namelijk verantwoordelijk voor de uitvoering van het zogenoemde flankerende bejaardenbeleid, waartoe naast bijvoorbeeld de maaltijdvoorziening en de alarmering ook de kortdurende opname, dagverzorging en dagopvang behoorden. In 1985 werd dit flankerend bejaardenbeleid onder de reikwijdte van de gewijzigde WBO gebracht, waarna in 1987 en 1988 weer enkele voorzieningen in het kader van het flankerend beleid, alsmede het welzijnswerk voor ouderen, overgeheveld werden naar de Welzijnswet. De zogenoemde wijkfuncties van de bejaardenoorden bleven echter in de WBO (zie ook Kwekkeboom 1994).
- 3 Uit onderzoek blijkt echter dat naar schatting nog slechts 38% van de onderzochte gemeenten het geld ook daadwerkelijk besteden aan het doel waarvoor het oorspronkelijk bestemd was. Het is echter niet uitgesloten dat in een deel van de andere gemeenten deze middelen via een andere route alsnog aan ouderenhuisvesting worden besteed (RIGO/VROM 1996).
- 4 Uit het feit dat in het recente *Actieprogramma integraal ouderenbeleid* nadrukkelijk op deze regeling gewezen wordt, kan worden afgeleid dat het rijk hoge verwachtingen heeft van de benutting hiervan. Uit gesprekken met vertegenwoordigers van corporaties komt echter naar voren dat de op grond van de regeling beschikbare budgetten voor dergelijke aanpassingen eigenlijk al te laag zijn om de kosten volledig te dekken. Liftplaatsing zou daarom in veel gevallen tot huurverhoging leiden, wat gezien de inkomenspositie van een groot deel van de betrokken huishoudens onaanvaardbaar wordt geacht (Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8). Mede daarom is het opmerkelijk dat deze regeling toch per 1 januari 1997 wordt opgeheven; de kosten voor liftplaatsing zullen nu zeker de draagkracht van de belanghebbenden te boven gaan.
- 5 De term 'primaat van verhuizing' betekent in concreto dat in dat geval de gemeente bij een verzoek om woningaanpassing eerst nagaat of er op haar grondgebied al een geschikte, aangepaste woning beschikbaar is en zo ja, dat zij deze woning aan de aanvrager toewijst. De VNG, die het primaat van verhuizing opnam in haar WVG-modelverordening, hoopt op deze manier te bevorderen dat de kosten voor woningaanpassingen beperkt blijven en dat het aangepaste deel van de woningvoorraad optimaal wordt benut. Eerste resultaten van onderzoek naar de werking van de WVG geven aan dat een groot deel van de gemeenten dit primaat hebben overgenomen (Mantel 1994). In de praktijk blijken aan de uitwerking van dit primaat nogal wat haken en ogen te kleven: de aanpassingen in de beschikbaar gestelde woning zijn niet altijd geschikt voor de handicap van de nieuwe bewoner, verhuizing betekent soms een onaanvaardbare scheur in het sociale netwerk van de gehandicapte, het aantal aangepaste woningen in de woningvoorraad is te klein om een vlotte afhandeling van aanvragen te kunnen garanderen, het is onmogelijk/ongewenst om bij overlijden of vertrek van de gehandicapte bewoner diens nabestaanden/huisgenoten uit de aangepaste woning te zetten, de verhuiskosten voor zowel WVG-aanvrager als eventuele bewoners van de beschikbaar gestelde woning zijn samen vaak hoger dan die voor aanpassing van de huidige woning van de WVG-aanvrager (zie o.m. Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8; Gehandicaptenraad 1995).

4 LOKALE ASPECTEN VAN DE LEEFSITUATIE VAN OUDEREN EN GEHANDICAPTEN

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat voor een oordeel over de uitvoering van lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten inzicht moet bestaan in die aspecten van de leefsituatie van ouderen en gehandicapten die voor dit beleid van belang zijn. Gezien de reikwijdte van het lokale beleid, zoals dat uit hoofdstuk 3 naar voren komt, zou het dan vooral moeten gaan om gegevens over de zorgbehoefte en het gebruik van zorgvoorzieningen, de huisvestingssituatie en de vorm en mate van maatschappelijke participatie. In de ideale situatie zou daarbij informatie over het beleid voor ouderen en gehandicapten in een bepaalde gemeente direct gekoppeld moeten kunnen worden aan de informatie over de vorengenoemde aspecten van de leefsituatie in diezelfde gemeente. In het eerdere SCP-rapport over het lokale ouderenbeleid was echter al geconstateerd dat onderling vergelijkbare informatie over de leefsituatie op lokaal niveau niet beschikbaar was. Besloten is toen dat nagegaan zal worden of bestaand landelijk materiaal kan worden gebruikt om meer inzicht te verwerven of dat nieuw, eventueel plaatselijk, materiaal moet worden verworven (Kwekkeboom 1994: 17-19). Daarom wordt op grond van gegevens uit landelijke surveys een beeld geschetst van de voor lokaal beleid relevante aspecten van de leefsituatie van ouderen. In het vorige hoofdstuk is herhaaldelijk naar voren gekomen dat het de taak van de lokale overheid is om maatregelen te nemen die bijdragen aan het *behoud* van de zelfstandigheid van de ouderen en gehandicapten. Logischerwijze gaat het in dit hoofdstuk dan ook alleen om gegevens over *zelfstandig* wonende ouderen en gehandicapten; ouderen en gehandicapten die in een intramuraal voorziening gehuisvest zijn, worden buiten beschouwing gelaten.¹

In de slotparagraaf van het vorige hoofdstuk is geconcludeerd dat een van de achtergronden van de decentralisatie van delen van het ouderen- en gehandicaptenbeleid bestaat uit de veronderstelling dat lokaal beleid beter in staat is te reageren op lokale factoren, die de behoeften van ouderen en gehandicapten mogelijk zouden beïnvloeden. In de beschrijving van de leefsituatie van de leden van deze doelgroepen zal daarom worden nagegaan of lokale verschillen zijn waar te nemen. Hiervoor zal, voorzover de gegevens dit toelaten, gezocht worden naar een mogelijke samenhang met stedelijkheidsgraad van de woonplaats. Natuurlijk wordt een lokale vraag door meer factoren beïnvloed dan alleen de stedelijkheidsgraad, maar deze variabele is de meest eenduidige. Afgezien daarvan is het ook een van de weinige variabelen in het beschikbare datamateriaal die een relatie met het lokale niveau mogelijk maken.

Met de uitkomsten uit de analyses wordt een antwoord gegeven op de tweede reeks onderzoeksvragen uit hoofdstuk 2. Voorafgaand aan de beschrijving van zorgbehoefte en zorggebruik, huisvestingssituatie en maatschappelijke participatie van ouderen en

gehandicapten, worden eerst de beide doelgroepen afgebakend. Daarbij wordt tevens ingegaan op enkele achtergrondgegevens en waar mogelijk op de samenhang hiervan met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats. In de slotparagraaf van het hoofdstuk ten slotte wordt nagegaan welke betekenis de uitkomsten hebben voor het te voeren lokale beleid.

4.2 Afbakening van de doelgroepen en enige achtergrondgegevens

Ontwikkeling van beleid voor specifieke groepen binnen de totale bevolking impliceert dat deze groepen op grond van een of meerdere kenmerken kunnen worden gekarakteriseerd, zodat zij als doelgroep kunnen worden afgebakend. Voor de afbakening van de ouderen is uitgegaan van het meeste simpele, zij het niet onomstreden, criterium van de kalenderleeftijd. In de afgelopen jaren is, in ieder geval op rijksniveau, voor de afbakening van de beleidsdoelgroep ouderen de leeftijdsgrens van 55 jaar gehanteerd (TK 1990/1991). De groep 55-plussers bleek in de praktijk echter te gevarieerd om binnen één coherent beleidskader te kunnen worden benaderd. In de meest recente rijksnota over het intersectorale ouderenbeleid is, zoals al aangegeven in hoofdstuk 3, deze leeftijdsgrens dan ook losgelaten. Er is echter geen ander criterium voor in de plaats gekomen (TK 1994/1995a). Om toch een zekere afbakening mogelijk te maken, is voor deze rapportage, gestuurd door de beschikbare gegevens, besloten om de leeftijdsgrens van 65 jaar (nu nog het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd) te hanteren. Hierdoor behoort dus zo'n 13% van de gehele Nederlandse bevolking tot de doelgroep ouderen. Door de verschillen in bevolkingsopbouw kan dit percentage per gemeente uiteenlopen.

Afbakening van de beleidsdoelgroep gehandicapten is minder simpel. Ten eerste leidt niet elke belemmering of aandoening tot een handicap in de zin van een belemmering in de 'normale rolvervulling' (Timmermans 1994b; Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996). Ten tweede kan onderscheid gemaakt worden naar de aard van de beperking, bijvoorbeeld beperkingen in het gebruik van de zintuigen, beperkingen aan het bewegingsapparaat, psychische beperkingen enzovoort. Ten derde is er niet voor elke categorie gehandicapten voldoende onderzoeksmateriaal beschikbaar om daarin te kunnen zoeken naar lokaalspecifieke factoren. De beschrijving van aspecten van de leefsituatie van gehandicapten is dus noodzakelijkerwijs beperkt.

Het zwaartepunt van de verantwoordelijkheid van de lokale overheid in de zorg voor gehandicapten ligt vooral in het voorzien in adequate huisvesting en middelen om de mobiliteit te bevorderen. Daarbij gaat het in eerste instantie om de compensatie van *ergonomische* belemmeringen.² Op grond hiervan is besloten om voor deze rapportage de doelgroep voor het lokale gehandicaptenbeleid af te bakenen tot de fysiek beperkten. Op grond van gegevens uit landelijke surveys is berekend dat, onder aanname van representativiteit van de steekproef, circa 6% van de bevolking matig tot ernstig fysiek beperkt is en daarmee behoort tot de primaire doelgroep van het lokale gehandicaptenbeleid.³

Tussen de doelgroepen gehandicapten - in de zin van fysiek beperkten - en ouderen bestaat overigens een grote overlap: het aandeel matig tot ernstig beperkten in de

bevolking jonger dan 65 jaar bedraagt ruim 3%, terwijl dat onder de ouderen oploopt tot ruim 22%.

De eerste vraag is of er plaatselijke verschillen zijn in omvang van de doelgroepen. Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat, hoewel de verschillen niet zeer groot zijn, het percentage fysiek beperkten (licht tot ernstig beperkt) in de zeer sterk stedelijke woongemeenten hoger is dan dat in de minder verstedelijkte delen van het land. Deze oververtegenwoordiging moet echter worden toegeschreven aan de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de stedelijke en de niet-stedelijke bevolking: bij een vergelijking naar leeftijdscategorie (niet-ouderen versus ouderen) vallen de verschillen naar stedelijkheidsgraad nagenoeg weg (tabel 4.1).

Tabel 4.1 Mate van fysieke beperkingen, naar stedelijkheidsgraad woongemeente en leeftijd (in procenten)

	zeer sterk stedelijk		sterk stedelijk		matig stedelijk		weinig stedelijk		niet stedelijk	
	< 65 jr.	> 65 jr.	< 65 jr.	> 65 jr.	< 65 jr.	> 65 jr.	< 65 jr.	> 65 jr.	< 65 jr.	> 65 jr.
niet beperkt	82	44	81	43	82	40	84	43	84	49
licht beperkt	15	34	15	35	15	36	14	36	13	28
matig beperkt	2	10	3	10	2	12	1	8	2	10
ernstig beperkt	1	12	1	13	1	13	1	14	1	14
(n)	(2.264)	(401)	(2.495)	(388)	(2.567)	(388)	(2.550)	(366)	(2.139)	(344)

Bron: SCP (AVO'95)

Ook indien alleen naar de bevolking van 65 jaar en ouder wordt gekeken, blijkt dat er nauwelijks samenhang bestaat tussen de stedelijkheidsgraad van de woongemeente en het percentage ouderen. Weliswaar is het aandeel zeer ouden (85 jaar en ouder) in de sterk verstedelijkte gemeenten wat hoger dan in de andere categorieën (10% versus 5% à 6%), maar dit verschil is niet significant.

Uit de gegevens komt naar voren dat er een sterke relatie bestaat tussen de samenstelling van het huishouden en het al dan niet voorkomen van fysieke beperkingen. Zo is het percentage alleenwonenden onder de ernstig fysiek beperkten ongeveer vier keer zo groot als dat onder de niet-beperkten. Al eerder was uit onderzoek naar de huishoudens- en gezinsvorming door gehandicapten gebleken dat mensen met (ernstige) beperkingen naar verhouding vaker alleen blijven (Timmermans 1994b). Daarnaast is er echter ook sprake van een leeftijdseffect: ouderen zijn immers naar verhouding vaker matig tot ernstig beperkt en wonen ten gevolge van verweeduwing vaker alleen. In het algemeen wonen in de zeer sterk verstedelijkte gebieden relatief meer alleenstaanden. Dit geldt ook voor de ouderen: het percentage alleenwonende 65-plussers is hier significant hoger.

Het feit dat mensen met ernstige fysieke beperkingen vaker dan gemiddeld alleen wonen heeft ook gevolgen voor de hoogte van het inkomen van het huishouden: er is immers dan maar één persoon die inkomen kan verwerven. Daarnaast zullen de fysieke beperkingen er vaak de oorzaak van zijn dat deze mensen niet of slechts gedeeltelijk kunnen werken en dus aangewezen zijn op een uitkering. Beide factoren dragen ertoe bij

dat van de matig tot ernstig beperkten een relatief groot deel tot de laagste-inkomensgroepen behoort. Overigens is hier opnieuw sprake van een leeftijdseffect: ook de ouderen zijn oververtegenwoordigd in deze laagste-inkomensgroepen (tabel 4.2).

Tabel 4.2 Netto-gezinsinkomen per jaar, naar mate van fysieke beperktheid en leeftijd (in procenten)

	mate van fysieke beperktheid				leeftijd	
	niet	licht	matig	ernstig	< 65 jaar	≥ 65 jaar
< 17.000 gulden	4	8	9	19	4	12
17.000-20.000 gulden	2	5	11	11	2	11
20.000-22.500 gulden	4	5	9	7	4	7
22.500-25.000 gulden	5	8	11	13	5	13
25.000-27.500 gulden	4	5	7	8	3	8
27.500-30.000 gulden	6	8	7	9	6	10
30.000-35.000 gulden	10	11	10	11	10	11
35.000-40.000 gulden	10	9	9	7	10	9
40.000-45.000 gulden	9	8	7	5	9	4
45.000-50.000 gulden	9	7	4	-	9	5
50.000-55.000 gulden	9	5	4	-	8	3
> 55.000 gulden	30	21	12	9	29	10
(n)	(9.120)	(2.050)	(394)	(325)	(10.745)	(1.647)

Bron: SCP (AVO'95)

Hoewel in het algemeen de laagste inkomens oververtegenwoordigd zijn in de zeer sterk stedelijke gemeenten, blijkt uit een nadere analyse van de inkomens van ouderen naar stedelijkheidsgraad dat 65-plussers uit de laagste-inkomensgroep naar verhouding vaker in de niet-stedelijke gemeenten wonen. Ouderen met een nettojaarinkomen tussen de 17.000 gulden en 20.000 gulden wonen daarentegen weer vooral in de grotere steden.

4.3 Zorgbehoefte en zorggebruik

Zorgbehoefte

Uit hoofdstuk 3 moge al duidelijk zijn geworden dat beleid voor ouderen en voor gehandicapten meer is dan alleen zorgbeleid. Alleen al het feit dat er gestreefd moet worden naar integratie van het intersectorale beleid geeft aan dat op meerdere beleids-terreinen specifieke aandacht voor de leden van deze doelgroepen gewenst is. Dit neemt echter niet weg dat, zeker nu het leeftijds criterium is vervallen, de noodzaak voor een categorale benadering grotendeels bepaald wordt door de met de fysieke conditie samenhangende zorgbehoefte.

Zoals verwacht mag worden, is de leeftijd de belangrijkste beïnvloedende factor voor de mate waarin men zich belemmerd voelt. Weliswaar staat ouder worden niet per definitie gelijk aan het ontwikkelen van handicaps - van de 65-plussers kan nog altijd een kleine 60% verklaren niet te maken te hebben met een langdurige aandoening - maar het percentage ouderen zonder beperking is toch altijd ruim lager dan dat van de bevolking jonger dan 65 jaar. Overigens valt wel op dat slechts ongeveer twee vijfde van de ouderen die wel lijden aan een aandoening of handicap, zich hierdoor sterk belemmerd

voelt (tabel 4.3).

Tabel 4.3 Voorkomen van belemmering ten gevolge van langdurige aandoening of handicap, naar stedelijkheidsgraad woonplaats en leeftijd (in procenten)

	stedelijkheidsgraad					leeftijd	
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet	< 65 jaar	≥ 65 jaar
geen aandoening of handicap	82	80	79	81	83	85	58
wel aandoening of handicap							
niet belemmerd	4	4	4	4	3	4	5
licht belemmerd	10	10	11	10	9	8	21
sterk belemmerd	5	7	6	5	5	4	17
(n)	(2.687)	(2.957)	(3.042)	(3.022)	(2.568)	(12.417)	(1.859)

Bron: SCP (AVO'95)

Meer gedetailleerde vragen onder de groep ouderen leren dat de gezondheidsproblemen weliswaar toenemen met het klimmen van de leeftijd, maar dat deze zich pas het sterkst laten voelen rond het tachtigste levensjaar. Op de vraag naar een oordeel over de eigen gezondheidstoestand geeft ruim 50% van alle 65-plussers dan ook te kennen zich 'goed' of zelfs 'zeer goed' te voelen.⁴ Binnen deze groep zijn de verschillen echter groot; de percentages lopen uiteen van ongeveer 60 voor de jongere senioren (65 tot 75 jaar) tot circa 45 voor de hoogbejaarden (85 jaar en ouder). Overigens geeft ook van deze hoogbejaarden slechts een dikke 10% op dat zij hun gezondheidstoestand echt slecht vinden; de overigen zijn van oordeel dat het 'wel gaat' of varieert.

In het algemeen zijn de alleenwonende 65-plussers negatiever over hun gezondheidstoestand dan degenen die (nog) met een of meer andere mensen samenwonen. Er is hier echter sprake van een sterk leeftijdseffect: oudere ouderen wonen immers vaker alleen. Uit een vergelijking per leeftijdscategorie van alleenwonenden met niet-alleenwonenden blijkt dan ook dat er nauwelijks verschil meer bestaat. Alleen in de leeftijdscategorie 75-85-jarigen is er enig onderscheid: de ouderen die alleen wonen zijn over de gehele linie positiever over hun gezondheid. Dit verschil hangt vermoedelijk samen met het gegeven dat oudere alleenstaanden met een zwakke gezondheid sneller kiezen - en in aanmerking komen - voor opname in een verzorgingshuis.

De gezondheidsbeleving blijkt te worden beïnvloed door de mate van verstedelijking van de woonomgeving. In het algemeen lijken de ouderen in de (zeer) sterk verstedelijkte gebieden negatiever te oordelen over hun gezondheid dan de 65-plussers in minder stedelijke gemeenten. Dit verschil wordt niet alleen veroorzaakt doordat in de grotere steden nu eenmaal naar verhouding meer hoogbejaarden wonen. Bij een vergelijking tussen leeftijdscategorieën naar stedelijkheidsgraad blijven deze verschillen namelijk bestaan. Het percentage hoogbejaarden in de weinig tot niet-stedelijke gemeenten dat van mening is dat hun gezondheid slecht is, is zelfs lager dan dat voor de jongere ouderen in de gehele steekproef (tabel 4.4).

Tabel 4.4 Oordeel van ouderen over hun algemene gezondheidstoestand, naar stedelijkheidsgraad woonplaats en leeftijd (in procenten)

	(zeer) sterk stedelijk		matig stedelijk		weinig tot niet stedelijk	
	65-79 jaar	≥ 80 jaar	65-79 jaar	≥ 80 jaar	65-79 jaar	≥ 80 jaar
zeer goed	10	8	11	7	11	9
goed	47	36	46	41	48	43
gaat wel	28	34	28	28	28	33
soms goed, soms slecht	9	11	10	15	9	9
slecht	6	11	6	10	4	6
(n)	(2.944)	(707)	(1.600)	(363)	(2.930)	(663)

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Vorenstaande gegevens hebben betrekking op een eigen oordeel, waar ongetwijfeld een subjectief element (zoals de mening over het eigen leven in het algemeen) meespeelt. Een negatieve mening over de eigen gezondheid is daarom niet meteen een aanwijzing dat de gezondheidstoestand ook objectief slechter is.

Een minder goede gezondheid, ook als deze het gevolg is van een handicap of aandoening, hoeft niet per se te resulteren in een beperking en daarmee in een behoefte aan hulp. Daarnaast zijn de gevolgen van eventuele belemmeringen niet voor alle aspecten van het dagelijks leven even ingrijpend. Zo mag dan ruim 12% van de bevolking jonger dan 65 jaar opgeven zich licht tot sterk belemmerd te voelen, slechts een zeer klein deel, nog geen 2,5%, weet zich daardoor beperkt in de persoonlijke verzorging (bv. het zich wassen en aankleden, zelf eten of drinken). Zich in huis verplaatsen of het huis verlaten roept voor meer mensen problemen op, terwijl naar verhouding de huishoudvoering voor de meesten het moeilijkst is.⁵

Uit de vergelijking naar leeftijd blijkt opnieuw dat bij het ouder worden steeds meer mensen zich in het dagelijks leven voor problemen gesteld zien. Zo heeft van de 65-plussers ruim 40% meer of minder moeite met het doen van het huishouden, terwijl dat voor nog geen 10% van de mensen jonger dan 65 jaar het geval is. Ook bij de relatief lichtere handelingen - of handelingen waarvan men minder gemakkelijk accepteert dat men ze niet (meer) kan - hebben de ouderen naar verhouding meer moeite (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Mate van beperktheid bij persoonlijke verzorging, mobiliteit en huishoudelijke handelingen, naar leeftijd (horizontaal gepercentageerd)

	< 65 jaar			≥ 65 jaar		
	geen beperking	matig beperkt	sterk beperkt	geen beperking	matig beperkt	sterk beperkt
persoonlijke verzorging ^a	98	2	-	84	11	4
mobiliteit ^a	96	4	1	65	24	11
huishoudelijke handelingen ^a	91	7	2	60	27	14

^a Zie voor de handelingen die in deze maten zijn opgenomen, bijlage 4.1.

Bron: SCP (AVO'95)

Uit tabel 4.5 komt weliswaar naar voren dat de percentages van personen met matig tot sterke beperkingen onder de 65-plussers hoger zijn dan onder de 'jongeren', maar de cijfers geven ook aan dat de meerderheid van deze ouderen op geen enkel terrein beperkingen ondervindt. Het onderzoek onder alleen ouderen bevestigt deze bevinding. De percentages ouderen die opgeven niet of nauwelijks problemen te hebben met het zelf uitvoeren van allerlei veelvoorkomende handelingen op het terrein van de persoonlijke verzorging en de mobiliteit, liggen zelfs iets hoger. Alleen een fysiek vrij zware opgave als het trappen op en af lopen levert voor een kleine 30% van deze ouderen problemen op (tabel 4.6).

Tabel 4.6 Beperkteerdheid in persoonlijke verzorging en mobiliteit bij ouderen (in procenten)

	niet of nauwelijks beperkt	licht tot matig beperkt	(zeer) ernstig beperkt
eten en drinken	96	3	1
opstaan en gaan zitten	88	9	3
in en uit bed stappen	88	9	3
zich aan- en uitkleden	92	7	2
handen en gezicht wassen	96	4	1
zich volledig wassen	93	6	1
naar een andere kamer gaan	93	6	1
trappen op- en aflopen	73	18	9
zich buiten kunnen verplaatsen	83	13	5
naar binnen en naar buiten gaan	90	8	2

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Voor de verdere analyses zijn de antwoorden op de in tabel 4.6 genoemde items voor mobiliteit en persoonlijke verzorging gecombineerd tot één maat voor beperkingen bij ouderen in deze aspecten.⁶ Volgens deze combinatiemaat ondervindt ruim 85% van de ouderen in de steekproef niet of nauwelijks problemen in hun persoonlijke verzorging en hun mobiliteit. Overigens neemt de mate waarin men zich in het dagelijks leven beperkt voelt, wel sterk toe met de leeftijd. Van de jongere ouderen (65 tot 75 jaar) kan nog 90% verklaren met deze handelingen geen moeite te hebben, terwijl voor bijna de helft van de hoogbejaarden (85+) dit niet meer mogelijk is. Van deze laatste categorie noemt zelfs ruim 17% zich in dit opzicht ernstig beperkt.

Ouderen in de grote(re) steden mogen dan een negatiever oordeel hebben over hun gezondheidstoestand, in de praktijk blijkt dit er niet toe te leiden dat zij daardoor ook meer beperkingen in het dagelijks leven tegenkomen. Weliswaar is het aandeel ouderen dat zich (zeer) ernstig beperkt voelt in de (zeer) sterk stedelijke woongemeenten groter dan in de minder verstedelijkte gebieden, maar dit is toch vooral een gevolg van het hogere percentage oudere ouderen. Uit een vergelijking per leeftijdscategorie blijken de verschillen naar stedelijkheidsgraad nagenoeg weg te vallen.

Uit de cijfers in tabel 4.5 was al naar voren gekomen dat van de daar genoemde aspecten van het dagelijks bestaan, de huishoudvoering de meeste (fysieke) problemen oplevert. Van de 65-plussers had slechts 60% daar geen (fysieke) moeite mee. Hoewel in het

onderzoek onder alleen ouderen een afwijkende vraagstelling is gehanteerd, bevestigen de uitkomsten in grote lijnen dit beeld. De percentages ouderen die opgeven meer of minder problemen te hebben met diverse huishoudelijke handelingen, zijn grosso modo hoger dan die voor problemen met persoonlijke verzorging en mobiliteit.⁷ Overigens blijkt ook hier dat de ene handeling meer problemen oplevert dan de andere. Zwaar schoonmaakwerk en klussen met de huishoudtrap blijken het zwaarst te zijn, hetgeen gezien de eerdergenoemde problemen met bijvoorbeeld traplopen niet verwonderlijk is (tabel 4.7)

Tabel 4.7 Vaardigheid ouderen bij enkele huishoudelijke handelingen (in procenten)

	kan dit zonder moeite	kan dit alleen met moeite	kan dit niet
boodschappen doen	79	10	11
warme maaltijd bereiden	84	5	12
bed opmaken	78	11	12
kleding wassen	82	6	13
licht schoonmaakwerk	91	6	4
zwaar schoonmaakwerk	62	11	27
klussen m.b.v. huishoudtrap	61	5	34

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Analoog aan de maat voor beperkingen in persoonlijke verzorging en mobiliteit is, op grond van de gegevens voor de items in tabel 4.7, een combinatiemaat voor beperkingen bij ouderen in de huishoudvoering opgesteld. Ook hieruit blijkt dat de huishoudvoering meer vergt dan de andere dagelijkse handelingen. Leverden deze laatste voor nog geen 15% van alle ouderen meer of minder ernstige problemen op, de huishoudvoering is voor meer dan de helft van hen een (te) zware opgave.⁸

Zoals verwacht mag worden, gaan een of meer beperkingen in persoonlijke verzorging of mobiliteit samen met de moeite die men heeft bij het verrichten van de diverse huishoudelijke handelingen: hoe meer beperkingen men ondervindt bij de eerste, hoe meer moeite men ook heeft met de laatste. Desondanks blijkt 46% van de respondenten die niet of nauwelijks beperkingen in het dagelijks leven zeggen te ondervinden, toch grote tot zeer grote moeite te hebben met het verrichten van de huishoudvoering. Blijkbaar vraagt een deel van de huishoudelijke handelingen om een grotere inspanning dan die voor de persoonlijke verzorging en de mobiliteit nodig is. Daarnaast is het goed denkbaar dat het minder bedreigend is om toe te geven dat de huishoudvoering moeite kost, dan om afhankelijkheid in het dagelijks leven toe te geven. Aan de andere kant zegt ruim 43% van degenen die ernstige tot zeer ernstige beperkingen in het dagelijks leven ondervinden, toch nog wel huishoudelijke activiteiten te kunnen verrichten. Dat kost deze ouderen dan echter wel de nodige moeite.

Net als bij de beperkingen in de persoonlijke verzorging en mobiliteit nemen ook die bij de huishoudvoering toe met het ouder worden. Kan van de 65-75-jarigen nog bijna 60% zonder enige moeite zelf de huishouding doen, van de 85-plussers geeft ruim 90% op dit niet meer of alleen nog maar met moeite te kunnen.

Uit het vorenstaande blijkt dat, hoewel de leeftijd een belangrijke invloed heeft op de gezondheidstoestand en de daarmee samenhangende beperkingen, een groot deel van de ouderen nauwelijks tot geen moeite heeft met het uitvoeren van diverse dagelijkse handelingen. Voorzover er een relatie bestaat tussen de gezondheidstoestand en de stedelijkheidsgraad van de woonplaats, geldt deze alleen voor de hoogbejaarden (80 jaar en ouder): van deze ouderen zijn die in de grotere steden negatiever over hun gezondheid.

Zorggebruik

Beperkingen in zowel de persoonlijke verzorging als de huishoudelijke vaardigheden kunnen tot op zekere hoogte worden gecompenseerd door diverse vormen van extramuraal zorg- en dienstverlening. Deze hulp aan huis kan ertoe bijdragen dat ondanks de hulpbehoefte de zelfstandige leefwijze wordt gehandhaafd. Gezien de 'opdracht' aan het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid - behoud van zelfstandigheid - is inzicht in het gebruik van deze zorg- en dienstverlening van belang. Het gebruik gerelateerd aan de zorgbehoefte geeft immers een eerste indicatie van de mate waarin het aanbod aansluit op de vraag. Een tweede vraag zou zijn of het gebruik van de diverse zorgvoorzieningen mede beïnvloed wordt door lokale omstandigheden. Het antwoord hierop geeft immers aan of en in hoeverre er in het zorgaanbod lokale variaties, bijvoorbeeld in de vorm van lokale afstemmingsafspraken, nodig of gewenst zijn.

De 'lichtste' vorm van dienstverlening op terrein van de dagelijkse verzorging is de maaltijdvoorziening, ook wel bekend als Tafeltje-dek-je. Deze voorziet in het aan huis bezorgen van een complete warme maaltijd. In een deel van de gemeenten wordt daarnaast ook een zogenoemde Open Tafel geboden: de mogelijkheid om in een dienstencentrum, buurthuis of verzorgingshuis de warme maaltijd gezamenlijk met anderen te gebruiken (Boon von Ochsée en Bijker 1995). De maaltijdvoorziening is in een groot deel van de Nederlandse gemeenten de verantwoordelijkheid van de plaatselijke Stichting Welzijn Ouderen.

Deze behandelt de aanvragen, regelt de bereiding (vaak in de keuken van een plaatselijk verzorgingshuis) en draagt zorg voor de distributie.⁹ Vrijwel overal wordt een groot deel van de kosten voor de maaltijdvoorziening in het kader van het flankerend ouderenbeleid door de lokale overheid gesubsidieerd. Formeel is de voorziening, gezien haar subsidiegrondslag, alleen bedoeld voor ouderen, waarbij meestal de leeftijd van 55 jaar als grens wordt gehanteerd. In de praktijk blijkt echter in een aantal gemeenten, mede naar aanleiding van de invoering van de WVG, het leeftijdscriterium te zijn losgelaten; daar kunnen ook gehandicapten jonger dan 55 of 65 jaar van deze dienstverlening gebruikmaken (Kwekkeboom 1995b).

De gegevens over het gebruik van deze maaltijdvoorziening zijn echter gebaseerd op onderzoek onder alleen ouderen. Over het gebruik door mensen jonger dan 65 jaar zijn, althans in landelijk onderzoek, geen gegevens beschikbaar.

Voor de maaltijdvoorziening worden in de meeste gemeenten geen of heel lichte indicatiecriteria gehanteerd. Gezien de laagdrempeligheid is het opvallend dat uit het onderzoek naar voren komt dat nog geen 6% van de ouderen van deze voorziening

gebruik maakt. Daarnaast blijkt dat de gebruikers vrijwel zonder overlap zijn in te delen in 'thuiseters' (zij die de maaltijd aan huis bezorgd krijgen) en 'buiteneters' (zij die de maaltijd aan een Open Tafel gebruiken); een combinatie van zowel de maaltijd bezorgd krijgen als elders nuttigen komt zelden voor. Van alle gebruikers van de maaltijdvoorziening krijgt ongeveer twee derde de maaltijd thuisbezorgd, de overigen gebruiken de maaltijd aan een Open Tafel.

Van degenen die opgaven buitenshuis te eten, ging iets meer dan de helft naar een verzorgingshuis; de meer specifieke welzijnswerkinstellingen zoals dienstcentra en buurthuizen ontvingen gezamenlijk zo'n 33% van de 'buiteneters'. Vermoedelijk heeft dit te maken met het feit dat de zogenoemde Open Tafels naar verhouding vaker geboden worden in verzorgingshuizen, die immers ten behoeve van hun eigen bewoners een eetzaal moeten hebben.

Al met al maakt lijkt dus maar een klein deel van de ouderen gebruik te maken van de maaltijdvoorzieningen. Daarbij doet het er nauwelijks toe in welke gemeente men woont: het niet-gebruik vertoont vrijwel geen samenhang met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats.

Voor degenen die wel (minimaal een keer per week) een beroep doen op deze vorm van dienstverlening, blijkt de woonplaats wel een klein verschil te maken. Naar verhouding gaan de ouderen in de niet-verstedelijkte gebieden minder vaak naar een Open Tafel en krijgen zij (daarom?) de maaltijd iets vaker thuisbezorgd. Dit verschil is naar alle waarschijnlijkheid terug te voeren op een groter aanbod van deze Open Tafels in de grotere woonkernen.

Overigens blijken de maaltijdvoorzieningen vooral voor alleenstaanden in een behoefte te voorzien. Zij maken ruim vier keer zo vaak gebruik van dit aanbod, of het nu aan huis bezorgd wordt of dat men er voor de deur uit moet. Vermoedelijk speelt het sociale karakter van een maaltijd gebruiken hierbij een belangrijke rol; het koken voor één persoon wordt vaak niet de moeite waard gevonden, en het gezamenlijk eten aan de Open Tafel biedt een vrij eenvoudige mogelijkheid tot het leggen van sociale contacten.

Zoals gezegd, worden voor de maaltijdvoorziening in veel gemeenten geen en zeker geen strenge indicatiecriteria gehanteerd. Toch blijken vrijwel alleen ouderen met beperkingen van het aanbod gebruik te maken. Van de ouderen die ernstige tot zeer ernstige beperkingen bij de persoonlijke verzorging en de mobiliteit ondervinden, deed ruim 20% een beroep op de maaltijdbezorging aan huis. Van de ouderen die grote moeite hadden met de huishoudvoering liep dit aandeel zelfs op tot bijna 30%.

De frequentie in het gebruik van maaltijden die aan huis worden gebracht ligt hoger dan die van maaltijden die buitenshuis worden genuttigd: ruim 5 per week versus nog geen 3 keer per week. De prijzen die voor de maaltijden moet worden betaald, fluctueren voor het grootste deel tussen de f 7 en f 10 per maaltijd, waarbij f 8 het vaakst als kostprijs wordt genoemd. Dit betekent dat de gemiddelde thuiseter per week f 40 aan de maaltijden kwijt is en de gemiddelde buiteneter f 24.¹⁰ Het gaat hierbij dus om kosten voor alleen de warme maaltijd; kosten voor de broodmaaltijd en versnaperingen tussendoor zijn daarbij niet inbegrepen. Gezien de inkomenspositie van veel ouderen zullen zij zich een dergelijke wekelijkse uitgave niet gemakkelijk kunnen veroorloven.

Dit verklaart wellicht het lage percentage ouderen dat zegt daadwerkelijk van de maaltijdvoorziening gebruik te maken (zie ook Timmermans 1997).

De maaltijdvoorziening kan beschouwd worden als een relatief lichte schakel in de keten van extramurale zorg- en dienstverlening aan ouderen en gehandicapten. Bij ernstiger beperkingen is deze lichte voorziening niet voldoende en zal hulp bij meerdere handelingen op het terrein van de persoonlijke verzorging en de huishoudvoering nodig zijn. Deze hulp kan worden gegeven door familieleden, vrienden of andere leden van het eigen sociale netwerk, kortom informele hulp, of door medewerkers van een professionele thuiszorgorganisatie.¹¹

Uit de gegevens blijkt dat slechts 5% van de bevolking enige vorm van hulp ontvangt bij de persoonlijke verzorging.¹² Het percentage dat hulp krijgt bij de huishoudvoering ligt wat hoger, namelijk een kleine 10%.

Uiteraard krijgen mensen die met (ernstige) fysieke beperkingen te maken hebben, meer hulp dan mensen die niet beperkt zijn. En 'dus' is het percentage mensen jonger dan 65 jaar dat geen hulp krijgt, lager dan dat onder 65-plussers. Uit de cijfers blijkt dat bij de ondersteuning van de persoonlijke verzorging met name professionele hulp van belang is. Dit geldt vooral voor de hulp aan mensen met matige tot ernstige beperkingen én de mensen van 65 jaar en ouder (tabel 4.8).

Hulp bij de huishoudvoering lijkt eerder nodig en wordt ook vaker gegeven: ook van de mensen die niet beperkt zijn krijgt ruim 6% enige vorm van ondersteuning hierbij. In tegenstelling tot de hulp bij de persoonlijke verzorging blijkt hulp bij de huishoudvoering voor het merendeel uit het informele circuit te komen; alleen bij de ernstig beperkten is het aandeel van de professionele hulp (in dit geval de gezinsverzorging) gelijk aan dat van de informele hulp (tabel 4.8).

Tabel 4.8 Combinaties van hulp bij persoonlijke verzorging en huishoudvoering, naar mate van fysieke beperktheid en leeftijd (in procenten)

	mate van fysieke beperktheid				leeftijd	
	niet	licht	matig	ernstig	< 65 jaar	≥ 65 jaar
persoonlijke verzorging						
geen hulp	97	94	89	66	97	88
alleen informele hulp	1	3	4	9	2	3
alleen professionele hulp	1	2	6	17	1	6
professionele en informele hulp	-	1	-	8	-	2
huishoudvoering						
geen hulp	93	87	71	46	93	77
alleen informele hulp	5	8	16	23	6	12
alleen professionele hulp	1	4	12	23	1	10
professionele en informele hulp	-	1	-	9	-	2
(n)	(10.734)	(2.359)	(438)	(371)	(12.580)	(1.909)

Bron: SCP (AVO 95)

Uit tabel 4.8 kan al afgeleid worden dat ouderen meer hulp ontvangen dan degenen die jonger zijn dan 65 jaar. Desondanks is het hulpgebruik van alle 65-plussers gemiddeld nog altijd lager dan dat van mensen met een matige fysieke beperking. Ook uit onderzoek onder alleen ouderen blijkt dat een groot deel (ruim 70%) van de ouderen geen hulp, formeel dan wel informeel, krijgt.¹³ Van 30% die wel enige vorm van hulp had ontvangen, kreeg meer dan de helft alleen hulp van gezins- of familieleden of andere leden van het informele circuit.

Het belang van de informele zorgverlening in het totaal van de gegeven hulp blijkt nog duidelijker als binnen de totale groep van 65-plussers gekeken wordt naar het hulpgebruik per leeftijdscategorie. Dat het hulpgebruik bij het ouder worden toeneemt, is gezien de stijgende percentages beperkingen in de oudere-leeftijdscategorieën niet verwonderlijk. Opvallend is wel dat van de ongeveer 60% van de 85-plussers die hulp hadden ontvangen, meer dan de helft uitsluitend hulp vanuit het eigen circuit kreeg. Ouderen die alleen professionele hulp ontvangen hadden, zijn ook in deze leeftijdscategorie nog altijd in de minderheid. Het belang van de professionele zorg neemt wel toe, vooral de wijkverpleging wordt vaker als hulpbron genoemd (tabel 4.9).

Tabel 4.9 Voorkomen van (combinaties van) informele hulp en vormen van professionele hulp bij ouderen, naar leeftijdscategorie (in procenten)

	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar
ontvangt geen hulp	78	58	39
ontvangt alleen informele hulp	13	24	32
ontvangt gezinszorg en informele hulp	2	5	8
ontvangt wijkverpleging en informele hulp	1	3	6
ontvangt zowel gezinszorg als wijkverpleging en informele hulp	0	1	2
ontvangt alleen gezinszorg	3	6	7
ontvangt alleen wijkverpleging	1	2	4
ontvangt zowel gezinszorg als wijkverpleging	0	1	2
(n)	(5.711)	(2.917)	(579)

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Indien het hulpgebruik wordt gerelateerd aan de mate en de soort van beperkingen die ouderen ondervinden, blijkt ook hier dat de inzet van professionele hulp vooral van belang wordt als mensen beperkingen gaan ondervinden in de persoonlijke verzorging. Problemen bij de huishouding worden naar verhouding vaker opgevangen in het informele circuit. Een veel belangrijker uitkomst is echter dat van de ouderen die zich ernstig tot zeer ernstig beperkt weten - en dit geldt voor zowel de mate van beperktheid in de persoonlijke verzorging als die bij de huishouding - ruim een kwart zegt geen hulp aan huis te krijgen (tabel 4.10). Daarbij moet echter wel worden aangetekend dat een meerderheid van de ouderen die geen hulp hebben gekregen, van mening is dat deze hulp ook niet nodig was en er dus ook niet om had gevraagd.

Tabel 4.10 Combinaties van hulp bij ouderen, naar mate van beperkingen in persoonlijke verzorging en mobiliteit respectievelijk moeite met huishouding (in procenten)

	mate van beperkingen			moeite met huishouding		
	niet of nauwelijks	licht tot matig	(zeer) ernstig	geen moeite	moeite	kan huishouding niet
geen hulp	76	42	26	85	60	27
alleen informele hulp	16	30	25	11	24	26
professionele en informele hulp	4	13	27	2	7	23
alleen professionele hulp	5	16	22	3	9	23
(n)	(7.717)	(1.008)	(415)	(4.132)	(4.530)	(363)

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Van een samenhang tussen zorggebruik en lokale omstandigheden, voorzover deze te benaderen zijn via de stedelijkheidsgraad van de woonplaats, is nauwelijks sprake. Het enige verschil dat kon worden vastgesteld is dat ouderen in de grotere steden die geen of slechts een zeer beperkte hulpbehoefte hebben, minder vaak informele zorg ontvangen. De inzet van de informele zorg voor ouderen die wel (enige mate) van hulp nodig hebben, is echter in alle categorieën van stedelijkheid even groot. Het lijkt er dan ook op dat de relaties van de ouderen in de sterk tot zeer sterk verstedelijkte gebieden wat terughoudender zijn met het verlenen van informele hulp en dat daar de hulp uit deze bron pas op volle sterkte komt als die echt nodig is. Daarnaast speelt wellicht mee dat het aanbod van semi-murale voorzieningen, die geringe beperkingen tot op zekere hoogte kunnen compenseren (zoals dagopvang en dagverzorging), in de steden veelal groter en vaak ook gemakkelijker te bereiken is. Het beroep op (informele) hulp kan daarom langer worden uitgesteld.

In die gevallen waarin de ouderen wel hulp hadden ontvangen, ongeacht of het nu informele hulp was of professionele zorg of een combinatie van beide, ging het in de meeste situaties om langdurige hulpverlening, die in het voorgaande jaar zo'n acht tot twaalf maanden werd gegeven. In die situaties waarin slechts voor een korte periode (maximaal) vier weken hulp nodig was geweest, werd daarin naar verhouding het meest door uitsluitend informele zorg in voorzien. De inzet van de diverse zorgaanbieders, zowel professioneel als informeel, bleef in de hulpverleningsperiode beperkt tot zo'n vijf, maximaal tien uur per week.¹⁴

Voor professionele zorg aan huis moet betaald worden. Op het moment van onderzoek hield de regeling nog in dat wijkverpleging, ongeacht het aantal uren zorg per week, gratis was voor leden van een kruisvereniging. Mensen die hulp van de wijkverpleging nodig hadden en geen lid waren, betaalden een eenmalige extra bijdrage boven op de reguliere contributie. De eigen bijdrage voor gezinszorg was ook toen al voor een deel afhankelijk van de omvang van de ontvangen hulp. Evenals nu was er echter wel een maximum aan de hoogte van de per week verschuldigde eigen bijdrage; de hoogte van dit maximum was afhankelijk van het inkomen. Voor meer dan de helft van de oudere ontvangers van gezinszorg betekende de eigen-bijdrageregeling dat zij per week *f* 10 tot *f* 50 kwijt waren aan gezinszorg. Een kleine 40% moest meer betalen dan *f* 50 per week; er zijn zelfs bijdragen genoemd van *f* 500 per week of meer.¹⁵

In het voorgaande zijn de maaltijdvoorziening en professionele en informele thuiszorg min of meer voorgesteld als twee elkaar opvolgende schakels de keten van zorg- en dienstverlening. Combinatie van de gegevens over enerzijds gebruik van de maaltijdvoorziening en anderzijds de thuiszorg leert dat degenen die regelmatig een maaltijd laten bezorgen ook vaak uit andere bronnen hulp krijgen. Slechts 30% van hen kreeg verder geen andere hulp aan huis, terwijl bijna de helft in aanmerking kwam voor professionele hulp, al dan niet in combinatie met informele zorgverlening. Van degenen die geen maaltijden aan huis ontvingen, deed nog geen 10% een beroep op de thuiszorg en van degenen die hun maaltijd aan een Open Tafel nuttigden bedroeg dit percentage ruim 20. De gegevens duiden erop dat het aanbod van de maaltijdvoorziening en dat van de professionele thuiszorg elkaar aanvullen. Omdat de voorzieningen door verschillende organisaties worden geboden, betekent dit echter wel dat gebruikers van beide voorzieningen minstens twee, zo niet meer hulpverleners over de vloer krijgen. Op het totaal van de ouderen zou het daarbij overigens om een kleine groep gaan: nog geen 2%. Deze groep ontvangers van meervoudige zorg, in het algemeen dus mensen met ernstige tot zeer ernstige beperkingen, heeft te maken met een opeenstapeling van eigen bijdragen; voor zowel de maaltijdvoorziening als de thuiszorg moet immers (apart) betaald worden.

4.4 Huisvesting

In het beleid dat gericht is op het zo lang mogelijk zelfstandig wonen van ouderen en gehandicapten, wordt groot belang gehecht aan huisvesting van de leden van deze doelgroepen. De woonplattegrond van de woning en/of de aanwezigheid van aanpassingen kunnen de ergonomische beperkingen van de bewoner immers zodanig compenseren dat de behoefte aan hulp zo lang mogelijk wordt uitgesteld dan wel zo klein mogelijk wordt gehouden (Timmermans 1997).

In het intersectorale beleid voor ouderen en gehandicapten neemt het huisvestingsbeleid dan ook een centrale plaats in (zie hoofdstuk 3). In de vorige paragraaf is geconstateerd dat het voorkomen van fysieke beperkingen, en daarmee de behoefte aan hulp, nauwelijks samenhangt met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats. Ook het gebruik van hulp vertoont geen sterke relatie met de stedelijkheidsgraad. Dit roept de vraag op of er wél verschillen bestaan in de mate waarin de eigenschappen van de woning de beperkingen compenseren. Een dergelijk verschil zou immers kunnen betekenen dat er toch differentiatie in het lokale beleid nodig is, hetzij in de zorgverlening hetzij in de huisvesting.

In paragraaf 4.3 bleek al dat een groot deel van de ouderen moeite heeft met trappenlopen. Aannemelijk is dat dit ook voor de meerderheid van de fysiek matig tot ernstig beperkten geldt. Een woning die zonder traplopen bereikbaar is en waarin men zonder traplopen de belangrijkste woonvertrekken (woonkamer, slaapkamer, keuken en natte cel) kan bereiken, zal voor mensen die moeite hebben met traplopen dan ook geschikter zijn dan woningen, waarin traplopen noodzakelijk is.

De indeling van de woning wordt in feite al bepaald door het type woning: in een etage- of flatwoning liggen immers, per definitie, de meeste vertrekken op één verdieping. Daar staat tegenover dat om de woning te bereiken vaak een of meer trappen beklommen

moeten worden; slechts een kleine 40% van dit woningtype is zonder traplopen te bereiken. Hierbij gaat het dan meestal om de nieuwere, naoorlogse flatwoningen. Anderzijds zijn eengezinswoningen meestal wel zonder trap te bereiken, maar is in huis het gebruik van de trap onvermijdelijk. In ruim 85% van deze woningen zijn de belangrijkste vertrekken over meerdere verdiepingen verdeeld.

Combinatie van de beide voorwaarden leert dat ruim 80% van de woningen uit de reguliere voorraad niet geschikt is voor bewoning door mensen met moeilijkheden met traplopen.

Bij woningen die speciaal voor ouderen zijn gebouwd, is uiteraard meer rekening gehouden met deze eisen voor geschiktheid. Van deze 'bejaardenwoningen' (ongeveer 3% van het totaal) is bijna 80% zonder traplopen bereikbaar en heeft ruim 80% het hoofdwoonprogramma gelijkvloers. Overigens voldoen deze woningen niet altijd aan beide voorwaarden, zodat het aandeel 'geschikte' woningen van de bejaardenwoningen toch niet meer dan 52% bedraagt.

Onafhankelijk van de geschiktheid van de woning, gemeten naar de afwezigheid van trappen, kunnen ook diverse meer of minder ingrijpende (bouwtechnische) voorzieningen worden aangebracht om ergonomische belemmeringen van de bewoners te compenseren. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld het plaatsen van (trap)liften, aanpassen van douche-/badruimte of toilet, verwijderen van drempels enzovoort. In totaal blijkt dat in een kleine 6% van alle woningen een of meer van dergelijke voorzieningen zijn aangebracht.

Zoals verwacht mag worden is het percentage ernstig beperkten dat in een geschikte woning woont of waarvan de woning (verder) is aangepast, hoger dan het percentage niet of licht beperkten. Desondanks blijkt wel dat ruim 60% van de ernstig beperkten in een niet-geschikte of aangepaste woning woont. Ook van de ouderen woont meer dan 65% in een niet-geschikte woning, terwijl bij ruim 80% geen bouwtechnische voorzieningen in de woning zijn aangebracht (tabel 4.11).

Tabel 4.11 Huisvesting in geschikte woningen respectievelijk het voorkomen van bouwtechnische aanpassingen, naar mate van fysieke beperktheid en leeftijd (in procenten)

	mate van fysieke beperktheid				leeftijd	
	niet	licht	matig	ernstig	< 65 jaar	≥ 65 jaar
woning wel geschikt	13	20	29	37	13	34
in woning bouwtechnische voorzieningen aangebracht	4	9	16	38	4	18

Bron: SCP (AVO'95)

Uit onderzoek onder alleen de oudere bevolking blijkt dat meer dan de helft van de zelfstandig wonende 65-plussers is gehuisvest in een gewone eengezinswoning. Ongeveer een achtste van deze ouderen woont in een specifieke woonvorm voor ouderen. Onder deze benaming dient hier onder meer te worden verstaan zelfstandige ouderenwoningen, aanleunwoningen, appartementen in serviceflats of woonzorgcomplexen, dan wel 'inleunwoningen' in verzorgingshuizen of -flats. Van deze varianten in

ouderenhuisvesting zijn de zelfstandige ouderenwoningen veruit in de meerderheid. De huisvestingssituatie van ouderen wordt uiteraard sterk bepaald door de plaatselijke omstandigheden. In welk type woning de meeste ouderen kunnen wonen, hangt nu eenmaal samen met de mate van verstedelijking van hun woonplaats. In de grote steden woont bijna twee derde van de ouderen in een flat- of etagewoning; in de sterk stedelijke woongemeenten is dat aandeel al gedaald tot nog geen derde, terwijl in de plattelandsgedebieden nog maar ruim 3% van de ouderen zo woont. De ouderen daar wonen juist in grote meerderheid (bijna 70%) in een eengezinswoning, een woningtype waarin in de grote steden slechts een kwart van de ouderen is gehuisvest. Specifieke woningen voor ouderen komen naar verhouding meer voor in weinig tot niet stedelijke woongemeenten; circa 14% van de ouderen daar wonen in een dergelijk woonvorm, tegen nog geen 10% van de ouderen in de grote steden.

Over het algemeen wonen de oudere ouderen (80 jaar of ouder) relatief vaker in een flat-/etagewoning of een specifieke woonvorm voor ouderen. Bij de keuze voor de soort woning blijken echter ook andere factoren een rol te spelen. In de eengezinswoningen wonen toch vooral ouderen die (nog) deel uitmaken van een meerpersoonshuishouden, terwijl de flat-/etagewoningen, en met name de specifieke ouderenwoningen, vooral aantrekkelijk zijn voor alleenwonende oudere vrouwen. De mogelijkheid om een voorkeur ten aanzien van het type woning te realiseren is echter wel afhankelijk van het plaatselijke woningaanbod: de zeer ouden in de weinig tot niet stedelijke woongemeenten blijken toch relatief vaker in eengezinswoning te wonen, terwijl in de sterk tot zeer sterk stedelijke gebieden de leden van deze leeftijdscategorie voornamelijk in een flat- of etagewoning zijn gehuisvest.

De flat- en etagewoningen mogen dan bij het ouder worden in populariteit toenemen, dat neemt niet weg dat ook hun geschiktheid voor bewoning door mensen met beperkingen te wensen overlaat. In de woning zelf hoeft men dan niet of nauwelijks trappen te lopen, maar bij een kleine 40% van de ouderen die in dit woningtype wonen, gaat het om woningen die niet zonder traplopen te bereiken zijn.

Hoe belangrijk de afwezigheid van trappen kan zijn, moge ook blijken uit het feit dat van de ouderen die eventueel of graag willen verhuizen (een kleine 20% van de steekproef) ruim driekwart het van belang vindt dat de toekomstige woning zonder traplopen te bereiken is en/of dat de belangrijkste woonvertrekken op dezelfde verdieping gelegen zijn.

Zoals gezegd, kunnen kleine en grote aanpassingen in de woning de ergonomische beperkingen van de bewoners zodanig compenseren dat er minder of zelfs helemaal geen hulp van anderen nodig is. Uit tabel 4.11 bleek al dat in de woningen van ruim 80% van de ouderen in het geheel geen aanpassingen voorkomen. Uit meer specifiek onderzoek onder alleen ouderen blijkt dat daar waar in hun woningen wel aanpassingen zijn aangebracht, het vooral lijkt te gaan om het plaatsen van beugels en grepen bij toilet en badgelegenheid; deze voorzieningen waren in ruim 30% van de woningen aanwezig. Daarnaast werden het wegnemen/verlagen van drempels (in bijna 30% van de woningen) en het plaatsen van een verhoogde toiletpot (ruim 20%) het meest genoemd. Of en in hoe verre er sprake is van dergelijke aanpassingen hangt sterk samen met het woningtype. In

de flat- en etagewoningen komen deze aanpassingen bijvoorbeeld anderhalf tot twee keer zo vaak voor als in eengezinswoningen. Vermoedelijk heeft dit te maken met de grotere geschiktheid van dit type woningen voor ouderen met een handicap: het aanbrengen van extra voorzieningen loont daar meer. Afgezien hiervan komen de meeste aanpassingen toch vooral voor in de specifieke woonvormen voor ouderen: in ruim 70% daarvan zijn geen drempels en wel handgrepen aanwezig. Meer dan de helft van deze woningen is tevens aangesloten op een alarmeringssysteem, van de eengezins- en flat-/etagewoningen zijn slechts 16% respectievelijk 27% dit.

Logischerwijze zal bij de bouw van ouderenwoningen al van tevoren rekening worden gehouden met de grotere kans op beperkingen van de toekomstige bewoners. Toch blijkt dat in bijna 30% van deze woningen de diverse aanpassingen pas waren aangebracht nadat de huidige bewoner(s) er ingetrokken was (waren). Hiervoor is al aangegeven dat naar verhouding de flat- en etagewoningen vaker door diverse aanpassingen min of meer geschikt waren voor bewoning door mensen met beperkingen. In ongeveer 45% van de gevallen waren de genoemde aanpassingen al aanwezig bij de verhuizing. De relatief weinig voorkomende voorzieningen in de door ouderen bewoonde eengezinswoningen zijn in ruim twee derde van de situaties pas later aangebracht.

Overigens is niet bekend of alle aanpassingen zijn aangebracht in verband met een mogelijke beperking; het weghalen van drempels kan bijvoorbeeld ook gebeurd zijn uit esthetische overwegingen bij het leggen van vloerbedekking of parket.

Hoe dan ook, er blijkt wel degelijk een samenhang te bestaan tussen het voorkomen van aanpassingen in de woning en het ondervinden door de bewoners van beperkingen in de persoonlijke verzorging en mobiliteit: hoe ernstiger de beperking, hoe meer aanpassingen er zijn aangebracht. Toch blijkt nog altijd een kleine 20% van de ouderen met (zeer) ernstige beperkingen te wonen in een huis waarin geen enkele van de hiervoor genoemde voorzieningen aanwezig is (tabel 4.12).

Tabel 4.12 Voorkomen van aanpassingen in woningen van ouderen, naar mate van beperkingen in persoonlijke verzorging en mobiliteit (in procenten)

	mate van beperkingen		
	niet of nauwelijks	licht tot matig	(zeer) ernstig
geen aanpassingen	48	28	18
1-2 aanpassingen, evt. aangepaste keuken	37	35	32
3 of meer aanpassingen, normale keuken	14	33	42
3 of meer aanpassingen, aangepaste keuken	1	4	9
(n)	(7.588)	(991)	(408)

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Hiervoor is vastgesteld dat in de grotere steden ouderen naar verhouding vaker in een flat- of etagewoning wonen. Ook is geconstateerd dat deze woningen in het algemeen geschikter zijn voor bewoning door mensen met een beperking en dat deze geschiktheid relatief vaak is vergroot doordat er diverse voorzieningen zijn aangebracht. Op grond daarvan zou het voor de hand liggen dat juist in de grotere steden zeker de ouderen met

(zeer) ernstig beperkingen vaker in een woning met meerdere aanpassingen zijn gehuisvest. Een analyse van het voorkomen van aanpassingen in woningen naar stedelijkheidsgraad van de woonplaats biedt echter geen steun voor deze veronderstelling. Blijkbaar worden de moeilijker aan te passen eengezinswoningen in de weinig tot niet-verstedelijkte gebieden voldoende gecompenseerd door het grotere aantal specifieke woonvormen voor ouderen met de daarin aanwezige voorzieningen.

Ouderen blijken niet zo verhuisgeneigd te zijn: zo'n 80% van de ouderen geeft aan absoluut niet te willen verhuizen. Hieruit kan al afgeleid worden dat de ouderen in het algemeen tevreden zijn met hun huidige woning. Ook over de woonomgeving is men in meerderheid positief, zij het in mindere mate dan over de eigen woning zelf. De mate van tevredenheid hangt overigens wel sterk samen met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats: hoe sterker verstedelijkt de plaats waar men woont, hoe lager de waardering van zowel woning als de woonomgeving (tabel 4.13).

Tabel 4.13 Oordeel ouderen over woning en over woonomgeving, naar stedelijkheidsgraad woonplaats (in procenten)

	oordeel woning			oordeel omgeving		
	onvoldoende	gaat wel	voldoende	onvoldoende	gaat wel	voldoende
zeer sterk stedelijk	34	24	17	45	24	16
sterk stedelijk	25	20	21	20	23	20
matig stedelijk	17	21	22	17	21	22
weinig stedelijk	11	19	22	8	18	23
niet stedelijk	13	16	19	10	14	20

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Desondanks zijn wensen ten aanzien van de woonomgeving (aanwezigheid/bereikbaarheid van voorzieningen, veiligheid, nabijheid familie en vrienden) slechts in mindere mate redenen om naar een andere woning om te zien. De belangrijkste reden voor een eventuele verhuizing is toch de gezondheid, in samenhang met de stijgende leeftijd. Daarnaast wordt de huidige woning vaak te groot gevonden. De helft van de ouderen die op zoek zijn naar een andere woning, wil dan ook een zelfstandige ouderenwoning of een aanleunwoning. Daar het aanbod aan dergelijke specifieke woonvormen in de grote steden (nog altijd) lager is dan elders, hoeft het niet te verwonderen dat bijna 30% van de ouderen daar aangeeft niet te willen of kunnen verhuizen, omdat ze niets kunnen vinden. Daarbij zal, gezien de inkomenspositie van de ouderen in de grotere steden, zeker ook de hoogte van de te betalen huur zeker een rol spelen.

In tegenstelling tot zorgbehoefte en zorggebruik blijkt de huisvestingssituatie van mensen met beperkingen (ongeacht de leeftijd) wel bepaald te worden door lokale kenmerken. Het type woning waarin men is gehuisvest, wordt immers sterk bepaald door de stedelijkheidsgraad van de woonplaats. Anderzijds blijkt echter dat de stedelijkheidsgraad geen samenhang vertoont met de mate waarin met name de ouderen zijn gehuisvest in geschikte woningen of woningen waarin voorzieningen zijn aangebracht. De verschillen worden dus al in het gevoerde beleid aangepakt. Een en ander geeft aan dat er reden is om in het huisvestingsbeleid voor ouderen en

gehandicapten rekening te houden met lokale omstandigheden zoals de stedelijkheidsgraad. De bestaande structuur legt nu eenmaal beperkingen op aan de mogelijkheden om in de huisvesting voorzieningen te treffen die het behoud van de zelfstandigheid bevorderen. Dat aan deze voorzieningen wel behoefte is, kan worden afgeleid uit het gegeven dat toch nog altijd ruim 60% van de mensen met ernstige beperkingen gehuisvest zijn in woningen die niet geschikt zijn en/of niet aan de beperkingen zijn aangepast.

In de grotere steden zal een oplossing vanuit het huisvestingsbeleid voornamelijk gezocht moeten worden in ingrijpende aanpassingen in de bestaande woningvoorraad. Ruimte voor (grootschalige) nieuwbouw lijkt er, mede door de hoge grondkosten, niet te zijn. Of met aanpassingen voldoende tegemoetgekomen kan worden aan de woonwensen van met name de ouderen, is echter maar de vraag. Zij blijken immers een grote voorkeur te hebben voor huisvesting in de specifieke woonvormen. Wellicht speelt hierbij de behoefte om zelfstandig tussen leeftijdgenoten te wonen en daarmee sociale contacten te kunnen onderhouden een rol.

4.5 Maatschappelijke participatie

In hoofdstuk 3 is al uiteengezet dat een van de centrale doelen van zowel het ouderen- als het gehandicaptenbeleid bestaat uit het bevorderen van een zo groot mogelijke deelname van de leden van deze doelgroepen aan alle facetten van de samenleving. Omdat de bevoegdheden van de lokale overheid het grootst zijn ten aanzien van de sociaal-culturele participatie van ouderen en gehandicapten, zal aan dit aspect van de leefsituatie de meeste aandacht worden besteed.

Extra aandacht voor de deelname aan de samenleving door ouderen is gewenst omdat zij door het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd de arbeidsmarkt hebben (moeten) verlaten. Een van de meest vanzelfsprekende manieren om anderen te ontmoeten, op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen en deel te hebben aan de maatschappij valt hierdoor weg.

Ook een deel van de gehandicapten is niet in staat om aan de arbeidsmarkt deel te nemen, hetzij omdat de ernst van de beperkingen dit niet toestaat hetzij omdat door de vooroordelen jegens mensen met een handicap sollicitaties zelden succesvol zijn (Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996). Daardoor lopen ook deze mensen het risico buiten de maatschappij te komen te staan en in een sociaal isolement terecht te komen.

Als compensatie voor het ontbreken of achterblijven van arbeidsmarktparticipatie wordt daarom een zo groot mogelijke sociaal-culturele participatie van belang geacht. Het stimuleren hiervan is, zeker sinds de invoering van de Welzijnswet, een taak bij uitstek voor de lokale overheid.

Aan maatschappelijke participatie zijn diverse aspecten te onderscheiden, zoals de besteding van de vrije tijd (collectief in de vorm van lidmaatschap van een of meerdere verenigingen, of meer individueel zoals het bezoek aan recreatieve of culturele voorzieningen), contacten met het eigen sociale netwerk of de mate van betrokkenheid bij ontwikkelingen in de samenleving. Een belangrijke voorwaarde voor de meer actieve vormen van deelname aan de samenleving is echter wel de fysieke mogelijkheid om zich (zelfstandig) te verplaatsen. Mobiliteitsbeleid voor ouderen en gehandicapten is daarom

ook een vorm van participatiebeleid.

Op grond van gegevens uit bevolkingsonderzoek zal op elk van de hiervoor genoemde aspecten worden ingegaan. Over de contacten met het sociale netwerk en de maatschappelijke betrokkenheid is echter alleen informatie onder ouderen verzameld.

Vrijtijdsbesteding

De manier waarop men zijn vrije tijd besteedt, blijkt sterk beïnvloed te worden door lokale omstandigheden zoals deze zijn af te leiden uit de stedelijkheidsgraad van de woonplaats. Zo doen inwoners van de grotere steden minder aan sport en zijn zij (veel) minder vaak lid van een of meerdere verenigingen. Daarentegen bezoeken zij wel (veel) vaker zowel culturele als recreatieve voorzieningen (tabel 4.14).

Tabel 4.14 Deelname aan diverse vormen van vrijetijdsbesteding, naar stedelijkheidsgraad van de woonplaats (in procenten)

	stedelijkheidsgraad				
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet
lidmaatschap diverse verenigingen^a					
is nergens lid van	37	32	30	28	25
is van minimaal 1 lid	63	69	70	72	76
sportactiviteiten					
doet helemaal niet aan sport	37	33	35	32	32
beoefent minimaal 1 sport	63	67	65	68	68
bezoek culturele voorzieningen^a					
bezoekt deze minder dan 2x per jaar	28	31	35	36	39
bezoekt deze vaker dan 2x per jaar	73	69	65	64	62
bezoek recreatieve voorzieningen^a					
bezoekt deze minder dan 1x per maand	45	48	51	51	53
bezoekt deze vaker dan 1x per maand	55	53	49	49	47

^a Zie voor een beschrijving van hierbij opgenomen verenigingen en voorzieningen, bijlage 4.2.

Bron: SCP (AVO'95)

Uit een nadere analyse blijkt echter dat deze verschillen naar stedelijkheidsgraad zich feitelijk alleen voordoen bij dat deel van de bevolking dat geen beperkingen ondervindt. Zeker voor de mensen met matige tot ernstige fysieke beperkingen geldt dat zij veel minder aan de diverse activiteiten (kunnen) deelnemen. Voor hen maakt de stedelijkheidsgraad van de woonplaats en het daarmee samenhangende voorzieningenaanbod niets uit; hun participatie in de diverse vormen van vrijetijdsbesteding blijft ver onder het gemiddelde van de gehele bevolking. Iets vergelijkbaars geldt, zij het in minder sterke mate, voor een vergelijking van de participatie van de bevolking jonger dan 65 jaar met die van de ouderen: deze laatsten zijn op alle genoemde terreinen minder actief (tabel 4.15).

Tabel 4.15 Mate van deelname aan diverse vormen van maatschappelijke participatie, naar mate van fysieke beperktheid en leeftijd (in procenten)

	mate van fysieke beperktheid				leeftijd	
	niet	licht	matig	ernstig	< 65 jaar	≥ 65 jaar
lidmaatschappen diverse verenigingen						
is nergens lid van	28	34	42	51	29	43
is van minimaal 1 lid	72	66	59	49	72	58
sportactiviteiten						
doet helemaal niet aan sport	30	44	67	84	28	70
beoefent minimaal 1 sport	71	56	33	16	72	30
bezoek culturele voorzieningen						
bezoekt deze minder dan 2x per jaar	30	39	54	75	30	60
bezoekt deze vaker dan 2x per jaar	70	61	46	25	70	40
bezoek recreatieve voorzieningen						
bezoekt deze minder dan 1x per maand	49	49	54	70	49	55
bezoekt deze vaker dan 1x per maand	51	51	46	30	51	45

Bron: SCP (AVO'95)

Ouderen mogen dan als groep minder deelnemen aan de diverse facetten van de samenleving, binnen het heterogene gezelschap van 65-plussers zijn de verschillen zeer groot. Als bijvoorbeeld gekeken wordt naar het lidmaatschap van diverse soorten verenigingen (variërend van hobby- of sportvereniging tot ouderenbonden), dan blijkt dat in de opvolgende leeftijdsklassen het percentage leden sterk terugloopt. Vooral na het tachtigste levensjaar neemt het aantal lidmaatschappen af. De sterkste teruggang doet zich voor bij het lidmaatschap van de sport- en hobbyverenigingen: van bijna 30% van de 65- tot 75-jarigen nog geen tiende van de 85-plussers. Ook het lidmaatschap van buurtverenigingen en vrouwenbonden - organisaties waarvan een groot deel van de oudere vrouwen lid is - is in de oudste-leeftijdscategorie sterk teruggelopen. Dit geldt ook voor het bezit van een gemeentelijke Pas-65+¹⁶, desondanks blijkt toch nog altijd bijna twee derde van de oudere ouderen een dergelijke pas te bezitten. Een opvallend afwijkende ontwikkeling doet zich echter voor bij de ouderenbonden; de organisatiegraad van de oudere ouderen (vanaf 75 jaar en ouder) blijkt zelfs hoger te zijn dan die van de jongere senioren.

Hoewel de leeftijd de grootste invloed heeft op de participatie, speelt voor de groep 65-plussers ook de stedelijkheidsgraad van de woonplaats een belangrijke rol in de mate waarin zij lid zijn van een of andere vereniging. Net als bij de gehele bevolking (tabel 4.14) geldt ook hier dat hoe hoger de stedelijkheidsgraad is, des te lager het percentage leden onder de ouderen. De enige uitzondering hierop vormt het bezit van een Pas-65+: van de ouderen in de zeer sterk verstedelijkte gemeenten bezit bijna 86% deze pas tegen 65% in de niet-stedelijke woonplaatsen. Het lijkt erop dat de individuele mogelijkheid tot deelname aan of gebruik van diverse voorzieningen die deze pas biedt, de stedelingen sterker aanspreekt dan de meer collectieve vorm van bezigheid die een verenigingslidmaatschap biedt (tabel 4.16).

Tabel 4.16 Lidmaatschap van ouderen van diverse verenigingen (incl. Pas-65+), naar stedelijkheidsgraad woonplaats (in procenten)

	stedelijkheidsgraad				
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet
lid politieke partij	6	5	6	10	10
lid sport-/hobbyvereniging	22	23	24	26	23
lid zang-/muziekvereniging	6	7	8	10	9
lid vereniging met godsdienstig doel	6	6	8	9	8
lid ouderenbond	19	23	25	33	34
lid buurtvereniging	11	10	12	17	21
lid vrouwenbond/-vereniging	8	12	15	21	29
bezit gemeentelijke Pas-65+	86	83	75	72	65
(n)	(1.745)	(1.901)	(1.956)	(1.932)	(1.653)

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Ouderen lijken hun toch behoorlijk grote hoeveelheid vrije tijd goed te kunnen benutten: ruim 80% van hen zegt zich vrijwel nooit te vervelen. Wel neemt met het ouder worden de tevredenheid met de tijdsbesteding wat af: gaf van de 65-74-jarigen slechts een kleine 16% toe zich wel eens of zelfs zeer vaak te vervelen, van de 85-plussers is dit 35%. De mate van verveling hangt overigens, niet geheel onlogisch, sterk samen met het aantal lidmaatschappen: hoe groter het aantal verenigingen waarvan men lid is, des te groter de kans dat men zich vrijwel nooit verveelt. Gezien de hoge percentages ouderen in de grotere steden die nergens lid van zijn, zou men verwachten dat deze ouderen zich ook vaker vervelen. Dit blijkt echter niet zonder meer zo te zijn: indien rekening wordt gehouden met de leeftijd, blijken de ouderen in de grotere steden zich niet vaker of minder vaak te vervelen dan die in de weinig tot niet-verstedelijkte gebieden. Een verklaring hiervoor kan worden afgeleid uit gegevens over de deelname door ouderen aan meer individuele vormen van vrijetijdsbesteding. Hieruit komt namelijk naar voren dat de ouderen in de grote steden vaker gebruikmaken van andere bronnen van vertier. Zo is het bezoek aan kunstuitvoeringen en musea onder de ouderen in de grotere steden hoger dan gemiddeld voor het hele land. Daar staat dan wel tegenover dat een groot deel van met name de ouderen in de niet-verstedelijkte gemeenten (een deel van) hun vrije tijd besteden aan het klussen in huis. Verder blijkt dat het percentage ouderen dat minstens een keer per jaar op vakantie gaat in de (sterk) verstedelijkte gebieden hoger is dan bijvoorbeeld op het platteland en dat ouderen in de minder verstedelijkte gebieden juist vaker een uitstapje naar de vrije natuur maken.

Uit gegevens over deze meer individuele vormen van vrijetijdsbesteding door ouderen blijkt voorts dat hun leeftijd eigenlijk een belangrijker rol speelt dan de plaats waar zij wonen. Hoe ouder men is, hoe minder men aan de diverse activiteiten deelneemt; vooral in de oudste-leeftijdsklasse is deze vorm van deelname aan de samenleving sterk teruggelopen (tabel 4.17).

Tabel 4.17 Deelname ouderen aan diverse vormen van vrijetijdsbesteding, naar leeftijdsklassen

	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar
gaat minimaal 1 maal/jaar op vakantie	59	42	19
besteedt minimaal 1 uur/week aan vorm van denksport	52	45	30
besteedt minimaal 1 uur/week aan vorm van lichaamssport	34	21	8
besteedt minimaal 1 uur/week aan zelf muziek maken en/of zingen	13	9	5
besteedt minimaal 1 uur/week aan doe-het-zelfactiviteiten in woning	25	10	3
bezoekt vaker dan 3 keer/jaar een museum	16	9	3
bezoekt vaker dan 3 keer/jaar een muziekkuitvoering	13	9	4
bezoekt vaker dan 3 keer/jaar een toneelvoorstelling	7	6	3
neem vaker dan 3 keer/jaar deel aan uitstapje in vrije natuur	70	46	19
bezoekt minstens 3 keer/jaar een gezellige middag/avond	50	48	37
bezoekt minstens 3 keer/jaar een restaurant	48	35	16

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Oude ouderen zijn dus minder gevarieerd in de manier waarop zij hun (vrije) tijd besteden; zij zijn ook veel minder tevreden met hun vrijetijdsbesteding dan jongere ouderen: waardeert van de 65-74-jarigen een derde de manier waarop zij hun vrije tijd besteden met een 8 of meer, in de categorie van 85 jaar en ouder is dat nog maar een zesde. Een kleine 10% uit de oudste-leeftijdsklasse waardeert de vrijetijdsbesteding zelfs als zeer onvoldoende, terwijl van de jongere ouderen 3% een dergelijke waardering geeft.

Behalve de leeftijd blijkt echter ook de stedelijkheidsgraad van de woongemeente een zekere rol te spelen in de waardering van de vrijetijdsbesteding. In het algemeen zijn met name de jongere ouderen (65 tot 74 jaar) in de sterk en zeer sterk verstedelijkte gemeenten minder tevreden dan gemiddeld over de manier waarop zij hun vrije tijd besteden.

Sociale contacten

Uit tabel 4.17 bleek al dat ongeveer 40% tot 50% van de ouderen minstens driemaal per jaar een gezellige middag of avond bezoekt. Ongeveer een derde van hen doet dat zelfs minstens eenmaal per maand. Van alle genoemde vormen van vrijetijdsbesteding heeft op deze het ouder worden de minste invloed. Hieruit zou men kunnen afleiden dat informele contacten met familie, vrienden en kennissen zo lang mogelijk in stand worden gehouden. Expliciete vragen naar de contactfrequentie met familie, vrienden en kennissen bevestigden deze indruk. Van de informele contacten lijken die met de eigen kinderen het belangrijkste te zijn: slechts 1% van de ouderen met kinderen geeft op (bijna) nooit contact met hen te hebben, terwijl 74% de kinderen vaker dan een keer per week spreekt of ziet. Deze frequentie neemt overigens wel sterk af met de leeftijd: ruim 10% van de hoogbejaarde ouderen (85 jaar en ouder) met kinderen ziet of spreekt de kinderen minder dan een keer per maand tot nooit.

De cijfers voor de frequenties van contacten met overige familie, vrienden en burens liggen wat uiteen. Dat ouderen opgeven (bijna) nooit contact te hebben, komt naar verhouding wel vaker voor dan het geen of weinig contact hebben met de kinderen. Toch heeft 92% van de ouderen regelmatig tot vaak contact met de diverse leden van hun

sociale netwerk. Ook hier kan een duidelijke samenhang met de leeftijd worden vastgesteld: heeft van de 65-74-jarigen slechts 6% nauwelijks contact met anderen, voor de volgende leeftijdscategorieën lopen dit aandeel op via 10% (75-84-jarigen) tot 15% (85 jaar en ouder). Daarnaast is er een duidelijk verband met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats: ouderen in de sterk stedelijke gemeenten hebben significant minder contact met familie, vrienden en burens dan ouderen elders. Dit verband blijft ook bestaan in een vergelijking per leeftijdscategorie (tabel 4.18).

Tabel 4.18 Frequentie contacten ouderen met buitenshuis wonende kinderen en met familie, vrienden en kennissen, naar stedelijkheidsgraad en leeftijd (in procenten)

	(zeer) sterk stedelijk		matig stedelijk		weinig tot niet stedelijk	
	65-79 jr.	≥ 80 jr.	65-79 jr.	≥ 80 jr.	65-79 jr.	≥ 80 jr.
contacten met kinderen						
ziet kinderen minimaal 1 keer/2 weken	94	92	94	90	94	94
ziet kinderen minder dan 1 keer per maand tot (bijna) nooit	6	8	6	10	6	6
(n)	(2.437)	(485)	(1.504)	(264)	(2.659)	(523)
contacten sociaal netwerk						
vaak contacten	37	26	44	28	48	39
regelmatig contacten	55	59	50	58	46	51
nauwelijks contacten	8	15	6	14	6	11
(n)	(2.951)	(711)	(1.601)	(363)	(2.936)	(665)

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

De tevredenheid over deze contacten met de leden van het eigen sociale netwerk hangt, niet geheel verwonderlijk, sterk samen met de frequentie: ouderen die hun familie, vrienden en kennissen vaak spreken of zien zijn tevredener dan zij die dat niet doen. Het is niet onwaarschijnlijk dat voor de laatsten juist de onvrede over de contacten de reden is voor de lage frequentie. Dat neemt niet weg dat nog altijd ruim een derde van de ouderen die opgeven nauwelijks contacten te onderhouden, daar wel zeer tevreden over is. Overigens lijkt het erop dat het hebben van veel contacten met de familie enzovoort voor de oudere ouderen van grotere betekenis is dan voor de jongere ouderen. De ontevredenheid bij weinig contacten is groter, zoals ook de tevredenheid met veel contacten groter is. In het algemeen is echter de waardering voor de contacten met anderen, ook als zij vaak contacten hebben, in de oudste-leeftijdscategorie lager dan in de jongste. Vermoedelijk wegen zij niet voldoende op tegen de ongemakken die het ouder worden met zich meebrengt.

In paragraaf 4.3 over hulpbehoefte en hulpgebruik is aangegeven dat het sociale netwerk een belangrijke bron van hulpverlening is: het aandeel van de informele hulp in het totale gebruik is aanzienlijk. Uit de vraag naar de mate waarin men zelf familie, vrienden en burens helpt, blijkt dat informele zorg bij ouderen slechts tot op zekere

hoogte wederkerig is. Van alle ouderen geeft 60% op nooit anderen uit het sociale netwerk te helpen. Slechts een kleine 10% helpt regelmatig tot vaak. Uiteraard speelt de fysieke mogelijkheid tot het verlenen van hulp een belangrijke rol; de op deze manier gemeten hulpvaardigheid van de jongere ouderen is dus aanzienlijk groter dan die van de oudere ouderen. De mogelijkheid of bereidheid tot het helpen van anderen neemt sterk af na het vijfenzeventigste levensjaar: van de 65-74-jarigen zegt 47% nooit te helpen, van de 75-84-jarigen is dit al 81%. Van de hoogbejaarden is slechts een 2% nog in staat anderen (wel eens) te hulp te schieten (tabel 4.19).

Tabel 4.19 Hulpvaardigheid onder ouderen, naar leeftijdsklassen (in procenten)

	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar
helpt nooit	47	81	97
helpt nauwelijks	10	5	-
helpt nu en dan	30	11	2
helpt regelmatig	11	3	-
helpt vaak	3	1	-
(n)	(5.680)	(2.892)	(567)

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Uiteraard wordt de hulpbereidheid behalve door lichamelijke conditie, ook bepaald door de tevredenheid met de kennissenkring: hoe ontevredener men is over de contacten in het eigen sociale netwerk, hoe minder men geneigd blijkt de leden van dit netwerk te helpen. Dat dit echter niet de enige reden is, moge blijken uit het feit dat ook van de ouderen die zeer tevreden zijn met hun kennissenkring slechts 10% bereid of in staat is deze tevredenheid te vertalen in regelmatig tot vaak helpen.

Opvallend bij de gegevens over de hulpvaardigheid onder ouderen is verder dat de gevonden verschillen naar stedelijkheidsgraad in het *ontvangen* van hulp uit het informele circuit zich niet weerspiegelen in de gegevens over het *geven* van deze hulp. Weliswaar rapporteren de ouderen in de sterk tot zeer sterk verstedelijkte gebieden tezamen een wat lagere hulpvaardigheid, maar deze verschillen verdwijnen als ook rekening wordt gehouden met de leeftijd.

Maatschappelijke betrokkenheid

In het voorgaande is vooral ingegaan op de meer actieve vormen van maatschappelijke participatie. Om aan deze vormen deel te nemen is in ieder geval een goede lichamelijke conditie noodzakelijk. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deelname zeer sterk samenhangt met de leeftijd. Dat een slechtere lichamelijke gesteldheid voor ouderen niet onmiddellijk hoeft te betekenen dat zij daarmee ook de belangstelling voor de wereld om zich heen verliezen, blijkt uit het feit dat ook meer dan driekwart van de oude ouderen het nieuws zeer nauwkeurig volgt. De bereidheid of mogelijkheid om deze maatschappelijke betrokkenheid ook daadwerkelijk om te zetten in onbetaald werk voor een vereniging daalt echter wel sterk met het ouder worden (tabel 4.20).

Tabel 4.20 Deelname ouderen aan diverse vormen van maatschappelijke betrokkenheid, naar leeftijdsklasse (in procenten)

	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar
kijkt meer dan 1 keer per week naar het journaal	97	96	93
kijkt meer dan 1 keer per week naar actualiteitenrubriek	86	82	72
luistert meer dan 1 keer per week naar het radionieuws	78	74	65
leest meer dan 1 keer per week de krant	87	84	77
doet onbetaald werk	29	14	4

Bron: CBS (EBO'96) SCP-bewerking

Uit de antwoorden blijkt behalve een hoge deelname aan de diverse vormen van maatschappelijke betrokkenheid, ook een grote samenhang tussen deze activiteiten: iemand die vaak naar het journaal kijkt, kijkt ook regelmatig naar een actualiteitenrubriek, zoals hij ook vaak naar de radio luistert, vaak de krant leest en meer dan gemiddeld bereid is onbetaald werk te doen. Indien de diverse vormen van deelname aan de samenleving bij elkaar wordt opgeteld, komt naar voren dat ruim 64% van de ouderen blijk geeft van een sterke maatschappelijke betrokkenheid, terwijl nog geen 4% zich niet of nauwelijks betrokken betoont.

Ondanks het feit dat, behalve voor deelname aan onbetaald werk, voor de andere activiteiten de lichamelijke conditie minder belangrijk is, blijft de op deze wijze gemeten maatschappelijke betrokkenheid van de oudere ouderen achter bij die van de jongere ouderen: van de oudste-leeftijdscategorie blijkt ongeveer 12% niet of nauwelijks meer bij de samenleving betrokken te zijn.

Deze samenhang met de leeftijd is ook verantwoordelijk voor een (lichte) samenhang tussen de stedelijkheidsgraad van de woonplaats en de maatschappelijke betrokkenheid. De verschillen verdwijnen echter als de maatschappelijke betrokkenheid van de stadbewoners vergeleken wordt met die van niet-stadsbewoners in dezelfde leeftijdscategorie. Wel komt uit een vergelijking van de cijfers voor de diverse vormen van maatschappelijke betrokkenheid naar voren dat de manier waarop ouderen zich over de samenleving informeren, samenhangt met de stedelijkheidsgraad van hun woonplaats. Zo blijkt dat in de sterk en zeer sterk stedelijke woongemeenten de televisie de belangrijkste verbinding met de samenleving vormt. De radio en met name de krant dienen daar aanzienlijk minder vaak als bron van informatie over de samenleving dan in de minder verstedelijkte gemeenten. Ook de deelname aan onbetaald werk blijft in de grotere steden achter bij het landelijke gemiddelde.

Mobiliteit

Hiervoor is er al op gewezen dat de mogelijkheid om zich (zelfstandig) te kunnen verplaatsen een belangrijke voorwaarde is voor met name een actieve deelname aan de samenleving. In hoofdstuk 3 is al beschreven dat het, juist in het kader van een beleid gericht op bevordering van de maatschappelijke participatie van mensen met mobiliteitsproblemen, een taak van de lokale overheid is om te voorzien in adequate vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen.

De gegevens uit bevolkingsonderzoek over het gebruik van dergelijke voorzieningen

en/of hulpmiddelen zijn beperkt. Uit de informatie die wel beschikbaar is, blijkt dat bijvoorbeeld het bezit van vervoersvoorzieningen (bv. van een aangepaste auto, een drie- of vierwiel fiets of een plateaurolstoel) slechts mondjesmaat voorkomt: niet meer dan 2% van de bevolking beschikt over zo'n voorziening. Uiteraard is er wel een samenhang met de mate van de beperking en de leeftijd: onder de ernstig beperkten en de ouderen komt het bezit van een vervoersvoorziening vaker voor (tabel 4.21). Van de mogelijke voorzieningen wordt het bezit van een scootermobiel het meest genoemd.

Vergoeding van de kosten voor vervoer wordt iets vaker verstrekt, maar ook dan aan toch niet meer dan ruim 3% van de bevolking, waarbij ook hier bij de ernstig beperkten en de ouderen de percentages hoger zijn (tabel 4.21). Van de mogelijke vergoedingen worden die voor taxikosten het vaakst genoemd, gevolgd door kilometervergoedingen.

Tabel 4.21 Bezit van vervoersvoorziening voor gehandicapten en ontvangst vergoeding vervoerkosten gehandicapten, naar mate van fysieke beperking en leeftijd (in procenten)

	mate van fysieke beperking				leeftijd	
	niet	licht	matig	ernstig	< 65 jr.	≥ 65 jr.
bezit enige vorm van voorziening voor vervoer in verband met handicap	1	2	9	26	1	7
ontvangt enige vorm van vergoeding voor vervoer in verband met handicap	2	4	12	29	3	8

Bron: SCP (AVO'95)

Het bezit van meer dan een vervoersvoorziening en het ontvangen van meerdere vergoedingen is zeldzaam en komt bij minder dan een half procent van de bevolking voor.

Uit de gegevens komt naar voren hoezeer de wijze waarop en de mate waarin men aan de samenleving deelneemt, bepaald wordt door de (lichamelijke) validiteit. Bij het gezonde, fitte deel van de bevolking hangt het participatiepatroon sterk samen met de lokale situatie, zoals deze kan worden afgeleid van de stedelijkheidsgraad van de woonplaats. Bij degenen die te kampen hebben met matige tot ernstige fysieke beperkingen maakt de stedelijkheidsgraad niets uit: hun participatie blijft over de gehele linie achter bij het gemiddelde.

De maatschappelijke participatie van alleen ouderen vertoont hetzelfde beeld: de samenhang met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats neemt af naarmate de leeftijd en daarmee de ernst van de beperkingen toeneemt. Opvallend daarbij is overigens dat het plaatselijke voorzieningenaanbod juist voor de jongere ouderen in de sterk tot zeer sterk verstedelijkte gemeenten tekort blijkt te schieten: zij zijn minder tevreden met hun vrijetijdsbesteding dan hun leeftijdgenoten elders. Voor de oudste-leeftijdscategorie werd geen relatie met de stedelijkheidsgraad gevonden: deze personen waren over de gehele linie minder positief over hun vrijetijdsbesteding. De mate waarin in ieder geval ouderen contact hebben en houden met de leden van hun eigen sociale netwerk (uitgezonderd hun eigen kinderen) blijkt eveneens tot op zekere hoogte samen te hangen met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats. De contactfrequentie in sterk tot zeer sterk stedelijke woongemeenten is voor alle ouderen lager dan elders. Zij zijn dan ook in het

algemeen wat ontevredener over hun contacten met familieleden, vrienden en burens. Ook hier is de invloed van de leeftijd op zowel contactfrequentie als op tevredenheid daarover overigens veel sterker dan de invloed van de stedelijkheidsgraad. Vooral de hoogbejaarden vinden de contacten met hun sociaal netwerk onvoldoende.

4.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is aan de hand van gegevens uit bevolkingsonderzoek, een beschrijving gegeven van enkele facetten van de leefsituatie van zelfstandig wonende ouderen en gehandicapten. Het gaat hierbij in het bijzonder om gegevens over zorgbehoefte en zorggebruik, huisvesting en aspecten van maatschappelijke participatie. In combinatie met de weergave van de formele regelgeving uit hoofdstuk 3 geeft deze beschrijving een indruk van de context waarbinnen het lokale beleid ten behoeve van deze doelgroepen zich afspeelt. Hieruit moet niet alleen duidelijk worden welke reikwijdte het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid heeft, maar ook op welke problemen, wensen en behoeften van ouderen het zou moeten inspelen. In de analyse van de onderzoeksgegevens is tevens gezocht naar een mogelijke relatie met de stedelijkheidsgraad als een eerste indicatie van lokale verschillen, die verscheidenheid in beleid respectievelijk voorzieningenaanbod noodzakelijk zouden maken.

Uit de gegevens over zorgbehoefte en zorggebruik komt naar voren dat een groot deel van de mensen met matige tot ernstige fysieke beperkingen in het geheel geen hulp krijgen bij persoonlijke verzorging of huishoudvoering. Onder de ouderen die ernstig tot zeer ernstig beperkt zijn in de uitvoering van diverse dagelijkse handelingen, is het deel dat geen hulp krijgt lager, maar bedraagt het nog altijd ongeveer een kwart. Informatie over de huisvestingssituatie van ouderen en gehandicapten wijst erop ruim 60% van de ernstig fysiek beperkten in een woning woont die als niet-geschikt kan worden gekwalificeerd of waarin geen bouwtechnische voorzieningen zijn aangebracht. Voor de ouderen met ernstige tot zeer ernstige beperkingen in de persoonlijke verzorging en mobiliteit (ongeveer 5% van alle mensen van 65 jaar en ouder) ligt dit percentage opnieuw een stuk lager: van hen woont ongeveer 20% in een woning zonder aanpassingen. De gegevens over de maatschappelijke participatie geven, zoals verwacht mag worden, aan dat de deelname aan diverse facetten van de samenleving zeer sterk wordt beïnvloed door de ernst van de (fysieke) beperkingen waarmee mensen te kampen hebben. Ernstig tot zeer ernstig beperkten en de oudere ouderen geven op minder vaak lid te zijn van verenigingen, minder recreatieve, educatieve en culturele voorzieningen te bezoeken, minder contacten te onderhouden met leden van hun sociale netwerk en minder betrokken te zijn bij de diverse ontwikkelingen in de maatschappij. Voor de hoogbejaarden heeft dit ook tot gevolg dat zij minder tevreden zijn over hun vrijetijdsbesteding en sociale contacten. De kans op sociaal isolement lijkt voor deze groepen dan ook zeer groot.

Vanuit de optiek van het lokale beleid is het daarbij van belang dat bij de vorenstaande bevindingen slechts in geringe mate een relatie lijkt te bestaan met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats. Ten aanzien van het zorggebruik was het belangrijkste verschil dat de ouderen in de grotere steden met een lichte zorgbehoefte minder informele hulp

ontvingen. Opvallend was dat deze ouderen ook negatiever waren over hun gezondheidstoestand, terwijl er afgaand op de opgegeven beperkingen objectief geen verschil naar stedelijkheidsgraad kon worden vastgesteld.

Waar het de huisvesting betreft, was het opmerkelijk dat de ouderen in de grotere steden negatiever waren in hun oordeel over de woning en over de woonomgeving. Zij stelden echter dat zij geen andere woning konden vinden, wat wellicht verklaard kan worden uit het feit dat in de grotere steden relatief minder specifieke woonvormen voor ouderen gerealiseerd zijn. De percentages ouderen en gehandicapten die in aanmerking zouden komen voor een geschiktere of beter aangepaste woning dan zij op het moment van onderzoek bewoonden, waren echter voor alle stedelijkheidscategorieën nagenoeg gelijk. De hiervoor geconstateerde grotere ontevredenheid onder ouderen in de grotere steden werd ook vastgesteld bij het oordeel over de vrijetijdsbesteding en de contacten met het sociale netwerk. Zijn in de matig tot niet-verstedelijkte gemeenten de jongere ouderen (65 tot 70 jaar) redelijk tot zeer positief over deze facetten van de maatschappelijke participatie, hun leeftijdgenoten in de sterk tot zeer sterk verstedelijkte gemeenten zijn dat veel minder. En dat terwijl deze net zo min als de anderen opgaven zich vaak te vervelen en grosso modo even actief waren in de vrijetijdsbesteding en het onderhouden van sociale contacten.

Uit deze bevindingen kan worden afgeleid dat er in ieder geval aanleiding is om specifieke aandacht te geven aan het welbevinden van ouderen in de sterk tot zeer sterk stedelijke gemeenten. Daar in deze gemeenten de ouderen relatief vaak tot de laagste-inkomensgroepen behoren, lijkt het echter eerder om een *welvaarts-* dan om een *welzijns*probleem te gaan.

Met de andere problemen die zijn geconstateerd krijgen lokale overheden en instellingen wel rechtstreeks te maken. Daar deze problemen zich overal en in gelijke mate voordoen, zal er in vrijwel elke gemeente een al of niet lokaal antwoord op gevonden moeten worden. Ook hier zijn echter de mogelijkheden om er via lokaal beleid iets aan te doen beperkt. Het zorgbeleid bijvoorbeeld wordt centraal bepaald en is daarmee onttrokken aan de invloed van de lokale overheid. De bevoegdheden op het terrein van de huisvesting liggen inmiddels grotendeels in handen van de corporaties en bovendien stelt de al gebouwde omgeving haar beperkingen aan het ontwikkelen van speciale woonvormen. Weliswaar zijn de lokale overheden wel in staat om via woningaanpassingen het probleem van de huisvesting iets op te lossen, maar op dat budget is bezuinigd. Gezien de inkomenspositie van een groot deel van de leden van de doelgroepen is het ook niet reëel om te verwachten dat zij substantieel hetzij via een eigen bijdrage ineens hetzij via huurverhoging kunnen bijdragen in de kosten. Alleen op het terrein van de participatie heeft de lokale overheid enige bevoegdheden, niet alleen ten aanzien van vervoersvoorzieningen maar ook in het ruimtelijke-ordeningsbeleid, waarin aandacht gegeven kan worden aan een zo goed mogelijke toegankelijkheid. Of deze gemeentelijke bevoegdheden voldoende zijn om de soms ernstige fysieke beperkingen te kunnen compenseren, is echter maar de vraag. Bovendien zal, zoals opgemerkt in paragraaf 3.3, participatie voor jongere (ernstig) beperkten een geheel andere betekenis hebben dan voor hoogbejaarden. Een algemeen participatiebeleid lijkt dan ook niet in de rede te liggen.

Uitgaande van de formele regelgeving die de mate van decentralisatie van het ouderen- en gehandicaptenbeleid bepaalt, ligt de oplossing van de hiervoor geconstateerde problemen feitelijk buiten de competentie van de lokale overheden. Een belangrijk uitgangspunt bij het decentraliseren van beleidsverantwoordelijkheden is, naast de mogelijke lokale verschillen in problemen en behoeften, ook de verwachting dat de kortere lijnen tussen overheid, instellingen en (organisaties van) burgers op lokaal niveau bijdragen aan een betere onderlinge afstemming en grotere integratie van beleid. Op de algemeen voorkomende problemen zou daardoor een lokale oplossing kunnen worden geformuleerd, een oplossing die door alle betrokkenen in een direct onderling contact zou kunnen worden gerealiseerd. In de hoofdstukken over het ouderen- en gehandicaptenbeleid in 28 gemeenten zal worden nagegaan of en in hoeverre de bij dit beleid betrokken partijen deze mogelijkheid benutten.

Noten

- 1 Voor een meer omvattende beschrijving over de leefsituatie van ouderen en gehandicapten (ook van ouderen en gehandicapten in intramuraal voorzieningen) wordt verwezen naar de rapportages over de beide doelgroepen van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Timmermans 1992, 1994a en 1994b; Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996; Timmermans 1997).
- 2 Overigens maakt de WVG formeel geen onderscheid naar de aard van de beperking en heeft de gemeente een zorgplicht voor alle gehandicapten. In de praktijk blijkt echter dat de verstrekking van de voorzieningen voornamelijk is gebaseerd op de fysieke beperkingen van de aanvrager (Ipso Facto/SGBO 1995; Gehandicaptenraad 1995).
- 3 Als maat voor fysieke beperkingen is gebruikgemaakt van een meetinstrument dat werd ontwikkeld ten behoeve van de eerdergenoemde rapportages door het Sociaal en Cultureel Planbureau. In de hier gebruikte maat zijn onder meer opgenomen de beperkingen in het verrichten van huishoudelijke handelingen, bij de persoonlijke verzorging, in de mobiliteit binnens- en buitenshuis en het gebruik van armen en handen. Zie voor een verdere uiteenzetting van de berekeningen hiervoor Timmermans en Salkinoja (1996: bijlage A).
- 4 Het is mogelijk dat deze cijfers een iets te positief beeld geven van de werkelijke gezondheidstoestand. De ervaring leert namelijk dat gezonde mensen eerder geneigd zijn om aan onderzoek mee te doen dan mensen met gezondheidsproblemen; voor de laatste is het invullen van een vragenlijst of het deelnemen aan een interview niet zelden te belastend.
- 5 De vragen naar problemen bij het verrichten van enkele huishoudelijke handelingen zijn zo gesteld dat een onderscheid gemaakt kan worden naar onmacht, ten gevolge van lichamelijke en/of psychische aandoeningen en onkunde, ten gevolge van bijvoorbeeld een traditionele opvoeding. In de tabellen hebben de beperkingen bij huishoudelijk handelen betrekking op onmacht. Voor het overige is bij de bepaling van de problemen met huishoudelijke handelingen rekening gehouden met de zwaarte van elke handeling. Dit is ook gedaan bij de vaststelling van mobiliteitsproblemen en moeite met persoonlijke verzorging. Voor een toelichting op de gemaakte berekeningen zie Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1996).
- 6 Deze maat is een andere dan de hiervoor gebruikte maat voor fysieke beperkingen voor de gehele bevolking. Bij het onderzoek onder de ouderen is een andere vraagstelling gehanteerd en is ook een andere *routing* door de diverse vragenblokken gevolgd. Gevolg van een en ander is dat enerzijds enkele items uit de maat voor fysieke beperkingen niet in de enquête onder ouderen voorkomen en anderzijds bij het onderzoek onder ouderen vragen gesteld zijn die niet in het onderzoek onder de gehele bevolking waren opgenomen. De uiteindelijk samengestelde maten zijn dus niet zonder meer vergelijkbaar. Overigens geldt ook hier dat er sprake kan zijn van een ondervertegenwoordiging in de steekproef van mensen met gezondheidsproblemen. De cijfers hebben dan ook slechts een indicatieve waarde.
- 7 De vragen naar de mate van beperktheid in het verrichten van huishoudelijke handelingen zijn overigens alleen gesteld aan ouderen die niet vrijwel de gehele dag aan hun bed en/of (rol)stoel gekluisterd zijn. Aangenomen mag worden dat de laatste niet of slechts met veel moeite het huishouden zouden kunnen doen, zodat de percentages voor de beperkingen feitelijk hoger liggen.
- 8 In het onderzoek onder alleen ouderen is voor de vragen naar eventuele problemen met huishoudelijke handelingen een andere vraagstelling gehanteerd dan in het onderzoek onder de gehele bevolking. Mede hierdoor is het onderscheid naar beperkingen ten gevolge van onmacht en onkunde minder goed te maken (zie noot 5). Hierdoor kan het lagere percentage ouderen dat geen enkele moeite heeft met huishoudelijke handelingen worden verklaard.
- 9 Uit landelijk onderzoek naar het voorzieningenaanbod van instellingen voor welzijnswerk voor ouderen komt naar voren dat een kleine 90% van deze instellingen zich (ook) bezighoudt met de maaltijdvoorziening. Tezamen zouden deze instellingen jaarlijks ruim 6,6 miljoen maaltijden aan huis bezorgen en nog eens ruim 800.000 maaltijden via Open Tafels serveren (CBS 1995).
- 10 Bij de interpretatie van de gegevens over de kosten van de maaltijd moet overigens wel rekening worden gehouden met het feit dat de antwoordcategorieën zijn onderverdeeld in hele guldens. Uit ander onderzoek blijkt dat de verschillen in de kosten voor maaltijdvoorzieningen tussen (deel)gemeenten en/of lokale aanbieders zich veelal beperken tot verschillen ter hoogte van f 0,25 of f 0,50 per maaltijd, zodat in de ene (deel)gemeente een maaltijd f 7,25 kost, waar in de buur(deel)gemeente f 7,75 wordt gevraagd. Deze nuances zijn in deze dataverzameling niet terug te vinden.

- 11 Uiteraard is het ook mogelijk dat deze hulp particulier betaald wordt en/of wordt geboden vanuit een commerciële zorgorganisatie. Gezien het object van de rapportage (lokaal beleid van overheden en gesubsidieerde instellingen voor ouderen en gehandicapten) zal op deze commerciële zorgverlening niet worden ingegaan.
- 12 De gegevens over het gebruik van hulp hebben betrekking op een periode van twaalf maanden, voorafgaand aan de afname van het interview.
- 13 In tegenstelling tot de eerdere tabellen wordt hier geen onderscheid gemaakt tussen hulp bij persoonlijke verzorging en hulp bij de huishoudvoering. De uitkomsten wijken dan ook iets af.
- 14 In die gevallen waarin de oudere zowel professionele als informele hulp had ontvangen, betekenen de uitkomsten op de vraag naar de inzet van de diverse hulpbronnen dat men in een week zowel vijf tot tien uur professionele hulp als vijf tot tien uur of zelfs meer informele hulp had gekregen. Een dergelijke cumulatie van hulp heeft zich inderdaad bij voorgedaan, maar gezien de kleine aantallen - in totaal kreeg immers slechts ruim 7% van de steekproef zowel informele als (een vorm van) professionele hulp - zijn hiervoor verder geen berekeningen uitgevoerd.
- 15 De regeling voor de eigen bijdrage in de thuiszorg is met ingang van 1 januari 1997 veranderd. In dit nieuwe systeem wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen wijkverpleging en gezinszorg: voor elk van deze hulpvormen moet nu betaald worden volgens de systematiek die tot dan toe voor alleen de gezinszorg gold. Bij deze wijziging zijn wel de uurtarieven en de inkomensgebonden maxima gewijzigd (TK 1996/1997b).
- 16 Deze pas, die door de gemeenten wordt uitgegeven, geeft korting op bijvoorbeeld entreekaarten en lokaal openbaar vervoer. Doel van de invoering van deze kortingspas is indertijd ook al geweest om, door het verlagen van de financiële drempel, de deelname van ouderen aan bijvoorbeeld recreatieve en culturele activiteiten te verhogen.

Bijlage bij hoofdstuk 4

B4.1

persoonlijke verzorging

- zelfstandig eten en drinken
- zelfstandig zich aan en uit kleden
- zelfstandig het gezicht wassen
- zelfstandig zich geheel wassen
- zelfstandig het toilet gebruiken

mobiliteit

- zich binnen verplaatsen
- trappen op en af lopen
- de woning in- en uitgaan
- 10 minuten lopen

huishoudelijke handelingen

- boodschappen doen
- warme maaltijd bereiden
- bed verschonen
- de was doen
- klussen waarbij huishoudtrap nodig is
- licht huishoudelijk werk
- zwaar huishoudelijk werk
- kleine reparaties verrichten.

B4.2

verenigingen

- vakbonden, politieke partijen, overig maatschappelijk doel
- onderwijs-, schoolverenigingen, vrouwenvereniging, -bond
- sport-, zang-, muziek-, hobbyvereniging
- jeugdvereniging, clubhuis,
- natuur-, milieubeschermingsvereniging
- overige verenigingen

culturele voorzieningen

- bezienswaardige gebouwen
- uitvoeringen podiumkunst
- muziekuivoeringen
- bioscoop/filmhuis
- tentoonstellingen

recreatieve voorzieningen

- buurthuis, vrouwenhuis
- attractieparken, recreatiegebieden
- natuurgebieden, bossen, parken.



Deel II De uitvoering van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid in 28 gemeenten



5 HET LOKALE BELEIDSNETWERK

5.1 Inleiding

Zoals al aangegeven in hoofdstuk 1 zal, na een beschrijving van de context van het lokale ouderenbeleid, in twee hoofdstukken worden weergegeven hoe in 28 gemeenten dit beleid daadwerkelijk wordt vormgegeven. Uit deze weergave moet duidelijk worden of en in hoeverre in de beleidspraktijk de aanname wordt bevestigd dat decentralisatie van beleid leidt tot een betere onderlinge afstemming tussen overheden, instellingen en burgers.

In dit eerste van deze twee hoofdstukken zal een beschrijving worden gegeven van de actoren die betrokken zijn bij het beleid in de onderzoeksgemeenten, hun voorzieningen-aanbod en hun onderlinge relaties. Daarmee zal een antwoord worden gegeven op derde reeks onderzoeksvragen uit hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 2 is al aangegeven dat het niet mogelijk was om in alle onderzoeksgemeenten een enquête voor te leggen aan alle organisaties en instellingen die idealiter deel uitmaken van het lokale netwerk rond het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Gezien de aantallen respondenten heeft deze uitdunning tot gevolg dat een beschrijving van de netwerken op het niveau van een gemeente niet erg zinvol is. Wel is het mogelijk om op grond van de onderzoeksgegevens een beeld te schetsen van de organisaties en instellingen die binnen het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid actief zijn en de onderlinge verhoudingen.

Een belangrijk deel van dit hoofdstuk is gewijd aan een bespreking van de gegevens over de lokale overheid (§ 5.2). Uit hoofdstuk 3 is naar voren gekomen dat deze overheid niet de enige actor is die het uiteindelijke beleid op lokaal niveau bepaalt en dat zij voor de realisatie van haar doelen erg afhankelijk is van de medewerking van andere betrokkenen. Zij kan wel beschouwd worden als de meest veelzijdige actor, ook omdat de overheidsbevoegdheden op de diverse terreinen van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid, ondanks hun beperkingen, bij elkaar wel het geheel bestrijken. Een beschrijving van het beleid van de lokale overheid zelf is dan ook noodzakelijkerwijs uitgebreid.

In paragraaf 5.3 worden de overige beleidsactoren besproken: belangenbehartigingsorganisaties van ouderen en gehandicapten, instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening, en de huisvestingsorganisaties. Na een beschrijving van het door elk van deze organisaties geboden voorzieningenaanbod, wordt ingegaan op de onderlinge relaties.

Het hoofdstuk wordt in paragraaf 5.4 afgesloten met een samenvatting, waarin tevens enige voorlopige conclusies ten aanzien van de samenhang in het beleid en het voorzieningenaanbod getrokken worden.

5.2 De lokale overheid

De informatie over het beleid van de lokale overheid is gebaseerd op informatie van de ambtena(ar)(en) voor het ouderen-, het gehandicapten- en het WVG-beleid en van de portefeuillehouder voor het ouderen- en het gehandicaptenbeleid. De ambtenaren zijn geïnterviewd in *face-to-face*-gesprekken; de portefeuillehouder is telefonisch een (kortere) vragenlijst afgenomen.

Bij deze respondenten is specifieke informatie verzameld over onder meer beschikbare formatieruimte en budgetten voor de ontwikkeling en uitvoering van het beleid voor ouderen en gehandicapten, de samenwerking met andere gemeenten en de mate waarin lokale organisaties bij de ontwikkeling van het overheidsbeleid zijn betrokken. Aan de uitvoering van het WVG-beleid is een apart cluster van vragen gewijd; aan de orde komen onder meer de organisatie van de indicering en toewijzing, het verstrekkingenbeleid en de invloed van de invoering van de WVG op de overige aspecten van het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Aan het slot van dit deel wordt vervolgens aandacht besteed aan gemeentelijk beleid ten aanzien van drie actuele thema's, namelijk ondersteuning van de informele zorgverlening, speciale voorzieningen voor ouderen en gehandicapten met een minimuminkomen en de bevordering van de bestuurlijke participatie door ouderen en gehandicapten.

5.2.1 Algemene aspecten van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid

Mate van intersectorale inbedding van het beleid

In hoofdstuk 3 is uiteengezet dat het in de ogen van de rijksoverheid de taak van de lokale overheid is om het intersectorale ouderen- en gehandicaptenbeleid binnen de gemeente te coördineren. Uit eerder onderzoek was al bekend dat in de meeste gemeenten deze coördinatietaak in handen gelegd is van een of meerdere ambtenaren en een lid van het college van Burgemeesters en Wethouder c.q. het dagelijks bestuur (Kwekkeboom 1994). Ook in de voor deze monitoring onderzochte gemeenten zijn ambtenaren en portefeuillehouders aangewezen om het ouderen- en het gehandicaptenbeleid op lokaal niveau te coördineren.

In de onderzoeksgemeenten bleek dat de portefeuillehouders in de meeste gevallen zowel het ouderen- en het gehandicaptenbeleid als de uitvoering van de WVG onder hun hoede hadden; in slechts vier onderzoeksgemeenten waren deze taken over meerdere portefeuillehouders verdeeld.

De portefeuillehouders die verantwoordelijk waren voor het ouderen- en het gehandicaptenbeleid, waren allen ook belast met andere onderdelen van welzijnsbeleid. De combinatie met gezondheidsbeleid en/of sociale zaken kwam het meest voor, gevolgd door combinaties met onderwijs en/of jongerenbeleid (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Andere beleidsterreinen in portefeuille bestuurder ouderen- en gehandicaptenbeleid (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

gezondheidsbeleid	16
jongerenbeleid	14
sociale zaken	16
onderwijs	14
minderhedenbeleid	13
achterstandsbeleid/sociale vernieuwing	13
sport en recreatie	11
cultuur	9
ruimtelijke ordening en volkshuisvesting	2
verkeer en vervoer	2
(n)	(22)

Bron: SCP (OGB'95)

Ouderen- en gehandicaptenbeleid lijkt dus, afgaande op de inhoud van de portefeuille van de politiek verantwoordelijke, vooral geassocieerd te zijn met zorg- of welzijnsbeleid in brede zin. Combinaties met andere voor ouderen en gehandicapten relevante beleidsterreinen als verkeer en vervoer of ruimtelijke ordening en volkshuisvesting werden elk maar twee keer genoemd. Gezien de nadruk die zowel op rijksniveau als op lokaal niveau gelegd wordt op de noodzaak tot samenhang in de beleidsontwikkelingen op deze terreinen, is dit op zijn minst opmerkelijk. Overigens hoeft een verdeling van deze voor ouderen en gehandicapten belangrijke beleidsterreinen over meer portefeuillehouders natuurlijk niet a priori te betekenen dat er geen sprake zou zijn van een samenhangende ontwikkeling of intersectoraal beleid. Het wijst er alleen op dat behalve op ambtelijk ook op politiek niveau overleg en afstemming nodig zijn.

Op ambtelijk niveau is het onderscheid tussen het ouderen- versus het gehandicaptenbeleid (nog) duidelijk aanwezig. De combinatie ouderen- en gehandicaptenbeleid kwam bij de ambtenaren minder voor dan bij de portefeuillehouders: slechts 4 van de 60 in het onderzoek opgenomen ambtenaren waren verantwoordelijk voor zowel het ouderen- als het gehandicaptenbeleid. Opvallend is dat de combinatie ouderenbeleid met (ook) WVG-beleid in slechts een van de onderzoeksgemeenten werd gevonden. WVG-beleid wordt blijkbaar minder snel in verband gebracht met ouderen dan met gehandicapten (tabel 5.2).

Tabel 5.2 Combinaties van verantwoordelijkheden van ambtenaren (in absolute aantallen)

ouderen-, gehandicapten- en WVG-beleid	1
ouderen- en gehandicaptenbeleid	3
ouderenbeleid	28
gehandicaptenbeleid	1
gehandicapten- en WVG-beleid	10
WVG-beleid	17
(n)	(60)

Bron: SCP (OGB'95)

De ambtenaren ouderenbeleid waren vrijwel allen werkzaam op een gemeentelijke dienst of afdeling die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling en uitvoering van het welzijnsbeleid. Ook de meerderheid van de coördinerende ambtenaren gehandicaptenbeleid werkte bij een dienst/afdeling Welzijn, maar naar verhouding kwam een tewerkstelling bij de gemeentelijke sociale dienst of een andere beleidsafdeling (in dit geval Stadsontwikkeling) vaker voor. De meerderheid van de ambtenaren belast met de uitvoering van de WVG was werkzaam bij de gemeentelijke sociale dienst, met de afdeling Welzijn als goede tweede (tabel 5.3).¹

Tabel 5.3 Gemeentelijke dienst/afdeling geënquêteerde ambtenaren (in absolute aantallen)

	(o.a.) ouderenbeleid	vnl. gehandicaptenbeleid	uitsluitend WVG-beleid
welzijn	29	7	5
sociale dienst	1	2	8
volkshuisvesting	1	-	8
anders (o.m. stadsontwikkeling)	1	2	4
(n)	(32)	(11)	(17)

Bron: SCP (OGB'95)

Naast de afdelingen/diensten Welzijn waren in de meeste onderzoeksgemeenten ook andere gemeentelijke diensten bij het ouderen- en gehandicaptenbeleid betrokken. Ten aanzien van het ouderenbeleid werd vooral de dienst/afdeling voor de volkshuisvesting genoemd, bij het gehandicaptenbeleid waren dat de diensten die zich bezighielden met onder meer de inrichting van de openbare ruimte (bv. Stadsontwikkeling) en/of verkeer en vervoer. Deze diensten werden, naast wederom volkshuisvesting, ook vaak genoemd als medebetrokken bij de uitvoering van het WVG-beleid (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Betrokkenheid andere gemeentelijke diensten bij ouderen-, gehandicapten- of WVG-beleid (in absolute aantallen)

	ouderenbeleid	gehandicaptenbeleid	WVG-beleid
geen andere diensten betrokken	9	7	6
volksgezondheid	3	1	4
sociale dienst	8	1	3
volkshuisvesting	17	3	16
andere dienst	9	7	12
(n)	(32)	(15)	(28)

Bron: SCP (OGB'95)

Inzet van tijd en geld

In een meerderheid van de onderzoeksgemeenten wordt dus geprobeerd om het ouderen- en gehandicaptenbeleid in te bedden in meerdere beleidssectoren.

De politiek verantwoordelijken voor het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid moeten, zo blijkt uit tabel 5.1, hun aandacht over meerdere beleidsterreinen verdelen. Uit de opsomming door de portefeuillehouders komt naar voren dat een portefeuille met 8 of meer beleidsterreinen geen uitzondering vormt. Zoals te verwachten is, komt deze spreiding van de politieke beleidsverantwoordelijkheid naar verhouding meer voor in de kleinere onderzoeksgemeenten. Gezien de omvang van de portefeuille is het niet verwonderlijk dat 11 van de respondenten opgaven niet meer dan 5% tot 10% van de werktijd aan het ouderen- en gehandicaptenbeleid te kunnen besteden. Bij deze uitkomsten moet bedacht worden dat in de kleinere gemeenten het wethouderschap vaak geen fulltime baan is. 5% tot 10% van de werktijd betekent dan maximaal enkele uren per week. 8 respondenten konden voor het ouderen- en gehandicaptenbeleid 10% tot 30% van hun werktijd vrijmaken en 1 respondent gaf op hier 60% van de werktijd aan te besteden. Deze laatste vond dat ook meteen te veel, 3 respondenten vonden de ter beschikking staande tijd te weinig en de overige 16 waren van mening dat zij voldoende tijd konden besteden aan het ouderen- en gehandicaptenbeleid in hun gemeente.

Voor ambtenaren lijken de voorbereiding en coördinatie van het ouderen- en gehandicaptenbeleid niet meer dan twee à drie dagen per week te mogen vergen. De voor het ouderenbeleid beschikbare formatieruimte varieerde in de onderzoeksgemeenten namelijk van 0,10 fte (fulltime equivalenten) tot 2,45 fte. Voor het gehandicaptenbeleid (excl. het WVG-beleid) was in de 10 onderzoeksgemeenten waar de omvang van de formatieruimte bekend was, 0 tot 1 fte beschikbaar.

In 12 onderzoeksgemeenten was ook bekend hoeveel formatie er vanuit de andere gemeentelijke diensten/afdelingen voor het ouderenbeleid kon worden ingezet. De opgaven liepen uiteen van 0,04 fte tot 30 fte. De additionele inzet van formatie voor het gehandicaptenbeleid vanuit de andere hierbij betrokken afdelingen/diensten was in 4 onderzoeksgemeenten bekend en liep daar uiteen van 0 fte tot in totaal 0,5 fte. De uitvoering van het WVG-beleid (dus los van het meer algemene ouderen- en gehandicaptenbeleid) vraagt en krijgt kennelijk heel wat meer tijd. De opgaven van de totale formatieruimte voor het WVG-beleid liepen in de onderzoeksgemeenten uiteen van 0,4 fte tot 65 fte. Een groot deel van deze formatieruimte wordt besteed aan het beoordelen van aanvragen en opstellen van beschikkingen.

De omvang van de beschikbare formatieruimte hangt niet of nauwelijks samen met de gemeentegrootte en/of de aantallen ouderen en gehandicapten. Alleen bij de twee grote steden onder de onderzoeksgemeenten was er een verband tussen gemeentegrootte en formatieruimte. Daarbij dient te worden aangetekend dat deze grote steden ook de verantwoordelijkheid hebben voor het beleid inzake de Wet op de bejaardenouder (WBO), een onderdeel van het ouderenbeleid dat in de andere onderzoeksgemeenten onder de verantwoordelijkheid van de provincies valt.

De inzet op ambtelijk niveau vertoont verder nauwelijks enige samenhang met de tijd die door de portefeuillehouder aan het ouderen- en gehandicaptenbeleid kan worden besteed.

Op grond van de uitkomsten uit het eerdere onderzoek naar het lokale ouderenbeleid was verondersteld dat de kans op versnippering van dit beleid in kleine gemeenten het grootst zou zijn, omdat er daar minder tijd aan besteed zou kunnen worden (Kwekkeboom

1994). De uitkomsten uit dit onderzoek geven geen steun aan dit vermoeden: er is immers geen rechtstreeks verband gevonden tussen gemeentegrootte en besteedbare tijd. Of en hoeveel aandacht er aan het beleid voor ouderen- en gehandicapten wordt besteed, wordt blijkbaar door andere factoren bepaald.

Uit de opgaven over de door de lokale overheid te besteden tijd aan het ouderen- en gehandicaptenbeleid, blijkt al dat het in de onderzoeksgemeenten nergens om een fulltime bezigheid gaat. Integendeel, soms houdt het op bij een enkel dagdeel per week. Gezien de breedte van het beleid - als tenminste uitgegaan wordt van een integraal, intersectoraal beleid voor de leden van de beide doelgroepen - lijkt een dergelijke inzet aan de krappe kant. Dit is zeker het geval wanneer bedacht wordt dat de overheden moeten overleggen en onderhandelen met lokale organisaties die gespecialiseerd zijn in een van de sectoren binnen het beleid. De kans op informatieachterstand op deze specialisten is daarom dan ook zeker niet denkbeeldig.

De gegevens over de voor het lokale beleid beschikbare middelen bevestigen de indruk dat de mate waarin de lokale overheid aandacht besteedt aan het ouderen- en gehandicaptenbeleid niet alleen bepaald wordt door de omvang van de doelgroepen. Op het eerste gezicht lijken de budgetten voor het ouderenbeleid rechtstreeks samen te hangen met de gemeentegrootte: de gemiddelden voor de kleinere gemeenten zijn immers lager dan die voor de grote (tabel 5.5).²

Tabel 5.5 Budgetten voor het lokale ouderenbeleid, naar gemeentegrootte^a (x 1.000 gulden)

	minimumbedrag	maximumbedrag	gemiddelde	aantal gemeenten
< 10.000 inwoners	15	322	135	5
10.000-20.000 inwoners	145	281	205	6
20.000-50.000 inwoners	300	600	473	5 ^b
50.000-100.000 inwoners	276	2.070	786	5 ^b
100.000-200.000 inwoners	2.000	4.071	3.035	2 ^b

^a Omdat bij de grote gemeenten (> 200.000 inwoners) de budgetten voor het welzijnsbeleid respectievelijk voor het WBO-beleid niet goed gescheiden waren, zijn deze gemeenten niet in deze tabel opgenomen.

^b Van één gemeente in deze categorie kon geen opgave van het budget voor 1995 gedaan worden.

Bron: SCP (OGB'95)

Uit tabel 5.5 blijkt echter ook dat de budgetten binnen de weergegeven klassen naar gemeentegrootte sterk uiteenlopen en dat in sommige kleinere gemeenten meer geld beschikbaar is voor het ouderenbeleid dan in sommige grotere. In de bevolking van de onderzoeksgemeenten lopen bovendien de percentages ouderen (in dit geval, in aansluiting op de door de gemeente zelf gehanteerde definitie, de 55-plussers) echter nogal uiteen, van 15 tot 26. In combinatie met het gegeven dat de omvang van het budget niet geheel gelijk opgaat met de bevolkingsomvang, maakt dit dat de beschikbare budgetten per oudere in de onderzoeksgemeenten uiteenlopen van f 7,80 tot f 189,19.

De budgetten voor het lokale gehandicaptenbeleid blijken aanzienlijk lager te zijn dan die voor het ouderenbeleid: zij varieerden voor 1995 tussen 1.000 gulden en 100.000

gulden. Mede omdat in slechts 10 van de onderzoeksgemeenten opgave van de omvang van het budget gedaan werd, kon geen samenhang met de gemeentegrootte of het aantal gehandicapte inwoners worden vastgesteld.

Voor de budgetten voor het WVG-beleid kan hetzelfde worden opgemerkt als voor de bedragen voor het ouderenbeleid: er is wel een samenhang met de gemeentegrootte, maar ook hier weer geen eenduidig verband (tabel 5.6).

Tabel 5.6 Budgetten voor het WVG-beleid, naar gemeentegrootte (x 1.000 gulden)

	minimumbedrag	maximumbedrag	gemiddeld	aantal gemeenten
< 10.000 inwoners	350	575	477	5
10.000-20.000 inwoners	550	1.600	977	6
20.000-50.000 inwoners	900	3.000	2.431	6
50.000-100.000 inwoners	2.800	6.500	4.430	5 ^a
100.000-200.000 inwoners	1.400	7.200	3.733	3
> 200.000 inwoners	52.000	69.000	60.500	2

^a In één gemeente kon geen opgave van het budget gedaan worden.

Bron: SCP (OGB'95)

Samenwerking met andere gemeenten

In de diverse nota's over het ouderen- en het gehandicaptenbeleid wordt aangegeven dat de rijksoverheid verwacht dat de lokale overheden bij de ontwikkeling van hun beleid samen zullen werken met andere gemeenten. Hierdoor zouden de nadelen van de relatief kleine schaal waarop lokaal beleid moet worden ontwikkeld, kunnen worden gecompenseerd (TK 1992/1993, 1994/1995a en 1994/1995b). Samenwerking biedt ook de mogelijkheid tot specialisatie, waardoor het hiervoor genoemde risico op informatieachterstand kan worden vermeden.

In de praktijk blijkt dat slechts een minderheid van de onderzochte gemeenten deze samenwerking, althans op het ambtelijke niveau, gerealiseerd heeft. Alleen in het kader van het WVG-beleid lijkt een intensievere intergemeentelijke samenwerking tot stand te zijn gebracht: in 22 van de 28 onderzoeksgemeenten wordt voor het WVG-beleid samengewerkt. Deze uitkomst komt overeen met de bevindingen uit het landelijke evaluatieonderzoek naar de uitvoering van de WVG. Ook daar blijkt ongeveer driekwart van de onderzochte gemeenten in WVG-verband samen te werken (Ipsa Facto/SGBO 1995).

De samenwerking tussen gemeenten vindt in relatief weinig gevallen plaats in het kader van een regeling ingevolge de Wet gemeenschappelijke regelingen (WGR). De gemeenten die met andere gemeenten samenwerken, waren in de meeste gevallen niet de centrumgemeente van het samenwerkingsverband (tabel 5.7).

Tabel 5.7 Mate en soort van ambtelijke samenwerking met andere gemeenten ten aanzien van het ouderen-, gehandicapten- of WVG-beleid (in absolute aantallen)

	ouderenbeleid	gehandicaptenbeleid	WVG-beleid
wel samenwerking	13	4	22
waarvan in WGR-verband	7	1	4
waarbij centrumgemeente	4	4	6
(n)	(32)	(15)	(28)

Bron: SCP (OGB'95)

Opvallend is overigens het verschil in opvatting over het voorkomen van intergemeentelijke samenwerking op het ambtelijke versus het politiek-bestuurlijke niveau. De portefeuillehouders ouderen- en gehandicaptenbeleid van de onderzoeksgemeenten rapporteren in zestien gevallen intergemeentelijke samenwerking. Vergelijking van de antwoorden per gemeente leert echter dat in enkele gemeenten de portefeuillehouder meent dat er door de gemeenten niet wordt samengewerkt terwijl de ambtenaren juist wel van samenwerking spreken en, andersom, dat in een aantal gemeenten op ambtelijk niveau niet en op politiek niveau wel met andere gemeenten wordt samengewerkt. Wat de oorzaak van dit verschil in perceptie is, is op grond van het beschikbare materiaal niet te achterhalen. Mogelijk worden de gezamenlijke beleidsafspraken, die door de bestuurders worden gemaakt, toch per gemeente afzonderlijk uitgewerkt of, omgekeerd, werken de ambtenaren van gemeenten gezamenlijk de afzonderlijk ontwikkelde beleidsvoornemens uit. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de bestuurders en ambtenaren elk een andere definitie hanteren.

Integratie ouderen- en gehandicaptenbeleid

In hoofdstuk 3 is al beschreven dat in de rijksregelgeving ten aanzien van het ouderen- en het gehandicaptenbeleid steeds nadrukkelijker het accent wordt gelegd op integratie van dit beleid. Voorbeelden hiervan waren onder meer het loslaten van het leeftijds-criterium in het ouderenbeleid, en de vrijwel overeenkomende formulering voor 'welzijn ouderen' en 'welzijn gehandicapten' in de herziene Welzijnswet. In de tekst van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) wordt ook uitdrukkelijk aangegeven dat een van de bedoelingen van de wet is dat, in ieder geval op lokaal niveau, het beleid voor beide doelgroepen in elkaar opgaat (TK 1992/1993).

Uit het onderzoek blijkt dat de praktijk van het lokale beleid toch wat achter loopt op de theorie van het rijk. In slechts vier van de onderzoeksgemeenten gaven de ambtenaren desgevraagd te kennen dat het beleid voor de beide doelgroepen inderdaad was geïntegreerd. In twee gevallen zou deze integratie een rechtstreeks gevolg zijn geweest zijn van de invoering van de WVG, in de andere twee was zij blijkbaar de uitkomst van een autonoom proces.

Opvallend is dat ook ten aanzien van dit onderwerp de waarneming van de ambtenaren afwijkt van die van de bestuurders. Volgens de portefeuillehouders namelijk heeft de invoering van de WVG in zeven onderzoeksgemeenten geleid tot integratie van het ouderen- met het gehandicaptenbeleid. Voor een deel betrof het bovendien andere

gemeenten dan die waar de eerdergenoemde ambtenaren in dienst waren. Blijkbaar worden ook ten aanzien van dit aspect van de uitvoering van het beleid uiteenlopende definities gehanteerd.

Betrokkenheid lokale organisaties bij ontwikkeling beleid

In hoofdstuk 3 is geconcludeerd dat het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid te kenschetsen is als gereguleerde decentralisatie. Dit zou onder meer tot gevolg hebben dat de lokale overheid in de praktijk te veel belemmeringen ondervindt om haar beleidsdoelstellingen te realiseren. Daar komt bij dat de gemeente voor het vervullen van haar taken afhankelijk is van de andere lokale partijen. Het uiteindelijke beleid wordt daarom opgevat als een resultaat van onderhandelingen en samenwerking tussen de lokale overheid en de organisaties die op het lokale niveau actief zijn op het terrein van het ouderen- en/of gehandicaptenbeleid.

Desgevraagd gaven alle portefeuillehouders in de onderzoeksgemeenten te kennen deze conclusie te onderschrijven. Van de organisaties die door hen bij de ontwikkeling van het ouderen- en gehandicaptenbeleid worden betrokken, werden de belangenbehartigingsorganisaties het meest genoemd, gevolgd door de intramurale voorzieningen. De welzijnsinstellingen, anders dan het categorale welzijnswerk voor ouderen, werden het minst genoemd, maar toch nog altijd in meer dan de helft van de gevallen (tabel 5.8). Enkele portefeuillehouders gaven bovendien op ook andere organisaties als de GGD of de Riagg bij de beleidsontwikkeling te betrekken.

Tabel 5.8 Bij de ontwikkeling van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid betrokken lokale organisaties (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

belangenbehartigingsorganisaties	20
intramurale instellingen	18
welzijnswerk voor ouderen	17
thuiszorg	17
huisvestingsorganisaties	16
overige welzijnsinstellingen	14
(n)	(22)

Bron: SCP (OGB'95)

Voor de uitvoering van het beleid voeren de portefeuillehouders en de verantwoordelijke ambtenaren zowel regulier als incidenteel overleg met de lokale organisaties. Volgens opgave van de portefeuillehouders komt het reguliere overleg bij hen het meeste voor (tabel 5.9).

Tabel 5.9 Wijze van betrekken van organisaties bij ontwikkeling lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

regulier overleg tussen organisaties en portefeuillehouder	16
incidenteel overleg tussen organisaties en portefeuillehouder	15
incidenteel overleg tussen organisaties en ambtenaren	14
regulier overleg tussen organisaties en ambtenaren	12
(n)	(22)

Bron: SCP (OGB'95)

5.2.2 Uitvoering van het WVG-beleid in de onderzoeksgemeenten

De belangrijkste wijziging die zich in de afgelopen jaren heeft voorgedaan in het lokale beleid, is de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) geweest. Door deze wet is er een aanzienlijke toename optreden in de specifieke taken van de lokale overheid ten aanzien van het voorzieningenaanbod voor gehandicapten (en ouderen). Gezien het belang van deze veranderingen voor de ontwikkeling van een lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid in brede zin, is daarom extra aandacht besteed aan het WVG-beleid in de onderzoeksgemeenten.

Gevolgen invoering WVG voor overige aspecten van het ouderen- en gehandicaptenbeleid

Hiervoor is al aangegeven dat de invoering van de WVG in een deel van de onderzoeksgemeenten aanleiding is geweest om het ouderenbeleid en het gehandicaptenbeleid te integreren. Volgens de portefeuillehouders heeft de invoering van de WVG tot gevolg gehad dat meerdere gemeentelijke diensten bij de ontwikkeling van het ouderen- en gehandicaptenbeleid zijn betrokken en dat betrokkenheid van de leden van de doelgroepen zelf is toegenomen. Bij dit laatste is in ieder geval sprake van een landelijke ontwikkeling. De invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten is voor veel (lokale of regionale) gehandicaptenorganisaties aanleiding geweest een gezamenlijk platform te vormen voor onderhandelingen met de lokale overheid. Bij een deel van deze platforms waren ook de ouderenorganisaties betrokken (Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8; Lammerts en Raspe 1994).

Tabel 5.10 Gevolgen van de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

geen invloed gehad	7
wel invloed nl.	
meerdere gemeentelijke diensten/afdelingen zijn nu bij beleid betrokken	10
betrokkenheid van de leden van de doelgroepen bij het beleid is vergroot	10
lokaal ouderenbeleid en lokaal gehandicaptenbeleid zijn geïntegreerd	7
de organisatie van de indicering voor de diverse voorzieningen is herzien	7
de samenwerking tussen de plaatselijke organisaties is herzien	3
(n)	(22)

Bron: SCP (OGB'95)

De veronderstelling van de rijksoverheid dat de invoering van de WVG ook zou bijdragen aan de ontwikkeling van een indiceringscircuit voor de diverse voorzieningen, wordt in slechts een derde van de onderzoeksgemeenten bevestigd. In eveneens een derde van de onderzoeksgemeenten heeft de invoering van de WVG geen enkel gevolg gehad voor het gevoerde ouderen- en/of gehandicaptenbeleid (tabel 5.10).

Organisatie van indicatie voor en toewijzing van WVG-voorzieningen

De WVG laat de lokale overheden relatief veel ruimte om zelf te bepalen hoe de verantwoordelijkheden ten aanzien van indicering en toewijzing van de voorzieningen worden geregeld. Uit de enquête onder de voor de uitvoering van de WVG verantwoordelijke ambtenaren komt naar voren dat deze ruimte in de onderzoeksgemeenten op zeer uiteenlopende wijzen is ingevuld. Ten eerste blijkt dat de indicering voor de diverse voorzieningen relatief vaak is uitbesteed. In slechts een vijfde van de onderzoeksgemeenten is de indicering in handen van de met de uitvoering van de WVG belaste gemeentelijke dienst. Ten tweede blijken zowel de plaatselijke GGD's als de opvolger van GAK/GMD, Zorgvoorzieningen Nederland (ZVN), een belangrijke rol te vervullen in de indicering voor WVG-voorzieningen. Zij worden zelfs vaker voor deze taak ingeschakeld dan het eigen gemeentelijke WVG-loket, waar in dat geval blijkbaar alleen de aanvraag wordt ingediend. Zoals al enigszins op grond van de vorige tabel verwacht mocht worden, wordt de gemeentelijke indicatiecommissie ex WBO slechts zelden bij de indicering voor WVG-voorzieningen ingeschakeld. Bij de indicering voor de hulpmiddelen worden relatief meer partijen betrokken dan bij die voor woningaanpassing of vervoersvoorzieningen.

De bevoegdheid tot toewijzing blijft in de meeste onderzoeksgemeenten in handen van de overheid zelf, hetzij bij de uitvoerende gemeentelijke dienst, hetzij bij het gemeentelijke WVG-loket. Zoals uit de cijfers in tabel 5.11 afgeleid kan worden, komt het voor dat binnen één gemeente meerdere partijen betrokken zijn bij zowel indicering als toewijzing. In deze gemeenten heeft een taakverdeling plaatsgevonden naar complexiteit van de aanvraag of verstrekte voorziening (tabel 5.11).

Tabel 5.11 Verdeling bevoegdheden ten aanzien van indicering en toewijzing van WVG-voorzieningen (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	indicering voorzieningen			bevoegdheid tot toewijzing
	woningaanpassingen	vervoersvoorzieningen	hulpmiddelen	
met uitvoering belaste gemeentelijke dienst	5	5	5	15
gemeentelijk WVG-loket	9	10	10	12
GGD	17	21	16	1
ZVN	14	10	16	2
(inter)gemeentelijke indicatiecommissie ex WBO	2	2	2	-
instelling voor thuiszorg	-	-	5	-
intramurale voorziening	-	-	3	-
(n)	(28)	(28)	(28)	(28)

Bron: SCP (OGB'95)

Bij zeventien van de WVG-loketten is ook de toewijzing en/of indicering van andere, voor ouderen en gehandicapten relevante voorzieningen en diensten ondergebracht. In de meeste gevallen gaat het hier om de indicering en/of toewijzing voor parkeervoorzieningen, gevolgd door die voor een beroep op de bijzondere bijstand. In vijf gevallen kan men bij het WVG-loket ook terecht voor een indicering en/of toewijzing van passende huisvesting. De combinatie van WVG-loket met de indicering en/of toewijzing voor meer specifieke zorgvoorzieningen komt slechts zelden voor (tabel 5.12).

Tabel 5.12 Indicering en/of toewijzing van andere voorzieningen via WVG-loket (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

parkeervoorzieningen	12
bijzondere bijstand	9
huisvesting	5
indicatie WBO-voorzieningen	4
AAW-voorzieningen	3
thuiszorg	2
alarmering	1
AWBZ-voorzieningen	1
maaltijdvoorziening	1
(n)	(17)

Bron: SCP (OGB'95)

Uit de cijfers in tabel 5.12 kan worden afgeleid dat de integratie van de indicatiestelling die van de invoering van de WVG werd verwacht, nog veraf is. Van één onderzoeksgemeente, waar men voor vrijwel het gehele voorzieningenaanbod voor ouderen en gehandicapten aan één loket terecht kan, is uit aanvullende informatie (in het bijzonder beleidsnota's) bekend dat dit loket een lange voorgeschiedenis kent. Ook uit andere gemeenten is bekend dat, ook al is de wil tot samenwerking er wel, het jaren kan duren voordat een initiatief voor een gezamenlijk loket daadwerkelijk gerealiseerd is (zie bv. Drost 1994; Kwekkeboom 1996b). Vermoedelijk is de invoering van de WVG alleen onvoldoende om de diverse instellingen ertoe te brengen de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling bij een andere organisatie onder te brengen. De noodzakelijke vertraging in de invoering 'indicatiestelling nieuwe stijl', die in hoofdstuk 3 is beschreven, wees er ook al op dat de belemmeringen landelijk gevoeld worden.³

Gemeentelijk voorzieningenbeleid⁴

Woonvoorzieningen

De WVG maakt de lokale overheid verantwoordelijk voor het verstrekken van woonvoorzieningen tot 45.000 gulden. Het kan daarbij gaan om het aanbrenge van relatief eenvoudige hulpmiddelen in bijvoorbeeld toilet en douche tot het ingrijpend aanpassen van de woning. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft via haar modelverordening de gemeenten feitelijk geadviseerd om ten aanzien van de woonvoorzieningen het primaat van verhuizing te hanteren. Door indien mogelijk een WVG-gerechtigde een al aangepaste woning toe te wijzen in plaats van een woning aan

te passen, zou een doelmatiger gebruik van de WVG-gelden bevorderd worden. Dit advies van de VNG lijkt massaal te zijn opgevolgd. Uit het evaluatieonderzoek dat in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is uitgevoerd, komt naar voren dat vrijwel alle in dat onderzoek betrokken gemeenten het primaat van verhuizing hanteren (Ipso Facto/SGBO 1995).

Ook de gemeenten uit het onderhavige onderzoek hebben in ruime meerderheid gekozen voor voorraadbeheer van aangepaste woningen: door 26 van de 28 onderzoeksgemeenten is in de verordening opgenomen dat bij de toewijzing van aanvragen voor woningaanpassing het primaat van verhuizing zal worden gehanteerd. In 15 gemeenten waren op dit primaat wel uitzonderingen mogelijk, bijvoorbeeld als de termijn waarop deze woning betrokken zou worden langer dan een halfjaar zou omvatten of als de (geschatte) kosten van de benodigde aanpassingen onder het bedrag van 10.000 gulden zouden blijven. Bovendien werd het primaat losgelaten als de beschikbare woning buiten de huidige woonkern van de aanvrager lag. Deze uitzonderingsbepaling werd, al of niet in combinatie met andere bepalingen, in 8 onderzoeksgemeenten genoemd.

Een effectieve toepassing van het primaat van verhuizing bij de aanvragen voor woningaanpassing lijkt slechts mogelijk als er bij de toewijzende instantie inzicht bestaat in het totaal aan aangepaste woningen in het werkgebied. Uit de enquêteresultaten blijkt dat er in slechts 11 onderzoeksgemeenten sprake was van een dergelijke centrale registratie. In 6 gemeenten was de registratie in handen van de plaatselijke corporaties en in 8 gemeenten was (nog) geen sprake van een registratiesysteem.

Als de aanvraag om een woningaanpassing resulteert in de toewijzing van een al aangepaste woning, krijgt de aanvrager een vergoeding van (een deel van) de verhuis- en inrichtingskosten. De hoogte van de (maximum- of forfaitaire) bedragen liep in de onderzoeksgemeenten erg uiteen: van 2.500 gulden tot 7.500 gulden (tabel 5.13).

Tabel 5.13 Maximum of forfaitaire bijdragen voor tegemoetkoming kosten verhuizing en herinrichting in verband met WVG-voorziening woningaanpassing (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

2.500 gulden	7
3.000 gulden	6
4.000 gulden	5
5.000 gulden	6
6.000 gulden	2
7.500 gulden	1
(n)	(27) ^a

^a In één onderzoeksgemeente werd geen opgave van het bedrag verkregen.

Bron: SCP (OGB'95)

Bij toekenning van de aanvraag om woningaanpassing, in plaats van verhuizing, wordt door de onderzoeksgemeenten een veelheid aan systemen gehanteerd om de kosten voor deze aanpassing te vergoeden. In, in totaal 7 gemeenten werden de kosten minus een drempel of eenmalige bijdrage volledig vergoed. De hoogte van de door de aanvrager zelf

te betalen drempel of bijdrage varieerde daarbij van 185 gulden tot 1.000 gulden. In 5 gemeenten was in de verordening opgenomen dat bij woningaanpassing een vast percentage wordt vergoed, ongeacht de kosten van de verbouwing of het inkomen van de aanvrager. Het bedrag dat vergoed werd, varieerde van 4% tot 90% van de kosten. In de overige gemeenten werden weer geheel andere vergoedingssystemen gehanteerd, waarbij de hoogte van de vergoedingen afhing van het inkomen van de aanvrager, de hoogte van de aanpassingskosten, een combinatie van beide, al of niet met inachtneming van andere factoren.

Wie de aanpassingen uitvoert, is in vrijwel alle onderzoeksgemeenten een zaak van de eigenaar; in 13 gemeenten moet daarover wel overleg gevoerd worden met de lokale overheid. In 2 gemeenten wijst de overheid zelf de uitvoerder aan.

De vergoeding van de kosten voor de aanpassingen vindt meestal achteraf, op grond van de afrekening, plaats. Slechts in 2 gemeenten worden de kosten vooraf, op grond van de begroting, vergoed. Een uitkering van geld als vorm van een persoonsgebonden budget kwam in geen enkele onderzoeksgemeente voor.

Uit vorenstaand overzicht van het beleid ten aanzien van de woonvoorzieningen blijkt dat de onderzoeksgemeenten hun beleidsvrijheid vooral benutten om zelf de hoogte van de eigen bijdragen respectievelijk tegemoetkomingen vast te stellen. Het maakt voor een WVG-gerechtigde dus uit in welke gemeente hij of zij woont. Deze ongelijkheid, die overigens voorspeld was, is dan ook een van de belangrijkste kritiekpunten die uit de evaluatie door de organisaties voor ouderen en gehandicapten zelf naar voren komt (Gehandicaptenraad 1995).

Vervoersvoorzieningen

Sterker nog dan bij het beleid van de onderzoeksgemeenten met betrekking tot de woonvoorzieningen, kent dat ten aanzien van de vervoersvoorzieningen een grote variëteit. Ten eerste blijkt al dat in ongeveer 15 van de onderzoeksgemeenten een aanbod van collectief aanvullend vervoer, zoals dat door de VNG in haar modelverordening wordt aanbevolen, aanwezig is. Deze uitkomst komt overeen met de bevindingen uit het WVG-evaluatieonderzoek uit 1995: ook daarin blijkt dat in ongeveer de helft van de onderzoeksgemeenten een collectief vervoerssysteem beschikbaar of in voorbereiding is (Ipso Facto/SGBO 1995).

Uit diverse artikelen, nota's en (onderzoeks)rapporten blijkt dat bij de inrichting van een collectief vervoerssysteem de creativiteit hoogtij viert.⁵ Het gaat bijna altijd om unieke combinaties van de varianten die voor bijvoorbeeld toegankelijkheid, betalingsstelsel, gebruikt materiaal en reikwijdte mogelijk zijn.

Deze variatie blijkt ook uit de gegevens uit de onderzoeksgemeenten; omwille van de overzichtelijkheid zijn deze slechts naar enkele kenmerken geordend. Ingegaan zal worden op het betalingsstelsel, de toegankelijkheid, de actieradius en de begeleiding. In de gemeenten waar een collectief openbaar-vervoerssysteem aanwezig is, moet op verschillende wijze voor het gebruik ervan betaald worden (tabel 5.14).

Tabel 5.14 Systeem betaling gebruik aanvullend collectief vervoer (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

abonnement zonder bijbetaling	1
abonnement met bijbetaling per rit	5
betaling per rit	9
(n)	(15)

Bron: SCP (OGB'95)

De toegankelijkheid van de diverse openbaar-vervoerssystemen voor niet-WVG-gerechtigden is ook niet in alle onderzoeksgemeenten hetzelfde: in 4 gemeenten was dit vervoer in geen geval voor anderen toegankelijk en in 4 andere gemeenten alleen maar onder bepaalde voorwaarden. Ook de actieradius van het vervoerssysteem loopt sterk uiteen: van alleen de eigen gemeente tot meerdere regio's. De meeste van de vervoerssystemen gaan uit van deur-tot-deur- (of deur-tot-halte)vervoer, maar in 3 gemeenten is begeleiding van kamer-tot-kamer mogelijk (tabel 5.15).

Tabel 5.15 Toegankelijkheid, actieradius en reikwijdte begeleiding aanvullend collectief vervoer (aantallen malen genoemd, in absolute aantallen)

toegankelijk voor niet -WVG gerechtigden:	nee	4
	ja, zonder meer	7
	ja, onder voorwaarden	4
actieradius vervoerssysteem:	eigen gemeente	2
	eigen + aangrenzende gemeenten	3
	regio	5
	meerdere regio's	1
	anders	4
begeleiding:	deur-tot-deur/halte	14
	kamer-tot-kamer	3
(n)		(15)

Bron: SCP (OGB'95)

Het antwoord 'anders' bij de vraag naar de actieradius van het collectieve vervoerssysteem verwijst onder meer naar regelingen waarin het collectieve vervoer wel de hoofdkern van de gemeente bestrijkt, maar niet alle zogenoemde buitendorpen.

Van de onderzoeksgemeenten waarin een collectief vervoersaanbod is gerealiseerd, keren 11 aan de WVG-gerechtigden ook een aanvullend bedrag uit voor de bekostiging van reizen buiten het vervoersgebied. De daarbij genoemde bedragen lopen uiteen van 300 gulden tot 1.670 gulden per jaar.

De vrij massale invoering van een collectief vervoerssysteem heeft tot veel protesten geleid onder met name de gehandicapten jonger dan 65 jaar. Deze hadden voor de invoering van de WVG immers al recht op een individuele tegemoetkoming voor

vervoerkosten of kosten voor een eigen vervoermiddel op grond van de AAW. Degenen voor wie een individuele vervoersvoorziening niet strikt noodzakelijk wordt geacht, worden vaak, na een overgangperiode, doorverwezen naar een collectieve voorziening, hetgeen een aanzienlijke achteruitgang inhoudt. In de evaluaties van het gemeentelijke beleid, ook in die uit de onderzoeksgemeenten, klinkt de verontwaardiging over deze verandering luid door. Afgezien daarvan blijkt aan de collectieve systemen ook regelmatig nog wat te mankeren; lange wachttijden, ondoelmatig materieel en onheuse bejegening door personeel worden vaak als klacht genoemd (zie ook Gehandicaptenraad 1995).⁶

Naast of in plaats van een aanbod van collectief vervoer heeft elke onderzoeksgemeente (natuurlijk) ook de mogelijkheid om individuele vervoersvoorzieningen aan te bieden. Voor de vergoeding van de kosten van dit individuele vervoer (bv. taxi of (aangepast) eigen vervoer) hanteren 16 van de onderzoeksgemeenten een vast vergoedingsbedrag, ongeacht het inkomen van de aanvrager. In 6 gemeenten wordt bij de vaststelling van het bedrag wel met het inkomen rekening gehouden en 1 gemeente gaat uit van een vergoeding gebaseerd op een maximaal te verbruiken aantal kilometers. In de helft van de gemeenten wordt deze vergoeding vooraf uitgekeerd; in die gemeenten wordt dus geen rekening gehouden met feitelijk gebruik. Ook hier lopen de uitgekeerde bedragen sterk uiteen.

Mobiliteitshulpmiddelen

In de tekst van de Wet voorzieningen gehandicapten is opgenomen dat de lokale overheden ook verantwoordelijk zijn voor de toewijzing en verstrekking van rolstoelen. In de praktijk blijkt dat het hierbij gaat om een hele reeks van mogelijke hulpmiddelen bij het zich zowel binnen- als buitenshuis verplaatsen. Het onderscheid tussen vervoersvoorzieningen en rolstoelen als voorzieningencategorie is dan ook niet altijd even duidelijk. In dit onderzoek wordt dan ook de voorkeur gegeven aan de term 'mobiliteitshulpmiddelen', waaronder naast de rolstoelen (elektrisch of met de hand voortbewogen en sportrolstoelen) ook een populaire voorziening als scootermobiel wordt gerekend.⁷

Voor de verstrekking van deze mobiliteitshulpmiddelen hebben alle onderzoeksgemeenten gekozen voor een levering in natura, waarbij in 27 gemeenten de verstrekker door de gemeente is aangewezen. Verstrekkingen in baar geld, in feite een vorm van een persoonsgebonden budget, komt dus in geen van de onderzoeksgemeenten voor. De verstrekkingen vinden in de meeste onderzoeksgemeenten plaats vanuit depot, waarvan het beheer en dus ook de verantwoordelijkheid voor het onderhoud, berust bij de verstrekker.

Oorspronkelijk werd door 20 van de onderzoeksgemeenten een eigen bijdrage gevraagd voor het ter beschikking stellen van deze hulpmiddelen. In de eigen gemeentelijke evaluaties van het WVG-beleid in 1994-1995 kwam al naar voren dat deze eigen bijdragen onevenredig zwaar op het bestedingsbudget van een groot deel van de WVG-gerechtigden drukken. Dit beeld is bevestigd in de landelijke WVG-evaluatie, wat reden was voor het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid om de mogelijkheid voor het heffen van een eigen bijdrage voor het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen te

schrappen (TK 1995/1996b).⁸

Afstemming gemeenten en zorgverzekeraars

Bij de invoering van de WVG is, zo blijkt onder meer uit de Memorie van toelichting op de wet, aangenomen dat de gemeenten en de zorgverzekeraars onderlinge afspraken zouden maken over de verstrekkingen in het tussengebied tussen WVG en AWBZ. Het gaat hier bijvoorbeeld om kosten voor hulpmiddelen bij ziekte en invaliditeit. In hoofdstuk 3 is hierover al melding gemaakt van de uitkomsten van onderzoek naar het voorkomen van dergelijke afspraken of convenants (Kodden en Meijer 1995). De uitkomsten uit de SCP-enquête geven aanleiding voor een somberder beeld dan uit dit onderzoek naar voren komt. Hier blijkt namelijk dat in slechts 3 van de onderzoeksgemeenten dergelijke afspraken, in de vorm van een gezamenlijk convenant, daadwerkelijk zijn gemaakt. 7 gemeenten geven aan dergelijke afspraken 'nog niet' gemaakt hebben en de overige 18 onderzoeksgemeenten hebben deze afspraken niet en zijn er ook niet mee bezig.

Betrokkenheid leden doelgroepen bij voorbereiding invoering WVG

In de Memorie van toelichting op de Wet voorzieningen gehandicapten wordt benadrukt dat bij de voorbereiding en uitvoering van het gemeentelijke beleid de ouderen en de gehandicapten zelf of hun vertegenwoordigers betrokken zouden moeten worden. In de praktijk blijkt ook dat de (voorgenomen) invoering van de wet in diverse gemeenten aanleiding is geweest voor de oprichting van een belangenbehartigingsorgaan van gehandicapten, soms ook van een gezamenlijk platform van gehandicaptenorganisaties en ouderenorganisaties (Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8; Lammerts en Raspe 1994).

Hiervoor is al gemeld dat de portefeuillehouders uit de onderzoeksgemeenten van mening zijn dat invoering van de WVG onder meer tot gevolg heeft gehad dat de betrokkenheid van de leden van de doelgroepen bij het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid is vergroot. Aan de ambtenaren is meer gedetailleerd gevraagd hoe de doelgroepen bij de voorbereiding en uitvoering van het WVG-beleid zijn betrokken. Uit de antwoorden blijkt dat in vrijwel alle gemeenten de ouderen en gehandicapten zijn voorgelicht over de invoering van de WVG en ook dat zij bijna overal bij de voorbereiding van het beleid zijn betrokken. Betrokkenheid bij de daadwerkelijke uitvoering komt minder voor: in de helft van de onderzoeksgemeenten (tabel 5.16).

Tabel 5.16 Wijze van betrekken van leden doelgroepen bij WVG-beleid (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

voorlichting	26
betrekken bij voorbereiding	25
betrekken bij uitvoering	14
(n)	(28)

Bron: SCP (OGB'95)

De voorlichting werd altijd door de gemeenten zelf gegeven; daarnaast werd in 8 gemeenten ook door de lokale instellingen voorlichting over de WVG verstrekt. Uit de

evaluatie rapporten die door een deel van de onderzoeksgemeenten zijn opgesteld, blijkt vrijwel altijd dat de voorlichting aan met name de ouderen toch tekort geschoten lijkt te zijn. Het aantal WVG-aanvragen van mensen van 65 jaar en ouder is in de eerste jaren van de WVG namelijk ver bij de verwachtingen achtergebleven. Deze trend is eveneens geconstateerd in het landelijke evaluatieonderzoek (Ipsa Facto/SGBO 1995). Deze bevinding is ook voor de onderzoeksgemeenten aanleiding geweest om de voorlichting aan ouderen over de WVG te intensiveren. Deze intensivering kan diverse vormen aannemen, zoals het persoonlijk aanschrijven van alle inwoners van 65 jaar en ouder of het gericht verspreiden van voorlichtingsmateriaal op locaties waar veel ouderen elkaar treffen (zie bv. Amsterdam 1996).

De betrokkenheid bij de voorbereiding van het WVG-beleid nam in de meeste gevallen de vorm aan van overlegrondes. Bij de uitvoering zelf bleef de betrokkenheid in de helft van de gemeenten echter beperkt tot informering. In het algemeen blijkt dat door de onderzoeksgemeenten de gehandicapten (of hun vertegenwoordigers) bij zowel de voorbereiding als de uitvoering van het WVG-beleid iets vaker via overlegrondes betrokken zijn dan de ouderen (tabel 5.17). Deze tendens werd ook al in de *pilot-study* naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid vastgesteld (Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8).

Tabel 5.17 Wijze van betrekken van leden doelgroepen bij voorbereiding en uitvoering van de WVG (aantal keren genoemd, in absolute aantallen)

	bij voorbereiding	bij uitvoering
overlegrondes met (vertegenwoordigers) ouderen	15	10
informering aan (vertegenwoordigers) ouderen	11	6
overlegrondes met (vertegenwoordigers) gehandicapten	19	13
informering aan (vertegenwoordigers) gehandicapten	9	7
(n)	(25)	(14)

Bron: SCP (OGB'95)

5.2.3 Actuele thema's in het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid

Tot slot van deze paragraaf over het beleid van de lokale overheid zal nog ingegaan worden op de oplossingen die de onderzoeksgemeenten geven op enkele actuele problemen die zich in het beleid voor ouderen en gehandicapten voordoen. Hieruit kan worden afgeleid of en in hoeverre de gemeenten de ruimte benutten die zij hebben voor het nemen van eigen initiatieven binnen het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Achtereenvolgens zal aandacht worden gegeven aan het beleid van de lokale overheid ten aanzien van:

- het grotere beroep op ondersteuning van de informele zorgverlening ten gevolge van de groeiende zorgvraag;
- de problematiek als gevolg van de inkomenspositie van een groot deel van de ouderen en gehandicapten en de cumulatie van hun eigen bijdragen voor voorzieningen;

- de achterblijvende bestuurlijke participatie door ouderen en mensen met een beperking.

Ondersteuning informele zorg

Dat de Nederlandse bevolking vergrijst en dat dit proces voorlopig nog wel zal doorzetten, is bekend. Het CBS verwacht dat tot 2010 de totale bevolking met ongeveer 12% zal groeien. Daarbij zal het aandeel 55-plussers met zo'n 41% toenemen en het aandeel 80-plussers 44%. Door de vergrijzing zal een grotere groep binnen de bevolking hulpbehoevend worden. Met name de dubbele vergrijzing (het toenemende aantal hoogbejaarden) zal ertoe bijdragen dat voor een langere periode soms zeer intensieve hulpverlening noodzakelijk wordt. Mede ten gevolge van het beleid dat gericht is op het behoud van de zelfstandigheid, zal deze hulp thuis moeten worden gegeven. Ook onder de gehandicapten zal het percentage dat (langer) zelfstandig thuiswoont toenemen. In het gehandicaptenbeleid wordt immers eveneens het behoud van de zelfstandigheid vooropgesteld. Ook voor deze doelgroep geldt dus dat de vraag naar thuiszorg zal groeien.

Een gevolg van de vorengenoemde groeiende behoefte aan thuiszorg is vermoedelijk een toenemende vraag naar informele zorgverlening. Uit de gegevens over het zorggebruik in hoofdstuk 4 blijkt immers al dat de informele zorg veruit de belangrijkste bron van zorgverlening is. Pas bij een zware en langdurige zorgbehoefte wordt de inzet vanuit het eigen sociale netwerk van de zorgvrager overtroffen door de professionele hulpverlening. Ook dan blijft echter het aandeel van de informele zorgverlening in het geheel substantieel.

De bereidheid om informele zorg te verlenen is groot en er zijn geen aanwijzingen dat die in de komende tijd veel kleiner zal worden. Integendeel, de zorgbereidheid lijkt zelfs in de laatste jaren te zijn toegenomen (Kwekkeboom 1995a).

Het blijkt echter dat het om diverse redenen erg moeilijk is om lang (intensief) voor de eigen familie of vrienden te zorgen. Bij het ontbreken van voldoende en tijdige ondersteuning bestaat het risico dat de informele zorgverleners moeten afhaken. Niet zelden gebeurt dat pas als het eigenlijk te laat is en zijzelf ook zorgvragers zijn geworden. Gezien het belang van de informele zorg, niet alleen qua omvang maar ook qua intrinsieke waarde voor zowel hulpvrager als hulpverlener, neemt de roep om meer ondersteuning van informele zorg toe.

Het is vooral de lokale gemeenschap die het eerst wordt geconfronteerd met de gevolgen van het niet (meer) kunnen geven van informele zorgverlening. De verhalen van zelfstandig wonende ouderen voor wie met spoed en met veel kunst en vliegwerk een opname in een verzorgingshuis moet worden gerealiseerd omdat het verzorgende netwerk in elkaar is gestort, zijn inmiddels legio. Het is dan ook eigenlijk logisch dat de lokale overheid in het kader van haar ouderen- en gehandicaptenbeleid maatregelen zou nemen die de lokaal gegeven informele zorg ondersteuning bieden. Het feit dat de VNG in haar jaarcongres in 1995 ook een deelcongres wijdde aan de gemeentelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de informele zorgverlening, duidt erop dat in ieder geval ook de koepel van de gemeenten deze mening is toegedaan.

Uit een eerste verkenning naar gemeentelijk beleid in dezen kwam naar voren dat nog

maar weinig gemeenten een dergelijk beleid hebben ontwikkeld. Toch bleken er in den lande al wel diverse lokale initiatieven te zijn ontplooid (Kwekkeboom 1995a). Deze initiatieven waren meestal gericht op ondersteuning van de informele zorgverleners in de vorm van een centraal informatie- en 'uithuil'punt. Dit punt was óf ondergebracht bij het welzijnswerk voor ouderen óf speciaal voor dit doel met gemeentelijke subsidie opgericht. Ook werden door gemeenten informatiegidsen uitgebracht die specifiek gericht waren op informele zorgverleners, of werd aan lokale zorginstellingen extra subsidie toegekend die speciaal bestemd was voor ondersteuning van de informele zorg. Uit het feit dat de initiatiefnemende gemeenten een grote vraag om informatie uit andere gemeenten meldden, kan worden afgeleid dat de lokale overheden zich realiseren dat ook zij hier een verantwoordelijkheid zouden kunnen hebben. Deze verantwoordelijkheid kan overigens op diverse wijzen worden ingevuld. De meest voor de hand liggende is om op grond van de Welzijnswet ondersteuningsvoorzieningen in het leven te roepen dan wel te houden (Kwekkeboom 1995a).⁹

Gezien het belang van de rol die de lokale overheid in de ondersteuning van de informele zorgverlening zou kunnen spelen, is dit onderwerp opgenomen in de enquête voor de ambtenaren in de onderzoeksgemeenten. Er zijn vragen gesteld over het huidige beleid op dit terrein en eventuele voornemens voor toekomstig beleid. Uit de antwoorden blijkt dat in 21 van de onderzoeksgemeenten gericht beleid wordt gevoerd met betrekking tot vrijwilligerswerk en informele zorgverlening. Daarnaast zijn nog 3 gemeenten van plan om dergelijk beleid te ontwikkelen.

Uit de gegeven antwoorden kan worden afgeleid dat de gemeenten nog redelijk terughoudend zijn in het ontwikkelen of subsidiëren van nieuwe projecten op het terrein van de informele zorgverlening. In de meeste gemeenten richt het beleid zich namelijk, als het om ondersteuning van niet-professionele hulp gaat, op het vrijwilligerswerk. Ondersteuning van de informele zorgverlening wordt daarin als het ware 'meegenomen'. In 11 gemeenten vormde het beleid ten aanzien van vrijwilligerswerk en/of informele zorgverlening een onderdeel van het zogenoemde flankerende beleid voor ouderen. Dit is gezien de oorspronkelijke doelstelling van het flankerend bejaardenwerk - ondersteuning van de omgeving, zodat de zelfstandigheid langer behouden kan blijven - niet verwonderlijk. De consequentie is wel dat het gemeentelijke beleid zich dus feitelijk richt op de al of niet georganiseerde vrijwillige zorg aan uitsluitend ouderen en dat het vermoedelijk veelal gaat om financiering van bestaande voorzieningen als dagopvang en dagverzorging.

De meeste gemeenten die een gericht beleid voerden ten aanzien van vrijwilligerswerk en informele zorgverlening, deden dit door organisaties op dit terrein te subsidiëren. Daarnaast werden in ruim de helft van de gemeenten lokale organisaties gestimuleerd om aan deze vormen van vrijwillige zorg aandacht te geven en probeerde de gemeente de werkzaamheden op dit terrein te coördineren. In slechts 8 gemeenten werden bovendien met overheidssteun nieuwe initiatieven op dit terrein ontwikkeld (tabel 5.18).

Tabel 5.18 Vorm beleid lokale overheid ten aanzien van vrijwilligerswerk en informele zorgverlening (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

subsiëring organisaties voor vrijwilligerswerk en/of informele zorgverlening	19
stimulering en/of coördinatie werkzaamheden lokale organisaties op dit terrein	12
institiëring en/of subsiëring nieuwe initiatieven	8
(n)	(21)

Bron: SCP (OGB'95)

De budgetten die voor het gemeentelijke beleid ten aanzien van het vrijwilligerswerk en/of de informele zorgverlening waren gereserveerd, liepen uiteen van 3.000 gulden tot 300.000 gulden . Het gaat hierbij in de meeste gevallen om geld uit het budget voor het flankerend ouderenbeleid en/of het (algemene) vrijwilligerswerk.

Minimabeleid voor ouderen en gehandicapten

Een ander probleem waarmee de lokale overheid zich in haar ouderen- en gehandicaptenbeleid geconfronteerd kan zien, is de inkomenspositie van een groot deel van de leden van deze doelgroepen. Hiervoor is aangegeven dat het aantal alleenstaanden onder de ouderen en gehandicapten relatief hoog is. In het algemeen is de sociaal-economische positie van alleenstaande ouderen zwakker dan gemiddeld. Dit geldt nog sterker voor die van de (zeer) oude alleenwonende vrouwen (Timmermans 1994a en 1997). Het ziet er niet naar uit dat dit op korte termijn zal veranderen. De vrouwen die over tien tot vijftien jaar de pensioengerechtigde leeftijd bereiken zullen hebben, zijn vaak niet in staat geweest om (zelf) in aanvulling op de AOW een ouderdomspensioen op te bouwen. Het gevolg zal zijn dat een groot deel van de toch al groeiende oudere bevolking tot de minima zal gaan behoren.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat ook de inkomenspositie van gehandicapten jonger dan 65 jaar in het algemeen slechter is dan die van de bevolking in haar geheel. Grofweg kan gezegd worden dat hoe ernstiger de beperkingen zijn, hoe lager het inkomen van de betrokkene is. Deze achterstand wordt voor een deel veroorzaakt door een gemiddeld lager opleidingsniveau, wat samen met het vaker in deeltijd werken bijdraagt aan een lager inkomen uit werk. Ernstig gehandicapten zijn immers vaak helemaal niet actief op de arbeidsmarkt en voor hun inkomen dus afhankelijk van een uitkering (Timmermans en Schoemakers-Salkinoja 1996).

Het hebben van beperkingen brengt extra kosten met zich mee en ook hier geldt: hoe ernstiger de beperkingen, hoe hoger de kosten. Voor veel van de voorzieningen waarop ouderen en gehandicapten een beroep moeten doen, wordt een eigen bijdrage gevraagd. Hoewel de hoogte van deze eigen bijdrage in sommige gevallen inkomensafhankelijk is, kan het gebruik van meerdere voorzieningen door de cumulatie per individu leiden tot een aanzienlijk bedrag aan onvermijdelijke uitgaven. Het komt dan ook voor dat mensen met beperkingen in verband met de daarmee samengaande kosten schulden moeten maken.

Deze ontwikkeling is nog versterkt doordat tegelijk met de invoering van de WVG de

AAW dusdanig gewijzigd is dat een aantal vergoedingen voor de extra kosten in verband met een handicap (bv. stookkosten, kosten voor dieet of extra kledingslijtage) hier niet meer onder valt. Voor deze inkomens ondersteunende vergoedingen is geen andere regeling getroffen (Gehandicaptenraad 1995). Een en ander zal naar alle waarschijnlijkheid leiden tot een groter beroep op de Bijzondere bijstand en daarmee, gezien de decentralisatie van de uitvoering van de Algemene bijstandswet (ABW), een beroep op de gemeentelijke middelen. In sommige gemeenten wordt daarop gereageerd door voor oudere minima speciale reductieregelingen te treffen (Kwekkeboom 1994). Het ligt in de lijn der verwachtingen dat de noodzaak van dergelijk gemeentelijk minimabeleid voor ouderen en gehandicapten zal groeien.

Het probleem van de accumulatie van de eigen bijdragen wordt ook genoemd in het Actieprogramma integraal ouderenbeleid, evenals de mogelijkheid om hier via gemeentelijk bijstandsbeleid iets aan te doen.¹⁰ In de enquête onder de ambtenaren is daarom ook gevraagd of en in hoeverre de lokale overheden uit het onderzoek specifiek beleid voor ouderen en gehandicapten met een minimuminkomen voeren.

Uit de antwoorden blijkt dat in de helft van de onderzoeksgemeenten sprake is van de ontwikkeling van een dergelijk beleid. Naar verhouding gaat het daarbij vaker om de sterk tot zeer sterk verstedelijkte gemeenten uit de onderzoekspool. Uit hoofdstuk 4 was ook al gebleken dat met name de ouderen daar een grotere kans lopen op financiële problemen.

Voor het merendeel van deze gemeenten beperkte dit specifieke beleid zich tot het van gemeentewege expliciet stimuleren om een beroep te doen op de bijzondere bijstand. In 7 gemeenten vormden ouderen en gehandicapten een speciale aandachtsgroep binnen het gemeentelijke minimabeleid en in 6 gemeenten werden ten behoeve van hen de tarieven voor gemeentelijke voorzieningen verlaagd (tabel 5.19).

Tabel 5.19 Maatregelen in kader beleid ten aanzien van cumulatie tarieven eigen bijdragen (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

stimuleren beroep op bijzondere bijstand	10
speciale aandachtsgroep gemeentelijk minimabeleid	9
verlaging tarieven gemeentelijke voorzieningen	8
(n)	(16)

Bron: SCP (OGB'95)

Daarbij gaven 3 gemeenten aan voor de dit beleid extra middelen te reserveren, waarbij in 1 gemeente een bedrag werd genoemd van 21.000 gulden

Bevordering bestuurlijke participatie ouderen en gehandicapten

Het derde thema binnen het gemeentelijk beleid voor ouderen en gehandicapten dat in deze rapportage expliciet aandacht krijgt, is de manier waarop de lokale overheid de betrokkenheid van de leden van doelgroepen bij en de inbreng in het beleid probeert te vergroten. Aan deze betrokkenheid wordt door de rijksoverheid namelijk een groot

belang gehecht. Met name in het intersectorale ouderen-, maar recenter ook in het intersectorale gehandicaptenbeleid, wordt in vrijwel elke beleidsnota de noodzaak van een grotere participatie van de leden van de doelgroepen in de beleidsontwikkeling onderstreept. En, zoals gezegd is een van de aannames achter het decentralisatiebeleid dat de kortere lijnen op het lokale niveau de betrokkenheid van de burgers bij het beleid gemakkelijker maken.

Bij de beschrijving van het WVG-beleid is al aangegeven dat in de gemeenten met name de gehandicapten of hun organisaties bij de voorbereiding en uitvoering van dit beleid zijn betrokken. Dit is eigenlijk opvallend, omdat de betrokkenheid van de gehandicapten(organisaties) bij het ‘reguliere’ ouderen- en gehandicaptenbeleid ver achter blijft bij die van de ouderen(organisaties). In 25 onderzoeksgemeenten werd alleen ouderenorganisaties en/of ouderenraden om advies gevraagd; in slechts 3 werden (ook) gehandicaptenorganisaties bij het beleid betrokken. Overigens kent meer dan de helft van de onderzoeksgemeenten geen gemeentelijke adviesraad voor het ouderen- en/of gehandicaptenbeleid; daar blijft de betrokkenheid dus beperkt tot een vrijblijvender advisering door lokale organisaties of wordt deze helemaal niet gestimuleerd (tabel 5.20).

Tabel 5.20 Wijze van stimuleren betrokkenheid van leden doelgroepen bij ontwikkeling lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid

gemeentelijke adviesraad (uitsluitend ouderenbeleid)	12
gemeentelijke adviesraad (ouderen- en gehandicaptenbeleid)	2
advisering door alleen ouderenorganisaties (geen formele adviesraad)	13
advisering door alleen gehandicaptenorganisaties (geen formele adviesraad)	1
geen formele procedure, wel in voorbereiding	1
geen formele procedure	3
(n)	(32)

Bron: SCP (OGB'95)

De langere historie van de aandacht van de rijksoverheid voor de inbreng van ouderen op het beleid (en wellicht ook het gegeven dat er wel enige jaren een landelijke Raad voor het Ouderenbeleid, maar niet een voor het Gehandicaptenbeleid heeft bestaan) lijkt weerspiegeld te worden in de lokale beleidspraktijk. De invoering van de WVG heeft hierin nog geen verandering gebracht.

5.3 De lokale organisaties

In dit deel van het hoofdstuk wordt gerapporteerd over die delen van de enquête die uitsluitend aan de lokale organisaties zijn voorgelegd. Aan elk type organisatie of beleidsactor (te weten de belangenbehartigingsorganisaties, de instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening en de corporaties) is een per type specifiek blok vragen naar organisatie, voorzieningenaanbod en aangegane samenwerkingsrelaties voorgelegd. Over deze vragen zal eveneens per type actor worden gerapporteerd.

Het deel van dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkele vragen, die aan meerdere typen actoren zijn gesteld. Het gaat hier ten eerste om de vraag aan de aanbieders van zorg dan wel huisvesting of en hoe zij de leden van de doelgroepen ouderen en gehandicapten bij hun instellingenbeleid betrekken. Vervolgens wordt ingegaan op de financieringsbronnen van de lokale organisaties en hun relaties met de lokale overheid en met elkaar. Op grond van de gegevens hierover kan een beeld worden geschetst van de verhoudingen binnen de lokale netwerken rond het ouderen- en gehandicaptenbeleid.

5.3.1 De belangenbehartigingsorganisaties

In het onderzoek zijn in totaal 49 lokaal actieve belangenbehartigingsorganisaties ondervraagd. De meeste van hen werkten alleen voor ouderen (27 organisaties) respectievelijk gehandicapten (21 organisaties). Door 1 organisatie werd opgegeven dat zij de belangen van zowel ouderen als gehandicapten behartigde. De gegevens van deze respondent hadden echter alleen betrekking op gehandicapten en hun problemen. Daarom is deze organisatie bij de belangenbehartigingsorganisaties voor gehandicapten gerekend, zodat in totaal 22 belangenbehartigingsorganisaties voor gehandicapten in het onderzoek zijn opgenomen.

De belangenbehartigingsorganisaties voor ouderen waren in de meeste gevallen ouderenbonden of een (lokaal) samenwerkingsverband van deze bonden dan wel een gemeentelijke ouderenadviesraad of seniorenraad (tabel 5.21). Achter de opgave ‘anders’ gaat in vijf gevallen de lokale instelling voor welzijnswerk voor ouderen schuil.

Tabel 5.21 Aard organisaties voor belangenbehartiging voor ouderen (in absolute aantallen)

ouderenbond	8
(lokaal) overleg ouderenbonden	8
ouderenadviesraad/seniorenraad	4
anders (w.o. welzijnswerk voor ouderen)	7
(n)	(27)

Bron: SCP (OGB'95)

De ondervraagde instellingen werkten voor het merendeel alleen in de betrokken onderzoeksgemeente of -deelgemeente; slechts voor 1 organisatie besloeg het werkgebied meerdere gemeenten.

De achtergrond van de 22 ondervraagde organisaties voor de belangenbehartiging van gehandicapten week iets af. Hier werd de meerderheid juist gevormd door (inter)gemeentelijke adviesraden voor het gehandicaptenbeleid en de minderheid door organisaties van gehandicapten: 14 respectievelijk 7. In 1 onderzoeksgemeente trad de plaatselijke thuiszorginstelling ook op als belangenbehartiger voor de leden van deze doelgroep.

Voor 15 van de ondervraagde organisaties beperkte het werkgebied zich tot de betrokken onderzoeksgemeente of -deelgemeente, de overige waren intergemeentelijk of regionaal

actief.

Voor zowel de organisaties voor ouderen als voor die voor gehandicapten geldt dat in die situaties waarin er sprake was van een regionaal of provinciaal samenwerkingsverband, deze samenwerking alleen betrekking had op de eigen doelgroep.

De meeste organisaties richtten zich op alle ouderen respectievelijk gehandicapten, slechts in drie gevallen kwam men alleen op voor de belangen van de leden. De (geschatte) grootte van de achterban liep bij de ouderenorganisaties uiteen van 500 tot 16.000 mensen en bij de gehandicaptenorganisaties van 250 tot 80.000 mensen. Gezien deze bandbreedte is het niet verwonderlijk dat ook de beschikbare budgetten behoorlijk uiteenlopen: van 1.000 gulden tot 537.000 gulden bij de ouderenorganisaties en van 2.000 gulden tot 1 miljoen gulden bij die voor de belangenbehartiging van gehandicapten. Hoeveel van dit budget besteed wordt aan enerzijds organisatie en anderzijds activiteiten, verschilt per organisatie.

Belangenbehartiging is in hoge mate een zaak van vrijwilligers. Zowel bij de ouderen als de gehandicapten draaide het merendeel van de organisatie vrijwel uitsluitend op vrijwilligers (tabel 5.22).

Tabel 5.22 Verhouding vrijwilligers en beroepskrachten bij belangenbehartigingsorganisaties (in absolute aantallen)

	ouderen	gehandicapten
uitsluitend vrijwilligers	18	14
ook beroepskrachten	9	8
(n)	(27)	(22)

Bron: SCP (OGB'95)

Hoe groot het belang van de vrijwillige inzet is, kan worden afgeleid uit het feit dat het aantal vrijwilligers bij de ondervraagde belangenbehartigingsorganisaties voor ouderen blijkt op te lopen tot 200 personen, waarbij een gemiddelde inzet van 4 uur per week het meeste voorkomt. Het hoogste aantal vrijwilligers bij de gehandicaptenorganisaties was 70 personen, met ook hier een gemiddelde inzet van 4 uur per week. De inzet van de beroepskrachten is daarmee vergeleken beperkt: 0,2 tot maximaal 8,3 fte per week. Er bestond bij de onderzochte organisaties geen relatie tussen het aantal vrijwilligers, hun gemiddelde inzet of het aantal beroepskrachten.

De meeste ondervraagde organisaties beperken zich in hun aanbod niet alleen tot belangenbehartiging. Zij bieden ook voorzieningen op het terrein van recreatie, vorming, cultuur en dienstverlening. Op de eerste drie terreinen zijn de organisaties voor ouderen overigens actiever dan die voor gehandicapten. Deze laatste concentreren zich, naast de belangenbehartiging, toch vooral op de dienstverlening (tabel 5.23).

Tabel 5.23 Voorzieningenaanbod belangenbehartigingsorganisaties, naar doelgroep (aantal keren genoemd, in absolute aantallen)

	belangenbehartiging ouderen	belangenbehartiging gehandicapten
recreatie	13	4
soos	8	2
disco	1	1
sport	10	1
inloopactiviteiten	5	3
uitstapjes	10	2
vorming	14	2
cursussen	9	2
toeleidingsprojecten arbeidsmarkt	2	1
kaderopleidingen	5	1
cultuur	11	2
volksdansen	9	-
drama	3	-
algemene kunstzinnige vorming	6	2
dienstverlening	24	19
voorlichting	23	19
studiebijeenkomsten	11	6
informatie en advies	20	19
huisbezoek	12	9
(n)	(27)	(22)

Bron: SCP (OGB'95)

Om het aanbod te kunnen realiseren, wordt in sommige gevallen samengewerkt met andere organisaties; dit komt het meest voor bij voorzieningen op de terreinen vorming en dienstverlening. Als samenwerkingspartner werd de plaatselijke instelling voor het welzijnswerk voor ouderen het vaakst genoemd, gevolgd door de regionale of provinciale koepels van ouderenbonden en gehandicaptenplatforms (tabel 5.24).

Tabel 5.24 Mate van samenwerking bij realisatie voorzieningenaanbod, naar doelgroep (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ouderen		gehandicapten	
	aantal organisaties die voorzieningen bieden	aantal organisaties die daarbij samenwerken	aantal organisaties die voorzieningen bieden	aantal organisaties die daarbij samenwerken
recreatie	13	5	4	2
vorming	14	11	2	2
cultuur	11	4	2	2
dienstverlening	24	20	19	15

Bron: SCP (OGB'95)

Voor het gebruik van voorzieningen op het terrein van de dienstverlening worden in het algemeen geen kosten in rekening gebracht. Voor voorzieningen op de andere terreinen moeten de gebruikers vaak wel betalen. De gevraagde bedragen lopen sterk uiteen; de kosten voor sport bijvoorbeeld variëren van f 1,50 via f 6,00 per maand tot 100 gulden per maand voor een fitnessstraining, terwijl bij de ene organisatie een cursus in het kader van algemene vorming 35 gulden kost en bij een andere 85 gulden. Gezien de discussie over de problematiek van de cumulatie van de eigen bijdragen, waarin ook de (landelijke) belangenbehartigingsorganisaties hun stem laten horen, is het opvallend dat slechts 3 van de in totaal 49 ondervraagde organisaties de minder kapitaalkrachtige gebruikers een reductieregeling bieden. Deze is in twee gevallen gebaseerd op het eigen reglement van de organisatie.

Van de belangenbehartigingsorganisaties wordt verwacht dat zij de spreekbuis vormen van de grote groep ouderen of gehandicapten die zij vertegenwoordigen. Deze taak kan alleen op geloofwaardige wijze vervuld worden als deze organisaties binding hebben met hun eigen achterban. In de enquête is daarom ook gevraagd naar de manier waarop de organisaties de ouderen en gehandicapten bij hun werkzaamheden betrekken. Uit de antwoorden blijkt dat het belangrijkste informatiekanaal van de organisaties naar hun achterban gevormd wordt door de ledenbladen. Daarnaast speelt de informatievoorziening via de reguliere ledenvergaderingen een voornaam rol. De ouderenorganisaties doen bovendien nog wel eens een beroep op de lokale media om de ouderen te informeren over hun activiteiten. Van andere manieren van informatievoorziening wordt door telkens een paar organisaties eveneens gebruikgemaakt (tabel 5.25).

Tabel 5.25 Wijze van informeren achterban belangenbehartigingsorganisaties, naar doelgroep (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ouderen	gehandicapten
via ledenblad	21	10
via toezending beleidsnota's	4	6
consultatie op reguliere ledenvergadering	15	14
consultatie op speciale ledenvergadering	8	9
mededelingen/informatieblad (incl. folders en affiches)	7	4
lokale media (krant, radio, tv)	10	4
infomarkten, acties e.d.	4	1
informeel op soos, recreatieve bijeenkomsten	9	5
(n)	(27)	(22)

Bron: SCP (OGB'95)

5.3.2 Instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening

De organisaties op het terrein van de zorg- en dienstverlening die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd, kunnen worden gekarakteriseerd als (categorale) instellingen voor welzijnswerk voor ouderen en eventueel gehandicapten, instellingen voor thuiszorg en instellingen voor intramurale zorgverlening (verzorgings- of verpleeghuizen). Aan deze

instellingen zijn wel dezelfde vragen voorgelegd, maar gezien de verschillen in cultuur en in aanbod die in deze sector bestaan, wordt in de verslaglegging het onderscheid in typen instelling gehandhaafd.

In deze rapportage zijn de gegevens van in totaal 58 zorginstellingen opgenomen: 18 instellingen voor welzijnswerk, 16 voor thuiszorg en 24 voor intramurale zorg. In 7 gemeenten zijn alle drie oorspronkelijk geplande soorten instellingen voor zorg- en dienstverlening in het onderzoek opgenomen; in 14 gemeenten zijn twee instellingen op dit terrein geïnterviewd en in overige 11 één. Uit deze aantallen kan niet zonder meer afgeleid worden dat dus het lokale beleid in de zorgsector in dit onderzoek niet volledig in beeld is gebracht. In de kleinere van de onderzoeksgemeenten waren slechts een of twee zorginstellingen werkzaam. Het zorgdeel van het lokale netwerk wordt in die gemeenten dan ook door een of maximaal twee instellingen vertegenwoordigd.

Het interview van de zorginstellingen is telefonisch afgenomen. Daardoor kon op sommige onderdelen minder worden doorgevraagd dan bijvoorbeeld bij de belangenbehartigingsorganisaties mogelijk was. Zo is hierdoor wel bekend of er bij de zorginstellingen vrijwilligers actief waren, maar niet hoeveel. Uit de antwoorden blijkt overigens opnieuw het belang van de vrijwillige inzet in het totale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Bij de instellingen voor thuiszorg komt het werken met vrijwilligers dan wel het minst voor, maar toch nog altijd bij de helft van de ondervraagde instellingen. De instellingen voor welzijnswerk zeggen alle een beroep te doen op de inzet van vrijwilligers, terwijl van de 24 in het onderzoek opgenomen instellingen voor intramurale zorg 22 dit doen.

Van alle instellingen werken die voor het welzijnswerk voor ouderen het meest op gemeentelijk niveau, terwijl de intramurale instellingen en, in sterkere mate, de thuiszorginstellingen op intergemeentelijk, regionaal of zelfs provinciaal niveau werken. Bij ongeveer de helft van de instellingen waarvan het werkgebied meerdere gemeenten omvat, is de hoofdvestinging gelegen in de onderzoeksgemeente (tabel 5.26).

Tabel 5.26 Werkgebied organisaties op het terrein van de zorg- en dienstverlening, naar type (in absolute aantallen)

	welzijnswerk	thuiszorg	intramurale voorzieningen
wijk-/deelgemeentelijk niveau	1	1	1
gemeentelijk niveau	13	2	10
intergemeentelijk/regionaal/provinciaal niveau	4	13	13
onderzoeksgemeente plaats hoofdvestinging	4	5	7
(n)	(18)	(16)	(24)

Bron: SCP (OGB'95)

De meeste instellingen werken niet categoriaal, dat wil zeggen dat zich zij in hun voorzieningenaanbod niet uitsluitend op ouderen en/of gehandicapten richten. Dit geldt vooral voor de thuiszorginstellingen. Van de organisaties die wel categoriaal werken, richt ongeveer de helft zich op uitsluitend op ouderen en de andere helft ouderen en gehandicapten. Instellingen die zich alleen op gehandicapten richten, komen in het onderzoeksbestand niet voor (tabel 5.27).

Tabel 5.27 Doelgroepen instellingen voor zorg- en dienstverlening, naar type (in absolute aantallen)

	welzijnswerk	thuiszorg	intramurale instellingen
algemeen	10	16	8
categoraal			
ouderen en gehandicapten	4	-	5
alleen ouderen	4	-	11
(n)	(18)	(16)	(24)

Bron: SCP (OGB'95)

Een en ander betekent dat bij ongeveer de helft van de instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening in het aanbod ook rekening gehouden moet worden met anderen dan alleen ouderen en gehandicapten. In de praktijk blijkt dat deze bredere zorgplicht een belemmering kan zijn voor de gewenste samenhang in het zorgaanbod. Een te strikte categorale benadering met een te sterke aandacht voor ouderen en gehandicapten zou immers de andere belanghebbenden kunnen benadelen (Kwekkeboom 1994; Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8).

Om inzicht te krijgen in het aanbod op dit terrein, is aan de ondervraagde instellingen een lijst met in totaal 23 mogelijke diensten voorgelegd en is hun gevraagd of zij deze diensten bieden. Uit de antwoorden blijkt dat sommige vormen van dienstverlening, zoals voorlichting, informatie en advies en huisbezoek, in het voorzieningenpakket van vrijwel alle organisaties zit.

Ook geeft een groot deel van de instellingen, ongeacht het type, op actief te zijn bij de ondersteuning en bemiddeling van informele zorgverlening en vrijwilligerswerk. Deze ondersteuning van de niet-betaalde zorg is opmerkelijk. Zowel informele zorgverleners als vrijwilligersorganisaties klagen immers regelmatig over het gebrek aan steun en respect dat zij bij de professionele zorginstellingen ervaren (Cox 1993; Helwegen-Blanksma en Govaart 1996). De landelijke koepelorganisatie voor welzijnswerk ouderen en Algemeen maatschappelijk werk (VOG - sectie WO en AMW) constateert zelf dat "problemen van mantelzorgers eindelijk aandacht krijgen" en heeft daarom in 1996 een brochure uitgebracht met een stappenplan voor instellingen die die aandacht willen gaan geven (VOG 1996). Het is natuurlijk mogelijk dat voor dit onderzoek toevallig juist de uitzonderingen op de regel onderzocht zijn, maar waarschijnlijker is dat wat de professionele instellingen zien als steun geven door de bedoelde ontvangers niet zo wordt ervaren.¹¹

Regelingen als maaltijdvoorziening en alarmering lijken voornamelijk te behoren tot het werkterrein van het welzijnswerk voor ouderen en van de intramurale voorzieningen. Uit eerder onderzoek was ook al bekend dat die instellingen ten aanzien van deze voorzieningen lokaal ook vaak samenwerken: de maaltijden worden bijvoorbeeld gekookt in de keuken van het plaatselijke verzorgingshuis en vervolgens door of onder verantwoordelijkheid van de welzijnsinstelling gedistribueerd. Een vergelijkbare taakverdeling wordt aangehouden bij de sociale alarmering: het welzijnswerk regelt de aansluiting terwijl het centrale meldpunt bij de intramurale zorginstelling is gesitueerd (Kwekkeboom 1994; Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8).¹² Thuiszorgorganisaties die deze voorzieningen bieden, laten soms aantekenen dit alleen in noodgevallen te doen.

Voor de zogenoemde wijkfuncties (kortdurende opname, dagopvang en -verzorging) zijn vooral de intramurale voorzieningen verantwoordelijk; het welzijnswerk voor ouderen en de thuiszorg zijn hierbij slechts zijdelings betrokken. Daarbij wordt dan soms ook nog aangetekend dat deze betrokkenheid zich beperkt tot bemiddeling en dat de organisatie deze dienst niet zelf uitvoert. Naast deze voorzieningen biedt een groot deel van de organisaties ook voorzieningen op het terrein van recreatie, vorming en cultuur. Het betreft hier dan vooral de instellingen voor welzijnswerk voor ouderen en de intramurale instellingen (tabel 5.28).

Een deel van de geënquêteerde instellingen heeft opgegeven ook betrokken te zijn bij de advisering of indicering voor WVG-voorzieningen. Een vergelijking van de gegevens uit deze enquête met die van de ambtenaren (zie ook tabel 5.11) in de onderzoeksgemeenten leert echter dat in slechts twee gemeenten deze informatie overeenstemt. Dit betekent dus dat enerzijds ambtenaren opgeven dat lokale instellingen voor zorg- en dienstverlening bij de indicering voor WVG-voorzieningen betrokken zijn, terwijl deze instellingen dit zelf niet als activiteit noemen, en anderzijds (wat vaker voorkomt) instellingen deze indicering tot hun diensten rekenen, terwijl zij daar volgens de ambtenaren geen taak in hebben.

Tabel 5.28 Voorzieningenaanbod instellingen voor zorg- en dienstverlening, naar type (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	welzijnswerk	thuiszorg	intramuraal
recreatie, vorming en cultuur	14	5	22
zorg- en dienstverlening			
voorlichting	18	14	23
informatie en advies	18	16	23
huisbezoek	17	14	21
maaltijdvoorziening	14	6	21
alarmering	13	8	18
vervoer	13	-	12
indicatie op grond van artikel 6j van WBO	6	3	6
advisering voor/indicatie van WVG-voorzieningen	5	8	8
loketcoördinatie	9	5	8
zorgcoördinatie	6	13	16
verstrekking van hulpmiddelen	2	9	8
ondersteuning van/bemiddeling bij vrijwilligers	18	7	17
ondersteuning van/bemiddeling bij informele zorgverlening	15	13	15
begeleiding besteding persoonsgebonden budget	-	8	4
thuishulp/huishoudelijke verzorging	2	13	3
dagopvang	6	4	18
dagverzorging	6	7	17
nachtopname	3	2	22
psychogeriatrische dagopvang	2	1	17
psychogeriatrische dagverzorging	4	4	16
psychogeriatrische tijdelijke opname	1	-	13
verpleeghuis- of verzorgingshuishouding aan huis	1	8	9
(n)	(18)	(16)	(24)

Bron: SCP (OGB'95)

Hoewel niet in alle gemeenten een compleet beeld van het gehele zorgsegment in het lokale netwerk kon worden verkregen, kan op grond van de gegevens geconstateerd worden dat het lokale voorzieningenaanbod redelijk compleet is. De diensten die in tabel 5.28 worden opgesomd, worden per onderzoeksgemeente door minstens een instelling geboden. Aan de andere kant lijkt het gevaar van overlap in het aanbod niet denkbeeldig: voor voorzieningen als maaltijden of alarmering lijken de inwoners soms bij minstens drie organisaties terecht te kunnen. In hoeverre dit risico door de ook door deze instellingen geclaimde loket- of zorgcoördinatie wordt weggenomen, kon op grond van de enquêtegegevens niet worden nagegaan. Het feit dat in een gemeente meerdere instellingen zich met deze coördinatie bezighielden is in dit opzicht nauwelijks geruststellend te noemen.

Bijna alle instellingen geven aan bij de realisatie van dit voorzieningenaanbod samen te werken met andere instellingen. Daarbij valt op dat de instellingen voor welzijnswerk vaak ook de belangenbehartigingsorganisaties als samenwerkingspartners noemen (tabel 5.29).

Tabel 5.29 Samenwerkingsrelaties ten aanzien van voorzieningenaanbod op terrein van zorg- en dienstverlening, naar type instelling (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	welzijnswerk		thuiszorg		intramurale voorziening	
	aantal dat samenwerkt	partners	aantal dat samenwerkt	partners	aantal dat samenwerkt	partners
	17		16		23	
(andere) welzijnsinstelling		7		10		13
(andere) thuiszorg-organisatie		16		4		20
(andere) intramurale instelling		15		15		18
belangenbehartigings-organisaties		16		8		8
(n)		(18)		(16)		(24)

Bron: SCP (OGB'95)

Samenwerking met zusterorganisaties wordt door zowel de instellingen voor welzijnswerk als die voor thuiszorg het minst opgegeven. Hieruit kan worden afgeleid dat deze instellingen zich meer richten op de samenhang in het lokale voorzieningenaanbod dan de intramurale voorzieningen, die zich wellicht meer met afstemming en samenwerking op regionaal niveau bezighouden.

De ondervraagde instellingen heffen vrijwel alle een bijdrage in de kosten voor het gebruik van (een deel van) hun voorzieningen. Slechts de helft kent een reductieregeling voor de minst draagkrachtigen, die soms (mede) is gebaseerd op gemeentelijk beleid of het eigen instellingenbeleid (tabel 5.30). Enkele van de ondervraagde instellingen tekenen overigens aan dat het weliswaar geen standaardbeleid is om een reductieregeling te hanteren, maar dat er in echte noodsituaties altijd wel 'iets te regelen valt'.

Tabel 5.30 Kosten voor aanbod zorg- en dienstverlening, mogelijkheid en basis reductieregelingen, naar type instelling (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

		welzijnswerk	thuiszorg	intramuraal
rekent kosten voor				
voorzieningsaanbod		16	16	24
hanteert				
reductieregeling		12	6	10
op basis van:	wettelijke regeling	1	5	3
	gemeentelijk minimabeleid	8	-	7
	instellingsbeleid	5	1	5
(n)		(18)	(16)	(24)

Bron: SCP (OGB'95)

Voor die instellingen die zeiden een reductieregeling in het kader van een gemeentelijk minimabeleid te hebben, is nagegaan of in deze gemeenten, althans volgens de ambtenaren, inderdaad een gericht minimabeleid voor ouderen en gehandicapten werd gevoerd. In zes gevallen was dat niet het geval; de reductieregeling was bij deze organisaties vermoedelijk toch gebaseerd op het eigen instellingenbeleid.

5.3.3 Organisaties op het terrein van de huisvesting

Om informatie te krijgen over het huisvestingsaspect van het lokale ouderenbeleid is geprobeerd om per onderzoeksgemeente een corporatie of de eventuele federatie van corporaties te ondervragen. Dit is in slechts 20 gemeenten gelukt.

Van de corporaties die in het onderzoek zijn opgenomen bezitten 13 alleen woningen in de onderzoeksgemeente; het woningbezit van de overige 7 was over meerdere gemeenten verspreid.

Tabel 5.31 Aanbod specifieke huisvesting voor ouderen en/of gehandicapten (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

huisvesting voor ouderen	'losse' woningen	17
	in complex zonder zorgaanbod	17
	in complex met/nabij zorgaanbod	13
huisvesting voor gehandicapten	'losse' woningen	15
	in complex zonder zorgaanbod	6
	in complex met/nabij zorgaanbod	6
(n)		(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Alle corporaties in het onderzoek zijn algemeen en dus niet gespecialiseerd in het bouwen voor dan wel huisvesten van ouderen en/of gehandicapten. De meeste van de ondervraagde corporaties hebben echter wel speciale woningen voor de leden van deze

doelgroepen. Daarbij gaat het vooral om woningen voor ouderen zonder aparte zorgvoorzieningen, zowel 'los' in de wijk als in speciale complexen. Bij de 'losse' woningen gaat het meestal om woningen die geschikt zijn voor bewoning door mindervaliden. Speciale woningen voor gehandicapten, al of niet met een aanbod voor voorzieningen (ook wel Mi(nder)va(lide) -woningen genoemd) komen minder voor (tabel 5.31).

Gemiddeld was het specifieke woningaanbod van de ondervraagde corporaties representatief voor dat van de eventuele andere verenigen met woningen in de gemeente. Overigens tekenen de corporaties aan dat er in de praktijk weinig vraag is naar speciale woningen voor gehandicapten. Een deel van de huisvesting voor gehandicapten die hiervoor is genoemd, is dan ook feitelijk huisvesting voor ouderen waarvoor geen stricte leeftijdsgrens wordt gehanteerd.

Een van de grote knelpunten in het ouderenbeleid is momenteel het grote tekort aan voor ouderen geschikte woningen. Omdat nieuwbouw naar verwachting niet voldoende soelaas zal bieden om dit tekort op te lossen, probeert de rijksoverheid ook te stimuleren dat woningen in de bestaande woningvoorraad geschikt worden gemaakt (TK 1994/1995a). In hoofdstuk 3 is al gewezen op de Regeling liftplaatsing bestaande woongebouwen die in dat kader was getroffen.

Van de ondervraagde corporaties in de onderzoeksgemeenten blijkt ruim de helft inderdaad actie ondernomen te hebben om het aantal geschikte woningen te vergroten. De eigen middelen van de corporatie zelf blijken daarvoor de belangrijkste financieringsbron te zijn (tabel 5.32).

Tabel 5.32 Financiering van uitbreiding aantal voor bewoning door ouderen en/of gehandicapten geschikte woningen (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

aantal gemeenten waarin actie wordt ondernomen	12
financieringsbronnen	
eigen middelen corporatie	9
rijks- en/of provinciale subsidie	6
eigen bijdrage van bewoners	6
gemeentelijke subsidie	4
(n)	(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Behalve woningen kunnen corporaties ook woondiensten bieden. Het kan daarbij gaan om woninggebonden diensten als het aanbrengen van kleine aanpassingen (verhoogd toilet, plaatsen handgrepen e.d.) of het installeren van een alarminstallatie, maar ook om een aanbod met een duidelijker zorgkarakter: een buurtconciërge of bemiddeling bij zorg- en dienstverlening. De ontwikkeling van dit aanbod wordt van verschillende zijden aangemoedigd. De Stichting Experimenten Huisvesting (SEV) bijvoorbeeld probeert in diverse projecten het dienstenaanbod van woningcorporaties uit te breiden. Ook lokale en provinciale overheden alsmede landelijke particuliere organisaties proberen door gerichte subsidies of projecten via de corporaties meer dienstverlening aan huis te bieden

(zie bv. VNG 1994).

Uit de onderzoeksgegevens blijkt echter dat de onderzochte corporaties hun aanvullende woondiensten toch voornamelijk beperken tot de 'concrete' huisvestingsdiensten. Het aanbrengen van kleine aanpassingen wordt dan ook het vaakst genoemd, gevolgd door het aanstellen van een huismeester bij woningcomplexen (waarin overigens niet per definitie alleen ouderen en/of gehandicapten hoeven te wonen) en het installeren van alarminstallaties. Vormen van ondersteuning die wat verder van het huisvesten sec liggen zoals een buurtconciërge of hulp bij het onderhoud van de tuin, worden door slechts 2 à 3 van de ondervraagde corporaties geboden (tabel 5.33). Desgevraagd geven 8 corporaties wel aan van plan te zijn om, naast hun bestaande dienstenaanbod, ook minder direct aan de woning zelf gerelateerde diensten te gaan ontwikkelen. Van de corporaties die deze diensten aanbieden, brengen 6 hiervoor kosten in rekening. Zij kennen hiervoor geen reductieregeling.

Tabel 5.33 Aanbod aanvullende woondiensten van corporaties (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

aantal corporaties dat volgende diensten biedt	7
aanbrengen kleine aanpassingen	6
huismeester in complexen	5
installeren alarminstallatie	5
klussendienst voor hulp bij huurdersonderhoud	4
aanbrengen inbraakwerende voorzieningen	4
bemiddeling bij zorg- en dienstverlening	4
buurtconciërge	3
hulp bij tuinverzorging	2

(n)

(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Een belangrijk instrument voor de optimale benutting van het geschikte deel van de woningvoorraad is de toewijzing van de speciale of geschikte woningen aan de leden van de doelgroepen. In een eerder onderzoek was al geconcludeerd dat de lokale overheden dit instrument op grond van afspraken met de corporaties vaak zelf niet meer kunnen hanteren (Kwekkeboom 1994). Dit lijkt ook het geval te zijn in de onderzoeksgemeenten van deze rapportage. De toewijzing van de woningen, dus ook die van de geschikte woningen, ligt in handen van de corporaties, die daarbij soms wel en soms niet samenwerken. In 17 onderzoeksgemeenten wordt voor de toewijzing van woningen aan ouderen of gehandicapten een speciale regeling gehanteerd. Zo werd twaalfmaal genoemd dat een vast deel van het woningbestand bij voorkeur wordt toegewezen aan leden van deze doelgroep en elfmaal dat toewijzing plaatsvond op grond van adviezen van de plaatselijke indicatiecommissie op grond van artikel 6j van de WBO. In negen gevallen werden woningen (ook) op grond van een sociaal-medische indicatie verstrekt (tabel 5.34).

toewijzing in handen lokale overheid	-
toewijzing gezamenlijke verantwoordelijkheid plaatselijke corporaties	10
toewijzing per corporatie	8
speciale regeling voor toewijziging, nl.	17
deel van het bestand wordt bij voorkeur toegewezen aan ouderen en/of gehandicapten	12
toewijzing geschiedt op grond van adviezen indicatiecommissie ex WBO	11
toewijzing geschiedt op grond van sociaal-medische indicatie	9
(n)	(20)

Bron: SCP (OGB'95)

5.3.4 Onderlinge verhoudingen

Bestuurlijke betrokkenheid

De participatie van de (potentiële) cliënten bij de totstandkoming van het voorzieningen-aanbod is een centraal aandachtspunt in zowel het ouderen- als het gehandicaptenbeleid. In de rijksnota's over deze beleidsterreinen wordt het belang van deze betrokkenheid steeds benadrukt. Daarnaast is de verplichting tot betrokkenheid ook op diverse plekken wettelijk vastgelegd. Zo zijn zorginstellingen, zowel die voor intramurale zorg als die voor thuiszorg, verplicht om een cliëntenraad in te stellen (Stbl. 1996a). De corporaties zijn op grond van het Besluit beheer sociale huisvesting (BBSH) sinds 1994 verplicht om een klachtencommissie in te stellen en minstens eenmaal per jaar overleg te voeren met (een vertegenwoordiging van) de huurders.

Daarom is net, als de lokale overheid, de instellingen gevraagd of en, zo ja, op welke wijze zij de leden van de doelgroepen betrekken bij de ontwikkeling van het beleid. Uit een vergelijking van de gegeven antwoorden blijken de diverse werksoorten ten aanzien van deze participatie aanzienlijk uiteen te lopen. De betrokkenheid van de ouderen en gehandicapten bij het beleid lijkt het grootst te zijn bij de instellingen voor welzijnswerk en de intramurale voorzieningen. Op een paar uitzonderingen na geven deze op dat de leden van deze doelgroepen zijn vertegenwoordigd in het bestuur en/of de cliëntenraad, en meer dan de helft zegt dat zij hun beleidsvoornemens voorleggen aan de belangenbehartigingsorganisaties.¹³

Opvallend is de geringe betrokkenheid van de ouderen en gehandicapten bij het beleid van de thuiszorginstellingen; met uitzondering van een vertegenwoordiging in het bestuur of de cliëntenraad (hetgeen een wettelijke verplichting is) komen andere vormen van participatie bij nog geen derde van de instellingen voor (tabel 5.35).

Tabel 5.35 Voorkomen van vormen van betrokkenheid van leden van de doelgroepen bij het beleid van de lokale instellingen (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	instellingen voor welzijnswerk	instellingen voor thuiszorg	intramurale voorzieningen	corporaties
betrokkenheid via inspraakprocedures beleidsvoornemens worden voorgelegd aan belangenbehartigingsorganisaties	6	2	18	9
doelgroepen zijn vertegenwoordigd in het bestuur en/of de cliëntenraad	12	5	20	9
	15	9	20	8
(n)	(18)	(16)	(24)	(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Vergeleken met de lokale overheid zijn de lokale instellingen in de onderzoeksgemeenten in hogere mate bereid om de ouderen en gehandicapten op formele wijze bij de beleidsprocedure te betrekken. Bij de overheden was immers in nog niet de helft van de gevallen sprake van betrokkenheid in de vorm van een lidmaatschap van een raad (zie tabel 5.20).

Financiële onafhankelijkheid

Volgens de netwerkbenadering van het beleidsproces zijn de budgettaire mogelijkheden van de lokale organisaties alsmede hun onderlinge financiële (on)afhankelijkheid van grote invloed op de onderhandelingsprocessen tussen de actoren in het netwerk (Van der Pennen et al. 1995).

Het bleek niet mogelijk om in de diverse enquêtes volledige informatie te verkrijgen over de jaarlijks door de lokale organisaties te besteden budgetten. Uit de aanvullende informatie uit de beleidsdocumenten en dergelijke kon wel het een en ander worden afgeleid (bv. dat de belangenbehartigingsorganisaties in het algemeen over de laagste budgetten konden beschikken, daarin gevolgd door de welzijnsinstellingen), maar deze informatie was toch vrij summier.

De onderlinge (on)afhankelijkheid kon wel worden vastgesteld door de organisaties te vragen naar hun voornaamste inkomstenbronnen. Uit de gegevens blijkt dat voor de belangenbehartigingsorganisaties en de welzijnsinstellingen, de gemeentelijke subsidies de ruggengraat van hun inkomen vormen. Daarnaast noemen de belangenbehartigingsorganisaties de lidmaatschapsbijdragen en de welzijnsinstellingen vooral de eigen bijdragen van de gebruikers als inkomstenbronnen.

Vrijwel alle thuiszorginstellingen geven de AWBZ-gelden op als inkomstenbron, die door meer dan de helft wordt aangevuld met gemeentelijke subsidies en/of de eigen bijdragen van gebruikers. De intramurale voorzieningen noemen WBO-financiering en de eigen bijdragen van de gebruikers het meest als voornaamste inkomstenbron, terwijl voor meer dan de helft ook financiering op grond van de AWBZ een belangrijke bijdrage aan het instellingsbudget levert. De opbrengst van de verhuur en verkoop van de woningen vormt (uiteeraard) voor alle corporaties een voornaamste inkomstenbron, die bij bijna de helft substantieel wordt aangevuld met een rijks- of provinciale subsidie (tabel 5.36).

Tabel 5.36 Voornaamste inkomstenbronnen lokale organisaties (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	belangenbehartigings-organisaties		instellingen voor		intramurale voorzieningen	corporaties
	ouderen	gehandicapten	welzijns-werk	thuis-zorg		
financiering op grond van AWBZ	-	-	2	16	13	-
rijks- en/of provinciale subsidie	1	1	1	2	2	7
financiering op grond van WBO	-	-	3	4	22	-
gemeentelijke subsidie	24	17	18	10	9	4
eigen bijdrage gebruikers	10	4	12	11	20	2
lidmaatschapsbijdragen	12	7	2	8	2	1
opbrengst verhuur/verkoop woningen of eigen accommodatie	1	-	4	3	5	20
(n)	(27)	(22)	(18)	(16)	(24)	(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Uit de gegevens in tabel 5.36 blijkt dat, hoewel wisselend van betekenis naar type van lokale organisatie, gemeentelijke subsidie het meest genoemd wordt als voorname bron van inkomsten. Deze subsidie mag dan bij een deel van de organisaties niet de belangrijkste component van het gehele budget vormen. Financiële banden met deze overheidslaag komen dus zeer frequent voor.

Uit tabel 5.37 blijkt dat het bij subsidieverstrekking door de lokale overheid kan gaan om een reguliere subsidievertrekking, maar ook wordt de financiering van een experiment of project vaak genoemd, vooral door de instellingen voor welzijnswerk. De meerderheid van de thuiszorginstellingen en de intramurale voorzieningen noemt de financiering van projecten of experimenten eveneens als een van de wijzen waarop de lokale overheid bij de uitvoering van hun beleid betrokken is.

Tabel 5.37 Wijzen van betrokkenheid lokale overheid bij beleid lokale organisaties (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	belangenbehartigings-organisaties		instellingen voor		intramurale voorzieningen	corporaties
	ouderen	gehandicapten	welzijns-werk	thuis-zorg		
reguliere subsidieverstrekking	22	16	16	6	10	8
financiering van experiment en/of project	1	2	14	9	16	7
informeel overleg	12	10	13	10	13	8
formeel overleg	17	9	16	12	15	16
taakopdracht	1	-	5	3	5	-
(n)	(27)	(22)	(18)	(16)	(24)	(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Ook via formeel en informeel overleg is de lokale overheid bij het beleid van een groot deel van de organisaties betrokken. Opvallend is dat juist de belangenbehartigingsorganisaties dit overleg naar verhouding het minste noemen. Bij deze categorie lijkt de betrokkenheid van de overheid zich te beperken tot subsidiëring dan wel instandhouding. Rechtstreekse sturing in de vorm van een taakopdracht komt opvallend weinig voor (tabel 5.37).

De lokale overheid is dus, zo blijkt uit de hiervoor gepresenteerde gegevens, op verschillende wijzen betrokken bij het beleid van een groot deel van de lokale organisaties. Deze organisaties kunnen op hun beurt invloed uitoefenen op het beleid van deze overheid. Desgevraagd gaf de overgrote meerderheid van de organisaties aan ervan overtuigd te zijn dat zij inderdaad een rol hadden gespeeld in het overheidsbeleid. Deze beïnvloeding had diverse vormen aangenomen, waarbij het onder de aandacht brengen van (nieuwe) problemen van de doelgroepen het meest werd genoemd. Opvallend is overigens dat de instellingen voor welzijnswerk naar verhouding veel vaker opgeven invloed te hebben gehad op het beleid van de overheid dan de andere organisaties. De thuiszorginstellingen en de intramurale voorzieningen schatten hun invloed lager in. Enkele intramurale voorzieningen en ruim een kwart van de ondervraagde corporaties moesten zelfs aangeven de vraag naar hun invloed niet te kunnen beantwoorden (tabel 5.38).

Tabel 5.38 Gepercipieerde invloed van de lokale organisaties op het beleid van de lokale overheid (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	belangenbehartigings-organisaties		instellingen voor		intramurale voorzieningen	corporaties
	ouderen	gehandicapten	welzijns-werk	thuis-zorg		
geen rol gespeeld	3	4	-	6	5	2
wel een rol, nl.						
(nieuwe) problemen onder de aandacht gebracht	15	12	16	7	12	6
suggesties voor nieuw beleid zijn overgenomen	15	11	14	7	10	9
aanvragen voor projecten of experimenten zijn gehonoreerd	4	6	12	7	12	9
voorstel voor overleg of samenwerking is overgenomen	12	9	13	5	11	8
doelgroepen zijn vertegenwoordigd in adviesraad	7	5	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
(n)	(27)	(22)	(18)	(16)	(22)	(14)

Bron: SCP (OGB'95)

Dat organisaties soms geen invloed hadden gehad op het beleid kwam niet altijd doordat men geen gehoor had gevonden. Soms had men ook geen poging gedaan om de lokale overheid te beïnvloeden.

De invloed op het beleid van de andere lokale organisaties was voor een deel van de geënquêteerde instellingen nog moeilijker in te schatten dan hun invloed op het beleid van de overheid. Voor een ander deel was het zonder meer duidelijk dat zij absoluut geen invloed hadden gehad. Opmerkelijk is de ronduit pessimistische inschatting van de belangenbehartigingsorganisaties van hun invloed op het beleid van de andere organisaties. Het relatief hoge aantal corporaties dat aangaf geen invloed gehad te hebben, wordt voor de helft verklaard uit het feit dat deze organisaties ook geen enkele poging tot beïnvloeding hadden gedaan.

Ook hier waren het de instellingen voor welzijnswerk die het vaakst van mening waren dat zij op de een of andere manier het beleid van de andere organisaties hadden beïnvloed.

Vormen van beïnvloeding die het meest werden genoemd waren het onder de aandacht brengen van problemen en het doen overnemen van een voorstel tot overleg of samenwerking (tabel 5.39).

Tabel 5.39 Gepercipieerde invloed op het beleid van de andere lokale instellingen (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	belangenbehartigings-organisaties		instellingen voor		intramurale voorieningen	corporaties
	ouderen	gehandicapten	welzijns-werk	thuis-zorg		
geen rol gespeeld	10	12	2	3	5	8
wel rol gespeeld, nl. (nieuwe) problemen onder de aandacht gebracht	10	6	10	10	8	2
suggesties voor nieuw beleid zijn overgenomen	7	2	6	8	8	3
aanvragen voor project of experiment zijn gehonoreerd	1	1	7	8	9	1
voorstel voor overleg of samenwerking is overgenomen	7	3	11	12	13	6
(n)	(26)	(21)	(17)	(16)	(21)	(18)

Bron: SCP (OGB'95)

5.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is verslag gedaan van de uitkomsten van dat deel van de enquête dat expliciet ingaat op het eigen beleid en voorzieningenaanbod van de bij het ouderen- en gehandicaptenbeleid betrokken organisaties in 28 gemeenten.

Uit de gegevens over het beleid van de lokale overheden komt onder meer naar voren dat zowel de formatieruimte als het budget dat door deze overheden wordt ingezet voor de ontwikkeling van een integraal beleid voor deze doelgroepen sterk uiteenloopt en nauwelijks samenhangt met het aantal ouderen en gehandicapten in de betreffende gemeenten. De bedragen die, afgaand op de opgevoerde begrotingsposten, bijvoorbeeld

per oudere beschikbaar zijn, variëren in de onderzochte gemeenten van een kleine 8 gulden tot bijna 190 gulden. Ook in het gevoerde WVG-beleid blijken per onderzoeksgemeente verschillen te bestaan: niet alleen loopt het voorzieningenaanbod uiteen, ook de hoogte van de gevraagde eigen bijdragen of maximaal uit te keren vergoedingen verschilt. Uit hoofdstuk 4 is echter gebleken dat er, met de stedelijkheidsgraad als onderscheidend criterium, geen aanleiding is om lokale verschillen in problemen, wensen en behoeften van ouderen en gehandicapten te verwachten.

Binnen de lokale overheid wordt in het merendeel van de onderzoeksgemeenten gestreefd naar een intersectorale inbedding van zowel het ouderen- als gehandicaptenbeleid, waarbij de coördinatietaak op ambtelijk én bestuurlijk niveau ondergebracht is bij verantwoordelijken voor het welzijnsbeleid in brede zin. De verantwoordelijkheid voor het WVG-beleid echter ligt naar verhouding vaak bij de gemeentelijke sociale dienst.

De verwachtingen die bij de rijksoverheid leven ten aanzien van de gevolgen van de invoering van de WVG, zoals de ontwikkeling van één loket voor alle voorzieningen voor ouderen en gehandicapten, een grotere betrokkenheid van de doelgroepen bij de beleidsontwikkeling, vergroting van de intergemeentelijke samenwerking en een betere afstemming tussen lokale overheden en zorgverzekeraars, blijken op het lokale niveau van de onderzoeksgemeenten (nog) niet te zijn gerealiseerd. Opvallend is daarbij overigens wel dat over deze onderwerpen binnen het gemeentelijke apparaat verschillend gedacht wordt. Zo rapporteren de portefeuillehouders naar verhouding vaker dat er op intergemeentelijk niveau wordt samengewerkt en noemen zij een grotere invloed van de belangenbehartigingsorganisaties dan hun ambtenaren.

Uit de informatie over het gemeentelijke beleid betreffende enkele actuele thema's in het ouderen- en gehandicaptenbeleid, komt naar voren dat slechts een deel van de onderzoeksgemeenten actief eigen initiatieven ontwikkelt. Beleid gericht op de ondersteuning van informele zorgverlening, bijvoorbeeld, blijft grotendeels beperkt tot het voortzetten van subsidies die in het kader van het flankerend ouderenbeleid (moeten) worden verstrekt.

Ook blijken de onderzoeksgemeenten terughoudend te zijn in de ontwikkeling van beleid ten aanzien van de problematiek van de cumulatie van de eigen bijdragen. Slechts de helft van de onderzoeksgemeenten besteedt beleidsmatig enige aandacht aan dit probleem, aandacht die in zes gemeenten resulteert in verlaging van de bijdragen voor de eigen gemeentelijke voorzieningen.

Gegevens over de wijze waarop de leden van de doelgroepen betrokken worden bij de ontwikkeling van het lokale beleid laten, ten eerste zien dat de ouderenbonden en -organisaties meer mogelijkheden voor inbreng hebben dan de gehandicaptenorganisaties. Weliswaar zijn bij de voorbereiding van het WVG-beleid in eerste instantie vooral de gehandicaptenorganisaties betrokken, maar voor de ontwikkeling van een breder lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid lijken zij niet te worden geconsulteerd. Afgezien daarvan moet worden geconstateerd dat - anders dan verwacht - in meer dan de helft van de onderzoeksgemeenten geen formele adviesraad bestaat.

Behartiging van de belangen van ouderen en/of gehandicapten blijkt op lokaal niveau vooral een zaak van vrijwilligers te zijn: ongeveer twee derde van de ondervraagde

organisaties heeft geen beroepskrachten. De inzet van de vrijwilligers bedraagt gemiddeld zo'n vier uur per week. De organisaties bieden naast belangenbehartiging ook voorzieningen op de terreinen recreatie, vorming, cultuur en dienstverlening. Met name de ouderenorganisaties zijn op de eerste drie van deze terreinen erg actief. Zij bieden de voorzieningen overigens grotendeels alleen; samenwerking met andere instellingen of organisaties wordt alleen ten aanzien van de dienstverlening gezocht. Voor de meeste voorzieningen, met uitzondering van de dienstverlening, wordt door de belangenbehartigingsorganisaties een eigen bijdrage van de gebruikers gevraagd. De kosten daarvoor kunnen variëren van f 1,50 tot 100 gulden; de meeste organisaties kennen geen regeling voor minder draagkrachtigen.

Ook bij de instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening is de inzet van vrijwilligers van groot belang; van de in totaal 48 ondervraagde instellingen gaf slechts een tiental op dat bij hen geen vrijwilligers actief waren. Uit de opgaven over het voorzieningenaanbod komt eerst en vooral naar voren dat in de onderzoeksgemeenten het gehele terrein van zorg- en dienstverlening wel gedekt wordt. Het risico op overlap lijkt dan ook groter dan dat op hiaten; het blijkt namelijk dat per gemeente meerdere instellingen dezelfde voorziening zeggen te bieden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de maaltijden en de alarmering, maar ook voor loket- en/of zorgcoördinatie. Opvallend is ook dat instellingen zeggen betrokken te zijn bij indicatie voor of verstrekking van WVG-voorzieningen, terwijl de plaatselijke overheid juist aangeeft dat zij daarbij niet betrokken zijn.

De meeste instellingen voor zorg- en dienstverlening werken bij het realiseren van hun aanbod samen met andere organisaties. Daarbij gaat het vooral om andere lokale instellingen op het desbetreffende terrein; alleen de intramurale voorzieningen lijken zich voor samenwerking meer op een regionaal niveau te richten. Samenwerking met belangenbehartigingsorganisaties wordt wel door alle instellingen voor welzijnswerk genoemd, maar door slechts een derde tot de helft van de instellingen voor intramurale respectievelijk extramurale zorg.

Van de instellingen die voor gebruik van hun aanbod kosten in rekening brengen, zegt ongeveer een derde een reductieregeling voor minder draagkrachtigen te hanteren.

Ongeveer twee derde van de ondervraagde corporaties exploiteert specifieke woonvormen voor ouderen, waarbij het in de meeste gevallen ook kan gaan om woningen met of in de nabijheid van zorgvoorzieningen. Specifieke huisvesting voor gehandicapten komt, zeker als het om complexen gaat, minder voor: ongeveer een derde van de verenigingen had dergelijke woningen in bezit.

In ruim de helft van de onderzoeksgemeenten werd wel actie ondernomen om het aantal geschikte woningen te vergroten. De hiervoor benodigde aanpassingen werden vooral betaald uit de eigen middelen van de corporaties; gemeentelijke subsidie kwam relatief weinig voor. Ondanks diverse landelijk gefinancierde experimenten en stimuleringsprogramma's blijken de ondervraagde corporaties niet actief te zijn in het ontwikkelen van aanvullende woondiensten. Zij beperken hun aanbod vooralsnog tot het aanbrengen van aanpassingen of het installeren van alarminstallaties. Een derde van de verenigingen zegt overigens wel van plan te zijn het dienstenpakket uit te breiden met bijvoorbeeld een buurtconciërge of hulp bij tuinverzorging.

In het streven naar integrale indicatie en toewijzing van voorzieningen voor ouderen en gehandicapten zou idealiter ook de toewijzing van voor ouderen en gehandicapte geschikte woningen moeten worden opgenomen. Deze blijkt echter vooralsnog in de handen van de eigenaren, i.c. de corporaties, te liggen.

Zowel de instellingen voor welzijnswerk als die voor intramurale zorgverlening geven aan dat zij de leden van de doelgroepen, en dan in het bijzonder de ouderen, nadrukkelijk betrekken bij de ontwikkeling van hun beleid en voorzieningenaanbod. Bij een ruime meerderheid van deze instellingen is de bestuurlijke participatie geformaliseerd in de vorm van het lidmaatschap van bestuur of cliëntenraad. Dit laatste is bij minder dan twee derde van de instellingen voor thuiszorg en bij nog niet de helft van de corporaties het geval. Toch lijkt de mogelijkheid tot inspraak voor de leden van de doelgroepen bij de lokale instellingen groter te zijn dan bij de lokale overheid.

Van alle ondervraagde lokale organisaties zijn alleen de instellingen voor welzijnswerk en de belangenbehartigingsorganisaties financieel afhankelijk van de lokale overheid. De overige instellingen ontvangen weliswaar gemeentelijke subsidies, maar die zijn meestal incidenteel en vormen niet de belangrijkste financieringsbron. Voor het overige blijft de betrokkenheid van de lokale overheid op het instellingen- of organisatiebeleid beperkt tot formeel en informeel overleg. Taakopdrachten komen zelden voor.

Van hun kant meent een deel van de ondervraagde instellingen dat zij wel invloed uitoefenen op het beleid van de lokale overheid. Deze invloed uit zich onder meer doordat nieuwe problemen onder de aandacht worden gebracht en dat suggesties voor beleid worden overgenomen. Ongeveer de helft van de instellingen voor thuiszorg, voor intramurale zorg en van de corporaties kon evenwel geen inschatting maken van de mogelijke invloed die zij gehad zouden hebben. Zij hadden ook geen moeite gedaan om enige invloed te hebben.

Ditzelfde geldt voor de invloed die men denkt te hebben op het beleid van de andere lokale organisaties. De organisaties die wel geprobeerd hebben invloed uit te oefenen, geven aan dat zij ertoe hebben bijgedragen dat nieuwe problemen onder de aandacht zijn gebracht. Een groot deel van de belangenbehartigingsorganisaties meent echter dat zij in het geheel geen inbreng in de beleidsontwikkeling heeft gehad.

Deze uitkomsten wijzen erop dat de verwachtingen die met name de rijkoverheid heeft ten aanzien van decentralisatie, nog niet in de beleidspraktijk zijn uitgekomen. Zo heeft bijvoorbeeld de invoering van de WVG niet geleid tot een grotere integratie van het lokale ouderenbeleid met het gehandicaptenbeleid, en ook (nog) niet tot de totstandkoming van één loket voor indicatie en toewijzing. Tevens is de betrokkenheid van de ouderen en gehandicapten bij de ontwikkeling van het beleid en voorzieningenaanbod slechts ten dele gerealiseerd.

Daar waar lokale overheden het beleid zelf kunnen bepalen, lijkt het meer gekenmerkt te worden door terughoudendheid dan door initiatiefrijke maatregelen.

De lokale organisaties werken weliswaar samen bij de totstandkoming van het voorzieningenaanbod, maar deze samenwerking verhindert niet dat per gemeente meerdere instellingen hetzelfde bieden. Initiatieven die op landelijk niveau worden ingezet om meer intersectorale activiteiten te stimuleren, worden op lokaal niveau niet overge-

nomen.

Uit de informatie over de onderlinge beïnvloeding en betrokkenheid kan worden afgeleid dat de kortere lijnen tussen de diverse actoren (nog) niet leiden tot een gezamenlijk, onderling samenhangend beleid en voorzieningenaanbod. In het volgende hoofdstuk zal daarom worden nagegaan hoe binnen het lokale netwerk het proces van beleidsvoorbereiding en - uitvoering daadwerkelijk plaatsvindt.

Noten

- 1 Het is overigens niet ongebruikelijk dat de gemeentelijke sociale dienst organisatorisch deel uitmaakt van een gemeentelijke dienst Welzijn. Het is dus mogelijk dat de WVG-ambtenaren die zeggen werkzaam te zijn bij een dienst/afdeling Welzijn, in concreto werken bij het onderdeel dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het sociale-zekerheidsbeleid.
- 2 De gegevens over de budgetten zijn gebaseerd op opgaven van de ondervraagde ambtenaren zelf en zijn afkomstig van de begrotingen voor het lopende jaar. Zij zijn vergeleken met de afrekeningen (dus de werkelijk bestede bedragen) voor 1994. Uit deze vergelijking komt naar voren dat zich in de gedane en voorgenomen uitgaven voor ouderen- en gehandicaptenbeleid geen opvallende fluctuaties hebben voorgedaan. Voor de WVG-budgetten was een dergelijke vergelijking (nog) niet mogelijk, omdat het WVG-beleid pas halverwege 1994 van start is gegaan.
- 3 Ook het feit dat er workshops gehouden moeten worden om aan lokale initiatieven om tot een zorgloket te komen enige kans van slagen te geven is eveneens een illustratie van de obstakels die nog altijd de weg naar zo'n centraal punt blokkeren (Vermij 1996).
- 4 In de enquête onder de ambtenaren is gevraagd naar zowel de soorten voorzieningen die geboden (zullen) worden als naar het aantal voorzieningen dat in het afgelopen jaar verstrekt was. Slechts 18 onderzoeksgemeenten waren echter in staat of bereid om dit aantal, gesplitst naar soorten verstrekkingen, op te geven. Van deze 18 waren 9 gemeenten bereid of in staat om de gegevens eveneens naar leeftijd van de aanvrager (jonger resp. ouder dan 65 jaar) te splitsen. De opgegeven aantallen geven niet alleen een zeer divers, maar vooral ook een nogal onvolledig beeld van de toegewezen verstrekkingen te zien. Het is dan ook niet zinvol om hierover te rapporteren.
Gezien het feit dat in vrijwel alle onderzoeksgemeenten in de WVG-verordening een evaluatieverplichting is opgenomen, roept de uitkomst van dit onderdeel van het onderzoek de vraag op waarop deze evaluaties dan gebaseerd zullen zijn.
- 5 Over de WVG-voorziening collectief openbaar vervoer wordt heel veel gepubliceerd; gezien de hoeveelheid publicaties wordt hier van literatuurverwijzingen afgezien.
- 6 Overigens laat het landelijke evaluatieonderzoek naar de invoering van de WVG geheel andere geluiden horen. De deelnemers aan het cliëntenonderzoek betuigden zich in het algemeen redelijk tevreden met het nieuwe aanbod van collectief vervoer. De grootste tevredenheid werd aangetroffen onder de cliënten van 65 jaar en ouder, voor wie voor de invoering van de wet, slechts een gering vervoersaanbod voor handen was (Ipso Facto/SGBO 1995).
- 7 Uit de evaluaties blijkt overigens dat gemeenten de neiging lijken te hebben om de definitie van het begrip 'mobiliteitsvoorzieningen' in het eigen voordeel in te vullen. Zo wordt door hen de populaire voorziening 'scootmobiel' onder de vervoersvoorzieningen gerekend, zodat hiervoor, zeker nu de eigen bijdrage voor rolstoelen niet hoger mag zijn dan 100 gulden, een hoger bedrag gevraagd kan worden (Gehandicaptenraad 1995).
- 8 In de enquête is oorspronkelijk ook gevraagd naar de hoogten van de eigen bijdragen voor onder meer de mobiliteitsvoorzieningen. Omdat dit gegeven door de ingreep van de rijksoverheid niet relevant meer is, wordt hierover verder niet gerapporteerd.
- 9 De mogelijkheden voor de lokale overheid houden daar natuurlijk niet bij op. Zij heeft immers ook de mogelijkheid om in haar rol als werkgever herverdeling van betaalde en onbetaalde (zorg)arbeid te stimuleren door haar werknemers in staat te stellen zorgverlof op te nemen en/of in deeltijd te werken. Omdat het hier om personeelsbeleid zou gaan, is in de enquête niet naar deze variant geïnformeerd.
- 10 Feitelijk gaat de rijksoverheid er eigenlijk al wel van uit dat problemen met de betaling van de eigen bijdragen moeten worden opgelost met een beroep op de bijzondere bijstand. Zo werd ter voorbereiding op een wijziging in het eigen-bijdragesysteem voor de thuiszorg (die per saldo tot verhoging van de kosten van de gebruikers zou leiden) een extra bedrag aan het budget voor de bijzondere bijstand toegevoegd. Het opschorten van de wijziging leidde prompt tot het schrappen van dit extra bedrag.
- 11 Overigens wordt in een door de sectie Welzijn ouderen van de VOG in 1993 uitgevoerd onderzoek wel bevestigd dat de Stichtingen Welzijn Ouderen gericht beleid voeren ter ondersteuning van zowel vrijwilligerswerk (66% van de instellingen) als informele zorg (63% van de instellingen). Gezien de publicatie van eerdergenoemde brochure wordt het blijkbaar toch nodig geacht om deze activiteiten extra te bevorderen, wat wellicht verklaard kan worden door het feit dat de stichtingen zich, blijkens dit onderzoek, toch vooral richten op de ondersteuning van de ondersteuners van informele zorgverleners (Boon von Ochssée en Bijker 1995).

- 12 Onderzoek door het Centraal Bureau voor de Statistiek en de VOG samen bevestigt het beeld dat de instellingen voor welzijnswerk (voor ouderen) belangrijke aanbieders van maaltijden en/of alarmering zijn. Slechts zo'n 15 % van deze instellingen zou zich in het geheel niet met deze activiteiten bezighouden (zie ook hoofdstuk 4, noot 9).
- 13 Dat vrijwel alle intramurale voorzieningen opgeven dat de ouderen en/of gehandicapten vertegenwoordigd zijn in het bestuur en/of de cliëntenraad hoeft overigens niet te verwonderen: op grond van de WBO zijn alle verzorgingshuizen verplicht tot het instellen van een bewonerscommissie.



6 TOTSTANDKOMING VAN BELEID: DE BELEIDSCYCLUS

6.1 Inleiding

In dit tweede hoofdstuk over de beleidspraktijk zal, volgend op de beschrijving van het lokale netwerk en voorzieningenaanbod, een indruk worden gegeven van het beleidsproces in de onderzoeksgemeenten. Daarmee wordt tevens een antwoord gegeven op de laatste reeks onderzoeksvragen uit hoofdstuk 2.

Om dit beleidsproces te kunnen uiteenleggen, is uitgegaan van de veronderstelling dat de beleidsontwikkeling een cyclisch karakter heeft. In dit proces zijn enkele stadia te onderscheiden die meestal, maar niet noodzakelijk, elkaar opvolgen. Deze stadia zijn: het formuleren van de uitgangspunten en doelstellingen voor het te voeren beleid, het signaleren en definiëren van problemen, het ontwikkelen en uitvoeren van strategieën om deze problemen op te lossen of te verminderen, het evalueren van het zo bereikte beleidsresultaat (zie ook Kwekkeboom 1994: hoofdstuk 2).

Om het totale beleid in de onderzoeksgemeenten in kaart te brengen is alle actoren een blok vragen voorgelegd, waarin naar hun invulling van deze stadia van de beleidscyclus is gevraagd. Daarbij is ervan uitgegaan dat elke actor in principe een eigen beleidscyclus volgt. De vragen waren voor alle respondenten zo veel mogelijk gelijk, zodat de uitkomsten zowel per gemeente ('horizontaal') als per type actor ('verticaal') met elkaar vergeleken kunnen worden. De horizontale vergelijking zou een beeld moeten geven van de onderlinge samenhang binnen het beleid voor ouderen en gehandicapten in de betrokken onderzoeksgemeenten. De verticale vergelijking zou inzicht moeten verschaffen in de mogelijke 'actorgebonden' eigenschappen van de diverse beleidscycli die de samenhang op lokaal niveau bevorderen dan wel verhinderen.

Bij de rapportage in dit hoofdstuk over de diverse stadia van de beleidscyclus zal de hiervoor al weergegeven volgorde worden aangehouden. Zo worden in paragraaf 6.2 de doelstellingen en uitgangspunten voor het te voeren beleid besproken. In paragraaf 6.3 komt de probleemdefiniëring aan de orde en in paragraaf 6.4 de gekozen oplossingsstrategieën. Paragraaf 6.5 gaat in op de evaluatie van het gevoerde beleid. Tot slot zal ook dit hoofdstuk worden afgesloten met een concluderende samenvatting (§ 6.6).

6.2 Doelstellingen en uitgangspunten

Aan alle in het onderzoek betrokken actoren is gevraagd naar hun doelen dan wel uitgangspunten met betrekking tot het beleid ten behoeve van ouderen en gehandicapten. In afwijking van de overige vragen naar de diverse stadia in de beleidscyclus ging het hierbij om een open vraag. De wijze van vragen is bovendien aangepast aan het type actor. De ambtenaren is alleen gevraagd naar het doel van het ouderen- respectievelijk het gehandicaptenbeleid van de lokale overheid. Daarbij is ervan uitgegaan dat dit deel van het lokale beleid per definitie categoriaal is en dat daarom de doelen alleen betrekking hebben op de leden van één of beide doelgroepen. De belangenbehartigings-

organisaties en instellingen is eerst gevraagd naar hun uitgangspunten bij hun beleid voor ouderen en/of gehandicapten. Vervolgens is hun gevraagd aan te geven hoe de uitgangspunten zich verhouden tot de wellicht meer algemene doelstelling van de betrokken organisatie. Door deze getrapte wijze van vragen kon rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de organisatie voor meer groepen dan alleen ouderen en/of gehandicapten actief is en dus een doelstelling kan hebben die meer doelgroepen of beleidsterreinen bestrijkt. In hoofdstuk 5 is al aangegeven dat een niet-categorale actor een andere positie inneemt in een netwerk rond beleidscategorieën, i.c. ouderen en gehandicapten, dan een categorale actor. Categorale beleidsmaatregelen zijn voor een niet-categorale instelling of organisatie immers minder dwingend en kunnen in uiterste gevallen zelfs een streven naar op categorieën gerichte samenhang in beleid in de weg staan.

De lokale overheden

De doelen van de lokale overheid van het door haar te ontwikkelen *ouderenbeleid* zijn grofweg samen te vatten in enerzijds het zo lang mogelijk behouden van de zelfstandigheid van de ouderen en anderzijds het bevorderen van een zo optimaal mogelijke participatie. Beide doelen werden ongeveer even vaak en in de meeste gevallen in combinatie met elkaar genoemd. Daarmee sluiten de lokale overheden dus naadloos aan op doelen van het ouderenbeleid van de rijksoverheid, dat immers ook streeft naar zelfstandigheid en participatie (TK 1994/1995a).

Opvallend is dat, ondanks de in hoofdstuk 3 aangestipte discussie over de wenselijkheid van categoriaal beleid, dit in de onderzoeksgemeenten nauwelijks ter discussie lijkt te staan. Slechts één gemeente gaf op te streven naar een zo algemeen mogelijk beleid en in principe geen categorale voorzieningen te willen bieden.

Twee derde van de lokale overheden in de onderzoeksgemeenten richtte zich in het ouderenbeleid op alle ouderen, dat wil zeggen alle inwoners van 55 jaar en ouder. In tien gemeenten werd prioriteit gegeven aan bepaalde subcategorieën. Het ging daarbij meestal om zorgbehoevende ouderen en/of hoogbejaarden. In twee gemeenten werden allochtone ouderen als prioriteitsgroep genoemd, in een geval (een van de beide grote steden) in combinatie met homoseksuele ouderen.

In de vijftien onderzoeksgemeenten met een *gehandicaptenbeleid* bleek het centrale begrip in de doelstellingen van de lokale overheid 'integratie' te zijn, te bereiken door behoud van zelfstandigheid, optimale participatie en kansen voor ontplooiing. Ruim twee derde van deze gemeenten richtte zich daarbij op alle gehandicapten, ongeacht de aard van de beperking (geestelijk of lichamelijk). Ook hier dus weer een sterke overeenstemming met het beleid van de rijksoverheid.

Lokale organisaties en instellingen

De belangenbehartigingsorganisaties voor zowel ouderen als gehandicapten geven aan dat de doelstelling van hun organisatie, niet verrassend, de behartiging van de belangen van de leden van hun achterban is. Wel verrassend is wellicht dat daaraan slechts door een klein deel werd toegevoegd wat die belangen dan precies waren. Zes van de

ondervraagde gehandicaptenorganisaties gaven aan te streven naar integratie van de gehandicapten in de (lokale) samenleving; drie van de ouderenorganisaties noemden het behoud van zelfstandigheid en vergroten van de maatschappelijke participatie als doel. Hiermee sluiten deze organisaties dus aan op het beleidsstreven van zowel centrale als lokale overheid.

Van de instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening en van de huisvesting was een groot deel niet in staat om een uitgangspunt voor hun beleid en voorzieningen-aanbod voor ouderen en gehandicapten te formuleren. Van de instellingen die dat wel waren, noemden de welzijnsinstellingen en de instellingen voor thuiszorg vooral het behoud van de zelfstandigheid van de ouderen en gehandicapten. De intramurale voorzieningen zeiden vooral te streven naar zorg-op-maat en uit te gaan van een holistische mensvisie, waarbij de klant koning is. De corporaties gaven aan eveneens het behoud van de zelfstandigheid van deze doelgroepen als uitgangspunt te hanteren, waarbij enkele wel wezen op het beperkte aanbod van adequate huisvesting en daarmee de noodzaak tot urgentiestelling.

Zoals wel te verwachten was, gaf de meerderheid van zowel de instellingen voor welzijnswerk als die voor intramurale zorg op dat in de doelstelling van hun organisatie het scheppen van voorzieningen voor ouderen en gehandicapten expliciet werd genoemd. Het grootste deel van deze instellingen was immers categoriaal. De doelstellingen van de thuiszorginstellingen en van de corporaties waren algemeen (bieden van zorg thuis resp. bieden van passende en betaalbare huisvesting), maar het merendeel van de respondenten vond dat dit een specifieke aandacht c.q. een specifiek aanbod voor leden van de doelgroepen niet in de weg hoefde te staan. Een thuiszorginstelling wees er daarbij op dat ongeveer 80% van de cliëntèle tot de ouderen gerekend kon worden.

Tabel 6.1 Wijze vaststelling doelstellingen organisaties en instellingen, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	belangenbehartigings-organisaties		instellingen voor		intramurale zorg	corporaties
	ouderen	gehandicapten	welzijns-werk	thuis-zorg		
erkenningnormen	2	1	-	3	1	3
wettelijk vastgelegd	-	-	-	-	3	4
subsidieverordening	1	2	1	2	-	2
statuten	20	16	16	11	19	10
niet formeel vastgelegd	3	3	-	-		
(n)	(26)	(22)	(17)	(16)	(23)	(19)

Bron: SCP (OGB'95)

De doelstellingen van de organisaties zijn in de meeste gevallen statutair vastgelegd en daarmee tamelijk dwingend voor het te voeren beleid. Slechts bij een kleine minderheid was sprake van een wettelijk voorschrift, een subsidieverordening of een door bijvoorbeeld de Ziekenfondsraad opgelegde erkenningnorm. Alleen bij (een klein aantal van)

de belangenbehartigingsorganisaties kwam het voor dat de doelstellingen niet formeel waren vastgelegd (tabel 6.1). Bij de beantwoording van deze vraag gaf een deel van de organisaties aan dat de doelstellingen (ook) waren vastgelegd in een beleidsplan of onderdeel uitmaakten van een convenant dat was afgesloten met de ziektekostenverzekeraars.

Van de actoren in het lokale netwerk rond ouderen- en gehandicaptenbeleid lijken de lokale overheden dus de meest uitgesproken doelen met dit beleid te hebben. Zij zeggen vrijwel allemaal in overeenstemming met de rijksoverheid te streven naar behoud van zelfstandigheid en vergroting van de deelname aan dan wel integratie in de samenleving. De overige participanten lijken geen uitgangspunten ten aanzien van de leden van de doelgroep te hanteren. Voorzover zij dat wel doen, zijn dit dezelfde uitgangspunten als die de overheden hanteren. Een deel van hen heeft echter wel rekening te houden met een niet-categorale doelstelling van de organisatie, die zo lijkt het, enerzijds redelijk dwingend is, maar anderzijds het hanteren van deze uitgangspunten ook weer niet belemmert.

Het lijkt er dus op dat een (letterlijke) basisvoorwaarde voor een integraal lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid, een gezamenlijk doel, in de onderzoeksgemeenten niet is vervuld. De doelen van de lokale overheid worden weliswaar niet ter discussie gesteld, maar zij lijken voor de andere actoren geen krachtige drijfveer voor hun ouderen- en gehandicaptenbeleid te zijn.

6.3 Probleemdefiniëring

Uit eerder onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid is gebleken dat de gesignaleerde problemen feitelijk onder te verdelen waren in inhoudelijke en institutionele of organisatorische problemen (Kwekkeboom 1994; Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8). Met inhoudelijke problemen wordt bedoeld op moeilijkheden waarmee de ouderen en gehandicapten zelf te maken (kunnen) krijgen en waarvoor via (lokaal) beleid een oplossing moet worden gezocht. Organisatorische problemen zijn dan de moeilijkheden waarmee men in de ontwikkeling en uitvoering van dit beleid te kampen heeft.

Om dit onderscheid te handhaven zijn in de enquête twee blokken vragen over de probleemdefiniëring opgenomen en wordt over beide blokken apart gerapporteerd.

Inhoudelijke problemen

Voor de bepaling van de problemen waarmee de ouderen en gehandicapten in de onderzoeksgemeenten volgens de respondenten het meest te kampen hebben, is in de vragenlijsten een opsomming van een twintigtal mogelijke problemen gegeven, met de vraag welke hiervan in de betrokken gemeente het meest spelen. Het betreft hier een opsomming van mogelijke problemen op uiteenlopende terreinen: zorgverlening, huisvesting, inkomenspositie, integratie, mobiliteit enzovoort.¹

Een eerste ordening van de gegevens naar het type lokale actor leert dat het aantal problemen dat genoemd wordt, sterk per type actor uiteenloopt. Zo blijkt dat de

instellingen voor welzijnswerk en die voor thuiszorg de meeste problemen te noemen. De ambtenaren daarentegen noemen gemiddeld het laagste aantal. Vooral het geringe aantal problemen dat door de ambtenaren gehandicaptenbeleid wordt genoemd is opmerkelijk. Opvallend is ook dat door de portefeuillehouders in de onderzoeksgemeenten gemiddeld meer problemen opgenoemd worden dan door de ambtenaren die voor de uitvoering van hun beleidsvoornemens verantwoordelijk zijn (tabel 6.2).

Tabel 6.2 Gemiddeld aantal genoemde problemen voor ouderen en gehandicapten, naar type actor

	gemiddeld aantal	aantal respondenten per type actor
ambtenaren ouderenbeleid	5,63	32
ambtenaren gehandicaptenbeleid	2,67	15
portefeuillehouders	7,64	22
belangenbehartiging ouderen	7,00	27
belangenbehartiging gehandicapten	6,32	22
instellingen voor welzijnswerk	10,61	18
instellingen voor thuiszorg	10,13	16
intramurale zorg	8,96	24
corporaties	6,00	20

Bron: SCP (OGB'95)

Uit een beschouwing van het soort problemen die de respondenten onderscheiden, blijkt dat de groeiende complexiteit van de zorgvraag door het merendeel van de actoren, gegroepeerd naar sector, het vaakst als probleem wordt genoemd. Het lijkt er echter op dat dit probleem zich toch in eerste instantie voordoet binnen het ouderenbeleid. De respondenten die zich alleen of vooral met het gehandicaptenbeleid bezighouden noemen dit probleem namelijk veel minder vaak.

Het tweede centrale probleem in het ouderen- en gehandicaptenbeleid lijkt het dreigende sociale isolement van de leden van de doelgroepen te zijn. Dit gevolg van een achterblijvende maatschappelijke participatie werd door vrijwel alle actoren genoemd. De enige uitzondering hierop is de huisvestingssector. Het sterkst van alle typen actoren beperkt deze sector zich in de probleemdefiniëring tot het eigen terrein: hier zijn vooral de kwaliteit van de huisvesting en de betaalbaarheid hiervan problematisch.

Voor het overige vertonen de onderzoeksresultaten een wisselend beeld. Zo noemen de belangenbehartigingsorganisaties relatief vaak problemen op het terrein van de mobiliteit en de bereikbaarheid van voorzieningen en openbare gebouwen, een probleemdefiniëring die verder alleen wordt gedeeld met de welzijnsinstellingen. De capaciteit van de intramurale zorgvoorzieningen wordt naar verhouding het vaakst genoemd door de intramurale voorzieningen zelf en door de instellingen voor thuiszorg en welzijnswerk. De cumulatie van de eigen bijdragen wordt niet alleen door de meerderheid van de belangenbehartigingsorganisaties voor de gehandicapten als een probleem genoemd, maar ook door meer dan de helft van de welzijnsinstellingen, de thuiszorg en de intramurale voorzieningen (tabel 6.3).

Tabel 6.3 Inhoudelijke problemen lokaal ouderen- en gehandicaptenbeleid, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. oud.beleid	ambt. geh.beleid	portefeuille- houder	bel. beh. ouderen	bel. geh. gehandic.	welzijns- werk	thuiszorg	intramurale zorg	corporaties
capaciteit intramurale zorg (somatisch)	5	n.v.t.	8	8	n.v.t.	9	9	11	4
capaciteit intramurale zorg (psychogeriatrisch)	7	n.v.t.	7	10	n.v.t.	8	9	16	5
capaciteit intramurale zorg jongere gehandicapten	n.v.t.	2	-	n.v.t.	3	2	3	2	1
capaciteit wijkfuncties (somatisch)	4	n.v.t.	5	4	n.v.t.	5	6	7	-
capaciteit wijkfuncties (psychogeriatrisch)	4	n.v.t.	4	7	n.v.t.	5	6	6	-
capaciteit thuiszorg	5	1	7	11	5	7	9	12	2
capaciteit flankerende voorzieningen	4	n.v.t.	-	4	n.v.t.	2	1	5	2
welzijnswet groeïende (complexiteit) zorgvraag (groeïende) complexiteit hulpaanbod	23	1	16	19	9	14	12	19	7
aanbod aanvullende dienstverlening gehandicapten sociaal isolement/maatsch. participatie kwetsbaarheid sociaal netwerk	16	2	9	11	7	9	13	16	4
specifieke problemen i.v.m. allochtone afkomst	n.v.t.	-	2	n.v.t.	2	6	3	5	5
slechte huisvesting betaalbaarheid geschikte huisvesting leefbaarheid woonomgeving bereikbaarheid voorzieningen dagelijkse levensbehoeften toegankelijkheid openbare gebouwen	18	5	15	17	10	14	12	16	8
lokale mobiliteit interlokale mobiliteit inkomenssituatie cumulatie eigen bijdragen ^a	13	2	10	8	3	14	12	16	3
	8	-	3	6	2	2	6	2	-
	2	-	6	7	2	5	5	9	14
	16	3	10	15	6	12	6	9	15
	12	1	16	6	9	6	5	7	4
	12	3	8	14	14	13	6	10	13
	3	8	3	8	12	5	5	3	8
	9	4	9	11	13	10	8	9	7
	8	3	12	11	15	13	11	9	9
	11	2	11	12	12	12	4	13	5
	-	3	7	-	15	13	11	13	4
(n)	(32)	(11)	(22)	(27)	(22)	(18)	(16)	(24)	(20)

^a Door een codeerfout zijn de antwoorden van de ambtenaren ouderen en van de belangenbehartigingsorganisaties ouderen onbruikbaar

Bron: SCP (OGB'95)

Het overzicht in tabel 6.3 maakt duidelijk dat er niet echt van een 'sectorspecifieke'

probleemdefiniëring binnen het lokale beleidsnetwerk gesproken kan worden. Er zijn hoogstens indicaties dat per type actor een bepaald probleem meer in de belangstelling staat dan andere.² De sectorgerichtheid lijkt het grootst in de wereld van de huisvesting.

Tabel 6.3 geeft niet alleen een beeld van de problemen die in de onderzoeksgemeenten het vaakst genoemd worden, maar ook van die problemen die daar volgens de actoren niet of nauwelijks spelen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het ontoereikende aanbod aan intramuraal voorzieningen voor met name jongere gehandicapten die intensieve zorg behoeven, voor slechts enkele instellingen een probleem is. Ook de belangenbehartigingsorganisaties voor gehandicapten zelf noemen dit onderwerp nauwelijks. Op landelijk niveau echter wordt hiervoor stelselmatig aandacht gevraagd (TK 1994/1995c en 1996/1997).

Opvallender nog is de uitkomst dat slechts een enkele respondent de allochtone herkomst als een mogelijk probleem van ouderen en gehandicapten noemt. Gezien de verwachte snelle groei van het aantal allochtone ouderen is deze groep al jaren een specifieke aandachtsgroep voor het beleid van de rijksoverheid (TK 1990/1991 en 1994/1995a). Uit onderzoek blijkt ook dat deze groep, en dan met name zij die als gastarbeider naar Nederland zijn gekomen, extra kwetsbaar is. Niet alleen verkeren deze personen vaak in een slechtere sociaal-economische positie dan de autochtone ouderen, maar ook is hun gezondheid (mede ten gevolge van de zware fysieke arbeid die zij hebben verricht) gemiddeld slechter (Merens 1995). Dit, gevoegd bij een meestal onvolledige integratie in de Nederlandse samenleving en een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, maakt het risico dat deze groep in een ernstige achterstandssituatie terechtkomt onaanvaardbaar groot. Om dit voorkomen wordt voor extra (preventieve) aandacht voor deze groepen gepleit en worden op diverse plaatsen speciale (welzijns)voorzieningen voor allochtone ouderen van de grond getild (Van Mechelen 1993; Kruiswijk 1996).

Ook in het landelijke gehandicaptenbeleid wordt specifiek aandacht gegeven aan de problematiek van de allochtone leden van deze doelgroep (TK 1994/1995c). Uit onderzoek blijkt namelijk dat de allochtone bevolkingsgroepen het gehandicapt zijn anders beleven dan autochtonen en dat daardoor bij hen ook andere verwachtingen ten aanzien van de hulpverlening leven. Een en ander kan ertoe bijdragen dat er ten eerste minder of andere hulp gevraagd wordt en dat ten tweede de gegeven hulp anders wordt geïnterpreteerd en gewaardeerd (Van Daal en Gorter 1995). Om de hulpverlening aan allochtonen met een handicap te verbeteren zullen dan ook, met rijkssteun, projecten worden ontwikkeld. Deze projecten dienen betrekking te hebben op verbetering van de voorlichting en informatieverstrekking, op deskundigheidsbevordering en begeleiding en op stimulering van het ontwikkelen van netwerken van hulpverleners en hulpvragers (TK 1996/1997).

Van de landelijke bezorgdheid over de specifieke problemen van allochtone ouderen en gehandicapten is dus in de onderzoeksgemeenten niet veel terug te vinden. Van de respondenten die opgaven dit wel als een van de problemen van de ouderen en gehandicapten te beschouwen, is nagegaan of zij uit dezelfde gemeente afkomstig waren en, zo ja, of deze gemeente specifieke kenmerken had. Uit de analyse bleek dat, hoewel

het niet altijd dezelfde gemeenten waren, de gemeenten van herkomst alle sterk tot zeer sterk verstedelijkt waren. Gezien het feit dat in deze steden de percentages allochtonen het hoogste zijn en bovendien hier de grootste stijging van de aantallen allochtonen verwacht wordt, is deze uitkomst niet verwonderlijk.

Ook voor de overige gesignaleerde problemen is gezocht naar een mogelijke samenhang met achtergrondvariabelen van de onderzoeksgemeenten, zoals gemeentegrootte of stedelijkheidsgraad. Deze samenhang werd niet gevonden, ook omdat respondenten uit dezelfde gemeenten tevens regelmatig geheel andere problemen noemden.

Dat er geen relatie tussen probleemdefiniëring en stedelijkheidsgraad werd gevonden, is overigens wel in lijn met de bevindingen uit hoofdstuk 4, waarin immers ook geen samenhang kon worden getraceerd tussen het voorkomen van problemen onder de ouderen en gehandicapten en de plaats waar zij wonen. Bij een vergelijking van de uitkomsten uit hoofdstuk 4 en die uit tabel 6.3 valt verder ook op dat de eerder geconstateerde problemen (het percentage zorgbehoevenden dat geen hulp krijgt of in een niet-aangepaste woning woont en een groot risico op sociaal isolement loopt) inderdaad genoemd worden, maar dat per sector de accenten verschillen.

De verschillen in probleemdefiniëring tussen de diverse actoren in het lokale beleidsnetwerk komen nog sterker naar voren bij het beantwoorden van de vraag welke van de genoemde problemen nu echt het belangrijkste gevonden wordt. Uit de resultaten blijkt ook hier dat de ‘groeiende complexiteit van de hulpvraag’ en de ‘achterblijvende maatschappelijke participatie’ in het algemeen als de belangrijkste problemen voor de ouderen en gehandicapten worden gezien. De diverse actoren blijken echter wel verschillende accenten te leggen. Zo noemen zowel de belangenbehartigingsorganisaties als de instellingen voor welzijnswerk relatief vaak de inkomenssituatie en de cumulatie van de eigen bijdragen als belangrijkste probleem. Voor de thuiszorginstellingen liggen de problemen voornamelijk op het terrein van de zorgvraag en het zorgaanbod, terwijl de corporaties naar verhouding de kwaliteit van de woonomgeving en de bereikbaarheid van de voorzieningen als belangrijkste probleem zien (tabel 6.4).³

Ook de antwoorden op de vraag naar het belangrijkste probleem zijn per onderzoeksgemeente met elkaar vergeleken. Opnieuw bleek dat binnen de onderzoeksgemeenten de meningen over welk probleem nu het belangrijkste was uiteenliepen. In het ‘beste’ geval bleek dat ongeveer de helft van de ondervraagde actoren binnen een gemeente hetzelfde probleem het belangrijkste noemde, waarbij dan de overigen elk een ander probleem naar voren brachten. Opvallend was dat de ambtenaren in de onderzoeksgemeenten op een uitzondering na allen andere problemen noemden dan hun portefeuillehouders. Daarnaast bleken zowel de vertegenwoordigers van de lokale overheid als die van de lokale instellingen die verantwoordelijk zijn voor de voorzieningen voor ouderen en gehandicapten, niet zelden een geheel ander probleem voorop te stellen dan de vertegenwoordigers van deze doelgroepen zelf.

Tabel 6.4 Belangrijkste probleem voor ouderen en gehandicapten, naar type actor (aantal keren genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuil-lehouder	bel. beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijnsinstelling	thuiszorginstelling	intramurale zorg	corporaties
complexiteit hulpvraag	8	1	5	6	1	2	6	3	
complexiteit hulpaanbod	3	1	1	1		3		4	1
sociaal isolement/ maatschappelijke participatie	7	3	3	4	4	3	1	4	2
slechte huisvesting			2	1			1	3	
betaalbaarheid									
geschikte huisvesting	3	1	2	2		13		2	4
bereikbaarheid voorzieningen									
dagelijkse levensbehoeften	4	1		1	3		1		5
inkomenssituatie		1	2	2	5	5		1	
cumulatie eigen bijdragen	1	1		5	3	1		1	1

Bron: SCP (OGB'95)

In de meeste gevallen betrof de overeenstemming tussen de actoren in het lokale beleidsveld het probleem dat sowieso het vaakst werd genoemd: de groeiende complexiteit van de hulpvraag. Een uitzondering hierop werd gevormd door de onderzoeksgemeente waarin door meer dan de helft van de respondenten de inkomenssituatie van ouderen en gehandicapten als belangrijkste probleem werd genoemd. Het betreft hier een van de gemeenten waarin de in aanmerking komende ouderen en gehandicapten nadrukkelijk gestimuleerd worden om bij cumulatie van eigen bijdragen een beroep te doen op de bijzondere bijstand.

In ongeveer een vijfde van alle onderzoeksgemeenten noemde elk van de respondenten een ander probleem als het belangrijkste. De problemen die genoemd werden liepen ook sterk uiteen.

De respondenten is tevens gevraagd of men meende dat de andere actoren binnen het lokale beleidsnetwerk het door hen opgegeven probleem ook het belangrijkste probleem vonden. Opzet hiervan was om te achterhalen in hoeverre de diverse actoren binnen een gemeente op de hoogte zijn van de probleemdefiniëring door de andere betrokkenen. Uit de antwoorden bleek dat het grootste deel van de respondenten zich niet van de hiervoor beschreven discrepantie bewust was. Zij waren ervan overtuigd dat ook voor alle andere actoren in de gemeente het door henzelf genoemde probleem het belangrijkste was. Slechts een handjevol respondenten gaf te kennen van mening te zijn dat slechts een deel van lokale actoren hun mening deelde en geen van hen dacht dat hun organisatie alleen stond in haar mening.⁴

Ongeveer twee derde van de respondenten was van mening dat het door hen genoemde

probleem specifiek was voor de betreffende onderzoeksgemeente, dat wil zeggen dat deze gemeente wat dit betrof afweek van de landelijke trend. Indien gekeken werd naar de antwoorden van de respondenten in dezelfde gemeente, bleek echter dat ook daarover geen eenstemmigheid bestond. Indien in een gemeente door meer respondenten hetzelfde probleem als belangrijkste naar voren geschoven werd, vonden niet allen van hen dat het een gemeentespecifiek probleem betrof. En als meerdere respondenten in een gemeente het door hen genoemde probleem als gemeentespecifiek karakteriseerden, bleek dat deze respondenten het over verschillende problemen hadden.

Als toelichting op de reden waarom het genoemde probleem vooral in de desbetreffende onderzoeksgemeente een rol zou spelen, werd vaak verwezen naar de stedelijkheidsgraad. Sociaal isolement zou bijvoorbeeld worden versterkt door het (sterk) verstedelijkte karakter van de onderzoeksgemeente, problemen met de mobiliteit buitenshuis juist door het feit dat het een plattelandsgemeente betrof. Analyse van de door alle respondenten opgegeven problemen naar stedelijkheidsgraad van de onderzoeksgemeenten leverde echter geen ondersteuning voor deze veronderstellingen.

Gezien het belang van de (inhoudelijke) probleemdefiniëring voor de gekozen richting van het beleid is in dit vragenblok ook gevraagd naar de herkomst van de informatie die aan de definiëring ten grondslag lag. Op deze vraag antwoordden de meeste respondenten dat zij zich baseerden op informatie uit (informeel) overleg. Ook lokaal onderzoek werd vaak als informatiebron genoemd. Gegevens uit landelijk onderzoek over ouderen en gehandicapten zijn slechts door een klein deel van de respondenten als informatiebron opgegeven. Dit geldt ook voor de belangenbehartigingorganisaties voor ouderen, die volgens hun opgave een veelheid van informatiebronnen aanboren (tabel 6.5).

Tabel 6.5 Informatiebronnen voor de kennis van de problemen van de ouderen en gehandicapten, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuil- lehouder	bel.beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijns- instelling	thuis- zorg	intra- muraal	corpo- raties
informatie uit									
(informeel) overleg	28	9	18	22	17	12	13	13	7
lokaal onderzoek	22	3	12	16	10	8	8	11	6
landelijke									
beleidsnota's	14	1	8	16	6	6	6	6	4
lokale beleidsnota's	8	3	8	15	7	7	7	8	6
vakliteratuur	9	4	8	15	8	11	7	7	5
congressen, studiedagen	6	1	6	12	10	8	5	5	3
berichtgeving in									
media	4	2	12	17	13	8	6	10	5
landelijk onderzoek	6	2	7	4	7	6	5	5	3
(n)	(32)	(15)	(22)	(27)	(22)	(18)	(16)	(24)	(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Het gegeven dat (informeel) overleg als een van de belangrijkste informatiebronnen voor de inhoudelijke probleemdefiniëring wordt genoemd kan opgevat worden als een spiegel van de bevindingen in de tabellen 5.38 en 5.39. De lokale organisaties en instellingen geven daar immers aan dat hun invloed op de andere actoren er voornamelijk in bestaat dat zij (nieuwe) problemen onder de aandacht hebben gebracht.

Overigens zei een meerderheid van de respondenten in hun commentaar op deze vraag dat zij hun kennis mede baseerden op eigen waarneming of die van de medewerkers van de organisatie of instelling. Voor een groot deel van de respondenten, met uitzondering van de ondervraagde ambtenaren, was deze waarneming zelfs de belangrijkste informatiebron. Door de ambtenaren en, in mindere mate, de portefeuillehouders werd daarnaast het (informele) overleg de belangrijkste bron van informatie genoemd.

De respondenten die opgaven hun kennis over de problemen van ouderen en gehandicapten (mede) te baseren op informatie uit (informeel) overleg, is gevraagd op te geven wie hun belangrijkste overlegpartners zijn. Uit de antwoorden blijkt dat dit vooral de (andere) lokale instellingen zijn. Ook de belangenbehartigingsorganisaties en de gemeentelijke diensten werden regelmatig als overlegpartners genoemd. De instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening gaven bovendien relatief vaak aan overleg te hebben met individuele ouderen en/of gehandicapten. De corporaties blijken hun overleg voornamelijk te beperken tot dat met de gemeente; slechts drie corporaties noemden andere overlegpartners (tabel 6.6).

Tabel 6.6 Belangrijkste partners (informeel) overleg, naar type actor (aantal keren genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuil- lehouder	bel.beh. ouderen	bel.beh. gehand.	welzijns- instelling	thuiszorg- instelling	intramu- rale zorg	corpo- raties
lokale organisaties ^a	28	6		19	5				
waarvan									
(andere) welzijns- instelling			15			8	9	11	2
(andere) zorg- instelling			10			8	7	8	2
(andere) corporatie			10			6	4	4	2
(andere) bel. beh. org.	27	6	15	11	9	10	8	8	1
(andere) gemeentel. dienst	14	4	10	15	13	6	7	7	6
individuele ouderen/geh.	13	6	3	8	12	8	8	7	2
(n)	(28)	(9)	(18)	(22)	(17)	(12)	(13)	(13)	(7)

^a In de vragenlijsten voor de *face-to-face*-gesprekken zijn deze organisaties niet ingedeeld naar beleidsterrein.

Bron: SCP (OGB'95)

De ambtenaren en de instellingen op het terrein van zorg en welzijn noemen als belangrijkste overlegpartners de (andere) lokale instellingen. Opvallend is dat zij uitdrukkelijk wel de corporaties noemen als partners voor formeel of informeel overleg, terwijl de

verenigingen zelf zeggen vooral met de gemeentelijke dienst te overleggen. Opmerkelijk is ook het verschil in oriëntatie tussen de belangenbehartigingsorganisaties voor ouderen en die voor gehandicapten. Voor deze laatste lijkt het overleg zich te beperken tot de lokale overheid en de individuele gehandicapten. De ouderenorganisaties verwijzen juist minder vaak naar overleg met individuele ouderen als informatiebron, maar daarentegen wel vaak naar de lokale organisaties.⁵

Het lokale onderzoek, dat door een deel van de respondenten werd genoemd als informatiebron, is in de meeste gevallen uitgevoerd in opdracht van een onafhankelijke instantie. Daarnaast blijken met name de ambtenaren hun kennis relatief vaak te baseren op onderzoek dat in opdracht van de lokale overheid is uitgevoerd.

In het algemeen vonden de respondenten dat zij over voldoende informatie over de ouderen en gehandicapten beschikten om een adequaat beleid c.q. voorzieningenaanbod voor deze doelgroepen vorm te geven. Kenmerkend voor de door hen zelf beschreven informatieverschaffing is wel dat zij hun bronnen vooral in de eigen kring zoeken: de eigen medewerkers, de eigen waarneming. Pas in tweede instantie baseren zij zich op informatie van anderen, en dan nog gaat het om (informele) overleggronden binnen het lokale netwerk. Natuurlijk is juist dit netwerk in staat om de in de gemeente spelende problematiek te signaleren. Deze beslotenheid kan echter ook het risico met zich meebrengen dat een bepaalde probleemsignalering gaat 'rondzingen' en een eigen leven gaat leiden, zonder dat deze ooit door objectieve informatie wordt geverifieerd. Afgezien daarvan is het merkwaardig dat de informatieverschaffing via onderling overleg blijkbaar toch leidt tot de eerder gesignaleerde differentiatie in probleemdefiniëring.

Organisatorische problemen

Analoog aan de inventarisatie van de plaatselijk spelende problemen voor ouderen en gehandicapten zelf, is de respondenten gevraagd naar door hen waargenomen problemen rond de ontwikkeling en uitvoering van het beleid voor deze doelgroepen. Ook voor deze vraag is hun een lijst met mogelijke knelpunten voorgelegd, met het verzoek aan te geven of deze belemmeringen in hun ogen ook in hun gemeente een rol spelen.

Uit de antwoorden blijkt ten eerste dat de welzijnsinstellingen (opnieuw) de meeste problemen ervaren op het terrein van het ouderen- en gehandicaptenbeleid. Zij worden daarin direct gevolgd door de portefeuillehouders. Ook de instellingen op het terrein van de zorg ervaren gemiddeld meer problemen dan de overige actoren in het beleidsveld (tabel 6.7).⁶

Tabel 6.7 Gemiddeld aantal genoemde problemen rond het (lokale) ouderen- en gehandicaptenbeleid, naar type actor

	gemiddeld aantal	aantal respondenten per type actor
ambtenaren ouderenbeleid	2,19	32
ambtenaren		
gehandicaptenbeleid	0,53	11
portefeuillehouders	3,00	22
belangenbeh. ouderen	2,07	27
belangenbeh. gehandicapten	2,59	22
welzijnsinstellingen	3,72	18
instellingen voor thuiszorg	2,69	16
intramurale zorg	2,71	24
corporaties	1,90	20

Bron: SCP (OGB'95)

Uit de antwoorden blijkt verder dat met name de vigerende wet- en regelgeving van rijks- en provinciale overheden ten aanzien van het ouderen- en gehandicaptenbeleid door het merendeel van de respondenten een obstakel wordt gevonden. Ook de (ontoereikende) financiering en de onderlinge afstemming van het beleid op lokaal niveau worden naar verhouding vaak genoemd. Te weinig personeel om het instellingsbeleid te kunnen uitvoeren, blijkt een probleem te zijn waarmee met name de welzijnsinstellingen te kampen hebben (tabel 6.8).

Tabel 6.8 Problemen rond (lokaal) ouderen- en gehandicaptenbeleid, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuillehouder	bel. beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijnsinstelling	thuiszorginstelling	intramurale zorg	corporaties
wet- en regelgeving	22	2	11	10	12	11	14	14	10
financiering	17	-	13	13	7	13	11	14	9
afstemming lokaal beleid	10	3	13	11	10	11	2	8	7
communicatie andere actoren	7	2	7	7	9	6	2	8	5
formatieruimte personeel	5	1	8	9	6	11	5	10	1
beschikbare accommodaties	4	-	10	9	5	9	3	7	2
communicatie met leden doelgroepen	5	-	4	6	8	6	6	4	4
(n)	(32)	(15)	(22)	(27)	(22)	(18)	(16)	(24)	(20)

Bron: SCP (OGB'95)

Daar waar respondenten opgaven de onderlinge afstemming van het beleid op lokaal niveau als probleem te ervaren, is gekeken of deze mening werd gedeeld door de vertegenwoordiger van de andere actoren in de betrokken gemeenten. Het bleek dat in iets meer dan de helft van de gemeenten inderdaad de meerderheid van de in het onderzoek betrokken organisaties en instellingen problemen had met de onderlinge

afstemming. In de andere gemeenten werd de afstemming slechts een- of tweemaal genoemd en werd deze blijkbaar door de andere actoren niet als een probleem ervaren. In slechts één gemeente meldde geen van de respondenten dat de afstemming van het beleid een probleem was.

Het (vaak) noemen van afstemmingsproblemen bleek niet samen te hangen met gemeentegrootte of stedelijkheidsgraad. Ook bleek er geen samenhang te bestaan met de mate waarin binnen een gemeente overeenstemming bestond over het belangrijkste probleem waarmee de ouderen en gehandicapten aldaar te kampen zouden hebben. De afstemmingsproblemen werden, naar verhouding, even vaak genoemd in gemeenten waarin nauwelijks eenstemmigheid bestond over dit probleem als in gemeenten waarin men het grotendeels met elkaar eens was. Anderzijds bleek het niet of weinig noemen van afstemmingsproblemen geen samenhang te vertonen met de mate van overeenstemming over de ouderen- en gehandicaptenproblematiek. In het licht van deze bevindingen is het overigens opvallend dat de communicatie met de andere lokale actoren en met de leden van de doelgroepen relatief weinig als problemen werden genoemd.

Uit de antwoorden op het verzoek om van de genoemde problemen het belangrijkste te noemen, komt naar voren dat de wet- en regelgeving van rijks- en provinciale overheden vooral voor de ambtenaren ouderenbeleid en de corporaties een obstakel vormen. Voor de belangenbehartigingsorganisaties en de welzijnsinstellingen blijkt het belangrijkste probleem vooral de onderlinge afstemming van het beleid te zijn. De zorginstellingen hebben, evenals de portefeuillehouders en de belangenbehartigingsorganisaties voor ouderen, vooral moeite met de financiering van het (lokale) ouderen- en gehandicaptenbeleid (tabel 6.9).⁷

Tabel 6.9 Belangrijkste organisatorische probleem, naar type actor (aantal malen genoemd)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuil- lehouder	bel. beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijns- instelling	thuiszorg- instelling	intramu- rale zorg	corpo- raties
communicatie andere actoren	1	1	2	3	3	1	1	1	1
afstemming beleid andere actoren	3	3	4	7	5	5	2	1	3
wet- en regelgeving	12		1	3	4	2	3	3	4
financiering	10		7	7	4	2	3	7	3
accommodaties			4	2	-	-		2	-
communicatie leden doelgroepen	1		1	2	-	3		1	-
anders	1		1	1	2	1	2	4	-
(n)	(28)	(5)	(21)	(27)	(18)	(15)	(11)	(19)	(12)

Bron: SCP (OGB'95)

Uit tabel 6.9 blijkt opnieuw dat de communicatie met andere betrokkenen (of het nu beleidsactoren of leden van de doelgroepen zijn) naar verhouding nauwelijks een

probleem is. Dit is opmerkelijk, omdat uit een vergelijking van de antwoorden op het niveau van de onderzoeksgemeenten ook nu weer naar voren komt dat de overeenstemming tussen de actoren in het lokale beleidsnetwerk op zijn best gedeeltelijk is. Het is duidelijk dat de klaarblijkelijke verschillen van mening onderlinge contacten niet in de weg staan; de uitkomst roept echter wel de vraag op of en in hoeverre deze contacten ook de basis leggen voor een gezamenlijke invulling van het lokale beleid.

6.4 De oplossingsstrategieën

Volgend op het blok vragen naar de inhoudelijke problemen in het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid is de respondenten gevraagd naar de strategieën die zij hebben ontwikkeld om deze problemen op te lossen. Om de vraagstelling zo concreet mogelijk te houden is alleen gevraagd naar de oplossingsstrategieën voor het door de respondent zelf als belangrijkste aangewezen probleem. Bij het opstellen van de vragenlijst was er bovendien van uitgegaan dat er in de onderzoeksgemeenten toch minstens enige overeenstemming zou bestaan over wat nu het belangrijkste probleem in de betrokken gemeente was. Door elk van de actoren de vraag te stellen hoe zij dat probleem op dachten te lossen, zou inzicht verkregen worden in de mogelijke rol die zij binnen het totale netwerk speelden of dachten te spelen.

Nu de antwoorden over de oplossingsstrategieën toch vooral betrekking blijken te hebben op een door geen of slechts enkele van de lokale actoren genoemd probleem, is een beschrijving van de verhoudingen per netwerk noodzakelijkerwijs diffuser.

De vraag naar de gekozen oplossingsstrategieën had nadrukkelijk betrekking op specifieke maatregelen, dus buiten het reguliere beleid c.q. voorzieningenaanbod om. Uit de antwoorden blijkt dat de meest gekozen strategie die van de samenwerking met andere betrokkenen is. Daarnaast wordt het overleg met andere betrokkenen vaak genoemd. De inzet van extra financiële middelen wordt door alle typen actoren het minst genoemd. Per type actor worden dus nauwelijks verschillende antwoordpatronen gevonden. De enige uitzondering daarop vormen de portefeuillehouders. In hun ogen wordt een brede variatie aan oplossingsstrategieën gevolgd, een antwoord dat toch sterk afwijkt van dat van hun eigen ambtenaren (tabel 6.10).

Tabel 6.10 Maatregelen ter oplossing van belangrijkste probleem, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuillehouder	bel. beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijnsinstelling	thuiszorginstelling	intramurale zorg	corporaties
samenwerking andere betrokkenen	22	6	17	15	13	16	11	18	8
overleg andere betrokkenen	17	8	17	15	13	12	11	15	11
opzetten project/experiment	13	4	18	7	3	13	8	16	9
ontwikkeling nieuw voorzieningenaanbod	9	4	15	7	5	11	9	16	10
extra financiële middelen	6	3	15	2	-	6	3	6	-
(n)	(32)	(10)	(22)	(18)	(14)	(17)	(13)	(20)	(17)

Bron: SCP (OGB'95)

Voor de onderzoeksgemeenten waar hetzelfde inhoudelijke probleem door meerdere actoren als belangrijkste is genoemd, is nagegaan of deze actoren ook dezelfde maatregelen als bijdrage aan de oplossing noemen. Dit is in ongeveer de helft van deze situaties het geval; het betreft dan voornamelijk de strategie 'samenwerking' en, in mindere mate, 'overleg'. Uit de antwoorden komt naar voren dat voor de oplossing van het probleem toch in eerste instantie gezocht wordt naar een gezamenlijke aanpak door meerdere partijen. 'Individuele' reacties als de ontwikkeling van een eigen voorzieningenaanbod of het ter beschikking stellen van extra financiële middelen lijken, behalve dan bij de portefeuillehouders, niet opportuun te zijn.

Uit tabel 6.10 blijkt al dat de keuze voor een bepaalde strategie niet samenhangt met het type actor waartoe de respondent behoort, met uitzondering van de portefeuillehouder. Ook de gemeentegrootte of de stedelijkheidsgraad lijkt, voorzover de toch kleine aantallen een analyse naar deze achtergrondvariabelen toelaten, niet van invloed te zijn op de beleidslijn. Het is bijvoorbeeld niet zo dat er in de kleinere onderzoeksgemeenten, waar men elkaar vermoedelijk beter kent, meer samengewerkt wordt dan in de grotere. Uit eerder onderzoek bleek al dat de keuzen in het beleidsproces vaak sterker beïnvloed worden door persoonlijkheden en informele contacten dan door formele taken en bevoegdheden. Het nu beschikbare materiaal levert geen aanwijzingen op dat deze 'persoonsgebonden' beleidsontwikkeling in grotere of verstedelijkte gemeenten vaker of juist minder vaak voorkomt dan in kleinere gemeenten.

Zoals al uit de opgegeven aantallen in tabel 6.10 naar voren kwam, heeft een deel van de respondenten de vraag naar oplossingsstrategieën niet beantwoord. Deze respondenten gaven te kennen dat de oplossing van het probleem niet op hun weg lag of, vaker nog, dat zij zich niet in staat achtten het probleem weg te nemen of verminderen. Deze reactie kwam naar verhouding het vaakst voor bij de belangenbehartigingsorganisaties. Blijkbaar voelen deze zich toch vrij machteloos, zoals al eerder tot uiting kwam in hun mening over hun invloed op andere participanten in het lokale beleidsveld (zie

tabel 5.39).

De ‘andere betrokkenen’ die bij in tabel 6.10 werden genoemd bij de samenwerking of het overleg, waren in de meeste gevallen vertegenwoordigers van de lokale overheid of van lokale organisaties. Deze werden door vrijwel alle respondenten die deze vraag beantwoordden, genoemd. Van de lokale organisaties werden instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening iets vaker genoemd dan instellingen op het terrein van de huisvesting. Daarnaast noemden de instellingen, met uitzondering van de corporaties, relatief vaak regionale of provinciale zusterorganisaties als betrokkenen bij samenwerking of overleg. Overleg of samenwerking met andere dan de eigen lokale overheid werd eigenlijk alleen door de portefeuillehouders genoemd (tabel 6.11).

Tabel 6.11 Betrokkenen bij samenwerking of overleg voor oplossing belangrijkste probleem, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand. lehouder	portefeuil-ouderen	bel.beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijnsinstelling	thuiszorginstelling	intramurale zorg	corporaties
(andere) vertegenwoordiger									
lokale overheid	14	5	5	16	13	15	9	11	8
lokale instellingen/organisaties waarvan	25	6							
instellingen op terrein zorg- en dienstverlening			18	15	8	11	12	16	9
corporaties			17	11	6	10	8	9	5
regionale/provinciale zusterorganisatie	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	14	11	9	8	14	3
rijks-/provinciale overh.	3	1	12	2	-	5	4	8	1
regionaal samenwerkingsverband									
lokale overheden	9	3	13	2	2	2	4	5	1
(n)	(27)	(6)	(20)	(17)	(14)	(17)	(13)	(19)	(11)

Bron: SCP (OGB'95)

De partners die het eerst voor een gezamenlijke aanpak van de problemen in aanmerking komen, worden dus voornamelijk in de eigen, lokale kring gezocht. Ook lijkt er, zeker in de sector van de zorg- en dienstverlening, een lichte voorkeur te bestaan om, ook binnen het lokale circuit, eerst binnen deze eigen sector naar partners te zoeken. Met uitzondering van de belangenbehartigingsorganisaties - die voor een deel sowieso vaker regionaal dan lokaal werkzaam zijn (zie hoofdstuk 5) - zijn de ondervraagde instellingen en organisaties dus sterker lokaal dan regionaal georiënteerd. De regelmatig terugkerende oproep om bij de ontwikkeling van het ouderen- en gehandicaptenbeleid over de grenzen van de eigen gemeente/het eigen werkgebied te kijken, vindt blijkbaar vooralsnog alleen bij de portefeuillehouders een enthousiast onthaal. Dat de ambtenaren hun bestuurders hierin niet volgen, hoeft gezien de gegevens in tabel 6.7 niet te verwonderen.⁸

Hoe de samenwerking of het overleg tot stand is gekomen, kan uit de gegeven antwoorden niet worden afgeleid. De meerderheid van de respondenten die overleg of samenwerking als oplossingsstrategie noemden, claimt namelijk dat het initiatief hiertoe van hun organisatie c.q. henzelf is uitgegaan. Deze eerste stappen werden dan door hen alleen of gezamenlijk met andere lokale organisaties of de lokale overheid gezet.

De samenwerking die in tabel 6.10 wordt opgevoerd, was in de meeste gevallen regulier, waarbij de betrokkenen elkaar niet zelden ook nog troffen in een gezamenlijk opgezet tijdelijk project. Zoals op grond van de verschillen in probleemdefiniëring al kon worden verwacht, hadden de samenwerking of de projecten in de praktijk betrekking op diverse terreinen en voorzieningen. Uit de toelichting op de antwoorden en de aanvullende schriftelijke informatie komt een grote variatie aan onderwerpen naar voren. Het kon gaan om een geïntensiveerde samenwerking tussen de plaatselijke verzorgings- en verpleeghuizen, de ontwikkeling van woonzorgcomplexen voor ouderen, het opzetten van een centraal meld- en informatiepunt, het stimuleren van arbeidsparticipatie door gehandicapten, de ontwikkeling van een voor fysiek gehandicaptencomplex (Fokus), enzovoort.

Door de respondenten werden regelmatig samenwerkingspartners genoemd die ook in het onderzoek zijn opgenomen, maar bij de beantwoording van de vragen zelf dit project of deze samenwerking niet opgaven. Dit duidt erop dat de samenwerking of het project niet voor alle betrokkenen even belangrijk is. Daarnaast kan hieruit worden afgeleid dat de (vertegenwoordigers van) lokale actoren elkaar regelmatig in telkens weer een andere context tegenkomen. Door de respondenten wordt er immers ook op gewezen dat de door hen genoemde samenwerkingsrelaties of -projecten begeleid worden door (tussentijds) werkoverleg door de participanten. Onduidelijk is of deze ontmoetingen onderling samenhangen en of de ervaringen uit de ene situatie gekoppeld worden aan die uit de andere.

Als belangrijke voorwaarde voor samenhang in het beleid wordt vaak een gezamenlijke of in ieder geval eenduidige financiering genoemd. Niet zelden immers lopen gezamenlijke projecten uiteindelijk stuk op de discussies over wie wat en hoe lang betaalt (zie bv. de ervaringen in de substitutieprojecten in het ouderenbeleid eind jaren tachtig, ODO 1991). Bij de projecten die in dit onderzoek genoemd zijn, kwam het nog wel voor dat zij gefinancierd werden uit een gezamenlijk budget, waaraan de betrokken organisaties ieder hun deel bijdroegen. De reguliere samenwerking werd hoofdzakelijk vanuit gescheiden financieringsbronnen betaald. Een bijdrage in natura werd alleen door ambtenaren en belangenbehartigingsorganisaties genoemd.⁹

6.5 Evaluatie van het gevoerde beleid

De vragen naar de evaluatiefase in de beleidscyclus hadden in eerste instantie betrekking op de resultaten van de specifieke maatregelen ter oplossing van de gesignaleerde problemen. Daarnaast is de respondenten tevens gevraagd op welke wijze zij hun beleid, dus ook het reguliere beleid c.q. voorzieningenaanbod, beoordelen. Aangenomen mag worden dat de evaluatie van specifieke beleidsmaatregelen in een dergelijke algemene evaluatie is opgenomen en dat daarvoor dus geen aparte procedures worden doorlopen.

In deze paragraaf over de beleidsevaluatie wordt eerst ingegaan op het oordeel over de effecten van de speciale maatregelen en hun gevolgen voor het verder te voeren beleid. Daarna komt de algemene evaluatie aan de orde.

De opvattingen over de effecten van de specifieke maatregelen zijn gematigd positief. Slechts een zeer klein deel van de respondenten gaf aan dat het betreffende probleem geheel was opgelost en een even klein deel dat de inspanningen absoluut geen bijdrage had geleverd aan de oplossing. De overgrote meerderheid echter was van mening dat het probleem in ieder geval voor een deel was weggenomen. Een belangrijk deel van de respondenten gaf bij de antwoordmogelijkheid 'anders' aan dat het nog te vroeg was om uitspraken te kunnen doen over de resultaten: de samenwerking of het project was nog maar net van start gegaan (tabel 6.12).

Tabel 6.12 Meningen over resultaten van specifieke maatregelen, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuil- lehouder	bel. beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijns- instelling	thuiszorg- instelling	intra- muraal	corpo- ratie
problemen deels opgelost	20	5	11	5	4	12	7	13	8
problemen helemaal opgelost	2	-	2	-	1	1	1	-	3
nauwelijks bijgedragen aan oplossing	1	2	2	4	3	1	3	4	3
anders	7	2	6	7	5	3	3	3	2
(n)	(30)	(9)	(21)	(16)	(13)	(17)	(14)	(20)	(16)

Bron: SCP (OGB'95)

Een vergelijking van de waargenomen effecten met de volgens de respondenten genomen maatregelen leverde, mede door het gematigde optimisme, geen inzicht op in de effectiviteit van de maatregelen. De meesten van de respondenten die verklaarden dat het probleem 'geheel' was opgelost, hadden eerder verklaard zich op meerdere wijzen te hebben ingezet om het probleem op te lossen. De meest voor de hand liggende conclusie is dan ook dat hoe meer men doet, hoe groter de kans op succes is.

Volgens de respondenten zelf was het geheel of gedeeltelijk wegnemen van de gesignaleerde problemen ook voor een belangrijk deel te danken aan de medewerking van de andere, bij de samenwerking of het overleg betrokken organisaties. Een andere succesfactor was de inzet van de betrokken medewerkers van de eigen organisatie. Gezien het feit dat de meeste respondenten claimden zelf aan de wieg te hebben gestaan van de genomen initiatieven, is dat niet verwonderlijk.

Gunstige financiële condities of het zo veel mogelijk benutten van de mazen in het net van de wet- en regelgeving hadden, in de ogen van de respondenten, slechts in geringe mate bijgedragen tot de positieve ontwikkelingen (tabel 6.13).

Tabel 6.13 Succesfactoren voor het geheel of gedeeltelijk oplossen van de problemen, naar type actor (aantal keren genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ouderen	ambt. gehand.	portefeuil- houder	bel.beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijns- instelling	thuiszorg- instelling	intramu- rale zorg	corpo- raties
medewerking andere organisaties	19	3	14	4	4	11	7	9	10
inspanning medewerkers eigen organisatie	13	3	10	4	4	13	7	11	8
betrokkenheid van de leden van de doelgroep(en)	12	1	7	4	3	8	3	6	3
gunstige financiële condities	6	1	7	-	-	3	2	4	3
benutting mazen wet- en regelgeving	4	1	2	-	1	3	4	4	2
(n)	(22)	(4)	(14)	(5)	(5)	(13)	(8)	(11)	(11)

Bron: SCP (OGB'95)

Als reden voor het niet of slechts gedeeltelijk oplossen van de problemen werd vooral het ontbreken van voldoende financiën genoemd. Blijkbaar speelt geld alleen een rol als het misgaat, maar niet als er successen zijn geboekt. Het ontbreken van samenwerking of coördinatie en ook de wet- en regelgeving werden soms als een belemmerende factor genoemd, dit laatste vooral door de belangenbehartigingsorganisaties voor gehandicapten.

Het uitblijven van (voldoende) positieve resultaten van de specifieke inspanningen was voor ongeveer de helft van de respondenten aanleiding om hun beleid aan te passen. De andere helft, waartoe vooral de belangenbehartigingsorganisaties en de corporaties behoorden, gaven echter te kennen dat zij het niet mogelijk achtten om hun beleid dusdanig te wijzigen dat de uitkomsten wel positief zouden zijn. Overigens was voor de respondenten die zeiden wel een beleidswijziging na te streven, vaak niet duidelijk welke richting een dergelijke verandering uit zou moeten gaan.

De wijze van evalueren liep voor de diverse typen actoren niet opvallend uiteen. Voor de meeste organisaties is het vaststellen van het jaarverslag en/of het opstellen van een nieuw jaarplan hét moment om het beleid van het afgelopen jaar te beoordelen. Daarnaast worden door een groot deel van de organisaties regelmatig bijeenkomsten georganiseerd om het gevoerde beleid te bespreken. Slechts een klein aantal respondenten gaf op dat er nauwelijks sprake was van een formele evaluatie; naar verhouding kwam dit het vaakst voor bij de corporaties (tabel 6.14).

Tabel 6.14 Wijze van evalueren van gevoerd beleid, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt. ^a	portefeuil- lehouder	bel. beh. ouderen	bel. beh. gehand.	welzijns- instelling	thuiszorg- instelling	intramuraal instelling	corpo- raties
evaluatie bij vaststellen jaarverslag	10	16	11	11	16	11	16	13
evaluatie bij opstellen jaarplan/begroting	10	14	4	3	11	9	9	7
regelmatige evaluatiebijeenkomsten	9	14	7	3	10	9	15	5
nauwelijks formele evaluatie	4	2	4	3	1	3	2	5
(n)	(30)	(22)	(25)	(20)	(18)	(16)	(21)	(19)

^a De vragen over de evaluatie van het beleid in het algemeen zijn alleen voorgelegd aan de ambtenaar voor het ouderensbeleid. Aangenomen wordt dat dergelijke procedures gelijk zijn voor het gehele ambtelijke apparaat.

Bron: SCP (OGB'95)

De genoemde evaluatiebijeenkomsten bleven wat de organisaties en instellingen betreft een interne aangelegenheid, die in sommige gevallen beperkt bleef tot de afdeling die zich het meest of specifiek met het beleid voor ouderen en gehandicapten bezighoudt. De vertegenwoordigers van de lokale overheid gaven aan dat de evaluatiebijeenkomsten vaak in samenwerking met andere (lokale) organisaties of instellingen werden georganiseerd.

In aanvulling op hun antwoorden wezen enkele belangenbehartigingsorganisaties erop dat zij nog te kort bestonden om hun beleid al zinnig te kunnen evalueren. Volgens één intramuraal instelling was evaluatie van beleid ook niet nodig: deze instelling deed gewoon wat zij zei te zullen doen.

Op de vraag naar de gehanteerde criteria voor de evaluatie gaf een meerderheid van de respondenten te kennen dat zij hun oordeel over de effectiviteit van hun beleid vooral baseerden op het bereik van de voorzieningen en de mening van de bij het beleid betrokken medewerkers. De resultaten van onafhankelijk evaluatieonderzoek werd slechts door een handjevol respondenten genoemd (tabel 6.15).

Tabel 6.15 Criteria voor evaluatie van gevoerd beleid, naar type actor (aantal malen genoemd, in absolute aantallen)

	ambt.	portefeuil- lehouder	bel. beh. ouderen	bel. bel. gehand.	welzijns- instelling	thuiszorg- instelling	intramuraal instelling	corpo- raties
bereik van voorzieningen bij leden doelgroepen mening betrokken medewerkers	22	13	11	10	12	8	14	6
uitkomsten financiële afrekening onafhankelijk evaluatieonderzoek	n.v.t.	15	7	8	12	8	16	8
	3	6	3	-	7	3	13	7
	5	6	1	-	2	4	5	1
(n)	(24)	(19)	(20)	(17)	(16)	(10)	(18)	(15)

Bron: SCP (OGB'95)

Hoe het bereik van de voorzieningen wordt vastgesteld, is niet geheel duidelijk - er is immers nauwelijks sprake van onafhankelijk onderzoek. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat ook hier de mening van de medewerkers een belangrijke rol speelt. Indien dit het geval is, lopen de lokale actoren een groot risico om rond te draaien in een eigen kringetje: de eigen waarneming (van de medewerkers) ligt ten grondslag aan de probleemdefiniëring (tabellen 6.3 en 6.4) en vervolgens wordt door deze zelfde medewerkers bepaald of en in hoeverre de genomen maatregelen dit probleem hebben opgelost.

6.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is aan de hand van de stadia in de beleidscyclus een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten in de 28 onderzoeksgemeenten. Uit het onderzoek onder de bij het beleidsproces betrokken actoren komt ten eerste naar voren dat binnen de gemeenten geen duidelijke overeenstemming bestaat over de doelen van dit beleid. Per actor worden namelijk uiteenlopende accenten gelegd, die eerder sectoraal dan lokaal bepaald zijn.

Over de diverse problemen voor ouderen en gehandicapten, die mogelijk met behulp van het lokale beleid opgelost zouden kunnen worden, verschillen de actoren eveneens van mening. Weliswaar worden door deze actoren enkele centrale problemen genoemd, maar als de antwoorden binnen een gemeente met elkaar vergeleken worden, blijkt dat hooguit een deel van de betrokkenen hetzelfde probleem als belangrijkste kwalificeert. Van deze verschillen in probleemdefiniëring blijken de actoren zich bovendien niet bewust; niet zelden schrijft men de partners in het beleidsproces dezelfde opvatting toe als die men zelf heeft. Opvallend daarbij is dat ook binnen het gemeentelijke apparaat zelf de portefeuillehouders enerzijds en de voor uitvoering van beleid verantwoordelijke ambtenaren anderzijds niet eenzelfde mening over de belangrijkste problemen zijn toegedaan.

Voor vrijwel alle actoren in het lokale beleidsnetwerk bleek dat, naast de eigen waarneming, formeel en informeel overleg de belangrijkste bron van informatie over de mogelijke problemen onder ouderen en gehandicapten was. Dit overleg werd vooral gevoerd met andere lokale instellingen, gemeentelijke diensten en de belangenbeharti-

gingsorganisaties. Dit geldt overigens niet voor de ondervraagde corporaties: de meerderheid daarvan gaf op alleen overleg te voeren met vertegenwoordigers van de lokale overheden. Hoewel de actoren de kennis over de ouderen en gehandicapten dus vooral uit de eigen kring putten, zijn zij wel van mening dat zij over genoeg informatie beschikken om een beleid voor deze doelgroepen op te kunnen zetten.

De belangrijkste strategie om de gesignaleerde problemen op te lossen blijkt, naast samenwerking met andere (lokale) instellingen en organisaties, opnieuw overleg te zijn. Het initiatief hiervoor zou zijn genomen door de actor zelf, al of niet gezamenlijk met andere lokale betrokkenen. Het ter beschikking stellen van extra financiële middelen of in het leven roepen van nieuwe voorzieningen komt relatief weinig voor. Uit een vergelijking van de antwoorden per onderzoeksgemeente blijkt overigens dat, waar gesproken wordt van samenwerking of overleg, door de betrokkenen zelf andere partners voor dit overleg of samenwerking genoemd worden. Bovendien gaat het dan vaak om partners van wie al eerder was gebleken dat deze een geheel ander probleem centraal hadden gesteld en/of juist een geheel andere oplossingsstrategie noemden. Daarnaast blijken de portefeuillehouders regelmatig andere, en in ieder geval meer, oplossingsstrategieën te noemen dan de voor de uitvoering van hun beleid verantwoordelijke ambtenaren. Zij deden dit ook in die situaties waarin men het over de oplossing van hetzelfde probleem had.

Over de effectiviteit van hun oplossingsstrategieën zijn de meeste actoren gematigd positief. De problemen blijken weliswaar zelden geheel te zijn opgelost, maar meestal toch wel gedeeltelijk. De belangrijkste bijdragen aan dit succes zijn enerzijds de medewerking van de betrokken organisaties en anderzijds de inzet van de eigen medewerkers. In die gevallen waarin het probleem niet of nauwelijks is opgelost, wordt de schuld gezocht bij de ontoereikende financiën en (soms) de vigerende wet- en regelgeving. In die situaties is de uitkomst van evaluatie van het gevoerde beleid dan ook geen reden om het beleid aan te passen; oplossen van het probleem ligt dan immers buiten de mogelijkheden van de betrokkenen. Overigens wordt het gevoerde beleid voor ouderen en gehandicapten regelmatig bij een meerderheid van de actoren geëvalueerd. De criteria die bij deze evaluatie worden gehanteerd, zijn vooral het bereik van het (eigen) voorzieningenaanbod en de mening van de (eigen) medewerkers.

Deze uitkomsten bevestigen de indruk gebaseerd op de bevindingen uit hoofdstuk 5. In de ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten blijken de kortere lijnen die op lokaal niveau tussen de diverse betrokkenen bestaan, niet te leiden tot een grotere samenhang en afstemming, dat wil zeggen tot een intersectoraal en integraal beleid voor deze doelgroepen. Uit de gegevens komt wel het beeld naar voren van frequente onderlinge contacten, regelmatige maar tijdelijke samenwerking en vooral formeel en informeel overleg. Een en ander blijkt echter niet te resulteren in overeenstemming over doelstelling, probleemdefiniëring en plan van aanpak voor een gezamenlijk beleid.

Voor een mogelijke regiefunctie van de lokale overheid in het op één lijn brengen van alle bij het lokale beleid betrokkenen, worden slechts in beperkte mate aanwijzingen gevonden. In de beschrijving van de beleidscyclus is opnieuw het al eerder in hoofdstuk 5 geconstateerde gebrek aan overeenstemming binnen het gemeentelijke apparaat zelf naar voren gekomen.

Al met al moet dan ook geconstateerd worden dat de praktijk van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid in de 28 onderzoeksgemeenten geen ondersteuning biedt voor een van de veronderstellingen die aan het decentralisatiebeleid ten grondslag liggen. In het volgende hoofdstuk worden de onderzoeksbevindingen nader geïnterpreteerd in het licht van de decentralisatieredenering in het algemeen en bezien op hun consequenties voor het decentralisatiebeleid in het specifieke geval van doelgroepen.

Noten

- ¹ Deze vrij uitgebreide en gedetailleerde lijst is gedeeltelijk gebaseerd op de uitkomsten van eerder onderzoek naar het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid (Kwekkeboom 1994; Van der Pennen et al. 1995: hoofdstuk 8). Daarnaast zijn er ook onderwerpen in opgenomen die in de meest recente landelijke beleidsnota's worden genoemd als problemen voor ouderen en gehandicapten die (ook) op lokaal niveau zouden moeten worden opgelost.

Hoewel de lijst voor alle soorten respondenten zo veel mogelijk gelijk is, zijn, om overbelasting van de respondenten in de *face-to-face*-gesprekken te voorkomen, enkele items alleen aan bepaalde respondenten voorgelegd. Het gaat hier met name om 'capaciteit intramurale voorzieningen (zowel somatisch als psychogeriatrisch)', 'capaciteit wijkfuncties (zowel intra- als extramuraal)' 'aanvullende dienstverlening welzijnswerk' (niet aan ambtenaren gehandicaptenbeleid en belangenbehartigingsorganisaties gehandicapten), 'capaciteit intramurale voorzieningen voor jongere gehandicapten' en 'aanbod aanvullende dienstverlening gehandicapten' (niet aan ambtenaren ouderenbeleid en belangenbehartigingsorganisaties ouderen).

Bij de telefonische enquête onder de lokale instellingen is verder geen onderscheid aangebracht naar soort respondent.
- ² Hoewel de kleine aantallen in de steekproef een statistische analyse nauwelijks mogelijk maken, is toch geprobeerd om met behulp van factoranalyse na te gaan of er in de gegeven antwoorden een onderlinge samenhang was te vinden. Daarbij is gezocht naar mogelijke clusters in de probleemdefiniëring en relaties met het type actor. Deze analyses leverden echter niets op. Het was daarbij niet duidelijk of dit alleen veroorzaakt werd door het aantal respondenten of (ook) door het gebrek aan samenhang in de antwoorden.
- ³ In de tabel zijn alleen die problemen opgenomen die minimaal drie keer door een type actor werden genoemd.
- ⁴ De vraag naar de mening over de mate waarin alle actoren dezelfde probleemdefiniëring hanteerden is alleen gesteld aan de ambtenaren en belangenbehartigingsorganisaties. Omdat uit de antwoorden uit deze (eerder afgenomen) vraaggesprekken inmiddels bekend was dat de overeenstemming alleen in de perceptie van de respondenten bestond, is besloten deze vraag voor de telefonische enquête, die immers maar een beperkte omvang mocht hebben, te schrappen.
- ⁵ In de enquêtes voor de *face-to-face*-gesprekken was een onderscheid naar soort lokale organisatie niet mogelijk.
- ⁶ Overigens zijn de vragen naar de problemen rond het ouderen- en gehandicaptenbeleid vrij onvolledig beantwoord. Veel respondenten gaven aan daarover geen uitspraken te kunnen doen. De hier gepresenteerde uitkomsten zijn daarom, meer nog dan in de rest van deze rapportage, niet meer dan indicatief.
- ⁷ In deze tabel zijn alleen de problemen opgenomen die per type actor minstens twee keer zijn genoemd. Hierdoor is feitelijk alleen de personele bezetting (vaak genoemd door de welzijnsinstellingen) weggevallen; blijkbaar is dit in het beleid uiteindelijk niet het belangrijkste probleem. Bij de beantwoording van deze vraag geldt nog sterker dan bij de voorgaande, dat een belangrijk deel van de respondenten geen antwoord kon geven (zie noot 6).
- ⁸ Door de gekozen *routing* in de vragenlijst zijn de vervolgvragen op de gekozen oplossingsstrategie niet door alle respondenten beantwoord. Hierdoor zijn de aantallen zo klein geworden dat een nadere analyse op het niveau van de onderzoeksgemeenten niet zinvol meer is. Vragen naar een mogelijke invloed van de gemeentegrootte en/of stedelijkheidsgraad, maar ook naar een relatie tussen bijvoorbeeld gekozen strategie en het uiteindelijke resultaat zouden alleen mogelijk zijn als in het onderzoek meerdere gemeenten betrokken waren geweest en er dus grotere aantallen per antwoordcategorie mogelijk waren.
- ⁹ Bij de interpretatie van deze gegevens moet bedacht worden dat zij betrekking hebben op samenwerkingsrelaties en -projecten, die tot stand zijn gekomen ver voordat de voorgenomen modernisering van de ouderenzorg (TK 1994/1995b) haar beslag kon hebben gevonden. De financiering van het voorzieningenaanbod van de diverse instellingen was in die tijd nog onderhevig aan verschillende regimes, zodat gezamenlijke budgetten en dergelijke sowieso moeilijk te realiseren waren. Vanaf 1997 zullen deze (formele) belemmeringen voor een groot deel weggenomen zijn; het is heel goed mogelijk dat daarna ook gezamenlijke financiering van de reguliere samenwerking gemeengoed zal gaan worden.



7 SLOTBESCHOUWING

In de voorgaande hoofdstukken is verslag gedaan van een onderzoek naar ontwikkeling en uitvoering van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Dit onderzoek is uitgevoerd in 28 gemeenten in Nederland. In deze gemeenten is aan de belangrijkste bij het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid betrokken partijen (overheid, belangenbehartigingsorganisaties, instellingen op het terrein van de zorg- en dienstverlening alsmede woningbouwcorporaties) een gestandaardiseerde vragenlijst voorgelegd. In deze lijst zijn vragen opgenomen over het lokale voorzieningenaanbod, over de onderlinge relaties en de daaruit voortvloeiende samenwerking en over de wijze waarop binnen het lokale netwerk het beleid voor deze doelgroepen tot stand komt. In de uitvoering van het onderzoek kon worden voortgebouwd op eerder uitgevoerde case-studies op dit terrein. Daarmee is het tevens te beschouwen als een verdere fase in de opzet van een systeem om ontwikkelingen in het lokale beleid te volgen en in kaart te brengen, dat wil zeggen te monitoren.

Gezien het aantal onderzochte gemeenten is er bij dit onderzoek strikt genomen geen sprake van een representatieve steekproef. De onderzoeksgemeenten kunnen, gezien hun variëteit in gemeentegrootte, stedelijkheidsgraad en spreiding over het land, echter wel beschouwd worden als een redelijke afspiegeling van alle Nederlandse gemeenten. Er is geen reden om aan te nemen dat juist de onderzochte gemeenten opvallend afwijken. De onderzoeksresultaten lijken dan ook indicatief voor de wijze waarop momenteel het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten wordt uitgevoerd.

De uitkomsten van het onderzoek nopen tot het schetsen van een wat somber beeld van de uitvoeringspraktijk van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid. Binnen de onderzochte gemeenten blijkt bijvoorbeeld weinig overeenstemming te bestaan over de problemen die in het lokale beleid prioriteit dienen te krijgen of over de wijze waarop de (lokale) problemen opgelost zouden moeten worden. De actoren lijken zich echter van deze discrepanties niet bewust te zijn. Ook komt naar voren dat de kortere onderlinge afstanden binnen het lokale beleidsnetwerk wel leiden tot regelmatig formeel en informeel overleg, maar dat dit niet uitmondt in een gezamenlijk beleid. Het theoretische concept van de netwerkbenadering veronderstelt dat actoren op grond van een gemeenschappelijk belang coalities aan zullen gaan om zo dit belang krachtiger te kunnen verdedigen. Een dergelijke coalitievorming rond een gezamenlijk belang als bijvoorbeeld een integraal voorzieningenaanbod kon in de onderzoeksgemeenten niet worden aangetroffen. Blijkbaar geeft de geldende regelgeving, die taken en bevoegdheden van de diverse lokale actoren bepaalt, daar geen aanleiding toe. Afgezien daarvan blijken de doelen die de ondervraagde actoren zich in hun beleid ten aanzien van ouderen en gehandicapten stellen, dermate weinig concrete overeenkomsten te hebben dat van gezamenlijke belangen nauwelijks sprake is. Verbetering van de onderlinge beleidsafstemming lijkt in de beleving van de betrokkenen niet een direct voordeel op te leveren.

De lokale overheid heeft ten aanzien van de ouderen en de gehandicapten taken en verantwoordelijkheden op meerdere beleidsterreinen. Zij onderhoudt van alle onderzochte actoren dan ook de meeste contacten met de andere partijen. Deze contacten tussen overheid enerzijds en organisaties en instellingen anderzijds beperken zich echter tot subsidieverstrekking en formeel of informeel overleg; de verlening van taakopdrachten komt nauwelijks voor. De invloed van de gouden koorden is beperkt, omdat de meerderheid van de lokale organisaties over andere en omvangrijkere financieringsbronnen kan beschikken. Vergeleken met de lokale instellingen kennen de overheden minder formele procedures om de invloed van de doelgroepen op het beleid te waarborgen.¹ Daarnaast blijkt dat tussen ambtelijke en politieke verantwoordelijken binnen een gemeente vaak geen of slechts gedeeltelijke overeenstemming bestaat over doelstellingen, problemen en oplossingsstrategieën in het te voeren ouderen- en gehandicaptenbeleid. Ook kon geen relatie gevonden worden tussen de intensiteit van de problemen (afgeleid uit onder meer omvang van de doelgroepen) en de inzet van tijd en middelen. Uit de onderzoeksresultaten komt verder naar voren dat daar waar lokale overheden zelf in staat zijn het beleid te bepalen, dit leidt tot verschillen die niet zonder meer zijn te verklaren uit lokale omstandigheden. Zo werden bijvoorbeeld niet in alle gemeenten waarin de inkomenssituatie van ouderen en gehandicapten als één of zelfs het belangrijkste probleem werd genoemd, specifieke maatregelen voor deze doelgroepen genomen. Anderzijds werd in sommige gemeenten, waar opgegeven werd dat daar wel specifiek beleid werd ontwikkeld, de inkomenssituatie van ouderen en gehandicapten niet als probleem genoemd.

Het antwoord op de centrale vraagstelling voor dit onderzoek (zie hoofdstuk 2) moet dan ook luiden dat de betrokken actoren het lokale beleid ten behoeve van ouderen en gehandicapten vooral vorm en inhoud geven door veelvuldig onderling overleg. Daarnaast werkt men regelmatig samen bij de totstandkoming van het voorzieningen-aanbod. De samenwerking beperkt zich echter meestal tot tijdelijke projecten van enkele aanbieders rond een voorziening, die dan worden opgevolgd door projecten met andere aanbieders rond een andere voorziening. Een en ander leidt niet tot een integraal, dat wil zeggen samenhangend lokaal beleid, waarbij de ouderen en gehandicapten zelf ten volle betrokken worden. Of dit beleid aansluit op hun behoeften is daarom maar de vraag.

De onderzoeksresultaten werpen meer licht op de details van het dilemma dat ook al uit eerder SCP-onderzoek naar de decentralisatie van delen van het ouderenbeleid naar voren kwam. Ook in dat onderzoek werd geconstateerd dat, ondanks de inspanning van de betrokkenen, een integraal lokaal beleid voor ouderen niet kon worden gerealiseerd. De herhaalde bevindingen zijn dan ook aanleiding om nader in te gaan op de context waarbinnen de decentralisatie van het beleid voor doelgroepen, in dit geval ouderen en gehandicapten, heeft plaatsgevonden. De mate waarin het middel - decentralisatie van beleid - inderdaad leidt tot het te verwezenlijken doel - een beter intern of extern functionerend bestuur - hangt immers af van de geldende condities, zoals de onderlinge verhoudingen in het beleidsnetwerk of de mate waarin decentralisatie al of niet omstreden is (Fleurke et al. 1997).²

De context van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid is beschreven in de hoofdstukken 3 en 4 van dit rapport. Hoofdstuk 3 is gewijd aan een beschrijving van de formele regelgeving en de daaraan ten grondslag liggende veronderstellingen. In dit hoofdstuk wordt betoogd dat de overdracht van bevoegdheden ten aanzien van (delen van) het ouderen- en gehandicaptenbeleid naar het lokale niveau een concrete invulling is van de in de jaren tachtig binnen het welzijnsbeleid ingezette tendens tot decentralisatie. Als belangrijk argument voor decentralisatie werd genoemd dat op het lokale niveau een beter beleidsmatig antwoord kan worden gegeven op behoeften van de bevolking, die mogelijk mede door de lokale omstandigheden zijn bepaald. De contacten met de bevolking zouden immers directer zijn en daarmee de kennis van deze behoeften groter. Decentralisatie zou dan dus bijdragen aan afstemming van beleid op de *vraag*. Een tweede reden is dat op het lokale niveau de contacten tussen de diverse beleidspartijen directer en intensiever zijn. Een grotere onderlinge samenhang en daarmee een integraal (doelgroepen)beleid zou daardoor gemakkelijker te realiseren zijn. Hierbij gaat het dan om afstemming van het *aanbod*. Beide argumenten voor decentralisatie worden in de diverse beleidsnota's, wetten en circulaire's over het ouderen- en gehandicaptenbeleid regelmatig gehanteerd. In deze beleidsstukken van de rijksoverheid wordt dan ook telkens benadrukt dat op lokaal niveau een samenhangend beleid op de terreinen zorg, wonen en welzijn zou moeten worden gerealiseerd (zie bv. TK 1994/1995a).³

Uit de beschrijving van de ontwikkelingen in de regelgeving rond het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid kan ook worden afgeleid dat het onderzoek heeft plaatsgevonden in een periode dat de bij dit beleid betrokken partijen net een aantal ingrijpende veranderingen in de reikwijdte van het lokale beleid achter de rug hadden. Zo was op dat moment de Wet voorzieningen gehandicapten net een jaar van kracht. Tegelijkertijd echter stonden de gemeenten aan de vooravond van een nieuwe reeks wijzigingen, die opnieuw gevolgen zouden hebben voor hun taken en hun onderlinge verhoudingen. Hierbij valt te denken aan de overgang van de WBO in de AWBZ en de veranderingen in de organisatie van de indicatiebeoordeling.

De recente en de toekomstige veranderingen hebben mede als gevolg dat de relaties tussen de actoren binnen het lokale beleidsnetwerk, en daarmee dus de posities die zij tegenover elkaar innemen, voortdurend verschuiven. Enerzijds is door de WVG de rol van de lokale overheid belangrijker geworden. Ook is daardoor het belang van onderlinge afstemming tussen bijvoorbeeld huisvestings-, zorg- en mobiliteitsbeleid en dus van een integrale, categorale benadering gegroeid. Anderzijds wordt door de opname van de verzorgingshuizen in de AWBZ de invloed van de zorgverzekeraars op het beleid van de zorgaanbieders sterker. Daardoor zal het sectorale karakter van het zorgbeleid nog verder worden versterkt: behalve in de zorgverlening zelf zal nu ook bij de indicatiestelling het categorale uitgangspunt worden losgelaten. Het uitgangspunt wordt immers de behoefte aan langdurige zorg, ongeacht of deze behoefte is ontstaan door bijvoorbeeld ouderdom, aangeboren handicap of chronische ziekte.

Deze veranderingen hebben tot gevolg dat, in ieder geval op lokaal niveau, de krachten binnen het spanningsveld sectoraal versus categoriaal zullen toenemen. Enerzijds wordt van het lokale beleidsnetwerk verwacht dat het de beleidsvoornemens en -maatregelen, waarmee vooral de leden van de doelgroepen ouderen en gehandicapten te maken heb-

ben, zodanig op elkaar afstemt dat de uitkomst een samenhangend intersectoraal beleid is. Anderzijds worden met name de lokale instellingen op het eigen beleidsterrein gestimuleerd tot een niet-categorale, sectorale beleidsontwikkeling en wordt hun autonomie ten opzichte van de lokale overheid versterkt.

De onderlinge machtsverhoudingen in het lokale beleidsnetwerk lijken dus een succesvolle decentralisatie, in de zin van het bewerkstelligen van integrale beleidsvoering en democratische toegankelijkheid voor de direct betrokkenen, in de weg te staan.

Extra spanning wordt daarbij opgeroepen door de verschillen tussen de beide doelgroepen (ouderen en gehandicapten), waarvoor in de ogen van de rijksoverheid op het lokale niveau toch één integraal beleid ontwikkeld moet worden. De onderzoeksresultaten wijzen erop dat de wensen en behoeften van de beide doelgroepen, met name waar het gaat om participatie en integratie, sterk uiteenlopen. Bovendien is de belangenbehartiging voor ouderen anders georganiseerd dan die voor gehandicapten en is de wijze waarop deze bij de beleidsvoorbereiding worden betrokken verschillend. Van de lokale beleidsactoren gezamenlijk wordt echter wel verwacht dat zij binnen sectoraal beleid naar categoriaal gerichte afstemming zoeken, met ruimte voor differentiatie naar de samenstellende delen van een samengevoegde categorie.

In dit op zich al gecompliceerde beleidsproces moet dan ook nog een antwoord gegeven worden op potentiële probleemsituaties die soms wel maar vaak niet lokaal specifiek zijn. Om welke probleemsituaties het gaat kan afgeleid worden uit het tweede hoofdstuk over de context van het lokale beleid (hoofdstuk 4). Daar wordt in grote lijnen ingegaan op enkele voor dit onderzoek relevante aspecten van de leefsituatie van ouderen en gehandicapten, te weten zorgbehoefte en zorggebruik, huisvestingssituatie en maatschappelijke participatie. Uit dit hoofdstuk blijkt onder meer dat een groot deel van de mensen met (ernstige) fysieke belemmeringen in het geheel geen zorg ontvangt en in niet of nauwelijks aangepaste woningen is gehuisvest. Deze problemen lijken zich overal in even grote mate voor te doen; lokale verschillen die kunnen worden afgeleid uit de stedelijkheidsgraad van de woonplaats, konden niet worden vastgesteld. Het gaat hier echter om problemen die, onder meer op grond van de formele regelgeving, de competentie van het lokale bestuur te boven gaan.

Ten aanzien van de deelname aan de diverse aspecten van de samenleving konden nog wel lokale verschillen worden getraceerd, maar deze vielen weg bij mensen die met ernstige tot zeer ernstige fysieke beperkingen te kampen hebben. De maatschappelijke participatie van deze mensen bleef over de gehele linie achter. De mogelijkheden om dit probleem door middel van (lokaal) beleid te verminderen zijn, gezien de aard van de problematiek, echter gering. Er is immers een grens aan de mogelijkheden om, door wat voor voorziening dan ook, een ernstige fysieke handicap zo te compenseren dat een 'normale' deelname aan de samenleving mogelijk wordt.

De bevindingen wijzen erop dat de opdracht aan het lokale beleidsnetwerk - op lokaal niveau samenhang aanbrengen in het beleid op de terreinen wonen, zorg en welzijn van ouderen en gehandicapten - zich niet verdraagt met de aard en omvang van het overgedragen beleidsinstrumentarium. Aan de faciliterende conditie dat decentralisatie niet omstreden is (zie noot 2) wordt daarmee niet voldaan.

Er zijn verschillende mogelijkheden om de totstandkoming van een samenhangend lokaal beleid dat aansluit op de behoeften van de ouderen en gehandicapten te realiseren. In het bestaande systeem van in belangrijke mate door de overheid gefinancierde dienstverlening ligt het voor de hand dat de beleidsinspanningen van de diverse betrokkenen strak gecoördineerd worden. De coördinatietaak is, zoals gezegd, in handen van de lokale overheid gelegd. In eerder onderzoek kwam naar voren dat de lokale overheid niet echt is toegerust om een dergelijke dirigerende functie uit te oefenen. De recente en ingrijpende wijzigingen in de formele regelgeving rond het ouderen- en gehandicaptenbeleid hebben daarin feitelijk geen verandering gebracht. Integendeel, het ziet er eerder naar uit dat de voorgenomen veranderingen, die tenderen naar recentralisatie en versterking van de sectorale invalshoek, de positie van de lokale overheden niet zullen versterken. Afgezien daarvan komt uit het onderzoek naar voren dat de rijksoverheid te optimistisch is over het tempo waarin op lokaal niveau door haar gewenste ontwikkelingen (bv. in de richting van een centraal loket) kunnen worden gerealiseerd. Ook blijken problemen, waarvan op rijksniveau wordt gemeend dat expliciete aandacht nodig is, op het lokale niveau niet te spelen. Zo wordt de bezorgdheid van de rijksoverheid over de specifieke problemen van allochtone ouderen en gehandicapten door de lokale actoren nauwelijks gedeeld.

Een extra belemmering voor een krachtige coördinatie door de lokale overheid zou bovendien kunnen zijn dat deze actor, zeker op ambtelijk niveau, minder problemen van ouderen en gehandicapten benoemt. Wellicht worden door de ambtenaren ook minder problemen onderkend en/of is men minder goed op de hoogte van wat er onder de ouderen en gehandicapten zelf speelt. Het is mogelijk dat dit een gevolg is van de toch vrij beperkte inzet van formatieruimte, zoals deze uit de onderzoeksgegevens naar voren komt. Het vervullen van een coördinatietaak brengt een noodzaak tot generalisatie met zich mee. Dit lijkt echter tot gevolg te hebben dat men van de details niet meer voldoende op de hoogte kan zijn. Voor een actor die het beleid binnen een gevarieerd samengesteld netwerk moet coördineren, is dat echter wel een ernstig nadeel.

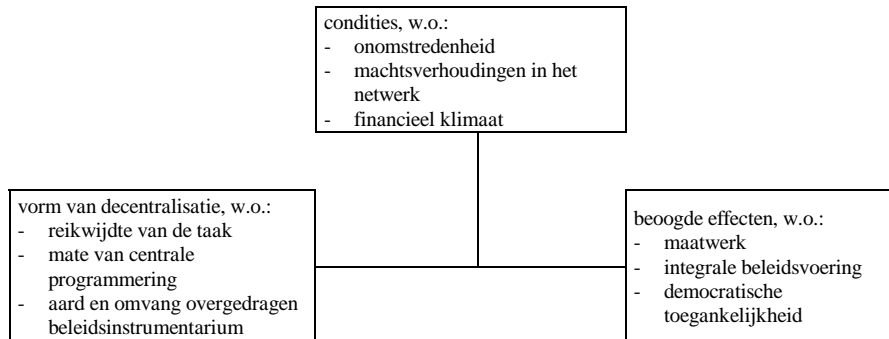
Een bijkomende complicatie is dat de uitkomsten uit het onderzoek tevens de vraag oproepen naar de haalbaarheid van een integraal (lokaal) beleid voor de doelgroepen ouderen en gehandicapten. Er bestaan niet alleen verschillen tussen deze beide groepen; ook de groepen zelf zijn niet homogeen van samenstelling. Enkelvoudige afbakeningscriteria als leeftijd of mate van fysieke beperking voldoen niet om vragen en behoeften te kunnen vaststellen. Maatregelen voor compenserend beleid zullen daarom per terrein kunnen en soms zelfs moeten verschillen. Een zekere mate van afstemming tussen het zorg- en het huisvestingsbeleid voor de (ernstig) belemmerden onder de ouderen en gehandicapten lijkt voor de hand te liggen. Beleid gericht op een grotere maatschappelijke participatie loopt echter juist voor deze groepen letterlijk stuk op fysieke onmogelijkheden. Aandacht voor een optimale deelname aan de samenleving van mensen met lichte tot matige beperkingen is terecht. Hier is echter al enkele malen aangetoond dat maatschappelijke participatie voor een oudere een geheel andere betekenis kan hebben dan voor een licht tot matig gehandicapte jongere. Voor beiden is een gericht zorg- en huisvestingsbeleid (nog) niet opportuun. Een integraal beleid dat rekening houdt met zo veel mogelijk facetten van het dagelijks leven van moeilijk af te bakenen groepen als ouderen en gehandicapten, lijkt daarom, ook op lokaal niveau, niet

te realiseren.

Al met al moet dan ook worden geconstateerd dat daar waar het de taak van het lokale beleidsnetwerk is om een integraal en samenhangend beleid voor ouderen en gehandicapten te realiseren, dit netwerk gezien de condities van de decentralisatie wordt overvraagd. De integratie van beleid voor doelgroepen, waarbij ‘alles met alles samenhangt’, is ondanks de kortere lijnen tussen alle betrokkenen daarom ook voor het lokale niveau wellicht te veel gevraagd.

Noten

- ¹ Het gaat hier uitsluitend om de formele procedures van advisering en beïnvloeding van het lokale overheidsbeleid door bijvoorbeeld een Senioren- of Gehandicaptenraad. Dit laat onverlet de mogelijkheid voor oudere en gehandicapte burgers om via gemeenteraadsverkiezingen en algemene inspraakprocedures invloed uit te oefenen op het beleid van hun lokale overheid.
- ² Fleurke c.s maken voor hun evaluatie van diverse decentralisatiemaatregelen gebruik van het volgende analysemodel, waarin de relatie tussen het middel - de vorm van de decentralisatie- en het doel - de beoogde effecten - wordt geclausuleerd door condities waaronder de decentralisatiemaatregelen worden doorgevoerd:



- Op grond van hun bevindingen aan de hand van dit analysemodel constateren zij onder meer dat bij bepaalde beleidsopgaven bepaalde vormen van decentralisatie vermeden zouden moeten worden en dat er meer aandacht nodig is voor de begeleiding van de invoering van decentralisatieprojecten (Fleurke et al. 1997).
- ³ Overigens is het niet alleen de rijksoverheid, die zulke (hoge) eisen stelt aan het integrale karakter van het lokale beleid voor ouderen en gehandicapten. Ook de Commissie modernisering ouderenzorg gaat er in haar advies van uit dat op lokaal niveau een integraal beleid op de terreinen wonen, zorg en welzijn gerealiseerd kan worden. Deze mening wordt gedeeld door de koepelorganisatie VNG en door de gemeenten zelf (zie bv. WVC 1994; VNG 1994; Kwekkeboom 1994).



8 SAMENVATTING

In de ontwikkeling van het welzijnsbeleid zijn twee belangrijke tendensen te onderscheiden. De eerste is het aanwijzen van specifieke groepen in de samenleving waarvoor, in verband met de grotere kwetsbaarheid van hun leden, specifieke beleidsmatige aandacht gewenst is. Tot deze zogenoemde doelgroepen horen, naast bijvoorbeeld jongeren en minderheden, ook de ouderen en gehandicapten. De tweede tendens is die van decentralisatie van een groot deel van de beleidsverantwoordelijkheden naar lokale overheden en organisaties. Deze decentralisatie zou het mogelijk maken beter te kunnen inspelen op lokaalspecifieke verschillen die het welzijn van de bevolking beïnvloeden. Ook zou decentralisatie door de kortere afstanden tussen overheden, organisaties en burgers, bijdragen aan een betere onderlinge afstemming - zowel binnen het aanbod als van het aanbod op de vraag.

Gevolg van beide trends is onder meer dat de integratie en intersectorale afstemming van het (welzijns)beleid voor deze doelgroepen met name op het lokale niveau haar beslag moet krijgen.

Om na de decentralisatie toch zicht te blijven houden op de ontwikkeling van het welzijnsbeleid in brede zin, heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport behoefte aan periodieke informatie over de uitvoering van het lokale beleid op dit terrein. Daarom is aan het Sociaal en Cultureel Planbureau gevraagd om een systeem te ontwikkelen waarmee onder andere het lokale beleid voor de doelgroepen ouderen en gehandicapten in kaart kan worden gebracht. In dit rapport wordt, als nieuwe fase in de ontwikkeling van een dergelijk monitoringsysteem, verslag gedaan van dit lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid in 28 gemeenten.

In het monitoringsysteem is informatie opgenomen over zowel de - door (onder meer) het rijksbeleid bepaalde - context waarbinnen het lokale beleid tot stand moet komen als over de daadwerkelijke ontwikkeling van dit beleid zelf. Tevens wordt een aanzet gegeven tot een beschrijving van lokale aspecten van de leefsituatie van ouderen en gehandicapten. Deze beschrijving zou inzicht moeten geven in de problemen die met name op het lokale niveau opgelost zouden moeten worden. Daarnaast zou hieruit naar voren kunnen komen in welke mate het lokale beleid aansluit op de (mogelijk lokale) wensen en behoeften van de leden van de beide doelgroepen.

Bij de opzet van het systeem is er, conform het bestuurskundig-theoretisch concept van de netwerkbenadering, van uitgegaan dat beleid niet zozeer het produkt is van één, rationeel handelende oppermachtige overheid, als wel de resultante van een onderhandelingsproces van meerdere, bij het beleid betrokken partijen. Deze partijen zullen, zo veronderstelt de theorie, bij deze onderhandelingen coalities aangaan met andere actoren om zo sterker te staan in het (kunnen) realiseren van hun eigen, gemeenschappelijke doelstellingen. Gezien deze multi-actorenbenadering van het beleid is de informatie over de ontwikkeling van het lokale ouderen- en gehandicaptenbeleid niet alleen ingewonnen bij vertegenwoordigers van de lokale overheden, maar ook bij die van lokale instellingen en belangenbehartigingsorganisaties. Bij al deze actoren (maximaal tien per

onderzoeksgemeente) zijn gegevens verzameld over hun organisatie, voorzieningenaanbod en samenwerkingsrelaties met andere actoren. Vervolgens is nagegaan op welke wijze de bij dit beleid betrokken partijen de diverse fasen in het beleidsproces invullen, waarbij vooral gezocht is naar de mate van onderlinge overeenstemming binnen een gemeente.

Uit de beschrijving van de meest recente ontwikkelingen in het landelijke ouderen- en gehandicaptenbeleid komt opnieuw naar voren dat voor de integratie van dit intersectorale beleid een steeds groter belang wordt gehecht aan een coördinerende rol van de lokale overheid. Deze coördinatie dient zich daarbij vooral te richten op het bewerkstelligen van samenhang in het beleid en voorzieningenaanbod op de terreinen zorg- en dienstverlening, huisvesting en maatschappelijke participatie. Daarbij zou tevens gestreefd moeten worden naar een zo ver mogelijk doorgevoerde integratie van beleid en voorzieningenaanbod voor ouderen en gehandicapten gezamenlijk. In het landelijke beleid echter worden tegelijkertijd veranderingen in gang gezet die de gewenste coördinatie op lokaal niveau bemoeilijken. Eerder was al geconstateerd dat de positie van de lokale overheid ten opzichte van de andere actoren in het lokale beleidsnetwerk niet sterk genoeg is om een sturende rol in de ontwikkeling van een integraal beleid te kunnen vervullen. De wijzigingen in de formele regelgeving hebben weliswaar tot gevolg dat de onderhandelingspositie van deze overheidslaag verandert, maar deze verandering leidt niet tot een versterking. Daarnaast verschuift door de voorgenomen wijzigingen in de wettelijke regelingen het accent in het ouderen- en gehandicaptenbeleid weer meer in de richting van een gerecentraliseerde, sectorale beleidsvoorbereiding, waarbij de autonomie van de betrokken partijen ten opzichte van de lokale overheid verder toeneemt.

Voor een doelmatig lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten is, gezien de reikwijdte van dit beleid, vooral informatie nodig over zorgbehoefte en -gebruik, huisvesting en maatschappelijke participatie van de leden van deze doelgroepen. Uit gegevens uit landelijk bevolkingsonderzoek blijkt dat een groot deel van de ernstig tot zeer ernstig fysiek beperkten in het geheel geen hulp ontvangt. Ook komt naar voren dat een aanzienlijk deel gehuisvest is in een woning die objectief als 'niet geschikt' kan worden gekwalificeerd. De deelname aan de samenleving door mensen met fysieke beperkingen neemt sterk af naarmate de beperkingen ernstiger worden. Deze problemen lijken zich overal in gelijke mate voor te doen; lokale verschillen, voorzover deze te achterhalen zijn via de stedelijkheidsgraad van de woonplaats, werden nauwelijks gevonden. Voor het lokale beleid is het van belang dat het hier om problemen van ouderen en gehandicapten gaat waarvan de oplossing grotendeels buiten de competentie van de lokale overheid ligt. De bevoegdheden van deze overheid ten aanzien van het zorgaanbod en de huisvesting zijn beperkt en de mogelijkheden om via beleid fysieke beperkingen te compenseren kennen hun grenzen. Voorzover de gesignaleerde problemen dus via lokaal beleid dichterbij een oplossing gebracht kunnen worden, zal dit door een optimale samenwerking van en afstemming tussen de lokale actoren moeten gebeuren.

De beschrijving van de ontwikkeling van het lokale beleid in de 28 onderzoeksgemeenten laat echter zien dat daar van een dergelijke samenwerking en afstemming slechts gedeeltelijk sprake is. Weliswaar geven de ondervraagde instellingen en

organisaties op, veelvuldig met elkaar te overleggen en regelmatig samen te werken, maar een en ander leidt niet tot de ontwikkeling van een integraal lokaal beleid. De inventarisatie van het lokale aanbod leert onder meer dat in de gemeenten wel een breed scala aan voorzieningen op de terreinen zorg, huisvesting, recreatie en vorming aanwezig is. Uit de opsomming blijkt echter ook dat de kans op overlap, met name in de sector zorg- en dienstverlening, vrij groot is en dat de lokale partijen niet altijd van elkaars aanbod op de hoogte zijn. Daarnaast komt naar voren dat de ontwikkelingen in de organisatie van het aanbod, zoals deze bij voorkeur op lokaal niveau gestalte zouden moeten krijgen, zich in een trager tempo voordoen dan de landelijke overheid zich voorstelt. De mogelijkheden om met specifiek lokaal beleid in te springen op actuele ontwikkelingen worden slechts in een klein aantal van de onderzoeksgemeenten benut. De door de decentralisatie ontstane vrijheid om, in verband met mogelijke lokaal-specifieke verschillen, een eigen lokaal beleid te ontwikkelen, lijkt bovendien te leiden tot ongelijkheid tussen de diverse gemeenten.

De (vertegenwoordigers van de) ouderen en gehandicapten zelf blijken slechts in beperkte mate bij de ontwikkeling van het beleid en het voorzieningenaanbod betrokken te zijn. Van een formele vertegenwoordiging in advies- en/of cliëntraden is lang niet altijd sprake, ook niet waar daar feitelijk een wettelijke verplichting toe bestaat. Opvallend is daarbij het verschil in de mate waarbij enerzijds de ouderen en anderzijds de gehandicapten betrokken worden bij de ontwikkeling van gemeentelijk beleid. Uit de antwoorden blijkt namelijk dat bij de invoering van de WVG voornamelijk de gehandicaptenorganisaties zijn geraadpleegd en niet ook de vertegenwoordigers van de ouderen. Voorzover er in de onderzoeksgemeenten echter sprake was van een gemeentelijke adviesraad, ging het dan weer in eerste instantie om ouderenorganisaties en werden de vertegenwoordigers van de gehandicapten niet bij het beleid betrokken. Gezien deze uitkomsten is het niet verwonderlijk dat de belangenbehartigingsorganisaties relatief vaak opgaven de indruk te hebben dat zij geen of weinig invloed uitoefenen op het beleid van de lokale overheid en instellingen. De instellingen zelf zijn van mening dat zij, vooral door het onder de aandacht brengen van de problemen van de leden van de doelgroepen, wel invloed hebben gehad op het beleid van de andere lokale actoren.

Hoewel de diverse respondenten opgeven veelvuldig en op diverse manieren contact met elkaar te onderhouden, blijken zij onderling sterk van elkaar te verschillen in hun opvattingen over onder meer de problemen waarmee de ouderen en gehandicapten in hun werkgebieden te kampen hebben. Dit verschil van opvatting deed zich ook voor binnen het gemeentelijke apparaat zelf: de portefeuillehouders voor het ouderen- en gehandicaptenbeleid noemden vaak heel andere problemen dan de voor de uitvoering van het beleid verantwoordelijke ambtenaren. Afgezien daarvan blijken deze ambtenaren beduidend minder problemen voor de leden van deze doelgroepen aan te geven dan de overige vertegenwoordigers van de lokale instellingen en organisaties. In geen van de onderzoeksgemeenten bleek volledige eensgezindheid te bestaan over wat nu plaatselijk het belangrijkste probleem was; in een deel van de gemeenten kon op zijn best een gedeeltelijke overeenstemming worden vastgesteld. Als belangrijkste informatiebron voor de probleemdefiniëring werd, naast de eigen waarneming, (informeel) overleg met andere lokale actoren genoemd. Desondanks was het merendeel van de respondenten zich niet bewust van de discrepantie in deze probleemdefiniëring. Ook kwam naar voren

dat problemen die landelijk in de aandacht staan, op lokaal niveau nauwelijks worden onderkend. Tevens blijkt dat men voor de doelgroep ouderen andere problemen onderscheidt dan voor de doelgroep gehandicapten.

Een en ander heeft onder meer tot gevolg dat de diverse actoren binnen een gemeente zich met uiteenlopende problemen bezighouden. Uit de antwoorden op de vragen naar de manieren waarop getracht wordt de problemen op te lossen, kwam bovendien naar voren dat, ook daar waar men zich op hetzelfde probleem richtte, toch verschillende strategieën werden genoemd. Dit was ook het geval in die situaties waarin sprake was van samenwerking met lokale organisaties of instellingen die eveneens in het onderzoek waren betrokken en ook hadden opgegeven zich met dat ene specifieke probleem bezig te houden. Ook hier bleek dat binnen het gemeentelijke apparaat zelf de antwoorden uiteenliepen.

De meest genoemde oplossingsstrategie is die van het formele of informele overleg met de andere lokale beleidsactoren. Daarnaast worden oplossingen gezocht in al of niet projectmatige samenwerking of het creëren van een nieuw voorzieningenaanbod. De meeste respondenten geven aan hiertoe zelf, eventueel met anderen, het initiatief te hebben genomen.

Over de resultaten van deze strategieën is men meestal gematigd positief: het probleem is dan wel niet geheel weggenomen, maar toch wel dichterbij een oplossing gebracht. Dit is, zo meent men, vooral te danken aan de inzet van de eigen medewerkers en die van de andere betrokkenen. De financiën blijken geen rol te spelen bij het (gedeeltelijk) slagen van een initiatief; als een strategie geen positieve effecten heeft gehad, blijkt dit echter wel vaak te zijn veroorzaakt door het ontbreken van voldoende financiële middelen.

Het oordeel over het welslagen van een oplossingsstrategie wordt door de meeste instellingen en organisaties gebaseerd op de mening van de betrokken medewerkers en/of het bereik van het (nieuwe) voorzieningenaanbod. Verder blijkt het schrijven van een jaarverslag en/of het opstellen van een jaarplan het meest geëigende moment om het beleid van de instelling of organisatie te evalueren. Bij deze evaluatie wordt in de meeste gevallen geen formele procedure gehanteerd.

De bevindingen uit het onderzoek bieden geen steun voor de aanname dat door decentralisatie van (delen van) het ouderen- en gehandicaptenbeleid in ieder geval op lokaal niveau een integrale, intersectorale beleidsontwikkeling zou plaatsvinden. Ook de veronderstelling dat decentralisatie bijdraagt tot een grotere betrokkenheid van de leden van de doelgroepen aan deze beleidsontwikkeling, wordt niet bevestigd. De kortere afstanden lijken niet te worden benut voor een betere onderlinge afstemming en bredere samenwerking. Dit lijkt echter voor een niet onbelangrijk deel samen te hangen met de effecten van het landelijke ouderen- en gehandicaptenbeleid op de onderlinge posities van de actoren in het lokale beleidsnetwerk. De hierdoor ontstane machtsverhoudingen dragen er niet toe bij dat meer afstemming en samenwerking, bijvoorbeeld door coalitievorming, in de rede liggen. Daar de actoren (incl. de belangenbehartigingsorganisaties) ook uiteenlopende problemen voor de ouderen en de gehandicapten onderscheiden, ligt integratie van het lokale beleid en voorzieningenaanbod voor beide doelgroepen evenmin voor de hand. Daarnaast blijkt de lokale overheid, toch aangewezen als sturende factor in het gehele beleidsnetwerk, intern verdeeld te zijn.

SUMMARY

Two important trends can be distinguished in the development of welfare policy in the Netherlands. The first is the designation of specific groups in society for which specific policy attention is desirable in view of the heightened vulnerability of their members. In addition to young people and ethnic minorities, these "target groups" also include the elderly and the disabled. The second trend is the devolvement of many of the policy responsibilities to local authorities and organizations. The thinking behind this devolvement is that it will enable a better response to be made to specific local differences which influence the welfare of the population. Furthermore, it is argued, due to the shorter distances between authorities, organizations and the public, devolvement can contribute to better coordination of the services offered and better matching of those services to the demand. One consequence of these two trends is that the integration and intersectoral coordination of the welfare and other policy aimed at these target groups takes place mainly at local level.

In order to be able to continue to keep track of developments in welfare policy in a broad sense after this devolvement, the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport needs periodic information on the implementation of local policy in this field. The Social and Cultural Planning Office (SCP) was therefore asked to develop a system which among other things would enable the local policy for the target groups (the elderly and disabled) to be monitored. This report, as the latest phase in the development of such a monitoring system, reports on the local policy on the elderly and disabled in 28 Dutch municipalities.

The monitoring system contains both information on the context - as determined among other things by government policy - within which the local policy has to be created, and regarding the actual development of the policy itself. The system also makes a start on compiling a description of local aspects of the living situation of elderly and disabled people. The aim of this description is to provide an insight into those problems which should be solved mainly at local level. It could also give an indication of the degree to which the local policy matches the (also possibly local) wishes and needs of the members of both target groups.

In accordance with the network approach theory, the system is designed on the basis that policy is not so much the product of a single, rationally acting, all-powerful government, but is rather the result of a process of negotiation involving several parties involved in the policy. According to the theory, these parties will enter into coalitions with other parties during these negotiations in order to strengthen their chances of realizing their own, common goals. Given this "multi-actor" approach to the policy, the information on the development of local policy on the elderly and disabled was gleaned not only from representatives of local authorities, but also from representatives of local institutions and interest groups. Data were collected for all these parties (a maximum of ten per

municipality surveyed) regarding their organization, facilities offered and cooperative relationships with other parties. Attention was then focused on the way in which the parties involved in this policy translate the various phases in the policy process into practice, in particular in terms of the degree of mutual correspondence within a single municipality.

The description of the most recent developments in the national policy on the elderly and disabled shows once again that ever-increasing importance is being attached to a coordinating role for local authorities in the integration of this intersectoral policy. This coordination must be aimed primarily at creating cohesion in the policy and in the facilities provided in the fields of care and services, housing and social participation. There is also a need to aim for maximum integration of policy and facilities available for the elderly and disabled. At the same time, however, changes are being effected in the national policy which make the desired coordination at local level more difficult. It was noted earlier that the position of the local authorities vis-a-vis the other actors in the local policy network is not strong enough to enable them play a steering role in the development of an integral policy. Although the changes in the formal regulations have led to a change in the negotiating position of this layer of government, this has not resulted in a strengthening of the position of local authorities. In addition, the proposed changes in the statutory rules shift the emphasis in the policy on the elderly and disabled more in the direction of a recentralized, sectoral policy preparation, in which the autonomy of the parties concerned increases further relative to the local authorities.

The scope of local policy on the elderly and disabled means that, if it is to be effective, there is above all a need for information on the need for and take-up of care, as well as on the housing situation and social participation of the members of these target groups. Data from national population surveys show that a large proportion of those with severe to very severe physical limitations receive no help at all. The figures also show that a substantial proportion are housed in a dwelling which can objectively be described as "not suitable". The participation in society by people with physical limitations reduces sharply as the severity of those limitations increases. These problems appear to occur to an equal extent everywhere; virtually no local differences, in so far as these can be ascertained on the basis of the degree of urbanization of the municipality of residence, were found. In terms of local policy, it is important to note that these problems for the elderly and disabled are problems whose solution largely lies outside the competence of the local authority. The powers of local authorities with regard to the provision of care and housing are limited, as are the options for compensating for physical limitations via policy. To the extent that local policy can be used as a means of bringing a solution to the problems outlined closer, this will consequently be conditional on optimum cooperation and coordination between the local players.

However, the description of the development in local policy in the 28 municipalities studied shows that this cooperation and coordination is only partially present. While the institutions and organizations interviewed claim that they engage in frequent consultations and regular cooperation, the result is not the development of an integral local policy.

The inventory of local facilities shows among other things that a broad range of facilities is available in the municipalities in the areas of care, housing, recreation and education. The summary also shows however that the risk of overlap, particularly in the care and services sector, is fairly high and that local parties are not always aware of the facilities each is providing. The summary also reveals that developments in the organization of the facilities provided towards the preferred form at local level, are taking place more slowly than national government assumes. The possibilities for responding to current developments through specific local policy are utilized in only a small number of the municipalities surveyed. The freedom created by devolvement for local authorities to develop their own local policies in order to deal with potential specific local differences, also appear to lead to differences between the different municipalities.

The elderly and disabled themselves (through their representatives) appear to be involved to only a limited extent in the development of the policy and the facilities available. It is by no means always the case that they are formally represented on advisory and/or client councils, even where such representation is in fact required by law. There is a striking difference here in the degree to which the elderly on the one hand and the disabled on the other are involved in the development of municipal policy. The respondents' answers reveal that during the implementation of the Dutch Health Service Act (WVG), it was mainly the organizations for the disabled which were consulted, and not those representing the elderly. Where there was a municipal advisory council in the municipalities surveyed, however, then it was primarily organizations for the elderly which were involved, while representatives of the disabled played no role in the formulation of policy. Given these findings it is not surprising that the interest groups relatively frequently indicate their impression that they exercise little or no influence on the policy of local authorities and institutions. The institutions themselves, by contrast, feel that, particularly by drawing attention to the problems of the members of the target groups, they have had an influence on the policy of the other local players.

Although the various respondents claim that they maintain frequent contact with each other in various ways, they exhibited strong differences in their views on matters such as the problems confronting the elderly and disabled in their fields of operation. These differences of view also occurred within the municipal apparatus itself: councillors with responsibility for the policy on the elderly and disabled frequently cited totally different problems from those mentioned by the officials with responsibility for implementing the policy. Apart from this, these officials indicated substantially fewer problems for the members of these target groups than the other representatives of the local institutions and organizations. None of the municipalities surveyed showed complete uniformity as to what was the most important local problem; in some municipalities, it was possible at best to establish a partial consensus. The most important source of information mentioned for the problem definition, in addition to the respondents' own observations, were (informal) consultations with other local players. Nevertheless, the majority of the respondents were not aware of the discrepancy in this problem definition. It also emerged that problems which are the focus of attention at national level are virtually unrecognized at local level. Similarly, different problems are identified for the elderly target group

from those for the disabled.

This combination of factors means among other things that the various players within a municipality are devoting their energies to a diversity of problems. The responses to the questions on the ways in which they attempt to solve problems showed moreover that, even where the same problem is targeted, different strategies were mentioned. This was also the case in those situations where there was cooperation with local organizations or institutions which were also involved in the survey and which had also stated that they were concerned with the same specific problem. Here again, the responses within the municipal apparatus itself varied.

The most frequently cited solution strategy was formal or informal consultation with the other local policy actors. In addition, solutions are sought in cooperation (project-based or otherwise) or the creation of a new package of facilities. Most respondents indicated that they themselves, sometimes together with others, had taken the initiative here.

There is moderate optimism regarding the results of these strategies: the problem has not been eliminated entirely, but a solution has been brought closer. This, according to the respondents, is due primarily to the commitment of their own staff and the staff of the other parties involved. Funding proves to play no role in the (partial) success of an initiative; if a strategy has had no positive effects, however, this is often caused by the lack of sufficient financial resources.

The majority of institutions and organizations base their judgement regarding the success of a solution strategy on the opinion of the staff members involved and the scope of the (new) range of facilities provided. In addition, the writing of an annual report and the formulation of an annual plan proves to be the most appropriate moment to evaluate the policy of an institution or organization. In most cases, no formal procedure is adopted for this evaluation.

The findings of the survey offer no support for the assumption that complete or partial devolvement of the policy on the elderly and handicapped will in any event lead to the development of an integral, intersectoral policy at local level. The assumption that devolvement contributes to greater involvement of the members of the target groups in this policy development is also not confirmed. The shorter distances between providers and users of services appear not to be utilized for the achievement of better mutual coordination and broader cooperation. To a significant extent, however, this appears to be related to the effects of the national policy on the elderly and disabled on the mutual positions of those involved in the local policy network. The power relations which result from this situation are not conducive to greater coordination and cooperation, for example through the formation of coalitions. Since there is also variation in the problems identified for the elderly and disabled by the various players (including the interest groups), integration of local policy and the facilities available for the two target groups is also something which cannot be taken for granted. Moreover local authorities, which have been designated as the controlling factor in the entire policy network, prove to be divided internally.

LITERATUUR

- Amsterdam (1996)
WVG-krant voor ouderen. Gemeente Amsterdam: Bureau MGZ/hoofdafdeling VEB, 1996.
- De Beer et al. (1993)
Beer, J. de, A. de Jong en H. Visser. Nationale huishoudensprognose, 1993. In: Maandstatistiek van de bevolking (1993) 8 (13-2).
- Beraadsgroep (1974)
Beraadsgroep knelpunten. Knelpuntennota. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1974.
- BiZa (1980)
Decentralisatienota. Den Haag: ministerie van Binnenlandse Zaken, 1980.
- Boon von Ochssée en Bijker (1995)
Boon von Ochssée, G., en H. Bijker. Beleidsonderzoek welzijn ouderen 1993; sectie Welzijn ouderen. Rijswijk: Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector, 1995.
- CBS (1995)
Welzijn ouderen 1993. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek (i.s.m. VOG), 1995 (Sociaal-culturele berichten 9).
- CBS (1996)
Gebruikershandboek EBB-Ouderen 1995/1996, delen 1 en 2 (incl. vragenlijst). Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- Cox (1993)
Cox, S.J. (red.). Bloemen of steun - beschouwingen over mantelzorg. Tilburg: PON, 1993.
- Van Daal en Gorter (1995)
Daal, H.J. van, en K. Gorter. Gehandicapte allochtonen in Nederland: onderzoeksbevindingen, leemtes, onderzoeksmogelijkheden. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1995.
- Drost (1994)
Drost, C. Een gemeentelijk loket voor de zorg - centrale intake-indicatiestelling en toewijzing. In: Handicap en beleid (1994) 3 (24-25).
- Fleurke et al. (1997)
Fleurke, F. R. Hulst en P.J. de Vries. Een heuristiek voor decentralisatie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997 (publicatie in voorbereiding).
- Gehandicaptenraad (1995)
Eens maar zo nooit weer - een jaar ervaring met de WVG, een evaluatie vanuit het cliëntenperspectief. Utrecht: Gehandicaptenraad, 1995.
- Goudriaan et al. (1995)
Goudriaan, G., T. Kraan en N. de Boer (red.). Mantelzorgers steunen, waarom en hoe? Utrecht: NIZW, 1995.
- Helwegen-Blanksma en Govaart (1996)
Helwegen-Blanksma, A., en M.M. Govaart. 'Pijler van de organisatie krijgt geen hoge prioriteit'. Oudere vrijwilligers in de ouderenzorg zijn een investering waard. In: Senior (1996) 9 (24-27).
- Homminga (1994)
Homminga, A. Van feit naar beleid? Een theoretisch en empirisch onderzoek naar de relatie tussen onderzoek en (welzijns)beleid. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1994 (SCP-stageverslag, niet gepubliceerd).
- Hortulanus (1993)
Hortulanus, R.P. (red.). Contouren van een nieuw lokaal welzijnsbeleid. Een discussie over vernieuwing. Den Haag: VUGA, 1993.
- IGZ (1995)
Gemeentelijke betrokkenheid bij collectieve preventie. Rijswijk: Inspectie voor de gezondheidszorg, 1995.
- Ipsos Facto/SGBO (1995)
Ipsos Facto/SGBO. Een verstrekkende wet. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten, eerste meting. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid/VUGA, 1995.
- Kodden en Meijer (1995)
Kodden, F., en J. Meijer. Zorgen voor samenhang. Een verkennende studie naar de samenwerkingsmogelijkheden tussen gemeenten en zorgverzekeraars in het ouderenbeleid. Utrecht: Rijksuniversiteit

- Utrecht, 1995.
- Korsten (1983)
 Korsten, A.F.A. Wat is goed genoeg? Benutting van onderzoek in overheidsbeleid. Amsterdam: Kobra, 1983.
- Kruiswijk (1996)
 Kruiswijk, P. 'Eigen' dagopvang of multicultureel? Dagvoorzieningen allochtone ouderen nader bekeken. In: *Leeftijd* (1996) 4 (29-31).
- Kwekkeboom (1994)
 Kwekkeboom, M.H. De rol van de gemeente in het ouderenbeleid. Een verkennende studie naar het ouderenbeleid van lokale overheden. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1994 (Cahier 107).
- Kwekkeboom (1995a)
 Kwekkeboom, M.H. Handboek lokaal ouderenwerk. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 1995 (hoofdstuk D.1.6 Informele zorgverlening).
- Kwekkeboom (1995b)
 Kwekkeboom, M.H. Ouderenbeleid. In: *Welzijnsbeleid en -wetgeving, losbladig handboek*. Den Haag: VUGA, 1995 (hoofdstuk E.5).
- Kwekkeboom (1996a)
 Kwekkeboom, R. Grotere rol voor de gemeente in het ouderenbeleid? In: *Sociaal bestek* 58 (1996) 1 (2-4).
- Kwekkeboom (1996b)
 Kwekkeboom, R. Samen op weg naar een geïntegreerde indicatiestelling. In: *Sociaal bestek* 58 (1996) 4 (13-15).
- Lammerts en Raspe (1994)
 Lammerts, R., en A. Raspe. Lokale platforms van mensen met een lichamelijke handicap. Praktijken van strategisch handelen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1994.
- Mantel (1994)
 Mantel, A.F. Invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten. Een empirisch onderzoek onder gemeenten. Den Haag: Swoka, 1994 (Rapport 161).
- Mechelen (1993)
 Mechelen, P. van. De cirkel doorbroken. Activiteiten voor allochtone ouderen op het terrein van zorg en welzijn. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn (NIZW), 1993.
- Merens (1995)
 Merens, J.G.F. Interimrapportage allochtone ouderen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1995 (Werkdocument).
- Niggebrugge en Kwekkeboom (1997)
 Niggebrugge, F.D.E., en M.H. Kwekkeboom. Onderzoeksverantwoording OGB. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (publicatie in voorbereiding).
- Oijen (1988)
 Oijen, P.M.M. van. Beleid voor kennis-bijdrage tot een methodologie van de vraag. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel, 1988. In: A. Homminga. Van feit naar beleid? Een theoretisch en empirisch onderzoek naar de relatie tussen onderzoek en (welzijns-)beleid. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1994 (SCP stageverslag, niet gepubliceerd).
- ODO (1991)
 Projectgroep Onderzoek demonstratieprojecten ouderenzorg. Demonstratieprojecten in de ouderenzorgevaluatie van zes projecten in het kader van het substitutiebeleid. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen, 1991.
- Van der Pennen et al. (1995)
 Pennen, A.W. van der, et al. Welzijnsbeleid in de lokale samenleving: een verkennende studie in drie gemeenten. Rapportage welzijnswerk 5. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1995 (Cahier 119).
- RIGO/VROM (1996)
 Marktmonitoring lokale praktijk ouderenhuisvesting, IVH-projectnummer DB96/4, DT project marktmonitoring marktdiensten. Amsterdam/Zoetermeer: RIGO Research en Advies/ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, 1996.
- SCP (1990)
 Sociaal en Cultureel Rapport 1990. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1990.
- SCP (1993)
 Welzijnsbeleid in de lokale samenleving. Onderzoekskader rapportage welzijnsbeleid en welzijnswerk. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1993 (Werkdocument).
- SCP (1994)
 Sociaal en Cultureel Rapport 1994. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994.

- SCP (1995)
 Sociale en Culturele Verkenningen 1995. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1995.
- SCP (1996)
 Werkprogramma 1996-1997. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996.
- Spit (1996)
 Spit, J. Onderzoeksverantwoording AVO'95. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996 (Werkdocument).
- Staatsblad (1987)
 Wet van 14 februari 1987, houdende regelen ten aanzien van de beleidsvorming en de uitvoering en bekostiging van voorzieningen op het terrein van het maatschappelijk en sociaal-culturele welzijn (Welzijnswet). Staatsblad (1987) (73).
- Staatsblad (1994)
 Wet van 2 juni 1994, houdende regels met betrekking tot aspecten van het welzijnsbeleid (Welzijnswet 1994). Staatsblad (1994) (447).
- Staatsblad (1996a)
 Wet van 29 februari 1996, houdende regels ter bevordering van de medezeggenschap van de cliënten van uit collectieve middelen gefinancierde zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen). Staatsblad (1996) (204).
- Staatsblad (1996b)
 Besluit van 15 november 1996, houdende regeling van de indicatiebeoordeling bij verpleging en verzorging en wijziging van enige besluiten in verband met de Overgangswet verzorgingshuizen (Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging) Staatsblad (1996) (563).
- Timmermans (1992)
 Timmermans, J.M., m.m.v. A. de Boer. Rapportage ouderen (proefnummer). Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1992 (Cahier 91).
- Timmermans (1994a)
 Timmermans, J.M. Rapportage ouderen 1993. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 106).
- Timmermans (1994b)
 Timmermans, J.M., m.m.v. I.K. Schoemakers-Salkinoja, J.S.J. de Wit en J.G.F. Merens. Rapportage gehandicapten. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 114).
- Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1996)
 Timmermans, J.M. en I.K. Schoemakers-Salkinoja. Rapportage gehandicapten 1995. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996 (Cahier 128).
- Timmermans (1997)
 Timmermans, J.M. (red.), Rapportage ouderen 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1997 (Cahier 135).
- TK (1988/1989)
 Wet collectieve preventie volksgezondheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1988/1989, 20977, nrs. 1-3.
- TK (1990/1991)
 Ouderen in tel. Oud zijn of oud worden. Beeld en Beleid rond ouderen 1990-1994. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990/1991, 21814, nrs. 1-2.
- TK (1992/1993)
 Wet voorzieningen gehandicapten. Regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten. Tweede Kamer, vergaderjaar 1992/1993, 22815, nrs. 1-3.
- TK (1994/1995a)
 Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal actieprogramma. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24319, nrs. 1-2.
- TK (1994/1995b)
 Modernisering ouderenzorg. Brief van de staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24333, nr. 1.
- TK (1994/1995c)
 De perken te buiten. Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid, 1995-1998. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24170, nr. 1-2.
- TK (1995/1996a)
 Het onderbrengen van de zorg, bestaande uit duurzaam verblijf en verzorging in een bejaardenoord, in de aanspraken op grond van de Algemene wet bijzondere ziektekosten en tijdelijke regeling van de subsidiëring van de bejaardenoorden door de Ziekenfondsraad (Overgangswet bejaardenoorden). Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24606, nrs. 1 e.v.

- TK (1995/1996b)
Kabinetsstandpunt evaluatie Wet voorzieningen gehandicapten. Brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24170, nr. 5.
- TK (1995/1996c)
Indicatiestelling in de zorg. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24608, nr. 1.
- TK (1996/1997)
Actualisatie meerjarenprogramma interdepartementaal gehandicaptenbeleid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 24170, nr. 16.
- VNG (1994)
Ouderen wonen met toekomst (overzichtspublikatie en themapublikaties ouderenhuisvesting). Den Haag: Vereniging van Nederlandse gemeenten, 1994.
- VOG (1996)
Een versleten jas? Ondersteuning van mantelzorgers door het welzijn ouderen en het algemeen maatschappelijk werk. Rijswijk: Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector, 1996.
- VROM (1993)
Circulaire betreffende tijdelijke regeling geldelijke steun liftplaatsing bij bestaande woongebouwen. Zoetermeer: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, 1993 (MG 93-04).
- VROM (1996)
Circulaire betreffende wijziging tijdelijke regeling geldelijke steun liftplaatsing bij bestaande woongebouwen. Zoetermeer: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, 1996 (G 95-36).
- VWS (1994)
Naar eigen vermogen. Welzijnsnota 1995-1998, Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1994.
- WCV (1983)
Flankerend bejaardenbeleid. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1983.
- WVC (1994)
Ouderenzorg met toekomst. Advies van de Commissie modernisering ouderenzorg. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994 (incl. achtergrondstudies)

LIJST VAN AFKORTINGEN

AAW	Algemene arbeidsongeschiktheidswet
ABW	Algemene bijstandswet
AVO	Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (databestand)
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
EBO	Enquête beroepsbevolking - ouderen (databestand)
GAK/GMD	Gemeenschappelijk administratiekantoor/ gemeenschappelijke medische dienst
GGD	Gemeenschappelijke (of gemeentelijke) gezondheidsdienst
OGB	Ouderen- en gehandicaptenbeleid (databestand)
VNG	Vereniging van Nederlandse gemeenten
VOG	Vereniging van ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector
WBO	Wet op de bejaardenoorden
WGR	Wet gemeenschappelijke regelingen
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
ZVN	Zorgvoorzieningen Nederland



PUBLICATIES VAN HET SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU

Werkbericht

Het Werkbericht geeft een kort overzicht van de werkzaamheden en de recente publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het verschijnt enkele malen per jaar en is gratis verkrijgbaar. Abonnementen op het Werkbericht kunnen schriftelijk worden aangevraagd.

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (1996-1997) is gratis verkrijgbaar en kan schriftelijk worden aangevraagd.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau, die tevens verkrijgbaar zijn bij de boekhandel. Een complete publicatielijst is gratis verkrijgbaar en kan schriftelijk worden aangevraagd bij het SCP: Postbus 37, 2280 AA Rijswijk.

Sociale en Culturele Rapporten (ook verkrijgbaar in het Engels)

Sociaal en Cultureel Rapport 1990. ISBN 90-5250-300-1 (*f* 30,00)

Sociaal en Cultureel Rapport 1992. ISBN 90-5250-316-8 (*f* 30,00)

Sociaal en Cultureel Rapport 1994. ISBN 90-5250-617-5 (*f* 85,00)

Sociaal en Cultureel Rapport 1996. ISBN 90-5250-920-4 (*f* 88,00)

Sociale en Culturele Studies

15 Consumptie van kwartaire diensten. (1992) ISBN 90-5250-314-1 (*f* 40,00)

16 Social and Political Attitudes in Dutch Society. (1993)

ISBN 90-5250-337-0 (*f* 40,00)

17 Kosten van kennis. (1993) ISBN 90-5250-340-0 (*f* 40,00)

18 Milieuheffingen en consument. (1993) ISBN 90-5250-604-3 (*f* 40,00)

19 Secularisatie in Nederland, 1966-1991. (1994) ISBN 90-5250-608-6
(*f* 40,00)

20 Kantelend bestuur. (1994) ISBN 90-5250-609-4 (*f* 40,00)

21 Van misdaad tot straf. (1994) ISBN 90-5250-620-5 (*f* 58,00)

22 Tijdsopnamen. (1995) ISBN 90-5250-909-3 (*f* 48,00)

23 Leesgewoonten. (1996) ISBN 90-5250-915-8 (*f* 60,00)

Cahiers

- 108 Informele zorg: een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen. (1994) ISBN 90-5250-611-6 (f 30,00)
- 109 Evaluatie sociale vernieuwing: het eindrapport. (1994) ISBN 90-5250-612-4 (f 30,00)
- 110 Civil society. Civil society en vrijwilligerswerk I (1994) ISBN 90-5250-613-2 (f 30,00)
- 111 Maatschappelijke participatie in een middelgrote stad. Civil society en vrijwilligerswerk II. (1994) ISBN 90-5250-614-0 (f 24,00)
- 112 Sociale en Culturele Verkenningen 1994. (1994) ISBN 90-5250-615-9 (f 24,00)
- 113 Rapportage jeugd 1994. (1994) ISBN 90-5250-616-7 (f 34,00)
- 114 Rapportage gehandicapten. (1994) ISBN 90-5250-619-1 Prijs (f 39,00)
- 115 Het lokale profiel. (1994) ISBN 90-5250-901-8 (f 39,00)
- 116 Profijt van de overheid III. (1994) ISBN 90-5250-902-6 (f 39,00)
- 117 Podia in een tijdperk van afstandsbediening. Het culturele draagvlak deel 1. (1995) ISBN 90-5250-904-2 (f 34,00)
- 118 Sociale atlas van de vrouw. Deel 3 Allochtone vrouwen. (1995) ISBN 90-5250-905-0 (f 39,00)
- 119 Welzijnsbeleid in de lokale samenleving; een verkennende studie in drie gemeenten. Rapportage welzijnswerk deel 5. (1995) ISBN 90-5250-906-9 (f 39,00)
- 120 Sociale en Culturele Verkenningen 1995. ISBN 90-5250-907-7 (f 24,00)
- 121 Processen van schaalvergroting in het onderwijs; een tussenstand. (1995) ISBN 90-5250-908-5 (f 34,00)
- 122 Inkomensgevolgen van het Regeerakkoord 1994-1998. (1995) ISBN 90-5250-910-7 (f 24,00)
- 123 Rapportage minderheden 1995. Concentratie en segregatie. (1995) ISBN 90-5250-911-5 (f 48,00)
- 124 Publieke opinie en milieu. (1996) ISBN 90-5250-912-3 (f 35,00)
- 125 Patiënt en professie. (1996) ISBN 90-5250-913-1 (f 35,00)
- 126 De beklemde stad. (1996) ISBN 90-5250-914-X (f 30,00)
- 127 Milieurelevant consumentengedrag. (1996) ISBN 90-5250-916-6 (f 35,00)
- 128 Rapportage gehandicapten 1995. (1996) ISBN 90-5250-917-4 (f 35,00)
- 129 Sociale en Culturele Verkenningen 1996. (1996) ISBN 90-5250-918-2 (f 35,00)
- 130 Welzijn en sociale vernieuwing. (1996) ISBN 90-5250-919-0 (f 35,00)
- 131 Zuinig op zorg. (1996) ISBN 90-5250-921-2 (f 40,50)
- 132 Het onderste kwart. (1996) ISBN 90-5250-922-0 (f 45,50)
- 133 Rapportage minderheden 1996. (1996) ISBN 90-5250-923-9 (f 45,50)
- 134 Het ziekenfonds, waar ligt de grens? (1997) ISBN 90-5250-924-7 (f 36,00)
- 135 Rapportage ouderen 1996. (1997) ISBN 90-5250-925-5 (f 41,50)
- 136 Het gedeelde erfgoed. Het culturele draagvlak deel 3. (1997) ISBN 90-5250-926-3 (f 36,00)
- 137 Maatschappelijke organisaties, publieke opinie en milieu (1997) ISBN 90-5250-927-1 (f 36,00)
- 138 De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten (1997) (voorheen Rapportage welzijnswerk: dl. 6) ISBN 90-5250-928-X (f 36,00)