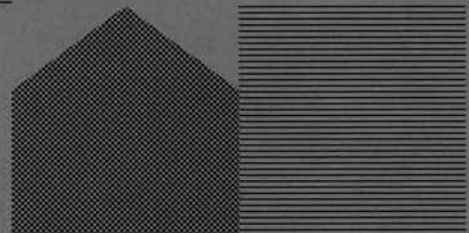
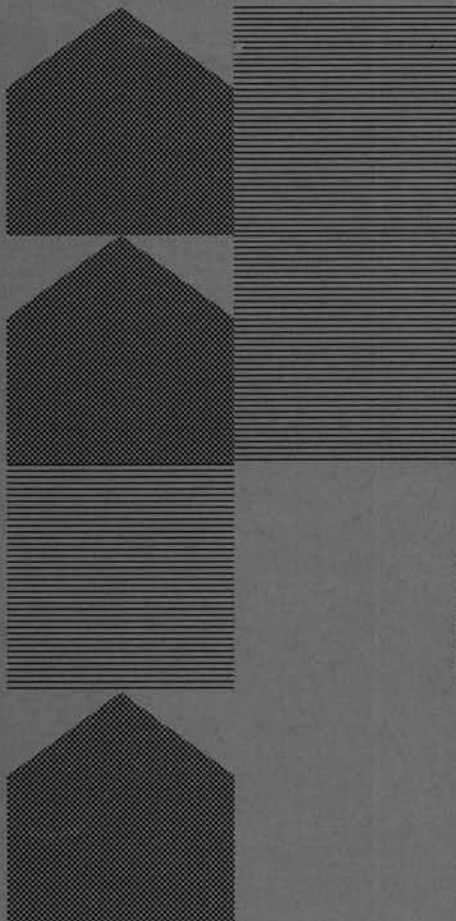


GEHANDICAPTENZORG EN HUISVESTING
Haalbaarheidsonderzoek vraaggestuurd beleid

P.P.J. Houben
H. Priemus

m.m.v. V. Gruis



98-11

DELFT UNIVERSITY PRESS

AR 2

099571
W

(a.a.)

VB

GEHANDICAPTENZORG EN HUISVESTING
Haalbaarheidsonderzoek vraaggestuurd beleid



Bibliotheek TU Delft



C 3024673

8504
541G

Onderzoeksinstituut OTB
Technische Universiteit Delft
Thijsseweg 11, 2629 JA Delft
Tel. (015) 278 30 05
Fax (015) 278 44 22
E-mail mailbox@otb.tudelft.nl
<http://www.otb.tudelft.nl>

GEHANDICAPTENZORG EN HUISVESTING

Haalbaarheidsonderzoek vraaggestuurd beleid

P.P.J. Houben
H. Priemus

m.m.v.
V. Gruis

De serie OTB-werkdocumenten wordt uitgegeven door:

Delft University Press
Mekelweg 4
2628 CD Delft
Tel. (015) 278 32 54
Fax (015) 278 16 61

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van:

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Utrecht

Het onderzoek is afgerond in april 1997

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Houben, P.P.J.

Gehandicaptenzorg en huisvesting. Haalbaarheidsonderzoek vraaggestuurd beleid /
P.P.J. Houben, H. Priemus m.m.v. V. Gruis - Delft : Delft University Press. - Ill. -
(OTB-werkdocument / Onderzoeksinstituut OTB, ISSN 1383-8017 : 98-11) Met lit.
opg.

ISBN 90-407-1680-3

NUGI 655

Trefw. : gehandicaptenzorg , huisvesting

Copyright © 1998 by Onderzoeksinstituut OTB

No part of this book may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm or any other means, without written permission from the publisher: Delft University Press, Mekelweg 4, 2628 CD Delft, The Netherlands.

INHOUD

1	INLEIDING: PROBLEEMSTELLING, UITGANGSPUNTEN EN OPZET VAN HET ONDERZOEK	1
1.1	Beleidsprobleem: behoefte aan vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector	1
1.2	Uitgangspunten van het onderzoek	2
1.3	Opzet van het onderzoek	7
2	INSTITUTIONELE LANDSCHAP, BELEIDSKADER EN STIMULANSEN VRAAGGESTUURD BELEID	9
2.1	Het institutionele landschap van de gehandicaptensector en de volkshuisvesting	9
2.2	Impulsen voor vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector	11
2.2.1	Inleiding	11
2.2.2	Meerjarenprogramma gehandicaptenbeleid (mei 1995)	11
2.2.3	Beleidsstoetsingskader heroverweging gehandicaptenzorg (mei 1996)	13
2.2.4	Actualisering "De perken te buiten" (september 1996)	16
2.2.5	Conclusies	17
2.3	Impulsen voor vraaggestuurd gehandicaptenbeleid in de volkshuisvesting	17
3	DEFINIËRING VAN VRAAG EN AANBOD IN VRAAGGESTUURD BELEID	21
3.1	Definiëring van de vraag	21
3.2	Definiëring van het zorgaanbod	23
3.3	Definiëring van ruimtes	25
4	DEMOGRAFISCHE PROGNOSES EN DAARUIT VOORTVLOEIENDE WONINGBEHOEFTE	27
4.1	Aantallen mensen met beperkingen en zelfstandigheid van de woonsituatie	27
4.2	Mogelijkheden voor het zelfstandig wonen	28
4.3	Prognoses en effecten van vergrijzing	29

5	LEERMOMENTEN VRAAGGESTUURD BELEID IN OUDERENZORG	31
5.1	Veranderende doelgroepen en woonzorgvormen	31
5.2	Beleidsimpulsen tot herstructurering ouderenhuisvesting	33
5.3	De functionele aanpak in ouderenzorg: kansen en bedreigingen	35
6	UITKOMSTEN GEPUBLICEERD ONDERZOEK VRAAGGESTUURD BELEID	39
6.1	Indicaties huisvestingslast	39
6.1.1	Macrobudget voor zorg	39
6.1.2	Inkomen en bestedingsruimte gehandicapten	42
6.1.3	Kosten huisvestingscomponent en indicatie huisvestingslast	43
6.2	Wensen en behoeften verstandelijk gehandicapten	44
6.3	Stand van zaken lopend onderzoek naar scheiden van wonen en zorg	45
7	WENSELIJKHEDEN EN MOGELIJKHEDEN VOOR VRAAGGESTUURD BELEID	49
7.1	Stand van zaken denken vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector	50
7.2	Suggesties voor de implementatie van vraaggestuurd beleid	53
7.3	Wenselijk vervolgonderzoek vraaggestuurd beleid	58
	LITERATUUR	61

INLEIDING: PROBLEEMSTELLING, UITGANGSPUNTEN EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

1.1 Beleidsprobleem: behoefte aan vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector

In de geledingen van de VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) zijn uitgangspunten geformuleerd voor een nieuwe benadering van het wonen van mensen met een verstandelijke handicap (Somma, e.a., 1995). Centrale uitgangspunten zijn:

- het recht op gewoon wonen (vergelijkbaar met "normale huisvesting");
- vrijheid van keuze tussen verschillende combinaties van wonen en zorg;
- vraaggerichte zorg- en dienstverlening;
- in staat zijn tot maatschappelijke participatie en daarbij horende rechten en plichten; van belang daarvoor zijn:
 - regelmatige dagelijkse activiteiten, werk;
 - sociale ondersteuning;
 - voldoende materiële en financiële middelen voor een zinvolle levensinvulling en maatschappelijke participatie;
 - een prettige sociale leefsituatie (VGN, 1996a).

Deze uitgangspunten dienen te resulteren in:

- adequate informatievoorziening;
- vraagverduidelijking om wensen goed in kaart te brengen en te relateren aan het beschikbare aanbod, eventueel met steun van een zorgconsulent;
- (onder)scheiden van huisvesting en zorg zoals iedere Nederlander dat kan: huisvesting conform de normale kwaliteit dient uit het eigen inkomen te kunnen worden gefinancierd, woningaanpassing uit de WVG (Wet Voorzieningen Gehandicapten) of ZFR (Ziekenfondsraad) en zorg uit een persoonlijk budget vanuit de AWBZ;
- afstemming van een aanbod van combinaties van woon- en zorgfuncties op de vraag;
- zeggenschap bij bouwplannen en zorg;
- betaalbare huisvesting.

Deze uitgangspunten kunnen worden overkoepeld door het begrip "vraaggestuurd

beleid". Gezien de financiering en regelgeving van intramurale zorg is het "(on)dscheiden van wonen en zorg" de meest cruciale en de meest ingewikkelde opgave. Het "scheiden van wonen en zorg" impliceert het buiten de AWBZ brengen van het onderdeel verblijf en gaat verder dan het "onderscheiden van verblijf en zorg" binnen de kaders van de AWBZ. Immers, de eerste optie betekent dat er sprake is van "wonen", wat andere eisen stelt dan verblijf (VGN, 1996a).

De VGN heeft aan het OTB de opdracht gegeven om een verkennend onderzoek in te stellen naar de haalbaarheid van een dergelijk vraaggestuurd beleid met name wat betreft het (on)dscheiden van wonen en zorg.

Het haalbaarheidsonderzoek kent de volgende beleidsprobleemstelling:

In hoeverre is het mogelijk en gewenst om een scheiding in huisvesting en zorg door te voeren als middel om in de huisvesting en zorg voor gehandicapten een vraaggestuurde benadering tot stand te brengen?

Deze probleemstelling mondt uit de drie onderzoeksvragen:

- (1) Wat is de stand van zaken met betrekking tot het denken over vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector?
- (2) Welke suggesties voor beleid terzake kunnen worden geformuleerd?
- (3) Welke vervolgonderzoek naar vraaggestuurd beleid is wenselijk?

1.2 Uitgangspunten van het onderzoek

Inleiding

Ieder onderzoek gaat uit van bepaalde uitgangspunten. Voor het beoordelen van de relevantie en aanpak van het onderzoek is het zinvol deze te expliciteren.

In dit haalbaarheidsonderzoek wordt van de volgende uitgangspunten uitgegaan:

1. rationaliteit in beleidsvorming en -bepaling;
2. sporen met actuele opvattingen over modernisering van verzorgingsstaatarrangementen;
3. functionele aanpak van problemen.

Aan de hand van een beknopte literatuurstudie wordt de relevantie van deze 3 uitgangspunten voor de gehandicaptensector nader onderbouwd. Aan het einde van deze paragraaf worden de resultaten van deze exercitie samengevat in een aantal conclusies.

Rationaliteit in beleidsvorming en -bepaling

Voorzover bekend is alleen in het proefschrift van Bij de Vaate een beleidskundige analyse te vinden van de wijze waarop beleid in de gehandicaptensector tot stand komt (Bij de Vaate, 1991). Dit proefschrift heeft betrekking op de jaren tachtig. Bij de Vaate constateert dat in de jaren tachtig de beleidsontwikkeling een incrementeel karakter draagt. Dat wil zeggen dat het beleid sluipenderwijs uitdijt zonder dat op gezette tijden het gehele beleidsterrein doorgelicht wordt en waar nodig uitgezuiverd ingeval van niet

meer bij de tijd zijnde taken en oplossingen. Het incrementele blijkt uit het gegeven, dat de sector een onvoldoende op elkaar afgestemd twee-sporenbeleid kent. Het ene spoor betreft algemene uitspraken van de overheid op hoofdlijnen. Het ander betreft operationeel beleid van individuele instellingen over (ver-)nieuwbouw, innovaties e.d.. Dit operationele beleid past volgens Bij de Vaate slechts gedeeltelijk in het eerste spoor i.c. de hoofdlijnen van het beleid.

Het eerste spoor gaat vanaf het begin van de jaren tachtig uit van de centrale thema's "verschuivingen van intra- naar extramurale zorg" en "kleinschaligheid". Pogingen om onderwerpen die in deze thema's pasten, op de agenda te zetten, werden in de regel in gang gezet door het particulier initiatief en daarbij ondersteund door het parlement. De operationalisering in de vorm van uitgewerkte beleidsvoorstellen door het ministerie vond slechts op beperkte schaal plaats. Beleidskundig gezien had verwacht mogen worden dat de centrale beleidsthema's nader waren uitgewerkt in concrete doelstellingen en na te streven wenselijk geachte situaties, de daarvoor benodigde middelen en een planning. Mogelijke verklaringen voor het ontbreken van een dergelijke aanpak in de jaren tachtig zijn:

- dat in de jaren tachtig het saneren van de overheidsfinanciën haaks stond op de extra kosten die gemoeid zijn met de omslag naar kleinschaligheid;
- dat bureaucratie-logica en spanningen tussen het (voormalige) ambtelijke apparaat van VOMIL dat zich bezig hield met de traditionele "inrichtingen en het (voormalige) CRM onderdeel dat de nieuwere "woonvoorzieningen" onder zich had, verhinderden dat snel tot het vervaardigen van operationele beleidsvoorstellen kon worden overgegaan;
- dat een bezuinigende DGVH (binnen VROM) niet stond te springen om extra commitment in de volkshuisvestingssfeer (hogere IHS-uitgaven, grotere behoefte aan woningen, met name in de sociale sector) te accepteren;
- dat de verlangde wijziging een te complexe beleidsoperatie is, zodat alleen marginale beleidswijzigingen haalbaar zijn.

Op het tweede spoor zijn de beleidsinitieërende activiteiten van het particuliere initiatief dominant mede doordat de rijksoverheid geen duidelijk operationeel kader schept en er sprake is van "open doelen". Het rijksbeleid lijkt vooral bezig met wachtlijst- en budgetperikelen, terwijl de instellingen zich, veelal gesteund door lagere overheden en lokale fondsen, een bepaalde mate van beleidsruimte hebben toegeëigend. Zij hebben aan de kleinschaligheidsgedachte een eigen interpretatie gegeven en het beleidsinhoudelijke vacuüm aangegrepen om alvast beleidsuitvoerende activiteiten te ontplooiën. Anders gezegd, de implementatie ging voor een aantal onderdelen vooraf aan het formuleren van beleid.

Ook de beleidsevaluatie in de sector is gebrekkig. In de jaren tachtig heeft geen beleidsevaluerend onderzoek plaatsgevonden. De overheid houdt vooral voeling door werkbezoeken en inspectie. Uit de door de overheid gevraagde statistische gegevens worden vooral wachtlijstcijfers gebruikt. Onderzoek ten behoeve van de behoeftebepaling heeft niet plaatsgevonden. Opvallend is dat in de jaren tachtig (en ook recentelijk weer in het najaar van 1996) Kamerleden met opmerkelijke uitspraken de aandacht vestigen op onvoldoende voortgang in het wegwerken van de lange wachtlijsten.

Een voorlopige conclusie die lezing van het proefschrift oproept, is dat structuur en cultuur van de beleidsvorming in de gehandicapten gedurende de jaren tachtig weinig gunstig lijken voor het entameren van onderzoek ten behoeve vraaggestuurd beleid. De in deze verkenning uit te voeren analyse van het institutionele landschap en vigerende beleid zal moeten uitwijzen of en zo, ja welke verandering er in de jaren negentig is opgetreden.

Sporen met actuele opvattingen over modernisering verzorgingsstaatarrangementen

In tegenstelling tot de gehandicaptensector is de volkshuisvesting transparanter. Daarvoor was wel een grote politieke druk nodig. Het was de parlementaire enquête naar bouwsubsidies in de tweede helft van de jaren tachtig, welke de volkshuisvesting noopte tot transparantie en -zoals we dat nu in de jaren negentig noemen- modernisering van beleid. De eind jaren tachtig uitgebrachte nota "Volkshuisvesting in de jaren negentig" gaf de stoot aan een omslag in beleidsdoelen en -middelen en leidde tot een transformatie van het institutionele landschap. Ook weer door grote politieke druk is het intersectorale beleidsterrein ouderenzorg en huisvesting in de jaren negentig op de schop genomen. De in 1993 gestarte beleidsoperatie "modernisering ouderenzorg" bevindt zich thans in een stadium van implementatie.

In het huidige politieke en maatschappelijke klimaat in Nederland is "modernisering" overigens een sleutelbegrip. De term duikt in allerlei beleidssectoren op wanneer de bemoeienis van de overheid op het betreffende beleidsgebied fundamenteel ter discussie gesteld wordt. In het algemeen lijkt in een moderniseringsoperatie het beleid een zodanige nieuwe richting in te slaan dat het oude beleidssysteem afgebroken zou kunnen worden. In werkelijkheid manifesteert modernisering zich in paradoxale tendensen van enerzijds vormgeving van een nieuw streven en anderzijds een aanpassing van een reeds bestaande beleidsaanpak.

De aanleiding voor vernieuwing is vaak de waarneming van verhoudingsgewijze sterk gestegen en in de toekomst verder te stijgen collectieve uitgaven. Aan deze constatering wordt tegelijkertijd de stellingname verbonden dat bezuinigingen onvermijdelijk zijn. Andere kostendragers dan de overheid, zo wordt dan gesteld, dienen een grotere bijdrage te leveren aan de financiering. Meestal is het vergroten van het zelfvoorzienend vermogen van de sector een belangrijk element in de toekomstvisie op modernisering van een sector. Daarmee wordt tevens ideologisch afscheid genomen van de verzorgingsstaat die tot te weinig initiatiefrijk opereren van onderdanen en maatschappelijk middenveld zou hebben geleid. Door te decentraliseren en te privatiseren wordt tegemoet gekomen aan het probleem van het verloren zicht op de lokale situatie.

Technologische ontwikkeling en welvaarts-groei bij werkenden in economisch florerende sectoren dragen bij aan het permanent stijgen van eisen aan producten en diensten in de collectieve sector. De neiging bestaat de kwaliteitsstijging sociaal gedifferentieerd toe te delen. Voor mensen met een lager inkomen is slechts een sober pakket beschikbaar en voor mensen met een hoger inkomen een uitgebreider pakket. Mede vanwege de versterking van de marktwerking en daardoor van de onderlinge concurrentie in de collectieve sector zijn innovaties en kwaliteitszorg belangrijke bronnen van modernisering geworden.

Een belangrijke uitdaging bij modernisering is hoe om te gaan met de paradox van het gelijktijdig streven zowel aan de ongelijkheid van individuen en situaties en de verlangde pluriformiteit van opvattingen recht te doen als aan bijvoorbeeld het beginsel van rechtsgelijkheid. Zo wordt bijvoorbeeld in de gemoderniseerde sector volkshuisvesting een onderscheid gemaakt tussen wie wel en wie niet tot de doelgroep van beleid behoort en welke bandbreedte aan kwaliteit en huur voor deze doelgroep beschikbaar is. Verder worden nog andere bijzondere aandachtsgroepen onderscheiden waarvoor speciale maatregelen gelden. Deze differentiatie kan een bedreiging inhouden voor de traditionele brede maatschappelijke aanpak van de Nederlandse volkshuisvesting. Hetzelfde gaat zich voordoen in de ouderenzorg waar modernisering het probleem van de twee-deling oproept. De vraag is dan ook of modernisering zo te sturen is dat deze een bijdrage vormt aan maatschappelijke vernieuwing en niet mensen marginaliseert.

Functionele aanpak van problemen

De hedendaagse modernisering in Nederland verschilt met het veranderingsproces met dezelfde naam in de jaren vijftig en zestig. Die stond destijds in het teken van industrialisering en stijging van welvaart en massaconsumptie. Nu gaat het om aanpassingen van de maatschappij, bedrijfsleven en verzorgingsstaat aan verschijnselen als globalisering, informatisering en individualisering. Ondanks deze verschillen is er wel de gelijkblijvende tendens van het toepassen van de functionele aanpak in de oplossing van problemen. Deze aanpak houdt in dat een probleem dat om een oplossing vraagt, wordt benoemd en dat vervolgens nagegaan wordt welke interventies en hulpmiddelen leiden tot de meest effectieve oplossing. Deze functionele aanpak begon in de verlichting toen kennis en technologie steeds meer het handelen van mensen is gaan bepalen en vormde zo een van de kernelementen van het lange- termijnsverschijnsel modernisering in westerse landen.

Kenmerkend van de functionele aanpak is het doelgerichte van handelingen en in te zetten middelen. Deze functionele aanpak is al langer gemeengoed op technologie gebaseerde werkprocessen, zoals bijvoorbeeld in het medisch-specialistisch handelen in de gezondheidszorg. Mede doordat steeds meer mensen met een handicap, chronische ziekte en zorgvraag thuis blijven wonen, wordt de woon- en thuiszorgsituatie steeds meer object van professioneel handelen en derhalve van een functionele benadering. In de volkshuisvesting bijvoorbeeld zijn de ontwikkeling van ruimtelijke functieprogramma's voor mensen met een handicap en daaruit af te leiden regels voor aanpasbaar bouwen en het "opplussen" van de voorraad een belangrijke stap vooruit (R. Scherpenisse, 1996; TK 1995-1996, 24 508, nr. 3). De functionele benadering begint de laatste decennia door te dringen in beleid en praktijk van de zorg onder het motto "zorg op maat". Een belangrijk aspect van de functionele aanpak in de zorg is dat de functies in de zorg steeds meer ruimtelijk ontkoppeld worden van de intramurale zorgvoorziening en op een logistieke manier o.a. aan huis of in aanleunwoningen kunnen worden aangeboden (B. van de Donk e.a., 1992). Het beleidsthema scheiden van wonen en zorg is een goed voorbeeld, alsmede alle innovaties die er toe leiden dat zorg afgestemd wordt op individuele behoeften en wensen. Dankzij de verdere professionalisering van de zorg wordt de functiedifferentiatie verder gestimuleerd. Zo zijn de laatste jaren

bijvoorbeeld in de ouderenzorg rondom "de vraag" nieuwe functies ontstaan. Deze hebben geleid tot nieuwe beroepen als ouderenadviseur en zorgcoördinator en nieuwe organisaties rondom het "ene loket".

Naast verdere functiedifferentiatie in werkprocessen ontstaan ook steeds meer besluitvormingsniveaus om de diversiteit aan functies op elkaar te betrekken zodat een geïntegreerd aanbod ontstaat. Door allerlei maatschappelijke veranderingen neemt echter het aantal besluitvormingsniveaus toe. Naast een wellicht wat minder regelende centrale overheid stellen regionale en lokale overheden in het kader van decentralisatie steeds meer hun eigen regels. De introductie van het marktbeginsel, netwerking en de door instellingen zelf in te stellen kwaliteitszorg leiden tot evenzovele nieuwe inkaderingen. De functionele aanpak leidt in combinatie met de veranderingen in de aansturing van werkprocessen dan ook tot een ambivalente situatie. Enerzijds worden dankzij de dynamiek van toenemende functiedifferentiatie in werkprocessen steeds meer problemen aangepakt en opgelost, terwijl anderzijds steeds meer aansturingsniveaus ontstaan welke het combineren van functies tot een geïntegreerd aanbod beïnvloeden.

Naast deze economische en technologische veranderingen spelen bij de implementatie van de functionele aanpak sociaal-culturele elementen een rol. De belangrijkste is het verschijnsel dat ook wel wordt aangeduid met de term individualisering. Individualisering impliceert dat steeds meer maatwerk verlangd worden in tegenstelling tot de standaardproducten zoals die in de hoogtijdagen van de verzorgingsstaat aangeboden werden. Productdifferentiatie en flexibilisering van het dienstenaanbod worden steeds belangrijker zeker als de consument koopkracht heeft. Zoals individuele huursubsidie lagere inkomens meer mogelijkheden biedt een woning van eigen smaak en keuze te betrekken, zo geldt dat ook voor clientgebonden budget waar het gaat om zorg naar eigen wensen in te kopen. Individualisering veronderstelt vanwege de wenselijkheid van keuzemogelijkheden voor de cliënt niet alleen een functionele aanpak maar ook een benadering waarin ruimte is voor persoonlijke preferenties.

Conclusies

Samenvattend kan uit deze eerste verkenning het volgende worden geconcludeerd.

1. De toenemende functionele aanpak in werkprocessen in de caresector en de individualisering vormen belangrijke maatschappelijke impulsen tot vraaggestuurd beleid met name wat betreft het scheiden van wonen en zorg. De vooral door gezondheidszorginstellingen aangestuurde gehandicaptenzorg zal moeten worden omgebouwd tot een meer intersectoraal beleidsterrein, waarin zorg- en huisvestingsinstellingen op basis van gelijkwaardigheid samenwerken.
2. De operationalisering van vraaggestuurd beleid raakt de kern van het institutionele landschap en cultuur van de gehandicaptensector en het bestaansrecht van de meerderheid van in de sector werkzame semi- en intramurale instellingen, welke gefinancierd worden op basis van de koppeling van wonen en zorg. Om deze reden ligt het kleinschaligheidsstreven met name bij de zorgaanbieders meer voor de hand dan de implementatie van de functionele aanpak.

3. Gezien de populariteit en ingrijpendheid van moderniseringsoperaties in bijna alle beleidssectoren dient de sector eventuele politieke druk tot structurele verandering in de toekomst niet uit te sluiten en daarop te anticiperen met een inhoudelijke onderbouwing van vraaggestuurd beleid. Vanwege het ontbreken van politieke druk zal de gehandicaptensector vooral het eigen veranderingspotentieel dienen aan te boren bij het entameren van vraaggestuurd beleid.
4. Voorafgaand aan het entameren van vraaggestuurd beleid en het daarvoor in te stellen onderzoek is het van belang een inschatting te maken van het bestaande draagvlak en de benodigde verruiming ervan in de gehandicapten- en volkshuisvestingssector. Dat betekent dat gekoppeld aan een door onderzoek gevoed inhoudelijk traject er aandacht dient te zijn voor procesmatige kanten van de beoogde verandering.
5. Het is belangrijk om zowel vanuit de functionele aanpak een begrippenkader te ontwikkelen om de inhoud van vraaggestuurd beleid te kunnen formuleren als vanuit de situatiedefiniëring en -evaluatie door de persoon met een handicap.

1.3 Opzet van het onderzoek

Zoals uit het voorgaande bleek, is het implementeren van vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector een gecompliceerde aangelegenheid. Belangrijke deelvragen voor deze eerste verkenning naar de wenselijkheid en mogelijkheid tot vraaggestuurd beleid zijn:

- hoe ziet het institutionele landschap er uit en welke stimulansen voor veranderingen in het beleid met name op het gebied van meer vraaggestuurd beleid zijn er te onderkennen?
- welke inhoudelijke aanzet wordt in de sector aangetroffen om vanuit een functionele benadering vraag en aanbod te definiëren?
- wat kan op basis van demografische gegevens en onderzoeksmateriaal gezegd worden over de ontwikkeling van de vraag en met name de behoefte aan zelfstandig wonen?
- wat zijn belangrijke leermomenten uit het streven naar vraaggestuurd beleid in de ouderenzorg en -huisvesting?
- wat zijn de indicaties voor de hoogte van individuele huisvestingslast?
- in hoeverre wordt bij gehandicapten zelf de behoefte aan het scheiden van wonen en zorg aangetroffen?
- welke inzichten leveren de eerste onderzoeken naar het scheiden van wonen en zorg op?

De verkenning dient uit te monden in een voorstel voor de opzet van een hoofdonderzoek naar vraaggestuurd beleid. Vanwege vertraging in het beschikbaar komen van de rapportages van lopend onderzoek naar het scheiden van wonen en zorg is het laatste onderdeel minder uit de verf gekomen dan gepland. Gezien de relatief geringe omvang van de groep lichamelijk gehandicapten in intra- en semimurale instellingen ligt in de verkenning de nadruk op het beleid inzake mensen met een verstandelijke handicap.

De verkenning richtte zich op landelijke beleidsontwikkeling voorzover tot uiting komen in nota's van landelijke beleidsactoren met name VWS en koepels van aanbieders van zorg. Beleidsontwikkeling van de afzonderlijke instellingen bleef buiten beeld. De verkenning bestond uit de bestudering van beschikbare beleidsstukken en onderzoekrapportages, gesprekken met beleidsambtenaren, onderzoekers en VGN-vertegenwoordigers. Voorts zijn tijdens het onderzoek twee voortgangsverslagen en een concept-eindrapport uitgebracht en besproken met een begeleidingsgroep bestaande uit:

- mw. drs. J. Bouw
- drs. H.B. Eijsink (tot januari 1997)
- mw. drs. T. Kösters
- mr. H.J. Oosterkamp (sinds januari 1997)

Wij zijn de begeleidingsgroep erkentelijk voor de stimulerende discussies.

In deze rapportage passeren in de volgende hoofdstukken de antwoorden op de hierboven geformuleerde deelvragen achtereenvolgens de revue. Hoofdstuk 2 beschrijft het institutionele landschap, het vigerende beleidskader en de daarin aan te treffen impulsen voor vraaggestuurd beleid. Hoofdstuk 3 gaat in op de definiëring van vraag en aanbod in vraaggestuurd beleid. Hoofdstuk 4 bespreekt beschikbare demografisch cijfermateriaal, prognoses en daaruit af te leiden woningbehoefte. Hoofdstuk 5 maakt een uitstap naar de ouderenzorg om daar leermomenten op het spoor te komen voor vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector. Vervolgens komen in hoofdstuk 6 uitkomsten van gepubliceerd onderzoek naar vraaggestuurd beleid aan de orde. Het slothoofdstuk geeft een samenvatting en analyse van het besproken materiaal alsmede een beschrijving van de contouren voor verder beleid en benodigd onderzoek, gericht op de operationalisatie van vraaggestuurd beleid.

INSTITUTIONELE LANDSCHAP, BELEIDS- KADER EN STIMULANSEN VRAAGGESTUURD BELEID

In dit hoofdstuk schetsen we eerst het institutionele landschap van de gehandicaptensector en de volkshuisvesting (zie par. 2.1). Daarna worden de documenten van het vigerende beleid voor de gehandicaptensector besproken en doorgelicht op impulsen en belemmeringen voor vraaggestuurd beleid (par. 2.2). Vervolgens worden stimulanzen en beperkingen voor vraaggestuurd beleid in het landelijk volkshuisvestingsbeleid aangegeven (par. 2.3).

2.1 Het institutionele landschap van de gehandicaptensector en de volkshuisvesting

Gehandicaptensector

De gehandicaptensector wordt aangestuurd door een combinatie van departementen en veldpartijen. VWS, VROM, OCW en SOZAWE zijn op rijksniveau voor de gehandicaptensector de belangrijkste beleidsactoren. Interdepartementale afstemming vindt plaats door de ISG (Interdepartementale Stuurgroep Gehandicaptenbeleid). Via de ISG overleggen de departementen met het particuliere initiatief. Het overleg met VWS verloopt via het Gestructureerde Overleg Gehandicaptenbeleid (GOG-VWS). Een andere structurele input van het beleid wordt verzorgd door adviesorganen in het kader van de AWBZ. Op dit moment zijn vooral van belang:

- Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening (gedeeltelijke opvolger van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV));
- ZiekenFondsRaad (ZFR);
- College van Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ);
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

Het veld omvat koepels aan vraag- en aanbodzijde. De consumentenzijde wordt vertegenwoordigd door:

- Landelijke Federatie Belangenverenigingen "Onderling sterk"
- FVO (Federatie van ouderverenigingen) waarbij aangesloten:
 - VOGG (Vereniging Ouders Geestelijke Gehandicapten);

- Philadelphia;
- Dit koningskind;
- Helpende Handen;
- WOI (Werkverband Ouders rond Internaten).

Aan de aanbodzijde zijn er de volgende overkoepelende organisaties:

- VGN (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland);
- SOMMA (Stichting Landelijk SamenwerkingsOrgaan Maatschappelijke Dienstverlening (koepel van SPD's);
- Nationaal Overlegorgaan Sociale Werkvoorziening.

Volkshuisvestingssector

Het institutionele landschap in de volkshuisvestingsfeer ziet er als volgt uit. Het rijksbeleid wordt voorbereid en uitgevoerd door het Directoraat-Generaal van de Volkshuisvesting (VROM) met regionale Inspecties van de Volkshuisvesting (IVH's). Op lokaal niveau is de gemeente de centrale actor, meer en meer in regionaal verband. De Vereniging Nederlandse Gemeenten behartigt de gezamenlijke gemeentebelangen. Er zijn drie sectoren: eigen woningen, commerciële huurwoningen en sociale-huurwoningen. Elke sector heeft eigen netwerken. In dit kader is vooral de sociale-huursector van belang. Hier hebben de woningcorporaties (ongeveer 800 stuks) een dominante positie; met de Nationale Woningraad en het NCIV als koepels. Aan de vraagzijde komen we de Woonbond tegen die tal van lokale huurdersorganisaties overkoepelt.

De financiering wordt vergemakkelijkt door het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) en het Centraal Fonds Volkshuisvesting (CFV), waardoor de risico's voor de geldverstrekker worden beperkt.

Een voorhoedefunctie binnen de volkshuisvesting wordt vervuld door de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting. In overleg met het departement van VROM worden innovatiethema's benoemd waar het veld met concrete projecten op kan intekenen. Binnen het kader van het experiment is vrijstelling van belemmerende regelgeving mogelijk. Voor de uitvoering van de projecten is een bescheiden subsidie mogelijk. Na realisering van een experiment vindt evaluatie plaats. De experimentele bewerking van een thema wordt afgerond met vormen van kennisoverdracht (studiedag, brochures e.d.) en een advies aan de minister(s) over eventuele bijstelling van het beleid. Sinds kort houdt de SEV zich bezig met de gehandicaptensector. In de notitie "Experimententema kleinschalig wonen met begeleiding en zorg" zijn de achtergronden en doelstellingen van het SEV-programma voor een drietal doelgroepen geformuleerd. Het gaat om:

- mensen met een verstandelijke handicap;
- dementerende ouderen;
- psychiatrische patiënten.

Deze oriëntatie op drie doelgroepen hangt samen met de missie van de SEV dat de voorzieningen voor al deze doelgroepen een zelfde omslag doormaken en gezamen-

lijk zouden kunnen profiteren van samenwerking op logistiek niveau. Bij dit laatste denkt men aan een zorg-steunpunt in de wijk van waaruit begeleiding en zorg op maat geboden kan worden aan verspreid liggende projecten voor genormaliseerd wonen van mensen uit de drie doelgroepen. Wel dient een oplossing te worden gevonden voor de acceptatie door de buurt van deze doelgroepen; dat geldt vooral voor de psychiatriepatiënten. In Vlaardingen loopt een experiment om een dergelijke geïntegreerde aanpak van de grond te krijgen.

2.2 Impulsen voor vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector

2.2.1 Inleiding

De in hoofdstuk 1 genoemde uitgangspunten (par. 1.2) bij het analyseren van het beleid spelen een belangrijke rol in het bestuderen van beleidsnota's van het departement.

De volgende beleidsstukken worden gezien op impulsen voor vraaggestuurd beleid:

- Meerjarenprogramma gehandicaptenbeleid (mei 1995);
- Beleidstoetsingskader heroverweging gehandicaptenzorg (mei 1996);
- Actualisering "De perken te buiten" (september 1996).

2.2.2 Meerjarenprogramma gehandicaptenbeleid (mei 1995)

De nota "De perken te buiten" (TK 1994-1995) van mei 1995 is als startpunt genomen om een beeld te krijgen van het vigerende beleidskader. Wat opvalt is dat de nota in nauwe samenwerking met het veld tot stand gekomen is en lijkt te sporen met opvattingen die in het veld leven. In ieder geval wordt een groot deel van het voorgestelde beleid gelegitimeerd door te verwijzen naar relevante bijeenkomsten, nota's en adviezen met name van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Een andere algemene indruk is dat het beleid nog zoekende is naar een helder begrippenkader om de omvang van verschillende doelgroepen adequaat te kunnen beschrijven. Het NRV advies "Tussen cure en care" waarin voor de ontwikkeling van een intersectoraal referentiekader wordt gepleit, wordt in de nota uitvoerig besproken en positief gewaardeerd (NRV, 1994). We komen op dit advies uitvoerig terug in hoofdstuk 3.

Ten slotte is opmerkelijk dat de voorgestelde koerswijziging op het gebied van de zorg lang niet die kracht heeft van wat in andere sectoren, bijvoorbeeld de ouderenzorg en sociale zekerheid, wordt aangeduid als "modernisering". Modernisering als beleidsoperatie is veelal een mix van budgetbeperking, bevordering van inhoudelijke vernieuwing en herordening van het institutionele landschap. De term modernisering komt in de nota voor wat betreft de zorg niet voor. Er is bovendien in strikte zin daartoe ook geen aanleiding omdat de druk op het budget relatief zwak is en van de aangekondigde "omslag" op het gebied van de zorgvoorzieningen gezegd wordt dat die geleidelijk gestalte dient te krijgen. Wel wordt gesignaleerd dat de verhoging van eigen bijdragen in de zorg voor mensen met een handicap gemakkelijk een cumulatief effect heeft en een aanslag pleegt op hun bestedingspatroon.

Tegenover een gematigde koerswijziging in de zorg staan ingrijpende maatregelen in het recente verleden op andere terreinen. De belangrijkste zijn die in de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW), Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO), voormalige Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG) en huidige Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Deze hebben voor een groot deel mensen met een handicap negatieve gevolgen gehad op het gebied van inkomen en vervoer. Echter, die operaties zijn al in gang gezet en de beleidsnota beschouwt die kennelijk als een gegeven.

Zoals gezegd kondigt de nota een geleidelijke omslag aan in het tot stand brengen van zorgvoorzieningen voor met name verstandelijk gehandicapten (TK 1994-1995). Van deze groep, totaal rond 100.000 personen, woont nu zo'n 45% in een intramurale instelling of semi-muraal gezinsvervangend tehuis, hetgeen blijkens internationale vergelijkingen als een veel te hoog percentage beschouwd wordt. Ondanks dat jonge ouders intra- en semi-murale voorzieningen niet wenselijk achten, slinken de wachtlijsten niet. Voor de grote groep mensen met een lichamelijke handicap (ongeveer 1,5 miljoen) speelt de noodzaak voor een beleidsomslag niet, omdat daarvan slechts een zeer klein deel verblijft in specifieke woonvormen (ongeveer 3.600 mensen).

Gezien grenzen aan de groei van het budget in de toekomst en een grotere behoefte aan keuzevrijheid, zelfstandig wonen en maatschappelijke participatie wordt een geleidelijke omslag naar een "vraaggericht zorgaanbod" nagestreefd. De eerste stap daarin is een "selectieve heroverweging" van tot begin 1996 ingediende aanvragen voor uitbreiding voor semi- en intramurale zorg. De heroverweging houdt in dat afgewezen worden plannen voor:

- semi- en intramurale voorzieningen welke niet expliciet zijn afgestemd op persoonlijke behoeften en de situatie van mensen met een handicap;
- woon- en dagvoorzieningen te bouwen op het terrein van intramurale instellingen;
- dagverblijven waarbij geen samenhang is met intramurale zorg of sociale werkvoorziening.

Verder wordt het voor de komende jaren beschikbare budgetaccres gereserveerd voor zorgvernieuwing. Deze zorgvernieuwing wordt blijkens de nota gezocht in:

- kleinschaligheid, wat blijkens een aantal nota's ook door het veld wordt gepropageerd; het meest operationeel is het voorstel van de VGN voor een vervanging van 30% van de totale capaciteit in een periode van 10 jaar; wel dienen er de nodige belemmeringen uit de weg geruimd te worden in de WZV, met name art. 3 waarin normen en voorschriften niet op kleinschaligheid zijn afgestemd; daarnaast is er een budgettair probleem als kleinschaligheid versneld zou worden ingevoerd;
- instelling van regionale zorgvernieuwingsfondsen gehandicapten, waarin een aantal bestaande vernieuwingsregelingen worden samengevoegd; door geleide-

lijk aan steeds meer middelen via dit fonds te laten lopen kan substitutie en transmurale zorg bevorderd worden;

- introductie van persoonsgebonden budgetfinanciering; hierdoor kan in principe zowel scheiden van wonen en zorg operationeel worden gemaakt voor bewoners van zorgvoorzieningen als opname worden voorkomen voor de thuiswonenden;
- onderzoek en experimenten om wonen en zorg te onderscheiden teneinde de afhankelijkheid van een zorgverlenende instelling te verminderen; vooral evaluatie van experimenten van de SEV en in Flevoland moet aanwijzingen geven over de mogelijkheden en eventuele implementatie.

Het geheel van de op vernieuwing gerichte maatregelen kan zeker worden beschouwd als een terugdringen van de dominantie van residentiële zorg ten gunste van meer zorg in kleinschalige en zelfstandig wonen-settings en meer mogelijkheden voor financiële sturing van het aanbod door de persoon met een handicap. Het operationaliseren van het scheiden van wonen en zorg wordt afhankelijk gesteld van de uitkomsten van experimenten. De rapportages daarover worden eind 1996/begin 1997 verwacht.

In de nota worden voor woonzorgvoorzieningen nog de volgende relevante punten behandeld:

- indicatiestelling: er dienen landelijke regels te komen voor indicatie over de normering van de zorgbehoefte naar aard en ernst en de ontwikkeling van een urgentiebepaling op basis van de opvang door het netwerk; gezien de gemeentelijke indicatie in het kader van de WVG en ouderenzorg ligt het voor de hand dat indicatie voor gehandicaptenzorg op het gemeentelijke niveau wordt gesitueerd. (N.B. Eind 1996 is besloten dat per 1-1-1998 indicatie voor gehandicaptenzorg door onafhankelijke indicatieorganen op gemeentelijk niveau zal plaatsvinden. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor organisatie, instandhouding en functioneren van onafhankelijke indicatieorganen);
- het in de toekomst te implementeren regionale zorgvernieuwingsfonds en regionale afstemming op andere werkvelden zoals de psychiatrie op basis van de WZV regio-indeling;
- kwaliteitszorg op basis van certificering.

Opvallend in deze punten is dat ze ook leiden tot een andere ordening in de gehandicaptenzorg. Enerzijds worden het lokale en regionale niveau belangrijk voor de toewijzing en allocatie van zorg. Anderzijds wordt aangestuurd op zelfordening op het gebied van de kwaliteitszorg.

2.2.3 Beleidsvoetingskader heroverweging gehandicaptenzorg (mei 1996)

Als vervolg op de in "De perken te buiten" aangekondigde heroverweging van in 1995 ingediende en in de komende jaren in te dienen bouwinitiatieven is eind maart 1996 een beleidsvoetingskader gepubliceerd (VWS, 1996a). Om dit kader een wettelijke basis te geven zullen de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) moeten

worden aangepast. Het kader dient gestalte te geven aan een vraaggestuurd aanbod in de honorering van bouwinitiatieven en zal steeds om de vier jaar worden geëvalueerd. Het kader functioneert binnen de WZV en houdt vast aan de in 1988 ingevoerde planningsnorm van 2,8 promille per regio. Met dit getal wordt rekening gehouden met een op grond van de leeftijdsopbouw te verwachten afname van de instellingspopulatie vanaf 2005 en met een toename van intensieve zorg met name bij de vergrijzende groep mensen met het syndroom van Down.

In het toetsingskader zijn in algemene bewoordingen aangegeven welke typen initiatieven zullen worden gehonoreerd. Het lijkt dan vooral te gaan om:

- verkleining van de omvang van leefverbanden tot een beperkt aantal mensen en individueel wonen;
- vermijden van geïnstitutionaliseerde leefverbanden door capaciteit gevestigd op hoofdlocaties te deconcentreren naar kleinschalige woonvormen en voorzieningen voor dagbesteding buiten de hoofdlocaties; ook waar niet sprake is van grote concentratie wordt scheiden van de locaties voor wonen en dagbesteding aanbevolen;
- "omgekeerde integratie" door (op het terrein van en) vlakbij de hoofdlocatie woon- en werksituaties voor mensen zonder handicap te realiseren; het voordeel hiervan is dat niet tot kapitaalvernietiging hoeft te worden overgegaan.

Concentratie op hoofdlocatie is alleen nog mogelijk voor:

- mensen die een gespecialiseerde, intensieve behandeling en verzorging nodig hebben;
- mensen met ernstige gedragsproblematiek;
- mensen die vanwege een beperkt sociaal bewustzijn geen baat hebben bij een gedeconcentreerde locatie;
- mensen voor wie bescherming absolute noodzaak is, welke niet in een gedeconcentreerde setting kan worden gegarandeerd;
- tijdelijke opname als mensen "terugvallen".

Naast de voorgestelde ruimtelijke deconcentratie en vrij kleinschalige vormgeving van het wonen wordt een organisatorische schaalvergroting voorgestaan van de instellingen. Deze schaaloptimalisering is nodig voor een grotere doelmatigheid. Die is ondermeer van belang voor de thans nog in de instellingen gelokaliseerde specialistische en professionele kennis en poli-/klinische functies voor diagnostiek, observatie en behandeling. Door de gewenste deconcentratie kunnen ze ook elders gehuisvest worden. Van belang is uiteraard dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid per regio is gegarandeerd. Bundeling van dit type functies lijkt het beste gewaarborgd in een netwerkstructuur, waarin taken en bevoegdheden helder zijn geformuleerd. Op landelijk niveau aanwezige functies worden naar de regio overgeheveld en eventueel gekoppeld aan daar zich vormende netwerken. Deze deconcentratie van capaciteit door dependancevorming is een krachtige stimulans voor regionale beleidsvorming.

Het plandocument regiovisie dient een beeld te geven van het tempo en vorm van de spreiding van gedeconcentreerde woonfuncties en ontwikkeling van een netwerk van de zojuist omschreven meer specialistische functies en daarbij behorende infrastructuur. De regiovisie dient uit te gaan van een adequate beschrijving van de ontwikkeling van vraag en van het gehele aanbod van extra- tot intramurale zorg. Gesteld wordt dat de planning beter op de werkelijk aangetoonde behoefte dient te worden gebaseerd. Begin 1996 wordt het Zorg Registratie Systeem (ZRS) operationeel. Dit geeft landelijke informatie over indicatie en zorgtoewijzing, waardoor een betere beoordeling van de wachtlijsten mogelijk wordt.

Voor alle te realiseren voorzieningen dienen lagere maxima te worden aangegeven voor wat betreft het aantal mensen dat er gebruik van maakt. Gesteld wordt dat de maximum omvang van samenlevingsverbanden op 6 personen per woning dient te zijn. Mede gezien dit lage aantal ligt het voor de hand dat woningcorporaties betrokken worden bij de gedeconcentreerde huisvesting in gewone woningen. Beleidsmatig betekent dit type huisvesting dat de woningbehoefte in het betreffende gebied stijgt. Aangekondigd wordt een overleg terzake met VROM. Dit klemt des te meer daar waar gesproken wordt over "normalisatie" van het wonen. Het gaat daarbij om het realiseren van gewone huisvesting midden in een woonwijk. Volgens het kader houdt dit in dat de in de volkshuisvesting gebruikelijke normen en maatstaven voor zelfstandig wonen in de nieuwe, genormaliseerde woonvormen dienen te worden toegepast. Gedacht wordt aan het per huishouding beschikken over een eigen opgang, sanitair, keuken, woon- en slaapkamer. Deze invulling van genormaliseerd wonen gaat dermate ver dat het onderscheid met de reguliere volkshuisvesting verdwenen is. De vraag is dan in hoeverre deze woningen ruimtelijk geclusterd dienen te worden en op clusterniveau nog over additionele voorzieningen dienen te beschikken zoals groepsruimte en kamer voor slaapwacht. Met het oog op de implementatie van vraaggestuurde zorg zal het College voor Ziekenhuisvoorzieningen voor intramurale en de Rijksgebouwendienst voor semimurale initiatieven met nieuwe bouwmaatstaven komen.

De bedoeling is de WZV zo te wijzigen dat op landelijk niveau een keuze gemaakt wordt uit de ingediende bouwinitiatieven die "kansrijk" zijn in de realisering van de hierboven genoemde uitgangspunten. Deze wijziging betekent een stuk centralisatie, omdat nu de provincies met voorstellen komen op basis van de per provincie beschikbare middelen. Voor deze centrale besluitvorming wordt gekozen om de beoogde vernieuwing van de gehele sector te bevorderen daar waar de urgentie het grootst is. Dit vernieuwingstraject van het aanbod wordt landelijk doorgekoppeld aan innovaties welke gegenereerd worden door het PGB en het zorgvernieuwingsfonds. In de actualisering van "De perken te buiten" zal inzicht in het hele innovatie gebeuren worden gegeven.

Samenvattende conclusies

Ondanks de omstandigheid dat de term "beleidstoetsingskader" de verwachting wekt dat het gaat om operationele aanwijzingen is de nota een beperkte uitwerking van

hetgeen in "De perken te buiten" staat over een vraaggestuurd aanbod. Er wordt gewezen op lopend onderzoek dat antwoord moet gaan geven over wat goede en haalbare oplossingen zijn voor het scheiden van wonen en zorg.

Wel geeft het toetsingskader in tegenstelling tot de beleidsnota veel sterker aan dat het institutionele landschap wordt geregionaliseerd. De regionalisering wordt immers niet alleen qua aansturing gestimuleerd door een sterkere regionale allocatie van middelen met name door het zorgvernieuwingsfonds, maar vooral ook door landelijke deconcentratie van het aanbod en organisatorische schaalvergroting.

Opvallend is verder dat de omslag naar een vraaggericht aanbod een landelijke regie krijgt door alleen nog in de vernieuwing passende projecten te honoreren. Daartoe zullen de meer op de regio afstemmende zorginstellingen tegelijkertijd zich landelijk dienen te profileren.

2.2.4 Actualisering "De perken te buiten" (september 1996)

In het najaar van 1996 is de Actualisatie Meerjarenprogramma Intersectoraal Gehandicaptenbeleid 1995-1998 (VWS, 1996b) gepubliceerd. Relevante punten in deze nota zijn:

- stimulering kleinschaligheid;
- start nieuwe beleidsontwikkelingstrajecten;
- continuering stimulansen vraaggestuurd beleid.

Belangrijkste elementen voor wat betreft stimulering kleinschaligheid zijn:

- de in 1996 uitgevoerde selectieve heroverweging bouwinitiatieven;
- extra inspanningen om wachtlijstproblematiek van AZI's en GVT-en aan te pakken namelijk 650 AZI-plaatsen vrijmaken door verhuizing van bewoners naar GVT en 1350 GVT-plaatsen door GVT-begeleiding en extramurale GVT-zorggarantie. (N.B. In de praktijk blijkt dit een te lastige aangelegenheid; de helft mag nu op een andere manier worden ingevuld).

Opmerkelijk is de start van een drie-tal nieuwe beleidsontwikkelingstrajecten:

- het formuleren van een nieuwe mogelijkheid van formulering verzekeringsaanspraken in het kader van vierde aanspraak AWBZ namelijk dat onderdelen van het zorgaanbod van bestaande instellingen (AZI, GVT en Dagverblijf) "los" van het aanbod mogen worden aangeboden (waardoor dus functiegericht werken mogelijk wordt);

NB. Dit onderwerp is eerder in discussie geweest, heeft toen niet tot resultaat geleid en is kennelijk weer opnieuw op de agenda gezet.

- bezien van mogelijkheden van community care; er wordt een Beraadsgroep Community Care ingesteld om relevante functies op het gebied van zorg en dienstverlening te benoemen en de mogelijkheden tot inschakeling van SPD en lokale overheid na te gaan; op dit moment wordt dit door het NIZW onderzocht;
- de gemeente krijgt de taak het werkterrein van het onafhankelijk indicatieorgaan voor zorg en WVG uit te breiden met die voor gehandicaptenzorg.

Bestaande stimulansen voor vraaggestuurd beleid worden gehandhaafd zoals:

- het Persoonsgebonden budget (PGB); afhankelijk van de resultaten van een thans lopende evaluatie wordt bezien of en in hoeverre PGB wordt uitgebreid;
- het Zorgvernieuwingsfonds Gehandicaptenzorg 1996 bevat subsidieregelingen die tot doel hebben zorg op maat los van het verblijf te realiseren zoals in logeerhuizen, dagverpleging, Begeleid Zelfstandig Wonen en Dagopvang en -besteding;
- continuering van zgn. vrije marge-erkenningen in zojuistgenoemde subsidieregelingen en extra plaatsen voor AZI's en GVT-en.

Samenvattende conclusies

Een algemene indruk is dat de Actualisatie vooral de nadruk legt op de bevordering van kleinschaligheid. Dit beeld wordt mede bewerkstelligd omdat in het parlementaire debat de nadruk lag op het terugdringen van de wachtlijsten. Het thema "vraaggestuurd beleid" wordt gezien het tweede en derde punt op een meer indirecte wijze benaderd in een aantal gescheiden beleidsontwikkelingstrajecten. In deze Actualisatie is onduidelijk of deze trajecten sporen met het voor de intramurale ouderenzorg in 1997 uit te zetten beleidsontwikkelingstraject inzake het scheiden van wonen en zorg. In de eind 1996 door VWS uitgebrachte brief aan de Tweede Kamer zal het beleidsontwikkelingstraject "scheiden wonen/zorg" zich in principe beperken tot de ouderenzorg totdat blijkt dat het meenemen van de gehandicaptensector in dit traject weinig complicerend werkt (VWS, 1996c). Het scheidingstraject in de ouderenzorg gaat ervan uit dat het nieuwe kabinet tot implementatie zal overgaan indien door het parlement begin 1998 een bepaalde vorm van operationalisering is goedgekeurd.

2.2.5 Conclusies

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat in het beleid de omslag naar vraaggestuurd beleid al sinds jaar en dag verloopt via het stimuleren van kleinschaligheid en de laatste jaren ook door PGB en zorgvernieuwing. Het "scheiden van wonen en zorg" wordt pas meer fundamenteel bekeken als over enige maanden de resultaten van de evaluaties van enkele experimenten op tafel liggen alsmede die van een aantal nieuwe beleidsontwikkelingstrajecten. Bij de afsluiting van deze rapportage begin april 1997 lijkt het er op dat het thema niet "meelift" in het net gestarte project "scheiden van wonen en zorg in de ouderenzorg".

2.3 Impulsen voor vraaggestuurd gehandicaptenebeleid in de volkshuisvesting

Binnen de volkshuisvesting en het volkshuisvestingsbeleid doen zich tal van ontwikkelingen voor die van belang (kunnen) zijn voor de ontwikkeling van een vraaggestuurd beleid voor huisvesting en zorg voor gehandicapten.

Achtereenvolgens besteden wij aandacht aan:

- de relevantie van de sociale sector voor gehandicapten;
- de beleidsruimte van woningcorporaties;
- de nieuwe regels inzake het verstrekken van huursubsidies: Huursubsidiewet.

Belang van de sociale sector voor gehandicapten

De woningvoorraad in Nederland bestaat ruwweg voor bijna 50% uit eigen woningen, ruim 10% commerciële huurwoningen en voor ongeveer 40% uit sociale-huurwoningen. Binnen de sociale-huursector spelen woningcorporaties een centrale rol. Zij fungeren ingevolge de Woningwet als toegelaten instellingen. De inkomenspositie van verreweg de meeste gehandicapten is zodanig dat zij op de sociale-huursector zijn aangewezen. In uitzonderingsgevallen kunnen ouders of anderen een woning kopen voor gehandicapte huishoudensleden en is een koopwoning of een particuliere huurwoning een denkbaar alternatief. De doorbraak bij de realisering van een vraaggestuurd beleid zal niettemin primair via de corporaties moeten verlopen. In deze sector spelen de beide koepels, de Nationale Woningraad en het NCIV Koepel van Woningcorporaties een belangrijke rol.

Beleidsruimte woningcorporaties

De spelregels voor de inmiddels verzelfstandigde woningcorporaties zijn vastgelegd in het Besluit Beheer Sociale-Huurwoningen. Zowel nieuwbouwsubsidies als exploitatiesubsidies zijn sinds 1-1-1995 (nagenoeg) geheel verdwenen. Investeren in woningverbetering of de nieuwbouw van sociale-huurwoningen betekent bijna altijd: onrendabel investeren. Woningcorporaties zullen dus een voldoende groot vermogen moeten hebben om dergelijke onrendabele investeringen te kunnen overwegen. Het aandeel van de sociale-huursector in de nieuwbouwprogramma's is de laatste jaren sterk gedaald. Ten behoeve van de resterende nieuwbouw (grotendeels op VINEX-locaties), verbetering van (grotendeels naoorlogse) woningen en investeringen in leefbaarheid wordt al een groot beroep op woningcorporaties gedaan. Blijkens de exercities met het Prognosemodel Sociale-Huursector hangt het van exogene variabelen (vooral de marktrente) af of de woningcorporaties deze investeringen ook op langere termijn kunnen blijven verrichten zonder hun financiële continuïteit op het spel te zetten. Door verkoop van delen van hun bezit (tenminste 200.000 woningen in 15 jaar) en door strategische fusies trachten woningcorporaties hun financiële positie te versterken. Al met al zijn de omstandigheden voor de woningcorporaties ongunstig om een nieuwe opgave van onrendabele investeringen aan te pakken die voor de effectuering van een vraaggestuurd huisvestingsbeleid voor gehandicapten wel nodig is. Weliswaar worden door een aantal corporaties hoopgevende initiatieven ondernomen (zie Woningraad Extra, 1996), maar het is niet eenvoudig voor woningcorporaties om de inspanningen op dit gebied een aanzienlijke schaalvergroting te laten ondergaan. Slechts daar waar door marktveranderingen in de bestaande voorraad corporatiewoningen overcapaciteit begint te ontstaan (vooral in het noorden en oosten van het land), doen zich op korte termijn mogelijkheden voor.

Nieuwe Huursubsidiewet

Eind 1996 heeft de Regering de nieuwe Huursubsidiewet aan de Tweede Kamer aangeboden. Het wachten is nu op de AMvB. Positief is dat de subsidies per 1-7-1997 niet onaanzienlijk worden verhoogd waardoor de huurquote voor huursubsidie-ontvangers veel dragelijker worden. Door het aanscherpen van de vermogenstoets zullen

vele tienduizenden huishoudens hun recht op subsidie verliezen, maar dit zal vermoedelijk voor gehandicapten geen dramatische effecten opleveren.

In relatie tot het nagestreefde vraaggestuurde beleid voor gehandicapten is een punt van zorg dat de Regering de beheersing van de uitgavenontwikkeling van de huursubsidie wil aanscherpen en instrumenteel wil onderbouwen. Gemeenten en (sociale) verhuurders dienen over de beheersing van de uitgaven ontwikkeling prestatieafspraken te maken. Als het aantal toekenningen boven de aftoppingsgrens een maximum overschrijdt, riskeert de gemeente sancties van Rijksweg. Als in een gemeente de bijdragen bovengemiddeld zijn, wordt nagegaan welke verhuurders deze bovengemiddelde subsidies "op hun geweten" hebben. Deze verhuurders moeten een boete tegemoet zien.

Het voorgaande houdt in dat sociale verhuurders (min of meer) worden gedwongen geen nieuwe huursubsidieclaims te accepteren. Als inzake het vraaggestuurd beleid voor gehandicapten zich een nieuwe woningbehoefte manifesteert, en dus ook een grote huursubsidievraag, zal deze vraagvergroting in de prognoses moeten worden verdisconteerd. Zonder aanpassingen van de huursubsidieprognoses dreigen onoverkomelijke problemen.

DEFINIËRING VAN VRAAG EN AANBOD IN VRAAGGESTUURD BELEID

Zoals in het voorgaande hoofdstuk is aangegeven is de sector zoekend naar een op de functionele aanpak gestoeld begrippenkader. De inhoud van dit hoofdstuk sluit ondermeer aan op adviezen en achtergrondstudies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) inzake een dergelijk referentiekader. Het door de Raad ontwikkelde kader is voor meerdere sectoren binnen de volksgezondheid te hanteren (NRV, 1994a en b). Vooral het overplanten van een bepaalde aanpak in een sector (bijvoorbeeld scheiden van wonen zorg voor ouderen) naar een andere is het handig dat informatie-uitwisseling tussen beide sectoren gebaseerd is op vergelijkbare definities. In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de voorstellen in het kader van een vraaggestuurd beleid voor het definiëren van de vraag en daarna van het aanbod in de zorg. Het zal blijken dat de in hoofdstuk 1 geschetste functionele aanpak de basis vormt van de voorstellen.

3.1 Definiëring van de vraag

In de gehandicaptensector formuleert een deskundige een oordeel over iemands beperkingen en stelt op basis daarna vast welke voorzieningen voor de betrokkene het meest geëigend zijn. Omdat van dat oordeel vaak afhangt of iemand recht heeft op een bepaald aanbod beogen intake en analyse bij indicatiestelling niet altijd de specifieke behoeften en wensen van iemand in kaart te brengen. Er komen wel allerlei stimulansen om meer vraaggestuurde zorg te gaan bieden. Echter, collectief gefinancierde voorzieningen zijn een schaars goed en enigerlei vorm van beoordeling door een deskundige (commissie) of mensen daar recht op hebben lijkt onvermijdelijk. In de intake en indicatie is echter een kentering te bespeuren doordat daarin meer dan in het verleden de vraag en niet het beschikbare aanbod centraal staat.

De International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) uit 1994 van de World Health Organization (WHO) zou in beleid en praktijk goed bruikbaar kunnen zijn bij het in kaart brengen van iemands gezondheidstoestand (NRV, 1994a). Het conceptuele model van de ICIDH gaat uit van drie niveaus waarop naar de gezondheidstoestand kan worden gekeken:

- stoornis (impairment): verlies of afwijking van een anatomische structuur of een fysiologische of psychologische functie met in achtname van de leeftijd van de persoon;
- beperking (disability): verlies of afwijking van het vermogen van een persoon als gevolg van een stoornis om activiteiten te verrichten of gedrag te vertonen, overeenkomstig zijn/haar leeftijd, geslacht en de fysieke en sociaal-culturele omgeving; het accent ligt op dagelijkse bezigheden als zich verplaatsen, zelfverzorging, huishoudelijk werk, arbeid, psycho-sociale vaardigheden e.d.;
- handicap: een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of beperking, welke de normale rolvervulling van de betrokkene begrenst of verhindert; een handicap geeft aan waar iemands belangrijkste probleem ligt in wisselwerking met de maatschappelijke omgeving.

Tussen deze niveaus bestaan interactieve relaties. In het huidige gehandicaptenbeleid staat het niveau van de handicap centraal. Hier kleven volgens de NRV onoverkomelijke nadelen aan. Een handicap wordt in het ICIDH gedefinieerd als het maatschappelijk resultaat van de wisselwerking tussen ziekte, stoornis en beperking enerzijds en fysieke omgeving, omstandigheden en middelen anderzijds. Een handicap is daardoor een nadere specificatie van de ernst van een beperking. In het algemene spraakgebruik bestaat echter de neiging mensen met een handicap aan te duiden in termen van stoornissen zoals bijvoorbeeld in verstandelijk, zintuiglijk, lichamelijk gehandicapt zijn. Maar daarmee is nog niet aangegeven op welk maatschappelijk gebied belemmeringen ervaren worden. Een tweede bezwaar is dat het begrip gehandicapt leidt tot het denken in absolute termen namelijk iemand is wel of niet gehandicapt.

De NRV pleit ervoor de gezondheidstoestand van mensen te benoemen op het niveau van "beperkingen". Die beperkingen kunnen op een of meer levensterreinen voordoen. Onderscheiden worden de volgende terreinen:

- senso-motorische basis vaardigheden;
- psychosociale vaardigheden;
- communicatieve vaardigheden;
- persoonlijke verzorging;
- verplaatsen;
- huishoudelijke bezigheden;
- werk/arbeid;
- recreatieve bezigheden.

De mate van beperking kan worden uitgedrukt op een schaal lopend van onbeduidend tot zeer ernstige beperkingen. Er zijn allerlei schalen in gebruik om aard en mate van beperkingen in kaart te brengen. In enkele wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen het oordeel van een deskundige en dat van de betrokkene. Wanneer daarbij een significant verschil te bespeuren valt, kan een expert concluderen dat de betrokkene zijn/haar beperkingen over- of onderschat.

Omdat de term beperking geen inzicht geeft in steun en belemmeringen in de omgeving dienen deze apart in beeld te worden gebracht. Daardoor wordt net als bij het begrip handicap gelet op de wisselwerking met de context waarin iemand leeft. Voor

jongeren bijvoorbeeld is dan het kunnen volgen van onderwijs en het verwerven van een baan van belang. Hierbij spelen ambities en preferenties van de betrokkenen een belangrijke rol.

Een consequent alleen op beperkingen gebaseerde indicering gaat derhalve voorbij aan de beleving van de betrokkene van zijn/haar situatie en perspectief op het eigen leven. Zo zijn semi- en intramurale instellingen niet alleen zorginstellingen, maar ook woongemeenschappen van lotgenoten (SCP, 1996).

Naast aard en ernst is de leeftijd waarop de beperkingen zijn ontstaan van belang. De groep met aangeboren of vroeg-verworven (life-long) beperkingen is relatief klein. De meeste beperkingen ontstaan op latere leeftijd, waardoor onder ouderen relatief veel personen met (late-life) beperkingen aangetroffen worden. Door de vergrijzing van de samenleving en van de groep personen met een life-long beperking neemt het aantal mensen met een beperking toe. Voor mensen met een verstandelijke handicap geldt dat het gaat om aangeboren of vroeg verworven beperkingen gaat.

3.2 Definiëring van het zorgaanbod

Voor een vraaggerichte planning en allocatie van woon- en zorgdiensten en de operationalisering van de scheiding van wonen en zorg bieden het begrip "functie" en de daaraan verbonden functiegerichte benadering een goed uitgangspunt. Het denken in functies in de zorg wordt eerst aangesneden en daarna in die van de woningbouw en ruimtelijke ordening.

Naar aanleiding van de pleidooien voor een vraaggerichte aansturing van de zorg heeft in de gezondheidszorg sinds het einde van de jaren tachtig het idee van de zgn. functiegerichte ordening veel bijval gekregen. Alhoewel de volledige implementatie door het stranden van de plannen van staatssecretaris Simons stagneerde, wordt in het veld de onderliggende filosofie steeds meer als adequate visie ervaren. Op dit moment is de functiegerichte benadering relevant voor het scheiden wonen van wonen en zorg, de ontwikkeling van innovaties, de invoering van het persoonsgebondenbudget (pgb) en het streven naar opheffing van aparte indicaties (één-loket e.d.).

Functiegerichte ordening in de gezondheidszorg wil zeggen dat datgene waar een verzekerde behoefte aan en recht op heeft, benoemd is in termen van functies. Een functie is "een bundeling van met elkaar samenhangende hulpverleningsactiviteiten gericht op een specifiek doel" zoals bijvoorbeeld het behandelen van een bepaalde kwaal, het geven van bepaalde ADL-zorg, psycho-sociale begeleiding e.d. Deze functiegerichte grondslag verschilt van de gebruikelijke omschrijving van aanspraken in de Ziekenfondswet, AWBZ en WBO (Wet Bejaardenoord). Traditioneel zijn aanspraken geformuleerd vanuit de omschrijving van het bestaande aanbod zoals de kenmerken van instellingen en professionals die voor bepaalde zorg adequaat geacht worden. Deze van oudsher gebruikelijke omschrijving van aanspraken wordt aange-

duid met de term "voorzieningengerichte ordening". De voorzieningen zijn dan ook de eenheden waarmee in de planning en allocatie wordt "gerekend". Het aantal bedden is bijvoorbeeld een belangrijke rekeneenheid; de financiering ervan gebeurt op basis van aanvaardbare kosten per instelling.

In de functiegerichte ordening is "de functie" de nieuwe rekeneenheid. Het had ook een nog meer verfijnde eenheid kunnen zijn namelijk een concrete hulpverleningsactiviteit. Dat zou geleid hebben tot een eindeloze lijst met werkzaamheden. Een functie omvat dan ook een "cluster" van bepaalde activiteiten. Voor een functionele omschrijving is belangrijk dat aangegeven wordt op grond waarvan bepaalde werkzaamheden nodig zijn voor het realiseren van een bepaald doel en wat het ene cluster werkzaamheden onderscheidt van dat van een ander.

Functiegerichte ordening houdt in dat de plaats waar de functie wordt aangeboden niet meer per definitie een bepaalde voorziening is. Zorg- en begeleidingsfuncties kunnen - zoals intussen gerealiseerde substitutieprojecten hebben aangetoond - in veel gevallen heel goed buiten een instelling worden aangeboden in een semi- of extramuraal setting. Hierdoor kunnen woon- en zorgfuncties ruimtelijk ontkoppeld worden aangeboden. Het zorgaanbod kan outreachend vanuit intra- en semimurale instellingen of door extramuraal opererende instellingen en professionals worden thuisbezorgd. Het realiseren van een thuiszorgaanbod voor mensen met een meervoudige en moeilijk planbare zorgvraag is echter logistiek gezien geen sinecure. In principe kan al naar gelang de mix van woon-, zorg- en begeleidingsfuncties een heel scala van programma's worden gerealiseerd variërend van ruimtelijk geheel ontkoppeld tot geheel gekoppeld. In de gehandicaptensector hebben de financiële regelingen voor Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW) en (categoriale) thuiszorg het realiseren van ruimtelijk ontkoppelde programma's voor mensen met een relatief lichte handicap mogelijk gemaakt. Het veld wil echter voor een aanzienlijk groter deel van de mensen met een handicap ruimtelijk ontkoppelde programma's aanbieden. Daartoe dient de functiegerichte ordening op een breder front de financieringsgrondslag te gaan vormen.

Aansluitend op het NRV-advies om de vraag uit te drukken in "beperkingen" zal een functionele omschrijving van het aanbod hierop dienen aan te sluiten. Dus "hulp bij het verrichten van algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl)" in plaats van "gezinszorg". De laatste omschrijving specificceert immers een bepaalde voorziening en bepaalt zo afhankelijk van de werkwijze van de organisatie hoe en waar die doorgaans adl-hulp verleent. De eerste omschrijving kan bovendien verder worden gespecificeerd naar wensen en behoeften van de betrokkene; bijvoorbeeld in bepaalde gevallen ook adl-hulp op de werkplek. Het SCP doet in het SCP-jaarrapport 1996 een poging een bepaalde relatie te leggen tussen type beperking en aan te bieden functies.

Tabel 3.1 Relatie beperking en aan te bieden care-functies (dus excl. paramedische)

Beperking in de sfeer van:	Aan te bieden functies:
psychosociale vaardigheden	begeleiding, bescherming, toezicht
mobiliteit	hulpmiddelen, vervoer
persoonlijke verzorging	begeleiding, hulpmiddelen, verpleging, verzorging, aanpassing omgeving
huishoudelijke bezigheden	begeleiding, hulpmiddelen, aanpassing omgeving
zorg voor de woning	begeleiding, hulpmiddelen, aanpassing omgeving
dagbesteding	aanbod dagprogramma, scholing, job-coaching

Bij de intake en indicatiestelling zal naast het vaststellen van de beperking ook de inventarisatie van wensen, behoeften en hulpbronnen van de betrokkene en diens omgeving een rol spelen. Dit betekent dat er binnen de groep met een bepaalde beperking een nadere differentiatie in de vraag zal zijn. Het is deze differentiatie die leidt tot het benoemen van doelgroepen. Voor iedere doelgroep is vervolgens aan te geven welk programma van functies een bepaald aanbod dient te bevatten. Een programma is een gespecificeerde groep functies voor een gespecificeerde groep mensen met een bepaalde beperking. Een programma maakt de schakel expliciet tussen vraag en aanbod op doelgroepniveau.

3.3 Definiëring van ruimtes

In de planning en programmering van ruimtes in gebouwen is het denken in functies standaard. Afhankelijk van het te plannen object betreft de benoeming van functies algemene omschrijvingen bijvoorbeeld de functie wonen of meer specifieke bijvoorbeeld de functies zitten, koken, slapen e.d. In gebouwen voor semi- en intramurale zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen ruimtes voor het wonen/verblijf, voor zorgverlening en voor begeleiding, dagbesteding en gezamenlijke activiteiten. Vanwege de toenemende behoefte aan privacy en zelfstandigheid stijgen de ruimtenormen voor de aan het wonen/verblijf gekoppelde ruimtes. De introductie van het derde compartiment in de gezondheidszorg, het streven naar substitutie en de toenemende rol van eigen bijdragen bevorderen de tendens de woonfunctie qua ruimte en uitrusting met technische hulpmiddelen te versterken. Deze opwaardering van de woonfunctie is op zich weer een belangrijk motief om tot een financiële ontkoppeling over te gaan. Dit streven spoort met tendensen in de volkshuisvesting namelijk dat voor hogere kwaliteit wonen meer zelf betaald moet worden. Gezien de gemiddeld lagere inkomenspositie van mensen met een handicap, leidt dit er toe dat vanwege het beperkte bereik van de Individuele Huursubsidie de grenzen van betaalbare hogere kwaliteit snel worden bereikt.

DEMOGRAFISCHE PROGNOSES EN DAARUIT VOORTVLOEIENDE WONINGBEHOEFTE

Hierboven gaven we bij de bespreking van de beleidsnota "De Perken te buiten" aan dat een helder begrippenkader ontbreekt om de omvang van de verschillende doelgroepen adequaat te kunnen omschrijven. Toch is er statistisch materiaal waardoor een globaal beeld kan worden verkregen. We gaan eerst in op aantallen mensen met een beperking onderscheiden naar wel/niet zelfstandig wonen (par. 4.1). Vervolgens komen trends inzake de doorstroming naar zelfstandige woonruimte aan de orde (par. 4.2). Ten slotte komen prognoses inzake vergrijzing aan de orde (par. 4.3).

4.1 Aantallen mensen met beperkingen en zelfstandigheid van de woonsituatie

In tabel 4.1 is het aantal bewoners van institutionele voorzieningen naast het totaal aantal mensen met zeer ernstige beperkingen gezet. Daaruit blijkt dat in 1993 van de totale groep zo'n 36% niet zelfstandig woonde.

Over de te verwachten ontwikkeling van het aantal gehandicapten is weinig bekend. Van der Torre (1993) heeft een schatting gemaakt van het aantal personen met ernstige verstandelijke beperkingen voor 1987, 1994 en 2000. Deze schattingen zijn gebaseerd op het laatste frequentie-onderzoek naar het aantal verstandelijk gehandi-

Tabel 4.1 Aantal gehandicapten en aantal bewoners van instellingen, 1993

Omschrijving	Aantal
Bevolking met lichamelijke beperkingen:	
- aantal met (zeer) ernstige beperkingen	470.900
- aantal bewoners van tehuizen	161.400
Bevolking met verstandelijke beperkingen:	
- aantal met beperkingen	101.000
- aantal bewoners van tehuizen	45.000

Bron: CAK/AWBZ (1995); CBS (1995) in Timmermans (1996)

capten dat in 1986 werd gedaan door Maas et al. (1988). Over de periode 1994-2000 schat Van der Torre de toename van het aantal mensen met ernstige verstandelijke beperkingen op 5%. Timmermans (1996) geeft overigens aan dat deze toename een onderschatting is, omdat de levensverwachting van dieper gehandicapten sterk stijgt.

4.2 Mogelijkheden voor het zelfstandig wonen

Het is de vraag voor hoeveel van de bewoners van tehuizen meer zelfstandig wonen mogelijk is. Verwacht kan worden dat dit aantal onder bewoners van instellingen voor lichamelijke beperkingen niet onbeperkt is. De populatie van de woonvormen en activiteitencentra voor mensen met een lichamelijke of zintuiglijke handicap is in de afgelopen decennia ingrijpend veranderd. De oorspronkelijke populatie van deze voorzieningen, mensen met een enkelvoudige handicap en een redelijke mate van zelfredzaamheid, is inmiddels in belangrijke mate doorgestroomd naar vormen van zelfstandig en kleinschalig wonen. Thans verblijven in deze voorzieningen vooral meervoudig gehandicapte mensen met complexe zorgvragen, die gezien de ernst van hun beperkingen niet in staat zijn (met hulp) redelijk zelfstandig in de maatschappij te functioneren (MVWS, 1996d).

De ontwikkeling naar zelfstandig en kleinschalig wonen heeft zich bij de verstandelijk gehandicapten nog niet zo sterk doorgezet, hoewel er een tendens is naar de vorming van kleinere huishoudens. In 1988 woonde 7% van de bewoners van semi-murale instellingen in een dependance. In een dependance wonen in de regel twee tot vier bewoners. In 1994 was dit aandeel toegenomen tot 11%. In 1990 woonde 19,9% van de cliënten in de intramurale sector in woningen op of buiten het instellingsterrein. In 1992 was dit aandeel toegenomen tot 22,5%. De gemiddelde grootte van het leefverband daalde tegelijkertijd van 10,7 naar 10,5 bewoners (NRV, 1995 en NVG, 1994 in NWR, 1996).

Een speciaal aandachtspunt bij het stimuleren van zelfstandig wonen is de mate van integratie in de buurt. GVT-bewoners zijn immers matig extern geïntegreerd en de inrichtingsbewoners zijn dat op een nog veel lager niveau. De interne integratie beweegt zich op een hoger niveau namelijk 70% van de GVT-bewoners en 60% van de inrichtingsbewoners zijn redelijk tot goed geïntegreerd. Tussen jongere en oudere bewoners is wat dit punt betreft geen verschil. Het niveau van de verstandelijke handicap en het type instelling (GVT, inrichting) is meer van invloed (Maaskant et al., 1994). Het zal veel creativiteit en inzet vergen om verspreid wonende verstandelijke gehandicapten zich "thuis" te laten voelen in hun omgeving.

De NWR (1996) stelt dat voor de meerderheid van de huidige bewoners van instellingen gewoon wonen in een gewone woonwijk zeker mogelijk is. Binnen de sector circuleert volgens de NWR een percentage van tachtig procent van de bewoners van intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten, waarvoor gewoon wonen mogelijk is (NWR, 1996). Dit zou neerkomen op zo'n 24.000 mensen. Hierbij zijn

de mensen op de wachtlijsten nog buiten beschouwing gelaten. Volgens de NWR (1996) staan er zo'n 10.000 mensen op de wachtlijsten voor intra- of semi-murale instellingen. Het aantal woningen (en de woninggrootte) dat nodig is voor huisvesting van deze mensen, is afhankelijk van de te verwachten grootte van het leefverband.

4.3 Prognoses en effecten van vergrijzing

Volgens prognoses van Maaskant en SCP wordt een aanzienlijke toename verwacht van het aantal 50-plussers. Het SCP verwacht in de periode 1989-1999 een toename van 64% voor de 50+bewoners van inrichtingen en 45% voor die van de GVT's. Voor de aan te bieden functies dient dan een onderscheid te worden gemaakt tussen bewoners met het syndroom van Down en de overige. De veroudering zet bij eerstgenoemde groep veel eerder in namelijk in de leeftijdsfase van 40-50 jaar, terwijl bij de overige bewoners veroudering pas manifest wordt in de leeftijdsfase van 60-70 jaar. Voorts verloopt het verouderingsproces bij mensen met het syndroom van Down ook sneller zowel wat ADL-vaardigheden betreft als het cognitief en psychisch functioneren. De teruggang bij eerstgenoemden in ADL-vaardigheden voltrekt zich binnen een periode van 3 jaar zo sterk, dat daardoor de afhankelijkheid van de zorgverlening beduidend toeneemt. Tenslotte zijn psychische problemen bij mensen met het syndroom van Down meer meervoudig van aard dan bij de overige; er blijkt dan grote overeenkomst met de diagnose "dementie" (Maaskant et al., 1994). Bij het opstellen van toekomstprognoses zal dan ook aan de vergrijzing aandacht moeten worden besteed, zowel wat betreft het kwantitatieve aspect als de inhoud van de behoeften van oudere verstandelijke gehandicapten.

LEERMOMENTEN VRAAGGESTUURD BELEID IN OUDERENZORG

Dit hoofdstuk schetst een globaal beeld van een aantal opvallende ontwikkelingen in de ouderenhuisvesting vanaf het begin van de jaren tachtig tot voorbij 2000. De hierbij te beschrijven verwachtingen van de toekomst hebben betrekking op trends en thans bekend zijnde beleidsvoornemens tot aan de eeuwwisseling. Eerst worden belicht de veranderende doelgroepen van de belangrijkste woonzorgvormen voor ouderen (zie par. 5.1) en daarna de belangrijkste impulsen tot herstructurering van beleid (zie par. 5.2). Vervolgens wordt specifiek ingegaan op stimulansen, kansen en bedreigingen van het vraaggestuurde beleid met name van de functionele aanpak (zie par. 5.3).

5.1 Veranderende doelgroepen en woonzorgvormen

Als terug en vooruit gekeken wordt vanuit een langetermijnspectief, dan wordt in de ouderenhuisvesting het onderscheid tussen de 3e en 4e levensfase markanter. De 3e levensfase start bij het afscheid van betaalde arbeid en het moment dat het huishouden geen inwonende kinderen meer bevat. De gemiddelde leeftijd waarop deze fase aanving, daalde de laatste decennia doordat de arbeidsparticipatie van 50- en 60-plussers verminderde en het kinderaantal terugliep. Het nest is eerder leeg dan de decennia daarvoor toen de gezinnen groter waren. Sinds het einde van de jaren tachtig wordt 55 jaar gezien als de ondergrens waarboven het ouderenbeleid aanvangt. In de jaren zeventig en daarvoor lag dat nog bij 65 jaar. Voor de toekomst wordt een lichte stijging van deze leeftijdsgrens verwacht als gevolg van het terugsnoeien van de mogelijkheid van vervroegde uittreding.

Het einde van de derde levensfase (en dus het begin van de 4e) is voor iedere oudere anders. Het valt samen met het moment dat zodanige lichamelijke en psychische functiebeperkingen optreden dat de zelfredzaamheid blijvend is aangetast en opname in een intramurale voorziening overwogen wordt. De opvattingen over de aantasting van de zelfredzaamheid zijn echter aan verschuivingen onderhevig. In de jaren tachtig verschoof het accent van het huisvesten in specifieke woonvormen als met name het verzorgingstehuis naar het centraal stellen van zelfzorg en zelfstandig wonen. Door deze omslag zijn nieuwe woonzorgconcepten ontwikkeld, waarop aller-

lei innovaties zijn geënt (Houben, 1994). De gemiddelde leeftijd bij opname en bewoning van verzorgingstehuizen laat dan ook een duidelijke stijging zien. In de jaren tachtig werd bovendien de officiële toelatingsgrens verhoogd van 65 naar 75 jaar.

De beschreven daling van de ondergrens van de 3e levensfase en de stijging van de bovengrens ervan leiden er toe dat de bandbreedte van relevante leeftijdscohorten in 3e levensfase gemiddeld toeneemt. Wanneer gekeken wordt naar de bandbreedte van de 4e levensfase, valt op dat naast de stijging van de ondergrens (die immers gelijk valt met de bovengrens van de 3e) ook de bovengrens verschuift. Door een toename van de levensverwachting en stijging van mensen in de hoogste leeftijdscategorieën wordt deze grens als het ware over de magische grens van 100 jaar heengetild.

Behalve dat de doelgroep ouderen qua bandbreedte van relevante leeftijdscohorten toeneemt en grofweg verdeeld wordt naar levensfase 3 en 4, verandert ook de samenstelling. Zo valt op de korte termijn een verdere stijging van de oudste cohorten te constateren, alsmede van de eenpersoonshuishoudens en mensen met een (middel-)hoog inkomen en eigen huis. Ook sociaal-culturele achtergronden gaan meer contrasteren door toename van ouderen met een hoger opleidings- en emancipatieniveau en allochtone etniciteit. Opvallend is de opkomst van bijzondere beleidsaandachtsgroepen binnen de doelgroep ouderen: op dit moment geldt dit voor de oudere verstandelijke gehandicapten.

Deze veranderende demografische context heeft gevolgen voor de doelgroeppositionering van woonzorgvoorzieningen. Tegelijkertijd verandert die positionering ook omdat het concept van deze voorzieningen gewijzigd wordt. Terug- en vooruitkijkend lijkt er sprake van drie generaties voorzieningen. Tot in de eerste helft van de jaren tachtig lag de nadruk op een drietal standaardvoorzieningen namelijk de woontussenvoorziening, het verzorgingstehuis en verpleeghuis. De laatste twee behaalden gezamenlijk een marktaandeel van zo'n 20% van de 75-huishoudens.

In de tweede helft van de jaren tachtig ontstaan echter twee nieuwe typen namelijk het beschermd wonen met een licht zorgpakket en het woonzorgcomplex met een zwaarder pakket (B. van de Donk e.a., 1992; Rigo, 1993). Onder de aanduiding van deze twee typen vallen weer allerlei varianten. Zo kunnen tot beide typen de zogenaamde inleunwoningen gerekend worden; onderscheidend is dan de zwaarte van de beschikbare zorg. Verder vervullen de meeste projecten functies voor in de wijk wonende ouderen. Afhankelijk van het moment van de planfase onderscheiden de nieuwere complexen zich van de oudere in de 2e generatie door het grotere oppervlak van het appartement en betere geschiktheid voor rollator- en rolstoelgebruikers. De bouw van beide innovatieve complexen is door de lagere overheden provincie en gemeente sterk gestimuleerd (soms met "een bijdrage ineens" (Van Noordenne, 1997). In het kader van het substitutiebeleid werden ze ingezet om met name de dominante positie van het verzorgingstehuis terug te dringen.

Op dit moment tekent zich een derde generatie woonzorgprojecten af. Allereerst komen er nu commercieel geëxploiteerde woonzorgvoorzieningen op de markt. Deze spelen in op de toename van ouderen met een relatief hoog inkomen en een eigen

vermogen dat o.a. vastligt in het eigen huis. Daarnaast is een versnelling in de reductie van intramurale zorg in het collectief gefinancierde segment te onderkennen, waardoor een verandering van concept en doelgroep optreedt. Er ontstaat het verzorgingstehuis "nieuwe stijl" dat zich richt op een categorie ouderen met een gemiddeld zwaardere zorgbehoefte (TK 1994-1995, 24 333, nr. 1). Het zal verder verpleegunits gaan bevatten voor verpleegbehoefte ouderen. Oudere verzorgingstehuizen met een kleine zitslaapkamer verliezen hun bestaansrecht. Opmerkelijk is de in 1996 gerealiseerde doorbraak in het verpleeghuisconcept namelijk de stop op de bouw van 3- en meer bedskamers. Om de privacy van verpleeghuispatiënten te bevorderen is een groot bedrag ter beschikking gesteld om het aantal 1- en 2-bedskamers op te voeren. Belangrijk is ook dat daar waar in regio's de intramurale capaciteit van verzorgings- en verpleeghuis nog mag groeien, deze bij voorkeur in extramurale vorm dient te worden gerealiseerd (Huisman e.a., 1996).

Tenslotte zullen in de nabije toekomst de in de jaren tachtig gestarte innovaties om bestaande woningen aan te passen en de thuiszorg te verbeteren verder worden uitgebouwd. Het meest in het oog springend zijn de introductie van het seniorenlabel en het daaruit afgeleide traject voor het opplussen van de voorraad. In de zorg is de ontwikkeling van een soort "wegenwachtfunctie" namelijk het zorggarantiepakket een belangrijke vernieuwing.

Het gevolg van al dit soort maatregelen is dat het marktaandeel van het verzorgingstehuis zal dalen tot zo'n 10% en dat voor het verpleeghuis tot 3,5%. Deze daling impliceert dat de gemiddelde leeftijd bij opname in deze intramurale instellingen verder zal stijgen (Huisman e.a., 1996).

5.2 Beleidsimpulsen tot herstructurering ouderenhuisvesting

In de jaren tachtig hebben lagere overheden in het kader van flankerend beleid, het Reikwijdtebesluit van de Wet Bejaardenoorden en experimenteer- en vernieuwingsfondsen de hiervoor beschreven innovaties royaal gestimuleerd. Begin jaren negentig is deze aanpak tot staan gebracht. De toenmalige bewindslieden van VROM en WVC wilden met name de groei van wozoco's indammen door nieuwe regelgeving en financieringssystematiek (het zogenaamde drie-kolommenmodel). Een aantal beleidsbrieven over deze aangelegenheid stuitten op grote weerstand in het veld en de Tweede Kamer. Eind 1993 werd de Commissie Modernisering Ouderenzorg geïnstalleerd die een beter en haalbaar ordeningskader diende te ontwerpen. De Commissie rapporteerde vlak na de Tweede-Kamerverkiezingen van 1994 (Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994a en 1994b). In najaar 1995 volgde het kabinetsstandpunt en geheel 1996 werd besteed aan de implementatie van een aantal herstructureringsmaatregelen (TK 1994-1995, 24 333, nr. 1; TK 1995-1996, 24 319, nrs. 1-2). Een belangrijke maatregel is de overheveling van de verzorgingstehuizen naar de kaders van de AWBZ, waardoor in principe financiële ontschotting in de gehele zorg wordt bewerkstelligd (TK 1995-1996, 24 606, nrs. 1-8). Verder zijn regels vastgesteld voor de instelling van onafhankelijke indicatiecommissies op lokaal niveau voor de toekenning van alle zorg, woningaanpassing en welzijnsdiensten. Ten

slotte is vermeldenswaard de introductie van de regiovisie, waardoor voor wonen, zorg en welzijn vraag en aanbod in de regio in kaart worden gebracht. De regiovisie vormt de onderlegger voor budgettering en financiering van vernieuwingen (Van Noordenne, 1997).

Al deze maatregelen hebben tot doel meer vraaggestuurd beleid te genereren.

Een essentieel ingrediënt van modernisering is een heldere toerekening van de kosten van functies aan de desbetreffende sector. Al geruime tijd staat in de ouderenhuisvesting het thema scheiding van wonen en zorg in de bestaande intramurale voorzieningen ter discussie. Immers in de beleidsoperatie Modernisering Ouderenzorg lukte het niet om tot een adequate operationalisering van het scheiden van wonen en zorg te komen. De Commissie heeft wel lange tijd overwogen - conform het gelijktijdig uitkomend advies van de NRV - om in de intramurale sector wonen of beter gezegd "het verblijf" en zorg te ontkoppelen, maar heeft dit niet kunnen laten uitmonden in een eenvoudig operationeel voorstel (NRV, 1994b). Het Kabinet heeft in afwijking van het Advies van de Commissie de scheiding van wonen en zorg in verzorgingshuis toch nog eens onderzocht, maar komt tot de conclusie dat deze niet haalbaar is. Een van de struikelblokken voor scheiden van wonen en zorg vormen de kosten voor dienstverlening, welke noch aan het wonen en noch aan zorg kunnen worden toegerekend en voor een deel welzijnsfuncties bevatten. Immers voor functies als maaltijdverstrekking, ontmoeting, educatie en recreatie bestaat geen individuele budgetregeling bestaat, zoals die wel bestaat op het gebied van wonen (Individuele huursubsidie) en zorg (Persoonsgebonden Budget). Een eventuele invoering daarvan zou te duur en te gecompliceerd zijn.

Tijdens een debat in de Eerste Kamer op 26 maart 1996 is door senatoren gevraagd het standpunt scheiding van wonen en zorg alsnog in heroverweging te nemen. Door de Staatssecretaris is een commissie van onafhankelijke deskundigen ingesteld om een second opinion over dit onderwerp te geven (EK 24400 XVI 171B (h)). De conclusie van deze commissie onder leiding van prof. dr. C.A. de Kam luidt dat eerst op langere termijn een verantwoorde uitsplitsing mogelijk is. In het rapport "Naar geregisseerd scheiden" wordt er namelijk van uitgegaan dat op den duur (ergens tussen 10 en 25 jaar) er nog maar twee situaties zijn namelijk verpleeghuizen enerzijds en zelfstandig wonen eventueel met ondersteuning zoals bijvoorbeeld in een wozoco, anderzijds. In het verpleeghuis staat de zorgverlening voorop zodat daar het wonen daarvan niet meer kan worden gedifferentieerd. Het verzorgingstehuis is in die eindsituatie of passend gemaakt om als verpleeghuis te functioneren of omgevormd tot een woonzorgcomplex, waar per definitie wonen en zorg ontkoppeld zijn. Wanneer op korte termijn gedifferentieerd zou moeten worden dan is de hierboven genoemde instelling van een aparte suppletierегeling nodig voor dienstverlening en welzijnsfuncties. Dat betekent dat ouderen met drie in plaats van met twee inkomensafhankelijke regelingen zouden worden geconfronteerd en de overheid met de hieraan verbonden extra uitvoeringskosten. De Commissie acht de voordelen van de scheiding op korte termijn dan ook te gering. De Staatssecretaris neemt deze second opinion over mede in het licht van dat nog onvoldoende zicht is op de financieringsproble-

matiek en onderhoudsituatie van verzorgingstehuizen (EK 1995-1996, 24400, XVI 171C).

Eind 1996 is mede op aandrang van de Tweede Kamer besloten aan dit onderwerp nog eens apart aandacht te geven in een in 1997 te starten apart beleidsontwikkelingstraject (VWS, 1996). De bedoeling is dat dit leidt tot een door de Tweede Kamer aanvaard operationeel voorstel, dat door het in 1998 aantredende Kabinet wordt geïmplementeerd.

Samenvattend kan worden geconstateerd dat na een periode van royale stimulering van innovaties door lagere overheden er op rijksniveau meer structuur komt in de financiering van het thans sterk gedifferentieerde aanbod. Opmerkelijk is dat de beleidsoperatie die deze structurering bewerkstelligt, aangeduid wordt met de term "modernisering". Deze aanduiding van hedendaagse beleidsoperaties wordt gebruikt om hedendaagse herstructureringsoperaties op meerdere beleidsterreinen zoals dat van sociale zekerheid, landbouw, universitair bestuur e.d. te labelen en te legitimeren. Vanwege de brede toepassing van de moderniseringsinvalshoek in de herstructurering van beleidssectoren, werd in hoofdstuk 1 reeds ingegaan op een aantal basistendensen met name de functionele aanpak. In de volgende paragraaf zal dit nader worden uitgewerkt.

5.3 De functionele aanpak in ouderenzorg: kansen en bedreigingen

De functionele aanpak in zijn meest zuivere vorm is terug te vinden in het planningskader dat de Commissie Modernisering voor een functiegerichte ouderenhuisvesting en -zorg geschetst heeft.

Het planningskader gaat uit van drie clusters van functies namelijk die voor wonen, zorg en welzijn. Daarmee is aangegeven dat ouderenzorg als een intersectoraal beleidsterrein van bedrijfskolommen inzake het wonen, zorg en welzijn van ouderen beschouwd wordt.

Een ander opvallend aspect van de nieuwe kaart in de ouderenzorg is het onderscheiden van meerdere besluitvormings- en planniveaus aan de voet van de bedrijfskolommen.

In de beschrijving van de aansturing van het geheel van de woon-, zorg- en welzijnsfuncties is de regionale aansturing, zij het beperkt, nog het meest uitgewerkt. Het onderliggende idee van een vraaggestuurd beleid komt tot uiting in het belang van bottom up informatie-verstrekking vanuit deze lagere niveaus over de vraag en behoeften van ouderen (Houben, 1995a). De nieuwe geïntegreerde indicatiestelling vormt daarin het startpunt.

De introductie van de functionele aanpak in de modernisering ouderenzorg heeft vraaggestuurd beleid dichterbij gebracht. Niet voor niets staat thans het thema scheiden van wonen en zorg hoog op de beleidsagenda. Voor de consumenten nemen zo de mogelijkheden van een keuze uit typen woonzorg en van maatwerk toe.

Afbeelding 5.1 Ouderenzorg in kaart

niveaus	wonen	zorg	welzijn
zorgregio			
subregio			
dorp/deelgemeente			
wijk/buurt			
project/instelling			
individuele oudere			

Bron: Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994a

Opmerkelijk is de opwaardering van de woonfunctie in semi- en intramurale voorzieningen tot aan het niveau van een gewoon volwaardig en "voor iedereen" geschikt appartement. Ouderen worden daardoor in hun woonloopbaan niet meer achteruitgezet, terwijl hun zelfredzaamheid beter wordt gefaciliteerd met name door de aangepaste keuken en sanitaire unit.

Ook aan de door thuis wonende ouderen gegeven prioriteit voor langer zelfstandig wonen kan beter gevolg gegeven worden. Hiervoor werden innovaties genoemd als het opplussen van de voorraad en de zorggarantie in geval van acute hulpbehoefte thuis. Veelbelovend zijn de acties welke vooral door de lokale overheid gestimuleerd worden om de woonomgeving op een gebiedsgerichte manier geschikt en vriendelijk te maken voor ouderen en andere doelgroepen die belang hebben bij veiligheid en bereikbare voorzieningen (Raaijmakers e.a., 1993)

Naast de kansen zijn er de bedreigingen, waarop hier dieper zal worden ingegaan. Ze vormen de agendapunten voor toekomstig beleid en zijn evenzovele leermomenten voor de gehandicaptensector. Allereerst gaat het om het beslechten van grensconflicten tussen de sectoren wonen en zorg. Immers, het onderscheiden van functies naar de achterliggende financieringssysteem van een bedrijfskolom leidt tot

allerlei grensgevechten, welke het scheiden van wonen en zorg in semi- en intramurale voorzieningen bemoeilijken. Zo zijn in de periode van het stimuleren van innovaties door de lagere overheden middelen voor extra voorzieningen ter beschikking gesteld, welke nu verkaveld dienen te worden tussen de beleidssectoren (Sanders e.a., 1996). Ten behoeve van de realisering van beschermd wonen complexen en wozoco's zijn gelden ter beschikking gesteld voor bouwkundige voorzieningen als woningaanpassingen, beveiliging, bredere gangen, gemeenschapsruimten en (brancard-)liften. De vraag is of deze voorzieningen toegerekend dienen te worden aan de zorgsector, omdat de complexen bedoeld zijn voor mensen met een licht tot matige zorgvraag, of juist aan het wonen omdat deze complexen het zelfstandig wonen mogelijk maken. Voorlopig tot 2001 zullen in het verleden toegekende subsidies in het kader van de Wet op de Bejaardenoorden voor bouwkundige extra's in wozoco's worden gecontinueerd (Van Noordenne, 1997). In mindere mate geldt de discussie voor de betaling van woondiensten als huurdersonderhoud, klusjesdiensten, huismeester en buurtconciërge. Ook deze diensten zijn aanvankelijk extra gesubsidieerd, maar hebben toch vrij snel de weg naar de financieringssysteematiek van de volkshuisvesting gevonden.

De oplossing van deze grensgeschillen en ook het scheiden van wonen en zorg wordt bemoeilijkt doordat een groot deel van de doelgroep een lage koopkracht heeft en deze extra's niet kan betalen. Een soortgelijk probleem doet zich voor bij het stimuleren van het groepswonen (Emancipatieraad, 1996). Bekend is dat de huurquote van ouderen al relatief hoog is en daarmee ook het beroep op de Individuele Huursubsidie (IHS) (TK 1995-1996, 24 506 nr. 1). Vanuit het streven de IHS-uitgaven te beheersen is er de neiging het te subsidiëren pakket zo klein mogelijk te houden.

Het koopkrachtprobleem van mensen met alleen AOW en een klein pensioen vormt een van de grootste bedreigingen van het realiseren van de door de modernisering gestimuleerde innovaties en verbetering van de kwaliteit (Emancipatieraad, 1996). Het leidt er ook toe dat de tweedeling in woonzorgvoorzieningen voor ouderen nu in sterke mate zich zal doorzetten.

Een ander probleem betreft de moderniseringsachterstand in de welzijnssector. De functionele aanpak in die sector is vergeleken met de zorgsector achtergebleven (Graveland, e.a., 1996). Bij evaluaties van beschermd wonen complexen en wozoco's komt dit soms op navrante wijze tot uiting als problemen op het gebied van het leefklimaat niet worden gesignaleerd en aangepakt (Schuijt-Lucassen e.a. 1994, 1995 en 1996). Een belangrijke les is dat in de concepten voor deze typen van woonzorgvoorzieningen onvoldoende aandacht is voor het sociale klimaat dat ontstaat in een woonvorm, waar mensen met lichamelijke, geestelijke en/of sociale problemen gezamenlijk gehuisvest worden (Houben, 1995b). Een consequentie is dat in de discussie over het scheiden van wonen en zorg de relevantie van welzijnsfuncties zoals opbouwwerk, persoonsgerichte begeleiding, preventie eenzaamheid, bevordering maatschappelijke participatie e.d. eveneens onderbelicht is. Op dit moment ligt

er een strategische toekomststudie waarin een voorstel voor een functionele uitwerking van de welzijnscomponent wordt gedaan (Graveland e.a., 1996).

Tenslotte is de functionele veroudering van gebouwde woonzorgvoorzieningen een groot gevaar. We gaven hiervoor in paragraaf 5.2 al aan hoe snel "generaties" elkaar opvolgen en hoe zelfs in de 10 jaar durende 2e generatie van beschermd wonen en wozoco's relevante kwaliteitsverschillen wat betreft grootte en geschiktheid van appartementen tussen de oudst en jongst ontwikkelde complexen te constateren zijn.

Verder kan de vraag gesteld worden of in het licht van de sociaal-culturele basistendenzen individualisering het bouwen van woonzorgvoorzieningen, waar mensen geacht worden in groepsverband te leven, het juiste antwoord is. Een antwoord op deze vraag is overigens gezien het ontbreken van onderzoek naar deze thematiek moeilijk te geven.

UITKOMSTEN GEPUBLICEERD ONDERZOEK VRAAGGESTUURD BELEID

In dit hoofdstuk komen de resultaten van gepubliceerd onderzoek naar vraaggestuurd beleid aan de orde. Begonnen wordt met berekeningen op basis van bestaande data om van indicaties te verkrijgen van de huisvestingslast (par. 6.1). Daarna wordt ingegaan op wensen en behoeften van verstandelijk gehandicapten (par. 6.2). Afgerond wordt met een overzicht van de stand van zaken van lopend onderzoek naar scheiden van wonen en zorg (par. 6.3).

6.1 Indicaties huisvestingslast

Teneinde indicaties van de huisvestingslast te krijgen zijn met behulp van bestaand cijfermateriaal de volgende exercities uitgevoerd. Eerst komt het macrobudget voor zorg aan de orde (par. 6.1.1). Vervolgens komen het inkomen en bestedingsruimte van gehandicapten in beeld (6.1.2). Ten slotte wordt door de vaststelling van de kosten voor huisvesting een indicatie gekregen voor de huisvestingslast (6.1.3).

6.1.1 Macrobudget voor zorg

Het ministerie van VWS geeft jaarlijks het Jaaroverzicht zorg uit. Daarin staan onder meer de totale uitgaven aan de gezondheidszorg, waaronder de gehandicaptenzorg. De uitgaven voor de gezondheidszorg en de daarmee verwante maatschappelijke dienstverlening beslaan een fors deel van de collectieve uitgaven. Van de totale uitgaven in de zorgsector (f 60.005,3 mln. in 1995) gaat zo'n 9% naar de gehandicaptenzorg (f 5.315,2 mln. in 1995). In tabel 6.1 zijn de totale uitgaven aan de gehandicaptenzorg van de afgelopen jaren, alsmede een begroting voor de komende jaren, nader gespecificeerd (in lopende prijzen).

Het Rijksbeleid is gericht op het streven naar kleinschalige woonvormen. Hiertoe wordt onder meer een aanzet gegeven in de selectieve heroverweging van bouwinitiatieven. Voor deze heroverweging is een beleidstoetsingskader ontwikkeld. Kern van dit toetsingskader is het binnen de financiële mogelijkheden deconcentreren van capaciteit van hoofdlocaties naar woonvormen buiten het instellingsterrein, zoveel mogelijk op basis van de individuele zorgvraag van de gehandicapten. Als resultaat

van de heroverweging worden vermoedelijk 765 van de 2.176 geplande plaatsen vervangende nieuwbouw op het instellingsterrein alsnog buiten het instellingsterrein als gewone woningen gerealiseerd. Voor zover nieuwbouw op het instellingsterrein noodzakelijk blijft, zal dat ook zoveel mogelijk gebeuren in genormaliseerde woningbouw (VWS, 1996d).

In 1997 wordt voor de stimulering van de realisatie van kleinschalige woonvormen een bedrag van *f* 8 mln. beschikbaar gesteld. Het wachtlijstenprobleem in de verstandelijke gehandicaptenzorg zal worden aangepakt door het stimuleren van de doorstroming van bewoners van inrichtingen naar gezinsvervangende tehuizen en van tehuizen naar vormen van begeleid wonen. Voor deze aanpak is in 1997 een bedrag van *f* 10 mln. uitgetrokken (VWS, 1996d).

Op 1 april 1994 is de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) van kracht geworden. Hiermee hebben de gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor het verstrekken van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen aan mensen met een handicap. Voor de woonvoorzieningen is structureel *f* 275 mln. toegevoegd aan het Gemeentefonds (Berkhout et al., 1993).

Voor de aanpassing van bestaande woningen tot *f* 45.000,- kunnen mensen een beroep doen op de WVG (daarboven op de Ziekenfondsraad). Er geldt wel een eigen bijdrageregeling, zodat de kosten gedeeltelijk voor eigen rekening komen. Het is overigens de opvatting van veel gemeenten, dat het bij woningaanpassing in het kader van de WVG moet gaan om aanpassingen op grond van lichamelijke handicap of ergonomische belemmeringen. Een beroep doen op de WVG in geval van aanpassing op grond van alleen een verstandelijke handicap, waarbij zich gedragsproblemen voordoen, is vaak problematisch (Somma et al., 1995).

De gehandicaptenzorg wordt voornamelijk gefinancierd vanuit de AWBZ. De uitgaven aan de gehandicaptenzorg vanuit de AWBZ bedroegen in 1995 *f* 4.870,1 mln. Voor 1996 en 1997 is dit begroot op respectievelijk *f* 4.994,7 mln. en *f* 5.121,3 mln. De mutatie tussen de begrotingen voor 1996 en 1997 bedraagt 2,5%. Het verschil tussen de AWBZ-uitgaven en de totale uitgaven wordt gefinancierd via de eigen bijdrage van de gehandicapten. Tabel 6.2 geeft aan hoe de eigen bijdragen aan de AWBZ in 1995 over de verschillende voorzieningen voor de gehandicaptenzorg zijn verdeeld.¹

Uit de tabel blijkt dat de eigen inkomensafhankelijke bijdrage gemiddeld *f* 795,- per maand per gebruiker bedraagt. Verder valt af te lezen dat mensen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten zo'n *f* 100,- tot *f* 140,- goedkoper uit zijn per maand, dan gehandicapten, die verblijven in de grote woonvormen en de GVT's.

¹ In 1995 waren de uitgaven aan de gehandicaptenzorg vanuit de AWBZ plus de eigen bijdragen ($4.870,1 + 507,4 = f 5.377,5$) *f* 62,3 mln. hoger dan de totale uitgaven aan de gehandicaptenzorg (*f* 5.315,2). De totale zorgsector had overigens een financieringstekort van *f* 121,2 mln.

Tabel 6.1 Uitgaven gehandicaptenzorg 1992-2001

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	2.840,0	3.009,7	3.152,5	3.252,5	3.243,4	3.329,4	3.495,9	3.612,8	3.728,1	3.823,4
2 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	116,0	122,7	130,8	134,1	135,5	137,4	138,5	142,1	144,0	145,0
3 Grote woonvormen	83,5	87,5	92,5	94,5	92,1	91,8	91,7	92,0	92,4	91,8
4 Kortverblijftehuizen	16,1	17,8	17,9	17,9	18,3	18,5	18,7	18,9	19,1	19,1
5 Dagverblijven gehandicapten (DV)	588,2	629,5	650,1	677,9	713,1	725,8	739,0	753,1	766,4	775,9
6 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	748,9	814,7	851,6	888,3	911,2	919,5	934,3	949,9	965,1	974,5
7 Gezinsvervangend tehuizen voor kinderen	58,5	63,2	62,2	69,2	70,1	73,7	74,4	75,1	75,8	75,8
8 Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	8,2	20,0	77,8	94,4	78,0	95,6	96,7	97,8	98,9	98,9
9 Sociaal pedagogische diensten (SPD)	67,2	73,9	80,0	81,4	84,9	85,8	86,7	87,6	88,5	88,5
10 Persoonsgebonden budgetten gehandicapten			5,5	5,0	42,5	42,9	43,3	43,7	44,1	44,1
11 Zorgvernieuwingsfonds gehandicapten					133,8	134,7	135,6	136,5	137,4	137,4
Totaal JOZ 1997	4.526,6	4.839,0	5.120,9	5.315,2	5.22,9	5.655,1	5.854,8	6.009,5	6.159,8	6.274,4
Procentuele mutatie		6,9	5,8	3,8	3,9	2,4	3,5	2,6	2,5	1,9

Bron: VWS, 1996d

Tabel 6.2 Eigen bijdragen AWEZ 1995

Voorziening	Totaal eigen bijdrage	Aantal gebruikers	Gemiddelde bijdrage per plaats per maand
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	f 313,2 mln.	34.038	f 767,-
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	f 1,2 mln.	1.434	f 70,-
Grote woonvormen	f 7,2 mln.	691	f 868,-
Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	f 185,8 mln.	17.042	f 909,-
Totaal	f 507,4 mln.	53.205	f 795,-

Bron: bewerking VWS, 1996d

Het aantal gebruikers is berekend door het aantal erkende plaatsen/bedden te vermenigvuldigen met de bezettingsgraad.

6.1.2 Inkomen en bestedingsruimte gehandicapten

Mensen met een handicap hebben een laag inkomen. Volgens Timmermans (1994) bedroeg in 1991 het besteedbaar huishoudensinkomen van volwassenen, die sterk belemmerd worden door langdurige aandoeningen of handicaps gemiddeld f 2.025,- per maand. Het besteedbaar huishoudensinkomen van mensen, die niet werden belemmerd door een langdurige aandoening of handicap was toen gemiddeld f 2.467,- per maand.

Door het ontbreken van inkomen uit arbeid zijn veel mensen met een handicap aangewezen op de AAW (of bij 65+ op de AOW). De AAW-uitkering is afhankelijk van de grondslag en de mate van arbeidsongeschiktheid. De grondslag is afhankelijk van de leeftijd en ligt tussen f 46,10 per dag voor een 18-jarige en f 101,31 per dag voor personen van 23 jaar en ouder. Het uitkeringspercentage varieert van 21% van de grondslag bij een arbeidsongeschiktheid van 25-35% tot 70% van de grondslag bij een arbeidsongeschiktheid van 80-100% (NIBUD, 1996). De AAW-uitkering ligt globaal genomen op bijstandsniveau (f 1.100,- bruto voor een 21-jarige, rond de f 1.600,- voor 23 jaar en ouder) (NWR, 1996).

Bewoners van AWEZ-voorzieningen betalen een hoge eigen bijdrage, waardoor de vrij besteedbare ruimte zeer beperkt is geworden.² Van de verzekerde die ten laste van de AWEZ in een ziekenhuis, inrichting of tehuis verblijft, wordt een inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd van ten hoogste f 1.350,- per maand (NIBUD,

² Idealiter zou de extra zorg, die gehandicapten nodig hebben ten opzichte van niet-gehandicapten, zodanig moeten worden vergoed dat hun besteedbaar inkomen na aftrek van de lasten voor deze extra zorg hetzelfde is als van de niet-gehandicapten. Mogelijk draagt de invoering van het persoonsgebonden budget hier aan bij.

1996). Deze eigen bijdrage wordt gebaseerd op het besparingsmotief (voor kost en inwoning). Er bestaat echter geen enkele relatie met de genoten woonkwaliteit.

Voor de eigen bijdrage zou ook een zelfstandige woning kunnen worden gehuurd (Fiad-Wdt e.a., 1995). De eigen bijdrage voor alleenstaanden van 23 jaar en ouder ligt rond de *f* 914,- per maand (NWR, 1996). Uit NIBUD (1996) valt af te leiden dat een volwassen alleenstaand persoon met een minimum besteedbaar inkomen (*f* 1.375,- per maand) het volgende uitgeeft aan voeding en wonen:

- *f* 429,- aan huur;
- *f* 171,- aan gas/brandstoffen, elektriciteit, water, heffingen en telefoon;
- *f* 264,- aan voeding en versnaperingen;
- *f* 139,- aan inventaris, reiniging en onderhoud.

Samen bedraagt dit ongeveer *f* 1.000,-. Dit betekent dat mensen in een AWBZ-instelling qua kost en inwoning relatief lage lasten hebben. Trekt men de kosten voor voeding en gas e.d. af van de eigen bijdrage, dan blijft er nog *f* 340,- over voor de huur, indien men in totaal hetzelfde wil uitgeven aan wonen en voeding. Dit is geen riant bedrag voor het huren van een woning. Aan de andere kant zou men op basis van het bovenstaande kunnen stellen dat men nu zo'n *f* 340,- betaalt voor een niet-zelfstandige woonruimte. Het is normaal dat men meer betaalt voor een zelfstandige woonruimte.

In het algemeen is het voor mensen met een verstandelijke handicap met een bescheiden inkomen (uit arbeid of uitkering) niet mogelijk individueel de huurprijs van een nieuwe sociale huurwoning op te brengen. Huursubsidiëgrenzen zijn zodanig dat mensen zich genoodzaakt zullen zien samen met enkele anderen te gaan wonen (Somma et al., 1995). De financiële positie van veel zorggebruikers vraagt om betaalbare huisvesting, die vooral in de oudere delen van de voorraad te vinden is (SEV, 1996). Het is overigens een beleidsuitgangspunt, dat iemands woonsituatie sterk afhankelijk is van het inkomen (Fiad-Wdt et al., 1995). Het voorgaande impliceert wel een extra druk op de IHS, indien meer gehandicapten zelfstandig zouden gaan wonen. Daarnaast zijn delen van de oudere voorraad ongeschikt voor mensen met met name loopbeperkingen, zodat wellicht extra investeringen nodig zijn voor aanpassingen. Ten slotte rijst de vraag in hoeverre het gehuisvest worden in de goedkopere oude woningvoorraad, waar doorgaans mensen met een laag inkomen gehuisvest zijn, maatschappelijke integratie bevordert.

6.1.3 Kosten huisvestingscomponent en indicatie huisvestingslast

Het NZi publiceert financiële statistieken over de instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze statistieken geven een overzicht van de kosten van instellingen in de intramurale gezondheidszorg. De kosten worden voor de totale groep van instellingen gegeven³. Uit deze gegevens zijn ook de gemiddelde kosten per bed af

³ In de statistiek zijn alleen instellingen opgenomen, die het Rekenschema voor Ziekenhuisvoorzieningen en Bejaardenoordelen toepassen. In totaal is dit 94,2% van de ingevolde de AWBZ erkende instellingen.

Tabel 6.3 Huisvestingskosten instellingen voor verstandelijk gehandicapten 1994

code NZi	Omschrijving	Kosten x f 1.000,-
415	Personeel terrein en gebouwgebonden functies	41.456
4184	Personeel terrein en gebouwgebonden functies niet in loondienst	2.253
47	Terrein- en gebouwgebonden kosten	137.821
481 (behal- ve 4815)	Afschrijvingen vaste activa (gebouw, terrein en inventaris)	175.657
--	Totaal huisvestingskosten	357.187

Bron: bewerking NZi (1995)

te leiden. In 1994 bedroegen de totale kosten van de opgenomen instellingen f 3.178,- mln. Gedeeld door 31.367 bedden is dit gemiddeld ruim f 100.000,- per bed per jaar. Dit gemiddelde bevat zowel de kosten van de zorg als de kosten van de huisvesting. Het overzicht geeft een vrij gedetailleerde rubricering van de kosten. Aan de hand daarvan kan een globale schatting worden gemaakt van de aan de huisvesting verbonden kosten. In tabel 6.3 is aangegeven welke kosten als huisvestingsgerelateerde kosten zijn aangemerkt en hoe hoog deze zijn.

Uit de tabel kan worden afgeleid dat de instellingen jaarlijks in totaal zo'n f 357 mln. aan huisvestingskosten hebben. Per bed is dit zo'n f 11.400,- per jaar. Per maand is dit een gemiddelde huisvestingslast per bed van f 950,-. Dit geld is echter niet direct beschikbaar voor alternatieve huisvesting van de gehandicapten. Bijna de helft van de kosten bestaan uit afschrijvingen op de vaste activa. Het gaat om reeds gerealiseerde gebouwen, die niet zonder meer zijn af te stoten. Dit is een belangrijke beperking voor het vrijmaken van de huisvestingslasten voor het realiseren van alternatieve huisvesting van de gehandicapten. Ook zijn gedeelten van de huisvesting in gebruik voor bijvoorbeeld administratieve en geneeskundige doelen, die niet zullen waarschijnlijk wegvallen bij een alternatieve huisvesting van de gehandicapten. Ter indicatie: De norm voor nieuwbouw was tot voor kort 58 m² per persoon voor het totale complex. Per persoon is de norm voor zitten, slapen en eten 18 m² (NWR, 1996). Evenredige verdeling van de huisvestingslasten over het genormeerde oppervlak geeft een huisvestingslast van maandelijks ongeveer f 300,- per bed voor de ruimte voor zitten, slapen en eten.

6.2 Wensen en behoeften verstandelijk gehandicapten

Vragen die rijzen bij het interpreteren van woonwensenonderzoek onder verstandelijk gehandicapten en hun ouders zijn:

- wordt het onderzoek uitgevoerd onder ouders waarvan een kind in een inrichting verblijft dan wel op een wachtlijst daarvoor staat;

- wanneer is het onderzoek uitgevoerd namelijk recentelijk nu er concrete voorbeelden voor zelfstandig wonen zijn of eerder toen dat nog niet het geval was.

Invloed van zorgsituatie

Uit onderzoek in Ede in 1990 blijkt dat 70% van de ouders met een kind in de instelling woonruimte wenst op een beschermd terrein, van de ouders met een kind op een wachtlijst slechts 13%. Van de laatstgenoemde groep wil 59% een woning in een gewone woonwijk en 24% in een landelijke omgeving (Woningraad-Extra, 1996). Dit verschil tussen deze twee groepen ouders is opvallend. Ook Bij de Vaate (1991) constateert dat ouders, die een gehandicapt kind in een inrichting hebben, een meer behoudende instelling hebben en een grote tevredenheid aan de dag leggen met de bestaande situatie. Een mogelijke verklaring is dat de schuldgevoelens, welke destijds bij het besluit tot uithuisplaatsing zijn opgeroepen, worden gereactiveerd. Daarnaast spelen gebrek aan informatie en vrees voor repercussies voor de behandeling van het kind een rol. Bij de Vaate constateert meer in het algemeen dat satisfactie-onderzoek onder geestelijk gehandicapten sterk afhankelijk is van de mate waarin men over verstandelijke en sociale vaardigheden beschikt.

Tijdstip van het onderzoek

De NWR constateert dat er beweging komt in de opvattingen van bewoners en hun ouders over de gewenste woonsituatie. Ons inziens wordt dit bevorderd doordat in de afgelopen jaren tastbare innovatieve projecten zijn gerealiseerd, welke kunnen worden bezocht of via videobanden bestudeerd. Uit een onderzoek in Leiden in 1994 blijkt dat bewoners meer lijken te willen dan de begeleiders aangeven over de betreffende bewoners. Bewoners neigen meer naar een zelfstandige woonvorm dan de begeleiders. Ook uiten bewoners vaak de wens samen te wonen met vriend of vriendin of in een groep mensen die ze aardig vinden (NWR, 1996).

De organisaties van ouders leggen nu meer de nadruk op keuzevrijheid; het (blijven) wonen in een instelling is evengoed een keus die om zorginhoudelijke redenen of vanuit een persoonlijke voorkeur kan worden gemaakt. Ouders echter die nog geen kind elders geplaatst hebben zijn geïnteresseerd in alternatieve oplossingen, waarin ze soms ook zelf - zeker waar het gaat om gezamenlijk kopen of huren van een pand - een initiatiefnemersrol willen spelen.

6.3 Stand van zaken lopend onderzoek naar scheiden van wonen en zorg

Bij de Vaate stelt dat wetenschappelijk onderzoek onder verstandelijk gehandicapten op zeer beperkte schaal voorkomt. Ook toont het veld er zelf weinig belangstelling voor (Bij de Vaate, 1991). We menen dat vanwege de recente experimenteerdrijf de belangstelling voor innovatiebegeleidend en -evaluerend onderzoek toeneemt.

Op dit moment lopen er twee onderzoeken namelijk van het RIGO te Amsterdam en van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) van de RU Groningen.

Het onderzoek van het RIGO inzake het scheiden van wonen en zorg is vertraagd, vanwege problemen in de toelevering van materiaal door de onderzochte projecten. Er is nog geen eindrapport. Het in december 1996 uitgebrachte tussenrapport wordt door de onderzoeker zelf beschouwd als een onvoldoende basis voor conclusies (Nouws e.a., 1996).

De rapportage van de evaluatie van het NCG over de experimenten in Flevoland is eveneens vertraagd, vooral vanwege het nog niet van start gaan van een paar projecten. De tussenrapportage over één project is nog niet openbaar en beschikbaar. Uit een enige jaren geleden gehouden onderzoek van het NCG onder ouders van kinderen met een verstandelijke handicap en groepsinterviews met mensen met een verstandelijke handicap zelf, blijkt dat het scheiden van wonen en zorg voor betrokkenen zelf geen belangrijk onderwerp is. Dit in tegenstelling tot beleidsmakers. Voor de betrokkenen zijn van belang: kleinschaligheid, garantie van deskundige hulp op maat en keuzevrijheid voor nieuwe of bestaande woonvormen en in geval van een nieuwe woonvorm met wie en waar men komt te wonen (Boelema e.a., 1995).

Beide onderzoeken van RIGO en NCG baseren zich op bestudering van kenmerken van innovatieve projecten waar kleinschaligheid en (deelaspecten van) het scheiden van wonen en zorg geoperationaliseerd zijn. Het daarbij gehanteerd kader van variabelen lijkt een ad hoc karakter te hebben. Hierdoor wordt de onderlinge vergelijkbaarheid bemoeilijkt. Voorbeelden hiervan zijn:

- Wordt curatieve zorg in de kosten van de zorg wel of niet apart onderscheiden? In AWBZ-intramuraal zitten deze in het zorgbudget, terwijl bij zelfstandig wonenden deze apart betaald worden in het kader van het tweede compartiment (Ziekenfonds of ziektekostenverzekering).
- Wordt "begeleiding" gedefinieerd als onderdeel van de "zorg" of als een aparte functie? Dit is van belang voor oudere gehandicapten, die niet meer naar een dagverblijf gaan en "thuis zitten".
- Wordt bij de fictieve berekening van de huur de huur van de gemeenschappelijke ruimten geteld bij die voor de individuele woonruimte of juist niet?

Door een project als onderzoekseenheid te nemen wordt voorbijgegaan aan individuele verschillen in met name zorg- en begeleidingsbehoefte binnen het project. Het is volgens het NCG zeer wenselijk systematisch innovatieve projecten door te lichten op voor- en nadelen van een innovatieve aanpak voor individuele bewoners. In onderzoek naar de acceptatie van een innovatie is een procesmatig opgezet onderzoek nodig. Hierin wordt aan respondenten eerst voorlichting gegeven. Naast onbekendheid met nieuwe mogelijkheden en de repercussies van het scheiden van wonen en zorg speelt angst voor verlies van de bestaande zorgcontinuïteit een rol. Vraagverduidelijking is dan ook een belangrijk onderdeel. Bij ouders waarvan de kinderen nog geplaatst moeten worden is - zoals hiervoor al bleek - de belangstelling voor innovaties groter. Vooral vanwege de huidige gunstige voorwaarden om als groep ouders een woning te kopen kan het scheiden van wonen en zorg een impuls

geven. Wel is voorlichting en deskundige begeleiding gewenst gezien de uiterst gecompliceerde en in verandering verkerende regelgeving.

WENSELIJKHEDEN EN MOGELIJKHEDEN VOOR VRAAGGESTUURD BELEID

In dit hoofdstuk koppelen we terug naar de onderzoeksprobleemstelling. Deze luidt:

In hoeverre is het mogelijk en gewenst om een scheiding in huisvesting en zorg door te voeren als middel om in de huisvesting en zorg voor gehandicapten een vraaggestuurde benadering tot stand te brengen?

Het onderzoek beperkte zich tot de analyse van het landelijke beleid voorzover dit afleidbaar is uit nota's van departementen en koepelorganisaties. Beleid van de individuele instellingen bleef buiten beschouwing. Verder richtte het zich vooral op de sector van de verstandelijke gehandicapten.

In dit onderzoek zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- rationaliteit in beleidsvorming en -bepaling door een duidelijke afbakening van de verantwoordelijkheid voor beleidsontwikkeling en -bepaling van met name de rijksoverheid enerzijds en die voor de uitvoering door het veld anderzijds;
- het terugdringen van de incrementele ("uitdijende") beleidscultuur door beleidsbepaling- en uitvoering beter op elkaar af te stemmen en het beleid transparanter te maken door aangroei op detailniveau weg te snoeien;
- sporen met actuele opvattingen over modernisering van verzorgingsstaat-arrangementen met name wat betreft:
 - versterking van het zelfvoorzienend vermogen van het veld en de cliënt en de introductie van marktconforme aansturingen;
 - bevorderen van innovaties en kwaliteitszorg mede vanwege het toenemend belang in te spelen op preferenties en koopkracht van de consument en cliënt; adequaat inspelen op het daaraan verbonden gevaar van tweedeling in de sector;
 - ruimte geven door keuzemogelijkheden en individuele inkomensaanvullingen om mensen in staat te stellen tot het ontwikkelen van een individuele leefstijl en levenslooptraject;
 - functionele aanpak van problemen.

Belangrijke deelvragen zijn:

1. Wat is de stand van zaken met betrekking tot het denken over vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector?
2. Welke suggesties voor het beleid kunnen ter zake worden geformuleerd?
3. Welk vervolgonderzoek naar vraaggestuurd beleid is wenselijk?

In de nu volgende drie paragrafen wordt successievelijk op de antwoorden op deze vragen ingegaan.

7.1 Stand van zaken denken vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector

Onduidelijk en zwak draagvlak voor vraaggestuurd beleid in de gehandicaptensector

De toenemende functionele aanpak in werkprocessen in de caresector en de individualisering vormen belangrijke maatschappelijke impulsen tot vraaggestuurd beleid met name wat betreft het scheiden van wonen en zorg. Hoezeer deze basistendenzen nut en noodzaak van vraaggestuurd beleid kunnen onderbouwen, in de gehandicaptensector zelf lijkt het draagvlak daarvoor onduidelijk en aan de zwakke kant. Daarmee onderscheidt de gehandicaptensector zich niet wezenlijk van de andere caresectoren zoals de ouderenzorg. Wel lijkt het incrementele gehalte van het beleid in de gehandicaptensector hoger mede omdat de sector buiten de hedendaagse modernisering van de verzorgingsstaat lijkt te zijn gebleven. Bovendien raakt operationalisering van vraaggestuurd beleid de kern van het institutionele landschap en cultuur van de gehandicaptensector en het bestaansrecht van de meerderheid van in de sector werkzame semi- en intramurale instellingen, welke gefinancierd worden op basis van de koppeling van wonen en zorg. Om deze reden ligt het kleinschaligheidsstreven meer voor de hand dan de implementatie van de functionele aanpak.

Vraaggestuurd beleid als "(onder)scheiden van wonen en zorg" is, voorzover het om ont koppeling binnen bestaande intra- en semimurale settings gaat, door een relatief kleine groep innoverende instellingen gerealiseerd. Het wekt vooralsnog bij een klein deel van de ouders en verstandelijk gehandicapten interesse. Nieuw op te zetten projecten in het kader van Begeleid Zelfstandig Wonen en PersoonGebondenBudget kunnen op aanzienlijk grotere support rekenen voorzover het aanbod van functies in het project en de aard en ernst van de verstandelijke handicap met elkaar in evenwicht zijn. Allerlei vernieuwingsfondsen stimuleren de tot standkoming van dit type projecten. Naarmate meer nieuwe projecten op de markt komen en bezien en bezocht kunnen worden, gaat daarvan een belangrijke stimulans van uit naar een door de doelgroep zelf geuite wens naar huisvesting in innovatieve woonzorgprojecten.

De vooral door gezondheidszorg-instellingen aangestuurde gehandicaptenzorg zal moeten worden omgebouwd tot een meer intersectoraal beleidsterrein, waarin zorg- en huisvestingsinstellingen op basis van gelijkwaardigheid samenwerken.

Voor het bieden van meer zelfstandige woonruimte aan gehandicapten zijn investeringen nodig. Het ligt voor de hand de voorziening in zelfstandige woonruimte voor gehandicapten over te laten aan de woningcorporaties. Ten eerste hebben zij de wettelijke doelstelling tot het voorzien in huisvesting voor diegenen die moeilijk in staat zijn op eigen kracht in de huisvesting te voorzien. Ten tweede hebben zij waarschijnlijk een betere solvabiliteit dan de AWBZ-instellingen en hebben zij reeds toegang tot het Waarborgfonds Sociale Woningbouw.

De woningcorporaties maken thans een proces van grondige heroriëntatie door. De verschillen in financiële sterkte tussen de corporaties zijn groot. Er is bij vele corporaties een gunstige voedingsbodem voor het entameren van experimenten op het hier geschetste terrein. Bij de vele corporaties die een goede reservepositie hebben en een toereikende solvabiliteit is er de bereidheid en de mogelijkheid om onrendabel te investeren.

Een probleem is de invoering van de in paragraaf 2.3 geschetste beheersingsmechanismen bij de toekenning van huursubsidie. Deze nieuwe mechanismen, die boetebepalingen impliceren voor gemeenten en woningcorporaties die zich bezondigen aan bovengemiddelde huursubsidietoekenningen, vormen een bedreiging voor experimenten met 'gewone' huisvesting voor geestelijk gehandicapten.

Gezien de gunstige rentestand zijn er voor groepen ouders die in de koopsector een koopproject willen entameren gunstige mogelijkheden, zij het dat gerichte ondersteuning nodig is bij het financieren en regelen van zorg en begeleiding.

De aansturing en stimulering van vraaggestuurd beleid door het departement van VWS lijkt volgend van karakter te zijn ten opzichte van de prioriteit die er in het maatschappelijk-politieke debat aan gegeven wordt. Er ligt wel een belangrijke aanzet voor een functionele definiëring van het aanbod, maar onduidelijk is in hoeverre deze aanzet zal leiden tot operationeel beleid. Er wordt eerst gewacht op de uitslagen van de evaluaties van experimenten inzake het scheiden van wonen en zorg alvorens implementatie in overweging te nemen. In de departementale nota's ligt het accent vooral op het streven naar kleinschaligheid. Opvallend is dat er bovendien een aantal beleidsontwikkelingstrajecten tegelijk lopen, waarvan niet duidelijk is of ze en zoja, welke invloed ze hebben op de totstandkoming van vraaggestuurd beleid. Ze lijken eigen aan het incrementele karakter van de beleidsvorming in de gehandicap-tensector. Het gaat hierbij om zaken als:

- regionalisering van vernieuwingsfondsen;
- indicering (vanaf 1-1-1998) door onafhankelijke indicatieorganen op gemeentelijk niveau;
- kwaliteitszorg.

Gezien deze voor vraaggestuurd beleid onduidelijke en weinig stimulerende situatie is het de vraag of de sector er op dit moment verstandig aan doet eventueel mee te liften met het vooralsnog alleen in de ouderenzorg op te starten traject "scheiden van wonen en zorg". Bij de afronding van deze rapportage begin april 1997 blijkt dat de

gehandicaptensector buiten dit traject gehouden wordt. Dat biedt de mogelijkheid om het hiervoor gesignaleerde nader te bezien en ook de aandacht te richten op de volgende twee punten.

Bezwaren verbonden aan de uitdrukking "scheiden wonen/zorg"

Alhoewel in het beleidsjargon steeds gesproken wordt van "scheiden van wonen en zorg" is deze uitdrukking misleidend.

Het belangrijkste bezwaar van de uitdrukking is dat het alleen om twee type functies zou gaan namelijk woon- en zorgfuncties, waarbij zorg gedefinieerd wordt als hulp bij dagelijkse en huishoudelijke bezigheden (AHDL). In de gehandicaptensector zijn echter andere functies met name die van begeleiding, dagbesteding, vervoer en werk eveneens belangrijk, terwijl voor de maatschappelijke integratie en het geaccepteerd weten interventies in de richting van de woonomgeving, buurt, arbeidsmarkt e.d. nodig zijn. Het niet betrekken van deze "welzijns"-functies in de verdere ontwikkeling van nieuwe concepten en beleidsmaatregelen kan - zoals de ervaringen met wozoco's in de ouderenhuisvesting hebben laten zien - negatieve gevolgen hebben voor het welzijn van de betrokken bewoners.

Verder suggereert de term "scheiding" alsof het alleen om functiedifferentiatie gaat en niet om enigerlei afstemming van activiteiten op het gebied van het wonen, zorg en welzijn. Niets is minder waar: het gaat er om dat woon- en zorgfuncties (en andere zo juist genoemde functies) op voet van gelijkwaardigheid in een bepaalde op het individu afgestemde mix worden aangeboden.

Omdat een concept als "scheiden van wonen en zorg" in politieke en beleidsmatige discussie zo handig is om een bepaalde oplossing voor een ingewikkeld probleem aan te duiden, lijkt het de moeite waard naar een beter geformuleerd concept te zoeken. Dit is des te meer noodzakelijk omdat het concept "scheiden van wonen en zorg" sterk in verband gebracht wordt met heldere kostentoerekening en kostenbeheersing.

Het nieuwe concept dient op een of andere manier zowel de onderliggende tendens tot functiedifferentiatie te honoreren als de noodzaak tot een samenhangende benadering, omdat differentiatie verkokering en cumulatie van eigen bijdragen kan oproepen. De uitdrukking "flexibilisering van wonen, zorg en welzijn" voldoet in dit opzicht beter.

Effecten vergrijzing op aan te bieden functies

De veranderingen in de vraag door de toename van het aandeel oudere gehandicapten doet zich in de praktijk voelen. Veel gebouwen in de gehandicaptenzorg zijn niet of onvoldoende toegankelijk en geschikt voor gehandicapten die minder goed ter been zijn. Dat geldt vooral voor de slaapkamers en sanitaire units. Benodigde aanpassingen betreffen vooral de externe en interne toegankelijkheid en de veilige zelfzorgmogelijkheden van de sanitaire unit.

Met de vergrijzing neemt het aantal "thuiszitters" toe. De laatste jaren worden er dankzij een extra toeslag voor hen geëigende dagprogramma's ontwikkeld. Hierin staan de behoeften van de persoon centraal en niet de oriëntatie op productie en

aanleren van (nieuwe) vaardigheden. Dit aanbod wordt vaak dichterbij huis aangeboden. Sommige bewoners investeren veel tijd in een bepaalde hobby. Er is behoefte aan een meer onderbouwde en geëxpliciteerde visie op de "dagbesteding" van oudere verstandelijk gehandicapten. De begeleiding bij het sterven vraagt eveneens om extra ontwikkelingswerk (Maaskant et al., 1994). Vergrijzing impliceert dan ook aanpassing van gebouwen, zorg- en begeleidingsfuncties.

Vergrijzing doet het beroep op (zwaardere) intramurale zorg toenemen. Het aantal aanvragen voor plaatsing in een inrichting van nu nog thuiswonende en in GVT-verblijvende mensen met een verstandelijke handicap zal toenemen. De laatste tijd wordt als alternatief de mogelijkheid overwogen voor opname in een regulier verzorgingstehuis en verpleeghuis. Maaskant en anderen opteren echter voor oplossingen binnen de gehandicaptenzorg. Aan deze strategie ligt het idee ten grondslag dat in de eigen sector de beste deskundigheid aangetroffen wordt. Dankzij de in 1996 geïntroduceerde vergrijzingstoeslag zijn daarvoor extra middelen beschikbaar. Voor mensen met een lichte verstandelijke handicap zien Maaskant en anderen wel goede mogelijkheden voor inschakeling van de reguliere zorg (Maaskant et al., 1994). Zo zijn praktijkvoorbeelden bekend dat oudere gehandicapten verhuizen naar een verzorgingstehuis. Deze oplossing ligt in het verlengde van het streven naar "genormaliseerd wonen" en komt beter tegemoet aan de wens tot zelfstandig wonen dan wanneer opname in een inrichting plaats vindt. In het geval van een Haags verzorgingstehuis zullen de ouderen in een speciale afdeling gehuisvest worden, welke tezamen met de GVT, met name wat betreft de dagbesteding en begeleiding zal worden geëxploiteerd. Beide oplossingsrichtingen hebben geen directe consequenties voor de bepaling van de zelfstandige woningbehoefte.

Geconcludeerd kan worden dat dankzij de thuiszitters- en vergrijzingstoeslag voorzien wordt in de met de vergrijzing samenhangende extra behoefte aan zorg, begeleiding en dagbesteding. Onduidelijk is in hoeverre de gebouwenvoorraad problemen gaat opleveren als met de vergrijzing het aantal bewoners met mobiliteitsbeperkingen gaat groeien. In ieder geval ontwikkeling van vraaggestuurd beleid niet zonder een analyse van de consequenties van vergrijzing voor het functiepakket en aanpassing van kwaliteitseisen voor de woonfuncties.

7.2 Suggesties voor de implementatie van vraaggestuurd beleid

Voorafgaand aan het entameren van vraaggestuurd beleid en het daarvoor in te stellen onderzoek is het van belang bovenstaande kenschets van het bestaande draagvlak ervoor en de benodigde verruiming ervan in de gehandicapten- en volkshuisvestingssector te verifiëren en nader te preciseren. Dat betekent dat gekoppeld aan een eventueel door onderzoek gevoed inhoudelijk traject er aandacht dient te zijn voor procesmatige kanten van de beoogde verandering en de in deze paragraaf geformuleerde suggesties. Voordat we deze presenteren volgt hier eerst een meer algemene kenschets van de sector.

Bij het kijken naar de gehandicaptensector in vergelijking met andere sectoren in de gezondheidszorg dringt zich een metafoer op. Deze houdt in dat het lijkt dat om het overheidsbeleid en het budget voor de gehandicaptensector een "beschermend hek" staat in tegenstelling tot andere beleidssectoren. De achtergrond lijkt te zijn dat de sector nogal incrementeel beleid maakt en relatief makkelijk maatschappelijk en politiek steun lijkt te kunnen mobiliseren. Deze situatie biedt een gunstige voedingsbodem om te overleven en een goede uitgangspositie voor geleidelijke en goed onderbouwde en begeleide veranderingen. Dit is des te meer nodig gezien de relatief lage koopkracht van een groot deel van mensen met een handicap en - naar het lijkt - een verslechtering van hun positie op de arbeidsmarkt. Het bezwaar kan zijn dat het beschermende hek de veranderingsbereidheid en -vermogen onvoldoende stimuleert en een niet onbelangrijk deel van de verstandelijke gehandicapten belemmert in maatschappelijke participatie. In dat geval werkt het hek dus contra-productief en demotiverend. Ook om professioneel goed geschoold personeel te kunnen aantrekken is het van belang dat de sector als een interessant en uitdagend werkveld wordt ervaren.

Vanwege de populariteit en ingrijpendheid van moderniseringsoperaties in bijna alle beleidssectoren dient de sector eventuele politieke druk tot structurele verandering in de toekomst niet uit te sluiten en daarop te anticiperen met een inhoudelijke onderbouwing van vraaggestuurd beleid. Vanwege het ontbreken van politieke druk zal de gehandicaptensector vooral het eigen veranderingspotentieel dienen aan te boren bij het entameren van vraaggestuurd beleid.

Mede gezien het onduidelijke en zwakke karakter van het draagvlak voor vraaggestuurd beleid is een eerste suggestie om in de sector een systematisch opgezet innovatietraject tot stand te brengen. Een mogelijke parallel met de ouderenzorgsector ligt voor de hand waar de hausse aan vernieuwingen geleid heeft tot een gedifferentieerder zorg-continuüm met meer keuzemogelijkheden, een verbetering van het professionele handelen en een modern imago van de sector. We menen dat voor de implementatie van vraaggestuurd beleid een systematisch opgezet innovatietraject een eerste vereiste is. Aan een dergelijk traject dient een referentiekader ten grondslag te liggen van de eerder geschetste functionele benadering (zie par. 1.2 en hoofdstuk 3). Verder dient een goede doorkoppeling van de evaluaties naar het beleid plaats te vinden. Essentieel onderdeel van een dergelijk traject is de kennisoverdracht, waardoor diffusie van innovaties kan plaatsvinden en de gehele sector zich transformeert. Deze suggestie zal verderop nader worden uitgewerkt, waarbij ook ingegaan wordt op mogelijke valkuilen en hoe die te vermijden.

In het verlengde van deze eerste suggestie ligt de tweede namelijk de noodzaak innovaties te koppelen aan kwaliteitszorg. Het is opvallend dat dit onderwerp amper in beschouwingen over vraaggestuurd beleid aan bod komt. Toch is het centrale uitgangspunt van kwaliteitszorg dat de in de producten en diensten vervatte functies voldoen aan de beoogde werking en door de afnemer positief gewaardeerd worden. Kortom: implementatie van kwaliteitszorg is werken aan vraaggestuurd beleid op een zeer praktisch en voor de cliënt herkenbaar niveau. Het is een onderdeel van het

management waardoor goed zicht verkregen wordt wat er nu eigenlijk op de werkvloer gebeurt. Typisch voor de hedendaagse modernisering van beleid is dat kwaliteitszorg primair door het veld zelf o.a. door middel van certificering, protocollering, intercollegiale toetsing e.d. wordt geëntameerd. In de gehandicaptensector zijn op landelijk niveau relevante kwaliteitskenmerken benoemd, waarmee de individuele instellingen aan de slag kunnen (Steman, C. e.a., 1994; VGN, 1996b). De indruk bestaat dat in de zorg de neiging bestaat kwaliteitszorg en innovatiemanagement als geheel verschillende managementtaken te beschouwen. Niets is minder waar: innovatiestimulering zonder kwaliteitszorg is zeer riskant en weinig efficiënt. We zullen dit aspect in de verdere uitwerking van de tweede suggestie meenemen.

De derde suggestie heeft betrekking op het tot stand brengen van koppelingen van data welke op de lagere besluitvormings en planniveaus beschikbaar komen met die van de regio. De achtergrond hiervan is dat de regiovisie en regionale vernieuwingsfondsen een goed zicht op de vraag vereisen. Deze suggestie sluit aan bij het planningskader welke door de Commissie Modernisering Ouderenzorg is geschetst voor een op vernieuwing en vraagsturing gericht beleid.

1. Een systematisch opgezet innovatietraject

Bij het entameren van een traject voor de gehandicaptensector is het handig de valkuilen te omzeilen, welke zich in de vernieuwingsgolf in de ouderenzorg en huisvesting voordeden.

Allereerst is er de ervaring dat door de onstuimigheid waarmee innovaties in de ouderenzorg tot stand kwamen en door lagere overheden gefinancierd werden, er fouten gemaakt zijn. We wezen op het veronachtzamen van de welzijnscomponent. Een andere is - zie hoofdstuk 5, par. 5.2 - dat door het incrementele karakter van de stimulering van innovaties er van hogerhand moest worden ingegrepen door de bewindslieden van VROM en VWC omdat de financiering uit de hand liep. Dat leidde toen tot een langdurige patstelling en daarna tot de beleidsoperatie "modernisering ouderenzorg". Het is zaak innovaties te evalueren op hun consequenties voor beleid en praktijk en vervolgens die te implementeren. Wanneer dit implementatieperspectief niet in een innovatietraject is opgenomen - zoals dat het geval was in de ouderenzorg aan het begin van de jaren negentig - zijn innovatiegelden slecht besteed. Het is dus zaak het innovatietraject systematisch op te zetten en de doorkoppeling naar het beleid als een essentieel element te zien en niet als iets vrijblijvends.

Een tweede probleemveld is dat tot stand brengen van innovaties bedrijfsmatige stuurkracht vraagt van het management. Stimulering van kennisoverdracht over het waarom, wat en hoe van innovaties vraagt wellicht veranderingen van bestaande leertrajecten en extra scholingsactiviteiten. Tevens dient er voor gewaakt te worden dat te veel geld voor dure organisatieadviseurs en stafmedewerkers wordt uitgegeven en te weinig geld voor mensen op de werkvloer die zorg en begeleiding bieden.

Alhoewel de gehandicaptensector niet erg onderzoekminded is, is er wel interesse voor evaluatie van innovatieve projecten. Naast het bestuderen van de binnenkort te publiceren uitkomsten van het lopende projectonderzoek scheiden wonen en zorg is het wenselijk te werken aan een referentiekader, teneinde het rendement van evaluatieonderzoek te verbeteren en beter onderbouwde uitspraken te kunnen doen. Nieuw op te zetten experimenten en evaluatie onderzoeken zouden dienen uit te gaan van:

- het individuele niveau als de onderzoekseenheid; dit vanwege de diversiteit binnen de groep mensen met een handicap en de veranderingen welke gedurende de levensloop van mensen kunnen optreden; beschrijvingen van gemiddelden op projectniveau, dus geaggregeerd voor het totaal aantal bewoners per project zijn te weinig zeggend;
- de omschrijving van vraag en aanbod van de zorg en begeleiding conform de nadere uitwerking van het al in ontwikkeling zijnde referentiekader bij de vRVZ;
idem van functies op het gebied van het wonen, zowel wat betreft het ruimtegebruik als het aangepast of aanpasbaar zijn van het wooncomplex;
- van adequate indicatoren voor de koopkracht en bestedingsbudgetten van mensen met een handicap;
- verantwoorde methoden van verduidelijking van de preferentie en evaluatie van het project door de betrokken persoon met een handicap en zijn/haar mentor (onder andere in kader van de zgn. personal future planning);
- een longitudinale opzet, waardoor de ontwikkeling in de tijd gevolgd kan worden.

Daarnaast is het wenselijk op landelijk niveau te inventariseren welk type innovatieve projecten er nu zijn en welke relevant zijn om een tijd te worden gevolgd.

Een speciale plaats in het entameren van innovatieve projecten dient te worden ingeruimd voor zelf-initiatieven van ouders van kinderen met een handicap in koop- en huursector. Het is zinvol dat gedurende een drietal jaren deze ouders ondersteund worden bij zelf-initiatieven gezien de ingewikkeldheid van de regelgeving en onzekerheid over de vraag voor welke typen mensen met een handicap deze projecten geschikt zijn. De ervaringen dienen ondermeer systematisch gebundeld te worden en toegankelijk gemaakt in de vorm van handboek en draaiboek. De evaluatie dient verder conform de hiervoor genoemde uitgangspunten plaats te vinden.

2. Innovatie vraaggestuurd beleid koppelen aan kwaliteitszorg

Innovatie staat voor een sprongsgewijze overschakeling naar een nieuwe en hogere kwaliteitsstandaard (Houben, 1992). De roep om meer vraaggestuurd beleid in de zorg is een belangrijke inhoudelijke impuls voor innovatie. In de westerse moderne samenleving is een sterke opwaartse druk op kwaliteit als gevolg van scholing, vakopleiding, technologische ontwikkelingen en verdere functiedifferentiatie aan aanbodzijde en welvaart, de behoefte bij de klant zich te onderscheiden en consumenten bewustzijn aan de vraagzijde. Het klantgericht opereren staat in het teken

van zo goed mogelijk voldoen aan kwaliteitseisen van de consument tegen een interessante marktprijs. Vanwege deze push factoren treden er in de levenscyclus van een product en dienst steeds vaker innovaties op. Innoveren is echter vanwege het sprongkarakter een risicovolle activiteit. Vandaar dat bedrijfskundig gezien permanent bezig zijn met kwaliteitsverbetering aan te raden is. In dat geval stijgt de kwaliteit tussen twee innovaties als gevolg van tussentijds aan te brengen verbeteringen in het kader van kwaliteitszorg. De behoefte aan innovatie wordt dan alleen manifest als dusdanig hoge kwaliteitswaarden geïntroduceerd worden dat die niet meer met de op dat moment gebruikte productiewijzen kunnen worden waargemaakt. In deze laatste situatie is innovatie minder riskant en minder ingrijpend omdat de sprong in kwaliteit minder hoog is en bovendien ondernomen wordt door een organisatie die dagelijks met kwaliteitsverbetering bezig is. Een vorm van kwaliteitszorg waarbij de werkvloer op een constructieve manier betrokken wordt betreft de zgn. kwaliteitskringen (Imai, 1986). In het begin van de jaren negentig is deze invalshoek operationeel gemaakt voor de ouderenhuisvesting (Severijns e.a., 1991).

Aanvankelijk worden in de zorg alleen officieel door de overheid erkende experimentele innovatieprojecten uitgevoerd. Innoveren wordt steeds meer gemeengoed door regionale vernieuwingsfondsen zodat deze activiteit minder afhankelijk is geworden van top down impulsen van de rijksoverheid tot vernieuwing. Een soortgelijke ontwikkeling maakt de kwaliteitsbewaking door: eerst was het vooral een zaak van inspectie door de overheid, nu begint het steeds meer als "kwaliteitszorg" een normale taak van het management en in de gezondheidszorg werkende beroepsbeoefenaren te worden. Innovatiebeleid en kwaliteitszorg spelen zoals gezegd in op een belangrijke moderniseringstrend namelijk klant gericht werken. Deze trend krijgt nog meer de wind mee als profitinstellingen interessante afzetmogelijkheden zien voor een koopkrachtige doelgroep of koopkrachtige zorgvragers zelf een aanbod definiëren. Tweedeling en concurrentie stimuleren de grotere nadruk op kwaliteit van wonen, zorg en dienstverlening.

3. Planningskader baseren op vraaggestuurd beleid

Het door de Commissie Modernisering geschetste planningskader - en hiervoor in par. 5.2 gepresenteerd - lijkt ook relevant voor de gehandicaptensector te zijn. Immers belangrijke elementen zijn:

- functionele benadering binnen een intersectoraal beleidskader voor wonen, zorg, begeleiding en andere relevante functies voor mensen met een handicap;
- bottom up planningscyclus welke start met een onafhankelijke geïntegreerde indicatiestelling voor alle relevante functies en eindigt met op basis van de regiovisie gestoelde budgettering op regionaal niveau.

De allocatie van een op maat van het individu gemaakte combinatie van woon-, zorg- en welzijnsfuncties vormt dan ook het vertrekpunt. Met het oog op de invoering van een onafhankelijke indicatiestelling op 1-1-1998 is het dan ook handig te investeren in een adequate protocollering van de intake van vraag en preferenties voor de gehandicaptensector. Deze investering dient tevens benut te worden als input

voor planningsactiviteiten voor projecten, instellingen, gemeentes en regio's. Daardoor wordt een inhoudelijke basis gelegd voor vraaggestuurd beleid. Het meest voor de hand liggend is dit kader van onderaf op te bouwen. De door de NRV ontwikkelde omschrijving van relevante typen beperkingen en daarbij behorende functionele omschrijving van het aanbod dient te leiden tot elementen voor protocollering van de indicatiestelling. Hetzelfde geldt voor intussen ontwikkelde methoden voor vraag-verduidelijking. Door aggregatie van op individueel niveau verzamelde gegevens over de vraag en preferenties kunnen databestanden worden gegenereerd voor de planning op het niveau van het project, instelling, gemeente (ten behoeve van WVG) en regio.

7.3 Wenselijk vervolgonderzoek vraaggestuurd beleid

Bij het formuleren van de uitgangspunten voor verder onderzoek naar vraaggestuurd beleid hebben we ons laten leiden door overwegingen, welke betrekking hebben op de vraag op welk thema en welk beleidsniveau onderzoek het hardst nodig is om vraaggestuurd beleid van de grond te krijgen. We menen dat het dan zou moeten gaan om:

- a. betere data op landelijk niveau om de sector onderbouwd te kunnen aansturen met name om consequenties van verschillende modaliteiten van het scheiden van wonen en zorg in beeld te brengen;
- b. een beter onderbouwde feedback naar het landelijk niveau en het werkveld van evaluaties van innovatieve projecten inzake scheiden wonen en zorg;
- c. ondersteuning bij de invoering van onafhankelijke indicatiestelling op gemeentelijk niveau;
- d. beter zicht op het verschijnsel vergrijzing en verkenning van effecten;
- e. de implementatie van vraaggestuurde planning (zoals zojuist geschetst).

Gemeenschappelijk in alle vijf thema's is dat ze uitgaan van de noodzaak een gemeenschappelijk referentiekader om vraag, preferenties en functioneel omschreven aanbod op een adequate wijze in kaart te brengen. Op landelijk niveau dient daartoe de expertise van ondermeer SCP, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening en (universitaire) onderzoekers om een adequaat referentiekader voor onderzoek en indicatie te ontwikkelen, te worden gemobiliseerd.

Teneinde te bepalen of daarvoor een draagvlak te scheppen is en de zojuist genoemde thema's zinvol geacht worden, verdient het aanbeveling een invitationale conferentie uit te schrijven.

Met betrekking tot thema A stellen we het volgende voor. Op landelijk niveau worden onderzoeken gedaan, welke impulsen kunnen geven aan vraaggestuurd beleid, mits ze worden verfijnd. Op korte termijn liggen er kansen om te participeren aan het om de 4 jaar te houden landelijk Woning Behoeftte Onderzoek (WBO). Het onderzoek wordt ingesteld door het CBS in opdracht van ondermeer het ministerie van VROM. Naast inzicht in de behoefte aan reguliere, zelfstandige

huisvesting worden vragen gesteld naar Bewoonde Andere Ruimtes (BAR). Deze ingang zou kunnen worden verfijnd om zicht te krijgen op de semi-murale sector. Uiteraard zou in het licht van het scheiden van wonen en zorg in alle caresectoren het voor de hand liggen dat er een meer verfijnde vraagstelling komt voor de intramurale instelling. Een dergelijke investering is relevant om VROM een beter beeld te geven van een te verwachten grotere claim op de Huursubsidie.

Daarnaast is op het gebied van onderzoek naar het voorkomen van beperkingen bij mensen in de bevolking, het gebruik van voorzieningen en demografische prognoses op landelijke niveau visie en expertise beschikbaar met name bij SCP, RIVM, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening (RVZ) en bij de Universiteit Limburg. De kunst is een zodanige synergie tot stand te brengen dat landelijk cijfermateriaal het streven naar vraaggestuurd beleid beter ondersteunt.

LITERATUUR

Berkhout, H., et al., 1993, **Handboek Wet Voorzieningen Gehandicapten**, Den Haag (Vereniging Nederlandse Gemeenten).

Boelema, J.R., P. van der Wijk, J.W. Groothoff, L. Koopmans en D. Post, 1995, **Zorginnovatie en Wonen**, Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

Bij de Vaate, J., 1991, **Geestelijk-Gehandicaptenzorg op een kruising van wegen**, Diss., Amsterdam (Vrije Universiteit).

Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994a, Ouderenzorg met Toekomst, Rijswijk (WVC).

Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994b, Achtergrondstudies, Rijswijk (WVC).

Donk, B. van de, H. van Hoogdalem, P.P.J. Houben en D.J.M. van der Voordt, 1992, **Nieuwe woonzorgvoorzieningen voor ouderen**, Delft (OSPA, Faculteit der Bouwkunde).

Donk, B. van de en P.P.J. Houben, 1992, Ontkoppelen in het verzorgingstehuis?, in: **Stedebouw en Volkshuisvesting**, nr. 4, pp. 4-9.

EK 1995-1996, 24400, XVI 171C Standpunt Staatssecretaris VWS inzake Scheiden Wonen/zorg, 10 mei 1996.

EK 1995-1996, 24400 XVI 171B (h), Aanbiedingsbrief van Staatssecretaris VWS bij het rapport van de Commissie Second Opinion scheiden van wonen en zorg, mei 1996.

Emancipatieraad, 1996, **Adviesbrief "Wonen vrouwen 50+", Den Haag (Emancipatieraad).**

Fiad-Wdt, NFVLG en NVGz, 1995, **Wonen zonder zorg(en); over (onder)scheiden van wonen en zorg in de gehandicaptensector**, Utrecht (concept).

Graveland, I.I., P.P.J. Houben, N.Y. Schuijt-Lucassen en A. Raaymakers, 1996, **Ouderenzorg ook welzijn**, Utrecht (Sociaal Wetenschappelijke Pers).

Houben, P., 1992, **Methodisch innoveren in de ouderenzorg**, Delft (Publicatieburo Faculteit der Bouwkunde).

Houben, P., 1994, **De ontwikkelingsopgave in ouderenhuisvesting**, Assen (Van Gorcum).

Houben, P., 1995a, Modernisering ouderenhuisvesting, in: **Rooilijn**, 28e jaargang, no. 3, pp. 130-135.

Houben, P.P.J. 1995b, Meer aandacht nodig voor leefklimaat in ouderenprojecten, in: **Woningraad-Magazine 23**, pp. 32-34.

Huisman, R. en J. Nooren, 1996, Het laatste plan, **Senior 12**, pp. 12-15.

Imai, M., Kaizen, 1986, **The key to Japans's competitive succes**, New York (Randon House Business Division).

Maas, J.M.A.G., S. Seraïl en A.J.M. Janssen, 1986, **Frequentieonderzoek geestelijk gehandicapten 1986**, Tilburg, (Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek/ Katholieke universiteit Brabant (IVA)).

Maaskant, M., M. Haveman, H.M.J. van Schroyensteen Lantman-de Valk, H.F.J. Urlings, M. van den Akker en A.G.H. Kessels, 1994, **Veroudering bij mensen met een verstandelijke handicap**, Maastricht/Echt (Vakgroep Epidemiologie, RUL/ Stichting Pepijnklinieken).

Nationale Woningraad, 1996, 'Gewoon wonen voor verstandelijk gehandicapten', in: **Woningraad Extra**, nr.77, Almere (NWR).

NIBUD, 1996, **Budget handboek 1996**, Den Haag (NIBUD).

Noordenne, M. van, 1997, Kansen en risico's in de woonzorg, in: **Corporatiemagazine**, nr. 1, pp. 4-7.

Nouws, H. en A. Kilian, 1996, **Kleinschalig wonen met begeleiding en zorg**, Amsterdam (RIGO).

NRV, 1994a, **Tussen cure en care**, Zoetermeer (NRV).

NRV, Huisvesting met zorg, 1994b, **Discussienota over de relatie tussen zelfstandig wonen en intramuraal verblijf**, Zoetermeer (NRV).

NZi, 1995, **Financiële statistiek 1994; instellingen voor verstandelijk gehandicapten, landelijke tabellen**, Utrecht (NZi).

Raaijmakers, A.L.P. en G.L.F. Leene, 1993, Gebiedsgerichte aanpak ouderenhuisvesting, in: **Stedebouw en Volkshuisvesting**, 74e jaargang, nr. 6, pp. 18-23.

RIGO, 1993, **Het tussengebied verkend**, Amsterdam (RIGO).

Sanders, L.H.J.M., en J. Veenstra, 1996, Woonzorgarrangementen in een bonte verzameling, in: **Woningraad-Magazine 7**, pp. 58-61.

Scherpenisse, R. en J. Singelenberg, 1996, **Voortgangsverslag opplussen bestaande woningvoorraad**, Rotterdam (SEV).

Schuijt-Lucassen, N.Y. en P.P.J. Houben (red.), 1994, **De Bredase Steunpuntprojecten in het kader van kwaliteitszorg**, Amsterdam (STG).

Schuijt-Lucassen, N.Y. en P.P.J. Houben, 1996, **Zorg om kwaliteit van wonen**, Amsterdam (STG/VU).

Schuijt-Lucassen, N.Y. en P.P.J. Houben, 1995, **Tevreden bewoners?**, Evaluatie van de bewonerssatisfactie Woonzorgcomplex De Hofstede, Amsterdam (Wetenschapswinkel VU).

SCP, 1996, **Sociaal en Cultureel Rapport 1996**, Rijswijk (SCP).

Severijns, R., 1992, **Als een steen in de vijver, een handleiding voor de methode van de kwaliteitscirkel in het verzorgingshuis**, Utrecht (NIZW).

Somma, VGN, Fiad-Wdt en FvO, 1995, **Wonen van mensen met een verstandelijke handicap**, Utrecht.

Steman, C. en J. Zomerplaaag, **Kwaliteit gekenmerkt**, Utrecht: NIZW, 1994.

Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV), 1996, 'Gewoon wonen met begeleiding en zorg', in: **HV Experiment**, 16-9-1996.

Timmermans, J.M. en I. Schoemakers-Salkinoja, 1996, **Rapportage gehandicapten 1995**, Rijswijk (SCP).

TK 1994-1995, brief d.d. 1-9-1995 van de Staatssecretarissen Mevr. E. Terpstra van VWS en Hr. D.K.J. Tommel van VROM inzake het kabinetsstandpunt over het Advies van de Commissie Modernisering Ouderenzorg, 24 333, nr. 1.

TK 1995-1996, Ouderenbeleid 1995-1998, integraal actieprogramma, 24 319, nrs. 1-2.

TK 1995-1996, Interdepartementaal beleidsonderzoek 1995: Individuele huursubsidie, 24506 nr. 1 Brief van de Staatssecretaris VROM d.d. 17 november 1995.

TK 1995-1996, Overgangswet bejaardenoorden/verzorgingshuizen, 24606 nrs. 1-8 VWS, 1996, Scheiden wonen/zorg, Brief aan de Voorzitter Tweede Kamer, Rijswijk (VWS).

TK 1995-1996, Volkshuisvestingsbeleid, Brief inzake bijstelling Bouwbesluit met minimumpakket eisen aanpasbaar bouwen, 24508 nr. 3, 14-2-1996.

Torre, A. van der, 1993, **Vergrijzingsraming voor voorzieningen met diep gehandicapten**, Rijswijk (SCP) (interne notitie).

VGN, 1996a, **Wonen zonder zorg(en)**, Utrecht (VGN).

VGN, 1996b, **Herkenbare kwaliteit**, Utrecht (VGN).

VWS, 1996a, **Landelijk sectoraal beleidstoetsingskader gehandicaptenzorg**, Rijswijk (VWS), 25 maart.

VWS, 1996b, **Actualisatie 1996 van het Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995-1998 "De Perken te buiten"**, Rijswijk (VWS), september.

VWS, 1996c, **Scheiden wonen/zorg, Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 20-12-1996**, Rijswijk (VWS).

VWS, 1996d, **Jaaroverzicht zorg 1997**, 's-Gravenhage (Sdu Uitgeverij).

Woningraad-Extra, 1996, **Gewoon wonen voor verstandelijk gehandicapten**, Almere (NWR).

VERSCHEENEN IN DE SERIE OTB-WERKDOCUMENTEN

- 98-01 J.M. Kersloot, (Des)investerings- en huurprijsbeleid van corporaties.
Ontwikkelingen in de periode 1985-2000
1998/84 blz./ISBN 90-407-1653-6/f 20,-
- 98-02 R. Raat, Regionalisering van de volkshuisvesting in de regio Gooi en
Vechtstreek
1998/58 blz./ISBN 90-407-1655-2/f 20,-
- 98-03 R. Raat, Regionalisering van de volkshuisvesting in de regio Midden-
Brabant
1998/70 blz./ISBN 90-407-1658-7/f 20,-
- 98-04 R. Raat, Regionalisering van de volkshuisvesting in het knooppunt
Arnhem-Nijmegen
1998/76 blz./ISBN 90-407-1660-9/f 20,-
- 98-05 R. Raat, Regionalisering van de volkshuisvesting in de regio Haaglanden
1998/70 blz./ISBN 90-407-1664-1/f 20,-
- 98-06 R. Raat, Regionalisering van de volkshuisvesting in de regio Zuidwest-
Drenthe
Verschijnt binnenkort
- 98-07 R. Raat, Regionalisering van de volkshuisvesting in de regio Oostelijk
Zuid-Limburg
Verschijnt binnenkort
- 98-08 R. Raat, Regionalisering van de volkshuisvesting in de regio West-
Friesland
Verschijnt binnenkort
- 98-09 H.J. Visscher, Gecertificeerd bouwtoezicht
Verschijnt binnenkort
- 98-10 K.J. Onrust, Criminaliteit en gevoelens van onveiligheid bij rijksgebou-
wen. Een inventarisatie bij vier regionale directies van de Rijksgebouwen-
dienst
1998/200 blz./90-407-1684-6



3024673

ISBN 90-407-1680-3



9 789040 716805



ONDERZOEKSINSTITUUT OTB
TECHNISCHE UNIVERSITEIT DELFT

Postbus 5030
2600 GA Delft

Thijsseweg 11
2629 JA Delft
Telefoon (015) 278 30 05
Telefax (015) 278 44 22
E-mail mailbox@otb.tudelft.nl
<http://www.otb.tudelft.nl>