

Bijlage 1

samenvatting van de  
adviezen van de  
Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ)  
en  
Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)  
betreffende “community care”

Kabinetsstandpunt op  
Specifieke onderdelen



# Adviezen RVZ en RMO betreffende community care en inclusief beleid

## 1 Inleiding

Leven in de lokale samenleving of community care is een begrip dat geïntroduceerd is voor een betere integratie van mensen met een verstandelijke handicap in de samenleving. Het is een vertaling naar deze doelgroep van de tendens die al veel landen bestaat voor de doelgroep ouderen, lichamelijk gehandicapten en mensen met een psychische aandoening. In 1998 heeft de toenmalige Beraadsgroep Community Care het begrip community care als volgt gedefinieerd: 'het ondersteunen van mensen met ernstige beperkingen - waaronder begrepen ondersteuning van hun sociale netwerk - bij het leven in en deelnemen aan de (lokale) samenleving'. De Beraadsgroep beval drie strategieën aan om community care te realiseren. Deze strategieën hadden betrekking op het bieden van flexibele individuele ondersteuning waar dit nodig is, het eigenmachtig maken ('empowerment') van cliënten en het actief mede verantwoordelijk maken van de samenleving voor de ondersteuning van mensen met een handicap (inclusief beleid). De ontwikkeling van community care en inclusief beleid verloopt echter moeizaam; er is in de afgelopen jaren weinig vooruitgang geboekt.

Dit gegeven vormde dan ook de aanleiding voor de Minister van VWS een gecombineerde adviesaanvraag te doen aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) met betrekking tot condities waaraan moet worden voldaan om het community care concept tot een succes te maken, waarbij vooral gedacht is aan de maatschappelijke integratie van mensen met een verstandelijke handicap.

De RVZ en RMO hebben de adviesaanvraag vertaald in beleidsvragen die betrekking hebben op: relevante maatschappelijke condities en normen en waarden, het zorgstelsel, evenals politiek bestuurlijke aspecten. In paragraaf 2 wordt een samenvatting van deze adviezen gegeven.

In de volgende paragrafen wordt een samenvatting gegeven van de beide adviezen. In paragraaf 3 wordt gedetailleerd ingegaan op 'zorgkwesties' en ondersteuningsstructuur zoals door RVZ geadviseerd.

## 2 Samenvatting advisering RVZ en RMO

### 2.1 Algemeen

De uitgebrachte adviezen (RVZ juni 2002, RMO november 2002) hebben een aantal belangrijke gemeenschappelijke uitgangspunten die elkaar in de uitwerking aanvullen. In beide adviezen staat het burgerschapsmodel centraal.

De RVZ heeft zijn aandacht vooral gericht op de aanbieders van diensten en ondersteuning. Bij de uitwerking van zijn advies heeft de RVZ de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap als voorbeeldsector genomen. Bij de probleemanalyse en de schets van de oplossingen wordt een vergelijking gemaakt met de geestelijke

gezondheidszorg en ouderenzorg, twee sectoren waarover de RVZ in het recente verleden al meermalen heeft geadviseerd.

De RMO heeft gekozen voor een brede (inclusieve) maatschappelijke benadering van community care. Voornamelijk omdat de meeste mensen met een beperking ook nu al in de samenleving wonen en participeren.

De RMO heeft zijn advies, vergelijkbaar met het advies van de Taskforce vermaatschappelijking, dan ook vooral gericht op de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn. Daarbij is als uitgangspunt gekozen dat community care primair een middel is om sociale participatie en de kwaliteit van leven te bevorderen, zowel in de lokale samenleving als binnen de institutionele zorg.

## 2.2 Inclusief beleid

‘Community care’ of ‘leven in de lokale samenleving’ betekent in de ideale situatie dat alle algemene voorzieningen voor iedereen toegankelijk zijn. Community care is toepasbaar voor alle mogelijke doelgroepen en doorbreekt daardoor de traditionele schotten tussen ouderenbeleid, gehandicaptenbeleid en geestelijke gezondheidszorg. Het realiseren van community care vraagt om een pragmatische en realistische aanpak. Richtinggevend voor een dergelijke aanpak is een vorm van ‘includerend denken’ (RMO) dat de basis vormt voor inclusief beleid. Inclusief beleid is bij uitstek het instrument voor het bewerkstelligen van participatie en het verbeteren van kwaliteit van leven van mensen met beperkingen. De RVZ en RMO signaleren dat het introduceren van community care en inclusief beleid in het algemeen moeizaam verloopt. Het gevolg daarvan is dat nog steeds veel zaken voor mensen met een beperking afzonderlijk worden geregeld. Er is ook sprake van dominante maatschappelijke trends, zoals verdergaande individualisering, eenzijdig streven naar steeds hogere productiviteit en efficiency. Deze zaken helpen nauwelijks bij het bereiken van zelfstandigheid en volledige participatie.

## 2.3 Wettelijke grondslag community care

Voor community care is, zo stellen RVZ en RMO vast, net als voor institutionele zorg een wettelijke grondslag nodig. Deze grondslag ligt in de Wet gelijke behandeling gehandicapten en chronisch zieken (WGBH/CZ). Uitbreiding van de reikwijdte van deze wet naar andere levensterreinen zoals huisvesting en onderwijs is daarvoor nodig. De WGBH/CZ geeft burgers met beperkingen een instrument in handen om hun recht te halen.

De WGBH/CZ is op 1 april 2003 in de Eerste Kamer aangenomen. Volgens de RMO kan de rechtsgrond in de toekomst verder worden versterkt door het ontwerpen van een Wet op de sociale participatie. Een dergelijke wet zou op langere termijn ook de grondslag kunnen bieden voor een participatietoeslag, waarin bestaande persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten zouden kunnen worden opgenomen.

## 2.4 Zorg

Het advies van de RVZ over de zorgaspecten van community care sluit in overwegende mate aan bij het reeds ingezette zorgbeleid, met name bij de modernisering van de AWBZ. De RVZ geeft aan dat de overheid moet doorgaan op de ingeslagen weg om aanbieders en verzekeraars te stimuleren en te faciliteren om te komen tot verbreding van het eigen aanbod in aansluiting op de wensen van (potentiële) cliënten. De institutionele

zorg zal de ondersteuning in toenemende mate moeten afstemmen op de vraag van de cliënt en moeten richten op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Voor het bevorderen van vraagsturing is een ketenbenadering in de zorg nodig. Vraagverheldering, onafhankelijke indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgrealisatie moeten goed op elkaar aansluiten. Op korte termijn moet een oplossing gevonden worden voor het gebrek aan eerstelijnszorg voor mensen met een verstandelijke beperking buiten de instellingen. Deze problematiek is overigens ook actueel op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Daar is gestart met een intensivering van de inzet vanuit de eerstelijnszorg.

Voorts wordt vastgesteld dat ten aanzien van mensen met verstandelijke beperkingen meer wetenschappelijk onderzoek nodig is, zowel op orthopedagogisch als medisch terrein. Hiervoor is landelijke afstemming nodig. De wetenschappers moeten hier zelf vorm aan geven.

## 2.5 Ondersteuningsstructuur

Beide Raden benadrukken dat het voor mensen met beperkingen van primair belang is dat zij kunnen beschikken over adequate dienstverlening en ondersteuning op lokaal niveau. Een brede verstrekkingenwet onder gemeentelijke regie biedt volgens de adviesorganen een goed vertrekpunt voor het vormgeven van een dienstverleningsstelsel. De gemeente is formeel verantwoordelijk om aan een dergelijke structuur vorm te geven. De geboden dienstverlening moet toegankelijk, laagdrempelig en betrouwbaar zijn en moet burgers met een beperking in staat stellen hun zelfstandigheid te behouden. Invoering van een persoonsgebonden budget in de WVG en in een toekomstige dienstverleningswet is naar de mening van de RVZ de volgende logische stap. Op dit moment wordt er gewerkt aan de vernieuwing van de Sociaal Pedagogische Diensten (SPD'en). De RVZ is van mening dat de SPD zijn werkterrein moet uitbreiden naar andere doelgroepen, met name zintuiglijk en lichamelijk gehandicapten en ouderen. Dit heeft consequenties voor de deskundigheid en organisatie van de SPD, alsmede de financiering. De SPD vervult op dit moment een ondersteuningsfunctie voor mensen met verstandelijke en, in beperkte mate, lichamelijke beperkingen.

## 2.6 Bestuurlijke verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid voor community care ligt op lokaal niveau bij de gemeente, stellen beide Raden. De rijksoverheid is in belangrijke mate verantwoordelijk voor het wettelijke kader en de financiering van voorzieningen en aanpassingen voor mensen met beperkingen; daarnaast heeft zij een belangrijke stimulerende en voorwaardenscheppende rol.

Op kabinetsniveau, moet echter een overkoepelende beleidsverantwoordelijkheid met adequate bevoegdheden geregeld worden. Daarvoor moet een 'autoriteit' ingesteld worden die de samenwerking tussen de verschillende departementen met kracht kan coördineren.

Deze overkoepelende beleidsverantwoordelijkheid hoort volgens de RVZ bij het ministerie van BZK te liggen.

De RMO meent dat deze verantwoordelijkheid ook kan worden neergelegd bij het ministerie van VWS, maar dan niet gekoppeld aan de zorgsector doch in het verlengde van de daar ondergebrachte taken op het gebied van welzijn en sociale infrastructuur.

De RMO is voorts van mening dat er - als gevolg van eerdergenoemde 'tegendraadse' trends - een impasse dreigt voor de ontwikkeling van community care en inclusief beleid. De RMO adviseert deze dreigende impasse te doorbreken door een Landelijke Stuurgroep Sociale Participatie in te stellen. Deze Stuurgroep zou in voorkomend geval een budget en vergaande bevoegdheden moeten krijgen om als het ware over beleidsterreinen heen de community care gedachte in de praktijk te brengen en relevante kennis te verzamelen over dit onderwerp. Het beleid krijgt hiermee een landelijke impuls. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt volgens de RMO bij de Staatssecretaris van VWS in haar verantwoordelijkheid voor de sociale participatie.

### 3 Kabinetsstandpunt op specifieke punten betreffende zorg genoemd in adviezen van RMO en RVZ

#### 3.1 Inleiding

Uit de adviezen van de RVZ en RMO komt naar voren dat bestuurlijke knelpunten, een gebrek aan samenhang en afstemming op het niveau van zorg en algemene dienstverlening, tegenwerkende maatschappelijke trends en ook een onjuiste beeldvorming de voorspoedige ontwikkeling van community care en inclusief beleid belemmeren. Deze conclusie komt ook uit de samenvatting van de geïnventariseerde knelpunten.

Er is bovendien sprake van het effect van de wet van de remmende voorsprong. Er is in Nederland in de afgelopen decennia immers vooral geïnvesteerd in de ontwikkeling en uitbouw van hoogwaardige specifieke voorzieningen voor mensen met een handicap. Het blijkt moeilijk dit netwerk van specifieke voorzieningen snel en probleemloos te transformeren tot community care. Er is te weinig geïnvesteerd in het voorkómen van speciale voorzieningen doordat de reguliere voorzieningen niet voldoende open staan voor mensen met beperkingen.

Er zijn weliswaar goede voorbeelden en aanzetten, maar er is nog geen sprake van een breed gedragen ontwikkeling, zo blijkt ook uit de conclusies van het 'Landelijk programma community care', dat door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) is uitgevoerd in het kader van de Welzijnsnota 1999-2002. Het NIZW concludeert onder meer dat de toepassing van community care te vrijblijvend is geweest en te eenzijdig gericht is geweest op deinstitutionalisering van de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.

In onderstaande paragrafen geeft het kabinet een reactie op de conclusies en aanbevelingen van de RVZ en RMO die betrekking hebben op de zorg en ondersteuningsstructuur. In de hoofdstukken 2 en **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** van de algemene tekst zijn de zorgoverstijgende onderwerpen, alsmede de aanbevelingen met betrekking tot inclusief beleid integraal meegenomen.

#### 3.2 Zorg

De RVZ wijst in zijn advies expliciet op de vernieuwende impulsen voor het tot ontwikkeling brengen van community care op het gebied van de zorg, die met de modernisering van de AWBZ zijn ingezet.

De RVZ besteedt aandacht aan verschillende aspecten van zorg en zorgvernieuwing, met name aan vraagsturing en de rol daarbij van de overheid, zorgaanbieders en verzekeraars. Indicatiestelling, aanbodverbreding en persoonsgebonden financiering worden genoemd als mogelijkheden om te komen tot een hogere kwaliteit en meer keuzevrijheid voor de cliënt. Het is de reactie van de aanbieders op de vraag van de cliënt.

Voorts wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de naar het oordeel van de Raad ernstig tekortschietende medische (eerstelijns-) zorg voor mensen met een verstandelijke beperking die niet in een instelling verblijven.

### *3.2.1 Vraagsturing*

Centraal in de ontwikkeling van de modernisering van de AWBZ staat de care brede benadering en daarbinnen het bewerkstelligen van een omslag van aanbodgerichte zorg naar vraagsturing. Met de introductie van deze care brede benadering vervalt het huidige onderscheid tussen genoemde sectoren in de AWBZ.

De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing wordt gerealiseerd door het invoeren van aanspraken op zorg die in termen van functies omschreven zijn.

De naar aanbod omschreven aanspraken op de zorg zijn vervangen door aanspraken op zorg, onderscheiden in zeven functies, namelijk huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De functies zijn dusdanig gedefinieerd dat daaronder alle zorg valt die tot nu toe als aanspraak in het kader van de relevante AWBZ-sectoren (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor lichamelijk, zintuiglijk en verstandelijk gehandicapten) geregeld is.

In totaal omvatten deze functies alle ingrediënten waarmee een passend pakket aan zorg kan worden samengesteld.

### *3.2.2 Zorgketen*

Indicatiestelling (RIO), zorgtoewijzing (zorgkantoor) en zorgaanbod (zorgaanbieder) vormen een zorgketen. Daarbinnen krijgt een cliënt afhankelijk van zijn vraag en keuzes te maken met één of meer van genoemde instanties, die ieder hun eigen verantwoordelijkheid hebben.

De indicatiestelling, de toekenning van zorg en de tariefstelling/financiering van deze zorg zijn afgestemd op functioneel omschreven zorgaanspraken.

### *Indicatiestelling*

Binnen de beschreven systematiek van de gemoderniseerde ontschotte en functiegerichte AWBZ is onafhankelijke en objectieve indicatiestelling van essentieel belang om te komen tot een zorgvuldige vaststelling van de behoefte aan zorg en ondersteuning.

Met ingang van 1 april 2003 is de indicatiestelling zodanig heringericht dat, los van de leverende instelling, kan worden vastgesteld op welke functies iemand, gelet op de geobjectiveerde zorgvraag, is aange wezen. Tevens wordt in de indicatiestelling een oordeel gegeven over de omvang waarin iemand op een bepaalde functie is aangewezen. De omvang wordt daarbij aangegeven in termen van klassen die zijn gedefinieerd in de vorm van een bandbreedte.

### *Aanbodverbreding en keuzemogelijkheden*

Belangrijke maatschappelijke tendensen in de zorg zijn het steeds vaker zelfstandig wonen met ondersteuning in de lokale samenleving en het scheiden van wonen en zorg, ook bij hulpvragen met intensieve zorgzwaarte. Voor mensen met een verstandelijke handicap die al in een instelling verblijven, geldt dat zorg in deze institutionele en beschermende setting kan geboden worden als de cliënt dit wenst, ook als hij volgens objectieve maatstaven zelfstandig zou kunnen wonen met passende ondersteuning. De keuzevrijheid van de cliënt staat hierbij centraal; niemand kan tegen zijn wil worden opgenomen in een instelling. De noodzakelijke zorg en begeleiding die in een institutionele setting wordt geleverd, moet tot aan de nog nader in te vullen zogenaamde omslagpunten in voldoende mate ook kunnen worden aangeboden in de vorm van persoonlijke ondersteuning aan huis. De Subsidieregeling extramurale dienstverlening beoogt hier een oplossing te bieden. Ook in de discussie rond het dienstverleningsstelsel wordt hierover gesproken.

### *Bekostiging*

Ook de bekostiging wordt op gefaseerde wijze geënt op de functies. Met een functiegerichte bekostigingssystematiek komt een einde aan het huidige beleid in de AWBZ dat er op is gericht op landelijk niveau prijzen per product te definiëren. Door functies in plaats van voorzieningen als uitgangspunt te nemen voor de bekostiging, ontstaat ruimte voor een flexibel, innovatief en transparant aanbod. Aanbieders kunnen, rekening houdend met de voorkeuren van cliënten, binnen de functies zelf producten op maat samenstellen.

De zorgkantoren hebben de belangrijke taak als uitvoeringsorgaan te onderhandelen over de prijs-kwaliteitsverhouding van deze producten.

De verruiming van de mogelijkheden van persoonsgeboden financiering vormt een belangrijke stimulans voor het tot ontwikkeling brengen van community care.

De cliënt kan vanaf 1 april 2003 op basis van zijn indicatiebesluit kiezen voor een - care breed - persoonsgebonden budget of zorg in natura bij een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder.

De vereenvoudigde PGB-regeling nieuwe stijl is een AWBZ-brede regeling die de sectorale regelingen vervangt en uit gaat van een sterk vereenvoudigde uitvoering. Om cliënten met volledig werkgeverschap te kunnen ondersteunen bij het aanvragen en beheren van het PGB is een facilitaire organisatie beschikbaar, de SVB. Met het toegewezen budget kan de cliënt zelf zijn zorg inkopen en organiseren. Daardoor wordt de keuzevrijheid van cliënten versterkt.

### *Kwaliteit van zorg*

Voor de ontwikkeling van community care is het uiteraard van belang dat de kwaliteit van de zorg en de persoonlijke ondersteuning aan huis van goede kwaliteit is en gewaarborgd is op het niveau zoals dat geldt voor in instellingen geboden zorg conform de vereisten van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Uit de evaluatie van de Kwaliteitswet is gebleken dat de ontwikkeling van kwaliteitssystemen binnen de instellingen nog in de kinderschoenen staat en ook de kwaliteit van daadwerkelijke zorg op diverse fronten achterblijft. De Inspectie voor de Gezondheidszorg bevestigt dit beeld in de in 2002 uitgebrachte 'Staat van de



gezondheidszorg'. Er is nog in onvoldoende mate sprake van een actieve, integrale aanpak van kwaliteit door het veld, hetgeen een omslag in het kwaliteitsbeleid nodig maakt. In de brief aan de Tweede Kamer betreffende kwaliteit van zorg (4 december 20020) wordt ter zake een concrete aanpak gepresenteerd en worden partijen in de zorg opgeroepen per sector plannen van aanpak voor een actiever kwaliteitsbeleid op te stellen. Daarbij is het van groot belang dat gebruik wordt gemaakt van de kennis en ervaring van patiënten- en consumentenorganisaties.

Door de consumentenbeweging wordt kwaliteit in het bredere perspectief van kwaliteit van leven geplaatst. Dit begrip is breder dan kwaliteit van zorg en betreft onder andere ook huisvesting, dienstverlening en inkomen. Als gevolg hiervan is op het terrein van de zorg - naast en in aansluiting op de interne kwaliteitstoetsing door de instellingen - kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief geïntroduceerd. Er zijn instrumenten voor externe toetsing van kwaliteit ontwikkeld die worden toegepast bij visitaties en beoordeling van de kwaliteit door cliëntenorganisaties.

Er worden voorts plannen ontwikkeld om een duidelijker verbinding tussen de Kwaliteitswet en de consumentenbeweging aan te brengen. De kwaliteitswetgeving (Kwaliteitswet, WGBO, Wet BIG) en de consumentenwetgeving (Klachtwet en Medezeggenschapswet) dragen allen bij aan de borging van kwaliteit en (collectieve) cliëntenbelangen.

### 3.2.3 *Medische zorg verstandelijk gehandicapten*

De Rotterdamse hoogleraar Evenhuis signaleert in haar achtergrondstudie voor de RVZ dat de kwaliteit van de gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke handicap onvolkomenheden vertoont. Dit geldt met name voor de verstandelijk gehandicapten die als gevolg van deconcentratie, kleinschalig wonen of (begeleid) zelfstandig wonen niet meer in een instituutsumgeving maar in de lokale samenleving wonen, doch ook voor degenen die zijn aangewezen op verblijf in residentiële voorzieningen.

De deelname aan bevolkingsonderzoek (naar borst- en baarmoederhalskanker) door mensen met een verstandelijke handicap is veelal gering. Reguliere huisartsen zijn veelal onvoldoende toegerust om specifieke medische problemen tijdig te onderkennen en te behandelen. Bovendien zijn de reguliere huisartsen niet altijd in staat met de verstandelijk gehandicapte patiënt te communiceren. Ook is er nog steeds op grote schaal sprake van onderdiagnostiek van gezichts- en gehoorstoornissen onder bewoners van instellingen. Naar verwachting worden verstandelijk gehandicapten die zelfstandig wonen niet of nauwelijks getest op zintuiglijke beperkingen. Ten slotte kampen mensen met een verstandelijke handicap met psychische problematiek en daaruit voortvloeiende gedragsproblemen.

Wat betreft de genoemde knelpunten kan het volgende worden opgemerkt.

De deelname aan bevolkingsonderzoeken door mensen met een verstandelijke handicap die in instellingen verblijven is uiteraard primair de verantwoordelijkheid van het personeel van de instellingen die de zorg dragen voor hun bewoners. Zonodig kunnen instellingen (door de Inspectie Gezondheidszorg) expliciet op deze verantwoordelijkheid worden aangesproken.

Community living stelt eisen aan de samenleving. De verankering van medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap maakt daar onderdeel van uit. Mensen met een verstandelijke handicap hebben de vrije keuze voor een arts en dus zal de arts ook deskundig moeten zijn op dit terrein. De hierbij gesignaleerde probleempunten spitsen zich toe op kwantitatieve- en kwaliteitsproblemen. Om deze probleempunten aan te pakken zijn diverse initiatieven gestart. Opleidingsplaatsen geneeskunde worden uitgebreid, er is discussie gaande over de positie van de huisarts op korte en langere termijn (taakherschikking en differentiatie beroepsprofielen), de AVG is erkend als apart specialisme en er zijn vijf centra opgericht voor consultatie en expertise (CEE) ten behoeve van mensen met een bijzondere zorgvraag. Voor mensen met een verstandelijke handicap die zelfstandig wonen ligt dit ingewikkelder. Daar zouden huisartsen (eventueel in samenwerking met de AVG) de screening op dit punt voor hun rekening moeten nemen.

Specifieke gezondheidsproblemen kunnen, indien deze niet tijdig worden onderkend en adequaat worden behandeld, ernstige gevolgen hebben. In instellingen zijn AVG-en aangewezen om gezondheidsproblemen van de bewoners tijdig te diagnosticeren en te (laten) behandelen. Het personeel binnen de instellingen heeft in het algemeen een agogische opleiding of achtergrond en is dus niet goed toegerust om specifieke gezondheidsproblemen te onderkennen. Er is echter sprake van een toenemend tekort aan AVG. Dit klemmt temeer voor zelfstandig of thuiswonende verstandelijk gehandicapten, omdat die veelal zijn aangewezen op de reguliere huisarts. Maar de huisartsen beschikken in het algemeen niet over de specialistische kennis die voor het behandelen van deze patiënten vereist is. Daar komt nog bij dat huisartsen in afnemende mate bereid zijn mensen met een verstandelijke handicap in hun patiëntenkring op te nemen.

De Universiteit van Maastricht ontwikkelt thans een transmuraal samenwerkingsmodel (protocol) voor de medische begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap die extramuraal (gaan) wonen. De ontwikkeling van een scholingspakket rond medisch handelen van huisartsen met betrekking tot mensen met een verstandelijke handicap maakt hier onderdeel van uit.

Op veel plaatsen is spontaan samenwerking tot stand gekomen tussen voormalige instituutsartsen en lokale huisartsen. Ook worden veel intramuraal werkende artsen ingeschakeld als adviseur of consulent in kinderdagcentra of kleinschalige wooneenheden. Daarnaast doen thuiswonende cliënten toenemend een beroep op de instituutsarts. Er bestaan protocollen voor het vaststellen van gehoor- en gezichtsstoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap. De consulententeams voor mensen met een verstandelijke handicap en gedragsproblematiek zijn uitgebouwd tot Centra voor Consultatie en Expertise (CCE) voor mensen met een bijzondere zorgvraag.

### 3.3 Ondersteuningsstructuur

#### 3.3.1 *Versterking positie cliënt*

In de nota 'Met zorg kiezen' (juni 2001) wordt uitvoerig ingegaan op de mogelijkheden en beleidsmaatregelen, die de positie van de zorggebruiker kunnen versterken. Voor hen staat geen passieve rol voor ogen, maar een rol om zelf actief te bevorderen dat de zorg

beter aansluit bij de eigen vragen en behoeften. De nota onderscheidt vijf toerustingniveaus om zorggebruikers hierin te ondersteunen:

- rechtspositie;
- informatie;
- advies en begeleiding;
- inkoopmacht;
- onderhandelingsmacht.

In april is de kamer een voortgangsrapportage over de voornemens uit deze nota toegestuurd<sup>1</sup> en binnenkort zullen de bewindslieden van VWS hun standpunt kenbaar maken op het RVZ-advies over vraagsturing in de zorg.

De motie Van der Vlies c.s.<sup>2</sup> verzoekt de regering om bij de uitvoering van de nota 'Met zorg kiezen' rekening te houden met een integrale benadering. De nota Met zorg kiezen is in eerste instantie toegespitst op de positie van de gebruiker van de gezondheidszorg. Mensen met een langdurige zorgvraag hebben eveneens vragen en behoeften op andere terreinen, zoals wonen, arbeid, inkomen, vervoer, onderwijs en vrije tijd. Zorg is vaak een randvoorwaarde om op deze terreinen te kunnen participeren. Dit betekent dat beleidsontwikkelingen zo goed mogelijk op elkaar dienen te worden afgestemd. Zoals ook in de voortgangsrapportage over de nota Met zorg kiezen is aangegeven kunnen de voornemens in de nota niet los gezien worden van voornemens op andere terreinen. Een groot deel van die voornemens komt in dit Actieplan aan de orde.

Op interdepartementaal niveau worden activiteiten ontplooid om de positie van mensen met een langdurige zorgvraag op andere terreinen te versterken.

### 3.3.2 *SPD Nieuwe Stijl*

RMO en RVZ stellen in hun adviezen een aantal zaken aan de orde over de ondersteuningsstructuur: de facilitering, de verantwoordelijkheidsverdeling en de randvoorwaarden. Het belang van een adequate ondersteuningsstructuur voor mensen met een kwetsbare positie in de samenleving, zoals veel mensen met een handicap, is evident. Dit is ook de aanleiding geweest om in de nota Met zorg kiezen en later in de brief over de rol en taken van de Sociaal Pedagogische Diensten (SPD) aan de Tweede Kamer van 19 november 2001 het kader voor een dergelijke structuur neer te leggen (zie ook voortgangsrapportage van 22 november 2002 en brief van 16 april 2003).

In de nota Met zorg kiezen is aangegeven dat het gewenst is om tot een dekkende ondersteuningsstructuur te komen. Deze moet laagdrempelig, betrouwbaar en onafhankelijk georganiseerd zijn. De belangenorganisaties zijn primair verantwoordelijk voor de collectieve belangenbehartiging. De cliëntondersteuning is primair verantwoordelijk voor de individuele ondersteuning. In die zin is het een basisfunctie die toegankelijk is voor alle mensen. De bedoeling van een dergelijke structuur is om cliënten de mogelijkheid te bieden ondersteuning en begeleiding te krijgen bij het maken van keuzes voor de inrichting van zijn of haar leven op allerlei andere terreinen. Niet iedereen is immers in staat om alleen op basis van informatie de keuze voor de voor hem goede zorg te kunnen maken en te realiseren.

---

<sup>1</sup> Voortgangsbrief met kenmerk Z/TPC-2372009 d.d. 17 april 2003

<sup>2</sup> Kamerstukken, II 27 807, nr. 11

Dit geldt voor alle langdurige zorggebruikers: voor mensen met een handicap of chronische ziekte, ouderen en mensen met een psychische beperking. Van oudsher is de ondersteuning sectoraal vorm gegeven. Bovendien kent zij vaak een andere historie. De verschillende vormen van cliëntenondersteuning vragen dan ook een ander traject om aan de eisen laagdrempelig, betrouwbaar en onafhankelijk te voldoen. De ontschotting van de AWBZ zal in de toekomst ook hier gevolgen kunnen hebben.

De omvorming van de Sociaal Pedagogische Diensten (SPD'en) tot een onafhankelijke, laagdrempelige en betrouwbare cliëntenondersteuner is een eerste stap in dit traject, zoals in de nota Met zorg kiezen toegezegd. Bij brief van 19 november 2001 (DGB/OAG-2232661) is hieraan invulling gegeven. In deze brief is het kader voor de SPD Nieuwe Stijl geschetst en is het proces weergegeven hoe daar te komen. De SPD is een basisvoorziening waarop mensen met een beperking een beroep kunnen doen voor informatie en advies bij keuzes in de zorg en op andere levensterreinen. Aangegeven is dat de financiering van de SPD Nieuwe Stijl vooralsnog via een subsidieregeling AWBZ zal geschieden. Hiermee ligt de uitvoering in eerste instantie op landelijk niveau. Met de brief van 29 november 2002 (kenmerk DGB/OAG-2336656) en van 16 april 2003 (in afschrift verzonden met kenmerk DGB/OAG-2370689) is de Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van dit traject[evt. verwijzen naar kamervragen]. In deze brief zijn de functies van de SPD Nieuwe Stijl aangegeven en de uitgangspunten voor de nieuwe bekostigingswijze. Deze vormen de basis voor de verdere uitwerking teneinde in 2005 de SPD Nieuwe Stijl te realiseren.

Het ondersteunen is, zoals de RMO terecht opmerkt, een zaak van inzet en betrokkenheid. Het gaat immers om intermenselijk contact, hierbij is de vraag van de cliënt leidend. De cliënt zelf te bepalen welke hulp hij wil krijgen bij het maken van keuzes. Bovendien geldt dat in sommige gevallen maatschappelijke barrières geslecht moeten worden om zaken voor een cliënt te realiseren. Dit doet een beroep op doorzettingsvermogen. Dit betekent dat de nodige eisen aan de cliëntenondersteuners worden gesteld. Op de zo gewenste en noodzakelijke cultuuromslag zijn door de Somma, wat betreft de SPD Nieuwe Stijl, voorstellen gedaan. Het is van belang dat deze verder worden ontwikkeld in overleg met de cliëntenorganisaties en cliëntenraden.

### *3.3.3 Zelfstandigheid en dienstenstelsel*

Er is een steeds sterker wordende behoefte aan zelfstandigheid en individualisering, waardoor mensen steeds langer zelfstandig willen blijven wonen. Tegelijkertijd leidt de vergrijzing van de bevolking tot een groter beroep op voorzieningen. Het zelfstandig wonen kan worden bevorderd door in de thuissituatie een dusdanig voorzieningenpakket aan te bieden dat het wonen in intramurale instellingen voor veel mensen niet meer nodig is of zo lang mogelijk kan worden uitgesteld.

Het hiervoor genoemde voorzieningenpakket wordt thans geboden door verschillende instanties binnen verschillende wettelijke kaders en randvoorwaarden (WVG, AWBZ, Zfw, Welzijnswet). Bij de uitvoering doen zich afstemmingsproblemen voor. Er is behoefte aan een integrale aanpak, waarbij de cliënt zich in beginsel slechts bij één loket hoeft te voegen (ontbureaucratisering).

Door het zorgdragen voor een goede dienstverlening ‘tussen wonen en zorg’ wordt een alternatief geboden voor intramurale zorg. Daarmee wordt tevens op adequate wijze ingespeeld op de groeiende zorgvraag als gevolg van demografische ontwikkelingen. Er is bij de burger toenemende mondigheid en kennis van de voorzieningenmarkt, terwijl het persoonsgebonden budgetten de cliënt de mogelijkheid bieden om zelf naar eigen inzicht en behoefte keuzes te maken.

De verantwoordelijkheid voor het langs nader vast te stellen hoofduitgangspunten uit te werken Wet op de maatschappelijke zorg ligt bij het ministerie van VWS. In de recent gestuurde brief aan de Tweede Kamer is hierover gerapporteerd.