



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Meedoen door toegankelijke omgeving

*Een verkenning van omgevingsmaatregelen om
participatie van chronisch zieken of lichamelijk
beperkten te stimuleren*

RIVM briefrapport 270161007/2012
I.Storm | N.A.M. Post



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Meedoen door toegankelijke omgeving

Een verkenning van omgevingsmaatregelen om participatie van chronisch zieken of lichamelijk beperkten te stimuleren

RIVM Briefrapport 270161007/2012
I.Storm | N.A.M. Post

Colofon

© RIVM 2012

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Ilse Storm
Nikkie Post

Contact:
Ilse Storm
Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen
ilse.storm@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Milieu, in het kader van kennisvraag 1.9

Rapport in het kort

Meedoen door toegankelijke omgeving

Het RIVM heeft een verkenning uitgevoerd van omgevingsmaatregelen die op lokaal niveau worden ingezet om te bevorderen dat volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking kunnen (blijven) deelnemen aan de samenleving. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om deelname aan het verkeer en vervoer of aan activiteiten buitenshuis. De inventarisatie is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS om inzichtelijk te maken welke maatregelen de maatschappelijke participatie daadwerkelijk bevorderen. 'Meedoen' is zowel voor de samenleving in zijn geheel als voor het individu van belang. Gekeken is welke maatregelen lokaal worden genomen, omdat steeds meer taken op dit vlak van de rijksoverheid naar gemeenten worden overgeheveld.

Voor de inventarisatie zijn 24 maatregelen vanuit de fysieke en sociale omgeving beschreven. Voorbeelden vanuit het fysieke domein zijn maatregelen die erop gericht zijn om vervoersproblemen te verminderen, toegankelijkheid van ontoegankelijke woningen/gebouwen te verbeteren en belemmeringen in de woonomgeving te verminderen. Vanuit het sociale domein gaat het om maatregelen die financiële drempels wegnemen, een sociaal netwerk stimuleren, begrip en acceptatie vergroten, en kennis over het aanbod aan sport- en vrije tijdsactiviteiten verbeteren.

Over de effecten van deze maatregelen blijkt echter nog weinig bekend te zijn in de literatuur. Uit navraag bij experts blijkt dat de meningen over effecten en haalbaarheid divers zijn. Wel zijn enkele factoren te benoemen die de haalbaarheid van de geselecteerde maatregelen bevorderen of belemmeren. Bevorderende factoren zijn onder andere: een structurele financiering, de wensen van de doelgroep betrekken bij de ontwikkeling van beleid, en de mate waarin de maatregel aansluit bij bestaand beleid. Belemmerende factoren zijn onder andere: (angst voor) hoge kosten, onjuiste afbakening van de doelgroep van de maatregel, en een risico dat mensen afhankelijk worden gemaakt maken van hulp door de maatregel aan te bieden.

Trefwoorden: participatie, chronisch zieken, lokale maatregelen, fysieke en sociale omgeving

Abstract

Participation of the chronically ill through accessible social environment

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has made an exploratory survey of the environmental measures that are in place for encouraging adults with a chronic or physical disability to maintain participation in their social environment. This refers, for example, to people being in traffic and utilizing transport or to activities that take place outside the home. The report was commissioned by the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) in order to gain insight into which measures actually promote social participation. 'Joining in' is a term that is both valuable for the individual and for the whole of society. The report looked at which measures are taken at local level, because more and more tasks of this kind are being transferred from the government to local authorities.

For the current report, 24 health measures taken from both the physical and social environment were documented. Examples taken from the physical territory are those measures aimed at reducing transport problems, improving the accessibility of inaccessible homes and buildings and reducing obstacles found in people's living environment. Measures taken in the social territory are removing financial barriers, stimulating social networks, increasing understanding and acceptance, and improving people's knowledge of the sport and leisure activities that are available to them.

There is still little recorded in the literature of the effects that these measures have. Experts who were asked for their opinion on this subject said that the effects and feasibility of such measures are diverse. There are however, a few factors that can be named that promote or obstruct the feasibility of the measures selected for this report. Promotional factors include the following: structural funding, involving people from the target group (what they want) in policy development, and the degree to which the measure links up with existing policy. Obstructing factors include: fear of high costs, unjustified delimitation of the target group for a measure, and a risk that people may become dependent on help by making the measure available.

Key words: participation, chronically ill, local measures, physical and social environment

Inhoud

Samenvatting—9

1 Inleiding—11

- 1.1 Aanleiding—11
- 1.2 Doel van de verkenning—11
- 1.3 Doelgroep in de verkenning—11
- 1.4 Het begrip participatie in de verkenning—12
- 1.5 Werkwijze—12
- 1.6 Leeswijzer—13

2 Achtergrond en ontwikkelingen—15

- 2.1 Participatie van chronisch zieken of lichamelijk beperkten—15
- 2.2 Overheidsbeleid gericht op participatie—16
- 2.3 Omgevingsfactoren die van invloed zijn op participatie—18

3 Lokale maatregelen in de praktijk—21

- 3.1 Overzicht participatiebevorderende maatregelen—21
- 3.2 Maatregelen gericht op het voorkomen of opheffen van vervoersproblemen—22
- 3.3 Maatregelen gericht op het vergroten van de toegankelijkheid van woningen en gebouwen—25
- 3.4 Maatregelen gericht op het verminderen van belemmeringen in de woon- en leefomgeving—28
- 3.5 Maatregelen gericht op het verminderen van financiële drempels—31
- 3.6 Maatregelen gericht op het vergroten van interactie met anderen of vergroten sociaal netwerk—33
- 3.7 Maatregelen gericht op het vergroten van begrip en acceptatie—37
- 3.8 Maatregelen gericht op het vergroten (van kennis over) aanbod sport en vrije tijd—38
- 3.9 Effecten en ervaringen in de praktijk—40

4 Beschouwing—43

- 4.1 Bevindingen—43
- 4.2 Discussie—43
- 4.3 Aanbevelingen—44

Literatuur—47

Afkortingenlijst—51

Bijlage 1 - Betrokkenen onderzoek—53

Bijlage 2 - Werkwijze—55

Bijlage 3 - Historische perspectieven—59

Samenvatting

In dit briefrapport is een overzicht gegeven van 24 participatiebevorderende maatregelen gericht op volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking die in Nederland op lokaal niveau worden uitgevoerd. Tevens is bij experts getoetst wat er in de praktijk bekend is over de effecten en de haalbaarheid van deze maatregelen. Het gaat om maatregelen vanuit de fysieke en sociale omgeving zoals: maatregelen gericht op het verminderen van vervoersproblemen, ontoegankelijke woningen/gebouwen, belemmeringen in de woonomgeving, financiële drempels, klein sociaal netwerk, gebrek aan begrip en acceptatie en gebrek aan kennis over het aanbod sport en vrije tijd.

Uit de bestudeerde literatuur komt naar voren dat nog weinig onderzoek is gedaan naar effecten van deze maatregelen op participatie en daarom ook nog weinig bekend is. Uit de toetsing onder experts blijkt dat de meningen over effecten en haalbaarheid divers zijn. Wel zijn enkele bevorderende en belemmerende factoren voor de haalbaarheid van de geselecteerde maatregelen te benoemen. Bevorderende factoren zijn onder andere: een structurele financiering, meenemen van de wensen van de doelgroep (gebruikersgroep) bij het ontwikkelen van beleid, en de mate waarin de maatregel aansluit bij bestaand beleid (zoals De Kanteling). Belemmerende factoren zijn onder andere: (angst voor) hoge kosten, onjuiste afbakening van de doelgroep van de maatregel en risico voor het afhankelijk maken van hulp (door aanbieden van de maatregel).

Bevindingen in deze verkenning dienen met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De selectie is gebaseerd op een quick scan van Nederlandse databanken en enkele gesprekken met deskundigen van expertisecentra. Het betreft dan ook geen uitputtende opsomming van maatregelen. Daarbij is ook alleen gekeken naar omgevingsmaatregelen gericht op een afgebakende doelgroep. Opvallend is dat experts participatie breed opvatten. Zo gaat het om het deelnemen aan het verkeer, vormen van zelfredzaamheid tot het doen van activiteiten buitenshuis. Verder wordt door meerdere experts gewezen op het belang van een integrale benadering. Dat wil zeggen aandacht voor zowel het aanbod van maatregelen (gericht op individu en omgeving) als de betrokken actoren (overheid, de samenleving en mensen uit de doelgroep zelf die daarbij actief zijn).

Voor deze verkenning is gekeken naar effecten vanuit het idee zo inzichtelijk te maken welke (combinaties van) omgevingsmaatregelen het beste werken om de participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking te stimuleren. De aanname hierachter is dat aan dit soort informatie behoefte is. De exacte behoefte van gemeenten aan informatie over effectiviteit van collectieve (omgevings)voorzieningen lijkt echter nog niet in kaart gebracht. Het lijkt nuttig in verder onderzoek te kijken naar of, en op welke manier het beste onderzoek gedaan kan worden naar de effectiviteit van dergelijk beleid dat gericht is op volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking (maar ook andere kwetsbare groepen). Daarbij ligt het voor de hand nauw samen te werken met kenniscentra die dicht bij de lokale praktijk staan, zoals Movisie, het Verwey-Jonker Instituut en Vilans.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Gezondheid stelt mensen in staat om aan het maatschappelijke leven deel te nemen. Voor mensen met een chronische ziekte(n) of lichamelijke beperking is het dan ook een stuk lastiger om deel te nemen aan de samenleving ofwel om te participeren. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 (VTV-2010) 'Van Gezond naar Beter' blijkt dat de participatie van mensen met een ziekte of beperking achterblijft (Van der Lucht & Polder, 2010). Een chronische aandoening is een belangrijk obstakel voor participatie, vooral als de ziekte gepaard gaat met beperkingen. Om de participatie van deze doelgroep te verhogen, is het van belang om de omgeving toegankelijker te maken en de persoonlijke competenties van mensen met een chronische ziekte of beperking te verbeteren. Ook technologische en economische ontwikkelingen kunnen daarbij van belang zijn. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil het meedoen in de maatschappij van mensen met een chronische ziekte of beperking verder stimuleren. Om specifiek meer zicht te krijgen op de mogelijkheden vanuit de fysieke en sociale omgeving heeft het ministerie van VWS het centrum VTV gevraagd omgevingsmaatregelen en bijbehorende effecten op dit gebied in kaart te brengen, waarbij de gemeente een belangrijke rol kan hebben. Participatiebevorderende maatregelen op het gebied van persoonlijke competenties en vaardigheden, de preventie of de zorg, of economische en technologische ontwikkelingen vallen buiten de reikwijdte van deze verkenning.

1.2 Doel van de verkenning

Het doel van de verkenning is zicht te krijgen op zowel omgevingsmaatregelen die in Nederland bekend zijn om de participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking te stimuleren als de effecten en de haalbaarheid van deze maatregelen. Voor deze verkenning is de volgende hoofdvraagstelling geformuleerd:

Welke omgevingsmaatregelen leveren een bijdrage aan participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking?

Het antwoord op deze vraag kan de lokale praktijk richting geven bij het vormgeven van hun beleid ter bevordering van participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking.

1.3 Doelgroep in de verkenning

In Nederland heeft ruim een kwart van de mensen een of meer lichamelijke chronische ziekten (multimorbiditeit). Ouderen hebben relatief vaak multimorbiditeit (Hoeymans et al., 2008). Dit is gemeten op basis van registraties bij de huisarts (zie verder *paragraaf 2.2.*). De focus in deze verkenning ligt op de doelgroep volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking (en niet op psychische of verstandelijke beperkingen).

1.4 Het begrip participatie in de verkenning

In de literatuur bestaat een groot aantal uiteenlopende operationele definities van participatie. Deze kunnen op hoofdlijnen worden onderverdeeld in definities met een brede opvatting en definities met een smalle opvatting (RMO, 2008). In de brede opvatting gaat het om het meedoen in de maatschappij in al haar facetten. Dit idee ligt ook ten grondslag aan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De smalle opvatting heeft betrekking op één activiteit; bijvoorbeeld het onderhouden van sociale contacten. Een andere indeling is die naar participatiedomein. Activiteiten waaraan men deelneemt kunnen op uiteenlopende maatschappelijke domeinen liggen, waaronder onderwijs, sport, betaald werk, cultuur, vrijwilligerswerk en mantelzorg. Het domein waarop men participeert, is mede afhankelijk van de leeftijdsfase. Voor kinderen en jongeren is participatie in het onderwijs belangrijk en voor volwassenen is dit arbeidsparticipatie.

Uitgangspunt van deze verkenning is echter niet het participatiebegrip, maar de omgevingsfactoren die kunnen bijdragen aan participatie van chronisch zieken of lichamelijk beperkten (zie *paragraaf 1.5*). Een voorbeeld is het toegankelijk openbaar vervoer dat (als omgevingsmaatregel) invloed kan hebben op onder andere arbeidsparticipatie (op het werk kunnen komen), onderwijsparticipatie (naar school kunnen gaan) of recreatieve participatie (naar theater kunnen gaan).

1.5 Werkwijze

Voor deze verkenning zijn de volgende stappen doorlopen:

1. Inventariseren van (belemmerende) omgevingsfactoren die van invloed zijn op de participatie van deze doelgroep
2. Samenstellen van een lijst met lokale maatregelen vanuit de fysieke en sociale beleidsdomeinen die kunnen aangrijpen op deze factoren
3. Globaal verkennen van de effecten en de haalbaarheid van deze maatregelen bij relevante actoren (experts)

Chronisch zieken of lichamelijk beperkten → belemmerende omgevingsfactor participatie
→ omgevingsmaatregelen vanuit fysieke en sociale domein → effecten en haalbaarheid

Om belemmerende omgevingsfactoren voor deze doelgroep te inventariseren is vooral gebruik gemaakt van publicaties van het NIVEL, SCP en het Verwey-Jonker Instituut. Voor het samenstellen van een lijst met lokale omgevingsmaatregelen is een aantal criteria gehanteerd (zie *box 1.1*). Een criterium is onder andere dat de doelgroep chronisch zieken of lichamelijke beperkten in relatie met de maatregel beschreven is. Indien bij de maatregel bijvoorbeeld alleen wordt gesproken over kwetsbare groepen of ouderen en niet expliciet over chronisch zieken of lichamelijk beperkten dan viel de maatregel niet binnen de geformuleerde selectiecriteria. Dit om specifiek een beeld te krijgen over de effecten van het aanbod op deze laatste doelgroep. Voor de maatregelen is gezocht in Nederlandse databanken naar maatregelen (onder andere Movisie, Loket Gezond Leven, Kennisplatform Verkeer en Vervoer). Aanvullend zijn gesprekken gevoerd met expertisecentra het Verwey-Jonker Instituut en Movisie om deze lijst aan te vullen. Bijkomend doel van het gesprek was om actoren te identificeren die (mogelijk) informatie konden geven over de effecten en de haalbaarheid (bevorderende en belemmerende factoren) van deze maatregelen op participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking. De lijst met omgevingsmaatregelen is ter beoordeling

voorgelegd aan enkele aanbieders en gebruikers van dit type maatregelen. Aanbieders zijn onder meer enkele gemeenten en uitvoerders van de maatregel. Ook is aanvullend het kenniscentrum langdurige zorg Vilans benaderd om de lijst te beoordelen.

Box 1.1 Criteria voor het samenstellen van de lijst met lokale maatregelen:

- De maatregelen zijn gericht op de doelgroep 'volwassenen met een chronisch ziekte of lichamelijke beperking' (d.w.z. bij de maatregelen wordt deze doelgroep expliciet genoemd);
- De maatregelen grijpen aan op (belemmerende) omgevingsfactoren die van invloed zijn op participatie van deze doelgroep (zoals vervoersproblemen, financiële drempels, ontoegankelijke gebouwen);
- De maatregelen hebben als doel het bevorderen van participatie van deze doelgroep in meest brede zin (d.w.z. vooraf is niet gekozen voor bepaalde participatievormen);
- Het gaat om collectieve maatregelen die zijn uit te voeren door de gemeenten (en niet om individueel gerichte maatregelen zoals PGB).

In bijlage 1 staan de geraadpleegde experts en in bijlage 2 is een gedetailleerde beschrijving van de werkwijze te vinden.

1.6 Leeswijzer

Dit briefrapport bestaat uit vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 2 geeft een korte beschrijving van de groep chronisch zieken of mensen met een lichamelijke beperking, overheidsbeleid gericht op participatie en belemmerende omgevingsfactoren. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de geïnventariseerde lokale maatregelen die aangrijpen op deze belemmerende omgevingsfactoren en worden ingezet om de participatie van de doelgroep te stimuleren. Naast een korte schets van het probleem wordt ingegaan op zowel de inhoud van de maatregelen als de effecten en de haalbaarheid van de maatregelen in de praktijk. Vanwege het verkennende karakter van dit briefrapport betreft het geen uitputtende opsomming van omgevingsmaatregelen, maar is het vooral exemplarisch bedoeld. Hoofdstuk 4, tot slot, bevat een beschouwing op de gevonden resultaten en aanbevelingen voor verder onderzoek.

2 Achtergrond en ontwikkelingen

Dit hoofdstuk beschrijft kort de participatie van chronisch zieken en lichamelijk beperkten, overheidsbeleid gericht op participatie en aangrijpingspunten voor maatregelen.

2.1 Participatie van chronisch zieken of lichamelijk beperkten

Omvang doelgroep

In Nederland zijn naar schatting 4,5 miljoen mensen met een chronische ziekte. Daarvan heeft bijna een derde meer dan één chronische ziekte ofwel 1,3 miljoen mensen (Hoeymans et al., 2008). Volgens registraties bij de huisarts heeft in Nederland 25,2% van de mensen een of meer lichamelijke chronische ziekten, 4,3% een of meer psychische chronische ziekten en 2% heeft zowel lichamelijke als psychische ziekten (Verdurmen et al., 2006). Naar schatting zijn er ongeveer 1,5 miljoen zelfstandig wonende mensen met matige of ernstige motorische beperkingen. Dat wil zeggen dat deze mensen problemen hebben met het gebruik maken van hun ledematen en daardoor beperkingen ondervinden bij bijvoorbeeld de dagelijkse levensverrichtingen of de mobiliteit (De Klerk, 2007). De verwachting is dat in de toekomst het aantal chronisch zieken als gevolg van vergrijzing en epidemiologische ontwikkelingen zal toenemen (Ursum et al., 2011).

De rol van gezondheidsproblemen bij participatie

Gezondheidsproblemen, zoals chronische ziekten of lichamelijke beperkingen, kunnen zowel direct als indirect de kans op participatie beïnvloeden. Zo kunnen gezondheidsproblemen belemmerend werken doordat ze voor het individu zelf obstakels opwerpen. Circa 75% van de mensen met lichamelijke beperkingen heeft vaak of zelfs altijd last van vermoeidheid of pijn (De Klerk, 2007). De individuele beleving van de gevolgen voor het functioneren speelt hierbij een belangrijke rol. De mate waarin dit doorwerkt in het kunnen meedoen aan de samenleving hangt samen met de ernst van de beperking en of deze kan worden gecompenseerd door een hulpmiddel of een andere aanpassing (Ursum et al., 2011). Daarnaast kan een functiebeperking ook indirect deelname belemmeren bijvoorbeeld door negatieve beeldvorming over mensen met beperkingen. Ook kunnen mensen met gezondheidsproblemen in hun participatie gehinderd worden door de ontoegankelijkheid van de samenleving in de vorm van bijvoorbeeld een gebrek aan aangepaste gebouwen of ontoegankelijk vervoer. Gemeenten spelen een belangrijke rol om dergelijke hindernissen tegen te gaan.

Participatie doelgroep

Uit onderzoeken van het NIVEL die de participatie van mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking op enkele terreinen meten, blijkt dat deze groep over het algemeen minder vaak meedoet dan de algemene bevolking. Vooral als het gaat om betaald werk van meer dan twaalf uur per week en vrijwilligerswerk blijft de participatie achter (Meulenkamp et al., 2011). In de loop der jaren zijn de verschillen tussen mensen met een lichamelijke beperking en de algemene bevolking niet verminderd (Van den Hoogen et al., 2010).

Participatie kan naast het verrichten van betaald werk of vrijwilligerswerk, ook het verrichten van activiteiten op andere terreinen betreffen, zoals onderwijs, mobiliteit, sport, cultuur en mantelzorg. Chronisch zieken en mensen met een

beperking participeren over het algemeen dan ook op meerdere terreinen in mindere mate dan de algemene bevolking (Meulenkamp et al., 2011). Zie verder hoofdstuk 3.

2.2 Overheidsbeleid gericht op participatie

Het stimuleren van participatie is een belangrijk beleidsdoel van de overheid. Immers aan participatie worden zowel individuele als maatschappelijke baten toegeschreven. Zo kan meedoen aan de samenleving bijdragen aan kwaliteit van leven en collectieve welvaart (RMO, 2008). Gemeenten krijgen een steeds grotere rol bij bevorderen van participatie doordat steeds meer taken op dit vlak worden overgeheveld van Rijk naar gemeenten. Hieronder beschrijven we eerst kort de wettelijke kaders van gemeenten en vervolgens de lokale uitvoeringspraktijk.

Wettelijke kaders

Diverse wetten verplichten of stimuleren gemeenten om de samenleving toegankelijk te maken voor mensen met een chronische ziekte of beperking (VNG, 2010). Het uitgangspunt van het (inclusieve) beleid van de overheid is dat iedereen volwaardig moet kunnen meedoen in de samenleving. Dit houdt bijvoorbeeld in dat ook mensen met beperkingen zoveel als mogelijk gebruik kunnen maken van reguliere voorzieningen zoals het openbaar vervoer. Dit uitgangspunt is vastgelegd in de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronisch ziekte (Wgbh/cz). In 2003 werd het recht op gelijke behandeling in werk en beroepsonderwijs vastgelegd in deze wet. Per augustus 2009 is de wet uitgebreid naar het hele onderwijs en wonen. In 2007 werd de Wmo ingevoerd, mede om de participatie van alle burgers in de samenleving te bevorderen. Met de Wmo zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor ondersteuning bij participatie aan mensen die dit nodig hebben en voor wie de mantelzorg ontoereikend is. Het streven is dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen leefomgeving kunnen blijven wonen en elkaar kunnen ondersteunen indien nodig (zie *box 2.1*). Bijlage 3 geeft een overzicht van belangrijke ontwikkelingen in het landelijke overheidsbeleid in dit kader.

Box 2.1 Vier domeinen artikel 4 van de Wmo

De Wmo biedt een kader voor de gemeente om de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van burgers (met beperkingen) te bevorderen. Het compensatiebeginsel houdt in dat de gemeente de plicht heeft om oplossingen te bieden aan burgers met beperkingen via het treffen van voorzieningen die hen in staat stellen:

- een huishouden te voeren
- zich te verplaatsen in en om de woning
- zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel
- medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.

Bron: www.invoeringwmo.nl

De Kanteling

Veel gemeenten richten zich bij de uitvoering van de Wmo vooral op het verstrekken van individuele voorzieningen. Inmiddels is ook meer aandacht gekomen voor het behoud van zelfstandigheid en het vermogen maatschappelijk te participeren. Om dit te bereiken is een omslag in het

denken ontstaan bij gemeenten, die in de praktijk wordt aangeduid met de term 'De Kanteling' (www.vng.nl). Uit de benchmark Wmo blijkt dat vrijwel alle deelnemende gemeenten volgens deze benadering willen werken. Het gaat er om of burgers mee kunnen doen en het verstrekken van een individuele voorziening is daarbij slechts een van de mogelijkheden.

In toenemende mate zoeken gemeenten naar andere mogelijkheden: eigen kracht, mogelijkheden van ondersteuning door mensen in de omgeving, algemene voorzieningen en ondersteunde diensten (Salome et al., 2011). Centraal in De Kanteling is het denken dat eerst wordt gekeken in hoeverre de burger of zijn (sociale) omgeving zelf een oplossing kan vinden. Pas daarna wordt gekeken naar de mogelijke inzet van collectieve, en in de laatste plaats, individuele voorzieningen. Bijvoorbeeld de nabije aanwezigheid van een toegankelijke buurtsuper maakt dat voor minder mensen in die wijk een boodschappendienst nodig is (VNG, 2010). Het proces van gemeenten en burgers om tot een volledige invulling van de compensatieplicht te komen, is 'het kantelingproces' (zie *box 2.2*). De Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad (CG-Raad), de koepel van landelijke ouderenorganisaties (CSO) en Programma Versterking Cliënten Positie (VCP) willen in het project De Kanteling, dit proces bevorderen. De organisaties werken samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), die gemeenten ondersteunt in De Kanteling (www.invoeringwmo.nl).

Box 2.2. De gekantelde Wmo: denken in resultaten

De compensatieverplichting op vier domeinen zoals gesteld in artikel 4 van de Wmo wordt geconcretiseerd in acht resultaten:

- wonen in een schoon en leefbaar huis
- wonen in een voor hem/haar geschikt huis
- beschikken over goederen voor primaire levensbehoeften
- beschikken over schone, draagbare en doelmatige kleding
- thuis zorg voor kinderen die tot het gezin behoren
- zich verplaatsen in, om en nabij het huis
- zich lokaal verplaatsen per vervoermiddel
- de mogelijkheid hebben om contacten te onderhouden met medemens en deel te nemen aan recreatieve, maatschappelijke of religieuze activiteiten

Bron: www.sgbo.nl

Algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig

Leidend principe bij de lokale uitvoeringspraktijk is: algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig. Daarbij wordt vanaf het begin van de beleidscyclus, het ontwikkelen van beleid, rekening gehouden met de behoeften van mensen met beperkingen. Mensen uit de doelgroep worden via platforms en patiëntenorganisaties betrokken bij het vormgeven ervan, ook wel inclusief beleid genoemd. Als voorzieningen en activiteiten bereikbaar zijn voor mensen met chronische ziekten of beperkingen, zijn deze ook bereikbaar voor de 'gezonde' burger (Van den Bos et al., 2004). Inclusief betekent overigens niet dat er geen specifieke activiteiten meer gestimuleerd kunnen worden voor mensen met een beperking (VNG, 2010). Het is soms nodig en noodzakelijk specifieke omgevingsmaatregelen te treffen voor mensen met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen.

Instrumenten van inclusief beleid

Inclusief beleid kan binnen gemeenten op verschillende manieren concreet worden ingevuld. Er zijn vier instrumenten te onderscheiden (VNG, 2010):

- visievorming op inclusief beleid;
- informatie, advies, ondersteuning en training;
- regie, subsidie- en inkoopbeleid;
- het bieden van gemeentelijke regelingen.

Een voorbeeld van visievorming op inclusief beleid is het toepassen van Agenda 22, gebaseerd op de 22 VN Standaardregels voor Gelijke Kansen uit 1993 en van toepassing op alle vormen van beperkingen. Agenda 22 is een werkmethode voor inclusief beleid (Gemeente Utrecht, 2012). De 'handicap' wordt daarin niet gezien als een eigenschap van een persoon, maar als een gebrek in de fysieke en maatschappelijke omgeving. Een ander veelgebruikt instrument is subsidieverstrekking. Bij het verstrekken van subsidies kunnen eisen worden gesteld aan bijvoorbeeld het verzamelen van gebruikgegevens bij diensten.

In deze verkenning is vooral gekeken naar lokale maatregelen die aangrijpen op de belemmerende omgevingsfactoren voor mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking. Deze maatregelen kunnen onderdeel uitmaken van een pakket van maatregelen die worden ingezet vanuit inclusief beleid. Dat betekent dat in deze verkenning dus niet vanuit inclusief beleid is geredeneerd (maar vanuit de omgevingsmaatregelen).

2.3 Omgevingsfactoren die van invloed zijn op participatie

Zoals eerder beschreven wordt de mate waarin participatieproblemen optreden zowel bepaald door persoonlijke factoren als door omgevingsfactoren. Deze omgevingsfactoren kunnen belemmerend werken (denk aan: ontoegankelijkheid van gebouwen), maar ook bevorderend werken (denk aan: aanpassingen die mensen in staat stellen zelfstandig te wonen of deel te nemen aan arbeid, onderwijs en sport). Mensen als Fougeryrollas (Fougeryrollas, 1995) en Devisch (Devisch et al., 2000) pleiten ervoor de omgeving een veel centralere plaats te geven in het denken over handicaps. Uit onderzoek blijkt dat er verschillende omgevingsfactoren zijn die deelname aan de samenleving bemoeilijken specifiek voor mensen met een chronische ziekte of beperking (Ursum et al., 2011). Er is verschil in de mate waarin deze factoren belemmerend zijn. Factoren die volgens de doelgroep het meest belemmerend werken, zijn vooral vervoersproblemen en ontoegankelijke gebouwen (De Klerk & Schellingerhout, 2006; De Klerk, 2007). In dit onderzoek is echter alleen gekeken naar vrijetijdsactiviteiten (zoals deelname aan verenigingen, doen van vrijwilligerswerk, uitgaan, vrijetijdsactiviteiten buitenshuis). In *tabel 2.1* staan omgevingsfactoren die in de literatuur naar voren kwamen als belemmerend voor het participeren van deze doelgroep (in willekeurige volgorde). Deze factoren zijn afkomstig uit studies waarin vooral is gekeken naar recreatieve of maatschappelijke activiteiten. Deze factoren bieden aangrijpingspunten voor het inzetten van participatiebevorderende omgevingsmaatregelen vanuit diverse beleidsterreinen. Het volgende hoofdstuk gaat verder in op deze omgevingsmaatregelen die in de Nederlandse praktijk worden ingezet.

Tabel 2.1 Factoren van invloed op participatie en relevante beleidsterreinen

(Belemmerende) factoren van invloed op participatie	Relevante beleidsterreinen*
Vervoersproblemen	Mobiliteit
Ontoegankelijke gebouwen/woningen	Ruimte en wonen
Belemmeringen woonomgeving	Ruimte en wonen
Financiële drempels	Sociale zaken en financiën
Klein sociaal netwerk	Maatschappelijke ondersteuning
Onvoldoende begrip en acceptatie	Maatschappelijke ondersteuning
Onvoldoende kennis aanbod sport en vrije tijd	Sport en Cultuur

*gebaseerd op de VNG beleidsvelden

3 Lokale maatregelen in de praktijk

In het vorige hoofdstuk zijn zeven clusters van omgevingsfactoren geïdentificeerd die belemmerend werken voor chronisch zieken en lichamelijk beperkten om te participeren (zie *tabel 2.1*). Bij die factoren zijn maatregelen gezocht die in de lokale Nederlandse praktijk worden ingezet (zie *bijlage 2*). Dit hoofdstuk beschrijft per cluster het probleem, het aanbod van omgevingsmaatregelen en mogelijke effecten hiervan op participatie (op de basis van bestudeerde literatuur), en enkele ervaringen van experts aangaande de haalbaarheid. Het betreft geen uitputtende opsomming van lokale maatregelen, maar is vooral exemplarisch bedoeld. De ervaringen van experts zijn in kaart gebracht via een vragenlijst waarin is gevraagd naar de effectiviteit en de haalbaarheid van de geselecteerde omgevingsmaatregelen. Uit de vragenlijst blijkt dat er geen eenduidigheid is in de antwoorden over de effectiviteit en haalbaarheid van de maatregelen. Per cluster zijn wel individuele, subjectieve ervaringen van enkele experts met de maatregelen te benoemen aangaande bevorderende en belemmerende factoren. Aan het eind van het hoofdstuk worden nog de effecten en ervaringen van de experts voor het totaal aan maatregelen besproken.

3.1 Overzicht participatiebevorderende maatregelen

Tabel 3.1 geeft een overzicht van omgevingsmaatregelen die in Nederland worden ingezet om de participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking te stimuleren.

Tabel 3.1 Participatiebevorderende omgevingsmaatregelen

Maatregelen gericht op het	Voorbeelden in de NL praktijk
Voorkomen of opheffen van vervoersproblemen	Collectief Wmo-vervoer (regiotaxi) Toegankelijkheid haltes en OV OV-ambassadeurs Gratis en goedkoop OV
Vergroten van de toegankelijkheid van woningen en gebouwen	Vergroten aantal nultredewoningen Woningbouwafspraken over aanbod Subsidierегeling toegankelijkheid Toegankelijke theaters, bioscopen en musea
Verminderen van belemmeringen in de woonomgeving	Generatiebestendige wijken en woonomgeving Toegankelijke recreatiegebieden Veilige en schone omgeving (onderhoud/bestrating) Toegankelijke infrastructuur
Verminderen van financiële drempels	Betaalbare diensten Inkomensondersteuning
Vergroten van interactie met anderen of vergroten sociaal netwerk	Laagdrempelige ontmoetingscentra Burenhulp (TijdvoorElkaar) Netwerk coach! Maatjesprojecten Wijkservicecentra
Vergroten van begrip en acceptatie	Bewustwording door 'Week van de chronisch zieken' Drempelloos vrijwilligerswerk
Vergroten van kennis over aanbod sport en vrije tijd	Sportstimuleringsregeling Stimuleren integraal sportaanbod Bewegwinkel over aanbod in wijk

3.2 Maatregelen gericht op het voorkomen of opheffen van vervoersproblemen

3.2.1 Probleemschets

In 2010 maakt 32% van de mensen met een lichamelijke beperking af en toe en 12% regelmatig gebruik van het openbaar vervoer, zoals de bus, trein, metro of Regiotaxi (Meulenkamp et al., 2011). Er zijn verschillen in gebruik van het openbaar vervoer: meer hoog opgeleiden maken er gebruik van dan middelbaar- of laagopgeleiden en meer vrouwen dan mannen. Samenwonenden, mensen met een ernstige beperking en mensen in de leeftijd van 40-64 jaar maken het minst gebruik van het openbaar vervoer. Bij personen met ernstige beperkingen staat vervoer op de tweede plaats als wordt gevraagd naar de grootste belemmerende factoren. Mensen maken gebruik van vraagafhankelijk vervoer, omdat zij niet bij de bushalte kunnen komen of omdat wachttijden een probleem vormen (Meulenkamp et al., 2011).

3.2.2. Maatregelen in de praktijk

Collectief Wmo-vervoer

Het doel van collectief Wmo-vervoer is het voorzien in lokaal en regionaal sociaalrecreatief verkeer van mensen met een functiebeperking die niet van regulier openbaar vervoer gebruik kunnen maken (Bakker & Zwaneveld, 2009). Dit wordt ingekocht door gemeenten in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Gemeenten en provincies zijn verantwoordelijk voor het aanbieden van goed en verantwoord contractvervoer. Meestal wordt dit vervoer aangeboden in een collectief vervoersysteem, middels deeltaxi's voor personen met een Wmo-vervoerspaspas (Slotema & Forseti, 2011) en met een vervoerder voor een aantal jaar een vervoerscontract afgesloten (voor Wmo-regiotaxivervoer, leerlingenvervoer of beide). Het project Grip op Vervoer is een goed voorbeeld om onder andere Wmo-raden en adviesraden leerlingenvervoer te helpen bij de aanbestedingsperiode. Hiermee komen gebruikersgroepen en aanbestedende partijen tot betere afspraken over contractvervoer, en daarmee tot beter contractvervoer (zie *box 3.1*).

Box 3.1 Project Grip op vervoer

Voorlichtingsbijeenkomsten

Van september 2010 - januari 2011 zijn elf voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd voor klantengroepen met 3144 deelnemers. Doel van deze bijeenkomsten was:

- uitleg geven van de rol van belangenbehartigers bij aanbestedingstrajecten, met hen in contact komen over hun beleving van en ervaringen met aanbestedingstrajecten
- belangenbehartigers stimuleren om ook bij het contractbeheer, evaluatie en beleidsvoorbereiding betrokken te worden.

Begeleidingstrajecten

In totaal zijn in het project negentien advies/begeleidingstrajecten doorlopen en/of in samenwerking met Programma Versterking Cliëntenpositie (VCP) beschreven. Een van de conclusies is dat gemeenten en provincies klantengroepen beter kunnen faciliteren door hen beter ter wille te zijn in informatievoorziening. Dan gaat het zowel over beleidsprocessen (inclusief aanbestedingen), als over de uiteindelijke regelingen en de wijze van omgaan met klachten en vragen.

Bron: www.gripopvervoer.nl

Toegankelijkheid haltes en OV

Het doel is het streven naar toegankelijk openbaar vervoer, zoals voor mensen met een functiebeperking. Het gaat hierbij niet alleen om lagevloerbussen en aangepaste halteperons (zoals bushokjes en busstations), maar ook om de route naar de halte of het station, de leesbaarheid van de reisinformatie (thuis, op de halte of het station en in het voertuig), de inrichting van voer- en vaartuigen en kleinschalig openbaar vervoer, zoals de regiotaxi.

Landelijk heeft het ministerie van Verkeer en Waterstaat de doelstelling geformuleerd dat 43% van de haltes toegankelijk moet zijn voor personen met een functiebeperking (Slotema & Forseti, 2011). Gemeenten en vervoerders moeten zelf voor aanpassingen zorgen. De VNG roept gemeenten op om mee te werken met provincies of stadregio's om te komen tot een optimumscenario voor de toegankelijkheid van bushaltes (VNG, geraadpleegd 2011). Een beter toegankelijk OV voorkomt ook dat de kosten van het doelgroepenvervoer de pan uit rijzen. Een goed voorbeeld is het convenant in de provincie Noord-Brabant, waarbij een OV-autoriteit en gemeenten samenwerken (zie *box 3.2*). Veel gemeenten schakelen nog steeds aanvullend vervoer in om toegankelijkheidsproblemen op te lossen. De openbaarvervoermaatschappijen zijn verplicht hun toegankelijkheid te verbeteren. Dit is geregeld in de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz).

Box 3.2 Convenant Regiotaxi in Noord- Brabant

De provincie Noord-Brabant en haar gemeenten hebben in het 'Convenant Regiotaxi 2011-2015' een aantal taakstellingen geformuleerd. In 2015 moet 90% van de reizen via toegankelijke haltes plaatsvinden. Zij werken samen om beschikbare middelen zo effectief mogelijk te besteden; de kosten van de regiotaxi verminderen en gebruik OV te verhogen (substitutie van Regiotaxi naar regulier OV). Er wordt voortgebouwd op de lopende acties om het OV toegankelijker te maken: lagevloerbussen sinds 2007 en de aanpassing van haltes voor 2015. Dat betekent dat haltes voor ouderen en gehandicapten hoog genoeg zijn om eenvoudig de bus in en uit te kunnen stappen, de weg naar de halte obstakelvrij is en het haltemeubilair bruikbaar is voor personen met een functiebeperking. Nieuw is de aandacht voor de 'mentale toegankelijkheid'. Dat wil zeggen goede informatie, bekendheid met gebruik van OV, opgeleid personeel en uitnodigende vormgeving. De provincie betreft bij deze ontwikkeling het gemeentelijke belang om zoveel mogelijk verplaatsingen van mensen met een functiebeperking via het lijngebonden OV mogelijk te maken.

Bron: www.naarbetercontractvervoer.nl

OV-ambassadeurs

Het doel van een OV ambassadeur is instructies te geven over het reizen met buslijnen in de directe woonomgeving, het reizen met OV-chipkaart, Regiotaxi en het reizen met de trein en de werking van de kaartautomaat. Bij mindere fysieke gesteldheid doen ouderen al snel een beroep op het Wmo-vervoer (zelfstandig reizen is van belang voor sociale contacten). Onbekendheid en praktische zaken als dienstregelingen maken dat mensen met een mindere fysieke gesteldheid geen gebruik van maken van OV. Provincies kunnen een rol spelen om OV-ambassadeurs in te zetten (zie *box 3.3*). Zo vindt de provincie Zeeland het bijvoorbeeld belangrijk dat er persoonlijk contact is met de potentiële OV-reiziger om hen het OV te leren gebruiken (Slotema & Forseti, 2011).

Box 3.3. OV ambassadeur

Zeeland kiest ervoor om vrijwillige ambassadeurs in te zetten. Inmiddels zijn er 35 opgeleid. In september 2010 is gestart met een OV-instapdag, voorlichtingsbijeenkomsten (georganiseerd door ANBO, PCOB, KBO en woonzorgcentra) en proefreizigers. De provincie Overijssel heeft twee professionele ambassadrices in dienst. Zij informeren over het gemak van het OV. Desgewenst kan er een proefreis worden gemaakt, waarbij de OV-ambassadeur meegaat en geduldig en duidelijk uitlegt waar iemand op moet letten bij het reizen met het OV.

www.ovambassadeur.nl

Gratis en goedkoop OV

Openbaar vervoer draagt bij aan het bereiken van maatschappelijke doelen. Slechts een beperkt deel van mensen, zoals mensen met een mindere fysieke gesteldheid, maakt ook daadwerkelijk gebruik van het OV (Slotema & Forseti, 2011). Daarom worden experimenten uitgevoerd om deze doelgroep meer gebruik te laten maken van OV. In navolging van eerdere pilots en projecten in het buitenland zijn er de afgelopen jaren steeds meer initiatieven van de grond gekomen waarbij gratis openbaar vervoer wordt aangeboden. Voor Wmo'ers is specifiek het doel om het OV als goed alternatief voor de Wmo-taxi te ervaren als zij hiertoe fysiek in staat zijn. Zo zijn er pilots gehouden in de regio's Noord-Groningen en Twente (zie *box 3.4*).

Box 3.4 : Pilots gratis en goedkoop OV*Noord-Groningen lijn 65*

In Noord-Groningen is als pilot buslijn 65 gratis gemaakt. Enerzijds was de insteek gericht op sociale integratie van Wmo-geïndiceerden en anderszijds de wens op besparingen op het Wmo-budget. De doelgroep bestond uit personen met een relatief lichte functiebeperking en een Wmo-indicatie waarvan verwacht werd dat zij zelfstandig van het bestaande openbaar vervoer gebruik konden maken. Na afronding van de pilot is lijn 65 gratis gebleven voor Wmo-geïndiceerden. Deze pilot heeft input geleverd voor de uitrol van bredere integratie van regulier openbaar vervoer en doelgroepenvervoer. Dit betreft onder andere de inzet van servicebussen en het vergroten van de toegankelijkheid van het openbaar vervoer.

Twente Servicelijn 7

In de Regio Twente is samen met vervoerder Connexxion en de gemeente Enschede Servicelijn 7 geïntroduceerd. Deze bestaande buslijn was al toegankelijk, maar werd nauwelijks gebruikt en daarom voor Wmo-pashouders gratis gemaakt. Ook werden twee full-time OV-ambassadeurs ingezet om de reiziger wegwijs te maken en te helpen bij gebruik. De buslijn maakt het OV in veel wijken van Enschede gemakkelijk toegankelijk. Verder stopt de bus bij veel voorzieningen en instellingen (woonzorgcentra, gemeentehuis en stadscentrum). Deze pilot heeft geleid tot een toename van de mobiliteit van de Wmo-pashouders, maar niet geresulteerd in een afname van het aantal Regiotaxiriten. Een deel van het succes kan verklaard worden uit: routing (aantrekkelijke lijn langs voor de doelgroep belangrijke locaties), toegankelijk materieel en haltes en het inzetten van OV-ambassadeurs. Vanwege het succes heeft de regio Twente besloten het project uit te breiden tot heel Twente om de participatie van ouderen en gehandicapten bevorderen. Echter de omstandigheden waren niet volledig vergelijkbaar met de proef in Enschede; niet alle haltes in de regio zijn optimaal toegankelijk, het vervoersaanbod betreft reguliere buslijnen en geen servicelijn en er werden geen OV-ambassadeurs meer ingezet.

Bron: www.kpvv.nl

3.2.3 Effecten en haalbaarheid

In de bestudeerde literatuur voor deze verkenning zijn geen effecten beschreven van deze maatregelen op toegenomen participatie. Een tevredenheidsonderzoek over Wmo-voorzieningen laat wel zien dat cliënten het collectief vervoer waarderen met een 6,9. De meeste ontevredenheid betreft de omrijtijden en wachttijden. Bijna alle vervoersmaatschappijen gebruiken ook al wel bussen met een lage instap, maar in de bestudeerde literatuur zijn geen effecten beschreven wat betreft toegankelijke haltes en OV. Er zijn geen effectmetingen van de OV-ambassadeurs op participatie beschreven. De pilot gratis OV is wegens succes in de zin van toenemend gebruik wel uitgebreid in de regio (Slotema & Forseti, 2011).

Maatregelen gericht op het voorkomen of opheffen van vervoersproblemen kennen in de praktijk enkele bevorderende en belemmerende factoren. Het geven van bekendheid aan maatregelen, het slim aanbesteden en het goed afstemmen tussen maatregelen als gratis OV en toegankelijk vervoer zijn volgens experts bevorderende factoren. Zij geven ook enkele belemmerende factoren aan. Zo wordt er onvoldoende gebruik gemaakt van de bestaande (technologische) mogelijkheden om het vervoer toegankelijker te maken voor de doelgroep en te weinig maatwerk geleverd. Daarnaast zijn de wachttijden te lang, is er de angst voor hoge kosten/lage kosteneffectiviteit, is de doelgroep onvoldoende afgebakend en wordt de verantwoordelijkheid tussen provincie, gemeenten en vervoerder op elkaar afgewenteld (bij OV-ambassadeurs voor mensen met een lichamelijke beperking).

3.3 Maatregelen gericht op het vergroten van de toegankelijkheid van woningen en gebouwen

3.3.1 Probleemschets

De meerderheid van de woningen van chronisch zieken is onvoldoende berekend op de toekomst. Ook het merendeel van de chronisch zieken zelf anticipeert niet met aanpassingen of speciale voorzieningen op toenemende beperkingen, maar wachten hiermee tot het echt nodig is (Baan & Heijmans, 2011). In verband met de vergrijzing is afstemming van de woningvoorraad op de bevolkingssamenstelling in de praktijk voor verbetering vatbaar. Dat geldt ook voor de samenwerking tussen de verschillende partijen op het gebied van wonen (Salome et al., 2011). Woningaanpassingen op basis van individuele aanvraag en hiermee samenhangende extra kosten en inspanningen kunnen worden voorkomen door betere afspraken binnen de gemeente tussen de afdeling Wmo, wonen, ruimte, gemeente en de woningcorporatie.

Wat betreft gebruik van gebouwen moeten deze ook voldoende toegankelijk zijn. Voor een kleine groep mensen met een lichamelijke beperking zijn buurtvoorzieningen vrijwel nooit toegankelijk. Openbare gebouwen, zoals bibliotheek, bank of postkantoor, zijn voor 8% van deze doelgroep soms wel of soms niet of vrijwel nooit toegankelijk. Bij winkels geldt dit voor 6% van de mensen. De mate van toegankelijkheid heeft te maken met beperkingen die mensen hebben; winkels zijn voor 29% van de mensen met ernstige beperkingen slecht toegankelijk, bij openbare gebouwen geldt dit voor 31% (Meulenkamp et al., 2011). Uit de participatiemonitor van het NIVEL 2011 blijkt

ook dat voor ruim drie op de tien mensen met een ernstige beperking openbare gebouwen onvoldoende toegankelijk zijn (Salome et al., 2011).

3.3.2 Maatregelen in de praktijk

Vergroten aantal nultredewoningen

Het doel is een toename van het aantal nultredewoningen. Dat betekent nieuwbouwwoningen (potentieel) levensloopbestendig te bouwen. Door demografische en sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen is het ook wenselijk dat een aanmerkelijk deel van de nieuw te bouwen woningen levensloopbestendig wordt ontwikkeld. Hiermee kan worden voorzien in de toenemende behoefte aan aangepaste of aanpasbare woonruimte. 'Levensloopgeschikte woningen' (ook wel 'levensloopbestendig') is het overkoepelende begrip voor woningen die geschikt zijn of eenvoudig geschikt zijn te maken voor bewoning tot op hoge leeftijd, ook in geval van fysieke handicaps of chronische ziekten van bewoners. De woningen kunnen vooraf al helemaal zijn aangepast voor individuele bewoners of een bepaalde doelgroep, ze kunnen ook aanpasbaar zijn gebouwd; dat wil zeggen met eenvoudige aanpassingen geschikt te maken wanneer de bewoner wordt geconfronteerd met een fysieke beperking. Een voorbeeld is de gemeente Tilburg die actief inzet op het levensloopgeschikt wonen (zie box 3.5).

Box 3.5 Levensloopgeschikt wonen in Tilburg

De gemeente Tilburg zet sinds 2002 in op het realiseren van een levensloopbestendige nieuwbouwwoningen, namelijk 30-40% van de totale nieuwbouwpoging, om daarmee onder meer te kunnen voldoen aan de stijgende vraag naar woningen geschikt voor ouderen en/of personen met een beperking. Dit is een voorbeeld bij de functie Wonen. Tilburg heeft al sinds 2002 een visie op wonen en zorg die inhoudt dat alle nieuwbouwwoningen moeten voldoen aan de eisen voor aanpasbaar bouwen. De gemeente heeft daarvoor een beleidsrichtlijn levensloopgeschikt bouwen ontwikkeld, die geldt voor alle grotere nieuwbouwalocaties. Formeel is toepassing facultatief, maar bouwende partijen, ook private ontwikkelaars, houden zich eraan. Betrokken partijen worden in Tilburg gericht ondersteund wat betreft het creëren van levensloopbestendigheid, onder meer met behulp van een 'checklist', die speciaal hiervoor samengesteld is. Voorts wordt tijdens het ontwerpproces feedback en advies gegeven.

Bron: www.movisie.nl

Woningbouwafspraken over aanbod

Naast de tijdige realisatie van de opgave voor nultredewoningen is het ook van belang dat een deel van de bestaande woningvoorraad beter geschikt wordt gemaakt voor bewoning door onder andere mensen met een beperking. Door fysieke ingrepen ontstaat een geschikt aanbod van comfortabele en veilige woningen, waardoor ouderen en mensen met beperkingen in staat zelfstandig te (blijven) wonen en te participeren. Normen die door gemeenten en corporaties veel gebruikt worden voor bestaande bouw zijn Woonkeur (www.woonkeur.nl). Voor de gemeente kan dit betekenen dat daarmee een beroep op grote en dure woningaanpassingen op grond van de Wmo kan worden uitgesteld of voorkomen (WWI & VWS, 2007). Daarbij vraagt het ook om inzet van woningcorporaties op het terrein van variatie in het aanbod geschikte huisvesting. Verschillende projecten kunnen hieraan bijdragen (zie box 3.6).

Box 3.6 Projecten tbv voldoende geschikte woningen en variatie in aanbod

Een voorbeeld is het 'project Senioren huistest' waarin een test is ontwikkeld en beschikbaar is gesteld om de geschiktheid van woningen te kunnen bepalen. Een ander voorbeeld is het (vervolg)project 'Meer woningen voor ouderen' van de gezamenlijke ouderenbonden. Binnen dit project worden vrijwilligers opgeleid tot lobbyist, waarna zij gemeenten benaderen met als doel specifieke woon(zorg)behoeften en -wensen onder de aandacht te brengen en het belang van tijdige realisatie van geschikte huisvesting benadrukken. Met het 'project Wegwijzer Zorg in Woningen' worden adviezen ontwikkeld voor de vormgeving en inrichting van woningen waarin zorg in oplopende zwaarte kan worden verleend (WWI & VWS, 2007).

Bron: www.kcwz.nl

Subsidieregeling toegankelijkheid

Eigenaren van woongebouwen en openbare gebouwen kunnen subsidie aanvragen om de toegankelijkheid van hun gebouw te verbeteren voor mensen met een lichamelijke functiebeperking. Voorbeelden van voorzieningen kunnen zijn: de aanleg van een lift of invalidentoilet of het verbreden van een gang voor rolstoelgebruikers. Het toepassingsgebied is gericht op openbare gebouwen binnen de gemeentegrenzen die worden gebruikt voor sportactiviteiten, sociaal-culturele activiteiten, welzijnsactiviteiten of als zorgsteunpunt, waarbij het gebouw wordt beheerd of geëxploiteerd door een rechtspersoon zonder winstoogmerk en met een vrijwilligersbestuur. Voor de uitvoering van de regeling hebben sommige gemeenten subsidies beschikbaar gesteld. Diverse handreikingen over toegankelijkheid kunnen hierbij ondersteuning bieden. Een voorbeeld is de handreiking Naar buiten! (zie box 3.7).

Box 3.7 Toegankelijkheidsinformatie

De handreiking Naar buiten! helpt lokale belangenbehartigers om tijdens de Week van de Toegankelijkheid te werken aan de toegankelijkheid van de openbare ruimte. Alle mensen moeten zelfstandig en op een gelijkwaardige manier gebruik kunnen maken van gebouwen en voorzieningen, van de openbare ruimte, van producten, diensten en informatie. In de handreiking doet VCP (Versterking Cliënten Positie) een aantal concrete suggesties hoe belangenbehartigers ervoor kunnen zorgen dat gemeenten in hun plannen rekening houden met burgers met een beperking.

Bron: www.programmavcp.nl

Toegankelijke theaters, bioscopen en musea

In het Bouwbesluit en in gemeentelijke bouwverordeningen staat aan welke normen nieuwe gebouwen moeten voldoen om toegankelijk te zijn (www.bouwbesluit-online.nl). Daarnaast zijn ook websites die mensen met beperkingen ondersteunen welke gebouwen in de regio toegankelijk zijn. Een voorbeeld is een site van MEE Rotterdam Rijnmond dat als doel heeft het helpen zoeken naar informatie over de bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van gebouwen in Rotterdam en omgeving (zie box 3.8). MEE is een belangrijke partner van gemeenten voor mensen met een beperking of chronische aandoening.

Box 3.8 Informatie over toegankelijke theaters, bioscopen en musea

De site heeft als doel een snel beeld te geven van de bereikbaarheid, toegankelijkheid en bruikbaarheid van locaties in Rotterdam en omliggende gemeenten. Er kan gezocht worden in een databestand met bijna 600 gebouwen. Naast allerlei culturele gebouwen als musea en theaters komen bijvoorbeeld ook banken, restaurants, hotel, winkels, bibliotheken, kerken en informatiepunten in het bestand voor. Van elke locatie wordt informatie over gegeven over de bereikbaarheid met het openbaar vervoer, de parkeervoorzieningen, binnen treden en verplaatsingen in het gebouw, het sanitair.

www.toegankelijkrijmond.nl

3.3.3 Effecten en haalbaarheid

In de bestudeerde literatuur voor deze verkenning zijn geen effecten beschreven van dergelijke maatregelen op toegenomen participatie, zoals meer sociale contacten of culturele participatie.

Volgens experts zijn bevorderende factoren voor dit type maatregelen: een goede toewijzing van de woningen en het feit dat de meerkosten meevallen als meteen bij de bouw rekening wordt gehouden met de mogelijkheden van de doelgroep. Belemmerende factoren zijn: de beperkte reikwijdte van de subsidieregeling (commerciële gebouwen vallen erbuiten) en de focus op louter de fysieke toegankelijkheid van gebouwen. Bij het toegankelijk maken van theaters en bioscopen bijvoorbeeld wordt de logistiek en inrichting regelmatig vergeten.

3.4 Maatregelen gericht op het verminderen van belemmeringen in de woon- en leefomgeving**3.4.1 Probleemschets**

In 2010 maakt 81% van de mensen met een lichamelijke beperking regelmatig gebruik van twee of meer buurtvoorzieningen. Dit kunnen zijn winkels, bibliotheek, bank/postkantoor, buurthuis en/of een park/groenvoorziening. Vanaf 2006 is het percentage dat regelmatig gebruik maakt van twee of meer buurtvoorzieningen gelijk gebleven (Meulenkamp et al., 2011). Mensen met een ernstige lichamelijke beperking maken minder gebruik van buurtvoorzieningen in vergelijking met mensen met een lichte of matige beperking. Er is geen verschil in gebruik van buurtvoorziening naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau of huishoudsamenstelling. Minder dan een op de tien mensen (8%) met een lichamelijke beperking wil vaker gebruik maken van buurtvoorzieningen. Voor mensen met een matige of ernstige beperking is dit respectievelijk 11% en 18% (Meulenkamp et al., 2011). Een kwart (25%) van de mensen die vaker gebruik willen maken, heeft behoefte aan ondersteuning bij vervoer, bijna twee op de tien mensen (18%) zouden buurtvoorzieningen dichterbij huis willen hebben. Ruim een derde (38%) heeft geen specifieke ondersteuning nodig om vaker gebruik te maken van buurtvoorzieningen.

Bijna driekwart van de mensen met een chronische ziekte of beperking geeft aan goed tot zeer goed te kunnen gaan en staan in de buurt waar zij willen. Daarentegen geeft 7% van deze groep de mogelijkheid om te gaan en staan in de buurt waar ze willen matig of slecht, en ruim een op de vijf mensen (21%)

beoordeelt dit als redelijk. Over het algemeen zijn mensen tevreden over hun woonomgeving. De meeste mensen (91%) voelen zich prettig in de buurt waar ze wonen en ook veilig (Meulenkamp et al., 2011).

3.4.2 Maatregelen in de praktijk

Generatiebestendige wijken en woonomgeving

Steeds meer gemeenten en maatschappelijke partners maken zich sterk voor een stad waarin wonen, welzijn en zorg goed geregeld en voor iedereen bereikbaar is. Woningen worden aangepast en zorg, welzijn en winkels zijn in de buurt. De uitvoering van het gemeentelijke beleid ten aanzien van de zorg voor ouderen in de samenleving is een belangrijke doelstelling voor de gemeente, ook wanneer zij vanwege het ouder worden (of handicap) beperkingen ondervinden of zorg nodig hebben. Een goed voorbeeld hiervan is de woonzorgzone in Moerwijk (zie box 3.9).

Box 3.9 Woonzorgzone Moerwijk (Den Haag)

Moerwijk is een grote wijk van bijna 20.000 inwoners, gebouwd in de jaren vijftig en zestig. Doel van de gemeente is Moerwijk op te waarderen tot woonzorgzone. Dat betekent het realiseren van een wijk waar mensen zelfstandig kunnen blijven wonen. De ervaringen in Moerwijk worden benut voor nieuw te ontwikkelen woonzorgzones in andere wijken van Den Haag. In 2005 zijn dat Transvaal, Wateringse Veld en Scheveningen. Het veranderingstraject wordt begeleid door de Stichting Woonzorgzone Moerwijk. De Stichting is opgericht door enkele aanbieders van zorg, wonen en welzijnsdiensten in Moerwijk. Daarnaast is ook de gemeente met haar verschillende diensten actief (bestuursdienst, stedelijke ontwikkeling, zorg en welzijn en sociale zaken), de Wijkorganisatie Moerwijk, de Wijkouderengroep en de Stedelijke Ouderen Commissie. Financiering gebeurt via het woonzorgfonds (2000) en middelen zijn verdeeld over:

- nieuwbouw zorg/welzijnspaviljoen en zorgwoningen
- obstakelvrij en veilige woonomgeving
- opwaarderen van woningen
- proces coördinatie woonzorgzone Moerwijk
- ouderenadvies t.b.v. de woonzorgzone

Bron: www.woonzorgzone.nl/moerwijk.html

Toegankelijke recreatiegebieden

Het doel is het realiseren van toegankelijke recreatiegebieden in de omgeving. Naast toegankelijke gebieden zijn er nog steeds ontoegankelijke gebieden. Met dergelijke maatregelen kan het gebied opnieuw worden ingericht met nieuwe wandelpaden en een verhard pad voor rolstoelgebruikers. Iedereen moet kunnen genieten van de natuur en meedoen met recreatieactiviteiten (www.natuurzonderdrempels.nl). Er is geen specifieke wetgeving op het gebied van recreatie en toerisme voor mensen met een fysieke beperking. In steeds meer gemeenten is intussen aandacht voor inclusief beleid en gaat het om vroegtijdig meenemen van toegankelijkheidseisen in planontwikkelingen (Stichting Groen en Handicap, 2011).

Veilige en schone omgeving (onderhoud/bestrating)

De bestrating van stoepen en pleinen is van grote invloed op de toegankelijkheid. Eén losliggende tegel of opstaande straatkei, kan een gemene val betekenen. Dat geldt in principe voor iedereen, maar vooral ook voor mensen met een minder fysieke gesteldheid (onder andere mensen met rollators). Het doel van de maatregelen is het realiseren van veilige straten en paden. Bij een goed toegankelijke straat mogen voetpaden niet te glad zijn en

putdeksels niet uitsteken. Onregelmatigheden moeten zo snel mogelijk worden aangepast. Bij de bouwplannen moet ook rekening worden gehouden met rollators en elektrische rolstoelen, gebruikers van deze hulpmiddelen moeten genoeg ruimte op de stoep vinden om mensen te kunnen passeren. Extra aandacht verdienen oversteekplaatsen. Zeker nu stoepen verhoogd worden, in verband met veiligheid van voetgangers en toegankelijkheid van het openbaar vervoer, is het van belang dat al vroeg wordt nagedacht over afstapjes (Blijham et al., 2008). Verlichting en stoplichten zijn ook nodig om op een veilige manier gebruik te kunnen maken van de openbare ruimte. Hierbij is de plaatsing van belang, zodat zij ook echt voor veiligheid zorgen en niet voor onveilige situaties door de doorgang te belemmeren. De gemeente is verantwoordelijk voor de openbare ruimte (Blijham et al., 2008).

Toegankelijke infrastructuur (aanvullend genoemd door expert)

Het doel van toegankelijke infrastructuur is dat de omgeving voor iedereen toegankelijk is, ook voor mensen met een beperking. In de meest ideale situatie heeft een openbare ruimte geen specifieke voorzieningen voor mensen met een beperking nodig. Kosten kunnen laag blijven als een gemeente direct tijdens het ontwikkelingsproces de totale doelgroep (inclusief mensen met extra behoeften) meeneemt bij het keuren van de plannen (Blijham et al., 2008). Belangrijk voor de toegankelijkheid van de openbare ruimte is de plaatsing van specifieke voorzieningen. Voorbeelden zijn: invalideparkeerplaatsen, openbare toiletten, hellingen en liften. Als voorzieningen apart worden aangelegd is het belangrijk dat ze goed gebruikt kunnen worden en geen obstakel vormen voor anderen (Blijham et al., 2008). Een voorbeeld van toegankelijke infrastructuur is voetpaden voor iedereen in de gemeente Amersfoort (zie *box 3.10*).

Box 3.10 Voetpaden voor iedereen

De gemeente Amersfoort wil een stad zijn waarin alle burgers ongeacht een mogelijke beperking op gelijkwaardige wijze kunnen meedoen. Een van de activiteiten die zij hebben ondernomen is het vergroten van de toegankelijkheid van voetpaden. Het Gehandicapten en Patiënten Platform Amersfoort (GPPA) kwam met een plan. Doel was iedereen kan gebruik maken van de belangrijkste voetpaden die verschillende voorzieningen en wijken met elkaar verbinden. De eerste stap was dat er samen met het GPPA is vastgesteld wat belangrijke hoofdroutes door de stad zijn. Vervolgens is verkend wat op deze paden de obstakels zijn (VNG, 2010).

Bron: www.allestoegankelijk.nl

3.4.3 Effecten en haalbaarheid

In de bestudeerde literatuur voor deze verkenning zijn geen effecten beschreven van maatregelen in de infrastructuur op toegenomen participatie. Wel is bij ons bekend dat TNO Gebouwde omgeving voornemens is om in een onderzoek in Rotterdam ook te kijken naar de effecten van woonservicezones op participatie.

Experts geven aan dat een gebrek aan afstemming tussen deze maatregelen en maatregelen gericht op het vergroten van de toegankelijkheid van woningen een belemmerende factor is. Dat geldt ook voor het niet uitbreiden van de Wet gelijke behandeling chronisch zieken en gehandicapten met goederen en diensten. Een bevorderende factor is dat er bij de herstructurering en inrichting van nieuwe wijken aandacht aan kan worden besteed.

3.5 Maatregelen gericht op het verminderen van financiële drempels

3.5.1 Probleemschets

Mensen met ziekte of beperking hebben vaak meerkosten voor het voeren van een huishouden, vervoer of wonen. Sommige, vooral mensen met een laag inkomen kunnen deze niet zelf dragen. Dat geldt ook voor inwoners die vanwege ziekte of beperking met een opeenstapeling van kosten te maken hebben. Vanuit de Wmo is het van belang een financieel vangnet te creëren, binnen de kaders van de wet, om mensen te ondersteunen die financieel/materieel kwetsbaar zijn: wat is een acceptabel bestaansinkomen, welke lasten kunnen burgers zelf dragen en welke kosten worden collectief gedragen (Salome et al., 2011). Uit de participatiemonitor 2011 van het NIVEL blijkt bijvoorbeeld dat een derde van de mensen met een lichamelijke beperking die ergens naar toe wil hiervoor financiële ondersteuning nodig heeft (Meulenkamp et al., 2011). Zij missen financiële mogelijkheden om mee te doen aan de samenleving. Ruim een kwart van de mensen met een lichamelijke beperking heeft ook onvoldoende geld om activiteiten te doen. Zo hebben zij onvoldoende geld om te sporten (28%) of deel te nemen aan verenigingen (28%) (Meulenkamp et al., 2011).

3.5.2 Maatregelen in praktijk

Betaalbare diensten via dienstencheques

Het doel van Wonen Zorg Service in de wijk (WZSW) is het realiseren van laagdrempelige hulp aan huis voor ouderen en mensen met beperkingen. Die dienstverlening wordt aangeboden in diverse vormen zoals eenvoudig tuinonderhoud, klusjes in huis, schoonmaakwerkzaamheden. Doelgroepen kopen dienstencheques tegen een gereduceerde prijs van veelal 5 euro per cheque. Een cheque staat voor een uur persoonlijke dienstverlening. Daardoor kunnen vooral ouderen en mensen met een beperking zelfstandig blijven wonen in hun eigen buurt. Om de betaalbaarheid van de dienstverlening mogelijk te maken en verder te onderzoeken wordt gewerkt met dienstencheques. Met dienstencheques is het mogelijk om gedifferentieerd met verschillen in koopkracht om te gaan (www.wzsw.nl).

Voor de uitvoering van de diensten worden naast vrijwilligers vooral mensen aangetrokken 'met grote afstand tot de arbeidsmarkt'. In het kielzog van het bedrijfsconcept kan ook vernieuwing van lokaal sociaal beleid plaatsvinden: Wmo-doelen rond sociale participatie van mensen en zelfstandig wonen worden verbonden met doelstellingen en regelingen rond arbeidsparticipatie en re-integratie (zie *box 3.11*). Daarnaast wordt gestreefd naar goede afstemming en samenwerking met lokale partners uit de (thuis)zorg, woningcorporaties en welzijnswerk (Nauta & Schut, 2011).

Box 3.11 Creatief omgaan met de Wmo en de Wwb

In Tilburg is het project WZSW een voorbeeld van creatief omgaan met de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet Werk en Bijstand (Wwb). Wethouder Els Aarts: "Het is prachtig als familieleden of burens deze hulp bieden, maar dat is niet altijd mogelijk. In dat geval biedt het project Wonen, zorg en service in de wijk uitkomst. Daarmee slaan we twee vliegen in één klap: de werkzoekende doet werkervaring op, en de ouderen of mensen met een beperking krijgen concrete hulp bij de dagelijkse bezigheden. Het project blijkt in een behoefte te voorzien. Inmiddels maken al 500 ouderen en gehandicapten er gebruik van. Zij kunnen diensten inkopen voor een dienstencheque van vijf euro per uur. Dit is minder dan de kostprijs omdat de gemeente een deel van de kosten betaalt. Samenwerkende partners zijn: Thebe, Wonen Breburg, de Wever en de Provinciale Raad voor Maatschappelijke Zorg.

Bron: www.wzsw.nl

Inkomensondersteuning via regelingen

Het doel van inkomensondersteuning is dat mensen met laag inkomen vanwege chronische ziekte en/of beperking niet onder het sociaal minimum komen. Veel gemeenten hebben regelingen om mensen met een laag inkomen te ondersteunen, waarvan sommige speciaal zijn gericht op mensen met een chronische ziekte, handicap of beperkingen door ouderdom. Voorbeelden zijn regelingen gericht op korting op maaltijdvoorziening, bijdrage voor sociale en culturele activiteiten en bijdrage voor sporten (www.regelhulp.nl). Het kan dus gaan om kosten die niet vergoed worden door een zorgverzekeraar, maar ook om kosten die te maken hebben met openbaar vervoer of een bezoek aan een museum of theater. De inkomensondersteuning kan heel uiteenlopend besteed worden, maar de kosten moeten wel verband houden met de chronische ziekte of handicap (Nederland et al., 2011). Een voorbeeld is ook het geluksbudget dat onder andere wordt uitgevoerd in de gemeente Almelo. Het is een participatie-instrument dat uitgaat van het principe dat 'gelukkige' mensen sneller de kracht vinden om mee te doen aan de maatschappij. Mensen krijgen eenmalig een budget van maximaal 450 euro. Ze mogen zelf weten, wat ze met het geld doen (zie *box 3.12*).

Box 3.12 Het geluksbudget

Met het geluksbudget kunnen burgers met een beperking een eigen budget ontvangen waarmee zij zelf vrijetijdsbesteding kunnen inkopen. Ook ervaren zij hun leven als rijker en bouwen zij meer sociale contacten op. Vanuit deze gedachte kunnen burgers in een aantal gemeenten in de regio Twente een beroep doen op het geluksbudget, zoals in de gemeente Almelo. Enkele voorbeelden van bestedingen zijn naaicursus, tekenles, begeleiding bij schrijven van een boek. De doelstelling is dat kwetsbare burgers gestimuleerd worden de eigen ambitie naar boven te halen en hen een steuntje in de rug te geven (VNG, 2010).

Bron: www.geluksbudget.nl

3.5.3 Effecten en haalbaarheid

In de bestudeerde literatuur voor deze verkenning zijn wat betreft de WZSW-dienstverlening enige effecten beschreven, zoals dat mensen met een beperking of mensen boven de 65 jaar door gebruikmaking van deze diensten langer zelfstandig kunnen blijven wonen (Nauta & Schut, 2011). Armoedebeleid in de

meeste gemeenten is niet alleen gericht op primaire levensbehoeften, maar ook op het bevorderen van deelname aan sociale en maatschappelijke activiteiten. Echter minimele beleid kan nog een intensievere vorm krijgen op het kruispunt van de Wwb en de Wmo (Nederland et al., 2011).

Wat betreft het geluksbudget of geluksroutes blijkt uit een kleine pilotstudie dat deelnemers niet alleen gelukkiger zijn, tot zelfs twee jaar na dato, maar ook minder zorg consumeren. In opdracht van ZonMw voert Arcon in samenwerking met de Universiteit Twente de komende periode onderzoek uit naar effecten van Geluksroutes (www.geluksbudget.nl).

Experts geven aan dat de kosteneffectiviteit en de afhankelijkheid van vrijwilligers belemmerende factoren kunnen zijn bij dit type maatregelen. Ook bestaat het risico dat het geven van inkomensondersteuning de afhankelijkheid van hulp vergroot. Beter is het om in te zetten op het aan het werk helpen van mensen uit de doelgroep. Bevorderende factoren zijn volgens de experts een goed vrijwilligersbeleid en goede onkostenvergoeding en strenge criteria voor het gebruik van de maatregel. Dat geldt ook voor het inzichtelijk maken van de kosten voor bepaalde voorzieningen en het zelf beheren van een budget (bijvoorbeeld om vervoer in te kopen).

3.6 Maatregelen gericht op het vergroten van interactie met anderen of vergroten sociaal netwerk

3.6.1 Probleemschets

Voor volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking is het opbouwen van een sociaal netwerk niet altijd vanzelfsprekend. Soms bestaat hun netwerk alleen nog uit familieleden en betaalde krachten die vooral op de beperking gericht zijn. Ook deze mensen hebben behoefte aan vriendschap, gezelligheid en een goed gesprek. Het sociale netwerk van mensen in kwetsbare situaties brokkelt vaak geleidelijk af en meestal ondernemen ze weinig om dit tegen te gaan. Ze berusten erin, vermijden contacten en leren af om te vertrouwen op anderen. De terughoudendheid in het contact met anderen hangt vaak samen met de wens om onafhankelijk te blijven. Een beroep doen op anderen wordt dan ervaren als beschamend of zwak of zelfs risicovol (Storms, 2011). Het vergroten van contacten vergroot de mogelijkheden om samen met anderen activiteiten te ondernemen.

Uit de Participatiemonitor van het NIVEL blijkt dat de overgrote meerderheid van de mensen met beperkingen hun sociale contacten als voldoende beschouwt (Meulenkamp et al., 2011). Toch zegt 41% van degenen met zowel matige of ernstige motorische als zintuiglijke beperkingen dat zij niet voldoende mogelijkheden hebben voor contacten met anderen en is 44% niet tevreden over de frequentie waarmee ze contacten hebben. Vooral vrouwen en 65-minners zijn ontevreden (Cardol et al., 2006).

3.6.2 Maatregelen in de praktijk

Kleinschalige ontmoetingsruimte

Het doel van kleinschalige ontmoetingsruimte is dat buurtbewoners hier terecht kunnen om de krant te lezen, koffie te drinken, een praatje te maken met de burens of om samen een activiteit te ondernemen. Een voorbeeld is een buurtkamer dat zich richt op het versterken van de sociale cohesie in de wijk en

op het bevorderen van het welbevinden van senioren, ook voor diegene met een lichamelijke beperking (zie *box 3.13*). Het huis bevat verschillende kamers, zoals een Theater- en Muziekkamer, een Filmkamer, een Eetkamer, een Huiskamer, een Leeskamer en een Werkkamer. Alle kamers zijn gericht op het bevorderen van cohesie tussen alle bewoners van de wijk door middel van het creëren van rust, expressie, inspiratie en culturele ontmoeting. Verschillende organisaties kunnen hierin samenwerken, zoals de gemeente, provincie, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, zorgorganisaties, scholen, bewonersverenigingen, theaters, kerken en sportclubs.

Box 3.13 Buurtkamers

In februari 2004 is de eerste Buurtkamer in Enschede geopend. Vrijwilligers uit de doelgroep zelf speelden een grote rol. De woningcorporatie heeft een huurwoning ter beschikking gesteld als gemeenschappelijke ontmoetingsruimte. Het idee van een huiskamer voor ouderen is in 2003 ontstaan tijdens een project in Enschede-Zuid over ouderen en veiligheid. Een Buurtkamer kan echter ook onderdeel zijn van een reguliere voorziening in de wijk (fysieke integratie). De Buurtkamer in de Vinex-wijk Vathorst te Amersfoort welke in 2007 haar deuren opende is hiervan een voorbeeld. Stichting De Kamers is een lokaal particulier initiatief gericht op het organiseren van kunst- en cultuuractiviteiten ten dienste van wijkopbouw, welzijn en leefbaarheid. De stichting wil de groeiende groep 55-plussers met de Buurtkamer een ontmoetingsplek bieden. De groep is minder goed geïntegreerd in de jonge Vinex-wijk Vathorst in Amersfoort. Woningcorporatie De Alliantie Eemvallei is een van de investeerders in dit particuliere initiatief.

Bron: www.zilverenkracht.nl

Burenhulp (tijd voor elkaar)

Tijd voor elkaar is een wijkgerichte methode voor de opbouw van sociale netwerken en activering van bewoners. Deze methode kent drie doelstellingen: het vergroten van de sociale samenhang in de wijk, het verstevigen van het lokale vrijwilligerswerk en het bevorderen van de participatie en integratie van onder andere mensen met een langdurige ziekte of handicap (als een van de kwetsbare groepen). Het is gebaseerd op twee onderdelen: de website en de sociaal makelaar. Via een website kunnen buurtbewoners hun vraag en aanbod plaatsen en reageren op dat van anderen. Er is een sociaal makelaar aangesteld om drempels die bewoners ervaren om iets voor een ander te doen of door een ander te laten doen, te signaleren (Van der Zwet, 2009). De stichting Ander Geld heeft samen met de Utrechtse welzijnsorganisatie Portes een tweejarig project Tijd Voor Elkaar in Utrecht Zuid uitgevoerd (Huygen & De Meere, 2007).

Natuurlijk, een netwerkcoach!

Het doel van een netwerkcoach is het netwerk van kwetsbare burgers versterken of uitbreiden, waardoor hun participatiemogelijkheden in de samenleving toenemen. De doelgroep van de methode bestaat uit kwetsbare burgers, zoals mensen met een langdurige ziekte of handicap, die hun sociale netwerk willen versterken of uitbreiden. Zij willen daar met hulp van een vrijwillige netwerkcoach verandering in brengen. Oude contacten kunnen verdwijnen of een persoon is door zijn of haar beperking geïsoleerd geraakt (Storms, 2011). De methode Natuurlijk, een netwerkcoach! is in 2009 ontwikkeld en de uitvoerders zijn onder andere werkzaam bij Steunpunten Mantelzorg, organisaties voor vrijwillige thuiszorg en Humanitas. Een voorbeeld is een pilot in de gemeente Groningen (zie *box 3.14*).

Box 3.14 Humanitas Groningen

De pilot Een netwerk, samen sterk! is begin 2010 gestart en eind 2010 afgerond bij Humanitas Groningen. De methode Natuurlijk, een netwerkcoach! is als basismethode gebruikt voor dit project. Zestien vrijwillige netwerkcoaches zijn gekoppeld aan 21 cliënten. Uit de praktijkervaringen van de cliënten blijkt dat zij het gevoel hebben zelf de regie te blijven behouden, dat zij geactiveerd worden en hun eigen kracht ontdekken.

Bron: www.humanitasgroningen.nl

Maatjesprojecten

Het doel van maatjesprojecten zijn de gestructureerde koppelingen en het een-op-een contact tussen vrijwilliger en de cliënt die hulp kan gebruiken. Het kan bij maatjeswerk bijvoorbeeld gaan om het bieden van emotionele steun, begeleiding bij dagelijkse activiteiten of om ondersteuning bij het aangaan van sociale contacten. Aangezien maatjesprojecten zich vaak richten op de meer 'kwetsbare' groepen in de samenleving, is het een niet meer weg te denken aanvulling op het werk van professionals in het veld. Maatjesprojecten worden in het algemeen beschouwd als een belangrijke aanvulling op de professionele hulpverlening dat op gemeentelijk niveau wordt aangeboden (Dekker & Braam, 2010). Een voorbeeld is het maatjesproject door de stichting welzijn Laarbeek (zie *box 3.15*).

Box 3.15 Maatjesproject in Laarbeek

De Stichting Welzijn Laarbeek krijgt een bijdrage van € 7.000,00 van het Oranje Fonds voor het opzetten en uitvoeren van een Maatjesproject. Het doel van het Maatjesproject is om voor onder andere mensen met een chronische ziekte, een lichamelijke beperking of mensen die zich eenzaam voelen iemand te zoeken die als "maatje" met hem of haar wil optrekken. Het project wordt in aantal fases uitgevoerd waarbij gestart wordt met het werven en opleiden van vrijwilligers. Vervolgens zal in overleg met een aantal instellingen gekeken worden wie voor het project in aanmerking kan komen. Ook via de lokale media wordt veel publiciteit aan het project gegeven zodat mogelijke deelnemers spontaan kunnen reageren. In maart 2011 is concreet gestart met de uitvoering van het project.

www.welzijnlaarbeek.nl

Wijkservicecentra

Het doel van wijkservicepunten is bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van ouderen en mensen met beperkingen (zie *box 3.16*). Drijvende krachten achter een wijkservicepunt zijn vaak zorg- en welzijnsinstellingen. De inbedding in de buurt is een van de belangrijkste opgaven voor dit moment voor gemeenten, wil men meer sociale opbrengst uit het wijkservicepunt halen (Van der Zwet, 2009) De laatste jaren is er sprake van een toename van het aantal wijkservicepunten. Dit komt door de groeiende aandacht van overheden en maatschappelijke organisaties voor de sociale omstandigheden van ouderen en mensen met beperkingen. Deze groep wordt groter door de afbouw van intramuraal voorzieningen en de vergrijzing. Wijkservicepunten worden nog vooral opgezet in woonservicezones, als de locatie waar ontmoeting en activiteiten worden georganiseerd.

Box 3.16 Kenmerken van een wijkservicepunt:

- het resultaat van een samenwerkingsverband van ten minste twee organisaties op het gebied van wonen, zorg, welzijn, vrije tijd of onderwijs;
- met een op een bepaald gebied (buurt, wijk of dorp) gericht aanbod van diensten en activiteiten;
- met minimaal de volgende doelen: (a) het bevorderen van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van oudere wijkbewoners en/of wijkbewoners met een beperking, en (b) het stimuleren van ontmoeting van de oudere wijkbewoners en/of wijkbewoners met een beperking met elkaar en met andere wijkbewoners;
- waarbij de exploitatie van een gezamenlijk gebouw een onderdeel is van de strategie waarmee men het beoogde doel wil bereiken.

Bron: www.movisie.nl

3.6.3 Effecten en haalbaarheid

In de bestudeerde literatuur voor deze verkenning blijkt dat er weinig (effect-) onderzoek is gedaan naar in hoeverre voorzieningen in de wijk sociale contacten bevorderen (Van der Zwet, 2009). Volgens onderzoekers Huygen en de Meere zijn wel resultaten geboekt met burenhulp op het vergroten van de sociale samenhang in de buurt (Huygen & De Meere, 2007). Wat betreft de methode netwerkcoach is bekend dat negen organisaties momenteel de methode uitvoeren en dat er nog geen onderzoek was gedaan naar de effectiviteit van deze methode (Van der Zwet, 2009). In 2011 is Mezzo begonnen met een effectiviteitonderzoek. Naar verwachting zal dit onderzoek eind 2012 zijn afgerond. In het onderzoek zal onder meer worden gekeken naar uitkomstmaten als het kunnen meedoen aan activiteiten van cliënten en het terugdringen van overbelasting bij mantelzorgers.

Wat betreft servicepunten blijkt dat vooral ouderen en mensen met beperkingen die binnen een straal van 500 meter van het servicepunt wonen hiervan gebruik maken (Van Bergen et al., 2008). Er valt geen conclusie te trekken over de mate waarin wijkservicepunten bijdragen aan de zelfstandigheid, zelfredzaamheid en participatie van ouderen en mensen met beperkingen. Wel blijkt dat deze groep die welzijnsdiensten gebruiken van een wijkservicepunt (zoals sociaal-culturele activiteiten en restaurant) vaker beschermd wonen, zelfredzamer zijn en minder problemen ervaren met hun woning en woonomgeving dan niet-gebruikers (Sanders, 2008; Van der Zwet, 2009).

Bevorderende factoren volgens experts: slimme combinaties van voorzieningen in ontmoetingscentra waardoor financiële haalbaarheid wordt vergroot en de mogelijkheid om subsidies in te zetten voor maatregelen als netwerkcoaches en maatjesprojecten. Experts geven echter ook aan dat er risico's verbonden zijn aan de afhankelijkheid van vrijwilligers bij dit type maatregelen (niet alle gemeenten hebben een even groot aanbod, hangt samen met bevolkingsopbouw) en de vaak niet structurele financiering en daarmee samenhangende beperkte looptijd.

3.7 Maatregelen gericht op het vergroten van begrip en acceptatie

3.7.1 Probleemschets

Hoewel mensen met beperkingen zich vooral belemmerd lijken te voelen door eerder genoemde fysieke omgevingsfactoren als vervoersproblemen, vormt bejegening ook een obstakel. Uit onderzoek van het SCP naar deelname aan enkele (vrijtijds)activiteiten onder de doelgroep blijkt dat de angst om niet geaccepteerd te worden het grootst is bij het sporten in verenigingsverband gevolgd door het doen van vrijwilligerswerk (De Klerk & Schellingerhout, 2006). Mensen in een rolstoel lijken zich vaker belemmerd te voelen dan degenen zonder rolstoel (De Klerk, 2002). In een (kleinschalig) onderzoek naar sport en vrijetijdsactiviteiten van gehandicapten in gemeente Capelle aan de IJssel wordt ook gewezen op het belemmerende effect van een gebrek aan acceptatie door de niet-beperkte sporters (Lubbe, 2006).

De manier waarop er gekeken wordt naar mensen met een beperking in de samenleving, door professionals maar ook door mensen uit het directe sociale netwerk, kan een belemmering vormen voor participatie. Bijvoorbeeld doordat negatieve beeldvorming leidt tot een bepaalde bejegening (RMO, 2002). Bij mensen met ernstige beperkingen hebben mensen op dit gebied vooral te maken met identiteit en respect: meer geaccepteerd worden, meer begrip voor de beperkingen als het een keer wat minder gaat, en vooral meer 'echt' contact. Zo hebben zij behoefte aan eerlijkheid, vertrouwen en een luisterend oor (Cardol, 2006). Er zijn activiteiten te ontplooiën door instellingen en overheden voor deze doelgroep, maar ook vanuit de doelgroep zelf zijn er initiatieven mogelijk om de beeldvorming te beïnvloeden (onder ander zitting te nemen in Wmo-adviesraden of via belangenbehartiging).

3.7.2 Maatregelen in de praktijk

Bewustwording door week chronisch zieken

Het doel is het bewust maken van de samenleving en het bewust worden van het bestaan van onnodige drempels voor mensen met een beperking en het verbeteren van de beeldvorming (WWI & VWS, 2007). Iedere gemeente, vereniging, organisatie, bedrijf of instelling die op een of andere manier te maken heeft met chronisch zieken en mensen met een handicap, kan meedoen met de Week Chronisch Zieken. Zij kunnen activiteiten organiseren tijdens de Week Chronisch Zieken om te laten zien wat zij te bieden hebben aan mensen met een chronische aandoening of beperking en laten kennis maken met een aangepast sportaanbod (zie *box 3.17*). Meedoen kunnen alle activiteiten zijn die op een of andere manier bijdragen aan: de versterking van de autonomie en de gelijkwaardige maatschappelijke participatie van chronisch zieken, mensen met een handicap en mantelzorgers; de verbetering van de beeldvorming over chronisch zieken; de verbetering van de kwaliteit van voorzieningen, de deskundigheid van hulp- en dienstverleners en het chronisch-ziekenbeleid (www.chronischziek.nl).

Box 3.17 Sporten in de week van chronisch zieken

In de Amstel & Meerlanden is tijdens de week van chronisch zieken specifiek aandacht gevraagd voor sport. Zo zijn er 75 sportactiviteiten met een aangepast sportaanbod speciaal voor de doelgroep chronisch zieken. De diversiteit in het sportaanbod is groot, zoals verschillende zwemactiviteiten waarvan enkelen in extra verwarmd water, aan diverse fitnesscentra en oefengroepen in de regio met speciale aangepaste sportprogramma's, aan sporten in een rolstoel, maar ook aan reguliere sporten die op een iets lager tempo worden beoefend. Sommige activiteiten worden uitgesplitst in groepen met aandoeningen als COPD, (ex)-kanker patiënten, fibromyalgie en reuma, CVA, hart of diabetes.

Bron: www.sportservicenoordholland.nl

Drempelloos vrijwilligerswerk

Het doel van de maatregel drempelloos vrijwilligerswerk is het vrijwilligerswerk toegankelijker maken voor mensen met een lichamelijke functiebeperking gericht op de doelgroep mensen met een lichamelijke functiebeperking die vrijwilligerswerk willen doen. Aan de hand van een begeleidingstraject wordt de deelnemer begeleid op weg naar vrijwilligerswerk: een intake; zoeken naar vacatures; plaatsing en nazorg. Hierbij is een belangrijk uitgangspunt dat de vraag van de deelnemer centraal staat en het te volgen traject en de tijdsduur worden aangepast aan de deelnemer. Dat betekent dat de deelnemer zelf verantwoordelijk blijft voor het proces en de begeleider doet niet meer voor een deelnemer dan nodig is voor het vinden en uitvoeren van passend vrijwilligerswerk. Deze methode gaat uit van de gedachte dat mensen met een lichamelijke functiebeperking zo min mogelijk in een uitzonderingspositie moeten zitten (Foolen et al., 2002).

3.7.3 Effecten en haalbaarheid

In de bestudeerde literatuur voor deze verkenning zijn geen effecten beschreven van dergelijke maatregelen op participatie.

Experts geven aan dat het kennen van iemand met een beperking een belangrijke bevorderende factor is voor bewustwording. Maatregelen die aansluiten bij de eigen kracht van mensen en reeds bestaand beleid zijn andere bevorderende factoren. Potentiële belemmerende factoren zijn de vele belangen die in het spel kunnen zijn en de financiën.

3.8 Maatregelen gericht op het vergroten (van kennis over) aanbod sport en vrije tijd**3.8.1 Probleemschets**

In de vrije tijd bezoekt bijna een op de drie (28%) of ruim een kwart minimaal maandelijks een uitgaansgelegenheid (restaurant, bioscoop, theater, museum). Bijna de helft (49%) onderneemt maandelijks georganiseerde-/verenigingsactiviteiten (zoals sporten, of activiteiten bij een zang- of muziekvereniging). Mensen ervaren zelf soms onvoldoende mogelijkheden om te participeren. Zo zou 40% van de Wmo-aanvragers vaker aan vrijetijdsbesteding willen doen, maar geven daarbij aan gehinderd te worden door hun beperking.

Ongeveer de helft van deze mensen geeft aan gebaat te zijn bij meer ondersteuning; zij willen gezelschap, beter vervoer, korting/meer financiële middelen of een groter aantal geschikte activiteiten (De Klerk, 2007).

3.8.2 Maatregelen in de praktijk

Sportstimuleringsregeling SCALA/GALM

SCALA is een sportstimuleringsregeling voor mensen met een chronische aandoening en/of lichamelijke handicap. Het doel van de SCALA-strategie is om mensen met een chronische aandoening (opnieuw) sportief actief te laten worden en sportief actief te houden. Voor de (algemene) GGD is geen specifieke rol weggelegd in het bereiken van de doelgroep chronisch zieken maar wel is in de bestaande netwerken lokaal gezondheidsbeleid een bewegingsaanbod voor chronisch zieken opgenomen in de lokale actieplannen (mede vanuit Wmo-verantwoordelijkheid). Een voorbeeld is het stimuleren van sport en bewegen in Zuid Oost Brabant (zie *box 3.18*).

Box 3.18 Sport en bewegen in Zuid Oost Brabant

In de gezondheidsregio Zuidoost-Brabant hebben zeven gemeenten BOS-impulsprojecten binnengehaald. Vanuit preventief gezondheidsbeleid krijgt sport en bewegen hierin de aandacht die het verdient voor mensen met een chronische aandoening. In de Brabantse lokale netwerken zitten vooral partijen met elkaar aan tafel die de lichamelijke en sociale gezondheid willen bevorderen, variërend van huisartsen, thuiszorg, gemeenten en soms woningcorporaties en zelfs apothekers. Sport- en beweegaanbieders of sportambtenaren kunnen hier ook hun expertise inbrengen.

Bron: www.nisb.nl

Stimuleren integraal sportaanbod

Het doel van het stimuleren van een integraal sportaanbod is het bevorderen van een maatschappelijke en sociale integratie van gehandicapten en chronisch zieken (zie *box 3.19*). Het bevorderen van sportdeelname is op dit moment voor gemeenten ook een centraal thema in het breedtesportbeleid. Hiermee streven gemeenten verschillende doelen na; sociale cohesie, integratie, gezondheidsbevordering, versterken van sportverenigingen en het stimuleren van sport en bewegen als zinvolle vrijetijdsbesteding. Gemeenten kiezen voor sport vanwege de positieve bijeffecten, gezondheid is er hier een van. Ook de minister zet sport- en beweegbeleid in om gezondheidsdoelstellingen te behalen (www.sportengemeenten.nl).

Box 3.19 Doelen integraal sportaanbod

- Realiseren van een structureel integraal aanbod voor valide en mindervalide mensen binnen de bestaande verenigingskaders;
- Komen tot een optimale en volledige informatie-uitwisseling over de mogelijkheden;
- Versterken van de kennis en het kader binnen sportverenigingen ten behoeve van aangepast sporten;
- Bevorderen van een maatschappelijke en sociale integratie van gehandicapten en chronisch zieken.

Bron: www.projectenbanksportenbewegen.nl overgezet naar database loket gezond leven

Beweegwinkel

Het doel van de beweegwinkel is mensen met een chronische ziekte en overgewicht en inactieve ouderen meer te laten bewegen. Beweging is ook gericht op het verbeteren of handhaven van hun gezondheid en leggen van sociale contacten. Ze maken gebruik van het aanbod in de wijk en dit moet betaalbaar zijn (zie ook *paragraaf 3.3*). Een voorbeeld is de beweegwinkel in Leiden Noord (zie *box 3.20*).

Box 3.20 De beweegwinkel in Leiden Noord

De beweegwinkel bevindt zich in een gebouw van de GGD, dat in de wijk Leiden Noord staat. Mensen kunnen hier na verwijzing van hun huisarts terecht voor een gratis beweegadvies. In de uitvoering van het wijkgericht gezondheidsbeleid in Leiden Noord is bewegingsstimulering een speerpunt. Het is gebleken dat mensen met een chronische aandoening (artrose, chronische rugpijn, diabetes, hart- vaataandoeningen, chronische longaandoening, osteoporose) en ouderen vanaf 55 jaar weinig gebruik maken van het aanbod dat er in de wijk is. Ouderen en mensen met een chronische aandoening zijn echter wel degelijk geïnteresseerd in gezondheid, zo bleek bij het aanbod van een gezondheidstest in de wijk. Voor een cursus "Sport fit 55+ " was weinig animo. Besloten is als experiment een beweegwinkel te starten. Samenwerkingspartners zijn: Stichting Dienstverlening Leiden, Leidse Welzijns Organisatie, fysiotherapie, Sportbedrijf, voetbalvereniging Roodenburg, Sportraad ZH en GGD ZHN.

www.loketgezondleven.nl

3.8.3 Effecten en haalbaarheid

In de bestudeerde literatuur voor deze verkenning zijn geen effecten beschreven van dergelijke maatregelen op toegenomen participatie. Voor wat betreft SCALA zijn wel effecten op gezondheid bekend (www.galm.nl). Ook is de aandacht voor de kwaliteit van sport en beweegvoorzieningen in de wijk van groot belang, zowel wat betreft het aanbod als de informatie-uitwisseling (www.sportengemeenten.nl).

Volgens experts zijn er meerdere belemmerende factoren: 1) een gebrek aan kennis bij sportclubs en vrijwilligers over de mogelijkheden van mensen uit de doelgroep, 2) financiële drempels voor mensen uit de doelgroep, 3) gebrek aan therapietrouw en 4) de noodzaak tot financiële ondersteuning door de gemeente. Bevorderende factor is dat sportstimulering van de doelgroep minder kost dan de kosten voor de gezondheidszorg.

3.9 Effecten en ervaringen in de praktijk

Aan experts is in een vragenlijst gevraagd voor bovenstaande maatregelen aan te geven wat er in de praktijk bekend is over de effecten en haalbaarheid van deze maatregelen (zie *bijlage 2* voor de gehanteerde werkwijze). Daarbij lag de focus op het in kaart brengen van de kennis over de effecten op participatie. Hieronder proberen we enkele algemene conclusies te trekken over alle geselecteerde maatregelen.

Het begrip participatie is niet van tevoren gedefinieerd wat heeft geleid tot inzicht in hoe hieraan in de praktijk invulling wordt gegeven. Uit de antwoorden van de experts komt naar voren dat het begrip participatie breed is opgevat. Het gaat om deelnemen aan het verkeer, vormen van zelfredzaamheid tot het doen

van activiteiten buitenshuis. Een deel van de experts geeft aan dat veel van de genoemde maatregelen voorwaardelijk zijn voor participatie in de zin van het doen van activiteiten buitenshuis.

Opvallend is dat er niet echt eenduidigheid is te ontwaren in de antwoorden van de experts over de effectiviteit en de haalbaarheid van de maatregelen. Wel komen enkele bevorderende en belemmerende factoren voor haalbaarheid van de maatregelen naar voren.

Overkoepelend zijn enkele bevorderende factoren te benoemen:

- duidelijke verantwoordelijkheidsstructuur,
- structurele financiering,
- het meenemen van de wensen van de gebruikersgroep/doelgroep bij het ontwikkelen van beleid (dit kan kostenbesparend zijn),
- en de mate waarin de maatregel aansluit bij bestaand beleid zoals bijvoorbeeld De Kanteling.

In grote lijnen worden de volgende belemmerende factoren genoemd:

- afwenteling van verantwoordelijkheid tussen betrokken actoren (gemeenten wijzen naar provincies en vice versa en de vervoerders weer naar de lagere overheden),
- (angst voor) hoge kosten,
- de weinig structurele financiering,
- onjuiste afbakening van de doelgroep van de maatregel (wat onnodig gebruik in de hand kan werken),
- risico voor het afhankelijk maken van hulp door het aanbieden van de maatregel,
- het incalculeren van de inzet van burgers als vrijwilligers (het aanbod van vrijwilligers is aan verandering onderhevig en je moet investeren in kennis).

Het interpreteren van de respons is gecompliceerd omdat niet alle vragen door alle experts zijn beantwoord. Over het algemeen zijn de vragen over vervoer, financiële drempels, toegankelijke gebouwen en interactie vaker ingevuld dan de vragen over sport en woonomgeving.

4 Beschouwing

Dit briefrapport beschrijft zowel omgevingsmaatregelen die in Nederland bekend zijn om de participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking te stimuleren als de effecten en de haalbaarheid van deze maatregelen. In dit laatste hoofdstuk gaan we in op de bevindingen, discussie en enkele aanbevelingen voortvloeiend uit deze verkenning.

4.1 Bevindingen

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van deze verkenning is eerst in kaart gebracht wat er aan omgevingsmaatregelen in de praktijk wordt uitgevoerd. Deze maatregelen zijn vervolgens aan experts voorgelegd om te beoordelen op effectiviteit en haalbaarheid.

Er zijn 24 omgevingsmaatregelen gevonden die momenteel ingezet worden in de praktijk en die een bijdrage kunnen leveren aan participatie van volwassen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking. Het gaat om maatregelen die aangrijpen op omgevingsfactoren als vervoersproblemen, ontoegankelijke woningen en gebouwen, belemmeringen in de woon- en leefomgeving, financiële drempels, klein sociaal netwerk, onvoldoende begrip en acceptatie en onvoldoende kennis over het aanbod aan sport- en vrijetijdsactiviteiten.

Uit de bestudeerde literatuur voor deze verkenning komt naar voren dat nog weinig onderzoek is gedaan naar de effecten van de maatregelen op participatie (als uitkomstmaat) en er daardoor ook nog weinig over bekend is. Voor enkele maatregelen zijn wel een aantal effecten beschreven, maar dat is dan gebaseerd op kleine (pilot)studies. De antwoorden van de experts over de verwachte effecten en de haalbaarheid van de maatregelen waren ook niet eenduidig. Zowel qua effectiviteit als haalbaarheid varieerde het oordeel. Wel zijn in grote lijnen enkele bevorderende en belemmerende factoren voor de haalbaarheid van omgevingsmaatregelen te noemen.

Bevorderende factoren die experts noemen om de omgevingsmaatregelen in te zetten zijn: een duidelijke verantwoordelijkheidsstructuur, structurele financiering, meenemen van de wensen van de doelgroep (gebruikersgroep) bij het ontwikkelen van beleid, en de mate waarin de maatregel aansluit bij bestaand beleid (bijvoorbeeld 'De Kanteling' binnen het Wmo-beleid). Belemmerende factoren zijn in grote lijnen: afwenteling van verantwoordelijkheid tussen betrokken actoren, (angst voor) hoge kosten, te weinig structurele financiering, onjuiste afbakening van de doelgroep van de maatregel, risico voor het afhankelijk maken van hulp (door aanbieden van de maatregel), en incalculeren van de inzet van burgers als vrijwilligers.

4.2 Discussie

De bevindingen in deze verkenning dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Zo zijn waarschijnlijk meer omgevingsmaatregelen beschikbaar zijn die een mogelijk effect hebben op participatie van chronisch zieken of lichamenlijk beperkten. De selectie van maatregelen is gebaseerd op zowel een quick scan van Nederlandse databanken als gesprekken met deskundigen van expertisecentra (en dus geen diepgaande literatuurstudie). Het

betreft dan ook geen uitputtende opsomming van omgevingsmaatregelen. De genoemde bevorderende en belemmerende factoren zijn ook niet uitputtend en geven alleen een indicatie van de ervaringen van de geraadpleegde experts.

Voor deze verkenning is eveneens een aantal criteria gehanteerd om de omgevingsmaatregelen te selecteren. Als het criterium dat de maatregel expliciet gericht moet zijn op de doelgroep 'volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking' wordt losgelaten dan neemt het aanbod aan maatregelen sterk toe (denk aan: aanbod kwetsbare groepen of ouderen). Aan het (beperkt) aantal gevonden maatregelen zijn dan ook geen definitieve conclusies te verbinden.

Deze verkenning gaat over maatregelen vanuit de fysieke en sociale omgeving. Dat betekent niet dat het beïnvloeden van andere factoren niet relevant is om participatie van chronisch zieken of mensen met een lichamelijke beperking te bevorderen. Ook gezondheid of persoonlijke vaardigheden zijn van belang voor participatie. Zo kunnen mensen te veel pijn hebben of niet beschikken over de juiste competenties om met hun beperking om te gaan (persoonlijke vaardigheden). Participatiebevorderende maatregelen of interventies op deze gebieden zijn dan ook relevant.

Opvallend is dat experts participatie breed opvatten. Zo gaat het om deelnemen aan het verkeer, vormen van zelfredzaamheid tot het doen van activiteiten buitenshuis. De genoemde effecten zijn dan ook divers. Het gaat vooral om verwachte effecten en niet om reeds bekende effecten. Navraag bij enkele experts (gemeenten en uitvoerders) leert dat het effect van dit type maatregelen soms wordt onderzocht. Uitkomstmaten zijn dan bijvoorbeeld tevredenheid of de mate van gebruik. Ook gebruiken sommige gemeenten participatiemonitors om in kaart te brengen of ingezet beleid heeft gewerkt, andere beoordelen een heel pakket aan maatregelen zoals Utrecht.

Daarnaast wordt door meerdere experts gewezen op het belang van een integrale benadering. Dat wil zeggen aandacht voor zowel het type maatregelen (gericht op de omgeving en het individu) als betrokken actoren. Het gaat dan om inzetten van zowel collectieve als individuele maatregelen, en zowel overheid, de samenleving als geheel als de mensen uit de doelgroep zelf die daarbij actief zijn. Dat steeds meer nadruk komt te liggen op de omgeving in relatie met het individu blijkt onder andere uit het 'kantelingsproces' binnen de Wmo dat gemeenten momenteel bezig houdt (VNG, 2010).

4.3 Aanbevelingen

In de verkenning is gekeken naar de effecten van omgevingsmaatregelen vanuit het idee dat daarmee inzichtelijk kan worden (welke combinaties) van maatregelen het beste werken om de participatie van volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking te stimuleren. De aanname hierachter is dat aan dit soort informatie behoefte is.

Gemeenten krijgen de komende jaren steeds meer taken in de zorg en ondersteuning aan deze doelgroep. Ook hebben ze te maken met bezuinigingen waardoor investeringskeuzen noodzakelijk zijn. De exacte behoefte van gemeenten aan informatie over de effectiviteit van collectieve (omgevings)voorzieningen lijkt echter nog niet in kaart gebracht. Het lijkt nuttig om dit in verder onderzoek inzichtelijk te maken. Hierdoor kan worden vastgesteld of en op welke manier het beste onderzoek gedaan kan worden naar

de effectiviteit van dergelijk beleid, gericht op volwassenen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking en ook andere kwetsbare groepen. Daarbij ligt het voor de hand nauw samen te werken met kenniscentra die dicht bij de lokale praktijk staan zoals MOVISIE, het Verwey-Jonker Instituut en Vilans.

Literatuur

- Baan D, Heijmans M. Veel woningen van chronisch zieken nog niet toekomstbestendig. 2011.www.nivel.nl
- Bakker P, Zwaneveld P. Het belang van openbaar vervoer. De maatschappelijke effecten op een rij. Den Haag: Centraal Planbureau en Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid, 2009.
- Blijham N, Kienhuis M, Van Lier J. Aandachtspunten en tips bij de toegankelijkheid van de openbare ruimte. Utrecht: Vilans, 2008.
- Cardol M, Vervloet M, Rijken M. Participatie van mensen met beperking 2005. Basismeting participatie-monitor. Utrecht: NIVEL, 2006.
- De Klerk M. Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2007.
- De Klerk M, Schellingerhout R. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2006.
- De Klerk MMY. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2002.
- Dekker FPS, Braam H. 'De beste maatjes' Evaluatie campagne De Beste Maatjes van het Oranjefonds 2007-2010. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2010.
- Devisch F, Samoy E, Lammertyn F. Barrières voor de sociale integratie van personen met een handicap. Leuven: Departement Sociologie, 2000.
- Foolen J, Hofman E, Broenink N, Wilbrink I. Drempelloos vrijwilligerswerk. Maatwerk voor mensen met een lichamelijke functiebeperking. Utrecht, 2002.
- Fougeryrollas P. Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process: Quebec contributions relating to UCIDH and social participation of people with functional differences. 1995.
- Gemeente Utrecht. Agenda 22. Een blik achterom en vooruit. Een korte evaluatie.
http://www.utrecht.nl/images/DMO/ontwikkeling/PDF/Samenleving/Agenda_22/Agenda22_ee_n_blik_achterom_en_vooruit.pdf. Geraadpleegd 2012.
- Hoeymans N, Schellevis F, Wolters I. Hoeveel mensen hebben een of meer chronisch ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2008.
- Huygen A, De Meere FB. En, heb je ook een vraag? Ontwikkeling marktplaats voor burenhulp Tijd voor Elkaar in Utrecht Zuid. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2007.
- Lubbe T. Sport- en vrijetijdsactiviteiten van gehandicapten in Capelle a/d IJssel. Onderzoek naar de wensen en mogelijkheden van mensen met een beperking. Capelle aan de IJssel: Stichting belangengroep gehandicapten Capelle aan de IJssel, 2006.
- Meulenkamp T, Hoek van der L, Cardol M. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen. Rapportage participatiemonitor 2011. Utrecht: NIVEL, 2011.
- Nauta K, Schut A. De maatschappelijke meerwaarde van WZSW. Provincie Noord-Brabant: het PON, kennis in uitvoering, 2011.
- Nederland T, Stavenuiter M, Swinnen H. Van inkomensondersteuning tot Wmo. Twintig jaar armoede in Nederland. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2011.

- RMO. De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2002.
- RMO. Verkenning participatie. Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2008.
- Salome L, Burg van den M, Kornalijslijper N, Wapstra-Damme van B. Wmo-voorzieningen in beeld. Resultaten tevredenheidsonderzoek en benchmark Wmo 2011. Den Haag: SGB0, 2011.
- Sanders L. De soorten en maten van Wijkservicepunten. Resultaten van een literatuurstudie, 2008.
- Slotema M, Forseti KA [red.]. Samenwerking op het gebied van doelgroepenvervoer. Tussenrapportage: Stand van Zaken, 2010. Haarlem: Kennisplatform Verkeer en Vervoer, 2011.
- Stichting Groen en Handicap. Samen op pad. Zelfstandig & drempelvrij genieten van de natuur: Kenniscentrum Groen en Handicap, 2011.
- Storms O. Methodebeschrijving. Natuurlijk, een netwerkcoach. Utrecht: Movisie, 2011.
- Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis FC. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: NIVEL, 2011.
- Van Bergen A, Penninx K, Leur van J. We zijn gewoon een goede buur. Een handreiking voor wijkservicepunten. Utrecht: Movisie, 2008.
- Van den Bos T, Van der Meer M, Smit C, Vogels M, Vossen C, Warger Hr. Op andere gedachten; Ideeën voor betere zorg en maatschappelijke participatie; Legaat van het ZonMw Praktijk- en Beleidsprogramma Chronisch Zieken. Den Haag: ZonMw, 2004.
- Van den Hoogen P, Cardol M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking 2006-2008: participatiemonitor 2008. Utrecht: NIVEL, 2010.
- Van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Van der Zwet R. Voorzieningen dichtbij. Verkenning. Utrecht: Movisie. Beter in meedoen 2009.
- Verdurmen J, Ten Have M, Dorsselaer S, Van 't Land H, Vollebergh WAM, De Graaf R. Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos Instituut, 2006.
- VNG. Iedereen binnenboord. Inclusief beleid in de praktijk. Den Haag: Vereniging van Nederlandse gemeenten, 2010.
- VNG. Toegankelijke haltes. <http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=62705> Geraadpleegd 2011.
- WWI, VWS. Beter (t)huis in de buurt. Actieplan Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007-2011. Ministeries Wonen, Wijken en Integratie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag; 2007.

Geraadpleegde websites voorbeelden

www.invoeringwmo.nl
www.sgbo.nl
www.kpvv.nl
www.loketgezondleven.nl
www.gripopvervoer.nl
www.ovambassadeur.nl
www.naarbetercontractvervoer.nl
www.wzsw.nl
www.kcwz.nl
www.geluksbudget.nl
www.allestoegankelijk.nl
www.toegankelijkrijmond.nl
www.zilverkracht.nl
www.humanitasgroningen.nl
www.welzijnlaarbeek.nl
www.sportservicenoordholland.nl
www.nisb.nl
www.woonzorgzone.nl
www.regelhulp.nl
www.chronischzieken.nl
www.woonkeur.nl
www.tijdvoorelkaarzuid.nl
www.scala.galm.nl
www.natuurzonderdrempels.nl

Websites geraadpleegde experts

Movisie
Verwey-Jonker Instituut
Vilans
Zorgbelang Gelderland
Vereniging Gehandicapten Nederland
Gemeenten
CG-raad
MEE
NIVEL
TNO

www.movisie.nl
www.verwey-jonker.nl
www.vilans.nl
www.zorgbelang gelderland.nl
www.vgn.nl
www.vng.nl
www.cg-raad.nl
www.mee.nl
www.nivel.nl
www.tno.nl

Afkortingenlijst

ANBO	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CGL	Centrum Gezond Leven
CG-raad	Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSO	Koepel van landelijke ouderenorganisaties
CVA	Cerebro Vasculair Accident
GALM	Groninger Actief Leven
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GPPA	Gehandicapten en Patiënten Platform Amersfoort
I&M	Ministerie van infrastructuur en milieu
KBO	Katholieke Bond voor Ouderen
MEE	Maakt meedoen mogelijk, ondersteuning bij leven met beperking
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
OV	Openbaar Vervoer
PCOB	Protestants Christelijke Ouderenbond
PGB	Persoonsgebonden Budget
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
SCALA	Sportstimuleringsstrategie voor mensen met een chronische aandoening en/of lichamelijke handicap.
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
VCP	Versterking Cliënten Positie
VGN	Vereniging Gehandicapten Nederland
VGZ	Volksgezondheid
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wgbh/cz	Wet op gelijke behandeling op grond van handicap of chronisch ziekte
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wwb	Wet werk en bijstand
WWI	Wonen, Wijken en Integratie
WZSW	Wonen Zorg Service in de wijk
ZH	Zuid-Holland

Bijlage 1 - Betrokkenen onderzoek

Projectgroep

Ilse Storm (RIVM)
Nikkie Post (RIVM)
Fons van der Lucht (RIVM)
Monique van Wieren (RIVM)

Geraadpleegde experts

Henk Beltman (Zorgbelang Gelderland)
Cora Brink (Movisie)
Thijs Hardick (CG-raad)
Marijke Hempenius (CG-raad)
Emmely Lefèvre (MEE IJsseloevers)
Esther Liefers (Noorderbrug, lid LG-platform Vereniging Gehandicapten Nederland)
Trudi Nederland (Verwey-Jonker Instituut)
Marije Overmars (MEE Twente)
Inge Redekker (Vilans)
Helma Seelen (gemeente Dordrecht)
Judith van Lier (Vilans)
Quriijn van Woerdekom (CG-raad)
Wil Verschoor (Movisie)
Simon de Waal (ervaringsdeskundige, via Beltman)
Hanny Weyde (gemeente Haarlemmermeer)

Met dank aan:

Esther Felix (TNO Gebouwde omgeving)
Mieke Cardol (NIVEL)
Marry van Dongen (Syndion)
Christianne Vermunt (MO-groep)
Roos Verheggen (MEZZO)

Referenten

Mirjam Busch (RIVM)
Nancy Hoeymans (RIVM)

Bijlage 2 - Werkwijze

De stappen

In het kader van het onderzoek om participatie van mensen met een chronische ziekten en/of beperkingen te stimuleren zijn de volgende stappen doorlopen:

1. Inventariseren van factoren die van invloed zijn op de participatie

Voor het inzichtelijk maken van factoren die van negatieve invloed zijn op maatschappelijk participeren van deze doelgroep is een quick scan van de Nederlandse literatuur uitgevoerd. Deze is beperkt tot het doorzoeken van een aantal databases van Nederlandse onderzoeksinstituten die zich bezighouden op het terrein van participatie. Het gaat om de publicatiedatabases van het SCP, het NIVEL en het Verwey-Jonker Instituut. Daarnaast zijn nog enkele publicaties van Movisie en de RMO bekeken.

Er is gezocht op meerdere termen ingegeven door de doelgroep van dit project. Veelgebruikte zoektermen zijn: chronisch zieken, mensen met beperkingen, chronisch zieken en mensen met beperkingen. Daarnaast is afgebakend op participatiedomein (vrijwilligerswerk, mantelzorg, recreatieve en culturele participatie).

Voor het SCP is gezocht met de termen: mensen met een beperking (32 hits), chronisch zieken (6 hits), kwetsbare ouderen (9 hits). Binnen de rapporten die gevonden zijn door te zoeken op doelgroep zijn vijf meer in detail bekeken.

Voor het NIVEL is gezocht op participatie binnen de site van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten; 35 hits, waarvan 10 potentieel relevant. Deze bleken uiteindelijk vooral de participatie van chronisch zieken en mensen met een beperking (door de tijd heen) te beschrijven. Afgevalen zijn rapporten die betrekking hadden op een ziekte of op een domein van participatie dat buiten de reikwijdte van dit rapport valt.

Voor het Verwey-Jonker Instituut is op de site gezocht (in juli 2011) in de publicaties onder <http://www.verwey-jonker.nl/participatie>. Kernwoorden waren beperkingen en chronisch zieken. Daarop zijn titels gescand, vervolgens zijn twee potentieel relevante publicaties gevonden.

Voor Movisie is niet op de site gezocht. De kennis is vooral gebaseerd op het overzichtsboek Participatie ontward. Hiervoor is bewust voor gekozen omdat deze instelling zich vooral richt op maatregelen (in tweede deel van project) die gemeenten kunnen nemen om participatie te bevorderen.

Voor de RMO is alleen gekeken naar Verkenning Participatie. Binnen de verkenning is gezocht op de termen: chronisch zieken en beperkingen.

2. Samenstellen van een lijst met mogelijke lokale maatregelen

Om in kaart te brengen welke omgevingsmaatregelen participatie van mensen met chronisch ziekte(n) en/of beperkingen kunnen stimuleren hebben we

gebruik gemaakt van informatie en kennis uit verschillende databronnen en gesprekken met deskundigen.

Bij het samenstellen van de maatregelen zijn de volgende criteria gehanteerd:

- De maatregelen zijn specifiek gericht op de doelgroep mensen met chronische ziekte(n) en/of beperkingen.
- De maatregelen grijpen aan op (belemmerende) factoren die van invloed zijn op participatie van deze doelgroep (zoals vervoersproblemen, financiële drempels, ontoegankelijke gebouwen);
- De maatregelen hebben als doel het vergroten van participatie (of hiermee samenhangende participatiedomeinen) van deze doelgroep;
- Het gaat om collectieve maatregelen die zijn uit te voeren door de gemeenten (en niet om individueel gerichte maatregelen).

De databanken die zijn gebruikt om maatregelen te identificeren zijn onder andere Movisie en Loket Gezond Leven. Er is gezocht met combinaties van zoektermen, zoals 'chronisch zieken', 'beperking', 'participatie', 'beleid'. Daarnaast is gezocht via internet (zoals op kennisplatform Verkeer & Vervoer) en referentielijsten. Er zijn ook maatregelen geselecteerd die in de (grijze) literatuur als kansrijk zijn beschreven.

Voor Loket Gezond Leven is in de interventiedatabase gezocht op de doelgroep chronisch zieken, waarbij het doel van de interventie gericht was op participatie of een van de hiermee samenhangende domeinen (zoals sociale contacten, vrijetijdsbesteding). Bij het zoeken op de doelgroep chronisch zieken kwamen 99 hits tevoorschijn. Voor deze interventies is gekeken of deze paste binnen de hierboven staande criteria. Slechts 1 interventie voldeed aan deze criteria.

Voor de database Movisie (sociale interventies) is gezocht op chronische ziekten (0 hits), participatie (23 hits) waarvan twee interventies gericht waren op specifiek de doelgroep mensen met chronische ziekte en/of beperkingen, beperkingen (7 hits). Ook is in de databank 'maatschappelijke activering' als thema aangevinkt. Voor de interventies is gekeken of deze paste binnen de hierboven staande criteria. Twee interventies voldoen aan deze criteria.

Naast databanken zijn diverse rapportages met *Effectieve interventies* bestudeerd die zijn verschenen als onderdeel van het VWS programma *Beter in meedoen*. Uit deze publicaties zijn ook diverse maatregelen en interventies geselecteerd.

3. Globaal verkennen van de effecten van deze maatregelen en de overdraagbaarheid van deze maatregelen bij relevante actoren

Voor alle in de vorige fase vastgestelde lokale maatregelen is in de bestudeerde literatuur ook gekeken naar informatie over mogelijke effecten op het vergroten van participatie van mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking. Daarnaast zijn voor meer inzicht in effecten en overdraagbaarheid van de maatregelen relevante actoren voor de doelgroep geraadpleegd (expert opinion). Zie hieronder voor de raadpleging van relevante actoren.

Stappen in raadpleging relevante actoren (expert opinions):

- Er zijn gesprekken gevoerd met expertisecentra Movisie en het Verwey-Jonker Instituut om de gevonden lijst met maatregelen te toetsen en om te komen tot een lijst van relevante actoren. Via die actoren willen we kijken wat er in de praktijk bekend is over de effectiviteit van de maatregelen.
- De geselecteerde maatregelen zijn via een vragenlijst voorgelegd aan aanbieders (enkele gemeenten, MEE Nederland, en leden van het LG-platform van Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN)) en (afgevaardigden van) gebruikers (Zorgbelang Gelderland en de CG-raad). Bij de CG-raad is de vragenlijst mondeling doorgenomen. Ook is de vragenlijst voorgelegd aan expertisecentrum Vilans.

Wat betreft de 24 geselecteerde maatregelen zijn de volgende vragen gesteld aan relevante actoren:

1. Welke van de maatregelen acht u effectief om participatie van deze doelgroep te vergroten?
2. Waarom verwacht u dat de maatregelen wel of niet effectief zijn en voor welke participatievorm?
3. Welke van de maatregelen acht u haalbaar om participatie van deze doelgroep te vergroten?
4. Waarom verwacht u dat de maatregelen wel of niet haalbaar zijn voor gemeenten?

Bij de eerste en derde vraag kon worden aangegeven of de effectiviteit hoog (H), gemiddeld (G) of laag (L) is. Het antwoord op de tweede en vierde vraag over waarom wel of niet effectief en haalbaar kon in een open tekstveld worden aangegeven. Ook konden nog 'alternatieve' maatregelen worden aangegeven die geschikt werden geacht om participatie van mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking te stimuleren.

De selectie van relevante actoren

De soorten actoren (zorgaanbieders/uitvoerders, gemeenten, gebruikers en kenniscentra) zijn aangedragen door het Verwey-Jonker Instituut en Movisie. Soms zijn daar ook gericht namen van organisaties en contactpersonen bij gegeven (Zorgbelang Gelderland). Andere namen zijn verkregen via het NIVEL (Vilans) en door contacten gelegd in een eerder RIVM-onderzoek naar integraal gezondheidsbeleid op gemeentelijk niveau (voor gemeenten). Bij de CG-raad, MO-groep en MEE Nederland zijn de personen door de instellingen zelf voorgedragen. Bij VGN/LG -platform was het aan de leden zelf gevraagd om hun interesse kenbaar te maken.

Bij gemeenten was het streven om een viertal type gemeenten te benaderen te weten: groot, middelgroot, klein en groeigemeente. Op die manier zou ook enige indicatie kunnen worden verkregen over potentiële verschillen tussen gemeenten.

De respons

Er zijn vijftien partijen aangeschreven (9 gemeenten, 2 vertegenwoordigers van gebruikers, 3 vertegenwoordigers van zorg- en welzijnsaanbieders en 1 kenniscentrum). Uiteindelijk zijn er zeven vragenlijsten geretourneerd. Daarvan

zijn er twee van gemeenten, twee van MEE-instellingen, een van de VGN/LG-platform, een van Zorgbelang Gelderland en een van Vilans. De CG-raad heeft in een gesprek een mondelinge toelichting gegeven op de maatregelen. Daaruit kwam naar voren dat de werkwijze zoals gehanteerd in dit rapport met beoordeling van maatregelen niet helemaal aansluit bij de zienswijze van inclusief beleid die zij hanteren. Zij vonden het dan ook lastig om per maatregel iets te zeggen; het is de combinatie van maatregelen op meerdere beleidsdomeinen die de effectiviteit bepaalt. De MO-groep heeft aangegeven geen zicht te hebben op wat haar leden doen aan effectiviteitsonderzoek of de kennis die ze daarover hebben. Zij hebben wel een toelichting gegeven over wat haar leden aan dit soort activiteiten onderneemt.

Daarnaast heeft nog een lid van het LG-platform telefonisch contact gehad met de onderzoekers en op die manier nog enig inzicht verschaft in de kennis over de effectiviteit van maatregelen binnen die organisatie (Syndion).

De analyse

Bij de analyses is ervoor gekozen om uit te gaan van de mate van consistentie in de antwoorden van de experts. Er is gekeken of ze allemaal positief dan wel negatief oordeelden over een maatregel. Dat geldt zowel voor de effectiviteit als voor de haalbaarheid van de maatregel.

Bijlage 3 - Historische perspectieven

Enkele historische hoogtepunten overheidsbeleid	Jaartal
In de nota <i>De perken te buiten</i> uit 1995 werd al gesproken over 'het bevorderen van integratie, deelname door gehandicapten in alle sectoren van de samenleving' (ondermeer onderwijs- en arbeidsintegratie). Ook dient de samenleving goed toegankelijk te zijn voor gehandicapten (bereikbare voorzieningen, toegankelijke fysieke omgeving en bruikbare oplossingen).	1995
In 2001 is de <i>Interdepartementale stuurgroep voor gehandicapten</i> (ISG) welke het landelijk beleid coördineerde opgeheven. De belangrijkste reden was dat men meer wilde uitgaan van integraal beleid: op alle beleidsterreinen zou men rekening moeten houden met de gevolgen van dat beleid voor mensen met beperkingen.	2001
In 2003 verscheen het <i>Actieplan gelijke behandeling in de praktijk</i> . Er wordt voor gekozen niet te snel aparte voorzieningen voor mensen met beperkingen te creëren, maar in het algemene overheidsbeleid vanaf het eerste begin rekening met deze doelgroep te houden.	2003
In 2003 is de <i>Wet gelijke behandeling</i> op grond van handicap of chronische ziekte ingevoerd (Wgbh/cz). Dit met als doel mensen met beperkingen te beschermen tegen discriminatie vanwege die beperkingen en zo hun deelname aan het maatschappelijk leven te bevorderen.	2003
In 2004 heeft de overheid de <i>Taskforce Handicap en Samenleving</i> in het leven geroepen met als taak om ' een mentaliteitsverandering in de maatschappij te realiseren zodat mensen met een handicap gelijkwaardig worden behandeld en om een actieve betrokkenheid van maatschappelijke partners bij het realiseren van de toegankelijkheid van de samenleving voor mensen met een handicap te bevorderen.	2004
In de <i>handreiking inclusief beleid</i> van VWS uit 2006 wordt beschreven dat regulier beleid is gericht op alle burgers, inclusief mensen met beperkingen. Eventuele specifieke maatregelen moeten mogelijk blijven als onderdeel van het reguliere beleid van de diverse departementen.	2006
In 2007 is de <i>Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)</i> in werking getreden. De Wmo omvat (onderdelen) van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wpg), de Welzijnswet, de Algemene Wet bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Ten aanzien van mensen met beperkingen is een belangrijk doel 'het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en het zelfstandig functioneren'.	2007
Centraal in de <i>Wmo</i> staat de zogenaamde <i>compensatieplicht</i> . De gemeente is verplicht de beperkingen die mensen ondervinden in het functioneren als gevolg van handicap of beperking te compenseren. De Wmo is een participatiewet; de Wmo regelt dat mensen zo goed mogelijk overal aan kunnen meedoen.	2007
Het <i>VWS programma Beter in meedoen</i> uit 2007 richt zich op de vernieuwing en kwaliteitsverbetering van de Wmo die sinds	2007

januari 2007 van kracht is. Het programma ondersteunt gemeentes, uitvoerende instellingen, professionals, burgers en cliënten bij de innovatie van het beleid en bij een kwalitatief betere uitvoering van de Wmo.	
Met het <i>VN-verdrag</i> over de rechten van mensen met een handicap wil de Verenigde Naties uitsluiting van mensen met beperkingen voorkomen. Het VN-verdrag is in 2006 aangenomen door de Verenigde Naties en in 2007 is het ondertekend door Nederland. Voordat een VN-verdrag officieel in werking treedt moet het eerst bekrachtigd worden. Nederland wil het verdrag in 2012 bekrachtigen. Dan is er een juridisch instrument dat doorwerkt in alle Nederlandse wet- en regelgeving. Het VN-verdrag kan bijvoorbeeld leiden tot uitbreiding van de Wet gelijke behandeling van mensen met een handicap of chronische ziekte, of als een gemeente in haar beleid geen rekening houdt met mensen met een beperking.	2007
Het programma ' <i>Beter (t)huis in de buurt</i> Actieplan Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007-2011' (VROM/WWI, VWS) heeft als doelstelling dat ouderen en mensen met beperkingen zelfstandig in hun wijk (kunnen) blijven wonen, ondersteuning en zorg op maat thuis kunnen ontvangen en daardoor (langer) mee kunnen doen in de maatschappij. Ouderen en mensen met een beperking kunnen zoveel als mogelijk kiezen hoe zij willen wonen en hoe zij zo nodig zorg en ondersteuning ontvangen.	2007
In juni 2009 is de <i>Wet gemeentelijke antidiscriminatie</i> voorzieningen van kracht geworden. Deze verplicht gemeenten om voor hun burgers de toegang tot een antidiscrimatievoorziening te organiseren. Twee taken: het verlenen van bijstand aan mensen die gediscrimineerd worden op welke grond dan ook en daarnaast het registreren van klachten.	2009

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl