

Vergaderjaar 1994–1995

24 170

Gehandicaptenbeleid

Nr. 2

MEERJARENPROGRAMMA 1995–1998

Inhoudsopgave

Inleiding	5	1.C. Structurele uitgaven in verband met intersectoraal gehandicaptenbeleid	29
Cultuuromslag	5	2. Monitoring/onderzoek	29
Een nieuwe fase in het beleid	5	2.A. BORG	30
Analyses en bronnen	6	2.B. Kennisplatform	30
Adviezen	7	2.C. Doelgroeprapportage Sociaal en Cultureel Planbureau	30
Terminologie	7	2.D. Afstemming onderzoek	31
Rol van het particulier initiatief	7	3. Internationale betrekkingen	31
Leeswijzer	8	3.A. Europese Unie	31
		3.B. Raad van Europa	32
		3.C. Verenigde Naties	32
I. Beschrijving en omvang van de doelgroep gehandicapten	9	IV. Lopende afstemmingstrajecten	33
1. Optiek van het beleid	9	1. Afstemming sociale werkvoorziening en AWBZ-gefinancierde dagopvang voor gehandicapten	33
2. Instrumentaria bij een toegespitste omschrijving van de doelgroep	10	2. Verpleegkundige hulp/medische begeleiding op scholen voor speciaal onderwijs	34
2.A. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)	10	3. Afstemming tussen scholen voor speciaal onderwijs en residentiële hulpverlening jeugdigen	35
2.B. Beschikbaar statistisch materiaal	11	4. Beroepsopleidingen gehandicapten	35
2.C. Overlap met doelgroepen chronisch zieken, ouderen en patiënten met chronische psychiatrische klachten	12	5. Kwaliteit en bruikbaarheid hulpmiddelen	37
2.D. NRV-advies Tussen cure en care	12	6. Afstemming tussen dagverblijven gehandicapten en scholen voor speciaal onderwijs	38
3. Afbakening nog niet afgerond	16	7. Intersectorale afstemming met betrekking tot arbeidsintegratie	39
II. Gehandicaptenbeleid op weg naar de eeuwwisseling	17	8. Aansluiting individueel, openbaar en collectief vraagafhankelijk vervoer	41
1. Een terugblik	17	9. Afstemming onderwijs en zorgverlening aan auditief gehandicapte kinderen	42
2. Uitgangspunten voor beleid	19	10. Gehandicapte kinderen en financiële draaglast	43
2.A. Gelijke rechten, gelijke plichten en gelijke behandeling	19	V. Zorgvoorzieningen voor gehandicapten	44
2.B. Integratie en participatie	20	1. De Wet van de Remmende Voorsprong	44
2.C. Waar nodig: bescherming en compensatie	20	2. Geleidelijk «Gewoon doen»	45
3. Uitwerking van de uitgangspunten voor beleid	21	3. Zorgvernieuwing	46
3.A. Preventie	21	3.A. Kleinschaligheid	46
3.B. Kwaliteitsbeleid, normalisatie, zelfregulering	22	3.B. Zorgvernieuwingsfonds sector gehandicapten	48
3.C. Erkenning Nederlandse Gebarentaal	24	3.C. Persoonsgebonden budgetfinanciering	50
3.D. Afstemming en objectivering indicatiestelling	25	3.D. Wonen en zorg onderscheiden	51
III. Functionele aspecten van het gehandicaptenbeleid	25	4. Onderhoud en beheer van het zorgsysteem	52
1. Coördinatie en afstemming	25	4.A. Indiciestelling	52
1.A. NRV-advies Afstemming verzekerd	25		
1.B. Landelijk beleid	28		

4.B. Sociaal pedagogische diensten	53	2. Verkeer en Vervoer	78
4.C. Regio-indeling	53	2.A. Toegankelijkheid personenvervoer	78
4.D. Intensiever gebruik erkenningsinstrument	54	2.B. Treinvervoer	79
4.E. Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening	54	2.C. Reisinformatie	79
4.F. Kindergezinsvervangende tehuizen	55	2.D. Verkeersveiligheid algemeen	79
4.G. Cumulatie eigen bijdragen AWBZ	55	2.E. Veiligheid in het groepsvervoer voor gehandicapte kinderen	79
5. Gehandicapten met specifieke zorgvragen	55	2.F. Luchtvaart	80
5.A. Mensen met een verstandelijke handicap en een bijzondere gedragsproblematiek	55	2.G. Veerdiensten	80
5.B. Mensen met een zintuiglijke handicap	57	3. Centraal Coördinatiepunt Toegankelijkheid	80
5.C. Jongeren met een lichamelijke handicap in verpleeghuizen	59	3.A. Verbreding doelgroep	80
5.D. Mensen met een handicap als gevolg van een niet aangeboren hersenletsel	60	3.B. Privatisering	81
5.E. Peuters en kleuters met een motorische handicap	61	X. Samenvatting	82
5.F. Mensen met een lichamelijke handicap en een indicatie voor tijdelijke opvang	61	1. In uitvoering zijnde beleidsmaatregelen c.q. initiatieven	82
5.G. Allochtonen met een handicap	62	2. Voorgenomen beleidsmaatregelen	83
5.H. Mensen met een aan autisme gerelateerde handicap	62	3. In voorbereiding zijnde beleidsmaatregelen	84
5.I. Mensen met een handicap en een indicatie voor bijzondere tandheelkunde	62	Bijlagen	
VI. Specifiek beleid volksgezondheid, welzijn en sport	63	1. Lijst van gebruikte afkortingen	86
1. Herstructurering belangenbehartiging gehandicapten	63	2. Nederlandse rapportage over resolutie R(92)6 van de Raad van Europa	90
2. Beeldvorming	63	3. Slotverklaring Congres «Laat je zien, laat je horen»	123
2.A. Bestrijding stigmatisering	63	4. Statistisch overzicht gehandicaptenbeleid ¹	
2.B. De waarde van een positief zelfbeeld	63	5. Onderzoek ongelijke behandeling gehandicapten ¹	
2.C. Stuurgroep Beeldvorming	64		
2.D. Gehandicapten en de media	65		
3. Specifieke aandacht bestrijding chronische ziekten	65		
3.A. Onderzoek	65		
3.B. Preventie	65		
3.C. Zorg	66		
3.D. Maatschappelijke positie	66		
4. Gehandicaptensport	66		
4.A. Algemeen sportbeleid	66		
4.B. Breedtesport	66		
4.C. Topsport	67		
VII. Sociale Zaken en Werkgelegenheid	67		
1. Beleid gericht op (re)integratie op de arbeidsmarkt van personen met een arbeidshandicap	67		
2. Toepassing gewijzigd arbeidsongeschiktheidsbegrip	69		
3. Rapportage over de evaluatie van de Wet Voorzieningen Gehandicapten	71		
4. Sociale Werkvoorziening	72		
VIII. Onderwijsvoorzieningen voor gehandicapten	73		
1. Weer Samen Naar School	73		
2. Leerlinggebonden financiering in het speciaal onderwijs	74		
3. Voortgezet speciaal onderwijs	75		
4. Overige ontwikkelingen in het speciaal onderwijs	76		
4.A. Integratie onderwijs aan blinde en slechtziende kinderen	76		
4.B. Onderwijs in justitiële jeugdinrichtingen	76		
5. Secundair beroepsonderwijs	76		
IX. Gehandicapten en de fysieke ruimte	77		
1. Volkshuisvesting	77		
1.A. Bestaande woningvoorraad	78		
1.B. Nieuwbouw	78		

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

INLEIDING

Cultuuromslag

«Wij, 450 mensen met een handicap uit 41 landen van de Europese Unie, Midden en Oost Europa en Scandinavië, verklaren er trots op te zijn dat wij waardevolle en constructieve burgers van Europa zijn. Wij, trotse burgers van Europa, zijn zowel mensen met lichamelijke en zintuiglijke beperkingen als mensen met leerproblemen als mensen met beperkingen ten gevolge van veroudering. Wij verwerpen de definitie van «beperkt-hed» als een persoonlijke tragedie.» Zo begint de slotverklaring van de *Eur'able*-conferentie, die van 2 tot 5 augustus 1993 in Maastricht werd gehouden. Deze verklaring is exemplarisch voor de cultuuromslag die zich de laatste paar jaren heeft voltrokken. Door allerlei ontwikkelingen zijn de mensen die in onze maatschappij met een handicap of chronische ziekte door het leven moeten, zich bewust geworden van hun maatschappelijke positie. Zij zijn gaan inzien dat zij net als ieder ander mogen eisen dat hun elementaire burgerrechten worden gerespecteerd. Ze komen op voor een volwaardige plaats in de samenleving, niet meer en niet minder.

Deze strijd voor een volwaardige plaats in de samenleving voeren zij op twee fronten.

In de eerste plaats moet een samenleving toegankelijk zijn voor gehandicapten. Er moet een einde komen aan «de gehandicapte omgeving». Dat betekent, dat die samenleving het mogelijk moet maken dat mensen met een beperking op een waardige manier maatschappelijk kunnen functioneren. Gesproken wordt wel een «BTB-Samenleving», een samenleving waar de voorzieningen Bereikbaar zijn, de fysieke omgeving Toegankelijk is en aangeboden oplossingen Bruikbaar blijken. Anderdeels houdt dit verband met meer individueel gerichte voorzieningen en compensaties.

In de tweede plaats willen de betrokkenen de benodigde hulp en ondersteuning niet als een verstikkende deken over zich heen krijgen. Gehandicapten en chronisch zieken willen af van zorg die hun eigenwaarde en capaciteiten ontkent. Met andere woorden: ze willen af van zorg die afhankelijk maakt. In plaats daarvan geven ze de voorkeur aan een systeem als persoonsgebonden budgetfinanciering.

Mensen met een handicap of een chronische ziekte stellen zich kortom steeds weerbaarder op, en dat werkt door in de standpunten van de belangenorganisaties. Maar vooruitgang krijg je niet cadeau. Dat begrijpen deze organisaties uitstekend en daar handelen zij ook naar.

Een nieuwe fase in het beleid

«Vooruitgang is een mooi woord. Maar vooruitgang gaat altijd gepaard met verandering. En verandering heeft nu eenmaal tegenstanders.»¹ Deze woorden – hier in een enigszins vrije vertaling – sprak Robert F. Kennedy in 1964. Ook in het gehandicaptenbeleid is het moment aangebroken om de bakens te gaan verzetten. Er is sprake van een nieuwe fase in het beleid, waarbij een veel centralere plaats wordt ingeruimd voor de gehandicapte als individuele persoon. Als randvoorwaarden gelden daarbij de aangegane inspanningsverplichtingen op het vlak van volumebeheersing en kostenbeperking. Dit *meerjarenprogramma* geeft voor het gehandicaptenbeleid voor de periode 1995–1998 hiervoor het macrokader aan.

Ten eerste bevat het de uitgangspunten van het beleid.

Op de tweede plaats wordt in dit *meerjarenprogramma* een gezamenlijke aanpak geformuleerd voor onderwerpen die de sectoren overstijgen en voor concrete afstemmingstrajecten.

¹ «Progress is a nice word. But change is its motivator. And change has its enemies.» In: «Federal power and local poverty», *The pursuit of justice* (1964).

Ten derde bevat het programma enige hoofdstukken, die als sectoraal gehandicaptenbeleid aangeduid kunnen worden.

Deze hoofdstukken, waarvoor de desbetreffende bewindslieden uiteraard zelf de primaire verantwoordelijkheid dragen, bieden een inzicht in de wijze waarop de gezamenlijke uitgangspunten vertaald worden in het beleid. In voorkomende gevallen zal verwezen worden naar reeds eerder bekend gemaakte beleidsvoornemens.

Noodzakelijkerwijs is het programma breed van opzet. Speerpunten van beleid zijn:

1. bevordering van het probleemoplossend vermogen van mensen met een handicap, bij voorbeeld door de invoering van het persoonsgebonden budget;
2. het bevorderen van integratie, deelname van gehandicapten in alle sectoren van de samenleving (m.n. onderwijs- en arbeidsintegratie);
3. het verwerven van een beter zicht op de meest kwetsbare categorieën gehandicapten en
4. het stimuleren van zelfordening gericht op onder meer kwaliteitsverbetering, klantgerichtheid en een geïntegreerd en geobjectiveerd indicatiebeleid.

Het intersectorale karakter van dit *meerjarenprogramma* brengt met zich mee, dat waar melding wordt gemaakt van uitgaven, deze hetzij passen binnen en drukken op de goedgekeurde departementale begrotingen, hetzij betrekking hebben op beleidsmaatregelen met een eigenstandig traject van (financiële) besluitvorming.

De uitwerking van het *meerjarenprogramma* is op onderdelen nog tentatief. Mede daarom wordt dit programma in het voorjaar van 1996, 1997 en 1998 nader uitgewerkt in *voortgangsrapportages*. In deze rapportages wordt het programma waar nodig geactualiseerd of herzien.

De verantwoordelijkheid voor dit programma wordt gedeeld door zeven bewindspersonen. In haar hoedanigheid van bewindspersoon belast met de coördinatie van het gehandicaptenbeleid, ondertekent de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zij ondertekent echter mede namens de minister van Verkeer en Waterstaat (VenW), de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), de minister van VWS, de staatssecretaris van SZW, de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCenW) en de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM).

Analyses en bronnen

Er is de afgelopen paar jaar een aantal belangrijke documenten verschenen waarin de leefsituatie van mensen met een functiebeperking wordt beschreven en geanalyseerd, zoals:

- de *Rapportage Gehandicapten* (oktober 1994) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP);
- het *Doorlopend leefsituatie-onderzoek* van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS);
- de *Gezondheidsenquête* van het CBS;
- de *Atlas lichamelijk gehandicapten* van het Dr. Hilda Verwey-Jonker Instituut (VJI).

In het programma wordt waar nodig verwezen naar of inhoudelijk gereageerd op deze documenten.

Adviezen

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) bracht op 19 januari 1994 onder de titel *Afstemming verzekerd* een advies uit over de raakvlakken tussen het ziektekostenstelsel en andere maatschappelijke systemen. In het bijzonder ging het daarbij om de uitvoering door de gemeenten van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het advies spitst zich toe op «mensen die ten gevolge van lichamelijke stoornissen ernstig beperkt zijn of dreigen te worden in hun zelfstandig functioneren». Bijna een jaar later, op 8 december 1994, bracht de NRV een vervolgadvisie uit onder de titel *Tussen cure en care*. Dit advies gaat over het belang van een algemeen aanvaard referentiekader voor het intersectorale gehandicaptenbeleid.

Beide adviezen zijn van belang in het bestek van dit *meerjarenprogramma*. Het standpunt van de verantwoordelijke bewindspersonen over het advies *Afstemming verzekerd* is geïncorporeerd in paragraaf III.1. Het advies *Tussen cure en care* komt aan de orde in hoofdstuk I.

Terminologie

Op 14 december 1987 vroeg de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer om in regeringsnota's voortaan alleen in uitzonderingsgevallen, en daarbij alleen gemotiveerd, af te wijken van de – op dat moment nog voorlopige – WCC-standaard *Termen voor gehandicapten*. De toenmalige bewindslieden hebben daarop positief gereageerd. Ook dit programma zal zich daarom zo veel mogelijk bedienen van de inmiddels definitieve versie (april 1991) van deze standaard.

Als er naar gehandicapte mensen wordt verwezen, wordt er ook wel gesproken van «mensen met een functiebeperking». Het gaat hier om mensen die door een chronische ziekte, een ongeval of een aangeboren afwijking of aandoening lichamelijke of verstandelijke beperkingen hebben, waardoor zij op zorg zijn aangewezen of (aangepaste) voorzieningen nodig hebben. In het spraakgebruik wordt naar deze (heterogene) doelgroep verwezen met woorden als «chronisch zieken», «gehandicapten» of «invaliden». Waar in deze nota de termen «gehandicapten» en «gehandicaptenbeleid» worden gebezigd, gebeurt dit tegen deze achtergrond. In het NRV-advies *Tussen cure en care* wordt onder meer het onderwerp terminologie behandeld.

Rol van het particulier initiatief

Bij het opstellen van dit programma is dankbaar gebruik gemaakt van nota's waarin de visies zijn neergeslagen van de organisaties die de belangen behartigen van de gehandicapten zelf. Daarbij is bijzonder gewicht gehecht aan:

- *Recht op anders-zijn*, het beleids- en activiteitenplan 1994 van de Gehandicaptenraad;
- *Hand-neus-voetboek*, de standpuntbepaling van de Gehandicaptenraad over het onderwerp mensenrechten;
- *Gewoon doen*, een inhoudelijk en strategisch vervolg op de eerdere beleidsvisie *Mensen met mogelijkheden*, beide van de Federatie van Ouderverenigingen;
- Het *Beleidsplan 1995–1996* van het Werkverband Organisaties van Chronisch Zieken (WOCZ).

De Interdepartementale Stuurgroep Gehandicaptenbeleid (ISG) heeft op een speciaal hiervoor gehouden studiedag de wensen van het particulier initiatief geïnventariseerd voor het *meerjarenprogramma*. Deze dag vond plaats op 17 maart 1994 te Delft en stond onder voorzitterschap van de

heer mr. dr. D.Q.R. Mulock Houwer van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). De organisaties hebben ook de gelegenheid gekregen om het voorlaatste concept van het programma van commentaar te voorzien. Van deze gelegenheid is ook daadwerkelijk gebruik gemaakt. De commentaren zijn zo veel mogelijk verwerkt.

Met deze inspraakrondes is het voorliggende *meerjarenprogramma* uiteraard geen convenant geworden met het particulier initiatief. Dat was ook niet de ambitie. De betreffende organisaties behouden zichzelf nadrukkelijk het recht voor om opties die naar hun inzicht in het stuk niet of niet voldoende worden uitgewerkt via de geëigende kanalen opnieuw aan de orde te stellen.

Leeswijzer

Het *meerjarenprogramma* valt, na de inleiding, uiteen in de volgende hoofdstukken.

- *Hoofdstuk I* gaat in op de aard en de omvang van de doelgroep gehandicapten.
- *Hoofdstuk II* geeft, na een korte historische terugblik, drie begrippencombinaties die kunnen gelden als uitgangspunten voor het beleid: «gelijke rechten, gelijke plichten en gelijke behandeling», «integratie en participatie» en «bescherming en compensatie». Hierin is de visie vervat van het huidige kabinet op de wenselijke ontwikkeling van het gehandicaptenbeleid. De beleidsuitgangspunten worden nader uitgewerkt.
- *Hoofdstuk III* belicht een aantal functionele aspecten van het gehandicaptenbeleid: coördinatie en afstemming, internationale betrekkingen en monitoring/onderzoek.
- *Hoofdstuk IV* werkt de lopende afstemmingstrajecten uit. Het gaat hier om zaken met een interdepartementale insteek, waarbij afstemming en coördinatie aan de orde zijn.
- *Hoofdstuk V* behandelt de zorgvoorzieningen voor gehandicapten. Dit hoofdstuk is bedoeld als het «Plan van aanpak gehandicaptenzorg», dat toegezegd is in het Financieel Overzicht Zorg 1995 en de Memorie van Toelichting op het VWS-hoofdstuk van de Rijksbegroting 1995.
- *Hoofdstuk VI* beschrijft een aantal onderwerpen binnen het specifieke beleid Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- *Hoofdstuk VII* geeft een overzicht van de kabinetsvoornemens met betrekking tot arbeidsreintegratie, het gewijzigde arbeidsongeschiktheidsbegrip, de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de Wet Sociale Werkvoorziening.
- *Hoofdstuk VIII* geeft een overzicht van een aantal actuele onderwerpen van het specifiek op gehandicapten gerichte onderwijsbeleid.
- In *hoofdstuk IX* komt de relatie aan de orde tussen de fysieke ruimte en het gehandicaptenbeleid. De toespitsing vindt plaats op toegankelijkheid in het algemeen en het beleid met betrekking tot volkshuisvesting en verkeer en vervoer in het bijzonder.
- *Hoofdstuk X* geeft een samenvatting van de belangrijkste punten.

Verder zijn bij deze nota vijf bijlagen gevoegd.

- *Bijlage 1* is een «Lijst van gebruikte afkortingen».
- In *bijlage 2* wordt een beknopte *state of the art* van het Nederlandse gehandicaptenbeleid gepresenteerd. Het aangrijpingspunt bij deze schets is resolutie nummer R(92)6 van de Raad van Europa, over een samenhangend beleid voor de revalidatie van de gehandicapten. De bijlage bevat een overzicht van de Nederlandse maatregelen die zijn gericht op de implementatie van de resolutie.
- *Bijlage 3* is de slotverklaring van het congres «Laat je zien, laat je horen» van 21 april 1994.

- *Bijlage 4* bevat een overzicht van statistische kern-gegevens.
- Als *bijlage 5* wordt de rapportage over de tweede fase van het onderzoek naar discriminatie van mensen met een handicap meegezonden.

HOOFDSTUK I. BESCHRIJVING EN OMVANG VAN DE DOELGROEP GEHANDICAPTEN

1. Optiek van het beleid

Over wie hebben we het als we spreken over «gehandicapten» of «gehandicaptenbeleid»? En in hoeverre zijn gehandicapten een doelgroep voor specifiek beleid? Dit zijn legitieme vragen, maar helaas zijn ze niet eenvoudig te beantwoorden. Achter de termen «gehandicapten», «arbeidsongeschikten» en «chronisch zieken» gaan doelgroepen schuil die onderling qua maatschappelijke positie een belangrijke mate van samenhang vertonen. In toenemende mate wordt als koepelbegrip voor deze drie aanduidingen, die verschillende beleidsoptieken vertegenwoordigen, de omschrijving «mensen met een functiebeperking» gebruikt. Vaak is dat verhelderend. Dit begrip is echter nog niet zodanig ingeburgerd dat de aanduiding «gehandicapten» ervoor kan worden ingeruild.

Belangrijker nog dan de aspecten «aard» (van de stoornis) en «oorzaak» (van de beperking) is de *mate waarin* betrokkenen belemmerd worden in een voor hen als normaal te beschouwen maatschappelijk functioneren. Anders gezegd: de mate waarin zij gehandicapt zijn. Niet ten onrechte constateert het SCP in de *Rapportage gehandicapten* dat de discussie over de vraag welk deel van de mensen met beperkingen tot de doelgroep van het beleid gerekend moet worden, in belangrijke mate de discussie is over de ondergrens.

Feitelijk hebben we allang de tijd achter de rug dat er met de term «landelijk» of «interdepartementaal gehandicaptenbeleid» werd gepretendeerd dat er een competentie zou kunnen bestaan ten opzichte van pakweg 10% van de bevolking. Mede omdat deze 10% zo vaak terugkeert als indicatie voor de omvang van de doelgroep², ook in internationale vergelijkingen, is het goed om er in dit stuk eens officieel afstand van te nemen. Op zich genomen is een specifiek doelgroepbeleid voor een categorie van deze omvang niet onmogelijk. Er moeten dan echter wel eenduidige en ook inhoudelijk verdedigbare criteria zijn op grond waarvan men wordt geacht zich tot de categorie te bekennen. Als de term «gehandicapten» een equivalent wordt van «mensen met een functiebeperking, ongeacht de ernst van die beperking», dan ontstaat er een zodanig heterogene en amorfe categorie dat het niet alleen een illusie maar zelfs bestuurlijk verkeerd zou zijn om te streven naar determineerbare «telbare» criteria waarop een samenhangend en integraal doelgroepbeleid kan worden gebaseerd.

Zoals in de inleiding is aangegeven, wil de landelijke overheid daarom – terugtrekkend, kerntaken vervullend en prioriteiten stellend – kennis dragen over de mensen die in een kwetsbare positie terecht zijn gekomen ten gevolge van een complex van factoren, veroorzaakt of verzaagd door een functiebeperking. Om welke groepen gaat het, om welke aantallen, waar bevinden zij zich, en hoe kan het probleemoplossend vermogen van deze mensen worden versterkt en kan worden voorkomen dat zij het onbedoelde slachtoffer worden van in negatieve zin cumulerende maatregelen?

² Veelal met een onterechte verwijzing naar het CBS/NIMAWO-onderzoek *Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking 1986/1988*, Den Haag: SDU, 1990.

2. Instrumentaria bij een toegespitste omschrijving van de doelgroep

Om de beoogde toespitsing te realiseren, doen zich de volgende opties voor.

2.A. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*

Een algemeen aanvaarde classificatie op dit gebied is de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). De ICIDH is ontwikkeld, omdat het begrip ziekte niet voldoende bleek om iemands actuele gezondheidsproblematiek *met inbegrip van de maatschappelijke implicaties ervan* te beschrijven. De ICIDH introduceert daarvoor een begrippenstelsel bestaande uit drie afzonderlijke classificaties, die de gezondheidsproblematiek vanuit verschillende invalshoeken benaderen, namelijk vanuit de stoornissen (impairments), vanuit beperkingen (disabilities) en vanuit handicaps. *Stoornissen* zijn afwijkingen in structuur en functies van het menselijk lichaam, inclusief de mentale functies. De oorzaak van de stoornis (ziekte, ongeval enzovoort) speelt bij de indeling van de stoornissen geen rol. Voorbeeld: oorstoornissen.

Onder de noemer van *beperkingen* worden die handelingen of activiteiten geïnventariseerd die iemand in verband met een stoornis niet kan uitvoeren. Voorbeeld: beperking in het lopen, in het gebruik van de telefoon.

Met *handicap* wordt het maatschappelijk nadeel aangeduid, dat iemand ondervindt van stoornissen en/of beperkingen. Voorbeeld: handicap in het ervaren van fysieke ontoegankelijkheid van gebouwen.

Het woord handicap heeft in de ICIDH een andere betekenis dan in het normale spraakgebruik, waar het vaak wordt gebruikt voor wat de ICIDH een stoornis noemt.

De drie classificaties zijn op uiteenlopende terreinen toepasbaar, zoals in de zorgverlening, sociale zekerheid, epidemiologie, enzovoort. De termen stoornissen en beperkingen zijn bij voorbeeld nuttig voor het vastleggen van diagnostische informatie bij de revalidatie, bij paramedische en andere beroepen zoals fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en verpleegkunde. De handicapclassificatie biedt de mogelijkheid vast te leggen in welke mate mensen problemen ondervinden in hun maatschappelijk functioneren, onderverdeeld naar een aantal terreinen, zoals mobiliteit, bezigheden, sociale integratie en economische onafhankelijkheid.

Met erkenning van het grote belang van de ICIDH op velerlei gebied moet worden geconstateerd dat deze classificatie nauwelijks instrumenteel is bij, c.q. niet ontworpen is voor, het determineren (aanwijzen) van de meer kwetsbare categorieën gehandicapten. In ICIDH-termen kijkt men primair naar de *aard* van een stoornis. Al naar gelang de *ernst* van de stoornis en de *draagkracht* van betrokkene, is er vervolgens sprake van een beperking in iemands functioneren. Omdat incasservermogen en draaglast per persoon verschillen, hoeft dit zelfs bij een ernstige aandoening niet altijd het geval te zijn. Uiteindelijk kan in dit denken pas van een handicap worden gesproken als de beperking resulteert in problemen bij iemands maatschappelijk functioneren.

Vaak is het mogelijk om de aard van de stoornis objectief vast te stellen. De overgang van stoornis naar beperking en de overgang van beperking naar handicap zijn echter – als zijnde interpreteerbaar – zeker niet geëigend (en ook niet bedoeld) als indicatoren van individuele situaties.

Nederland speelt een vooraanstaande rol in het verder ontwikkelen en toepassen van dit begrippenapparaat, ook in het kader van de door de WHO geïnitieerde herziening van de ICDH³. Bij die herziening zal het handicap-deel worden verduidelijkt en uitgewerkt. Mogelijk zal dan ook om verwarring te voorkomen de term handicap worden vervangen door een andere term, zoals in de Franse vertaling al is gebeurd (*désavantage*).

2.B. Beschikbaar statistisch materiaal

Deze nota is niet de plaats om de resultaten van afgesloten kwantitatief onderzoek exact in beeld te brengen. Verwezen wordt naar het onderdeel demografie van bijlage 4 (statistiek), alsmede naar de *Rapportage gehandicapten* (oktober 1994) van het SCP. Deze rapportage constateert dat mensen met beperkingen *in het zich verplaatsen* en *in de persoonlijke verzorging* in de regel het ernstigst gehandicapt zijn, en dat wil zeggen dat zij handicaps ondervinden op bijna alle terreinen van het leven. Vooral zij, zo stelt de rapportage van het SCP, zijn gebaat bij een samenhangend gehandicaptenbeleid.

De volgende gegevens illustreren hoe moeilijk het is om helder te krijgen hoe groot de groep is die door functiebeperkingen maatschappelijk in de knel is gekomen.

- In de periode 1986–1988 hebben het CBS en het Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek (NIMAWO) in het kader van de gezondheidsenquêtes onder 25 000 Nederlanders landelijk onderzocht in hoeverre er lichamelijke beperkingen voorkomen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat (extrapolerend) 4,69 miljoen personen tenminste een lichte beperking hebben. Dit is bijna 35% van de bevolking (uiteraard inclusief 65+).

- De notitie *Chronisch zieken: aanstellings- en verzekeringskeuringen*⁴ stelt dat in Nederland geen eensluidende epidemiologische gegevens beschikbaar zijn over het aantal chronisch zieken. De omvang van de groep laat zich wel benaderen. In de *Volksgesondheid toekomst verkenning 1993* (VTV) werden 44 (clusters van) ziekten geselecteerd op basis van ernst en omvang. Uit de selectie meest voorkomende ziekten en aandoeningen kunnen er 29 als chronisch worden beschouwd. In totaal zorgden deze 29 ziekten in 1990 voor 4 miljoen gevallen van chronische ziekten (1,8 miljoen bij mannen en 2,2 miljoen bij vrouwen). Er is sprake van een gelijke verdeling van de 4 miljoen chronisch zieken over 65+ en 65-⁵.

- Van de 858 765 WAO/AAW-uitkeringsgerechtigden in 1992 blijken er 671 898 (ruim 78%) voor 80% of méér arbeidsongeschikt verklaard te zijn⁶. Van het totaal aantal (858 765) vielen 254 555 mensen in de diagnosegroep «bewegingsstelsel», 15 901 in de groep «congenitaal/perinataal» (vroeggehandicapten) en 40 058 in de groep «ongevallen» – bij elkaar 310 514 mensen. Uiteraard komen ook in de andere dertien diagnosegroepen (onder andere: psyche, zenuwstelsel, ademhaling, hart en vaat, en symptomen) vele lichamelijk gehandicapten en chronisch zieken voor.

- Het CBS publiceerde in december 1994 cijfers over de 700 000 personen of (echt) paren die in 1991 een inkomen hadden rond of onder het sociaal minimum. Daaronder waren 60 000 arbeidsongeschikten⁷.

- In de *Rapportage gehandicapten* van het SCP wordt gebruik makend van het AVO-onderzoek 1991, een percentage van 6 aangetroffen in de categorie zelfstandig wonende personen van 6 jaar en ouder die zich sterk belemmerd voelen door langdurige aandoeningen of handicaps. Uitgaande van de veronderstelling dat ongeveer de helft van deze personen 65 jaar of ouder is, resteert er circa 3% ofwel rond de 450 000 zelfstandig wonende ingezetenen in de categorie 6 tot 65 jaar.

Deze voorbeelden zijn slechts een beperkte representatieve greep uit het afgesloten kwantitatief onderzoek naar mensen met een functie-

³ De NRV (Werkgroep Classificaties en Coderingen) is voor de ICDH een van de vier officiële WHO Collaborating Centres in de wereld.

⁴ Nationale Commissie Chronisch Ziekten, december 1992.

⁵ Brief van 23 december 1994 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer (*Kamerstukken II*, 1994–1995, 22 025, nr. 8).

⁶ Gemeenschappelijke Medische Dienst, *Statistisch jaarverslag 1992*.

⁷ Staatscourant 16 december 1994, nr. 243.

beperking en uit de hiermee verwante gepubliceerde registratiegegevens. Een definitief antwoord op de vraag levert het niet op. Dit is ook begrijpelijk als we bedenken dat er behalve individuele verschillen in functioneren individuele verschillen zijn in de beleving van objectief gezien dezelfde beperkingen.

2.C. Overlap met doelgroepen chronisch zieken, ouderen en patiënten met chronische psychiatrische klachten

De bewindslieden van VWS zijn aanspreekbaar voor de vormgeving van een samenhangend beleid voor zowel gehandicapten en chronisch zieken als ouderen. Deze doelgroepen laten zich onderscheiden door achtereenvolgens: het maatschappelijk effect van een functiebeperking, de aard van de aandoening en de leeftijd.

Ter gelegenheid van de evaluatie van de ISG over de jaren 1988–1991 is besloten om de interdepartementale afstemming van het beleid gericht op chronisch zieken in de periode 1992–1995 aan de ISG op te dragen, gelet op de samenhang in maatschappelijke positie tussen chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten. De evaluatie over 1992–1994 zal moeten uitwijzen of dit een succesvolle aanpak is gebleken.

In de meeste Europese landen is het usance om de categorie (chronische) psychiatrische patiënten aan te merken als gehandicapten (*handicapés, disabled*). Dit komt onder meer tot uitdrukking in de omschrijving van de doelgroep in artikel 2 van het Raadsbesluit van 25 februari 1993^{8,9} over het Actieprogramma voor gehandicapten van de Europese Unie *Helios II*. In de praktijk van de internationale samenwerking is dit geen punt van discussie. In het Nederlandse gehandicaptenbeleid is het evenwel geen traditie om ook aandacht te besteden aan deze categorie mensen met een functiebeperking. Dit wordt overgelaten aan het circuit geestelijke gezondheidszorg. In het speciaal onderwijs worden veel jongeren met een psychiatrische problematiek opgevangen in het ZMOK- of het LZ-onderwijs. Sedert jaar en dag staat in de toelichting op de ISG-beschikking: «Op principiële en theoretische gronden zijn langdurig geestelijk gestoorde niet uitgesloten. Tot medio 1991 is echter de gewoonte gegroeid dat de bemoeienis van de ISG beperkt is gebleven tot lichamelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten en meervoudig gehandicapten.» Er is reden om wijziging aan te brengen in deze opstelling en werkwijze. Chronisch psychiatrische patiënten zijn volledig in beeld in het beleid dat zich richt op de verbetering van de positie van chronisch zieken als zodanig. Ook in de doelgroepdefiniëring van de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAGW), worden mensen die arbeidsongeschikt zijn geraakt op grond van psycho-sociale klachten gerekend tot de doelgroep gehandicapten.

⁸ Voor de toepassing van *Helios II* wordt onder «gehandicapten» verstaan: personen met ernstige stoornissen, beperkingen of handicaps die het gevolg zijn van lichamelijke (waaronder zintuiglijke), geestelijke en psychische aandoeningen en die het verrichten van een voor de mens als normaal beschouwde activiteit of functie belemmeren of beletten.

⁹ In het «Dritter Bericht der Bundesregierung Über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation» van 24 maart 1994 (*Drucksache 12/7148*) wordt het begrip «Behinderte» als volgt gedefinieerd: «Behinderte im Sinne dieses Berichts sind alle, die von Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht.»

Afstemming is ook nodig waar het gaat om ouderen met een handicap. De ISO en de ISG brengen dit ook in de praktijk. Als uitgangspunt geldt dat verouderingsvraagstukken als zodanig niet in het interdepartementale gehandicaptenbeleid aan de orde komen, tenzij in relatie tot specifieke categorieën (zoals vroeggehandicapten en mensen met een verstandelijke handicap). De fysieke nabijheid van de secretariaten van de ISO en de ISG en de gezamenlijke positionering binnen VWS vereenvoudigen dit. Een concrete vorm van samenwerking is de aanhaking als subcommissie van het CCPT aan zowel de ISO als de ISG.

2.D. NRV-advies Tussen cure en care

Met *Tussen cure en care* pleit de NRV voor een gemeenschappelijk intersectoraal geaccepteerd referentiekader voor het beleid dat zich richt op mensen met ernstige, langdurige beperkingen. Dit ongevraagde advies

kwam op een goed moment. Het sluit aan bij de denklijn van dit *meerjarenprogramma*. De raad vat het advies samen in tien aanbevelingen, die in deze paragraaf worden voorzien van (op punten voorlopig) commentaar.

Aanbevelingen 1 en 2

- Het verdient aanbeveling dat partijen die betrokken zijn bij het beleid gericht op mensen met ernstige, langdurende beperkingen gebruik maken van hetzelfde begrippenkader. Het conceptuele onderscheid van de WHO (stoornis, beperking, handicap) is hiervoor een goed uitgangspunt.
- Het verdient aanbeveling het begrip «gehandicapt» enkel te gebruiken als er behoefte is aan een verzamelterm en in plaats daarvan te spreken van «mensen met ernstige en langdurende beperkingen». Er dient in het Nederlands een equivalent ontwikkeld te worden voor *handicap*, *rehabilitation* en *disablement*.

Reactie

Deze eerste twee aanbevelingen worden onderschreven. De implementatie van deze aanbeveling zal de nodige voeten in de aarde hebben. Zelfs de WCC-standaard *Termen voor gehandicapten* (zie inleiding) geeft aan dat er in Nederland met de term «gehandicapten» niet wordt bedoeld op personen met een handicap in de betekenis die binnen de ICIDH aan de term «handicap» wordt gegeven. Taalgebruik laat zich niet dwingen. Overleg met organisaties van gehandicapten zelf, Zorgverzekeraars Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het Interprovinciaal Overleg (IPO) en het Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming (Tica) enerzijds en de landelijke overheid anderzijds zal moeten uitwijzen of er op het punt van het begrippenkader toch vooruitgang kan worden geboekt. Het belangrijkste is, dat er overeenstemming komt tussen partijen over de betekenis van de verschillende begrippen.

Aanbeveling 3

Waar het gaat om het opheffen of verminderen van ernstige, langdurende beperkingen en het terugdringen van handicaps, verdient het aanbeveling om de specifieke faciliteiten, voorzieningen en deskundigheden voor de verschillende categorieën gehandicapten toegankelijk te maken, ongeacht de ontstaansgrond van de beperking.

Reactie

De gedachte achter deze aanbeveling, in feite de functionele benadering, is sympathiek. Het voorzieningenstelsel zou zich moeten kenmerken door flexibiliteit en niet door etikettering. De realiteit is helaas weerbarstig, wat bijvoorbeeld blijkt uit de vele initiatieven rond de toeleiding naar arbeid van mensen met een functiebeperking. Waar initiatiefnemers zich richten op lichamelijk gehandicapten, wordt gesproken van «arbeidsrevalidatie». Is de blik gericht op mensen met een verstandelijke handicap, dan is «arbeidsintegratie» de meest gebezigde term. In het circuit van de hulp aan chronisch psychiatrische patiënten is het sleutelbegrip «arbeidsrehabilitatie». De gepraktiseerde werkwijze is bijna identiek voor alle drie de doelgroepen. Desalniettemin worden de initiatieven niet gebundeld en blijft het schaalvoordeel dat daar het gevolg van zou kunnen zijn onbenut. Gelukkig wordt in toenemende mate ervaren en uitgedragen dat arbeidsreintegratie vraagt om een doelgroepenoverstijgende aanpak. De inspanningen, ook die van de landelijke overheid, zijn daarom gericht op deze integratieve benadering.

De aanbeveling zal daarom worden meegenomen in de komende kabinetsvoorstellen die zijn gericht op sectoren als speciaal onderwijs, sociale werkvoorziening en AWBZ-bekostigde zorg. Wel dient daarbij niet uit het oog verloren te worden dat de gerichtheid van categoriale voorzieningen op een bepaalde (sub)categorie van cliënten vaak dient als alternatief voor een scherper omschreven en geprotocolleerd indicatie-beleid. Een verbrede oriëntering van voorzieningen is in voorkomende gevallen pas verantwoord nadat een indicatie- en toelatingsbeleid als bovenbedoeld zijn beslag heeft gekregen. Voorts moet worden erkend dat bepaalde aandoeningen en stoornissen (of combinaties hiervan) nu eenmaal hierop geënte therapieën en methoden vereisen. Deze zijn soms dermate specifiek dat aan enige aanbodconcentratie niet kan worden ontkomen.

Aanbeveling 4

Het verdient aanbeveling om instrumenten, die in verschillende sectoren worden gebruikt om beperkingen te meten, te inventariseren en op elkaar af te stemmen. Verdere ontwikkeling van algemeen aanvaarde standaarden is van groot belang.

Reactie

Deze gedachte wordt nadrukkelijk onderschreven (zie paragraaf 3.D van hoofdstuk II).

Aanbeveling 5

Het verdient aanbeveling om diensten en produkten die relevant zijn voor mensen met ernstige en langdurende beperkingen in functionele termen te omschrijven.

Reactie

De reactie op deze aanbeveling is vervat in de brief over de uitwerking van het regeerakkoord zorgverzekeringen en kostenbeheersing van 20 maart 1995 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 1994–1995, 24 124, nrs. 1–2).

Aanbeveling 6

Het verdient aanbeveling om in opleidingen op het terrein van de *rehabilitation* (revalidatie in brede zin) aandacht te besteden aan de betekenis/relevantie van de ICDH als ordenings- en registratiesysteem voor professionele interventies.

Reactie

Met de aantekening dat ook hier geen sprake kan zijn van een top-downbenadering, ontmoet deze aanbeveling adhesie. De desbetreffende opleidingen zijn in hoge mate autonoom bij de invulling van curricula en lespakketten. Het geëigende instrument is daarom dat van overleg. De implementatie van deze aanbeveling kan het beste plaatsvinden in vervolg op een ander NRV-advies, namelijk dat over de afstemming tussen onderwijs en beroepsuitoefening *Onderwijs en zorgsector* van oktober 1994.

Aanbeveling 7

Het verdient aanbeveling om de AWBZ primair te reserveren voor de directe gevolgen van ernstige en langdurende beperkingen.

Reactie

Het regeerakkoord van het huidige kabinet stelt: «De AWBZ richt zich op de onverzekerbare risico's. Het bekostigt langdurige zorgvoorzieningen.» De aanbeveling spoort hier mee. Verwezen wordt verder naar de brief van de bewindslieden van VWS van 20 maart 1995 (Kamerstukken II, 1994–1995, 24 124, nrs. 1–2).

Aanbeveling 8

Het verdient aanbeveling om in de sociale ziektekostenverzekering revalidatie als gemeenschappelijke doelomschrijving te reserveren voor mensen met ernstige, langdurende beperkingen, zonder een bepaalde stoornis uit te sluiten.

Reactie

Deze wat specifiekere aanbeveling zou het misverstand kunnen oproepen, als zou revalidatie zich niet meer kunnen richten op minder ernstige en tijdelijke beperkingen.

Revalidatie is als begrip niet alleen gekoppeld aan stoornissen in het bewegingsvermogen. Zo figureert dit begrip ook in de Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ¹⁰ in relatie tot de zorg voor zintuiglijk gehandicapten. De aanbeveling kan daarom in beginsel worden onderschreven, zij het dat de uitwerking gekoppeld moet zijn aan het Bestuurlijk/wetgevend programma zorgsector 1995–1998, dat als bijlage gevoegd was bij eerdergenoemde brief van 20 maart 1995 aan de Tweede Kamer over de uitwerking van het regeerakkoord inzake zorgverzekering en kostenbeheersing (Kamerstukken II, 1994–1995, 24 124, nrs. 1–2).

Aanbeveling 9

Het verdient aanbeveling om te onderzoeken in hoeverre de grondslagen van de verschillende wettelijke systemen een belemmering vormen voor intersectorale afstemming.

Reactie

In het streven om zo mogelijk vooraf (ex ante) cumulatie van effecten bij mensen met een functiebeperking in kaart te brengen, heeft de ISG een vooronderzoek uitgezet bij TNO-PG. De opzet is om te komen tot een schatting van de gevolgen van eigen betalingen en daaraan verwante overheidsmaatregelen voor de (groepen) individuen die door een complex van factoren – waarvan het hebben van een handicap er één is – bovenproportioneel worden getroffen. Dit gebeurt op basis van (bestaande) statistische informatie en met behulp van microsimulatie. De voorgestelde methode hiervoor zal in eerste instantie bij wijze van proef worden toegepast op bestaande (statistische) gegevens. Daarna zal gebruik moeten worden gemaakt van de gegevens uit de gezondheids-enquête.

Na ommekomst van de rapportage over dit onderzoek zal bezien worden of er behoefte is aan het in deze aanbeveling voorgestelde onderzoek, al dan niet met zekere aanpassingen van de onderzoeksvraagstelling.

¹⁰ Staatscourant 1993, nr. 250.

Aanbeveling 10

Het verdient aanbeveling om bij de geformaliseerde indicatiestelling uit te gaan van het conceptuele onderscheid in stoornissen, beperkingen en handicaps. Er dienen door de verantwoordelijke partijen afspraken gemaakt te worden over: objectieveerbare beoordeling hulpvraag, geïntegreerde indicatiestelling en een toewijzing van hulp die rekening houdt met de in dit advies aangegeven volgorde van interventies. Dergelijke afspraken zouden kunnen worden afgesloten door middel van een convenant.

Reactie

Verwezen wordt naar de positieve reactie op aanbeveling 4.

3. Afbakening nog niet afgerond

De primaire aandacht van het gehandicaptenbeleid richt zich op naar schatting 450 000 à 500 000 personen. Dit komt overeen met «de drievoudige driedeling» van Wood en Badley¹¹.

- Eenderde deel van de gehele bevolking heeft een stoornis of gebrek.
- Van dit eenderde deel van de bevolking behoort eenderde deel (dus ongeveer 11%) tot de categorie «mensen met een beperking».
- Van dit laatstgenoemde eenderde deel mensen met een beperking heeft eenderde deel (dus circa 4% van de totale bevolking) ernstige beperkingen.

In positieve zin laat tenminste een *deel* van dit laatste eenderde deel zich kennen c.q. aanwijzen. Het aantal mensen met een verstandelijke handicap in ons land beweegt zich rond de 100 000 (van wie er 45 000 verblijven in algemene of categoriale inrichtingen voor zwakzinnigen of in GVTen). Uit het in 2.B genoemde AVO-onderzoek werd een percentage van 3 gedestilleerd, dat betrekking heeft op ongeveer 450 000 zelfstandig wonende personen tussen de 6 en de 65 jaar met sterke belemmeringen ten gevolge van aandoeningen of handicaps. In negatieve zin is er een afperking mogelijk door bepaalde categorieën voor het gehandicaptenbeleid buiten beeld te plaatsen, omdat het om pragmatische redenen beter is om onder een andere noemer aandacht aan hen te besteden.

Samenvattend kan in aansluiting op de eerste paragraaf van dit hoofdstuk het volgende worden gezegd over de intentie om de primaire doelgroep van het gehandicaptenbeleid te beperken tot de meer/meest kwetsbare categorieën.

Zeer veel mensen met een handicap zijn in staat zijn om zich op een aanvaardbare manier maatschappelijk te handhaven, al dan niet met hulpmiddelen en aanpassingen. Een kleiner aantal gehandicapten moet dagelijks met grote inspanning de eigen zelfstandigheid bevechten en blijkt daarbij langdurig te zijn aangewezen op financiële uitkeringen, op assistentie bij wonen, werken en activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en soms ook op begeleiding in psycho-sociale zin.

Uiteraard is een absoluut onderscheid ondenkbaar. Beide groepen zijn heterogeen samengesteld. Mensen laten zich – in al hun verscheidenheid – niet in twee afgeperkte categorieën persen. Vloeiende overgangen zullen er altijd zijn. Mensen met een bepaalde handicap of chronische ziekte «pendelen» vaak ook tussen de verschillende stadia van zelfredzaamheid.

Het onderscheid beoogt dan ook niet de doelgroep «voor te sorteren» voor een keuze tussen de politiek van «benign neglect» enerzijds (voor mensen met minder ernstige problematiek) en een volstrekt categoriale aanpak (voor de zwaardere categorie) anderzijds.

¹¹ P.H.N. Wood & E.M. Badley, «Contribution of epidemiology to health care planning for people with disabilities», C.V. Granger & G.E. Gresham (eds.), *Functional assessment in rehabilitation medicine*, Baltimore/London: Williams & Wilkins, 1994.

De ratio achter het onderscheid is het gegeven, dat het vigerende distributie-systeem niet, c.q. niet meer, optimaal voldoet. Dat geldt niet alleen, zoals de Federatie van Ouderverenigingen schrijft in *Gewoon doen*¹², met betrekking tot het gebruik van de vrije margeregeling van de AWBZ-bekostigde inrichtingen. Het geldt ook in den brede voor onder meer de sociale werkvoorziening, het speciaal onderwijs en de zorgsector. Dit punt komt verder aan de orde in paragraaf 3.D van het volgende hoofdstuk.

Daarmee verdwijnen mensen met een wat minder ernstige of enkelvoudige beperking niet uit het beeld. Integendeel: veel onderdelen van dit programma (toegankelijkheid, beeldvorming, beroepsopleiding enzovoort) zijn vooral relevant voor die categorie. Het intersectorale gehandicaptenbeleid van de landelijke overheid wil zich evenwel primair en prioritair richten op de – kleinere – groep gehandicapten die, in de regel als gevolg van een complexe problematiek, beschouwd moet worden als het meest kwetsbaar.

HOOFDSTUK II. GEHANDICAPTENBELEID OP WEG NAAR DE EEUWWISSELING

1. Een terugblik

Achtereenvolgende kabinetten hebben al zoekend, anticiperend en bijstellend geprobeerd om een gehandicaptenbeleid te ontwikkelen en in stand te houden dat in staat was om tegemoet te komen aan de nieuwe of veranderde noden en behoeften van de gehandicapten in de samenleving. Daarbij werd het steeds ingewikkelder om oplossingen te vinden voor de ene sector of groep zonder dat daarmee de problemen voor een ander terrein zwaarder werden. Het leek erop dat de grenzen van wet- en regelgeving als middel om problemen van gehandicapten op te lossen waren bereikt.

Vooraf in de afgelopen vier jaar heeft de landelijke overheid daarom steeds minder in de sfeer van landelijke regelgeving naar oplossingen gezocht. In plaats daarvan was de koers gericht op het vergroten van het sturend, coördinerend en probleemoplossend vermogen van gemeenten en provincies, onderwijsinstellingen, ziektekostenverzekeraars en andere intermediaire kaders. Dit proces, dat overigens nog niet is afgerond, heeft als duidelijk voordeel gehad dat in de uitvoering van het beleid voortaan ook de plaatselijke omstandigheden konden worden verdisconteerd, zodat noodzakelijke hulp en ondersteuning meer «op maat» konden worden geboden¹³. Tegelijkertijd werd het steeds duidelijker dat de bestuurders op decentraal niveau niet kunnen worden opgepadeld met afstemmingsvraagstukken die vanwege de financieringsmethodiek alleen landelijk kunnen worden aangepakt.

Het totale beeld is complex. Een aantal ontwikkelingen is zonder meer als positief te kenschetsen. Ook gehandicapten hebben geprofiteerd van de toegenomen welvaart. In de sfeer van de voorzieningen zijn vooral in de jaren zeventig en tachtig indrukwekkende budgetten opgebouwd en ingezet in het kader van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW), de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO), de Wet op de Sociale Werkvoorziening (WSW), de Interimwet voor het Speciaal Onderwijs en het Voortgezet Speciaal Onderwijs (ISOVSO), de inmiddels geëxpireerde Regeling Geldelijke Steun Huisvesting voor Gehandicapten (RGSHG) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voor veel burgers, onder wie gehandicapten, zijn deze voorzieningen niet meer weg te denken.

¹² Hoofdstuk Basisvoorzieningen, blz. 20.

¹³ «Zorgen voor samenhang», onderzoek en opvattingen over een integrale benadering in zorg, welzijn en wonen. Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 30 maart 1995.

Daar staat echter tegenover dat rechthebbenden er in veel gevallen van hebben afgezien om van de regelingen gebruik te maken. Op 15 november 1994 publiceerde het SCP onder de titel *De gemiste bescherming* een studie in opdracht van de Commissie Onderzoek Sociale Zekerheid. Deze studie toont bijvoorbeeld aan dat ongeveer een op de drie huishoudens met een inkomen onder het sociaal minimum geen gebruik maakt van de individuele huursubsidie.

Daarnaast zijn er ontegenzeggelijk ontwikkelingen die ertoe (kunnen) leiden dat het leven met een handicap moeilijker wordt. In verband daarmee wijzen organisaties als de Gehandicaptenraad, de Federatie van Ouderverenigingen (FvO) en het WOCZ op de volgende ontwikkelingen, die zich kort na elkaar hebben voorgedaan. In verband hiermee werd door deze organisaties het jaar 1994 als een «rampjaar» aangemerkt.

Een paar jaar lang heeft het ernaar uit gezien dat de Arbeidsvoorziening de speciale bemiddeling voor partieel arbeidsgeschikten zou gaan overnemen van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) en daarmee een belangrijke impuls zou geven aan de *arbeidsintegratie* van ex- en partieel arbeidsgeschikten. In 1993 startte het Centraal Bestuur voor de Arbeidsvoorziening (CBA) vier experimenten («pilots») op om vast te stellen wat de consequenties waren als het CBA de regie van de arbeidsbemiddelingsfunctie voor gehandicapten zou overnemen van de GMD. De overname van deze functie door het CBA spoorde ook volledig met de visie van de organisaties voor de belangenbehartiging. Zo schreef de Gehandicaptenraad bijvoorbeeld al in november 1992 in de brochure *Arbeidsbemiddeling voor mensen met een handicap of een chronische ziekte* het volgende: «Welke externe deskundige eventueel ook ingeschakeld wordt, voorop blijft staan dat het arbeidsbureau de verantwoordelijkheid draagt, én de regie voert.» De subtitel van de publikatie luidde «Een ideaalmodel in de visie van de Gehandicaptenraad».

De arbeidsbemiddeling is in 1994/1995 fors gekort. Daarnaast is door de invoering van de Nieuwe Organisatiewet Sociale Zekerheid per 1 januari 1995 de GMD, tot dat moment officieel belast met de arbeidsbemiddeling van al dan niet partieel arbeidsgeschikten, van het toneel verdwenen. In plaats van aan de GMD is deze arbeidsbemiddelingsfunctie per 1 januari opgedragen – formeel tijdelijk – aan de bedrijfsverenigingen. In dit programma zijn de laatste ontwikkelingen neergeslagen in paragraaf VII.1.

Het *Schattingsbesluit* van augustus 1994 leidt tot vermindering van het aantal arbeidsgeschikten. Het netto-effect is meestal dat de afgeschatte ex-AAW'ers of ex-WAO'ers in de WW annex Algemene Bijstandswet terechtkomen. Ongetwijfeld heeft dit ook consequenties gehad voor gehandicapten. Tijdens de behandeling van de begroting van het ministerie van SZW op 8 december 1994 zijn de effecten van de uitvoering van het Schattingsbesluit in den brede besproken met de staatssecretaris van SZW. Paragraaf VII.2 van dit programma schetst het vervolgtraject.

De Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) presenteerde op 14 november 1994 in samenwerking met zeven andere instanties een Breed Maatschappelijk Standpunt over de *cumulatie van eigen bijdragen*, inclusief eigen risico's en aanverwante begrippen. De noodklok die in dit Breed Maatschappelijk Standpunt wordt geluid, wordt ondersteund in het rapport *De financiële situatie van chronisch zieken*, dat op dezelfde dag werd gepresenteerd door prof. J.P. Mackenbach van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Voor wat betreft de zorgsector komt dit punt terug in paragraaf V.4.G.

Ongetwijfeld was de invoering van de *Wet Voorzieningen Gehandicapten* (WVG) op 1 april 1994 de belangrijkste gebeurtenis in het gehandicaptenbeleid van de afgelopen tien jaar. De WVG leidde ertoe dat het aanvankelijk alleen voor mensen jonger dan 65 jaar geormerkte, daarvóór in het kader van de AAW beschikbare, budget voor voorzieningen in de sfeer van vervoer, dieetkosten en hulpmiddelen voortaan moet worden gedeeld met de bijna even grote groep gehandicapten van 65 jaar en ouder. De bezuinigingen op de vervoersvoorziening («leefkilometers») die voorafgaand aan en ter gelegenheid van de invoering van de WVG hun beslag kregen, kwamen hard aan. Voor veel gehandicapten fungeerden de leefkilometers als een inkomenscomponent, vergelijkbaar met de «integratietegemoetkoming» bij onze zuiderburen. Het was als het ware een persoonsgebonden budget geworden, waaraan men – gegeven een modaal vervoersgedrag – de facto naar eigen inzicht invulling kon geven.

Voor gehandicapten van 65 jaar en ouder bracht de wet daarentegen verbetering. Er werd namelijk een einde gemaakt aan de discriminerende situatie dat alleen burgers jonger dan 65 jaar aanspraak konden maken op (AAW-bekostigde) hulpmiddelen.

Met de WVG kreeg het begrip «gemeentelijk gehandicaptenbeleid» inhoud en betekenis. Dit is in het land goed begrepen. In een ongelofelijk korte tijd is er gewerkt aan de totstandkoming van gemeentelijke platforms van gebruikers. In deze platforms participeren in wisselende samenstellingen gehandicapten-, ouderen- en patiënten- en consumentenorganisaties. In bijna alle gemeenten wordt op dit moment het beleid mede beïnvloed door deze zeer weerbare platforms. Dit is een positieve ontwikkeling, die weer eens bevestigt dat de overheid zich op lokaal niveau het beste laat aanspreken. De evaluatie van de WVG wordt behandeld in paragraaf VII.3.

2. Uitgangspunten voor beleid

Het gehandicaptenbeleid kent als uitgangspunten voor beleid drie combinaties van begrippen: «gelijke rechten, gelijke plichten, gelijke behandeling», «integratie en participatie», en – waar nodig – «bescherming en compensatie».

2.A. Gelijke rechten, gelijke plichten, gelijke behandeling

In de tweede helft van de jaren negentig is er een duidelijke ontwikkeling in de richting van een groter zelfbewustzijn van mensen met een handicap. Ook wereldwijd en in Europees verband worden gehandicapten zich er steeds duidelijker bewust van dat ze burgers met gelijke rechten en plichten zijn. Het is de bedoeling om het gedachtengoed van de gelijke (burger)rechten nadrukkelijk centraal te stellen bij het formuleren van een toekomstperspectief op het landelijk gehandicaptenbeleid. Dit kan grote consequenties hebben. Toch is het de taak van de landelijke overheid om samen met de organisaties van de betrokkenen in deze richting te gaan denken en om daarover voorstellen te ontwikkelen.

Het onderzoek naar de (ongelijke) behandeling van gehandicapten zal hiervoor naar verwachting handvatten aanreiken.

Zoals bekend dienden op 11 februari 1993 de kamerleden Kalsbeek en Krajenbrink een motie in waarin de regering verzocht werd om te onderzoeken welke vormen van discriminatie van gehandicapten voorkomen, om aan te geven hoe deze het beste kunnen worden bestreden, en om aan te geven of daarbij (eventueel wettelijke) maatregelen noodzakelijk zijn (Kamerstukken II, 1992–1993, 22 014, nr. 39). De condities waaronder het kabinet bereid was om deze motie uit te voeren, zijn verwoord in de *Herziening 1993 Aandachtspuntenprogramma*

gehandicaptenbeleid van 18 juni 1993 (Kamerstukken II, 1992–1993, 14 406, nr. 153).

De eerste fase van het onderzoek, opgesteld door het Willem Pompe Instituut en het Dr. Hilda Verwey-Jonker Instituut, kwam in februari 1994 gereed. De Tweede Kamer is hierover geïnformeerd via de brief van 31 maart 1994 van staatssecretaris Simons van WVC aan de voorzitter van de toenmalige Vaste Commissie voor het Gehandicaptenbeleid. In december 1994 hebben dezelfde onderzoekers de tweede fase van het onderzoek afgerond. Dit rapport is als bijlage 5 bij dit programma gevoegd. Een breed samengestelde begeleidingscommissie onder voorzitterschap van mevrouw prof. dr. J.E. Goldschmidt heeft deze twee rapportages gefiatteerd.

Inmiddels is op grond van deze bevindingen, gefinancierd door het ministerie van VWS, de derde fase van het onderzoek van start gegaan. Deze fase, die wordt uitgevoerd door de Rijksuniversiteit van Utrecht, heeft het karakter van een juridische verkenning van de mogelijkheden om de rechten op gelijke behandeling van gehandicapten te verankeren in de wet. Daarbij worden de voor- en nadelen van de verschillende opties bestudeerd.

Er is voldoende buitenlands materiaal beschikbaar waar Nederland zijn voordeel mee kan doen. Er is bijvoorbeeld de Americans with Disabilities Act (ADA), maar ook zijn de rechten van gehandicapten sinds kort opgenomen in de Duitse grondwet en figureren de rechten van de gehandicapten in algemene anti-discriminatiewetten in diverse andere landen.

2.B. Integratie en participatie

Kinderen met een handicap moeten, zo nodig met ambulante begeleiding en assistentie, méér naar de reguliere kinderdagopvang en het basis- en voortgezet onderwijs gaan. Na afronding van de opleiding dienen mensen met een handicap méér dan nu het geval is, zo nodig met persoonlijke assistentie, looncompensatie of loondispensatie, op de reguliere arbeidsmarkt een beroep te vinden. Uiteraard moet er ook (zo nodig aangepaste) huisvesting in de wijk beschikbaar zijn. En ten slotte moeten in de sfeer van de vrije tijd de belemmeringen die gehandicapten hinderen bij het bereiken van en toegang krijgen tot de plaatsen waar zij zich willen recreëren, zo veel mogelijk worden weggenomen.

De toevoeging «zo nodig» in het voorafgaande staat er niet voor niets. Het adagium is: «Algemeen wat kan en speciaal alleen waar het per se nodig is». Dit zijn op zich geen nieuwe gedachten. Het is echter nadrukkelijk de bedoeling van de huidige bewindslieden om in de voorliggende kabinetsperiode betekenisvolle stappen te zetten in de richting van de verdere maatschappelijke integratie en participatie van mensen met een handicap. Daarbij staat voorop dat gehandicapten meer vrijheid moeten hebben om zelf keuzes te maken bij het inrichten van hun eigen bestaan. Het streven is om gehandicapten minder afhankelijk te laten zijn van dienstverleners. Gedwongen winkelnering bij het aanvragen van hulp kan in macroperspectief efficiënt zijn, maar het leidt bij gehandicapten niet direct tot het gevoel dat er ruimte is om hun eigen «ervaringsdeskundigheid» tot gelding te brengen. Als deelname van gehandicapten aan het speciaal onderwijs te vanzelfsprekend is, kan dat hun ontwikkelingsmogelijkheden beperken en de integratie in de «normale» samenleving in de weg staan.

2.C. Waar nodig: bescherming en compensatie

Onze maatschappij heeft enerzijds maatschappelijk sterk staande, succesrijke burgers en anderzijds burgers die altijd achter het net lijken te vissen. In beide categorieën treft men zowel gehandicapte als fysiek valide

mensen aan, zij het in ongelijke verhoudingen. Er moet worden voorkomen dat iemands handicap de (hoofd)oorzaak is van zijn of haar maatschappelijke marginalisering. Helaas tekent zich nog in volstrekt onvoldoende mate af welke subcategorieën gehandicapten het precies zijn die bovenproportioneel worden getroffen door de in paragraaf 1 geschetste ontwikkelingen.

Als voorbeeld kan de casus «Afschaffing bijdrage-maximering hulpmiddelen» dienen. Voordat de minister van VWS op 24 november 1994 besloot om de gemaximeerde eigen-bijdrageregeling voor alle verzekerden in te trekken,¹⁴ was het voornemen om alleen de doelgroepen ouderen en chronisch zieken hiervan te laten profiteren. De NCCZ adviseerde echter volledige afschaffing omdat men van mening was dat bijna iedereen die gebruik moet maken van hulpmiddelen in principe is aan te merken als chronisch ziek¹⁵. De Ziekenfondsraad (ZFR) bleek het daarmee eens te zijn. Dit illustreert dat het niet alleen gaat om de (aard of ernst van de) aandoening, stoornis of beperking als wij het hebben over nieuwe armoede of over maatschappelijke marginalisering, maar over veel ingewikkeldere complexen van factoren. Het beleid is erop gericht om duidelijker zicht te krijgen op die categorieën gehandicapten die tussen wal en schip dreigen te raken en die het zonder externe hulp, ondersteuning of voorzieningen niet redden (zie ook hoofdstuk I).

Dit zicht moet vervolgens worden vertaald in een aangescherpt indicatie- en toelatingsbeleid bij de toekenning van voorzieningen. In het verleden is dit beleid te veel overgelaten aan instanties die er geen direct belang bij hadden om de onderscheiden regelingen beperkt te houden tot de doelgroepen voor wie deze regelingen oorspronkelijk waren bedoeld. In paragraaf 3.D van hoofdstuk II wordt dit punt verder uitgewerkt.

3. Uitwerking van de uitgangspunten voor beleid

3.A. Preventie

In het spraakgebruik wordt aan het begrip «preventie» vaak een mer à boire van wensen, doelen en opties gekoppeld. Dat maakt de implementatie van preventiebeleid in toetsbare doelstellingen problematisch. Daar komt bij dat bij preventie de «kost» altijd voor de «baat» uitgaat. Als er dan na verloop van tijd baten zichtbaar zijn, blijft de relatie met de verrichte inspanningen vaak discutabel. «Het scoort niet», merkte Tweede Kamerlid Oudkerk op 17 oktober 1994 op bij de behandeling van de notitie *Preventiebeleid in de jaren negentig* (Kamerstukken II, 1993–1994, 22 894, nrs. 1–3). Er is dus alle reden om ook in het bestek van dit *meerjarenprogramma* tot een zekere toespitsing te komen. Daarbij maakt het niet uit of iemand stoornissen ervaart als gevolg van prenatale oorzaken, ziekten, ongevallen of ouderdom, of dat de beperking wordt veroorzaakt door een motorische of een sensorische stoornis dan wel dat de handicap het resultaat is van een beperking in de communicatiemogelijkheden.

Op basis van het begrip ziekte en de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH, zie paragraaf 2.A van hoofdstuk I) kunnen de volgende benaderingen worden onderscheiden:

- preventie van ziekten/aandoeningen;
- preventie van stoornissen;
- preventie van beperkingen;
- preventie van handicaps.

In dit *meerjarenprogramma* komen alleen die preventieve maatregelen aan de orde die kunnen voorkomen dat beperkingen omslaan in handicaps.

Deze benadering kan met een paar voorbeelden worden toegelicht. Zo ressorteren erfelijkheidsvoorlichting, anti-rookcampagnes en bestrijding

¹⁴ Staatscourant 25 november 1994, nr. 228.

¹⁵ Staatscourant 29 september 1994, nr. 187.

van ongevallen op het werk onder preventie van ziekten en aandoeningen. Dat geldt ook voor de consultatiebureaus voor zuigelingen­zorg en veel onderdelen van de paramedische zorg. Daarnaast figureren deze voorzieningen echter ter preventie van stoornissen. De medische revalidatie is toonaangevend als voorziening ter preventie van beperkingen.

Voorbeelden van voorzieningen ter preventie van handicaps zijn hulpmiddelen, aangepast onderwijs in reguliere of speciale setting, woning- of werkplekaanpassingen en inkomensvoorzieningen.

De minister van VWS ging tijdens het hierboven genoemde nota-overleg van 17 oktober 1994 nader in op de rol van de overheid bij het preventiebeleid. Als belangrijk onderdeel van dat beleid noemde de minister bevordering van de interdepartementale samenhang. Vertaald naar het gehandicaptenbeleid, betekent dit dat er samenhang moet zijn in:

- de aanpassingen die het openbaar vervoer *toegankelijk* maken voor reizigers met een handicap;
- de aanpassingen die het reguliere onderwijs *volgbaar* maken voor leerlingen met een handicap;
- de aanpassingen die banen in het reguliere bedrijfsleven (inclusief de collectieve sector) *uitvoerbaar* maken voor werknemers met een handicap;
- de aanpassingen die woningen en de publieke ruimte *leefbaar* maken voor buurtbewoners met een handicap.

Deze samenhang zal op verschillende manieren worden bevorderd, waarbij voorop staat dat kennis en expertise op het gebied van aanpassingen zo breed mogelijk moeten worden verspreid. Onder «aanpassingen» worden in dit verband niet alleen aanpassingen in materiële zin (goederen) verstaan maar ook in de zin van technieken, methoden en alternatieve vormen van communicatie (diensten). In verband daarmee zullen de huidige inspanningen van de landelijke overheid op het gebied van de publieksvoorlichting aan gehandicapten worden heroverwogen. Tot dusver werd hiervoor de Stichting Informatievoorziening Gehandicapten Nederland (Stichting «IG») gesubsidieerd. Het is de bedoeling om hierover in het voorjaar van 1996 te rapporteren bij de eerste actualisering van dit *meerjarenprogramma*.

3.B. Kwaliteitsbeleid, normalisatie, zelfregulering

Op een aantal terreinen streeft het kabinet naar kwaliteitsverbetering van de dienstverlening aan en de voorzieningen voor gehandicapten. Mede tegen de achtergrond van het gestelde in de inleiding krijgen de stimulatie en het faciliteren van *zelfordeningsprocessen* daarbij een centrale plaats. Zelfregulering en zelfordening is een maatschappelijke trend met een breed draagvlak. Zowel in het bedrijfsleven als in de sectoren die met collectieve middelen worden bekostigd, krijgt zelfregulering steeds meer aandacht. Zo schaarde de Sociaal-Economische Raad zich in zijn vergadering van 21 oktober 1994 achter het advies van de Commissie Mededinging en Ordening (onder leiding van prof. dr. J.L.M. Pelkmans) over normalisatie en certificatie. De verantwoordelijkheden van de overheid en de private marktpartijen moeten duidelijk worden gemarkeerd, zo luidt het advies, mede in het belang van de verbetering van de concurrentiepositie van Nederlandse bedrijven op de internationale markt.

«Standaardisering», «classificatie», «normalisatie», «protocollering» en «certificatie» zijn de steeds terugkerende begrippen. In alle gevallen zijn de processen die ermee worden aangeduid, gericht op het zo eenduidig

en objectief mogelijk codificeren van een consensus, zoals ervaren in brede kringen van deskundigen (waaronder beroepsgroepen).

In de sector volksgezondheid staat de kwaliteitsborging hoog op de agenda. Op 7 maart 1994 werd het wetsvoorstel Kwaliteitswet Zorginstellingen aan de Tweede Kamer aangeboden (Kamerstukken II, 1993–1994, 23 633, nr. 1–3). Deze ontwerpwet stelt aan de zorginstellingen de volgende veelomvattende, in globale termen geformuleerde, eisen.

- Zorginstellingen moeten verantwoorde zorg leveren. Verantwoorde zorg is van voldoende inhoudelijk niveau, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht.
- Het management van de zorginstelling moet de zorg zodanig organiseren en moet de instelling zowel kwantitatief als kwalitatief zodanig van personeel en materieel voorzien dat er verantwoorde zorg kan worden geboden.
- Zorginstellingen moeten een intern kwaliteitsborgingssysteem ontwikkelen dat transparant is en dus extern toetsbaar.
- Zorginstellingen moeten jaarlijks een openbaar verslag maken van de resultaten van hun kwaliteitsbeleid.

Het bijzondere van dit wetsvoorstel is dat daarin niet, zoals gebruikelijk bij wetgeving, de praktijk gedetailleerd wordt geregeld, maar dat een wettelijk kader wordt geboden voor zelfregulatie onder voorwaarden («geconditioneerde zelfregulering»). Op dit moment wordt bekeken of dit voorstel nog nadere afstemming behoeft met andere voorgenomen wetgeving op het gebied van de volksgezondheid.

Min of meer vergelijkbaar met het Wetsvoorstel Kwaliteitswet zorginstellingen is de combinatie van kaderstellende (Europese) regelgeving en zelfregulering, die op dit moment voor de medische hulpmiddelen geldt. Op 14 juni 1993 werd de richtlijn 93/42/EEG van de Raad van de Europese Unie over medische hulpmiddelen afgekondigd. Op grond van de artikelen 16 en 22 van deze richtlijn kunnen er instanties worden aangewezen om zogenaamde conformiteitsprocedures te verrichten, waarbij wordt vastgesteld of de medische hulpmiddelen overeenstemmen met de in bijlage 1 van de richtlijn genoemde essentiële eisen. In andere bijlagen bij de richtlijn worden de procedures omschreven voor de EU-verklaringen van overeenstemming rond kwaliteitsborgingssystemen en productie- en produktkwaliteitsborging. De minister van VWS wees op 20 december 1994 de Stichting TNO Certification in Apeldoorn en de NV KEMA in Arnhem aan om de procedures in het kader van de richtlijn uit te voeren¹⁶.

De International Standardization Organization (ISO) heeft een richtlijn opgesteld voor de invoering van kwaliteitszorgsystemen in dienstverlenende organisaties: NEN-ISO 9004–2. Deze richtlijn, die is afgeleid van de richtlijn van kwaliteitssystemen in de industrie, vormt een goede aanzet voor het opzetten van kwaliteitssystemen in dienstverlenende instellingen, met name omdat de filosofie van de kwaliteitszorg erin wordt toegelicht.

Mede door de verschillende adviezen van de NRV¹⁷ met betrekking tot kwaliteit heeft ook de certificatie van kwaliteitssystemen in de zorg steeds meer aandacht gekregen en zijn diverse projecten op het terrein van de kwaliteitszorg, inclusief certificatie, van start gegaan. Uitdrukkelijk gaat het in deze projecten ook om de inbreng van de gebruiker van dienstverlening c.q. de inbreng van patiënten en consumenten.

Meerdere landen, onder andere Finland en Ierland, werken aan een kwaliteitskeurmerk voor instellingen die arbeidsintegratie ten doel hebben (bijvoorbeeld voor arbeidsonderzoek en beroepsopleidingen voor gehandicapten). Daarbij wordt uitgegaan van de norm ISO 9004–2 voor

¹⁶ Staatscourant 30 december 1994, nr. 252.

¹⁷ De staatssecretaris van WVC formuleerde op 21 januari 1994 zijn standpunt over het advies van de NRV over de certificatie van kwaliteitssystemen. De minister van VWS reageerde op 26 oktober 1994 op een advies van de NRV over de standaardisatie van de informatieverstrekking.

dienstverlening. Zoals bekend wordt de behoefte aan een kwaliteitskeurmerk uitgaande van de ISO 9000-serie (normen op te leggen aan kwaliteitssystemen) ook in Nederland steeds groter. Een voorbeeld is de recente invoering van de certificatioets van ARBO-diensten. Ook van bepaalde instellingen die diensten verlenen voor de uitvoeringsorganen sociale verzekeringen en die voor deze diensten een vergoeding ontvangen, bijvoorbeeld op grond van artikel 57(a) AAW, zou een certificatie kunnen worden gevraagd. Daarbij wordt met name gedacht aan de arbeidsonderzoekcentra. Deze centra dienen een objectief advies uit te kunnen brengen over de arbeidsmogelijkheden van gehandicapten, op grond waarvan dan een reïntegratieplan kan worden opgezet. De arbeidsongeschiktheidsfondsen hebben recent twee onderzoeken gesubsidieerd die een kwaliteitsverhogend effect zullen kunnen hebben op de dienstverlening in genoemde centra. Met de resultaten van deze onderzoeken, waarvan de rapportage momenteel wordt uitgebracht, zijn voldoende instrumenten beschikbaar op grond waarvan zou kunnen worden gestart met het opstellen van een certificatioets voor arbeidsonderzoekcentra. Het is wenselijk dat de betrokken instellingen hierover afstemmen met vergelijkbare buitenlandse instellingen die zich al bezighouden met certificatie.

In de *Herziening 1993 Aandachtspuntenprogramma gehandicapten-beleid* is het streven aangekondigd om te exploreren welke mogelijkheden er in het gehandicaptenbeleid zijn om te komen tot een onderlinge beïnvloeding op het gebied van zelfregulering en kwaliteitsverbetering. Door het op elkaar betrekken van de diverse hierop gerichte processen wordt een meerwaarde-effect verwacht voor de betrokkenen. Een goed aanknopingspunt hiervoor zijn de aanbevelingen van een van de deelonderzoeken van de HEART-studie (Horizontal European Activities in Rehabilitation Technology), die in het kader van het TIDE-programma¹⁸ van de EU is uitgevoerd¹⁹. Een belangrijk onderdeel van deze aanbevelingen is gericht op het betrekken van de gebruikers/zorgontvangers bij de verschillende processen. Deze gedachte verdient nadrukkelijke ondersteuning. Nog te vaak zien gehandicaptenorganisaties zichzelf als lijdzaam object van decentralisatie, privatisering en deregulering, in plaats van zich actief te heroriënteren op nieuwe beleidsmakende instanties. De meerwaarde van het op elkaar betrekken van de diverse op zelfregulering en kwaliteitsverbetering gerichte processen is primair in deze sfeer te boeken. Er wordt thans uitgezocht hoe aan de conclusies ruimere bekendheid gegeven kan worden. In verband daarmee zal aan de Gehandicaptenraad en de NCCZ worden gevraagd om advies uit te brengen over een implementatie voor Nederland van deze aanbevelingen, die overigens in beginsel aan de Europese Commissie zijn gericht.

3.C. *Erkenning Nederlandse Gebarentaal*

De organisaties voor belangenbehartiging van doven dringen al geruime tijd bij de Nederlandse regering aan op erkenning van de Nederlandse Gebarentaal. Op 17 juni 1988 aanvaardde het Europees Parlement een resolutie ten gunste van gebarentaal. Op 27 maart 1990 is hierover een adviesaanvraag gericht aan het Comité van Ministers van de Nederlandse Taalunie (NTU). Omdat de competentie van de NTU op het gebied van gebarentaal omstreden is, is het adviesverzoek in een impasse geraakt. In 1992 sprak de Dovenraad in een vervolgoverleg de wens uit om een studie te laten verrichten naar de juridische implicaties van een erkenning. Daarbij werd een vergelijking getrokken met de erkenning van het Fries. De vorige minister van WVC stelde voor deze studie subsidie beschikbaar. Ook deze opzet verzandde echter, ditmaal doordat de Dovenraad zichzelf moest opheffen.

Het is principieel een zaak van gelijkberechtiging dat ernstig auditief

¹⁸ De betekenis van de afkorting TIDE was tot en met 1994: *Technology initiative for elderly and disabled persons*. Toen TIDE met ingang van 1995 is ondergebracht in het *Vierde kaderprogramma voor onderzoek, technologie en ontwikkeling* van de EU, is de betekenis gewijzigd in: *Telematics for the integration of disabled and elderly people*.

¹⁹ De hoofdaannemer van het hele HEART-project was het Zweedse Handikapp Institutet. Ook Nederlandse instituten hebben bijdragen geleverd. Zo produceerde het IRV een vergelijking van de verstrekkingssystemen in de verschillende Europese landen.

gehandicapten voor hun communicatie met elkaar en met anderen kunnen terugvallen op een goed ontwikkelde en via de weg van consensus algemeen aanvaarde en eenduidige Nederlandse Gebarentaal. De staatssecretaris van VWS zal daarom opnieuw initiatieven nemen om te komen tot een erkenning van overheidswege van de Nederlandse Gebarentaal.

3.D. Afstemming en objectivering indicatiestelling

In paragraaf 3 van hoofdstuk I is aangegeven waarom het gehandicaptenbeleid zich nadrukkelijker zou moeten richten op de meest kwetsbare categorieën mensen met een handicap. Achtergrond van deze stellingname is het niet, c.q. niet meer, optimaal voldoen van het vigerende distributie-systeem.

Mede naar aanleiding van het gestelde in het Regeerakkoord van 20 augustus 1994 over de onafhankelijke indicatie-stelling, zijn inmiddels de nodige publikaties en adviezen verschenen over dit onderwerp. Met name kan in dit verband de discussienota van de gezamenlijke zorgverzekeraars over de indicatiestelling verpleging en verzorging *Innovatie van de indicatie* genoemd worden en de studie *Zorgen voor samenhang* van de VNG, beide van maart 1995.

Ook veel voorzieningen profileren zich al nadrukkelijker voor categorieën gehandicapten met een zwaardere, vaak ook complexe, problematiek, door een grotere accent te leggen op de doorstroming en het bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten.

Een grotere samenhang tussen voorzieningen en een geobjectiverde en geïntegreerde indicatiestelling kunnen deze positieve ontwikkeling verder ondersteunen en bevorderen. Het uiteindelijke doel moet zijn te komen tot een zodanige flexibiliteit bij de «distributie» van voorzieningen, dat degenen met de zwaarste problematiek prioritair kunnen worden geholpen. Dat betekent: adequaat en zonder onaanvaardbare wachttijden.

De tijd is rijp voor een nadere exploratie en stimulering van diverse vormen van samenwerking op het punt van een geïntegreerde indicatiestelling. Daarbij kan worden gedacht aan het netwerkmodel, het holding-model, het joint-venturemodel en uiteindelijk eventueel het fusiemodel²⁰. De samenwerking hoeft niet per se tot het domein van het gehandicaptenbeleid beperkt te blijven. Gehandicaptenbeleid kan echter voor hierop betrokken sectoren, zoals sociale werkvoorziening, speciaal onderwijs, de voorzieningenverstrekking en de AWBZ-bekostigde zorg, een platform bieden voor intersectorale toetsing van de inspanningen. Initiatieven op dit punt, mits goed onderbouwd, komen voor ondersteuning in aanmerking. Als de NRV hierin het voortouw neemt, bij voorkeur in goed overleg met de VNG en Zorgverzekeraars Nederland, wordt dit toegejuicht.

HOOFDSTUK III. FUNCTIONELE ASPECTEN VAN HET GEHANDICAPTENBELEID

1. Coördinatie en afstemming

1.A. NRV-advies Afstemming verzekerd

Het NRV-advies *Afstemming verzekerd* gaat over een samenhangend beleid voor mensen met een lichamelijke handicap. Op pragmatische gronden concentreert het advies zich primair op het raakvlak van zorgvoorzieningen met woon- en zorgvoorzieningen in het kader van de door de gemeenten uit te voeren WVG.

²⁰ M.P.C. van der Krogt en J.P.H.M. van Ogtrop, *Geïntegreerde indicatiestelling; een nieuw sturingsinstrument voor zorg, wonen en welzijn*. Den Haag: VUGA Uitgeverij BV.

De raad acht afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars noodzakelijk om de gewenste doelstellingen van het gehandicaptenbeleid te realiseren. Onderwerpen van deze afstemming zijn sectoroverstijgende zaken als gemeenschappelijke informatievoorziening, één loket voor aanmelding, gezamenlijke intake, geïntegreerde indicatiestelling, en gemeenschappelijke regeling van uiteenlopende hulpmiddelen.

De raad meent dat de invoering van de WVG een belangrijke stap is op weg naar een samenhangender gehandicaptenbeleid. De mogelijkheden van de WVG zouden daarom zo veel mogelijk moeten worden benut. De raad doet de aanbeveling om de gemeente een voortrekkersrol te geven in de afstemming met het ziektekostenstelsel.

In het advies verzoekt de raad de staatssecretaris van VWS om in samenspraak met de bewindslieden van SZW, VenW, VROM en Binnenlandse Zaken (BiZa) tot een inhoudelijk standpunt te komen. Dit verzoek wordt ingewilligd door in de context van dit programma te reageren op de acht aanbevelingen van het advies.

Aanbeveling 1

Het verdient aanbeveling dat de bij het gehandicaptenbeleid betrokken partijen – in casu gemeenten, ziektekostenverzekeraars, patiënten/cliëntenorganisaties en aanbieders – het conceptuele onderscheid in stoornissen/beperkingen/handicaps als basis voor de verdere ontwikkeling van een eenduidig en uniform referentiekader accepteren.

Reactie

De positieve reactie op de aanbevelingen 1 en 2 in paragraaf 2.D van hoofdstuk I heeft ook betrekking op deze aanbeveling.

Aanbeveling 2

Het verdient aanbeveling dat partijen – in casu ziektekostenverzekeraars en gemeenten – centraal op landelijk niveau een gemeenschappelijk kader vaststellen waarbinnen de in het advies genoemde punten (informatie, één loket voor aanmelding, gezamenlijke intake, geïntegreerde indicatiestelling, trajectbegeleiding) aan bod komen. Een dergelijk kader kan vervolgens decentraal verder worden uitgewerkt en ingevuld. Het is gewenst om bij dit overleg de aanbieders en patiënten-/cliëntenorganisaties te betrekken. Een eerste aanzet tot een in deze aanbeveling bedoeld kader is reeds vormgegeven in de samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars in het kader van de WVG.

Reactie

Deze aanbeveling verwijst naar de circulaire van 27 december 1993 van de VNZ/KLOZ en de VNG. Terecht heeft de constructieve aanpak die in deze circulaire is geschetst algemeen lof ge oogst. Hoewel sedert het moment van publicatie van het stuk inmiddels alweer de nodige tijd is verstreken, is de actualiteit ervan allerminst verminderd. Een hernieuwde uitgave en een ruimere verspreiding verdienen zeker aanbeveling. Daarnaast wordt een groot belang gehecht aan de al eerder genoemde studie *Zorgen voor samenhang* van de VNG d.d. 30 maart 1995. De aanbeveling is overigens niet in de eerste plaats gericht aan de landelijke overheid, maar wordt desalniettemin van harte onderschreven. Het overleg tussen het ministerie van VWS, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland over deze thema's zal naar verwachting de gehandicaptenzorg overstijgen.

Aanbeveling 3

De raad pleit ervoor de gemeente/samenwerkende gemeenten in het kader van hun wettelijke taak inzake de WVG actieverantwoordelijkheid te geven voor het voeren van overleg met verzekeraars van AWBZ/ZFW-gefinancierde zorg, teneinde de hulp- en dienstverlening aan lichamelijk gehandicapten met betrekking tot de randvoorwaarden goed op elkaar af te stemmen. Het is gewenst om bij dit overleg de aanbieders en patiënten/cliëntenorganisaties te betrekken.

Reactie

De onverkorte uitvoering van deze aanbeveling door de landelijke overheid laat zich alleen denken als er een wettelijke bepaling zou zijn op grond waarvan de bedoelde actieverantwoordelijkheid kan worden toegekend. Waar zo'n wettelijke regeling ontbreekt, dreigt de uitvoering van de aanbeveling een holle frase te worden. Daarom gaat de voorkeur ernaar uit om de partijen in de regio zelf tot het aanwijzen van een voortrekker te laten komen. Pas als zou blijken (bijvoorbeeld in het kader van de evaluatie van de WVG) dat de samenwerking niet tot stand komt, kan er nadere regelgeving worden overwogen.

Aanbeveling 4

Gegeven het feit dat er voor een adequaat gehandicaptenbeleid een zekere schaalgrootte is gewenst, is het noodzakelijk dat gemeenten samenwerkingsrelaties met elkaar aangaan, resulterend in regionale contactpunten.

Reactie

Er zijn geen aanwijzingen dat op dit punt een ordenende rol van de landelijke overheid wenselijk is. Daarenboven is het niet verstandig om het toch al ingewikkelde proces van regionalisering en intergemeentelijke samenwerking te belasten met een extra dimensie, in dit geval die van het gehandicaptenbeleid. De op het gehandicaptenbeleid betrokken partijen in de regio dienen zich veeleer te oriënteren op hetgeen als een wenselijke schaal wordt ervaren vanuit de optiek van onder meer het speciaal onderwijs, de sociale werkgelegenheid, de intergemeentelijke samenwerking en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

Aanbevelingen 5 en 6

- Het verdient aanbeveling dat de zorgverzekeraars onderling afspraken maken over de participatie in regionale contactpunten om de regionale samenwerking te ondersteunen.
- De raad dringt er bij alle actoren op aan dat zij binnen de eigen sector afspraken maken teneinde op een adequaat geografisch niveau te kunnen communiceren. De staatssecretaris van Volksgezondheid wordt gevraagd erop toe te zien dat partijen tot een goed op elkaar afgestemde geografische schaal komen en ook met de bij het gehandicaptenbeleid betrokken overige bewindslieden dezelfde regionale afstemming te bevorderen.

Reactie

Deze aan de zorgverzekeraars gerichte aanbevelingen verdienen adhesie. Wat bij aanbeveling 3 is opgemerkt, geldt echter ook voor deze twee punten.

Aanbeveling 7

De raad pleit ervoor de gemeente/samenwerkende gemeenten in het kader van hun wettelijke taak inzake de WVG telkens voor een aantal (bijvoorbeeld vier) jaren informatie te laten verzamelen over de (regionale) voorzieningen voor gehandicapten.

Reactie

Deze aanbeveling spoort met het gestelde in artikel 22 van de WVG. Inmiddels zijn de werkzaamheden voor de evaluatie 1995 van de WVG met voortvarendheid ter hand genomen.

Aanbeveling 8

De raad beveelt aan dat de stelregel uit de WVG «De beslisser over de toekenning van de voorzieningen dient ook te betalen; zeggenschap over toekenning van subsidie en voorziening dient samen te gaan met budgetverantwoordelijkheid» consequent wordt aangehouden voor alle betrokken zorgonderdelen en sectoren.

Reactie

De implementatie van deze aanbeveling, die ten principale wordt onderschreven, hangt ten nauwste samen met het NRV-advies *Tussen cure en care*. Meer in het bijzonder is de reactie op de vierde aanbeveling over afstemming van indicatiestelsels daarbij aan de orde (paragraaf 3.D van hoofdstuk II).

1.B. Landelijk beleid

Als instrument bij de afstemming van het gehandicaptenbeleid fungeert onder verschillende benamingen sedert 1968 een interdepartementale commissie, die de staatssecretaris van VWS (voorheen de staatssecretaris van WVC en dáárvoor de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne) – in de hoedanigheid van bewindspersoon belast met de coördinatie van het gehandicaptenbeleid – terzijde staat. Deze ISG heeft de voorliggende nota voorbereid.

In de ISG werken de vijf meest betrokken ministeries – i.c. VWS, OCenW, VROM, SZW en VenW – samen. Het ministerie van Financiën participeert in de ISG als vaste waarnemer. De ministeries van BiZa, Justitie en Defensie zijn op ad hoc-basis betrokken bij het werk van de ISG. Beleid dat in de ISG wordt voorbereid voor de ministerraad, wordt geleid via een van de ambtelijke voorportalen van de ministerraad, in dit geval de Commissie voor Sociaal en Cultureel Beleid.

De ISG komt maandelijks bijeen onder voorzitterschap van de directeur Gehandicaptenbeleid van het ministerie van VWS. Drie vaste subcommissies zijn met specifieke taken en aandachtsterreinen belast.

De ISG communiceert met de betrokken (representatief geachte) veldorganisaties over de ontwikkeling van het gehandicaptenbeleid. Primair gaat het daarbij om de Gehandicaptenraad, de FvO en het WOCZ. In tweede instantie worden (met wisselende afvaardigingen) de overkoepelende organen van de dienstverleners bij dit overleg betrokken. Voor de sector lichamelijk gehandicapten treedt daarbij de Stichting Dienstverleners Gehandicapten op als intermediair. Voor de categoriale zorg voor mensen met een verstandelijke handicap bemiddelt dat deel van het secretariaat van het Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid-VWS hierbij, dat bij de FvO is gevestigd. Centraal staat de uitwisseling van informatie over en weer. Met name de organisaties van de gehandicapten zelf zijn een kristallisatiepunt voor ervaringsdeskundigheid: deskundigheid

over het leven met een handicap, gegenereerd door mensen, die zelf een handicap hebben.

Het ISG/PI-overleg kent tot op heden geen officiële bestuurlijke pendant. De PI-organisaties spreken in voorkomende gevallen met de afzonderlijke bewindslieden, al naar gelang het onderwerp. In toenemende mate wordt de staatssecretaris van VWS in het bestuurlijk Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid-VWS echter op haar hoedanigheid van coördinerend bewindspersoon aangesproken. Op voorwaarde dat deze twee rollen in dergelijke besprekingen gescheiden en daarmee helder blijven, bestaat er geen bezwaar tegen bestending van deze praktijk.

Advisering in de zin van de herziening van het adviesstelsel (Kamerstukken II, 1994–1995, 23 725, nr. 5 e.v.) is daarbij niet aan de orde. Veeleer moet een parallel getrokken worden met een gremium als het Breed Bestuurlijk Overleg Bouw²¹. Dat betekent dat de staatssecretaris van VWS (afgezien van het beleidsterrein volksgezondheid, welzijn en sport) in algemene zin aanspreekbaar is voor beleid dat reëel afstemming vergt en dat vanuit twee of meer ministeries wordt aangestuurd.

Als consequentie van deze werkwijze zal het secretariaat van het Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid-VWS vanaf 1995 ook voor het ISG/PI-overleg het administratief-secretariële werk doen.

1.C. Structurele uitgaven in verband met intersectoraal gehandicaptenbeleid

In de Welzijnsnota 1995–1998 van de staatssecretaris van VWS *Naar eigen vermogen*, d.d. 21 november 1994, zijn de plannen neergelegd met betrekking tot de bekostiging van de sector welzijn in de komende jaren. Niet benoemd zijn daarbij de op de begroting van het ministerie van VWS drukkende uitgaven, die direct gerelateerd zijn aan het intersectorale gehandicaptenbeleid. Het gaat daarbij om de volgende kosten.

Federatie van Ouderverenigingen (FvO)	f 515 231 *
Aangeslotenen bij Federatie van Ouderverenigingen	f 1 894 000
Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad	f 2 920 700
Aangeslotenen bij de Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad	f 2 177 022 **
Stichting Informatievoorziening Gehandicapten (IG)	f 1 323 181
Kennisplatform gehandicaptenbeleid (BBI, IRV en VJI)	f 150 000
Stichting Dienstverleners Gehandicapten (basissubsidie)	f 316 294
Coördinatiepunt niet-aangeboren hersenletsel (NZI)	f 175 000
Stichting Doof-Blinden	f 227 978
Stichting ICS Gouda	f 285 000***
Totaal	f 9 982 409

* inclusief f 81 000 project beeldvorming.

** inclusief f 410 000 budget amendement Andela-Bauer maar exclusief f 227 978 Stichting Doof-Blinden.

*** de verdeling van dit bedrag in ministeriële verplichtingen wordt weergegeven in paragraaf 3.2 van hoofdstuk IX.

2. Monitoring/onderzoek

Voor een landelijke overheid is het van belang om te beschikken over een instrumentarium waarmee met een bepaalde mate van nauwkeurigheid kan worden gemeten met welke problemen burgers kunnen worden geconfronteerd als zij zich in een kwetsbare positie bevinden. Dit geldt a fortiori in een periode dat sprake is van «overheid op afstand». Tevens moet hiermee kunnen worden geobserveerd in hoeverre getroffen maatregelen en oplossingen efficiënt en effectief werken. Dit geldt nadrukkelijk voor het terrein van het gehandicaptenbeleid, dat immers op een bepaalde categorie kwetsbare burgers is gericht. Zoals uit het navolgende blijkt, is een dergelijk instrumentarium voor het gehandicaptenbeleid in opbouw. Monitoring – het hanteren van het

²¹ Staatscourant 1995, nr. 66.

instrumentarium – is een belangrijke voorwaarde voor het voeren van een verantwoord beleid.

2.A. BORG

Het Bestand Onderzoek op het Terrein van Revalidatie, Gehandicapten en Chronisch Zieken (BORG) is sinds twee jaar operationeel. Hierdoor zijn voorwaarden geschapen om desgewenst het recent afgesloten en nog gaande zijnde onderzoek dat voor de doelgroep relevant is te raadplegen. De dataverzameling en het raadplegen van informatie uit BORG is gekoppeld aan de dataverzameling voor de Nederlandse Onderzoek Databank (NOD) van het Nederlands Bureau voor Onderzoek Informatie (NBOI). Hierdoor is het mogelijk om de zoekvragen aan te passen aan de actuele vraagstellingen. De bekendheid met en daardoor het gebruik van BORG door onderzoekers en veldorganisaties is nog onvoldoende. In november 1994 publiceerde de ISG samen met het Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel een uitdraai van *files* over het aandachtsgebied van laatstgenoemde organisatie. Veel betrokkenen reageerden verrast op de breedte en diepgang van de aangereikte informatie. Het is de bedoeling om op deze weg verder te gaan.

2.B. Kennisplatform

In Nederland bestaan verschillende instituten die zich belasten met het systematisch verzamelen en ordenen van gegevens over gehandicapten en gehandicaptenbeleid. De gedachte van bundeling van deze expertise in een zogenaamd Kenniscentrum Gehandicapten heeft geruime tijd als optie boven de markt gehangen, maar bleek als conceptie uiteindelijk minder wenselijk. De hiervoor benodigde investering zou niet in verhouding staan met de te verwachten opbrengst. In plaats daarvan hebben de drie belangrijke instituties op dit terrein – het Dr. Hilda Verwey-Jonker Instituut, het Bisschop Bekkers Instituut (BBI) en het Instituut voor Onderzoek, Ontwikkeling, Kennisoverdracht op het gebied van Revalidatie en Handicap (IRV) – zich verenigd in het zogenaamde Kennisplatform. De moderne technologie maakt het mogelijk om de bij een deelnemer beschikbare informatie langs elektronische weg te delen met beide anderen. Het Kennisplatform zal periodiek kerngegevens publiceren over het gehandicaptenbeleid. Daarnaast is men present om «op afroep» snel (statistisch) materiaal te leveren voor beleidsanalyse op deelterreinen. Daarbij richt men zich niet alleen op de overheid maar ook op private instellingen. Het Kennisplatform is geen *closed shop* in de zin dat geen andere partijen zich erbij zouden kunnen aansluiten. Evenmin is er sprake van dat de deelnemers in het platform een monopoliepositie hebben bij het in opdracht van de landelijke overheid verrichten van studies of onderzoeken.

2.C. Doelgroerapportage Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Het SCP voert in opdracht van het ministerie van VWS het project *Doelgroerapportage gehandicapten* uit. Dit project maakt onderdeel uit van een aantal rapportages, te weten een *Rapportage ouderen* (1993), een *Rapportage jeugd* (1994) en een *Rapportage minderheden* (1993). Deze laatste is in opdracht van het ministerie van BiZa gemaakt. Het ligt in de bedoeling om deze rapportages elke twee jaar te doen publiceren. De *Rapportage gehandicapten* (1994) valt uiteen in drie delen:

- omschrijving doelgroep en het aantal mensen dat er deel van uitmaakt;
- beschrijving van de leefsituatie, de maatschappelijke positie van de doelgroep en het gebruik van voorzieningen;
- twee thema's, te weten: gehandicapten en het stelsel van gezond-

heidszorg en maatschappelijke dienstverlening; de integratie van mensen met verstandelijke beperkingen in het arbeidsproces.

Daarnaast bevat de publikatie een samenvattende beschouwing waarin conclusies worden getrokken en beleidsaanbevelingen worden gedaan.

De doelgroep wordt omschreven als «mensen met beperkingen». Voor deze groep mensen wordt gekeken in hoeverre deze beperkingen invloed hebben op hun maatschappelijk functioneren. De waarde van het rapport ligt erin dat voor een groot aantal levensgebieden wordt aangegeven hoe mensen met beperkingen daarin functioneren, waarbij steeds vergelijkingen worden gemaakt met mensen zonder beperkingen die in vergelijkbare omstandigheden zouden functioneren. De publikatie geeft als het ware inzicht in de omstandigheden van mensen die een grote kans hebben gehandicapt of arbeidsongeschikt te worden. De beide thematische hoofdstukken laten zien hoe mensen met beperkingen gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen en hoe mensen met een verstandelijke handicap in de arbeid participeren.

De directe aanleiding voor het eerste hoofdstuk was het in kaart brengen van de gevolgen van de stelselherziening zorgverzekering (plan-Simons) voor mensen met een lichamelijke handicap. Het rapport biedt hierbij inzicht in een aantal zaken die van belang zijn. Dit onderdeel heeft door recente ontwikkelingen aan actualiteit ingeboet. Het hoofdstuk over arbeidsintegratie voor mensen met een verstandelijke handicap zet alle beschikbare informatie op een heldere wijze achter elkaar.

De doelgroerapportage gaat terecht uit van het model van de ICIDH, maar heeft vervolgens de totale groep van mensen met een beperking in de beschouwingen betrokken terwijl slechts een klein deel ernstige maatschappelijke gevolgen ondervindt. De eerste (proef-) *Rapportage gehandicapten* heeft daardoor primair een wetenschappelijke waarde. Het is de bedoeling om de eerstvolgende rapportage zodanig op te zetten dat de 3 à 4% van de bevolking die door beperkingen ernstige maatschappelijke problemen ondervindt, goed herkenbaar wordt.

2.D. Afstemming onderzoek

Om beslissingen te kunnen nemen ten aanzien van beleidsaanpassing of -vernieuwing, zijn de resultaten van onderzoek vaak onmisbaar. Enerzijds gaat het daarbij om de voorbereiding van nieuw beleid, anderzijds om de evaluatie van de effecten van bestaand beleid. Op beide terreinen wordt een verbetering van de afstemming tussen de departementen nagestreefd via de Commissie Onderzoek van de ISG.

3. Internationale betrekkingen

De internationale betrekkingen zijn voor wat betreft het gehandicaptenbeleid sterk gerelateerd aan de Europese Unie (EU), de Raad van Europa en de Verenigde Naties (VN).

3.A. Europese Unie

In 1994 is de uitvoering van het derde communautaire actieprogramma voor gehandicapten *Helios II* van de EU met kracht ter hand genomen. In dit actieprogramma continueert de Europese Commissie de ontwikkeling van de databank Handynet. Voorts financiert de Europese Commissie hiermee een groot aantal activiteiten van gehandicaptenorganisaties (zogenaamde Euro-NGO's), bevordert zij een bewustmakingsproces bij het grote publiek en stimuleert zij de uitwisseling van ervaringen en deskundigheid tussen de lidstaten. Onder deze laatste noemer zijn vier prioritaire actiegebieden gecreëerd, te weten: functionele revalidatie; integratie in het onderwijs; beroepsopleiding, beroepsrevalidatie en economische

integratie; sociale integratie en zelfstandig leven. De EU-lidstaten zijn uitgenodigd om per actiegebied een bepaald aantal deelnemers aan te wijzen.

De oproep in de *Staatscourant* van 14 juni 1993 heeft voldoende respons opgeleverd om op een verantwoorde manier het toegestane aantal Nederlandse kandidaten per actiegebied in te vullen. Uiteindelijk zijn in totaal ongeveer vijftig Nederlandse organisaties aangemeld voor de vier actiegebieden tezamen. Op 20 juni 1994 werd het Landelijk Comité ter begeleiding van de Nederlandse deelname aan *Helios II* geïnstalleerd. Ere-voorzitter van dit comité is prof. W. Albeda.

De EU heeft begin jaren negentig het initiatief genomen tot een stimuleringsprogramma om de (informatie)technologie die ruim ter beschikking staat te gebruiken voor hulpmiddelen voor ouderen en gehandicapten. Dit programma, *Technology initiative for disabled and elderly people (TIDE)*, heeft tot eind 1994 een zelfstandige uitvoeringsorganisatie gehad. Nu het *Vierde kaderprogramma voor onderzoek, technologie en ontwikkeling* in uitvoering wordt genomen, wordt dit *TIDE* hierin ondergebracht. In het werkprogramma van *TIDE* worden twee hoofdlijnen onderscheiden:

- toepassingen van telematica bij de dienstverlening aan gehandicapten: toegang tot informatie door dienstverleners, diensten achter bijvoorbeeld alarmsystemen en toegang tot algemene diensten (telefonische tijdmelding voor doven);
- ontwikkeling van hulpmiddelen en aanpassingen.

De ISG coördineert de Nederlandse inbreng in de uitvoering van dit onderdeel van het kaderprogramma. Hierbij zijn behalve de ministeries van EZ en VWS ook enkele experts betrokken.

Een van de producten van het *TIDE*-programma is de *HEART*-studie. In dit project is een overzicht gemaakt van de markt van hulpmiddelen in de verschillende landen van de EU en de European Free Trade Association (EFTA). Hierbij wordt een beschrijving gegeven van het verstrekkingensysteem in de verschillende landen, de onderzoeksinfrastructuur en de industriële infrastructuur. Aan de hand van de beschikbare rapporten zal worden uitgezocht hoe de uitermate gefragmenteerde markt meer gestructureerd zou kunnen worden.

Tenslotte blijkt de aandacht van de EU voor gehandicapten-aangelegenheden uit het Witboek Sociaal Beleid van 1994 van de Europese Commissie, dat onlangs, op 12 april 1995, werd uitgewerkt in het zogenaamde «Sociaal actieprogramma voor de middellange termijn».

3.B. Raad van Europa

Wat de Raad van Europa betreft, is resolutie R(92)6 van april 1992 over een samenhangend beleid voor de revalidatie van gehandicapten van groot belang. Het gaat hier om een model voor een revalidatie- en integratieprogramma voor de nationale overheden. In de bijlage van de resolutie wordt in twaalf hoofdstukken een samenhangend beleid geschetst dat richtinggevend is voor het gehandicaptenbeleid in de komende jaren. In Nederland zal deze resolutie in de komende jaren uitgangspunt zijn van het interdepartementale gehandicaptenbeleid. In bijlage 2 van deze nota wordt resolutie R(92)6 artikelgewijs voorzien van de Nederlandse stand van zaken.

3.C. Verenigde Naties

De Algemene Vergadering van de VN aanvaardde op 20 december 1993 de *Standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities*. De Nederlandse vertaling hiervan is in november 1994

uitgebracht en is breed verspreid door de ISG. Dit stuk is verwant aan de hierboven genoemde resolutie R(92)6 van de Raad van Europa. De Europese Commissie heeft in het kader van het *Witboek sociaal beleid* (27 juli 1994) aangekondigd de uitvoering van de *Standard rules* in de lidstaten van de EU te gaan monitoren.

In maart 1995 organiseerde de VN in Kopenhagen de zogenaamde World Summit for Social Development. Drie kernthema's stonden in het actieprogramma van deze conferentie centraal: armoede, werkgelegenheid en sociale integratie. Bij het onderdeel sociale integratie zijn gehandicapte kinderen en gehandicapten expliciet aan de orde geweest.

HOOFDSTUK IV. LOPENDE AFSTEMMINGSTRAJECTEN

Ten behoeve van dit hoofdstuk is een selectie gemaakt van de onderwerpen, die in interdepartementaal verband aan de orde zijn in het gehandicaptenbeleid. Per onderwerp wordt het probleem geschetst en de beoogde oplossing(en) uitgeschreven. Voorts wordt vermeld welke ministeries aan zet zijn en van welke termijnen men uitgaat.

1. Afstemming sociale werkvoorziening en AWBZ-gefinancierde dagopvang voor gehandicapten

Probleem

De vraag hoe er een onderscheid kan worden gemaakt tussen mensen die zijn geïndiceerd voor de sociale werkvoorziening (SW) en mensen die zijn aangewezen op AWBZ-bekostigde activiteitencentra en dagverblijven voor ouderen, heeft de afgelopen jaren tot veel discussies aanleiding gegeven.

Beoogde oplossing

Uiteindelijk hebben de bewindslieden uit het vorige kabinet in een brief d.d. 24 februari 1994 aan de Tweede Kamer bekendgemaakt welke concrete afbakening (de zogenaamde 4 x 10-formule) noodzakelijk was. De 4 x 10-formule gaat ervan uit, dat er bij onduidelijkheid of een persoon is geïndiceerd voor een plaats in een AWBZ-bekostigd dagverblijf voor oudere gehandicapten dan wel in aanmerking komt voor een plaats op een sociale werkplaats, wordt gekozen voor deze laatste voorziening indien de betrokkene:

1. begeleiding behoeft gedurende niet meer dan 10% van de arbeidstijd;
2. trainbaar is op minimaal twee functies gedurende een periode van maximaal tien weken;
3. een minimumprestatie levert van 10% van de productie die door een werknemer in vergelijkbare omstandigheden in het reguliere bedrijfsleven wordt geleverd;
4. en in staat is om minimaal 10% van de arbeidstijd aaneengesloten werkzaam te zijn.

Een nadere definiëring van de personenkring van de SW was daarbij de directe insteek. In 1994 hebben vertegenwoordigers van de relevante koepelorganisaties (Gehandicaptenraad, FvO, NOSW, FIAD/Wdt, NFVLG en SOMMA) onder auspiciën van de ISG hierover twee maal formeel overleg gevoerd met ambtenaren van SZW en WVC/VWS. Op dit moment wordt aanpassing van de regelgeving voorbereid.

Actie door

SZW, VWS.

Termijn

September 1995.

2. Verpleegkundige hulp/medische begeleiding op scholen voor speciaal onderwijs

Probleem

In scholen voor speciaal onderwijs worden vanouds verpleegkundige handelingen verricht. Dit geldt speciaal voor het onderwijs aan lichamelijk en meervoudig gehandicapte kinderen (de Mytyl- en Tytylscholen). In het kader van de nota *Randvoorzieningen buitengewoon onderwijs* (Kamerstukken II, 1976–1977, 14 395, nrs. 1–2, blz. 34) worden de verrichtingen van de schoolverpleegkundigen uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de schoolarts. Ook uit circulaire van het toenmalige ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten (GG en GD's) blijkt dat er extra aandacht werd gevraagd voor deze speciale taken in het speciaal onderwijs. In de praktijk was vaak sprake van een bestuurlijk-organisatorische verstrengeling tussen de scholen en instellingen voor gezondheidszorg (revalidatiecentra). De verrichtingen vonden dan in de regel met gesloten beurs plaats in het kader van wederzijdse dienstverlening. In andere gevallen stelde de jeugdgezondheidszorg vanuit de grootstedelijke GG en GD zich voor dit werk present.

Inmiddels zijn de omstandigheden echter gewijzigd. Enkele GG en GD's wensen de verstrekking te beëindigen omdat deze niet als een kerntaak wordt beschouwd. De Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid, die de basisgezondheidszorg als onderwerp heeft, is als instrument niet geëigend om terzake regulerend op te treden. Afgezien van het nog onbekende financiële bedrag dat met een eventuele overgang zou zijn gemoeid, bestaan er van de zijde van onderwijs principiële en inhoudelijke bezwaren tegen competenties op het vlak van de medische verrichtingen. Waar niemand het nut en de noodzaak van de verrichtingen betwijfelt, moet er een oplossing voor deze impasse komen omdat anders het desbetreffende onderwijs en de kinderen die het volgen in gevaar komen.

Beoogde oplossing

Op dit punt vindt nader afstemmingsoverleg plaats tussen de bewindslieden van OCenW en VWS. Nadrukkelijk niet aan de orde bij dit alles is het punt van de medische verrichtingen voor kinderen met een handicap in het reguliere onderwijs. Krachtens een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep ressorteren deze handelingen onder de verstrekking kruiswerk.

Actie door

OCenW, VWS, BiZa.

Termijn

Medio 1995.

3. Afstemming tussen scholen voor speciaal onderwijs en residentiële hulpverlening jeugdigen

Probleem

In de praktijk blijken er afstemmingsproblemen voor te komen tussen onderwijs- en jeugdvoorzieningen, gefinancierd vanuit de AWBZ of de Wet op de Jeugdhulpverlening. Zo komt het voor dat residentiële capaciteit wordt gerealloceerd over het land zonder dat er rekening is gehouden met het traject *Weer Samen Naar School*. Binnen *Weer Samen Naar School* geldt een stabilisatie-inspanning die ervoor moet zorgen dat binnen een bepaalde regio het aantal leerlingen in deze scholen voor speciaal onderwijs niet groeit. Voorts komt het voor dat er problemen ontstaan bij instellingen die zijn aangewezen op onderwijs in de onmiddellijke nabijheid van de jeugdvoorziening. Het is namelijk bijna niet meer mogelijk om een nieuwe school voor (voortgezet) speciaal onderwijs te stichten.

Beoogde oplossing

Vanuit het ministerie van OCenW bestaat de behoefte om over de omvang van deze problemen duidelijkheid te verkrijgen. Hiertoe vindt een inventarisatie plaats, op basis waarvan afspraken kunnen worden gemaakt over een meer op elkaar afgestemde planning. Overigens is daarbij niet alleen de sector gehandicaptenbeleid betrokken maar ook de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening. Het College van Ziekenhuisvoorzieningen wordt bij deze afspraken betrokken waar het de eerste twee sectoren betreft. Bij de jeugdhulpverlening vindt de afstemming plaats in samenspraak met het Interprovinciaal Overleg.

Actie door

OCenW, VWS.

Termijn

Zomer 1995.

4. Beroepsopleidingen gehandicapten

Probleem

In juni 1992 bracht het Centrum Innovatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (CIBB) het rapport *Inrichting van het beroepsonderwijs voor mensen met een handicap in Nederland* uit. Dit belangrijke rapport is destijds aangeboden aan staatssecretaris Ter Veld van SZW, die een regeringsstandpunt over de aanbevelingen toezegde. Hiervoor is een interdepartementale werkgroep SZW, OenW/OCenW en WVC/VWS in het leven geroepen. De problematiek concentreert zich vooral op lichamelijk gehandicapten die zijn aangewezen op een beroepsopleiding toegespitst op MBO-niveau/leerlingwezen.

Het aantal gehandicapte deelnemers aan een beroepsopleiding is verontrustend lager dan op basis van demografische en epidemiologische gegevens mag worden verwacht. Dit geldt zowel voor alle vormen van regulier, gesubsidieerd beroepsonderwijs – te weten: het middelbaar beroepsonderwijs (MBO), het leerlingwezen (LLW), de centra vakopleiding (CV), de centra beroepsoriëntatie en beroepsoefening (CBB) en de vrouwenvakscholen (VVS) – als voor de basiseducatie, het volwassenenonderwijs en de beroepsgerichte nascholing. Het is duidelijk dat er allerlei voor de hand liggende en begrijpelijke redenen zijn voor de onder-

vertegenwoordiging van gehandicapten. Voor een deel zijn deze in kaart gebracht in bovengenoemd CIBB-rapport en daarop aansluitende studies. In januari 1995 verscheen bovendien het, door het ministerie van SZW uitgegeven, onderzoek van het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg van TNO (TNO-NIPG) *Behoeftte aan beroepsopleidingen voor vroeggehandicapten en arbeidsongeschikten*.

Er laten zich vier belangrijke knelpunten onderscheiden.

1. Scholen voor beroepsopleidingen beschikken over onvoldoende deskundigheid en extra capaciteit om gehandicapte leerlingen een adequate opleiding te geven.
2. Er is een te restrictief beleid ten aanzien van de scholing van de (vroeg)gehandicapten door bedrijfsverenigingen/GMD.
3. De toeleiding naar de arbeidsmarkt van gehandicapte schoolverlaters laat te wensen over.
4. De scholen voor beroepsopleidingen zijn voor een belangrijk deel niet fysiek toegankelijk voor leerlingen die in hun bewegingen beperkt zijn.

Er is veel ervaring opgedaan in de vijf specifieke scholingsvoorzieningen voor gehandicapten (Hoensbroeck, Werkenrode, Sonneheerdt, Heliomare en de EEGA) en in de specifieke projecten voor gehandicapten binnen het reguliere beroepsonderwijs in het MBO en het LLW.

Het complexe karakter van de problematiek dat hieruit naar voren komt, vraagt om een meervoudige maar daarom niet minder duidelijke aanpak.

Beoogde oplossing

1. OCenW zal op korte termijn een *Uitwerkingsnotitie gehandicapten in het secundair beroepsonderwijs* uitbrengen. Deze notitie is aangekondigd in de *Beleidsagenda educatie en beroepsonderwijs 1995-1999* (januari 1995). In de notitie wordt aangegeven hoe ten aanzien van (lichamelijk) gehandicapten zowel de toegankelijkheid/instroom als de gediplomeerde uitstroom bij het secundair beroepsonderwijs (LLW en MBO) kan worden vergroot. Tevens dient de aansluiting met activiteiten ter bevordering van de arbeidsintegratie te worden verbeterd. Voorts vindt er een verkenning plaats naar de mogelijkheid van invoering op de lange termijn van persoonsgebonden budgetfinanciering. Tevens wordt in de notitie aangegeven hoe op korte termijn de bestaande projecten voor lichamenlijk gehandicapten in het secundair beroepsonderwijs kunnen worden voortgezet in relatie tot de doelstellingen van de notitie. Ook wordt ingegaan op de samenhang tussen deze projecten en de regionale pilots onder punt 2.

Uitgangspunt bij de nadere uitwerking van het gehandicaptenbeleid is een zo normaal mogelijke participatie van lichamenlijk gehandicapten in het regulier beroepsonderwijs.

2. In het plan *Gehandicapten: scholing en samenwerking door middel van pilots* dat is ingediend door de Vereniging Beroepsonderwijs en Volwasseneneducatie (VBVE) en het Instituut Werkenrode (namens de vijf in het kader van de WAGW erkende centra voor beroepsopleidingen voor gehandicapten), wordt voorgesteld om vijf regionale pilots in te richten waarin een school voor secundair beroepsonderwijs samenwerkt met een erkend centrum voor beroepsopleidingen voor gehandicapten.

Doelstelling van de pilots is:

- bevordering van de instroom, doorstroom en gekwalificeerde uitstroom van lichamenlijk gehandicapte leerlingen in het secundair beroepsonderwijs;
- bevordering van de deskundigheid op dit gebied bij de instellingen voor secundair beroepsonderwijs.

Op termijn zullen de pilots moeten bijdragen aan een netwerk dat het

gehele land bestrijkt in het kader van de onder 1 genoemde notitie. De verhouding mannelijke en vrouwelijke leerlingen zal expliciet aandacht krijgen. De pilots kunnen in 1995 starten na een voorbereidende fase. De evaluatie vindt plaats in 1997. Voor de totstandkoming van de pilots werken de ministeries van OCenW, SZW en VWS alsmede het Tica nauw samen.

3. SZW heeft door tussenkomst van het Tica overleg geopend met de bedrijfsverenigingen om te bereiken dat er een ruimer gebruik kan worden gemaakt van het scholingsinstrument in de uitvoeringspraktijk van de arbeidsbemiddeling van partieel arbeidsgeschikten.

4. De Regionale Besturen voor de Arbeidsvoorziening (RBA's) gaan meer aandacht besteden aan de groep partieel arbeidsgeschikten. Regionaal zullen de bestaande netwerken voor arbeidsintegratie beter worden uitgenut.

5. Om schoolgebouwen in eigendom van OCenW toegankelijk te maken, zal het ministerie op verzoek van het schoolbestuur subsidie verstrekken op grond van een onderbouwde aanvraag in verband met de daadwerkelijke aanwezigheid van gehandicapte leerlingen, onder andere voor het aanbrengen van trapliften en het aanpassen van toiletten. Na overdracht van het eigendom van het schoolgebouw is niet langer het ministerie van OCenW, maar het schoolbestuur verantwoordelijk voor het toegankelijk maken van het schoolgebouw. Ook wordt er voorlichting gegeven over de mogelijkheden om de schoolgebouwen toegankelijk te maken door de Stichting Informatie en Advies Centrum Scholenbouw (ICS) te Gouda.

Actie door

1. OCenW.
2. SZW, OCenW, VWS en Tica.
3. SZW.
4. CBA/RBA's, SZW.
5. OCenW, ICS.

Termijn

1. Voorjaar 1995.
2. 1 juli 1995.
3. Medio 1995.
4. Medio 1995.
5. Dit programmapunt heeft een continu karakter.

5. Kwaliteit en bruikbaarheid hulpmiddelen

Probleem

Van een groot aantal kanten is ervoor gewaarschuwd dat de expertise op het gebied van het kwaliteits- en warenonderzoek rond hulpmiddelen voor gehandicapten na de inwerkingtreding van de WVG per 1 april 1994 mogelijk wegvalt. Deze expertise was vooral opgebouwd door instanties als het Centrale Kantoor van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD/CK) en het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds (ABP) en de hieraan gelieerde onderzoeksinstituten. De betrokken partijen – de VNG, de ZFR, de Federatie van Bedrijfsverenigingen (FBV) en de ministeries van SZW en WVC/VWS – hebben nu principieel gekozen voor een centrale vormgeving van het kwaliteitsbeleid. Daaronder ressorteren zowel de AWBZ-bekostigde zorgvoorzieningen en de gemeentelijk gefinancierde voorzieningen op het vlak van vervoer en woningaanpassing als de onder de supervisie van de bedrijfsverenigingen blijvende werk- en onderwijsvoorzieningen. Behalve stimulering en coördinatie van onderzoeks-

activiteiten (kwaliteits- en bruikbaarheidsonderzoek) spelen ook elementen als normering, certificering en produktinformatie, mede in internationale samenwerking, een rol.

Beoogde oplossing

Uiteraard kan een centrale vormgeving van het kwaliteitsbeleid van hulpmiddelen alleen bestaansrecht krijgen als de nieuwe uitvoerders hieraan meewerken. Daarom wordt er gestreefd naar samenwerkingsafspraken op dit gebied en blijvende inschakeling van de op dit terrein fungerende instanties (Kamerstukken II, 1992–1993, 22 815, nrs. 45 en 274f, blz. 32; *Handelingen* TK 33, 8 december 1994, blz. 2149).

In de periode 1995–1997 zal SZW op jaarbasis voorshands *f 2 miljoen* ter beschikking stellen. Het budget van de ZFR voor het kwaliteits- en bruikbaarheidsonderzoek hulpmiddelen blijft bij de ZFR in beheer, maar zal wel in coördinatie met de SZW-subsidie worden gepland en besteed. Hierdoor is het voor de partijen mogelijk geworden om per 22 december 1994 de Stichting KBO in het leven te roepen.

De Stichting KBO zal ook vanuit het ministerie van VWS op projectbasis worden gesubsidieerd. De subsidie is primair bedoeld om de ervaringsdeskundigheid van gehandicapten zelf in te schakelen bij het onderzoek dat is gericht op medische hulpmiddelen die de zelfredzaamheid van personen met een handicap bevorderen in de thuis-, school-, werk- en vrijetijdssituatie.

Actie door

SZW, VWS, VNG, ZFR, TICA.

Termijn

1 januari 1995 (SZW); 1 juli 1995 (VWS).

6. Afstemming tussen dagverblijven gehandicapten en scholen voor speciaal onderwijs

Probleem

In vergelijking met alle andere landen staat het onderwijs aan zeer moeilijk lerende kinderen (ZMLK) in Nederland op een hoog niveau, niet alleen kwalitatief maar ook kwantitatief. Dat naast dit ZMLK-onderwijs ook nog een aanzienlijke capaciteit in de kinderdagverblijven voor verstandelijk gehandicapten (KDV-VG's) bestaat, heeft verschillende oorzaken. Ten eerste vangt de leerplicht aan bij de leeftijd van 5 jaar. Ten tweede functioneren de KDV-VG's deels als substituut voor intramurale opname als het gaat om kinderen met een ernstige verstandelijke handicap. Toch is de situatie niet bevredigend – noch vanuit het oogpunt van schaalgrootte van de twee sectoren, noch vanuit het gezichtspunt van normalisatie.

Een ander afstemmingspunt is de problematiek van de vervolgvoorzieningen van degenen die het (voortgezet) speciaal onderwijs gaan verlaten. ZMLK-schoolverlaters voor wie een (begeleide) baan in het bedrijfsleven geen reële optie is en die ook niet in de sociale werkvoorziening op hun plaats zijn, komen vaak terecht in een dagverblijf voor oudere verstandelijk gehandicapten (DVO-VG) als vervolgvoorziening. Mutatis mutandis geldt dit voor tylytschoolverlaters en de activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten.

Beoogde oplossing

In de *Herziening 1993 Aandachtspuntenprogramma gehandicapten-beleid* van 18 juni 1993 (Kamerstukken II, 1992–1993, 14 406, nr. 153, blz. 8) werd aangekondigd dat er een studietoelichting zou worden geïnstalleerd om te bezien hoe de toekomstige relatie zou moeten zijn tussen het KDV-VG en het ZMLK-onderwijs. Niet uitgesloten was dat een aldus in gang gezet proces zou eindigen in een opdeling van het huidige KDV. Een groot deel zou in dit scenario kunnen worden geïntegreerd in het ZMLK-onderwijs. Een kleiner deel zou zich present kunnen stellen voor de zorg (ambulant en in de vorm van dagopvang) voor de groep 0- tot 5-jarige kinderen met een verstandelijke of meervoudige handicap. In verband met de mogelijke onrust die van deze discussie het onvermijdelijke gevolg zou zijn, werd het jaar 1994 bij nader inzien minder geschikt bevonden voor de start van het proces, dat overigens ook effecten van veel minder radicale aard opgeleverd zou kunnen hebben. Besloten is nu om eerst de resultaten af te wachten van de onderzoeken naar de praktijk van de samenwerking en de afstemming van beide typen voorzieningen, die door de Inspectie Speciaal Onderwijs en de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) worden verricht. Op basis van deze verslagen zal worden bezien of ook rond de thema's vroegbehandeling en onderwijs vooruitgang kan worden geboekt in de richting van een genormaliseerd bestaan voor kinderen met een ernstige verstandelijke handicap. Daarbij zal nadrukkelijk het advies *Gewoon doen!* van de FvO worden betrokken, waarin behartenswaardige opmerkingen over dit spanningsveld zijn neerge-slagen, alsmede het rapport *Een zorg minder?*, dat door de Federatie van Ouderverenigingen en FIAD/Wdt werd uitgebracht op 11 april 1995.

De afstemming tussen het speciaal onderwijs en de DVO's-VG/activiteitencentra houdt verband met het zoeken naar geschikte vervolgvoorzieningen voor (V)SO-schoolverlaters. De ISG brengt rond de jaarwisseling hierover een advies uit.

Actie door

1. Inspectie Speciaal Onderwijs, IGZ, OCenW, VWS.
2. ISG

Termijn

1. De rapportages van beide inspecties worden in het voorjaar van 1995 verwacht. De bewindslieden van OCenW en VWS zullen eind 1995 kenbaar maken of er aanleiding is om nadere stappen te nemen die zijn gericht op intensievere samenwerking tussen beide typen voorzieningen of dat er toch een partiële integratie van de KDV-VG's in het ZMLK-onderwijs moet worden overwogen.
2. Jaarwisseling 1995–1996

7. Intersectorale afstemming met betrekking tot arbeidsintegratie

Probleem

De toeleiding naar de arbeidsmarkt is voor veel mensen met gezondheidsproblemen of stabiele handicaps problematisch. In de discussies over het onderwerp arbeids(re)integratie van mensen met een arbeidshandicap springen doorgaans twee zaken naar voren: de rol van de reguliere arbeidsvoorziening en het Schattingsbesluit van 5 augustus 1994 (*Staatsblad* 1994/596).

De NCCZ bracht op 9 februari 1995 *Werken op maat* uit, een (gevraagd)

advies over (nieuwe) mogelijkheden voor arbeidsparticipatie voor mensen met gezondheidsproblemen c.q. een arbeidshandicap, waarin de problematiek duidelijk wordt geschetst. Op 7 december 1994 werd dit advies voorafgegaan door een advies over de privatisering van de Ziektewet.

In de adviesaanvraag aan de *SER* over de maatregelen inzake de Ziektewet en WAO/AAW d.d. 6 februari 1995 vraagt het kabinet onder andere om concrete aanknopingspunten over flankerend beleid.

Beoogde oplossing

Bij dit beleid ligt het voortouw uiteraard bij het ministerie van SZW waarbij verwezen kan worden naar paragraaf 1 van hoofdstuk VII.

Bij het wetsvoorstel voor Afschaffing van de Malus en BEvordering van de Reïntegratie (AMBER) is er voor gekozen de negatieve prikkel voor de werkgever te vervangen door een aantal positieve prikkels voor werkgevers en (her)intredende werknemers.

Met ingang van 1995 is de arbeidsbemiddelingsfunctie voor partieel arbeidsgeschikten opgedragen aan de bedrijfsverenigingen. Het voornemen om deze functie met ingang van dit jaar te versterken, hebben alle bedrijfsverenigingen nadrukkelijk onderschreven. Bovendien verkreeg het Tica met ingang van 1 januari 1995 op dit punt een coördinerende en regelgevende rol en dito bevoegdheden. Het Tica stelt ook het budget van de uitvoeringskosten vast die in dit verband worden gemaakt, waarbij het zogenaamde inkoopmodel – het inkopen van diensten bij Gemeentelijk Administratiekantoor (GAK) en RBA's op basis van output – krachtig wordt aanbevolen.

Met name in het NCCZ-advies *Werken op maat* zijn daarnaast concrete aanknopingspunten te vinden voor een intersectorale inspanning, waarbij ook voor inzet van andere ministeries ruimte is. Dit sluit aan op een activerend beleid voor de sociale zekerheid zoals dat is neergeslagen in de *Sociale nota 1995*. In verband hiermee wordt onder meer gedacht aan: verbetering van de aansluiting (speciaal) onderwijs en arbeid, een grotere betrokkenheid van arbeidsvoorziening bij de arbeidsintegratie van gehandicapten, inperking van de mogelijkheden om (voorspellend) medisch onderzoek te gebruiken als «legitiem» argument voor het niet aannemen of ontstaan van (kandidaat)werknemers met een functiebeperking²², man/vrouw-verhoudingen in relatie tot kansen op de arbeidsmarkt, persoonlijke ondersteuning (*job coaching*) in het kader van de AAW, «activerend welzijnswerk» en toegespitste psychosociale hulpverlening.

In de wetsvoorstellen AMBER, privatisering ZW en opting out WAO is zoveel mogelijk het NCCZ-advies verdisconteerd. Wat betreft de intersectorale elementen is door de staatssecretaris van SZW het belang benadrukt van de rol die de NCCZ kan spelen als belangenmakelaar en bruggenbouwer. De staatssecretaris heeft aangegeven met betrekking tot deskundigheidsbevordering, voorlichting en scholing het zinvol te achten om op ambtelijk niveau met het bureau van de NCCZ te komen tot mogelijke voorbereiding van concrete activiteiten op dit vlak.

²² Brief van 21 december 1994 (PAO/GZ94/15 049) van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

²³ *Collectief vervoer op maat; een onderzoeksrapportage van tien systemen voor leefvervoer van WVG-gerechtigden*, uitgevoerd in opdracht van en gepubliceerd door de VNG te Den Haag, gepresenteerd op het symposium Aanvullend Collectief Vervoer (31 oktober 1994 te Utrecht).

Actie door

SZW, OCenW en VWS.

Termijn

1 januari 1996.

8. Aansluiting individueel, openbaar en collectief vraagafhankelijk vervoer

Probleem

Per 1 april 1994 is de WVG in werking getreden. Krachtens deze wet vallen de vervoersvoorzieningen voor gehandicapten en ouderen grotendeels onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Uitzonderingen zijn het woon-werkverkeer en het ziekenvervoer dat wordt bekostigd vanuit de ziektekostenverzekering. In veel gemeenten is in verband hiermee zogenaamd aanvullend (al dan niet beperkt tot de doelgroep) collectief vervoer ontstaan: aangepast vervoer van deur tot deur voor degenen onder ons voor wie het openbaar vervoer onvoldoende bereikbaar, bruikbaar of toegankelijk is. Deze systemen zijn door de invoering van de WVG in een kort tijdsbestek ontwikkeld en functioneren over het algemeen bevredigend²³. De gemeenten beogen op deze wijze – via het schaalvoordeel dat een collectieve voorziening biedt – een van de minder aantrekkelijke kanten van de WVG het hoofd te bieden (i.c. een bijna verdubbeld aantal potentiële aanvragers bij gelijkblijvende middelen). Daarbij doen zich drie problemen voor.

- Ten eerste blijft onverlet dat er velen zijn die ook van deze collectieve systemen geen gebruik zullen kunnen maken en behoefte blijven houden aan individuele vervoermiddelen. In de klachteninventarisatie van het Landelijk Meldpunt WVG, ondergebracht bij de Gehandicaptenraad, komt dit punt dan ook frequent naar voren.
- Ten tweede is het bereik van het nieuwe collectieve WVG-vervoer in de regel beperkt tot één gemeente of een regio.
- Ten derde doet zich het probleem voor dat men – met de ontwikkeling van dergelijke nieuwe categorieën van vervoer waarbij het onderscheid tussen openbaar en besloten vervoer vervaagt – tegen wettelijke belemmeringen oploopt.

Beoogde oplossing

Een gewogen beoordeling van het geringere aantal verstrekkingen individueel vervoer door de gemeenten is pas mogelijk na de toegezegde evaluatie van de WVG (Kamerstukken II, 1994–1995, 23 900, hoofdstuk XV, nr. 3, blz. 57).

De frequente klachten over het beperkte bereik (lokaal/regionaal) van het collectieve WVG-vervoer hebben de VNG er inmiddels toe gebracht een werkgroep in te stellen om praktische voorstellen te ontwikkelen die zijn gericht op verbeteringen van het vervoer van WVG-gerechtigden. Hierin zijn onder meer vertegenwoordigd de NV Nederlandse Spoorwegen, de minister van VenW en de ISG. Het is de bedoeling om in deze groep de mogelijkheden voor gemeenten te bestuderen om bijvoorbeeld voor eigen ingezetenen met een handicap een forfaitaire vervoersvrijheid te realiseren en om tegelijkertijd voor elders wonende gehandicapten het gebruik mogelijk te maken van een algemeen geldende WVG-knip-, ritten- of strippenkaart.

Ook wordt gedacht aan samenwerkingsmodellen die zijn gericht op de aansluiting van het aanvullend vervoer op het streekvervoer per bus en op het treinverkeer.

Over de afstemming openbaar en collectief vraagafhankelijk vervoer in het algemeen zal de minister van VenW naar aanleiding van de aannamen op 14 december 1993 in de Tweede Kamer van de motie-Wolffensperger (Kamerstukken II, 1993–1994, 23 400, hoofdstuk XII, nr. 31) een beleidsbrief uitbrengen. In deze brief zal meer ten principale worden ingegaan op de positionering van het collectief vraagafhankelijke vervoer in het totale vervoersbestel.

Actie door

1. Individueel vervoer en evaluatie WVG: SZW, VROM, VWS, Financiën, BiZa en VNG.
2. Beperkt bereik collectief WVG-vervoer: VNG-werkgroep.
3. Afstemming en aansluiting tussen openbaar en collectief vraagafhankelijk vervoer: VenW, VNG-werkgroep.

Termijn

1. Evaluatie WVG is inmiddels gestart.
2. VNG-werkgroep zal naar verwachting najaar 1995 rapporteren.
3. Najaar 1995.

9. Afstemming onderwijs en zorgverlening aan auditief gehandicapte kinderen

Probleem

Op 9 maart 1994 vond een mondeling overleg plaats tussen de Vaste Commissie voor Onderwijs van de Tweede Kamer en de minister van OenW. De minister zegde een onderzoek toe naar de toekomstige positionering van het onderwijs aan auditief gehandicapte kinderen, waarbij tevens de positie van de bestaande doveninstituten zou worden meegenomen. De huidige voor dit beleidsterrein verantwoordelijke bewindspersoon beraadt zich op dit moment op haar beleid ten aanzien van doven en slechthorenden. Daarover zal zij nader beslissen naar aanleiding van het advies van de begin april 1995 ingestelde «Commissie leerlinggebonden financiering». Dit advies zal in het najaar van 1995 opgeleverd worden. Voor meer informatie zie ook paragraaf 3 van hoofdstuk VIII. Aandachtspunt daarbij is in ieder geval een goede afstemming van de woonvoorzieningen voor hulp- en dienstverlening en onderwijs voor auditief gehandicapten.

In de zorgsector is al geruime tijd een discussie gaande over de wijze waarop de hulp- en dienstverlening aan auditief gehandicapten beter gestroomlijnd en «op maat gesneden» zou kunnen worden. In februari 1991 bracht de Nationale Ziekenhuisraad (NZr) over dit onderwerp het rapport *Ver-strekkende zorg* uit. De ZFR had voorafgaande hieraan, op 27 september 1990, aan de staatssecretaris van WVC een interimadvies uitgebracht over de herstructurering van de hulpverlening aan auditief gehandicapten, op 24 juni 1993 gevolgd door een meer definitief advies over de zorgverlening aan zintuiglijk gehandicapten. De NRV bracht in juli 1993 het advies *Communicatie verzekerd* uit, dat handelde over de toekomstige omschrijving van de wettelijke aanspraken op zorg voor visueel, auditief en mensen met een spraak- of taalbeperking. In verband met de onduidelijkheid over de invoering van een functiegericht verstrekkingenstelsel gedurende de tweede helft van de zittingsperiode van het vorige kabinet was het niet mogelijk om tot implementatie van deze adviezen te komen. Sinds de intrekking van het wetsvoorstel Modernisering Zorgaanspraken AWBZ in december 1994 is deze blokkade verdwenen en staat niets een regeringsstandpunt op deze adviezen in de weg.

Beoogde oplossing

Er moet naar worden gestreefd de samenhang te bevorderen tussen zorg-, welzijns- en onderwijsvoorzieningen voor auditief gehandicapten om onder andere te bereiken dat – méér dan tot dusver het geval was – auditief gehandicapte kinderen, onder wie prelinguaal dove kinderen,

door hun ouders thuis kunnen worden verzorgd en naar school kunnen op een reguliere basisschool in de eigen buurt.

Actie door

OCenW, VWS.

Termijn

Jaarwisseling 1995/1996.

10. Gehandicapte kinderen en financiële draaglast

Probleem

De relatie tussen het hebben van een gehandicapt kind en de financiële draaglast voor het gezin werd op 16 september 1991 opnieuw aan de orde gesteld in een Uitgebreide Commissievergadering van de Tweede Kamer over het Emancipatiebeleid. De staatssecretaris van SZW zond, mede namens haar ambtgenoot van het toenmalige ministerie van WVC, op 19 december daaropvolgend adviesaanvragen aan de Sociale Verzekeringsraad (SVr) en de Ziekenfondsraad (ZFR).

De ZFR bracht zijn advies uit op 21 mei 1992. De SVr adviseerde op 15 juli 1993. De twee adviezen waren als zodanig niet positief ten aanzien van de gedachte van dubbele kinderbijslag voor ouders met een gehandicapt kind.

Het probleem van de betrokken ouders wordt niet ervaren als primair financieel. Veeleer zou de ontoereikende bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de hulpverlening deze gezinnen parten spelen. Een meerderheid van de SVr achtte wel een tijdelijke invoering van dubbele kinderbijslag verdedigbaar, in afwachting van een zodanige herziening van het stelsel van hulp- en zorgverlening, dat aan de behoeften van de betrokken gezinnen tegemoet gekomen zou kunnen worden.

Beoogde oplossing

Bij de behandeling van het wetsvoorstel vereenvoudiging *Algemene Kinderbijslagwet* (Kamerstukken II, 1993–1994, nr. 23 795) in de Tweede Kamer d.d. 24 november 1994 kwam het onderwerp dubbele kinderbijslag voor ouders met een gehandicapt kind ter sprake. Staatssecretaris Linschoten zegde toe ter gelegenheid van de behandeling van een tweede wetsvoorstel met betrekking tot de kinderbijslag met een concluderend stuk te zullen komen.

Deze brief, gedagtekend 27 januari 1995, was aan de orde toen op 23 februari jl. opnieuw een wetsontwerp gericht op herziening van het kinderbijslagstelsel in de Tweede Kamer aan de orde was.

Daarop diende het lid van de Tweede Kamer Giskes een motie (motie nr. 23 795, nr. 7) in, waarin de regering wordt verzocht bij de op handen zijnde evaluatie van de WVG en bij de voorgenomen systeemverandering (persoonsgebonden budgetten) in de AWBZ specifiek aandacht te besteden aan de (financiële) positie van ouders met thuiswonende gehandicapte kinderen en op grond daarvan uiterlijk 1 april 1996 met conclusies en voorstellen te komen. Deze motie is met algemene stemmen aanvaard.

De gevraagde rapportage zal geïncorporeerd worden in de eerste voortgangsrapportage bij dit *meerjarenprogramma*. Daarbij zal onder meer aandacht worden geschonken aan de opmerking in het rapport van de Ambtelijke taskforce volumebeheersing en kostenbeperking, dat van de vigerende dubbele kinderbijslag ten behoeve van ouders, die hun

gehandicapte kind uit huis hebben geplaatst, de facto een verkeerd signaal uitgaat.

Actie door

SZW, VWS.

Termijn

April 1996.

HOOFDSTUK V. ZORGVOORZIENINGEN VOOR GEHANDICAPTEN

1. De wet van de remmende voorsprong

De huidige stand van zaken van de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Nederland laat zich het beste typeren als een resultaat van de wet van de remmende voorsprong. Er is in ons land een zorgsysteem opgebouwd voor mensen met een verstandelijke handicap, dat zijn weerga niet heeft in de wereld. Maar liefst 45% van de doelgroep woont in specifiek voor hen bestemde residentiële voorzieningen. En ook in de sfeer van de dagopvang – nog los van de sociale werkvoorziening – kennen wij een aanbod dat kwantitatief en kwalitatief decennia lang als voorbeeld heeft gediend voor andere landen.

Sedert het midden van de tachtiger jaren is, in ieder geval in de westerse wereld, de bewondering voor ons systeem geleidelijk aan weggeëbd. De waardering sloeg om in kritiek. Het categoriale denken, in combinatie met de forse financiële inspanningen (FOZ 1995: circa f 5 miljard), heeft geresulteerd in een goed georganiseerd, kwalitatief verantwoord, maar ontegenzeggelijk gesegregeerd systeem.

In retrospectief is één van de opmerkelijkste verschijnselen daarbij de rol van de semimurale sector geweest (gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven). Gestart in de zestiger jaren als reactie op de intramurale «24 uren» zorg hebben deze voorzieningen zich geleidelijk aan gericht op een nieuw «marktsegment», namelijk dat van de minder ernstig, c.q. lichter verstandelijk gehandicapten. Daardoor is het substitutie-effect van de semimurale zorg altijd betrekkelijk gebleven.

Bij die ontwikkelingen zijn de mogelijkheden voor gezinsondersteuning, en zelfstandig wonen ondersteund door thuiszorg relatief achtergebleven.

De internationalisering van onze samenleving heeft echter ook de zorg voor verstandelijk gehandicapten niet onberoerd gelaten. De blik richtte zich op landen als de Verenigde Staten, Canada, Groot-Brittannië, en de Scandinavische landen.

Met inachtneming van allerlei onderlinge verschillen zijn in deze landen bewegingen ontstaan, veelal geïnspireerd door ouderorganisaties, gericht tegen opkomende of bestaande gesegregeerde systemen.

De verschillen met de Nederlandse situatie zijn tweeledig. Op de eerste plaats was er in de betrokken landen veelal sprake van evident onvoldoende zorgkwaliteit in de grootschalige instituten, die voorts ook nog niet geheel en al waren losgemaakt van de psychiatrische hulpverlening. Op de tweede plaats was het «intramurale marktaandeel» nog niet zover voortgeschreden als in Nederland al in het begin van de jaren tachtig het geval was.

In het licht van het vorenstaande mag het duidelijk zijn dat die aanvankelijke voorsprong inmiddels tot een impasse is geworden.

Het systeem is, zoals de Ambtelijke taskforce volumebeheersing en kostenbeperking schrijft, instellingsgericht en vrij star. Daarnaast is de

zorgvisie aan wijzigingen onderhevig. Ondanks dat er aanwijzingen zijn dat jonge ouders van gehandicapte kinderen het bestaande, gesegregerde aanbod niet of nauwelijks ervaren als wenselijk toekomstperspectief voor hun zonen of dochters, is er nog steeds sprake van wachtlijsten. Naar internationale maatstaven is de blijvende groei in Nederland van het voorzieningenaanbod volstrekt uniek.

Maar in plaats van te resulteren in afnemende druk op de wachtlijsten genereert de capaciteitsuitbreiding slechts een toenemende vraag. Het dilemma is derhalve het volgende. Doorgaan op de ingeslagen weg is niet alleen ideëel onwenselijk, maar brengt in financieel opzicht de grenzen van de groei in zicht. Het creëren van een parallel (als tweede spoor naast het bestaande), «concurrerend», zorgaanbod voor gehandicapten, dat participatie bevordert en tot substitutie uitnodigt, is als aanpak voor de korte termijn eveneens financieel onrealistisch.

Voor de relatief geringe groep mensen met een ernstige lichamelijke handicap, die zijn aangewezen op semimurale of intramurale verzorging, is er sprake van een ander beeld. Verwezen wordt naar de nota *In Beeld* (Kamerstukken II, 1992–1993, 22 682, nrs. 1–2).

In Noorwegen bijvoorbeeld is thans een wet in uitvoering, die het stichten of exploiteren van collectieve verblijfsvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap na 1997 verbiedt. Als gevolg van deze wet worden alle residentiële voorzieningen successievelijk, aan de hand van een vijfjarenplan, gesloten. De bewoners verhuizen naar gewone woningen, die zich alleen aan de binnenkant (extra toegankelijkheids-eisen, verblijfsunit voor verzorgend personeel) onderscheiden van andere huizen. Het gemiddelde aantal verstandelijk gehandicapten «onder één dak» is vijf.

2. Geleidelijk «Gewoon doen»

«Op basis van de uitgangspunten recht op wonen, keuzevrijheid, maatschappelijke participatie en vraaggericht zorgaanbod dient in de komende jaren een omslag tot stand te worden gebracht» (citaat: FvO, FIAD/Wdt, NVGz en SOMMA in: wonen van mensen met een verstandelijke handicap).

Met als baken de Noorse aanpak, die vanwege het radicale karakter ervan aantrekkelijk oogt maar toch gezien moet worden in de specifiek Noorse context, is het streven van de regering gericht op een geleidelijke, stapsgewijze benadering, maar gericht op hetzelfde doel.

De eerste stap is dat vanaf 1996 géén additionele middelen meer zullen worden ingezet voor zogenaamde *traditionele* uitbreidingen van inrichtingen voor zwakzinnigen en van gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten.

Met ingang van de datum van publikatie van een desbetreffend Ministerieel Besluit zal een selectieve heroverweging gelden voor 1) intra- of semimurale woonvoorzieningen die niet expliciet zijn afgestemd op de persoonlijke behoeften en de situatie van de betrokken mensen met een handicap, 2) woon- en dagvoorzieningen, te bouwen op terreinen van intramurale instellingen en 3) die dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten waarbij geen samenhang is aangetoond met intramurale zorg dan wel met de sociale werkvoorziening (zie paragraaf 1 hoofdstuk IV).

Voor de dagverblijven en de gezinsvervangende tehuizen zal in 1996 geen planningscirculaire meer worden verzonden naar de provincies

volgens het gebruikelijke concept. Tot dusver werd door middel van een jaarlijkse zogenaamde interimmaatregel van het ministerie van VWS aan de provincies gevraagd advies uit te brengen over de uitbreiding van de semimurale capaciteit. Daarbij gold de beschikbare financiële ruimte per provincie – uitgedrukt in plaatsen – als randvoorwaarde.

Uiteraard worden hierbij die initiatieven uitgezonderd, die in een zodanig stadium van uitvoering verkeren dat het intrekken van verklaringen of vergunningen, dan wel semimurale goedkeuringsdocumenten, strijdig zou zijn met de beginselen van behoorlijk bestuur. De behoefte aan semimurale voorzieningen voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten zal apart worden gezien (zie ook 5.C).

In plaats van «capaciteitsuitbreiding oude stijl» wordt het voor de komende jaren beschikbare accres gereserveerd voor zorgvernieuwing. Gelet op de wachtlijstproblematiek – diffuus maar nog steeds actueel – is de focus daarbij uiteraard primair gericht op 1) nieuwe zorgvragers, 2) substitutie en 3) flexibiliteit in het zorgaanbod.

Bij het aantreden van dit kabinet zijn voor het volksgezondheidsbeleid in het Regeerakkoord een aantal uitgangspunten vastgelegd. Daarbij is aangekondigd, dat ter uitwerking daarvan zo spoedig mogelijk een bestuurlijk en wetgevend kader aan de Kamer zou worden gepresenteerd. Inmiddels heeft de Tweede Kamer op 20 maart 1995 de brief «Uitwerking regeerakkoord zorgverzekeringen en kostenbeheersing» ontvangen. Bijlage bij die brief is het rapport van de Ambtelijke taskforce volumebeheersing en kostenbeperking – hierna te noemen het TVK-rapport. Een andere bijlage bij de brief van 20 maart 1995 schetst de lijnen langs welke de herziening van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zal kunnen verlopen.

Ook voor het gehandicaptenbeleid zijn deze documenten richtinggevend. Daarom zal bij het uitwerken (in paragraaf 3) van de plannen rond zorgvernieuwing in voorkomende gevallen gerefereerd worden aan de regeringsvoornemens respectievelijk gereageerd worden op het TVK-rapport. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de daarop volgende paragrafen over achtereenvolgens (paragraaf 4) beheerstechnische thema's en (paragraaf 5) gehandicapten met specifieke zorgvragen.

3. Zorgvernieuwing

3.A. Kleinschaligheid

In het verleden is in discussies over kleinschaligheid de term vaak gehanteerd in relatie tot de capaciteit van voorzieningen. Een cijfermatige benadering derhalve. In de optiek van het belang van een optimale keuzevrijheid van gehandicapten is de essentie van het begrip evenwel: het wonen in een gewone woning in een woonwijk. Als er sprake is van wonen met meer gehandicapten op dezelfde locatie moet dat aantal personen beperkt zijn. Daarbij staat een vóóraf bepaalde keuze door de gehandicapte voor de eventuele medebewoners en voor groeps-huisvesting van die omvang voorop.

Het is zeker niet op de eerste plaats de overheid die aandringt op veranderingen in de richting van genormaliseerd wonen. In toenemende mate geven mensen met een verstandelijke handicap ook zelf te kennen zelfstandig te willen bepalen hoe zij willen wonen en met wie. Dat is onder meer gebleken op het congres «Laat je zien, laat je horen» (21 april 1994; zie bijlage 3).

Ook de koepelorganisatie van de inrichtingen, de NVGz, heeft voorstellen geformuleerd, resulterend in een vervanging van 30% van de totale capaciteit van de inrichtingen door kleinschalige woonvormen over een periode van 10 jaar. Een dergelijke uitspraak kan worden beschouwd als een behoorlijke stap in de goede richting, los van de financiële overwegingen daaromtrent.

Voorts wordt het uitgangspunt van kleinschaligheid onderbouwd in verschillende rapporten, studies en basisnota's. Genoemd kunnen worden: «Gewoon doen» (Federatie van Ouderverenigingen, 1994), «Werken aan Wonen» (Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg, 1994), «De grenzen verkend» (Nationale Woningraad, 1994), «Op weg naar kleinschalig wonen» (NRV 1995), en *niet op de laatste plaats* de notitie «Wonen van mensen met een verstandelijke handicap» van de gezamenlijke koepels Federatie van Ouderverenigingen, de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg, FIAD/Wdt en SOMMA (1995).

Er tekent zich derhalve in de opvattingen over de manier waarop verstandelijk gehandicapten wonen een duidelijke omslag af. Die omslag wordt maatschappelijk breed gedragen en zal een vertaling krijgen in de beleidspraktijk van het ministerie van VWS.

De regering stelt zich voor kleinschaligheid in bovengenoemde zin voortaan in alle mogelijke opzichten te stimuleren en te faciliteren.

Voor de gezinsvervangende tehuizen is al gedurende langere tijd een proces gaande van verdergaande deconcentratie van de huisvestings-situaties.

Aan de orde is met name de vraag welke belemmeringen in dit verband weggenomen moeten worden in het instrumentarium van de op de inrichtingen voor zwakzinnigen betrekking hebbende Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

De Rijksoverheid zal, ook na herziening van de WZV, betrokken blijven bij nieuwbouwinitiatieven, hetzij uitbreiding, hetzij vervanging, van qua investering grootschalige initiatieven.

Voor die initiatieven zijn de bestaande normen en richtlijnen echter nog niet afgestemd op kleinschalig wonen. De richtlijnen ex artikel 3 van de WZV zullen dan ook, specifiek voor deze sector, worden aangepast. Er is behoefte aan een geactualiseerd beoordelingskader waarin die aanpassing zal worden voorbereid met medeneming in dat kader van de thans nog als semimuraal aangeduide bouwinitiatieven.

Een apart punt van aandacht daarbij wordt gevormd door de eventuele financiële consequenties van een versnelde doorvoering van kleinschaligheid in het bestaande bestand. Daarbij is het overigens maar de vraag of kleinschalige huisvesting van gehandicapten op zich leidt tot meerkosten. Hierover bestaan verschillen van opvatting.

In elk geval zal een stimulans aan het veld gegeven worden om te komen tot een gerichte omzetting van (delen van) de huidige capaciteit in kleinschalige huisvesting. Daarbij zal, binnen de mogelijkheden van het Regeerakkoord, rekening worden gehouden met frictiekosten in de zin van eenmalige, maar gelijktijdig optredende kosten van afbouw en opbouw.

Die stimulans aan de zorgaanbieders zal om te beginnen gericht zijn op die instellingen die daar op basis van een nadere inventarisatie voor in aanmerking komen. Dat kan het geval zijn op grond van de bouwkundige situatie van de huidige accommodatie of bijvoorbeeld op grond van de leeftijdsopbouw van het huidige bewonersbestand en de op grond daarvan te verwachten mutaties op middellange termijn.

Begin 1996 zal de Kamer een plan van aanpak worden voorgelegd, waarin wordt aangegeven hoe de invulling van een dergelijke stimulans in de tijd gezien gestalte kan krijgen, alsmede welke regeltechnische en financiële condities hierbij in het geding zijn.

3.B. Zorgvernieuwingsfonds sector gehandicapten

In de brief van 20 maart 1995 aan de Kamer is gesteld dat de voorstellen van de TVK om te komen tot zorgvernieuwingsfondsen worden overgenomen. In het verband van het gehandicaptenbeleid leidt ons dat tot de volgende besluiten.

Het TVK-rapport noemt een groot aantal regelingen, thans zijnde (subsidie) regelingen van de Ziekenfondsraad, die kunnen worden ingetrokken en waarvan de middelen kunnen dienen ter voeding van het in te stellen zorgvernieuwingsfonds. Veel van deze regelingen zijn in de loop der jaren tot stand gekomen in de verwachting dat de betrokken zorgactiviteiten in het bestaande verstrekkingstelsel zouden worden geïncorporeerd.

Het zorgvernieuwingsfonds voor de sector gehandicapten wordt een fonds waarbinnen consumenten, aanbieders en verbindingkantoren contracten kunnen afsluiten over te entameren projecten voor gehandicapten. Naast de door de overheid door aanbod- en prijsbeheersing gereguleerde aanspraken, wordt door de introductie van een zorgvernieuwingsfonds een flexibele zorgverlening bevorderd. Dat zal bij voorkeur via de weg van persoonlijke budgetten dienen te verlopen. Bij de vormgeving van het zorgvernieuwingsfonds zal er voor gewaakt worden dat in de regio's geen onnodige bureaucratische effecten optreden.

Aangezien dat laatste als vanzelfsprekende voorwaarde kan worden beschouwd zij hierbij opgemerkt dat het gaat om een optimaal evenwicht tussen uitvoerings- en controle-aspecten enerzijds, en anderzijds aspecten van zorg-op-maat en consumentensoevereiniteit.

Voor de markt van zorgaanbieders is het overigens van belang ten aanzien van het fonds dusdanige bepalingen te formuleren dat de thans gesubsidieerde dan wel gecontracteerde zorg voor althans een overgangperiode op een bepaalde continuïteit kan rekenen. Het gaat immers vaak om accommodatiegebonden zorg (kapitaalslasten) in bijvoorbeeld logeerhuizen of kort-verblijfhuizen. Voorkomen dient te worden dat de huidige (jaarlijkse) subsidiestromen bij het van kracht worden van het zorgvernieuwingsfonds onmiddellijk ter discussie komen te staan. De staatssecretaris van VWS voert hierover overleg met de veldorganisaties.

Met deze lijn van besluitvorming wordt overigens voor een deel tegemoet gekomen aan het advies van de Ziekenfondsraad d.d. 24 november 1994, inzake een regeling voor niet-voorzieningsgebonden zorgaanspraken, in de zin van het voor een belangrijk deel saneren van een groot aantal subsidieregelingen.

Het mag hierbij duidelijk zijn dat de zorg gebaat is bij een voortgaand proces van schaaloptimalisering, dat wil zeggen een proces waarbij zorgaanbieders op regionaal niveau elkaar vinden in samenwerkingsverbanden of fusies teneinde tot een groter draagvlak en grotere doelmatigheid te geraken.

De inventarisatie van de TVK van regelingen die in het fonds kunnen opgaan omvat vrijwel alle relevante regelingen op het punt van het

verstandelijk en lichamelijk gehandicaptenbeleid, behalve die voor de Kinder Gezinsvervangende Tehuizen. Het betreft de volgende regelingen en bedragen:

Logeerhuizen	9 miljoen
Dagverpleging zwakzinnigeninrichtingen	9 miljoen
Vrije margeregeling GVTen en intramuraal	100 miljoen (1)
Sociaal Pedagogische Zorg	77 miljoen (2)
Begeleid Zelfstandig Wonen	14 miljoen
Kort-verblijfhuizen	17 miljoen
Dagbesteding	7 miljoen
Continuïteitsgarantie PGB	5 miljoen (3)
Consulententeams	16 miljoen
Aandeel in de 1,3% groei	p.m. (4)
Totaal	254 miljoen

Ten eerste dient te worden onderstreept dat in de onderhavige paragraaf van deze nota een verdere uitwerking gegeven is aan het Bestuurlijk en Wetgevend Programma voor de Zorgsector dat de Kamer eerder heeft bereikt.

Doorlopend is hierbij allereerst de afweging in het geding in hoeverre de huidige subsidieregelingen ex artikel 39 WFV, waar dat mogelijk is, kunnen of dienen te worden omgezet in een aanspraak voor verzekerden ex AWBZ. Tenslotte is hier een premie-structuur, dus een mogelijk verzekerd-recht aan de orde.

Het zorgvernieuwingsfonds biedt natuurlijk het voordeel van flexibiliteit en vernieuwing, anderzijds scheidt een dergelijke constructie geen structureel recht voor verzekerden.

Daarom zijn, bij nadere concretisering van het TVK-voorstel, de volgende overwegingen aan de orde.

De vrije marge-regeling GVTen (1) is ook van toepassing op de woonvormen (GVTen) voor lichamelijk gehandicapten. Het zorgvernieuwingsfonds, voornamelijk bedoeld voor verstandelijk gehandicapten, zal ook worden opengesteld voor die lichamelijk gehandicapten die zijn aangewezen op een woonvorm of een activiteitscentrum voor die categorie.

Het beschikbare bedrag voor de SPDen (2) moet verminderd worden met een bedrag voor indicatiestelling en informatievoorziening.

Het ligt in de rede het bedrag voor de continuïteitsgarantie van het PGB (3) in het fonds te oormerken, aangezien het hier gegarandeerde betalingen betreft.

(4) Bedoeld is het financiële volume van de planningsmiddelen ex TVWMD en WZV.

Het in het leven roepen van het zorgvernieuwingsfonds kan de indruk wekken, dat er in de zorg voor gehandicapten een tweedeling ontstaat. Enerzijds blijft er een zorgaanbod bestaan middels de klassieke verstrekkingen inrichting, dagverblijf en gezinsvervangend tehuis, dat op termijn onder één planningsregiem zal vallen (zie het op 20 maart 1995 gepresenteerde wetgevend en bestuurlijk programma).

Anderzijds ontstaat er een zorgaanbod bekostigd vanuit het vernieuwingsfonds.

De roep om «transmurale» en dus schotten-slechtende zorg, wordt via de hierboven weergegeven maatregelen nog niet volledig gehonoreerd. Van een harmonisering van tarievenstelsels intra- en semimuraal is in relatie hiermee immers nog niet sprake. Ook het probleem van de dubbele verstrekking blijft in dit verband vooralsnog voortbestaan.

Dat transmurale perspectief kan enerzijds gevonden worden in een geleidelijke verschuiving van het gebruik van de beschikbare middelen door substitutie in de richting van het vernieuwingsfonds, dat, bij een positieve evaluatie, een wettelijke basis dient te krijgen. Het regelen van zorgvernieuwing op subsidietitel wordt derhalve – onder voorbehoud – als overgangssituatie gezien.

De huidige substitutieregelingen zullen wat dat betreft vooralsnog worden gecontinueerd.

Daarnaast, en dat lijkt ons een evenwichtige aanvulling op het plan voor een zorgvernieuwingfonds dat mede zal dienen voor de bekostiging van persoonsgebonden budgetten, zal binnen de randvoorwaarden van het eerder genoemde Bestuurlijk en Wetgevend Programma worden bezien op welke wijze het huidige stelsel van wettelijke aanspraken voor gehandicapten in de AWBZ, en het daarmee corresponderende tariefstelsel, kan worden geharmoniseerd, c.q. worden aangepast aan de geldende opvattingen over zorgverlening.

Met name zal daarbij worden bezien of en in hoeverre gekomen kan worden tot een generaal stelsel van aanspraken dat is gebaseerd op een onderscheid tussen wonen en dagbesteding, met als uitgangspunt een gedifferentieerde zorgtoewijzing op basis van de hulpvraag.

Dat betekent dat de wenselijkheid van het wegnemen van het onderscheid in regelgeving, waar mogelijk, tussen dagverblijven, gezinsvervangende tehuizen en inrichtingen wordt onderkend.

In dat verband is het tevens denkbaar dat sommige van de thans nog gesubsidieerde activiteiten niet bij voorbaat zullen opgaan in het zorgvernieuwingfonds, maar via een (relatief eenvoudige) wetswijziging in de omschreven aanspraken worden verdisconteerd. Dat laatste wordt hierna kort beschreven voor de gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapte kinderen. Niettemin gelden overeenkomstige overwegingen, met betrekking tot het vastleggen als aanspraken, bijvoorbeeld ook voor de functie dagverpleging in zwakzinnigeninrichtingen of voor de kort-verblijftehuizen. In de desbetreffende adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad over onder meer het in te stellen zorgvernieuwingfonds zal dit nader worden uitgewerkt.

3.C. Persoonsgebonden budgetfinanciering

Waar mensen zijn aangewezen op zorg- en dienstverlening, is het beleid gericht op emancipatie en het wegnemen van bevoogding. De rol van burgers zou die van een zelfbewuste en kritische consument moeten zijn, een consument die keuzen maakt op basis van kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid. Persoonsgebonden budgetfinanciering (PGB) is een bij uitstek geschikt instrument om deze beleidsomslag tot stand te brengen. Het streven is dan ook tot een zo breed mogelijke invoering van PGB te komen.

Om te voorkomen dat de onderscheiden financieringssystemen in de sector onbedoeld ontregeld raken, zal PGB geleidelijk worden ingevoerd.

Op dit moment wordt in verschillende sectoren van de AWBZ-bekostigde zorg geëxperimenteerd met PGB. Voorbeelden zijn de thuiszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.

De FvO heeft in haar visienota «Gewoon doen» van mei 1994 aanbevelingen voor PGB geformuleerd. Er worden vier stappen onderscheiden.

- Volwassen mensen met een verstandelijke handicap hebben een eigen inkomen (inkomsten uit arbeid en/of een AAW-uitkering).
- Voor gezinnen met een gehandicapt kind zou een participatietegemoetkoming van maximaal f 15 000,- beschikbaar moeten zijn.
- Vormen van zorg, dienstverlening, begeleiding in de arbeidssituatie, hulpmiddelen en woningaanpassing die niet vallen onder de participatie

tegemoetkoming, zouden na indicatiestelling moeten worden verstrekt in de vorm van PGB.

- Bepaalde voorzieningen (onafhankelijke indicatieteams, zorgconsulenten etcetera) zouden met AWBZ-financiering «paraat beschikbaar» moeten blijven.

Over het persoonsgebonden budget is de Kamer bij brief van 9 maart 1995 reeds nader geïnformeerd in algemene zin (Kamerstukken II, 1994–1995, 23 904, nr. 13). Een brief waarin beleidsinhoudelijk nader op de materie wordt ingegaan verkeert in een laatste stadium van voorbereiding. Daarnaast mag worden verwezen wat betreft de algemene aspecten van PGB.

Voorts is het van belang te wijzen op het gegeven, dat de financiële ruimte voor de introductie van het PGB vanaf het jaar 1996 gevonden zal worden binnen het in te stellen zorgvernieuwingsfonds sector gehandicapten. Gezien de onder punt 3.B voorgestelde voeding van dat fonds: namelijk bestaande subsidieregelingen, vrije-marge middelen, en de waar mogelijk vrij te maken middelen uit planning- en bouw gelden is er, als een eerste start, voldoende financiële ruimte aanwezig ten behoeve van de persoonsgebonden financiering.

Gelet op de huidige allocatie van bedoelde subsidie- en vrije-marge middelen zal een conditie bij de te formuleren regeling ten aanzien van het zorgvernieuwingsfonds evenwel zijn, dat, als het gaat om aanspraken op een PGB, die vorm van financiering voorrang heeft.

Over de aanbevelingen van de Federatie van Ouderverenigingen, die niet in de twee eerdergenoemde brieven aan de Tweede Kamer over PGB aan de orde zijn gekomen, zal in het voorjaar van 1996 gerapporteerd worden in het kader van de eerste voortgangsrapportage over dit actieprogramma.

3.D. *Wonen en zorg onderscheiden*

De discussie over de verhouding tussen enerzijds de functie wonen en anderzijds de functie zorg is tot dusver vooral gevoerd op het terrein van het ouderenbeleid (voorstellen commissie-Welschen). De NRV-discussienota *Huisvesting met zorg*²⁴ heeft nog eens onderstreept dat dit thema ook in andere zorgsectoren aan de orde kan zijn. Het meergenoemde rapport «*Wonen van mensen met een verstandelijke handicap*» van de besturen van SOMMA, de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg (NVGz), de FIAD/Wdt en de Federatie van Ouderverenigingen (FvO) sluit daarbij aan.

Juist mensen die in een kwetsbare positie verkeren, in dit geval vanwege een handicap, zijn erbij gebaat als de verantwoordelijkheden voor enerzijds de dienstverlening en anderzijds de huisvesting in handen van verschillende instanties wordt gelegd. Zeggenschap in één hand vergemakkelijkt uiteraard het beheer, maar vergroot de afhankelijkheid van de zorgvrager.

In de sector zorg voor verstandelijk gehandicapten is al weer enige tijd een verschuiving zichtbaar van intramurale naar semimurale en meer zelfstandige, genormaliseerde woonvormen. Uiteraard is dit een geleidelijk proces, waarbij uiteindelijk altijd een bepaalde behoefte aan intramurale vormen over zal blijven.

Er is de laatste jaren wat dat betreft al veel gebeurd als het gaat om kleinschaliger wonen voor verstandelijk gehandicapten.

²⁴ *Huisvesting met zorg; discussienota over de relatie tussen zelfstandig wonen en intramuraal verblijf*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 31 mei 1994.

Een aantal woningcorporaties heeft inmiddels ervaring opgedaan met het huisvesten van deze voor hen nieuwe doelgroep. Het punt is evenwel, dat het overzicht ontbreekt en de opgedane ervaringen niet algemeen toegankelijk zijn.

Om de wensen en mogelijkheden van genormaliseerd wonen voor verstandelijk gehandicapten goed in beeld te krijgen, zijn van verschillende kanten al initiatieven genomen.

- De SEV heeft in haar programma voor de komende jaren plaats ingeruimd voor het project *Genormaliseerde woon-/leefsituatie verstandelijk gehandicapten*. De kosten hiervan worden gefinancierd door VWS en VROM. De SEV zal in de eerste plaats gerealiseerde voorbeelden van innovatieve projecten in beeld brengen en met name vanuit volkshuisvestelijke optiek belichten. Vervolgens wil de SEV participeren in het stimuleren van nieuwe ontwikkelingen die gaten in het aanbod vullen en meer lijn in het aanbod brengen.
- In een samenwerkingsverband van de provincie Flevoland, VWS, VROM, zorgaanbieders en verzekeraars is in januari 1994 het onderzoek *Zorginnovatie en wonen van start* gegaan. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Groningen. In de eerste fase van het onderzoek is geïnventariseerd wat de mogelijkheden zijn binnen de huidige regelgeving van een eventuele scheiding tussen wonen en zorg. In de tweede fase zal bij wijze van experiment in de provincie Flevoland een concreet woonproject voor verstandelijk gehandicapten worden gerealiseerd.

De in het kader van het zorgvernieuwingsfonds te implementeren activiteiten kunnen een vertrekpunt zijn voor een vervolgtraject.

Een denkbaar sturingselement ligt daarbij in het gegeven van de eigen-bijdrage-regelingen.

Het rapport van de meer aangehaalde TVK pleit voor de introductie van bijdrageregelingen, ook waar het betreft zorgverlening in het kader van het vernieuwingsfonds. Het laat zich aanzien dat er een uitwerking gevonden kan worden die er in voorziet dat er een positieve prikkel van het bijdragesysteem uitgaat naar gehandicapten die zelf voorzien in hun huisvestingslasten. Op termijn kan een dergelijk systeem vervolgens doorwerking krijgen in de gezinsvervangende tehuizen, de sociowoningen en daarmee vergelijkbare woonvormen.

Anders gezegd, het onderscheiden in deze sector van wonen en zorg moet geleidelijk aan, door stimulansen in het kader van de eigen bijdragen, en dus de inkomens van gehandicapten, zijn weg vinden.

4. Onderhoud en beheer van het zorgsysteem

4.A. Indicatiestelling

De kern van wat het Taskforcerapport opmerkt inzake indicatiestelling is dat indicatiestellers op dit moment hoofdzakelijk naar zichzelf verwijzen. Mede om die reden wordt een onafhankelijke regionale indicatiestelling bepleit.

Landelijk zullen regels worden opgesteld die bij de indicatiestelling in acht moeten worden genomen. Daarbij gaat het in elk geval om regels ten aanzien van de samenstelling van de indicatiecommissie en om procedureregels. Voorts zullen die regels een uitwerking moeten bevatten van een normering van de zorgbehoefte naar aard en ernst ervan, alsmede regels voor de urgentiebepaling. Als urgentiebepalende factor wordt in elk geval aangemerkt de opvangmogelijkheden in de directe omgeving van de gehandicapte.

In de verstandelijk gehandicaptensector zullen dergelijke normeringen aan moeten sluiten bij het recent in werking getreden Zorgregistratiesysteem. Wat betreft de praktische vertaling van geïndiceerde zorg in geld zal verbinding moeten worden gelegd met de in het kader van de introductie van het PGB te ontwikkelen «inschalingsystemen».

Het TVK-rapport acht het in de rede liggen de verantwoordelijkheid voor indicatiestelling te leggen bij de SPDen. «Verantwoordelijk voor» is dan niets anders als verantwoordelijk voor de organisatie en de secretariële ondersteuning van het indicatiestellingsproces. De indicatiecommissie zelf zal uit van de SPD onafhankelijke deskundigen moeten bestaan.

4.B. Sociaal pedagogische diensten

SPDen behartigen de categoriale ambulante dienstverlening. Anders dan de intra- en semimurale voorzieningen zijn de ambulante functies van de SPDen niet als verstrekking geregeld. Er is een afzonderlijke subsidieregeling voor de maatschappelijk werkfunctie en voor de praktisch-pedagogische gezinsondersteuning annex vroeghulp. Andere functies van de SPDen zijn in aparte regelingen ondergebracht.

Begeleid zelfstandig wonen, dat ook andere uitvoerders kent dan SPDen, is ondergebracht in een aparte subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. De consulentschappen arbeidsintegratie en Gespecialiseerd Jeugd- en Volwassenenwerk worden bekostigd uit de begroting en vallen onder de Welzijnswet.

De TVK heeft voorgesteld om de functies van de SPDen die nu door de AWBZ gesubsidieerd worden in twee delen te onderscheiden. De activiteiten die direct of indirect verband houden met de indicatiestelling worden in een aparte subsidieregeling ondergebracht. Het overige deel wordt opgenomen in het zorgvernieuwingsfonds. In deze voorstellen is er geen sprake van een wettelijke regeling van de ambulante functies als verzekeringsaanspraak. Ook wordt niet voorzien in een overheveling van genoemde consulentschappen van de begroting naar AWBZ-financiering.

De Ziekenfondsraad zal om advies gevraagd worden over de wijze waarop bovengenoemde voorstellen kunnen worden uitgewerkt. Daarbij zal tevens aan de Ziekenfondsraad gevraagd worden om aan te geven of op deze wijze is gewaarborgd dat het pakket verzekeringsaanspraken voor mensen met een verstandelijke handicap voldoende evenwichtig recht doet aan de verscheidenheid van behoeften van betrokkenen, inclusief de functie van de zorgconsulent waarover onlangs een NRV-advies verschenen is.

4.C. Regio-indeling

Voor de indeling van het land in regio's die moet dienen als verdeelsleutel voor het zorgvernieuwingsfonds en de bijbehorende aanwijzing van verbindingskantoren zal worden aangesloten bij de ordening van de WZV-regio's. De reden daarvoor is dat die laatste indeling de toedeling van de groei van voorzieningencapaciteit bepaalt zodat de toewijzing van middelen aan zorgvernieuwing daarmee in samenhang moet zijn, gelet op het totale aantal inwoners van eenzelfde gebied.

Een tweede reden is dat voor het voeren van een adequate regionale regie in het kader van nieuwe beleidsmaatregelen, een strakkere benedengrens voor de omvang van de werkgebieden gewenst is. Dat geldt met name voor de invoering van persoonsgebonden budget-financiering.

Een derde reden is gelegen in de beleidsmatige samenhang tussen de verstandelijk gehandicaptenzorg en andere werkvelden zoals de psychiatrie.

Een en ander zal gevolgen hebben voor de indeling van het land in SPD-

dan wel ROZ-regio's, wat de gebruikelijke regionale ordeningen zijn in de verstandelijk gehandicaptensector. Het aantal regio's in deze sector zal daardoor van 38 teruggaan naar 28.

4.D. Intensiever gebruik erkenningsinstrument

Het TVK-rapport beveelt ten behoeve van beleidsmatige sturing een intensiever gebruik van het erkenningsinstrument aan. Daar waar de budgettering van WZV-instellingen wordt uitgebreid met investeringsprocessen (die nu nog via verkorte procedures lopen) vervalt de mogelijkheid om voorwaarden aan de vergunning te verbinden. Dat zou dan in het vervolg via de erkenning kunnen geschieden.

De hierboven aangeduide gewijzigde visie op intramuraal bouwen ten gunste van kleinschalige zorg kan in erkenningsvoorwaarden worden vastgelegd.

Daarvoor is dan een Algemene Maatregel van Bestuur (op grond van artikel 8 AWBZ) vereist. Deze AMvB zou voorwaarden moeten stellen aan spreiding, omvang, situering en vormgeving van woon- en dagopvangvoorzieningen. De maatregel dient dan van toepassing te zijn op zowel de onderhouds/renovatie- en vervangingsinitiatieven die onder de melding nieuwe stijl gaan vallen, als op (vervangende) nieuwbouw.

Naast de eventuele formulering van een dergelijke AMvB zullen, zoals eerder opgemerkt, de huidige WZV-richtlijnen evenwel niet ongewijzigd blijven.

De bedoelde aanbeveling uit het TVK-rapport inzake het erkenningsinstrument zal daarom met enig voorbehoud worden gezien aangezien wellicht volstaan kan worden met de wijziging van de WZV-richtlijnen. Bovendien (zie hieronder) zullen de thans bestaande stelsels erkenningsnormen voor de semimurale sector op termijn juist worden ingetrokken, hetgeen zich slecht verhoudt tot het min of meer gelijktijdig creëren van een nieuw stelsel van erkenningsvoorwaarden.

4.E. Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD)

De TVWMD, ooit tot stand gekomen in een periode dat daartoe aanleiding was, als wet ter behartiging van de belangen van vormen van maatschappelijke dienstverlening die onder de AWBZ werden gebracht, is verouderd.

De wet kent een aantal instrumenten, in de werking waarvan inmiddels op een andere wijze is of kan worden voorzien.

Inzake de indicatiestelling heeft de wet geen toegevoegde waarde meer ten opzichte van de AWBZ dan wel ten opzichte van hetgeen hierboven over indicatiestelling als voornemen is vermeld.

Het toezicht op TVWMD-instellingen is al geruime tijd geleden ondergebracht bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Ook die paragraaf van de wet heeft derhalve geen extra waarde meer.

Wat betreft de planning kan verwezen worden naar hetgeen daarover is opgemerkt in de bijlage bij het Regeringsstandpunt van 20 maart 1995 over de uitwerking van het Regeerakkoord. Daarin is vermeld dat de planning van gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor gehandicapten zal worden betrokken bij de te dereguleren WZV, overigens met behoud van de in de semimurale sector verworven simpele en kortlopende procedures.

Een specifiek bouwbeleid op grond van de TVWMD is nooit ontwikkeld, zij het dat praktische procedures bestaan die hun nut bewezen hebben.

Er bestaan op grond van de TVWMD twee stelsels van erkenningsnormen (dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen). Indien en zodra de Kwaliteitswet zorginstellingen door het parlement aanvaard zou worden dienen deze normen te worden ingetrokken. De erkenning van instellingen geschiedt dan nog slechts op grond van artikel 8 AWBZ.

Het voorstel is derhalve om de TVWMD, indien en zodra de Kwaliteitswet door het parlement aanvaard wordt, in te trekken.

4.F. Kindergezinsvervangende tehuizen (KGVTen)

De ZFR-subsidieregelingen voor de KGVTen voor zowel verstandelijk als lichamelijk gehandicapten zullen niet opgaan in het zorgvernieuwingsfonds.

Teneinde het aantal regelingen te reduceren, en de verstrekkingssystematiek verder te ordenen zullen deze vormen van hulpverlening worden ondergebracht in de huidige AWBZ-verstrekking opname en verder verblijf in een gezinsvervangend tehuis.

Dat betekent het aanpassen van het Besluit Nadere Regels Zorgaanspraken AWBZ, en het aanpassen van de Erkenningsnormen voor gezinsvervangende tehuizen op grond van de TVWMD. Hiermee wordt de AWBZ niet uitgebreid met nieuw aanbod, wel wordt het bestaande aanbod, met budgettaire neutraliteit als uitgangspunt, opnieuw gedefinieerd.

Feitelijk komt het er op neer dat de thans aanwezige leeftijdsgrens in de GVT-verstrekking wordt geëlimineerd.

Ook de in COTG-verband aanwezige richtlijnstelsels voor GVTen respectievelijk KGVTen kunnen met elkaar worden geharmoniseerd.

Wat betreft de planning is het kader hierboven reeds geschetst in termen van een integratie van de planning van GVTen en dagverblijven in de te dereguleren WZV, alsmede in de termen van de selectieve heroverweging.

4.G Cumulatie eigen bijdragen AWBZ

In de bijlage Volksgezondheid bij het Regeerakkoord van 13 augustus 1994 wordt aangekondigd, dat het eigen risico aan de voet de eigen bijdrage vervangt die cumulatief uitwerken, zoals voor de kunst- en hulpmiddelen. Inmiddels is op 20 maart 1995 in het regeringsstandpunt over het TVK-rapport voor wat betreft de harmonisatie van de eigen bijdragen in de zorgsector daar nadere uitwerking aan gegeven (Kamerstukken II, 1994–1995, 24 124, nrs. 1–2, blz. 43/44). Zoals aangekondigd krijgt dit traject nog een nader vervolg.

5. Gehandicapten met specifieke zorgvragen

5.A. Mensen met een verstandelijke handicap en een bijzondere gedragsproblematiek

In de zorg voor verstandelijk gehandicapten is de gedragsproblematiek een belangrijk aandachtspunt. Dit vraagstuk is van betekenis voor de gehele sector van licht verstandelijk gehandicapte jongeren enerzijds tot ernstig verstandelijk gehandicapten anderzijds. De afgelopen tien jaar zijn tal van maatregelen genomen om een betere behandeling en daarmee een beter bestaan van betrokkenen te bewerkstelligen. Een overzicht van die maatregelen is vervat in onderstaande tabel. Daarnaast is in het kader van het preventiebeleid de opvoedingsondersteuning van ouders met een verstandelijk gehandicapt kind geïntensiveerd.

Overigens is dit de plaats om te vermelden, in het kader van de totale positionering van de intramurale gehandicaptenzorg, dat een onderzoek zal worden gefaciliteerd, in NZf-verband, naar de verschillen in personele bezetting tussen de diverse zorgsectoren.

Overzicht en verloop van uitgaven (x f 1 miljoen per jaar) op het terrein van ernstige gedragsproblematiek bij verstandelijk gehandicapten

Vijf consultantenteams	21,63
Financiering vijf behandelingsinstellingen	12,7
Crisisinterventie	8,5
Preventie	1,0
Ambulante hulp en deeltijdbehandeling	0,5
Onderzoek «very intensive care»	0,25
Intensieve pleegzorg	0,25
Achtervang	0,72
Traject geestelijke gezondheidszorg	0,1
Experiment met (19) verblijfplaatsen SGLVG	1,0
Experimentele plaatsen in de Winkelsteegh	P.M.
Totaal	46,65 + P.M.

Het grote aantal en de verscheidenheid van de getroffen maatregelen hebben hun oorzaak in twee factoren. Op de eerste plaats is de gedragsproblematiek een fenomeen met veel oorzaken en verschijningsvormen. Op de tweede plaats is de systematische aandacht voor dit onderwerp nog betrekkelijk recent, waardoor het accent in het beleid vooral gelegen heeft op experimentele projecten van diverse aard.

De vraag is thans aan de orde hoe tot integratie van de verschillende beleidssporen te geraken.

Door de geschakeerdheid van de regelingen is er namelijk het gevaar van incongruentie qua doelstelling en systematiek. In dit verband is onder meer actueel of er niet sprake is van een te sterke onderscheiding van maatregelen voor licht en ernstig verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen. Dit onderscheid is namelijk niet altijd makkelijk te maken c.q. opportuun. Veel maatregelen zijn ook onderling substitueerbaar en kunnen daarom beter in één regie worden samengevoegd. Tevens dient gewaakt te worden voor een ongelijke spreiding van de totaliteit van de gelden, die met de diverse – vaak regionaal gerichte – beleidsmaatregelen zijn gemoeid.

Het verdient aanbeveling na te gaan of de systematiek van de beoogde regionale zorgvernieuwingsfondsen kan dienen voor herordening op dit terrein. Samenvoeging en verdeling over deze fondsen van alle of het merendeel van de gelden die in bovenstaande tabel zijn genoemd, waarborgt een goede spreiding over het land. Teneinde zeker te stellen dat deze gelden voor het belangrijke doel van behandeling van gedragsproblematiek gereserveerd blijven, dient hiervoor binnen de fondsen dan wel oormerking plaats te vinden. Het functioneren van de huidige specialistische bovenregionale voorzieningen zoals de consultantenteams en de behandel eenheden in instellingen, wordt dan afhankelijk van het beroep dat vanuit de regio's – belegd met gelden – op deze voorzieningen wordt gedaan.

Ook denkbaar is de rechtstreekse financiering van bovenregionale voorzieningen geheel of gedeeltelijk te continueren en alleen de overige gelden, die nu zijn gemoeid met maatregelen in relatie tot gedragsproblematiek, aan de zorgvernieuwingsfondsen toe te voegen.

Er zijn in Nederland 22 orthopedagogische centra voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (formeel debieleninternaten genaamd). De totale capaciteit bedraagt 2 057 plaatsen (cijfers per 1-7-1994). Deze

voorzieningen bieden orthopedagogische behandeling aan licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met gedragsproblemen. Twee instellingen, Groot Emaus en De Beele, hebben een landelijke («achtervang-»)functie, gericht op intensieve behandeling. De totale capaciteit van deze instellingen bedraagt respectievelijk 251 en 84; aan achtervangcapaciteit hebben deze instellingen respectievelijk 175 en 79 plaatsen. Het aantal (door de instelling zelf als zodanig aangemerkte) zogenaamde besloten plaatsen bedraagt voor Groot Emaus 35 plaatsen; De Beele heeft geen besloten opvang- en behandelingsmogelijkheden.

Bij bijna de helft van de plaatsingen in LVG-instellingen is sprake van een jeugdbeschermingsmaatregel. Jongeren met ernstige problematiek verblijven zowel in de twee achtervanginstellingen als in de overige LVG-instellingen. De verblijfsduur in de LVG-instellingen is gemiddeld 3 jaar. Meer dan de helft van de jongeren gaat na behandeling naar huis, danwel gaat wonen in een gezinsvervangend tehuis (GVT) (14%) of gaan naar een andere LVG-instelling (7%) (NZI, 1994).

De LVG-instellingen kampen met een aantal knelpunten. Deze knelpunten worden in de nota «Vorm en Kleur», zijnde het in maart 1995 verschenen standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg (NVGz) over de LVG-instellingen, aangegeven.

Het belangrijkste knelpunt vormt de druk op de LVG-voorzieningen, die zichtbaar wordt in de wachtlijsten.

Het bezettingspercentage van de LVG-instellingen is ruim 100%. De doorloopsnelheid is 30% per jaar. De wachtlijst bedraagt 30%. In de nota «Vorm en Kleur» wordt vermeld dat er op 1-7-1994 sprake was van een (netto) tekort van 447 plaatsen (22% van de totale capaciteit). Voor de achtervanginstellingen bedroeg de wachtlijst 136 jongeren (40%). Ook voor vervolgsplaatsen bestaan wachtlijsten. Zo wordt in «Vorm en Kleur» vermeld dat er op 1-7-1994 257 jongeren waren die op een GVT-plaats wachtten. De totale wachtlijst bedroeg 700 (inclusief de wachtenden op een vervolgsplaats).

De stagnerende doorstroming vanuit de LVG-instellingen beperkt de beschikbare capaciteit voor nieuwe aanmeldingen. Vanwege het onvoldoende beschikbaar zijn van vervolgo oplossingen (waaronder GVT-capaciteit) bezetten teveel uitbehandelde jongeren een plaats in de LVG-instellingen.

De Kamer zal ongeveer gelijktijdig met dit *meerjarenprogramma* een beleidsbrief ontvangen over de opvang en plaatsing van licht verstandelijk gehandicapte jongeren met gedragsproblematiek. Voor meer specifiek op dit onderwerp toegesneden informatie mag naar die brief worden verwezen.

5.B. Mensen met een zintuiglijke handicap

Er is sprake van een omvangrijke groep van circa 450 000 mensen met (zeer) ernstige zintuiglijke beperkingen (290 000 auditief en 160 000 visueel gehandicapt).

Deze groep is zeer gedifferentieerd en omvat vele specifieke doelgroepen: doven, slechthorenden, blinden, slechtzienden, dubbelgehandicapt (combinaties van auditieve en visuele handicaps) en meervoudig gehandicapt (combinatie van zintuiglijke/communicatieve beperkingen met motorische, cognitieve en gedragsbeperkingen).

Het gegeven van vele specifieke doelgroepen die elkaar overlappen stelt bijzondere eisen aan de afstemming tussen vraag en aanbod alsmede de spreiding (schaal) van het zorgaanbod.

In het in 1993 uitgebrachte ZFR-advies inzake de zorgverlening zintuiglijk gehandicapten (juni 1993) wordt dan ook een geïntegreerde regeling bepleit die het totale zorgcluster (de huidige AWBZ-verstrekkingen) voor visueel en auditief gehandicapten (inclusief de spraak-/taalgehandicapten) omvat en moet resulteren in functiegericht zorgaanbod (integrale zorg).

De Ziekenfondsraad heeft dit advies, gezien de destijds heersende onzekerheden over vorm, inhoud en tempo van de stelselherziening, evenwel bestempeld als een «technisch» advies.

Ook in het NRV-advies «Communicatie Verzekerd» (1993) wordt een multidisciplinaire benadering en samenhangende regeling van zorg voor zintuiglijk (communicatief) gehandicapten bepleit omdat de aard van de zorg(-behoefte) identiek is en in essentie de vraag omvat naar diagnostiek, het aanleren van communicatieve vaardigheden, het kunnen volgen van onderwijs en specifieke hulpverlening/zorg bij specifieke probleemsituaties.

Aangezien circa 50% van de zintuiglijk gehandicapten tevens andere fysieke beperkingen heeft, is een goede afstemming op de zorg voor lichamelijk gehandicapten (verzorging en verpleging) en de revalidatiezorg van groot belang.

In verband hiermede is er behoefte aan een integrale regeling van de zorg voor zintuiglijk gehandicapten die fasegewijs tot stand zal moeten komen.

De eerste fase betreft het indienen van een – in verband met de gewijzigde uitgangspunten betreffende de inrichting van het verzekeringsstelsel – aanvullende adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad, inzake de opzet van een samenhangende regeling van de zorg voor auditief gehandicapten, die tevens aanknopingspunten moet bieden voor de totstandkoming van een geïntegreerde regeling zintuiglijk (communicatief) gehandicapten op langere termijn.

De volgende uitgangspunten zijn richtinggevend voor de beoogde herstructurering van de zorg voor auditief gehandicapten:

- een verschuiving van intramurale naar extramurale/transmurale zorg;
- een goede spreiding van de zorg (regionalisatie);
- het bieden van flexibele zorg op maat (inhoud, intensiteit en duur) waardoor er een grotere variëteit in zorgvormen ontstaat;
- het bieden van meer mogelijkheden voor multidisciplinaire zorg aan kinderen, volwassenen en ouderen met een auditieve handicap;
- een goede afstemming op algemene zorgvoorzieningen en overige voor auditief gehandicapten relevante voorzieningen, met name het speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs;

In het kader van een samenhangende regeling zorg auditief gehandicapten zal ook een adequate regeling moeten worden getroffen voor de volgende specifieke zorgvormen.

Psycho-sociale hulpverlening doven

Mensen met auditieve beperkingen, en met name doven, lopen door de aard van hun beperking in onze sterk op communicatie gerichte samenleving een groter risico om in maatschappelijk isolement te geraken dan mensen met andere functiebeperkingen, hetgeen kan leiden tot het ontstaan van psycho-sociale problemen. In verband hiermede is een samenhangend en toegankelijk netwerk van de op deze problematiek toegesneden voorzieningen op het terrein van de algemene, categoriale en geestelijke gezondheidszorg van belang.

Gezinsbegeleiding en spraak-/taaldiagnostiek

Zowel op het terrein van de gezinsbegeleiding als de spraak-/taaldiagnostiek is er behoefte aan uitbouw en reguliere erkenning van inmiddels ontwikkelde vormen van hulpverlening.

Gezinsbegeleiding is van belang om het acceptatieproces bij de ouders te bevorderen, alsmede voor de ontwikkeling van het zo vroeg mogelijk stimuleren van het communicatieproces tussen kind en ouders/verzorgers.

De huidige projecten gezinsbegeleiding ten behoeve van pre-linguaal dove kinderen zijn sinds 1990, vooruitlopend op de herstructurering van de zorg voor auditief gehandicapten, gesubsidieerd ten laste van artikel 39 van de Wet Financiering Volksverzekeringen. Voorzien was de gezinsbegeleiding in te passen in de in juni 1993 door de Ziekenfondsraad geadviseerde functioneel omschreven zorg voor zintuiglijk gehandicapten. Nu duidelijk is geworden dat de functionele omschrijving van de aanspraken geen doorgang zal vinden, zal worden bezien of inpassing van de gezinsbegeleiding in de huidige verstrekking kan worden gerealiseerd.

De diagnostiek ten behoeve van kinderen met spraak-/taalmoeilijkheden moet op multidisciplinaire wijze worden uitgevoerd. Er zullen regionale spraak-/taalteams moeten worden opgezet die worden gekoppeld aan de audiologische centra.

Maatschappelijk werk voor doven

Eind jaren '80 is besloten naast het instellingsgebonden en op confessionele leest geschoede maatschappelijk werk algemeen georiënteerd en niet-instellingsgebonden maatschappelijk werk voor volwassen doven tot stand te brengen. Inmiddels heeft deze opzet, die destijds is ingezet met de oprichting van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening voor Doven (Madido), zijn bestaansrecht bewezen.

Het maatschappelijk werk voor volwassen doven dient te worden verdisconteerd in een geïntegreerde regeling zorg auditief gehandicapten.

5.C. Jongeren met een lichamelijke handicap in verpleeghuizen

Hoewel de omschrijving van de functies van een verpleeghuis en de indicatiestelling voor verpleeghuiszorg niet aan leeftijdsgrenzen gebonden is, bestaat de belangrijkste doelgroep uit oudere en hoogbejaarde patiënten. Toch maakt ook een aantal jongeren (i.c. mensen tussen circa 20 en 50 jaar) met een overwegend lichamelijke handicap – waaronder ook te verstaan handicaps tengevolge van niet aangeboren hersenletsel, multiple sclerose en spierziekten – gebruik van verpleeghuiszorg.

Het gaat hier om circa 700 cliënten/patiënten op een totaal van circa 50 000 beschikbare bedden.

Een achttal verpleeghuizen kent al een aparte afdeling voor jongeren. In totaal gaat het dan momenteel om een kleine 180 plaatsen, waarbij de populatie een gemiddelde leeftijd heeft van rond 35 jaar. Deze trend lijkt zich voort te zetten.

Het verpleeghuis is primair een ziekenhuisvoorziening, grotendeels voor min of meer permanent verblijf zonder dat sprake is van een specifiek woonklimaat dan wel een institutionele scheiding van wonen en dagbesteding, in de praktijk vooral gericht op mensen in hun laatste levensfase.

Een verpleeghuisindicatie impliceert niet «automatisch» een negatieve indicatie voor plaatsing in een woonvorm (annex activiteitencentrum).

Jongeren die in verpleeghuizen verblijven vertonen qua zorgbehoefte veelal een sterke gelijkenis met de populatie van de woonvormen (en activiteitencentra) voor lichamelijk gehandicapte mensen. De opname van jongeren in verpleeghuizen houdt dan ook meestal verband met een gebrek aan plaatsen in woonvoorzieningen binnen de regio van herkomst dan wel met het feit dat er in algemene en structurele zin sprake is van een capaciteitstekort in de sector van de semimurale voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten.

Het verpleeghuis moet toch vooral beschouwd worden als het ultimium remedium indien alle andere mogelijkheden zijn uitgeput. Dat pleit ervoor te streven naar versterking van de semimurale zorg.

In het verlengde hiervan zal gestreefd worden naar een harmonisering op het terrein van de indicatiestelling in beide sectoren alsmede een goede afstemming op provinciaal/regionaal niveau met het oog op de verschillende planningsonderdelen.

5.D. Mensen met een handicap ten gevolge van een niet-aangeboren hersenletsel

De komende jaren zal de indringende problematiek van mensen met een niet-aangeboren hersenletsel, hierna te noemen: NAH-patiënten, aandacht blijven vragen. Het beleid dient zich hier zowel te richten op de positie van deze patiënten in de verblijfszorg als in de thuissituatie.

De in de diverse typen zorgvoorzieningen geleverde basiszorg kan veelal geen adequaat antwoord geven op de combinatie van beperkingen in fysiek, cognitief en sociaal functioneren waarmee veel NAH-patiënten kampen. Om een antwoord op deze complexe hulpvragen te geven is verdere samenwerking en afstemming van activiteiten vereist van ieder die hiertoe een bijdrage kan leveren. Het werk van provinciale hersenletselteams kan in deze een waardevolle bijdrage c.q. een waardevolle aanvulling leveren op het reguliere zorgaanbod.

Naar analogie van hetgeen hierboven over de organisatie van de aanpak van probleemgedrag is weergegeven zou ook een regionaal zorgcircuit ten behoeve van mensen met niet-aangeboren hersenletsel gevormd kunnen worden. Het gaat dan om een zorgcircuit binnen of aangehaakt aan bestaande voorzieningen, dan wel bestaande uit samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgsectoren, inclusief de opzet van één of meer landelijke specialistische expertisecentra (uitgevoerd in circuitverband). De activiteiten van de regionale teams zouden zich dan niet dienen te beperken tot de positie van patiënten in de verblijfszorg, maar dienen zich tevens uit te strekken tot de problematiek in de thuissituatie.

Voor zover de gezamenlijke zorgvoorzieningen niet bereid of in staat zijn om de kosten van de regionale hersenletselteams te financieren, kan financiële ondersteuning door het ministerie van VWS worden overwogen (FOZ 1996-gelden). Dit uiteraard in relatie tot eventuele ruimte voor beleidsintensivering en afhankelijk van de prioriteitsstelling.

Sinds juni 1991 wordt het Landelijk Coördinatiepunt Niet-Aangeboren Hersenletsel (LC-NAH) op projectbasis door het ministerie van VWS gesubsidieerd. Aanvankelijk was een vierjarig projectsubsidie toegekend, dit is onlangs met een tweede vierjaarlijkse periode verlengd. Het subsidie betreft een bijdrage in de kosten van het LC. Doel van het LC, dat organisatorisch is ondergebracht bij de NZf, is een impuls te geven aan de structurering en coördinatie van zorg voor mensen met NAH. Deze zorg strekt zich uit over praktisch alle zorgsectoren waaronder de werkge-

bieden van de vier verenigingen die samen de NZf vormen. Het LC heeft zich de afgelopen periode gericht op de drie kerngebieden zorg, onderzoek en voorlichting. Dit met nadruk op de zorg en daarbinnen de intra- en semimurale zorg als eerste aandachtsgebied. De komende jaren zal het LC tevens onder meer aandacht gaan besteden aan de problematiek in de thuissituatie en de maatschappelijke positie (arbeidsintegratie, scholing en dagbesteding) van mensen met een niet-aangeboren hersenletsel.

Het is de taak van het LC de ontwikkeling van regionale hersenletselteams (thans nog provinciale) te stimuleren en te steunen.

Voorts wordt subsidie verstrekt aan de SHON (Stichting Hersenletsel Organisaties Nederland) die op verzoek van VWS een principiën-nota zal opstellen op basis waarvan een beoordeling van prioriteiten bij dit onderwerp kan plaatsvinden.

5.E. Peuters en kleuters met een motorische handicap

Voor ambulante zorg en tijdelijke opvang aan verstandelijk gehandicapten bestaan regelingen. Aan dergelijke regelingen op het terrein van vroeghulp en logeeropvang (respice care) in de zorgsector voor mensen met een lichamelijke handicap bestaat grote behoefte.

In verband hiermede heeft het ministerie van VWS met ingang van 1 juli 1994 voor een periode van drie jaar subsidie toegezegd ten behoeve van een tweetal programma's, die gericht zijn op vernieuwing van de zorg op genoemde terreinen.

Het «programma vroeghulp voor 0- tot 4-jarigen met motorische stoornissen en hun ouders», dat wordt uitgevoerd door de Stichting Dienstverleners Gehandicapten (SDG) en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) (totaal subsidie maximaal f 3 miljoen voor drie jaar), kent een drietal samenhangende doelstellingen, zowel uit het oogpunt van preventie als in het kader van kwaliteitsverbetering:

1. een betere aansluiting van het zorgaanbod in Nederland bij de behoeften van zeer jonge gehandicapte kinderen en hun ouders;
2. een zo vroegtijdig mogelijke onderkenning van stoornissen en beperkingen in de eerste levensfase, waardoor de meest adequate zorg en begeleiding geboden kan worden en verkeerde keuzes in die zin in de toekomst tot een minimum beperkt zullen worden;
3. een bevordering van specifieke en gerichte opvoedingsondersteuning aan ouders met gehandicapte kinderen in de eerste levensfase.

5.F. Mensen met een lichamelijke handicap en een indicatie voor tijdelijke opvang

Het in het kader van het programma kwaliteit gehandicaptenzorg ontwikkelde «deelprogramma tijdelijke opvang» voor mensen met een lichamelijke handicap (totaal subsidie maximaal f 1,5 miljoen voor drie jaar) wordt eveneens in onderlinge samenwerking uitgevoerd door de SDG en het NIZW en beoogt in het kader van zorgdifferentiatie en kwaliteitsverbetering tweeërlei:

- a. de flexibilisering van plaatsingscapaciteit van woon- en verblijfsvoorzieningen voor mensen met een lichamelijke handicap en in het verlengde daarvan een voorkoming van onnodige (institutionele) zorgverzwaring;
- b. een stimulering van de zorg en de begeleiding in de thuissituatie met behulp van uithuisplaatsingen op tijdelijke basis.

Op basis van de resultaten en evaluatie van de onderscheiden projecten zal bezien worden in hoeverre het enerzijds noodzakelijk is dat in het kader van het FOZ een extra financiële inspanning wordt geleverd en

anderzijds in de sfeer van de regelgeving uitbreidingen dan wel aanpassingen geboden zijn.

5.G. Allochtonen met een handicap

Medio 1995 zal een verkennend onderzoek worden afgerond dat nader inzicht moet verschaffen over de stand van zaken met betrekking tot en eventuele knelpunten op het gebied van de hulp- en dienstverlening aan allochtonen met een handicap.

De resultaten en analyses van dit onderzoek zullen in belangrijke mate richtinggevend zijn voor het opstellen van het plan van aanpak ten behoeve van het «programma allochtonen en gehandicaptenzorg», dat in de tweede helft van 1995 van start zal gaan.

Dit programma is met name gericht op het oplossen van eventuele knelpunten alsmede het verbeteren van de hulp-/dienstverlening aan allochtonen met een handicap. Het programma wordt begeleid en gecoördineerd vanuit het Gestructureerd Overleg Gehandicaptenbeleid VWS; in casu door de GOG-werkgroep allochtonen.

5.H. Mensen met een aan autisme gerelateerde handicap

De consulententeams gedragsproblematiek signaleren dat voor relatief veel autisten een beroep wordt gedaan op de gelden voor bijzondere zorgplannen. Voorwaarde voor het ontstaan van probleemgedrag is een specifieke, op het individu met autisme gerichte bejegening door groepsleiders, behandelaars etc. Een dergelijke aanpak vraagt om verbetering van deskundigheid (diagnostiek en attitude) binnen de instellingen.

Overigens wordt de groepsleiding, mede onder invloed van het werk van de consulententeams, zich steeds meer bewust van de specifieke behoeften (bejegening, gestructureerde dagindeling etc.) die autisten aan hun omgeving stellen.

5.I. Mensen met een handicap en een indicatie voor bijzondere tandheelkunde

De gewijzigde aanspraak op bijzondere tandheelkunde, zoals deze sedert 1 januari 1995 is vormgegeven lijkt voor gehandicapten op enige onderdelen tot knelpunten te leiden. Met name het feit, dat de «normale hulp» (niet verband houdend met specifiek tandheelkundige handicaps) bij bepaalde categorieën gehandicapten vanwege moeilijke omstandigheden tegen een uurtarief worden verleend, maakt dat door de aanspraak zoals die thans geregeld is, de toegankelijkheid van de zorg in gevaar zou kunnen komen. Immers: voor degenen die op bijzondere tandheelkunde zijn aangewezen dreigt de behandeling als zijnde langer van duur, veel kostbaarder uit te pakken dan in vergelijkbare omstandigheden het geval zou zijn voor niet-gehandicapte patiënten.

Voorts zijn er signalen uit de praktijk dat bij indicaties waarvoorheen onmiskenbaar sprake was van bijzondere tandheelkunde, thans die bijzondere tandheelkunde wordt geweigerd, omdat er geen sprake is van de formeel vereiste medediagnostiek en medebehandeling van medische disciplines.

In verband hiermee heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport advies gevraagd aan de ZFR over wijziging van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering.

HOOFDSTUK VI. SPECIFIEK BELEID VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

1. Herstructurering belangenbehartiging gehandicapten

Op het terrein van de landelijke belangenbehartiging voor mensen met een handicap wordt gewerkt aan het bereiken van meer intensieve samenwerking, bundeling van krachten en concentratie van subsidie-middelen.

Deze herstructurering van de belangenbehartiging gehandicapten moet in samenhang met de beleidsvoornemens op het gebied van patiënten/consumentenbeleid worden gezien.

Het thans afgeronde concept wetsvoorstel patiënten/consumentenfonds biedt de mogelijkheid om de belangenbehartiging gehandicapten, voor zover deze zich richt op de versterking van de positie van de gehandicapte in de zorgsector, vanuit het patiënten/consumentenfonds te subsidiëren.

Een duidelijk onderscheid tussen op maatschappelijke integratie/participatie gerichte en specifiek op de versterking van de positie van de gehandicapte in de zorgsector gerichte belangenbehartiging zal moeten resulteren in een andere taakafbakening/-verdeling tussen de specifieke belangenorganisaties gehandicapten en de koepel(platform)organisaties Gehandicaptenraad/ANIB/GON en Federatie van Ouderverenigingen.

Voorzover de belangenbehartiging zich ten principale richt op versterking van de maatschappelijke positie (integratie en participatie) van mensen met een handicap zal subsidiëring van genoemde koepelorganisaties op basis van de Welzijnswet plaatsvinden (i.c. de landelijke functie «overleg/platform»).

Door intensieve samenwerking, doelmatige taakverdeling en concentratie van subsidiegelden, kan een verbetering en uitbouw van de ondersteunende rol van de koepelorganisaties worden bewerkstelligd en daarmee de effectiviteit en kwaliteit van belangenbehartiging ten behoeve van gehandicapten worden verbeterd.

2. Beeldvorming

2.A. Bestrijding van stigmatisering

Mensen met een handicap ondervinden belemmeringen bij het uitoefenen van hun rollen. Kenmerkend voor mensen met een handicap is bovendien dat de belemmeringen zich in de regel niet bij één rol maar bij een aantal rollen manifesteren. Zoals onder meer uit dit *meerjarenprogramma* blijkt, blijft er beleid nodig om de negatieve effecten hiervan te compenseren of op zijn minst te verminderen. Idealiter zijn compenserende maatregelen ingebed in de algemene, voor iedereen bestemde voorzieningen. Als dit niet haalbaar is, kan er een categoriale benadering nodig zijn.

In alle gevallen moeten de stigmatiserende neveneffecten zo systematisch mogelijk worden bestreden. Deze inspanningen worden aangeduid met de term «beeldvorming». Beeldvorming is helaas niet het type proces dat zich leent voor duidelijk te omschrijven eindtermen. Het is geen karwei dat ooit «klaar» is.

2.B. De waarde van een positief zelfbeeld

Het grootste effect wordt ongetwijfeld bereikt als gehandicapten in staat zijn om een normaal leven te leiden en als ze «met handicap en al» voor de dag kunnen komen. Werken aan een betere beeldvorming bij anderen over de mens met een handicap houdt immers nauw verband met een positief zelfbeeld, met de relatie tussen handicap en identiteit. Iemand hoeft niet trots te zijn op een handicap of ziekte maar kan wel trots zijn op

zijn of haar authenticiteit, op datgene waarin men verschilt van anderen. Authenticiteit of «eigen persoonlijkheid» is een complex geheel, een onontwarbare kluwen van positieve en negatieve karaktertrekken, van afkomst en geslacht, van vaardigheden en beperkingen, van originaliteit en aangeleerd gedrag. Positieve, door de buitenwereld zeer op prijs gestelde kanten van iemands persoonlijkheid kunnen zijn ontstaan ter compensatie van een ziekte of gebrek. Daar staat tegenover dat iemand die altijd alles méé heeft gehad – die altijd vooraan heeft gestaan in de rij bij het uitdelen van succesfactoren – misschien onvoldoende immuniteit voor tegenslag heeft opgebouwd. Kortom: er is niets op tegen om trots te zijn op wat iemand van zijn of haar leven heeft gemaakt, ondanks en vaak ook dankzij die handicap. Daarmee stigmatiseert de persoon met een handicap zichzelf niet. Integendeel! Behalve via de manier waarop mensen met een handicap zich individueel manifesteren, kan via de weg van het facetbeleid aan beeldvorming worden gewerkt. Daarbij moet worden bedacht dat «reclame» en «beeldvorming» verschillende begrippen zijn. De beeldvorming bij het publiek en de werkelijkheid van datgene wat wordt «verbeeld», mogen niet los van elkaar worden gezien. Enerzijds moet het begrip «handicap» worden verduidelijkt en worden ontdaan van de onterecht negatieve elementen die ermee verkleefd zijn geraakt. Anderzijds is er alle reden om de aandacht wat meer te richten op al die facetten waarin gehandicapten zich *niet of nauwelijks* onderscheiden van andere mensen.

Uit onderzoek en praktijkervaring, onder andere opgedaan in de AIDS-voorlichting, blijkt dat de beeldvorming en houding bij werkgevers, collega's, artsen en arbeidsdeskundigen niet is te veranderen door voorlichting alleen. Dit houdt de NCCZ het kabinet voor in *Werken op maat* (9 februari 1995), het advies over de arbeidsmarktpositie van mensen met gezondheidsproblemen. Een directe kennismaking met de mensen die weten wat het is om een chronische aandoening te hebben of die daar in het verleden last van hebben gehad, is daarvoor onmisbaar.

2.C. Stuurgroep Beeldvorming

In opdracht van de Stuurgroep Beeldvorming is in 1994 een onderzoek uitgevoerd naar de maatschappelijke beeldvorming over mensen met een verstandelijke handicap.

De belangrijkste conclusie uit het onderzoeksrapport «Zo gek nog niet» is dat het eigenlijk niet zo slecht gesteld is met de beeldvorming over mensen met een verstandelijke handicap in de samenleving. Een heel verrassende bevinding is de discrepantie tussen datgene wat functionarissen van in de sector betrokken instellingen dachten ten aanzien van de beelden die leven bij het publiek over mensen met een verstandelijke handicap en hoe er werkelijk over hen gedacht wordt. Hier wacht een taak voor de (koepels van) instellingen zelf, om hun beeldvorming over het publiek bij te stellen.

De ondervraagde Nederlanders staan over het algemeen in eerste instantie redelijk positief tegenover mensen met een verstandelijke handicap en tegenover het feit dat zij steeds zichtbaarder worden in de samenleving. Dat beeld wordt wat anders naarmate zij dichterbij komen, bijvoorbeeld als buur of collega. Angst en onzekerheid over hoe te handelen en ook afwijzing nemen dan toe. De zichtbaarheid van mensen met een verstandelijke handicap zal, als gevolg van de ontwikkelingen rond bijvoorbeeld arbeidsintegratie, decentralisatie van instellingen en genormaliseerd, kleinschalig wonen, in de komende jaren waarschijnlijk steeds groter worden.

Uit de onderzoeksgegevens kan worden afgeleid dat *informatievoorziening* geboden is. Bij het selecteren van de doelgroepen moet gerealiseerd worden dat de behoefte aan kennis en informatie toeneemt

naarmate het onderwerp mensen meer raakt. Concrete aanwijzingen over hoe te handelen en hoe met hen om te gaan mogen daarbij niet ontbreken.

De «gemiddelde» Nederlander zit niet te wachten op méér informatie. Beïnvloeding van de opinie van het algemene publiek blijft echter wél een aandachtspunt aangezien de meeste mensen nog geen duidelijk en correct beeld hebben van mensen met een verstandelijke handicap.

2.D. Gehandicapten en de media

Het is het beste als gehandicapten zelf werken aan een betere beeldvorming. De schat aan kennis die bij de doelgroep zelf over dit onderwerp beschikbaar is, moet systematischer worden ingezet, onder meer bij de beïnvloeding van de media. Activiteiten die erop zijn gericht om deze ervaringsdeskundigheid toegankelijk te maken en te presenteren van onder meer de Gehandicaptenraad en de FvO, kunnen op projectbasis rekenen op ondersteuning van VWS. VWS zal deze activiteiten afstemmen met de NCCZ en het WOCZ.

3. Specifieke aandacht bestrijding chronische ziekten

Op 23 december 1994 heeft de minister van VWS aan de Tweede Kamer geschreven (Kamerstukken II, 1994–1995, 22 025, nr. 8) dat zij het chronisch-ziekenbeleid met kracht wil voortzetten in de tweede fase.

In de eerste plaats krijgt hiervoor de Nationale Commissie Chronisch Zieken een tweede termijn tot 1 juni 1999. De NCCZ is het belangrijkste instrument van de overheid bij het ontwikkelen, versterken en uitvoeren van het chronisch-ziekenbeleid. In haar tweede en laatste termijn moet de NCCZ gaan zorgen voor een zodanige structuur van het veld dat ook na de opheffing van de NCCZ voldoende aandacht voor mensen met chronische aandoeningen gegarandeerd is. Ook de komende vier jaar wordt aan de NCCZ een ontwikkelingsbudget van f 5,3 miljoen beschikbaar gesteld voor de financiering van projecten en activiteiten.

Daarnaast wordt in de beleidsbrief ook aangegeven dat in de tweede fase het onderzoek naar en de preventie van chronische ziekten nadrukkelijk gestimuleerd zal worden. Bovendien wordt gewerkt aan de verbetering van de zorg en maatschappelijke positie. Enkele belangrijke punten uit de beleidsbrief zijn de volgende.

3.A. Onderzoek

VWS heeft samen met het ministerie van OCenW voor de duur van minimaal zes jaar en met ingang van 1995 in totaal f 40 miljoen beschikbaar gesteld voor onderzoek naar de oorzaken, het verloop en de gevolgen van chronische ziekten. De programmering van dit onderzoek is in handen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

3.B. Preventie

De komende jaren zal extra aandacht uitgaan naar de preventie van reumatische aandoeningen, CARA, diabetes en chronische pijn. Daarnaast zullen de mogelijkheden voor tertiaire preventie, gericht op het verminderen van ziektelast en het bevorderen van de kwaliteit van leven verder worden onderzocht en benut. De NCCZ zal gevraagd worden om hiervoor specifieke programma's op te zetten. Uit de VTV is opnieuw gebleken dat een preventief beleid gericht op leefstijlfactoren in belangrijke mate kan bijdragen aan de bestrijding van chronische aandoeningen. Ook dit zal extra aandacht krijgen.

3.C. Zorg

Twee belangrijke aandachtspunten bij de zorg voor chronisch zieken zijn de complexiteit van de zorg – chronisch zieken hebben vaak te maken met verschillende hulpverleners – en het afstemmen van de zorg op de feitelijke, vaak wisselende, behoefte. De drie experimentele coördinatiecentra van de NCCZ werken aan een betere afstemming en coördinatie van de zorg. Ook de integrale zorg incl. de psychosociale begeleiding van mensen met chronische aandoeningen is van groot belang. De NCCZ bereidt hierover momenteel een rapport voor.

3.D. Maatschappelijke positie

Nog meer dan in het verleden zullen maatregelen op de verschillende beleidsterreinen bezien worden op hun effecten op chronisch zieken: geprobeerd wordt een gezondheidseffectscreening te ontwikkelen.

De financiering van landelijk werkzame consumenten- en patiëntenorganisaties die actief zijn in de gezondheidszorgsector zal per 1 januari 1996 sterk worden verbeterd. Door de instelling van het zogenaamde «patiënten/consumentenfonds» zullen deze organisaties structureel worden gefinancierd. Veel waarde wordt gehecht aan een gebundelde inbreng voor het beleid van verschillende patiëntenorganisaties zoals verenigd in het WOCZ. Ten slotte zal verder onderzoek naar de arbeidsgebonden problematiek van chronische ziekten wordt gestimuleerd: hiervoor is voor tenminste vijf jaar, jaarlijks f 500 000 vrijgemaakt.

4. Gehandicaptensport

4.A. Algemeen sportbeleid

In de Welzijnsnota 1995–1998 *Naar eigen vermogen*, waarin de hoofdlijnen van het welzijnsbeleid van de rijksoverheid zijn geschetst, wordt ingegaan op de (maatschappelijke) waarde van sport. Zo levert sport een bijdrage aan de participatie en integratie van grote groepen van de bevolking. Daarnaast is sport van belang voor de gezondheid en vitaliteit.

Deze waarden van sport zijn onverkort van toepassing op mensen met een handicap. Omdat de gehandicaptensport in het algemeen en de sportparticipatie van mensen met een handicap in het bijzonder nog een achterstand kent in ontwikkeling, wordt hieraan in het sportbeleid specifieke aandacht besteed. Hierbij worden zowel activiteiten ontplooid ter ontwikkeling van breedtesport als topsport. Het beleid wordt uitgevoerd in samenwerking met de landelijke gehandicaptensportorganisaties NSG (Nederlandse Sportbond voor mensen met een verstandelijke handicap) en NEBAS (Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten), de provinciale sportraden en NOC*NSF.

4.B. Breedtesport

Ter bevordering van de breedtesport wordt een tweesporen-beleid gehanteerd: geïntegreerd sporten binnen de reguliere sportvoorzieningen dan wel categoriaal binnen specifieke voorzieningen. Dit beleid wordt vorm gegeven door middel van financiële ondersteuning van projecten, die worden uitgevoerd door landelijke sportorganisaties, gemeenten en provincies. De activiteiten van landelijke sportstimuleringsorganisaties, die de uitvoering van het beleid ondersteunen, zijn vanaf 1996 gebundeld in een nieuwe organisatie.

De projecten richten zich onder meer op revalidatiecentra en scholen voor speciaal onderwijs. In de zogenaamde regionaliseringsprojecten worden sportvoorzieningen voor gehandicapten regionaal ontwikkeld en

op elkaar afgestemd. In een aantal sportbonden is gehandicaptensport geïntegreerd. Voorbeelden hiervan zijn de Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond, de Nederlandse Ski Vereniging, de Koninklijke Nederlandse Schaak Bond en de Koninklijke Nederlandse Roeibond. Het streven is om het aantal bonden waarin gehandicaptensport is geïntegreerd uit te breiden.

Naast subsidies voor projecten wordt ook onderzoek op het gebied van de gehandicaptensport gesubsidieerd te weten de sportparticipatie van mensen met een verstandelijke handicap en de wetenschappelijke informatievoorziening in de gehandicaptensport. Tot slot wordt in het kader van de – door het ministerie van VWS erkende – docentenopleiding tot leraar zelfverdediging aandacht besteed aan zelfverdediging voor vrouwen en meisjes met een handicap.

Ook het op chronisch zieken gerichte aanbod van sport en bewegen is van belang. In mei 1993 bracht het WOCZ een advies uit met een aantal wenselijkheden op dit gebied. Naast meer voorlichtingactiviteiten pleitte het WOCZ in haar advies voor meer afstemming en samenwerking tussen organisaties op dit terrein. Aan de NCCZ is door de toenmalige staatssecretaris van WVC gevraagd om deze samenwerking in nauw overleg met het WOCZ op gang te brengen.

In de rol als bruggenbouwer heeft de NCCZ in 1994 een werkconferentie georganiseerd «Sport en bewegen voor chronisch zieken», met als doel om met de landelijke organisaties op dit terrein te komen tot de gewenste afstemming. Als vervolg op deze conferentie is een tijdelijke stuurgroep ingesteld die nagaat hoe de deelname van mensen met een chronische aandoening op een verantwoorde manier kan worden bevorderd.

4.C. Topsport

De topsport, met name voor mensen met een lichamelijke handicap, is in ontwikkeling. De NEBAS heeft hiertoe, in samenwerking met NOC*NSF, een topsportbeleidsplan opgesteld. Belangrijk gegeven in de topsportontwikkeling is het feit dat gehandicapte topsporters beroep kunnen doen op het Fonds voor de Topsporter. Dit Fonds is ingesteld om te voorzien in de financiële behoeften van topsporters in Nederland om hen in staat te stellen zich volledig te richten op hun topsportcarrière. Aan de hand van een zogenaamd classificatiesysteem worden topsporters geselecteerd voor participatie in dit Fonds. Onlangs is een bedrag van f 35 miljoen aan het Fonds toegevoegd, waarmee het op dit moment f 60 miljoen bevat. Het classificatiesysteem voor gehandicapte topsporters wordt momenteel ontwikkeld. Complicerende factor hierbij is de verscheidenheid aan handicaps, waardoor een gehandicapte sporter al snel voor een medaille op grote toernooien in aanmerking kwam en dus als «topsporter» werd aangemerkt.

HOOFDSTUK VII. SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

1. Beleid gericht op de (re)integratie op de arbeidsmarkt van personen met een arbeidshandicap

Een belangrijk onderdeel van het regeerakkoord zijn de afspraken over de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Kern daarvan is dat positieve effecten worden verwacht van het vergroten van het financieel belang van werkgevers bij een laag ziekteverzuim en een lage uitstroom naar de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Op basis van indringende analyse van de parlementaire enquêtecommissie, studie en rapportage van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) en het

SER-advies over de uitvoering van de werknemersverzekeringen heeft het kabinet de conclusie getrokken dat de ZW geprivatiseerd moet worden en dat bij de uitvoering van de WAO marktwerking en premiedifferentiatie geïntroduceerd moeten worden. In het verlengde van deze voornemens is in het regeerakkoord vastgelegd dat de malus zal vervallen.

Door deze voorstellen zal het financiële belang van werkgevers bij een laag ziekteverzuim en een lage uitstroom naar de arbeidsongeschiktheidsregelingen toenemen. De positieve kant daarvan is dat werkgevers financieel geprikkeld worden om binnen de onderneming een beleid te voeren gericht op het zoveel mogelijk voorkomen of wegnemen van de oorzaken van ziekte en arbeidsongeschiktheid. De negatieve kant van het vergroten van het financiële belang van werkgevers is dat dit tot gevolg kan hebben dat werkgevers zullen trachten het risico van ziekte en arbeidsongeschiktheid te beperken door selectie op gezondheidsrisico's. Een gevolg van de eventuele toename van deze risicosselectie, zonder nadere maatregelen om de effecten daarvan tegen te gaan, kan zijn dat personen met een arbeidshandicap het nog moeilijker op de arbeidsmarkt krijgen dan op dit moment. Het kabinet vindt dit ongewenst en is van mening dat de arbeidsmarktpositie van werknemers met een arbeidshandicap moet verbeteren.

Om dit te bereiken overweegt het kabinet een aantal op reïntegratie gerichte maatregelen te nemen, die erop gericht zijn dat personen met een arbeidshandicap meer mogelijkheden zullen krijgen zich te kwalificeren voor een nieuwe functie, en dat zij gemotiveerder zullen zijn ook daadwerkelijk een nieuwe werkkring te aanvaarden, doordat hun bepaalde garanties worden gegeven terzake van het inkomensniveau tijdens het nieuwe werk en terzake van het niveau van de arbeidsongeschiktheidsuitkering bij nieuwe of toegenomen arbeidsongeschiktheid. Daarnaast overweegt het kabinet maatregelen te nemen die er toe moeten leiden dat werkgevers meer bereid zijn om mensen met een arbeidshandicap in dienst te nemen.

Het kabinet denkt daarbij uitsluitend aan positieve prikkels. De malus wordt overeenkomstig de voornemens in het regeerakkoord afgeschaft.

Het kabinet overweegt de volgende op reïntegratie gerichte maatregelen.

Loonsuppletierегeling

Een belangrijk struikelblok bij de reïntegratie van mensen met een arbeidshandicap die een WAO-uitkering hebben, is dat zij bij het aannemen van een nieuwe functie in totaal (loon en WAO-uitkering) veelal minder verdienen dan het vroegere dagloon van dat moment. Uit de uitvoeringspraktijk blijkt dat er grote behoefte is aan een instrument dat mensen over deze drempel heen helpt. Het kabinet overweegt een loonsuppletierегeling in te voeren die op de werknemer gericht is, maar die ook kan werken als een onderhandelingsinstrument naar de werkgever toe.

Loonkostensubsidie

Het kabinet overweegt de verhoging van de bestaande loonkostensubsidie.

Stimuleren opstarten van een eigen bedrijf

Het kabinet wil mensen met een arbeidshandicap stimuleren als zelfstandig ondernemer te beginnen. Daartoe bestaat een aantal instru-

menten (het Bijstandbesluit Zelfstandigen en artikel 57, eerste lid AAW) die ook kunnen gelden voor de bemiddelingspopulatie²⁵ van de bedrijfsverenigingen. Het kabinet overweegt aan de uitvoerders van de hiervoor genoemde regelingen het signaal af te geven, dat dit instrument actief benut moet worden ten behoeve van de bemiddelingspopulatie van de bedrijfsverenigingen.

Stimulansen voor de oudere werknemer met een arbeidshandicap

Het is van belang dat ook oudere werknemers met een arbeidshandicap zoveel mogelijk gestimuleerd worden weer aan het arbeidsproces deel te nemen. Op dit moment is die stimulans in veel gevallen niet of nauwelijks aanwezig. Ook lopen werknemers de kans dat de WAO-uitkering na herhaalde uitval lager is dan daarvoor. Het kabinet overweegt de oudere werknemers te stimuleren weer aan het arbeidsproces deel te nemen door de financiële risico's daarvan weg te nemen.

Verruiming scholingsmogelijkheden in de WW

De scholingscriteria voor de AAW/WAO zijn ruimer dan die voor de WW. Het kabinet overweegt de mogelijkheden voor scholing met behoud van WW-uitkering ten behoeve van de bemiddelingspopulatie van de bedrijfsverenigingen te vergroten.

Proefplaatsing met behoud van uitkering

Werkgevers hebben – ook als een werknemer met een arbeidshandicap voldoet aan het functieprofiel en de financiële risico's worden weggenomen – veelal toch liever een werknemer die volledig arbeidsgeschikt is. Om dit vooroordeel van werkgevers weg te nemen kan een proefplaatsing helpen. Daartoe overweegt het kabinet in de arbeidsongeschiktheidsregelingen, voorzover het gedeeltelijk arbeidsongeschikte werklozen betreft, de mogelijkheid op te nemen een proefplaats te vervullen met behoud van uitkering.

Toepassing Regeling vergoeding persoonlijke ondersteuning gehandicapte werknemers

Deze regeling maakt het mogelijk gehandicapte werknemers op de werkplek zodanig te begeleiden, dat de werkgever daaraan geen additionele tijd hoeft te besteden. De regeling is op dit moment op basis van de uitvoeringsinstructie beperkt primair tot mensen met een verstandelijke handicap en secundair tot chronisch psychiatrische patiënten. Het kabinet overweegt de doelgroep uit te breiden tot chronisch zieken.

Eventuele definitieve voorstellen zullen in wetgeving worden opgenomen.

2. Toepassing gewijzigd arbeidsongeschiktheidsbegrip

Op 1 augustus 1993 is het arbeidsongeschiktheidsbegrip in de arbeidsongeschiktheidsregelingen gewijzigd. De belangrijkste wijzigingen zijn dat:

- de arbeidsongeschiktheid een rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken moet zijn, en
- het begrip «passende» arbeid is vervangen door alle algemeen geaccepteerde arbeid waartoe de werknemer met zijn krachten en bekwaamheden in staat is.

²⁵ De bemiddelingspopulatie bestaat uit: personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering; personen met een werkvoorziening; personen die tot minder dan 15% arbeidsongeschikt zijn afgeschat na één ziektejaar; of personen die ziek zijn tijdens het eerste ziektejaar waarvan duidelijk is dat zij niet meer terug kunnen naar de eigen werkgever of op zoek zijn naar een nieuwe werkgever.

De toepassing van het gewijzigde arbeidsongeschiktheidsbegrip is geoperationaliseerd in het Schattingsbesluit (5 augustus 1994, Stbl. 596).

Vanuit onder andere de Nationale Commissie Chronisch Zieken, het Landelijk WAO-beraad en de werknemersorganisaties is er kritiek gekomen op de gevolgen van de toepassing van het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium. Kern van deze kritiek is dat de toepassing van het criterium in zijn gevolgen te streng is. Ook in gevallen waarin dat – naar het oordeel van de betrokken organisaties – niet beoogd kan zijn, wordt gehele of gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid aanwezig geacht.

Onder andere tijdens de behandeling van de begroting van het Ministerie van SZW voor 1995 op 7 en 8 december 1994 en tijdens een debat naar aanleiding van een brief over de (her)keuring WAO op 23 februari 1995 zijn de zogenaamde onredelijke gevallen uitgebreid door de Tweede Kamer besproken.

Tijdens het debat over de begroting zijn de volgende vier situaties onderscheiden:

- personen met een slechte prognose op afzienbare termijn;
- personen met een beperkte levensverwachting;
- personen met een ziekte met een onvoorspelbaar en wisselend verloop;
- personen waarvoor de aard van de ziekte een zware belasting bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen vormt.

De toepassing van het gewijzigde arbeidsongeschiktheidsbegrip in de vier hiervoor aangeduide situaties is mede aan de hand van een brief van het Tica besproken tijdens een debat op 23 februari 1995.

Tijdens dit debat heeft de staatssecretaris van SZW de conclusie getrokken dat het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium in de uitvoeringspraktijk niet tot problemen in structurele zin heeft geleid en dat de uitvoering conform de gewijzigde wetgeving adequaat kan plaatsvinden. Bij deze conclusie speelde een belangrijke rol dat over de toepassing van de Verzekeringsgeneeskundige standaard *geen benutbare mogelijkheden*, waarin situaties genormeerd en vastgelegd zijn waarin op grond van beoordeling door een verzekeringsarts kan worden besloten tot tijdelijke of blijvende volledige arbeidsongeschiktheid, bij de uitvoeringsorganen volstreekte helderheid bestaat.

Tijdens het debat op 23 februari heeft de staatssecretaris van SZW aangegeven het niet uitgesloten te achten dat na onderzoek alsnog kan blijken dat zich onredelijke uitkomsten kunnen voordoen. De staatssecretaris acht wijziging van regelgeving dan niet op voorhand uitgesloten.

Tijdens de debatten over de zogenaamde onredelijke gevallen zijn twee moties met algemene stemmen aanvaard.

De eerste is de motie Adelmund. Kern van deze motie (Kamerstukken II, 1994–1995, 22 187, nr. 28) is dat de regering uitgenodigd wordt om, indien de regelgeving tot onbedoelde onredelijke uitkomsten leidt, die regelgeving zo nodig met terugwerkende kracht te wijzigen. De staatssecretaris van SZW heeft naar aanleiding van deze motie opgemerkt, dat beoordeling van de vraag of terugwerkende kracht mogelijk en wenselijk is, pas beoordeeld kan worden als duidelijk is om welke wijzigingen het gaat.

De tweede motie is de motie Van Dijke c.s.. De kern van de motie Van Dijke c.s. is dat degenen die op basis van het gewijzigde arbeidsongeschiktheidsbegrip (meer) arbeidsgeschikt worden verklaard, het recht op verzekering voor de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen behouden ingeval de oorspronkelijke klachten toenemen. Bij toename van de

oorspronkelijke klachten zou de uitkering direct, zonder wachttijd, moeten herleven dan wel moeten worden verkregen.

Een gevolg van de uitvoering van de motie Van Dijke c.s. is dat het financiële risico van de werkgever ingeval van ziekte van een werknemer, die onder de doelgroep valt, wordt beperkt. De op de werkgever drukkende loondoorbetalingsverplichting wordt geringer van omvang. Dit geldt met name indien de verlenging van de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever tot één jaar wordt ingevoerd, hetgeen het kabinet voornemens is.

Voor de werknemer creëert de motie Van Dijke c.s. een grotere zekerheid omtrent het herleven of ontstaan van uitkeringsrechten ingeval de arbeidsongeschiktheid toeneemt door dezelfde oorzaak als op grond waarvan de arbeidsongeschiktheid is vastgesteld aan het einde van de wachttijd of de laatste herziening van de uitkering. Dit kan een positieve bijdrage leveren aan de reïntegratie van deze werknemers.

Daarnaast heeft uitvoering van de motie Van Dijke c.s. tot gevolg, dat nog recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan ontstaan voor werknemers wier WAO-verzekering is geëindigd. Dit geldt voor de (her)beoordeelde arbeidsongeschikten – dit zijn degenen die door een herbeoordeling het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen – waarvan het recht op verzekering voor de WAO veelal door langdurige werkloosheid is geëindigd. Voorwaarde is wel dat de toename van de arbeidsongeschiktheid voortkomt uit dezelfde oorzaak als die op grond waarvan de uitkering is vastgesteld.

Het kabinet is voornemens om de motie Van Dijke c.s. onder nader te bepalen voorwaarden uit te voeren.

De staatssecretaris van SZW heeft aan de Tweede Kamer toegezegd, na een confrontatie van bestaand onderzoek van het Hugo Sinzheimer Instituut met lopend onderzoek van het College voor toezicht sociale verzekeringen (Ctsv), met een standpunt te komen. Bij deze standpuntbepaling zal uiteraard ook de motie Adelmund worden betrokken.

3. Rapportage over de evaluatie Wet voorzieningen gehandicapten

De Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) verplicht de ministers van SZW en VROM om binnen drie jaar na het in werking treden van de wet en vervolgens drie jaar daarna, aan de Staten-Generaal een verslag te zenden over de verlening krachtens deze wet van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen. De centrale probleemstelling van het evaluatie-onderzoek luidt in hoeverre en op welke wijze gemeenten, gegeven het beschikbaar gestelde budget en de gestelde wettelijke kaders, voldoen aan de plicht om de beperkingen, die gehandicapten ondervinden op het gebied van wonen en het zich binnen en buiten de woning verplaatsen, weg te nemen c.q. te verminderen. Bij de behandeling van de WVG in de Eerste Kamer is een motie aanvaard en is afgesproken dat na één jaar een verslag aan het parlement wordt gestuurd over de uitwerking van de WVG in het eerste jaar.

Er wordt op hoofdlijnen geëvalueerd op macro-, meso- en microniveau, waarbij de financiële, de organisatorische en de inhoudelijke aspecten worden onderzocht. Een organisatorisch aspect op microniveau betreft bijvoorbeeld de vraag naar de mening van de cliënt over de wijze waarop het behandelingstraject verloopt (bejegening, doorlooptijd, enzovoort). Er is een begeleidingscommissie ingesteld waarin het veld is vertegen-

woordig; voor de belangenbehartigers een vertegenwoordiging van de Gehandicaptenraad en van de ouderenorganisaties (CSO).

Het onderzoek voor de eerste evaluatie is gestart. Het onderzoek is in twee delen te splitsen: een onderzoek bij de cliënten naar de tevredenheid over de uitwerking van de wet en een onderzoek bij de gemeenten naar de uitvoering van de wet en het budgettaire beslag.

Ten behoeve van het onderzoek wordt jaarlijks een beperkt aantal kwantitatieve gegevens verzameld onder alle gemeenten in Nederland. Daarnaast is een representatief WVG-panel van 105 gemeenten samengesteld, waarbij over de drie meetperiodes verdergaande informatie wordt verzameld over de uitvoering, het beleid en de organisatie van de WVG. Bij deze 105 panelgemeenten wordt op basis van een steekproef onder cliënten de tevredenheid onderzocht. Het gaat in dit onderzoek in de eerste plaats om de evaluatie van de nieuwe wet (de WVG); daarbij komen ook de raakvlakken met de AWBZ, AAW en ABW aan de orde. De knelpunten die zich kunnen voordoen bij de overgang van de AAW naar de WVG, de overlap of lacunes in relatie tot andere regelingen en de budgettaire consequenties voor aanverwante regelingen worden onder andere in het onderzoek meegenomen. In de brief van 14 oktober 1994 van de minister van SZW aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 1994–1995, 22 815, nr. 45) is het tijdschema van de WVG-evaluatie nader toegelicht.

4. Wet sociale werkvoorziening

In 1988 is de experimentele beleidsoperatie Budgetfinanciering, decentralisatie en deregulering sociale werkvoorziening (BDD) van start gegaan. Uitgangspunten van de BDD-operatie waren: kostenbeheersing via een systeem van budgetfinanciering, deregulering, decentralisatie en een betere afstemming met andere arbeidsmarkt- en sociale zekerheidsinstrumenten. Eind 1993 werd de commissie Houben ingesteld om mede op basis van de resultaten van de beleidsoperatie BDD te adviseren over de toekomst van de sociale werkvoorziening.

De commissie Houben wijst er in haar advies op dat het in de loop der jaren steeds moeilijker is geworden om de doelgroep van de sociale werkvoorziening te onderscheiden. Hoewel de grens tussen de verschillende groepen niet-actieven vervaagt, worden zij nog steeds onderscheiden naar de regeling die op hen van toepassing is. Met het in serie schakelen van de diverse instrumenten op het gebied van additionele werkgelegenheid streeft de commissie een min of meer integrale aanpak van gesubsidieerde arbeid na. In dit kader spreekt de commissie over afstemming en het in elkaar over laten lopen van de trajecten verwijzen, indiceren, plaatsen en bemiddelen.

Het advies van de commissie Houben vormde voor het kabinet de aanleiding zich nader te beraden over de stroomlijning van een aantal regelingen, hetgeen is aangekondigd in de nota *Bestrijding van de langdurige werkloosheid* (Kamerstukken II, 1994–1995, 23 972, nr. 2). Daarin is aangegeven dat de stroomlijning in ieder geval de Wet sociale werkvoorziening, de Jeugdwerkgarantiewet en de Regeling banenpools zal omvatten. Tevens zou aandacht worden gegeven aan de relatie met de werkervaringsplaatsen die door de arbeidsvoorzieningsorganisatie worden gesubsidieerd. Ook zou de functie van de Wet bevordering arbeidsinpassing (voorheen Wet Vermeend-Moor) worden bezien voor de financiering van additionele werkgelegenheid.

In het stroomlijningstraject worden diverse zaken onder de loep genomen, waaronder beloning, arbeidsduur, vaststelling van

doelgroepen, indicatiestelling, het tegengaan van verdringing van reguliere arbeid, het voorkomen van budget- en concurrentievervalsing, de relatie met scholing en de werkingssfeer.

De discussienota over de stroomlijning wordt naar verwachting nog voor het zomerreces aan het parlement toegezonden.

HOOFDSTUK VIII. ONDERWIJSVOORZIENINGEN VOOR GEHANDICAPTEN

Aan het beleid ten behoeve van het onderwijs aan gehandicapten ligt het uitgangspunt van integratie en normalisatie ten grondslag.

Daarbij wordt aangesloten bij de maatschappelijke ontwikkeling – die reeds lange tijd gaande is – tot een zo groot mogelijke integratie van mensen met een handicap in alle geledingen van de samenleving. Daarbij geldt het adagium: normaal en regulier waar dat kan en speciaal waar dat moet. Aandacht voor de specifieke problemen en behoeften van gehandicapten moet zo nodig en voorzover mogelijk zijn ingebouwd in het reguliere onderwijsaanbod. De kwaliteit van het speciale onderwijs dient te worden gehandhaafd en waar mogelijk verbeterd te worden.

Bovenstaande is in het belang van de gehandicapte leerling. Deze wordt niet meer in een uitzonderingspositie geplaatst, kan blijven omgaan met «normale» leeftijdsgenootjes. Verder kan de gehandicapte leerling met name in het reguliere voortgezet onderwijs, beroepsonderwijs en volwasseneneducatie profiteren van een ruimer scala aan opleidingsmogelijkheden dan in een speciaal-onderwijssetting mogelijk is. Integratie in het «gewone» onderwijs biedt ook grotere kansen in de «gewone» samenleving.

Het beleid is gericht op ontvoogding en het vergroten van de mogelijkheden voor gehandicapten en hun ouders om zelf te beslissen over de hulp en ondersteuning die men nodig heeft. Daarbij is een aantal vraagstukken aan de orde, die in het beleid een uitwerking krijgt. Zoals: de wijze waarop de reguliere school om kan gaan met verschillen, de wijze waarop leerlingen met individuele problemen (waaronder handicaps) kunnen worden opgevangen en de wijze waarop achterstanden kunnen worden bestreden.

Bovenstaand uitgangspunt is uitgewerkt in het beleid rond Weer Samen Naar School (WSNS), de leerlinggebonden financiering, het voortgezet speciaal onderwijs en het secundair beroepsonderwijs.

1. Weer samen naar school

Doel van WSNS is meer kinderen met onderwijsproblemen binnen het reguliere basisonderwijs opvangen en bij wijze van uitzondering verwijzen naar het speciaal onderwijs.

Het WSNS-beleid is (vanaf 1992) in gang gezet om de uit maatschappelijk en onderwijskundig oogpunt in brede kring onwenselijk geachte systeemscheiding tussen regulier en speciaal onderwijs te doorbreken en de integratie en samenwerking van regulier basisonderwijs en een deel van het speciaal onderwijs (te weten LOM-, MLK- en IOBK-onderwijs) te stimuleren. Het gaat er in dit beleid om de reguliere basisschool toe te rusten met de know-how en de ervaring van het speciaal onderwijs, zodat het regulier onderwijs beter met verschillen kan omgaan. Alle speciaal onderwijs- en basisonderwijsscholen werken daartoe samen in een landelijk dekkend netwerk van samenwerkingsverbanden.

Enerzijds verkeert het proces nog in een beginfase, veel werk moet nog worden verzet. Anderzijds kan ook een aantal belangrijke resultaten gemeld worden. Er is nu sprake van een infrastructuur van samenwerkingsverbanden en de eerste onderwijskundige effecten zijn zichtbaar.

In december 1994 is de Startwet WSNS in werking getreden. Een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) geeft uitwerking aan een aantal elementen in de wet. Met dit wettelijk kader is een aantal belemmeringen in de regelgeving voor een flexibele uitvoering van WSNS weggenomen en worden de mogelijkheden van samenwerking tussen regulier en speciaal onderwijs vergroot.

In bovenbedoelde AMvB wordt, naast een verruiming van de mogelijkheden van ambulante begeleiding, de instelling van Regionale Verwijzingscommissies (RVC's) en de taak van de overblijvende schoolcommissies geregeld.

De RVC's hebben tot taak de toelaatbaarheid van leerlingen tot het LOM-, MLK-, IOBK- en ZMOK-onderwijs te beoordelen. Van de RVC wordt verwacht dat zij tot een meer geobjectiveerd oordeel kan komen wat betreft de toelaatbaarheid van leerlingen tot het speciaal onderwijs dan dat van de huidige aan de speciale onderwijsschool verbonden commissie van onderzoek, van wie zij deze taak overneemt. Deze schoolcommissies krijgen een meer begeleidende taak met betrekking tot de eigen leerlingen en leveren expertise en know-how aan het basisonderwijs in het eigen samenwerkingsverband, onder andere voor de opstelling van onderwijskundige rapporten ten behoeve van noodzakelijk geachte verwijzingen naar het speciaal onderwijs.

Aan de instelling van RVC's wordt hard gewerkt. Zij zullen worden ingesteld door de minister van OCenW op voordracht van de schoolbegeleidingsdiensten, alwaar zij zullen worden aangehecht. Vanaf 1 januari 1996 zullen de RVC's hun werkzaamheden beginnen.

Mede naar aanleiding van tussentijdse evaluatieresultaten, opgeleverd door de Evaluatiecommissie WSNS, zal in het voorjaar van 1995 intensief overlegd worden met de akkoordpartners over in hoeverre en in welke mate WSNS gestimuleerd kan worden en in hoeverre het onderwijs met een meer expertisefunctie en stabilisatie, liefst daling van de leerlingaantallen in het speciaal onderwijs bevordert en gestimuleerd kan worden. De bedoeling is dat dit overleg leidt tot een nieuwe stimulans voor WSNS, tot afspraken over het speciaal onderwijs en daarmee tot een actualisatie van het WSNS-akkoord met de onderwijsorganisaties uit 1991.

Centraal in het overleg staat de vraag hoe aan het basisonderwijs zodanige impulsen kunnen worden gegeven, dat basisscholen beter kunnen omgaan met verschillen.

2. Leerlinggebonden financiering in het speciaal onderwijs

Ouders van kinderen met fysieke, sensorische of mentale handicaps geven er steeds meer de voorkeur aan dat hun gehandicapte kind regulier, thuisnabij, onderwijs volgt. Dat vergt echter dat het reguliere onderwijs in staat is aan de specifieke behoeften van het gehandicapte kind tegemoet te komen en daarvoor zondig voorzieningen te treffen.

Op dit moment kan voor kinderen met specifieke handicaps in het reguliere onderwijs door de school, naast de ambulante begeleiding geleverd door de speciaal-onderwijsscholen, aanvullende formatie worden aangevraagd. Het zijn echter geen structurele middelen. De periode waarvoor men in aanmerking kan komen voor extra formatie uit het zogenaamde «Aanvullend formatie beleid» is vaak beperkt. Jaarlijks wordt vastgesteld of scholen er nog voor in aanmerking komen. Er is per categorie leerlingen jaarlijks een beperkt budget beschikbaar, waaruit aanvragen moeten worden gehonoreerd.

Het beleid van staatssecretaris Netelenbos is erop gericht dat ouders van gehandicapte kinderen een reële keuze kunnen maken voor het onderwijs aan hun kind: ofwel in een speciale school naar keuze, ofwel in een reguliere school in de buurt waar dan wel, indien nodig, speciale voorzieningen worden getroffen. Uitgangspunt is dat de hulp zoveel mogelijk naar het kind wordt gebracht in plaats van het kind naar de hulp. Om ouders invloed te geven op deze voorzieningen, wordt een verkenning gepleegd naar de mogelijkheden van invoering van het uit de gezondheidszorg bekende systeem van «persoonsgebonden financiering» voor het onderwijs middels een leerlinggebonden budget.

Het idee is om een kind, met een geïndiceerde handicap, als het ware een rugzakje te geven met een bepaald budget aan formatie. Dit zou op de school naar keuze kunnen worden aangewend voor de bekostiging van extra hulp.

Om te bezien op welke wijze en onder welke voorwaarden een dergelijk systeem van leerlinggebonden financiering binnen het onderwijs vorm kan krijgen is begin april 1995 een commissie ingesteld²⁶. De taakstelling van deze commissie richt zich op het speciaal onderwijs voor leerlingen met een zintuiglijke, lichamelijke of verstandelijke handicap, de zogenaamde 2/3 scholen. Exemplarisch voor deze sector wordt door de commissie een pilotstudie verricht op het terrein van het onderwijs aan auditief gehandicapten en zeer moeilijk lerenden. De commissie wordt geacht binnen een half jaar te adviseren.

3. Voortgezet speciaal onderwijs

Ook in het voortgezet onderwijs is het beleid erop gericht dat leerlingen zoveel mogelijk het regulier onderwijs volgen. Het voortgezet onderwijs eerste fase moet daarom zo ingericht worden dat dit ook gewaarborgd wordt. Tevens moeten er voor alle leerlingen in het voortgezet onderwijs perspectiefvolle doorstroom-mogelijkheden zijn.

De commissie MAVO/VBO-aansluitend onderwijs (de commissie Van Veen) is geïnstalleerd om hiertoe voorstellen te doen. In haar advies «Recht doen aan verscheidenheid» (september 1994) heeft de commissie vijf onderscheiden leerwegen voorgesteld: een theoretische, een gemengde, een beroepsgerichte, een arbeidsmarktgerichte en een individuele leerweg.

Het kabinet geeft in haar beleidsreactie aan dat er wat betreft de theoretische, de gemengde en de beroepsgerichte leerweg zal worden aangesloten op de adviezen. Voor de individuele en de arbeidsmarktgerichte leerweg worden beleidsvoorstellen gedaan die aansluiten bij WSNS in het primair onderwijs.

De individuele leerweg zal geen afzonderlijk leertraject zijn, maar vorm krijgen als een hulpstructuur bij de theoretische, gemengde en beroepsgerichte leerwegen. Deze hulpstructuur is in principe bestemd voor de categorie leerlingen met een partiële behoefte (hiaten, achterstanden of gedrags- en motivatieproblemen), maar met overigens voldoende capaciteiten om een MAVO of VBO-diploma te kunnen halen.

Het inrichten van deze hulpstructuur zal een verantwoordelijkheid zijn van samenwerkingsverbanden VO/VSO.

De arbeidsgerichte leerweg is bestemd voor een beperkte groep jongeren voor wie de eerste fase eindonderwijs zal zijn. Het gaat hier om jongeren waarvan de capaciteiten het niet waarschijnlijk maken dat een vervolgopleiding succesvol afgerond kan worden. De omvang van deze groep zal circa 5% van de leerlingpopulatie MAVO/VBO/VSO zijn (circa 25 000 leerlingen) en zal voor driekwart bestaan uit VSO/MLK en IVBO

²⁶ Staatscourant 1995, nr. 71.

(Individuele voortgezet beroepsonderwijs) leerlingen. De arbeidsmarktgerichte leerweg voorziet in een programma-aanbod dat afsluitend voorbereidt op een rechtstreekse entree op de arbeidsmarkt.

Ten behoeve van de hulpstructuur en van de arbeidsmarktgerichte leerweg zal een landelijk zorgbudget beschikbaar worden gesteld. Een klein deel van het zorgbudget wordt beschikbaar gesteld voor basisfinanciering van landelijke expertise-ontwikkeling en voor de bekostiging van specialistische scholen voor leerlingen met een zeer specifieke handicap.

Het is de bedoeling dat de beleidsvoorstellen op 1 augustus 1998 ingevoerd worden. Deze datum is gekozen in samenhang met de invoering van profielen in de tweede fase van het VWO/HAVO en het moment waarop de ISOVSO expireert.

4. Overige ontwikkelingen in het speciaal onderwijs

4.A. Integratie onderwijs aan blinde en slechtziende kinderen

Bij de Eerste Kamer ligt momenteel het wetsvoorstel tot samenvoeging van de huidige aparte schoolsoorten voor blinde en slechtziende kinderen tot één schoolsoort voor visueel gehandicapte kinderen.

De bedoeling van dit wetsvoorstel is om door fusie van de bestaande tien scholen te komen tot vier regionaal georiënteerde onderwijsinstellingen die geïntegreerd onderwijs verzorgen voor alle typen visueel gehandicapte kinderen en de ambulante begeleiding verzorgen voor visueel gehandicapte kinderen die onderwijs volgen aan de reguliere scholen.

Tegelijkertijd regelt het voorstel tot wijziging van de ISOVSO een sterke vereenvoudiging van de bekostiging met een grotere mate van bestedingsvrijheid en wordt het budget voor de vier nieuw te vormen onderwijsinstellingen met f 1,2 miljoen verhoogd. Deze meerinvestering is nodig om de onderwijskundige integratie op adequate wijze gestalte te geven.

4.B. Onderwijs in justitiële jeugdinrichtingen

De bewindslieden van Justitie en OCenW hebben, naar aanleiding van de «kwestie Rekken» in 1993, het belang onderschreven van een geïntegreerde aanpak van opvang/behandeling en onderwijs ten aanzien van jongeren die in justitiële jeugdinrichtingen verblijven.

Op 1 maart 1995 is een onafhankelijke commissie ingesteld, onder voorzitterschap van W. Etty, om over dit vraagstuk een advies uit te brengen. De commissie heeft de volgende opdracht:

- adviseren over de wijze waarop in praktische en inhoudelijke zin het onderwijs kan worden geïntegreerd in justitiële opvang- en behandelinrichtingen;
- adviseren over de meest wenselijke organisatievorm, bekostigingswijze en beleidsmatige afstemming tussen opvang/behandeling en onderwijs.

Het advies wordt voor 1 juli 1995 uitgebracht.

5. Secundair beroepsonderwijs

Op het terrein van het secundair beroepsonderwijs (MBO, LLW) is het beleid gericht op versterking van de algemene toegankelijkheid van de reguliere opleidingen. Daarenboven zijn in het kader van het doelgroepen- en vernieuwingsbeleid de afgelopen jaren specifieke projecten voor gehandicapten van start gegaan. In het schooljaar 1993/1994 betrof het 41

projecten verbonden aan 29 instellingen. De middelen voor deze projecten zijn in het schooljaar 1994/1995 toegevoegd aan de lump sum van de instellingen.

Tevens zijn aan twee VSO-scholen voor doven (Effatha, Sint Michiels-gestel) secundaire beroepsopleidingen verbonden. Deze zullen op basis van de Wet educatie en beroepsonderwijs als afzonderlijke instellingen worden bekostigd.

Voor de opvang van werknemers aan sociale werkplaatsen (WSW-deelnemers) worden extra middelen ingezet. Deze middelen zijn in het schooljaar 1994/1995 toegevoegd aan de lump sum van het vormingswerk. Op basis van de uitwerkingsnotitie vormingswerk heeft het vormingswerk een ondersteunende functie gekregen ten aanzien van de eerste fase van het voortgezet onderwijs c.q. het voorbereidend beroeps-onderwijs en MAVO om het voortijdig schoolverlaten van risicogroepen terug te dringen en hulp te verlenen bij de verwerving van een start-kwalificatie.

In het kader van het vernieuwings- en doelgroepenbeleid is een nulmeting uitgevoerd naar de deelname van prioritaire doelgroepen in het schooljaar 1992/1993 (ITS, 1994). Het aantal gehandicapten in het MBO en LLW bedroeg 1 070 (0,3%), in het vormingswerk en oriëntatie- en schakelprogramma's 974 (5,7%) en in de basiseducatie en het voortgezet algemeen volwassenenonderwijs 2 081 (0,8%).

Bij deze aantallen dient te worden aangetekend, dat scholen zelf konden uitmaken wie ze tot de gehandicapten rekenden. Om een eenduidig beeld te krijgen is het voornemen een hernieuwde meting uit te voeren.

In de in het voorjaar van 1995 te verschijnen «Uitwerkingsnotitie gehandicapten in het secundair beroepsonderwijs» zal het beleid voor de komende jaren uiteen worden gezet. Hierin wordt aangegeven hoe de projecten voor lichamelijk gehandicapten kunnen worden voortgezet. Ook wordt ingegaan op de samenhang tussen deze projecten en de – in samenwerking met SZW, VWS en het Tica – te starten regionale pilots. In de pilots wordt samengewerkt met de in het kader van de WAGW erkende vijf centra voor beroepsopleidingen voor gehandicapten.

Tevens wordt gestimuleerd dat projecten participeren in het programma HORIZON-gehandicapten, in het kader van het communautair initiatief werkgelegenheid van de Europese Unie.

HOOFDSTUK IX. GEHANDICAPTEN EN DE FYSIEKE RUIMTE

Een toegankelijke fysieke omgeving is wezenlijk als het erom gaat dat mensen die met een functiebeperking in onze samenleving staan zo veel mogelijk zelfstandig moeten kunnen leven. In beginsel zijn er in Nederland goede afspraken over de verantwoordelijkheid voor de fysieke toegankelijkheid van gebouwen en openbare ruimten. Elke sector, elke eigenaar of huurder van een gebouw of terrein is zélf verantwoordelijk voor het vrije gebruik van de accommodatie, het vervoermiddel of de ruimte door de medeburger die in zijn of haar beweging wordt belemmerd.

1. Volkshuisvesting

In het algemeen geldt dat het volkshuisvestingsbeleid mede is gericht op bevorderen van de toegankelijkheid van zowel de bestaande woningvoorraad als de nieuwbouw. In paragraaf 3.D van hoofdstuk V is al ingegaan op de ontwikkeling naar kleinschaligheid en genormaliseerd wonen voor verstandelijk gehandicapten en de rol van volkshuisvesting daarbij. Op deze plaats wordt ingegaan op de activiteiten gericht op het beter toegankelijk maken van woningen en woonomgeving.

1.A. Bestaande woningvoorraad

Bij de voorraad gaat het in de eerste plaats om woningaanpassingen op basis van de Wet voorzieningen gehandicapten en liftenplaatsing. Het plaatsen van liften bij bestaande woningen wordt gestimuleerd door een tijdelijke subsidieregeling van VROM. Deze regeling loopt tot eind 1995. Daarna worden de gelden gedecentraliseerd naar de gemeenten.

De SEV (Stichting Experimenten Volkshuisvesting) onderzoekt samen met de NWR (Nationale Woning Raad) de mogelijkheden om te komen tot een aantal standaard-opplusspakketten voor aanpassing van de bestaande woning, afhankelijk van de zwaarte van de handicap. In 1996 wordt het experiment «opplussen» afgerond. Daarna zal door VROM worden gezien hoe een brede praktijktoepassing kan worden gestimuleerd.

1.B. Nieuwbouw

Het aanpasbaar bouwen van woningen vindt reeds toepassing in de praktijk. Het bouwen van aanpasbare woningen is voor 80% van de nieuwbouw geen probleem; die woningen zijn voldoende breed en hebben voldoende oppervlakte. Bij de overige 20% betekent aanpasbaar bouwen het maken van extra kosten.

Door de SEV wordt momenteel – samen met de ouderenbonden – het zogenaamde seniorenlabel ontwikkeld. Het seniorenlabel bevat eisen en aanbevelingen op het gebied van veiligheid, gebruiksgemak, toegankelijkheid en aanpasbaarheid voor woning en woonomgeving.

In het kader van de evaluatie van het Bouwbesluit wordt op basis van dossieronderzoek nagegaan hoe de praktijk in die gevallen is omgegaan met de eisen van aanpasbaar bouwen. De resultaten van dit onderzoek zijn eind 1995 beschikbaar.

Het aanpasbaar bouwen bevindt zich in de fase van kennisoverdracht en voorlichting. Met name bij opdrachtgevers, architecten en bouwers zal op dit vlak nog een mentaliteitsverandering moeten plaatsvinden. In overleg met de NWR, de SEV en de Gehandicaptenraad zal worden gezien of op dit vlak aanvullende activiteiten nodig zijn.

2. Verkeer en vervoer

2.A. Toegankelijkheid personenvervoer

Op 13 april 1993 gaf de toenmalige minister van VenW de Tweede Kamer haar standpunt over het rapport-Van Leeuwen, waarin de Stuurgroep Mobiliteit Gehandicapten en Ouderen haar bevindingen en aanbevelingen had neergelegd (Kamerstukken II, 1991–1992, 22 300, hoofdstuk XII, nr. 49).

In vervolg hierop neemt het ministerie van VenW bij de verbetering van de mobiliteit van gehandicapten en ouderen nieuwe initiatieven om de toegankelijkheid van het openbaar vervoer te optimaliseren. Daartoe krijgen voor stads- en streekvervoer de openbare vervoersbedrijven en de gemeenten gelden ter beschikking gesteld voor de meerkosten van de aanschaf van lage-vloermaterieel en voor de aanpassing van met name de halte-infrastructuur. Door dergelijk materieel in te zetten, wordt een belangrijke drempel bij het gebruik van het openbaar vervoer weggenomen.

Het ministerie van VenW levert daarnaast een bijdrage aan een aantal experimenten in het openbaar vervoer. Het doel van deze experimenten is te bekijken hoe en met de inzet van welk materieel en systeem

doelgroepen, waaronder ouderen en gehandicapten, gebruik zouden kunnen maken van collectieve vervoersvoorzieningen.

2.B. Treinvervoer

De NS heeft in overleg met de Gehandicaptenraad richtlijnen ontwikkeld voor de toegankelijkheid van stations.

Het ministerie van VenW neemt deel aan het Interdepartementaal Overleg Bouwbesluit teneinde het programma van eisen voor de toegankelijkheid van stations in te brengen. Er is een proef gaande met rolstoelliften in treinen.

2.C. Reisinformatie

Van belang is uiteraard dat voldoende reisinformatie de gehandicapte reiziger bereikt. Onlangs is in opdracht van het ministerie van VenW onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid, inhoud, vorm en organisatie van reisinformatie voor gehandicapten in het openbaar en aanvullend vervoer.

2.D. Verkeersveiligheid algemeen

Vanuit het ministerie van VenW wordt gewerkt aan het ontwikkelen van een duurzaam veilig verkeers- en vervoerssysteem. Nagegaan wordt of preventieve maatregelen als verbeteren infrastructuur en aanscherpen verkeerseducatie ook voldoende soelaas bieden voor kwetsbare groepen in de samenleving (zoals ouderen en gehandicapten). Thans wordt onderzocht door de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) of binnen het kader van het preventief beleid aanvullende maatregelen nodig zijn.

2.E. Veiligheid in het groepsvervoer van gehandicapte kinderen

In 1992 is de decentralisatie naar de gemeenten van het leerlingenvervoer speciaal onderwijs in de Tweede Kamer geëvalueerd (Kamerstukken II, 1991-1992, 21 486, nrs. 1-3). Uit deze evaluatie is niet gebleken dat het leerlingenvervoer er door de decentralisatie in kwalitatieve zin op achteruit is gegaan. Het SCO-Kohnstamm Instituut heeft het leerlingenvervoer vervolgens geëvalueerd tot en met 1993. Hierover heeft de staatssecretaris van OCenW op 7 december 1994 gerapporteerd aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Geconcludeerd werd dat er geen aanleiding bestaat voor additionele voorschriften *aan gemeenten* op centraal niveau.

Toch wordt van diverse kanten gepleit voor aanscherping van de regelgeving in het kader van de vervoerwetgeving gericht op veiligheid en kwaliteit van het vervoer van gehandicapte kinderen. Deze geluiden komen niet alleen van instanties als de Gehandicaptenraad en de FvO, maar ook van de Raad voor de Verkeersveiligheid. Op 2 september 1994 bracht deze raad het advies *Leerlingenvervoer; van het kastje naar de muur* uit.

In opdracht van het ministerie van VenW is in 1993 een onderzoek gestart over de veiligheid van het leerlingenvervoer van en naar het speciaal onderwijs. Dit heeft geleid tot het TNO-rapport «Beveiligingsmiddelen voor gehandicapte kinderen in het wegvervoer» met een inventarisatie van informatie. Momenteel is een vervolgonderzoek gaande met als doelstelling het leveren van concrete aanbevelingen voor het op een (bots)veilige en gebruikersvriendelijke wijze vervoeren van kinderen met een handicap in taxibusjes en het ontwikkelen van draagvlak voor de voorgestelde wijze van transport bij degenen die bij het vervoer van deze kinderen zijn betrokken. Hierbij wordt gestreefd naar maximale vrijwillige

implementatie door gemeenten, waar de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het leerlingenvervoer ligt, en vervoerders.

De aanbevelingen die eind dit jaar uit het project voortvloeien zullen ook worden ingebracht in de ISG.

Daarnaast wordt een norm ontwikkeld voor rolstoel-vastzetsystemen, de zogenaamde NEN-normering, voor bedrijfsmatig vervoer. Bekeken zal worden in hoeverre deze norm voor particulier vervoer kan gelden. Per 1 januari is, met een overgangstermijn, het niet langer mogelijk dat bestelwagens na ombouw tot taxi-busjes als zodanig worden goedgekeurd indien bevestigingspunten voor autogordels en gordels voor de naar voren gerichte zitplaatsen ontbreken. De minister van VenW zond op 10 maart 1995 een bericht over vorenstaande naar de Tweede Kamer.

2.F. Luchtvaart

Met betrekking tot toegankelijkheid van luchthavens is in Nederland al veel tot stand gebracht. Nederland conformeert zich zoveel mogelijk aan de aanbevelingen van de European Civil Aviation Conference (ECAC) op dit terrein. Dit geldt ook voor de harmonisatie van informatie.

In de opleiding van personeel van luchthavens en luchtvaartmaatschappijen wordt extra aandacht besteed aan het vervoer van personen met beperkte mobiliteit. Daarnaast heeft de rijksluchtvaartdienst bij de ANVR aandacht gevraagd in het kader van de opleiding van personeel bij reisbureaus. De IHD (Internationale HulpDiensten), een particuliere organisatie, verzorgt voor gehandicapten, die verzekerd zijn bij bepaalde zorgverzekeraars, persoonlijke assistentie voor, tijdens en na een vliegreis. Wat betreft speciale voorzieningen in vliegtuigen wacht de ECAC op het advies van de «Joint Aviation Authorities» alvorens op dit punt aanbevelingen te doen.

2.G. Veerdiensten

Het ministerie van VenW heeft overleg met de eigenaren van veerdiensten gehad in verband met het opstellen van technische regels voor de zoute veren. Met betrekking tot de regels voor de vrije doorgang van verbindingswegen, deuren en uitgangen is in algemene zin aangesloten bij de regels zoals opgenomen in bijlage III van het Binnenschepenbesluit (technische regelen voor passagiers).

3. Centraal coördinatiepunt toegankelijkheid

3.A. Verbreding doelgroep

Het verspreiden van kennis op het gebied van de fysieke toegankelijkheid en mobiliteit en het propageren van de onderliggende uitgangspunten lenen zich goed voor intersectorale aansturing. Sedert 1980 houdt een vaste subcommissie van de ISG, namelijk het Centraal Coördinatiepunt Toegankelijkheid (CCPT), zich met deze aangelegenheid bezig. Ondanks het vele werk dat is verricht en ondanks de toenemende aandacht voor het belang van zelfredzaamheid en een onafhankelijke leefwijze voor mensen met een functiebeperking, blijkt dat er op het gebied van toegankelijkheid nog veel te doen is. Daarbij valt onder meer te denken aan (vooral *bestaande*) woningen, scholen, openbare gebouwen en publieke voorzieningen in de recreatieve en sportieve sfeer en aan openbare verkeers- en communicatievoorzieningen.

Aanvankelijk ging in het beleid de aandacht in hoofdzaak uit naar gehandicapten. Met erkenning van de overlap die tussen de diverse aanduidingen van doelgroepen optreedt, is echter gebleken dat het wenselijk is om naast de gehandicapten ook de chronisch zieken en de

ouderen expliciet te noemen als bevolkingscategorieën die baat hebben bij een fysiek optimaal toegankelijke maatschappij. Ook is onderkend dat het wenselijk is om systematischer aandacht te geven aan de transfer (en de toepassing) van technologische innovatie naar het veld van organisaties van en voor gehandicapten, chronisch zieken en ouderen.

In verband met deze ontwikkelingen is de instellingsbeschikking van het CCPT (zoals gepubliceerd in de *Staatscourant* van 1 september 1980) aan revisie toe. Uiteraard is daarbij ook acht geslagen op de algemene aanwijzingen van de minister-president over externe adviesorganen en interdepartementale commissies²⁷. Momenteel is gekozen voor de vorm van vaste subcommissie van zowel de ISG als de Interdepartementale Stuurgroep Ouderenbeleid (ISO). Het CCPT krijgt een eigentijdse organisatorische inkadering, die echter de voordelen van een zekere zelfstandigheid onverlet laat. Het CCPT gaat zich vanaf 1995 in het bijzonder op de volgende aspecten richten:

- de ontoegankelijkheid en leemten in de bestaande mogelijkheden en maatregelen op het gebied van toegankelijkheidsbevordering inventariseren;
- een aangepaste vormgeving van gebruiksvoorwerpen bevorderen, opdat mensen met of zonder functiebeperkingen – waar mogelijk – ergonomisch verantwoorde artikelen gewoon in de winkel kunnen kopen (de *design for all*-gedachte);
- voorstellen ontwikkelen voor planning, onderzoek, voorlichting, maatregelen en meerjarenprogramma's en de daarbij te stellen prioriteiten;
- aanduiden wat de kosten van maatregelen zijn en deze kosten bestrijden;
- bevorderen dat de deelnemende overheden en publieke instanties instrumenten, regels en richtlijnen ontwerpen;
- de tenuitvoerlegging van de geaccepteerde adviezen bevorderen en volgen, en de effecten van genomen maatregelen evalueren;
- bijdragen aan het werk van de Europese Unie (EU), de Raad van Europa en de Verenigde Naties (VN) en de daaraan gelieerde organisaties op het gebied van toegankelijkheid;
- transfer (en toepassing) van technologische innovatie naar het veld van organisaties van en voor gehandicapten, chronisch zieken en ouderen.

Daarnaast zijn er initiatieven om het integrale toegankelijkheidsdenken te introduceren in het bouwkunde-onderwijs door de financiering van activiteiten, gelieerd aan een leerstoel toegankelijkheid aan de technische universiteiten van Delft en Eindhoven. Ook langs die weg worden opdrachtgevers, ontwerpers en bouwers geprikkeld tot een hoger kwaliteitsbewustzijn.

De regelgeving kan hierbij niet achterblijven. Momenteel vindt de evaluatie van het Bouwbesluit plaats. Ook hier zijn bewegingen herkenbaar die streven naar een integrale benadering van toegankelijkheid.

Een commissie van het Nederlands Normalisatie Instituut heeft de norm NEN 1814 «Toegankelijkheid van gebouwen en buitenruimten» en de hierop gebaseerde praktijkrichtlijn NPR 1815 ontwikkeld. Norm en praktijkrichtlijn worden binnenkort door de commissie aangepast aan de eisen van het Bouwbesluit.

Ook op Europees niveau wordt gewerkt aan standaardisatie van de richtlijnen. Een herziene versie van het Europees Handboek is daartoe in voorbereiding.

3.B. *Privatisering*

Een aantal uitvoerende (voorlichtende) taken die in de loop van de jaren

²⁷ Staatscourant 1987, nr. 67.

waren geaggregeerd door het secretariaat van het CCPT, kwamen voor privatisering in aanmerking. Dit kreeg zijn beslag in het besluit dat de Stichting Informatie en Advies Centrum Schoolaccommodaties (ICS) in Gouda, werkverband ICS-Acces, met ingang van 1994 wordt gesubsidieerd voor concrete werkzaamheden in deze sfeer. De subsidie wordt uitgekeerd op projectbasis voor de periode 1994–1997 en bedraagt jaarlijks f 285 000,-. De subsidie wordt verstrekt door tussenkomst van VWS. SZW, OCenW, VenW, VROM en Landbouw, Natuurbeheer en Visserij (LNV) dragen elk f 45 000,- bij, terwijl VWS zelf f 60 000,- fourneert. Na 1997 zal de stichting voor een kostendekkende exploitatie moeten zorgdragen. Feitelijk is per 1 juni 1994 een aantal uitvoerende activiteiten van het CCPT-secretariaat overgedragen aan deze stichting.

HOOFDSTUK X. SAMENVATTING

1. In uitvoering zijnde beleidsmaatregelen c.q. initiatieven

1. Inmiddels is, gefinancierd door het ministerie van VWS, de derde fase van het onderzoek discriminatie van gehandicapten van start gegaan. Deze fase, die wordt uitgevoerd door de Rijksuniversiteit van Utrecht, heeft het karakter van een juridische verkenning van de mogelijkheden om de rechten op gelijke behandeling van gehandicapten te verankeren in de wet. Daarbij worden de voor- en nadelen van de verschillende opties bestudeerd.

2. Over het persoonsgebonden budget is de Kamer reeds nader geïnformeerd onder meer via de brief van de bewindslieden van VWS van 9 maart 1995. Een brief waarin beleidsinhoudelijk nader op de materie wordt ingegaan verkeert in een laatste stadium van voorbereiding. Daarnaast mag worden verwezen wat betreft de algemene aspecten van PGB. Voorts is het van belang te wijzen op het gegeven, dat de financiële ruimte voor de introductie van het PGB voor het jaar 1996 gevonden zal worden binnen het in te stellen zorgvernieuwingfonds sector gehandicapten.

3. SZW heeft door tussenkomst van het Tica overleg geopend met de bedrijfsverenigingen om te bereiken dat er een ruimer gebruik kan worden gemaakt van het scholingsinstrument in de uitvoeringspraktijk van de arbeidsbemiddeling van partieel arbeidsgeschikten.

4. Om schoolgebouwen in eigendom van OCenW toegankelijk te maken, zal het ministerie op verzoek van het schoolbestuur subsidie verstrekken op grond van een onderbouwde aanvraag in verband met de daadwerkelijke aanwezigheid van gehandicapte leerlingen, onder andere voor het aanbrengen van trapliften en het aanpassen van toiletten. Na overdracht van het eigendom van het schoolgebouw is niet langer het ministerie van OCenW, maar het schoolbestuur verantwoordelijk voor het toegankelijk maken van het schoolgebouw.

5. De minister van VWS heeft de ZFR om advies gevraagd over wijziging van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering.

6. Om te bezien op welke wijze en onder welke voorwaarden een systeem van leerlinggebonden financiering binnen het speciaal onderwijs vorm kan krijgen is begin april 1995 een commissie ingesteld. De taakstelling van deze commissie richt zich op het speciaal onderwijs voor leerlingen met een zintuiglijke, lichamelijke of verstandelijke handicap, de zogenaamde 2/3 scholen. Exemplarisch voor deze sector wordt door de commissie een pilotstudie verricht op het terrein van het onderwijs aan

auditief gehandicapten en zeer moeilijk lerenden. De commissie wordt geacht binnen een half jaar te adviseren.

7. Met ingang van 1994 wordt de Stichting ICS, verband ICS-Acces, gesubsidieerd voor concrete werkzaamheden in de sfeer van de toegankelijkheid. De subsidie wordt uitgekeerd op projectbasis voor de periode 1994–1997 en bedraagt jaarlijks f 285 000,-. De subsidie wordt verstrekt door tussenkomst van VWS. SZW, OCenW, VenW, VROM en LNV dragen elk f 45 000,- bij, terwijl VWS zelf f 60 000,- fourneert. Na 1997 zal de stichting voor een kostendekkende exploitatie moeten zorgdragen.

8. Ten behoeve van het Kwaliteits- en bruikbaarheidsonderzoek hulpmiddelen voor gehandicapten zal SZW in de periode 1995–1997 op jaarbasis voorshands 2 miljoen gulden ter beschikking stellen. Het budget van de ZFR voor het kwaliteits- en bruikbaarheidsonderzoek hulpmiddelen blijft bij de ZFR in beheer, maar zal wel in coördinatie met de SZW-subsidie worden gepland en besteed. Hierdoor is het voor de partijen mogelijk geworden om per 22 december 1994 de Stichting KBO in het leven te roepen.

2. Voorgenomen beleidsmaatregelen

9. De Stichting KBO zal ook vanuit het ministerie van VWS op projectbasis worden gesubsidieerd. De subsidie is primair bedoeld om de ervaringsdeskundigheid van gehandicapten zelf in te schakelen bij het onderzoek dat is gericht op medische hulpmiddelen die de zelfredzaamheid van personen met een handicap bevorderen in de thuis-, school-, werk- en vrijetijdssituatie.

10. In verband met de preventieve werking van aanpassingen c.q. de samenhang op dit gebied zal een zo breed mogelijke verspreiding van kennis en expertise worden bevorderd. Onder «aanpassingen» worden in dit verband niet alleen aanpassingen in materiële zin (goederen) verstaan maar ook in de zin van technieken, methoden en alternatieve vormen van communicatie (diensten). In verband daarmee zullen de huidige inspanningen van de landelijke overheid op het gebied van de publieksvoorlichting aan gehandicapten worden heroverwogen.

11. Een goed aanknopingspunt voor onderlinge beïnvloeding op het gebied van zelfregulering en kwaliteitsverbetering zijn aanbevelingen van de HEART-studie, die in het kader van het TIDE-programma van de EU is uitgevoerd. In verband daarmee zal aan de Gehandicaptenraad en de NCCZ worden gevraagd om advies uit te brengen over een implementatie voor Nederland van deze aanbevelingen.

12. Met betrekking tot de afstemming tussen het indicatiebeleid ten behoeve van enerzijds mensen die zijn geïndiceerd voor de sociale werkvoorziening (SW) en anderzijds mensen die zijn aangewezen op AWBZ-bekostigde activiteitencentra en dagverblijven voor ouderen wordt op basis van de zogenaamde 4 x 10-formule regelgeving voorbereid.

13. OCenW zal op korte termijn een *Uitwerkingsnotitie gehandicapten in het secundair beroepsonderwijs* uitbrengen. In de notitie wordt aangegeven hoe ten aanzien van (lichamelijk) gehandicapten zowel de toegankelijkheid/instroom als de gediplomeerde uitstroom bij het secundair beroepsonderwijs (LLW en MBO) kan worden vergroot.

14. De in het plan *Samen naar werk* (Gehandicapten: scholing en samenwerking door middel van pilots) dat is ingediend door de Vereniging Beroepsonderwijs en Volwasseneneducatie (VBVE) en het

Instituut Werkenrode (namens de vijf in het kader van de WAGW erkende centra voor beroepsopleidingen voor gehandicapten) voorgestelde vijf pilots kunnen in 1995 starten na een voorbereidende fase. De evaluatie vindt plaats in 1997. Voor de totstandkoming van de pilots werken de ministeries van OCenW, SZW en VWS alsmede het Tica nauw samen.

15. Over de afstemming openbaar en collectief vraagafhankelijk vervoer in het algemeen zal de minister van VenW naar aanleiding van de aanneming op 14 december 1993 in de Tweede Kamer van de motie-Wolffensperger (Kamerstukken II, 1993–1994, 23 400, hoofdstuk XII, nr. 31) een nota uitbrengen. In deze nota zal meer ten principale worden ingegaan op de positionering van het collectief vraagafhankelijke vervoer in het totale vervoersbestel.

16. Het is het beste als gehandicapten zelf werken aan een betere beeldvorming. De schat aan kennis die bij de doelgroep zelf over dit onderwerp beschikbaar is, moet systematischer worden ingezet, onder meer bij de beïnvloeding van de media. Activiteiten die erop zijn gericht om deze ervaringsdeskundigheid toegankelijk te maken en te presenteren van onder meer de Gehandicaptenraad en de FvO, kunnen op projectbasis rekenen op ondersteuning van VWS. VWS zal deze activiteiten afstemmen met de NCCZ en het WOCZ.

17. Het kabinet overweegt de volgende maatregelen, gericht op de reïntegratie op de arbeidsmarkt van mensen met een arbeidshandicap.

- Loonsuppletieregeling
- Loonkostensubsidie
- Stimuleren opstarten van een eigen bedrijf
- Stimulansen voor de oudere werknemer met een arbeidshandicap
- Verruiming scholingsmogelijkheden in de WW
- Proefplaatsing met behoud van uitkering
- Toepassing Regeling vergoeding persoonlijke ondersteuning gehandicapte werknemers

18. De tijd is rijp voor een nadere exploratie en stimulering van diverse vormen van samenwerking op het punt van een geïntegreerde indicatiestelling. De samenwerking hoeft niet per se tot het domein van het gehandicaptenbeleid beperkt te blijven. Gehandicaptenbeleid kan echter voor hierop betrokken sectoren, zoals sociale werkvoorziening, speciaal onderwijs, de voorzieningenverstrekking en de AWBZ-bekostigde zorg, een platform bieden voor intersectorale toetsing van de inspanningen. Initiatieven op dit punt, mits goed onderbouwd, komen voor ondersteuning in aanmerking. Als de NRV hierin het voortouw neemt, bij voorkeur in goed overleg met de VNG en Zorgverzekeraars Nederland, wordt dit toegejuicht.

19. De voorstellen van de TVK om te komen tot een zorgvernieuwingsfonds voor de sector gehandicaptenzorg worden overgenomen. Het kabinet stelt zich voor kleinschaligheid in de AWBZ-bekostigde gehandicaptenzorg voortaan in alle mogelijke opzichten te stimuleren en te faciliteren.

3. In voorbereiding zijnde beleidsmaatregelen

20. De landelijke overheid wil kennis dragen over de mensen die in een kwetsbare positie terecht zijn gekomen ten gevolge van een complex van factoren, veroorzaakt of verzaagd door een functiebeperking. Om welke groepen gaat het, om welke aantallen, waar bevinden zij zich, en hoe kan het probleemoplossend vermogen van deze mensen worden versterkt en

kan worden voorkomen dat zij het onbedoelde slachtoffer worden van in negatieve zin cumulerende maatregelen?

21. De staatssecretaris van VWS zal initiatieven nemen om te komen tot een erkenning van overheidswege van de Nederlandse Gebarentaal.

22. Tussen organisaties van gehandicapten zelf, Zorgverzekeraars Nederland, de VNG, het IIPPO en het Tica enerzijds en de landelijke overheid anderzijds, wordt overleg gevoerd gericht op overeenstemming tussen partijen over de betekenis van de verschillende begrippen.

23. De regering streeft ernaar de samenhang te bevorderen tussen zorg-, welzijns- en onderwijsvoorzieningen voor auditief gehandicapten. Die samenhang moet onder andere bereiken dat – méér dan tot dusver het geval was – auditief gehandicapte kinderen, onder wie pre-linguaal dove kinderen, door hun ouders thuis kunnen worden verzorgd en naar school kunnen op een reguliere basisschool in de eigen buurt.

24. Wat betreft de intersectorale elementen van de bevordering van arbeidsreïntegratie partieel arbeidsongeschikten is door de staatssecretaris van SZW in verband met het NCCZ-advies *Werken op maat* het belang benadrukt van de rol die een instantie als de NCCZ kan spelen als belangenmakelaar en bruggenbouwer. De staatssecretaris heeft aangegeven met betrekking tot deskundigheidsbevordering, voorlichting en scholing het zinvol te achten om op ambtelijk niveau met het bureau van de NCCZ te komen tot mogelijke voorbereiding van concrete activiteiten op dit vlak.

25. Op dit moment wordt bestudeerd op welke wijze een vertaling van het advies van de Raad voor de Verkeersveiligheid «Leerlingenvervoer; van het kastje naar de muur» naar de (uitvoerings)regelgeving in het kader van de vervoerwetgeving wenselijk en mogelijk is.

26. De in de motie van de Tweede Kamer lid Giskes (Kamerstukken II, 1994–1995, 23 795, nr. 7) gevraagde rapportage over de (financiële) positie van ouders met thuiswonende gehandicapte kinderen zal geïncorporeerd worden in de eerste voortgangsrapportage bij dit *meerjarenprogramma*. Daarbij zal onder meer aandacht worden geschonken aan de opmerking in het rapport van de Ambtelijke taskforce volumebeheersing en kostenbeperking, dat van de vigerende dubbele kinderbijslag ten behoeve van ouders, die hun gehandicapte kind uit huis hebben geplaatst, de facto een verkeerd signaal uitgaat.

Lijst van gebruikte afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
ABW	Algemene Bijstandswet
ADA	Americans with Disabilities Act
ADL	Activiteiten van het dagelijks leven (algemene dagelijkse levensbehoeften)
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANIB	Bond van gehandicapten/arbeidsongeschikten
ANVR	Algemene Nederlandse Vereniging van Reisorganisaties
ARBO	Arbeidsomstandighedenwet
AVO	Algemeen VoorzieningenOnderzoek
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBI	Bisschop Bekkers Instituut
BDD	Budgetfinanciering, Decentralisatie en Deregulering sociale werkvoorziening
BiZa	Minister of ministerie van Binnenlandse Zaken
BORG	Bestand Onderzoek op het Terrein van Revalidatie, Gehandicapten en Chronisch Zieken
CBA	Centraal Bestuur voor de Arbeidsvoorziening
CBB	Centrum beroepsoriëntatie en beroepsoefening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCPT	Centraal Coördinatiepunt Toegankelijkheid
CIBB	Centrum Innovatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CSO	Coördinatie Samenwerkende Ouderenorganisaties
Ctsv	College voor Toezicht Sociale Verzekeringen
CV	Centrum vakopleiding
ECAC	European Civil Aviation Conference
EEG	Europese Economische Gemeenschap
EFTA	European Free Trade Association
EU	Europese Unie
EZ	Minister of ministerie van Economische Zaken
FBV	Federatie van Bedrijfsverenigingen
FIAD/Wdt	Vereniging van instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FvO	Federatie van Ouderverenigingen
GAK	Gemeenschappelijk Administratiekantoor
GG en GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GVT	Gezinsvervangend tehuis
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
GMD/CK	Centraal Kantoor van de Gemeenschappelijke Medische Dienst
GOG	Gestructureerd Overleg Gehandicapten
HAVO	Hoger Algemeen Vormend Onderwijs
HEART	Horizontal European Activities in Rehabilitation Technology
HELIOS	Handicapped People in the European community Living Independently in an Open Society
HORIZON	Communautair initiatief voor gehandicapten en andere kansarme groepen
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ICS	Stichting Informatie en Advies Centrum Schoolaccommodaties

IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
IHD	Internationale Hulpdiensten
IPO	Interprovinciaal Overleg
IOBK	School voor in hun ontwikkeling bedreigde kinderen
IRV	IRV Onderzoek, Ontwikkeling, Kennisoverdracht op het gebied van Revalidatie en Handicap
ISG	Interdepartementale Stuurgroep Gehandicaptenbeleid
ISO	1. Interdepartementale Stuurgroep Ouderenbeleid 2. International Standardization Organization
ISOVSO	Interimwet voor het Speciaal Onderwijs en het Voortgezet Speciaal Onderwijs
ITS	Instituut voor Toegepaste Sociologie
IVBO	Individueel Voortgezet Beroepsonderwijs
KBO	Kwaliteits- en Bruikbaarheidsonderzoek
KDV	Kinderdagverblijf
KDV-VG	Kinderdagverblijf voor verstandelijk gehandicapten
KGVT	Kinder Gezinsvervangend Tehuis
LC-NAH	Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel
LLW	Leerlingwezen
LNV	Minister of ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij
LOM	School voor kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden
LVG	Licht verstandelijk gehandicapt(en)
LZ	Langdurig zieken
Madido	Maatschappelijke Dienstverlening Doven
MAVO	Middelbaar Algemeen Vormend Onderwijs
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
MLK	School voor moeilijk lerende kinderen
NAH	Niet-aangeboren hersenletsel
NBOI	Nederlands Bureau voor Onderzoek Informatie
NCCZ	Nationale Commissie Chronisch Zieken
NEBAS	Nederlandse Sportbond voor Aangepast Sporten
NE-DO	Nederlandse Dovenorganisatie
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningscentra Lichamelijk Gehandicapten
NGO	Niet-gouvernementele Organisatie
NIMAWO	Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
NOD	Nederlandse Onderzoek Databank
NOSW	Nationaal Overlegorgaan Sociale Werkvoorziening
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NS	Nederlandse Spoorwegen
NSG	Nederlandse Sportbond voor mensen met een verstandelijke handicap
NTU	Nederlandse Taalunie
NVGz	Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NWR	Nationale Woningraad
NZf	Nederlandse Zorgfederatie
NZI	Nationaal Ziekenhuisinstituut
NZr	Nationale Ziekenhuisraad

OenW	Minister, staatssecretaris of ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
OCenW	Minister, staatssecretaris of ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
PAO	Directie Preventie Algemene Gezondheidszorg en Opleidingen van het Ministerie van VWS
PI	Particulier initiatief
PGB	Persoonsgebonden budgetfinanciering
RBA	Regionaal Bestuur voor de Arbeidsvoorziening
RGSHG	Regeling Geldelijke Steun Huisvesting voor Gehandicapten
ROZ	Regionaal Overleg(orgaan) Zwakzinnigenzorg
RVC	Regionale Verwijzingscommissie
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SDG	Stichting Dienstverleners Gehandicapten
SDU	Staatsdrukkerij en -uitgeverij
SER	Sociaal Economische Raad
SEV	Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten
SOMMA	Landelijke vereniging van instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
Stbl.	Staatsblad
Stcrt.	Staatscourant
Stichting IG	Stichting Informatievoorziening Gehandicapten Nederland
SVr	Sociale Verzekeringsraad
SW	Sociale werkvoorziening
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
SZW	Minister, staatssecretaris of ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Tica	Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming
TIDE	Technology initiative for disabled and elderly people (tot en met 1994); Telematics for the integration of disabled and elderly people (ingaaude 1995)
TK	Tweede Kamer
TNO	Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TNO-NIPG	Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek-Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde
TNO-PG	Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek-Preventie en Gezondheid
TVK	Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking
TVWMD	Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening
VBO	Voortgezet Beroepsonderwijs
VBVE	Vereniging Beroepsonderwijs en Volwasseneneducatie
VJI	Dr. Hilda Verwey-Jonker Instituut
VN	Verenigde Naties
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VO	Voortgezet onderwijs
VROM	Staatssecretaris of ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer

VSO	Voortgezet Speciaal Onderwijs (w.o. IOBK, LOM, MG, MLK, PI, ZMLK)
VTV	Volksgezondheid toekomst verkenning
VVS	Vrouwenvakschool
VWO	Vorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs
VWS	Minister, staatssecretaris of ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VenW	Minister of ministerie van Verkeer en Waterstaat
WAGW	Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheid
WCC	Wergroep Classificaties en Coderingen
WHO	World Health Organization (Wereldgezondheidsorganisatie)
WOCZ	Werkverband Organisaties voor Chronisch Zieken
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WSNS	Weer Samen Naar School
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
WVC	Minister, staatssecretaris of ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
WW	Werkloosheidswet
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet
ZMLK	School voor zeer moeilijk lerende kinderen
ZMOK	School voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen

BIJLAGE 2**Nederlandse rapportage over resolutie R(92)6 van de Raad van Europa**

I	Preventie en gezondheidsvoorlichting of gezondheidsopvoeding	91
II	Opsporing en diagnose	94
III	Behandeling en therapeutische hulpmiddelen	95
IV	Onderwijs	99
V	Beroepsoriëntatie en beroepsopleiding	102
VI	Werkgelegenheid	104
VII	Maatschappelijke integratie en dagelijkse omgeving	108
VIII	Sociale en economische bescherming en rechtsbescherming	114
IX	Opleiding van personen die zijn betrokken bij het revalidatieproces en de maatschappelijke integratie van gehandicapten	116
X	Informatie	121
XI	Statistiek en onderzoek	122

De verwijzingen hebben betrekking op a) deze rapportage zelf (afgekort NR); en b) het meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995–1998 (afgekort MIG).

I Preventie en gezondheidsvoorlichting of gezondheidsopvoeding

1. *Doel*
Preventieve maatregelen moeten in een zo vroeg mogelijk stadium worden genomen in de persoonlijke, medische, sociale en beroepsfeer, alsook ter verbetering van de omgeving, teneinde:
- te voorkomen dat er een stoornis ontstaat of dat deze een ernstiger vorm aanneemt;
 - de mate van beperking bij een bepaalde stoornis zo veel mogelijk terug te brengen;
 - maatschappelijke achterstelling ten gevolge van een bepaalde beperking te verminderen.
2. *Voorkoming van stoornissen*
- 2.1 Om direct of indirect op te treden tegen oorzaken van stoornissen, moeten strategieën worden uitgestippeld voor adequate maatregelen ter voorkoming van ongevallen (bijvoorbeeld in huis, op de weg, op het sportveld, op school en op het werk) en ziekten (waaronder beroepsziekten, ziekten verband houdende met vrijetijdsbesteding en ouderdomsziekten, enz.). Deze maatregelen dienen gepaard te gaan met toezicht in de verschillende groeifasen, regelmatige controles van werknemers die blootstaan aan een risico, vaccinatie en toezicht op degeneratieziekten.
- 2.2 De gezondheidszorg moet in staat zijn tot het stellen van diagnoses en het behandelen van stoornissen in een vroeg stadium. In dit verband dient de belangrijke rol te worden erkend die de eerste-hulpdiensten spelen bij een snelle en effectieve behandeling van alle gezondheidsproblemen ten gevolge van ongevallen en andere redenen, en moeten er in toereikende mate financiële middelen, personeel en opleidingsmogelijkheden beschikbaar worden gesteld.
- 2.3 Ter voorkoming van congenitale stoornissen moeten er diensten worden opgezet ten behoeve van genetisch onderzoek, erfelijkheidsonderzoek en diagnose vóór het huwelijk, het volgen van normale en risico-zwangenschappen en -bevallingen, zorg voor zuigelingen met een risico, en vroegtijdige opsporing en diagnose van ziekten en geestelijke, motorische en zintuiglijke afwijkingen.
- 2.4 De preventie van congenitale stoornissen moet altijd in overeenstemming zijn met ethische beginselen. Met name bij prenatale genetische onderzoeken en diagnoses dienen (echt)paren en zwangere vrouwen volledig te worden geïnformeerd en voorgelicht over de mogelijkheden van en de redenen voor toepassing van deze methoden, alsmede over de risico's die zij met zich mee brengen. Prenatale onderzoeken en diagnoses dienen gepaard te gaan met passend, vrijblijvend genetisch advies, dat zwangere vrouwen volledige informatie moet verschaffen, op grond waarvan zij vrij een beslissing kunnen nemen met betrekking tot deze tests.
3. *Voorkoming van beperkingen*
Naast de maatregelen tot opsporing, behandeling en diagnostisering van stoornissen in een vroeg stadium moeten stappen worden ondernomen om te komen tot individuele en collectieve revalidatieprogramma's, met inbegrip van follow-up en evaluatie, alsmede de noodzakelijke ondersteuning van personen en hun familieleden. Deze programma's dienen onder andere rekening te houden met de specifieke situatie en problemen, door middel van functionele diagnose, teneinde eventuele secundaire (affectieve, cognitieve, geestelijke, motorische of maatschappelijke) gevolgen van de stoornis te voorkomen via in een vroeg stadium te nemen, op de persoon afgestemde, pedagogische maatregelen, en het kweken van bewustzijn in het gezin en de desbetreffende sector van de maatschappij.
- Zie MIG II-3.A.
 - V.T.V. hoofdstuk ongevallen en «Health for all» targets: in 2000 moeten ongevallen met 25% worden gereduceerd.
 - Warenwet; productveiligheid in samenwerking met de Europese Unie.
 - Arbowet.
 - Verkeersveiligheidsbeleid.
 - Beleid gericht op veilig medicijngebruik.
 - Alcoholmatigingsbeleid.
 - Stichting Consument en Veiligheid (f 1 à 2 miljoen subsidie op jaarbasis).
 - Groeifasen toezicht: jeugdgezondheidszorg, taken gemeenten.
 - Tijdelijke stimuleringsregeling VTO samenwerkingsverbanden, Stcrt. 1992, nr. 231.
 - Wet collectieve preventie voor volksgezondheid, Stbl. 1990, nr. 300.
 - Wet ambulancevervoer, Stbl. 1971, nr. 369 en Stbl. 1993, nr. 650.
 - Wet op bevolkingsonderzoek, Stbl. 1992, nr. 611.
 - Regeling klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvies, Stcrt. 1994, nr. 68.
 - Tevens jeugdgezondheidszorg en vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO), zie NR I-2.1.
 - Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, Stcrt. 1994, nr. 221.
 - Regeling klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvies, Stcrt. 1994, nr. 68.
 - Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering, Stbl. 1991, nr. 590.
 - Zie tevens NR onder I-4.
 - Zie tevens MIG onder II, 3.A.

4. *Voorkoming van handicaps*
 Naast de stappen die worden aanbevolen ter voorkoming van een stoornis en/of beperking, moeten op de persoon afgestemde programma's voor psycho-sociale revalidatie worden opgezet, gericht op de volledige ontplooiing van de betrokkene. Bovendien moeten alle noodzakelijke en adequate maatregelen, waaronder voorlichtingsmaatregelen, worden genomen, desnoods met sancties, om de volledige integratie van gehandicapten in de samenleving te bevorderen, onder andere door middel van vroegtijdige integratie op school, het bieden van aangepaste onderwijsmogelijkheden, integratie in een normale werk-omgeving enz. om hen in staat te stellen een onafhankelijk leven te leiden.
- Activiteiten diverse organisaties, waaronder NCCZ, ter ondersteuning van de mantelzorg.
 - Patiëntenbeleid onder andere gericht op het stimuleren van participatie en empowerment van patiënten, bevorderen lotgenoten-contacten, etc.
 - Activiteiten gericht op verbetering van beeldvorming van chronisch zieken, bijvoorbeeld het manifest «anders kijken naar chronisch zieken».
 - Algemeen maatschappelijk werk. Welzijnswet 1994, Stbl. 1994, nr. 447.
 - Gespecialiseerd maatschappelijk werk in revalidatie-instellingen en instellingen voor zintuiglijk gehandicapten.
5. *Gezondheidsvoorlichting of gezondheidsopvoeding*
- 5.1 Gezondheidsvoorlichting of -opvoeding moet erop zijn gericht mensen geleidelijk in staat te stellen verstandige beslissingen te nemen met betrekking tot hun eigen gezondheid en dient alle informatie en educatieve activiteiten te omvatten die hen ertoe aanzet:
- gezond te leven;
 - te leren wat zij moeten doen afzonderlijk en gezamenlijk om gezond te blijven; en
 - indien nodig hulp in te schakelen.
- In het kader van een samenhangend beleid voor gehandicapten is gezondheidsvoorlichting of -opvoeding ten behoeve van personen, de gemeenschap, de samenleving en de leden van de samenleving die verantwoordelijk zijn voor de besluitvorming en het beheer een effectief en onmisbaar middel tot preventie.
- 5.2 Voorlichting of opvoeding ter voorkoming van handicaps moet zich richten tot de hele bevolking en hoofdzakelijk tot jongeren in de schoolgaande leeftijd, aangezien aldus kinderen uit alle milieus kunnen worden bereikt, die dan nog zeer ontvankelijk zijn en oor hebben voor eenvoudige doch effectieve boodschappen op het gebied van de gezondheid.
- Maatregelen met betrekking tot specifieke problemen dienen gericht te zijn op bepaalde groepen, zoals vrouwen in de vruchtbare leeftijd, (echt)paren, automobilisten en bejaarden. De informatie die moet worden verstrekt, dient bijgevolg betrekking te hebben op de factoren en omstandigheden die tot een stoornis kunnen leiden, zoals:
- factoren die congenitale afwijkingen doen ontstaan (chemische, radioactieve, biologische en farmacologische middelen en infectiestoffen);
 - schadelijke effecten voor de foetus en kans op hersenbeschadigingen;
 - groeistoornissen;
 - bepaalde pathologische omstandigheden;
 - risico's die verband houden met een manier van leven, bijvoorbeeld roken en drinken;
 - het ouder worden;
 - omstandigheden die ongevallen (kunnen) veroorzaken.
- 5.3 Wanneer er sprake is van een stoornis, kan gezondheidsvoorlichting of -opvoeding zinvol zijn om een handicap te voorkomen of te beperken. De voorlichting of opvoeding moet zijn gericht tot de personen die aan een stoornis lijden, hun gezin en alle eventueel betrokkenen, zowel het publiek als professionele hulpverleners. De te verstrekken informatie moet betrekking hebben op situaties en vormen van gedrag die tot een beperking kunnen leiden, maatregelen die kunnen worden getroffen, gebruikmaking van de gezondheidszorg en de manier van leven van de betrokkenen en hun familieleden. Ouderen moeten erop worden gewezen dat in veel gevallen:
- hun toestand vatbaar is voor verbetering indien er moderne medische en psychologische maatregelen worden genomen;
 - hun situatie kan veranderen met behulp van therapeutische maatregelen in combinatie met wilskracht.
- Landelijk centrum GVO (circa f 4 miljoen op jaarbasis).
 - Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders.
 - Project Focal Point Preventie Chronische Ziekten bij het RIVM.
 - Stimuleren preventie in de extramurale zorgverlening (programma's vanaf 1995; circa f 6 miljoen op jaarbasis).
 - Anti-rookbeleid, anti-alcoholbeleid, let op vet-activiteiten etc.
 - Wet collectieve preventie volksgezondheid, Stbl. 1990, nr. 300.
- Zie MIG II-3.A.
- Zie NR I-5.4.

5.4 Gezondheidsvoorlichting of -opvoeding die erop is gericht te voorkomen dat stoornissen of beperkingen handicaps worden, raakt de hele samenleving en is bevorderlijk voor integratie en revalidatie, gelijke kansen en deelneming van gehandicapten. Voorlichting of opvoeding moet erop zijn gericht:

- gehandicapten, hun familieleden en het publiek in het algemeen uit te leggen hoe en waarom een beperking kan leiden tot een handicap en hoe handicaps kunnen worden voorkomen of beperkt;
- te voorzien in de behoefte aan zelfstandigheid en ontplooiing in het dagelijks leven, op het werk, op school en in de vrije tijd;
- bij te dragen tot het ontstaan van een grondhouding – zowel bij de betrokkenen zelf als in de samenleving – die het leven van gehandicapten gemakkelijker maakt, en moet het mogelijk maken een dialoog op gang te brengen en een gevoel van saamhorigheid te kweken tussen gehandicapten en validen.

- Zie ook NR I-5.1.
- Richtlijnen gebruik toxische stoffen.
- Stralingsbeleid van VWS.
- Veilig gebruik van geneesmiddelen.
- Zie ook MIG II-3.A.

II Opsporing en diagnose

1. *Opsporing van stoornissen*
- 1.1 Diepgaande onderzoeken zijn van belang om de aard en de verbreiding van bepaalde omstandigheden te leren kennen, zoals:
- bepaalde stoornissen, teneinde onderzoek te verrichten naar de herkomst ervan en mogelijke oorzaken weg te nemen;
 - bepaalde congenitale of verworven afwijkingen, teneinde de gevolgen ervan in een zo vroeg mogelijk stadium af te zwakken door middel van een medische behandeling of operatie, prothesen of revalidatie, in een doorlopend proces dat is afgestemd op de persoonlijke behoeften;
 - stoornissen ten gevolge van het ouder worden, teneinde het ontstaan of verergeren ervan te voorkomen en bejaarden in staat te stellen zo lang mogelijk hun zelfstandigheid te behouden in economisch en psychologisch bevredigende omstandigheden.
- 1.2 Dit onderzoek zal in hoge mate gebaseerd moeten zijn op periodieke medische onderzoeken, vóór en na de geboorte, bij zuigelingen en peuters, op scholen, vóór het huwelijk, vóór en tijdens het dienstverband en op andere momenten in het leven, met inachtneming van het medisch geheim en het recht op privacy.
2. *Diagnose*
- Er moet in een zo vroeg mogelijk stadium een diagnose van de stoornis worden gesteld, op basis van een nauwkeurige anamnese van de persoon en zijn familie, laboratoriumproeven en een functionele beoordeling van de exacte aard en ernst van de stoornis. Er moeten maatregelen worden genomen om deze gegevens te beschermen.
- Het zou gepast zijn indien de verantwoordelijkheid voor de diagnose zou worden opgedragen aan de bestaande diensten voor preventieve geneeskunde en/of geneeskundige en welzijnsdiensten die zich bezighouden met opsporing.
- Genoemde diensten zouden ook moeten worden belast met het verzamelen van gegevens over onderzochte gevallen, aangezien deze nuttig zijn voor het plannen van preventieve maatregelen, en het vertrouwelijk karakter hiermee beter wordt bewaard.
- Meerjarig onderzoekprogramma chronische ziektenbestrijding bij NWO. Kosten f 40 miljoen; duur zes jaar.
 - Programma ontwikkelingsgeneeskunde; subsidieverlening door de Ziekenfondsraad, Stcrt. 1989, nr. 122.
 - Topklinische zorg, brief staatssecretaris van WVC, Stcrt. 1993, nr. 28.
 - Wet op bevolkingsonderzoek, Stbl. 1992, nr. 611.
 - Jeugdgezondheidszorg, 0- tot 4-jarigen en 4- tot 12-jarigen.
 - Tijdelijke stimuleringsregeling VTO samenwerkingsverbanden, Stcrt. 1992, nr. 231.
 - Wet persoonsregistraties, Stbl. 1988, nr. 665 en Stbl. 1989, nr. 480.
 - Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Stcrt. 1994, nr. 221.
 - Wet BIG, Stbl. 1994, nr. 16.
 - Zie onder NR II-1.2.
 - Wet bescherming persoonlijke levenssfeer, Grondwet, artikel 10.
-

III Behandeling en therapeutische hulpmiddelen

1. *Medische behandeling*
- 1.1 Om de effecten van stoornissen of beperkingen te voorkomen, weg te nemen of terug te dringen, achteruitgang te voorkomen of de gevolgen ervan in een vroeg stadium af te zwakken, is het noodzakelijk een operationeel gezondheidsprogramma te realiseren, omvattende:
- vakbekwame therapeutische behandeling, met name chirurgisch, medisch, psychologisch en diëtetisch, in het kader van een multidisciplinair en gecoördineerd netwerk;
 - voortdurende controle van de stoornis onder volledige eerbiediging van de vrijheid van de betrokkene, en
 - het zoeken naar de modernste diensten die het meest geschikt zijn voor de uitvoering van het programma, dat moet worden aangepast aan de aard en de ernst van de stoornis en de beperking in kwestie.
- 1.2 Er moeten in een vroeg stadium therapeutische maatregelen worden genomen om de gevolgen van de stoornis zo veel mogelijk te beperken, teneinde ervoor te zorgen dat
- fysieke en andere functionele vaardigheden worden hersteld en zich op natuurlijke wijze verder kunnen ontwikkelen; en
 - voortdurende verzorging wordt vermeden of beperkt, met name bij ouderen.
- 1.3 Mensen die gehandicapt zijn of kunnen worden en hun familieleden moeten volledig worden geïnformeerd en, indien mogelijk, worden betrokken bij de keuze van de behandeling van hun stoornis en de keuze van de mogelijkheden om zelfstandig te leven.
2. *Medische hulp, medische en functionele revalidatie*
- 2.1 Het gezondheidsbeleid moet betrekking hebben op alle vormen van medische en farmaceutische hulp, met inbegrip van medische en functionele revalidatie.
- 2.2 Medische hulp dient algemene medische zorg met thuisverpleging en ambulante zorg te omvatten, alsmede specialistische medische zorg en verpleging voor lichamelijke en geestelijke aandoeningen en ziekenhuisverpleging. Om ervoor te zorgen dat gehandicapten gebruik kunnen maken van een complete, allesomvattende medische en psychologische zorg, moeten er, bij voorkeur in plaats van verzorging in een ziekenhuis, speciale vormen van zorg beschikbaar zijn, zoals ambulante zorg, dagverpleging of thuiszorg, wanneer de beperking dit toelaat, teneinde de kwaliteit van het leven van de patiënt te verbeteren en hem in staat te stellen te midden van zijn familieleden te blijven wonen en contacten met vrienden te onderhouden. Bovendien moeten er passende maatregelen worden genomen om, wanneer dit noodzakelijk is, niet te behandelen chronische pijn onder de dekking van de sociale verzekering te laten vallen.
- 2.3 Om ervoor te zorgen dat mensen met bepaalde soorten stoornissen zo optimaal mogelijk kunnen worden gerevalideerd, is het noodzakelijk voorzieningen te treffen om een passende behandeling te kunnen bieden en, indien nodig, gebruik te maken van de ervaring die is opgedaan door specialisten en ziekenhuizen in andere landen.
- 2.4 In stelsels voor ziektekostenverzekeringen moet worden geregeld dat in geval van gehandicapten niet alleen medicijnen worden vergoed die normaal worden gebruikt ter behandeling van acute aandoeningen en gevaarlijke chronische aandoeningen, maar ook producten die een hoofdzakelijk preventieve werking hebben.
- 2.5 Medische revalidatie moet een combinatie omvatten van vormen van behandeling en speciale revalidatiesystemen die erop zijn gericht de gevolgen van het letsel, de ziekte of het gebrek te beperken en lichamelijke en geestelijke functies te herstellen. Ongeacht de aard en de ernst van de stoornis, impliceert medische behandeling psychologische en pedagogische steun gericht op aanpassing aan de handicap. Het uiteindelijke essentiële doel is gehandicapten te helpen zo zelfstandig mogelijk te worden.
- Voorstel kwaliteitswet zorginstellingen, Stcrt. 1994, nr. 36.
 - Wet BIG, Stbl. 1994, nr. 16.
 - De hele Nederlandse gezondheidszorg: AWBZ, Ziekenfondswet, subsidieregelingen ZFR, etc.
 - Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering, Stbl. 1991, nr. 590.
 - Regeling nadere regels zorgaanpakken AWBZ, Stcrt. 1993, nr. 250.
 - Regeling hulpmiddelen AWBZ, Stcrt. 1994, nr. 60, 122, 228.
 - Zie onder NR III-1.1.
 - Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Stcrt. 1994, nr. 221.
 - Wet BIG, Stbl. 1994, nr. 16.
 - Wetsvoorstel medezeggenschap cliënten zorginstellingen, Stcrt. 1993, nr. 47.
 - Wetsvoorstel klachtrecht cliënten zorgsector, Stcrt. 1993, nr. 47.
 - Wet op het mentorschap, Stbl. 1994, nr. 757.
 - Zie NR III-2.2.
 - Zie onder NR III-1.1 en III-1.3.
 - Regeling ZFR subsidiëring sociaal-pedagogische diensten 1994, Stcrt. 1994, nr. 83.
 - Regeling ZFR subsidiëring gezinsverzorging 1994, Stcrt. 1993, nr. 238.
 - Kruiswerk: Regeling nadere zorgaanpakken AWBZ, Stcrt. 1994, nr. 103.
 - Aanwijzing vier kenniscentra voor pijnbestrijding, Stcrt. 1994, nr. 84.
 - Zie NR III-2.6.
 - Wet op de geneesmiddelenvoorziening, Stbl. 1974, nr. 721.
 - Zie NR III-2.6.

- 2.6 Functionele revalidatie als interdisciplinaire combinatie van technieken om de functionele prognose en de prognose van tot beperkingen leidende lokale of algemene pathologische effecten te verbeteren, dient te omvatten:
- motorische revalidatie, waarbij fysiotherapie wordt toegepast om de betrokkene in staat te stellen aangetaste spieren weer te gebruiken en spieren die niet aangetast zijn, te versterken, en
 - arbeidstherapie, waarbij de herstelde motorische capaciteit wordt gebruikt en aandacht wordt geschonken aan de mogelijkheid om hulpmiddelen te gebruiken om de gehandicapte zoveel mogelijk alle functionele activiteiten aan te leren of te doen terugkrijgen die nodig zijn om weer aan het werk te gaan of een baan te vinden;
 - revalidatie van de capaciteiten die noodzakelijk zijn om zelfstandig te leven in de samenleving;
 - revalidatie om voortdurende verzorging te vermijden of te beperken.
 - spraaktherapie, waarbij de betrokkene in de gelegenheid wordt gesteld zijn communicatieve vaardigheden te herstellen en te ontwikkelen.
- 2.7 Revalidatie van kinderen moet zo vroeg mogelijk plaatsvinden, zodat zij hun natuurlijke vaardigheden volledig kunnen ontwikkelen en, naast functionele revalidatie, onderwijs kunnen volgen, bij voorkeur in gewone scholen in gezelschap van andere kinderen van dezelfde leeftijd. Voor zover mogelijk dient de voorkeur te worden gegeven aan ambulante behandeling. Indien ziekenhuisopname of speciale intramurale zorg essentieel is, moeten sterke actieve banden met de school worden onderhouden, zodat de kinderen kunnen blijven omgaan met leeftijdsgenootjes. Bovendien moet worden gezorgd voor de nodige bijstand om ouders in staat te stellen veelvuldige contacten met hun kinderen te onderhouden.
- Een kind heeft vaak zowel gewoon onderwijs als speciale zorg nodig. Deze moeten worden gecombineerd om de overstap naar en de integratie in het normale schoolleven te vergemakkelijken.
- 2.8 Voor volwassenen, met name bejaarden, moeten maatregelen worden genomen om ziekenhuisopname te vermijden of het verblijf in het ziekenhuis te verkorten, door:
- ervoor te zorgen dat er voldoende gespecialiseerde centra en klinieken zijn die ambulante behandelingen aanbieden;
 - te zorgen voor vervoer van en naar die instellingen om de mensen in staat te stellen van de beschikbare behandelingsmogelijkheden gebruik te maken;
 - thuiszorg te regelen wanneer een bezoek aan het ziekenhuis bezwaarlijk of onmogelijk blijkt.
- 2.9 Om de integratie van gehandicapten in beroep en samenleving mogelijk te maken, moeten zo veel mogelijk thuis en in poliklinieken diensten worden verleend, waarvoor de benodigde voorzieningen moeten worden getroffen. Wanneer intramurale zorg onvermijdelijk is, dienen regelingen te worden getroffen om de patiënt in staat te stellen regelmatig naar huis te gaan. Het verbeteren van de mogelijkheden en middelen van vervoer die zijn afgestemd op de specifieke omstandigheden en beperkingen van de betrokkenen, alsmede het beschikbaar zijn daarvan in voldoende aantallen, is één van de manieren om deze revalidatie-aanpak te introduceren en te stimuleren.
- 2.10 Langdurig verblijf in het ziekenhuis kan worden vermeden door middel van passende maatregelen van de kant van de instellingen zelf en van openbare instellingen en vrijwilligersorganisaties om het ontslag uit het ziekenhuis voor te bereiden en te vergemakkelijken, met name via het leggen van contact met:
- de familie, opdat zij belangstelling blijft houden voor de gehandicapten;
 - met de werkgever, wanneer het werk kan worden hervat;
 - met de verhuurder, om kwijtraken van de woonruimte te vermijden;
 - met een dienst die de woonruimte toegankelijk kan maken, indien noodzakelijk;
 - met diensten voor maatschappelijk werk na ontslag uit het ziekenhuis, teneinde het omschakelingsproces te vergemakkelijken. Het is ook noodzakelijk om de bezittingen van de patiënt te beschermen gedurende zijn verblijf in het ziekenhuis en te garanderen dat hij zijn woonruimte kan behouden.
- Revalidatie: Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, Stbl. 1991, nr. 590.
 - Regeling nadere regels zorgaanspraken AWBZ, Stcrt. 1993, nr. 250.
 - Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV); overheid bepaalt de spreiding, planning nu nog onder AWBZ.
 - Vroegbehandeling peuters/kleuters thuis.
 - Kinderrevalidatie dagbehandeling.
 - Experimenten vroegbehandeling motorisch gehandicapte kinderen, Nota Naar eigen vermogen, Stcrt. 1994, nr. 225.
 - AWBZ, Stbl. 1967, nr. 655.
 - Regeling subsidiëring ZFR coördinatie vrijwilligerswerk, Stcrt. 1994, nr. 140.
 - Regeling subsidiëring ZFR intensieve thuiszorg, Stcrt. 1994, nr. 86.
 - Besluit ziekenvervoer Ziekenfondsverzekering 1980, Stcrt. 1993, nr. 231.
 - Wet voorzieningen gehandicapten, Stbl. 1993, nr. 545.
 - Zie onder NR III-2.8.
 - Besluit AAW-voorzieningenverstrekking, Stbl. 1994, nr. 150.
 - Gespecialiseerd maatschappelijk werk ziekenhuizen en revalidatiecentra.
 - Algemeen maatschappelijk werk, Welzijnswet 1994, Stbl. 1994, nr. 447.

- 2.11 Na ontslag uit het ziekenhuis moeten alle noodzakelijke maatregelen worden getroffen:
- om de familie te helpen om de zorg voor de gehandicapte (weer) op zich te nemen zodra deze uit het ziekenhuis wordt ontslagen;
 - om te zorgen dat de gehandicapte zo spoedig mogelijk weer aan het werk kan;
 - om integratie van de gehandicapte in de samenleving te garanderen, naast voortzetting van de behandeling, teneinde het omschakelingsproces aldus te vergemakkelijken.
- Zie NR III-2.10.
- 2.12 Revalidatiecentra moeten zo compleet mogelijk zijn ingericht op de behandeling die zij verzorgen, en beschikken over een multidisciplinair team dat is gespecialiseerd in revalidatie. Zij moeten in staat zijn overeenkomsten aan te gaan met gespecialiseerde ziekenhuizen, zodat zij gebruik kunnen maken van speciale vormen van verzorging en behandeling. Zij moeten ook beschikken over voorzieningen:
- om mensen te leren of opnieuw te leren zich in te spannen;
 - voor beroepsoriëntatie;
 - voor arbeidstherapie en, voor volwassenen, arbeidstherapie alvorens zij aan het werk gaan;
 - voor psychologische of psychiatrische hulp om de betrokkenen in staat te stellen zich aan te passen aan hun beperkingen teneinde hun handicap te overwinnen;
 - voor logopedie, fysieke therapie enz. voor bepaalde beperkingen.
- Zie NR III-2.6.
- 2.13 De algemene activiteiten van revalidatiecentra moeten worden aangevuld met voorzieningen (zwembaden, recreatieruimten, ruimten voor film- en toneelvoorstellingen, enz.) om recreatieve activiteiten te organiseren die integratie met de buitenwereld mogelijk maken.
- Zie NR III-2.6.
- 2.14 Werkgevers, werkgeversorganisaties, instellingen voor verzekering van beroepsongevallen en soortgelijke instanties moeten worden aangemoedigd, voor zover de nationale omstandigheden zulks vereisen, centra voor medische en fysieke revalidatie op te zetten of steun te verlenen bij het opzetten van revalidatiecentra die veelal medische behandeling, arbeidstherapie en soortgelijke diensten bieden om werknemers te helpen, zodat zij weer arbeidsgeschikt worden.
- Revalidatie bouwprogramma 1995–1996, Stcrt. 1994, nr. 113.
3. *Prothesen, orthesen en technische hulpmiddelen*
- 3.1 Het programma voor de medische revalidatie moet ook voorzien in de keuze, het gebruik en de verstrekking van passende:
- prothesen (hulpmiddelen die ontbrekende lichaamsdelen geheel of gedeeltelijk vervangen en de aangetaste functie, voor zover mogelijk, herstellen);
 - orthesen (therapeutische hulpmiddelen die niet alleen bepaalde gewrichten passief ondersteunen, maar ook de functionele prestatie van de aangetaste lichaamsdelen vergemakkelijken, verbeteren en beheersen); en
 - technische hulpmiddelen (hulpmiddelen bedoeld ter compensatie van de functies die om verschillende redenen niet meer kunnen worden verricht of die op abnormale wijze worden verricht ten gevolge van een lichamelijke of zintuiglijke beschadiging, met inbegrip van hulpmiddelen voor slechthzienden, aangepaste telefoons, vertaalmiddelen, etc).
- Zie NR III-2.6.
- 3.2 Het hulpmiddel moet snel overeenkomstig het medisch voorschrift worden verstrekt en, indien nodig, worden bijgesteld, onderhouden en vervangen, aangezien de verstrekking van passende hulpmiddelen veel gehandicapte kinderen in staat stelt een gewone school te bezoeken, en bijdraagt tot herinschakeling in het arbeidsproces en integratie van gehandicapten in de samenleving.
- Regeling hulpmiddelen AWBZ, Stcrt. 1994, nr. 60, 122, 228.
- 3.3 Het aanmeten van een hulpmiddel dient te geschieden door een gespecialiseerde instelling voor medische revalidatie of, op instigatie en met medewerking hiervan, op voorschrift van een medisch specialist. De specialist moet – alleen of in overleg met het revalidatieteam van de gespecialiseerde instelling en in samenwerking met de betrokken gehandicapte – beslissen welk hulpmiddel en welk model het meest geschikt is voor de patiënt, zich ervan vergewissen dat de betrokkene zich hieraan zal weten aan te passen, en aangeven welke speciale voorzieningen er in elk afzonderlijk geval noodzakelijk zijn.
- Zie NR III-3.4.

- 3.4 Er moeten technische en administratieve maatregelen worden genomen om ten behoeve van alle betrokkenen de beginselen van de moderne wijze van aanmeting van hulpmiddelen, de verstrekking van objectieve informatie en een uniforme besluitvorming inzake technische aangelegenheden en prijzen te coördineren.
- 3.5 Gehandicapten moeten de gelegenheid hebben te leren omgaan met de hulpmiddelen en de beschikking hebben over een regelmatige follow-up.
4. *Beoordeling van vaardigheden*
- 4.1 Om een zo goed mogelijk revalidatieprogramma en een prognose voor de integratie in onderwijs, beroep en samenleving te verkrijgen, dient een regelmatige beoordeling van vaardigheden plaats te vinden en moeten gehandicapten en hun familieleden de gelegenheid krijgen hun vaardigheden na te gaan en te evalueren. Deze evaluatie, te verrichten in samenwerking met de gehandicapte, dient plaats te vinden in elke fase van het revalidatieproces en wanneer de betrokkene weer aan het werk gaat.
- 4.2 De medische beoordeling van de vaardigheden en van de mogelijkheden om deze te verbeteren, dient te geschieden door artsen die gespecialiseerd zijn in revalidatie, door andere medische specialisten die ervaring hebben met revalidatie uit hoofde van hun specialisme of door artsen met speciale kennis van bepaalde handicaps, zulks met directe participatie van de gehandicapte en zijn familie.
- Revalidatiecentra.
 - Audiologische centra.
 - Subsidiëring Stichting Kwaliteitsen Bruikbaarheidsonderzoek hulpmiddelen gehandicapten door SZW.
 - Zie ook NR III-1.2, 2.6, 2.14.
 - Zie ook MIG IV-5.
 - Zie NR III-2.6 en 2.10.
- Onderdeel revalidatie en revalidatie dagbehandeling.
- Universitaire opleiding revalidatiegeneeskunde.
-

IV Onderwijs

1. *Doel*
- 1.1 Alle gehandicapten, ongeacht de aard of ernst van hun handicap, hebben recht op passend gratis onderwijs dat aansluit op hun behoeften en wensen.
- 1.2 Onderwijs moet gehandicapten in staat stellen:
– het hoogst mogelijke niveau van persoonlijke ontwikkeling te bereiken;
– zin te krijgen om te leren, rekening houdend met hun beperkingen en met gebruikmaking van hulpmiddelen die het leren vergemakkelijken;
– hun beperkingen te leren aanvaarden en de nodige vaardigheden aan te leren om hinderpalen te boven te komen.
- 1.3 Onderwijs moet gehandicapten helpen om zo veel mogelijk economisch onafhankelijk te worden en bij te dragen tot de sociale ontwikkeling van een land. Naast de reguliere vakken moet het onderwijs aan gehandicapte jongeren mede betrekking hebben op:
– sociale vaardigheden en voorbereiding op een zelfstandig leven, in samenwerking met ouders en leerkrachten, en
– praktische hulp om hen in staat te stellen het leven aan te kunnen en te integreren in de samenleving.
- 1.4 De doelstellingen en de aangewende middelen om onderwijs te geven aan gehandicapte kinderen maken deel uit van een individueel pedagogisch, onderwijskundig en algemeen therapeutisch plan, dat is afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en wensen van het kind. De verantwoordelijke beroepskrachten moeten de familie van het kind zo veel mogelijk actief betrekken bij het opstellen van dit plan en de uitvoering, follow-up en evaluatie ervan. De familie moet derhalve regelmatig op de hoogte worden gesteld van de evolutie van het kind en dient zo veel steun te krijgen als zij nodig heeft.
- 1.5 Gelet op het beginsel «behandeling in een vroeg stadium» is het in het belang van het kind:
– de medisch-pedagogische maatregelen op kleuterleeftijd te doen aanvangen, met name indien daarmee wordt beoogd het kind gemakkelijker in staat te stellen in een later stadium naar school te gaan; en
– zo jong mogelijk peuter- en kleuter- of basisonderwijs te volgen.
- 1.6 Contacten tussen gehandicapte kinderen en kinderen zonder handicap bevorderen hun integratie. Daarom moet het onderwijs in een normale omgeving samen met leeftijdsgenootjes worden gegeven waar dit enigszins mogelijk is wanneer de nodige hulp, ondersteuning en begeleiding voor gehandicapte jongeren daar kan worden geboden; om in hun bijzondere behoeften te voorzien, dient er in elk geval voor te worden gezorgd dat de gehandicapten beschikken over therapeutische, technische en onderwijskundige hulpmiddelen. Ongeacht of, naar gelang de individuele situatie van het kind, speciaal onderwijs of gewoon onderwijs, dan wel een combinatie van beide, noodzakelijk is, is een «continuüm» essentieel, hetgeen impliceert:
– nauwe samenwerking tussen speciale en gewone scholen;
– contacten tussen gehandicapte kinderen en kinderen zonder handicap van dezelfde leeftijd;
– het bevorderen van het overplaatsen naar gewone scholen wanneer dit mogelijk en wenselijk is.
Een innoverende aanpak van individuele hulpverlening dient te worden gestimuleerd.
- 1.7 Peuter- en kleuterscholen en, in sommige gevallen, diensten voor pedagogische begeleiding van peuters en kleuters, vormen een gunstig uitgangspunt voor de gemengde vorming van kinderen met en zonder handicap, aangezien deze over flexibele middelen beschikken om kinderen aan te sporen; de kinderen leren met elkaar om te gaan en onderwijsdoelen of eindtermen die later in het onderwijs gelden, zijn hier niet van toepassing.
- Grondwet, artikel 23.
 - Interimwet speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs (ISOVSO), Stbl. 1994, nr. 621.
 - Interimwet speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs (ISOVSO), Stbl. 1994, nr. 621.
 - Zie ook MIG VIII.
- Zie NR IV-1.2.
- Zie NR IV-1.2.
- ISOVSO (Interimwet speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs) bevat 1) een bepaling dat de GGenGD een jeugdarts ter beschikking moet stellen voor de toelatingscommissie speciaal onderwijs; 2) een toelatingsleeftijd vanaf 3 jaar (artikel 31) en nieuwe afdelingen voor in hun ontwikkeling bedreigde kleuters.
 - Stimuleringsmaatregel kinderopvang 1994–1995, Stcrt. 1994, nr. 140.
 - Medische kleuterdagverblijven worden geregeld in de Wet op de jeugdhulpverlening, Stbl. 1992, nr. 386.
 - Kinderdagverblijven verstandelijk gehandicapten worden geregeld in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektenkostenverzekering, Stbl. 1993, nr. 26.
 - Wet Weer samen naar school, Stbl. 1994, nr. 940.
 - Regeling ambulante begeleiding in het regulier onderwijs ISOVSO en uitwerking in het Onderwijskundig Besluit ISOVSO, Stbl. 1985, nr. 57.
 - Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW).
- Zie NR IV-1.6.

- 1.8 Het schooltype moet worden gekozen aan de hand van een zorgvuldig evaluatieproces, waarin ouders en gehandicapte kinderen worden bijgestaan door een multidisciplinair team van specialisten die gebruik maken van technieken voor begeleiding van leerlingen en rekening houden met de bijzondere mogelijkheden, wensen en behoeften van het kind.
- 1.9 Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de rol en de invloed van nieuwe technologie op leerprogramma's. Er moet onderzoek worden gedaan naar de wijzen waarop computers kunnen worden gebruikt om gehandicapte kinderen in het onderwijs te ondersteunen.
- 1.10 Aangezien contacten tussen de school en de familieleden van het kind essentieel zijn, moet hun belangstelling voor en participatie in het werk van de school worden gestimuleerd. Verandering van opvoedkundige omgeving vereist een groot aanpassingsvermogen, zowel van het kind als van de ouders, waarvoor zij psychologische ondersteuning nodig kunnen hebben.
- 1.11 Alle gehandicapte kinderen, ongeacht de aard van hun handicap, hebben recht op passend onderwijs in een passende omgeving, naar gelang hun behoeften en de wensen van hun familie.
- 1.12 Alle handicaptent die daarmee gebaat kunnen zijn, dienen de gelegenheid te krijgen hun opleiding voort te zetten.
2. *Gewoon onderwijs*
- 2.1 Om zo veel mogelijk kinderen in staat te stellen gewone scholen te bezoeken, moet aan de volgende vereisten worden voldaan:
- het beschikbaar zijn van medisch/therapeutische en psychologische diensten;
 - aangepaste grootte van de groepen, waarin de leraar, indien nodig, wordt bijgestaan door ander voldoende bekwaam personeel;
 - gebouwen waarvan de inrichting geschikt is voor gehandicapte kinderen, met inbegrip van maatregelen betreffende toegankelijkheid en vervoer;
 - speciaal aangepaste lesmethoden en -materiaal, lesroosters en examenvoorschriften, en
 - adviezen, programma's en concepten die rekening houden met het soort handicap.
- 2.2 Aangezien:
- er geen sprake is van gelijke kansen als gehandicapte kinderen samen met valide kinderen onderwijs volgen zonder de nodige ondersteuning; en
 - het van de omstandigheden en met name van het soort handicap afhangt of kinderen met een handicap beter kunnen meekomen op een speciale school of een gewone school; moet zorgvuldig rekening worden gehouden met de wensen en doelstellingen van ouders en met de vraag in hoeverre het onderwijs en de therapeutische behandeling dicht bij huis kan worden gegeven.
3. *Speciaal onderwijs*
- 3.1 Kinderen die te ernstig gehandicapt zijn om gewoon kleuteronderwijs te volgen, moeten op jonge leeftijd speciaal onderwijs krijgen, hetzij thuis, hetzij in een speciaal centrum; dit kan bijvoorbeeld een speciale kleuterschool zijn.
- 3.2 Er moet een voldoende aantal speciale scholen en scholen voor beroepsopleiding worden:
- opgezet;
 - uitgerust met de noodzakelijke collectieve en individuele technische ondersteuning;
 - bemand met leerkrachten met speciale onderwijsbevoegdheden;
 - toegerust als steunpunt voor gewone scholen, en
 - verbonden met gewone scholen om de samenwerking te vergroten.
- 3.3 Wanneer verblijf in een internaat voor kinderen van essentieel belang is, dient hierin te worden voorzien in een gezins sfeer. Om te voorkomen dat een kind langere tijd buiten een gezin moet verblijven, kan het wenselijk zijn kinderen in een pleeggezin te plaatsen. Er dienen veelvuldige contacten te worden onderhouden tussen gehandicapte kinderen en hun ouders.
- 3.4 Het speciale onderwijs moet voortduren zolang de gehandicapte ermee gebaat is.
- Toeleiding loopt via commissies van onderzoek, zie Uitleg, gelekatern, 1993, 18c en 19c.
 - Zie NR IV-1.5.
 - In het (speciaal) onderwijs is dit de praktijk.
 - Zie NR IV-1.1.
 - Zie NR IV-1.1.
 - Regeling ambulante begeleiding in het regulier onderwijs (zie NR IV-1.6).
 - Wet Weer samen naar school (zie NR IV-1.6).
 - Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).
 - Besluit AAW-Voorzieningenverstrekking, Stbl. 1994, nr. 150.
 - Regels toegankelijkheid scholen voor gehandicapten, Uitleg, gelekatern, 1993, nr. 10.
 - Ondersteuning vanuit de onderwijsverzorgingsinstellingen Wet op de onderwijsverzorging (WOV), Stbl. 1986, nr. 635.
 - Zie NR IV-1.10.
 - Zie NR IV-1.2 en 1.5.
 - ISOVSO.
 - Besluit aanwijzing scholingsinstituten WAGW, Stcrt. 1991, nr. 210.
 - (Wetsvoorstel) Wet educatie en beroepsonderwijs.
 - Besluit vormingswerk voor jeugdigen 1994.
 - Wet op het cursorisch beroepsonderwijs (WCBO).
 - Zie MIG V-4.F.
 - Zie NR IV-1.2 en 1.5.

4. *Onderwijs en revalidatie*
- 4.1 Gedurende de opleiding moeten gehandicapte leerlingen toegang hebben tot programma's en voorzieningen die hen in staat stellen zich voor te bereiden op een toekomstige werkring, zoals beroepskeuzevoorlichting en andere vormen van ondersteuning.
- 4.2 Gedurende de opleiding moet verband worden gelegd tussen onderwijs, beroepsopleiding en toekomstige arbeid, door te zorgen voor passende evaluatie in het kader van gewone of gespecialiseerde beroepskeuzevoorlichting.
- 4.3 Kinderen moeten in schoolverband toegang hebben tot de verschillende medische of functionele revalidatievoorzieningen.
- 4.4 Gehandicapte jongeren en met name zij die leermoeilijkheden hebben, moeten gedurende hun schooltijd speciale onderwijs-ondersteuning krijgen.
- 4.5 Onderwijsinstellingen moeten goed toegankelijk zijn en qua indeling zijn aangepast aan de behoeften van gehandicapte kinderen.
5. *Volwasseneneducatie voor gehandicapten*
- 5.1 Bijzondere aandacht dient te worden besteed aan de rol van volwasseneneducatie, met name wanneer het mensen met een geestelijke handicap betreft. Volwasseneneducatie moet gehandicapten allerlei kansen bieden, waaronder het aanleren van elementaire vaardigheden en gespecialiseerd onderwijs.
- 5.2 Met de bijzondere behoeften van oudere gehandicapten moet rekening worden gehouden, aangezien deze anders zijn dan die van andere volwassen gehandicapten. Ouderen kunnen zeer veel baat hebben bij lessen in bereikbaarheid, zelfredzaamheid en dagelijkse bezigheden, enz., alsmede bij deelneming aan gewone programma's voor volwasseneneducatie.
- ISOVSO stagemogelijkheid, uitgewerkt in Onderwijskundig besluit ISOVSO, artikel 6. Zie NR IV-3.2.
 - Subsidieregeling regionale dienstencentra, Stcrt. 1994, nrs. 126 en 128.
 - Subsidieregeling regionale dienstencentra, Stcrt. 1994, nrs. 126 en 128.
 - Eigen beleid afstemming revalidatie-instituten en scholen voor mytylonderwijs.
 - Zie NR IV-1.6.
 - Regels toegankelijkheid scholen voor gehandicapten, Uitleg, gele katern, 1993, nr. 10.
 - Zie NR IV-5.2.
 - Voorstel van wet educatie en beroepsonderwijs, Kamerstukken II, 1993-1994, 23 778, nrs. 1-2.
 - Subsidieregeling regionale dienstencentra, Stcrt. 1994, nrs. 126 en 128.
 - Kaderwet volwasseneneducatie (KVE).
 - (Wetsvoorstel) Wet educatie en beroepsonderwijs, 29 juni 1994.
-

V Beroepsoriëntatie en beroepsopleiding

1. *Beoordeling van arbeidsgeschiktheid*
Gehandicapten moeten een beoordeling van hun capaciteiten kunnen ondergaan, die
 - nodig is om hun mogelijkheden na te gaan;
 - kan helpen bij het nagaan wat hun beroepskeuze mogelijkheden zijn;
 - een uitgangspunt kan vormen voor hun revalidatie- en integratieprogramma;
 - kan bijdragen tot het vinden van een passende (nieuwe) werkring.Beroepsoriëntatie dient een analyse te omvatten van de medische, psychologische en sociale omstandigheden alsook de opleidings- en beroepssituatie van de gehandicapte en de mogelijke evolutie daarvan. Deze oriëntatie dient te geschieden door specialisten die bekend zijn met gehandicapten en wat zij kunnen enerzijds, en met de eisen van het beroepsleven anderzijds, teneinde een zo juist mogelijke prognose te kunnen geven, zulks in samenwerking met de betrokkenen.
 - Besluit aanwijzing scholingsinstituten WAGW, Stcrt. 1991, nr. 210.
 - Zie NR IV-4.1.
 - Schattingsbesluit, Stbl. 1994, nr. 596.
2. *Beroepsoriëntatie*
 - 2.1 Door middel van beroepsoriëntatie moet worden vastgesteld welke beroepen het meest geschikt zijn voor gehandicapten en moet een gehandicapte in staat worden gesteld een beroep te kiezen dat past bij zijn kennis en vaardigheden. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de persoonlijke wensen van de betrokkene. Er dient te worden uitgegaan van een zo grondig mogelijke beoordeling van zijn geschiktheid voor een beroep.
 - Deze aanbeveling wordt in Nederland individueel geïnterpreteerd. Er bestaan in dit denken wel beroepen die het meest geschikt zijn voor bepaalde gehandicapten individueel, maar niet voor de «gehandicapten».
 - Zie NR IV-4.1.
 - 2.2 Beroepsoriëntatie dient betrekking te hebben op zowel mensen die reeds hebben gewerkt, als mensen die geen enkele werkervaring hebben of mensen die tijdelijk arbeidsongeschikt zijn. Het vorige beroep van de gehandicapte, de speciale eisen die aan dat beroep worden gesteld en de mogelijkheden op de arbeidsmarkt dienen in aanmerking te worden genomen.
 - Zie NR IV-4.1.
 - 2.3 De beroepsoriëntatie dient zo vroeg mogelijk plaats te vinden, d.w.z. zodra de situatie van de betrokkene het toelaat eraan te denken dat hij (weer) aan het werk kan. In geval van gehandicapte jongeren dient beroepsoriëntatie mogelijk te zijn voor leerlingen in elk type onderwijs.
 - Onderdeel revalidatiebehandeling.
 - Zie NR IV-4.1.
 - 2.4 Gehandicapten moeten toegang hebben tot gewone diensten voor beroepskeuzeadvies, maar speciale beroepsoriëntatie kan wenselijk zijn, aangezien:
 - er aan het soort handicap aangepaste uitrusting beschikbaar moet zijn;
 - het personeel op de hoogte moet zijn van speciale beoordelings-technieken en kennis moet hebben van handicaps en de evolutie daarvan.
 - Zie NR IV-4.1.
 - 2.5 Speciale centra voor beroepsoriëntatie of speciale afdelingen van algemene centra moeten dan ook tot taak krijgen gehandicapten te adviseren over een passend beroep of een opleiding die kan leiden tot een baan. Deze centra of afdelingen moeten een netwerk vormen en nauw samenwerken met instellingen en diensten die zich bezighouden met revalidatie.
 - Zie NR V-2.8.
 - 2.6 Bij bepaalde handicaps die een speciale behandeling en een medische follow-up vereisen, moeten de speciale centra of afdelingen worden ingeschakeld in de loop van de medische revalidatie na een toereikende observatieperiode, en uiterlijk na stabilisering van de behandeling onder doorlopend medisch toezicht.
 - Zie NR V-2.8.
 - 2.7 De beslissing of er een speciale beoordeling moet plaatsvinden en, zo ja, volgens welke methoden, hangt af van de leeftijd, het opleidingsniveau en de beroepssituatie van de betrokkene. In alle gevallen dient de beoordeling te berusten op een combinatie van stringente beproefde methoden enerzijds en onderzoek en innovatieve technieken anderzijds, opdat alle reële en potentiële mogelijkheden van de betrokkene in aanmerking worden genomen.
 - Zie NR V-2.8.

- 2.8 Afdelingen of centra voor beroepsoriëntatie moeten worden bemand door een multidisciplinair team van voldoende gekwalificeerd personeel. Het team moet bestaan uit een beroepskeuzeadviseur, een arts en een maatschappelijk werker. Afhankelijk van de mate van specialisatie en de doelstelling van de afdeling of het centrum, kan het team worden aangevuld met andere specialisten, zoals een psycholoog, een psychotherapeut of een vakdocent.
- 2.9 De gehandicapten en, indien nodig, zijn familie of een vertegenwoordiger dienen actief te worden betrokken bij alle maatregelen gericht op beroepsoriëntatie.
- 2.10 Wat betreft de toegang tot beroepsoriëntatie en -opleiding mag de handicap niet worden gediscrimineerd op grond van leeftijd, geslacht, afstamming, godsdienstige overtuiging, enz.
3. *Beroepsopleiding*
- 3.1 Met beroepsopleiding en -revalidatie wordt beoogd gehandicapten te helpen een betrekking te verkrijgen of te behouden, hun carrière mogelijkheden te vergroten en aldus hun integratie of herintegratie in de samenleving te vergemakkelijken. In het kader van het integratieprogramma moet worden getracht de concepten als vervat in ILO-Verdrag nr. 159 en Aanbeveling nr. 168 inzake beroepsopleiding en -revalidatie uit te voeren en verder te ontwikkelen teneinde de integratie van gehandicapten te bevorderen.
- 3.2 Beroepsopleiding en -revalidatie moet:
- openstaan voor alle categorieën gehandicapten;
 - alle soorten activiteiten bestrijken, teneinde het scala aan beroepskeuzemogelijkheden voor betrokkenen te verbreden;
 - zo veel mogelijk worden aangepast aan ontwikkelingen op de arbeidsmarkt.
- 3.3 Met beroepsrevalidatie dient zo vroeg mogelijk een aanvang te worden gemaakt. Hiertoe dienen diensten voor medische en maatschappelijke revalidatie regelmatig samen te werken met de instanties die zijn belast met beroepsrevalidatie.
- 3.4 Wanneer de handicap van de betrokkene een niet al te grote belemmering vormt, dient gebruik te worden gemaakt van het gewone stelsel van opleidingen. Dit gewone stelsel behoeft wellicht enige aanpassing en moet passende voorzieningen bieden voor de zeer uiteenlopende individuele beperkingen en verschillen.
- 3.5 Er kunnen speciale programma's voor beroepsopleiding en -revalidatie in speciale scholen, medisch/opvoedkundige instellingen of centra voor beroepsopleiding en -revalidatie nodig zijn, gelet op de aard of de ernst van de handicap of om het welslagen van het revalidatieproces te waarborgen. Het creëren van opleidingsplaatsen in bedrijven moet worden gestimuleerd. Er kan worden gedacht aan een speciale opleiding wanneer dit de integratie in een normale werkomgeving vergemakkelijkt.
- 3.6 Beroepsopleiding en -revalidatie dienen, indien nodig, gepaard te gaan met medisch toezicht op de gehandicapte, eventueel in samenwerking met de diensten voor functionele of medische revalidatie.
- 3.7 Er dient regelmatig verslag te worden gedaan van de voortgang van elk opleidings- of revalidatieprogramma, zulks in samenwerking met het centrum voor beroepskeuze-advies.
- Centra voor beroepsoriëntatie, verbonden aan de in het kader van de WAGW erkende scholingsinstituten, dan wel gelieerd aan revalidatiecentra's werken overeenkomstig deze aanbeveling.
 - Subsidieregeling regionale dienstencentra, Stcrt. 1994, nrs. 126 en 128.
 - Bij bedoelde voorzieningen is dit de praktijk.
 - Grondwet, artikel 1.
 - Regeringsstandpunt over het ILO-verdrag, Kamerstukken II, 1987–1988, 20 332 (R 1340), nr. 1.
 - Zie MIG VII-1.
 - Zie NR V-2.3.
 - Regels toegankelijkheid scholen voor gehandicapten, Uitleg, gele katern, 1993, nr. 10.
 - Tijdelijke subsidieregeling CBA scholing gehandicapten, Stcrt. 1995, nr. 21.
 - Besluit aanwijzing scholingsinstituten WAGW, Stcrt. 1991, nr. 210.
 - Zie MIG VII-1.
 - Bij bedoelde voorzieningen is dit de praktijk.

VI Werkgelegenheid

1. *Beginselen*
- 1.1 Teneinde de zo volledig mogelijke integratie van gehandicapten in het arbeidsleven mogelijk te maken, ongeacht de oorsprong, de aard en de ernst van hun handicap, en aldus hun integratie in de samenleving en hun persoonlijke ontplooiing te bevorderen, moeten alle individuele en collectieve maatregelen worden getroffen om hen aan het werk te helpen, zo mogelijk in een normale werkomgeving, hetzij als werknemer, hetzij als zelfstandige.
- 1.2 Mensen van wie de arbeidsgeschiktheid voor productief werk beperkt is en die zo ernstig gehandicapt zijn dat het voor hen onmogelijk is tijdelijk of permanent in een normale werkomgeving te werken, moeten een plaats vinden in een sociale werkplaats.
- 1.3 Sommige gehandicapten kunnen behoefte hebben aan een aangepast programma, waarin elementen van een sociale werkplaats worden gecombineerd met een normalere werkomgeving. Zulke begeleide werkgelegenheid of overgangswerkgelegenheid moet beschikbaar zijn naar gelang de individuele behoeften en wensen.
- 1.4 Sommige gehandicapten zullen nooit tot werken in staat zijn. Alles dient in het werk te worden gesteld om het hun mogelijk te maken een leven te leiden dat voldoening geeft. Degenen met de meest beperkte mogelijkheden moet dan ook de weg gewezen worden naar bezigheidscentra, die hen in staat stellen activiteiten te verrichten waarbij produktiviteit geen rol speelt en waarmee tevens wordt getracht hun functionele, sociale en beroeps-technische vaardigheden te ontwikkelen.
- 1.5 Bijzondere aandacht dient te worden besteed aan de rol van computers en de invloed van nieuwe technologie op de arbeidsvooruitzichten. Er dient te worden onderzocht op welke manier computers kunnen worden gebruikt om gehandicapten op hun werk te ondersteunen en het gebruik van nieuwe technologieën te vermijden als deze nieuwe barrières opwerpen voor de werkgelegenheid van gehandicapten.
- 1.6 Er dient zorgvuldig aandacht te worden geschonken aan de middelen, zowel op het menselijke als op het technische vlak, die kunnen worden aangewend om volledige integratie in het arbeidsproces mogelijk te maken. Bedoelde middelen omvatten collectieve maatregelen ten behoeve van alle gehandicapten en bijzondere maatregelen ter oplossing van individuele problemen. Indien integratie wordt nagestreefd, is volwaardige deelneming van gehandicapten van wezenlijk belang.
- 1.7 Ter wille van optimale efficiency door middel van gecoördineerd optreden, dient arbeidsbemiddeling voor gehandicapten plaats te vinden in het kader van of in overleg met de gewone diensten voor arbeidsvoorziening; zij dienen zo nauw mogelijke contacten te onderhouden met de diverse betrokken maatschappelijke en medische diensten. Zij moeten:
- beschikken over administratieve en financiële middelen om de algemene of individuele problemen op te lossen die worden ondervonden bij de inschakeling van gehandicapten in het arbeidsproces; en
 - voor de betrokkenen gemakkelijk toegankelijk zijn.
- 1.8 Werkgeversorganisaties en vakbonden, alsook overheidsinstanties en gehandicaptenorganisaties moeten van deze regelingen op de hoogte worden gebracht en worden betrokken bij het streven naar integratie, zowel op regionaal en plaatselijk niveau, als op nationaal niveau.
- 1.9 Aan werkgelegenheid voor gehandicapten en maatregelen om die te verwezenlijken, moet voorrang worden gegeven boven financiële hulp aan gehandicapten, behoudens de financiële steun ter vergoeding van de extra kosten die de handicap met zich meebrengt. Er dient voor te worden gezorgd dat er een evenwicht blijft bestaan tussen maatregelen gericht op beroepsintegratie enerzijds en financiële hulp aan gehandicapten anderzijds, teneinde te waarborgen dat het streven naar integratie niet wordt gedwarsboemd.
- Kaderregeling scholing, Stcrt. 1989, nr. 15, Stcrt. 1994, nr. 226.
 - Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming in samenwerking met bedrijfsverenigingen zijn belast met bijzondere bemiddeling partieel arbeidsongeschikten.
 - Wet sociale werkvoorziening, Stbl. 1988, nr. 240 en nr. 440.
 - Zie ook MIG VII-4.
 - Zie MIG VII-3.
 - Activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten en dagverblijven voor oudere verstandelijk gehandicapten, FOZ 1995, Kamerstukken II, 1994–1995, 23 904, nrs. 1–2.
 - Comeniusprogramma toegepast in scholen voor speciaal onderwijs, Stcrt. 1991, nr. 210.
 - Zie MIG VII-1.
 - Samenwerking arbeidsbureau's, ziektekostenverzekeraars en gemeenten (sociale diensten).
 - Zie NR VI-1.7.
 - Zie ook MIG VII-1.

2. *Werk in een normale werkomgeving*
- 2.1 Teneinde te zorgen voor gelijke kansen wat betreft werkgelegenheid voor gehandicapten, dienen maatregelen te worden getroffen om discriminatie van gehandicapten te vermijden bij het vinden en behouden van een baan, alsmede wat hun bezoldiging en carrièremogelijkheden aangaat.
- 2.2 De diensten die verantwoordelijk zijn voor de arbeidsbemiddeling van gehandicapten dienen te helpen bij het vinden van een baan in een normale werkomgeving, zo veel mogelijk via individuele maatregelen, bijvoorbeeld door:
- ervoor te zorgen dat alle gehandicapten het hoogst mogelijke opleidingsniveau kunnen bereiken;
 - de betrekking te vinden die het best aansluit bij de vaardigheden en wensen van de betrokkene en zich hierbij zo min mogelijk te laten belemmeren door de handicap en de gevolgen daarvan;
 - de werkplek aan te passen, hierbij de veiligheid of operationele vereisten ten gevolge van de handicap van de werknemer in aanmerking nemend;
 - te zorgen voor speciale werktuigen en speciale of aangepaste kleding die noodzakelijk kan zijn, gezien de aard van de handicap;
 - het loon aan te vullen gedurende de periode van aanpassing aan het werk, welke noodzakelijk kan zijn in verband met de aard van de handicap;
 - een manier om de verminderde prestatie te meten en te zorgen voor compensatie voor de evenredige salarisvermindering;
 - maatregelen om buitengewone kosten ten gevolge van de handicap van de betrokkene te vergoeden;
- en collectieve maatregelen, bijvoorbeeld:
- steun voor het scheppen van nieuwe arbeidsplaatsen;
 - prikkels om mensen in dienst te nemen;
 - quota voor gehandicapten;
 - speciaal gereserveerde arbeidsplaatsen.
- 2.3 Zolang zulks noodzakelijk is, moeten de diensten voor arbeidsbemiddeling zorg dragen voor de follow-up in samenwerking met andere betrokken diensten, teneinde te waarborgen dat de geplaatste gehandicapten op bevredigende wijze in het arbeidsproces worden ingeschakeld.
- 2.4 Er dienen maatregelen te worden genomen om werkgevers en werknemers bewust te maken van de mogelijkheden om een bijdrage te leveren tot de integratie van gehandicapten in beroep en werkomgeving, Zonder afbreuk te doen aan bestaande wettelijke verplichtingen, dienen er maatregelen te worden genomen om:
- werkgevers en werkgeversorganisaties, in de door de nationale omstandigheden vereiste mate, zelfstandig of in het kader van de structuren waarin zij zijn vertegenwoordigd, aan te moedigen arbeidsplaatsen voor gehandicapten te scheppen of te helpen scheppen, met name door middel van collectieve overeenkomsten of het vaststellen van quota voor gehandicapte werknemers;
 - werkgevers in het algemeen aan te moedigen de integratie van gehandicapten te vergemakkelijken door passend werk voor hen beschikbaar te stellen, zulks door het werk zelf, de taak- en functie-omschrijving, de werktijden, de werktuigen en uitrusting, de werkplek en andere voorzieningen aan te passen en de plaats waar de arbeid wordt verricht toegankelijk te maken;
 - gehandicapten in de gelegenheid te stellen terug te keren naar passende vormen van werkgelegenheid zodra zij medisch arbeidsgeschikt zijn, zelfs als zij nog niet in staat zijn hun vorige arbeid weer op te vatten;
 - de ontwikkeling van bedrijfsgezondheidsdiensten en regelingen voor medisch toezicht in fabrieken te stimuleren, die, indien mogelijk, o.a. zijn belast met de revalidatie en herinschakeling van gehandicapten, en de samenwerking tussen hen die zich hiermee bezighouden en de diverse instanties die op dit terrein werkzaam zijn te bevorderen;
 - de aandacht van de werknemers en werknemersorganisaties te vestigen op de noodzaak een actieve rol te spelen in de beroepsrevalidatie en arbeidsvoorziening van gehandicapten;
 - er bij werkgevers op aan te dringen passende produktiewerkzaamheden uit te besteden aan sociale werkplaatsen of aan gehandicapten die thuis dan wel buitenshuis werken en, indien mogelijk, hun daartoe de benodigde materialen en machines te verstrekken.
- Onderzoek gelijke behandeling gehandicapten, zie MIG II-2.A.
 - Zie NR VI-1.1.
 - Loondispensatie, artikel 8 WAGW.
 - Regeling samenloop arbeidsongeschiktheidsuitkering met inkomsten uit arbeid, Stcrt. 1994, nr. 34.
 - Inwerk- en begeleidingssubsidies, Stcrt. 1994, nr. 202.
 - WAGW, Stbl. 1986, nr. 300.
 - Besluit AAW-voorzieningenverstrekking, Stbl. 1994, nr. 150.
 - Loonkosten subsidieregeling, Kamerstukken II, 1993–1994, 23 784, nrs. 1–3.
 - Zie MIG IV-7 en VII-1.
 - Zie NR VI-1.1.
 - Wet ARBO, Stbl. 1980, nr. 664.
 - Zie MIG VII-4.

- 2.5 In het kader van een beleid gericht op arbeidsplaatsen voor gehandicapten in een normale werkomgeving, moet de nadruk worden gelegd op het creëren van situaties en banen voor mensen die in een normale werkomgeving kunnen werken, op voorwaarde dat er specifieke en geïndividualiseerde maatregelen worden getroffen om de gehandicapte werknemer en de werkgever die hem in dienst wil nemen te helpen.
- Deze ondersteunende maatregelen moeten zo flexibel en gevarieerd mogelijk zijn, opdat deze optimaal kunnen worden aangepast aan elk afzonderlijk geval (prikkel, opleiding, voorbereiding en begeleiding ten behoeve van de gehandicapte en de werkgever). Werkzoekende gehandicapten die, zelfs in beperkte mate, arbeidsgeschikt zijn, maar die niet onmiddellijk in staat zijn een arbeidsplaats te verwerven via het commune recht, moeten bij voorrang in aanmerking komen voor deze begeleide banen, aangezien dit beslist de beste manier is om een zo groot mogelijk aantal gehandicapte werknemers echt te integreren in een beroep.
- Wat arbeidsomstandigheden en bedrijfscultuur betreft, moet de situatie van mensen die dit soort banen hebben zo veel mogelijk gelijkgesteld worden met die van de overige werknemers, behoudens een gunstigere salariering in verband met de handicap.
- WAGW, Stbl. 1986, nr. 300.
3. *Werk in een beschutte werksfeer*
- 3.1 Werk in een beschutte werksfeer moet openstaan voor mensen die ten gevolge van hun handicap niet in staat zijn een normale betrekking te verkrijgen of te behouden, al dan niet met ondersteuning; op dit gebied zijn uiteenlopende situaties denkbaar, variërend van sociale werkplaatsen tot centra voor werkverschaffing. Een beschutte werksfeer dient een tweeledig doel: gehandicapten in staat stellen zinvolle arbeid te verrichten en hen, voor zover mogelijk, voorbereiden op een normale werkomgeving. Hiertoe dienen alle middelen te worden aangewend die de overgang van een begeleide naar een normale werkomgeving vergemakkelijken, zoals: het opzetten van sociale werkplaatsen in centra voor werkverschaffing of centra voor werkverschaffing in sociale werkplaatsen; het opzetten van sociale werkplaatsen of centra voor werkverschaffing in normale bedrijven; individuele of collectieve plaatsing van werknemers van een sociale werkplaats of een centrum voor werkverschaffing bij normale bedrijven.
- Zie MIG VII-4.
- 3.2 Gehandicapte werknemers moeten, voor zover mogelijk, werk krijgen dat past bij hun beroepsvaardigheden. Waar nodig, moet de sociale werkplaats goede toegangsfaciliteiten hebben; er moeten passende arbeidsomstandigheden en een zo normaal mogelijke werksfeer heersen. De werkplaats moet zijn gelegen op een plaats waar de werknemers zich niet ten gevolge van hun handicap afgezonderd voelen van de overige werknemers.
- Zie MIG VII-4.
- 3.3 Het werk in een sociale werkplaats moet zijn onderworpen aan het algemene toezicht van de bevoegde autoriteiten, dat betrekking moet hebben op:
- de geschiktheid van de gehandicapte om in een dergelijk stelsel te werken;
 - de rechtspositie van de werknemers, het soort werk, de werktijden en de salariering;
 - medische, sociale en psychologische bijstand aan de werknemers, verleend door toereikend toezichthoudend personeel;
 - speciale opleidingen en controles op de vooruitgang van de werknemers, met het oog op een eventuele volledige integratie in een normale werkomgeving.
- Zie MIG VII-4.

- 3.4 Sociale werkplaatsen moeten:
- gehandicapten de mogelijkheid bieden tot zinvolle en betaalde arbeid en bovendien alle noodzakelijke persoonlijke bijstand bieden;
 - produktie-eenheden zijn die los staan van normale ondernemingen;
 - voor zover mogelijk deel uitmaken van het concurrerend economisch stelsel en tegelijkertijd ondersteuning bieden aan gehandicapten;
 - een bevredigende salariëring bieden in verhouding tot het werk dat er wordt verricht, en, voor zover mogelijk, een vergelijking met het bedrijfsleven kunnen doorstaan; de gehandicapten die er werken moeten onder het normale sociale-zekerheidsstelsel vallen;
 - trachten zo veel mogelijk een financieel evenwicht te handhaven, dat verenigbaar is met hun maatschappelijk doel. Dit impliceert vaak dat er een bepaalde hoeveelheid steun nodig is van de autoriteiten en van anderen, zoals hulp bij de bouw en subsidie voor de exploitatiekosten;
 - ervoor zorgen dat het toezichthoudend personeel de vereiste technische bekwaamheid bezit en dat, indien nodig, dit personeel aanvullende informatie en opleiding wordt geboden, rekening houdend met de speciale rol van de werkplaats.
- 3.5 Gehandicapte werknemers van een sociale werkplaats moeten een passende arbeidsovereenkomst hebben, die enerzijds een rechtspositie vastlegt die rekening houdt met de behoefte aan persoonlijke hulp, en anderzijds, voor zover mogelijk, een normale verhouding werkgever/werknemer tot stand brengt. De arbeidsovereenkomst dient tevens te voorzien in mogelijkheden tot medezeggenschap en passende salariëring.
- 3.6 Centra voor werkverschaffing, indien deze bestaan, stellen mensen die vanwege hun handicap niet in staat zijn om in een sociale werkplaats of in een normale werkomgeving te werken, dankzij medische en maatschappelijke ondersteuning in de gelegenheid betaalde arbeid te verrichten die zich onderscheidt van louter beziggehouden worden.
4. *Thuiswerk en werk buitenshuis*
- 4.1 Thuiswerk of werk op een andere locatie kan een aanvaardbare oplossing zijn voor mensen die hun huis niet kunnen verlaten of die ernstige problemen hebben om naar hun werk te gaan, in verband met:
- een beroepsopleiding of -revalidatie ter voorbereiding op zelfstandig ondernemerschap;
 - hun lichamelijke of geestelijke omstandigheden, of hun gezinsituatie;
 - geografische of plaatselijke sociaal-beroepstechnische factoren.
- 4.2 Thuiswerk of werk buitenshuis kan:
- worden verricht door iemand die zelfstandig ondernemer is;
 - worden verschaft door de particuliere sector en de overheid;
 - worden georganiseerd door sociale werkplaatsen;
 - worden georganiseerd door bezigheidscentra, door tussenkomst van centra voor werkverschaffing of via vrijwilligersorganisaties.
- 4.3 Thuiswerk of werk buitenshuis voor een bedrijf of een sociale werkplaats moet nuttig en voldoende betaald zijn en zij die dit werk verrichten moeten onder een stelsel van sociale zekerheid vallen.
- 4.4 Thuiswerk of werk buitenshuis impliceert medische, beroepstechnische en maatschappelijke bescherming en hulp voor de gehandicapte. Indien de gehandicapte zelfstandig ondernemer wenst te worden, moet een stelsel van financiële hulp voor beginnende ondernemers beschikbaar zijn.
- Zie MIG VII-4.
 - Regeling rechtspositie en arbeidsvoorwaarden sociale werkvoorziening, Stbl. 1991, nr. 765.
 - Zie MIG VII-4.
 - Besluit Thuiswerk gebaseerd op de Arbowet. Publikatieblad Ministerie SZW: Arbeidsomstandigheden thuiswerk, waaronder begrepen telewerk in een woning, Stcrt. 1995, nr. 65.
 - Zie NR VI-4.1.
 - Zie NR VI-4.1
 - Zie NR VI-4.1.

VII Maatschappelijke integratie en dagelijkse omgeving

1. *Beginselen*
 - 1.1 De diverse maatregelen in het kader van het gehele revalidatieproces moeten er altijd op zijn gericht de zelfstandigheid van gehandicapten als mens te bevorderen en hun economische zelfstandigheid en volledige integratie in de samenleving te waarborgen. In het revalidatieprogramma moeten derhalve individuele en collectieve maatregelen worden opgenomen en ontwikkeld die verzekeren dat gehandicapten zelfstandige burgers blijven of worden, die een zo normaal en volledig mogelijk sociaal leven kunnen leiden en dus ook het recht hebben om anders te zijn. Volledige revalidatie betekent: een verscheidenheid aan fundamentele en aanvullende maatregelen, voorzieningen, diensten en faciliteiten, die zowel fysieke als psychologische zelfstandigheid kunnen garanderen. Aanpassing van het stedelijk leefmilieu en de stadsplanning, de toegang tot gebouwen en huisvesting, vervoer, communicatie, sportinrichtingen, culturele activiteiten, recreatiemogelijkheden en vakanties zijn alle factoren die moeten doorwerken in de doelstellingen van revalidatie. Waar mogelijk, is het raadzaam en belangrijk om gehandicapten en hun belangenorganisaties op alle niveaus bij de beleidsvorming te betrekken.
 - 1.2 De wetgeving moet rekening houden met de rechten van gehandicapten en moet zo veel mogelijk bijdragen tot hun deelneming aan het maatschappelijk verkeer. Wanneer gehandicapten niet in staat zijn hun burgerrechten volledig uit te oefenen, moeten zij worden geholpen om zo veel mogelijk aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen, zulks door middel van passende bijstand en maatregelen.
 - 1.3 Het beschikbaar zijn van informatie is een voorwaarde voor en een sleutel tot een zelfstandig leven. Niet alleen professionele hulpverleners moeten in staat zijn informatie over alle aspecten van het leven door te geven, ook gehandicapten zelf moeten informatie kunnen inwinnen. Nationale en regionale informatiecentra kunnen in deze behoeften voorzien.
 - 1.4 Maatschappelijke begeleiding, sociale dienstverlening, hulp en voorlichting aan gezinnen en mogelijkheden tot deelneming van de gehandicapten zelf en van organisaties van en voor gehandicapten moeten worden bevorderd als basisvoorwaarden om te komen tot integratie via volwaardige deelneming en gelijkheid van kansen.
 - 1.5 Er moeten gedurende het doorlopende revalidatieproces specifieke voorzieningen worden getroffen om gehandicapten een zo groot mogelijke mate van zelfstandigheid te bieden, zodat problemen verband houdende met integratie in de samenleving en het beroepsleven in een zo vroeg mogelijk stadium kunnen worden onderkend.
 - 1.6 Bij deze voorzieningen moet niet alleen worden gedacht aan de meest geschikte hulpmiddelen voor gehandicapten, maar ook aan de beschikbaarheid van technische hulpmiddelen om hen in staat te stellen hun dagelijkse activiteiten in de privé- of de beroeps sfeer veilig te ontplooiën, te communiceren, zich te verplaatsen en deel te nemen aan sportieve en culturele activiteiten of vormen van vrijetijdsbesteding.
 - 1.7 Waar, gezien de aard of de ernst van de handicap of de leeftijd van de betrokkene, integratie in het beroepsleven, of zelfs in een begeleide werkring, thuis of in een speciaal centrum niet uitvoerbaar is, moeten sociale, culturele en recreatieve bezigheden worden georganiseerd.
 - 1.8 Er dienen passende maatregelen te worden getroffen om ervoor te zorgen dat gehandicapten, onder wie geestelijk gehandicapten, kunnen leven op een wijze waarbij zij zo normaal mogelijke affectieve en seksuele relaties kunnen ontwikkelen. Dit impliceert informatie en seksuele voorlichting op scholen en in instellingen.
 2. *Toegankelijkheid*
De criteria genoemd in de publikatie «Toegankelijkheid beginselen en richtlijnen» moeten in aanmerking worden genomen in het bouwbeleid.
- De staatssecretaris van VROM heeft jaarlijks een bestuurlijk overleg met een delegatie van het bestuur van de Gehandicaptenraad over beleid en uitvoering.
 - Wet voorzieningen gehandicapten, Stbl. 1993, nr. 545.
 - VROM-RGSHG deel gestort in het Gemeentefonds ad f 270 miljoen ten behoeve van bouw- en woontechnische woningaanpassingen.
 - Daarnaast is door SZW circa f 600 miljoen ten behoeve van andere woningaanpassingen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen ter beschikking gesteld.
 - Zie MIG II-3.A.
 - Zie NR III-2.2.
 - Zie NR III-2.10.
 - Zie NR III-1.2.
 - Ministerie van VWS subsidieert instellingen voor vrijwillig welfare werk en gespecialiseerd jeugd- en volwassenenwerk.
 - Subsidie op ad hoc basis vanuit het budget Projecten Experimenten en Onderzoek (PEO) gehandicaptenbeleid VWS.

- 2.1 Er moeten maatregelen worden genomen om het algemeen bewustzijn en de verspreiding van kennis met betrekking tot toegankelijkheid te bevorderen. Deze maatregelen moeten zijn gericht op alle onderstaande groepen die zijn betrokken bij het verwezenlijken van de toegankelijkheid in de loop van de bouw, bouwplannen en de planning van de niet-natuurlijke omgeving, en moeten rekening houden met alle soorten handicaps (motorische, zintuiglijke en geestelijke handicaps):
- gehandicapten, zowel particulieren als via belangenorganisaties;
 - mensen uit dienstverleningsbedrijven, leerkrachten, producenten, enz.;
 - architecten, stedebouwers en ontwerpers, zij die het werk aanbesteden, financierende en subsidiërende instanties, ongeacht of deze onder de gemeentelijke, provinciale of nationale overheden dan wel onder particuliere instellingen ressorteren;
 - beleidsmakers;
 - onderhouds-, schoonmaak- en beveiligingspersoneel, enz.
- 2.2 De bouwvoorschriften voor woningen, openbare gebouwen, met toerisme of vrijetijdsbesteding verband houdende instellingen, sportvoorzieningen en inrichtingen die door het publiek worden gebruikt, moeten basisnormen bevatten inzake de toegankelijkheid voor gehandicapten; deze normen moeten in aanmerking worden genomen bij het verlenen van subsidies, bouwvergunningen en de vaststelling van bestemmingsplannen.
- Evenzo moeten er regels worden opgesteld betreffende de aanpassing van bestaande woningen en het verlenen van subsidie.
- Wat woningen betreft, moet bijzondere aandacht worden geschonken aan het feit dat deze, naast toegankelijkheid, beschikken over leefruimte die is aangepast aan een interactief gebruik, overeenkomstig de behoefte van gehandicapten.
- 2.3 Het door Rehabilitation International ontworpen toegangssymbool moet worden gebruikt om aan te geven waar zich aangepaste faciliteiten bevinden voor mensen met een beperkte mobiliteit. Er moeten andere internationale symbolen worden ontwikkeld voor andere soorten handicaps.
- 2.4 Basisnormen voor een omgeving zonder barrières moeten op nationale schaal worden vastgesteld, terwijl internationale erkenning daarvan, via goedkeuring door het Europees Normalisatie-Instituut en uiteindelijk door de Internationale Normalisatie-Organisatie, dient te worden gestimuleerd.
- 2.5 De autoriteiten moeten de behoeften van gehandicapten in aanmerking nemen en hun belangenorganisaties raadplegen bij de bespreking van plannen voor stadsvernieuwing. Plannen en projecten moeten worden beoordeeld op het niveau van toegankelijkheid. Het ontwikkelen van een «Handvest voor Toegankelijkheid» moet worden beschouwd als een standaardprocedure in de stadsplanning.
- 2.6 De leefomgeving in het algemeen moet zo toegankelijk mogelijk worden gemaakt, o.a. door middel van maatregelen als het opstellen van normen inzake de toegankelijkheid van alle winkels, kantoren, straten, diensten, enz. Daarbij dient rekening te worden gehouden met de diverse handicaps en de daarmee samenhangende behoeften.
- 2.7 Er moeten tevens maatregelen worden genomen ter stimulering van onderzoek naar het verbeteren van de toegankelijkheid. Dit impliceert een evaluatie van de mate van succes van oplossingen door het gebruik daarvan na te gaan.
- VROM heeft de Gehandicaptenraad in staat gesteld door middel van een bijdrage van circa f 250 000,- Geboden Toegang aan te passen/te wijzigen in verband met maatschappelijke ontwikkelingen. Het handboek is bestemd voor opdrachtgevers, architecten en beoordelaars.
 - Verder verstrekken VROM, SZW, OCenW, LNV en VWS jaarlijks f 285 000,- aan het werkapparaat van CCPT-ICS Acces (voor onder andere het verwerven en het uitdragen van de kennis over toegankelijkheid; onder andere «Lessen in toegankelijkheid» voor HBO-onderwijs).
 - VROM/Rijksgebouwendienst en VWS hebben een bijdrage verstrekt van f 150 000,- voor leerstoel toegankelijkheid aan TU Delft en Eindhoven.
 - VROM heeft een bijdrage verstrekt van f 50 000,- voor het opzetten van een «Werkwijzer voor een integraal toegankelijke en sociaal veilige omgeving»; bestemd voor beleidsmakers/beslissers en de bij de bouw betrokkenen.
 - In het Bouwbesluit zijn voor te bouwen woningen en andere gebouwen voorschriften opgenomen over toegankelijkheid waaraan een opdrachtgever moet voldoen voor het verkrijgen van een bouwvergunning.
 - Voor te bouwen woningen is de toegankelijkheid geregeld t/m de breedte en de hoogte van de voordeur van de woning. Voor de breedte van gang en binnendeur, grootte van de ruimten, toilet en natte cel en andere zijn geen voorschriften opgenomen omdat er sprake is van een vrije indeelbaarheid van de woning.
 - Voor de niet tot bewoning bestemde gebouwen zijn in beginsel afhankelijk van de bestemming en de grootte wel voorschriften opgenomen over toegankelijkheid waaronder het rolstoeltoilet, de toegankelijkheidssector en de bijzondere toegankelijkheidssector.
 - In de 1e fase van het Bouwbesluit zijn deze eisen uitgewerkt voor kantoorgebouwen en logiesverblijven en logiesgebouwen. In de 2e fase komen andere gebouwsoorten aan de orde: industriegebouwen, sportgebouwen, scholen, gezondheidszorggebouwen, stations.
 - De voorschriften in het Bouwbesluit met betrekking tot toegankelijkheid zijn voor bestaande woningen en andere gebouwen lager dan bij de te bouwen woningen en gebouwen. Voor de aanpassing van bestaande rijkshuisvestingsobjecten is jaarlijks een bedrag van zo'n f 1,4 miljoen beschikbaar op de begroting van VROM/Rijksgebouwendienst.
 - Het symbool wordt in Nederland afgegeven door de provinciale overlegorganen revalidatie (POG's) in samenwerking met de Gehandicaptenraad.
 - Zie MIG IX-3.
 - De provinciale en lokale groeperingen spreken in bij stadsontwikkeling en inrichting en bij bestemmingsplannen en wijzigingen.
 - Zie MIG IX-3.
 - Zie MIG IX-3.

3. *Vervoer*
Goede vervoersfaciliteiten zijn van essentieel belang om gehandicapten een onafhankelijker leven en meer keuzemogelijkheden te bieden. Deze faciliteiten moeten zo flexibel mogelijk zijn, opdat zij in individuele behoeften kunnen voorzien. Programma's voor landelijk en plaatselijk openbaar vervoer en individueel vervoer zouden allemaal kunnen bijdragen tot verbetering van de mobiliteit van gehandicapten.
- 3.1 De autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor het openbaar vervoer moeten worden aangespoord om:
- te erkennen dat iedereen recht heeft op openbaar vervoer;
 - het reizen van gehandicapten mogelijk te maken of te vergemakkelijken, teneinde hun economische en maatschappelijke integratie te bevorderen door de verschillende vormen van openbaar vervoer, inclusief de infrastructuur, hiertoe te ontwerpen of aan te passen;
 - rekening te houden met de moeilijkheden die gehandicapten ondervinden en met het oog hierop te zorgen dat de betrokken bestuurlijke instanties en belangenorganisaties van gehandicapten samenwerken;
 - de aandacht van de vervoersondernemingen te vestigen op allerlei maatregelen die kunnen worden genomen om het gebruik van het openbaar vervoer door gehandicapten mogelijk te maken of te vergemakkelijken, en op het belang van hulp hierbij van de kant van het vervoerspersoneel.
- 3.2 Wat individueel vervoer betreft, dienen de autoriteiten, voor zover mogelijk en afhankelijk van de behoefte, ervoor te zorgen dat de onderstaande middelen worden verschaft:
- rolstoelen (één voor binnenshuis en de andere voor gebruik buitenshuis) voor ernstig gehandicapten van wie de bewegingsvrijheid ernstig is beperkt;
 - auto's, indien nodig aangepast, geschikt voor gebruik op de openbare weg door gehandicapten, indien hun fysieke en geestelijke vaardigheden het toelaten dat zij auto rijden; of
 - lichte voertuigen, met of zonder motor, afgestemd op de omstandigheden van de handicapte;
 - aangepast vervoer voor visueel gehandicapten.
- Indien nodig, dient een financiële bijdrage te worden verleend aan gehandicapten:
- die niet zonder hulp van anderen gebruik kunnen maken van het openbaar vervoer;
 - om hun auto aan te passen aan hun speciale behoeften.
- 3.3 Vervoer van deur tot deur voor gehandicapten die niet in staat zijn om gebruik te maken van het openbaar vervoer, moet door de desbetreffende autoriteiten in elke lidstaat worden gestimuleerd.
- De kosten van speciale diensten moeten worden gedekt door de sociale diensten van de overheid, die vrijwilligersorganisaties alsook gehandicapten en hun belangenorganisaties moeten raadplegen wat de planning en exploitatie van die diensten aangaat.
4. *Huisvesting*
- 4.1 Gehandicapten moeten zelfstandig kunnen wonen in normale woningen en moeten in de samenleving worden geïntegreerd. Hiertoe moeten:
- alle nieuwe woningen toegankelijk en aanpasbaar zijn;
 - subsidies en/of fiscale voordelen worden gegeven om bestaande woningen aan te passen;
 - architecten en bouwondernemers worden voorgelicht over het aanpassen van woningen en gebouwen ten behoeve van gehandicapten;
 - woonomgevingen goed toegankelijk zijn.
- 4.2 Er dienen verschillende soorten huisvesting beschikbaar te zijn, variërend van gewone aangepaste woningen, indien nodig met therapeutische of sociale hulp, via accommodatie met gemeenschappelijke voorzieningen, tot verzorgingstehuizen.
- 4.3 Naast uiteenlopende huisvestingsmogelijkheden dienen er alternatieve vormen van gezinsaccommodatie voor gehandicapten beschikbaar te zijn, zoals:
- tijdelijke opvang, bijvoorbeeld in geval van ziekte, vakantie, weekeinden;
 - gastgezinnen.
- WVG, zie NR VII-1.2
 - Voorlichting, zie NR VII-2.1.
 - Brief d.d. 13 april 1992, Kamerstukken II, 1991–1992, 22 300, hoofdstuk XII, nr. 49: brief van de minister van VenW naar aanleiding van rapportage Stuurgroep Mobiliteit Gehandicapten en Ouderen.
 - Zie NR III-2.8.
 - Zie NR III-2.8.
 - WVG, zie NR VII-1.2; voorlichting zie NR VII-2.1.
 - VROM heeft een bijdrage verstrekt van f 200 000,- ten behoeve van het SEV voorlichtingsprogramma over het aanpasbaar nieuwbouwen en het aanbrengen van liften bij bestaande alleen met een trap bereikbare woningen.
 - Wet voorzieningen gehandicapten regelt woningaanpassing tot f 45 000,-, Stbl. 1993, nr. 545.
 - Regeling ZFR subsidiëring woningaanpassing voor gehandicapten (boven f 45 000,-), Stcrt. 1994, nr. 190, Stcrt. 1995, nr. 60.
 - Zie MIG V-5.F.

- 4.4 Thuiswonende gehandicapten die bijstand en hulp nodig hebben bij hun dagelijkse bezigheden of die langdurige medische of andere verzorging behoeven, moeten deze hulp aan huis kunnen krijgen.
- 4.5 Hiertoe moeten de diensten voor thuiszorg zodanig worden georganiseerd, dat gehandicapten op elk tijdstip, dag en nacht, in hun eigen huis kunnen worden geholpen.
- 4.6 Indien verzorging in een inrichting noodzakelijk is, moeten er maatregelen worden genomen om:
- te garanderen dat de rechten van gehandicapten (waaronder recht op volwaardige deelneming en het recht om zelf beslissingen te nemen) worden beschermd en dat met hun wensen rekening wordt gehouden;
 - bewoners en hun familie psychologisch en sociaal te begeleiden; en
 - het ontstaan van meer open en kleinere eenheden te bevorderen, waarin gehandicapten een zekere mate van zelfstandigheid en privacy hebben.
- 4.7 Gehandicapten die verhuizen van inrichtingen met intensieve vormen van verzorging naar andere vormen van huisvesting moeten aanvankelijk leren zelfstandig de dagelijkse bezigheden te verrichten, en daarna voortdurend hulp krijgen. De mogelijkheid om gehandicapten te laten doorverhuizen naar een normale woning moet blijven bestaan.
5. *Technische hulpmiddelen*
- 5.1 Naast de traditionele of technische medische voorzieningen die zijn ontworpen om de stoornis of beperking van de gehandicapte te compenseren of de gevolgen ervan te neutraliseren, is een breed scala van technische hulpmiddelen nodig of nuttig voor de dagelijkse beroepsactiviteiten.
- 5.2 Instanties die verantwoordelijk zijn voor de verstrekking van dit soort hulpmiddelen, moeten een complete lijst hiervan bijhouden en deze beschikbaar stellen aan individuele gehandicapten en betrokken instellingen.
- 5.3 Er dient bijzondere zorg te worden besteed aan het vaststellen van de technische kenmerken, de prijs en de slijtvastheid van elk op de markt verkrijgbare technische hulpmiddel, teneinde vast te stellen welke garanties aan de gehandicapte gebruikers kunnen worden geboden.
- 5.4 Om een optimale herinschakeling te waarborgen, moeten de kosten van die hulpmiddelen of apparaten, alsmede van het onderhoud en de vervanging ervan, zo veel mogelijk worden gedragen door de overheid.
6. *Communicatie*
- 6.1 Teneinde gehandicapten aan te moedigen zo veel mogelijk aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen, is het wenselijk hen in staat te stellen gebruik te maken van alle communicatiemiddelen, televisie, radio, pers en telecommunicatie.
- 6.2 Bij wijze van voorbeeld kunnen de volgende maatregelen worden genoemd:
- televisieprogramma's ondertitelen of voorzien van een vertaling in gebarentaal;
 - inductiecircuits in openbare gebouwen;
 - verspreiding van documenten in braille of in grote-letterdruk;
 - telefoocellen aanpassen voor slechthorenden;
 - telecommunicatiediensten (bv. minitel);
 - vertaling in gebarentaal op openbare plaatsen (gerechtsgebouwen, enz.).
- Meer in het bijzonder dienen telefoons en andere communicatiemiddelen tegen gereduceerde kosten te worden verstrekt en geïnstalleerd wanneer deze, gezien de individuele behoeften of de ernst van de handicap, van essentieel belang zijn.
- 6.3 De ontwikkeling van de technologie, met name van microprocessors, heeft nieuwe geavanceerde hulpmiddelen en technieken voortgebracht waarmee gehandicapten beter kunnen communiceren. Indien mogelijk moeten deze hulpmiddelen beschikbaar zijn om gehandicapten in het dagelijks leven te helpen.
- 6.4 Met gebruik van recentelijk ontwikkelde alarmsystemen maakt dat gehandicapten en bejaarden zich in huis veilig kunnen voelen. Dergelijke systemen dienen dan ook beschikbaar te zijn.
- AWBZ (ADL en HDL en verpleging) of ZFR-regeling gezinsverzorging.
 - Thuiszorg is in principe 7x24 uur per week bereikbaar. Principeuitspraak met betrekking tot maatschappelijke dienstverlening, Stcrt. 1986, nr. 163.
 - Zie MIG V.
 - Zie MIG V.
 - Besluit AAW voorzieningenverstrekking, Stbl. 1994, nr. 150.
 - Regeling hulpmiddelen AWBZ, Stcrt. 1994, nr. 60, 122, 228.
 - Bij betrokken voorzieningen is dit de praktijk.
 - Zie MIG IV-5.
 - Zie NR VII-5.1.
 - Subsidiereglement bibliotheekwerk voor blinden en slechtzienden, Stcrt. 1994, nr. 249.
 - Zie MIG VI-2.D.
 - Zie MIG IV-5.
 - Gecoördineerd ouderenwerk, Welzijnswet 1994, Stbl. 1994, nr. 581.
 - Alarmeringssysteem op medische indicatie, Regeling hulpmiddelen AWBZ, Stcrt. 1994, nr. 60, 122, 228.

7. *Sport*
- 7.1 Sport, inclusief wedstrijdsporten, moet worden erkend als één van de essentiële factoren in de revalidatie van gehandicapten, vooral met betrekking tot hun integratie in de samenleving. • Zie MIG VI-4.
- 7.2 Sport voor gehandicapten moet daarom worden uitgebreid en de verdere ontwikkeling ervan moet worden aangemoedigd via passende pr-methoden, de opleiding van personeel, de planning van sportcentra en de bevordering van verenigingen die zich met sportactiviteiten bezighouden. • Subsidieregeling landelijke sportkoepelorganisaties en gehandicaptenorganisaties 1993, Stcrt. 1992, nr. 191.
- 7.3 In overeenstemming met het doel van integratie moeten passende maatregelen worden getroffen om gehandicapten sport te laten beoefenen in gezelschap van validen. • Zie MIG VI-4.
- 7.4 Openbare sportinrichtingen, inclusief kleedkamers, kluisjes, douches enz., moeten toegankelijk zijn voor gehandicapten en door hen kunnen worden gebruikt. • Zie MIG VI-4.
- 7.5 Alle overheden en particuliere organisaties die dit aangaat, moeten zich bewust zijn van de wensen en behoeften van gehandicapten op het gebied van sport en recreatie, met inbegrip van lessen. • Zie MIG VI-4.
- 7.6 In sommige gevallen hebben gehandicapten meer baat bij, of geven zij de voorkeur aan, afzonderlijke gespecialiseerde sportinrichtingen; deze moeten beschikbaar en toegankelijk zijn. • Zie MIG VI-4.
- 7.7 Er moet beleid worden ontwikkeld om het publiek in het algemeen beter voor te lichten over gehandicaptensport. Actieve inzet van grote sportorganisaties moet worden aangemoedigd. • Zie MIG VI-4.
8. *Vrije tijd en culturele activiteiten*
- 8.1 Alle culturele activiteiten en vormen van vrijetijds- en vakantiebesteding moeten toegankelijk voor gehandicapten worden gemaakt. Daarnaast moeten speciale activiteiten worden georganiseerd wanneer gehandicapten hierom verzoeken en de omstandigheden zulks toelaten. Actieve deelneming van gehandicapten aan alle culturele, sociale en politieke activiteiten moet worden bevorderd, met inbegrip van de mogelijkheid zich hiermee beroepsmatig bezig te houden. • Bouwbesluit, zie NR VII-2.2.
- 8.2 Structurele, technische, fysieke of op de mentaliteit gebaseerde hinderpalen die het genot van bovengenoemde activiteiten belemmeren, moeten uit de weg worden geruimd. Met name de toegang tot bioscopen, theaters, musea, toeristische attracties en vakantiecentra moet worden verbeterd. Toegang tot vervoermiddelen en onafhankelijke mobiliteit moeten worden gestimuleerd. Het personeel dat werkzaam is in cultuur- en recreatiecentra moet op brede schaal bewust worden gemaakt van deze problematiek. Cultuur- en recreatiecentra moeten zodanig worden gepland en uitgerust dat zij toegankelijk zijn voor gehandicapten en door hen kunnen worden gebruikt. • Bouwbesluit, zie NR VII-2.2.
- 8.3 Algemene gidsen op het gebied van recreatie, toerisme en cultuur moeten alle mogelijke informatie bevatten over faciliteiten die beschikbaar zijn voor gehandicapten, waaronder vervoer, hotels, restaurants en sportinrichtingen. Zij moeten met toegangssymbolen aangeven waar zich de toegangsfaciliteiten, waaronder die van toiletten, voorzieningen voor mensen met zintuiglijke stoornissen of leerproblemen, en eventuele hulpverleners zich bevinden. De symbolen moeten conform de internationale afspraken zijn en aanwijzingen in diverse talen omvatten. Genoemde gidsen moeten in toegankelijke vorm voorhanden zijn, zoals in braille, in grote-letterdruk en op magneetband. • Welzijnsnota 1995–1998 «Naar eigen vermogen» van 21 november 1994, deelprogramma vrije tijd (SDG), thema zelfstandigheid.

- 8.4 Alle middelen dienen te worden aangewend om de toegang tot en het genot van recreatie, cultuur en toerisme voor bepaalde groepen gehandicapten te verbeteren. Als voorbeelden hiervan kunnen worden genoemd:
- specifieke gidsen voor bepaalde categorieën gehandicapten, waarin bijzondere faciliteiten voor mensen met leermoeilijkheden of visueel gehandicapten zijn vermeld;
 - stimuleren van het gebruik van geluidscassettes met specifieke informatie voor visueel gehandicapten;
 - zorgen voor een vertaling in gebarentaal bij culturele en recreatie-activiteiten;
 - zorgen voor gesproken beschrijvingen in theaters en bioscopen ten behoeve van visueel gehandicapten;
 - flexibele zitplaatsregelingen om visueel gehandicapten en slechthorenden een geschikte zitplaats te geven bij culturele uitvoeringen;
 - verstrekken van modellen en reliëfkaarten en -tekeningen voor mensen met een zintuiglijke stoornis;
 - het ingang doen vinden van het «Handvest voor Toegankelijkheid» onder het publiek.
- 8.5 Overheidsinstellingen, culturele organisaties en organisaties voor recreatie en vrijetijdsbesteding moeten een allesomvattend beleid ontwikkelen met actieprogramma's die moeten leiden tot een aanzienlijke en duurzame verbetering van de toegang voor alle gehandicapten.
- Zie NR VII-8.3.
- Zie MIG IX-3.
-

VIII Sociale en economische bescherming en rechtsbescherming

1. *Doel en beginselen*
 - 1.1 Teneinde moeilijke situaties, marginalisering en discriminatie te vermijden, of althans te verzachten, en om gelijke kansen voor gehandicapten te waarborgen en te komen tot persoonlijke zelfstandigheid, economische onafhankelijkheid en maatschappelijke integratie, moeten gehandicapten recht hebben op economische en sociale zekerheid en een redelijke levensstandaard, door middel van:
 - een bestaansminimum;
 - specifieke toelagen; en
 - een stelsel van sociale bescherming.
 - 1.2 Indien er een algemeen stelsel van economische en sociale bescherming voor de gehele bevolking bestaat, moeten gehandicapten daarvan volledig gebruik kunnen maken en moet hierbij rekening worden gehouden met hun specifieke behoeften. Zo niet, dan moet een specifiek stelsel worden opgezet dat gehandicapten voortdurend beschermt.
 - 1.3 Sociaal-economische bescherming moet worden gewaarborgd door middel van uitkeringen en sociale diensten. Deze bescherming moet zijn gebaseerd op een nauwkeurige beoordeling van de behoeften en omstandigheden van gehandicapten, die regelmatig opnieuw moeten worden gezien, teneinde rekening te kunnen houden met veranderingen in de persoonlijke omstandigheden die de aanleiding vormden tot het verlenen van bescherming.
 - 1.4 Maatregelen tot economische bescherming moeten worden overwogen als één van de elementen van het integratieproces van gehandicapten.
 2. *Economische en sociale zekerheid*
 - 2.1 Naast:
 - sociale uitkeringen aan gehandicapten en niet-gehandicapten, bijvoorbeeld werkloosheidsuitkeringen;moet het stelsel van economische en sociale zekerheid omvatten:
 - speciale uitkeringen en verstrekkingen aan gehandicapten ten behoeve van de revalidatie en andere bijzondere behoeften, bijvoorbeeld medische behandeling, beroepsopleiding, technische hulpmiddelen, toegang tot en aanpassing van huisvesting, vervoer en communicatiemogelijkheden;
 - speciale financiële steun aan gezinnen met een gehandicapt kind;
 - passende hulp, bijvoorbeeld vestigingssubsidies of investeringsleningen aan gehandicapten die zich als zelfstandig ondernemer willen vestigen;
 - een bestaansminimum dat de basisbehoeften dekt van gehandicapten en hun gezin wanneer de handicap dusdanig is, dat zij geen arbeid kunnen verrichten;
 - uitkeringen aan mensen die vanwege hun handicap voortdurend zijn aangewezen op hulp van anderen;
 - uitkeringen aan mensen die niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt omdat zij een gehandicapte verzorgen;
 - wanneer de financiële bijstand wordt stopgezet wegens de aanvaarding van een betrekking, moet deze financiële bijstand worden veilig gesteld en gegarandeerd blijven wanneer het werk onmogelijk blijkt te zijn;
 - uitkeringen aan gehandicapten die wegens hun handicap slechts in deeltijd kunnen werken.
 - 2.2 Er dienen fiscale maatregelen te worden genomen om tegemoet te komen aan de buitengewone lasten die gehandicapten in het dagelijks leven moeten dragen, met name voor de aanschaf van technische hulpmiddelen en voertuigen, indien deze niet worden gedekt door het sociale-zekerheidsstelsel.
 3. *Rechtsbescherming*

De uitoefening van grondrechten door gehandicapten alsmede het verbod van discriminatie moeten worden beschermd. In geval gehandicapten geheel of ten dele niet in staat zijn hun eigen vermogen te beheren, moet worden voorzien in rechtsbescherming in de vorm van een curator of rechtsbijstand. Deze bescherming moet niet dwingender zijn dan nodig is en moet zo veel mogelijk zijn gebaseerd op de wensen van de betrokkene.
- Zie NR VIII-1.3.
 - Zie NR VIII-1.3.
 - Algemene arbeidsongeschiktheidswet
 - Schattingsbesluit, Stbl. 1994, nr. 596.
 - Zie NR VIII-1.3.
 - Zie NR VIII-1.3.
 - Zie NR VIII-1.3.
 - Wet op de inkomstenbelasting, Stbl. 1964, nr. 352, voorziet in artikel 46, lid 3, in de mogelijkheid buitengewone lasten in verband met ziekte of invaliditeit af te trekken van het belastbaar inkomen.
 - Wet mentorschap ten behoeve van meerderjarigen, Stbl. 1994, nr. 779.
 - Onder curatele stelling: Artikel 20 Overgangswet nieuw burgerlijk wetboek, Stbl. 1991, nr. 601.

4. *Maatschappelijke dienstverlening*
- 4.1 In de uiteenlopende behoeften van gehandicapten met betrekking tot maatschappelijke dienstverlening en begeleiding dient in de eerste plaats te worden voorzien binnen het algemene kader van de maatschappelijke dienstverlening, maar om te beantwoorden aan de specifieke behoeften van gehandicapten,
- zal in sommige gevallen beroep moeten worden gedaan op specifieke diensten;
 - moeten de diensten streven naar zelfstandigheid van de betrokkene.
- 4.2 Iedere gehandicapte moet informatie, begeleiding en hulp krijgen met betrekking tot beschikbare voorzieningen en diensten die in zijn behoefte voorzien.
- 4.3 Thuiszorg moet het gemakkelijker maken dat gehandicapten in hun vertrouwde omgeving blijven wonen en een zelfstandig leven leiden; hiertoe moet een breed scala van activiteiten aan huis en van sociale aard, maar ook psychologische ondersteuning en revalidatie, worden georganiseerd ten behoeve van gehandicapten en gezinnen die ernstige problemen hebben om in hun dagelijkse behoeften te voorzien. Tot deze diensten behoren:
- hulp in de huishouding;
 - maaltijden aan huis;
 - hulp bij de verzorging van kinderen;
 - gezelschap in huis en hulp bij activiteiten buitenshuis;
 - informatiediensten in de vorm van tolken, gesproken kranten, enz.;
 - telefonische hulpdiensten en alarmdiensten;
 - hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
- 4.4 Belangenorganisaties moeten stimuleren dat gehandicapten een actief leven leiden en deelnemen aan gemeenschappelijke taken in hun gemeenschap; zij moeten tevens sociale maatregelen, met name vrijwilligerswerk en verenigingsleven, bevorderen door:
- verenigingen en samenwerkingsverbanden te bevorderen;
 - technische en financiële steun te geven aan organisaties die zich bezighouden met gehandicapten;
 - bewustmakings- en promotiecampagnes in samenwerking met de desbetreffende organisaties, verenigingen en de media;
 - vrijwilligerswerk aan te moedigen;
 - de deelneming aan de verschillende aspecten van het maatschappelijk verkeer te bevorderen;
 - activiteiten op het gebied van recreatie, kunst, cultuur en sport.
- 4.5 Gespecialiseerde hulpdiensten moeten voorzien in de specifieke behoeften van gehandicapten, waaronder zorgverlening, wanneer het vanwege de ernst of de complexiteit van de handicap niet mogelijk is het beginsel van normale integratie toe te passen, zulks door middel van:
- ambulante behandeling, of wanneer dit niet mogelijk is;
 - een stelsel van intramurale zorg;
 - bezigheidscentra.
- 4.6 Bezigheidscentra voor gehandicapten moeten gelegenheid bieden tot integratie in de samenleving, sociale contacten en persoonlijke ontplooiing door middel van constructieve recreatieve activiteiten en bezigheden:
- centra voor dagopvang van geestelijk gehandicapten; deze dienen zorg, psychologische begeleiding en educatie te bieden, alsmede mogelijkheden tot diverse activiteiten, gezelschap en maatschappelijke integratie;
 - activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten; deze dienen opvang te bieden voor hen die niet in staat zijn werk te vinden of een vormingscursus te volgen.
- Deze instellingen moeten een gedifferentieerd en gevarieerd programma hebben, dat hoofdzakelijk bestaat uit recreatieve en creatieve activiteiten, met de nadruk op sociale aspecten. Het programma en de werkmethode moeten zijn afgestemd op de individuele capaciteiten van de deelnemers en moeten regelmatig worden geëvalueerd.
- Algemeen maatschappelijk werk: Welzijnswet 1994, Stbl. 1994, nr. 581.
 - Regeling ZFR subsidiëring sociaal-pedagogische diensten 1994, Stcrt. 1994, nr. 43 en 83.
 - Zie MIG II-3.A.
 - Zie NR VIII-2.8, behandelingen therapeutische hulpmiddelen.
 - AWBZ/WTG.
 - Subsidiëring Federatie Nederlandse Gehandicaptenraad, Federatie van Ouderverenigingen, Werkverband Organisaties voor Chronisch Zieken en aangesloten organisaties door het ministerie van VWS (structureel) en andere ministeries (op projectbasis).
 - Zie NR VIII-4.4.
 - Zie NR VIII-4.4

IX Opleiding van personen die zijn betrokken bij het revalidatieproces en de maatschappelijke integratie van gehandicapten

1. *Beginselen*
- 1.1 Allen die uit hoofde van hun functie direct of indirect actief zijn op het gebied van de revalidatie en integratie van gehandicapten, moeten een passende opleiding krijgen. Dit is van wezenlijk belang voor alle beroepsgroepen die zijn belast met de zorg voor gehandicapten, met name in het licht van de verschuiving van intramurale zorg naar zorg in de samenleving. Deze opleiding moet erop zijn gericht gehandicapten te helpen om zo normaal mogelijk te leven. Voorlichting en steun aan ouders is ook essentieel als men gehandicapten in de samenleving wil laten leven.
- 1.2 «Opleiding» moet in de ruimste zin worden opgevat en dient te omvatten:
- een algemene opleiding, die gewoonlijk wordt afgerond met een diploma en die de basis-bevoegdheid vormt voor het desbetreffende werk;
 - aanvullende beroepsopleiding op het betrokken vakgebied of werkterrein;
 - gespecialiseerde opleiding op het gebied van revalidatie.
- Hierbij dient de nadruk te liggen op de volgende aspecten:
- eerste kennismaking of vertrouwd raken met het teamwerk dat revalidatie vereist;
 - eerste kennismaking met de communicatietechnieken en lesmethoden;
 - voorlichting over de aard van handicaps, de gevolgen ervan en de rol van revalidatie;
 - de actieve rol in het revalidatieproces van mensen die gehandicapt zijn of kunnen worden.
- De opleiding dient voorts te omvatten:
- bijscholing en praktijkopleiding;
 - nascholing om de technische vooruitgang op het gebied van revalidatie en de technologische vooruitgang op de diverse gebieden van het sociale en economische leven, alsmede de ontwikkeling van de houding van de samenleving ten aanzien van handicaps bij te houden;
 - voorlichting over technische hulpmiddelen die bijdragen tot de revalidatie en integratie van gehandicapten.
- 1.3 Om ervoor te zorgen dat revalidatie wordt gezien als een op de persoon afgestemd, allesomvattend, doorlopend en gecoördineerd proces, moeten voor beroepsopleidingscursussen dezelfde criteria gelden als voor revalidatieprogramma's voor gehandicapten.
- 1.4 Het niveau van bekwaamheid van het personeel moet constant worden verbeterd door middel van een betere selectie, introductiecursussen en bijscholing.
- 1.5 Het revalidatiepersoneel moet goed op de hoogte zijn van alle sociale en administratieve regelingen ten behoeve van gehandicapten en met de desbetreffende procedures; zij moeten met name vertrouwd zijn met de diverse mogelijkheden voor beroepskeuzevoorlichting en met de diverse mogelijkheden voor gehandicapten om passende arbeid te vinden.
- 1.6 Er dient nauw te worden samengewerkt tussen:
- de verschillende, direct bij de revalidatie betrokken medewerkers;
 - de diverse instanties die kunnen helpen bij de revalidatie en het vinden van werk, zoals de nationale, regionale en plaatselijke overheden;
 - overheidsinstellingen, particuliere organisaties, de sociale partners en vrijwilligersorganisaties die een rol spelen in verband met de revalidatie en integratie van gehandicapten in samenleving en beroep.
- 1.7 De samenwerking tussen personeelsleden, overheden, instellingen en vrijwilligersorganisaties moet worden aangemoedigd op nationaal, regionaal en plaatselijk niveau.
- 1.8 Alle beschikbare communicatiemiddelen, zowel de traditionele als de moderne, moeten worden benut om te komen tot coördinatie.
- 1.9 Er dienen stappen te worden ondernomen om uitwisselingen van revalidatiepersoneel uit diverse lidstaten te vergemakkelijken, teneinde hun kennis van nieuwe methoden en technieken te verbreden.
- Dit onderwerp was aan de orde in een gezamenlijke vergadering van de Vaste Kamercommissie voor OCenW en VWS d.d. 10 mei 1995.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.
- Zie NR IX-1.1.

2. *Opleiding van personeel in de gezondheidszorg*
- 2.1 Studenten medicijnen en artsen • Zie NR IX-1.1.
- 2.1.1 Alle studenten medicijnen moeten worden onderricht in revalidatieproblemen, met name de noodzaak van diagnose en behandeling in een vroeg stadium en van coördinatie tussen revalidatiediensten en -personeel. Om dit te bereiken:
- moet, naast een grondige kennis op medisch gebied, revalidatie als apart vak worden opgenomen in de basisopleiding van artsen;
 - moeten de verworven kennis en de prestaties op dit gebied worden geëvalueerd.
- In het kader van de studie moeten er contacten plaatsvinden met mensen die gehandicapt zijn of kunnen worden, en moet er onderwijs worden gegeven over het verloop van een stoornis, beperking of handicap, over het algemene revalidatie-concept, alsmede over diagnose-, preventie- en behandelingsmethoden, zodat een patiënt volledig door een huisarts kan worden behandeld of kan worden doorverwezen naar een specialist. Studenten medicijnen moeten ook vertrouwd worden gemaakt met diverse revalidatieproblemen, waaronder een psychologische training in de omgang met gehandicapten en hun familie. Een voldoende aantal docenten die zijn gespecialiseerd in revalidatie is hierbij onmisbaar.
- 2.1.2 Artsen moeten een grondige kennis van revalidatie verwerven, met name indien zij: • Zie NR IX-1.1.
- zich wensen te specialiseren in of uitsluitend toe te leggen op revalidatie, hetgeen een speciale opleiding en vaardigheden om een revalidatieprogramma te kunnen plannen en evalueren vereist;
 - in een tak van de sociale geneeskunde willen gaan werken (als bedrijfsarts, controlerend geneesheer voor sociale verzekeringen, arts die samenwerkt met beroepskeuzediensten, arts verboden aan consultatie- en kleuterbureaus);
 - zich wensen te specialiseren in een tak van de geneeskunde waarin revalidatie een belangrijke rol speelt (pediatrie, reumatologie, neurologie, orthopedie, geriatrie, cardiologie, longziekten, enz.).
- 2.1.3 Hiertoe moeten worden ontwikkeld: • Zie NR IX-1.1.
- specifieke opleidingscursussen in multidisciplinaire revalidatie-geneeskunde en aanvullende geïntegreerde cursussen, toegespitst op de bovengenoemde werkterreinen;
 - structuren waarin gezondheidszorg, onderwijs en onderzoek, met name fundamenteel en klinisch onderzoek zijn gecombineerd, zoals die welke noodzakelijk zijn voor de basisopleiding van de diverse artsen en voor nascholing in de klinische, therapeutische en technologische sectoren, aangezien alle gecoördineerde multidisciplinaire actie hiervan afhankelijk is; bedoelde structuren zijn ook van essentieel belang voor de opleiding van hoger medisch en onderwijsgevend personeel;
 - verspreiding van informatie en kennis op dit terrein, ondersteund door de publikatie van basisdocumentatie en andere informatie.
- 2.2 Paramedisch personeel dat bij de revalidatie is betrokken. • Zie NR IX-1.1.
- 2.2.1 Elk lid van het paramedisch personeel dat beroepshalve is betrokken bij de medische revalidatie moet voldoende vertrouwd worden gemaakt met revalidatie en op de hoogte worden gehouden van recente ontwikkelingen, niet alleen op zijn eigen vakgebied, maar ook met betrekking tot revalidatie. Dit kan worden bereikt door revalidatie op te nemen in de basisopleiding of door te zorgen voor bijscholing in de praktijk, aangevuld met speciale cursussen. • Zie NR IX-1.1.

- 2.2.2 Wat het paramedisch personeel betreft
- dient in de basisopleiding aandacht te worden besteed aan het revalidatie-concept en revalidatiemethoden en dient daarbij de nadruk te worden gelegd op het belang van interdisciplinaire samenwerking, de relatie patiënt-personeel en de noodzaak van actieve deelneming van de patiënt aan de behandeling;
 - dient de opleiding van hoger personeel voor onderwijs en praktijk te worden ontwikkeld binnen het beroepskader; de opleiding dient te worden geïntegreerd in het algemene gezondheidsstelsel, teneinde de ontwikkeling van een gemeenschappelijk taalgebruik en een holistische benadering van behandeling te vergemakkelijken;
 - de invoering van praktijkopleidingsprogramma's, met name interdisciplinair, dient te worden gestimuleerd.
- 2.2.3 Revalidatie moet worden opgenomen in het basisprogramma van de opleiding tot verpleegkundige, waarbij de nadruk dient te worden gelegd op actieve deelneming van de patiënt en zijn familie.
- 2.2.4 Specifieke aanvullende cursussen dienen te worden ontwikkeld voor bepaalde categorieën verpleegkundigen, ziekenverzorgeren en ander para-medisch personeel, met name voor hen:
- die werken in gespecialiseerde revalidatie-instellingen;
 - die buiten een ziekenhuis werken, bijvoorbeeld in de thuiszorg, wijkverpleging, bedrijfs- en schoolverpleegkundigen, enz.;
- en voor leidinggevend en onderwijsgevend personeel, zowel binnen als buiten het ziekenhuis.
3. *Opleiding van onderwijsgevend personeel*
- 3.1 Allen die beroepshalve zijn belast met het verzorgen van onderwijs of educatie moet hiertoe een opleiding krijgen, met inbegrip van een onderzoek naar speciale opleidingsbehoeften. Bij die opleiding moet in het bijzonder rekening worden gehouden met de belangrijke rol van communicatie en de nieuwe technologieën. Het belang van ontwikkeling van de persoonlijkheid bij kinderen met emotionele problemen dient te worden geaccentueerd en in het bijzonder moeten de begrippen aanpasbaarheid, creativiteit en empathie worden onderstreept.
- 3.2 Zij die in het bijzonder zijn belast met het geven van onderwijs aan gehandicapten moeten een aanvullende opleiding krijgen om hen, ten eerste, in staat te stellen uitvoerige kennis van handicaps op te doen en, ten tweede, methoden en technieken voor beoordeling en hulp onder de knie te krijgen. Deze opleiding kan onder andere worden verzorgd door professionele krachten die een gedegen ervaring hebben op het gebied van gespecialiseerd onderwijs. Hierbij dient de nadruk te worden gelegd op het vitale belang van samenwerking met de familiekring.
4. *Opleiding van personeel dat zorg draagt voor beroepsopleiding en beroepsoriëntatie*
- 4.1 De basisopleiding van hen die beroepsopleidingen verzorgen, dient, waar mogelijk, te worden aangepast aan:
- de persoon of de groep die de beroepsopleiding volgt, door informatie te verstrekken over de consequenties, repercussies en symptomen van diverse handicaps;
 - de kenmerken van het beroep waarvoor de betrokkene wordt opgeleid en aan het niveau daarvan;
 - de context van de opleiding: instelling, bedrijf, speciale of normale opleiding, enz.
- 4.2 Het bezit van de vereiste theoretische en technische kennis dan wel vakkennis onder hen die de opleiding verzorgen, wordt gewaarborgd door het uitreiken van het desbetreffende vakdiploma of het opdoen van voldoende beroepservaring. Deze bekwaamheden dienen in de loop van het dienstverband te worden aangevuld door middel van cursussen of bijscholing en via contacten met de instantie of de diensten die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie van revalidatiemaatregelen, alsook met centra of diensten voor beroepsoriëntatie, artsen, instellingspersoneel, andere leerkrachten, beroepsorganisaties, enz, teneinde de problemen aan het licht te brengen die verband houden met het leren omgaan met handicaps en het aan het werk helpen van gehandicapten.

• Zie NR IX-1.1.

• Zie NR IX-1.1.

• Zie NR IX-1.1.

• Zie NR IX-1.1.

• Zie NR IX-1.1.

• Zie NR IX-1.1.

• Zie NR IX-1.1.

- 4.3 De theoretische en praktische basisopleiding van school- en beroepskeuzeadviseurs moet rekening houden met de stimulerende en coördinerende rol van dit advies in het revalidatieprogramma, alsook met de verscheidenheid van dit advies: beoordeling van vaardigheden, prognose van de revalidatie, individuele programma's en programma's voor integratie in beroep en samenleving, voortgangsrapportage van de integratie in beroep en samenleving. • Zie NR IX-1.1.
- 4.4 School- en beroepskeuzeadviseurs moeten een opleiding hebben genoten die voldoet aan een erkende beroepsnorm, en vertrouwd zijn met de problematiek van handicaps en revalidatie; aan hun aanstelling moet een praktijkstage op het desbetreffende werkterrein voorafgaan. • Zie NR IX-1.1.
- 4.5 De algemene en vakopleiding van het oriëntatieteam, dat naast een school- en beroepskeuzeadviseur een arts en een maatschappelijk werker omvat en, indien nodig, een psycholoog, een fysiotherapeut en een vakdocent, moet in de loop van het dienstverband worden aangevuld met teamvergaderingen, met het oog op verdere vorming en wederzijdse voorlichting van de deelnemers. Om dit doel te bereiken, moet het uitwisselen van beroepsgegevens en -informatie tussen centra, de sociale partners en de instantie die de revalidatie coördineert, worden bevorderd. • Zie NR IX-1.1.
5. *Opleiding van personeel dat zorg draagt voor de integratie in beroep*
- 5.1 Het personeel dat zorg draagt voor de plaatsing van gehandicapten in een betrekking, moet worden geselecteerd alvorens te worden benoemd. Naast een basisopleiding moeten zij een introductie cursus volgen, hetzij vóór, hetzij kort na de aanvang van hun werkzaamheden, alsmede aanvullende cursussen over de aard van handicaps en de verschillende soorten passende arbeid voor mensen met een handicap. • Zie NR IX-1.1.
- 5.2 Begeleiders, toezichhouders en werkmeesters in een sociale werkplaats moeten, naast het bezit van de vereiste vakdiploma's, een opleiding krijgen over leermethoden die passen bij de specifieke taak van hun instelling. • Zie NR IX-1.1.
- 5.3 Zij die leidinggevende of toezichhoudende functies hebben op het gebied van de integratie van gehandicapten in samenleving en beroep moeten worden bijgeschoold, hoofdzakelijk om te verzekeren dat de vereisten qua administratief, financieel en personeelsbeheer verenigbaar zijn met de behoeften van gehandicapten. • Zie NR IX-1.1.
6. *Opleiding van personeel van diensten voor maatschappelijk werk en personeel dat zorg draagt voor sociale en pedagogische begeleiding*
- 6.1 Alle professionele hulpverleners die zijn belast met maatschappelijke dienstverlening en pedagogische begeleiding, ongeacht of zij gespecialiseerd zijn (welzijnswerkers, maatschappelijk werkers, gespecialiseerde docenten, instructeurs, huishulpen, medisch-psychologisch begeleiders, zij die hulp verlenen bij de dagelijkse bezigheden en anderen) moeten, zover mogelijk, het desbetreffende vakdiploma bezitten en de gelegenheid krijgen opleidingen te volgen die aansluiten bij de werkzaamheden die zij verrichten ten behoeve van gehandicapten. • Zie NR IX-1.1.
- 6.2 Zij die uitsluitend zijn belast met de zorg voor gehandicapten moeten in staat worden gesteld aanvullende opleidingen te volgen over handicaps en praktische methoden en technieken. • Zie NR IX-1.1.
7. *Opleiding van personeel op het gebied van sport, vrijetijd- en vakantiebesteding*
- 7.1 Personeel dat is gespecialiseerd op het gebied van gehandicapten sport en vrijetijds- en vakantie-activiteiten voor gehandicapten moet in opleidingscentra of bij vrijwilligersorganisaties cursussen kunnen volgen die betrekking hebben op de diverse soorten handicaps. • Zie NR IX-1.1.
- 7.2 Met deze opleiding moet het personeel inzicht verwerven in de oorsprong, de definitie, de problemen en implicaties van de handicap bij de bezigheden van alledag, en aan de hand van dit verworven inzicht moet dit personeel doelstellingen kunnen bepalen wat zelfstandigheid en maatschappelijke integratie betreft, zulks met toepassing van een passende methodologie. • Zie NR IX-1.1.
- 7.3 Gehandicapten moeten in staat worden gesteld toegang te hebben tot alle opleidingsmogelijkheden op deze terreinen. • Zie NR IX-1.1.

8. *Opleiding van architecten, stedenbouwers en specialisten in de bouwsector en de sectoren openbare werken en vervoer, teneinde hen te wijzen op problemen van gehandicapten*
- 8.1 Teneinde vroegtijdig actie te kunnen ondernemen ter bevordering van een radicaal en samenhangend toegankelijkheidsbeleid, dient het concept van geïntegreerde toegankelijkheid de grondslag te vormen voor de basisopleiding van architecten, stedenbouwkundigen en ingenieurs. • Zie NR IX-1.1.
- 8.2 Voor hen die op deze terreinen werkzaam zijn, dienen passende aanvullende cursussen beschikbaar te zijn. Het volgen van deze cursussen moet krachtig worden bevorderd. • Zie NR IX-1.1.
- 8.3 Handboeken en documentatie dienen te worden bijgewerkt in het belang van totale integratie. • Zie NR IX-1.1.
-

X Informatie

1. *Informatie*
- 1.1 Er moeten effectieve informatieprocedures, -structuren en -centra in het leven worden geroepen, zowel op nationale als op regionale schaal, om te kunnen voorzien in de behoefte aan informatie over alle aspecten van het gehandicapt zijn, revalidatie en integratie in de samenleving. • Zie MIG II-3.A en III-2.
- 1.2 Er zijn informatieprogramma's nodig, gezien de complexiteit van de problemen waarmee gehandicapten worden geconfronteerd en het grote aantal diensten en instanties dat bemoeienis heeft met de diverse aspecten van hun problemen; hierbij moet worden gedacht aan de noodzaak van een mentaliteitsverandering bij alle sociale partners door middel van een doorlopend, consequent en permanent informatieproces. • Zie MIG II-3.A en III-2.
- 1.3 Er dient informatie beschikbaar te zijn voor de volgende doelgroepen:
– de gehandicapten zelf, hun familie en zij die hen verzorgen;
– instellingen en personen die werkzaam zijn op het gebied van revalidatie en integratie;
– beleidmakers;
– het grote publiek. • Zie MIG II-3.A en III-2.
- 1.4 De informatie moet betrekking hebben op:
– het doel van en de methoden voor integratie;
– thema's verband houdend met het dagelijks leven van gehandicapten;
– sociaal-medische aspecten van stoornissen, beperkingen en handicaps;
– organisaties in de gezondheidszorg en het gehandicaptenbeleid, bijvoorbeeld: revalidatie, behandelingsmethoden, onderwijs, beroepsopleiding, kans op werk, vervoersfaciliteiten, toegankelijkheid, technische hulpmiddelen. • Zie MIG II-3.A en III-2.
- 1.5 De informatie moet worden verstrekt door:
– algemene diensten, zoals diensten voor maatschappelijke werk, telefonische hulpdiensten, sociaal adviseurs, bureaus voor rechtshulp;
– gespecialiseerde instellingen, zoals revalidatiecentra, voor visueel gehandicapten of slechthorenden;
– belangenorganisaties voor gehandicapten of gehandicaptenorganisaties;
– gespecialiseerde informatiecentra en uitgeverijen. • Zie MIG II-3.A en III-2.
- 1.6 De coördinatie van de informatie, documentatie en publiciteit van de diverse overheidsinstellingen en particuliere organisaties moet worden bevorderd. • Zie MIG III-2.B.
- 1.7 De internationale uitwisseling van informatie met betrekking tot publikaties, brochures, films of andere voorlichtingsmateriaal moet worden bevorderd. • Zie MIG III-3.
-

XI Statistiek en onderzoek

1. *Statistiek*
- 1.1 De formulering en uitvoering van een beleid ten behoeve van gehandicapten en de evaluatie van de effecten daarvan, moeten zijn gebaseerd op een zo nauwkeurig mogelijke beoordeling van de omstandigheden en behoeften van de betrokkenen. Hiertoe moeten de bevoegde autoriteiten kunnen beschikken over een betrouwbaar en samenhangend systeem van statistische gegevens. De beschikbare gegevens moeten ook worden doorgegeven aan iedere persoon of organisatie die hierom verzoekt. Bijzondere aandacht dient te worden besteed aan de normalisatie van de definiëring van parameters, opdat de gegevens uit diverse landen vergelijkbaar zijn.
- Zie MIG III-2.
 - Zie MIG III-1.A.
- 1.2 De hoogst mogelijke wetenschappelijke en ethische normen dienen te worden gehanteerd bij het vergaren en verwerken van informatie, teneinde te garanderen dat de privacy van de betrokkenen wordt geëerbiedigd.
- Wet persoonsregistraties, Stbl. 1988, nr. 665 en Stbl. 1989, nr. 480.
- 1.3 De verzamelde en verwerkte statistische gegevens moeten zo nauwkeurig mogelijk zijn en moeten afkomstig zijn van organisaties die in contact staan met gehandicapten (sociale-verzekeringsfondsen, adviesorganen, arbeidsbureaus, diensten voor maatschappelijk werk, enz.).
- Zie MIG III-2.
- 1.4 De verzamelde gegevens moeten betrekking hebben op de diverse aspecten van de situatie van gehandicapten (demografische gegevens en gegevens over de gezinssituatie, de aard en de oorsprong van de handicap, het gevolgde onderwijs, werk, huisvesting, vormen van gespecialiseerde hulpverlening, aard en hoogte van het inkomen, enz.).
- Zie MIG III-2.
2. *Onderzoek*
- 2.1 Het is van wezenlijk belang het fundamentele en operationele onderzoek op het terrein van stoornissen, beperkingen en handicaps te stimuleren en te bevorderen.
- Zie MIG III-2.
- 2.2 Alle aspecten van de preventie, opsporing en behandeling van stoornissen en beperkingen moeten derhalve het voorwerp vormen van wetenschappelijk onderzoek.
- Zie MIG III-2.
- 2.3 Bovendien moet er een programma voor economisch, technologisch, sociologisch en psychologisch onderzoek worden opgezet of gesteund door de bevoegde autoriteiten, teneinde, enerzijds, vast te stellen wat de beste middelen zijn om de nadelen die gehandicapten ondervinden te beperken of te compenseren en, anderzijds, na te gaan aan welke voorwaarden moet worden voldaan om gehandicapten zo goed mogelijk te integreren in de samenleving. Vanuit deze optiek dient bijzondere aandacht te worden geschonken aan de evaluatie van innovatieve experimenten op het gebied van integratie en in het bijzonder experimenten waarbij nieuwe technologieën worden toegepast.
- Zie MIG III-2.
- 2.4 Dit onderzoek moet deel uitmaken van een samenhangend algemeen beleid dat betrekking heeft op alle aspecten van het leven en de samenleving. Het onderzoek moet in een gemeenschappelijk verband en op gecoördineerde wijze worden verricht en bijdragen tot de uitwisseling van informatie op nationale en internationale schaal.
-

BIJLAGE 3

Slotverklaring Congres «Laat je zien, laat je horen»

Wij, deelnemers van het ZVG congres «Laat je zien, laat je horen» bijeen in Arcen op 21 april 1994,

overwegende,

- dat wij voor het eerst in Nederland samen hebben kunnen praten over ons eigen leven
- dat tot nu toe veelal anderen over ons beslissen
- dat wij ons niet serieus genomen voelen in onze wensen

verklaren hierbij

- wij willen zelf kiezen met wie wij willen wonen, in wat voor huis en met welke begeleiding
- wij willen een echte baan en als normale werknemers behandeld en betaald worden
- het is niet leuk om altijd met dezelfde mensen te wonen, te werken, op vakantie te gaan, te sporten enzovoorts
- iedereen leert van zijn fouten; wij krijgen die kans niet; wij kunnen veel meer en wij willen dus niet langer betutteld worden
- wij willen dat er serieus naar ons geluisterd wordt en dat mensen tegen ons niet doen alsof

en gaan **nooit** meer over tot de orde van de dag.

Arcen, 21 april 1994