

Kleinschalige beschermde woonvoorzieningen en de verdeling van zorglasten

Een onderzoek naar de spreiding van
woonvoorzieningen over
de buurten van Nederland

Juni 2012

Merel Hilbolling

Master Bestuur en Beleid Universiteit Utrecht

Naam: Merel Hilbolling

Studentnummer: 3811700

E-mailadres: m.m.hilbolling@students.uu.nl

Begeleider: Mw. Prof. Dr. M.J. Trappenburg

Tweede lezer: Dhr. S.C. Steenman, Msc

Instelling: Universiteit Utrecht

Master: Bestuur en Beleid, Utrechtse School voor Bestuurs-en
organisatiewetenschap

Datum: 26 juni 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
1 Vermaatschappelijking en de verdeling van zorglasten	7
1.1 Introductie	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Relevantie	10
1.4 Leeswijzer	12
2 De kwetsbare mens door de eeuwen heen	12
2.1 De periode voor de verzorgingsstaat	12
2.2 De verzorgingsstaat	16
2.3 De vermaatschappelijking	21
2.4 Sedimentatie	25
2.5 Hypothese	28
3 Methoden en technieken	30
3.1 De hypothese	30
3.2 Methoden en technieken kwantitatief onderzoek	32
3.3 Methoden en technieken kwalitatief onderzoek	37
3.4 Betrouwbaarheid en validiteit	39
4 Spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen	43
4.1 Buurten van Nederland	43
4.2 Buurten met een kleinschalige woonvoorziening	46
4.3 Gegevens toetsen	51
5 Spreidingsbeleid voor kleinschalige beschermde woonvoorzieningen	54
5.1 Het Rijk	54
5.2 De gemeenten	57
5.3 Zorginstellingen	62
6 Zorg eerlijk verdeeld?	72
6.1 Solidariteitspatroon	72
6.2 Spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen	73
6.3 Het spreidingsbeleid	75
6.4 Antwoord op de hoofdvraag	76
7 Discussie en aanbevelingen	77
7.1 Discussie	77
7.2 Aanbevelingen	78
Lijst van gebruikte literatuur	80
Bijlage – Vragenlijst zorginstellingen	84

Deze scriptie is het eindproduct van een intensief en leerzaam jaar. Vier jaar geleden heb ik gekozen voor de studie Godsdienstwetenschap aan de Rijks universiteit Groningen omdat ik meer inzicht wilde krijgen in de zingeving en drijfveren van mensen en samenlevingen. In deze bachelor is de verwevenheid van religieuze, politieke, economische en sociale processen duidelijk naar voren gekomen. Vanwege mijn interesse in maatschappelijke vraagstukken tijdens deze studie en mijn behoefte aan praktische vaardigheden heb ik de overstap gemaakt naar de master Bestuur en Beleid aan de Universiteit Utrecht. Ik ben blij dat ik dit besluit heb genomen. De aansluiting tussen beide vakgebieden is – tegen de verwachting van velen in – goed. Door de combinatie van Godsdienstwetenschap en Bestuur en beleid heb ik de spanning tussen enerzijds het vloeiende en flexibele van de werkelijkheid die mensen creëren en anderzijds de structuren die vragen om duidelijkheid en belangrijk zijn om te besturen vanuit verschillende perspectieven kunnen doorleven.

Graag wil ik Margo Trappenburg bedanken voor haar begeleiding. Haar opbouwende kritiek heb ik als bijzonder prettig ervaren. De bijeenkomsten met Margo waren constructief maar ook gezellig en enthousiasmerend. Ook wil ik Sebastiaan Steenman bedanken. Aan het begin van de statistische analyse ben ik door hem op het goede spoor gezet en heb ik mijn vragen kunnen bespreken. Verder wil ik de mensen bedanken die dit onderzoek mede mogelijk gemaakt hebben, de medewerkers van de zorginstellingen die ik heb geïnterviewd en die mij informatie hebben verschaft. Ook wil ik Frank ten Voorde en Harry Post bedanken voor de medewerking. Ook al heeft het onderzoek een andere wending genomen, ik heb het contact als stimulerend ervaren en het gesprek heeft mij een goed startpunt gegeven voor het onderzoek. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun.

Merel Hilbolling

Juni 2012

Samenvatting

In dit onderzoek staan de vermaatschappelijking van de zorg en de verdeling van zorglasten centraal. Tot de jaren '70 van de 20^e eeuw was het gebruikelijk om mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek te huisvesten in grootschalige instellingen apart van de samenleving. Met de vermaatschappelijking van de zorg is de visie op huisvesting veranderd. De doelstelling van het vermaatschappelijkingsproces is mensen met een beperking te laten integreren in de samenleving en de participatie van en acceptatie voor deze groep te vergroten. Om deze doelstelling te behalen zijn overal in Nederland kleinschalige beschermde woonvoorzieningen gerealiseerd. Mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek leven niet langer apart van de samenleving, maar worden ook midden in de maatschappij geplaatst.

Met de vermaatschappelijking van de zorg wordt een omslag bij burgers gevraagd van passieve naar actieve solidariteit. Voorheen betaalden burgers voor de zorg van kwetsbare groepen, in de vorm van premies en belastingen. Dit systeem bestaat nog steeds, maar daarnaast wordt ook van burgers verlangd dat zij zelf zorg in natura verlenen. De woonvoorzieningen voor kwetsbare groepen worden in wijken midden in de samenleving geplaatst met de verwachting dat buurtbewoners de kwetsbare medebewoners laten integreren en zullen ondersteunen. Deze actieve solidariteit kan denivellerend werken omdat de verdeling van zorglasten wordt bepaald door de locaties van de kleinschalige beschermde woonvoorzieningen. Er is bij actieve solidariteit geen sprake van een duidelijk verdelingsmechanisme zoals in het premie- en belastingstelsel.

In dit onderzoek is de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen in kaart gebracht teneinde inzicht te verkrijgen in de verdeling van zorglasten. De veronderstelling was dat er meer kleinschalige woonvoorzieningen in buurten met een lagere sociaaleconomische status worden gerealiseerd omdat cliënten vaak niet veel geld hebben, de overheid zuinig moet omspringen met publieke middelen en het integratieperspectief beter is in deze buurten.

Onderzoek onder 590 locaties wijst uit dat kleinschalige beschermde woonvoorzieningen gelijkmatig zijn verspreid over de verschillende types buurten in Nederland. De sociaaleconomische status van de buurten met een woonvoorziening ligt een beetje lager dan landelijk gemiddeld. Ondanks de gelijkmatige spreiding van woonvoorzieningen is de conclusie van dit onderzoek dat de actieve solidariteit die wordt geïnitieerd met de

vermaatschappelijk denivellerend werkt. In het verleden is de oproep tot solidariteit gericht geweest tot de welgestelde burgers en de rijke mensen, het credo was: de sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen. De kleinschalige woonvoorzieningen die een belasting voor de buurt met zich meebrengen worden niet bij voorkeur in de elitebuurten en villawijken geplaatst. Met andere woorden de zwaarste lasten worden niet bij de sterkste schouders gelegd.

Een opmerkelijke observatie in het onderzoek is dat de Nederlandse buurten in sterke mate gevarieerd van samenstelling zijn. Een aanbeveling is om verder onderzoek naar de verdeling van zorglasten te doen op microniveau (straatniveau en/of individueel niveau).

De spreiding van woonvoorzieningen wordt door de overheid minimaal gereguleerd. Zorginstellingen houden wel rekening met de spreiding. Het financiële aspect is leidend bij de locatiekeuze. Daarnaast spelen de behoeftes van cliënten een belangrijke rol. Dit kan tot overbelasting leiden in gebieden waar de vraag van cliënten hoog is. De beleidsaanbeveling in deze scriptie is dan ook gericht aan gemeenten. Omdat kleinschalige woonvoorzieningen een belasting voor de buurt met zich meebrengen, moeten deze goed worden verspreid over de woonwijken. Door actief beleid te maken op kleinschalige beschermde woonvoorzieningen (in bijvoorbeeld het beleidsplan WMO of de structuurvisie) kan de spreiding worden gecontroleerd en overbelasting in buurten worden voorkomen.

1 Vermaatschappelijking en de verdeling van zorglasten

'Kopers van luxe villa's in het nieuwbouwproject Hof Kollenberg in Sittard voeren actie tegen de komst van 24 verstandelijk gehandicapten in hun wijk.....' (De Graag, 14 april 2005).

'Stichting Arduin mag van de Raad van State toch zes verstandelijk gehandicapte jongeren huisvesten in een villa in de luxe wijk het Goese Meer in Goes. Omwonenden zijn tegen de komst van de verstandelijk gehandicapte bewoners in hun buurt' (Rijsbergen, 25 november 2009).

Bovenstaande fragmenten komen uit twee artikelen van dagbladen waarin verteld wordt over de moeizame start van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen in gewone woonwijken. Uit de fragmenten blijkt dat buurtbewoners niet altijd even gelukkig zijn met de komst van mensen met een hulpvraag in de wijk. In beide artikelen wordt verteld over de bouw van een woonvoorziening voor mensen met een verstandelijke beperking in een villawijk. Buren van de toekomstige woonvoorziening in de villawijken komen in opstand omdat ze bang zijn voor overlast van de cliënten en waardevermindering van omliggende woningen. In deze voorbeelden gaat het (toevallig) om woonvoorzieningen die in villawijken worden geplaatst, maar ook in andere buurten worden hulpbehoevende mensen gehuisvest. Ook in andere buurten zijn er omwonenden die niet blij zijn met de komst van een woonvoorziening in de buurt.

In deze scriptie staan de kleinschalige beschermde woonvoorzieningen en de buurten waarin deze voorzieningen worden gerealiseerd centraal. Wat zijn de gevolgen van de opkomst van kleinschalige woonvoorzieningen in woonwijken voor de verdeling van zorglasten in Nederland? Deze vraag is tot op heden nog niet onderzocht.

In dit eerste hoofdstuk wordt het onderwerp van de scriptie geïntroduceerd (1.1). Vervolgens wordt de probleemstelling geformuleerd (1.2) en wordt de relevantie van het onderzoek toegelicht (1.3) Tot slot volgt een leeswijzer (1.4).

1.1 Introductie

De opkomst van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen in gewone woonwijken wordt veroorzaakt door een verandering in het denken over goede zorg die *vermaatschappelijking* wordt genoemd. Vermaatschappelijking is in de jaren '80 van de

vorige eeuw opgekomen in Nederland. De gedachte die ten grondslag ligt aan het vermaatschappelijkingsproces is dat burgers zoveel mogelijk moeten participeren, actief zijn en onafhankelijk leven (Linders & Meijer, 2005: 10). Veranderingen in het zorgbeleid hebben de afgelopen decennia in het teken gestaan van vermaatschappelijking.

Het is vanaf de 16^e eeuw tot de tweede helft de 20^e eeuw gebruikelijk geweest om mensen met een verstandelijk beperking en/of psychiatrische problematiek te huisvesten op instellingsterreinen apart van de samenleving. Rust, regelmaat en ritme zouden heilzaam zijn voor de patiënten (De Heer-Wundering et al., 2007; Lange-Frunt & Wajon, 2007: 9). De visie op huisvesting van kwetsbare groepen werd echter grondig herzien vanaf de jaren '70. Om mensen te activeren, te laten participeren en zo zelfstandig mogelijk te maken zijn de beleidswijzigingen er nu juist op gericht dat cliënten moeten integreren in de samenleving. Ze worden niet langer onttrokken aan de maatschappij maar worden midden in gewone woonwijken gehuisvest. Sinds eind vorige eeuw ontstaan er overal in Nederlandse buurten en dorpen kleinschalige beschermde woonvoorzieningen voor psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking (Verplanke & Duyvendak, 2010: 17, 24-25).

1.2 Probleemstelling

De gevolgen van het vermaatschappelijkingsproces zijn ondertussen vanuit verschillende invalshoeken onderzocht. Naar de gevolgen die de komst van kwetsbare groepen heeft voor de samenleving is tot op heden echter weinig onderzoek gedaan. Er is een leemte in de kennis over de gevolgen van vermaatschappelijking voor de samenleving.

Met de vermaatschappelijking van de zorg wordt er volgens Margo Trappenburg (2009) een omslag bij burgers gevraagd van passieve naar actieve solidariteit. Voorheen betaalden burgers voor de zorg van kwetsbare groepen, in de vorm van premies en belastingen. Dit premie- en belastingsysteem bestaat nog steeds, maar daarnaast wordt ook van burgers verlangd dat zij zelf zorg in natura verlenen (p. 11, 17). De woonvoorzieningen voor kwetsbare groepen worden in wijken midden in de samenleving geplaatst met de verwachting dat buurtbewoners de kwetsbare medebewoners laten integreren en zullen ondersteunen.

Aan het streven naar vermaatschappelijking ligt de vooronderstelling ten grondslag dat informele zorg, sociale steun en acceptatie van kwetsbare mensen in de buurt aanwezig is op lokaal niveau (Linders & Meijer, 2005: 9). Vermaatschappelijking van de zorg heeft daarmee gevolgen voor de verdeling van de zorglasten in de samenleving. Het overheidsbeleid gaat ervan uit dat kwetsbare groepen opgenomen worden in de

buurtgemeenschap. Kwetsbare groepen laten integreren betekent voor buurtbewoners dat ze een gedeelte van de zorglasten op zich nemen. Er wordt een beroep gedaan op de sociale draagkracht van de wijken (Linders & Meijer, 2005: 6).

Het premie- en belastingstelsel is een zeer geavanceerd herverdelingssysteem, de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten in de vorm van hogere premies en meer belasting (Trappenburg, 2009: 6). Bij de zorg in natura, die wordt gevraagd in het kader van de vermaatschappelijking, is niet duidelijk of er rekening wordt gehouden met ieders draagkracht. Op twee niveaus kunnen vragen worden gesteld over veranderingen in de verdeling van zorglasten door vermaatschappelijking.

Ten eerste kan de focus liggen op de vraag hoe de verdeling van zorgtaken tussen individuele burgers plaatsvindt. De verwachting is dat actieve burgers, die zich betrokken en verantwoordelijk voelen, zorgtaken sneller op zich nemen. Mensen die ongemotiveerd zijn, ongevoelig of zelfs bot zijn, zullen minder snel de helpende hand bieden aan verstandelijk beperkten of mensen met psychische problemen in de buurt. Natuurlijk moet de zorg voor kwetsbare medeburgers ook van een zekere kwaliteit zijn. Sociale steun en informele zorg veronderstellen een betrokkenheid van buurtbewoners bij de kwetsbare groepen. Een gevolg kan zijn dat asociaal gedrag wordt beloond, dat gebrek aan betrokkenheid en motivatie lonend werken. Als mensen uit zichzelf niet de opvang van kwetsbare mensen op zich nemen, worden ze impliciet vrijgesteld van deze zorgtaken. Er ontstaat dus een oneerlijke verdeling van zorglasten tussen individuele burgers (Trappenburg, 2009: 20-22). Ook kan gekeken worden naar de verdeling van zorglasten tussen mannen en vrouwen. Historisch gezien verrichtten vrouwen percentueel meer onbetaalde zorgarbeid dan mannen (Commissie Toekomstscenario's Herverdeling Onbetaalde Arbeid (CTHOA), 1995). De informele steun die wordt gevraagd in de buurt, zal naar verwachting meer op de schouders van vrouwen neerkomen dan op de schouders van mannen. Deze vragen zullen echter niet aan de orde komen in mijn onderzoek.

Ten tweede kan de focus liggen op het niveau van woonwijken. In wat voor type woonwijken worden de kleinschalige beschermde woonvoorzieningen gerealiseerd? Tot op heden is nog niet geïventariseerd in welke buurten de woonvoorzieningen voor psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking worden gerealiseerd. Inzicht in de spreiding van de verwachte zorg in natura door buurtbewoners, en daarmee de verdeling van zorglasten op groepsniveau, ontbreekt. Hier zal ik mij in dit onderzoek op richten.

De doelstelling van dit onderzoek is de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen over woonwijken in kaart te brengen. Dit teneinde inzicht te krijgen in de verdeling van zorglasten in Nederland. Dit onderwerp is nog niet eerder onderzocht, de doelstelling is dan ook exploratief en het onderzoek verkennend van aard (Van Thiel, 2007: 23-24). Deze doelstelling is geoperationaliseerd in de hoofdvraag:

Hoe ziet de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen over buurten eruit in Nederland?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn drie deelvragen geformuleerd. Deelvraag 1 gaat in op de context van het onderzoek, terwijl deelvragen 2 en 3 het onderzoek zelf betreffen.

1. Wat voor vormen van solidariteit heeft Nederland door de jaren heen gekend?
2. Bestaat er een verband tussen de sociaaleconomische status van een buurt en de realisatie van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen?
3. Hoe ziet het spreidingsbeleid voor kleinschalige beschermde woonvoorzieningen eruit?

1.3 Relevantie

De relevantie van dit onderzoek valt uiteen in enerzijds het maatschappelijk belang en anderzijds de wetenschappelijke relevantie.

1.3.1 Maatschappelijk belang

De vermaatschappelijking van de zorg heeft gevolgen voor de samenleving die tot op heden nog onderbelicht zijn. De resultaten van dit onderzoek zijn voor instellingen die beschermde woonvoorzieningen aanbieden, maar met name voor de politiek van belang. De beleidswijzigingen in de zorgsector zijn primair gericht op de kwetsbare doelgroep; vanzelfsprekend is zorg de focus in het beleid. Maar de gevolgen die beleidswijzigingen hebben op andere groepen in de samenleving moeten bij bestuurders ook onder de aandacht komen. Een eerlijke verdeling van lasten is in de Nederlandse verzorgingsstaat een speerpunt. Mogelijke veranderingen in deze verdeling zijn dan ook relevant om te onderzoeken.

1.3.2 Wetenschappelijke relevantie

Er is een leemte in de kennis over de gevolgen van vermaatschappelijking van de zorg. Er is wel onderzoek verricht naar de gevolgen van de vermaatschappelijking vanuit het cliënten perspectief. Zo hebben Verplanke en Duyvendak (2010) onderzoek gedaan naar de ervaringen van vermaatschappelijkte patiënten. Ook is aandacht besteed aan het functioneren van zorginstellingen die de vermaatschappelijkte patiënten huisvesten en begeleiden in woonwijken (De Heer-Wundering, Caro-Nienhuis, Sytema & Wiersma, 2007). Er zijn al onderzoeken uitgevoerd naar de herverdelingseffecten van de verzorgingsstaat en gevolgen van de herziening van de sociale zekerheidsarrangementen (Trommel & Van der Veen, 1999; Engelen, Hemerijck & Trommel, 2007).

Over de gevolgen van vermaatschappelijking voor de ontvangende samenleving is echter weinig bekend. Inzicht in de spreiding van zorglasten in Nederland na de vermaatschappelijkingsgolf ontbreekt. Zoals hierboven is vastgesteld zijn de beleidswijzigingen primair gericht op de zorg. Mogelijke bijeffecten mogen niet buiten beschouwing worden gelaten. Dit onderzoek voegt, door de focus op de samenleving, iets toe aan het bestaande onderzoek. De resultaten van dit onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan de bestuurs- en beleidswetenschap omdat het inzicht verschaft in de gevolgen van een beleidswijziging.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 (De kwetsbare mens door de eeuwen heen) wordt de context van het onderzoek beschreven. De eerste deelvraag vormt het uitgangspunt van dit hoofdstuk. Er wordt ingegaan op de historische ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek. Het hoofdstuk eindigt met de formulering van de hypothese die in dit onderzoek centraal staat. In hoofdstuk 3 (Methoden en technieken) wordt uitgelegd hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden. De methoden en technieken worden besproken, daarna wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van de gebruikte methoden. In hoofdstuk 4 (Spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen) en hoofdstuk 5 (Spreidingsbeleid voor kleinschalige beschermde woonvoorzieningen) worden de resultaten van het onderzoek besproken. Er wordt een aanzet gegeven tot de beantwoording van deelvragen 2 en 3. Tot slot volgt in hoofdstuk 6 (Zorg eerlijk verdeeld?) de conclusie en in hoofdstuk 7 de discussie en de aanbevelingen.

2 De kwetsbare mens door de eeuwen heen

In het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden dat verdeling van zorglasten in Nederland centraal staat in het onderzoek. De vraag of de omslag van passieve solidariteit naar actieve solidariteit gevolgen heeft voor de verdeling van zorglasten in Nederland wordt in deze scriptie onderzocht. Om de resultaten van het onderzoek in een breder kader te plaatsen wordt in dit hoofdstuk een beknopt historisch overzicht gegeven. In de bespreking is aandacht voor de plaats van kwetsbare mensen in de maatschappij, de visie op kwetsbare mensen, de rol van de staat, de vormen van solidariteit die in de samenleving bestaan en aan welke groepen solidariteit gevraagd wordt.

Het historisch overzicht is opgedeeld in drie tijdsvakken. Eerst komt de periode vóór de verzorgingsstaat aan de orde (2.1), vervolgens wordt de verzorgingsstaat besproken (2.2) en tot slot komt de periode van de vermaatschappelijking aan de orde (2.3). Daarna volgt een samenvatting (2.4) en wordt de hypothese geformuleerd die in dit onderzoek centraal staat (2.5).

2.1 De periode voor de verzorgingsstaat

Het eerste tijdvak dat wordt besproken beslaat een grote periode en wordt daarom zeer algemeen beschreven. Het tijdvak loopt van de middeleeuwen tot de opkomst van de verzorgingsstaat en is opgedeeld in twee periodes: de middeleeuwen en de 16^e tot 19^e eeuw.

2.1.1 de middeleeuwen

De geschiedenis van de zorg voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten gaat ver terug. Door de eeuwen heen zijn er altijd groepen mensen als 'zot' of 'idiot' beschouwd. De zorg voor de groep zotten en idioten was echter niet vanzelfsprekend (Beltman, 2001: 36, 38). Deze bespreking begint in de middeleeuwen omdat dat de periode is waarin een eerste duidelijke vorm van barmhartigheid opkwam in Nederland en opvangplekken voor kwetsbare mensen ontstonden.

Plaats van kwetsbare mensen in de maatschappij

De samenleving is eeuwenlang eenvoudig geweest. De arbeid was simpel en de structuren van de maatschappij waren niet complex. Tot in de 18^e eeuw is er een grote groep mensen zonder vaste verblijfplaats die in armoede leeft, zij worden de 'mislukten' genoemd. Verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten maken onderdeel uit van deze

groep en worden niet onderscheiden van andere 'mislukten' die leven aan de rand van de samenleving (Beltman, 2001: 37). Doordat de samenleving eenvoudig is en de arbeid simpel vallen de zotten en idioten niet op als aparte categorie.

Er bestaat geen centraal zorgsysteem voor de groep kwetsbare mensen in deze periode en er zijn geen speciale voorzieningen voor de zotten en krankzinnigen. Mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek maken gewoon deel uit van het dagelijks bestaan, ze leven in de openbare ruimte en worden niet weggehouden uit de maatschappij (de Freitas, 2012: 15). Het christendom brengt in de middeleeuwen barmhartigheid voor de groep mislukten. De christelijke waarden leiden tot uitingen van solidariteit met kwetsbare mensen. Hier en daar verschijnen opvanghuizen voor hulpbehoevenden. Hendrik Beltman (2001) schrijft in zijn proefschrift over de gehandicaptenzorg dat het christelijk geloof inspireert tot vormen van zorgverlening aan maatschappelijk misdeelden (p. 38). Geestelijken en gewone burgers verzorgen hier en daar armen door maaltijden uit te delen of opvangplekken in te richten.

Visie en solidariteit

Er is in deze periode geen sprake van een algemeen gedeelde solidariteit. Maar afzonderlijke individuen voelen zich wel geraakt door de Bijbelse teksten en christelijke waarden. Teksten over het hiernamaals en hoe daar te komen inspireren geestelijken en welwillende individuen tot het oprichten van opvanghuizen voor hulpbehoevenden. Het zorgdragen voor zotten en idioten wordt gezien als een opdracht van God, een manier om zielenheil te bevorderen en een plekje in de hemel te verdienen (Beltman, 2001: 38).

In de Bijbel wordt meerdere malen opgeroepen tot naastenliefde. Een belangrijke oproep wordt gedaan met het gebod in Leviticus (19:18): "Heb je naaste lief als jezelf"¹. Dit gebod wordt verder uitgewerkt in de parabel over de Barmhartige Samaritaan. Een andere oproep om zorg te dragen voor de hulpbehoevenden wordt in het evangelie van Mattheüs gedaan als de Heer zegt (25:40): "Ik verzeker jullie: alles wat jullie gedaan hebben voor een van de onaanzienlijksten van mijn broeders of zusters, dat hebben jullie voor mij gedaan". Het mensbeeld dat in de Bijbel wordt geschetst verandert de visie op de onaangepaste mensen ten positieve, het idee dat ook de krankzinnigen liefde verdienen geeft een impuls aan de zorg voor zotten en idioten. Eenheid is een belangrijke waarde in het christelijk geloof; ieder mens is een kind van God. Solidariteit onder de gelovigen wordt gestimuleerd door dit gevoel van eenheid, want ondanks de wereldse scheidingen tussen groepen in de

¹ De Bijbelteksten zijn ontleend aan *De Nieuwe Bijbelvertaling*, Nederlands Bijbelgenootschap 2004.

samenleving zijn alle mensen één in het geloof. Ook de onaangepasten, de mislukten, de zotten en idioten zijn kinderen van God. Dus als mensen solidair zijn met de onaanzienlijkste in de samenleving, zijn ze solidair met God.

In de Bijbel is sprake van een zekere voorkeur voor de armen in de samenleving. De oproep tot solidariteit wordt met name gericht tot de rijke welgestelde burgers. Armoede is een conditie die nodig is om deel te nemen aan het eeuwige leven.

De invloed van de christelijke waarden moet echter wel in zijn context worden geplaatst. Het gros van de bevolking voelt de gevoelens van barmhartigheid en naastenliefde niet. De zorg voor kwetsbare mensen is minimaal in de middeleeuwen. Naast de mooie idealen en waarden van het christendom staat de waan van de dag en de hardheid van het dagelijkse leven. In de levens van de meeste burgers is geen ruimte voor het zorgdragen voor 'mislukte' en onaangepaste burgers (Beltman, 2001: 38; de Freitas, 2012: 9). Daar komt bij dat gekken ook worden gezien als bezeten door de duivel, of zelfs als kinderen van de duivel (Beltman, 2001: 38). Het christendom leidt enerzijds tot een eerste vorm van barmhartigheid. Anderzijds leidt de godsdienst ook tot het idee dat zotten en idioten duivelskinderen zijn. Er is geen eenduidige lijn te ontdekken in de visie op onaangepasten die wordt opgeroepen door het christendom (Beltman, 2001: 38).

2.1.2 De 16^e tot de 19^e eeuw

In de 16^e en 17^e eeuw vinden er grote ontwikkelingen plaats die het leven van zotten en armen sterk veranderen. Ten eerste vervalt het feodale stelsel van rangen en standen uit de middeleeuwen en komt de arbeidersklasse langzaam op. Ten tweede ontstaat het calvinisme, een stroming van het protestantse christendom. Het idee dat de samenleving de uitkomst is van een ondoorgrondelijk goddelijk plan begint te vervagen. De nadruk komt te liggen op individuele verantwoordelijkheid, arbeidsethos en het actief verbeteren van je eigen lot. Ten derde komt er economische voorspoed, de eerste vorm van kapitalisme doet zijn intrede en nieuwe productiewijzen worden ontwikkeld. Ten vierde vinden in de wetenschap grote veranderingen plaats, de mens wordt meer en meer gezien als rationeel wezen dat de natuur kan beheersen. En ten vijfde wordt de Nederlandse staat sterker, het regime krijgt meer centrale macht (Beltman, 2001: 38). In de 18^e en 19^e eeuw dringt het verlichtingsdenken door in de samenleving, een ontwikkeling met wederom grote gevolgen voor de zotten en idioten.

Plaats van kwetsbare mensen in de maatschappij

De veranderingen in de 16^e en 17^e eeuw maken dat de samenleving complexer wordt en de gedragsnormen verfijnder. Gevolg hiervan is dat de randgroepen - de armen en zotten - gaan opvallen. Door de nadruk op arbeidsproductiviteit ontstaat het beeld dat de mislukten een verstoring zijn voor de maatschappelijke orde. De staat is sterker, heeft officieel gezag en neemt haar verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke orde. Ze gaat actief beleid voeren op randgroepen (Beltman, 2001: 38). De armenzorg die voorheen een verantwoordelijkheid van de kerk was, wordt vanaf de 16^e eeuw gedeeltelijk overgenomen door de staat. Er worden tucht- en werkhuisen voor krankzinnigen opgericht door de staat (Beltman, 2001: 38-39). Vanaf deze periode maken onaangepaste burgers voor het eerst niet meer vanzelfsprekend deel uit van het dagelijks leven, maar worden ze verwijderd uit de maatschappij (de Freitas, 2012: 9).

De ontwikkelingen in de wetenschap in de 18^e en 19^e eeuw maken het mogelijk dat de groep 'idioten' wordt onderscheiden van de grote groep onaangepasten (Beltman, 2001: 39). Het gevolg is dat de idioten worden geïsoleerd van de andere armen. Naast de tucht- en werkhuisen komen in Nederland gestichten en opvoedingsoorden op. Onaangepasten worden in oorden apart van de samenleving opgevangen om behandeld te worden. De eerste wetgeving voor krankzinnigen stamt uit deze tijd; in 1841 wordt de krankzinnigenwet ingevoerd, deze wet regelt dat er een zekere mate van toezicht wordt gehouden op de krankzinnigeninstellingen (Beltman, 2001: 46).

Visie en solidariteit

De visie op krankzinnigen verandert door de ontwikkelingen op sociaal, religieus, economisch, politiek en wetenschappelijk vlak. De overheid gaat zich actief met de mislukten in de samenleving bezig houden en in de visie staat het belang van de maatschappij centraal. Het idee van een juiste maatschappij waar mensen welopgevoed zijn vormt het uitgangspunt voor de gecentraliseerde armenzorg. Waanzin van mensen moet op afgesloten terreinen onder controle van de rede worden gebracht (Beltman, 2001: 38). Krankzinnigheid wordt zeer ruim gedefinieerd, iedereen die niet voldoet aan de maatschappelijke normen kan op deze manier worden opgenomen in een tucht- of werkhuis (Beltman, 2001: 39).

Het verlichtingsdenken in de 18^e en 19^e eeuw brengt het idee dat de mens zich onderscheidt van dieren door het bezit van de rede (logos). De *logos* wordt het kenmerk waaraan een mens te herkennen is. En juist deze *logos* lijken idioten niet te bezitten. Gekken worden gezien als de onredelijkheid zelf en zijn daarmee immoreel. In het midden van de

18^e eeuw wordt krankzinnigheid reeds voorzichtig in medische termen geduid (de Freitas, 2012: 10). De Freitas (2012) schrijft in haar dissertatie dat de beperkten voor paniek en angst zorgen onder de bevolking en dat krankzinnigheid als enge ziekte wordt gezien: 'That disease, people believed, originated from the 'corruption of morals' and the 'decomposition of the flesh' of those confined' (p. 10). Krankzinnigen worden gezien als ziek en immoreel, hiermee wordt in deze periode een eerste aanzet gegeven tot het medische model, een model binnen de zorg dat leidend is geweest tot de jaren '70 van de 20^e eeuw.

Het debat dat wij nu aanduiden als *nature-nurture* kent zijn oorsprong in de 18^e en 19^e eeuw en brengt veranderingen teweeg in de visie op armen en gekken. De twee uiterste posities in dit debat worden gevormd door enerzijds de *tabula-rasa* gedachte en anderzijds het idee van natuurlijke selectie. De stroming die zich baseert op het gedachtegoed van Aquino en Locke verkondigt dat de mens in beginsel is als een onbeschreven blad (*tabula-rasa*), en geheel wordt gevormd door de maatschappij. Daarom kan ieder mens in de juiste omstandigheden worden opgevoed tot wel-aangepaste burger. Deze gedachte leidt tot een groot vertrouwen in de opvoeding en maakbaarheid van de mens en overal in Europa ontstaan gestichten en opvoedingsoorden (Beltman, 2001: 39-42).

De opvoedingsresultaten van de gestichten blijken na een aantal decennia echter tegen te vallen. De positieve stroming wordt ingeruild voor pessimisme. De stroming van de natuurlijke selectie, die zich baseert op de ideeën van Charles Darwin, wint aanhang en leidt tot angst voor de randgroeperingen in de samenleving. Darwin stelt dat de menselijke soort evenals andere diersoorten een natuurlijke selectie kent. De zwakkelingen zijn een gevaar voor de vooruitgang van onze soort. In deze visie is veel minder hoop op verbetering van de situatie van de zwakkelingen (Beltman, 2001: 40-42).

Tabel 1 vat de belangrijkste veranderingen in deze periode samen.

Tabel 1: Ontwikkelingen in de periode voor de verzorgingsstaat

	middeleeuwen	16^e – 19e eeuw
Plaats van onaangepasten in de maatschappij	- in het openbare leven	- (gedeeltelijk) uit het openbare leven
Visie op onaangepasten	- geïnspireerd door religieuze waarden	- maatschappelijk belang - verlichtingsdenken - wetenschap/medisch model
Rol van de staat	- afwezig	- opkomend
Solidariteit	- actief, vrijwillig en individueel	- passief, door de staat opgelegd - actief, vrijwillig en individueel
Van wie wordt solidariteit gevraagd	- welgestelden	- welgestelden

2.2 De verzorgingsstaat

In de 19^e en 20^e eeuw zijn in westerse landen overal stelsels van sociale bescherming opgekomen: verzorgingsstaten. Trommel en Van der Veen definiëren de verzorgingsstaat als: 'het geheel aan arrangementen ter dekking van sociale risico's' (Trommel & Van der Veen, 1999: 13). Peter Achterberg, Romke van der Veen en Judith Raven (2010) stellen dat de verzorgingsstaat arrangementen omvat voor de gezondheidszorg, inkomensbescherming, het onderwijs en huisvesting. De verzorgingsstaat is daarmee breder dan enkel het dekken van sociale risico's en dient volgens hen drie functies. Ten eerste is er de *sociale beschermingsfunctie*: de verzorgingsstaatarrangementen bieden burgers basale sociale zekerheid. Ten tweede heeft de verzorgingsstaat ook een *gelijke kansenfunctie*: gelijkmatige verdeling van levenskansen is een belangrijk effect van de arrangementen. Denk bijvoorbeeld het onderwijsstelsel, maar ook gezondheidszorg en sociale zekerheidsarrangementen hebben een herverdelend effect op levenskansen van burgers. Ten derde heeft de verzorgingsstaat een *integratieve functie*: de arrangementen maken het mogelijk dat burgers sociaal geïntegreerd functioneren in de samenleving.

2.2.1 Vanaf 1850 tot 1940

Aan de basis van het ontstaan van verzorgingsstaten in westerse landen ligt de problematiek die is ontstaan in de industriële samenleving (Trommel & Van der Veen, 1999: 7). Burgers trekken vanaf omstreeks 1850 naar de opkomende steden om te werken in fabrieken tegen geldloon. De arbeidende klasse die in de 16^e en 17^e eeuw haar intrede heeft gedaan groeit nu explosief. De armoede van fabrieksarbeiders wordt een zichtbaar en prangend vraagstuk (Achterberg, Van der Veen & Raven, 2010; De Swaan, 1993: 160, 166-167).

In de beginperiode van de industriële samenleving wordt armoede gezien als een voorbijgaand probleem en vindt het ideaal van de nachtwakerstaat nog veel aanhang (De Swaan, 1993: 160 - 166). Maar met de jaren groeit het sociale bewustzijn, armoede wordt erkend als sociaal probleem dat niet vanzelf voorbij gaat en de weerzin tegen staatsinterventie slinkt (De Swaan: 166-174). Langzamerhand komt een gevoel van nationale identiteit en collectieve lotsverbondenheid tot stand. De omslag in het denken over armoede maakt de weg vrij voor staatsingrijpen. De angst voor maatschappelijke onrust is een drijfveer voor de overheid om de zorg voor de zwakke groepen in de samenleving uit te breiden en sociale zekerheid in te voeren. In de beginjaren van de 20^e eeuw worden meerdere wetten ingevoerd die de belangrijkste risico's van het arbeidersbestaan dekken. Voor de kwetsbare groepen die centraal staan in dit onderzoek zijn de Ongevallenwet (1901) en het Invaliditeitspensioen (1919) belangrijk (De Swaan: 183-191, 215-216).

Plaats van kwetsbare mensen in de maatschappij

Aan het begin van de 20^e eeuw is de gezondheidszorg in Nederland ontwikkeld als apart deelsysteem waar mensen worden opgevangen uit angst dat zij de maatschappelijke orde zouden verstoren. Het aantal patiënten neemt in de eerste helft van de 20^e eeuw gestaag toe, de gestichten groeien en verplaatsen naar het platteland ver weg van de beschaving. Instellingen ontwikkelen zich tot gesloten maatschappijen waarin het leven van de cliënten plaatsvindt. Orde, regelmaat en gezag staan centraal in de gestichten (Beltman, 2001: 43). Er worden aparte opvangplekken ontwikkeld voor verschillende doelgroepen. Er komen bijvoorbeeld tehuizen voor zwakzinnigen met specifieke behandelmethoden voor deze groep (Beltman, 2001: 42).

Visie en solidariteit

Het sociale bewustzijn dat in de 20^e eeuw groeit brengt een vorm van mededogen in de visie op hulpbehoevenden. Mensen beseffen dat men in bepaalde mate verantwoordelijk is voor elkaar. De ongevallenwet en het invaliditeitspensioen maken zichtbaar dat mensen zich met elkaar verbonden voelen en zorg voor elkaar willen dragen. Maar met name de Leerplichtwet uit 1901 en de Kinderwetten uit 1905 hebben invloed op de visie op zotten en krankzinnigen (Beltman, 2001: 45-46). Door de nadruk op intelligentie in deze wetten wordt het beter mogelijk om mensen als 'debiel' te classificeren en kan men binnen de amorfe groep hulpbehoevenden categorieën onderscheiden (Beltman, 2001: 19, 46-37).

Het medische model dat in de 18^e eeuw is ontstaan is nog steeds heersend. Het afwijkende gedrag van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problemen staat centraal. Krankzinnigheid wordt gedefinieerd als een hersenziekte. De oplossing voor krankzinnigheid wordt gezocht in medicijnen, disciplineren en isolatie of andere sancties (Beltman, 2001: 43, 128; Mankor, 2011: 14).

2.2.2 Vanaf 1940 tot 1977

Na de Tweede Wereldoorlog ontstaat het gevoel van nationale solidariteit pas echt. De economische crisis in de jaren dertig en de ervaring van de bezetting van Nederland tussen 1940 en 1945 hebben tot gevolg dat er ruimte komt voor gevoelens van saamhorigheid, eendracht en lotsverbondenheid. Mensen accepteren het idee dat burgers binnen de landsgrenzen in bepaalde mate verantwoordelijk zijn voor elkaar, en deze verantwoordelijkheid moet door de staat worden verwezenlijkt (Trommel & Van der Veen, 1999). In de periode tussen 1945 en 1977 worden de verzorgingsstaatarrangementen uitgebreid en krijgt de staat meer macht en invloed in de samenleving. Trommel en Van der

Veen (1999) spreken over de 'naoorlogse consensus over de publieke en collectieve arrangementen' (P. 13). Nut en noodzaak van de verzorgingsstaatarrangementen worden erkend en er is groot draagvlak voor sociale zekerheid in Nederland. De acceptatie van staatsinterventie die is gegroeid in de periode tussen 1850 en 1940 maakt het in deze periode mogelijk dat de verantwoordelijkheid voor de bestaanszekerheid grotendeels wordt overgedragen aan de centrale overheid (Trommel & Van der Veen, 1999: 13).

Het premie en belastingsysteem wordt uitgebreid om de sociale zekerheidsarrangementen te kunnen betalen. In Nederland is met de premies en belastingen een geavanceerd herverdelingsmechanisme ontstaan. Het premie- en belastingstelsel wordt *progressief* genoemd omdat niet iedereen evenveel belasting hoeft te betalen. Een huishouden moet relatief gezien meer afdragen als het inkomen hoger is (Wildeboer Schut, Vrooman & De Beer, 2000: 52-54). Het motto is: de sterkste schouders kunnen de zwaarste lasten dragen.

Plaats van kwetsbare mensen in de maatschappij

Burgers in Nederland betalen belasting en premies aan de staat zodat zij niet actief vorm hoeven te geven aan de zorg voor kwetsbare medeburgers (Trappenburg, 2009: 5-7) de zorg voor mensen met problemen wordt als een overheidstaak gezien. De politiek wil goede instituties en voorzieningen creëren om de kwaliteit van de zorg te waarborgen (Linders & Meijer, 2005: 8). Het aantal grootschalige instellingen groeit dan ook flink in de periode tot 1977 (Beltman, 2001: 53).

Dankzij de voorspoedige economische ontwikkelingen wordt in 1967 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd, ook wel de 'tehuizenwet' genoemd (Verplanke & Duyvendak 2010: 18). De invoering van deze wet geeft nog een extra impuls aan de toename van het aantal grootschalige instellingen. De AWBZ voorziet in de kosten van medische behandelingen die 'zo duur waren dat ze onverzekerbaar werden geacht' (Trommel & Van der Veen, 1999: 188). De wet regelt onder andere de financiering van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten. Tot ver in de jaren '70 blijft het aantal instellingsplaatsen explosief groeien. Mensen die zorg nodig hebben worden uit de maatschappij gehaald en verzorgd door professionals die zijn opgeleid voor het werk. De instellingen worden nog steeds vormgegeven als gesloten maatschappijen (Beltman, 2001: 54; Linders 2005: 8). Lilian Linders en Angeliek Meijer (2005) duiden het zorgsysteem dat na 1950 ontstaat aan als een 'expertsysteem': een geprofessionaliseerd zorgsysteem. Vrijwilligers en geestelijken zijn in dit zorgsysteem vervangen door

deskundigen. De hulpverlener vervult in een expertsysteem de rol van autoriteit en de hulpvrager zit in een afhankelijke positie (p. 8).

Visie en solidariteit

Het medische model is in de periode tot de jaren '70 nog steeds leidend. Mensen met een beperking en/of psychiatrische problemen worden gezien als 'ziek'. De hulpverlener stelt de diagnose en bepaalt de behandeling, er is een groot vertrouwen in de werking van medicijnen, separatie en andere sancties (Linders & Meijer, 2005: 8; Beltman, 2001: 47-54).

Twee belangrijke beginselen van de verzorgingsstaatarrangementen zijn 'solidariteit' en 'wederkerigheid'. De grondslag van de uitbouw van de verzorgingsstaat is een besef dat sociale rechtvaardigheid belangrijk is en bereikt kan worden door regulering van het inkomen door de staat (Schuyt, 1991: 3-4).

Zonder gevoelens van solidariteit is het niet mogelijk sociale zekerheid te realiseren, solidariteit is een essentieel kenmerk van de verzorgingsstaat. De solidariteit van de verzorgingsstaat is passief: burgers voelen zich betrokken en solidair met elkaar en betalen daarom belastingen en premies voor de zorg van de zwakkeren. De zorg wordt uit handen gegeven, mensen betalen wel maar geven zelf geen actieve invulling aan solidariteit (Trappenburg, 2009: 17-18). Het directe contact tussen de mensen die solidair zijn en de hulpbehoevenden is er niet meer. De solidariteit is collectief en dwingend omdat de staat het premie- en belastingsysteem aan elke burger in Nederland oplegt.

Mensen hebben het gevoel hebben dat ze in bepaalde mate verantwoordelijk voor elkaar zijn en zorg moeten dragen voor de medeburgers. Iedere burger heeft in beginsel recht op de collectieve voorzieningen. Maar naast deze rechten die burgers hebben gekregen, zijn er ook plichten gekomen. De verzorgingsstaat moet betaald worden, burgers zijn daarom verplicht belastingen en premies af te dragen om de collectieve voorzieningen in stand te houden, wederkerigheid ligt dus aan de basis van de verzorgingsstaat (Achterberg, Van der Veen & Raven, 2010).

Tabel 2 vat de belangrijkste elementen uit de bespreking samen.

Tabel 2: Ontwikkelingen in de periode van de verzorgingsstaat

	De verzorgingsstaat
Plaats van kwetsbare groepen in de maatschappij	- uit het openbare leven, in een uitgebreid zorgsysteem - grootschalige, gesloten inrichtingen
Visie op verstandelijk beperkten en/of psychiatrische patiënten	- collectief gevoel van lotsverbondenheid - maatschappelijk belang - medische model
Rol van de staat	- sterk
Solidariteit	- passief, door de staat opgelegd en collectief
Van wie wordt solidariteit gevraagd	- naar draagkracht aan iedereen, het meest aan de rijken

2.3 De vermaatschappelijking

De consensus die na de Tweede Wereldoorlog ontstond over publieke en collectieve arrangementen was echter niet onomstreden. De verzorgingsstaat is uitgebouwd in de tweede helft van de 20^e eeuw, maar al vanaf het begin van de sociale wetgeving is er kritiek op de inperking van individuele vrijheid die het gevolg is van de dwingende nationale arrangementen. En niet alleen de inperking van de individuele vrijheid is problematisch (De Swaan, 1993; Trommel & Van der Veen: 13-19). De verzorgingsstaat is tot stand gekomen in een periode dat de economische conjunctuur voorspoedig was. Het begrotingstekort vormde echter al snel na de totstandkoming van de sociale arrangementen een punt van aandacht. In de jaren '70 ontstaan in Nederland economische problemen. De economische crisis heeft tot gevolg dat meer mensen een beroep doen op sociale arrangementen zoals de werkloosheidsverzekering of de arbeidsongeschiktheidsverzekering. De uitgaven van de staat, waaronder de zorgkosten, stijgen explosief. De kritiek op de arrangementen groeit en al snel wordt er gesproken over de crisis van de verzorgingsstaat (Trommel & Van der Veen, 1999: 13-19).

In de recente geschiedenis lijkt de politiek minder bereid om te zorgen voor de zwakkeren in de samenleving. Er ontstaat weer een beweging terug naar de eigen verantwoordelijkheid van burgers, het inkrimpen van de verzorgingsstaat. Werkloosheid, ziekte en beperking worden weer in toenemende mate gezien als eigen verantwoordelijkheid (Van Vliet, Duyvendak, Boonstra & Plemper, 2004: 14). De vermaatschappelijking is een van de belangrijkste veranderingen van de zorg in de afgelopen decennia en past binnen de ontwikkeling van de krimpende staat waarbij weer hernieuwde aanspraak wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Het is een ontwikkeling waarbij duidelijk zichtbaar wordt dat de staat zich terugtrekt en meer overlaat aan de samenleving. De mensen moeten zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en als er

zorg nodig is, moet dit in eerste instantie in de woonomgeving plaatsvinden (Van Vliet et al., 2004: 23).

Volgens Van Vliet et al. (2004) kent vermaatschappelijking kort samengevat twee kenmerken. Ten eerste houdt de vermaatschappelijking een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg in. Kwetsbare groepen worden niet langer gehuisvest in grote instellingen apart van de samenleving, maar worden juist middenin de maatschappij geplaatst. Het tweede element van vermaatschappelijking is de gedachte achter deze verhuisoperatie, het gaat niet alleen om een fysieke plaats in de samenleving voor kwetsbare groepen. Cliënten worden midden in de maatschappij gehuisvest met als doelstelling ze te laten integreren, te rehabiliteren. Van Lange-Frunt en Wajon (2007) stellen dat het uiteindelijke doel van vermaatschappelijking is 'het vergroten van de maatschappelijke participatie en integratie in de samenleving van mensen met een beperking en acceptatie van de samenleving van mensen met een beperking' (p. 5). Het vermaatschappelijkingsbeleid is erop gericht het sociale isolement van mensen met een beperking te doorbreken. Het verwerven van een positie als volwaardig lid van de gemeenschap voor mensen met een beperking is het streven. Vermaatschappelijking is hiermee voor een groot deel een emancipatoir proces (Van Hoof, Geelen, Van Rooijen & Van Weeghel: 15).

Het gaat er bij de vermaatschappelijking van de zorg om cliënten een zo normaal mogelijk leven te geven en een sociale omgeving te maken die zo dicht mogelijk bij het gewone bestaan ligt, dit wordt de *normalisatievisie* genoemd. Het leven van de doorsnee burger wordt als normaal beschouwd en dient als voorbeeld voor het leven van mensen met een beperking. Ook mensen met een beperking zijn volwaardige burgers, dit betekent dat ook zij burgerlijke, sociale en politieke rechten hebben. Daarom moeten mensen met een beperking net als de 'gewone mensen' vrij toegang krijgen tot de voorzieningen in de samenleving. Kortom, de filosofie achter vermaatschappelijking is dat mensen met een beperking niet achtergesteld mogen worden, moeten meedoen, erbij horen en zo gewoon mogelijk leven. Ze moeten participeren en mogen zelfstandig wonen, werken en onderwijs volgen. En tot slot moeten ze inspraak hebben in het te ontwikkelen beleid (Van Lange-Frunt & Wajon, 2007: 11-12).

Het beleid van vermaatschappelijking heeft zijn wortels in de jaren '60 en '70 van de 20^e eeuw, maar is voor het eerst duidelijk te zichtbaar in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* van 1984 (hierna: *Nieuwe Nota*). In deze nota wordt de beleidskoers ingezet naar extramuralisering van de zorg (Kwekkeboom, 2001: 10-14). In de *Nieuwe nota*

wordt de ambitie geformuleerd dat het aantal bedden in de intramuraal instellingen moet worden teruggedrongen. Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) worden geopperd als vervangende huisvesting voor patiënten die langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven (De Heer-Wundering et al., 2007: 11-12). Ook in de daaropvolgende nota's wordt de visie ten aanzien van de extramuralisering van de zorg uitgedragen. In de nota *Onder anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief* van 1993 wordt de term 'vermaatschappelijking' voor het eerst gebruikt in de betekenis van maatschappelijke integratie van cliënten (Verpanke & Duyvendak, 2010: 24-27). Sindsdien is de vermaatschappelijkingsgedachte terug te vinden in de beleidsdocumenten over de zorg.

Plaats van kwetsbare mensen in de maatschappij

Vermaatschappelijking heeft vorm gekregen in twee trends in de huisvesting van cliënten waarbij de nadruk ligt op kleinschaligheid. De eerste trend is het plaatsen van cliënten buiten de instellingsterreinen. Deze vorm van huisvesting wordt tot op heden het meest gebruikt en staat in deze scriptie centraal. De plaatsing van psychiatrische patiënten buiten instellingsterreinen wordt met name ingevuld door de RIBW's. Er zijn in Nederland 22 RIBW's verspreid over het hele land, elke RIBW heeft in haar gebied woonlocaties waar mensen met psychiatrische problematiek kunnen wonen met de ondersteuning die ze nodig hebben (De Heer-Wundering et al., 2007: 11-18). In de gehandicaptenzorg staat de Zeeuwse stichting Arduin bekend als voorbeeld voor de huisvesting buiten instellingsterrein. Arduin is de eerste instelling die volledig is geëxtramuraliseerd (ontmanteld). De 360 voormalige instituutbewoners van Arduin wonen nu verspreid over 105 locaties in negentien verschillende dorpen en steden (zorgvoorbeter, 2005). Er zijn vele instellingen die het voorbeeld van Arduin hebben opgevolgd door volledig of gedeeltelijk de woonvoorzieningen te extramuraliseren.

De tweede vorm van huisvesting is de zogenaamde 'omgekeerde integratie'. De instellingsterreinen waar cliënten wonen worden gedeeltelijk ontmanteld door een gewone woonwijk van het terrein te maken. De cliënten blijven wonen op het terrein, maar er worden ook huizen tussen de woonvoorzieningen gebouwd waar gewone burgers komen wonen. Stichting Severines in Veldhoven dient als schoolvoorbeeld voor deze vorm van vermaatschappelijking (Van der Zwet, 2009). De omgekeerde integratie zal verder niet aan de orde komen in deze scriptie.

De bedoeling van de vermaatschappelijking is een verschuiving van de zorg binnen de instelling naar zorg binnen de samenleving. Door de woonvoorzieningen te plaatsen in

gewone woonwijken en door omgekeerde integratie op instellingsterreinen wordt getracht contact tussen cliënten en gewone burgers tot stand te brengen en de zorg gedeeltelijk over te dragen van professionals naar burens. Deze zorg binnen de samenleving komt echter nog niet goed van de grond (Van Vliet et al., 2004; Verplanke & Duyvendak, 2010; Mankor, 2011). De vermaatschappelijking is tot op heden vooral ingevuld als zorg door de instelling binnen de samenleving (Van Vliet et al., 2004: 23).

Visie en solidariteit

De vermaatschappelijking kent haar ideologische oorsprong in de antipsychiatrie, een kritisch gedachtegoed dat zich keert tegen de bestaande geestelijke gezondheidszorg en het medische model. Vanaf jaren '60 van de twintigste eeuw ontstaat er brede belangstelling voor de geesteszieken in de samenleving. Er zijn kritische groepen wetenschappers en cliëntenorganisaties die vraagtekens zetten bij de bestaande werkwijze in de zorg. In de jaren '70 komt een heuse protestbeweging op gang. Psychiatrische ziekenhuizen worden omstreden en het zorgstelsel komt onder zware kritiek te staan. Het idee dat rust, regelmaat en ritme heilzaam is voor patiënten en de werkwijze om mensen uit de maatschappij te halen om ze in afgesloten klinieken te verzorgen kent zijn oorsprong reeds in de 16^e eeuw, maar wordt nu aangevallen. Critici bestempelen de werkwijze als discriminerend, mensen die in grote intramurale zorginstellingen leven worden uitgesloten van de gewone samenleving. Vragen als: zijn geesteszieken wel geholpen met de psychiatrische aanpak, is geestesziekte wel een medisch probleem en waar is het onderscheid tussen gek en normaal op gebaseerd vormen onderwerpen van debat (Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, 2008: 1048-1052; Verplanke & Duyvendak, 2010: 18; Linders & Meijer 2005: 8).

Ten grondslag aan de kritiek ligt het idee dat de cliënten in de instellingen niet echt 'ziek' zijn. De maatschappij is ziek en maakt verstandelijk beperkten en psychiatrische patiënten zoals ze zijn. Vanuit deze gedachte wordt geredeneerd dat de cliënten in instellingen niet zozeer moeten worden genezen, maar de maatschappij zelf. De genezing van de maatschappij kan plaatsvinden door mensen met afwijkend gedrag niet te onttrekken aan de samenleving maar ze juist te laten integreren. Confrontatie met onaangepast gedrag zou 'de burgerbevolking doordringen van de kwetsbaarheid van het leven en hen daardoor ontvankelijker maken voor anderen' (Verplanke & Duyvendak, 2010: 18). De kritische geluiden van de antipsychiatrie vinden uiteindelijk gehoor bij de overheid. Samen met de noodzaak tot bezuinigingen die is ontstaan in de jaren '70 en de veranderingen in de verzorgingsstaat leidt deze beweging tot de vermaatschappelijking van de zorg (Verplanke & Duyvendak, 2010: 24; Mankor, 2011: 19).

Zoals in hoofdstuk 1 al is genoemd, veronderstelt de vermaatschappelijking van de zorg een omslag bij burgers van passieve solidariteit naar actieve solidariteit. Met de komst van kleinschalige woonvoorzieningen in gewone woonwijken bestaan de zorglasten voor individuele burgers niet meer enkel uit het betalen van een geldbedrag aan de overheid. Als er een woonvoorziening in een woonwijk wordt geplaatst, verwacht de overheid dat buurtbewoners steun en informele zorg verlenen (Linders & Meijer 2005: 29; Trappenburg: 11-12). Naast de premies en belastingen worden de zorglasten van de samenleving ook in de vorm van zorg in natura gevraagd aan individuele burgers. Deze zorg in natura wordt niet, zoals bij belasting en premies, van iedereen naar draagkracht verlangd. Alleen in de wijken met een kleinschalige woonvoorziening wordt deze verzwarende van zorglasten aan burgers opgelegd. De overheid heeft de intentie om de Nederlandse burgers als collectief aan te spreken op de actieve solidariteit. Middelen om deze collectieve en actieve solidariteit tot stand te brengen ontbreken echter. Mensen moeten zelf gemotiveerd en bereid zijn de kwetsbare burens te ondersteunen (Trappenburg, 2009: 20-21).

Tabel 3 vat de belangrijkste veranderingen in de periode van de vermaatschappelijking samen.

Tabel 3: Ontwikkelingen in de periode van de vermaatschappelijking

	De vermaatschappelijking
Plaats van kwetsbare groepen in de maatschappij	- weer (gedeeltelijk) terug in het openbare leven - woonvoorzieningen in gewone woonwijken
Visie op verstandelijk beperkten en/of psychiatrische patiënten	- collectief gevoel van lotsverbondenheid - antipsychiatrie - sociaal model
Rol van de staat	- krimpend
Solidariteit	- actief, vrijwillig en individueel
Van wie wordt solidariteit gevraagd	- aan omwonenden, naar verwachting aan armen

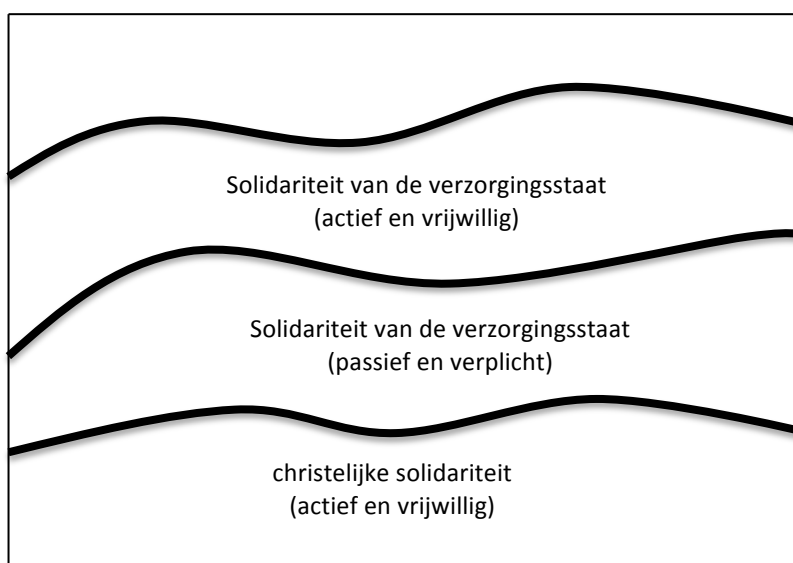
2.4 Sedimentatie

In dit hoofdstuk is beschreven hoe door de eeuwen heen een ontwikkeling heeft plaatsgevonden in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek. In tabel 4 zijn de ontwikkelingen in vijf dimensies samengevat.

Tabel 4: Ontwikkelingen in de periode van de middeleeuwen tot de vermaatschappelijking

	Voor de verzorgingsstaat	Verzorgingsstaat	Vermaatschappelijking
Plaats van kwetsbare groepen in de maatschappij	- in openbare leven - gedeeltelijk uit openbare leven	- uit openbare leven in grootschalige instellingen	- in openbare leven in kleinschalige woonvoorzieningen
Visie op verstandelijk beperkten en/of psychiatrische patiënten	- christelijke waarden - maatschappelijk belang	- maatschappelijk belang - medische visie - collectief gevoel van lotsverbondenheid	- collectief gevoel van lotsverbondenheid - antipsychiatrie - sociaal model
Rol van de staat	- afwezig - opkomend	- sterk	- krimpend
Solidariteit	- actief, vrijwillig en individueel	- passief, door de staat opgelegd en collectief	- actief, vrijwillig en individueel
Van wie wordt solidariteit gevraagd	- welgestelden	- naar draagkracht, meest aan rijken	- aan omwonenden - naar verwachting aan armen

Aangezien de omslag van passieve naar actieve solidariteit de basis vormt voor dit onderzoek, zal hier verder op ingezoomd worden. Gabriël van den Brink (2012) introduceert de beeldspraak van *sedimentatie* voor de ontwikkeling van waarden in een maatschappij. In zijn studie naar het geestelijke engagement in Nederland betoogt hij dat waarden in een samenleving zich ontwikkelen als aardlagen. Van den Brink (2012) stelt: 'Zelf denken wij dat men de geschiedenis beter als een proces van *sedimentatie* kan opvatten. Dat wil zeggen: een proces waarbij nieuwe elementen worden toegevoegd maar zonder dat het oude daadwerkelijk verdwijnt' (p. 484). Als we deze metafoor op de vormen van solidariteit in dit onderzoek toepassen, wordt duidelijk dat er drie lagen van solidariteit zijn onderscheiden in de besproken periode (zie figuur 1).



Figuur 1: Sedimentatie van de soorten solidariteit door de tijd heen

Sedimentatie is een proces waarbij het aantal lagen in de loop der tijd toeneemt. De oudere lagen verdwijnen niet, maar worden afgedekt door de nieuwere lagen. Op deze manier kan de geschiedenis worden gezien als een proces van differentiatie. De lagen vormen niet een gesloten geheel, maar komen in contact met elkaar. Er kunnen in de loop der tijd nieuwe vormen van interactie en menging ontstaan. De lagen rusten op elkaar en de jongere lagen worden door de oudere lagen gedragen (Van den Brink, 2012: 161-165).

Als we deze metafoor op het solidariteitspatroon toepassen betekent dit dat de oudere 'lagen' van solidariteit niet verdwenen zijn, maar hooguit naar de achtergrond wegzakken. De uit de middeleeuwen stammende christelijke solidariteit is nog zichtbaar in de periode van de verzorgingsstaat en blijft aanwezig in de huidige maatschappij. Er zijn bijvoorbeeld nog kerkelijke organisaties die zich inzetten voor de minderbedeelde medemens. De christelijke waarden en verhalen uit de Bijbel blijven inspireren tot zorg voor hulpbehoevenden. Ook de solidariteit van de verzorgingsstaat verdwijnt niet met de vermaatschappelijking. De passieve en verplichte solidariteit is nog steeds aanwezig, in de vorm van het betalen van belastingen en premies.

Men zou kunnen argumenteren dat de actieve christelijke solidariteit van voor de verzorgingsstaat weer terugkomt met de vermaatschappelijking en dat er dus sprake is van twee 'lagen'. Maar de solidariteit die met de vermaatschappelijking is geïnitieerd wordt in dit onderzoek als een nieuwe laag opgevat, als een nieuwe vorm van solidariteit. Een belangrijk verschil tussen de actieve solidariteit uit de middeleeuwen en de solidariteit die nu wordt verwacht is de grondslag van deze solidariteit. In de middeleeuwen voelden mensen zich betrokken bij de kwetsbare medemens vanuit religieus perspectief. De nieuwe vorm van solidariteit is op deze laag gebaseerd, maar is ook gegrondvest in de solidariteit van de verzorgingsstaat. Het idee dat mensen verantwoordelijk voor elkaar zijn omdat ze met elkaar binnen de landsgrenzen wonen is ook onderdeel van de solidariteit van de vermaatschappelijking. De solidariteit van de vermaatschappelijking bevat elementen van beide vroegere lagen en wordt daarom als nieuwe laag opgevat.

Een tweede belangrijk verschil is dat er bij de actieve solidariteit van de middeleeuwen sprake is van een opkomende staat, terwijl de solidariteit van de vermaatschappelijking juist voortkomt uit de krimpende staat. In de middeleeuwen was er geen sprake van een sociaal vangnet, er was geen zorgsysteem dat door de staat werd onderhouden. De vermaatschappelijking rust op de verzorgingsstaat, er is sprake van een uitgebreid vangnet voor degenen die niet door actieve solidariteit van buurtbewoners en/of familieleden worden opgevangen. Daar waar de kerk in de middeleeuwen tot solidariteit

opriep, wordt de solidariteit van de vermaatschappelijking geïnitieerd door de staat. Het uitgangspunt voor de nieuwe vorm van actieve solidariteit is dermate anders dat er niet kan worden gesproken over het opgraven van oude solidariteitspatronen. De solidariteit van de vermaatschappelijking is dus een nieuwe vorm van solidariteit die wordt gedragen door de christelijke solidariteit en de solidariteit van de verzorgingsstaat.

2.5 Hypothese

De veronderstelde omslag van passieve naar actieve solidariteit van de vermaatschappelijking kan denivellerend werken. Denivellering dreigt bij de actieve solidariteit omdat de verdeling van zorglasten wordt bepaald door de locaties waar kleinschalige woonvoorzieningen worden gerealiseerd. Daar waar een kleinschalige woonvoorziening wordt gerealiseerd, wordt immers van buurtbewoners acceptatie en ondersteuning verwacht. De oproep tot solidariteit in de Bijbel is voornamelijk gericht tot de welgestelden, en de lasten in de verzorgingsstaat worden voor het grootste deel neergelegd bij de mensen met de hoogste inkomens. Tot de vermaatschappelijking geldt het credo: de sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen (zie tabel 4). Als deze lijn gevolgd wordt, zouden de kleinschalige woonvoorzieningen bij voorkeur in villawijken en elitebuurten moeten worden gerealiseerd. Alleen dan worden de grootste zorglasten neergelegd bij de meest daadkrachtige burgers. En alleen dan is er sprake van een eerlijke verdeling van lasten in de samenleving. Als de woonvoorzieningen gelijkmatig worden verspreid over de buurten van Nederland, is er ten opzichte van het historische solidariteitspatroon al sprake van denivellering.

De verwachting is echter dat er meer kleinschalige woonvoorzieningen worden geplaatst in wijken met een lage sociaaleconomische status (Trappenburg, 2009: 18; Lange-Frunt & Wajon, 2007). Dit zou betekenen dat er een verzwaring van zorglasten wordt opgelegd aan de minderbedeelde burgers. De actieve solidariteit zou dan denivellerend werken omdat de woonvoorzieningen oneerlijk verdeeld zijn over de wijken. De verwachting dat er meer kleinschalige woonvoorzieningen in wijken met een lage sociaaleconomische status worden gerealiseerd, wordt veroorzaakt door twee overwegingen: de financiële situatie en het integratieperspectief.

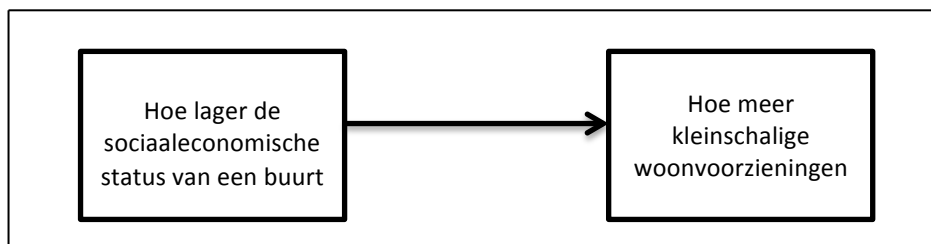
1. De financiële situatie van cliënten en de overheid scheppen de verwachting dat er meer cliënten worden gehuisvest in armere wijken dan in rijkere wijken. Ten eerste zijn praktische omstandigheden van cliënten reden om aan te nemen dat de huisvesting plaatsvindt in arme wijken. Mensen met psychiatrische problematiek en/of een verstandelijke beperking hebben meestal niet veel geld, zij kunnen een dure

woning in een welgestelde wijk simpelweg niet betalen (Lange-Frunt & Wajon, 2007: 28). Ten tweede moet de overheid altijd zuinig omspringen met publieke middelen. De overheid financiert de voorzieningen voor mensen met een beperking uit publieke middelen, belastingbetalers willen zo min mogelijk betalen waardoor de huisvesting zo goedkoop mogelijk moet zijn (Trappenburg, 2009: 18). Ten derde is de vermaatschappelijking ingezet uit onder meer de noodzaak tot bezuinigingen. De noodzaak tot bezuinigen leidt tot een voorkeur voor goedkope huisvesting.

2. Ook het integratieperspectief van cliënten leidt naar de verwachting dat huisvesting plaatsvindt in arme wijken. Vermaatschappelijking heeft tot doel de cliënten te laten integreren in de samenleving, de intentie is dat hulpbehoevende mensen worden opgenomen in het sociale netwerk van de woonwijken. Om dit doel te bereiken wordt aangeraden om verstandelijk beperkten en psychiatrische patiënten te huisvesten in wijken met een “hoog buurtgebruik” omdat zij daar meer kans hebben op een goede integratie (Trappenburg, 2009: 20). Wijken met een hoog buurtgebruik zijn meestal de armere wijken. In een volkswijk zitten mensen nog in hun voortuin, komen ze nog in de speeltuin en lopen ze nog naar de supermarkt om de hoek. In een villawijk daarentegen leven mensen veel minder op straat (Trappenburg, 2009: 20-21).

Om inzicht te krijgen in de verdeling van zorglasten in Nederland wordt de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen in kaart gebracht. Op basis van de financiële situatie en het integratieperspectief is de hypothese die in dit onderzoek wordt getoetst als volgt geformuleerd:

Figuur 2: Overzicht van de centrale hypothese

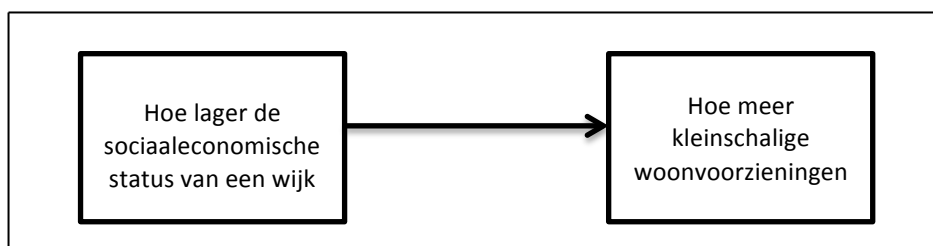


3 Methoden en technieken

Het doel van dit onderzoek is de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen in kaart te brengen om zodoende inzicht te verschaffen in de verdeling van zorglasten in Nederland. In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden. Eerst wordt de centrale hypothese toegelicht (4.1), vervolgens wordt de onderzoeksmethode van het kwantitatieve deel van het onderzoek besproken (4.2) en de onderzoeksmethode van het kwalitatieve deel van het onderzoek (4.3) toegelicht. Tot slot wordt uitleg gegeven over de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek (4.4).

3.1 De hypothese

Om deelvragen 2 en 3 te beantwoorden is een hypothese opgesteld die in dit onderzoek wordt getoetst. De vraag of er een verband bestaat tussen de sociaaleconomische status van een buurt (onafhankelijke variabele) en kleinschalige woonvoorzieningen (afhankelijke variabele) is in hoofdstuk 2 uitgewerkt. Aan de hand van de financiële situatie en het integratieperspectief is de volgende hypothese geformuleerd:



Figuur 2: Overzicht van de centrale hypothese

De hypothese wordt in twee stappen getoetst. Eerst zal met behulp van kwantitatief onderzoek getracht worden het verband vast te stellen. Vervolgens wordt door middel van documentanalyse en interviews onderzoek gedaan naar de aard (intentionaliteit) van het verband. Achtereenvolgens worden in deze paragraaf de twee variabelen 'kleinschalige beschermde woonvoorzieningen' en 'sociaaleconomische status' besproken. In de bespreking wordt de afbakening van het onderzoek toegelicht.

3.1.1 Kleinschalige beschermde woonvoorziening

Kleinschalige beschermde woonvoorzieningen vormen de afhankelijke variabele in de hypothese, er wordt verondersteld dat de sociaaleconomische status van een wijk invloed uitoefent op de locaties van woonvoorzieningen (Brinkman, 2001). Het begrip 'kleinschalige

beschermde woonvoorziening' is breed en kan op verschillende manieren gedefinieerd worden.

Ten eerste kan een woonvoorziening een groepswoning of individuele wooneenheid zijn voor mensen met allerlei hulpvragen. Ten tweede kunnen kleinschalige woonvoorzieningen op instellingenterreinen zijn gelegen, maar ook buiten het terrein van instellingen in gewone woonwijken. En ten derde wordt kleinschaligheid op verschillende manieren gedefinieerd, als richtlijn voor kleinschaligheid worden 6, 8, 12, 25 of zelfs 50 cliënten die samen in (clusters van) woonvoorzieningen wonen genoemd (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2006; Uitvoeringsbesluit WTZi artikel 2.1; De Vries, 2002: 1-2). Om het onderzoek in te perken wordt onder kleinschalige beschermde woonvoorziening in deze scriptie verstaan:

Een permanente woonvoorziening in een gewone woonwijk waar maximaal 30 personen met een verstandelijke beperking en/of psychische problematiek een eigen kamer dan wel eigen appartement hebben. In de woonvoorziening is begeleiding aanwezig; de intensiteit van de begeleiding kan variëren van 24-uurs aanwezigheid tot 24-uurs beschikbaarheid².

Er zijn tegenwoordig ook kleinschalige woonvoorzieningen die op instellingenterreinen gelegen zijn, deze woonvormen zijn echter niet relevant voor de vraagstelling van dit onderzoek. De zorglasten van de wijkbewoners staan centraal in dit onderzoek. De grens voor kleinschaligheid is in dit onderzoek op 30 cliënten vastgesteld omdat de omvang dan nog van dien aard is dat er van buurtbewoners sociale ondersteuning kan worden verwacht. Hoe meer cliënten in een woonvoorziening wonen, des te sneller wordt de woonvorm een in zichzelf gekeerd instituut, dit bemoeilijkt het contact tussen cliënten en andere buurtbewoners.

3.1.2 Sociaaleconomische status

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) definieert de sociaaleconomische status (SES) als 'de positie van mensen in de sociale stratificatie met het daaraan verbonden aanzien en prestige' (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2010). De sociaaleconomische status is niet op een directe manier meetbaar. Daarom moet een aantal indicatoren worden gekozen die wel direct meetbaar zijn en die samen een indicatie geven

² Deze definitie is gebaseerd op informatie van de Rijksoverheid en Gedeputeerde Staten Noord-Holland (Rijksoverheid 2010; Ministerie van VWS, 2002: 1-2; Gedeputeerde Staten Noord-Holland, 2009: 1)

van de SES. Drie belangrijke indicatoren die ten doel hebben de positie van mensen in de sociale stratificatie (hoog-laag) te bepalen zijn opleidingsniveau, beroepsstatus en inkomen. Er bestaat niet één beste manier om de SES te meten omdat het concept verschillende dimensies heeft (RIVM, 2010). In dit onderzoek staat niet de SES van individuele personen centraal, maar de SES van woonwijken.

Opleidingsniveau en beroepsstatus worden niet meegenomen als indicatoren voor de SES van woonwijken omdat het premie- en belastingstelsel als geavanceerd herverdelingsmechanisme het uitgangspunt/beginpunt van dit onderzoek vormt. Het inkomen van burgers is leidend in dit stelsel en daarom ook in de vaststelling van de SES in dit onderzoek. Er is gekozen voor een set indicatoren en niet voor een samengestelde indicator omdat de SES een multidimensionaal concept is en daarom moeilijk in één getal uitgedrukt kan worden (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2012A). Tabel 5 biedt een overzicht van de indicatoren voor de SES van de buurten in dit onderzoek.

Tabel 5: Indicatoren voor de SES van de wijken

Indicator	Jaartal	Eenheid
Gemiddeld inkomen van de buurt	2009	€
Aantal lage inkomens (< €19.300) in de buurt	2009	%
Aantal hoge inkomens (> €41.300) in de buurt	2009	%
Aantal werkzame personen in de buurt	2008	%
Aantal bijstandsuitkeringen in de buurt	2009	Aantal per 1000 huishoudens

Het aantal hoge en lage inkomens (%) is gebaseerd op de inkomensverdeling 2009 van het CBS³.

3.2 Methoden en technieken kwantitatief onderzoek

De meest ideale onderzoeksmethode om het verband dat in de hypothese wordt verondersteld te toetsen, kan in dit onderzoek niet worden gebruikt. Om het verband tussen de SES van een buurt (onafhankelijke variabele) en het aantal kleinschalige woonvoorzieningen (afhankelijke variabele) aan te tonen, zou men namelijk een aselechte steekproef van bijvoorbeeld 500 buurten uit Nederland moeten trekken. Van deze 500 buurten moet vervolgens worden vastgesteld of er een kleinschalige woonvoorziening in de buurt is gerealiseerd. Er ontstaan op deze manier op z'n minst twee kolommen met gegevens, één kolom waarin staat aangegeven of er wel of niet een woonvoorziening in de

³ Het CBS stelt de grenzen van de inkomenscategorieën in de inkomensverdeling jaarlijks vast door alle personen te rangschikken van laag naar hoog persoonlijk inkomen. De eerste 40% vormt de categorie 'laag inkomen', de laatste 20% vormt de categorie 'hoog inkomen' (CBS, 2012B). De categorie 'gemiddeld inkomen' bestaat logischerwijs uit de 40% tussen hoog en laag in.

betreffende buurt aanwezig is, en minstens één kolom met gegevens die de SES van de betreffende buurt aangeven. Met dit databestand kan tot slot een toets worden uitgevoerd waarbij het verband tussen de afhankelijke variabele (wel/niet woonvoorziening in betreffende buurt) en de onafhankelijke variabele (SES van de betreffende buurt) kan worden aangetoond. Deze methode veronderstelt dat het mogelijk is per buurt vast te stellen of er een kleinschalige beschermde woonvoorziening is gerealiseerd.

Het is in dit onderzoek niet mogelijk per buurt vast te stellen of er een kleinschalige woonvoorziening is gerealiseerd. Ten eerst blijven er met de afbakening van het begrip kleinschalige beschermde woonvoorzieningen nog steeds veel locaties over in Nederland die tot de onderzoekspopulatie behoren. In een onderzoek naar kleinschalige woonvoorzieningen van het TNO zijn bijna 12.000 gebouwen in de gehandicaptenzorg getraceerd, waarvan ruim 4000 onder de beleidsregel Kleinschalige woonvoorzieningen⁴ vallen (Post & Keuning, 2009). Ten tweede bestaat er geen lijst van alle kleinschalige woonvoorzieningen met adresgegevens in Nederland. Om een inventarisatie van de kleinschalige woonvoorzieningen te maken is het daarom noodzakelijk alle zorginstellingen die woonvoorzieningen aanbieden apart te benaderen. En ten derde heeft een groot aantal zorginstellingen wel een website met gegevens over haar woonlocaties. Maar er zijn ook zorginstellingen die vanwege de privacy van cliënten geen gegevens over de woonlocaties openbaar maken.

Kortom, vanwege de omvang van het aantal woonvoorzieningen, het gebrek aan een centrale informatiebron en de gebrekkige toegankelijkheid van gegevens is het praktisch onmogelijk per buurt vast te stellen of er een woonvoorziening is gerealiseerd. Daarom is ervoor gekozen om een aselechte steekproef te trekken uit zorginstellingen die kleinschalig wonen aanbieden.

3.1.3 Steekproefkader

In paragraaf 3.1.1 is beschreven dat de kleinschalige beschermde woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek worden onderzocht. Voor beide doelgroepen is een steekproef getrokken uit zorginstellingen die kleinschalig wonen aanbieden. Eerst wordt de steekproef van woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking besproken, daarna wordt de steekproef voor mensen met psychiatrische problematiek toegelicht. Er zijn ook woonvoorzieningen waar

⁴ De Beleidsregel Kleinschalige woonvoorzieningen zal in hoofdstuk 5 aan bod komen, daar volgt een verdere toelichting.

mensen uit beide doelgroepen wonen, uiteraard worden deze woonvoorzieningen ook meegenomen in het onderzoek.

De steekproef van woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking is getrokken uit alle zorginstellingen die lid zijn van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). De VGN behartigt de belangen voor ruim 90% van alle zorginstellingen in de gehandicaptenzorg (GHZ). In totaal zijn 170 instellingen lid van de vereniging; op de website van de VGN staat een adressenbestand van alle leden. Niet alle zorginstellingen die lid zijn bieden kleinschalig wonen aan, er zijn ook een aantal instellingen die bijvoorbeeld alleen dagbehandeling verzorgen (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), 2012). Deze instellingen zijn niet meegenomen in de steekproef.

Belangrijk bij het trekken van een steekproef is de grootte (n) van de steekproef. Het aantal waarnemingen moet groot genoeg zijn, zodat de waarden van de steekproef representatief zijn voor de gehele populatie en normaal verdeeld zijn. Er worden verschillende vuistregels gehanteerd voor steekproeven die bij benadering normaal verdeeld zijn. In het boek *Cijfers Spreken* wordt de regel genoemd dat n niet kleiner mag zijn dan 10 (Brinkman, 2001: 295), vaker wordt echter de vuistregel gehanteerd dat n niet kleiner mag zijn dan 30. In dit onderzoek wordt vastgehouden aan de regel dat het aantal waarnemingen in de steekproef niet kleiner mag zijn dan 30. Verder wordt ook vastgehouden aan de vuistregel van Sandra van Thiel (2010): voor het trekken van een representatieve aselecte steekproef moet de steekproef ongeveer 20% van de gehele populatie betreffen (p. 56-59).

Uit de in totaal 170 zorginstellingen die lid zijn van de VGN zijn 33 instellingen getrokken. De zorginstellingen zijn geselecteerd door elke 4^e instelling uit de lijst van het adressenbestand op de website te nemen. Alle kleinschalige woonvoorzieningen van de zorginstellingen uit de steekproef die voldoen aan de criteria die in paragraaf 4.1 worden genoemd zijn meegenomen in het onderzoek. In totaal zijn 439 kleinschalige woonvoorzieningen in de GHZ onderzocht.

De steekproef van woonvoorzieningen voor mensen met psychiatrische problematiek is getrokken uit de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's). De RIBW's dienen als vervangende huisvesting voor langdurig opgenomen patiënten van de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) (De Heer-Wundering et al., 2007: 11-15, 28). Zestien van de 22 vestigingen in Nederland bieden beschermd wonen aan (RIBW alliantie, 2012). De vestigingen verschillen sterk in het aantal kleinschalige woonvoorzieningen dat ze hebben, een steekproef van vestigingen kan hierdoor een vertekend beeld geven. De RIBW's hebben veel eenpersoonswoningen en het aantal woongroepen is beperkt. Daarom is

ervoor gekozen om alle RIBW vestigingen mee te nemen in het onderzoek waarvan het mogelijk is om gegevens over de woonlocaties te verzamelen. In totaal zijn er elf RIBW vestigingen en 151 kleinschalige woonvoorzieningen voor mensen met psychiatrische en psychosociale problematiek onderzocht. Tabel 6 geeft een overzicht van de totale steekproef.

Tabel 6: overzicht van de totale steekproef

	Gehandicaptenzorg	Psychiatrie	Totaal
Aantal instellingen	33	11	44
Aantal locaties	439	151	590

Non-respons

Elke zorginstelling die is getrokken voor de steekproef heeft een website. Op de websites van de meeste zorginstellingen zijn gegevens over de locaties gepubliceerd. Er zijn echter een aantal instellingen die geen informatie over de woonlocaties op hun website vrijgeven. Om de steekproef aselekt te houden zijn de zorginstellingen die geen gegevens vrijgeven op de website in eerste instantie telefonisch benaderd met het verzoek gegevens over de woonlocaties te verstrekken voor dit onderzoek. Deze methode bleek echter niet goed te werken. De instellingen maken de gegevens van hun locaties niet openbaar op de website omwille van de privacy van cliënten. Het is voor de medewerkers van deze instellingen daarom vaak niet mogelijk om in het telefoongesprek met mij een besluit te nemen over het wel of niet verstrekken van gegevens. Alle medewerkers die ik heb gesproken vroegen mij het informatieverzoek op de mail te zetten.

Na het bellen van tien zorginstellingen zonder resultaat heb ik de overige zorginstellingen die geen gegevens op hun website vrijgeven een email gestuurd met het verzoek om de gegevens over woonlocaties te verstrekken. Een email naar zorginstellingen heeft als voordeel dat deze intern wordt doorgezet naar de juiste persoon en dat medewerkers met elkaar het verzoek kunnen bespreken. De instellingen die mijn verzoek om gegevens niet in hebben ingewilligd worden beschouwd als non-respons.

3.1.4 Dataverzameling

Van de 590 kleinschalige woonvoorzieningen uit de steekproef zijn de postcodes en plaatsnamen genoteerd. Aan de hand van deze adresgegevens is met behulp van Google Earth bepaald in welke buurten de woonvormen zijn gelegen. Elke Nederlandse gemeente is opgedeeld in verschillende wijken en deze zijn op hun beurt weer opgedeeld in buurten. Buurtgrenzen worden ieder jaar opnieuw vastgesteld door gemeenten. De buurtgrenzen komen niet overeen met postcodegrenzen, ze vormen een eigen eenheid (CBS, 2009).

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzamelt landelijke data over allerlei onderwerpen, maar jaarlijks worden door het CBS ook gegevens verzameld op buurtniveau. Deze gegevens zijn via STATLINE op de website van het CBS beschikbaar, maar worden ook gepubliceerd op de website CBSinuwbuurt.nl en in het programma Google Earth. In principe worden de gegevens van alle buurten in Nederland verzameld, het is voor het CBS echter niet mogelijk om van alle buurten gegevens te publiceren omdat gegevens simpelweg niet beschikbaar zijn, de buurtgrenzen gewijzigd zijn, of omdat de privacy in het geding komt (CBS, 2009).

Van alle buurten is met behulp van cbsinuwbuurt.nl vastgesteld wat het gemiddeld inkomen is, hoeveel inwoners een laag of hoog inkomen hebben, hoeveel personen van de beroepsbevolking een betaalde baan hebben en hoeveel huishoudens een bijstandsuitkering hebben (dit zijn de indicatoren voor de SES van buurten in dit onderzoek, zie tabel 5).

3.1.5 Data-analyse

Van alle woonvoorzieningen uit de steekproef is de buurt dus vastgesteld aan de hand van postcode en plaatsnaam. Vervolgens zijn gegevens over arbeid en inkomen van deze buurten verzameld om een indicatie te geven van de SES van de buurten. De verzamelde data zijn ingevoerd in het statistiekprogramma SPSS (versie 19.0) waarmee de gegevens zijn geanalyseerd.

Om de data op een overzichtelijke manier te presenteren zijn de gegevens gecategoriseerd. Het gemiddeld inkomen is ingedeeld in vijf categorieën die zijn gebaseerd op de inkomensverdeling van het CBS. De drie categorieën van de inkomensverdeling zijn relatief grof en geven daarom te weinig informatie over de spreiding van het inkomen in verschillende buurten. Daarom is gekozen om de categorie 'Midden inkomen' op te delen in 3 subcategorieën van gelijke grootte met stapjes van €7.366 (zie tabel 7).

Tabel 7 Overzicht van de vijf categorieën van het gemiddeld inkomen

1: Laag	Maximaal €19.200
2.1: Midden (laag)	€19.201 - €26.567
2.2: Midden (midden)	€26.568 - €33.933
2.3: Midden (hoog)	€33.934 - €41.299
3: Hoog	Minimaal €41.300

Het aantal hoge en lage inkomens (%) per buurt is gecategoriseerd door een indeling met 10% categorieën. Categorieën die met deze indeling zeer klein worden (slechts enkele buurten bevatten) zijn vervolgens samengevoegd.

Er is gebruik gemaakt van de T-toets om de gegevens te analyseren. Met de T-toets kan worden berekend hoe de gegevens van de steekproef zich verhouden tot de gegevens van de volledige populatie (heel Nederland). Er is een betrouwbaarheidsgrens van vijf procent aangehouden. Als de hypothese in dit onderzoek klopt, dan moet de SES van de buurten uit de steekproef lager liggen dan het landelijk gemiddelde.

Verder is gebruik gemaakt van de *Estimated D* om te berekenen hoe groot het absolute verschil tussen onderzoekspopulatie en de gehele populatie is. De *Estimated D* is gebaseerd op de *Cohens D* en geeft een indicatie van de effectgrootte. Het is belangrijk om de *Estimated D* te berekenen omdat de mogelijke significantie van een verschil nog weinig zegt over de werkelijke grootte van het verschil (Gravetter & Wallnau, 2009: 261-262, 291).

3.2 Methoden en technieken kwalitatief onderzoek

De eerste stap van het toetsen van de centrale hypothese is hierboven beschreven. In stap twee van de toetsing van de hypothese is gebruik gemaakt van documentanalyse en interviews. Om het beleid voor de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen in kaart te brengen is aandacht besteed aan het Rijk, de gemeenten en de zorginstellingen.

3.2.1 Het Rijk en de gemeenten

Om inzicht te krijgen in het spreidingsbeleid van de overheid is ten eerste aandacht besteed aan de wet- en regelgeving van het Rijk. Met behulp van onderzoeksrapporten, beleidsdocumenten, brieven en wetteksten is bekeken welke wet- en regelgeving relevant is voor de spreiding van woonvoorzieningen in heel Nederland. Als uitgangspunt is het rapport *Nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen in de Gehandicaptenzorg* van Post en Keuning (2009) gebruikt. In dit rapport wordt de Regeling Kleinschalige woonvoorzieningen (Rkw) uit 2002 genoemd, deze regeling markeert het beginpunt van de bespreking van het Rijksbeleid.

Ten tweede is door middel van een documentanalyse van een aantal gemeenten onderzocht wat het beleid voor kleinschalige woonvoorzieningen op hun grondgebied is. Gezien de tijd die voor het onderzoek staat is het niet mogelijk om volledig in kaart te brengen wat het beleid van alle afzonderlijke gemeenten is. Er is daarom een steekproef uit alle gemeenten van de steekproef van zorginstellingen (zie tabel 6) getrokken. Er zijn in totaal acht gemeenten aselekt getrokken voor het onderzoek. De gemeenten zijn als volgt geselecteerd: de volledige steekproef voor de inventarisatie van kleinschalige woonvoorzieningen in dit onderzoek bestaat uit 44 zorginstellingen en 590 woonvoorzieningen (zie tabel 6). De plaatsnaam van de eerste woonvoorziening van elke

zorginstelling uit de lijst is genoteerd, dit resulteert dus in een lijst van 44 dorpen en steden. Elke vierde gemeente uit de lijst van deze 44 gemeenten is onderzocht (zie tabel 8).

Het uitgangspunt van de documentanalyse is het rapport *Kleinschalig wonen in de wijk: een goede bestemming. Handreiking aan gemeenten, zorgorganisaties en corporaties* van het Kenniscentrum Wonen en Zorg (KCWZ)⁵ (2010). In dit rapport wordt geadviseerd dat gemeenten beleid moeten formuleren voor kleinschalige woonvoorzieningen bijvoorbeeld in het Beleidsplan WMO of het bestemmingsplan. Van de acht onderzochte gemeenten zijn daarom de bestemmingsplannen (met toelichting) bekeken en is het Beleidsplan WMO doorgenomen. Als er in het Beleidsplan WMO is verwezen naar andere nota's zijn deze documenten ook meegenomen in de analyse. In de beleidsdocumenten is gezocht naar concreet beleid voor kleinschalige woonvoorzieningen.

Tabel 8: overzicht van de steekproef van gemeenten

Stappen steekproeftrekking	Resultaat
1: Plaatsnaam van de 1 ^e woonvoorziening van elke zorginstelling uit de lijst noteren	44 Steden en dorpen
2: Elke vierde gemeente uit de lijst selecteren (dubbele gemeenten worden overgeslagen)	8 onderzochte gemeenten
3: Het bestemmingsplan, het beleidsplan WMO en eventuele aanvullende documenten onderzoeken	19 onderzochte documenten

3.2.2 De zorginstellingen

Om inzicht te krijgen in het spreidingsbeleid van zorginstellingen is aan dertien instellingen een vragenlijst voorgelegd. De vraag hoe de keuze voor een locatie wordt gemaakt als er een kleinschalige woonvoorziening wordt gerealiseerd staat centraal in de vragenlijsten (voor de vragenlijst zie bijlage 1). Er is gekozen voor een vragenlijst in plaats van documentanalyse omdat de informatie over locatiekeuzes van zorginstellingen vaak niet in documenten (bijvoorbeeld jaarrapporten) wordt vermeld.

Wederom is het haalbaar noch noodzakelijk om van alle 44 zorginstellingen uit de steekproef in kaart te brengen wat er voor spreidingsbeleid voor kleinschalige woonvoorzieningen wordt gevoerd. Er is daarom gekozen om middels een aselechte steekproef ongeveer een derde van alle instellingen uit de steekproef een vragenlijst voor te leggen. Door elke derde instelling uit de lijst van de steekproef te selecteren zijn in totaal 23 zorginstellingen telefonisch benaderd. Vijf van de 44 instellingen uit de steekproef vielen bij

⁵ Het KCWZ is een kenniscentrum dat professionals adviseert en ondersteunt bij het opzetten van nieuwe woonzorgconcepten. Het centrum is onderdeel van de vereniging van woningcorporaties (AEDES) en de organisatie van zorgondernemers (ActiZ), de RIBW-alliantie en de VGN zijn partners van het kenniscentrum. Kleinschalig wonen is een nieuw woonzorgconcept waar het centrum zich mee bezig houdt (KCWZ, 2012A).

voorbaat af voor de vragenlijst omdat ze dan wel dubbel in de lijst voorkomen (zowel in de lijst van GHZ-instellingen als in de lijst van RIBW-vestigingen), dan wel maar één locatie hebben en dus geen spreidingbeleid voeren. Deze instellingen zijn bij voorbaat uit de lijst geschrapt.

Negen instellingen zijn telefonisch geïnterviewd en vier instellingen hebben per mail de vragenlijst ingevuld. Alle instellingen hebben dezelfde drie vragen voorgelegd gekregen, ongeacht de benadering via telefoon of mail. De non-respons komt neer op tien instellingen, twee instellingen hebben aangegeven niet binnen de voor mij noodzakelijke termijn te kunnen reageren en acht instellingen hebben niet op mijn verzoek gereageerd (zie tabel 9).

Tabel 9: Overzicht van de steekproef van zorginstellingen

	Aantal zorginstellingen
Benaderd	23
Non-respons	10
Telefonische respons	8
Respons per mail	4
Respons totaal	13

De eerste twee vragen in de vragenlijst hebben een open karakter. De instellingen hoeven niet te kiezen uit voor-gestructureerde antwoorden (Van Thiel, 2010: 87), maar kunnen naar eigen inzicht zelf een antwoord formuleren. Alle instellingen geven uitgebreid antwoord op deze vragen, naast het directe antwoord wordt vaak een toelichting gegeven. De laatste vraag in de vragenlijst is een gesloten vraag, de zorginstelling kan in principe volstaan met een 'ja' of 'nee' als antwoord. Wederom geven alle instellingen een toelichting op het antwoord bij vraag drie.

Na het houden van de interviews zijn de antwoorden gestructureerd en geanalyseerd. Er is geen speciaal programma gebruikt voor de analyse omdat de vragen puur informatief zijn en het aantal vragen en respondenten beperkt is.

3.3 Betrouwbaarheid en validiteit

De onderzoeksmethode van zowel het kwantitatieve deel als het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek is besproken. Tot slot wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. De bespreking is wederom uitgesplitst in de twee onderdelen van dit onderzoek. Eerst wordt het kwantitatieve deel van het onderzoek besproken, vervolgens komt het kwalitatieve deel van het onderzoek aan bod.

3.3.1 Betrouwbaarheid en validiteit bij het kwantitatieve onderzoek

Bij het uitvoeren van het kwantitatieve deel van het onderzoek is de externe validiteit, de generaliseerbaarheid van de resultaten, belangrijk. Twee onderwerpen moeten in dit licht worden besproken. Ten eerste wordt de steekproeftrekking nader bekeken, ten tweede wordt de herhaalbaarheid van het onderzoek besproken.

Bij het trekken van de steekproef worden in dit onderzoek twee vuistregels gehanteerd. Ten eerste moet de omvang van de steekproef groter zijn dan $n=30$ en ten tweede wordt de 'van Thiel-grens' voor de aselechte steekproef gehanteerd. Dit betekent dat de steekproef minstens 20% van de totale populatie beslaat (Van Thiel, 2010: 56-59). Omdat het praktisch onmogelijk is om 20% van alle kleinschalige woonvoorzieningen in heel Nederland te selecteren in verband met het ontbreken van een centrale informatiebron, is gekozen voor 20% van een populatie zorginstellingen. Met het beoordelen van de resultaten moet in het achterhoofd worden gehouden dat dit onderzoek niet is gebaseerd op 20% van de gehele onderzoekspopulatie (kleinschalige woonvoorzieningen). Maar door de zorginstellingen op een aselechte wijze te selecteren is wel gestreefd naar een goede afspiegeling van de gehele populatie in de steekproef.

Zoals ook al in paragraaf 3.1 naar voren kwam, is er sprake van non-respons bij de steekproef, dit kan schadelijk zijn voor de betrouwbaarheid van het onderzoek (van Thiel, 2010: 95). Er zijn zorginstellingen die geen informatie over de woonlocaties vrijgeven op het internet. Als deze instellingen achterwege worden gelaten is de steekproef niet meer aselechte. Het gevaar bestaat dat de instellingen die geen informatie vrijgeven op internet een groep met bepaalde kenmerken representeren. Het is in theorie bijvoorbeeld mogelijk dat alle instellingen die geen informatie vrijgeven op de website hun woonvoorzieningen enkel in villawijken realiseren. Als deze zorginstellingen niet worden meegenomen in het onderzoek, kunnen de resultaten een vertekend beeld geven. Om te zorgen dat de steekproef een goede afspiegeling is van de gehele populatie, zijn de instellingen die geen informatie op de website vrijgeven telefonisch en per mail benaderd. De non-respons is helaas na de persoonlijke benadering alsnog aanwezig omdat veel instellingen niet op het informatieverzoek reageren. Zie tabel 10 voor een overzicht van de steekproef en de non-respons.

Tabel 10: Non-respons in de steekproef van zorginstellingen

	GHZ-instellingen	RIBW's
Geselecteerde instellingen voor de steekproef	43	16
Onderzochte instellingen	33	11
Non-respons	10	5

Ten tweede is het vastleggen van keuzes en codes belangrijk voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. De gemaakte keuzes in bijvoorbeeld het categoriseren van inkomens zijn vastgelegd in memo's. Het programma SPSS (versie 19) geeft bij elke handeling die wordt verricht in het databestand een *outputscherf*. Door de output van alle handelingen op te slaan en door een uitgebreid codeboek bij te houden is het mogelijk om het onderzoek bijvoorbeeld te herhalen (Van Thiel, 2010: 167-168).

3.3.2 Betrouwbaarheid en validiteit bij vragenlijsten

Bij het uitvoeren van kwalitatief onderzoek is de betrouwbaarheid van de resultaten een belangrijk punt van aandacht. Eerst wordt de betrouwbaarheid van de documentanalyse besproken, vervolgens komen de interviews aan bod.

Bij de documentanalyse is er geen sprake van non-respons. De documenten die worden onderzocht staan op internet en zijn vrij toegankelijk. Ook hoeft men geen rekening te houden met antwoordtendenties van de respondenten of bijvoorbeeld het geheugen van mensen. Wat dat betreft is documentanalyse een betrouwbare onderzoeksmethode. Een nadeel van deze methode is echter dat alleen het officiële verhaal onderzocht wordt. Het is niet mogelijk om tussen de regels door te lezen of op onderwerpen door te vragen. De mogelijkheid bestaat bijvoorbeeld dat gemeenten de zorginstellingen wel op andere wijze ondersteuning bieden bij het realiseren van kleinschalige woonvoorzieningen, maar dat hier niet over wordt geschreven in de beleidsdocumenten. Een tweede nadeel van de documentanalyse is dat eventuele recente ontwikkelingen niet worden meegenomen in het onderzoek. Alleen het beleid dat is vastgelegd in de documenten wordt onderzocht. Documentanalyse biedt inzicht in het op officiële beleid dat op moment van onderzoek geldend is, het biedt daarmee een betrouwbaar maar statisch beeld.

Bij het afnemen van de vragenlijsten zijn drie onderwerpen belangrijk om te bespreken met het oog op de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten: de formulering van de vragen, de steekproeftrekking en de respondenten.

Bij het maken van de vragenlijst is geprobeerd de vragen zo eenduidig mogelijk en niet suggestief te formuleren. Er is bewust gekozen voor twee open vragen om het verhaal van de instelling te horen te krijgen. Ook de keuze voor de gesloten vraag aan het einde van de vragenlijst is bewust gemaakt omdat dit een controlevraag is voor gevonden resultaten in het eerste gedeelte van het onderzoek.

Bij het selecteren van de respondenten is getracht de steekproef zo a-select mogelijk te houden. Elke derde instelling uit de lijst is benaderd, maar zoals in paragraaf 3.2 al naar voren kwam is er sprake van non-respons. Tien van de 23 benaderde instellingen

heeft niet mee kunnen werken aan het onderzoek. Na het houden van ongeveer acht interviews trad al wel een zekere mate van saturatie op. Vanaf de elfde ondervraagde instelling kwamen er geen relevante nieuwe antwoorden meer op de vragen. Naar verwachting zijn de respondenten dus wel representatief voor de andere zorginstellingen, maar met zekerheid kan dit niet vastgesteld worden.

Tot slot moet nog aandacht worden besteed aan de respondenten. Bij zowel de telefonische interviews als de vragenlijsten die per email zijn beantwoord moet rekening worden gehouden met het geheugen van mensen en mogelijke antwoordtendenties. Het kan zijn dat respondenten een antwoord geven dat niet geheel overeen komt met de werkelijkheid omdat ze bijvoorbeeld iets vergeten zijn. Ook kan het zijn dat respondenten bijvoorbeeld sociaal wenselijke antwoorden geven. Sturing op bepaalde criteria (bijvoorbeeld de SES) kan een beladen onderwerp zijn voor instellingen om over te praten. De mogelijkheid bestaat dat zorginstellingen hun woonvoorzieningen niet in arme buurten plaatsen, maar dat men hier niet openlijk over durft te praten.

Om antwoordsturing te voorkomen is zowel bij de telefonische interviews als in het begeleidend schrijven van de vragenlijsten die per mail zijn verstuurd niet te veel informatie vrijgegeven over het onderzoek. Wel is een toelichting gegeven op de vraagstelling van het onderzoek zodat de respondenten een algemeen beeld hadden van het onderwerp, maar resultaten zijn niet vrijgegeven zodat eventuele sociale wenselijkheid wordt voorkomen. Tot slot is benadrukt dat de vragenlijsten anoniem worden verwerkt zodat respondenten vrijuit konden spreken en eerlijke antwoorden konden geven.

4 Spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen

In het vorige hoofdstuk is uitgelegd hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden. In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van kwantitatieve deel van het empirisch onderzoek. Het hoofdstuk is gebaseerd op onderzoek onder de buurten van 590 kleinschalige woonvoorzieningen. Om vast te stellen of de centrale hypothese die in hoofdstuk 2 is geformuleerd juist is worden de gegevens gepresenteerd en geanalyseerd. Eerst wordt een beeld geschetst van de buurten in Nederland (4.1) vervolgens worden de onderzochte buurten met kleinschalige woonvoorziening gepresenteerd (4.2). Tot slot volgt de analyse van de centrale hypothese, er wordt onderzocht of er een verband bestaat tussen de onafhankelijke variabele (SES van de buurt) en de afhankelijke variabele (kleinschalige woonvoorzieningen) (4.3). In deze analyse staat de vraag centraal hoe de SES van de wijken uit de steekproef zich verhoudt tot de landelijke gemiddelden. Het hoofdstuk is gebaseerd op eigen bewerkingen van cijfers van het CBS (2009 & 2012).

4.1 Buurten van Nederland

Jaarlijks brengt het CBS in kaart hoe Nederland eruit ziet op het gebied van werk, inkomen en sociale zekerheid. De inkomensverdeling van 2009 laat zien dat 40% van de Nederlandse bevolking een inkomen heeft dat op jaarbasis niet hoger is dan €19.200 ('Laag inkomen'). In datzelfde jaar heeft 40% van de inwoners een inkomen dat tussen €19.200 en €41.300 ligt op jaarbasis ('Midden inkomen'). En tot slot heeft 20% van de mensen een jaarinkomen boven de €41.300 ('Hoog inkomen'). Het gemiddeld inkomen in Nederland van alle personen samen is €29.300. Van de beroepsbevolking heeft 74% betaald werk en er zijn per 1000 huishoudens 41 bijstandsuitkeringen (CBS, 2009). In dit onderzoek staan de buurten van het land centraal. Gegevens op buurtniveau zijn daarom interessanter dan de landelijke gegevens over werk en inkomen.

In hoofdstuk vier is uitgelegd dat elke Nederlandse gemeente in wijken en buurten is opgedeeld. Voor het CBS is het praktisch onmogelijk om van alle buurten gegevens over inkomen, arbeid en sociale zekerheid te verzamelen en te publiceren. In deze paragraaf wordt een beeld van de Nederlandse buurten geschetst dat gebaseerd is op ruim 8.000 buurten.

4.1.1 Gemiddeld inkomen

Er zijn in Nederland armere en rijkere buurten, het verschil tussen het gemiddeld inkomen in de rijkste buurt en het gemiddeld inkomen in de armste buurt is groot. Inwoners in de rijkste buurt van het land verdienen gemiddeld €131.000 per jaar, terwijl in de armste buurt het inkomen van de inwoners gemiddeld €11.800 per jaar is.

Opvallend is dat maar zeer weinig buurten een extreem laag of hoog gemiddeld inkomen hebben. Slechts 2,3% van alle buurten heeft een gemiddeld inkomen dat valt in de categorie 'Laag inkomen', terwijl 40% van alle Nederlanders een laag inkomen heeft. In slechts 5,8% van alle buurten is het gemiddeld inkomen hoger dan €41.300, terwijl het aantal hoge inkomens landelijk op 20% ligt. Verreweg de meeste Nederlandse buurten hebben een gemiddeld inkomen dat ligt tussen de €19.200 en €41.300. Ruim 90% van alle buurten in Nederland heeft een gemiddeld inkomen dat valt in categorie 'Midden inkomen', terwijl maar 40% van de Nederlanders een midden inkomen heeft.

Als wordt ingezoomd op de categorie 'Midden inkomen' dan wordt het mogelijk om nog specifiek te kijken hoe de ruim 90% van alle buurten is verdeeld over subcategorieën in de midden inkomens. Opvallend is dat wederom de meeste buurten in de middelste subcategorie vallen. Met ruim 45% is het grootste deel van de Nederlandse buurten gecentreerd in de subcategorie 'Midden inkomen (midden)'. Een kleiner deel, ruim 34% van de buurten, bevindt zich in de onderste categorie 'Midden inkomen (laag)'. En met 13,5% past het kleinste aantal buurten binnen de subcategorie 'Midden inkomen (hoog)'. Zie tabel 11 voor een overzicht van alle buurten in Nederland gerangschikt naar de hoogte van het gemiddeld inkomen.

Tabel 11: Buurten van Nederland gerangschikt naar de hoogte van het gemiddeld inkomen

Inkomenscategorie	Aantal buurten
1: Laag inkomen	1,2% (n=98)
2.1: Midden inkomen (laag)	34,3% (n=2.816)
2.2: Midden inkomen (midden)	45,2% (n=3.712)
2.3: Midden inkomen (hoog)	13,5% (n=1.112)
3: Hoog inkomen	5,9% (n=481)

4.1.2 Inkomensverdeling

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat verreweg de meeste buurten in Nederland een gemiddeld inkomen hebben dat valt in de categorie 'Midden inkomen'. Nu wordt aandacht besteed aan het aantal hoge en lage inkomens per buurt: de inkomensverdeling. Eerst komt het aantal lage inkomens aan bod, vervolgens wordt gekeken naar het percentage hoge inkomens.

Het verschil tussen de armste en rijkste buurt in Nederland is groot. Er zijn dan ook een aantal buurten met extreem veel lage inkomens of extreem weinig lage inkomens. In de buurt met de meeste lage inkomens verdient 95% van de mensen minder dan €19.200, terwijl in de wijk met de minste lage inkomens slechts 5% van de inwoners een laag inkomen heeft. Opvallend is weer dat er maar weinig buurten met extreem veel of weinig lage inkomens zijn. In bijna 80% van de buurten heeft 30% tot 50% van de inwoners een laag inkomen. In slechts 1% van alle buurten zijn er maar weinig lage inkomens (minder dan 20%) en in 1,2% van alle buurten hebben relatief veel mensen een laag inkomen (meer dan 60%). Zie tabel 12 voor een totaal overzicht van alle buurten.

Tabel 12: Buurten van Nederland gerangschikt naar aantal lage inkomens
(de pijl geeft het landelijk percentage lage inkomens aan)

Aantal lage inkomens per buurt	0%-20%	20%-30%	30%-40%	40%-50%	50%-60%	60%-100%
Aantal buurten van Nederland	1% (n=84)	11,8% (n=999)	39,8% (n=3.354)	37,9% (n=3.200)	8,2% (n=694)	1,2% (n=105)



De cijfers van het aantal hoge inkomens op buurtniveau vertonen eenzelfde beeld als het aantal lage inkomens. Er zijn een aantal buurten met veel dan wel weinig hoge inkomens. In de buurt met de meeste hoge inkomens verdient 76% van de mensen meer dan €41.300 euro en in de buurt met de minste hoge inkomens heeft toch nog 5% van de inwoners een hoog inkomen.

Maar het merendeel van alle buurten heeft geen extreme waarden als het gaat om het aantal hoge inkomens. In bijna 75% van alle buurten heeft 10% tot 30% van de inwoners een hoog inkomen. In ±14% van de buurten hebben relatief veel inwoners een hoog inkomen (meer dan 30%) en ±12% van de buurten heeft weinig hoge inkomens (minder dan 10%). Zie tabel 13 voor een totaal overzicht van alle buurten.

Tabel 13: Buurten van Nederland gerangschikt naar aantal hoge inkomens
(de pijl geeft het landelijk percentage hoge inkomens aan)

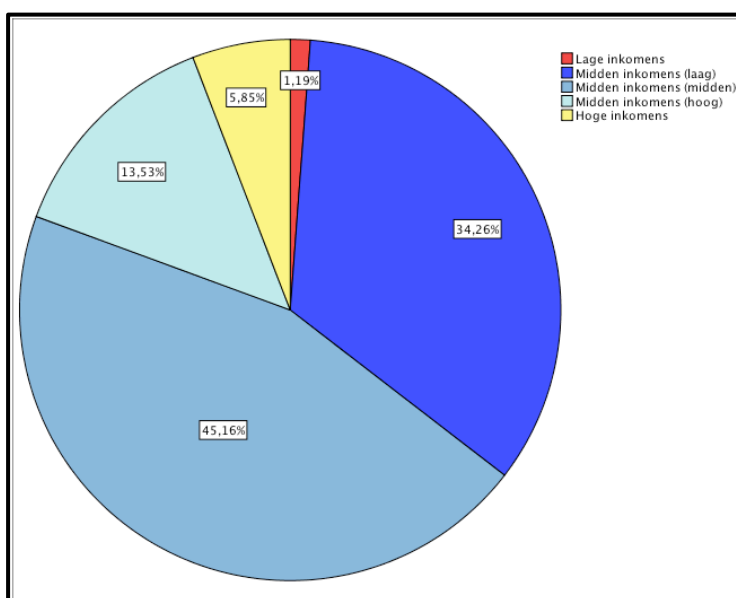
Aantal hoge inkomens per buurt	0%-10%	10%-20%	20%-30%	30%-40%	40%-50%	50%-100%
Aantal buurten van Nederland	12,3% (n=1038)	41,5% (n=3.507)	31,8% (n=2.682)	10,5% (n=889)	2,7% (n=231)	1% (n=94)



5.1.3 Samenvatting

Uit de cijfers over het gemiddeld inkomen en de inkomensverdeling blijkt dat de buurten in Nederland in hoge mate gevarieerd zijn van samenstelling. Er zijn geen buurten waar alleen

mensen met een laag inkomen of enkel personen met hoog inkomen wonen. Doordat mensen met hoge inkomens vaak in buurten wonen samen met mensen met een midden of laag inkomen, zijn er maar 481 buurten in Nederland waar het inkomen gemiddeld hoog te noemen is. En omdat mensen met lage inkomens meestal samen in een buurt wonen met mensen met een midden of hoog inkomen, zijn er bijna geen arme buurten in Nederland. In slechts 98 buurten is het gemiddeld inkomen lager dan €19.300 op jaarbasis. Zie cirkeldiagram 1 voor een overzicht van alle buurten in Nederland gerangschikt naar de hoogte van het gemiddeld inkomen.



Cirkeldiagram 1: Nederlandse buurten gerangschikt naar het gemiddeld inkomen

Mensen met een bepaald inkomensniveau wonen in Nederland niet samen in een buurt, maar leven veeleer verspreid en door elkaar in gemengde buurten. Op buurtniveau weerspiegelt Nederland een grote middenklasse.

4.2 Buurten met een kleinschalige woonvoorziening

Tot nu toe zijn de buurten van Nederland besproken, hoe de verdeling van inkomen, arbeid en sociale zekerheid eruit ziet in de buurten met een kleinschalige woonvoorziening wordt in deze paragraaf beschreven. In totaal bestaat de steekproef van dit onderzoek uit 590 kleinschalige woonvoorzieningen met buurten. Van 51 buurten zijn echter geen CBS-gegevens beschikbaar over het inkomen, van 78 buurten ontbreken de gegevens over het aantal werkzame personen en van 46 buurten is niets bekend over het aantal

bijstandsuitkeringen. Respectievelijk bestaat de totale steekproef dus uit 539, 512 of 544 buurten.

De woonvoorzieningen die zijn onderzocht liggen in buurten waar men gemiddeld €28.544,98 verdient op jaarbasis. In alle buurten samen heeft 40,7% van de inwoners gemiddeld een laag inkomen en 19,1% van de buurtbewoners een hoog inkomen. Het aantal mensen van de beroepsbevolking met een betaalde baan ligt in de buurten gemiddeld op 72,09%. Het gemiddeld aantal bijstandsuitkeringen in de buurten ligt op 41,8 bijstandsuitkeringen per 1000 huishoudens.

De totale steekproef bestaat uit 439 kleinschalige woonvoorzieningen van GHZ-instellingen en 151 locaties van RIBW's. Aangezien het onderzoek de zorglasten voor de buurt centraal stelt zal er geen onderscheid worden gemaakt tussen beide categorieën kleinschalige woonvoorzieningen, maar er zijn wel verschillen tussen beide steekproeven. Uit de cijfers blijkt dat het aantal mensen met een betaalde baan in de buurten met een RIBW-voorziening (gemiddeld 68,91%) significant lager ligt dan het percentage mensen met een betaalde baan in de buurten met een GHZ-locatie (gemiddeld 73,16%)⁶. En het aantal bijstandsuitkeringen ligt in de buurten met een RIBW-voorziening, met gemiddeld 62 uitkeringen per 1000 huishouden, significant hoger dan in de buurten met een GHZ-locatie waar het gemiddelde ligt op 35 bijstandsuitkeringen⁷. In het gemiddeld inkomen en de inkomensverdeling zijn geen significante verschillen gevonden tussen beide steekproeven.

Het zou kunnen dat de verschillen tussen beide steekproeven te maken hebben met de verschillende werkwijzen die de instellingen hanteren. Zowel GHZ-instellingen als RIBW's werken vaak nauw samen met woningbouwcorporaties in het bieden van huisvesting voor cliënten. In de gehandicaptenzorg is het echter meer gebruikelijk dat zorginstellingen ook zelf panden in beheer hebben (koopwoningen). Dit heeft mogelijk invloed op het type buurten waarin de woonvoorzieningen worden gerealiseerd. In het vervolg van de paragraaf zal de steekproef als één geheel worden besproken.

4.2.1 Gemiddeld inkomen

Met een gemiddelde van €28.544,98 ligt het inkomen in de buurten op jaarbasis ruim €750 lager dan het landelijk gemiddeld inkomen. Net als bij de cijfers over de buurten in heel Nederland, blijkt dat er een groot verschil bestaat tussen de armste buurt en de rijkste buurt van de steekproef. In de buurt met het laagste inkomen verdienen mensen gemiddeld €18.700, in de rijkste buurt daarentegen ligt het gemiddeld inkomen op €78.800. Wat opvalt

⁶ $t(510) = 5,460$ $p < 0,001$ en $d = 0,55$ (middelgroot verschil).

⁷ $t(542) = -5,469$ $p < 0,001$ en $d = 0,43$ (middelgroot verschil).

is dat het verschil tussen de armste en de rijkste buurten wel minder groot is in de steekproef dan in alle buurten van Nederland.

Met 96% hebben bijna alle buurten uit de steekproef een gemiddeld inkomen dat valt in de categorie 'Midden inkomen'. In slechts vijf buurten van de totale steekproef verdienen de inwoners gemiddeld een 'Laag inkomen' en in maar zeventien buurten verdienen de mensen gemiddeld een 'Hoog inkomen'. In de categorie 'Midden inkomen' zijn de buurten anders verdeeld over de drie subcategorieën dan de buurten van Nederland samen (zie tabel 11). Landelijk gezien bevinden de meeste buurten zich middelste subcategorie, maar bij de steekproef is de onderste subcategorie met 230 buurten het grootst. De subcategorie 'Midden inkomen (midden)' is bijna even groot als de categorie 'Midden inkomen (laag)' en de hoogste categorie midden inkomens is een stuk kleiner. Zie tabel 14 voor een overzicht van alle buurten uit de steekproef.

Tabel 14: Buurten uit de steekproef gerangschikt naar de hoogte van het gemiddeld inkomen

Inkomenscategorie	Aantal buurten
1: Laag inkomen	0,9% (n=5)
2.1: Midden inkomen (laag)	42,8% (n=230)
2.2: Midden inkomen (midden)	42,4% (n=228)
2.3: Midden inkomen (hoog)	10,8% (n=58)
3: Hoog inkomen	3,2% (n=17)

4.2.2 Inkomensverdeling

Het aantal lage inkomens in de buurten die zijn onderzocht ligt met 40,7% dicht bij het landelijk gemiddelde. Wederom zijn er buurten met extreem veel of extreem weinig lage inkomens. In de buurt met de minste lage inkomens verdient slechts 13% van de inwoners minder dan €19.300, terwijl in de buurt met de meeste lage inkomens 66% van de mensen een laag inkomen heeft. Deze beide buurten zijn wel de twee enige buurten met extreem veel of extreem weinig lage inkomens. In de meeste buurten uit de steekproef ligt het aantal lage inkomens rond het landelijk aantal (40%). In ruim 77% van de buurten heeft 30% tot 50% van de inwoners een laag inkomen. Zie tabel 15 voor een totaal overzicht van alle buurten uit de steekproef.

Tabel 15: Overzicht van de buurten uit de steekproef gerangschikt op aantal lage inkomens
(de pijl geeft het landelijk percentage lage inkomens aan)

Aantal lage inkomens per buurt	0%-20%	20%-30%	30%-40%	40%-50%	50%-60%	60%-100%
Aantal buurten uit de steekproef	0,2% (n=1)	8,5% (n=50)	35,1% (n=189)	42,2% (n=227)	11,9% (n=70)	0,2% (n=1)



Ook het aantal hoge inkomens wijkt met 19,1% niet veel af van de landelijke cijfers. In de buurt met de minste hoge inkomens heeft 5% van de inwoners een inkomen hoger dan €41.300, terwijl in de buurt met de meeste hoge inkomens 54% van de mensen meer dan €41.300 verdient.

In verreweg de meeste buurten ligt het aantal inwoners met een hoog inkomen echter weer rond het landelijk percentage (20%). In ruim 70% van de buurten ligt het aantal hoge inkomens tussen de 10% en 30%. Slechts 10 buurten heeft het aantal hoge inkomens boven 40% van alle inwoners liggen. Zie tabel 16 voor een totaal overzicht van alle buurten.

Tabel 16: Overzicht van de buurten uit de steekproef gerangschikt op aantal hoge inkomens
(de zwarte streep geeft het landelijk percentage hoge inkomens aan)

Aantal hoge inkomens per buurt	0%-10%	10%-20%	20%-30%	30%-40%	40%-50%	50%-100%
Aantal buurten uit de steekproef	17,5% (n=94)	43,1% (n=232)	28,6% (n=154)	8,9% (n=48)	1,5% (n=8)	0,4% (n=2)



In paragraaf 4.2.1 is duidelijk geworden dat in 458 buurten (85%) uit de steekproef het gemiddeld inkomen ligt tussen de €19.200 en €33.933 (‘Midden inkomen (laag)’ en ‘Midden inkomen (midden)’). Om conclusies te trekken over de verdeling van zorglasten is het belangrijk om apart aandacht te besteden aan de inkomensverdeling in deze buurten, omdat het grootste gedeelte van de zorglasten in dit type buurten ligt.

In de buurten waar 85% van alle onderzochte woonvoorzieningen is gerealiseerd is de inkomensverdeling zeer gevarieerd. Zoals hierboven al is vastgesteld zijn er geen buurten waar alleen maar mensen met lage inkomens wonen, en ook geen buurten waar alleen maar hoge inkomens worden verdiend. In de 458 buurten met een woonvoorziening in de twee midden inkomenscategorieën is de variatie van inkomens nog groter. In de betreffende buurten verdient 20% tot 70% van de inwoners een laag inkomen (zie tabel 17).

Tabel 17: Overzicht van de meest belaste buurten uit de steekproef gerangschikt op aantal lage inkomens
(de zwarte streep geeft het landelijk percentage lage inkomens aan)

Aantal lage inkomens per buurt	0%-20%	20%-30%	30%-40%	40%-50%	50%-60%	60%-100%
Aantal buurten van uit de steekproef	0% (n=0)	2,4% (n=11)	34,4% (n=157)	48,8% (n=224)	14,1% (n=65)	0,2% (n=1)



En 5% tot 40% van de inwoners van de betreffende buurten verdient een hoog inkomen (zie tabel 18).

Tabel 18: Overzicht van de meest belaste buurten uit de steekproef gerangschikt op aantal hoge inkomens

(de zwarte streep geeft het landelijk percentage hoge inkomens aan)

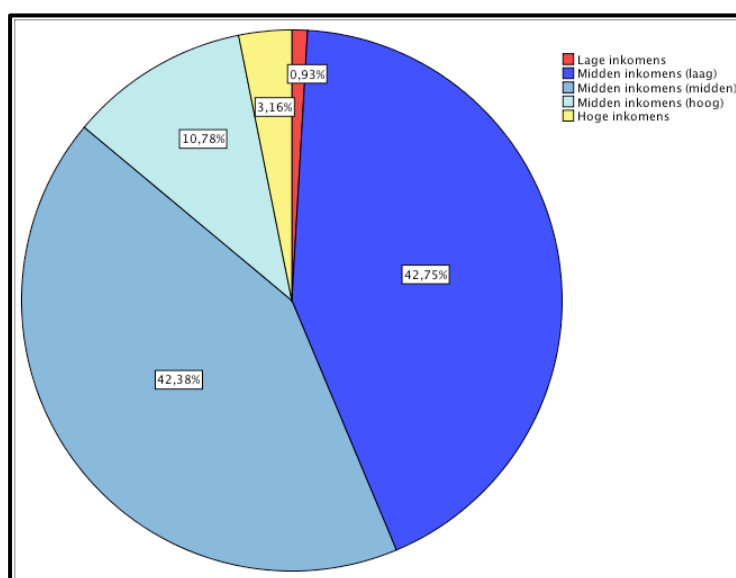
Aantal hoge inkomens per buurt	0%-10%	10%-20%	20%-30%	30%-40%	40%-50%	50%-100%
Aantal buurten uit de steekproef	19,3% (n=89)	50,6% (n=232)	29,6% (n=135)	0,4% (n=2)	0% (n=0)	0% (n=0)



Dit betekent dat verreweg de meeste woonvoorzieningen worden gerealiseerd in buurten met een zeer gevarieerd publiek. De meest belaste buurten zijn buurten waar zowel mensen met laag inkomen wonen als mensen met een midden of hoog inkomen.

4.2.3 Samenvatting

Hoewel het gemiddeld inkomen in de buurten uit de steekproef lager ligt dan het landelijk gemiddelde, komt wederom het beeld naar voren van een grote middenklasse. In slechts vijf buurten ligt het gemiddeld inkomen lager dan €19.200 en in zeventien wijken heeft men gemiddeld een hoger inkomen dan €41.300. De overige buurten hebben een gemiddeld inkomen dat past in de categorie 'Midden inkomen'. Zie cirkeldiagram 2 voor de verdeling van de buurten uit de steekproef over de vijf inkomenscategorieën.



Cirkeldiagram 2: Buurten van Nederland gerangschikt naar het gemiddeld inkomen

De percentages hoge en lage inkomens liggen in verreweg de meeste buurten rond het landelijk aantal hoge en lage inkomens. De meeste buurten zijn zeer gevarieerd van samenstelling, dat wil zeggen dat zowel een aanzienlijk deel van de mensen hoog inkomen

heeft, een groot deel van de inwoners een midden inkomen heeft en een redelijk deel van de buurtbewoners een laag inkomen verdient.

De buurten uit de steekproef verschillen in een aantal opzichten van de landelijk gemiddelden. Ten eerste verdient men in de buurten met een woonvoorziening gemiddeld €750 euro minder dan het landelijk gemiddelde. Ten tweede wonen er gemiddeld meer mensen met een laag inkomen en minder mensen met een hoog inkomen in de buurten uit de steekproef. Ten derde ligt het percentage mensen met een betaalde baan een stuk lager en is het aantal bijstandsuitkeringen hoger dan het landelijk percentage. Deze verschillen duiden op een ondersteuning van de hypothese die in dit onderzoek centraal staat (hoe lager de SES van een wijk hoe meer kleinschalige woonvoorzieningen). Of dit werkelijk zo is, wordt in de volgende paragraaf nader onderzocht.

4.3 Gegevens toetsen

De indicatoren die in hoofdstuk 3 zijn vastgesteld om een indruk te geven van de SES van de buurten geven allen gemiddelde waarden die impliceren dat de SES van een buurt met een woonvoorziening uit de steekproef lager ligt dan het landelijk gemiddelde. Om een uitspraak over de centrale hypothese te kunnen doen zijn alle indicatoren apart getoetst aan het landelijk gemiddelde.

Ten eerste blijkt uit de gegevens over het inkomen dat inwoners van de buurten met een kleinschalige woonvoorziening uit de steekproef een significant lager gemiddeld inkomen hebben dan het landelijk gemiddelde. Het verschil tussen het landelijk gemiddelde en het gemiddeld inkomen van de buurten uit de steekproef is klein (zie tabel 19).

Tabel 19: Gemiddeld inkomen

Landelijk gemiddelde	Gemiddelde van de buurten uit de steekproef	Standaardafwijking
€29.300	€28.544,98	€6.353,79

$t(537)=-2,756$, $p=0,003$ en *Estimated D*=-0.21 (klein effect)

Ten tweede is het aantal lage inkomens in de buurten met een kleinschalige woonvoorziening significant hoger dan het landelijk aantal lage inkomens, zo blijkt uit de cijfers. Het verschil tussen het aantal lage inkomens in de buurten uit de steekproef en het landelijk percentage is wederom klein (zie tabel 20).

Tabel 20: Aantal lage inkomens

Landelijk gemiddelde	Gemiddelde van de buurten uit de steekproef	Standaardafwijking
40%	41,13%	8,05%

$t(537)=3,247$, $p<0,001$ en *Estimated D*=0,14 (klein effect)

Ten derde blijkt uit de data dat het aantal hoge inkomens in de buurten uit de steekproef significant lager ligt dan het landelijk percentage hoge inkomens. Het verschil tussen het aantal hoge inkomens in de buurten met een woonvoorziening en het landelijk percentage is weer klein (zie tabel 21).

Tabel 21: Aantal hoge inkomens

Landelijk gemiddelde	Gemiddelde van de buurten uit de steekproef	Standaardafwijking
20%	18,75%	8,78%

$t(537)=-3,301$, $p<0,001$ en *Estimated D*=-0,14

Ten vierde wonen in de buurten uit de steekproef significant minder mensen met betaald werk dan het percentage werkende mensen uit de totale beroepsbevolking. Het verschil in percentage werkzame personen is klein (zie tabel 22)

Tabel 22: Aantal werkzame personen

Landelijk gemiddelde	Gemiddelde van de buurten uit de steekproef	Standaardafwijking
74%	72,09%	7,90%

$t(510)=-5,474$, $p<0,001$ en *Estimated d*=-0.24 (klein effect)

Tot slot is er geen significant verschil gevonden tussen het aantal bijstandsuitkeringen in de buurten met een woonvoorziening uit de steekproef en het landelijk aantal bijstandsuitkeringen (zie tabel 23).

Tabel 23: Aantal bijstandsuitkeringen

Landelijk gemiddelde	Gemiddelde van de buurten uit de steekproef	Standaardafwijking
41 per 1000 huishoudens	41,79 per 1000 huishoudens	42,27

$t(541)=0,435$, $p=0,33$

4.3.1 Samenvatting

Met behulp van de *One-sample T-test* is aangetoond dat de meeste verschillen die zijn gevonden tussen de buurten uit de steekproef en de landelijk gemiddelden significant zijn. Alleen het aantal bijstandsuitkeringen is niet significant hoger dan het landelijk percentage. De gevonden verschillen geven de indicatie dat de SES van de buurten uit de steekproef lager ligt dan de SES van heel Nederland. Het gemiddeld inkomen is immers lager, het aantal lage inkomens ligt hoger en het aantal hoge inkomens ligt lager, tot slot wonen er minder werkende personen in de buurten uit de steekproef.

Als een verschil tussen twee populaties significant blijkt te zijn, zegt dat echter nog weinig over de grootte van het verschil. Een probleem met hypothesetoetsing is dat een zeer klein verschil al significant kan blijken, zeker als de steekproef groot is (Gravetter & Wallnau, 2009: 261-262, 291). In dit onderzoek heeft de steekproef een redelijke grootte, de kans dat een klein verschil als significant wordt berekend is aanwezig.

Met behulp van de *Cohen's D* is daarom de effectgrootte van de verschillen tussen de gegevens van de buurten uit de steekproef en de landelijke gegevens berekend. De effectgrootte is een maat die een indicatie geeft voor de absolute grootte van de verschillen tussen in dit geval de buurten uit de steekproef en de landelijke gegevens. De effectgroottes van alle gevonden significante verschillen tussen de buurten uit de steekproef en de landelijke gegevens blijken in dit onderzoek klein te zijn.

Kortom, de buurten uit de steekproef scoren wel significant anders op de indicatoren voor de SES van de buurten. En de verschillen duiden er op dat de SES van de buurten met een woonvoorziening lager is dan de landelijke SES. Maar de gevonden verschillen zijn in absolute omvang slechts klein. In hoofdstuk 6 wordt besproken wat er aan de hand van deze resultaten geconcludeerd kan worden over de centrale hypothese en de verdeling van de zorglasten in Nederland.

5 Spreidingsbeleid voor kleinschalige beschermde woonvoorzieningen

In hoofdstuk 4 is beschreven hoe de woonvoorzieningen zijn verspreid over de buurten van Nederland. Uit de analyse blijkt dat de onderzochte buurten significant lager scoren op de indicatoren voor de SES. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatieve deel van het empirisch onderzoek besproken. De vraag hoe de locatiekeuze van kleinschalige woonvoorzieningen plaatsvindt staat centraal in dit hoofdstuk en wordt op drie niveaus beantwoord. Eerst wordt het beleid van de Rijksoverheid besproken (5.1), vervolgens wordt aandacht besteed aan het gemeentelijk beleid (5.2) en tot slot komt het plaatsingsbeleid en de werkwijze van zorginstellingen aan bod (5.3).

5.1 Het Rijk

In deze paragraaf wordt besproken in hoeverre het Rijk de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen over buurten in Nederland beïnvloedt. De vragen of er actief beleid wordt gemaakt op kleinschalige woonvoorzieningen en hoe over de spreiding van woonvoorzieningen wordt gedacht staan centraal.

Het Rijk heeft vanaf de jaren '80 het idee omarmd dat mensen met een beperking gehuisvest moeten worden in kleinschalige woonvormen buiten de grote instellingsterreinen. Huisvesting in kleinschalige woonvoorzieningen maakt het mogelijk dat de gewenste integratie tussen bevolkingsgroepen plaatsvindt en dat de menselijk maat wordt terug gebracht in de zorg (Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ), 2010: 1). De verandering van grootschalige voorzieningen naar kleinschalige woonvormen, en van huisvesting op instellingsterreinen naar gewone woonwijken, is groot en gaat gepaard met de nodige beleidsvorming en wetswijziging. Het afgelopen decennium is een aantal veranderingen doorgevoerd in het zorgbeleid ten aanzien van kleinschalige woonvoorzieningen, in deze paragraaf komen drie belangrijke veranderingen aan bod.

5.1.1 Regeling Kleinschalige woonvoorzieningen

Tot 2002 was een zorginstelling verplicht goedkeuring te vragen aan het Bouwcollege alvorens een woonvoorziening kon worden gerealiseerd. Het Bouwcollege was een Zelfstandig Bestuursorgaan dat door de minister van VWS was belast met het verlenen van bouwvergunningen aan zorginstellingen (Scheerder, 2009). De vergunningaanvragen werden door het Bouwcollege aan het bouwregime getoetst (Post & Keuning, 2010: 10). Doordat

iedere zorginstelling haar plannen voor nieuwe locaties eerst aan het Bouwcollege moest voorleggen, was er in zekere mate (toe)zicht op de spreiding van zorglocaties.

In 2002 is de Regeling kleinschalige woonvoorzieningen (Rkw) ingevoerd door het Rijk. De Rkw is een regeling die bedoeld is om de maatschappelijke integratie van kwetsbare groepen te ondersteunen. Een voorwaarde voor de integratie van mensen met een handicap en/of psychische problematiek is namelijk dat er wel kleinschalige woonvoorzieningen in woonwijken voor handen zijn. De Rkw maakt het eenvoudiger om dergelijke woonvoorzieningen te realiseren (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) 2002: 4) doordat de regeling zorginstellingen de mogelijkheid geeft om kleinschalige woonvoorzieningen buiten instellingsterreinen te realiseren zonder tussenkomst van het bouwcollege (Post & Keuning, 2010: 10). Als een zorginstelling van plan is een kleinschalige woonvoorziening te realiseren, hoeft dit plan vanaf 2002 geen goedkeuring meer te krijgen van het bouwcollege. Het bouwcollege houdt door de Rkw geen (toe)zicht meer op de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen over buurten.

In de Rkw wordt een kleinschalige woonvoorziening gedefinieerd als een zelfstandige woning met een beperkte omvang van ten hoogste zes personen. Per postcode mogen er maximaal twaalf personen in een dergelijke woonvoorziening verblijven (Ministerie van VWS, 2002: 1-2). De integratie van cliënten is een belangrijk doel van de woonvoorzieningen, het maximum aantal cliënten in het criterium voor kleinschaligheid is dan ook aangepast aan deze doelstelling. De keuze voor maximaal twaalf personen per postcodegebied wordt door het ministerie van VWS als volgt beargumenteerd: 'Bij een omvang van meer dan 12 personen is te zeer sprake van een 'instituut', of institutionele woonvorm' (Ministerie van VWS, 2002: 1-2). Het (toe)zicht op de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen wordt vanaf 2002 dus niet meer geregeld door het Bouwcollege, maar het aantal AWBZ-verblijfplaatsen per buurt wordt wel gemaximeerd met het postcode-criterium in de Rkw (Post & Keuning, 2009: 10).

5.1.2 Wet Toelating Zorginstellingen

Vier jaar na de invoering van de Rkw volgt de tweede belangrijke verandering in het beleid voor kleinschalige woonvoorzieningen. In 2006 treedt de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking, deze wet regelt de verplichte toelatingen voor instellingen die zorg willen aanbieden op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of AWBZ (Cibg, 2012). Met de invoering van deze nieuwe wet wordt de Rkw uit 2002 vervangen door de Beleidsregel kleinschalige woonvoorzieningen (Bkw) (Post & Keuning, 2009: 10).

In eerste instantie wordt het postcodecriterium van de Rkw (met een maximum van twaalf AWBZ-verblijfplaatsen) overgenomen in de definitie van een kleinschalige woonvoorziening (Post & Keuning, 2009: 10). Drie jaar later komt daar echter verandering in. In 2009 wordt het Uitvoeringsbesluit van de WTZi gewijzigd, het postcode-criterium voor de spreiding van zorglocaties wordt met deze wijziging geheel uit de omschrijving van kleinschalige woonvoorzieningen geschrapt. Het postcode-criterium wordt vanaf 2009 niet meer gehanteerd 'omdat dat in de praktijk niet meer werd gebruikt' aldus Staatssecretaris Bussemaker (Bussemaker, 2009: 5).

Met het verdwijnen van het postcode-criterium voor kleinschalige woonvoorzieningen worden geen eisen meer gesteld aan het aantal AWBZ-verblijfplaatsen per postcode. Wel worden er nog eisen gesteld aan de spreiding van woonvoorzieningen in de Nederlandse buurten. In de plaats van het postcode-criterium is het nabijheidscriterium gekomen (KCWZ, 2009). Het nabijheidscriterium wordt geformuleerd in artikel 2.1, zevende lid van het Uitvoeringsbesluit WTZi, een kleinschalige woonvoorziening is een voorziening die:

'samen met andere in de directe omgeving gelegen zodanige voorzieningen aan niet meer dan voor zover het gaat om zwaar verblijf 24 personen en voor zover het gaat om licht verblijf 50 personen huisvesting bieden met dien verstande dat het totaal van licht en zwaar verblijf tezamen ten hoogste 50 personen bedraagt'

Momenteel wordt de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen door de Rijksoverheid dus bepaald door het nabijheidscriterium. Er mogen in de directe omgeving maximaal 50 AWBZ-verblijfplaatsen zijn waarvan er maximaal 24 personen zwaar verblijf mogen hebben. De Bkw is onderhand vervallen (NZa, 2012).

5.1.3 Opheffing van het Bouwregime

Een derde belangrijke verandering in de wet- en regelgeving met grote gevolgen voor de realisatie en spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen is het opheffen van het gehele bouwregime in 2009. Het Rijk heeft besloten dat zorginstellingen zelf verantwoordelijk moeten zijn voor de financiering en het beheer van bouw van zorgvoorzieningen. Het Bouwcollege dat sinds 2002 al geen toezicht meer hield op de bouw van kleinschalige woonvoorzieningen heeft vanaf 2009 helemaal geen rol meer in het beoordelen van bouwplannen en het verlenen van vergunningen (Scheerder, 2009).

De opheffing van het bouwregime veroorzaakt geen veranderingen in het spreidingsbeleid voor kleinschalige woonvoorzieningen van de overheid, maar heeft

hoogstwaarschijnlijk wel invloed op de spreiding. Voorheen werd de financiering van de bouw van zorgvoorzieningen namelijk in samenspraak tussen de zorginstelling, het Bouwcollege en het ministerie van VWS vastgesteld. Maar om de marktwerking in de zorg te stimuleren moeten zorginstellingen voortaan de investering van zorgbouw zelf terugverdienen. Het terugverdienen van de zorgbouwinvestering kan een instelling doen met de productie van diverse zorgproducten in de voorziening (Tulp, 2007: 1). Als gevolg van het wegvallen van het bouwregime en de daarbij behorende financieringsmogelijkheden maken zorginstellingen tegenwoordig eerst een risico-afweging en een kosten-baten analyse voordat zij een zorgvoorziening realiseren. De vraag of het mogelijk is om de investering terug te verdienen is belangrijk geworden in zorgbouw en kan invloed hebben op de locatiekeuze van zorginstellingen. In het geval van (kleinschalige) woonvoorzieningen gaat een zorginstelling eerst onderzoeken of er voldoende cliënten zijn die op een bepaalde locatie in een woonvoorziening willen wonen. Als dit niet het geval is dan zijn de inkomsten van de zorgverlening te laag en kan de voorziening niet gerealiseerd worden (als de instelling geen verlies wil draaien).

5.2 De gemeenten

Het Rijk heeft in het zorgbeleid de afgelopen jaren aangestuurd op kleinschalig wonen. Er zijn meerdere regelingen doorgevoerd die eisen stellen aan de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen, zoals hierboven is beschreven. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de gemeenten. De vraag of er in het lokale beleid verder invulling wordt gegeven aan het nabijheidscriterium van het Rijk staat centraal.

De gemeenten zouden de beleidsontwikkelingen op Rijksniveau moeten ondersteunen en kunnen met lokaal beleid en regelgeving de maatschappelijke tendens naar kleinschalig wonen ondersteunen en in goede banen leiden (KCWZ, 2010: 13). Onderzoek wijst echter uit dat niet alle gemeenten het kleinschalig wonen op een goede manier ondersteunen. Het blijkt voor zorginstellingen vaak lastig om kleinschalig wonen in wijken te realiseren omdat er niet voldoende aandacht voor is in het gemeentelijk beleid. In deze paragraaf worden eerst de problemen besproken, vervolgens komen mogelijke oplossingen aan bod en tot slot wordt gekeken naar het gemeentelijk beleid anno 2012. De paragraaf is mede gebaseerd op onderzoek onder acht gemeenten (documentanalyse).

5.2.1 Problemen

In het adviesrapport *Een handreiking voor gemeenten, zorgorganisaties en corporaties* van Verhagen, Visser, Kam en Prins-Wijnschenk (2010) worden verschillende problemen in het

gemeentelijke beleid onderscheiden. Ten eerste levert de inpassing in het bestemmingsplan problemen op. Ten tweede hebben buurtbewoners vaak bezwaren tegen een woonvoorziening in de buurt (Verhagen, Visser, Kam & Prins-Wijnschenk, 2010: 5). Deze problemen worden kort besproken.

Bestemmingsplannen

Verhagen et al. (2010) stellen dat de problemen die zorginstellingen ervaren bij het realiseren van kleinschalige woonvoorzieningen worden veroorzaakt door de slechte afstemming tussen twee beleidsterreinen. In een kleinschalige woonvoorziening komt het aspect 'wonen' samen met het beleidsterrein 'zorg'. Het aspect 'wonen' is verbonden met het beleidsterrein ruimtelijke ordening. De veranderingen in het zorgbeleid die kleinschalig wonen in normale wijken stimuleren, worden niet goed ondersteund door veranderingen in het beleid van ruimtelijke ordening (p. 8).

Gemeenten bepalen de ruimtelijke ordening van hun grondgebied door eens in de zoveel tijd een structuurvisie op te stellen waarin de ruimtelijke ontwikkelingsplannen voor de komende jaren worden gepresenteerd. De structuurvisie krijgt vaste vorm in de bestemmingsplannen van de gemeente. In een bestemmingsplan ligt de bestemming van elk gebouw of stuk grond in de gemeente vast (Rijksoverheid, 2012). Het zorgbeleid gaat ervan uit dat de kleinschalige woonvoorzieningen in wijken woonlocaties zijn, de voorzieningen zouden daarom moeten vallen onder de bestemming 'wonen' in het bestemmingsplan. Maar in de gemeentelijke regels voor ruimtelijke ordening vallen kleinschalige woonvoorzieningen nog vaak onder de bestemming 'maatschappelijk' (Verhagen et al., 2010: 10). Door dit verschil in definiëring levert de inpassing van kleinschalig wonen in het bestemmingsplan tot op heden nog problemen op.

De woningen waar de kleinschalige woonvoorziening moet komen, hebben de bestemming 'wonen' en er wordt bij het begrip wonen uitgegaan van een ruimte bestemd voor de vestiging van één (zelfstandig) huishouden (Verhagen et al., 2010: 10). Daar vallen de kleinschalige woonvoorzieningen (met zorg) meestal niet onder. Om een kleinschalige woonvoorziening te realiseren moet het bestemmingsplan worden aangepast. In de procedure waarin het bestemmingsplan wordt aangepast hebben omwonenden inspraakrecht. Door de slechte afstemming tussen beide beleidsterreinen is de realisatie van kleinschalige woonvoorzieningen daarom in het beste geval een langdurig proces en in het slechtste geval niet meer mogelijk (Verhagen et al., 2010: 8-9).

Not In My Backyard

Vaak moeten zorginstellingen het bestemmingsplan dus laten wijzigen, de bestemming van de betreffende woning of het stuk bouwgrond moet worden veranderd van 'wonen' naar 'maatschappelijk'. Als niemand bezwaar heeft tegen deze wijziging, dan komt de zorginstelling ook niet voor grote problemen te staan in dit proces. In het verleden is echter gebleken dat buurtbewoners gebruik maken van het inspraakrecht dat ze hebben om te voorkomen dat er een kleinschalige woonvoorzieningen in de buurt wordt gerealiseerd (Verhagen et al., 2010: 10).

Er is bij kleinschalige woonvoorzieningen sprake van *Not In My Backyard* (NIMBY) problematiek. Bij NIMBY-problematiek is het nut en de noodzaak van een bepaalde voorziening voor burgers wel duidelijk, maar omdat de voorziening belastend is voor de omgeving willen mensen de voorziening liever niet in hun "achtertuin" hebben (Hoogerwerf & Herweijer, 2008: 266). Er zullen weinig mensen zijn die het bestaan van voorzieningen voor zorgbehoevenden ter discussie stellen. Maar als een voorziening bij mensen om de hoek wordt gerealiseerd, hebben ze vaak bezwaren.

Een kleinschalige woonvoorziening brengt een zekere belasting mee voor de buurt. Er kan van burens verlangd worden dat zij de cliënten ondersteunen en accepteren (Linders & Meijer, 2005). Daarnaast zijn mensen bang dat een dergelijk woonvoorziening de waarde van hun woningen vermindert en dat cliënten voor overlast zorgen. Dit zijn redenen waarom mensen de voorzieningen niet in hun "achtertuin" willen hebben (Verhagen et al., 2010: 9).

5.2.2 Oplossingen

Volgens het KCWZ zijn er verschillende mogelijkheden voor gemeenten om zorginstellingen in de toekomst te ondersteunen bij het realiseren van kleinschalige woonvoorzieningen. Ten eerste kunnen gemeenten in het beleidsplan Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) de kleinschalige woonvoorzieningen opnemen. Voor een goede spreiding van voorzieningen over wijken en buurten in de gemeente kan men in het beleidsplan WMO richtlijnen opstellen ten aanzien van kleinschalig wonen (KCWZ, 2010: 13).

Ten tweede zou de gemeente ook in haar nieuwe Structuurvisie de kleinschalige woonvoorzieningen kunnen opnemen (KCWZ, 2010: 14). In de ruimtelijke ontwikkelingsplannen zou de gemeente bijvoorbeeld criteria voor de spreiding van woonvoorzieningen kunnen meenemen. Deze criteria kunnen dan gepresenteerd worden in de structuurvisie.

Ten derde kan de bestemming 'wonen' in de nieuwe bestemmingsplannen zo worden geformuleerd dat bepaalde kleinschalige woonvoorzieningen passen binnen de

bestemming van woningen in gewone wijken. Volgens het kenniscentrum is het raadzaam om een heldere indeling van woonvormen te maken, sommige kleinschalige woonvoorzieningen kunnen vallen onder de bestemming wonen, anderen zullen de status maatschappelijk houden (KCWZ, 2010: 16). Een voorstel om de bestemming wonen 'op te rekken' zodat ook kleinschalige woonvoorzieningen eronder vallen is gedaan door in 't Hout; hij noemt als maximum aantal cliënten voor voorzieningen die onder de bestemming 'wonen' zouden moeten vallen bijvoorbeeld tien huizen met niet meer dan 40 bewoners (Verhagen et al., 2010: 40).

5.2.3 Praktijk

Uit het onderzoek van het KCWZ blijkt dat veel zorginstellingen nog problemen ondervinden bij het realiseren van kleinschalige woonvoorzieningen. Problemen die worden veroorzaakt door de slechte afstemming tussen de twee beleidsterreinen zorg en ruimtelijke ordening. Om een idee te krijgen van het gemeentelijk beleid anno 2012 is van acht gemeenten⁸ uit de steekproef van dit onderzoek gekeken naar het Beleidsplan WMO en de bestemmingsplannen. Aan de hand van deze documenten is geprobeerd vast te stellen in hoeverre de gemeenten concreet beleid voeren op de kleinschalige woonvoorzieningen zoals geadviseerd wordt door het KCWZ.

Beleidsplannen WMO

Een algemeen beeld dat in de WMO-beleidsplannen van alle gemeenten naar voren komt is het ideaal van de zelfredzame burger die zolang mogelijk zelfstandig moet wonen. Er wordt in veel plannen gesproken over 'meer doen met minder geld'. Participatie is een veelvoorkomende term in de beleidsplannen en het organiseren van zorg op wijkniveau is een belangrijk thema. In de visie van alle gemeenten is de vermaatschappelijkingsgedachte duidelijk te lezen. Door veel gemeenten wordt de ambitie uitgesproken dat mensen met een beperking zo lang mogelijk in de eigen buurt moeten blijven wonen. Niet alle gemeenten geven echter een concrete invulling aan deze ambitie in de documenten, ook worden kleinschalige beschermde woonvoorzieningen als woonvorm in de wijk niet in alle beleidsplannen genoemd.

Vier van de acht onderzochte gemeenten voeren concreet beleid op kleinschalige beschermde woonvoorzieningen (zie tabel 24). In de documenten van deze vier gemeenten staan plannen of afspraken met bijvoorbeeld woningbouwcorporaties over de toename van

⁸ Om de privacy en anonimiteit van cliënten en zorginstellingen te waarborgen worden ook de onderzochte gemeenten niet met naam genoemd.

het aantal kleinschalige woonvoorzieningen in de gemeente binnen een bepaald tijdsbestek. Een voorbeeld van een concreet plan is gevonden in de documenten van gemeente F, deze gemeente heeft de vraag naar woonvoorzieningen over een x aantal jaren geschat en een inventarisatie gemaakt van de huidige capaciteit. Op basis van deze gegevens is berekend hoeveel woonvoorzieningen er nog bij moeten komen in de tussenliggende tijd. Een ander voorbeeld van beleid is een gemeente die in haar wijkgerichte actieplannen de realisatie van een aantal kleinschalige woonvoorzieningen heeft meegenomen als te behalen doelstelling.

Eén van de acht gemeenten heeft de 'woonservice zones' ingevoerd, dit zijn zones waar concrete invulling wordt gegeven aan het idee dat zorgbehoevende mensen zo lang mogelijk zelfstandig moeten wonen door clustering van voorzieningen. Volgens het KCWZ bestaat een woonservice zone uit een wijk waarbinnen sprake is van 'wonen, welzijn en zorg op maat, variërend van aanpassingen aan de woning tot 24-uurszorg' (KCWZ, 2012B). De zones komen tot stand door een samenwerking tussen de gemeente, corporaties, zorginstellingen en bijvoorbeeld bewonersorganisaties. Het is niet de bedoeling dat deze zones een soort zorgdorpen op zichzelf worden, de zorg domineert niet in het woongebied. Wel is de ambitie dat er een goed voorzieningenniveau in de wijk is, dat er bijvoorbeeld een buurtcentrum is waar zorg- en dienstverlening wordt georganiseerd en dat er meerdere woonvormen (individueel en in groepsverband) aanwezig zijn (KCWZ, 2012B).

De woonservice zones worden door steeds meer gemeenten ingevoerd. Er wordt bij deze zones actief gestuurd op de spreiding van zorgvoorzieningen en vaak wordt er niet gekozen voor een losse woonservice zone binnen een gemeenten, maar voor *zonerig* (KCWZ, 2012C). De gemeente wordt als het ware in verschillende woonzorgzones opgedeeld, op deze manier wordt er actief gelet op de spreiding van kleinschalige voorzieningen over woongebieden.

Tabel 24: Overzicht van concreet beleid in de onderzochte documenten

Gemeente	Concreet beleid?
A	Nee, niet gevonden
B	Ja, concreet beleid in een van de wijkplannen
C	Nee, niet gevonden
D	Nee, niet gevonden
E	Ja, concreet beleid in het Beleidsplan WMO
F	Ja, concreet beleid in het beleidsplan Woonvisie
G	Ja, concreet beleid in het beleidsplan Woonservicezones
H	Nee, niet gevonden

Bestemmingsplannen

Bij het doornemen van de bestemmingsplannen bleek het ingewikkeld om te ontdekken of de bestemming 'wonen' is opgerekt tot een bredere categorie zodat ook kleinschalige woonvoorzieningen passen binnen de bestemming. In de toelichting van bestemmingsplannen staat een beschrijving van de verschillende bestemmingen, uit deze beschrijving zou afgeleid moeten worden of kleinschalige woonvoorzieningen ook binnen de bestemming 'wonen' passen. Maar bij de bestemming 'wonen' wordt in de toelichting bijvoorbeeld gewezen op de regel dat in het gebouw de woonfunctie als hoofdfunctie behouden moet blijven. Dergelijke omschrijvingen maken het lastig om te beoordelen welke voorzieningen wel en welke woonvormen niet binnen de bestemming passen en kunnen leiden tot conflict tussen voor- en tegenstanders van kleinschalige woonvoorzieningen in een bepaalde buurt⁹.

In een van de acht gemeenten is er duidelijk een aanpassing gemaakt in het bestemmingsplan. Naast de bestemming 'wonen' en 'maatschappelijk' is een tussencategorie geplaatst: de 'bijzondere woonvoorzieningen'. Kleinschalige woonvoorzieningen vallen onder de bestemming 'bijzondere woonvoorziening' in deze gemeente omdat de voorziening bestemd is voor mensen die niet in een normale woonvoorziening kunnen verblijven. Bij de overige zeven gemeenten is geen tussencategorie gevonden, het is bij deze gemeenten ook niet duidelijk geworden of de bestemming 'wonen' is opgerekt zodat kleinschalige woonvoorzieningen gemakkelijker gerealiseerd kunnen worden.

5.3 Zorginstellingen

Tot nu toe is aandacht besteed aan het beleid van de overheid. Uit bovenstaande bespreking is duidelijk geworden dat het Rijk het nabijheids criterium heeft ingevoerd voor de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen en dat gemeenten verschillen in het gevoerde beleid ten aanzien van de woonvoorzieningen. De zorginstellingen zelf hebben ook een belangrijk aandeel in hoe de huidige spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen over buurten tot stand is gekomen.

⁹ De Raad van State heeft in 2011 uitspraak gedaan in een conflict dat is ontstaan door de onduidelijke omschrijving van de bestemming 'wonen' in een bestemmingsplan (ABRS, 24-08-2011, LJN: BR5681). Het ging in dit conflict om een woonvoorziening waar een permanente groep van zes tot acht mensen met een verstandelijke beperking woonden. Overdag gingen de bewoners elders naar dagbesteding. Er was permanent begeleiding aanwezig in de woning, maar mensen konden relatief zelfstandig wonen. De Raad van State oordeelde dat de zorg in deze voorziening ondergeschikt was aan het wonen en dat de voorziening daarom paste binnen het bestemmingsplan (Actueel in ruimte, 2012)

Om meer inzicht te krijgen in de werkwijze van zorginstellingen bij het realiseren van kleinschalige woonvoorzieningen is aan dertien instellingen een vragenlijst voorgelegd. Bij negen instellingen is de vragenlijst telefonisch afgenomen, vier instellingen hebben per mail de vragen beantwoord. In de vragen stond de keuze voor een locatie van een kleinschalige woonvoorziening centraal; hoe wordt de locatie voor woonvoorzieningen bepaald en welke criteria spelen een rol bij de locatiekeuze. In deze paragraaf worden de bevindingen van de interviews gepresenteerd. Eerst wordt ingegaan op het proces waarin de keuze voor een locatie wordt gemaakt, vervolgens wordt naar de criteria voor een goede locatie gekeken en tot slot wordt apart aandacht besteed aan de rol die de SES van buurten speelt bij de locatiekeuze.

5.3.1 Proces

Uit de interviews is naar voren gekomen dat er een aantal manieren zijn waarop instellingen een nieuwe kleinschalige woonvoorziening kunnen realiseren. Ten eerste wordt het proces bepaald door de vraag of de zorginstellingen haar panden zelf in beheer heeft (koopwoningen) of dat instellingen de woningen huurt van bijvoorbeeld een woningbouwcorporatie. Ten tweede is voor het proces van belang hoe de kleinschalige woonvoorziening in het bestemmingsplan van de betreffende gemeente wordt gedefinieerd (met bestemming 'maatschappelijk' of 'wonen'). In de realisatie van kleinschalige woonvoorzieningen zijn vier mogelijkheden onderscheiden met betrekking tot de locatiekeuze:

1. De zorginstelling bepaalt de locatie geheel zelf
2. De zorginstelling bepaalt de locatie in overleg met de gemeente
3. De zorginstelling bepaalt de locatie in overleg met de woningbouwcorporatie
4. De zorginstelling bepaalt de locatie in overleg met zowel de woningbouwcorporatie als de gemeente

Instellingen met panden in eigen beheer

Er zijn maar weinig zorginstellingen met panden in eigen beheer, zo blijkt uit de interviews. Als een zorginstelling panden aankoopt om er een kleinschalige woonvoorziening in te vestigen, dan hebben de meeste instellingen overleg met de gemeente en soms ook met andere partners zoals projectontwikkelaars. Slechts één instelling, instelling B, heeft aangegeven dat ze volledig zelf de locatie van de kleinschalige woonvoorziening heeft

bepaald (zie tabel 25). Instelling B heeft één groepsvoorziening buiten de hoofdlocatie en voor deze voorziening is een eengezinswoning door de zorginstelling aangekocht.

Slechts twee instellingen, A en D, hebben enkel overleg met de gemeente voor de locatiekeuze (zie tabel 25). Uit de interviews blijkt dat de medewerking vanuit de gemeente sterk kan verschillen. Er zijn zorginstellingen waarbij de gemeente volledig meewerkt en blij is met de zorginstelling op hun grondgebied. Er zijn ook gemeenten waar het veel moeilijker is om een woonvoorziening te realiseren.

Instellingen die panden huren

Bijna alle instellingen die zijn onderzocht hebben te maken met een woningbouwcorporatie omdat ze (een gedeelte van) de panden voor woonvoorzieningen huren. Als er door de instellingen een nieuwe woonvoorziening gerealiseerd wordt, gebeurt dit altijd in samenspraak met de corporatie. Er is één zorginstelling, instelling C, die alleen met de corporatie overleg heeft (zie tabel 25), de afstemming met de gemeente en mogelijke inpassing van de woonvoorziening in het bestemmingsplan wordt geregeld tussen de gemeente en de corporatie. De overige acht instellingen (E t/m L) hebben zowel overleg met de woningbouwcorporatie als de gemeente (zie tabel 25). Locaties van nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen worden door de partners gezamenlijk vastgesteld.

Tabel 25: Overzicht van de wijze waarop instellingen de locatie van woonvoorzieningen bepalen

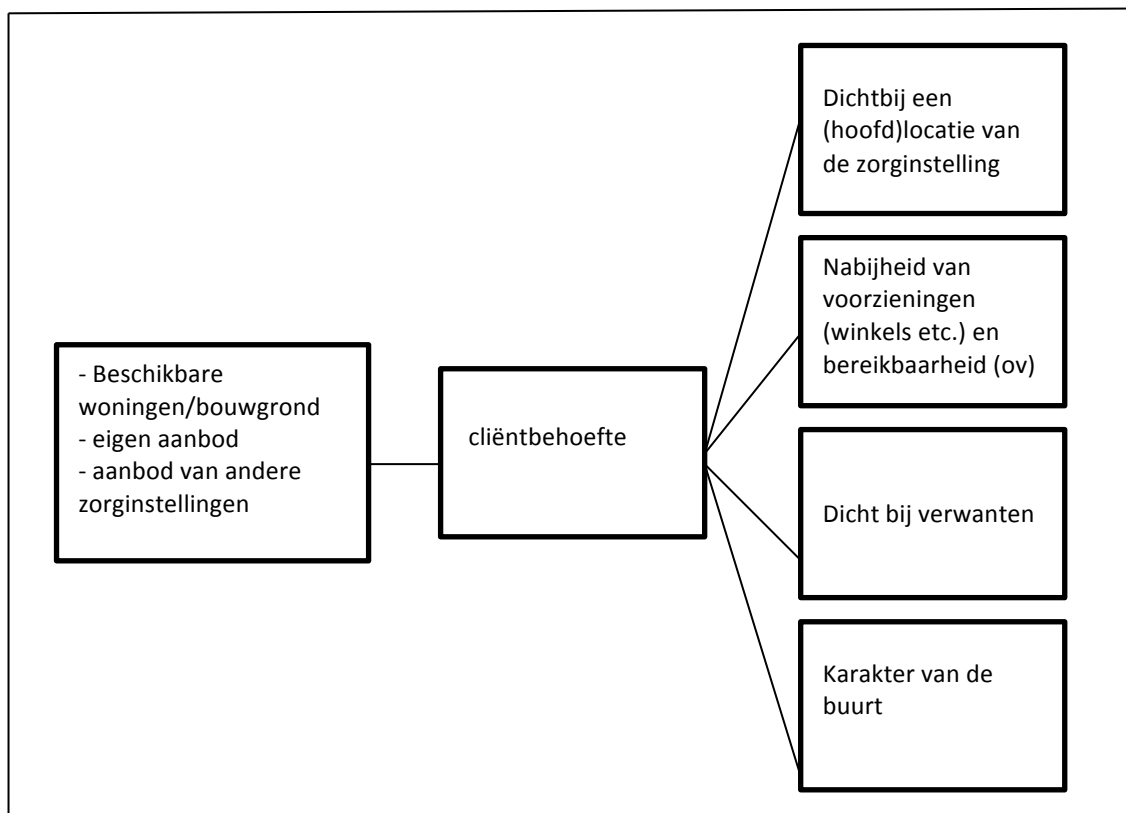
Zorginstelling	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
bepaalt locatie zelf		x										
bepaalt locatie in samenspraak met gemeente	x			x								
bepaalt locatie in samenspraak met corporatie			x									
bepaalt locatie in samenspraak met gemeente en corporatie					x	x	x	x	x	x	x	x

5.3.2 Inhoudelijke overwegingen bij de locatiekeuze

Zorginstellingen bepalen in de meeste gevallen de locatie van kleinschalige woonvoorzieningen in overleg met gemeenten en/of woningbouwcorporaties. Het gebeurt zelden dat een zorginstelling helemaal zelf bepaalt op welke locatie een nieuwe woonvoorziening wordt gerealiseerd. Nu het proces aan de orde is gekomen, wordt in het vervolg van de paragraaf gefocust op inhoudelijke overwegingen van de locatiekeuze. Figuur 3 vat samen hoe de meeste zorginstellingen de inhoudelijke keuze voor een locatie maken. Niet alle zorginstellingen maken de keuze op de wijze die in figuur 3 wordt weergegeven,

maar het merendeel van de ondervraagde instellingen noemt wel de elementen uit dit keuzeproces.

Figuur 3: Inhoudelijke overwegingen bij de locatiekeuze van zorginstellingen



Het afgebeelde keuzeproces is niet lineair, de blokken staan eerder in wisselwerking met elkaar. De vier criteria die helemaal rechts in de figuur staan afgebeeld zijn facultatief, ze worden niet door alle instellingen meegenomen in het keuzeproces maar zijn als opties uit de gesprekken naar boven gekomen. In het vervolg van de paragraaf worden de onderdelen van figuur 3 nader toegelicht en uitgewerkt.

Vraag en aanbod

In de interviews is door bijna alle instellingen benoemd dat de locatiekeuze sterk wordt bepaald door vraag en aanbod. Bouwgrond die gemeenten beschikbaar stellen is schaars en de woningen die woningbouwcorporaties aanbieden zijn vaak niet toereikend voor de vraag. De beschikbare bouwgrond en woningen zijn daarom zeer bepalend voor de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen.

Daarnaast speelt de financiële factor een grote rol. Omdat instellingen die AWBZ-zorg verlenen sinds 2009 zelf verantwoordelijk zijn voor de financiering en het beheer van zorgbouwinvesteringen (zie paragraaf 5.1), kan een instelling alleen nog een

woonvoorziening realiseren als deze rendabel is. De investering van de bouw moet worden terugverdiend met de zorg en activiteiten die in de voorziening worden verleend (Tulp, 2007:1). Een woonvoorziening is pas rendabel als er voldoende cliënten wonen, de vraag naar een voorziening op een bepaalde locatie moet groot genoeg zijn wil een instelling de realisatie ervan overwegen. Bij de locatiekeuze van woonvoorzieningen staan de vragen en behoeftes van cliënten daarom vanzelfsprekend centraal.

Vier criteria

Het eerste kader waarbinnen zorginstellingen een locatie kunnen bepalen wordt gevormd door het aanbod en door de mogelijkheid om woonvoorzieningen te financieren. Uit de interviews zijn verder vier verschillende criteria naar voren gekomen die een rol spelen bij de locatiekeuze voor een woonvoorziening, zoals zichtbaar is geworden in figuur 3. De keuze voor een locatie is sterk afhankelijk van de doelgroep waar een woonvoorziening voor wordt gerealiseerd. Instellingen hanteren geen standaard criteria voor een goede locatie voor alle cliënten, maar kijken eerder naar de behoefte van de doelgroep en stemmen daar de locatiekeuze op af. Zo wordt er voor mensen met een hogere zorgzwaarte overwegend gekozen voor rustige locaties buiten het centrum. Voor mensen met een lichte beperking wordt eerder gekozen voor locaties in woonwijken of midden in een stads- of dorpscentrum. Elk criterium wordt apart besproken en in tabel 26 staat een overzicht van de criteria die zijn genoemd per zorginstellingen.

1: Dicht bij een (hoofd)locatie van de zorginstelling

Drie van de twaalf zorginstellingen let bij de keuze van een locatie op de afstand tussen de woonvoorziening en de hoofdlocatie cq een andere locatie van de zorginstelling. Instelling A heeft een dagactiviteitencentrum, volgens de medewerker moeten al hun woonlocaties dicht bij dit centrum in de buurt liggen. Bij instelling B liggen alle woonlocaties op niet meer dan vijf minuten loopafstand van de hoofdlocatie. En bij instelling H worden de woonvoorzieningen in de buurt van andere woonvormen gerealiseerd. Ook wordt de woonvoorziening bij voorkeur gekoppeld aan bijvoorbeeld een sociaal restaurant¹⁰.

Vanuit praktische overwegingen is het logisch dat de woonvoorzieningen in de nabijheid van de hoofdlocatie of andere locaties van de instelling liggen. Cliënten kunnen zich gemakkelijker bewegen tussen de verschillende voorzieningen van de instelling en kunnen zich eerder zelfstandig verplaatsen.

¹⁰ Een sociaal restaurant is een ontmoetingsplek in de buurt waar mensen voor een klein bedrag kunnen eten.

2: Nabijheid van voorzieningen en bereikbaarheid

Zeven van de twaalf instellingen let bij de locatiekeuze op de nabijheid van voorzieningen zoals winkels en de bereikbaarheid. De bereikbaarheid van de woonvoorziening (OV) is belangrijk voor zowel de bewoners van de zorginstelling, de medewerkers als de bezoekers. De nabijheid van voorzieningen zoals winkels maakt het mogelijk dat cliënten zelfstandiger kunnen leven. Bezuinigingen in de zorg maken het noodzakelijk dat cliënten meer zelfstandig gaan doen. In het interview met instelling G is bijvoorbeeld aangegeven dat er niet genoeg zorguren per bewoner beschikbaar zijn om individueel met mensen te gaan winkelen. Cliënten moeten dus alleen of met een mantelzorger boodschappen doen.

3: Dicht bij verwanten

Drie van de twaalf instellingen letten bij de locatiekeuze op de plaats waar cliënten zijn opgegroeid en de nabijheid van verwanten. Omdat cliënten in de plaats waar ze zijn opgegroeid meestal al een sociaal netwerk hebben opgebouwd, is het goed om cliënten niet uit deze situatie te halen. De medewerker van instelling G vertelt dat het nu meer dan voorheen belangrijk is om cliënten te huisvesten in een voor hen bekende omgeving. In verband met de bezuinigingen wordt er een groter beroep gedaan op vrijwilligers, verwanten kunnen in het gat springen dat door de bezuinigingen in de zorg valt. Bij instelling J willen ze dat mensen worden gehuisvest in de plaats waar ze vandaan komen omdat het opgebouwde sociale netwerk dan in stand wordt gehouden. De kans dat het sociale netwerk wordt uitgebreid is groter als er al contacten in de buurt zijn gemaakt. Bij de locatiekeuze wordt dus rekening gehouden met de situatie van cliënten.

4: Karakter van de buurt

Vier van de twaalf instellingen benoemen dat er ook wordt gekeken naar het karakter van de buurt bij de locatiekeuze. Instelling D zegt dat de populatie van een wijk wordt bekeken en dat demografische factoren een rol spelen in de besluitvorming. Instelling H houdt rekening met de levendigheid van de buurt, er moet iets te beleven zijn voor cliënten. Instelling K kijkt naar de opbouw van de buurt en zegt ook rekening te houden met de mate waarin de buurtbewoners open staan voor de mensen die zij willen huisvesten in de woonvoorziening. De vraag of de instelling op een goede manier kan kwartiermaken¹¹ is

¹¹ Kwartier maken is een begrip dat binnen de psychiatrie is ontstaan, maar ondertussen ook voor andere groepen die te maken hebben met uitsluitingsmechanismen wordt gebruikt (mensen met een verstandelijke beperking). Kwartiermaken houdt in dat op een plaats, bijvoorbeeld in de buurt van een kleinschalige woonvoorziening, een maatschappelijk klimaat wordt bevorderd waarin kwetsbare mensen meer mogelijkheden krijgen. Een klimaat waarin de maatschappelijke participatie

belangrijk voor de locatiekeuze. In het vervolg van de paragraaf wordt verder ingezoomd op de vraag of en hoe instellingen rekening houden met het karakter van de buurt.

Tabel 26: Overzicht van de benoemde criteria bij de locatiekeuze

Zorginstellingen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Dicht bij (hoofd)locatie van de instelling	x	x						x				
Nabijheid voorzieningen/ bereikbaarheid	x		x	x		x	x	x				x
Dicht bij verwanten			x				x			x		
Karakter van de buurt				x				x	x		x	
Overige criteria		x			x				x			

5.3.3 SES van de buurt

In tabel 26 is te zien dat de medewerkers van vier zorginstellingen uit zichzelf benoemen dat er rekening wordt gehouden met het karakter van de buurt bij de locatiekeuze. Na de algemene vraag over de criteria is aan alle instellingen de vraag voorgelegd of er ook bewust rekening wordt gehouden met de SES van de buurt bij de locatiekeuze. Eén instelling antwoordt op deze laatste vraag volmondig 'ja' en drie instellingen zeggen helemaal niet naar de SES van de buurt te kijken. Het grootste deel, namelijk acht instellingen, kunnen ja noch nee antwoorden op de vraag of er bewust naar de SES van buurten wordt gekeken. De acht instellingen die geen eenduidig antwoord kunnen geven op deze vraag kunnen worden opgedeeld in twee subgroepen (zie tabel 27).

Drie instellingen zeggen dat ze geen woonlocaties in echte achterstandsbuurtten hebben geplaatst, maar dat dit vraagstuk in hun werkomgeving ook niet aan de orde is. Er is met andere woorden niet bewust gestuurd op de SES van buurten bij de plaatsing van woonvoorzieningen. Instelling E zegt geen woonvoorzieningen in wijken met een lage SES te hebben, maar de medewerker zegt niet te weten of dit toevalligerwijs is ontstaan. Ze kon zich niet voorstellen dat er echt op de SES van buurten gekozen wordt. Instelling B zegt dat ze geen cliënten zouden huisvesten in echte achterstandswijken, maar daar is ook geen sprake van in hun werkgebied. Ook bij instelling L is het vraagstuk niet aan de orde. De medewerker benoemt wel dat cliënten met een lichte verstandelijke beperking zeer beïnvloedbaar zijn. Dat zou een reden kunnen zijn om niet voor buurten met een lage SES te

gemakkelijker plaatsvindt waardoor de integratie van kwetsbare groepen van de grond kan komen (Linders & Meijer 2005: 36-37). Bijvoorbeeld door activiteiten te organiseren waar zowel de vermaatschappelijkste cliënten aan meedoen als buurtbewoners, of door een sociaal restaurant in de buurt te openen.

kiezen als locatie voor kleinschalige woonvoorzieningen. De drie instellingen letten dus wel op het karakter van de buurt en zeggen dat ze niet zouden kiezen voor een achterstandsbuurt. De problematiek is echter niet aanwezig in het werkgebied van deze instellingen.

Bij de overige zes instellingen is het antwoord op de vraag niet eenduidig. Er wordt wel gekeken naar het karakter van een buurt, en de SES kan daarbij een rol spelen. Maar het gemiddeld inkomen of het aantal werkzame personen als indicatie voor de SES is geen criterium waar instellingen veel waarde aan hechten. Vier van de zes instellingen benoemen dat er met name gelet wordt op sociale kenmerken van een buurt, bijvoorbeeld de veiligheid. Omdat cliënten gemakkelijk beïnvloedbaar zijn moeten er in de buurt bijvoorbeeld niet teveel hangjongeren zijn. Ook de aanwezigheid van drugs- en drankproblematiek kan een reden zijn voor instellingen om niet te kiezen voor de realisatie van een woonvoorziening in een buurt. Bij Instelling J is afgezien van de realisatie van een woonvoorziening in een buurt omdat daar een schietincident heeft plaatsgevonden. Eén instelling let specifiek op de opbouw van een buurt en kijkt naar de mate waarin bewoners openstaan voor de cliënten.

Tabel 27: Overzicht van zorginstellingen en de SES van buurten als criterium

Zorginstellingen	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Er wordt geen rekening gehouden met de SES	x		x			x						
problematiek is niet aan de orde in het werkgebied		x			x							x
Er wordt rekening gehouden met karakter van de buurt, belang van SES is niet eenduidig							x	x	x	x	x	
Er wordt wel rekening gehouden met de SES				x								

Uit de interviews blijkt dat er geen eenduidige voorkeur bestaat onder instellingen voor een buurt met een hoge dan wel lage SES. De veiligheid en sociale problematiek worden echter wel als redenen genoemd om niet in bepaalde buurten te vestigen. In het gesprek dat ontstond met instellingen over de vraag of de SES van de buurt invloed heeft op de locatiekeuze werd meerdere malen hardop nagedacht over de implicaties. Er is gezegd dat in buurten met veel overlast en een lage SES misschien minder begrip is voor de 'bijzondere medemens', maar in buurten met juist een hoge SES kan het begrip ook ontbreken. Bij instelling E zeggen ze op zoek te zijn naar gemengde buurten. Bij instelling I wordt de wisselwerking benadrukt, als een zorginstelling zich vestigt in een buurt met overlast kan de

buurt ook opknappen. Om cliënten een goede woonomgeving te bieden zet de zorginstelling zich actief in om sociale problematiek in de betreffende buurten te verminderen.

Veronderstellingen

In het theoretisch kader zijn twee veronderstellingen geformuleerd die een basis vormen voor de centrale hypothese in dit onderzoek (hoe lager de SES van een buurt, hoe meer kleinschalige woonvoorzieningen). De eerste veronderstelling is dat cliënten niet veel geld hebben, dit zou leiden tot huisvesting in armere buurten. De tweede veronderstelling is dat woonvoorzieningen beter gerealiseerd kunnen worden in buurten met een hoog buurtgebruik omdat cliënten daar gemakkelijker kunnen integreren. In de duurder wijk is het buurtgebruik lager dan in woonwijken met een lage SES, wat leidt tot de verwachting dat kleinschalige woonvoorzieningen vaker in buurten met een lage SES worden gerealiseerd. Beide veronderstellingen zijn in de interviews gerelativeerd.

In het interview met zorginstelling I kwam naar voren dat niet alle cliënten een krap financieel budget hebben. De medewerker van de instelling zegt zelfs een cliënt te hebben die miljonair is. Wel moet er onderscheid worden gemaakt tussen de GGZ en de GHZ in de financiële situatie van cliënten. In de gehandicaptenzorg komt het voor dat er gefortuneerde mensen bij de zorginstellingen wonen. In de GGZ zijn er veel minder gefortuneerde cliënten, mensen met psychiatrische problematiek hebben over het algemeen minder te besteden. De veronderstelling dat cliënten niet veel geld hebben en daarom in armere buurten gaan wonen wordt in de praktijk dus niet per definitie onderschreven. Wel is er in een ander interview gewezen op de benarde financiële situatie van bijvoorbeeld jonge mensen met een lichte verstandelijke beperking. Omdat licht verstandelijk beperkte mensen niet kunnen werken voor een normaal inkomen en wel een eigen bijdrage moeten betalen voor de huisvesting en zorg, houden deze cliënten aan het einde van de maand niets over.

Ook de veronderstelling dat de dure buurten in Nederland niet geschikt zijn voor kleinschalige woonvoorzieningen is gerelativeerd in de interviews. Er is bijvoorbeeld een woonvoorziening gerealiseerd in een buurt waar de omliggende woningen een waarde van minimaal een miljoen hebben. De buurtbewoners in deze villawijk accepteren de woonvoorziening in hun buurt volledig en hebben geen problemen gehad met de vestiging ervan.

5.3.4 Spreiding van woonvoorziening

Uit de interviews blijkt dat alle instellingen actief bezig zijn met de spreiding van woonvoorzieningen. Ze hanteren daarvoor verschillende criteria zoals hierboven is

beschreven. Alle criteria die zijn benoemd duiden erop dat zorginstellingen hun woonvoorzieningen op plekken willen realiseren waar de cliënten zo zelfstandig mogelijk kunnen wonen. Locaties waar cliënten met zo min mogelijk professionele hulp kunnen wonen worden geprefereerd. Zelfstandigheid van cliënten wordt gefaciliteerd door de nabijheid van winkels, openbaar vervoer en andere voorzieningen van de zorginstelling. Ook het sociale netwerk van cliënten vergroot de zelfstandigheid.

Er zijn verschillende motieven om rekening te houden met de spreiding van voorzieningen. Eén instelling zegt bewust te kijken naar de overlast die ze veroorzaken in de buurt, ze houden rekening met het aantal woonvoorzieningen in bepaalde wijken en buurten omdat ze weten dat de voorzieningen belastend zijn. Er moet geen overdosis van woonvoorzieningen in wijken ontstaan volgens deze instelling. Andere instellingen letten bijvoorbeeld op de spreiding vanuit economische motieven. Als een zorginstelling in een bepaald gebied meerdere woonvoorzieningen heeft gerealiseerd is het voor andere instellingen niet meer rendabel om daar nog meer voorzieningen te realiseren. Met andere woorden de markt is op bepaalde plaatsen verzadigd en de vraag neemt daarom af op deze plekken.

Ook woningbouwcorporaties houden zicht op de spreiding van maatschappelijke opvangplaatsen over buurten blijkt uit de interviews. Eén instelling heeft aangegeven dat ze in bepaalde overbelaste buurten geen woningen meer kunnen krijgen van de corporatie. Dus als er in een wijk of buurt al veel zorgbehoevende mensen wonen, stelt de woningbouwcorporatie geen woningen meer beschikbaar aan zorginstellingen.

6 Zorg eerlijk verdeeld?

De doelstelling van dit onderzoek was de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen over buurten in kaart te brengen teneinde inzicht te verkrijgen in de verdeling van zorglasten in Nederland. Deze doelstelling is geoperationaliseerd in de vraag: hoe ziet de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen over woonwijken eruit in Nederland?

In dit hoofdstuk zal op basis van de resultaten een antwoord op de hoofdvraag worden gegeven. Door middel van de drie deelvragen die in hoofdstuk 1 zijn geformuleerd worden de verschillende aspecten van de hoofdvraag behandeld (6.1, 6.2 en 6.3), tot slot volgt een antwoord op de hoofdvraag (6.4).

6.1 Solidariteitspatroon

De eerste deelvraag - welke vormen van solidariteit heeft Nederland door de jaren heen gekend - is in hoofdstuk 2 behandeld. In de loop der eeuwen is een patroon zichtbaar geworden waarbij de aanspraak voor solidariteit met name gericht was tot welgestelde burgers en rijke mensen. Met de beeldspraak van *sedimentatie* is uitgelegd dat drie vormen van solidariteit net als aardlagen zich hebben ontwikkeld in de samenleving. De oude vormen van solidariteit verdwijnen niet, maar komen op de achtergrond terecht.

In de middeleeuwen is de christelijke solidariteit zichtbaar geworden. Christelijke waarden en de verhalen uit de Bijbel roepen op tot naastenliefde en zorg voor hulpbehoevenden. De christelijke vorm van solidariteit is actief, vrijwillig en individueel en wordt verwacht van welgestelde burgers. Met het ontstaan van de verzorgingsstaat is de tweede laag van solidariteit ontwikkeld. In de 19^e en 20^e eeuw groeit een collectief gevoel van lotsverbondenheid. De staat geeft invulling aan de solidariteit die mensen voelen door een systeem van sociale zekerheid en zorg in te richten. De solidariteit van de verzorgingsstaat is passief, opgelegd door de staat en collectief. De rijke mensen betalen in de verzorgingsstaat de hoogste belastingen en premies. Ten slotte ontstaat met de vermaatschappelijking een derde vorm van solidariteit in Nederland. Er wordt een hernieuwde aanspraak gedaan op de actieve en vrijwillige vorm van solidariteit. De ambitie is dat de staat zich terugtrekt en taken die zij in de loop van de tijd op zich heeft genomen weer overdraagt aan de samenleving. De bedoeling van vermaatschappelijking is een verschuiving van zorg binnen de instelling naar zorg binnen de samenleving. De solidariteit die is geïnitieerd met de vermaatschappelijking is actief, vrijwillig en individueel.

Daar waar de oproep tot solidariteit in de middeleeuwen wordt gericht tot de draagkrachtigen en de meeste zorglasten in de verzorgingsstaat bij de rijken worden neergelegd, is er geen sprake van een duidelijk verdelingsmechanisme bij de actieve solidariteit van de vermaatschappelijking. Als het credo is: de sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen, dan zouden de kleinschalige woonvoorzieningen bij voorkeur in villawijken en elitebuurten moeten staan. De verwachting is echter dat er in armere wijken meer kleinschalige woonvoorzieningen worden gerealiseerd dan in rijkere wijken. De hypothese die wordt getoetst in dit onderzoek is als volgt geformuleerd: hoe lager de SES van een buurt, hoe meer kleinschalige woonvoorzieningen.

6.2 Spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen

De tweede deelvraag – bestaat er een verband tussen de SES van een buurt en de realisatie van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen – is in hoofdstuk 4 behandeld. Uit mijn onderzoek onder 590 kleinschalige woonvoorzieningen blijkt dat de buurten waarin deze woonvoorzieningen zijn gelegen significant lager scoren op de indicatoren voor de SES. De resultaten van het onderzoek tonen aan dat de buurten met een woonvoorziening een lagere SES hebben dan de landelijke SES. Het inkomen ligt immers gemiddeld lager evenals het aantal inwoners met een betaalde baan. Er wonen meer mensen met een laag en minder mensen met een hoog inkomen in de betreffende buurten. Met andere woorden de gegevens lijken de centrale hypothese dus te ondersteunen.

Een belangrijke uitkomst in de analyse is dat de absolute grootte (de *Estimated Cohens D*) van de verschillen tussen enerzijds de buurten uit de steekproef en anderzijds de landelijke gegevens slechts klein is. Bij een grote steekproef kan een klein verschil al significant zijn, maar dat zegt dan nog niet veel over het werkelijke verschil tussen twee groepen. De kans dat de verschillen die ik heb gevonden zijn veroorzaakt door een meetfout is kleiner dan 5%. Wij mogen dus aannemen dat de verschillen die in dit onderzoek worden onderscheiden in de realiteit ook echt bestaan. De feitelijke verschillen zijn echter wel klein.

Een opvallende uitkomst van de gegevens is dat de buurten in Nederland zeer gevarieerd van samenstelling zijn. In bijna alle buurten ligt het gemiddeld inkomen tussen de €19.200 en €41.300 ('Midden inkomen'). Er zijn géén buurten met alleen hoge inkomens of alleen lage inkomens. En er zijn verhoudingsgewijs maar weinig buurten met extreme percentages hoge en lage inkomens. De buurten in Nederland weerspiegelen een grote middenklasse.

De gegevens van de buurten uit de steekproef geven een zeer vergelijkbaar beeld. Bijna alle buurten hebben een gemiddeld inkomen dat ligt in de categorie 'Midden inkomen'.

Er zijn maar vijf buurten met een gemiddeld inkomen dat ligt onder de €19.300 ('Laag inkomen') en in zeventien wijken is het inkomen gemiddeld hoger dan €41.300 ('Hoog inkomen'). In 558 buurten (van de in totaal 590 buurten) ligt het gemiddeld inkomen tussen de €19.200 en €33.933 ('Midden inkomen (laag)' en 'Midden inkomen (midden)').

6.2.1 De Hypothese

Uit de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er een verband bestaat tussen de SES van een buurt en de realisatie van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen. De SES van de onderzochte buurten met woonvoorziening is immers lager. De absolute omvang van de verschillen in inkomen en arbeid is klein. De hypothese die in dit onderzoek centraal staat - hoe lager de SES van een buurt, hoe meer kleinschalige woonvoorzieningen – kan echter niet bevestigd worden. De meeste zorglasten worden namelijk neergelegd in de buurten met gemiddeld een 'Midden inkomen', terwijl de hypothese veronderstelt dat de meeste zorglasten in de armste buurten worden neergelegd.

6.2.2 Verdeling van zorglasten

De hypothese is getoetst om meer inzicht te verkrijgen in de verdeling van zorglasten in Nederland. De hypothese kan niet bevestigd worden op basis van de resultaten. Desondanks is er wel inzicht verkregen in de verdeling van zorglasten.

Aan de hand van de observaties kan geconcludeerd worden dat er sprake is van denivellering. Ten eerste zijn de kleinschalige woonvoorzieningen in sterke mate gelijkmatig verspreid over de verschillende typen buurten in Nederland. Ten tweede worden de buurten met een gemiddeld inkomen dat ligt in de categorie 'Midden inkomen' het zwaarst belast. Ten derde is de SES van de onderzochte buurten met een woonvoorzieningen lager dan het landelijk gemiddelde. Kortom, de woonvoorzieningen zijn duidelijk niet bij voorkeur geplaatst in villawijken en elitebuurten.

Het is niet zo dat de mensen met een middeninkomen de zwaarste zorglasten dragen. Het gemiddeld inkomen in de meeste buurten komt namelijk uit in de categorie 'Midden inkomen' omdat de samenstelling van buurten gevarieerd is. In de meest belaste buurten woont zowel een groot aantal mensen met hoge als een aanzienlijk deel met lage inkomens. De hoge inkomens opgeteld bij de midden en lage inkomens geeft gemiddeld het beeld van een grote middenklasse. De zorglasten worden door de gevarieerde samenstelling van de buurten in principe bij alle inkomensgroepen neergelegd. Er kan binnen buurten sprake zijn van rijkere en armere gedeelten. De observatie dat de zorglasten op buurtniveau gelijkmatig zijn verspreid biedt daardoor geen gedetailleerd inzicht in de verdeling van

zorglasten onder verschillende bevolkingsgroepen. Gezien de resultaten van dit onderzoek kan met zekerheid gesteld worden dat de actieve solidariteit van de vermaatschappelijking denivellerend werkt, door de gevarieerde samenstelling van buurten is geen gedetailleerd beeld ontstaan over de verdeling van zorglasten over inkomensgroepen. Voor verder onderzoek is het microniveau daarom het meest passend. In het volgende hoofdstuk ga ik hierop verder in.

6.3 Het spreidingsbeleid

De derde deelvraag - hoe ziet het spreidingsbeleid van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen eruit - is in hoofdstuk 5 behandeld. Op Rijksniveau wordt de spreiding van kleinschalige woonvoorzieningen over buurten geregeld in het uitvoeringsbesluit WTZi. Het ruime nabijheids criterium met een maximum van 50 AWBZ-verblijfplaatsen is momenteel geldig. Verder zijn zorginstellingen sinds de afschaffing van het Bouwbesluit in 2009 zelf verantwoordelijk voor het beheer en de financiering van zorgbouw. Het realiseren van een woonvoorziening is sindsdien een economische aangelegenheid geworden. In het gemeentelijk beleid wordt niet stevast aandacht besteed aan kleinschalige woonvoorzieningen. Tegenwoordig moeten zorginstellingen het bestemmingsplan nog vaak laten aanpassen voordat ze een woonvoorziening kunnen realiseren. Dit kan een moeizaam proces zijn omdat er sprake is van NIMBY-problematiek bij kleinschalige woonvoorzieningen.

Zorginstellingen zijn actief bezig met de locatiekeuze van woonvoorzieningen. De wijze waarop zorginstellingen de locaties voor hun woonvoorzieningen kiezen kan echter twee effecten hebben op de spreiding. Enerzijds kan de marktwerking en de focus op vraag en aanbod zorgen voor een goede spreiding van voorzieningen over buurten. Stel dat een zorgaanbieder in een bepaald gebied al woonvoorzieningen exploiteert, dan zullen andere zorgaanbieders op zoek gaan naar gebieden waar de vraag nog minder wordt beantwoord. Anderzijds kan de focus op behoeftes van cliënten (vraag) ook voor overbelasting van bepaalde gebieden zorgen. Er zijn veel cliënten met gelijksoortige behoeftes, veel mensen willen bijvoorbeeld in de nabijheid van winkels wonen. De vraag met betrekking tot vraag en aanbod kan zich concentreren in bepaalde gebieden waardoor overbelasting dreigt.

De criteria die worden gehanteerd laten zien dat de meeste zorginstellingen locaties prefereren waar cliënten zo zelfstandig mogelijk kunnen wonen. Het karakter van de buurt speelt bij zorginstellingen vaak wel een rol in de locatiekeuze, de SES van buurten is echter ondergeschikt. Sociale kenmerken (zoals hangjongeren, drugs- en drankproblematiek, veiligheid) worden belangrijker geacht dan bijvoorbeeld het gemiddeld inkomen. Er is geen

eenduidige voorkeur onder zorginstelling voor buurten met een hoge dan wel een lage SES naar voren gekomen.

6.4 Antwoord op de hoofdvraag

Dan komen we nu toe aan de beantwoording van de hoofdvraag: hoe ziet de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen over woonwijken eruit in Nederland?

De uitkomst van dit onderzoek is dat er sprake is van denivellering. Er is duidelijk geen voorkeur voor elitebuurten of villawijken bij de realisatie van kleinschalige woonvoorzieningen. De meest belaste buurten zijn die met een gemiddeld inkomen tussen de €19.200 en €41.300 (Midden inkomen). Dit is een trendbreuk ten opzichte van de aanspraak voor solidariteit in de geschiedenis. In het verleden is de oproep tot solidariteit gericht geweest tot de welgestelde burgers en de rijke mensen, het credo was: de sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen. De kleinschalige woonvoorzieningen die een belasting voor de buurt met zich meebrengen worden niet bij voorkeur in de elitebuurten en villawijken geplaatst. Met andere woorden de zwaarste lasten worden niet bij de sterkste schouders gelegd.

Uitkomst van het kwalitatieve deel van het onderzoek is dat zorginstellingen wel rekening houden met de spreiding. Het financiële aspect is leidend bij de locatiekeuze. Daarnaast spelen de behoeftes van cliënten een belangrijke rol. Dit kan tot overbelasting leiden in gebieden waar de vraag van cliënten hoog is. De SES van de buurt speelt bij de locatiekeuze vaak een ondergeschikte rol en er is geen eenduidige voorkeur voor bepaalde type buurten (bijvoorbeeld hoge SES of lage SES) bij zorginstellingen. De overheid beïnvloedt de spreiding van woonvoorzieningen minimaal. De Rijksoverheid hanteert een zeer algemeen criterium voor de spreiding en niet alle gemeenten maken stevast beleid op kleinschalige beschermde woonvoorzieningen.

7 Discussie en aanbevelingen

Als afsluiting wordt in dit laatste hoofdstuk gereflecteerd op het onderzoek en wordt een blik op de toekomst geworpen. In de discussie (7.1) wordt beschreven in hoeverre de resultaten te generaliseren zijn en wordt bekeken wat anders had gekund. In de aanbevelingen (7.2) wordt een blik vooruit geworpen, er worden beleidsaanbevelingen gedaan en gekeken naar eventueel toekomstig onderzoek.

7.1 Discussie

In de reflectie op het onderzoek zijn twee onderwerpen belangrijk om te bespreken. Ten eerste het effect dat gemaakte keuzes hebben op de resultaten. En ten tweede wordt gekeken naar de gehanteerde methode.

In hoofdstuk 3 is voor de afbakening van het onderzoek een aantal keuzes gemaakt. De keuze voor een maximum van 30 cliënten als afbakening van kleinschalige woonvoorzieningen heeft zijn weerslag op de resultaten. Omdat er verschillende criteria worden gehanteerd voor kleinschaligheid is er niet één bepaald aantal cliënten waar aan vast kan worden gehouden voor onderzoek naar kleinschalige woonvoorzieningen. Als richtlijn voor kleinschaligheid worden 6, 8, 12, 25 of zelfs 50 cliënten die samen in (clusters van) woonvoorzieningen wonen genoemd. De vage afbakening van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen kan veroorzaken dat onderzoeken resultaten opleveren die niet met elkaar vergeleken kunnen worden. Dit hoeft echter geen probleem te vormen als in het onderzoek wordt geëxpliciteerd wat er wordt verstaan onder een kleinschalige woonvoorziening.

In hoofdstuk 3 is uitgelegd dat de meest ideale methode om het veronderstelde verband in de hypothese te toetsen niet gebruikt kan worden. Vanwege de omvang van het aantal woonvoorzieningen en het ontbreken van een lijst van alle locaties was het niet mogelijk per buurt vast te stellen of er een kleinschalige beschermde woonvoorziening is gerealiseerd. Het toetsen van een verband tussen twee variabelen is pas mogelijk als de afhankelijke variabele (kleinschalige beschermde woonvoorzieningen) echt gemeten is. In dit onderzoek was het niet mogelijk om de afhankelijke variabele echt te meten, de buurten uit de steekproef zijn geselecteerd op hun kleinschalige beschermde woonvoorziening. Alleen de onafhankelijke variabele (SES van de buurten) is echt gemeten en varieert per buurt.

Ondanks het feit dat het veronderstelde verband met de methode die ik heb gebruikt niet kon worden bewezen, leveren de resultaten een bijdrage aan het bestaande

onderzoek en de wetenschap. Er is met behulp van de T-toets inzicht verkregen in de verdeling van zorglasten. De verwachting was dat de solidariteit van de vermaatschappelijking denivellerend werkt omdat hulpbehoevenden met name in armere buurten zouden worden gehuisvest. Deze verwachting was tot op heden niet gebaseerd op empirisch onderzoek, maar enkel op aannames en impressies. Dit onderzoek toont aan dat er sprake is van denivellering en levert daarmee bewijs voor bovenstaande verwachting. De resultaten van het onderzoek voegen kennis toe aan het debat over de (gevolgen van) vermaatschappelijking en kunnen nieuwe input zijn voor het debat over eerlijke verdeling van zorg in de samenleving.

7.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen die op grond van dit onderzoek worden gedaan, vallen uiteen in beleidsaanbevelingen en aanbevelingen voor verder onderzoek.

7.2.1 Beleidsaanbevelingen

De uitkomst van dit onderzoek is dat er sprake is van denivellering en dat de woonvoorzieningen redelijk gelijkmatig zijn verspreid over de verschillende types buurten van Nederland. Uit het kwalitatieve deel van het onderzoek blijkt dat zorginstellingen wel rekening houden met de spreiding. Het financiële aspect is leidend bij de locatiekeuze. Daarnaast spelen de behoeftes van cliënten een belangrijke rol. Dit kan tot overbelasting leiden in gebieden waar de vraag van cliënten hoog is. De overheid stuurt tot op heden minimaal op de spreiding van kleinschalige beschermde woonvoorziening.

Op grond van de resultaten van dit onderzoek is de beleidsaanbeveling dan ook gericht tot de gemeenten van Nederland. Omdat de kleinschalige beschermde woonvoorzieningen een belasting voor de buurt met zich mee brengen, is een goede spreiding van deze voorzieningen gewenst. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ruimtelijke ordening. Een onevenredige verzwarende van zorglasten in bepaalde buurten zou voorkomen moeten worden door beleid te voeren op kleinschalige beschermde woonvoorzieningen. Door bijvoorbeeld in de Structuurvisie of het Beleidsplan WMO expliciet aandacht te besteden aan de kleinschalige woonvoorzieningen kan de spreiding van zorglasten over buurten worden gecontroleerd.

7.2.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Omdat de buurten over het algemeen zeer gevarieerd van samenstelling zijn wordt voor verder onderzoek naar de verdeling van zorglasten het microniveau aanbevolen. Het kan

interessant zijn om te onderzoeken op welke locaties binnen de buurten een woonvoorziening is gerealiseerd. Worden de hulpbehoevende burens met name in rijkere delen van de buurt geplaatst, of in de armere gedeeltes, of is daar geen patroon in te herkennen. Tijdens het vaststellen van de buurten van de woonvoorzieningen uit de steekproef met Google Earth, viel het mij op dat veel woonvoorzieningen in appartementencomplexen en flats gelegen zijn. Dit zou eventueel een aanwijzing kunnen zijn dat de woonvoorzieningen vaker in armere gedeeltes van de buurten liggen. Maar de informatie uit de interviews spreekt deze verwachting tegen.

De locatie binnen buurten kan onderzocht worden door de straten van woonvoorzieningen vast te stellen. Als onderzoek op dit straatniveau uitgevoerd wordt, is het goed mogelijk om gelijk het individuele niveau mee te nemen. In de inleiding van deze scriptie is uitgelegd dat denivellering kan plaatsvinden op twee niveaus; het groepsniveau en het individuele niveau. Door de locatie van kleinschalige beschermde woonvoorzieningen binnen buurten vast te stellen op straatniveau kan meer inzicht worden gekregen in de verdeling van zorglasten op groepsniveau. En door in kaart te brengen welke mensen zich geroepen voelen om ondersteuning te bieden binnen deze straten kan meer inzicht worden verkregen in de verdeling van zorglasten op individueel niveau.

Een tweede aanbeveling voor verder onderzoek is geformuleerd op basis van de interviews. Uit een aantal gesprekken met zorginstellingen kwam duidelijk de sturende rol van woningbouwcorporaties naar voren. Omdat woonvoorzieningen vaak worden gerealiseerd in gehuurde panden, kan het zijn dat de corporaties in Nederland veel invloed hebben op de spreiding van zorglasten die worden verwacht bij kleinschalige woonvoorzieningen. Het kan interessant zijn om middels een enquête of interviews bij verschillende woningbouwcorporaties te onderzoeken in hoeverre zij sturend optreden in de spreiding van 'maatschappelijk vastgoed'. Eenzelfde soort onderzoek kan worden uitgevoerd bij gemeenten. Voor deze scriptie zijn documenten van acht gemeenten bekeken, de doelstelling hierbij was een indruk te geven van de beleidsontwikkelingen. Aangezien er wordt aangedrongen op het voeren van actief beleid voor kleinschalig wonen op gemeentelijk niveau, kan het belangrijk zijn om te onderzoeken hoe gemeenten zelf denken over dit onderwerp.

Lijst van gebruikte literatuur

- Achterberg, P., Veen, R. Van der & Raven, J. (2010) *Omstreden solidariteit*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ) (2010). *Kleinschalig wonen in de wijk: een goede bestemming. Handreiking aan gemeenten, zorgorganisaties en corporaties*. Utrecht: KCWZ.
- Brink, G. Van der (2012). *De lage landen en het hogere. De betekenis van geestelijke beginselen in het moderne bestaan*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Brinkman, J.M. & Brinkman, J. (2001). *Cijfers Spreken. Statistiek en methodologie voor het hoger onderwijs*. Groningen: Noordhof Uitgevers B.V.
- Commissie Toekomstscenario's Herverdeling Onbetaalde Arbeid (CTHOA) (1995). *Onbetaalde zorg gelijk verdeeld*. Den Haag: VUGA.
- Gravetter F.J. & Wallnau L.J. (2009). *Statistics for the behavioural science*. Belmont: Thomson/Wadsworth.
- Heer-Wundering, C. De, Caro-Nienhuis, A.D., Systema, S. & Wiesma, D. (2007). *Utopia. Uit en thuis: Onderzoek naar de participerende instellingen van de RIBW alliantie*. Groningen: RGOc.
- Hoof, F. Van, Geelen, K., Rooijen, S. Van & Weeghel, J. Van (2004). *Meedoen. Maagschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Monitorrapportage vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoogerwef, A. & Herweijer, M. (2008). *Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap*. Deventer: Kluwer.
- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Linders, L. & Meijer, A. (2005). *Vermaatschappelijking en woonservicezones*. Eindhoven: Fontys Hogeschool Sociale Studies.
- Lange-Frunt, A. Van & Wajon, T. (2007). *Het gewone voorbij. Bevindingen van persoonlijk begeleiders in de zorg met vermaatschappelijking*. Breda: Avans Hogeschool.
- Nederlands Bijbelgenootschap (2004). *De nieuwe Bijbelvertaling*. Haarlem: Nederlands Bijbelgenootschap.
- Post, H.E. & Keuning, F.M. (2009). *Nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: TNO Centrum Zorg en Bouw.
- Schuyt, C.J.M. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.

Swaan, A. De (1993). *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en de gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten*. Amsterdam: Bert Bakker. P. 158-223.

Tulp, E. (2007). *Bouwcollege nu en straks*. Culemborg: Twin design BV.

Thiel, S. Van (2007). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Couthinho.

Trappenburg, M. (2009). *Actieve solidariteit*. Oratie 341. Amsterdam: Vossiuspers UVA.

Trommel, W. & Veen, R. Van der (Eds). (1999). *De herverdeelde samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: University Press.

Verplanke, L. & Duyvendak, J.W. (2010). *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: University Press.

Vliet, K. Van, Duyvendak, J.W., Boonstra, N. & Plemper, E. (2004) *Toekomstverkenning ten behoeve van beroepenstructuur in zorg en welzijn*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Wildeboer Schut, J.M., Vrooman, J.C. & Beer, P. T. De (2000). *De maat van de verzorgingsstaat. Inrichting en werking van het sociaal-economisch bestel in elf westerse landen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zwet, R. Van der (2009). *Voorzieningen dichtbij. Verkenning*. Utrecht: Movisie.

Gebruikte dissertaties/scripties

Beltman, H. (2001). *Buigen of barsten. Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000*. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Freitas, C. S. S. De (2011). *Participation in mental health care by ethnic minority users: Case studies from the Netherlands and Brazil*. Manuscript Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Mankor, E. (2011). *Wonen zoals je maar wilt? Een onderzoek naar woonprojecten voor mensen met een verstandelijke beperking en de betekenis hiervan voor de buurt* (Scriptie). Geraadpleegd via: <http://igitur-archive.library.uu.nl/> (13-03-2012).

Gebruikte wetteksten/beleidsnota's/brieven

Bussemaker, J. (2009). Nota van toelichting. Besluit van 28 november 2008, houdende derde wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi. In: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, jaargang 2009 19*.

Gedeputeerde Staten Noord-Holland (2009). *Uitvoeringsregeling kleinschalig wonen voor kwetsbare doelgroepen Noord-Holland 2009*. Geraadpleegd via:

http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/xhtmloutput/historie/Noord-Holland/47379/47379_1.html (29-05-2012).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2002). *Kenmerk: DGB/ZVG-2294894. Onderwerp: Kleinschalige woonvoorzieningen in de gehandicaptenzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2012). *CA-450*. Geraadpleegd via: <http://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/gehandicaptenzorg/CA-450> (08-05-2012).

Uitvoeringsbesluit WTZi Artikel 2.1 lid 7 (2009). Geraadpleegd via: http://wetten.overheid.nl/BWBR0018983/geldigheidsdatum_01-06-2012 (01-06-2012).

Geraadpleegde internetsites

Actueel in ruimte (2012). *Zorgwonen in de wijk in het bestemmingsplan*. Geraadpleegd via: <http://actueel.adviesinruimte.nl/#post49> (21-05-2012).

Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ) (2009). *WTZi – Regeling kleinschalig wonen*. Geraadpleegd via: http://www.kcwz.nl/dossiers/regelgeving_zorg_en_welzijn/wtzi___regeling_kleinschalig_wonen (laatst bekeken op 08-05-2012).

Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ_ (2012A). *Over KCWZ*. Geraadpleegd via: http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/over_kcwz (20-05-2012).

Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ) (2012B). *Woonservicegebieden*. Geraadpleegd via: <http://www.kcwz.nl/dossiers/woonservicegebieden> (21-05-2012).

Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ) (2012C). *Varianten van woonservicegebieden*. Geraadpleegd via: http://www.kcwz.nl/dossiers/woonservicegebieden/woonzorgzones___varianten (21-05-2012).

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2009). *Veelgestelde vragen*. Geraadpleegd via: <http://www.cbsinuwbuurt.nl/#pageLocation=index> (01-06-2012).

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012A). *Waarom een set indicatoren en geen samengestelde indicator?*. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/duurzaamheid/faq/specifiek/fag-indicatorenset-pub.htm> (22-06-2012).

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 2012B) *Kerncijfers Wijken en buurten 2004-2012*. Geraadpleegd via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/selection/?VW=T&DM=SLNL&PA=70904ned&D1=47-48&D2=1072,1154,1156-1174,1176-1178,1180-1234,1236,1238,1240-1248,1250,1253-1274&D3=2,5-6&HDR=T,G2&STB=G1> (14-05-2012).

CIBG (2012). *TZi in het kort*. Geraadpleegd via: <http://www.wtzi.nl/tziinhetkort> (08-05-2012).

Graaf, P. De (2005, 14 april). *Villawijk in actie tegen instelling*. Geraadpleegd via: <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2686/Binnenland/article/detail/671040/2005/04/14/Villawijk-in-actie-tegen-instelling.dhtml> (29-05-2012).

RIBW alliantie (2012). *Vestigingen RIBW alliantie*. Geraadpleegd via: <http://www.ribwalliantie.nl/vestigingen.asp?id=17> (03-05-2012).

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2010). *Nationaal Kompas Volksgezondheid. Wat is sociaaleconomische status?* Geraadpleegd via: <http://www.nationaalkompas.nl> (27-02-2012).

Rijksoverheid (2010). *Begeleid wonen en bescherm wonen*. Geraadpleegd via: www.dwangindezorg.nl (05-03-2012).

Rijksoverheid, de (2012). *Wat houdt de Wet ruimtelijke ordening (Wro) in?* Geraadpleegd via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/ruimtelijke-ordening-en-bereikbaarheid/vraag-en-antwoord/wat-houdt-de-nieuwe-wet-ruimtelijke-ordening-wro-in.html> (21-05-2012).

Rijsbergen, D. (2009, 25 november). *Verstandelijk gehandicapten mogen van de Raad van State toch in villawijk wonen*. Geraadpleegd via: <http://zeeland.blog.nl/nieuws/2009/11/25/verstandelijk-gehandicapten-mogen-van-raad-van-state-toch-in-villawijk-wonen> (29-05-2012).

Scheerder, R.L.M.J. (2009). *Beëindiging wettelijke taken*. Geraadpleegd via: <http://www.bouwcollege.nl/smartsite.shtml?id=7711> (08-05-2012).

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) (2012). Geraadpleegd via: *Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland*. Geraadpleegd via: <http://www.vgn.nl/overdevgn> (3 mei 2012).

Verhagen, Visser, Kam & Prins-Wijnschenk (2010). *Samen werken aan ruimtelijk beleid voor wonen met zorg en begeleiding in de wijk: Een handreiking voor gemeentes, zorgorganisaties en corporaties*. Geraadpleegd via: http://www.kcwz.nl/doc/kleinschalig_wonen/Handreiking_bestemmingsplannen.pdf (01-06-2012).

Zorgvoorbeter (2005). *Vermaatschappelijking Arduin*. Geraadpleegd via: <http://www.zorgvoorbeter.nl/onderwerpen/over/zeggenschap/voorbeelden/vermaatschappelijking-arduin/> (16-04-2012).

Bijlage – Vragenlijst zorginstellingen

1. Wie bepaalt op welke locaties de (nieuwe) kleinschalige woonvoorzieningen van de instellingen worden gerealiseerd?
2. Welke criteria spelen een rol in de keuze voor de locaties? (bijv. Voorkeur van de cliënten, voorzieningen in de buurt/ov, jonge buurt/kinderen, buurtgebruik, sociale status van de wijk)
3. Wordt er bewust gekeken naar de sociaaleconomische status van een wijk in de locatiekeuze?