

*Zorg voor verstandelijk gehandicapten*



# Zorg voor verstandelijk gehandicapten

Ontwikkelingen in de vraag

Isolde Woittiez en Frans Crone (red.)

Jedid-Jah Jonker  
Ingrid Ooms  
John Stevens



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, augustus 2005

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2005

SCP-publicatie 2005/09

Zet en binnenwerk: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

Omslagillustratie: Ien van Laanen, Amsterdam

ISBN 90-377-0235-X

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Tel. (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

E-mail: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)

# Inhoud

Voorwoord	7
1 Inleiding	9
2 Veranderende opvattingen over de zorg voor verstandelijk gehandicapten en het beleid van de overheid	12
3 Verstandelijk gehandicapten in 2001: profiel van de populatie en potentiële gebruikers	17
4 De zorg voor verstandelijk gehandicapten in 2001: profiel van de zorgontvangers	20
5 Nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten in de periode 1998-2001	26
6 Nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten tot 2020 en de aard van de zorgvraag: vijf varianten	31
7 De zorg voor verstandelijk gehandicapten tot 2020: aard en omvang van de zorgvraag	42
8 Samenvatting en conclusies	48
Lijst van gebruikte afkortingen en begrippen	54
Literatuur	58
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	61



## Voorwoord

De zorg voor verstandelijk-gehandicapten is volop in beweging, met als steekwoorden extramuralisering en zorgvernieuwing. Om die reden bestond bij de directie Gehandicaptenbeleid (DGB) van het ministerie van vws behoefte aan een model op grond waarvan de vraag naar en het gebruik van gehandicaptenvoorzieningen goed kan worden ingeschat. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) werd verzocht dit model te ontwikkelen.

Deze publicatie geeft in kort bestek een beschrijving van de uitkomsten van dat model en is bedoeld voor beleidsmakers en deskundigen in het veld. Voor een uitgebreide beschrijving van de werking van het model en de gebruikte gegevens, wordt verwezen naar het rapport *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg*.

In dat rapport wordt een schatting gemaakt van het aantal verstandelijk gehandicapten in 2020 en van de vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ook wordt veel aandacht besteed aan het vinden van oorzaken van de enorme stijging in de vraag naar gehandicaptenzorg in de afgelopen jaren. Het is niet ondenkbaar dat die stijging bij ongewijzigd beleid zich de komende jaren zal blijven doorzetten. Hoe dan ook, de zorg zal in de toekomst anders worden vormgegeven: meer gericht op zelfstandigheid en leven in de wijk.

Modellen zijn onvermijdelijk een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Mede daardoor is het doen van uitspraken over de in de toekomst te verwachten vraag naar zorg een heikele onderneming. Dat het toch mogelijk was de toekomstige vraag naar zorg in beeld te krijgen, is mede te danken aan deskundigen in het veld, die hun kennis van de sector met de onderzoekers hebben willen delen. De onderzoekers zijn hen zeer erkentelijk voor de inbreng van hun expertise. De onderzoekers denken ook met plezier terug aan de constructieve samenwerking met de medewerkers van de directie Gehandicaptenbeleid van het ministerie van vws.

Tot slot nog een persoonlijk woord. Tot verdriet van alle medewerkers van het SCP is op 8 april 2005 geheel onverwacht Irma Schoemakers-Salkinoja overleden. Zij was door haar inhoudelijke kennis richtinggevend voor de studie waarop deze publicatie is gebaseerd. Haar serieuze werkhouding en haar vriendelijke manier van omgang met anderen maakten haar tot een geliefde collega die wij zeer zullen missen.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur SCP





# 1 Inleiding

De zorg voor verstandelijk gehandicapten in Nederland is volop in beweging. Zowel wat betreft de samenstelling van het aanbod aan voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten als de mate waarin van deze verschillende voorzieningen gebruik wordt gemaakt. Zo worden, om maar een voorbeeld te noemen, ambulante zorg en begeleid wonen in de wijk steeds belangrijker. Ook de regelgeving wat betreft de zorg voor verstandelijk gehandicapten onderging de afgelopen jaren de nodige aanpassingen. In dat verband noemen we hier slechts de modernisering van de AWBZ, die er onder meer voor zorgde dat in de zorgsector meer vraaggericht gewerkt ging worden. Verder noemen we de verbetering van de zorgregistratie, c.q. de uniformering van die registratie binnen het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG).<sup>1</sup> En intussen staan er alweer nieuwe wijzigingen voor de deur, waaronder de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), op grond waarvan gemeenten meer verantwoordelijkheden krijgen op het gebied van de zorg.

## Medeburgers

Veranderingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten kunnen niet los gezien worden van de manier waarop in de samenleving tegen verstandelijk gehandicapten wordt aangekeken. Anno 2005 worden zij expliciet beschouwd als medeburgers met gelijke rechten, als mensen met een verstandelijke beperking die evengoed deel uitmaken van onze samenleving.

De wijze waarop de zorg voor verstandelijk gehandicapten is ingericht, weerspiegelt de hier geschetste veranderende opvattingen. In het verleden waren verstandelijk gehandicapten vooral *voorwerp* van gestandaardiseerde, collectieve, intramurale zorg. Vandaag de dag worden zij daarentegen veeleer benaderd als *individuele cliënten* met recht op zorg die toegesneden is op zijn of haar specifieke situatie. Door deze ontwikkeling zijn de planning van de zorg en de uitvoering ervan uiteraard niet makkelijker geworden.

## Zorgzame overheid

De zorg voor gehandicapten mag in de afgelopen decennia qua aard en verschijningsvorm sterk veranderd zijn, op z'n minst één belangrijk uitgangspunt is nog steeds hetzelfde: de overheid was en bleef verantwoordelijk voor een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor (verstandelijk) gehandicapten. Althans, de overheid werd en wordt verondersteld de voorwaarden te scheppen waaronder een dergelijke zorg verstrekt kan worden.

---

<sup>1</sup> Het LCIG is vanaf 1 januari 2005 integraal onderdeel van de AWBZ-brede Centrale Indicatiecommissie Zorg (CIZ).

Vanwege deze verantwoordelijkheid en gezien ook de actuele ontwikkelingen in de zorgsfeer bestond bij de Directie Gehandicaptenbeleid (DGB) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) behoefte aan een beleidsondersteunend model voor gehandicaptenvoorzieningen. Doel van dit door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) te ontwikkelen model was het krijgen van inzicht in de ontwikkeling van de vraag naar en het gebruik van zorgvoorzieningen door verstandelijk gehandicapten tot 2020 en de omvang van eventuele wachtlijsten.

### Zorgpakketten

Bij de ontwikkeling van het model van de gehandicaptenzorg heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau het hele areaal aan zorgproducten dat in Nederland wordt aangeboden, in kaart gebracht. Bij deze inventarisatie werd de cliënt en zijn zorgvraag als uitgangspunt genomen. Voor het uiteindelijke model zijn de vele bestaande product(combinaties) samengevoegd tot 22 verschillende zorgpakketten (de zogenoemde SCP-zorgpakketten). Deze zorgpakketten omvatten zowel woonproducten als dagbestedingsproducten.

De woonproducten verschillen van elkaar in zorgintensiteit en lopen uiteen van woonvoorzieningen met een sterk accent op verpleging en verzorging, tot voorzieningen die juist gericht zijn op participatie en integratie van verstandelijk gehandicapten, bijvoorbeeld in de vorm van begeleid zelfstandig wonen en kort verblijf.

Het aanbod aan dagbestedingsproducten is eveneens zeer divers. Het varieert van vormen van dagbesteding waarbij het accent ligt op eenvoudige activiteiten, tot vormen van dagbesteding die gericht zijn op integratie in het arbeidsproces. Daarnaast zijn er ook nog vormen van dagbesteding met ontwikkelingsgerichte activiteiten die bedoeld zijn voor kinderen.

De zorgontvangers, c.q. verstandelijk gehandicapten maken meestal voor langere tijd gebruik van de diverse vormen van wonen en dagbesteding. Los daarvan zijn er ook vormen van zorg die over het algemeen kortdurend door cliënten worden afgenomen. Het gaat dan om begeleiding, onderzoek/diagnostiek en advies, behandeling en therapie (al dan niet met verblijf). Deze zorg wordt in het vervolg aangeduid met ambulante zorg.

### Onderzoeksvragen

Het aan het Sociaal en Cultureel Planbureau uitbestede onderzoek resulteerde in een rapport met als titel *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg; een vraagmodel*, dat tegelijk met deze publicatie verschijnt. Daarin staan drie onderzoeksvragen centraal, die als volgt kunnen worden samengevat:

- Welke maatschappelijke opvattingen waren de afgelopen decennia bepalend voor de aard en de omvang van de vraag naar zorg voor gehandicapten en hoe werd daarop door beleidsmakers gereageerd?

Deze vraag wordt in hoofdstuk 2 beantwoord.

- Welke zorgproducten in de sfeer van wonen, dagbesteding, kort verblijf en begeleiding vragen en ontvangen mensen met een verstandelijke handicap, uitgesplitst naar verschillende persoonskenmerken?

In hoofdstuk 3 wordt een beeld geschetst van de omvang, de leeftijdsopbouw en de verdeling naar mate van verstandelijke handicap van de gehele populatie van verstandelijk gehandicapten. Hoofdstuk 4 gaat in op de profielen van de ontvangers van zorgproducten en hoofdstuk 5 op de profielen de vraag van nieuwkomers.

- Hoe groot is de toekomstige vraag naar en gebruik van diverse zorgproducten voor verstandelijk gehandicapten door cliënten die al wél, en cliënten die nog geen zorg ontvangen? Hoofdstuk 6 analyseert hoe het aantal nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zich de komende jaren zal ontwikkelen. In hoofdstuk 7 wordt deze informatie gebruikt om tot ramingen te komen van de totale toekomstige vraag naar en gebruik van zorgproducten voor verstandelijk gehandicapten.

In hoofdstuk 8 ten slotte, worden de bevindingen samengevat.

Lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten zijn in het SCP-onderzoek bewust buiten beschouwing gelaten. Een van de overwegingen daarbij was dat de zorg voor verstandelijk gehandicapten op zich al zo'n 80% uitmaakt van de totale kosten die gemeoid zijn met de gehandicaptenzorg.

Deze publicatie beschrijft in kort bestek de belangrijkste uitkomsten van dat onderzoek en is in de eerste plaats bedoeld voor beleidsmakers, medewerkers van belangenorganisaties, managers van zorgkantoren en andere professionals die bij de zorg voor verstandelijk gehandicapten betrokken zijn. Voor een meer uitgebreide, cijfermatige onderbouwing van de onderzoeksresultaten en de methodologische verantwoording verwijzen we naar het al genoemde SCP-onderzoeksrapport *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel*. In dat rapport is ook een uitgebreide literatuurlijst te vinden.

Ten slotte nog dit: de onderzoekers benadrukken dat het ontwerpen van een model voor een sector die voortdurend volop in verandering is, een vrij heikele onderneming is. Al was het maar omdat trends uit het verleden niet zomaar kunnen worden geëxtrapoleerd. Niettemin biedt het door het SCP ontwikkelde model op zijn minst enkele bruikbare handvatten om – zij het binnen bepaalde marges – uitspraken te doen over te verwachten ontwikkelingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten.

## 2 Veranderende opvattingen over de zorg voor verstandelijk gehandicapten en het beleid van de overheid

In de loop der jaren zijn de opvattingen over de zorg voor verstandelijk gehandicapten ingrijpend veranderd. In de negentiende eeuw bestond de zorg voor verstandelijk gehandicapten vooral uit fysieke zorg en toezicht. Vanaf het begin van de vorige eeuw wordt er echter steeds meer vanuit gegaan dat ook mensen met een verstandelijke beperking ontwikkelingsmogelijkheden hebben. Dit leidde ertoe dat voor hen aparte scholen en werkplaatsen werden ingericht.

### Normalisatieparadigma

Na de Tweede Wereldoorlog werd de zorg voor verstandelijk gehandicapten meer en meer geïnspireerd door opvattingen die wel worden samengevat als het ‘normalisatieparadigma’. Deze nieuwe benadering ging er vanuit dat gehandicapte mensen, net als hun niet-gehandicapte medemens, recht hebben op een ‘normaal leven’. Dat hield bijvoorbeeld in dat kinderen met een verstandelijke handicap alleen in het uiterste geval uit huis werden geplaatst en dat ze, wanneer ze eenmaal volwassen waren, vervolgens (begeleid) zelfstandig gingen wonen. Mede als gevolg van dit normalisatieparadigma kwamen er de afgelopen decennia tal van nieuwe voorzieningen tot stand, zoals gezinsvervangende tehuizen en dagcentra voor de opvang van kinderen en volwassenen. Ook noemen we in dit verband door sociaal-pedagogische diensten (SPD's) gecoördineerde vrijetijdsactiviteiten en andere vormen van cliëntenondersteuning.

#### **Verstandelijk gehandicapt**

Volgens een gangbare definitie is iemand verstandelijk gehandicapt, wanneer hij of zij als gevolg van beperking van de intellectuele vermogens minder vaardig is met het uitoefenen van werkzaamheden op het gebied van wonen, werken, leren, communicatie, of bij het gebruik maken van vervoer of andere voorzieningen in de samenleving.

In deze publicatie beschouwen we iemand als verstandelijk gehandicapt wanneer hij of zij een IQ heeft van 80 of lager. Wanneer iemands IQ tussen de 50 en de 80 ligt, spreken we van een lichte verstandelijke handicap. Is iemands IQ lager dan 50, dan is er sprake van een matige of ernstige verstandelijke handicap. Bij de indicatiestelling wordt tegenwoordig formeel een IQ-grens van 70/75 aangehouden. In de praktijk is het IQ van mensen met een verstandelijke beperking lastig te bepalen.

Introductie van het normalisatieparadigma betekende dat in de zorg voor verstandelijk gehandicapten afscheid genomen werd van het traditionele medische model. Dit leidde zonder twijfel tot een grote kwaliteitsverbetering van de zorg, maar de

opkomst van het normalisatieparadigma had eveneens tot gevolg dat de vraag naar zorg zeer sterk toenam, ook vanuit de ouders van de gehandicapten. Immers, volgens de nieuwe opvattingen hadden ook zij recht op een normaal leven. Of anders gezegd, hun leven hoefde niet langer geheel in het teken te staan van de zorg voor hun gehandicapte kind.

### Rol van de overheid

Bij de financiering en regelgeving van de gehandicaptenzorg was en is steeds een belangrijke rol weggelegd voor de overheid. Deze reageerde op het normalisatieparadigma met het beschikbaarstellen van extra financiële middelen. Daarnaast kwam er nieuwe wetgeving tot stand die meer toegesneden was op de gewijzigde situatie, zoals de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), die in 1968 van kracht werd. Uitgangspunt van de AWBZ was de solidariteit tussen gezonde mensen en mensen met chronische beperkingen.

#### **AWBZ, oorsprong, betekenis**

In 1968 kwam de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) tot stand. Deze voor iedereen verplichte volksverzekering dekt voor alle inwoners van ons land zware geneeskundige risico's, waarvan de kosten op individuele basis niet op te brengen zouden zijn. Het gaat dan met name om fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen. De gangbare medische risico's zijn daarentegen afgedekt door ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekeringen. In de beginjaren waren vrijwel uitsluitend verpleeghuizen, instellingen voor gehandicapten en de psychiatrische ziekenhuizen onderdeel van de AWBZ. Daarna werden Riagg's, kortdurende psychiatrische hulp, gezinsverzorging en verzorgingshuizen aan de AWBZ toegevoegd. Er bestaan plannen om deze trend te doorbreken en in de toekomst alleen nog langdurige zware zorg te handhaven in de AWBZ.

De omschrijving van degenen die van deze AWBZ-voorzieningen gebruik mochten maken, was in de nieuwe regelgeving nogal ruim. Vereist werd slechts 'een schriftelijke motivering van de arts, die, indien het een indicatie voor opname en verder verblijf in een verpleeginrichting betreft, dient te zijn voorafgegaan door een klinisch of poliklinisch onderzoek'. Later werd voor toegang tot de AWBZ een indicatie door een indicatieorgaan verplicht gesteld. Met de nieuwe regelgeving werd getracht de uitgaven voor de zorg in de hand te houden. Overigens met niet al te veel succes, gezien de sterke groei van die uitgaven tussen 1970 en 1990: van 500 miljoen euro in 1970 naar 6,2 miljard euro in 1990.

### Burgerschapsparadigma

Sinds enkele jaren wordt in de zorg voor verstandelijk gehandicapten steeds meer gewerkt vanuit een nieuwe benadering, die kortweg wel wordt aangeduid als het 'burgerschapsparadigma'. In dit paradigma worden verstandelijk gehandicapten

beschouwd als volwaardige burgers, die vanwege hun beperking voor dat burgerschap ondersteuning nodig hebben die toegesneden is op zijn of haar individuele situatie. Deze nieuwe opvatting impliceerde dat zorgvoorzieningen die ten tijde van het normalisatieparadigma tot stand kwamen niet meer voldeden, vooral omdat het veelal ging om groepsvoorzieningen. Het een en ander heeft onder meer tot gevolg dat een groot deel van de woonvoorzieningen thans wordt afgebroken en vervangen door individuele woonvormen of wonen in zeer kleine groepen. Het burgerschapsparadigma heeft ook gevolgen voor de wijze waarop de dag besteed wordt en de vrije tijd wordt ingevuld. De ‘zorg’ van weleer maakt gaandeweg plaats voor individuele of groepsgewijze ‘begeleiding’ en ‘ondersteuning’.

De nieuwe opvattingen klinken ook door in tal van adviezen, bijvoorbeeld van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling aan de staatssecretarissen van vws. Deze aanbevelingen komen erop neer dat echte integratie en participatie van mensen met verstandelijke beperkingen alleen maar mogelijk is als het gehele aanbod op het gebied van wonen, werken, dagbesteding, onderwijs, sport en recreatie, wordt aangepakt en gemodelleerd vanuit bestaande, algemene, voor iedereen toegankelijke voorzieningen. Deze benadering wordt *inclusief beleid* genoemd en wordt onder meer geconcretiseerd in het ‘Actieplan gelijke behandeling in de praktijk’. Uitgangspunt bij dit beleid is dat verstandelijk gehandicapten – net als iedere andere burger – al deze activiteiten ‘in de samenleving’ moeten kunnen ontplooiën. Tevens moeten zij zelf kunnen bepalen door wie en op welke wijze zij worden ondersteund.

Overigens, te ver doorvoeren van integratie van verstandelijk gehandicapten kan ook leiden tot negatieve effecten. Zo is er sinds kort een discussie gaande over de vraag of kinderen met ernstige gedragsproblemen wel op gewone scholen gehandhaafd kunnen blijven.

### *Toenemende vraag naar zorg*

Keerzijde van deze nieuwe opvattingen was dat vraag naar zorg andermaal sterk toenam, met als gevolg groeiende wachtlijsten.

Om de zorgvraag objectief, zorgvuldig en deskundig te toetsen werd in april 2001 het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) ingesteld, waardoor vanaf dat moment in heel Nederland dezelfde richtlijnen gingen gelden voor het indiceren voor gehandicaptenzorg. Deze meer nauwgezette toetsing leidde echter niet tot afname van de vraag. In tegendeel. Het aantal indicaties ten behoeve van verstandelijk gehandicapten groeide in de periode 2000-2003 jaarlijks met 19%. In dezelfde periode namen de uitgaven voor verstandelijk- gehandicaptenzorg toe met gemiddeld 12% per jaar.

### Enkele cijfers

In 2003 was met de zorg voor gehandicapten in Nederland zo'n 4,7 miljard euro gemoeid. Ongeveer 80% van dit bedrag werd besteed aan de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Het grootste deel van dit bedrag (ruim 4 miljard) ging op aan zorg die werd verstrekt door zorgaanbieders die ondersteuning geven bij wonen en/of dagbesteding voor verstandelijk gehandicapten. Daarnaast was er een substantieel bedrag (148 miljoen) gemoeid met het werk van MEE Nederland, de voormalige sociaal-pedagogische diensten. Voor het verstrekken van persoonsgebonden budgetten (PGB's) aan verstandelijk gehandicapten werd in 2003 een bedrag van 175 miljoen euro uitgetrokken.

Het feit dat het aantal indicaties in de genoemde periode zo sterk groeide is te danken, dan wel te wijten, aan een combinatie van verschillende factoren. Een daarvan is het gegeven dat het aanbod werd uitgebreid met voorzieningen die erop gericht waren de cliënt langer thuis te laten wonen, waardoor vervolgens begeleidende voorzieningen nodig waren. Het ruime, meer aantrekkelijke aanbod van zorgproducten leidde bovendien tot een aanzuigende werking van potentiële cliënten uit andere sectoren van de zorg, waar de budgetten minder ruim waren. Het gaat vooral om cliënten vanuit de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Daarnaast is er ook nog sprake geweest van een ruimere interpretatie van de indicatie-criteria.

### Stelselherziening

De overheid reageerde op de veranderende maatschappelijke opvattingen over de zorg en zorgvoorzieningen met het 'Groot project modernisering van de AWBZ' (2001), dat – kort samengevat – bedoeld was om de cliënt meer keuzemogelijkheden te bieden. Cliënten werden niet langer geïndiceerd voor producten binnen voorzieningen, maar op basis van zeven AWBZ-brede functies. Daardoor vervaagden de grenzen tussen de verschillende AWBZ-sectoren (verpleging & verzorging, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg). Door deze 'ontschotting' kon vanaf 1 april 2003 iedere instelling met een AWBZ-toelating in principe zorg aanbieden aan elke AWBZ-geïndiceerde. Daardoor krijgt zo was de redenering – de cliënt meer keuzemogelijkheden en de zorgaanbieder meer mogelijkheden om zich te profileren.

Vanaf het eerste kabinet-Kok (1994-1998) hebben de achtereenvolgende kabinetten steeds hun bezorgdheid uitgesproken over de almaar groeiende vraag naar zorg en de navenant toenemende kosten.

De gehandicaptenzorg is een van de grootste groeiers in de zorgsector. Steeds vaker is dan ook te horen dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, van waaruit de gehandicaptenzorg wordt gefinancierd, in de bestaande vorm eigenlijk niet meer te handhaven is. Wat in deze discussie meespeelt is de vraag of bepaalde zorgvoorzieningen (zoals begeleiding en huishoudelijke verzorging) nog wel in de AWBZ thuishoren. Het plan is deze voorzieningen naar de WMO over te hevelen.

Het ligt in de bedoeling om de AWBZ binnen niet al te lange tijd – gesproken wordt van enkele jaren – ingrijpend te herzien. Hiertoe zijn al enkele veranderingstrajecten ingezet, waaronder de verandering in de indicatiestelling aan de vraagkant, en de introductie van marktwerking aan de aanbodkant.

### **Indicatiestelling**

In april 2003 werd gestart met de functiegerichte indicatiestelling. Sindsdien wordt de zorg voor gehandicapten, inclusief de zorg voor verstandelijk gehandicapten, gedefinieerd in zeven zo geheten AWBZ-brede functies. Deze zeven zorgcategorieën zijn: behandeling, activerende begeleiding, ondersteunende begeleiding, verpleging, persoonlijke verzorging, huishoudelijke verzorging en verblijf (waarmee huisvesting met zorg en begeleiding wordt bedoeld). Tijdens de onderzoeksperiode was er geen informatie beschikbaar om de zorg uitgedrukt in termen van SCP-zorgpakketten om te zetten in zorg die uitgedrukt is in AWBZ-functies.

Tevens ligt het in de bedoeling de zorginstellingen te gaan financieren op basis van de ‘zorgzwaarte van de cliënt’. Dit houdt in dat de huidige *budgetfinanciering* zal gaan plaatsmaken voor *outputfinanciering*. Voor extramurale AWBZ-zorg is deze financieringsvorm al gerealiseerd. De intramurale AWBZ-zorg zal naar verwachting vanaf 1 januari 2007 op deze nieuwe manier gefinancierd gaan worden. Ook zal de ‘AWBZ-brede zorgregistratie op cliëntbasis’ verder worden doorgevoerd en afgerond.

Een andere ingrijpende verandering die voor de deur staat, heeft te maken met de al genoemde Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het wetsvoorstel wordt naar verwachting in de herfst van 2005 in de Tweede Kamer besproken. Invoering van de WMO zou een algehele herziening van de taakverdeling tussen de rijksoverheid en de gemeenten op het gebied van langdurige zorg (waaronder gehandicaptenzorg) en welzijn impliceren. Dit laatste is, zo zou men kunnen zeggen, geheel in overeenstemming met het burgerschapsparadigma, dat er vanuit gaat dat juist de lokale gemeenschap zich moet inzetten voor integratie en participatie van mensen met een beperking.

### *Spanningsrelatie*

Hoe het burgerschapsparadigma uiteindelijk zal uitpakken, daarover lopen de meningen uiteen. Volgens sommigen is het gevaar levensgroot dat burgers met een beperking in de kou komen te staan, met name wanneer lokale overheden bij bezuinigingen gaan snoeien in de kosten van de zorg en ondersteuning. Anderen verwachten juist dat er nieuwe vormen van samenwerking ontstaan tussen de netwerken van zorgbehoevende burgers, professionele begeleiders en buurtbewoners. Hoe het ook zij, in alle gevallen is er sprake van een blijvende spanningsrelatie tussen beheersing van de kosten van de zorg en ondersteuning enerzijds, en anderzijds het recht op zorg en ondersteuning die is toegesneden op de behoefte van de burger.

Het leveren van betaalbaar maatwerk aan de burger zal in de toekomst een grote uitdaging blijven voor de zorgaanbieders.



### 3 Verstandelijk gehandicapten in 2001: profiel van de populatie en potentiële gebruikers

#### *Omvang van de populatie*

In 2001 telde Nederland volgens een schatting van het Sociaal en Cultureel Planbureau zo'n 112.000 verstandelijk gehandicapten (personen met een IQ onder de 80). Bij deze raming werd uitgegaan van onderzoeksgegevens uit 1988 in combinatie met de meest recente bevolkingscijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek uit 2003. In deze schatting werden zo'n 9000 kinderen jonger dan 10 jaar meegeteld, die niet 'gevonden' werden bij het bevolkingsonderzoek uit 1988, omdat ze te jong waren. Ook werd rekening gehouden met het gegeven dat het sterftecijfer van ernstig verstandelijk gehandicapten afwijkt van het sterftecijfer van de bevolking als geheel. Afhankelijk van de veronderstelde sterftekans, kan het aantal verstandelijk gehandicapten zo'n vijfduizend hoger of lager liggen.

In hoeverre is het aannemelijk dat het percentage van de bevolking dat een verstandelijke beperking heeft, niet veranderd is sinds het bevolkingsonderzoek uit 1988? Volgens sommige onderzoekers is de kans op het krijgen van een verstandelijk gehandicapt kind toegenomen sinds 1988 omdat vrouwen op hogere leeftijd kinderen krijgen. Hier staat echter tegenover dat de prenatale diagnostiek steeds beter wordt, waardoor de kans op een verstandelijke handicap juist afneemt. In Nederland is men in vergelijking met het buitenland nogal terughoudend met deze prenatale screening. Deskundigen gaan er echter vanuit dat het effect van deze twee tegengestelde trends tegen elkaar wegvallen.

Ook zijn er geluiden dat allochtonen hun verstandelijk gehandicapte familieleden naar Nederland laten komen vanwege de goede zorg. Maar anderen zeggen juist dat allochtone ouders hun verstandelijk gehandicapte kinderen terugsturen naar hun land van herkomst. Alles overziend, zijn er onvoldoende aanwijzingen om aan te nemen dat het percentage van de bevolking dat een verstandelijke beperking heeft, veranderd is sinds het bevolkingsonderzoek uit 1988.

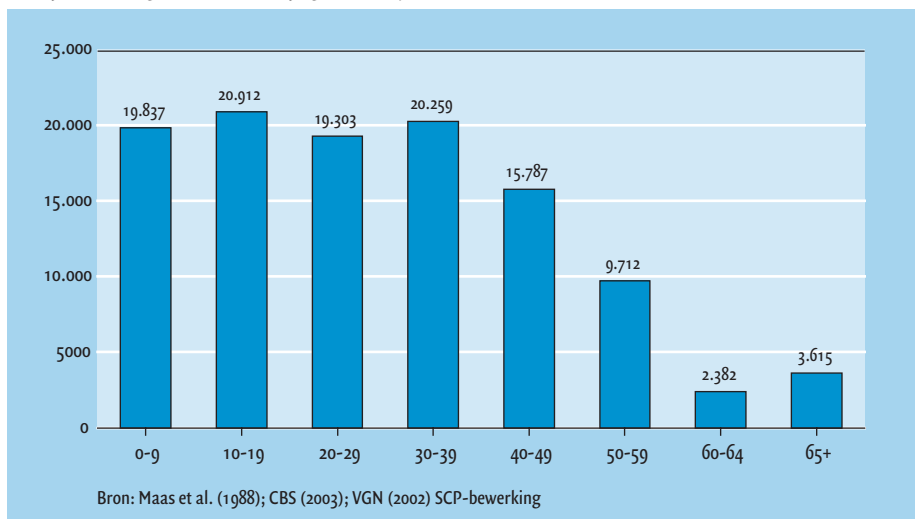
Onderzoekers van de Universiteit Maastricht kwamen in 2002 met een aantal van 110.000 verstandelijk gehandicapten ongeveer op hetzelfde uit.

#### *Leeftijdsopbouw van de populatie*

Naar schatting zijn er zo'n 40.000 verstandelijk gehandicapten in Nederland die 19 jaar of jonger zijn. Nog eens 40.000 verstandelijk gehandicapten zijn tussen de 20 en de 49 jaar oud. De 50-plussers vormen slechts een klein deel van de gehele populatie. In hoofdstuk 6 van dit rapport wordt ingegaan op de verwachte leeftijdsverdeling in 2020.

Figuur 3.1

Leeftijdverdeling van verstandelijk gehandicapten



### Licht en zwaar gehandicapten

Van de 112.000 verstandelijk gehandicapten is iets minder dan de helft licht verstandelijk gehandicapt en iets meer dan de helft matig tot zeer ernstig gehandicapt. Bij de jongeren zien we relatief meer licht verstandelijk gehandicapten en bij de ouderen relatief meer matig tot zeer ernstig gehandicapten. Dit verschil wordt deels verklaard door het gegeven dat licht verstandelijk gehandicapte jongeren met problemen sneller tot de populatie worden gerekend.

### Potentiële gebruikers: zwakbegaafden

De populatie verstandelijk gehandicapten is in feite te beschouwen als de primaire doelgroep van de verstandelijk-gehandicaptenvoorzieningen. In de praktijk blijkt nog een andere groep een beroep te doen op deze voorzieningen. De afgelopen jaren zijn steeds meer zwakbegaafden zorg gaan ontvangen uit de verstandelijk gehandicaptensector, waarmee zij *de facto* tot de gebruikersgroep van deze sector gingen behoren. Het gaat hierbij vooral om jeugdigen met ernstige gedragsproblemen en een IQ van rond de 80. Maar er vallen ook nogal wat mensen onder met een autistische of andere psychische stoornis, die gebruik zijn gaan maken van voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Kennelijk waren deze voor hen aantrekkelijker en/of meer toegankelijk dan andere voorzieningen.

In 2001 maakten naar schatting 10.000 zwakbegaafden gebruik van voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Daarbij kan worden aangetekend dat we het hier hebben over een zeer omvangrijke groep van potentiële gebruikers, die zelfs veel groter is dan de populatie van verstandelijk gehandicapten. Volgens een onderzoek uit 2003 gaat het om een categorie van maar liefst 240.000 tot 280.000 mensen.

### **Zwakbegaafd**

Er zijn mensen die gebruik maken van voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten die worden gefinancierd vanuit de AWBZ, terwijl zij volgens de gangbare IQ-definitie geen verstandelijke beperking hebben. Het betreft hier mensen met een IQ tussen de 80 en 90, en die op grond daarvan worden aangeduid als zwakbegaafd. Het zijn vooral jongeren die elders – in de jeugdhulpverlening of in de geestelijke gezondheidszorg – kennelijk geen hulp konden krijgen. De afgelopen decennia is vanuit de gehandicap- tensesctor steeds AWBZ-gefinancierde zorg verleend aan zwakbegaafden. Sinds medio jaren tachtig was dit percentage vrij constant: steeds was ongeveer 10% van de ontvan- gers van zorg voor verstandelijk gehandicapten zwakbegaafd, maar nu is het groeiend.

### **Ondergrens**

Gezien ook deze laatste gegevens kan men zich afvragen of met de aangehaalde SCP-raming van 112.000 verstandelijk gehandicapten met daarbij opgeteld 10.000 zwakbegaafden die in deze sector zorg ontvangen, de potentiële gebruikersgroep van deze sector wel helemaal in kaart is gebracht. Waarschijnlijk is dit niet het geval, en is – ondanks het feit dat andere schattingen op vergelijkbare aantallen uitkomen – het aantal verstandelijk gehandicapten in werkelijkheid groter. Daarvoor zijn meerdere redenen aan te geven.

De eerste reden is het gegeven dat de categorie verstandelijk gehandicapten moge- lijk is opgerekt door veranderende opvattingen over wie tot deze categorie behoort. Het gaat dan met name om mensen met gedragsproblemen en een IQ rondom de 80. Dit is een zeer omvangrijke groep.

Ten tweede, er zijn nogal wat mensen die zich bevinden op het grensvlak van de verstandelijk gehandicaptensector en andere zorgsectoren. Het is echter onduidelijk hoe groot de toestroom uit die sectoren is.

Al met al is het dan ook aannemelijk dat de SCP-populatierraming van 112.000 verstandelijk gehandicapten slechts een ondergrens is voor de potentiële gebruikers- groep. Volgens de huidige interpretatie van de wet- en regelgeving is de potentiële doelgroep waarschijnlijk veel groter dan de genoemde 112.000, aangezien dit aantal vermeerderd zou moeten worden met het aantal zwakbegaafden dat een beroep zou kunnen gaan doen op de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Hoeveel zwakbe- gaafden – een groep die in totaal 280.000 mensen omvat – daadwerkelijk van deze mogelijkheid gebruik zal kunnen maken, is onbekend.

Op dit moment is de toelating van de categorieën zwakbegaafde (IQ tussen 80 en 90) en licht verstandelijk gehandicapte jongeren (IQ tussen 50 en 80) tot de zorg voor verstandelijk gehandicapten onderwerp van politieke discussie. vws onderzoekt of de AWBZ voor deze groepen wel de meest voor de hand liggende voorziening is. Strikt genomen behoren zwakbegaafden niet tot de populatie. Maar, voorzover zij nu al AWBZ-gefinancierde zorg ontvangen, vallen zij wel onder de cliënten die in het model worden geanalyseerd.

## 4 De zorg voor verstandelijk gehandicapten in 2001: profiel van de zorgontvangers

### Aantal zorgontvangers

Volgens gegevens uit verschillende bronnen telde Nederland in 2001<sup>2</sup> alles bij elkaar ongeveer 75.000 mensen die gebruik maakten van zorgvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Wanneer men dit aantal vermeerderd met de 6000 verstandelijk gehandicapten met een persoonsgebonden budget, die zorg ontvingen buiten de verstandelijk-gehandicaptenvoorzieningen, komt men uit op een aantal van 81.000. Hierbij moet echter aangetekend worden dat in het laatst genoemde aantal ongeveer 10.000 zwakbegaafden verdisconteerd zijn. Dit betekent dat in 2001 in feite 71.000 verstandelijk gehandicapten zorg ontvingen. Dat is 63% van de in totaal 112.000 verstandelijk gehandicapten in ons land.

In datzelfde jaar stonden ruim 8000 mensen op de wachtlijst, die nog geen zorg ontvingen, onder wie 1300 zwakbegaafden. Als we de resterende 6700 verstandelijk gehandicapten erbij optellen, maakt bijna 70% van de verstandelijk gehandicapten gebruik van voor deze groep bedoelde voorzieningen, of staan daarvoor op de wachtlijst.

Het overgrote deel van de zorg die verstandelijk gehandicapten ontvangen, heeft betrekking op woonvoorzieningen. Specifieker geformuleerd: meer dan de helft van de gebruikers van zorgvoorzieningen ontving in 2001 zorg in de vorm van verzorgd, of beschermd wonen met zorgondersteuning in de nabijheid. Zo'n 7% ontving daarentegen zorg in de vorm van begeleid zelfstandig wonen, terwijl 10% zorg ontving in de vorm van kort verblijf.

### Zorgvorm per type cliënt

In 2001 telde Nederland ongeveer 57.000 inwoners met een matige tot (zeer) ernstige verstandelijke handicap. Van hen maakte naar schatting 90% gebruik van voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Voor de (zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten gaat het dan vooral om verzorgd wonen; begeleid zelfstandig wonen is voor deze groep vrijwel uitgesloten. Van de 55.000 licht verstandelijk gehandicapten maakten er naar schatting 14.000 gebruik van zorgvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Dat komt neer op ongeveer 25%. Zij ontvingen vooral ambulante zorg en kort verblijf. In 2001 had circa 1 op de 8 van de gebruikers van gehandicaptenzorg een IQ van boven de 80. Ook zij ontvingen vooral ambulante zorg en kort verblijf.

---

2 Sommige gegevens uit dit hoofdstuk hebben betrekking op 2002, maar verondersteld wordt dat dezelfde cliëntprofielen gelden voor 2001.

Eén en ander wordt nog eens geïllustreerd door de cijfers in tabel 4.1

Tabel 4.1

Potentiële en feitelijke gebruikers van verstandelijk-gehandicaptenzorg

mate van verstandelijke handicap	populatie	gebruik anno 2001	aandeel
matig tot zeer ernstig	57.000	51.000	90%
licht	55.000	14.000	25%
zwakbegaafd	240.000 - 280.000	10.000	4%

Bron: Prismant/HHM (ZIP'02)

Tabel 4.2

Typologie van verschillende zorgvormen

benaming van de zorgvorm	omschrijving aard van de zorg
verzorgd wonen	wonen met accent op verpleging en verzorging, op beschutting of op begeleiding
beschermd wonen	wonen met accent op zelfstandigheid, of op participatie en integratie
begeleid zelfstandig wonen	begeleiding bij het zelfstandig wonen
kort verblijf	weekendopvang, midweekopvang, vakantieopvang, logeeropvang of crisisopvang
dagbesteding <sup>a</sup>	dagbesteding met accent op eenvoudige activiteiten, vormende activiteiten, ontwikkelingsgerichte activiteiten of arbeidsmatige activiteiten
ambulante zorg <sup>b</sup>	begeleiding gezin of cliënt, onderzoek en advies, behandeling/therapie of onderzoek, diagnostiek en behandeling met verblijf

a Het gaat hierbij om personen die alleen deze vorm van ondersteuning krijgen en niet om personen die dagbesteding krijgen in combinatie met verzorgd, beschermd of begeleid zelfstandig wonen of kort verblijf.  
b Het gaat hierbij om een verzamelterm van zorg die een kortdurend karakter heeft.

Bron: Woittiez et al. (2005)

Uit ons onderzoek blijkt ook dat de zorg die verstandelijk gehandicapten ontvangen per leeftijdscategorie in aard en omvang verschilt.

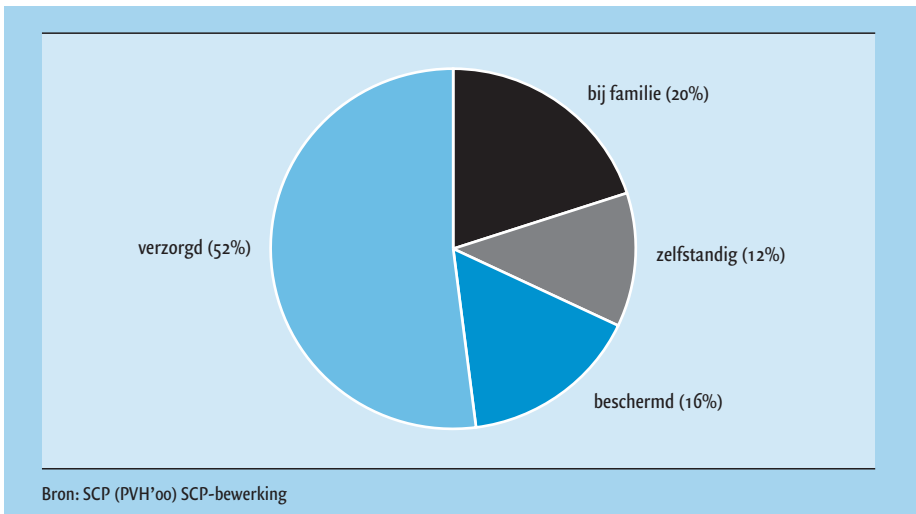
Van de 20.000 verstandelijk gehandicapten tot tien jaar ontvangt ongeveer een derde zorg, meestal in de vorm van kort verblijf, dagbesteding of begeleiding. Van de ruim 20.000 oudere verstandelijk gehandicapte kinderen (10-19 jaar) ontvangt de helft zorg. Zij verblijven vaker in een instelling voor verzorgd wonen, terwijl ook een groot aantal van hen zorg ontvangt in de vorm van kort verblijf of begeleiding. Meer dan de 80% van de volwassenen ontvangt zorg, vooral op het gebied van wonen en dagbesteding. Voor volwassen verstandelijk gehandicapten blijkt een instelling voor beschermd wonen duidelijk een belangrijk alternatief voor verzorgd wonen. Zij ontvangen naar verhouding wat minder begeleiding of onderzoek/behandeling.

### Kwetsbare groep

Het type zorg dat verstandelijk gehandicapten ontvangen, wordt niet alleen bepaald door zijn of haar IQ, maar ook door de aard van de gedragsproblematiek waarmee iemand te maken heeft. In dit verband wordt wel de term *kwetsbare groep* gehanteerd. Met dit begrip worden cliënten bedoeld met een matige of (zeer) ernstige verstandelijke handicap – al dan niet met gedragsproblemen – en cliënten met lichte verstandelijke beperkingen met gedragsproblemen. In 2001 behoorden bijna 60.000 mensen tot deze categorie. Van hen hadden er 57.000 een matige of (zeer) ernstige verstandelijke handicap, al dan niet in combinatie met een gedragsstoornis; de overige 3000 hadden een lichte verstandelijke handicap met een gedragsstoornis. De kwetsbare cliënten maken in meerderheid gebruik van voorzieningen voor verzorgd wonen (zie figuur 4.1). Dat neemt overigens niet weg dat een niet te verwaarlozen deel van hen (bijna 20.000 personen) zelfstandig of bij familie woont.

Figuur 4.1

Woonsituatie van kwetsbare cliënten in 2001 (in procenten)

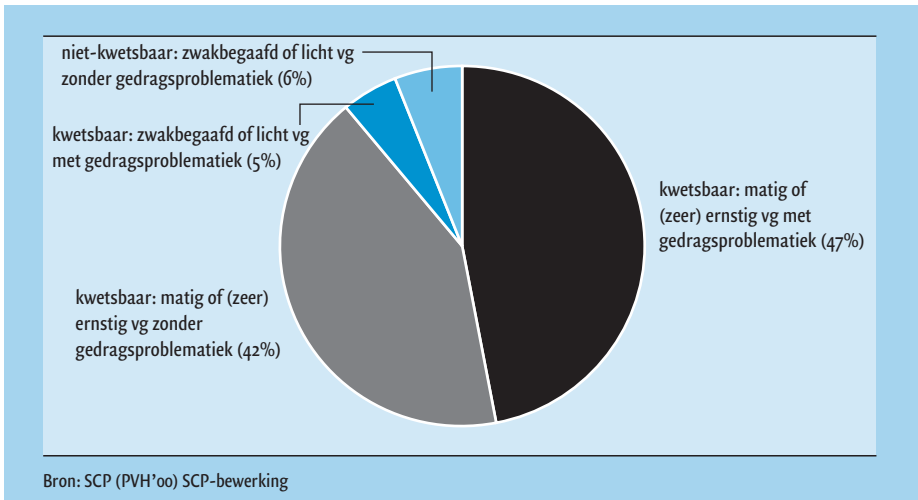


Bijna alle cliënten die verzorgd wonen, behoren volgens de hierboven gegeven omschrijving tot de groep van kwetsbare cliënten; van de cliënten die beschermd wonen, kan zo'n 60% als kwetsbaar aangemerkt worden (zie figuur 4.2).

Vroeger was de groep die verzorgd woonde overigens veel homogener dan tegenwoordig. Deskundigen in het veld wijzen erop dat een situatie waarin zulke verschillende cliënten bij elkaar wonen, kan leiden tot problemen. De cliënten met gedragsproblemen zijn soms bedreigend voor gehandicapten met een ernstige verstandelijke handicap, die over het algemeen zeer kwetsbaar zijn.

**Figuur 4.2**

Typering van cliënten die verzorgd wonen in 2001 (in procenten)



### Kenmerken per zorgvorm

De mate waarin zorgontvangers zelfredzaam zijn, verschilt gemiddeld genomen per zorgvorm. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde leeftijd van de zorgontvangers. Meer gedetailleerde gegevens zijn te vinden in Tabel 4.3.

**Tabel 4.3**

Gemiddelde leeftijd, gemiddelde mate van zelfredzaamheid en aantal zorgontvangers per zorgvorm, 2001

zorgvorm	gemiddelde leeftijd	gemiddelde mate van zelfredzaamheid <sup>a</sup>	aantal zorgontvangers
verzorgd wonen	41	2,5	27.000
beschermd wonen	44	3,1	12.000
begeleid zelfstandig wonen	40	3,7	5.000
kort verblijf	15	2,0	7.000
alleen dagbesteding	31	3,0	16.000
alleen ambulante zorg	22	2,2	8.000
totaal	35	2,7	75.000 <sup>b</sup>

a De mate van zelfredzaamheidschaal varieert van 1 (zeer weinig zelfredzaam) tot 5 (zelfredzaam).  
 b Dit is inclusief 10.000 zwakbegaafden en exclusief 6000 pgb-ers met zorg buiten de verstandelijk-gehandicaptenzorg.

Bron: Prismant (HHM/ZIP) SCP-bewerking

De cliënten die verzorgd wonen, zijn gemiddeld genomen weinig zelfredzaam. Dat komt doordat bijna 90% van de cliënten matig of ernstig gehandicapt is. De meeste cliënten die beschermd wonen, hebben een lichte of matige verstandelijke handicap. Zoals te verwachten zijn de cliënten die (begeleid) zelfstandig wonen het meest

zelfredzaam. Dat heeft te maken met het hoge percentage zwakbegaafden onder de begeleid zelfstandig wonenden (36%, niet aangegeven in de tabel). Het zijn vooral kinderen die gebruik maken van kort verblijf en daarom is daar de zelfredzaamheid (nog) laag. Om diezelfde reden zien we een lage zelfredzaamheid van de cliënten die ambulante zorg ontvangen. Vooral cliënten die begeleiding en onderzoek/advies ontvangen, zijn relatief jong en (nog) weinig zelfredzaam.

Nog enkele cijfers die niet in de tabel kunnen worden teruggevonden: in de instellingen voor verzorgd wonen heeft ongeveer de helft van de cliënten gedragsproblemen; bij beschermd wonenden en thuiswonende cliënten is dat ongeveer een kwart.

Anders gezegd: de ernst van de beperking lijkt, zoals te verwachten, maatgevend voor de zwaarte van het woonproduct. De ernst van de beperking is echter niet de enige factor die een rol speelt. Immers dan zouden alle mensen met een ernstige handicap verzorgd wonen. Ook andere factoren, zoals gedragsproblemen of leeftijd, spelen een rol.

De gemiddelde leeftijd van cliënten die verzorgd, beschermd of zelfstandig wonen is rond de 40. Iets minder dan eenderde van de cliënten die verzorgd wonen en iets meer dan eenderde van de cliënten die beschermd wonen, is zelfs ouder dan 45 jaar. De cliënten met dagbesteding zijn in meerderheid tussen de 20 en 45 jaar oud, de ontvangers van ambulante zorg zijn vaak jonger dan 19 jaar.

#### *Wachtlijsten en doorstromers*

In 2001 stonden in totaal ongeveer 13.000 personen met een verstandelijke handicap op de wachtlijst. Deze cliënten ontvingen de gewenste zorg nog niet, omdat zij kennelijk niet voorhanden was. Het betreft hier personen met en zonder zorg. Het onderscheid tussen mensen met en zonder zorg is belangrijk, omdat mensen met zorg die een ander pakket vragen dan ze nu hebben, een plaats vrijmaken voor iemand anders als ze dit pakket gaan ontvangen. Wachtenden zonder zorg maken geen plaats vrij.

Van deze 13.000 mensen ontving ongeveer 60% nog geen (overbruggings)zorg. Veruit de meesten van hen wachtten op een woonpakket, ondanks dat het aantal wachtenden in de jaren 1998-2001 licht is gedaald. Tegelijkertijd zien we een toename van het aantal vragers naar ambulante begeleiding. Dit heeft deels te maken met het feit dat een kleine 15% van het aantal wachtenden zwakbegaafd is.

Van de 13.000 wachtenden ontving 40% al wel enige vorm van zorg. Van deze doorstromers wachtte de meerderheid op eenzelfde zorgpakket als waar ze al gebruik van maakten, maar dan in een iets andere samenstelling of in een gewijzigde omvang.

Een vergelijkbaar patroon zien we bij de mensen die in 2001 op de wachtlijst zijn gekomen. Er zijn in feite drie soorten doorstroomvragers:

- 1 Cliënten die dezelfde zorg vragen als die ze al ontvangen. Dit geldt voor meer dan 60% van de doorstroomvragers. Vooral aan cliënten met een SCP-woonpakket werden veel herindicaties afgegeven.



- 2 Cliënten die meer en zwaardere zorg vragen, bijvoorbeeld cliënten met kort verblijf, die vervolgens vragen naar de zwaardere woonfuncties en naar dagbesteding.
- 3 Cliënten die lichtere vormen van zorg vragen, bijvoorbeeld ontvangers van lichtere woonpakketten met een doorstroomvraag naar begeleid zelfstandig wonen.

Hieraan kan nog toegevoegd worden dat bij de jeugd vaak behoefte is aan aanpassing van het zorgpakket, doordat het inzicht in het niveau van functioneren nog niet helemaal is uitgekristalliseerd. De helft van de in 2001 afgegeven doorstroomindicaties was bestemd voor 0-14-jarigen, en nog eens een kwart voor de 15-24-jarigen. Meer dan een kwart van de jonge kinderen met een verstandelijke handicap ontvangt een indicatie voor begeleiding, en nog eens een kwart voor kort verblijf.

Naarmate de cliënt ouder is, neemt het percentage geïndiceerden voor een woonfunctie toe, terwijl het percentage indicaties voor begeleiding en kort verblijf afneemt.

Opmerkelijk is een kleine groep oudere doorstroomvragers, die een indicatie ontving voor begeleid zelfstandig wonen. Dit zou kunnen duiden op cliënten die buiten de muren van de instelling gaan wonen en daarbij begeleiding ontvangen, of op cliënten die tot dan toe nog bij familie woonden, maar het huis uit moeten omdat hun ouders te oud worden om nog voor hen te zorgen.

## 5 Nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten in de periode 1998-2001

Wanneer men een schatting wil maken van de totale vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten in 2020, is het van belang te weten hoe de vraag naar zorgvoorzieningen zich de afgelopen jaren ontwikkelde. Meer concreet: hoeveel mensen deden in de periode 1998-2001 voor het eerst een beroep op voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, én hoe was de zorgvraag van deze nieuwkomers opgebouwd?

### *Ontwikkelingen in de vraag naar zorg*

In 1998 meldden zich zo'n 7000 nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten; in 2001 waren dat er bijna 9000 en in 2003 ongeveer 15.000. Er zijn meerdere oorzaken voor deze spectaculaire stijging van het aantal nieuwe zorgvragers in die jaren.

Wat zeker meegespeeld zal hebben, is dat in die periode zwakbegaafden in grotere mate tot de gebruikersgroep van de zorg voor verstandelijk gehandicapten gingen behoren. Daar komt nog eens bij dat ook een deel van de latente vraag naar zorg manifest werd, doordat het burgerschapsparadigma steeds meer bijval kreeg. Dit hield in dat verstandelijk gehandicapten, net als iedere andere burger, op allerlei terreinen activiteiten zou moeten kunnen ontplooien, met als gevolg een toenemende vraag naar allerlei vormen van ondersteuning. Bovendien was er sprake van een aanzuigende werking uit andere sectoren van de zorg door de inzet van extra wachtlijstgelden en toenemende diversiteit in de zorgproducten die aangeboden werden. In onderlinge combinatie leidden deze ontwikkelingen tot een toenemende vraag naar zorg.

Maar of het aantal nieuwkomers dat zich jaarlijks met een zorgvraag meldt zo hoog blijft als in de afgelopen jaren, is nog maar de vraag, omdat er in de achter ons liggende jaren ook administratieve redenen waren voor het toenemende aantal nieuwkomers.

Wat dit laatste betreft, kan men bijvoorbeeld denken aan het verplichtstellen van een indicatie voor begeleiding, en het uniformeren van de indicatiestelling voor licht verstandelijk gehandicapten binnen het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG).

Ook speelt mee dat een deel van de nieuwkomers feitelijk al wel zorg ontving. Het gaat dan vooral om mensen die al dusdanig lang zorg ontvingen dat zij niet werden opgenomen in het zorgregistratiesysteem dat in 1996 werd geïntroduceerd. Of anders gezegd: deze mensen werden nooit geïndiceerd, maar ontvingen wel zorg. Nu er voor de financiering wél een indicatie nodig is, moeten deze zorgontvangers alsnog geïndiceerd worden. In 2001 was deze indicering nog maar nauwelijks op gang gekomen, maar inmiddels zit er enige schot in.

Gezien deze en andere administratieve oorzaken is het niet onmogelijk dat het aantal nieuwe zorgvragers kleiner is dan is gemeten in het zorgregistratiesysteem. Maar hoeveel kleiner valt niet te zeggen.

Het aantal geïndiceerde cliënten dat nog geen zorg ontving, steeg tussen 1998 en 2001 met maar liefst 8,5% per jaar. Het is echter onwaarschijnlijk dat deze ontwikkeling zich op de langere termijn verder zal doorzetten. Een blijvende toename van 9000 nieuwe vragers per jaar is niet reëel, gezien het totale aantal verstandelijk gehandicapten van 112.000 en het totaal aantal personen dat reeds gebruik maakt van verstandelijk-gehandicaptenzorg. Anderzijds mag men niet vergeten dat met het toelaten van zwakbegaafden tot de zorg voor verstandelijk gehandicapten de groep potentiële gebruikers enorm is toegenomen. In hoofdstuk 3 van dit rapport werd daar al op gewezen.

#### *Verschuivingen in de vraag naar zorg*

Opmerkelijk is dat er per zorgpakket grote verschillen zijn in de toename van het aantal nieuwe indicaties. Zo worden de meeste woonpakketten steeds minder geïndiceerd, met uitzondering van het zwaarste woontype in combinatie met dagbesteding. Ook het aantal nieuwe indicaties voor alleen dagbesteding loopt terug. De indicaties voor kortverblijf, begeleiding, onderzoek en behandeling stegen daarentegen zeer sterk met groeipercentages variërend van 40 tot bijna 80 per jaar. Door deze verschillende groeipercentages is de verhouding tussen de verschillende geïndiceerde zorgpakketten sterk veranderd. In 2001 waren er in vergelijking met 1998 niet alleen veel meer nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, er was ook een verschuiving te bespeuren in het soort zorg dat geïndiceerd werd. In 1998 werd 45% van de nieuwe indicaties afgegeven voor een woonfunctie en 31% voor ambulante zorg. In 2001 zijn deze percentages respectievelijk 24 en 59.

Aan deze cijfers is duidelijk af te lezen dat er tussen 1998 en 2001 sprake was van een verschuiving in het type zorg van traditionele woonproducten naar ambulante producten. Of deze toename van, en de verschuiving in de aard van de nieuwe vraag permanent of tijdelijk is, valt moeilijk te zeggen. Om die reden heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau een aantal varianten van de toekomstige vraag naar zorg doorgerekend.

#### *Wie vroeg welke zorg in 2001?*

Bijna driekwart van de nieuwe indicaties in de zorg voor verstandelijk gehandicapten heeft betrekking op kinderen. Daarbij kan worden aangetekend dat de laatste jaren de nieuwe cliënten die voor het eerst geregistreerd worden, steeds jonger zijn.

Jongeren ontvangen vooral een nieuwe indicatie voor kort verblijf, begeleiding en dagbesteding met ontwikkelingsgerichte activiteiten. Volwassenen die voor het eerste geïndiceerd worden, ontvangen daarentegen vooral een indicatie voor begeleid zelfstandig wonen.

Bijna 60% van de nieuwe indicaties wordt afgegeven aan licht verstandelijk gehandicapten (37%) en zwakbegaafden (20%). Dit laatste betekent dat een op de vijf nieuwkomers eigenlijk niet behoort tot populatie van verstandelijke gehandicapten. Mogelijk is dat aantal zelfs nog hoger wanneer men daarbij alle nieuwkomers optelt, van wie onbekend is in welke mate zij verstandelijke gehandicapt zijn. Bij ongeveer een kwart van de nieuwe indicaties is niet geregistreerd in welke mate de cliënt verstandelijk gehandicapt is. Slechts 16% van de nieuwe indicaties wordt afgegeven aan mensen met een matige tot zeer ernstige verstandelijke handicap. Dit percentage valt zo laag uit omdat van de matig tot zeer ernstig gehandicapten al een percentage zorg ontvangt. Deze 16% komt neer op ongeveer 1400 personen. Dat aantal komt overeen met het aantal te verwachten nieuwkomers op basis van geboorten. In hoofdstuk 6 wordt daar verder op ingegaan.

Uiteraard krijgen nieuwkomers met lichte beperkingen een indicatie voor meer lichte vormen van zorg, terwijl nieuwkomers met zwaardere beperkingen geïndiceerd worden voor de zwaardere, langdurige vormen van zorg. Zwakbegaafden worden vooral geïndiceerd voor de ambulante zorgproducten, zoals begeleiding, onderzoek, diagnostiek en behandeling met verblijf, of voor begeleid zelfstandig wonen en kort verblijf. Zoals in de volgende hoofdstukken verder zal worden verduidelijkt, betekent dit dat wanneer het aantal zwakbegaafden onder de nieuwkomers toeneemt, de vraag naar ambulante producten kort verblijf en begeleid zelfstandig wonen zal toenemen. Dit geldt ook voor de categorie licht verstandelijk gehandicapten, zij het dat zij wat minder vaak begeleiding en onderzoek vragen en wat vaker een woonpakket.

Bij matig verstandelijk gehandicapten zijn kort verblijf en begeleiding erg belangrijke vormen van zorg, terwijl bij de (zeer) ernstig gehandicapten met name de zwaardere woonvormen worden geïndiceerd.

#### *Kenmerken per gevraagde zorgvorm*

Zoals blijkt uit tabel 5.1 zijn er duidelijke verschillen tussen de cliënten van de verschillende zorgvormen, zowel wat betreft hun gemiddelde leeftijd, mate waarin zij gehandicapt zijn, als wat betreft de gedragsproblematiek waar zij mee te maken hebben.

Tabel 5.1

Nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Gemiddelde leeftijd, mate van handicap en aanwezigheid van gedragsproblematiek per zorgvorm, 2001

zorgvorm	gemiddelde leeftijd	gemiddelde mate van verstandelijke handicap <sup>a</sup>	gemiddelde gedragsproblematiek <sup>b</sup>
verzorgd wonen	37	3,0	0,21
beschermd wonen	31	2,0	0,23
begeleid zelfstandig wonen	36	1,7	0,14
kort verblijf	13	2,1	0,18
dagbesteding	16	2,4	0,12
ambulante zorg	13	1,7	0,30
totaal	20	2,0	0,22

a De mate van verstandelijke handicap varieert van 1 (zwakbegaafd) tot 5 (zeer ernstig verstandelijk gehandicapt), onbekend is niet meegenomen.  
b Gedragsproblematiek varieert van 0 (niet aanwezig) tot 1 (wel aanwezig).

Bron: VGN (ZRS'02) SCP-bewerking

Gemiddeld genomen hebben nieuwkomers die begeleid zelfstandig wonen en/of ambulante zorg ontvangen te maken met de lichtste vorm van verstandelijke beperking. Ook beschermd wonen met zorgondersteuning in de nabijheid is sterk in trek bij mensen met een relatief lichte verstandelijke handicap. Bijna een kwart van de cliënten die beschermd wonen met zorgondersteuning in de nabijheid, is zelfs zwakbegaafd. Naar het zich laat aanzien, zal het uitsluiten van zwakbegaafden van zorg voor verstandelijk gehandicapten dan ook vooral zijn weerslag hebben op het aantal cliënten dat gebruik maakt van begeleid zelfstandig wonen en ambulante zorg.

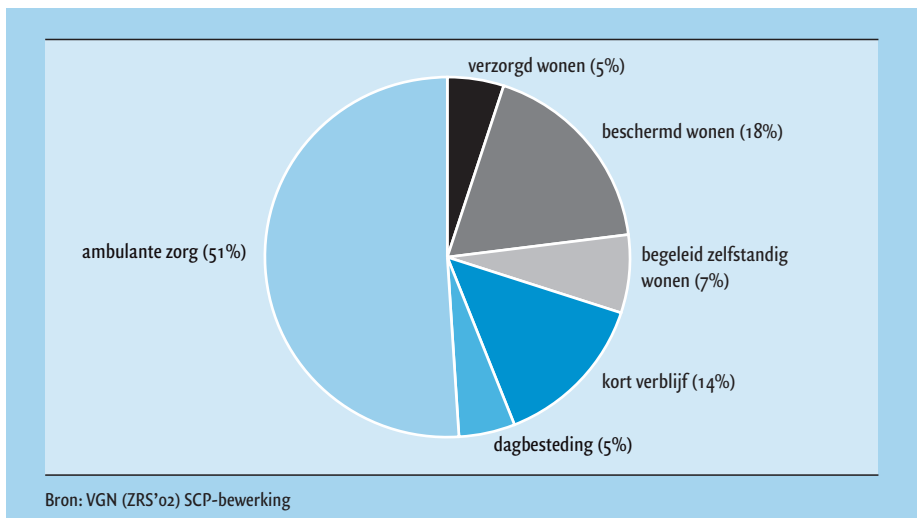
Uit de tabel komt ook heel duidelijk naar voren dat de nieuwkomers die kort verblijf, dan wel alleen dagbesteding (dus niet in combinatie met andere zorgvorm) of alleen ambulante zorg ontvangen, gemiddeld genomen heel jong zijn. En dat gedragsproblematiek het meest aanwezig is bij nieuwkomers die ambulante zorg aanvragen.

#### Kwetsbare nieuwkomers

Anders dan bij de degenen die al van zorgvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten gebruik maken, zijn er onder de kwetsbare nieuwe zorgvragers ongeveer evenveel zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen als matig tot zeer ernstig verstandelijk gehandicapten (al dan niet met gedragsproblemen). Meer dan 60% van de groep kwetsbare nieuwkomers heeft overigens gedragsproblemen. De kwetsbare nieuwe zorgvragers met een lichte verstandelijke handicap en gedragsproblemen vragen vooral ambulante zorg (zie figuur 5.1).

**Figuur 5.1**

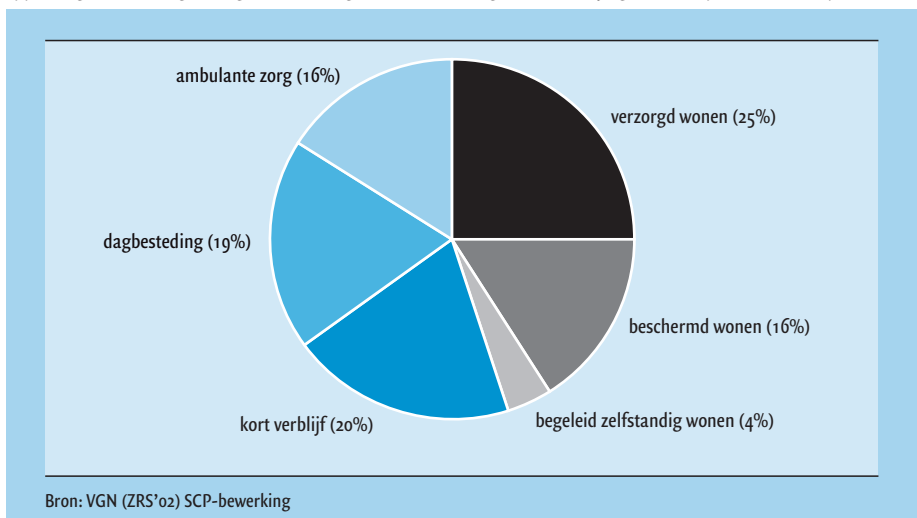
Type geïndiceerde zorg bij licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen, 2001 (in procenten)



De kwetsbare nieuwkomers met een matige of (zeer) ernstig verstandelijke handicap vragen vooral verzorgd of beschermd wonen.

**Figuur 5.2**

Type zorg dat wordt gevraagd door matig en (zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten, 2001 (in procenten)



## 6 Nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten tot 2020 en de aard van de zorgvraag: vijf varianten

Hoe de vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten zich de komende jaren zal ontwikkelen, is moeilijk te voorspellen omdat onzeker is of de ontwikkelingen van de afgelopen jaren zich zullen doorzetten. Wil men zich echter toch aan een prognose wagen, dan zal de uitkomst daarvan sterk afhangen van de vooronderstellingen die men maakt, bijvoorbeeld over te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen en de voorkeuren die cliënten in de toekomst hebben voor bepaalde vormen van zorg.

Zo kan men bij een voorspelling bijvoorbeeld uitgaan van de aanname dat zwakbegaafden meegenomen moeten worden in de raming. Ook kan men in een raming al dan niet meenemen dat de gesignaleerde inhaalvraag aan zorg in de achter ons liggende jaren een tijdelijk fenomeen was. Zo zijn er meer veronderstellingen die van invloed kunnen zijn op de aard en de omvang van de te verwachten vraag naar zorg(voorzieningen) door verstandelijk gehandicapten. In dit verband noemen we ook nog de recente verschuiving van traditionele woonpakketten naar ambulante pakketten, waarbij men zich kan afvragen of het hier gaat om een permanent of een tijdelijk verschijnsel.

Dit hoofdstuk gaat over de ontwikkeling van het aantal nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk-gehandicaptenzorg tot 2020, en het type zorg dat zij vragen. De vraag van nieuwkomers bepaalt namelijk in belangrijke mate de totale vraag naar zorg. In het volgende hoofdstuk gaan we daar verder op in.

Hoe het aantal nieuwkomers in de gehandicaptenzorg zich de komende jaren zal ontwikkelen, is – uiteraard – afhankelijk van de demografische ontwikkeling. Maar daarnaast spelen ook andere factoren een rol. Op basis daarvan worden hieronder vijf ramingsvarianten neergezet. Daaraan voorafgaand bespreken we in het kort vier factoren die van invloed zijn op de aard en omvang van de te verwachten nieuwe vraag naar zorg.

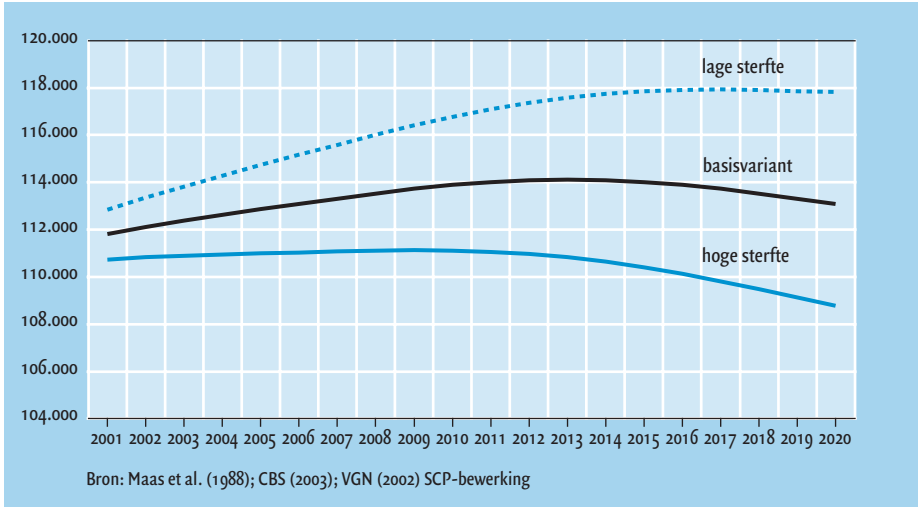
### 1. Aantal verstandelijk gehandicapten in 2020

Wanneer men uitsluitend zou afgaan op de demografische ontwikkeling, is de komende jaren geen substantiële toename van het aantal vragers naar gehandicaptenzorg te verwachten. In de basisvariant wordt het totaal aantal verstandelijk gehandicapten geraamd op krap 112.000 in 2001 en op ruim 112.000 in 2020. Figuur 6.1 laat de ramingen zien voor het totaal aantal verstandelijk gehandicapten in Nederland tot 2020 op basis van verschillende sterftekansen. Tussen de verschillende varianten bestaan beperkte verschillen wat betreft de groei van het aantal verstandelijk gehandicapten. Het totaal aantal verstandelijk gehandicapten wordt bij een hoge sterfte

geraamd op ongeveer 109.000 in 2020 en bij een lage sterfte op ongeveer 118.000 in datzelfde jaar. Bij alle varianten zal het aantal verstandelijk gehandicapten weliswaar eerst toenemen, maar na verloop van tijd afnemen omdat er op langere termijn meer mensen met een verstandelijke handicap sterven dan geboren worden.

Figuur 6.1

Raming aantal verstandelijk gehandicapten bij verschillende sterftecijfers, 2001-2020



## 2. Toenemende levensverwachting

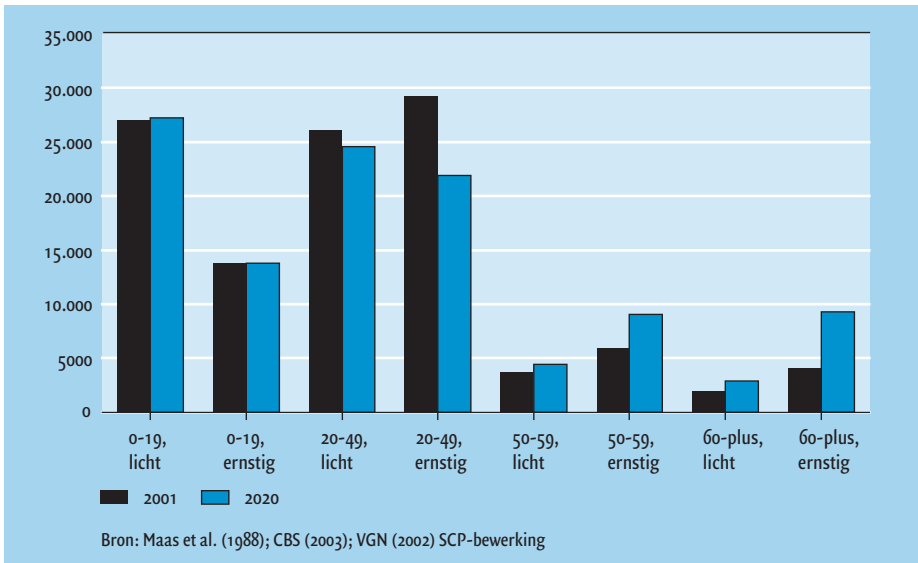
De levensverwachting van de verstandelijk gehandicapten zal de komende jaren verder toenemen. Daardoor zal er verandering te zien zijn in het soort zorg dat gevraagd gaat worden. Deze stijgende levensverwachting heeft rechtstreeks te maken met de betere verzorging van verstandelijk gehandicapten. Figuur 6.2 geeft inzicht in de leeftijdsopbouw van de verstandelijk gehandicaptenbevolking in 2001 en 2020.

In 2001 was 14% van de verstandelijk gehandicapten 50 jaar of ouder. De verwachting is dat dit in 2020 zal zijn opgelopen tot 23%. In absolute aantallen: van circa 16.000 mensen in 2001 tot ongeveer 26.000 in 2020. De oudere verstandelijk gehandicapten zullen, zo kan men aannemen, vooral behoefte hebben aan diverse vormen van verzorgd of beschermd wonen. De figuur laat duidelijk zien dat steeds meer ernstig verstandelijk gehandicapten – die vaak in instellingen zijn ondergebracht – een hoge leeftijd bereiken. Dat, ondanks de toename van het aantal 50-plussers, de totale omvang van de populatie toch gelijk blijft, komt vooral door de afname van het aantal 20-49-jarigen.



Figuur 6.2

Vergrijzing verstandelijk gehandicapten, 2001-2020



### 3. Ruimere indicatiecriteria

Een derde factor die de komende jaren zou kunnen leiden tot toename van het aantal verstandelijk gehandicapten dat naar zorg vraagt, heeft te maken met de indicatiecriteria. Wanneer er blijvend wordt vastgehouden aan de huidige ruime interpretatie van deze criteria, zal de vraag verder blijven groeien. Bij deze ruime interpretatie van de indicatiecriteria kan met name worden gedacht aan toelating van zwakbegaafden met gedragsproblemen, en van cliënten met een autistische of psychiatrische stoornis, die voorheen in een andere sector zorg ontvingen (zoals in de GGZ of de jeugdzorg). Hoe groot deze instroom uit andere sectoren zal zijn, is op dit moment moeilijk in te schatten, maar gezien het grote aantal zwakbegaafden met gedragsproblemen in Nederland (het gaat hier om 240.000 mensen) is de potentiële toestroom zeer groot.

### 4. Maatschappelijke opvattingen

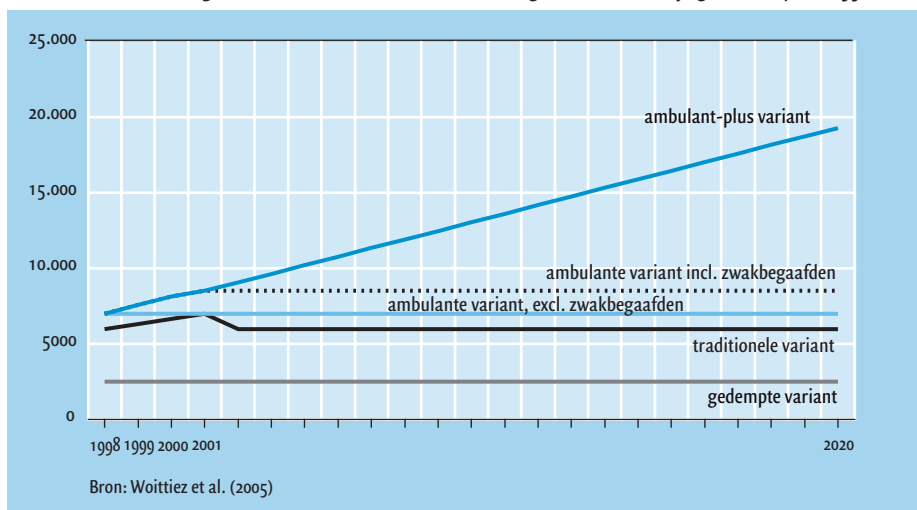
Een vierde factor die ervoor zou kunnen zorgen dat de vraag naar gehandicaptenzorg toeneemt, is dat bij een gelijkblijvend aantal van verstandelijk gehandicapten meer mensen zorg gaan vragen, en/of dat dezelfde cliënten meer zorg vragen. Gezien het hoge percentage ernstig verstandelijk gehandicapten dat reeds zorg ontvangt, zal dit vooral betrekking hebben op de groep licht verstandelijk gehandicapten. Een dergelijke ontwikkeling zou kunnen worden ingegeven door veranderende maatschappelijke opvattingen over wie zorg nodig heeft, en in welke mate.

## Varianten

Op dit moment valt moeilijk te voorspellen hoe de vraag naar zorg zich de komende jaren feitelijk zal ontwikkelen en naar welke pakketten de vraag zal uitgaan. Gezien de verschillende factoren die in het spel zijn, zijn diverse toekomstscenario's denkbaar. Hieronder volgen in kort bestek vijf varianten die zijn onderzocht. De varianten verschillen in het veronderstelde aantal nieuwkomers dat zich in de toekomst gaat melden en de inhoud van hun zorgvraag. In figuur 6.3 zijn de verschillende veronderstellingen schematisch weergegeven.

**Figuur 6.3**

Varianten van de raming van het aantal nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, 1998-2020



**De traditionele variant** Het beleid en de veranderde maatschappelijke opvattingen van de afgelopen jaren (de periode 1998-2001) worden niet doorgetrokken naar de toekomst. Het aantal nieuwkomers stabiliseert op het niveau van 1998, dat wil zeggen op ongeveer 6000 nieuwkomers per jaar.

Voor de langere termijn is het vrij waarschijnlijk dat het aantal nieuwkomers dat per jaar een beroep doet op de zorg voor verstandelijk gehandicapten, minder groot zal zijn dan de laatste jaren het geval was.

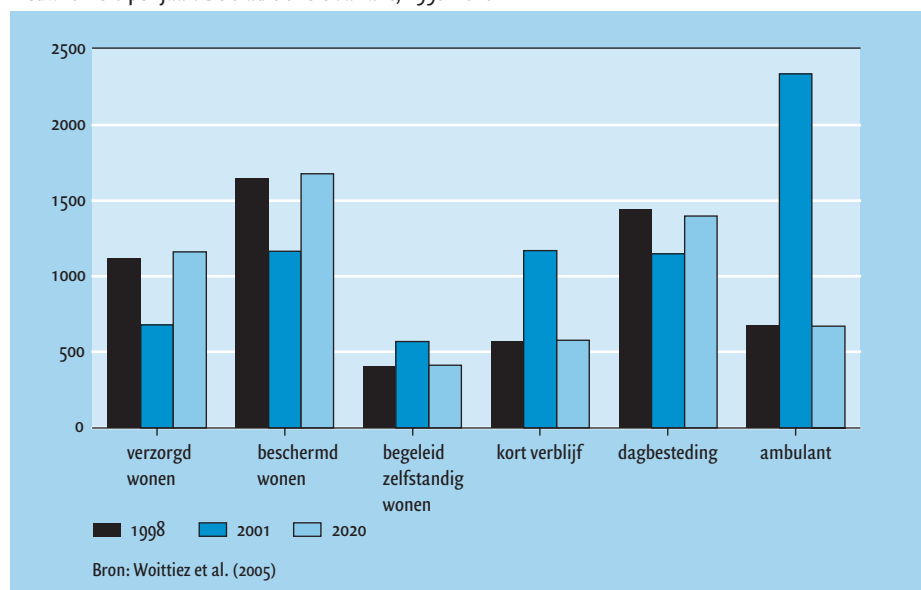
De traditionele variant volgt dan ook, evenals de twee varianten hieronder, uitsluitend de te verwachten demografische ontwikkeling. In deze variant wordt verondersteld dat de toename in het aantal nieuwe zorgvragers in de achter ons liggende periode tijdelijk was. Het aantal nieuwkomers zal zich in dat geval stabiliseren op het niveau van het aantal nieuwe zorgvragers dat zich in 1998 meldde en de groei in de vraag van zwakbegaafden zet niet door. Daarmee wordt aangesloten bij de veel gehoorde veronderstelling dat de recente verschuiving in het type zorg dat gevraagd

wordt, vooral een gevolg was van een inhaalslag bij het indiceren en toelaten van de zwakbegaafden tot de zorg voor verstandelijke gehandicapten. De traditionele variant gaat dus uit van het soort zorg dat in trek was vóór de recente ontwikkelingen.

Als de verschuiving in de typen pakketten tussen 1998 en 2001 tijdelijk was, zal dit in concreto betekenen dat het aantal mensen met een nieuwe indicatie voor verzorgd en beschermd wonen, evenals voor dagbesteding, zal toenemen (figuur 6.4). Het aantal mensen dat kort verblijf, begeleid zelfstandig wonen of een van de ambulante pakketten (begeleiding, onderzoek, behandeling) geïndiceerd krijgt, zal daarentegen afnemen ten opzichte van 2001. Vooral de daling van het aantal mensen dat geïndiceerd wordt voor een van de ambulante pakketten is spectaculair. Het gaat vooral om een vervanging van de zorgvraag, waarbij ambulante ondersteuning thuis wordt ingeruild voor beschermd of verzorgd wonen.

**Figuur 6.4**

Raming van het type zorgvraag van nieuwkomers bij kleine maar constante toename van het aantal nieuwkomers per jaar. De traditionele variant, 1998-2020



**De ambulante variant zonder zwakbegaafden** Het beleid en de veranderde maatschappelijke opvattingen van de afgelopen jaren (de periode 1998-2001) worden niet doorgetrokken naar de toekomst. Het aantal nieuwkomers stabiliseert op het niveau van 2001, dat wil zeggen op ongeveer 7000 nieuwkomers per jaar.

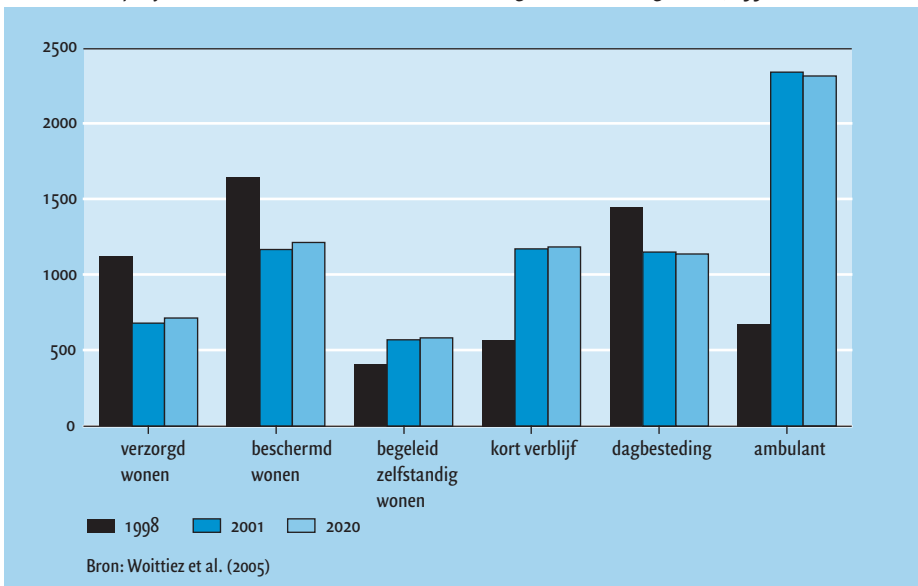
In de ambulante variant wordt er vanuit gegaan dat de achter ons liggende verschuiving in het type zorgvraag vooral ontstaan is door het manifest worden van de latente vraag. Die kon vooral worden toegeschreven aan de opkomst van het burger-

schapsparadigma en de daarmee samenhangende nieuwe opvattingen over wie zorg nodig heeft, en hoeveel.

Het is niet waarschijnlijk dat zo'n ontwikkeling teruggedraaid zal worden. Om die reden kan aangenomen worden dat de verschuiving in het soort zorg dat gevraagd wordt permanent is. Over de toelating van de zwakbegaafden tot de zorg voor verstandelijk gehandicapten is op dit moment een discussie gaande. Om die reden is er voor gekozen deze groep niet in deze variant te betrekken. Of anders gezegd: de omvang en aard van de nieuwe vraag in deze variant zijn gebaseerd op de geïndiceerde zorgvraag in 2001 exclusief zwakbegaafden. In deze variant is er meer vraag naar ambulante pakketten dan in de traditionele variant, om welke reden zij de 'ambulante' variant wordt genoemd. De vraag naar ambulante vormen van zorg zal elk jaar opnieuw hoog zijn in vergelijking met de vraag naar verzorgd en beschermd wonen (figuur 6.5).

**Figuur 6.5**

Raming van het type zorgvraag van nieuwkomers bij grote maar constante toename van het aantal nieuwkomers per jaar. De ambulante variant zonder toelating van de zwakbegaafden, 1998-2020



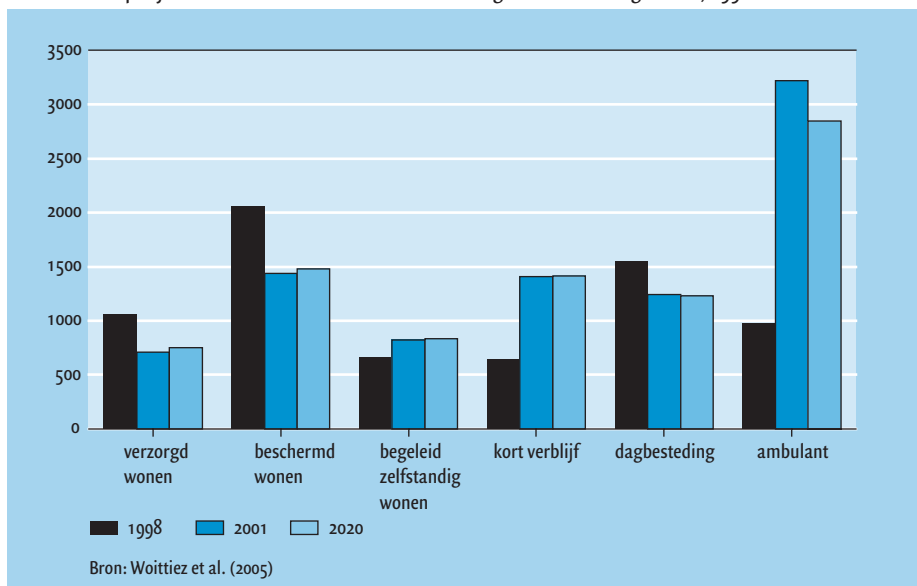
**De ambulante variant met zwakbegaafden** Het beleid en de veranderde maatschappelijke opvattingen van de afgelopen jaren (de periode 1998-2001) worden niet doorgetrokken naar de toekomst. Het aantal nieuwkomers stabiliseert op het niveau van 2001, dat wil zeggen op ongeveer 8500 nieuwkomers per jaar als de zwakbegaafden worden meegerekend.

Deze ambulante variant is berekend mét het blijvend toelaten van zwakbegaafden tot de zorg voor verstandelijke gehandicapten. Het gaat in dat laatste geval om een iets ruimere interpretatie van de indicatieregels. Dat is ook het enige waarin deze variant

afwijkt van de vorige. Nog veel meer dan bij de variant zonder zwakbegaafden het geval is, zal de vraag naar ambulante vormen van zorg elk jaar opnieuw hoog zijn in vergelijking met de vraag naar verzorgd en beschermd wonen (figuur 6.6).

**Figuur 6.6**

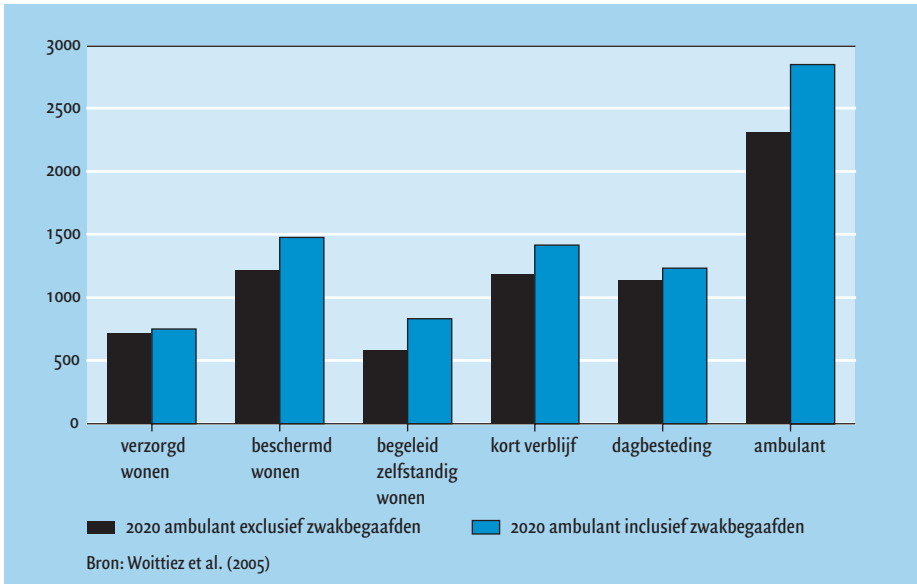
Raming van het type zorgvraag van nieuwkomers bij grote maar constante toename van het aantal nieuwkomers per jaar. De ambulante variant met toelating van de zwakbegaafden, 1998-2020



Figuur 6.7 laat zien dat het toelaten van zwakbegaafden tot de zorg voor verstandelijk gehandicapten tot gevolg heeft dat de vraag naar alle soorten zorgproducten toeneemt. Die toename is het meest duidelijk waar te nemen bij ambulante voorzieningen, kort verblijf en beschermd wonen, en het minst duidelijk bij verzorgd wonen en dagbesteding.

**Figuur 6.7**

Vergelijking van het type zorgvraag van nieuwkomers in 2020 bij een grote, maar constante toename van het aantal nieuwkomers per jaar met en zonder toelating van de zwakbegaafden

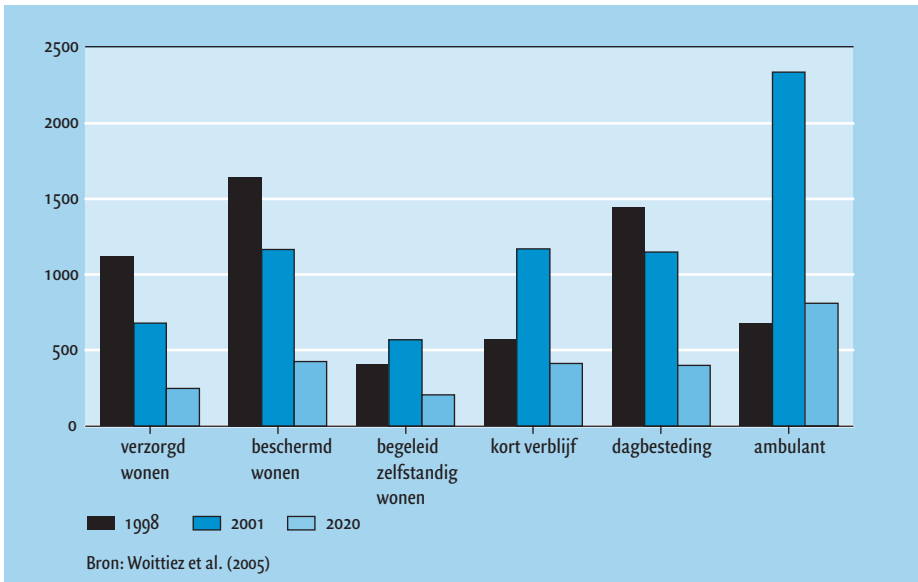


**De gedempte variant** *Beleid en de veranderde maatschappelijke opvattingen van de afgelopen jaren (de periode 1998-2001) worden niet doorgetrokken naar de toekomst. Het aantal nieuwkomers houdt gelijke tred met het aantal verstandelijk gehandicapten dat jaarlijks geboren wordt en stabiliseert op ongeveer 2500 per jaar.*

De twee varianten die hiervoor werden besproken, gaan beide uit van een nieuwe vraag die vrij hoog is, variërend van zo'n 6000 tot ongeveer 8500 nieuwe zorgvragers per jaar. Jaarlijks komen er echter door geboorten ongeveer 2500 verstandelijk gehandicapten bij. In de gedempte variant wordt er dan ook vanuit gegaan dat het aantal nieuwe zorgvragers jaarlijks niet veel hoger zal liggen dan het aantal dat er door natuurlijke aanwas bijkomt. Dat het aantal nieuwkomers feitelijk toch hoger ligt, wordt binnen deze variant goeddeels verklaard als een (tijdelijk) effect van een aantal administratieve maatregelen. In deze variant gaan we er verder van uit dat toekomstige gebruikers het soort zorgproducten zal wensen dat in 2001 gangbaar was. Anders gezegd: de veranderende voorkeuren van cliënten tussen 1998 en 2001 hebben geleid tot een permanente verschuiving in het type zorgpakketten dat gevraagd wordt. De verhouding tussen de gevraagde zorgproducten is dezelfde als die in de ambulante variant zonder zwakbegaafden. Alleen is het absolute aantal vragers veel kleiner dan in de ambulante variant, doordat slechts uitgegaan wordt van de natuurlijke aanwas. Deze variant kan beschouwd worden als een variant waarin de instroom alleen wordt bepaald door de natuurlijke aanwas en niet door eventuele maatschappelijke ontwikkelingen.

**Figuur 6.8**

Raming van het type zorgvraag van nieuwkomers bij een constant aantal nieuwkomers dat gelijk is aan de natuurlijke aanwas. De gedempte variant, 1998-2020



**De ambulantly-plus-variant** Het beleid en de veranderde maatschappelijke opvattingen van de afgelopen jaren (de periode 1998-2001) worden doorgetrokken naar de toekomst met als gevolg een steeds toenemend aantal nieuwkomers.

De ambulantly-plus variant geeft aan hoeveel de vraag zou toenemen als het beleid en de veranderde maatschappelijke opvattingen van de afgelopen jaren zouden worden doorgetrokken naar de toekomst. Of anders geformuleerd: verondersteld wordt dat de toename in de vraag die zich tussen 1998 en 2001 voordeed én de verschuiving in het type zorg dat in die periode gevraagd werd, blijvend zijn. Dit betekent in feite ook dat de uitbreiding van de doelgroep met de zwakbegaafden – welke zich eveneens in die jaren aftekende – van kracht blijft. Omdat de groei in de vraag naar ambulante pakketten in deze variant erg hoog is, wordt deze ‘ambulantly-plus’ genoemd.

Volgens de ambulantly-plus-variant zal het aantal nieuwkomers elk jaar met 8,5% toenemen, van 8500 in 2001 tot 12.000 in 2007 en tot maar liefst 21.000 in 2020.

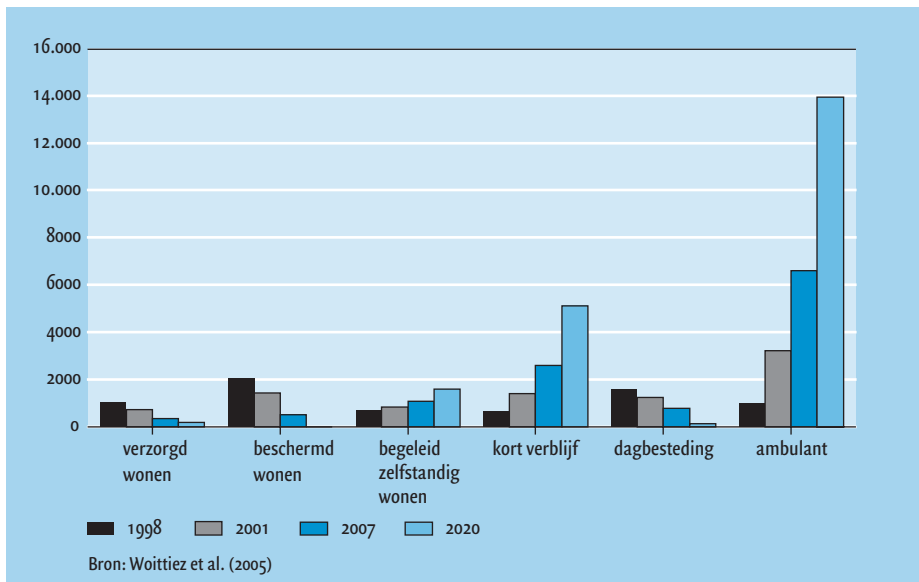
Doortrekken van deze groeicijfers over een langere periode van meer dan zes jaar is echter niet reëel, omdat dit zou inhouden dat er elk jaar opnieuw meer nieuwkomers een indicatie ontvangen. Zo'n groei is wel voor een aantal jaren voorstelbaar maar niet voor een langere periode. Het aantal zorgvragers zou na verloop van tijd groter zijn dan het totaal aantal verstandelijke gehandicapten in Nederland (112.000). Daarom wordt bij de ambulantly-plus variant slechts een schatting gegeven van het aantal nieuwkomers met een zorgvraag op kortere termijn (tot 2007).

In de achter ons liggende periode waren dergelijke explosieve groeicijfers wel dege-lijk aan de orde. Dit werd veroorzaakt door het feit dat in die tijd de doelgroep werd uitgebreid met de zwakbegaafden en andere cliënten die strikt genomen niet tot de populatie van verstandelijk gehandicapten behoorden. Het is naar het zich laat aanzien niet onmogelijk, ja zelfs aannemelijk, dat deze trend in ieder geval de eerst-komende jaren nog te zien is in het aantal nieuwe zorgvragers. Dit vermoeden wordt bevestigd door meer recente cijfers van de nieuwe vraag, waaruit blijkt dat deze trend zich doorzette in de jaren 2002 en 2003. In het eerst genoemde jaar werden bijna 12.000 nieuwkomers geregistreerd.

De grote instroom van nieuwkomers gaat volgens de ambulante-plus variant gepaard met een flinke verschuiving in het type zorg dat geïndiceerd wordt: dat wil zeggen een forse afname van het aantal cliënten dat verzorgd of beschermd wonen vraagt, of alleen dagbesteding. Deze uitkomst staat haaks op de verwachting dat er altijd een groep kwetsbare cliënten zal zijn die behoefte heeft aan verzorgd of beschermd wonen. Dagbesteding wordt in deze variant voornamelijk in combinatie met een van de woonpakketten gevraagd en valt daar dan onder. Daartegenover staat een enorme toename in de vraag naar ambulante zorgpakketten en kort verblijf (zie figuur 6.g).

**Figuur 6.g**

Raming van het type zorgvraag van nieuwkomers bij continuïteit van de ontwikkelingen van de afgelopen periode. De ambulante-plus variant, 1998-2020.



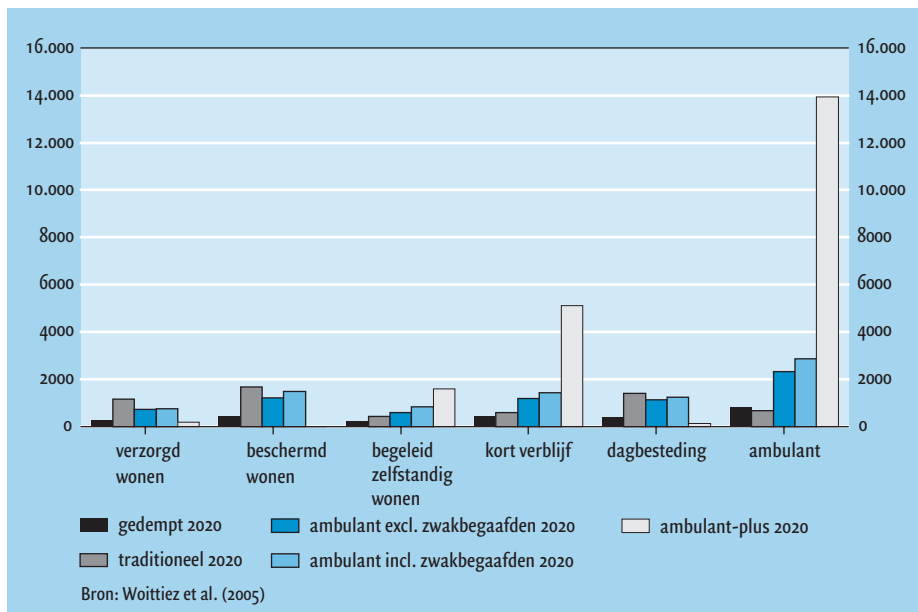
Figuur 6.io is een grafische voorstelling van de zorgvraag van nieuwkomers in 2020 volgens vijf verschillende scenario's: de traditionele variant, de ambulante variant waarin zwakbegaafden niet zijn meegenomen, de ambulante variant waarin de



zwakbegaafden wél zijn meegerekend, de gedempte variant en de ambulant-plus variant. Opvallend is vooral het enorme aantal nieuwkomers dat ambulante zorg of kort verblijf vragen. Bij de overige zorgvormen is een veel kleinere instroom van nieuwkomers te zien. In de varianten waarin sprake is van een lage instroom van verzorgd wonen en beschermd wonen, zien we een hoge instroom van kort verblijf en ambulante zorg en andersom.

**Figuur 6.10**

Raming van het type zorgvraag van nieuwkomers in 2020 volgens vijf verschillende scenario's



## 7 De zorg voor verstandelijk gehandicapten tot 2020: aard en omvang van de zorgvraag

In het vorige hoofdstuk werden op basis van diverse vooronderstellingen vijf verschillende toekomstscenario's voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten onderscheiden. Deze vijf basisvarianten zijn de traditionele variant, de ambulante variant zonder toelating van zwakbegaafden, de ambulante variant mét toelating van zwakbegaafden, de ambulante-plus variant en de gedempte variant. Voor elk van deze varianten is berekend hoeveel nieuwkomers er zich elk jaar tot 2020 met een zorgvraag melden en waaruit die zorgvraag bestaat.

In dit hoofdstuk laten we zien hoe deze varianten op langere termijn uitpakken voor de totale te verwachten vraag naar zorg, het totale te verwachten gebruik van zorg en eventuele wachtlijsten.

### De uitgangspunten bij het ramingsmodel

In deze publicatie ligt de nadruk op de zo geheten *erkende vraag*. Cliënten met een erkende vraag zijn mensen die al gebruik maken van voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, of mensen die hun geïndiceerde zorg nog niet ontvangen en daarvoor op de wachtlijst staan. Daarnaast laten we ook ramingen zien van het feitelijke gebruik van zorg en de lengte van de wachtlijsten. Gebruikers (of zorgontvangers) zijn personen die één van de AWBZ-gefinancierde pakketten binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg ontvangen.

Het onderscheid tussen vragers die zorg ontvangen en vragers die op de wachtlijst komen, is eigenlijk arbitrair en heeft vooral te maken met de invulling van de beschikbare capaciteit. In dit model is gekozen voor een uitbreiding van de jaarlijkse capaciteit met 2%. In de meeste varianten is het niet mogelijk te komen tot een flexibele verdeling van de capaciteit over de verschillende pakketten. Dat heeft tot gevolg dat er in alle varianten in 2020 een wachtlijst bestaat. In analyses waar de capaciteit wel vrijelijk kan worden verdeeld, wordt de wachtlijst aanzienlijk korter.

In hoofdstuk 6 werd ingegaan op de nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Maar wat kan er gezegd worden over het aantal mensen met een verstandelijke beperking dat de zorgsector verlaat? In de sector zelf is de overheersende opinie dat een verstandelijk gehandicapte die eenmaal zorg ontvangt, deze zo goed als zeker zijn hele leven zal houden. Uitstroom is dan ook weinig anders dan overlijden. Daar moet wel bij aangetekend worden dat er nogal wat verstandelijk gehandicapte jongeren zijn die eerst gebruik maken van dagbesteding en op latere leeftijd werk in de sociale werkvoorziening vinden, en zo de gehandicaptensector daadwerkelijk verlaten. Ook is er sprake van een groep verstandelijk gehandicapte allochtone kinderen, die tot hun achttiende gebruik maken van de dagbesteding

en daarna verdwijnen uit de sector. Vermoed wordt dat een deel van hen met een zo geheten WAJONG-uitkering terugkeren naar het land van herkomst. Zowel in het ene als in het andere geval gaat het om echte uitstromers, en in beide gevallen gaat het waarschijnlijk om een klein aantal. Alles bij elkaar is dan ook nauwelijks een andere conclusie mogelijk dan dat de uitstroom van verstandelijk gehandicapten uit de gehandicaptensector vrijwel geheel door overlijden wordt veroorzaakt. Voor de uitstroom van zwakbegaafden uit die sector ligt dit waarschijnlijk anders. Het is mogelijk dat zij voldoende baat hebben bij tijdelijke ondersteuning. Hoewel daar geen cijfers over bekend zijn, hebben wij toch verondersteld dat de uitstroom van zwakbegaafden hoger is.

Verder wordt bij de ramingen ervan uitgegaan dat de inhoud van de zorgpakketten ongewijzigd blijft. Als het burgerschapsparadigma tot volle wasdom is gekomen, is het echter goed denkbaar dat er behoefte zal zijn aan heel andere invulling van zorgproducten dan we nu kunnen voorzien. Er zijn dan ook meer andersoortige producten nodig, zoals vervoer en arbeidsvoorzieningen.

#### *Verwachte omvang van de zorgvraag in 2020*

Zoals in hoofdstuk 6 al werd aangegeven, zal Nederland de komende tien tot vijftien jaar steeds ongeveer 112.000 verstandelijk gehandicapte mensen tellen. Dit cijfer is tegelijkertijd een schatting van het maximaal te verwachten aantal gebruikers in 2020, tenminste als de zwakbegaafden met gedragsproblemen niet langer worden toegelaten tot de voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. Als die groep zwakbegaafden met gedragsproblemen wél tot de (potentiële) gebruikersgroep wordt gerekend, komt het maximaal te verwachten aantal gebruikers in 2020 veel hoger uit. Het maximale aantal potentiële gebruikers is dan ongeveer 400.000 mensen.

Tabel 7.1 geeft een schematisch overzicht van de in 2020 te verwachten vraag naar zorgvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. In de eerste kolom van de tabel staat per variant aangegeven hoeveel verstandelijk gehandicapten in 2020 een zorgvraag zullen hebben. De in deze kolom genoemde aantallen zijn een optelsom van de zorggebruikers plus het aantal mensen dat nog geen zorg ontvangt, maar wel op de wachtlijst staat. De tweede kolom laat zien hoeveel gebruikers van gehandicaptenzorg er zullen zijn in 2020, terwijl de derde kolom aangeeft hoeveel mensen er nog geen zorg ontvangen maar wel op de wachtlijst staan. Zoals vermeld, is het onderscheid tussen gebruikers en mensen op de wachtlijst vrij arbitrair. Zij is afhankelijk van de veronderstelling over de manier waarop de voorzieningen hun capaciteit inzetten.

Tabel 7.1

De ramingen van gebruik, wachtlijsten en erkende vraag in de basisvarianten, 2000-2020

type raming	erkende vraag <sup>a</sup> 2020	gebruik 2020	wachtlijst 2020
1 traditionele variant	82.000	73.000	9.000
2 ambulante variant exclusief zwakbegaafden	87.000	82.000	7.000
3 ambulante variant inclusief zwakbegaafden	100.000	89.000	11.000
4 ambulant plus variant	150.000	79.000	72.000
5 gedempte variant	87.000	82.000	9.000

a Erkende vraag is de optelsom van gebruik en mensen zonder zorg op de wachtlijst. Omdat er ook mensen met zorg op de wachtlijst staan, is het getal in de eerste kolom lager dan de optelsom van de getallen in de laatste twee kolommen.

Bron: Woittiez et al. (2005)

### Erkende vraag

In 2020 zal het aantal mensen dat een beroep doet op de diverse gehandicaptenvoorzieningen vermoedelijk liggen tussen de 82.000 en 150.000. Dat deze onder- en bovengrens zo ver uit elkaar liggen, heeft vooral te maken met de aannames ten aanzien van het al dan niet toelaten van zwakbegaafden tot de zorg voor verstandelijk-gehandicapten. Als we ervan uitgaan dat de toelating van zwakbegaafden een tijdelijk fenomeen is, zal de zorgvraag uitkomen tussen de 82.000 en 87.000 mensen. Gelet op de erkende vraag in 2001 zijn er op basis van deze scenario's de komende 20 jaar slechts beperkte wijzigingen te verwachten. Als daarentegen de toelating van zwakbegaafden blijvend is, varieert de zorgvraag tussen de 100.000 en 150.000 personen. Daarbij moet aangetekend worden dat het aantal van 150.000 – de uitkomst van de ambulant-plus variant – voor 2020 niet reëel is, omdat het onwaarschijnlijk is dat de trend van een steeds toenemend aantal nieuwkomers in de jaren 1998-2001 zich ook in de toekomst langere tijd zal voortzetten. De korte-termijnraming voor 2007 van 92.000 vragers is daarentegen, gezien de cijfers uit 2003, vrij aannemelijk.

De ramingen die *geen* rekening houden met toelating van zwakbegaafden impliceren dat er – wanneer we uitgaan van 112.000 verstandelijk gehandicapten in 2020 – in dat jaar een reservoir is van ongeveer 27.000 verstandelijk gehandicapten die (nog) geen erkende vraag naar één van de zorgvoorzieningen uitoefenen. Voor de ramingen die *wél* rekening houden met toelating van zwakbegaafden is dat reservoir van potentiële zorgvragers veel groter: het komt in de buurt van de 250.000 mensen.

### Gebruik

In 2020 zullen de diverse voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten vermoedelijk gebruikt worden door 73.000 tot 89.000 mensen. De verschillende gebruiksramingen ontlopen elkaar niet zoveel omdat de groei in de capaciteit beperkt is tot gemiddeld 2% per jaar. De laagste raming gaat uit van de aanname dat de toelating van zwakbegaafden een tijdelijk fenomeen is, en de zorgvraag van de cliënten die nog geen zorg ontvangen op het niveau van 1998 blijft.

De hoogste raming komt uit op 89.000 zorgontvangers. Dat is zo'n 14.000 meer dan in 2002. Deze uitkomst is waarschijnlijk als de recente verschuiving in de vraag permanent is, maar de toename in de vraag niet (ambulante variant mét zwakbegaafden).

### *Wachlijsten*

In alle varianten, behalve de 'korte-termijnvariant' (de ambulant-plus variant), is de lengte van de wachtlijst ongeveer 10.000 personen. Als de ontwikkeling van de nieuwe vraag gebaseerd wordt op de trend die zichtbaar was in de jaren 1998-2001, inclusief een blijvende instroom van zwakbegaafden, komt de raming van de wachtlijst in 2007 met 25.000 mensen al meer dan twee keer zo hoog uit. In 2020 zou de wachtlijst zelfs zijn opgelopen tot 150.000 personen. Dat er in alle varianten een wachtlijst blijft bestaan, heeft te maken met de veronderstelling dat er niet geschoven kan worden met de beschikbare capaciteit. Zou dit wel kunnen, dan zullen veel wachtlijsten korter worden, maar niet geheel verdwijnen. We gaan er daarbij vanuit dat verstandelijk-gehandicaptensector als geheel 2% per jaar groeit.

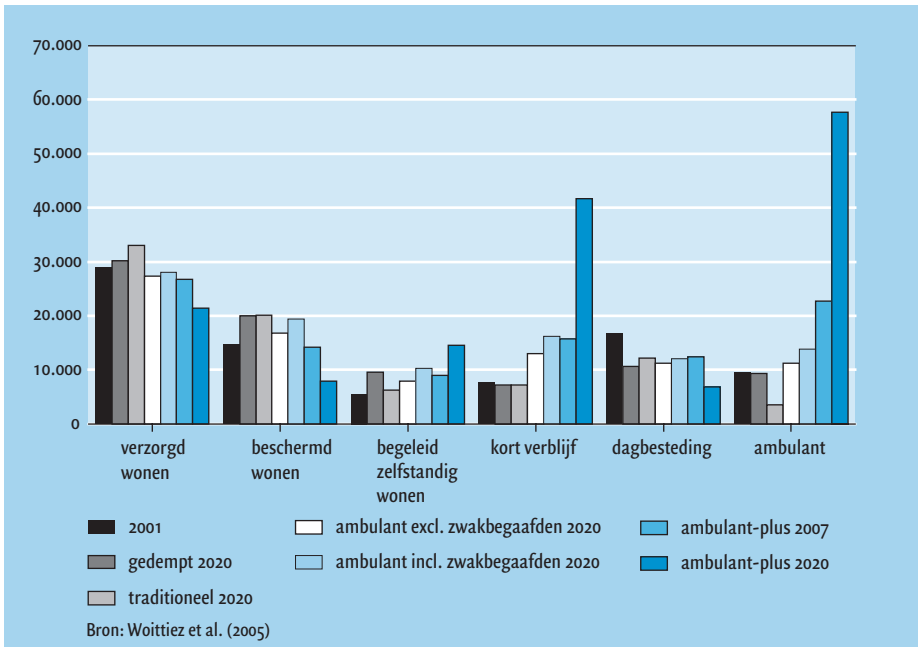
### *Te verwachten aard van de zorgvraag in 2020*

In het vorige hoofdstuk werd ingegaan op de aard en de omvang van de vraag naar zorg van nieuwkomers. Daarbij werd rekening gehouden met vijf verschillende scenario's. Die scenario's hebben implicaties voor de te verwachten omvang van de totale vraag naar, en het gebruik van zorgvoorzieningen door verstandelijk gehandicapten in 2020. Dat is hierboven beschreven. Hieronder wordt aan de hand van dezelfde vijf varianten ingegaan op de aard van de te verwachten zorgvraag in 2020.

In figuur 7.1 is per variant de te verwachten ontwikkeling van de vraag naar verschillende soorten zorg weergegeven wat betreft de jaren 2001, 2007 en 2020.

Figuur 7.1

Raming van het type zorgvraag van erkende vragers naar zorg in 2001, 2007 en 2020



### Verzorgd wonen: omvang blijft nagenoeg gelijk

In alle varianten zijn er in 2020 ongeveer 30.000 mensen die behoefte hebben aan voorzieningen voor verzorgd wonen. In de ambulante varianten ligt dat aantal wat lager; in de traditionele variant gaat het daarentegen om een wat groter aantal. Deze 30.000 personen zijn de zo geheten kwetsbare cliënten die verzorgd wonen, waar we in hoofdstuk 4 al aandacht aan besteedden.

Alleen in de traditionele en de gedempte variant blijven er wachtlijsten bestaan voor deze vorm van ondersteuning bij het wonen.

### Beschermd wonen: omvang neemt iets toe

In 2020 zullen volgens bijna alle varianten ongeveer 20.000 cliënten vragen naar voorzieningen voor beschermd wonen. De meeste van deze cliënten kunnen als 'kwetsbaar' worden aangemerkt. In vergelijking met 2001 zal het aantal cliënten dat in 2020 beschermd wonen vraagt met enkele duizenden zijn toegenomen. Met name voor woonvoorzieningen met accent op zelfstandigheid blijven wachtlijsten bestaan. Dit geldt voor alle varianten.

### Begeleid zelfstandig wonen: omvang neemt toe

De trend naar meer zelfstandigheid is duidelijk af te lezen aan de grotere vraag naar begeleid zelfstandig wonen in vergelijking met 2001. In de ambulante variant mét

zwakbegaafden is de erkende vraag zelfs verdubbeld ten opzichte van 2001. Maar ook bij de traditionele variant zien we wat dat betreft een lichte stijging. Gemiddeld over alle varianten zal de vraag naar begeleid zelfstandig wonen toenemen van ruim 5000 personen in 2001, naar ongeveer 8000 in 2020. In hoofdstuk 4 en 5 zagen we dat deze mensen over het algemeen redelijk zelfredzaam zijn.

#### *Kort verblijf: varieert van stabilisatie tot sterke toename*

De ramingen van de erkende vraag naar voorzieningen voor kort verblijf in 2020 variëren nogal. Dit heeft te maken met de enorme groei van het aantal nieuwkomers dat tussen 1998 en 2001 kort verblijf vroeg. Als de toename als een tijdelijk verschijnsel wordt beschouwd en het aantal nieuwkomers zich stabiliseert op het niveau van 1998 – wat niet erg waarschijnlijk is –, stabiliseert de erkende vraag naar voorzieningen voor kort verblijf zich op ruim 7000 personen. Als die toename zich niet verder doorzet, en het aantal nieuwkomers elk jaar even hoog blijft als in 2001, zal de erkende vraag naar kort verblijf in 2020 ongeveer tweemaal zo hoog zijn als in 2001. Het verschil wordt voor een deel, en zeker niet helemaal, veroorzaakt door de toelating van de zwakbegaafden. Behalve in de ambulante-plus variant zal de wachtlijst voor kort verblijf verdwenen zijn.

#### *Alleen dagbesteding: omvang daalt*

De erkende vraag naar uitsluitend een vorm van dagbesteding zal in 2020 zo'n 4000 personen lager zijn dan in 2001. De erkende vraag zal in 2020 rond de 12.000 personen uitkomen. Oorzaak daarvan is dat dagbesteding veel vaker in combinatie met een van de woonpakketten zal worden gevraagd.

#### *Ambulante zorg: omvang vraag varieert en is sterk afhankelijk van de gekozen variant*

De raming van de ambulante zorg is het meest onzeker. Zij varieert van 3500 personen in de traditionele variant tot bijna 60.000 personen in de ambulante-plus variant. Het geraamde aantal van 3500 is waarschijnlijk te laag, gezien de veranderde opvattingen over zorg. Een aantal van 11.000 lijkt een reëlere schatting als zwakbegaafden niet meer worden toegelaten, en 14.000 in het geval zij wél deel blijven uitmaken van de gebruikersgroep.

De grootste (relatieve) groei in de erkende vraag is te vinden bij onderzoek, diagnostiek en behandeling met verblijf. De erkende vraag voor dit pakket verdrievoudigt tussen 2000 en 2020 als gevolg van de enorme vraag van nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De uitbreiding van de capaciteit (en dus het gebruik) blijft sterk achter bij de toename van de vraag. Het een en ander heeft tot gevolg dat er voor dit pakket ruim 3000 mensen op de wachtlijst zullen staan.

## 8 Samenvatting en conclusies

### Context

Deze publicatie is een beknopte weergave van de resultaten van het SCP-onderzoeksrapport *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel*. Dat rapport doet verslag van een studie die het SCP in opdracht van het ministerie van vws uitvoerde naar de feitelijke vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten in 2001, en de te verwachten zorgvraag van deze groep in 2020. Wat betreft de toekomstige ontwikkelingen ontwikkelde het SCP een speciaal model en werden verschillende varianten doorgerekend.

Het SCP is bij het definiëren van de verschillende soorten zorg uitgegaan van het AWBZ-pakket, zoals dat in 2001 bestond. Op basis hiervan heeft het SCP 22 zorgpakketten samengesteld die cliënten in de zorg voor verstandelijk gehandicapten in de praktijk (kunnen) afnemen. Voor de overzichtelijkheid zijn deze 22 zorgpakketten geclusterd tot zes hoofdgroepen. Dit zijn verzorgd wonen, beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen, kort verblijf, dagbesteding, en ambulante zorg.

Om praktische redenen werd afgezien van het werken met AWBZ-functies die vanaf 2003 als uitgangspunt gelden voor de gemoderniseerde AWBZ.

In deze publicatie wordt ingegaan op het te verwachten volume van de zorgvraag bij een gelijkblijvende inhoud van de AWBZ. De SCP-studie geeft geen antwoord op de vraag welke kosten verbonden zijn aan de realisatie van de zorgvraag. Daarvoor is het nodig gegevens over kostprijzen in het model op te nemen. Het is echter wel mogelijk de toekomstige kosten in een vervolgstudie in kaart te brengen op basis van het in dit rapport gepresenteerde model.

### Omvang van de populatie verstandelijk gehandicapten 2001-2020

Het aantal mensen met een verstandelijke handicap (IQ tot 80) zal in de periode tot 2020 nauwelijks toenemen.

Volgens een schatting van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) telde Nederland in 2001 ongeveer 112.000 verstandelijk gehandicapten met een IQ lager dan 80. Een andere studie naar de omvang van de groep mensen met een verstandelijke handicap in Nederland komt uit op eenzelfde aantal.

Wanneer men slechts zou uitgaan van de demografische ontwikkeling ligt in 2020 het aantal verstandelijk gehandicapten (met een IQ van 80 of lager) naar verwachting nog steeds rond de 112.000. Het is echter ook denkbaar dat tegen die tijd een groter aantal mensen zal worden aangemerkt als verstandelijk gehandicapt door verruiming van de IQ-grenzen. Dat heeft te maken met veranderende maatschappelijke



opvattingen over het begrip ‘verstandelijk gehandicapte’, en met de steeds hogere eisen die de maatschappij stelt aan mensen met een verstandelijke beperking. Overigens is de betrouwbaarheid van IQ-metingen aan discussie onderhevig.

*Toenemende levensverwachting van verstandelijk gehandicapten.*

Demografische ontwikkelingen laten dus zien dat het aantal mensen met een verstandelijke handicap tot en met 2020 nauwelijks zal wijzigen. Wel zal de populatie verder vergrijzen. De verwachting is dat in 2020 bijna een derde van de groep met een verstandelijke handicap 45 jaar of ouder is. In 2001 was dat 21%. De vergrijzing is het duidelijkst te zien bij de groep ernstig verstandelijk gehandicapten.

### *De zorgontvangers in 2001*

*Veel personen met een verstandelijke handicap ontvangen al AWBZ-zorg.*

Van de groep mensen met een verstandelijke handicap in Nederland ontving in 2001 ongeveer tweederde AWBZ-zorg. Het overgrote deel van die zorg had betrekking op woonvoorzieningen. Wanneer dit gebruik van AWBZ-zorg wordt uitgesplitst naar de mate van verstandelijke handicap van cliënten (lichte versus ernstige verstandelijke beperkingen) dan is een duidelijk verschil in gebruik waarneembaar. Van de mensen met matige tot (zeer) ernstige verstandelijke ernstige beperkingen (ongeveer de helft van de hele populatie) ontvangt naar schatting 90% zorg. Zij maken vooral gebruik van een of andere vorm van verzorgd wonen. Van de andere helft van de populatie (mensen met een lichte verstandelijke handicap) ontvangt volgens een ruwe schatting eenderde zorg, vooral ambulante zorg en kort verblijf.

Het type zorg dat verstandelijk gehandicapten ontvangen, verschilt ook in aard en omvang per leeftijdscategorie. Van de heel jonge verstandelijk gehandicapte kinderen tot 10 jaar ontvangt ongeveer eenderde zorg, meestal in de vorm van kort verblijf, dagbesteding of begeleiding. Daarentegen krijgt 80% van de volwassenen zorg, vooral op het gebied van wonen en dagbesteding.

### *Potentiële groep van gebruikers*

*Het is uitermate moeilijk om toekomstvoorspellingen te doen door de onzekerheid omtrent de potentiële gebruikers met een IQ van net boven de 80.*

In de afgelopen jaren zijn steeds meer zwakbegaafden (met een IQ van boven de 80) zorg gaan ontvangen uit de verstandelijk- gehandicaptensector. In 2001 had circa een op de acht van de gebruikers van gehandicaptenzorg een IQ van boven de 80. In de praktijk blijkt het moeilijk de IQ grens van 80 eenduidig te interpreteren. Dit betreft vooral jeugdigen met gedragsproblemen. Eigenlijk is het aantal gebruikers van gehandicaptenzorg vanuit deze groep tot dusverre nog vrij beperkt (circa 10.000 personen) als we weten dat naar schatting zo'n 240.000 tot 280.000 Nederlanders hiertoe behoren. Hoe dit in de toekomst verder zal uitpakken, is vooralsnog een moeilijk te beantwoorden vraag. En de hierboven genoemde cijfers maken het ramen van toekomstig gebruik van AWBZ-zorg er ook niet makkelijker op.

## Nieuwkomers in de periode 2001-2020

*De grote stijging van het aantal nieuwkomers in de verstandelijk-gehandicaptenzorg tussen 1998-2001 heeft verschillende oorzaken.*

Wanneer men een goed onderbouwde uitspraak wil doen over omvang van de vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten in 2020, is het in de eerste plaats nodig inzicht te krijgen in de oorzaken van de grote stijging van het aantal nieuwkomers in de zorg de afgelopen jaren. In 1998 meldden zich bijna 7000 nieuwkomers in de zorg, in 2001 waren dat er bijna 9000 en in 2003 liep dat aantal verder op tot ongeveer 15.000. In het rapport worden meerdere oorzaken genoemd voor de stijging van het aantal nieuwe zorgvragers. Een daarvan is het gegeven dat de afgelopen jaren de gebruikersgroep van de verstandelijk-gehandicaptenzorg werd uitgebreid met de zwakbegaafden. Ook werden in de achter ons liggende jaren de indicatiecriteria ruimer toegepast. Bovendien kreeg in de afgelopen jaren het zo geheten burgerschapsparadigma, dat er vanuit gaat dat verstandelijk gehandicapten net als andere burgers moeten kunnen leven, steeds meer bijval. Daardoor werd, mede door de open-eindfinanciering van de AWBZ, een deel van de latente vraag naar zorg manifest: verstandelijk gehandicapten die voorheen geen zorg ontvingen, kregen nu individuele begeleiding.

Ook was er door de inzet van extra wachtlijstgelden en de grotere diversiteit in de aangeboden zorgproducten sprake van een aanzuigende werking uit andere sectoren. Dit betekende in concreto dat een deel van de toename van de zorgvraag in de verstandelijk-gehandicaptensector werd gecompenseerd door een afname van de vraag in andere zorgsectoren, zoals de jeugdzorg en de GGZ. Op deze manier werd in feite vooruitgelopen op de invoering van de AWBZ-brede zorg, die voorziet in een structurele samenwerking tussen de diverse van oudsher gescheiden zorgsectoren. De overgang naar de 'AWBZ-brede zorgregistraties' en de voorgenomen algehele 'ontschotting' van de bestaande sectoren binnen de AWBZ sluiten goed aan bij deze ontwikkeling.

Onderling gecombineerd hadden deze ontwikkelingen tot gevolg dat het aantal nieuwkomers dat jaarlijks geïndiceerd werd, elk jaar weer op een hoger niveau lag.

*Veel nieuwkomers in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn jong.*

Drie op de vier nieuwe indicaties heeft betrekking op kinderen. Zij ontvangen vooral een indicatie voor kort verblijf, begeleiding en dagbesteding met ontwikkelingsgerichte activiteiten.

Meer dan de helft van de nieuwe indicaties werd in 2001 afgegeven aan licht verstandelijk gehandicapten. Een op de vijf nieuwkomers in de verstandelijk-gehandicaptenzorg is zelfs zwakbegaafd. Zij werden vooral geïndiceerd voor ambulante zorg, kort verblijf of begeleid zelfstandig wonen. Slechts 16% van de nieuwe indicaties werd afgegeven aan mensen met een matige tot (zeer) ernstige verstandelijke handicap. De zorg die zij geïndiceerd kregen, was zeer divers van aard.

Het aantal nieuwkomers dat in de periode 2001–2020 binnenkomt in de zorg voor verstandelijk gehandicapten is onzeker.

Of het aantal mensen dat zich jaarlijks met een zorgvraag meldt ook in de toekomst zo hoog zal blijven als in de achter ons liggende periode, is nog maar de vraag. Al was het maar omdat er de afgelopen jaren ook administratieve oorzaken in het spel waren bij de stijging van het aantal nieuwe zorgvragers. Daar komt ook nog de onzekerheid bij over de continuïteit van de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Het aantal nieuwe zorgvragers dat zich jaarlijks in de toekomst gaat melden, zal waarschijnlijk hoger zijn dan puur op basis van demografische ontwikkelingen verwacht mag worden (zo'n 2500 per jaar). Maar het is niet waarschijnlijk dat het aantal nieuwe zorgvragers jaarlijks zo hoog zal blijven als in de afgelopen jaren (15.000 in 2003).

### *Omvang van en aard van de zorgvraag in 2020*

*Verschillende ramingsvarianten.*

Hoe de omvang van de totale zorgvraag in de verstandelijk-gehandicaptensector zich zal ontwikkelen, is moeilijk te voorspellen. De prognose hangt af van de vooronderstellingen die men maakt over bijvoorbeeld de te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen en de voorkeuren van cliënten. In deze studie zijn daarom verschillende varianten doorerekend, waarbij meer traditionele vraagpatronen (voorkeur voor verzorgde woonvormen) zijn afgezet tegen een voorkeur voor meer ambulante zorgvoorzieningen. Er is ook gevarieerd wat betreft het al dan niet meenemen van zwakbegaafden in de raming.

*De omvang van de zorgvraag in 2020 hangt af van de toelating van zwakbegaafden.* Als we ervan uitgaan dat de toelating van de zwakbegaafden tot de verstandelijk-gehandicaptensector een tijdelijk fenomeen was, zal de zorgvraag in 2020 uitkomen op ongeveer 85.000 personen. Dat betekent dat er de komende vijftien jaar slechts beperkte wijzigingen te verwachten zijn in de omvang van de vraag. Als daarentegen de toelating van zwakbegaafden blijvend is, kan de zorgvraag oplopen tot boven de 100.000 personen.

*De omvang en aard van de zorgvraag van kwetsbare cliënten in 2020 blijven nagenoeg gelijk.* Natuurlijk zijn niet voor alle cliënten alle vormen van zorg geschikt. Er zal – ook wanneer het burgerschapsparadigma gemeengoed is geworden – altijd een aantal verstandelijke gehandicapten blijven dat aangewezen is op een vorm van verzorgd wonen, waarbij verzorging gecombineerd wordt met permanente begeleiding. Dit geldt met name voor mensen met matige en (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen, mensen met ernstige gedragsproblemen, en oudere verstandelijk gehandicapten met dementie. Maar het soort zorg waar deze groepen gebruik van gaan maken, zal mogelijk wel een ander karakter krijgen: ze zullen veelal kleinschaliger en in de wijk wonen. Zij zullen ook steeds meer kiezen voor huisvesting die zij zelf regelen, waar-

bij diverse diensten thuis flexibel worden afgenomen. Een geheel ambulante zorgvraag ligt voor deze groep zorgintensieve cliënten niet voor de hand.

In 2001 waren er ongeveer 30.000 kwetsbare cliënten (vooral bestaande uit cliënten met een matig tot zeer ernstige verstandelijke handicap) die vraag naar verzorgd wonen uitoefenden. In 2020 zullen dat er ongeveer evenveel zijn. Dit betekent dat er in 2020 – ook net als in 2001 – ongeveer 20.000 kwetsbare cliënten beschermd wonen vragen. Wel is het zo dat wanneer men er vanuit gaat dat cliënten steeds meer naar ambulante zorg vragen, beschermd wonen steeds meer zal worden ingeruild voor kort verblijf en ambulante zorg. De trend naar (begeleid) zelfstandig wonen is ook zichtbaar in de toename van het aantal vragers naar deze vorm van zorg.

*De aard van de zorgvraag van de niet-kwetsbare cliënten in 2020 hangt sterk af van voorkeuren van de cliënt en toelating van licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden.* Het grootste deel van de groeiende vraag naar zorg is te verklaren uit de toenemende vraag van licht verstandelijk gehandicapte jongeren en zwakbegaafden. Dit heeft ook consequenties voor de aard van de zorg waaraan in de toekomst behoefte zal zijn. Jongere, licht verstandelijk gehandicapten hebben vooral behoefte aan begeleiding, kort verblijf en onderzoek met verblijf. De raming van de vraag naar kort verblijf in 2020 varieert van ongeveer hetzelfde niveau als in 2001 (ruim 7000 mensen) in de variant met meer traditionele voorkeuren, tot 14.000 in de variant met meer ambulante voorkeuren. Afhankelijk van het gevoerde indicatiebeleid met betrekking tot de zwakbegaafden kan de vraag naar deze producten in de verstandelijk-gehandicaptensector hoger of lager uitvallen dan geraamd. De meest onzekere raming is die van de ambulante zorg. In de variant met ambulante voorkeuren zullen in 2020 ongeveer 11.000 personen met een verstandelijke handicap naar ambulante zorg vragen. Dat worden er 14.000 als de zwakbegaafden blijvend worden toegelaten. In de ambulante-plus variant zijn dat er zelfs 58.000. In de variant met meer traditionele voorkeuren vragen echter slechts 3500 personen ambulante zorg in 2020. Om de orde van grootte weer te geven: in 2001 vroegen 9500 personen ambulante zorg.

Kort samengevat: de omvang en het type gevraagde zorg van kwetsbare cliënten (verzorgd en beschermd wonen) zullen nagenoeg gelijk blijven, de vraag naar kort verblijf zal waarschijnlijk stijgen, de vraag naar alleen dagbesteding zal dalen. De vraag naar alleen ambulante zorg is onduidelijk.

*Wachtlijsten blijven bestaan maar worden kleiner.*

Wachtlijsten hebben vooral te maken met de vraag en het beschikbare aanbod op regionaal niveau. Een landelijk model kan hier maar beperkt inzicht in bieden. De doorrekeningen wijzen op blijvende wachtlijsten in de gehandicaptenzorg die lager liggen dan het niveau van 2001. Wanneer echter de capaciteit meer flexibel wordt ingezet, is het mogelijk wachtlijsten verder te reduceren.

## Toekomstige ontwikkelingen

Als het burgerschapsparadigma tot volle wasdom is gekomen, is het ook goed denkbaar dat er behoefte zal zijn aan heel andere zorgproducten dan we ons nu kunnen voorstellen. Om ervoor te zorgen dat de cliënten inderdaad volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving (inherent aan het concept *community care*), zal er naast begeleiding bij het wonen ook voldoende ondersteuning moeten zijn bij het in stand houden van hun sociale netwerk en bij het op een zinvolle manier invullen van de dag. Er zijn dan ook meer andersoortige producten nodig, zoals vervoer en arbeidsvoorzieningen. En dat geeft het belang aan van deze aanpalende voorzieningen.

De vrager naar verstandelijk-gehandicaptenzorg heeft behoefte aan ondersteuning op verschillende terreinen en wil zo goed mogelijk geholpen worden bij zijn totale zorgvraag. De hamvraag is of het aanbod hier financieel en organisatorisch aan tegemoet kan komen met zijn verschillende financieringsbronnen (het rijk, gemeenten en daarbinnen weer verschillende sectoren). Dat zou voor de consument een complexe situatie kunnen opleveren. Op het moment van schrijven wordt gewerkt aan de totstandkoming van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (wmo). Op grond van de wmo zouden delen van de awbz worden ondergebracht bij de gemeente, waaronder enkelvoudige huishoudelijke hulp. Het is interessant om te bezien of de wmo hier een goede rol kan vervullen.

## Lijst van veel gebruikte afkortingen en begrippen

begrip	omschrijving
ambulante zorg	verzamelbegrip voor diverse vormen van zorg, waaronder begeleiding van gezin of individuele cliënt; onderzoek en advies; behandeling/therapie of onderzoek; diagnostiek, en behandeling met verblijf
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1968)
begeleid zelfstandig wonen	voorziening waarbij cliënten onder begeleiding zelfstandig wonen
beschermd wonen	woonvoorzieningen waarbij het accent ligt op zelfstandigheid van de zorgontvanger en/of het bevorderen van participatie en integratie
burgerschapsparadigma	visie op mensen en maatschappij die er vanuit gaat dat (verstandelijk) gehandicapten als volwaardige burgers moeten kunnen meedoen in de samenleving
CIZ	AWBZ-brede Centrale Indicatiecommissie Zorg
dagbesteding	verzamelbegrip dat diverse vormen van dagbesteding omvat, waaronder dagbesteding met accent op eenvoudige activiteiten, vormende activiteiten, ontwikkelingsgerichte activiteiten en bepaalde vormen van arbeid
doorstromer	cliënt die geïndiceerd is voor een ander zorgpakket dan hij of zij al ontvangt binnen de verstandelijk-gehandicaptenzorg
erkende vraag	optelsom van zorggebruikers en mensen die de wachtlijst staan en nog geen zorg ontvangen
(zeer) ernstig verstandelijk gehandicapt	sterke beperking van iemands intellectuele vermogens (IQ lager dan 35), waardoor hij of zij zeer grote moeite heeft met het uitoefenen van dagelijkse werkzaamheden.

<b>begrip</b> kort verblijf	<b>omschrijving</b> verzamelbegrip dat diverse vormen van opvang omvat, waaronder weekendopvang, midweekopvang, vakantieopvang, logeeropvang en crisisopvang
indicatiestelling	beoordeling of een zorgvrager volgens wettelijk vastgelegde richtlijnen recht heeft op professionele zorg
kwetsbare cliënt	iemand met een matige of (zeer) ernstige verstandelijke handicap, al dan niet in combinatie met gedragsproblemen, dan wel een cliënt met een lichte verstandelijke beperking die tevens kampt met gedragsproblemen
LCIG	Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg. Vanaf 1 januari 2005 integraal onderdeel van de AWBZ-brede Centrale Indicatiecommissie Zorg (CIZ)
licht verstandelijk gehandicapt	lichte beperking van iemands intellectuele vermogens (IQ tussen 50 en 80), waardoor hij of zij enige moeite heeft met het uitoefenen van dagelijkse werkzaamheden.
matig verstandelijk gehandicapt	beperking van iemands intellectuele vermogens (IQ tussen de 35 en 50) waardoor hij of zij grote moeite heeft met het uitoefenen van dagelijkse werkzaamheden.
nieuwkomer	iemand die geïndiceerd is voor een zorgpakket binnen de verstandelijk-gehandicaptenzorg, en daarbinnen nog geen zorg ontvangt.
herindicatie	een indicatie in het verlengde van een eerdere indicatie, omdat de termijn daarvan is verstreken, of omdat de zorgvraag veranderd is.
PGB-regeling	persoon gebonden budget. Geldbedrag vanuit de AWBZ en vastgesteld door indicatieorgaan, waarmee een cliënt zelf passende zorg en begeleiding kan inkoop.

begrip	omschrijving
normalisatieparadigma	visie op mensen en maatschappij die er vanuit gaat dat (verstandelijk) gehandicapten recht hebben op een ‘normaal leven’.
SCP-zorgpakket	veel voorkomende combinatie van zorgproducten, variërend van woonproducten tot ambulante producten
sg-jlvg-er	sterk gedragsgestoorde jeugdige licht verstandelijk gehandicapte
verstandelijk gehandicapt	beperking van iemands intellectuele vermogens (IQ lager dan 80), waardoor hij of zij moeite heeft met dagelijkse werkzaamheden.
verzorgd wonen	verzamelbegrip waarmee bedoeld kan worden: woonvoorzieningen met accent op verpleging en verzorging, op beschutting, of op begeleiding
WAJONG-regeling	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
wachtlIJst	personen die op de wachtlIJst staan hebben recht op verstandelijk-gehandicaptenzorg maar ontvangen dat nog niet
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Wettelijke regeling in voorbereiding, op grond waarvan een deel van de zorgtaken van centraal niveau worden overgeheveld naar gemeentelijk niveau
woonfunctie	een zorgpakket dat bestaat uit verzorgd, beschermd of begeleid zelfstandig wonen
zorgregistratie	de Zorgregistratie staat voor AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) en is een landelijke systematiek voor het registreren en uitwisselen van berichten tussen het indicatieorgaan, het zorgkantoor en de zorgaanbieder (de ketenpartners)



## **begrip**

zorgpakketten

Zie definitie SCP-zorgpakket

zorgvraag

zwakbegaafd

## **omschrijving**

veel voorkomende combinaties van zorgproducten

de door het indicatieorgaan geobjectiveerde beschrijving van de aard en omvang van de zorg waaraan een cliënt behoefte heeft

iemand met beperkte verstandelijke vermogens (een IQ tussen 80 en 90), vaak met bijkomende stoornissen.

## Literatuur

- CBS (2003). Bevolkingsprognoses 2002-2050. Website: [www.statline.cbs.nl](http://www.statline.cbs.nl).
- Coolen, J. et al. (1999). *Vraaggestuurde dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: NIZW & NZI.
- CVZ/Prismant (2002). De cijfers van 2001; Landelijke resultaten van het ZRS, mei 2002.
- Maas, J.M.A.G., S. Serail en A.J.M. Janssen (1988). *Frequentie-onderzoek geestelijk gehandicapten 1986*. Tilburg: IVA, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant.
- Stoll, J., W. Bruinsma, C. Konijn (2003). *Nieuwe cliënten voor Bureau Jeugdzorg? Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering*. Utrecht: NIZW.
- VGN (2002). *VGN-cliëntentabellenboek 2000*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (publicatienummer 702.135).
- Woittiez, I.B., J.J. Jonker, I. Ooms, J. Stevens, I. Schoemaker-Salkinoja (2005). *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

## Over de auteurs

Frans Crone is zelfstandig journalist en tekstschrijver. Zijn meest recente boekpublicaties zijn *Utrecht 1942*; *Foto's van Nico Jesse* (2003) en *Voorbijgaand verblijf; joodse weeskinderen in oorlogstijd* (2005).

Jedid-Jah Jonker is econometrist en werkzaam bij het SCP. Hij heeft onder andere onderzoek gedaan naar de tertiaire inkomensverdeling en de vraag naar kinderopvang.

Ingrid Ooms is econometrist en werkzaam als wetenschappelijk onderzoeker bij het SCP. Zij houdt zich bezig met modelontwikkeling op het gebied van zorg en kinderopvang.

John Stevens studeerde in 1993 af in de economische wetenschappen aan de Universiteit van Groningen. Hij werkt sinds 2002 bij het SCP met als aandachtsgebied de kosten, financiering en het gebruik van AWBZ-zorg.

Isolde Woittiez is econometrist en werkzaam als wetenschappelijk onderzoeker bij het SCP. Zij houdt zich bezig met het ontwikkelen van statistische modellen die gebruikt worden om ramingen te maken. Met een SCP-collega publiceerde zij onlangs *Verpleging en verzorging verklaard*.



## Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

### Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2004-2005) is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl). Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 90-377-0165-5

### SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel (prijswijzigingen voorbehouden). Een complete lijst is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

### Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2

Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. ISBN 90-377-0106-x

In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004. ISBN 90-377-0159-0

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062-4 (English edition 2001)

Social and Cultural Report 2002. The Quality of the Public Sector (Summary). ISBN 90-377-0118-3

### Nederlandse populaire versie van het SCR 1998

Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland; de kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport. Carlo van Praag en Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-662-8

### Engelse populaire versie van het SCR 1998

25 Years of Social Change in the Netherlands; Key Data from the Social and Cultural Report 1998. Carlo van Praag and Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-580-x

### Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4

### SCP-publicaties 2004

2004/4 Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004 (2004). ISBN 90-377-0156-6

2004/6 The Poor Side of the Netherlands. Results from the Dutch 'Poverty Monitor', 1997-2003 (2004). ISBN 90-377-0183-3

2004/7 Achter de schermen. Een kwart eeuw lezen, luisteren, kijken en internetten (2004). ISBN 90-377-0129-9

2004/8 Public Sector Performance. An International Comparison (2004). ISBN 90-377-0184-1

2004/11 Verpleging en verzorging verklaard (2004). ISBN 90-377-0189-2

2004/12 Trends in Time. The Use and Organisation of Time in the Netherlands (2004). ISBN 90-377-0196-5

- 2004/14 Performances du secteur public. Comparaison internationale (2004). ISBN 90-377-0193-0
- 2004/15 Prestaties van de publieke sector. Samenvatting in zeven talen (2004).  
ISBN 90-377-0194-9
- 2004/16 Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen (2004). ISBN 90-377-0191-4
- 2004/17 Sociale uitsluiting in Nederland (2004). ISBN 90-377-0160-4
- 2004/18 Prestaties van de publieke sector. Een internationale vergelijking (2004).  
ISBN 90-377-0195-7
- 2004/19 Emancipatiemonitor 2004 (2004). ISBN 90-377-0190-6
- 2004/20 Ouders over opvoeding en onderwijs (2004). ISBN 90-377-0158-2

### SCP-publicaties 2005

- 2005/1 Landelijk verenigd. Civil society en vrijwilligerswerk IV (2005). ISBN 90-377-0126-4
- 2005/2 Aandacht voor welzijn. Inhoud, omvang en betekenis van de welzijnssector (2005).  
ISBN 90-377-0204-X
- 2005/3 De steun voor de verzorgingsstaat in de publieke opinie, 1970-2002 (2005). ISBN 90-377-0157-4
- 2005/4 Kinderen in Nederland (2005). ISBN 90-377-0209-0
- 2005/5 Vermaatschappelijking in de zorg (2005). ISBN 90-377-0214-7
- 2005/6 Culture-lovers and Culture-leavers. Trends in interest in the arts and cultural heritage in the Netherlands (2005). ISBN 90-377-0217-1
- 2005/7 Cultuurminnaars en cultuurmijders. Trends in de belangstelling voor kunsten en cultureel erfgoed. Het culturele draagvlak 6 (2005). ISBN 90-377-0228-7
- 2005/8 The Hunt for the Last Respondent (2005). ISBN 90-377-0215-5
- 2005/9 Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag (2005). ISBN 90-377-0235-X
- 2005/11 Maten voor gemeenten 2005 (2005). ISBN 90-377-0224-4
- 2005/12 Arbeidsmobiliteit in goede banen (2005). ISBN 90-377-0203-1
- 2005/13 Uit elkaars buurt. De invloed van etnische concentratie op integratie en beeldvorming (2005). ISBN 90-377-0225-2

### Onderzoeksrapporten 2004

- 2004/1 Emancipatie in estafette. De positie van vrouwen uit etnische minderheden (2004).  
ISBN 90-377-0162-0
- 2004/2 De moraal in de publieke opinie. Een verkenning van normen en waarden in bevolkingsenquetes (2004). ISBN 90-377-0163-9
- 2004/3 Werkt verlof? Het gebruik van regelingen voor verlof en aanpassing van de arbeidsduur (2004). ISBN 90-377-0144-2
- 2004/5 Maten voor gemeenten 2004 (2004). ISBN 90-377-0179-5
- 2004/9 Moslim in Nederland. Een onderzoek naar de religieuze betrokkenheid van Turken en Marokkanen. Samenvatting (2004). ISBN 90-377-0176-0
- 2004/10 Unequal Welfare States (2004). ISBN 90-377-0185-X

### Werkdocumenten

- 95 Voorstel voor de toekomstige ontwikkeling van de landelijke jeugdmonitor (2004).  
ISBN 90-377-0167-1
- 96 Nieuwe baan of nieuwe functie? Een studie naar de beloning van externe en interne mobiliteit (2004). ISBN 90-377-0172-8
- 98 Landelijk ramingsmodel kinderopvang (2003). ISBN 90-377-0148-5
- 99 Sociale uitsluiting (2003). ISBN 90-377-0154-X

- 100 Het Nationale scholierenonderzoek (NSO) en het Health Behaviour in School-aged Children-onderzoek (HBSC) vergeleken (2004). ISBN 90-377-0150-7
- 101 Schalen van fysieke en psychosociale beperkingen. Het meten van hulpbehoefte bij de indicatiestelling verpleging en verzorging (2004). ISBN 90-377-0151-1
- 102 Vertrouwen in de rechtspraak; theoretische en empirische verkenningen voor een monitor (2004). ISBN 90-377-0164-7
- 103 Bindingsloos of bandenloos. Normen, waarden en individualisering (2004). ISBN 90-377-0169-8
- 104 De veeleisende samenleving. De sociaal-culturele context van psychische vermoeidheid (2004). ISBN 90-377-0170-1
- 105 Cijferrapport Allochtone ouderen (2004). ISBN 90-377-0171-x
- 106 Moslim in Nederland. Een onderzoek naar de religieuze betrokkenheid van Turken en Marokkanen (2004). ISBN 90-377-0178-7 (set, 6 delen)
- 107 The Social State of the Netherlands. Summary (2004). ISBN 90-377-0168-x
- 108 Naar een stelsel van sociale indicatoren voor het Integraal toezicht jeugdzaken. Advies in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de Inspectie van het Onderwijs (2004). ISBN 90-377-0186-8
- 109 Kosten en baten van extramuralisering (2004). ISBN 90-377-0187-6
- 110 Verklaringsmodel verpleging en verzorging. Onderzoeksverantwoording (2005). ISBN 90-377-0199-x
- 111 Grenzen aan de maatschappelijke opdracht van de school (2005). ISBN 90-377-0213-9
- 112 Wijkkwaliteiten (2005). ISBN 90-377-0216-3
- 113 Ouderen van nu en van de toekomst (2005). ISBN 90-377-0219-8
- 114 Verzonken technologie. ICT en de arbeidsmarkt (2005). ISBN 90-377-0205-8
- 115 Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel (2005). ISBN 90-377-0221-x
- 116 Vrijwilligersorganisaties onderzocht. Over het tekort aan vrijwilligers en de wijze van werving en ondersteuning (2005). ISBN 90-377-0233-3
- 117 Het Actieplan Cultuurbereik en cultuurdeelname, 1999-2003. Een empirische evaluatie op landelijk niveau (2005). ISBN 90-377-0236-8

## Overige publicaties

Hollandse taferelen (2004). Nieuwjaarsuitgave 2004. ISBN 90-377-0155-8

Social Europe. European Outlook 1. Annex tot the 'State of the Union 2004' (2004). ISBN 90-377-0145-0

Does Leave Work? Summary (2004). ISBN 90-377-0182-5

Destination Europe. Immigration and Integration in the European Union (2004). ISBN 90-377-0198-1

Hier en daar opklaringen (2005). Nieuwjaarsuitgave 2005. ISBN 90-377-0212-0

De jacht op de laatste respondent. Samenvatting (2005). ISBN 90-377-0223-6

De grens als spiegel. Een vergelijking van het cultuurbestel in Nederland en Vlaanderen (2005). ISBN 90-377-0222-8