

Welzijn 'designed for all'

toegankelijk welzijn voor mensen met beperkingen

Author(s)

van Zal, S.D.; Kwekkeboom, M.H.

Publication date

2013

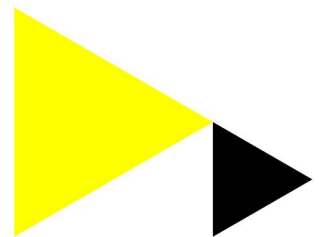
Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

van Zal, S. D., & Kwekkeboom, M. H. (2013). *Welzijn 'designed for all': toegankelijk welzijn voor mensen met beperkingen*.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

WELZIJN 'DESIGNED FOR ALL'

TOEGANKELIJK WELZIJN VOOR MENSEN MET BEPERKINGEN
KENNISCENTRUM MAATSCHAPPIJ EN RECHT
LECTORAAT COMMUNITY CARE

CREATING TOMORROW



ACCESSIBILITY

S.D. van Zal
M.H. Kwekkeboom

COLOFON

Auteurs

S.D. van Zal

M.H. Kwekkeboom

Hogeschool van Amsterdam

2013 Alles uit deze uitgave mag, mits met bronvermelding, worden vermenigvuldigd en openbaar gemaakt.

Lectoraat Community Care

Kenniscentrum Maatschappij en Recht

Postbus 1025

1000 BA Amsterdam

INHOUDSOPGAVE

TOEGANKELIJK WELZIJN VOOR MENSEN MET BEPERKINGEN.	4
AANLEIDING	5
ONDERZOEK	6
OPBOUW VAN HET RAPPORT	7
DEEL A: BELEID	8
A1. De AWBZ	8
A1.1. OVERZICHT VAN DE VERANDERINGEN	9
A1.2 DOELEN VAN DE AWBZ PAKKETMAATREGEL	10
A1.3 VOORLOPIGE GEVOLGEN	11
A2. VAN AWBZ NAAR WMO IN AMSTERDAM.	12
DEEL B: TOEGANKELIJKHEID ALS MIDDEL VOOR PARTICIPATIE.	14
B1. FYSIEKE EN SOCIALE TOEGANKELIJKHEID	14
B2. THE SOCIAL MODEL OF DISABILITY	15
B2.1 EEN KRITISCHE BLIK OP DIT MODEL	16
B2.2 IMPLICATIES VOOR DE TOEGANKELIJKHEID	17
B2.3 VERSCHILLENDE BARRIÈRES BIJ VERSCHILLENDE DOELGROEPEN.	18
DEEL C: HET ONDERZOEK: OPZET EN UITVOERING	20
C1. UITVOERING.	21
C1.1 MEDEWERKERS VAN WELZIJSINSTELLINGEN	21
C1.2 BEZOEKERS VAN WELZIJSINSTELLINGEN	22
C2. RESPONDENTEN	23
C2.1 MEDEWERKERS	23
C2.2 BEZOEKERS	24
C3. ANALYSE	25
DEEL D: UITKOMSTEN ONDERZOEK ONDER MEDEWERKERS	26
D1 EERSTE GROEPSPREKINGEN	26
D1.1 OPVATTING TOEGANKELIJKHEID	26
D1.2 OPVATTING PAKKETMAATREGEL	28
D1.3 AARD VAN DE BEPERKING	29
D1.3.1 Duidelijkheid	29
D1.3.2 Stigma	30
D1.3.3 Communicatie	30
D1.4 EFFECT OP FUNCTIEVERVULLING	32
D1.5 TRAINING	32

D1.6	VRIJWILLIGERS/BEHEERDERS	33
D1.7	MAATREGELEN TER BEVORDERING VAN TOEGANKELIJKHEID	34
D2.	TWEDE METING GROEPSGESPREKKEN	35
D2.1	TERUGBLIK OP DE ONTWIKKELING VAN DE TOEGANKELIJKHEID.	35
D2.1.1	Organisatiestructuur	35
D2.1.2	(Lokaal) Beleid	37
D2.1.3	Scholing en ervaring.	37
D2.2	ERVARINGEN MET BEZOEKERS MET BEPERKINGEN	38
D2.3	DE TOEKOMST VAN TOEGANKELIJKHEID.	39
D3.	CONCLUSIE MEDEWERKERS	40
DEEL E:	RESULTATEN ONDERZOEK ONDER BEZOEKERS	43
E1	ALGEMENE KENMERKEN VAN DE BEZOEKERS	43
E2	REDEN VOOR BEZOEK.	44
E3.	ERVARINGEN MET BETREKKING TOT TOEGANKELIJKHEID	46
E4.	DE INSCHATTING VAN TOEGANKELIJKHEID	48
E5.	DRAAGVLAK.	52
E3.	SAMENVATTING EN CONCLUSIE	54
DEEL F:	CONCLUSIE	56
F1.	ONDERZOEKSVRAGEN	56
F2.	AANBEVELINGEN	60
F2.1	EXTERNE SAMENWERKING	60
F2.2	HET BELANG VAN SCHOLING	61
F2.3	INVLOED ORGANISATIESTRUCTUUR OP TOEGANKELIJKHEID	61
F2.4	DUURZAME VISIE OP ROL EN POSITIE WELZIJNSVOORZIENINGEN	62
GERAADPLEEGDE LITERATUUR		63

TOEGANKELIJK WELZIJN VOOR MENSEN MET BEPERKINGEN.

Dit verslag gaat over een onderzoek naar toegankelijkheid voor mensen met beperkingen in de welzijnssector in Amsterdam. Deze zou zo goed toegankelijk moeten zijn, dat mensen met psychiatrische, verstandelijke, zintuiglijke en fysieke beperking het mogelijk gemaakt wordt om mee te doen aan activiteiten in de diverse welzijnsvoorzieningen.

Welzijnsvoorzieningen of – diensten hebben tot doel bij te dragen aan het vergroten of in stand houden van de zelfstandigheid van mensen¹. Ook beogen zij mensen te stimuleren om te participeren aan het sociale verkeer door deel te nemen of bij te dragen aan activiteiten. Dit doen welzijnsinstellingen onder andere door het aanbieden van een plek in de buurt waar activiteiten georganiseerd kunnen worden en waar buurtbewoners welkom zijn voor een kopje koffie.

Bij het verbeteren van toegankelijkheid van de diverse voorzieningen gaat het er dus om de instellingen in de welzijnssector zo aan te passen dat mensen met een beperking zich hier welkom voelen en mee kunnen doen aan het sociale verkeer dat in een welzijnsvoorziening plaatsvindt.

ACHTERGROND

Door recente beleidsveranderingen, waaronder bezuinigingen in de AWBZ, neemt het belang van het toegankelijk maken van de welzijnssector voor mensen met een beperking toe. Door deze bezuinigingen hebben mensen die voorheen recht hadden op een persoonlijk begeleider om te participeren, hier namelijk geen recht meer op (TK, 2008 – 2009a). Omdat een persoonlijk begeleider bijvoorbeeld af en toe mee kon naar een voetbalclub of de eerste keer mee naar een welzijnsinstelling of clubje was het voor mensen met een beperking gemakkelijker om daadwerkelijk van mogelijkheden tot participatie gebruik te maken. Door het wegvallen van deze vorm van begeleiding is de drempel hoger komen te liggen en ontstaat het risico dat mensen met een beperking niet meer, uit zichzelf, een algemene voorziening bezoeken. Naast persoonlijke begeleiding werd ook collectieve begeleiding uit het AWBZ budget gefinancierd. Dit hield in dat mensen op basis van hun indicatie recht hadden op toegang tot dagactiviteitencentra van zorgaanbieders. Op deze manier werden mensen met een beperking gestimuleerd om te participeren in meer specifieke voorzieningen. Door het wegvallen van deze begeleiding voor mensen met lichte beperkingen zullen zij naar verwachting andere voorzieningen willen gaan bezoeken. Omdat zij hierbij geen begeleiding meer (kunnen) krijgen is ook om deze reden het belang van de toegankelijkheid van de algemene voorzieningen toegenomen. Dit betekent onder meer dat in toenemende mate van de medewerkers in de algemene welzijnsvoorzieningen gevraagd

¹ Definitie afkomstig van: <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/welzijnsvoorzieningen.htm>

en verwacht zal worden zij in staat zijn mensen met een lichte beperking te ontvangen en, waar nodig, te begeleiden.

Op deze door de Rijksoverheid ingevoerde veranderingen in de toegang tot persoonlijke en collectieve begeleiding (de zogenoemde Pakketmaatregel AWBZ) is door de gemeente Amsterdam gereageerd door extra te investeren in toegankelijkheid. Op initiatief van onder andere de overkoepelende ondernemersvereniging Sociale sector Amsterdam (OSA) en de (toenmalige) Stichting Gehandicapten Overleg Amsterdam (SGOA) is een convenant gesloten waarin welzijnsinstellingen afspreken zich te gaan inzetten voor verbetering van de toegankelijkheid van hun aanbod. Als onderdeel daarvan zijn trainingen opgezet voor het verbeteren van de toegankelijkheid voor mensen met verschillende beperkingen. MEE Amstel en Zaan, Stichting Amsterdamse Vriendendiensten en Cliëntenbelang Amsterdam hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de trainingsmodules. Daarnaast zijn zij betrokken geweest in een werkgroep om verbeteringen op het gebied van toegankelijkheid te stimuleren. De trainingen zijn opengesteld voor medewerkers van de bij OSA aangesloten welzijnsorganisaties.² Er zijn ook zijn aparte trainingsbijeenkomsten georganiseerd voor medewerkers op management niveau, zodat ook zij kennis kregen van de voorwaarden voor toegankelijkheid van hun organisaties. Uitgangspunt van de trainingen was dat zij bij moesten dragen aan de ontwikkeling van een reëel en haalbaar toegankelijkheidsbeleid dat tevens duurzaam genoeg is om ook aan toekomstige eisen aan toegankelijkheid van de voorzieningen tegemoet te kunnen komen.

Voor de realisatie van de afspraken in het convenant en in het bijzonder de trainingen is een beroep gedaan op de door de gemeente Amsterdam ter beschikking gestelde subsidies om nieuwe initiatieven ter compensatie van de pakketmaatregel te ontwikkelen. Een van de voorwaarden voor de toekenning van een subsidie voor het ontwikkelen van de *Training Toegankelijkheid* was het uitvoeren van een evaluatieonderzoek.

AANLEIDING

In een eerder door de bij het convenant betrokken organisaties uitgevoerd onderzoek hebben Weggeman en Verhoeven (2010) overzichtelijk in kaart gebracht hoe toegankelijk de verschillende welzijnsorganisaties in Amsterdam zijn. In dit onderzoek heeft voornamelijk de fysieke toegankelijkheid centraal gestaan. Deze is gemeten door de fysieke kenmerken van de welzijnsvoorzieningen te inventariseren, zoals de breedte van de deuren, de aanwezigheid van een invalidentoilet, etc. Door deze benadering kon geen goed beeld naar voren komen over hoe de bezoekers de toegankelijkheid ervaren en hoe het gesteld is met de sociale toegankelijkheid. In het onderzoek 'Welzijn designed for all' wordt gepoogd de

² De deelnemende organisaties bij de trainingen zijn: Akros, Combiwel, Dock, Dynamo, IJsterk, Streetcornerwork, en Swazoom.

ontwikkelingen in zowel de fysieke als sociale de toegankelijkheid van welzijnsinstellingen zo goed mogelijk in kaart te brengen.

ONDERZOEK

Dit onderzoek heeft als doel te beschrijven in welke mate de afspraken in het convenant vanuit het oogpunt van bezoekers én medewerkers bijdragen aan de toegankelijkheid. Daarnaast is gepoogd een overzicht te geven van de mate waarin het verbeteren van de toegankelijkheid de gevolgen van de pakketmaatregel AWBZ enigszins zou kunnen ondervangen. Tot slot zal worden onderzocht over welke competenties (a.s.) professionals in het sociaal agogisch domein dienen te beschikken om in het reguliere aanbod te werken of bij te dragen aan toegankelijkheid voor mensen met beperkingen. Om deze vragen te beantwoorden is in dit onderzoek de ontwikkeling in de toegankelijkheid van welzijnsinstellingen op twee manieren vastgelegd. Ten eerste zijn medewerkers in groepsgesprekken zowel bij de start van de trainingen en anderhalf jaar nadien bevraagd over hun ervaringen met het bevorderen van de toegankelijkheid voor de verschillende doelgroepen. Ten tweede zijn de bezoekers in de loop van een periode van twee jaar, drie keer ondervraagd over hoe ze de toegankelijkheid van de welzijnsinstelling ervaren.

Hierbij moet worden opgemerkt dat in de periode dat het onderzoek is uitgevoerd, de welzijnssector gedurig in beweging was. De afgelopen twee jaar zijn er binnen de organisaties een groot aantal veranderingen doorgevoerd. Een aantal voorbeelden van veranderingen die, al dan niet in combinatie, hebben plaatsgevonden zijn:

- locaties van welzijnsinstellingen zijn gesloten;
- locaties zijn overgenomen door andere organisaties;
- er hebben ontslagrondes plaatsgevonden;
- buurthuizen zijn omgezet in zgn. 'Huizen van de buurt' (in de panden bieden nu ook (andere) zorgaanbieders hun diensten aan);
- de organisatie van activiteiten is uitbesteed;
- het beheer van de panden is uitbesteed.

Omdat niet te controleren is of en tot in hoeverre deze veranderingen invloed hebben gehad op de toegankelijkheid van de onderzochte voorzieningen (i.c. buurthuizen) is moeilijk te zeggen waar de mogelijke veranderingen in de toegankelijkheid aan toe te schrijven zijn.

In dit onderzoeksrapport zal nauwkeurig worden beschreven hoe het onderzoeksveld zich op de achtergrond heeft bewogen en hoe dit mogelijk de resultaten heeft kunnen beïnvloeden. Met name op basis van de opbrengsten van de tweede ronde groepsgesprekken met medewerkers kan een inzicht gegeven worden in de veranderingen die de afgelopen twee jaar in het welzijn hebben plaatsgevonden. Van daaruit kan ook worden aangeduid hoe deze

veranderingen zich naar alle waarschijnlijkheid verhouden tot de toegankelijkheid van de voorzieningen.

OPBOUW VAN HET RAPPORT

In dit rapport wordt in deel A verduidelijking gegeven van het beleid dat het belang van toegankelijkheid in de welzijnssector heeft beïnvloed. Hierbij zal allereerst een beschrijving worden gegeven van de AWBZ pakketmaatregel, die er toe heeft geleid dat de nadruk op toegankelijkheid van algemene voorzieningen de afgelopen tijd zo is toegenomen. In het verlengde daarvan zal uitgelegd worden wat deze maatregelen op landelijk niveau betekenen, waarna zal worden ingaan op de uitwerking van de maatregelen in de gemeente Amsterdam.

Vervolgens wordt in deel B op basis van sociologische theorieën een denkkader rond het onderwerp ‘toegankelijkheid voor mensen met beperkingen’ geschetst. In dat denkkader wordt de veel gehanteerde veronderstelling, dat het wegnemen van barrières voldoende is om participatie te bevorderen, kritisch beschouwd. Dit theoretisch kader is, gedeeltelijk, ontwikkeld naar aanleiding van de eerste meting groepsgesprekken en uiteengezet in een eerdere publicatie (van Zal, 2013). In de loop van het beschreven onderzoek is dit kader verder uitgebreid en zijn de opbrengsten benut voor een eerste toetsing van de veronderstellingen.

In Deel C worden de methoden die gebruikt zijn om dit onderzoek uit te voeren beschreven. Ook wordt toegelicht met welke factoren (zoals de hierboven beschreven veranderingen in de sector zelf) rekening gehouden moet worden bij het interpreteren van de resultaten.

De resultaten van de groepsgesprekken met medewerkers komen in deel D aan bod. Hier wordt bij de eerste meting gesprekken een beeld geschetst van de verwachtingen van medewerkers en van hun ervaringen met het bevorderen van toegankelijkheid voor mensen met beperkingen. Bij de resultaten van de slotgesprekken met medewerkers komt naar voren hoe ze terugkijken op de toegankelijkheid de afgelopen twee jaar en wat voor ideeën ze hebben om de toegankelijkheid in de toekomst nog beter te waarborgen.

In deel E wordt een overzicht gegeven van de resultaten van drie metingen onder bezoekers. Hierbij wordt eerst ingegaan op de samenstelling van de bezoekersgroep en motivatie om van het aanbod gebruik te maken. Vervolgens worden de resultaten van de beoordeling van de toegankelijkheid gepresenteerd. En tot slot wordt het draagvlak onder bezoekers om mensen met een beperking in een welzijnsinstelling te accepteren besproken.

In het afsluitende deel F worden de conclusies op basis van de onderzoeksresultaten verbonden met het theoretische kader en worden een aantal aanbevelingen voor professionals, instellingen en beleidsmakers op het welzijnsterrein resp. de participatie van mensen met een beperking geformuleerd.

DEEL A: BELEID

Na een serie beleidsmaatregelen, waaronder veranderingen in de AWBZ, neemt het belang van een toegankelijk welzijnsaanbod verder toe. De veranderingen in het beleid zijn ingezet op nationaal niveau en worden verder uitgewerkt op lokaal niveau. In dit hoofdstuk zal eerst dieper worden ingegaan op wat er op nationaal niveau in de afgelopen jaren is veranderd aan de reikwijdte van de AWBZ, waarna zal worden ingegaan op wat deze veranderingen, i.c. bezuinigingen, betekenen voor de gemeente Amsterdam en hoe deze veranderingen hun weerklink hebben gevonden in het Wmo - beleid van de gemeente Amsterdam. Tot slot zal een beeld worden gegeven van de manier waarop organisaties op de maatregelen reageren en hoe dit van invloed kan zijn op de opvang van mensen met beperkingen in de samenleving.

A1 DE AWBZ

De afkorting AWBZ staat voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Dit is een verplichte verzekering waarvoor iedereen met een inkomen automatisch betaalt via premieheffing. Het doel van deze verzekering is het bieden van financiering voor de meest dure en langdurige zorg.

Oorspronkelijk, bij haar invoering in 1968, was deze verzekering slechts bedoeld voor tegemoetkoming in de kosten die ernstige, chronisch of langdurig ziekten en aandoeningen voor de betrokkenen met zich meebrengen. De opbrengsten uit de premieheffing werden aangewend om de kosten voor intramurale zorg in verpleeginrichtingen, inrichtingen voor mensen met een zintuiglijke of lichamelijke beperking en verblijf in ‘*zwakzinnigeninrichtingen*’ te kunnen vergoeden (TK, 2007- 2008b). Sinds de invoering van de AWBZ zijn naast de vergoeding voor het verblijf in een intramurale instelling ook enkele andere vormen van zorg en andere doelgroepen onder de reikwijdte van de wet gekomen. Zo werd onder andere de zorg voor ouderen in de zogenoemde bejaardenoorden of verzorgingshuizen (incl. de dagbesteding), gefinancierd vanuit de toenmalige Wet op de bejaardenoorden (WBO), per 1997 onder de reikwijdte van de AWBZ gebracht. Vervolgens werden in 2003 de verstrekkingen op basis van de AWBZ opgedeeld in zeven zorgfuncties: “*Huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding (OB), activerende begeleiding (AB), behandeling en verblijf*” – de zogenoemde functionele decentralisatie (TK, 2007-2008b). Door de combinatie van verbreding van de reikwijdte van de AWBZ naar doelgroepen en de opdeling in de zeven zorgfuncties konden steeds meer mensen een beroep doen op de functie begeleiding. Hierdoor kon het voorkomen dat iemand ook voor het bezoek aan de bioscoop of een welzijnsinstelling of voor het deelnemen aan huiswerkbegeleiding, een beroep kon doen de verstrekking ‘persoonlijke begeleiding’ (TK, 2007-2008b).

A1.1 OVERZICHT VAN DE VERANDERINGEN

Als gevolg van de verbreding van de reikwijdte van de AWBZ en de ruim geachte criteria voor vergoedingen op basis van deze wet lopen de kosten uit de hand, in ieder geval in de ogen van de Rijksoverheid,. Er zou, hoewel rechtmatig, bijna onbeheersbaar veel gebruik gemaakt worden van de functie begeleiding. Daarnaast “ontbreekt het indicatiestellers aan criteria om hulpvragen af te wijzen en in omvang te begrenzen”, zo stelt de wetgever. Om dit probleem op te lossen worden verschillende (pakket)maatregelen bedacht om de kosten te drukken en de verzekering terug te brengen tot waar hij oorspronkelijk voor is bedoeld: de zorg voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving (TK, 2008-2009a).

Deze pakketmaatregelen hebben een aantal consequenties voor mensen met een beperking of langdurige ziekte. Ten eerste worden de zorgfuncties binnen de AWBZ ‘activerende begeleiding’, ‘ondersteunende begeleiding’ en ‘behandeling’, zowel intra- als extramuraal, samengevoegd en opnieuw ingedeeld in ‘begeleiding’ en ‘behandeling’. Daarbij is het doel van de nieuwe AWBZ-functie ‘begeleiding’ niet langer het bevorderen van participatie, maar slechts het bevorderen of in stand houden van zelfredzaamheid. Bij de functie van ‘begeleiding’ wordt zowel de toegang belemmerd, door het scherper afbakenen van de criteria om voor toewijzing in aanmerking te komen, als de omvang van de verleende zorg begrensd.

Om in aanmerking te komen voor vergoeding uit de AWBZ voor het ontvangen van begeleiding, geldt dat iemand beperkingen of belemmeringen moet ervaren op een of meer van de volgende levensdomeinen:

- 1. Sociale redzaamheid (mogelijkheid hebben om sociale contacten aan te gaan, eigen leven vorm te geven en te regisseren, inclusief financiën regelen);*
 - 2. Bewegen en verplaatsen (zelfstandig voorbewegen binnen- en buitenshuis);*
 - 3. Probleemgedrag (destructief, grensoverschrijdend, agressief, dwangmatig gedrag);*
 - 4. psychisch functioneren (stoornissen in denken, concentratie en waarneming);*
 - 5. Geheugen en oriëntatie stoornissen (Problemen met oriëntatie in tijd, plaats en persoon);*
 - 6. Persoonlijke verzorging (eten en drinken, wassen, kleden en toiletteren);*
 - 7. Huishoudelijk leven (dagelijkse zorg voor het huishouden: maaltijden, kleding verzorgen, lichte schoonmaak);*
 - 8. Maatschappelijke participatie (zelfstandig contacten opbouwen en onderhouden, activiteiten buitenshuis ondernemen);*
 - 9. Psychisch welbevinden (depressie, angst, eenzaamheid, geen levensvervulling)*
- (TK, 2008-2009a)

Mensen met lichte, matige of zware beperkingen op alleen de laatste vier levensdomeinen (i.c. persoonlijke verzorging, huishoudelijk leven, maatschappelijke participatie en psychisch welbevinden) hebben geen recht meer op begeleiding. Daarnaast hebben ook mensen met lichte beperkingen op de eerste vijf domeinen geen recht meer op begeleiding, omdat de beperkingen op deze levensdomeinen geen dreigend risico vormen voor regieverlies en intramuralisatie. De cliënt kan in dit geval zelf een oplossing zoeken, indien nodig met behulp van de gemeente, door beroep op de zorgverzekeringswet of met extra ondersteuning in het onderwijs (TK, 2008-2009a). Om de vraag naar de verschillende zorgfuncties te beperken wordt naast het aanscherpen voor de criteria, ook nog een eigen bijdrage gevraagd.

Naast deze maatregel wordt ook de toegang beperkt voor mensen met psychosociale problemen zoals dak- en thuislozen, slachtoffers van huiselijk geweld, en ouderen met psychosociale problemen. Er wordt verwacht dat door deze maatregelen in totaal tot € 800 miljoen per jaar bespaard zal worden op het AWBZ budget. Daarnaast is in het regeerakkoord voor Rutte II (Regeerakkoord 2012) het voornemen opgenomen om de functie (extramurale) begeleiding geheel over te dragen naar gemeenten, waarbij ook mensen met matige en zwaardere beperkingen op andere manieren begeleiding zullen moeten vinden.³

A1.2 DOELEN VAN DE AWBZ PAKKETMAATREGEL

Naast een simpele bezuiniging heeft de beleidsmaker met deze maatregel ook nog een aantal meer morele doeleinden beoogd. In de eerste plaats wordt betoogd dat de ongelimiteerde toegang tot professionele, persoonlijke begeleiding tot gevolg heeft dat het netwerk van de cliënt minder en soms zelfs onvoldoende benut wordt. De beschikbaarheid van deze professionele begeleiding stelt de buurt, familie, de maatschappelijke organisaties en de samenleving in bredere zin vrij van verantwoordelijkheden om te zorgen voor burgers die extra begeleiding nodig hebben om te participeren. Zo wordt een fragment uit een boek van Kees Schuyt geciteerd om aan te tonen dat de verantwoordelijkheid onevenredig is verschoven van de burger naar de overheid: “door als overheid te veel verantwoordelijkheid van mensen over te nemen gaat de betrokkenheid van burgers meer en meer verloren” (Schuyt, 1991 in TK, 2008-2009a). Het zorgen voor elkaar wordt hierdoor te indirect en anoniem. Burgers zorgen niet meer voor elkaar op basis van een directe betrokkenheid, maar helpen in plaats daarvan indirect door het betalen van belastingen. De pakketmaatregel zou dit veranderen door de verantwoordelijkheid voor het zorgen terug te geven aan zowel de burger met een beperking zelf als aan diens omgeving, op wie die burger met een beperking nu terug zal moeten vallen. Deze redenering impliceert een

³ Ten tijde van het schrijven van dit rapport is in een brief aan de Tweede Kamer aangekondigd dat de extramurale zorg voor burgers die begeleiding nodig hebben om te participeren vanaf 1 januari 2015 ook onder de WMO zal gaan vallen (TK, 2012-2013).

veronderstelde trade-off tussen formele en informele solidariteit. Het feit dat de meeste zorg voor mensen met een beperking formeel werd georganiseerd in de AWBZ zou afbreuk doen aan het informele sociale kapitaal in buurten en families, dat immers ook kan bijdragen aan de zelfredzaamheid van burgers (Komter, Burgers & Engbersen, 2000). Rond de (pakket)maatregelen in de AWBZ wordt hiermee in feite dezelfde redenering wordt gevolgd als rond de introductie van de Wmo (Kwekkeboom & Jager-Vreugdenhil, 2009).

Daarnaast zouden, zo is de redenering, mensen met een beperking ook te gemakkelijk afhankelijk gemaakt worden van de zorg en begeleiding die door de overheid wordt aangeboden. De professionele ondersteuning neemt in sommige gevallen te veel taken over die iemand met een beperking eigenlijk zelf zou moeten leren voltooien. Ze worden zo niet gestimuleerd om oplossingen te vinden voor zichzelf; mensen blijven hierdoor van zorg en begeleiding afhankelijk en raken mogelijk gemedicaliseerd (TK, 2008-2009a). Door de pakketmaatregel wordt een beroep gedaan op de zelfredzaamheid en eigen mogelijkheden van de cliënt, doordat die genoodzaakt is zelf een oplossing te zoeken. Daarnaast kan de aanwezigheid van een begeleider een stigmatiserend effect hebben. De voorgenomen maatregel, zo wordt betoogd, is dus niet alleen beter voor de sociale samenhang in de samenleving, maar ook voor de cliënt zelf. Om een en ander te bereiken zijn structurele aanpassingen, zoals het toegankelijk maken van sociale en maatschappelijke voorzieningen, beter en effectiever dan individuele oplossingen, zoals het bieden van begeleiding (TK, 2008-2009a).

Kortom: er wordt dus verwacht dat deze maatregel het terugvallen op het eigen netwerk, de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van mensen met een beperking stimuleert. Daarnaast bevordert het de sociale samenhang in de samenleving, en wordt er verwacht dat doelgroepen met een beperking door de afwezigheid van een persoonlijk begeleider, minder gestigmatiseerd worden. Opnieuw zijn er in deze redenering parallellen terug te vinden met de redeneerketen achter de Wmo.

A1.3 VOORLOPIGE GEVOLGEN

In de voortgangsrapportages over de uitwerking van de AWBZ- maatregel gaat de aandacht vooral uit naar de mate waarin de maatregel effectief is in het beperken van de omvang en toegang tot de zorgfuncties (TK, 2008-2009b). Uit een monitor uitgevoerd door cliëntenorganisaties blijkt echter dat tweederde van de mensen die als gevolg van de pakketmaatregel geen of minder begeleiding ontvangen, de begeleiding wel erg belangrijk vinden. Veel mensen noemen problemen met zelfstandig blijven wonen, eenzaamheid en sociaal isolement (vooral ouderen), problemen bij een zinvolle besteding van vrije tijd en een 'dreigende of reële belasting van mantelzorgers'. "Een kwart van deze mensen kan de hulpvraag naar eigen zeggen nog steeds goed opvangen, nog een kwart kan dat grotendeels.

Voor 40% is dat echter niet het geval of maar een beetje, en 10 % weet het nog niet “(TK, 2008-2009b).

Welzijnsinstellingen zullen een stap moeten maken om de problemen die mensen ondervinden met sociaal contact en zinvolle besteding van vrije tijd, enigszins te ondervangen. Hierdoor wordt toegankelijkheid voor mensen met lichte (en zwaardere beperkingen) steeds belangrijker.

A2 VAN AWBZ NAAR WMO IN AMSTERDAM.

Wmo staat voor de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze wet heeft als doel gemeenten in staat te stellen om de participatie van hun burgers te bevorderen; het doel van de wet is kort samen te vatten door ‘meedoen’. Dit doel geldt ook, en in het bijzonder, voor mensen met een beperking. De Wmo is een kaderwet, die de gemeenten een zeer grote autonomie geeft in de manier waarop zij dit doel willen bereiken, respectievelijk de hiervoor benodigde ‘maatschappelijke ondersteuning’ willen vormgeven. Wel wordt van hen gevraagd om in een beleidplan aan te geven hoe zij de opdracht willen invullen. Ten behoeve hiervan heeft de wetgever de ‘maatschappelijke ondersteuning’ afgebakend aan de hand van negen zogenoemde ‘prestatievelden’. Het beleidsplan is dan in feite een verantwoording van de ‘prestaties’ die een gemeente op elk van deze velden wil gaan leveren (Timmermans & Kwekkeboom, 2012). Conform de opdracht van de Wmo stelt ook de gemeente Amsterdam elke vier jaar een plan op, met een uitleg hoe ze aan de doelstellingen van de Wmo wil gaan werken. Vooruitlopend op het beleidsplan 2012-2016 heeft de gemeente in 2011 een verkenning naar de gevolgen van de overdracht van taken uit de AWBZ naar de Wmo opgesteld. Hierin schrijft de gemeente verwachten dat “de decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten verdere overbodige bureaucratie zal beperken, een effectiever zorg en welzijnsaanbod mogelijk zal maken en de weg vrij zal maken voor een integraal aanbod (Gemeente Amsterdam, 2011).

Wat betekent de hiervoor beschreven pakketmaatregel nu voor de mensen in Amsterdam? Omdat verwacht wordt dat burgers vaker en meer beroep zullen doen op de voorzieningen die door gemeenten worden aangeboden, heeft het Rijk aangekondigd de gemeenten structureel € 127 miljoen per jaar toe te kennen om aan de te verwachte vraag tegemoet te komen. Dit is onvoldoende om de volledige groep op te vangen en bij de aankondiging van deze toekenning werd dan ook nadrukkelijk gemeld dat het niet de bedoeling is dat de cliënten van AWBZ begeleiding één op één worden ‘overgeheveld’ naar de Wmo. Door het anders inrichten van het welzijnsaanbod zal door middel van collectieve voorzieningen en arrangementen aan meerdere mensen tegelijk een oplossing geboden moeten worden (TK, 2008- 2009b).

Voor Amsterdam gaat het om de toekenning van een bedrag van € 6.23 miljoen. Onderzoek van Bureau Hhm laat zien dat in 2009 in Amsterdam 5909 cliënten door het CIZ zijn geherïndiceerd. Hiervan verliezen 1355 cliënten (22,9%) hun aanspraak op begeleiding volledig, en 2585 cliënten (43,7%) hebben te maken met een vermindering in de uren begeleiding (van Beest-de Bruin, Dam, & Hengeveld, 2010). Uit een inventarisatie van de indiceringgrondslag van de cliënten, die geen of minder recht hebben op begeleiding blijkt dat het voor het grootste deel mensen met een psychiatrische beperking zijn die getroffen worden. De maatregel treft daarnaast vooral jongeren met een verstandelijke beperking: onder de jeugdigen die minder begeleiding krijgen toegewezen zijn zij in de meerderheid. Onder de groep mensen die het recht op begeleiding volledig hebben verloren, waren de meeste ouderen (van Beest-de Bruin, Dam, & Hengeveld, 2010).

Om de gevolgen op te vangen richt de gemeente zich onder andere op een beter toegankelijk welzijnsaanbod, zodat mensen die geen aanspraak meer hebben op AWBZ begeleiding mogelijk opgevangen kunnen worden in de welzijnsvoorzieningen. Hiervoor is door de Ondernemerskring Sociale Sector Amsterdam (OSA), en aanvankelijk 7 grote welzijnsinstellingen in Amsterdam een convenant ondertekend, waarin afgesproken wordt de toegankelijkheid te verbeteren. In het kader hiervan heeft de OSA in samenwerking met MEE Amstel en Zaan, Cliëntenbelang (voorheen SGOA) en de stichting Amsterdamse vriendendiensten (de Regenboog groep) een aantal trainingen opgezet ter bevordering van de toegankelijkheid van zorg en welzijnsinstellingen in Amsterdam. Later hebben zich ook de Omslag en de Vrijwilligersacademie zich aangesloten bij het vormen van het trainingsaanbod. In totaal hebben inmiddels ruim 500 medewerkers en/of vrijwilligers van zorg en welzijnsinstellingen in Amsterdam (een onderdeel van) de *training toegankelijkheid* gedaan (OSA, 2012). Om de verbeteringen van de toegankelijkheid voor de toekomst stevig te borgen is er ook een trainingsprogramma ontwikkeld waar medewerkers op management niveau nadenken over hoe ze toegankelijkheid duurzaam in het beleid en de organisatiestructuur kunnen integreren. Uit het Wmo beleidsplan voor de periode van 2012 tot 2016 valt verder op te maken dat Amsterdam zich in haar Wmo beleid nog meer wil richten op kwetsbare groepen. Er zal meer aandacht zijn voor activerende ondersteuning, de ondersteuning van mantelzorgers en het stimuleren van vrijwilligerswerk (Gemeente Amsterdam, 2011).

DEEL B: TOEGANKELIJKHEID ALS MIDDEL VOOR PARTICIPATIE.

Om het wegvallen van de functie begeleiding voor mensen met lichte, maar in de toekomst wellicht ook zwaardere beperkingen enigszins op te vangen, zou het verbeteren van de toegankelijkheid van de algemene voorzieningen deels een oplossing kunnen bieden. Doordat mensen zich welkom voelen, goed ondersteund worden en ook daadwerkelijk naar binnen kunnen bij bijvoorbeeld een welzijnsinstelling, hebben sommigen wellicht geen begeleiding meer nodig om deel te nemen aan het sociale verkeer, c.q. een voorziening te bezoeken of mee te doen met een activiteit. Toch blijkt uit de literatuur dat toegankelijkheid van voorzieningen of van de samenleving als geheel niet voor alle doelgroepen even duidelijk en gemakkelijk te verbeteren is. Dit geeft aanleiding eerst eens kritisch te kijken naar de breed aangehangen veronderstelling dat het verbeteren van toegankelijkheid de sleutel is tot het vergroten van de participatie door mensen met beperkingen. Hiervoor zal eerst een beeld geschetst worden van wat er zoal onder toegankelijkheid verstaan wordt. Vervolgens zal beschreven worden in welk breder perspectief de trend om toegankelijkheid te verbeteren, geplaatst kan worden. Hierna zal per doelgroep besproken worden wat het vergroten van toegankelijkheid voor hen betekent. Tot slot zal worden beschreven hoe aan gelijke toegankelijkheid gewerkt kan worden voor mensen met verschillende soorten beperkingen.

B1 FYSIEKE EN SOCIALE TOEGANKELIJKHEID

Het begrip toegankelijkheid lijkt voor zich te spreken, maar kan verschillende (soms persoonlijke) definities hebben. Zo kan het gaan om vrij letterlijke betekenis, namelijk dat er 'geen drempel' is, dat iemand daadwerkelijk ergens naar binnen kan komen en zich daar vrij en zelfstandig te kan bewegen. Daarnaast kan het ook een meer gevoelsmatige betekenis hebben en gaat het over 'welkom voelen'. Het begrip toegankelijkheid gaat dus over meer dan het wegnemen van obstakels voor mensen met een beperking. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg onderscheidt ook vijf soorten toegankelijkheid; financiële, geografische, culturele, fysieke en sociale toegankelijkheid (Huijben, 2008). Toegankelijkheid gaat daarmee dus ook over het bereikbaar maken van (aspecten van) de samenleving voor bijv. iemand met beperkte financiële middelen of een andere culturele achtergrond of van een gebied dat niet in de nabije omgeving ligt. Gezien de vraagstelling van het onderzoek zullen in dit rapport echter vooral de fysieke en de sociale toegankelijkheid aan bod komen.

Onder fysieke toegankelijkheid verstaan we het wegnemen van barrières die de fysieke toegang tot het pand of delen van het pand belemmeren. Hierbij kan gedacht worden aan een lift, een gelijkvloerse verdieping, genoeg beweegruimte voor iemand met een rollator of

een rolstoel, grote teksten en ringleidingen voor slechtzienden en een brandalarm dat zichtbaar is voor mensen met een auditieve beperking. Sociale toegankelijkheid is een minder tastbaar begrip en gaat vooral over rekening houden met mensen die zich anders gedragen, hulp of begeleiding nodig hebben of meer aandacht vragen, dan bezoekers zonder een beperking. Hoewel het bevorderen van de sociale toegankelijkheid ook praktische strategieën mogelijk zijn, zoals het inrichten van een receptie waar iemand zit die informatie kan geven, zijn voor het in stand houden of vergroten van de sociale toegankelijkheid toch vooral mensen, hun houding en hun gedrag, van belang.

De begrippen sociale en fysieke toegankelijkheid zijn intrinsiek met elkaar verweven. Iemand in een rolstoel die voor een dichte deur staat en niet geholpen wordt, kan zich ook heel onwelkom voelen. Niet omdat hij niet welkom is, maar omdat de mogelijkheden om zelfstandig in het gebouw te bewegen niet zijn gecreëerd. Formeel gezien wordt er niemand uitgesloten, maar er wordt geen moeite gedaan om iemand mee te laten doen (van Houten, 2000). Een tekort in de fysieke toegankelijkheid kan daarentegen gecompenseerd worden wanneer er hulp geboden wordt om alsnog mee te doen of binnen te komen. Deze begrippen sociale en fysieke toegankelijkheid overlappen dus in de praktijk. In dit verslag zal het onderscheid echter wel gehandhaafd worden, omdat dat effectiever is in de beschrijving van de soort toegankelijkheid die bedoeld wordt.

B2 THE SOCIAL MODEL OF DISABILITY

In de Wmo--nota van 2008-2011 van de gemeente Amsterdam wordt opgemerkt dat een beperking tegenwoordig niet meer wordt gezien als een gevolg van de individuele tekortkomingen, maar van de obstakels in de samenleving die volledige participatie onmogelijk maken (Gemeente Amsterdam, 2008). Dit gedachtegoed is ontleend aan het oorspronkelijk in Groot Brittannië ontwikkelde 'Social model of disability'. In dit sociologische model is het medische 'tekort' niet meer het uitgangspunt voor het maken van (vaak individuele) aanpassingen. In plaats daarvan wordt gekeken naar de maatschappelijke (en organisatorische) processen die uitsluiting van mensen met een beperking in de hand werken. Om van deze benadering een werkbaar en bruikbaar theoretisch model te maken wordt de betekenis van de begrippen '*impairment*' en '*disability*' uit elkaar getrokken, waarbij beide termen een nieuwe betekenis krijgt toegewezen. '*Impairment*' gaat dan over het fysieke, medische verschil met een gezond mens; het hebben van een beperking. '*Disability*' gaat over hoe iemand door een omgeving of samenleving waarin geen aanpassingen zijn of worden gedaan beperkt wordt in diens doen en laten (Oliver, 1996).

Dit model heeft een grote invloed gehad op de manier waarop tegen het hebben van een beperking wordt aangekeken, zowel door de buitenwereld als voor mensen met een beperking zelf. Omdat in feite de samenleving en de omgeving van het individu met een

beperking (mede) verantwoordelijk gehouden voor het mogelijk maken van participatie reageerden mensen met een beperking erop door zich organiseren als een onderdrukte minderheid en gelijke toegang en gelijke rechten eisen. In de Verenigde Staten van Amerika heeft dit er, ondanks de relatief geringe invloed van de theorievorming rond het sociale model daar, toe geleid dat er wetgeving is ingevoerd die de samenleving als het ware verplicht zorg te dragen voor volledige toegankelijkheid en dus sociale inclusie.

De omslag van het medische model naar het sociale model heeft toegankelijkheid voor iedereen dus op de politieke agenda gezet. Het hebben van een beperking en dus het moeten overwinnen van barrières, wordt niet meer louter als individueel probleem wordt gezien. Het is in plaats daarvan een gezamenlijke verantwoordelijkheid om barrières weg te nemen dan wel te voorkomen. Het schrappen van individuele, professionele begeleiding als middel om barrières te overkomen onder het tegelijkertijd toegankelijker maken van het welzijn past dus heel goed in dit gedachtegoed.

B2.1 EEN KRITISCHE BLIK OP DIT MODEL

Bij het gebruik van deze benadering voor het verbeteren van toegankelijkheid mag echter niet voorbij worden gegaan aan de kritiek op dit model. Het is volgens wetenschappers zoals Taylor (2005) vooral van toepassing wanneer het gaat over het wegnemen van barrières bij een ‘traditioneel’ beeld van een beperking. Met traditioneel wordt dan bedoeld dat de beperking vaak fysiek, zichtbaar en redelijk stabiel is. De barrières die overwonnen moeten worden om ergens naar binnen te kunnen komen zijn vaak zichtbaar en aan te raken. Bij beperkingen die meer fluctueren, onzichtbaar zijn of zich uiten in gedrag, zijn de barrières die mensen belemmeren veel ongrijpbaarder en soms verweven in sociale interactie. Daarnaast betoogt Valeras (2010) dat onzichtbare beperkingen soms aan legitimiteit en geloofwaardigheid inboeten. Dit kan er voor zorgen dat zelfs wanneer aanpassingen aangeboden worden, hier niet altijd gebruik van wordt gemaakt. Valeras (2010) geeft het voorbeeld van iemand die ondanks ernstige maar onzichtbare beperkingen, geen gebruik durft te maken van speciale voorzieningen die hem zouden helpen. Mensen hebben hem eerder aangesproken op het onrechtmatig gebruik maken van de invalidenparkeerplaats, omdat hij er ‘normaal’ en gezond uit ziet. Omdat hij geen zin heeft de ernst en legitimiteit van zijn ziekte te verdedigen, maakt hij gebruik van de gewone parkeerplekken, waardoor zijn aandoening tevens kan verergeren (Valeras, 2010). Naast de onduidelijkheid, onzichtbaarheid of variatie die het anticiperen op een ondersteuningsbehoefte ingewikkelder maakt, kan het ook zijn dat medewerkers of bezoekers een gestigmatiseerd beeld hebben van bepaalde mensen of doelgroepen. Doordat het ‘onwelkom voelen’ in sociale interactie verweven is, is het vaak moeilijk dit als barrière aan te wijzen en aan te pakken. Daarbij speelt ook dat wanneer een doelgroep of beperking gestigmatiseerd wordt,

mensen minder snel 'uit de kast' zullen komen als iemand met een beperking die ondersteuning nodig heeft (Link *et al*, 1989).

B2.2 IMPLICATIES VOOR DE TOEGANKELIJKHEID

De net besproken wetenschappers zijn het er over eens dat het sociale model niet of maar in geringe mate van toepassing is op de typen beperking die zijzelf beschrijven. Valeras (2010) heeft het over onzichtbare beperkingen, Taylor (2005) over mensen specifiek met het chronisch vermoeidheidssyndroom en Corrigan & Watson (2002), Link *et al.* (1989) en Mulvany (2000) schrijven over mensen met een psychiatrische beperking. Van Zal (2012) beschrijft dat elk van deze auteurs steeds per beperking kijken, waardoor het sociale model minder (of niet) bruikbaar of van toepassing is. Doordat de auteurs in hun op een specifieke doelgroep gerichte onderzoek steeds andere aspecten belichten, die aantonen dat het sociale model tekort schiet, raakt het overzicht zoek en daarmee de relatie met andere typen beperkingen. De 'onzichtbaarheid' die Taylor (2005) en Valeras (2010) noemen als het gaat om fysieke beperkingen (bijv. doofheid of chronische vermoeidheid), kan ook een rol spelen bij het niet herkennen van belemmeringen voor mensen met psychiatrische beperkingen of een verstandelijke beperkingen. Omgekeerd kan het stigma bij psychiatrische beperkingen dat Corrigan & Watson (2002), Link *et al.* (1989) en Mulvany (2000) beschrijven, net zo goed een rol spelen bij mensen die te maken hebben met beperkingen die door een besmettelijke ziekte veroorzaakt worden. Het ontbreekt in de theorie achter het sociale model dus aan aspecten van 'ontoegankelijkheid' die het type beperking overstijgen. Hierdoor wordt niet meteen duidelijk dat dit model, met zijn accent op toegankelijkheid, voor mensen met verschillende beperkingen ook op verschillende manieren moet worden geïnterpreteerd dan wel toegepast. Een samenleving of voorziening kan dan voor een groep mensen met een beperking dan wel toegankelijk zijn, maar tegelijkertijd, mogelijk, voor een ander groep met een ander type beperking, volstrekt of in hoge mate 'gesloten' (Van Zal, 2012).

De medewerkers in de welzijnsvoorzieningen krijgen met mensen met allerlei typen beperkingen te maken krijgen. Hierdoor konden ze niet alleen goed aangeven bij welke typen beperkingen de toegankelijkheid moeilijker te verbeteren is, maar ook waaraan dat dan precies aan lag. Op grond van een eerdere analyse van data van de groepsgesprekken die onderdeel zijn van dit onderzoek en met gebruikmaking van inzichten uit de literatuur heeft van Zal (2012) drie factoren weten te onderscheiden, die het type beperking overstijgen en daarmee van invloed zijn op de mate van toegankelijkheid voor iedereen met een beperking, ongeacht aard of oorzaak. Ten eerste speelt zoals Taylor (2005) en Valeras (2010) beschreven de *(her)kenbaarheid* van een beperking een rol. Bij een duidelijk zichtbare en stabiele beperking zou het gemakkelijk moeten zijn rekening te houden met iemands ondersteuningsbehoefte. Bij onzichtbare, sterk variërende of fluctuerende beperkingen is vaak onduidelijk welk soort aanpassingen of ondersteuning geschikt zijn. Mensen moeten

steeds zoeken naar een passend aanbod, een passende reactie. Vervolgens onderscheidt ze *stigma*, zoals ook door Link *et al.* (1989) besproken wordt. De stigmatisering, die sommige typen beperkingen oproepen, kan zorgen voor heel ongemakkelijke situaties, waarbij iemand met een beperking als minderwaardig wordt gezien of onprettig behandeld wordt. Omdat hierbij de barrières die iemand beletten om te participeren verweven zijn in de sociale interactie, zijn ze niet altijd makkelijk aan te wijzen en aan te pakken. Dit zorgt voor extra uitdagingen bij het faciliteren van een toegankelijkheid, zoals deze ook in het welzijnsaanbod gerealiseerd zou moeten worden. Het derde en laatste aspect dat van Zal onderscheidt is *communicatie* door de betrokkenen zelf. Als iemand met een beperking wil bewerkstelligen dat er rekening met hem of haar gehouden wordt, zal hij of zij zelf over de beperking en de eventuele ondersteuningsbehoefte moeten (durven) communiceren. Dat is niet voor iedereen even gemakkelijk of vanzelfsprekend (van Zal, 2012). Daarbij komt dan nog dat het ook kan gebeuren dat de persoonlijkheid van de betrokkene of diens gedrag worden verward met de beperking. Hierbij valt te denken aan iemand met chronische, hevige pijnklachten die in de beleving van anderen altijd ‘zeurt’, of iemand met ADHD die altijd ‘vervelend’ gevonden wordt. Communicatie is dus erg belangrijk wanneer iemand wil dat er rekening met hem of haar gehouden wordt en daarmee een onontbeerlijk aspect van toegankelijkheid. Toch loop het vaak bij dit aspect mis, zeker als het gaat om mensen van wie de beperking er juist (of ook) uit bestaat dat deze communicatieproblemen veroorzaakt.

B2.3 VERSCHILLENDE BARRIÈRES BIJ VERSCHILLENDE DOELGROEPEN.

In de praktijk kan dit betekenen dat de toegankelijkheid sterk verschilt per doelgroep en dat bepaalde doelgroepen zich prettiger voelen in een welzijnsinstelling dan anderen. Een psychiatrische beperking bijvoorbeeld roept bij veel mensen een stigma op (Corrigan & Watson, 2002) én degenen die met de beperking te kampen hebben maken geen gebruik van een hulpmiddel dat ook zonder toelichting wel duidelijk maakt (communiqueert) dat zij een beperking hebben, zoals een rolstoel al zonder dat de berijder iets zegt, duidelijk maakt dat er een beperking in het geding is. Daarnaast is er sprake van een sterke variatie tussen personen en soorten psychiatrische beperkingen en van sterk fluctuerende symptomen binnen de diverse typen beperkingen zelf. Ook wordt de communicatie vaak door de beperking beïnvloed doordat de beperking zich uit in gedrag (Link *et al.*, 1989). Verstandelijke beperkingen en NAH zijn onzichtbaar, wellicht gestigmatiseerd, maar in de meeste gevallen stabiel. Wel wordt de communicatie mogelijk beïnvloed door de beperking. Fysieke beperkingen kunnen zowel onzichtbaar (Valeras, 2010), instabiel en gestigmatiseerd zijn (Taylor, 2005), maar ook daarbij kan de communicatie door de beperking worden beïnvloed, bijvoorbeeld als het gaat om een auditieve beperking.

Dit betekent dus dat zich bij alle typen beperkingen afzonderlijke vragen rond het verbeteren van de toegankelijkheid kunnen voordoen. Het wegnemen van barrières als

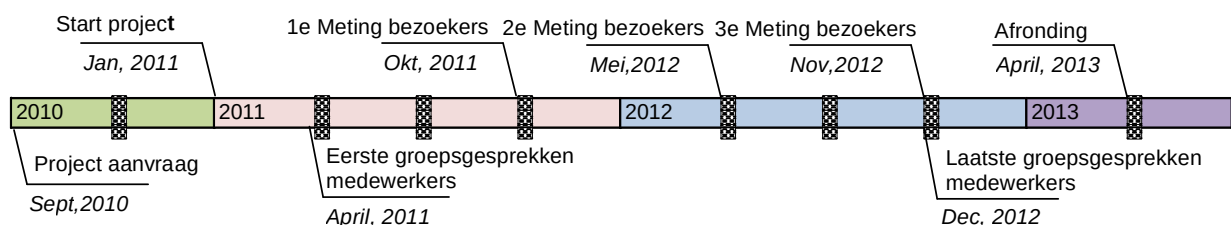
middel tot participatie is dus niet automatisch de sleutel tot succes. Hiervoor is het nodig rekening te houden met mensen met totaal verschillende ondersteuningsbehoeften, die niet alleen onderling uiteenlopen, maar ook nog eens in de tijd kunnen variëren, niet altijd zichtbaar zijn en ook niet altijd eenduidig worden geuit.

DEEL C: HET ONDERZOEK: OPZET EN UITVOERING

In het onderzoek Toegankelijk Welzijn is geprobeerd om een beeld te geven van de ontwikkelingen rondom de toegankelijkheid van de (algemene) welzijnsvoorzieningen in Amsterdam. Om het onderzoek af te bakenen zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Dragen de afspraken in het convenant, resp. de *Training Toegankelijkheid*, uit het oogpunt van medewerkers en bezoekers bij aan het vergroten van de sociale toegankelijkheid van de OSA-leden?
- Kan door een grotere sociale toegankelijkheid van brede welzijnsorganisaties in Amsterdam een deel van de gevolgen van de pakketmaatregel AWBZ worden gecompenseerd?
- Over welke competenties dienen (a.s.) professionals in het sociaal agogisch domein te beschikken om het reguliere aanbod ook bereikbaar en toegankelijk te maken/houden voor mensen met een beperking? (Kwekkeboom, 2010).

In de loop van twee en een half jaar zijn verschillende metingen uitgevoerd om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Hierbij is gebruik gemaakt van verschillende methoden om data te verzamelen. Zo zijn er in elk van de deelnemende organisaties twee rondes groepsgesprekken met medewerkers gehouden, een aan het begin van het onderzoek en een groepsgesprek ter afsluiting. Daar tussendoor zijn op drie tijdstippen interviews gehouden met bezoekers van de instellingen om hun ervaringen met betrekking tot toegankelijkheid te meten. In de onderstaande tijdlijn is weergegeven op welke momenten onder wie een peiling heeft plaatsgevonden.⁴



In dit hoofdstuk zal worden beschreven op welke manieren de data zijn verzameld, hoe ze zijn geanalyseerd en waarmee rekening gehouden moet worden bij het interpreteren van de resultaten.

⁴ Bij zowel de groepsgesprekken als bezoekersinterviews is door studenten van de minor (keuzevak) Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, als voorbereiding op hun master-opleiding, bijgedragen aan de dataverzameling. Omdat deze studenten de opdracht hadden om een afzonderlijk verslag over hun deel van het onderzoek te schrijven, hebben zij ook een bijdrage geleverd aan de theorieontwikkeling rondom het onderwerp sociale inclusie.

C1UITVOERING.

Voor de uitvoering van dit onderzoek zijn als eerste oriënterende gesprekken gevoerd met een medewerker van elke (toen nog 7) participerende organisaties. In samenwerking met deze contactpersonen zijn de groeps gesprekken georganiseerd. In het oriënterende gesprek zijn het doel en de werkwijze van het onderzoek uitgelegd en zijn de contactpersonen geïnstrueerd over het organiseren van de groeps gesprekken. Zo is er bijvoorbeeld gevraagd om onderzoek te kunnen doen onder een gemengde groep van medewerkers die wel en niet de *Training Toegankelijkheid* hebben gedaan en is ook gevraagd mensen met verschillende functies uit te nodigen, zodat de organisatie zo goed mogelijk gerepresenteerd werd.

De contactpersoon van de instelling is verder ook behulpzaam geweest bij de organisatie en uitvoering van de onderzoeken onder de bezoekers.

C1.1 MEDEWERKERS VAN WELZIJNSINSTELLINGEN

Het onderzoek is in april 2011 gestart met groeps gesprekken met medewerkers van elke deelnemende organisatie. Twee jaar later, tegen het einde van het onderzoek, is er tweede en laatste ronde groeps gesprekken met medewerkers georganiseerd. Door middel van groeps gesprekken is gepoogd een beeld te krijgen van de manier waarop medewerkers denken over toegankelijkheid van de welzijnsvoorzieningen in het algemeen en over het ontvangen van mensen met een beperking. Er was voor deze vorm van onderzoek gekomen omdat een groeps gesprek een goed middel is om de houdingen, manier van praten en het denkkader van de respondenten te verkennen (Kitzinger, 1995). Tijdens de gesprekken vervulde de onderzoeker de rol van gespreksleider. Er is gebruik gemaakt van een lijst met vraagpunten die tijdens het gesprek is gebruikt als richtlijn en als 'controlelijst' om te zien of alle relevante onderwerpen de revue hadden gepasseerd⁵. De gespreksleider/onderzoeker heeft bij de beantwoording van de vraagpunten hierbij regelmatig om voorbeelden, verduidelijking of uitleg gevraagd. Ook is er ingegrepen als het gesprek volgens de gespreksleider/onderzoeker te ver afdwaalde. Omdat niet iedereen in een groeps gesprek even assertief is of het niet nodig vindt zijn mening te geven, kan een stilte of een gebrek aan discussie niet per definitie als consensus of eensgezindheid worden geïnterpreteerd (Jordan & Henderson, 1995). Om die reden heeft de gespreksleider/onderzoeker bij stellige uitspraken van gespreksdeelnemers steeds getoetst of er respondenten waren die er een ander idee over hadden of iedereen het er met de uitspraken eens was.

⁵ De lijsten met vraagpunten zijn, net als vragenlijst voor de enquête onder de bezoekers terug te vinden op de website van het lectoraat: [lectoraat Community Care/HvA](#)

C1.2 BEZOEKERS VAN WELZIJNSINSTELLINGEN

Tussen de twee rondes groepsgesprekken met medewerkers door zijn drie metingen gehouden onder de bezoekers van de instellingen, steeds met een tussenpoos van 6 maanden. Om de continuïteit en betrouwbaarheid zo goed mogelijk te bewaken is geprobeerd om steeds op dezelfde locatie te interviewen, Dit is echter door verschillende omstandigheden niet in alle organisaties gelukt. Er is een paar keer uitgeweken naar een andere locatie van de betrokken organisatie. Hierdoor zijn veranderingen in de opvattingen onder de bezoekers over toegankelijkheid wellicht deels toe te schrijven aan de verandering van locatie. In een geval kon wel op dezelfde locatie worden geïnterviewd, maar was de locatie zelf inmiddels door een andere organisatie in gebruik genomen. Ook hier is dus niet eenduidig vast te stellen waaraan eventuele veranderingen in opvattingen bij bezoekers aan moeten worden toegeschreven. Bij de interpretatie van de uitkomsten van de drie metingen moet dus met ‘verstoringen’ invloeden rekening worden gehouden.

De veranderingen die op de achtergrond hebben gespeeld en die van invloed zouden kunnen zijn op de toegankelijkheid, zijn uitvoerig door medewerkers besproken in het laatste groepsgesprek. Hun opvattingen kunnen gezien worden als een aanvulling op de uitkomsten van de interviews met bezoekers.

Bij de interviews met bezoekers is gebruik gemaakt van een voorgestructureerde, gesloten vragenlijst. De reden hiervoor is dat de goed vergelijkbaar zijn en dat het onderzoek hierdoor gemakkelijk herhaalbaar is. Daarnaast zijn belangrijke voordelen van de vragenlijst dat deze de invloed van de interviewers beperkt waardoor de objectiviteit groter is, en dat de hierdoor verkregen gegevens geschikt zijn voor data-analyse met behulp van SPSS. Het onderzoeksdesign is dat van een herhaald cross-sectioneel onderzoek; het onderzoek is op meerdere momenten herhaald bij steeds verschillende steekproeven. (Bryman, 2008; Baarda, 2009). Naar aanleiding van de ontwikkelingen in de gemeente Amsterdam is bij de laatste meting een tweetal vragen toegevoegd, waarin geïnformeerd werd naar de mogelijke gevolgen voor de toegankelijkheid van o.a. de uitbesteding van de activiteiten en het beheer van de panden (Klein & Stoker, 2013).

De vragenlijsten zijn door de interviewers mondeling afgenomen en ingevuld. In principe was het de bedoeling de vragenlijsten individueel af te nemen, maar sommige bezoekers hadden daar bezwaar tegen. Doordat ze bijvoorbeeld samen koffie aan het drinken waren, wilden ze liever samen geïnterviewd worden. In dat geval werd eerst de vraag voorgelezen, en gaven de respondenten om de beurt hun eigen antwoord. Dit kan de kans op sociaal wenselijke antwoorden hebben vergroot. Daar staat tegenover dat de respondenten er zelf voor kozen om het interview af te laten nemen in het bijzijn van een of meer anderen. Dit maakt het redelijk aannemelijk dat de situatie veilig genoeg gevonden werd om eerlijke antwoorden te kunnen geven.

C2 RESPONDENTEN

In totaal zijn er 9 welzijnsorganisaties betrokken geweest bij dit onderzoek. Aanvankelijk zouden er 7 organisaties meedoen, namelijk; Akros, Combiwel, Dock, Dynamo, IJsterk, Streetcornerwork en Swazoom. Al vrij snel na de start van het onderzoek is de Waterheuvel erbij gekomen. Na verloop van tijd viel AKROS af en is Buurtparticipatie daarvoor in de plaats gekomen. In schema C1 is te zien welke metingen bij welke organisaties hebben plaatsgevonden.

*Schema C1 Deelnemende organisaties, naar type en tijdstip meting**

	GG 1	BI 1	BI 2	BI 3	GG 2
AKROS	X	X			
Buurtparticipatie			X	X	X
Combiwel	X	X	X	X	X
Dock	X	X	X	X	
Dynamo	X	X	X	X	X
IJsterk	X	X	X	X	X
Streetcornerwork	X	X	X	X	X
Swazoom	X	X	X	X	X
Waterheuvel	X	X	X	X	X

**) GG= groepsgesprek, BI = bewonersinterview*

De doelgroep van de organisaties is bij de meeste organisaties vergelijkbaar, namelijk buurtbewoners, met of zonder beperking. Dit is niet het geval bij De Waterheuvel, een voorziening die opgericht is door en specifiek bedoeld voor mensen met een psychiatrische beperking. Het voorzieningenaanbod van Streetcornerwork richt zich in het bijzonder op jongeren die overlast (dreigen te) veroorzaken en/of langdurig verslaafd zijn. Ze hebben dan ook relatief meer te maken met jongeren met een verstandelijke of psychiatrische beperking dan de andere welzijnsinstellingen.

Voor de andere organisaties geldt dat ze sommige activiteiten wel voor een specifieke doelgroep organiseren, zoals bijvoorbeeld een 'Psychiatrie café', en dat andere activiteiten helemaal niet of minder exclusief gericht zijn op een specifieke doelgroep.

C2.1 MEDEWERKERS

Na bemiddeling door de contactpersonen zijn in zeven instellingen de eerste groepsgesprekken gehouden. Hieraan hebben in totaal 43 medewerkers deelgenomen. Aan de tweede meting is door 7 instellingen deelgenomen; in deze ronde zijn 27 medewerkers geïnterviewd.

De groepsgrootte verschilde, mede afhankelijk van de grootte van de organisatie, tussen 3 en 10 medewerkers per gesprek. Hierdoor is het mogelijk dat in sommige groepen de onderwerpen wat uitgebreider besproken konden worden dan in andere groepen en dat de dynamiek in de groepen sterk verschilde (Frey & Fontana, 1991).

De medewerkers die mee deden aan de groepsgesprekken hadden allen verschillende functies zoals managers, agogen, jongerenwerkers, opbouwwerkers of beheerders.

Afhankelijk van het doel van het onderzoek is het wel of niet aangewezen om voor groepsgesprekken in organisaties een meer homogene groep respondenten te selecteren (Stewart & Shamdasani, 1990). Omdat in dit geval de representativiteit van de deelnemers voor de gehele organisatie van groot belang was is in dit onderzoek echter gekozen voor onderzoek onder een gemengde groep. Bij het interpreteren van de resultaten moet dan ook wel rekening gehouden worden met de hiërarchie tussen de groepsdeelnemers. De hiërarchie in functies kan er immers voor gezorgd hebben dat respondenten bepaalde dingen niet of juist wel gezegd hebben, terwijl ze die niet menen. Daar staat tegenover dat juist door de gemengde samenstelling managers, beheerders en agogen met elkaar in gesprek zijn gegaan. Daarnaast boden de mensen in verschillende functies juist heel andere perspectieven op het onderzoeksonderwerp, wat meer gelaagde en veelzijdige informatie opleverde.

C2.2 BEZOEKERS

De bezoekersinterviews zijn in drie ronden gehouden, elk met een tussenpoos van ongeveer 6 maanden. Bij het interpreteren van de resultaten is het van belang ook rekening te houden met de wijze van selectie van respondenten. Doordat de contactpersoon op locatie zijn rol bij elke organisatie anders invulde, hebben de interviewers verschillende manieren van respondenten werven toegepast. In sommige gevallen hebben de interviewers zelf bezoekers benaderd en gevraagd of ze mee wilden doen. In andere gevallen hielp de contactpersoon op locatie bij het benaderen van respondenten en in weer andere gevallen waren mensen (vooral kinderen) zelf nieuwsgierig en vroegen of ze mee mochten doen. Er was hoe dan ook nergens sprake van een aselechte steekproef uit 'alle bezoekers' van de locatie of de organisatie in haar geheel. Daarnaast is bij sommige rustige buurtcentra afgesproken op een 'druk moment'. Dit was vaak wanneer er een of meerdere goed bezochte activiteiten gehouden werden, waardoor er genoeg bezoekers aanwezig waren. Hierdoor kan het zijn dat de bezoekers van één specifieke activiteit bij die organisatie oververtegenwoordigd zijn. Dit zou een wat een vertekend beeld kunnen geven van hoe de toegankelijkheid bij dat welzijnsinstelling in die meting beoordeeld wordt. Hiermee wordt in de conclusies en beschouwing rekening gehouden.

C3 ANALYSE

Nadat de data verzameld waren heeft een uitgebreide analyse van de resultaten plaatsgevonden.

Voor het analyseren van de groepsgesprekken met de medewerkers zijn de gesprekken eerst verbatim uitgewerkt. Vervolgens zijn met behulp van software voor kwalitatieve data analyse (MAXQDA) codes toegekend aan de data. Hierdoor zijn de data overzichtelijk te sorteren per onderwerp. Bij dit coderen heeft een open proces plaats gevonden, waarbij eerst codes werden toegewezen, waarna de codes gesorteerd werden op onderwerp en terugkomende thema's, een zogenoemde axiale analyse (Bryman, 2008). Met behulp van een interne en een externe deskundige is toezicht gehouden op dit analyse proces om de interne validiteit en betrouwbaarheid te vergroten (peer consultation).

De resultaten van de drie metingen in het bezoekersonderzoek zijn in één databestand samengevoegd, waarbij het meetmoment als nieuwe achtergrondvariabele is toegevoegd. Zo kan er een overzicht gegeven worden van de totale groep respondenten, maar ook van de ontwikkelingen omtrent toegankelijkheid die de afgelopen twee jaar hebben plaats gevonden. Het onderzoek was niet opgezet als een audit per organisatie en dus blijven de organisaties anoniem en wordt de toegankelijkheid ook niet per organisatie beoordeeld. Wanneer eventuele opvallende ontwikkelingen plaats vinden, zal waar mogelijk toelichting gegeven worden met behulp van de data uit de groepsgesprekken. Omdat de Waterheuvel zich specifiek richt op mensen met psychiatrische problematiek, zal de groep respondenten die deze voorziening bezocht waar nodig buiten beschouwing worden gelaten om te voorkomen dat hun oordeel over toegankelijkheid een vertekend beeld van de toegankelijkheid van alle welzijnsinstellingen zou kunnen geven.

DEEL D: UITKOMSTEN ONDERZOEK ONDER MEDEWERKERS

In dit onderzoek zijn dus zowel aan het begin als aan het einde groepsinterviews gehouden met medewerkers van de deelnemende welzijnsinstellingen. De eerste ronde bestond uit acht (semigestructureerde) groeps gesprekken en vond plaats in het voorjaar en de zomer van 2011. Het groeps gesprek verliep aan de hand van een lijst met vraagpunten, die opgedeeld was in drie delen. Het eerste deel had betrekking op toegankelijkheid en hun ervaring met bezoekers met een beperking, het tweede deel op de verwachte effecten van de pakketmaatregel en de betekenis van deze veranderingen voor hun eigen werkomgeving. Het derde deel ging over maatregelen die zouden kunnen bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid.

Na ruim twee jaar onderzoek zijn er nogmaals groeps gesprekken met medewerkers gehouden. Ditmaal om te praten over wat er de afgelopen twee jaar is gebeurd op het gebied van toegankelijkheid, en hoe dit nog verder ontwikkeld zou kunnen worden. De resultaten van deze groeps gesprekken komen aan bod in het hoofdstuk D2.

D1 EERSTE GROEPS GESPREKKEN

De medewerkers die aan dit gesprek hebben meegedaan vervulden verschillende functies. Zoals al eerder vermeld waren er managers, agogen en in sommige gevallen beheerders aanwezig. Ook was er veel variatie in de doelgroep waarmee de deelnemers werkten: sommigen werkten alleen met jongeren of ouderen, specifiek met mensen met een beperking of juist een heel gemengde groep van o.a. inloop bezoekers. In dit verslag van de opbrengsten van deze eerste gespreksronde wordt eerst ingegaan op de opvattingen van de medewerkers over toegankelijkheid. Daarna wordt besproken wat de medewerkers zoal hebben gezegd over de AWBZ-pakketmaatregel en andere bezuinigingen en wat deze veranderingen betekenen voor de invulling van hun eigen functie. Vervolgens wordt kort iets gezegd over de evaluatie van zowel de organisatie als de inhoud van de *Training Toegankelijkheid*. Tot slot wordt nog een apart stuk gewijd aan de vrijwilligers en de beheerders in de voorzieningen. Dit onderwerp kwam in de groeps gesprekken namelijk uitvoerig aan bod.

D1.1 OPVATTING TOEGANKELIJKHEID

Het begrip 'toegankelijkheid' werd door medewerkers op verschillende manieren geïnterpreteerd. Sommige van de geïnterviewden waren heel praktisch en hadden het als het over dit onderwerp ging over drempels, invalidentoiletten, liften en dergelijke. Anderen hadden het meer over het abstracte 'zich welkom voelen'. Daar hoorde volgens medewerkers bij dat er een receptioniste, beheerder of barmedewerker aanwezig was om

mensen welkom te heten of eventueel de weg te wijzen. Hierbij werden dan vooral de sociale vaardigheden van deze medewerkers van groot belang geacht.

Sommige medewerkers pasten het begrip ruimer toe dan op alleen de gang van zaken binnen de eigen welzijnsinstelling. Zij hadden het er ook over wat een welzijnsinstelling in meer algemene zin zou kunnen of moeten doem om meer mensen met een beperking aan te trekken. Het toegankelijk maken van de welzijnsinstelling heeft maar een gering effect als je de doelgroep niet kan bereiken. Ook werden de locatie en de uitstraling van het gebouw genoemd als belangrijke aandachtspunten voor het vergroten van de toegankelijkheid. De locatie moet op verschillende manieren redelijk bereikbaar zijn en het gebouw moet er enigszins uitnodigend uitzien.

Over het algemeen waren de medewerkers trots op en enthousiast over de organisatie waar ze werkten en de toegankelijkheid van hun eigen werkplek. Tegelijkertijd waren zij ook vrij kritisch. Over de fysieke toegankelijkheid kwam vooral naar voren dat het altijd maar tot een bepaalde grens mogelijk is om fysiek toegankelijk te zijn. Bepaalde obstakels kunnen niet altijd aangepast worden vanwege de structuur van het gebouw of vanwege een ontoereikend budget. Ook zijn sommige organisaties fysiek wel toegankelijk, maar niet voor te veel mensen tegelijkertijd. Als er bijvoorbeeld een grote groep senioren komt met allemaal een rollator, zijn klapdeuren en een tekort aan ruimte de factoren die er voor zorgen dat het gebouw toch ineens niet toegankelijk genoeg is. Medewerkers uitten dan op deze manier hun kritiek op de toegankelijkheid: *“ja, we zijn wel toegankelijk, maar niet als... of niet voor...”*.

Over de sociale toegankelijkheid werd meerdere keren gezegd dat deze totaal afhankelijk is van de sociale vaardigheden van de medewerker, vrijwilliger of beheerder. Als er iemand binnen komt die zich anders gedraagt dan wat de medewerker normaal vindt, dan moet daar op een adequate manier mee om gegaan worden. Geduld, flexibiliteit en andere goede sociale vaardigheden zijn dan factoren die bijdragen aan het vergroten van de sociale toegankelijkheid. De sociale toegankelijkheid verschilt echter steeds doordat er telkens andere medewerkers aanwezig zijn en is daardoor volgens medewerkers moeilijker te beoordelen. Een medewerker van een van de organisaties pleitte overigens ook bij het verbeteren van de fysieke toegankelijkheid voor een persoonlijke aanpak: *“We hebben daar met het jongerenwerk een nieuw huis gekregen en daar is echt de discussie geweest van moet je nou voor de eerste verdieping, moet je nou echt een lift gaan maken voor die een of twee rolstoelers die er zijn, of zijn we toch zo saamhorig met elkaar dat als die gehandicapt is dat die andere twee hem even naar boven tillen, ofzo”*.

De medewerkers die aan de groeps gesprekken deelnamen hadden heel wisselende ervaring met mensen met een beperking. Sommige organisaties (de Waterheuvel en Streetcornerwork) richten zich vrij specifiek op mensen met een beperking (psychiatrisch en

verstandelijk) en dus hebben de medewerkers van deze organisaties regelmatig met deze groepen te maken. Andere organiseren speciale activiteiten voor bepaalde doelgroepen, waardoor hun medewerkers op die manier in aanraking komen met mensen met een beperking. Weer andere medewerkers werkten bij organisaties met een vrij algemeen aanbod en kwamen slechts in aanraking met een bepaalde doelgroep als die meedoet in het ‘reguliere’ aanbod. Dit betekent dus ook dat de ervaring met interactie tussen mensen met een beperking en zonder beperking heel verschillend was. Wel kwam steeds weer aan de orde dat medewerkers van de algemene welzijnsinstellingen de indruk hebben dat er een bepaald ‘evenwicht’ is of zou moeten zijn tussen het aantal bezoekers met en zonder beperking. Hierbij speelt de verwachting dat als er te veel mensen met een beperking zouden komen, de mensen zonder beperking het niet meer prettig zouden vinden om de welzijnsinstelling te bezoeken.

D1.2 OPVATTING PAKKETMAATREGEL

Over de pakketmaatregel waren de meeste medewerkers heel uitgesproken. De metafoor “tussen wal en schip vallen” werd door hen meerdere malen gebruikt om hun bezorgdheid uit te spreken over de doelgroep die niet meer in aanmerking zou komen voor AWBZ- zorg.

Het is wel opmerkelijk dat er bij de meeste medewerkers sprake was van grote verontwaardiging over de pakketmaatregelen AWBZ. In bijna elk groeps gesprek uitten medewerkers hun zorgen over de mensen die hun recht op begeleiding verliezen en hierdoor het risico zouden lopen nergens meer terecht te kunnen. Toch had slechts een enkele medewerker ervaring met een bezoeker die ook met of met behulp van een persoonlijk begeleider naar de welzijnsinstelling komt. Dit wil niet zeggen dat er geen bezoekers met beperking en recht op begeleiding bij de welzijnsinstellingen zouden komen. Volgens de medewerkers was er geen sprake van begeleiding omdat deze nooit was aangevraagd of omdat de betrokkenen zichzelf niet als ‘beperkt’ ervoeren of omdat ze hun beperking doelbewust ontkenden.

Een enkele medewerker was enthousiast over de pakketmaatregel en sprak over “de overheid die te veel voor zijn burgers doet en die zich eindelijk terug trekt om mensen zelf de kans te geven zich te redden”. Toch was het merendeel van de medewerkers erg negatief gestemd over de verandering. Vaak werd dit in verband gebracht met hun negatieve gevoelens over ‘de bezuinigingen’ in het algemeen. Zij uitten vooral hun zorg dat er ‘iets’, in het systeem van het welzijn, kapot gemaakt wordt, waarvan later zal blijken dat het toch effectief was. Dit gevoel gaat gepaard met een soort algemene vermoeidheid als gevolg van het alsmat veranderende klimaat in de welzijnswereld. Een en ander werd onder meer verwoord in de uitspraak “*Het krijgt gewoon weer een andere naam, maar in de praktijk verandert er niets en er verbetert niets*”.

D1.3 AARD VAN DE BEPERKING

Wat de respondenten daadwerkelijk verwachten over de mate waarin het verbeteren van toegankelijkheid wordt gezien als effectief middel om de participatie van mensen met beperkingen te bevorderen blijkt in hoge mate beïnvloed te worden door de aard van de beperkingen waarmee die mensen dan te kampen hebben. Er worden verschillende aspecten in de aard van de beperking (fysiek, verstandelijk, zintuiglijk of psychiatrisch) genoemd, waarvan vermoed wordt dat zij een structurele invloed zal hebben op de uitwerking van de AWBZ pakketmaatregel. Hierbij komen een aantal aspecten aan bod, te weten: de duidelijkheid van een beperking (1), stigma (2) en de mate waarin communicatie en de beperking verweven zijn (3).

D1.3.1 DUIDELIJKHEID

Als eerste speelt de duidelijkheid, onder meer bepaald door de *herkenbaarheid en zichtbaarheid* van de beperking een rol bij het faciliteren van toegankelijkheid. Medewerkers gaven aan het gemakkelijk te vinden iemand te hulp te schieten van wie ze konden zien dat die ergens hulp bij nodig had. Het is dan ook makkelijker voor de medewerkers om in te schatten welke aanpassingen zouden kunnen helpen en hoe zij eventueel zijn gedrag zouden moeten aanpassen om met deze persoon te communiceren. Een beperking is bijvoorbeeld gemakkelijk te zien als iemand met een rollator loopt; het is dan vrij gemakkelijk in te schatten dat iemand slecht ter been is en dat hij of zij eventueel hulp wenst bij het openen van de deur. Wanneer de beperking niet direct zichtbaar of herkenbaar is, bijvoorbeeld een verstandelijke beperking of een psychiatrische beperking, zijn medewerkers, zo gaven zij zelf aan, meer afhankelijk van goede communicatieve vaardigheden om er achter te komen of iemand ondersteuning of aanpassingen nodig heeft.

Duidelijkheid wordt ook bepaald door de *voorspelbaarheid* van een beperking of ondersteuningsbehoefte. Wanneer de uitwerking van een beperking steeds tussen of bij personen wisselt, vinden medewerkers het moeilijk hierop en hun gedrag waar nodig op aan te passen. Dit kan het geval zijn bij allerlei typen beperkingen. Een respondent noemt als voorbeeld: *“Ja maar iemand die een beetje depressief is of schizofreen is ook weer heel anders, en zelfs elke schizofreen is heel anders”* Medewerkers kunnen er niet op rekenen dat ze iets hebben aan eerder opgedane ervaring. De gevolgen of uitingen van de beperking kunnen zo variëren, zowel tussen mensen als binnen dezelfde persoon. Met name bij een psychiatrische beperking roept deze variatie bovendien nog al eens onzekerheid op. Het idee dat iemand ‘ineens’ om kan slaan en eventueel lastig of agressief zou kunnen worden zorgt er voor dat sommige medewerkers wel eens bang kunnen zijn voor bezoekers met een psychiatrische beperking.

D1.3.2 STIGMA

De (mogelijk) geringe voorspelbaarheid kan zich ook vertalen in het ontstaan van een *stigma*. De medewerkers zijn zich er van bewust dat de angst voor het ‘onvoorspelbare’ aspect van een psychiatrische beperking ook voor andere mensen (bezoekers en mensen in het algemeen) een rol kan spelen: *“Kijk, je hebt natuurlijk verschillende beperkingen. Je hebt mensen met een fysieke beperking, dat gaat erover of de rolstoel door de deur past etc. Hoe ik die benader, benader ik net zoals iedereen. Mensen met een licht verstandelijke beperking, over het algemeen ook een doelgroep die men leuk en aandoenlijk vindt. Het gaat eigenlijk alleen maar over mensen met een psychische beperking die toch wel voor iedereen soms een beetje angst inboezemt, want er is weinig over bekend, mensen kunnen onberekenbaar zijn, en wij zijn er niet voor opgeleid”*

Overigens riep deze uitspraak over mensen met een verstandelijke beperking al tijdens het gesprek een discussie op tussen de deelnemers. Anderen beargumenteerden juist dat ook tegen deze groep erg negatief werd aangekeken. Volgens een van de medewerkers in die groep kwam dat doordat van zogenoemde draaideurcriminelen (mensen die regelmatig voor een relatief klein vergrijp in detentie worden genomen en na vrijlating recidiveren) een relatief groot aandeel een verstandelijke beperking heeft.

Ook het eventuele stigma lijkt een rol te spelen bij het hiervoor al (D1.1) besproken evenwicht tussen aantallen bezoekers met en zonder een beperking. Medewerkers verwachten dat bij veel bezoekers met beperkingen waar negatief tegen aan gekeken wordt, het evenwicht sneller uit balans raakt, dan bij mensen met beperkingen waar neutraal of positief tegenaan gekeken wordt. Een medewerker geeft een voorbeeld van hoe kinderen of hun ouders zouden kunnen reageren op de aanwezigheid van iemand met een (psychiatrische) beperking: *“Nou in de groep zit bijvoorbeeld zo’n jongen en daar wil ik echt niet mee omgaan dus dan kom ik daar gewoon niet meer. Of hij vertelt het thuis aan de ouders en die denken ‘hé, dat wil ik helemaal niet’. Nou dan mag hij daar niet meer naar toe. Dus in die zin kan het er toch voor zorgen dat mensen wegblijven”*

D1.3.3 COMMUNICATIE

Als het gaat om communicatie verwachten medewerkers dat dit op verschillende manieren invloed kan hebben op de toegankelijkheid. Waar het gaat om *sociale vaardigheden* zijn de medewerkers van mening dat deze mede afhankelijk zijn van het type beperkingen waarmee iemand te kampen heeft. Zo werd opgemerkt dat mensen met een psychiatrische beperking juist vanwege de aard van de beperking veelal over minder goede sociale vaardigheden beschikken. Dit heeft invloed op hun vermogen om aanpassingen of hulp te vragen: *“Een psychiatrische beperking is eigenlijk een soort sociale beperking. Als je kijkt waarom mensen hier zo graag komen is het eigenlijk het opdoen van een sociaal netwerk. Als*

ik kijk naar toen ik nog werkte met mensen met een fysieke beperking, ging het hier nooit over, maar over praktische dingen". Er wordt verwacht dat het voor deze groep moeilijker is een oplossing in het sociale netwerk te vinden voor het eventueel wegvallen van AWBZ-zorg. Daarnaast is dit volgens de medewerkers meestal niet de groep die voor zichzelf opkomt als er beslissingen over toegankelijkheid van het buurtcentrum genomen worden.

Soms zijn de ziekte en de sociale interactie zodanig met elkaar verweven dat medewerkers het verschil niet zien tussen de persoonlijkheid en de beperking. Hiervoor zijn al de voorbeelden gegeven van een 'zeurende' lijdster aan chronische pijn of een 'altijd vervelende' jongen met ADHD. Een meningsverschil tussen twee medewerkers van een instelling over een van hun bezoekers was even illustratief: volgens de ene medewerker was de betrokken vrouw in paniek, volgens de andere blies ze alleen maar hoog van de toren. In feite was ze boos of in ieder geval in de war doordat de plek waar ze haar fiets graag parkeerde bezet was. Een medewerker reageerde daarop door een uitzondering te maken, en haar haar fiets te laten parkeren in de achtertuin. De andere medewerker reageerde hierop dat hij door de toon alleen al niet meer in de stemming was geweest om te helpen zoeken naar een oplossing. Doordat de dame met de fiets haar wens om een uitzondering of aanpassing niet op een gewenste manier over kon brengen, was een van de medewerkers geïrriteerd geraakt en daardoor minder bereid om haar te helpen zoeken naar een oplossing.

Naast sociale vaardigheden en assertiviteit speelt het inzicht in het eigen ziektebeeld een grote rol in de communicatie. Een aantal medewerkers merkt op dat het moeilijk is mensen direct te vragen welke aanpassingen of manier van omgang ze prettig zouden vinden, wanneer de bezoeker zelf geen enkel inzicht in zijn of haar ziektebeeld heeft. In het verlengde hiervan hebben ook veel medewerkers ervaring met ontkenning door de bezoekers zelf van een bepaalde beperking. Culturele factoren en (angst voor) een stigma worden hiervoor vaak als oorzaak genoemd. Een gebrek aan inzicht of ontkenning van het ziektebeeld komt minder of niet voor bij mensen met een duidelijke, bijvoorbeeld fysieke, beperking en vaker bij mensen met een psychiatrische of verstandelijke beperking. In zeven van de groeps gesprekken geven meerdere medewerkers aan moeite te hebben met cultuurverschillen in het omgaan met mensen met een beperking. Door de ontkenning van en weerstand tegen het label 'beperking' glippen er bezoekers weg, die eigenlijk geholpen zouden moeten worden. Zo noemde een medewerker als voorbeeld dat hij ernstige zorgen maakte over een cliënt. Hoewel hij inmiddels aan alle alarmbellen had getrokken, werd hij niet serieus genomen omdat de cliënt niet bekend stond als iemand met een beperking. Als gevolg van tegenwerking van zowel de jongen zelf als zijn ouders, was hij nooit onderzocht en gediagnosticeerd, terwijl volgens de medewerker overduidelijk sprake was van een psychiatrische beperking. Toen de problemen verder uit de hand liepen is de cliënt pas na een zeer ernstig incident alsnog tijdelijk opgenomen. Deze medewerker zag dit aankomen maar stond door de (culturele) weerstand tegen het label 'beperking' machteloos om hulp in

te schakelen. Minder ernstige maar soortgelijke dilemma's doen zich eveneens voor bij de andere organisaties waar dit ter sprake kwam.

D1.4 EFFECT OP FUNCTIEVERVULLING

De drie hiervoor genoemde factoren dragen er elk aan bij, dat medewerkers aangeven zich niet voldoende toegerust voelen om op een adequate manier met mensen met verschillende beperkingen om te gaan. Het mogelijk niet adequaat kunnen reageren op agressiviteit of, onverwachte gebeurtenissen werd door hen ook als een probleem ervaren.

Daarnaast geven veel medewerkers aan dat het ontvangen van bezoekers met bepaalde beperkingen een heel andere aanpak vraagt dan ze gewend zijn. Veel medewerkers gaven te kennen het gevoel te hebben dat van hen verwacht wordt dat zij een rol als 'hulpverlener' gaan vervullen en zij ervaren dit vooral als een negatief effect op hun functievervulling. Ten eerste omdat ze aangeven de tijd er niet voor hebben om bepaalde mensen meer persoonlijke aandacht te geven dan anderen en ten tweede omdat ze onzeker zijn over hun vaardigheden om met mensen met bepaalde problematiek om te gaan. Uitspraken zoals *"dat is echt werk voor specialisten"*, *"wij zijn geen hulpverleners"*, *"we zijn er niet voor opgeleid"* en *"we hebben hier niet genoeg ervaring mee"* geven aan dat medewerkers een onderscheid maken (en dat ook zo willen houden) tussen mensen die gespecialiseerd zijn om met doelgroepen met een ondersteuningsvraag om te gaan en zichzelf, de welzijnswerkers.

Ook blijkt dat medewerkers zichzelf regelmatig tegenspreken als het gaat om regels handhaven en uitzonderingen maken. Heel vaak wordt gezegd dat voor iedereen dezelfde regels gelden, ongeacht of die persoon een beperking heeft of niet. Als het gaat om specifieke voorbeelden blijkt vaak dat er wel flexibel met de regels omgegaan wordt als het gaat om iemand met een beperking. Het lijkt er daarom op dat medewerkers het lastig vinden om aan de ene kant de gelijkheid te bewaken maar tegelijkertijd rekening te moeten houden met ieders verschillen. Dit komt ook terug in gesprekken over hoe je iemand met een beperking meer in het algemeen behandelt. Veel medewerkers geven aan iedereen hetzelfde, of 'normaal' te willen behandelen, maar proberen tegelijkertijd om rekening te houden met iemands mogelijke behoefte aan ondersteuning.

D1.5 TRAINING

De feedback op de *Training Toegankelijkheid* is onder te verdelen in evaluatie van de procedure, bijvoorbeeld de manier van selecteren van medewerkers, en evaluatie van de inhoud. De inhoud van de training wordt over het algemeen positief beoordeeld. Er wordt nog wel onderscheid gemaakt in de verschillende onderdelen van de training, maar over het

algemeen wordt verwacht dat ze een positief effect zullen hebben op de toegankelijkheid van de instellingen in de praktijk.

Een aantal deelnemers was wel kritisch over de selectieprocedure. Sommige medewerkers gaven aan dat medewerkers met heel veel ervaring en scholing wel werden gevraagd voor de training, terwijl anderen die de training echt nodig hadden er juist niet aan mee konden doen. Er wordt door een aantal medewerkers verondersteld dat het tekort aan begeleiding en instructie aan het management, waar het de aanmelding en selectie voor de training betreft, er voor heeft gezorgd dat het effect niet optimaal is.

Ongeacht deze kritiek op de selectieprocedure voor de training kwam wel duidelijk een behoefte aan meer scholing naar voren, vooral als het gaat om 'het omgaan met' incidenten of agressie. Ook werd aangegeven dat de training van vrijwilligers en beheerders even belangrijk is als die van medewerkers.

D1.6 VRIJWILLIGERS/BEHEERDERS

Het onderwerp beheer/vrijwilligers kwam uitvoerig aan bod in de groepsgesprekken. De beheerders en vrijwilligers worden door de medewerkers vaak gezien als visitekaartje van de organisatie. Ze zijn het ook eerste aanspreekpunt voor bezoekers en deelnemers.

In alle groepsgesprekken kwam naar voren dat het beherend personeel een belangrijke rol speelt bij het verbeteren van de toegankelijkheid. In een aantal groepsgesprekken waren de meningen over de manier waarop deze rol door beheerders werd ingevuld sterk verdeeld. In sommige organisaties werd zeer positief gesproken over de kennis en kunde van het beheer, in andere organisaties ging het juist over het tekort aan sociale vaardigheden van de beheerders of van vrijwilligers om mensen met een beperking te verwelkomen. Dat de vrijwilligers of medewerkers van het beheer soms zelf een beperking kunnen hebben werd door de meerderheid van de medewerkers gezien als een 'bedreiging' voor de sociale toegankelijkheid van hun organisaties. Hierbij speelden het gebrek aan geduld en communicatieve/sociale vaardigheden een rol. Extra training voor vrijwilligers en beheerders werd door sommige deelnemers gesuggereerd als gewenste aanvulling op het trainingsaanbod. In andere groepsgesprekken werden de vaardigheden van de beheerders en de vrijwilligers daarentegen juist geprezen en gewaardeerd.

Bij de beheerders zelf kwam naar voren dat ze een nauwe samenwerking met de agogen gewenst vinden, zodat ze eventueel bij hen terecht kunnen met vragen over hoe ze zouden kunnen handelen in bepaalde situaties. Regelmatig kwam ter sprake dat beheerders een belangrijke factor zijn bij het verbeteren van toegankelijkheid en dat hier meer in geïnvesteerd moet worden.

D1.7 MAATREGELEN TER BEVORDERING VAN TOEGANKELIJKHEID

Eerder in dit hoofdstuk is gesproken over de balans tussen of het evenwicht in bezoekersaantallen van mensen met en zonder een beperking. Hierbij is draagvlak creëren bij medewerkers, vrijwilligers en bezoekers een belangrijk punt van aandacht. Hoe dat precies zou moeten werd in de groeps gesprekken niet uitvoerig besproken, maar het informeren van medewerkers over bezoekers met bepaalde problematiek wordt als een mogelijke oplossing genoemd. Ook wordt gesuggereerd om vooral de buurtbewoners met een sterke sociaaleconomische positie uit te nodigen in de welzijnsinstelling, zodat de interactie tussen sterkere en zwakkere groepen verbetert. Een voorbeeld dat hierbij genoemd wordt is het organiseren van een wijnproeverij of yoga, waardoor sterkere groepen in contact komen met de welzijnsinstelling en wellicht geïnspireerd raken om meer in contact te komen met hun 'zwakkere' buurtgenoten.

Scholing kan, zoals net al is aangegeven, bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid. Daarbij wordt in eerste instantie gedacht aan agressietraining, maar ook scholing in 'hoe om te gaan met' mensen die onvoorspelbaar of ongewenst gedrag vertonen. Sommige medewerkers noemen dat ervaring met en het leren kennen van de doelgroep toch het belangrijkste zijn bij het goed om kunnen gaan met mensen met mensen die afwijkend gedrag vertonen.

Tot slot noemen medewerkers samenwerking als belangrijke factor bij het verbeteren van de toegankelijkheid. Ze hebben het daarbij zowel over interne als externe samenwerking. Bij interne samenwerking gaat het over uitwisseling tussen de medewerkers (en vrijwilligers) onderling. Het kunnen uitwisselen van expertise en ervaring en het op elkaar kunnen terugvallen bij een incident wordt als prettig of belangrijk ervaren. In meerdere groeps gesprekken wordt door medewerkers aangegeven dat het kunnen terugvallen op collega's vertrouwen geeft. Ook de externe samenwerking met organisaties zoals de GGZ, de politie of de buurtregisseur wordt door medewerkers als zeer positief ervaren. In één van de organisaties is de samenwerking met de GGZ zelfs zo hecht dat een medewerker van een GGZ instelling een kantoor heeft in de welzijnsinstelling. Op deze persoon kunnen de welzijnsmedewerkers terugvallen mochten ze het incident niet zelf kunnen oplossen. Dit geeft vertrouwen en zorgt er voor dat mensen met een psychiatrische beperking meer welkom zijn dan wanneer ze die terugvalmogelijkheid niet hadden gehad. Deze samenwerking is nog niet in alle organisaties opgezet. In deze organisaties speelt angst voor incidenten of 'onhandelbare bezoekers' dan ook een grotere rol.

D2 TWEEDE METING GROEPSGESPREKKEN

Voor de tweede ronde groeps gesprekken is net zoals bij de eerste ronde geprobeerd een gemengde groep medewerkers te werven. Ook hier was het de bedoeling medewerkers te vragen die de training wel en niet hebben gedaan. Door de talrijke ontslagronden bij sommige organisaties was het moeilijk medewerkers uit te nodigen die de *Training Toegankelijkheid* daadwerkelijk hebben gevolgd. Ook zijn bij deze ronde groeps gesprekken uiteindelijk 27 medewerkers geïnterviewd, een stuk minder dan bij de eerste meting. Dit had waarschijnlijk deels te maken met de afgenomen motivatie bij de organisaties en deels met de toegenomen werkdruk, waardoor het erg moeilijk was medewerkers vrij te stellen van de dagelijkse verantwoordelijkheden. Hierdoor zijn minder respondenten geïnterviewd en zijn de interviews korter gehouden. Ook is het bij één organisatie helemaal niet meer gelukt om een groeps gesprek af te nemen.

In dit hoofdstuk zal eerst dieper worden ingegaan op de factoren die de toegankelijkheid van de welzijnsvoorzieningen volgens medewerkers hebben beïnvloed. De factoren die genoemd worden zijn kort gezegd de veranderingen in de organisatiestructuur, lokaal beleid en aan scholing. Vervolgens zal net zoals bij de eerste groeps gesprekken kort worden ingegaan op de ervaringen van medewerkers met bezoekers met een beperking en op de ervaringen met de interactie tussen mensen met en zonder een beperking. Tot slot hebben de medewerkers de mogelijkheid gekregen een advies te bedenken voor zowel de gemeente Amsterdam als hun eigen organisatie, om het belang van toegankelijkheid te borgen voor de toekomst of mogelijk nog verder te ontwikkelen.

D2.1 TERUGBLIK OP DE ONTWIKKELING VAN DE TOEGANKELIJKHEID.

De medewerkers noemen verschillende ontwikkelingen die volgens hen een positieve of negatieve invloed hebben gehad op de toegankelijkheid. Daarbij valt een onderscheid te maken tussen meer organisatorische ontwikkelingen – zoals veranderingen in de organisatiestructuur of de gevolgen voor de organisatie van het (lokale) overheidsbeleid - en ontwikkelingen die zich bij de medewerkers zelf hebben voorgedaan. Hierna wordt op elk van deze factoren afzonderlijk ingegaan.

D2.1.1 ORGANISATIESTRUCTUUR

Als eerste verandering in de organisatiestructuur wordt de overgang naar een zogenoemd Huis van de Buurt genoemd. Als gevolg hiervan maken meerdere (o.a. zorg) aanbieders nu gebruik van hetzelfde pand, waardoor het beherend personeel meerdere organisaties moet bedienen. Doordat de formatieomvang van beheerders niet is uitbereid, heeft deze

verandering geleid tot een taakverzwaring en een hogere werkdruk bij beheerders. In elk groeps gesprek werd door de deelnemers aangegeven dat door deze ontwikkeling de sociale toegankelijkheid onder druk is komen te staan: *“Ik moet altijd wel ergens een deur open doen, of iets voor iemand regelen, het is altijd dringend, als ik dan een praatje met iemand aan het maken ben, moet ik dat afkappen. Tegenwoordig kan ik nooit meer even een praatje met iemand maken, waardoor de toegankelijkheid wel achteruit gaat”*

De hiervoor geciteerde beheerder en nog twee anderen binnen dezelfde organisatie geven aan, dat de overgang naar Huis van de Buurt er, door de ermee gepaard gaande toenemende werkdruk, aan heeft bijgedragen dat de sociale toegankelijkheid van en binnen het pand verminderd is. Bij andere organisaties wordt daarentegen niet zozeer de overgang naar een Huis van de Buurt als reden van de toenemende werkdruk van het beheer genoemd, maar juist het ontslag van veel beheerders, waardoor er met minder beheerders hetzelfde werk gedaan moet worden.

Door ontwikkelingen in de organisatiestructuur van welzijnsinstellingen bieden de meeste instellingen niet langer meer zelf activiteiten aan. In plaats daarvan verhuren ze in de meeste gevallen de ruimte aan particulieren die een activiteit willen opzetten. Bij elke organisatie wordt erkend dat door het uitbesteden van het activiteitenaanbod, het zicht op de toegankelijkheid binnen de activiteit kwijt is geraakt. In een van de groeps gesprekken wordt als voorbeeld genoemd dat er bij het klaverjasclubje mensen uitgesloten worden. In twee andere welzijnsinstellingen gaven medewerkers aan dan wel minder zicht te hebben op de toegankelijkheid van een activiteit, maar dat ze er deels het aanbod kunnen sturen, doordat ze voor bepaalde activiteiten niet of juist wel hun ruimte beschikbaar stellen.

Naast dat medewerkers aangeven minder zicht te hebben op de toegankelijkheid binnen de activiteiten, merken medewerkers van één van de organisaties ook op dat ze zich vervreemd voelen van de bezoekers: *“Toen we de activiteiten nog in eigen beheer hadden, kende ik iedereen, als ik mensen ergens voor nodig had, bijvoorbeeld voor het organiseren van een activiteit, kon ik dat binnen no-time regelen, nu ken ik heel veel bezoekers niet meer”*. Een andere medewerker geeft aan dat het aanbod versnipperd is en dat er onderling weinig aansluiting en samenwerking bestaat, waardoor kansen gemist worden om leuke samenwerkingsverbanden aan te gaan. Ook ontstaat volgens deze medewerker door de verschillende aanbieders een meer gevarieerd maar daarmee ook meteen een meer gesegregeerd welzijnsaanbod. Hij beschrijft dat door aparte activiteiten voor aparte groepen, mensen niet meer in contact komen met andere mensen uit de buurt.

Medewerkers van verschillende organisaties geven tevens aan dat door de sluiting van verschillende welzijnsinstellingen de geografische afstand tussen buurtbewoners en de welzijnsinstellingen groter is geworden. Hierdoor zijn de fysieke toegankelijkheid en de bereikbaarheid in ieder geval gevoelsmatig verminderd. Doordat er locaties van

welzijnsinstellingen sluiten moeten ze verder van huis voor een activiteit en vooral bij ouderen lukt dat niet altijd. Het aanbieden van vervoer zou volgens een aantal medewerkers een goede oplossing zijn.

D2.1.2 (LOKAAL) BELEID

In één van de organisaties werd aangegeven dat nu een indicatie (voor een AWBZ voorstrekking) een voorwaarde voor financiering van hun diensten is geworden, er problemen ontstaan bij de instandhouding en evt. verbetering van de toegankelijkheid. Doordat mensen zonder zorgindicatie nu geen recht (meer) hebben op collectieve activerende begeleiding, kan deze organisatie een mensen die hun indicatie kwijt zijn of niet kunnen krijgen ook niet meer bedienen. Daarnaast, zo geven de medewerkers van deze organisatie aan, voelen zij zich gedwongen om nieuwe doelgroepen, zoals cliënten van het Dienst Werk en Inkomen (DWI) 'aan te nemen'. Deze bezoekers krijgen voor hun werkzaamheden een bijdrage van 5 euro per dagdeel krijgen. Tegelijkertijd moeten andere bezoekers, die op basis van een zorgindicatie aan de activiteiten deelnemen, een eigen bijdrage betalen voor in feite hetzelfde aanbod. Hierdoor ontstaat er volgens medewerkers onvrede onder bezoekers en is voor sommige bezoekers deelname ook niet meer mogelijk; de instelling wordt daardoor financieel ontoegankelijk. Deze recente beleidsveranderingen en veranderingen in indicatiestelling conflicteren ook met de doelen en waarden van deze specifieke organisatie, zodat de medewerkers zelf ook zacht gezegd niet blij zijn met deze ontwikkelingen. Zij voelen zich belemmerd in hun pogingen de toegankelijkheid op peil te houden.

D2.1.3 SCHOLING EN ERVARING.

In de laatste groepsgesprekken zijn een stuk minder medewerkers geïnterviewd die (een deel van) de *Training Toegankelijkheid* hebben gedaan. Zoals eerder vermeld zijn bij sommige organisaties veel mensen die de training hebben gevolgd ontslagen of zijn zij om andere redenen niet meer werkzaam bij de instelling. Het bleek dus moeilijk om in de tweede gespreksronde het effect van de training goed in kaart te brengen. Al met al kon aan vijf medewerkers die de training wel hebben gevolgd gevraagd worden of de training ze voldoende heeft voorbereid op de veranderende bezoekersgroep. De antwoorden daarop waren ambigue. Enerzijds werd geantwoord dat ze voorafgaand aan de training al heel ervaren waren en dus de training eigenlijk niet nodig hadden. Anderzijds werd benadrukt dat de training wel degelijk een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de toegankelijkheid, doordat hun focus op toegankelijkheid verfrist werd, of doordat onervaren medewerkers de training nodig hadden.

In de laatste groepsgesprekken kwam verder naar voren dat medewerkers vrij positief waren over hun eigen kwaliteiten om met mensen met verschillende beperkingen om te gaan. Dit staat in contrast met de eerste ronde groepsgesprekken, waarin nog erg veel onzekerheid over de eigen kwaliteiten en ervaring naar boven kwam. Nu noemden mensen voorbeelden van een succesvolle omgang met mensen met beperkingen. Een enkeling gaf aan het nog wel eens eng te vinden, maar ook hij noemde voorbeelden van hoe hij problemen of incidenten succesvol had afgehandeld. Het lijkt er daarom op dat hoe dan ook de vaardigheden in het omgaan met mensen met een beperking, en daarmee de sociale toegankelijkheid, lijken te zijn toegenomen.

D2.2 ERVARINGEN MET BEZOEKERS MET BEPERKINGEN

In elk gesprek in deze tweede ronde werd door de deelnemers aangegeven dat zij regelmatig bezoekers met een beperking tegenkomen. Bij de eerste ronde groepsgesprekken werden vooral de uiteenlopende problemen die zich bij de omgang met de verschillende doelgroepen kunnen voordoen over het voetlicht gebracht. De medewerkers die aan de laatste meting groepsgesprekken hebben deelgenomen waren daarentegen redelijk positief over hun kwaliteiten in de omgang met mensen met beperkingen.

Over de mate van interactie tussen bezoekers met en zonder beperking waren de meningen sterk verdeeld. Zoals al eerder vermeld kan er door de uitbesteding van het organiseren van de activiteiten het aanbod versnipperd raken, waardoor groepen elkaar nauwelijks ontmoeten. Een respondent geeft aan dat de overloop tussen activiteiten een goede indicator is voor het nut van de welzijnsinstelling. Met overloop bedoelt hij dat bezoekers regelmatig wisselen van activiteit of aan gezamenlijke activiteiten deelnemen. Hij redeneert: *“als iedereen bij zijn eigen clubje blijft en alleen mensen uit zijn eigen clubje ontmoet, kunnen ze net zo goed bij iemand thuis zitten”*. In een andere welzijnsinstelling houden ze activiteiten specifiek voor mensen met een psychiatrische beperking bewust afgezonderd van het algemene aanbod. Dit wordt gedaan omdat deze groep bezoekers te kwetsbaar is om in aanraking te komen met de rest van de bezoekers. Het is nl. voorgekomen dat een groepje mensen met psychiatrische beperkingen tijdens zumba (danssport) door jongeren uit de buurt heel hard werd uitgelachen. De mensen uit het zumba-clubje voelden zich niet meer prettig en sommigen wilden niet meer tegelijkertijd met de jongeren aanwezig zijn in de welzijnsinstelling.

In het gesprek bij een andere organisatie benadrukken de medewerkers juist hoe belangrijk het is om groepen te mengen en hierdoor actief aan draagvlak en acceptatie te werken. Dit deden ze door het ‘anders zijn’ bespreekbaar te maken. Een medewerker geeft een voorbeeld van kinderen die een opmerking maakte over het gedrag van iemand met een beperking. Als reactie op deze opmerking ging hij met die kinderen in gesprek over de manier waarop ze het gedrag anders vonden en legde uit waardoor dit komt. Hierbij wordt

gezegd dat het erg belangrijk is om een veilige sfeer te creëren waarbij mensen oprecht nieuwsgierig mogen zijn naar andermans gedrag zonder een op het eerste gezicht misschien kwetsende reactie direct af te straffen. De manier waarop medewerkers de interactie tussen verschillende doelgroepen handhaven verschilt dus heel erg per persoon en wellicht per welzijnsinstelling of doelgroep.

De balans tussen bezoekers met en zonder een beperking die in de eerste ronde groepsgesprekken zo veelvuldig was besproken kwam bij de laatste meting groepsgesprekken ook weer uitvoerig aan bod. Verondersteld werd dat een welzijnsinstelling door allerlei keuzes aan in- en uitsluiting van bepaalde groepen doet. Wanneer ze bijvoorbeeld vooral tijdens werktijden open zijn, trekken ze weinig werkende buurtbewoners aan. Bij het bespreken van de kunst van het aantrekken van een gevarieerde doelgroep werd de koffie veelvuldig als voorbeeld gebruikt. Bij dure koffie komen de buurtbewoners met een zwakkere sociaal economische positie niet meer en kan het buurthuis net zo goed een café zijn. Bij goedkope koffie worden juist de sterkere buurtbewoners niet aangetrokken. Als er andere talen gesproken mogen worden voelen mensen die de taal niet spreken zich wellicht niet op hun gemak, andersom is de angst dat mensen niet willen komen als ze hun moedertaal niet mogen spreken. Op allerlei manieren werd gepraat over het vinden van een balans voor het behouden van een gevarieerde doelgroep. Hierbij werden de fundamenteën van het welzijnswerk stevig doorgelicht. “Is het welzijn er om zwakkere burgers te ondersteunen? Of voor het verbinden van sterkere en zwakkere burgers?”, “allebei” antwoordde een andere respondent. Toch lijkt er een soort trade-off te bestaan waardoor het voor medewerkers zo moeilijk lijkt beide groepen te verenigen.

Een voorbeeld waarbij deze balans moeilijk te handhaven bleek, deed zich voor bij een van de instellingen die erg nauw samenwerkte met ggz organisaties. Door deze goede samenwerking kwamen er steeds meer bezoekers met een psychiatrische beperking. Op een gegeven moment kwamen er steeds minder ‘reguliere’ buurtbewoners, waarna er na een tijd vrijwel alleen nog maar bezoekers met een psychiatrische beperking kwamen. Na een aantal kleine incidenten en klachten van het personeel is toen besloten het centrum een maand lang te sluiten om de balans te herstellen. Bij de heropening was de koffie niet meer gratis en leek de groep mensen met psychiatrische problematiek waarvoor ze dicht waren gegaan niet meer te komen. Een respondent reageerde daarop met: *“Je maakt jezelf dan eigenlijk ontoegankelijk, voor die doelgroep”*.

D2.3 DE TOEKOMST VAN TOEGANKELIJKHEID.

Als afsluiting van het gesprek is besproken wat er nog zou kunnen gebeuren om de toegankelijkheid nog verder te verbeteren.

Als belangrijkste speerpunt noemen de medewerkers het behoud van de functie van beheerders. Deze zijn volgens medewerkers cruciaal voor de sociale toegankelijkheid en kunnen niet gemist worden in de organisatie. De beheerders die zelf aanwezig waren, gaven aan dat de werkdruk door het toenemende gebruik van de ruimten en de uitbesteding van activiteiten te hoog is geworden. Hierdoor hebben ze geen mogelijkheid meer om de bezoekers zelf te helpen. Het niet beschikbaar zijn van de beheerders als aanspreekpunt werd door elke medewerker erkend als een groot probleem voor de sociale toegankelijkheid.

Een ander advies dat een aantal medewerkers graag willen geven aan de welzijnsinstellingen zelf was het inhoudelijk beheren en organiseren van het activiteiten aanbod. Door een gebrek aan inhoudelijk overzicht van het aanbod worden kansen om samen te werken gemist. Ook blijven de activiteiten door het gebrek aan overzicht versnipperd en sluiten ze niet altijd goed aan. Daarnaast wordt aangegeven dat het van belang is dat bij het organiseren van een activiteit echt wordt aangesloten bij de wensen van de buurt. Volgens medewerkers gebeurt het te vaak dat iemand met een goede subsidieaanvraag redelijke hoeveelheden geld van de gemeente ontvangt, omdat de activiteit er op papier professioneel uitziet, terwijl er in de praktijk geen animo voor is.

In elk groepsgesprek wordt veelvuldig aangegeven dat het uitvoeren van opdrachten voor de gemeente of het stadsdeel soms ten koste gaat of in strijd is met het beleid van de organisatie zelf. Er wordt aangegeven dat de continuïteit en oorspronkelijke waarden en doelen van het welzijnswerk uit het zicht raken door het steeds maar richten op nieuwe trends en opdrachten. Medewerkers vragen nadrukkelijk aan hun organisaties om de eigen visie meer uit te dragen en te verdedigen, zelfs wanneer er subsidie op het spel staat. In de eerste ronde groepsgesprekken kwam al naar voren dat medewerkers vermoeid waren van het telkens veranderende welzijnslandschap en de bezuinigingen. In de laatste ronde groepsgesprekken spraken ze uit dat ze het vertrouwen dat ze voor een organisatie werken met een eigen, duurzame visie in toenemende mate verliezen. In elk groepsgesprek geven de medewerkers aan, dat ze het bieden van een zekere continue basis belangrijker vinden dan het volgen van trends en het volgen van opdrachten van de gemeente. Een van de medewerkers suggereert als mogelijke oplossing hiervoor dat de organisatie moet proberen direct betrokken te raken bij het beleidsproces, bijvoorbeeld in de rol van adviseur.

D3 CONCLUSIE MEDEWERKERS

Uit de eerste meting groepsgesprekken kwam duidelijk naar voren dat *draagvlak creëren, scholing en samenwerking* belangrijke factoren zijn bij het vergroten van de toegankelijkheid in welzijnsinstellingen in Amsterdam. Hoewel de voorkeuren zeer gevarieerd waren, komt naar voren dat een aantal medewerkers behoefte hadden aan praktijktraining in hoe om te

gaan met incidenten of agressie. Over extra training voor vrijwilligers waren de meningen verdeeld wat betreft het effect ervan; toch was een aantal deelnemers aan de groeps gesprekken sterk vóór extra training voor vrijwilligers.

Andere manieren om de onzekerheid in handelen en eventuele angst te verkleinen zijn een goede samenwerking, zowel tussen als binnen organisaties. Hierbij kan gedacht worden aan het verbeteren van de samenwerking van algemene welzijnsinstellingen met de GGZ of organisaties die gespecialiseerd zijn in het omgaan met mensen met een verstandelijke of fysieke beperking. Ook kan gewerkt worden aan samenwerking binnen organisaties tussen de sociaal agogen (of andere medewerkers met veel kennis en ervaring met een bepaalde doelgroep) en vrijwilligers/beheerders.

In de laatste ronde groeps gesprekken is uitvoerig besproken waardoor de toegankelijkheid de afgelopen twee jaar is toe- of afgenomen. Er is onder andere besproken hoe de toegankelijkheid zich verhoudt tot veranderingen in de organisatiestructuur, wat het effect van de *Training Toegankelijkheid* is en wat de uitdagingen zijn bij het aantrekken van een gevarieerde groep bezoekers.

Ten aanzien van de *organisatiestructuur* werd opgemerkt dat de taakverzwaring van de beheerders er, of deze nu het gevolg is van de overgang naar een Huis van de Buurt of van een ontslagronde, er hoe dan ook toe heeft geleid dat de sociale toegankelijkheid onder druk is komen te staan. De beheerders spelen hierin namelijk een cruciale rol. Verder is er op gewezen dat door de wijzigingen in het organisatieaanbod (particuliere verhuur, uitbesteden van aanbod aan activiteiten en het sluiten van panden) de toegankelijkheid ook behoorlijk onder druk is komen te staan. Medewerkers raken het overzicht kwijt, deelnemersgroepen komen elkaar nauwelijks meer tegen en voor bezoekers die slecht ter been zijn komt het aanbod zover weg te liggen dat ze er daarom geen gebruik meer van kunnen maken. Daarbij komt nog dat instellingen te maken krijgen met conflicterende regelgeving, die er ook aan bijdraagt dat zij voor sommige doelgroepen onbereikbaar worden.

Voor een deel zouden deze ontwikkelingen mogelijk kunnen worden gecompenseerd door (nog) meer scholing in het omgaan van mensen met een beperking. Volgens de deelnemers aan de tweede gespreksronde zou een dergelijk scholing (een nieuw aanbod van de *Training Toegankelijkheid*) mogelijk voor henzelf niet meer nodig zijn, maar voor anderen wellicht wel. Hoe dan ook bleek dat de eerder geconstateerde 'angst' om met mensen met een beperking om te gaan inmiddels was verdwenen.

De mate van toegankelijkheid van een instelling komt (ook) tot uiting in de menging van groepen mensen met en mensen zonder beperking. Uit de tweede rond kwam naar voren dat in de deelnemende instellingen nog altijd wordt gezocht naar een juiste balans. Enerzijds stelt men zich op het standpunt dat het tot de basisprincipes (de fundamenteën) van het welzijnswerk hoort om juist de zwakkere burgers te ondersteunen, anderzijds is men er ook

beducht voor om bij een te grote aantrekkelijkheid voor deze zwakke burgers de sterkere te verdrijven. Het evenwicht blijft wankel en kan door een incident gemakkelijk verloren worden. Dan wordt het moeilijk om de balans terug te vinden.

DEEL E: RESULTATEN ONDERZOEK ONDER BEZOEKERS

E1 ALGEMENE KENMERKEN VAN DE BEZOEKERS

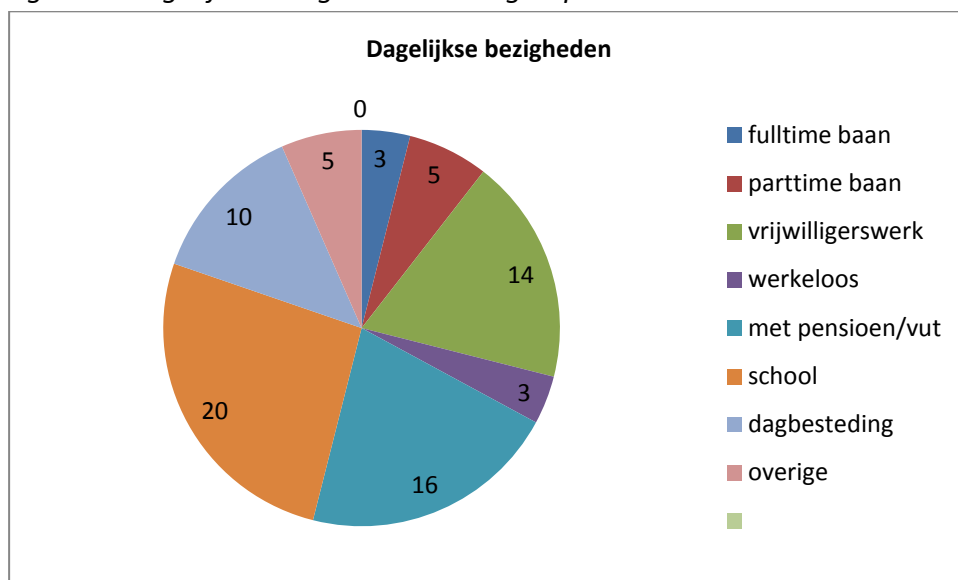
In totaal zijn er voor dit onderzoek 208 interviews afgenomen bij 8 instellingen. Bij de eerste meting zijn er 76 bezoekers geïnterviewd, bij de tweede meting 84 en bij de derde meting 50. Van de totale groep varieerde de leeftijd van 7 tot 91 jaar; de meeste respondenten waren tussen de 10 en 19 jaar oud. Driekwart van de respondenten kwam als bezoeker van de welzijnsinstelling en een kwart gaf aan als vrijwilliger te werken. De samenstelling van de groepen respondenten verschilde bij de drie metingen nauwelijks op de bovengenoemde kenmerken.

Een aantal vragen in de lijst had als doel te ontdekken of de respondent een beperking had. Toch bleef het erg moeilijk om dit met zekerheid vast te stellen wanneer de respondent dit niet zelf aan gaf. Om toch een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het aandeel mensen met een beperking onder de bezoekers hebben interviewers tijdens het interviewen de respondenten geobserveerd en waar mogelijk informatie ingewonnen bij een contactpersoon op de betreffende locatie. Uit deze informatie komt naar voren dat bij in totaal 56 respondenten een mogelijke beperking is opgemerkt. Vermoedelijk ging het om 31 respondenten met een psychische beperking, drie met een verstandelijke beperking, 12 met een lichamelijke beperking, één met een zintuiglijke beperking en acht met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). In totaal hebben 60 van de bezoekers aangegeven regelmatig hulp of begeleiding te hebben gehad; 58 kregen professionele hulpverlening. Dit komt redelijk overeen met het aantal mensen waarvan vermoed wordt dat ze een beperking hebben. De typen beperkingen die veel voorkwamen verschilden wel sterk bij de verschillende metingen. Bij de eerste en derde meting werd telkens maar één respondent met een lichamelijke beperking geïnterviewd; bij de tweede meting is dit aantal tien. Verder zijn in de derde meting meer mensen met niet-aangeboren hersenletsel geïnterviewd dan in de metingen daarvoor.

Er is onder andere gevraagd wat de respondenten in het dagelijks leven doen. Uit de data valt op te maken dat de helft van de respondenten niet werkt doordat ze nog naar school gaan of juist al met pensioen of de VUT zijn. Ongeveer 27% van de respondenten neemt deel aan een vorm van dagbesteding, bijvoorbeeld als toeleiding naar de arbeidsmarkt, of doet vrijwilligerswerk. 13 % van de totale groep respondenten werkt, voor het merendeel in een parttime aanstelling. Ongeveer 6 % van de respondenten was werkloos. Als naar deze gegevens van respondenten wordt gekeken in de afzonderlijke metingen, is er vooral in de laatste meting een verschil te zien met de eerdere metingen. Tijdens deze laatste meting was het aantal respondenten die betaalde arbeid verrichtten groter en waren de aantallen mensen die nog naar school gaan of al met pensioen zijn juist lager. Ook waren er bij deze

meting relatief minder respondenten die vrijwilligerswerk verrichten of aan dagbesteding deelnamen.

Figuur 1. Dagelijkse bezigheden totale groep bezoekers.



E2 REDEN VOOR BEZOEK.

Iets meer dan de helft van de bezoekers (57 %) bezocht de instelling voor de eerste keer na 2009, dus na de inwerkingtreding van de pakketmaatregel AWBZ. 43% van de respondenten bezocht de instelling al langer. Ook is gevraagd hoe vaak de respondenten de instelling bezoeken. In tabel 1 is te zien dat ongeveer een vijfde tot een kwart van de respondenten de instelling dagelijks bezoeken, rond de 41% bezoekt de instelling meerdere keren per week en rond de 31% doet dat wekelijks.

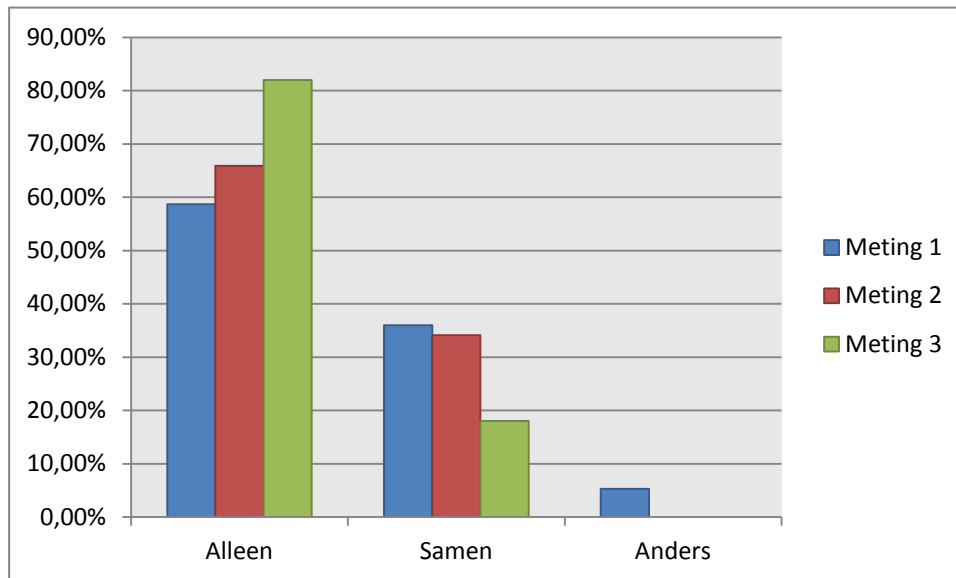
Tabel 1. Bezoekfrequentie, naar meting en totaal, in percentage van de geïnterviewden

	Dagelijks	Meerdere keren per week	Wekelijks	Maandelijks	Anders
Meting 1	18	45	34	1	1
Meting 2	26	37	32	3	3
Meting 3	16	45	27	12	0
Totaal	21	42	32	4	2

Van de respondenten die geïnterviewd zijn geeft gemiddeld totaal 67% aan alleen te komen, en 31% komt samen met iemand die ook de instelling bezoekt. Wat opvalt is dat er tussen de drie metingen verschil te zien is in deze verhouding (figuur 2). In de eerste meting komen er

meer mensen samen, in de tweede meting iets minder en in de derde meting nog weer een stuk minder. Het lijkt er dan ook op dat het percentage mensen dat de instelling alleen bezoekt gedurende de looptijd van het onderzoek is toegenomen.

Figuur 2. Manier van bereiken instelling.



Om er achter te komen wat respondenten motiveert om een welzijnsinstelling te bezoeken is gevraagd naar de reden van zowel hun bezoek aan de instelling in het algemeen als de motivatie voor deelname aan een activiteit. Voor precies de helft van de bezoekers geldt dat ze naar een buurtcentrum of welzijnsinstelling komen om er sociale contacten op te doen. Andere redenen zijn dagbesteding (27%) en vrijwilligerswerk (3%). 5% is doorverwezen vanuit de professionele hulpverlening of zorg.

Het grootste gedeelte, namelijk 79% van de respondenten, neemt ook deel aan een activiteit. De reden voor het deelnemen aan een activiteit is grotendeels vergelijkbaar met de net beschreven motivatie voor het bezoek van een welzijnsinstelling. Een verschil was dat 'doen van vrijwilligerswerk' vaker als de motivatie voor het bezoek van de *instelling* werd gegeven dan als reden voor de deelname aan de *activiteit*. Ook is er, overigens alleen in de eerste meting, een aantal respondenten (5% van het totaal uit die meting) die aangeven naar een activiteit te zijn doorverwezen vanuit de professionele hulpverlening. Bij een groot deel van de respondenten die 'overig' aangaven, werd als motivatie de gezondheid genoemd. Voorbeelden hiervoor die werden genoemd waren ontspanning, sport (yoga, gymnastiek) of gezond eten.

In totaal deden 40 respondenten niet mee aan een activiteit. Van hen gaven er 14 aan dat hij of zij de activiteiten niet geschikt vond en nog eens 16 respondenten gaven aan geen tijd of zin te hebben om aan een activiteit mee te doen. Verreweg de meesten gaven aan andere

redenen te hebben, zonder dit nader toe te lichten. Uit de antwoorden blijkt dat de respondenten met een vermoede beperking relatief minder vaak aangeven dat de activiteiten niet geschikt zijn dan mensen zonder een beperking.

Later in de vragenlijst is aan alle respondenten gevraagd of er nog activiteiten zijn die ze missen. Het merendeel (59 %) mist geen activiteiten. De activiteiten die het meeste gemist worden zijn sport en spel (15 % van de respondenten noemde dit) en daarna uitstapjes (door 6 % van de respondenten gemist). 3% miste sociale activiteiten en nog eens 3% had behoefte aan praktische, materiële ondersteuning of computerbegeleiding. Een aantal respondenten dat 'overig' had ingevuld gaf aan dat ze culturele of creatieve activiteiten, zoals muziek, toneel, of handenarbeid misten in het activiteitenaanbod.

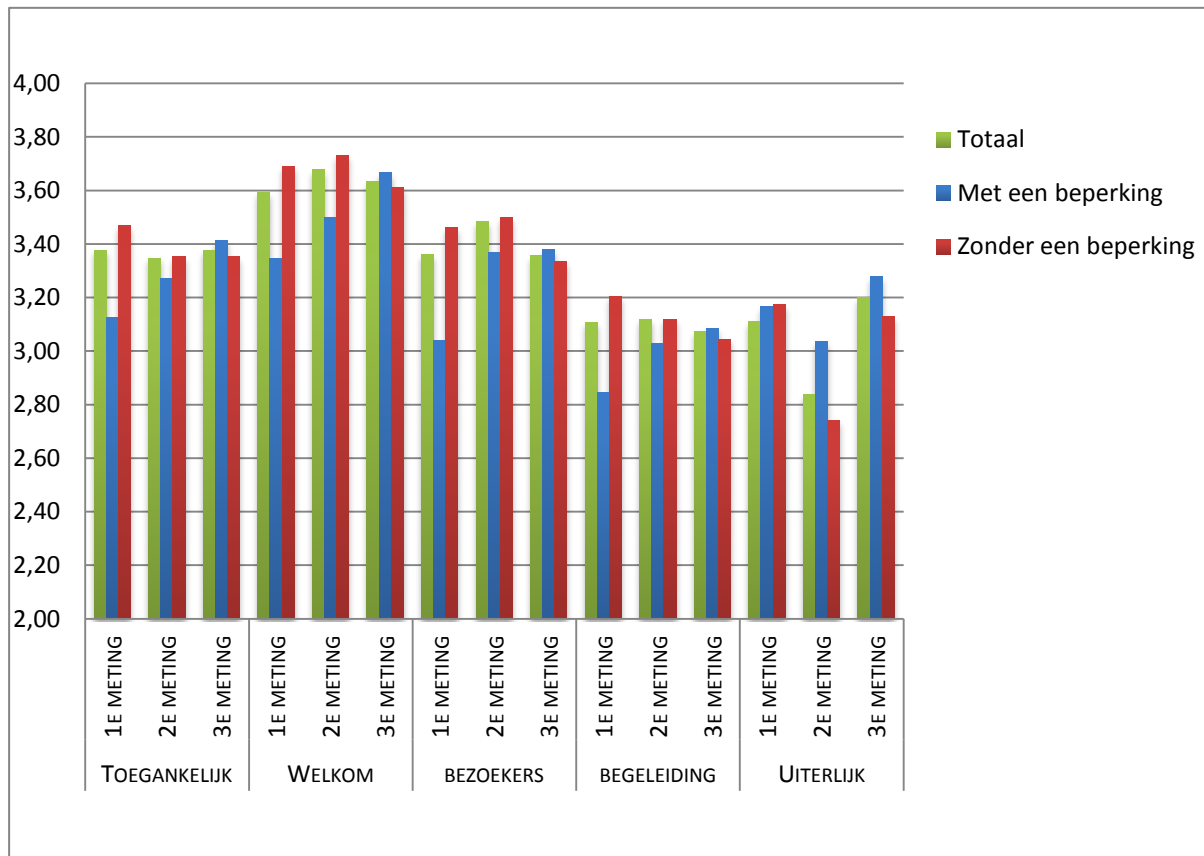
E3. ERVARINGEN MET BETREKKING TOT TOEGANKELIJKHEID

De ervaringen met betrekking tot de toegankelijkheid van de instellingen is gemeten door de respondenten te vragen te reageren op tien stellingen. De stellingen zijn onder te verdelen in verschillende onderwerpen die allemaal iets zeggen over de toegankelijkheid. De interne consistentie van deze tien stellingen is met een Chronbach's alpha van 0,76 redelijk. Dit houdt in dat de tien stellingen samen een schaal kunnen vormen, waarin de afzonderlijke stellingen iets zeggen over hetzelfde onderwerp, namelijk de toegankelijkheid. De toegankelijkheid van alle locaties en metingen bij elkaar scoort gemiddeld een 3,36 op een schaal van 4. De bezoekers waren behoorlijk tevreden, zo bleek uit de beoordeling. In de volgende alinea worden de verschillende onderwerpen afzonderlijk beoordeeld.

De stellingen over het onderwerp toegankelijkheid zijn onder te verdelen in 3 onderwerpen. Het eerste onderwerp is de mate waarin respondenten zich *welkom* en op hun gemak voelen. Hierop wordt gescoord met een gemiddelde van 3,6 op een schaal van 4. Het tweede onderwerp is de mate waarin de verschillende *bezoekers* onderling op een goede manier met elkaar omgaan. Hierop wordt gemiddeld een 3,4 gescoord. Het derde onderwerp is de mate waarin de bezoekers tevreden zijn over de *begeleiding*, en de hoeveelheid aandacht en hulp die ze van de begeleiders krijgen, en de mate waarin rekening met ze wordt gehouden. Hierover waren de respondenten over het algemeen ook vrij positief, er wordt een 3,1 gescoord. Uiteindelijk is er nog één stelling over de *uitstraling* van de locatie. Hierop wordt het minst positief gescoord met een gemiddelde van 3 punten.

In figuur 3 is op de x-as de score te zien met een maximum score van 4. Op de X-as worden de afzonderlijke onderwerpen in de drie metingen weer gegeven. Daarna is in tabel 2 te zien hoe de bezoekers met en zonder een beperking afzonderlijk hebben gescoord op de toegankelijkheid in totaal en op de verschillende onderwerpen.

Figuur 3. Beoordeling van de toegankelijkheid per meting, in het geheel en naar aspect



Zoals in figuur 3 te zien is scoren mensen met een beperking in de eerste twee metingen (nog) lager dan mensen zonder een beperking, behalve op de stelling over het uiterlijk en de uitstraling van de voorziening. Vooral op de stellingen over de aandacht van de begeleiders het rekening houden zijn mensen met een beperking de toegankelijkheid positiever gaan beoordelen. Bezoekers zonder beperking zijn dit echter als negatiever gaan beoordelen.

In figuur 3 is ook te zien dat de respondenten met een beperking de toegankelijkheid in de eerste meting minder goed beoordeelde dan in de tweede en derde meting. Naarmate de tijd voorbij gaat vinden respondenten met een beperking de instelling die ze bezoeken toegankelijker, terwijl de bezoekers zonder een beperking de toegankelijkheid juist steeds minder goed beoordelen. In tabel 2 is het oordeel over de toegankelijkheid als geheel afzonderlijk en meer en detail weergegeven. Helemaal rechts is het verschil in de beoordeling tussen mensen met en zonder een beperking, deze gaat bij de derde meting in de min. Er moet wel rekening mee gehouden worden dat het aantal respondenten in de derde meting minder was. Desalniettemin is bij de tweede meting ook een afname van verschil te zien ten opzichte van de eerste meting.

Tabel 2. Beoordeling van de toegankelijkheid door bezoekers met en zonder beperking

Beoordeling Toegankelijkheid	beperking	N	gemiddelde	Vershil
Toegankelijkheid gemiddeld totaal	ja	60	3.28	0.12
	nee	102	3.41	
Toegankelijkheid gemiddeld meting 1	ja	13	3.13	0.34
	nee	47	3.47	
Toegankelijkheid gemiddeld meting 2	ja	29	3.27	0.08
	nee	24	3.35	
Toegankelijkheid gemiddeld meting 3	ja	18	3.41	-0.06
	nee	31	3.35	

Zoals hiervoor al is aangegeven is bij de derde meting aan de bezoekers ook gevraagd of zij vinden dat door de organisatorische veranderingen in het aanbod (sluiting van buurthuizen en/of overgaan naar Huis van de Buurt) de aantrekkelijkheid en toegankelijkheid zijn verminderd. Uit de antwoorden op deze vraag kon niet worden afgeleid dat dit inderdaad het geval zou zijn. Bezoekers gaven wel aan 'uitgeweken' te zijn naar een ander buurthuis, omdat dat waar zij oorspronkelijk naar toe gingen was gesloten, maar voor henzelf had dat geen problemen opgeleverd (Klein & Stoker, 2013).

E4. DE INSCHATTING VAN TOEGANKELIJKHEID

Naast de eigen ervaring met betrekking tot toegankelijkheid, is respondenten ook gevraagd een inschatting te maken van de toegankelijkheid van de instelling voor mensen met verschillende beperkingen. Hierbij is duidelijk gemaakt dat ze de inschatting van de toegankelijkheid voor anderen niet hoefden te baseren op hun eigen ervaringen. De bedoeling van de vraag was dat de respondenten ongeacht of ze zelf een beperking hadden, nadachten over de toegankelijkheid voor de verschillende doelgroepen.

In tabel 3 is op de eerste drie rijen onder A per meting te zien hoe alle respondenten de toegankelijkheid inschatten voor mensen met verschillende beperkingen. De toegankelijkheid wordt weergegeven op een vierpunt-schaal, waarbij 4 helemaal toegankelijk zou zijn en 1 helemaal niet toegankelijk. In de vier rijen daar onder (B) is bij totaal het gemiddelde van de drie metingen per beperking te zien. Daar onder is gespecificeerd hoe de bezoekers met een beperking en zonder beperking de toegankelijkheid inschatten voor de verschillende soorten beperking. In de rijen onder C is de organisatie De Waterheuvel, speciaal voor mensen met psychiatrische beperkingen buiten beschouwing gelaten, en is het verschil tussen mensen met en zonder een beperking in de beoordeling van de toegankelijkheid opnieuw uitgerekend.

Tabel 3. Inschatting van de toegankelijkheid voor mensen met verschillende typen beperkingen; gemiddeld, naar meting, naar het voorkomen van een beperking en met uitzondering van De Waterheuvel

A.	Verstandelijk	Lichamelijk	Psychiatrisch	Zintuiglijk	NAH
Meting 1	2.97	2.92	2.95	2.83	3.06
Meting 2	3.05	2.92	2.85	2.40	2.92
Meting 3	2.96	2.93	3.17	2.75	2.82
B.					
Totaal	2.99	2.92	2.96	2.65	2.95
Met beperking	2.80	2.51	3.33	2.49	2.96
Zonder beperking	2.97	3.16	2.78	2.72	2.96
Verschil	0.17	0.65	-0.56	0.23	0.00
C.					
Totaal zonder Waterheuvel	3.03	3.09	2.83	3.00	2.99
Met beperking	2.81	3.07	3.00	2.58	3.14
Zonder beperking	2.97	3.18	2.77	2.73	2.96
verschil	0.15	0.11	-0.23	0.15	-0.18

Uit tabel 3 valt op te maken dat de bezoekers per meting niet zo heel veel verschil verwachten tussen de toegankelijkheid voor de verschillende doelgroepen. De verwachtingen ten aanzien van de lichamelijke toegankelijkheid is als enige vrij precies gelijk gebleven. Bij psychiatrische en zintuiglijke beperkingen schommelen de beoordelingen het meest tussen de metingen.

In het algemeen worden de voorzieningen het minst toegankelijk geschat voor mensen met een zintuiglijke beperking. In de tabel is onder de rijen B ook nog een klein verschil te zien met de gemiddelde scores van mensen die zelf ervaring hebben met een beperking. Zij schatten voor mensen met psychische beperkingen de toegankelijkheid hoger in en voor mensen met een lichamelijke beperking juist lager.

Dit kan mogelijk komen doordat de bezoekers van De Waterheuvel allen erg te spreken waren over de toegankelijkheid van de door hen bezochte instelling. Als de respondenten van De Waterheuvel buiten beschouwing zouden worden gelaten, zoals in de rijen onder C in tabel 3, dan is te zien dat de verschillen wel voor een deel daardoor te verklaren zijn. Toch schatten mensen met een beperking de toegankelijkheid voor mensen met psychiatrische beperkingen nog iets beter in dan mensen zonder enige beperking dat doen. In deze tabel is verder te zien dat de voorzieningen in totaal het best toegankelijk worden gevonden voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en verstandelijke beperkingen. Voor mensen met een zintuiglijke en psychische beperking wordt de toegankelijkheid het laagst ingeschat.

De inschatting van de toegankelijkheid kan vergeleken worden met de eigen ervaringen ten aanzien van toegankelijkheid. Respondenten beoordelen de toegankelijkheid voor zichzelf gemiddeld positiever dan dat ze de toegankelijkheid voor mensen met een beperking inschatten. Dit kan betekenen dat ze de toegankelijkheid voor zichzelf goed vinden, maar dat

ze voor mensen met beperkingen toch nadenken over de problemen die hen zou kunnen weerhouden om mee te doen.

Ook is de respondenten gevraagd naar een korte toelichting van hun inschattingen van de toegankelijkheid voor mensen met een beperking. Deze antwoorden zijn in de analysefase onderverdeeld in toegankelijk of ontoegankelijk met betrekking tot de volgende aspecten.

- Voorziening
- Personeel
- Bezoekers

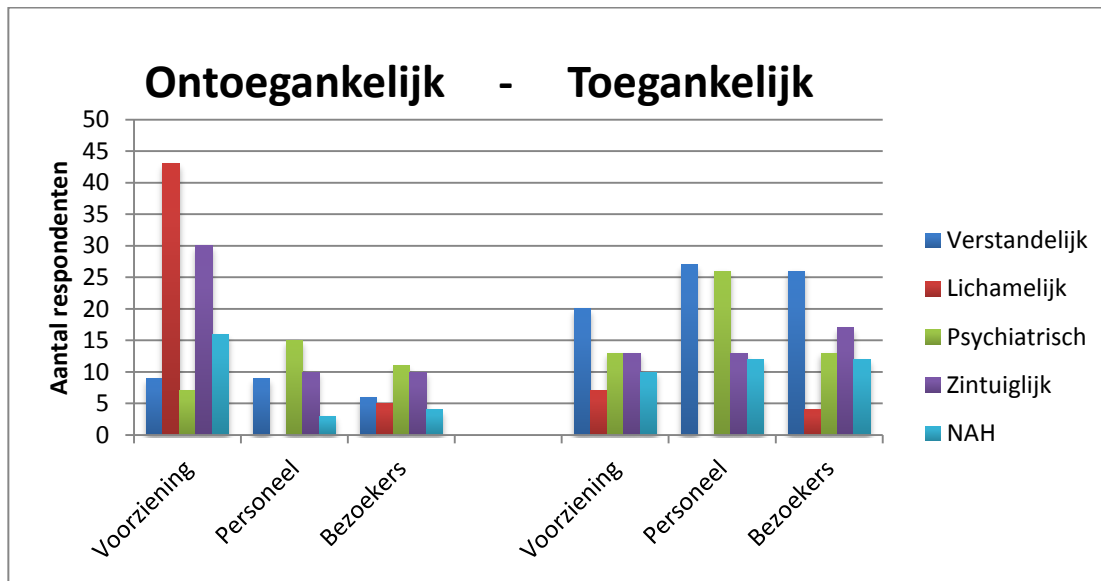
In tabel 4 zijn de redenen waarom een voorziening toegankelijk dan wel ontoegankelijk wordt ingeschat weergegeven. Het bovenste gedeelte van de tabel gaat over de respondenten die de toegankelijkheid ongunstig inschatten voor mensen met een bepaalde beperking. Het onderste gedeelte van de tabel gaat over de reden waarom een instelling toegankelijk werd ingeschat voor bepaalde doelgroepen. Per beperking staat bij de reden het aantal en percentage van de totale groep respondenten dat de toegankelijkheid voor een beperking om die reden al dan niet gunstig inschatte.

Tabel 4. Toelichting bij beoordeling van de (on)toegankelijkheid, in aantallen en percentages

Ontoegankelijk:	Voorziening		Personeel		Bezoekers	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Verstandelijk	9	6.7	9	6.7	6	4.4
Lichamelijk	43	31.2			5	3.6
Psychiatrisch	7	5.7	15	12.2	11	8.9
Zintuiglijk	30	25.4	10	8.5	10	8.5
NAH	16	17	3	3.2	4	4.3
Toegankelijk:	Voorziening		Personeel		Bezoekers	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Verstandelijk	20	14.8	27	20	26	19.3
Lichamelijk	62	44.9	7	5.1	4	2.9
Psychiatrisch	13	10.6	26	21.1	13	10.6
Zintuiglijk	13	11	13	11	17	14.4
NAH	10	10.6	12	12.8	12	12.8

De antwoorden op de vraag zijn (nogmaals) weergegeven in figuur 5, waardoor de afwijkende opvattingen over met name de (on) toegankelijkheid van de voorzieningen voor mensen met een fysieke beperking duidelijk zichtbaar worden.

Figuur 5. Toelichting bij beoordeling van de (on)toegankelijkheid



Zoals in tabel 4 en figuur 5 te zien is, baseren bezoekers hun oordeel over de toegankelijkheid voor mensen met een fysieke en zintuiglijke beperking vooral op de (fysieke?) kenmerken van de voorziening. Voor de beoordeling van de toegankelijkheid voor mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking wordt vooral nagedacht over de meer psychosociale aspecten zoals de omgang met het personeel of andere bezoekers.

De respondenten baseren de beoordeling van de toegankelijkheid niet altijd op de kenmerken van de instelling of diens bezoekers, maar ook op de mate van de beperking van de hypothetische bezoeker zelf. Vooral bij een beoordeling van toegankelijkheid voor mensen met een NAH of een psychiatrische beperking werd dan als toelichting gegeven dat dit op voorwaarde is dat de beperking niet te prominent is. Er werd dan bijvoorbeeld gezegd: *“Ze kunnen wel mee doen maar niet als de beperking heel erg is”*, of *“ja, als je er niks van merkt dan kunnen ze gewoon komen”*. Ook werd soms voor mensen met een psychiatrische of verstandelijke beperking gedacht aan de fysieke toegankelijkheid. Er werd dan bijvoorbeeld gezegd *“ja, ze kunnen in principe binnen komen”*.

In tabel 5 is weergegeven wat de reden was voor het beoordelen van de toegankelijkheid voor de verschillende doelgroepen. Hierbij zijn de waarden van de mensen die de instelling toegankelijk en ontoegankelijk hebben beoordeeld bij elkaar opgeteld, zodat duidelijk wordt waar bij elke beperking het meest belang aan gehecht wordt bij het inschatten van de toegankelijkheid.

Tabel 5. Belang van aspecten van toegankelijkheid voor verschillende typen beperkingen, in percentages van de respondenten

	Voorziening	Personeel	Bezoekers	Mate beperking	Overig
Verstandelijk	22	27	24	5	23
Lichamelijk	76	5	7	6	7
Psychiatrisch	16	33	20	15	16
Zintuiglijk	36	20	23	11	10
NAH	28	16	17	20	19

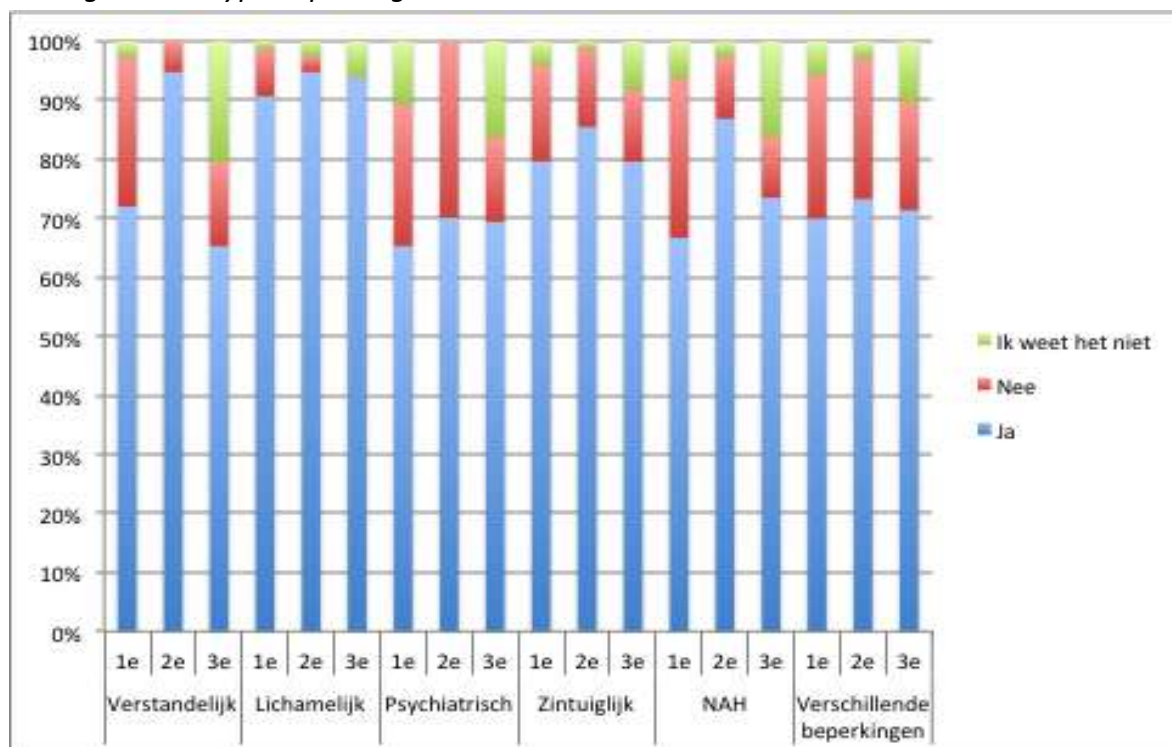
Hier is te zien dat voor mensen met een lichamelijke beperking de voorziening vaak als eerste genoemd wordt bij de beoordeling van de toegankelijkheid. Dit geldt ook, maar in mindere mate, voor mensen met een zintuiglijke beperking en voor mensen met NAH. Voor de mensen met verstandelijke en psychiatrische beperkingen wordt vooral het personeel benoemd als factor bij het inschatten van de toegankelijkheid voor deze doelgroepen. Daarnaast blijkt dat de houding van bezoekers bij alle beperkingen van belang geacht wordt, maar in veel mindere mate bij mensen met lichamelijke beperkingen.

E5. DRAAGVLAK.

Tot slot is gepoogd een indruk te krijgen van het draagvlak onder respondenten om mensen met een beperking te ontvangen bij hun activiteit of instelling. Er is de bezoekers gevraagd of ze bij een activiteit in een groepje zouden willen zitten met één of meerdere mensen met een bepaalde soort beperking. Vervolgens is gevraagd of ze het zien zitten om in een groepje te zitten met allerlei mensen met verschillende beperkingen. Uit de antwoorden komt duidelijk dat de meeste mensen hier geen problemen mee hebben. Wel wordt er bijna in elk geval aan toe gevoegd: “ *als ze niet vervelend zijn*”.

Het overgrote merendeel (tussen 68 en 93%) van alle respondenten vindt het geen bezwaar of zelfs leuk om bij een activiteit te zijn waar ook een of meerdere mensen met een beperking meedoen. Het draagvlak om mensen met een beperking in de groep te accepteren is het kleinst voor mensen met psychiatrische beperkingen (68 %), mensen met NAH (74 %) en mensen met een verstandelijke beperking (79 %). Voor mensen met een lichamelijke beperking is het draagvlak het grootst (93 % heeft geen bezwaar), gevolgd door mensen met een zintuiglijke beperking: 82 % geeft aan geen bezwaar te hebben. Ook is gevraagd of mensen het goed zouden vinden in een groepje te zitten waar mensen met verschillende beperkingen deelnemen. In totaal antwoordde 71% met ‘ja’, 23 % met ‘nee’, en 6% wist hier geen antwoord op. In figuur 6 worden de antwoorden nog eens per meting bekeken. Op de Y-as is het percentage te zien. Op de X-as zijn de verschillende beperkingen te zien, onderverdeeld in de drie metingen.

Figuur 6. Draagvlak onder bezoekers voor deelname door mensen met een beperking per meting en naar type beperking



Zoals te zien loopt het draagvlak voor sommige typen beperkingen op de verschillende metingen tamelijk sterk uiteen. Voor bijna elk type beperking is het draagvlak het grootst bij de tweede meting. Bij de derde meting lijkt het draagvlak weer ongeveer gelijk met de eerste meting. De antwoorden over zowel mensen met psychiatrische beperkingen als een groepje mensen met verschillende beperkingen blijven in de drie metingen redelijk gelijk. Hoewel ook hier een kleine piek te zien is in de tweede meting.

Het is opvallend dat bij een selectie van de antwoorden van de mensen die vermoedelijk zelf een beperking hebben, naar voren komt dat deze veel vaker antwoorden het geen probleem te vinden om bij iemand in het groepje te zitten met een beperking. Deze groep is duidelijk toleranter dan de groep in het algemeen.

In tabel 6 is te zien of iemand met een beperking wel of niet bij iemand in een groepje zou willen zitten die een bepaalde beperking heeft. In de linker kolom staan de beperkingen, daarnaast de mogelijke antwoord categorieën. In de drie rechter kolommen zijn de verschillen te zien tussen de antwoorden van mensen met en zonder een beperking.

Tabel 6. Draagvlak verschillen tussen respondenten met en zonder een beperking, naar type beperking en in percentages van de groepen respondenten

		Met beperking (N=60)	Zonder beperking (N=102)	Vershil
Verstandelijk	Ja	72	80	9
	Nee	17	16	
	Ik weet het niet	12	4	
Lichamelijk	Ja	95	93	-2
	Nee	2	4	
	Ik weet het niet	3	3	
Psychiatrisch	Ja	78	62	-17
	Nee	15	28	
	Ik weet het niet	7	10	
Zintuiglijk	Ja	87	81	-5
	Nee	10	15	
	Ik weet het niet	3	4	
NAH	Ja	79	73	-6
	Nee	16	17	
	Ik weet het niet	5	10	
Verschillende	Ja	70	72	3
	Nee	25	21	
	Ik weet het niet	5	7	

Aan tabel 6 is te zien dat mensen die zelf een beperking hebben iets vaker 'ja' zeggen op de vraag of ze het goed zouden vinden als er iemand met een beperking mee zou doen. Vooral de tolerantie voor mensen met psychiatrische beperkingen ligt een stuk hoger bij mensen die zelf ervaring met een beperking hebben. Ook hier weer kunnen de bezoekers van De Waterheuvel, wat immers een door mensen met een psychiatrische beperking zelf opgericht "clubhuis" is, invloed kunnen hebben gehad op dit resultaat. Wanneer de bezoekers van deze voorziening buiten beschouwing worden gelaten, ligt het draagvlak voor mensen met psychiatrische beperkingen 3% lager, waardoor met 75% het draagvlak nog steeds groter ligt dan bij mensen zonder een beperking (62 %).

E3. SAMENVATTING EN CONCLUSIE BEZOEKERS

Uit de analyse van het kwantitatieve datamateriaal is een aantal dingen duidelijk geworden. Zo is er een profiel geschetst van de bezoekers van welzijnsinstellingen die aan dit onderzoek hebben meegedaan. De mensen die een welzijnsinstelling bezoeken zijn voornamelijk mensen die nog niet of niet meer werken, maar vooral jongeren. Ongeveer 30 procent van de totale groep bezoekers heeft een beperking. De motivatie voor een bezoek aan een welzijnsinstelling is voor de meeste respondenten het sociaal contact.

Bij het meten van de toegankelijkheid is gekeken naar de verschillende beoordelingen door respondenten met vs. zonder een beperking. Bij de eerste meting werd de toegankelijkheid beter beoordeeld door mensen zonder een beperking; in de tweede en derde meting is dat op bijna alle vlakken langzaam omgedraaid. In de laatste meting kan met enige voorzichtigheid gezegd worden dat de bezoekers zonder een beperking de toegankelijkheid minder goed vonden dan de bezoekers met een beperking.

Naast de beoordeling van de toegankelijkheid zelf is er ook gevraagd naar de verwachting ten aanzien van de toegankelijkheid voor mensen met verschillende beperkingen. Hier schatten de mensen de toegankelijkheid voor mensen met een zintuiglijke beperking vooral lager in (2,65 op een schaal van 4). De inschatting van de toegankelijkheid voor andere typen beperkingen ligt tussen 2,92 en 2,99 op een schaal van 4. Hoewel dit een vrij positieve beoordeling van de toegankelijkheid is, beoordelen bezoekers de toegankelijkheid voor zichzelf toch hoger met een gemiddelde van 3,36 op een schaal van 4. Aangezien de grootste groep bezoekers zelf geen beperking had, is het mogelijk dat ze de toegankelijkheid voor zichzelf goed vinden, maar voor mensen met een beperking nog wel problemen zien.

Bij de vraag waarom een instelling al dan niet toegankelijk zou zijn voor bepaalde doelgroepen, wordt bij zowel mensen met lichamelijke, zintuiglijke beperkingen en NAH (de fysieke kenmerken van) de voorziening zelf vaak als reden voor de (on)toegankelijkheid genoemd. Bij mensen met verstandelijke en psychiatrische beperkingen wordt vooral het personeel als reden genoemd voor de hun oordeel van de toegankelijkheid. De omgang met bezoekers speelt volgens respondenten bij alle beperkingen een rol, maar in veel mindere mate bij mensen met fysieke beperkingen.

Het draagvlak voor een grotere toegankelijkheid van de algemene welzijnsinstellingen is in kaart gebracht door respondenten te vragen naar hun bereidheid iemand met een beperking in hun midden te hebben tijdens deelname aan een activiteit. Hierop antwoordde het overgrote deel van de respondenten dat ze dat goed zouden vinden. De respondenten zeiden het vaakst 'ja' als het ging om deelname van iemand met een fysieke beperking (93 %). Ze zeiden het minst vaak 'ja' bij mensen met psychiatrische beperkingen (68 %).

Het draagvlak om iemand met een beperking in een activiteit te accepteren ligt nog wat hoger onder mensen met een beperking zelf. Vooral mensen met psychiatrische beperkingen lijken erg tolerant tegenover andere mensen met een beperking.

DEEL F: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit onderzoek is duidelijk geworden dat toegankelijkheid niet een eenduidig begrip is. De betekenis ervan verschilt per persoon en het toegankelijk maken van het welzijnsaanbod heeft met heel veel factoren te maken. In dit laatste deel van het verslag zal eerst, met behulp van de theorie én aan de hand van de bevindingen, een antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen. Tot slot zullen enkele aanbevelingen volgen voor professionals, organisaties en beleidsmakers om de toegankelijkheid van de welzijnsvoorzieningen in de toekomst in stand te houden of nog verder te ontwikkelen.

F1 ONDERZOEKSVRAGEN

- DRAGEN DE AFSPRAKEN IN HET CONVENANT EN DE *TRAINING TOEGANKELIJKHEID* BIJ AAN HET VERGROTEN VAN DE TOEGANKELIJKHEID?

Of het convenant ‘Welzijn designed for all’ dan wel de *Training Toegankelijkheid* als onderdeel daarvan, een directe invloed hebben gehad op de toegankelijkheid is door de grote veranderingen binnen de welzijnsorganisaties zelf moeilijk te zeggen. Wel is met dit onderzoek laten zien hoe de toegankelijkheid zich de afgelopen twee jaar volgens bezoekers heeft ontwikkeld. Ook kan aan de hand van informatie uit de gesprekken met medewerkers een beeld worden gegeven van de verschillende invloeden op toegankelijkheid, zoals de *Training Toegankelijkheid* en andere ontwikkelingen in de organisaties of het beleid.

De beoordeling van de toegankelijkheid van bezoekers is eerst positiever en daarna iets negatiever. Met enige voorzichtigheid kan gezegd worden dat de bezoekers die mogelijk een beperking hebben zelf de toegankelijkheid positiever zijn gaan beoordelen. De bezoekers zonder beperking zijn de toegankelijkheid daarentegen juist iets negatiever gaan beoordelen.

De medewerkers zijn over de ontwikkeling van de toegankelijkheid zowel positief als negatief. In de eerste groeps gesprekken zijn medewerkers vooral positief, maar ook kritisch. Zo wordt opgemerkt dat het niet mogelijk is perfect toegankelijk te zijn voor iedereen. Tijdens deze meting zijn ook een aantal aanbevelingen naar voren gekomen. Een maatregel die volgens de deelnemers aan de eerste groeps gesprekken zou bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid is het bevorderen van samenwerking, zowel intern tussen medewerkers als extern met bijvoorbeeld ggz instellingen. Een andere maatregel die genoemd werd, was het blijven aantrekken van buurtbewoners met een sociaal economisch sterkere positie, zodat de welzijnsinstelling groepen met elkaar kan blijven verbinden. Hierbij is het belangrijk dat daarbij de balans tussen sterkere en zwakkere burgers in stand gehouden wordt. In de tweede ronde groeps gesprekken is de beoordeling van de toegankelijkheid eveneens ambigue. De sociale of fysieke toegankelijkheid ‘was al goed’ of is

volgens medewerkers iets verbeterd, maar als er wordt doorgevraagd blijkt bij elke organisatie vooral de sociale toegankelijkheid achteruit te zijn gegaan. De belangrijkste reden die hiervoor werden genoemd waren taakverzwaring voor of ontslag van het beherend personeel. (De invulling van) deze functie is, zo kwam in alle eerste én tweede ronde groeps gesprekken naar voren, van grote invloed op de mate van toegankelijkheid van de welzijnsinstellingen. Andere veranderingen in de organisatiestructuur, zoals het uitbesteden van het activiteiten aanbod of het verhuren van ruimten, brengen met zich mee dat medewerkers het zicht op de toegankelijkheid binnen sommige activiteiten kwijt zijn, het activiteiten aanbod versnipperd kan raken en de bezoekers meer van elkaar gescheiden blijven. Ook is hierdoor de binding met de bezoekers minder sterk en wordt het lastiger buurtbewoners te activeren om bij te dragen aan een overkoepelende activiteit.

Over de inhoud en de impact van de trainingsmodules waren de medewerkers over het algemeen heel positief. Wel kwam in de eerste ronde groeps gesprekken al snel naar voren dat meer of juist andere medewerkers ook beter getraind hadden moeten worden, zoals beheerders en vrijwilligers. In de laatste groeps gesprekken met medewerkers was het bij sommige organisaties door allerlei reorganisaties en ontslagrondes nog lastig medewerkers uit te nodigen die de *Training Toegankelijkheid* ook daadwerkelijk hadden gevolgd. Hierdoor is het wederom moeilijk de directe invloed van de training te bepalen. Hoewel onbekend is wat de impact van de *Training Toegankelijkheid* op lange termijn zal zijn als er steeds reorganisaties blijven plaatsvinden, waren medewerkers het er wel over eens dat het trainen van professionals en vrijwilligers een goede methode is om de sociale en fysieke toegankelijkheid van de welzijnsvoorzieningen te verbeteren.

- KAN, DOOR GROTERE SOCIALE TOEGANKELIJKHEID VAN BREDE WELZIJNSORGANISATIES IN AMSTERDAM EEN DEEL VAN DE GEVOLGEN VAN DE PAKKETMAATREGEL AWBZ WORDEN GECOMPENSEERD?

Door de AWBZ pakketmaatregel is de mate van toegankelijkheid bij welzijnsinstellingen in Amsterdam belangrijker geworden. Doordat mensen hun recht op persoonlijke of collectieve begeleiding om te participeren verliezen, zullen ze nu in staat moeten worden gesteld om zelfstandig deel te nemen aan activiteiten buitenshuis. Omdat verwacht wordt dat de druk op welzijnsinstellingen hierdoor vergroot wordt, is het belangrijk dat het personeel en de vrijwilligers goed om kunnen gaan met deze doelgroepen. Uit de theorie rondom toegankelijkheid en the social model of disability bleek al dat de roep om toegankelijkheid vooral van toepassing is op mensen met volgens Taylor (2005) 'traditionele' beperkingen, waarmee hij fysieke, zichtbare of duidelijke beperkingen bedoelt. Het lijkt er op dat toegankelijkheid in de praktijk inderdaad gemakkelijker vorm te geven is voor bepaalde doelgroepen. De resultaten uit de bezoekersinterviews wijzen er op dat het draagvlak onder

bezoekers om iemand met een beperking in hun midden te accepteren duidelijk hoger ligt bij mensen met een fysieke beperking, dan bij mensen met een psychiatrische of verstandelijke beperking. Tijdens de groepsgesprekken met medewerkers noemden ze zelf telkens het type beperking als oorzaak voor hun moeilijkheden bij het verbeteren van de toegankelijkheid.

Op basis van de verzamelde data kunnen, naast het type beperking, ook de volgende factoren onderscheiden worden: de duidelijkheid van een beperking, de mate waarin stigma een rol speelt en de mate waarin de communicatie beïnvloed wordt door de beperking (van Zal, 2012). Deze factoren hebben invloed op de mate van toegankelijkheid, die medewerkers voor de verschillende doelgroepen kunnen waarborgen. Dit kan betekenen dat de toegankelijkheid voor bepaalde doelgroepen beter geborgd kan worden dan voor andere doelgroepen. Hierdoor kan de AWBZ pakketmaatregel twee uiterste effecten hebben: ze kan de mate van zelfstandigheid zowel vergroten als verkleinen. Voor mensen die onduidelijke, gestigmatiseerde beperkingen hebben en die daarbij minder effectief in staat zijn hun behoefte om aanpassingen of hulp te communiceren, kan deze maatregel een negatief effect hebben. Toegankelijkheid voor deze mensen is daarmee volgens medewerkers een grotere uitdaging. Daarentegen is voor mensen met beperkingen die zichtbaar zijn, waar geen sprake is van een stigma en wanneer de communicatie, ook indien hulp nodig is, normaal verloopt, de toegankelijkheid gemakkelijker te waarborgen. Voor deze groep is toegankelijkheid wellicht een beter en efficiënter middel om sociale inclusie te bevorderen dan het aanbieden van individuele begeleiding.

Om de toegankelijkheid van (o.a.) de welzijnsvoorzieningen te waarborgen zouden de maatregelen ter bevordering ervan een structureel karakter moeten hebben. Ook hierbij is een onderscheid te maken tussen fysieke toegankelijkheid en sociale toegankelijkheid. Uit de interviews met bezoekers blijkt dat ze voor mensen met fysieke beperkingen vooral (de fysieke eigenschappen van) de *voorziening* van belang vinden voor de toegankelijkheid. Voor mensen met een psychiatrische of verstandelijke beperking of niet aangeboren hersenletsel vonden bezoekers vooral het *personeel* van belang voor de toegankelijkheid. Aanpassingen aan het gebouw voor mensen met een fysieke beperking lijken vaak blijvend; als er eenmaal een lift is, wordt deze meestal wel zodanig onderhouden dat hier gebruik van kan worden gemaakt. Toch hebben zich in de welzijnsvoorzieningen de afgelopen tijd behoorlijk wat veranderingen voorgedaan, die mogelijk invloed hebben gehad op de fysieke toegankelijkheid. Zo is door medewerkers van de tweede groepsgesprekken genoemd dat er grote aantallen panden van welzijnsinstellingen zijn gesloten. Hierdoor is de geografische toegankelijkheid of de bereikbaarheid van deze instellingen afgenomen, waardoor mensen die slecht ter been zijn niet meer kunnen komen. Bij het openen van een nieuw pand staat in een van de organisaties van de eerste groepsgesprekken de fysieke toegankelijkheid ter discussie. Er wordt genoemd dat het niet nodig is een lift te plaatsen voor de enkele

bezoeker in een rolstoel, en dat dit gemakkelijk gecompenseerd kan worden door het ‘even naar boven tillen van iemand’. Behalve dat dit ten koste gaat van de zelfstandigheid van iemand in een rolstoel, lijkt dit onverantwoord voor zowel de werknemers als de bezoeker met een beperking. Aan dit voorbeeld is te zien dat ook de fysieke toegankelijkheid in dit dynamische werkveld niet altijd structureel is en dat dit thema telkens moet worden verdedigd om de welzijnsvoorzieningen in de toekomst ook toegankelijk te houden.

De sociale toegankelijkheid is echter zowel volgens bezoekers als medewerkers vooral afhankelijk van mensen. Doordat medewerkers zelf ook wisselende buien hebben, en allemaal verschillend van elkaar handelen, kan de sociale toegankelijkheid steeds weer anders ervaren worden. Hierdoor lijkt het begrip nog meer fluïde of ongrijpbaar dan de fysieke toegankelijkheid. Hoewel in beleidsstukken wordt gepleit voor structurele in plaats van individuele aanpassingen, lijkt de sociale toegankelijkheid nauwelijks een structurele aanpassing, maar verandert het per moment doordat het grotendeels afhankelijk is van de mensen. Dit vraagt dan ook om blijvende investeringen in de kennis en kunde van zowel medewerkers als vrijwilligers, en mogelijk ook de samenleving.

- OVER WELKE COMPETENTIES DIENEN (A.S.) PROFESSIONALS IN HET SOCIAAL AGOGISCH DOMEIN TE BESCHIKKEN OM HET REGULIERE AANBOD OOK TOEGANKELIJK TE MAKEN OF HOUDEN VOOR MENSEN MET EEN BEPERKING?

Uit de interviews met bezoekers kwam naar voren dat in hun ogen de professionals van groot belang zijn voor het in stand houden van de toegankelijkheid van de welzijnsvoorzieningen. Professionals in welzijnsorganisaties zullen in de toekomst waarschijnlijk ook (nog) meer te maken krijgen met mensen met beperkingen. Waar in de (langdurige) zorg het aanbod mogelijk (nog) op nader te onderscheiden doelgroepen wordt gericht om de meest specifieke en gespecialiseerde zorg te kunnen leveren, krijgen professionals in het welzijnswerk waarschijnlijk te maken met mensen uit de buurt met verschillende typen beperkingen en met verschillende culturele of sociaaleconomische achtergronden. Bij het verbeteren van de toegankelijkheid zijn volgens medewerkers zelf de volgende competenties het meest van belang: geduld, sociale vaardigheden en flexibiliteit. Flexibiliteit is nodig om bijvoorbeeld met een beperkte fysieke toegankelijkheid toch naar een oplossing gezocht kan worden waardoor iemand mee kan doen. Sociale vaardigheden en geduld zijn van belang bij de omgang met bezoekers zowel met als zonder beperking.

In de eerste ronde groepsgesprekken is uitvoerig besproken dat een aantal medewerkers zich niet ervaren of kundig genoeg voelde om met bepaalde doelgroepen, zoals mensen met een psychiatrische beperking, om te gaan. De angst voor emotionele of agressieve uitbarstingen speelde een grote rol bij het ongemak en de onzekerheid die ze ervoeren bij deze doelgroep in het bijzonder. Over het algemeen werd gedacht dat voor mensen met

psychiatrische beperkingen, maar in mindere mate ook mensen met een verstandelijke beperking, meer specialistische kennis nodig is om deze doelgroepen te kunnen ontvangen.

Medewerkers waren niet alleen onzeker over hun eigen mogelijkheden om verschillende doelgroepen te ontvangen, maar zij gaven ook duidelijk aan dat zij niet in een ‘hulpverleners’ rol terecht willen komen. Het blijkt dat welzijnsmedewerkers zich ook van zorgmedewerkers willen onderscheiden door juist niet die specialistische kennis te hebben van één doelgroep. Zij willen zich onderscheiden door een bredere kennis van het combineren van groepen en het laten samenkomen van verschillende mensen. Het lijkt er dus op dat een generalistische kennis van doelgroepen alleen gepast is wanneer deze samengaat met specifieke kennis over het creëren van draagvlak en het stimuleren van samenwerking tussen verschillende mensen. Daarbij kan bij aparte, doelgroepgerichte activiteiten alsnog specialistische kennis van die doelgroep in huis worden gehaald.

F2 AANBEVELINGEN

Toegankelijkheid zou een duurzaam doel moeten zijn in het welzijnswerk. De medewerkers die aan het onderzoek hebben meegewerkt stellen dit haast uitdrukkelijk in de groepsgesprekken waarover in dit rapport is gerapporteerd. Voor hen is het ondersteunen van de zwakkere burgers een van de fundamenteën van het welzijnswerk. Tegelijkertijd laat dit onderzoek zien dat terwijl er enerzijds nadrukkelijk pogingen worden gedaan om te toegankelijkheid te verbeteren er tegelijkertijd ontwikkelingen gaande zijn die, in ieder geval in de ogen van de medewerkers, deze toegankelijkheid bedreigen: veranderingen in de organisatiestructuur, het sluiten en openen van panden en het wisselen van op dit terrein deskundig personeel. Tegelijkertijd heeft het onderzoek ook naar voren gebracht dat er, mede op basis van ervaringen, diverse mogelijkheden zijn om de toegankelijkheid van het welzijnsaanbod voor alle burgers, ook zij met een beperking, zo groot mogelijk te houden. Een deel van deze mogelijkheden worden tot slot gepresenteerd als aanbevelingen voor zowel de welzijnsorganisaties zelf als voor de voor deze sector verantwoordelijke beleidsmakers.

F2.1 EXTERNE SAMENWERKING

Uit de weergave van de groepsgesprekken met medewerkers blijkt dat er behoefte is aan een betere samenwerking. Daarbij gaat het dan met name om samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen, zoals de sociaal agogen en de beheerders. Expertise over de omgang met een groep of bepaalde mensen is vaak in huis; door beter op elkaar af te

stemmen kan die expertise binnen de locatie of organisatie verspreid worden. Daarnaast geven sommige medewerkers aan dat een goede samenwerking met de buurtregisseur en nabijgelegen ggz instelling er voor kan zorgen dat ze zich gesteund voelen om met mensen die anders gedrag vertonen om te gaan. Het is daarom aan te bevelen dergelijk samenwerking ook in de andere instellingen van de grond te tillen. Gezien de te verwachten ontwikkelingen in de langdurige zorg, waaronder inperken van de reikwijdte van de AWBZ onder gelijktijdige uitbreiding van de taken van de gemeente in het kader van de Wmo (TK 2012-2013) neemt het belang van een dergelijke samenwerking alleen maar toe. Mogelijk kan zo een antwoord gevonden worden op de op gang zijnde ontwikkelingen van residentiele zorg naar ambulante zorg naar servicepunten. Deze servicepunten kunnen ondergebracht worden in de Huizen van de Buurt, mits samenwerking met de meer gespecialiseerde (zorg)aanbieders is gegarandeerd.

F2.2 HET BELANG VAN SCHOLING

Uit het onderzoek komt naar voren dat, ondanks enige kritische kanttekeningen, de *Training Toegankelijkheid* een belangrijke, en gunstige rol, heeft gespeeld bij het vergroten van de sociale toegankelijkheid. De training heeft er, hoe dan ook en mogelijk vooral indirect, aan bijgedragen dat de medewerkers zich bewust werden van het onderwerp en van hun eigen aandeel daarin. Het trainen van medewerkers lijkt daarom een goede methode om toegankelijkheid actueel te houden onder de welzijnswerkers. Medewerkers zijn belangrijk bij het in stand houden van een toegankelijk welzijnsaanbod, vooral als het gaat om de sociale toegankelijkheid. Hoewel basiskennis over verschillende beperkingen nodig is voor het aanbieden van activiteiten voor verschillende doelgroepen, is het welzijnswerk niet doelgroepgericht. Specialistische kennis over bepaalde beperkingen lijkt dan ook ondergeschikt aan het belang van kennis en kunde van het creëren van draakvlak, het bevorderen van integratie en samenwerking juist tussen verschillende groepen mensen uit de buurt. Het zou dan ook een idee zijn om de scholing en training niet verder te richten op (specialistische kennis van) de omgang met een bepaalde doelgroep, maar juist op deze onderwerpen.

F2.3 INVLOED ORGANISATIESTRUCTUUR OP TOEGANKELIJKHEID

In bijna elk van de welzijnsorganisaties die aan dit onderzoek mee deden zijn de ouderwetse 'buurthuizen' van functie en soms zelfs van doelgroep veranderd. De activiteiten worden niet meer door de organisatie zelf aangeboden, maar ze verhuren ruimtes die burgers of organisaties kunnen inhuren indien ze een activiteit willen organiseren voor mensen uit de buurt. Uit de groepsgesprekken met medewerkers komt naar voren dat zij hierdoor het gevoel hebben dat de toegankelijkheid van hun aanbod in het gedrang is gekomen. Men is

het overzicht kwijt en mede hierdoor gaat ook de binding met de bezoekers verloren. Dit maakt het ook moeilijker voor ze om mensen uit de buurt te mobiliseren om bij te dragen aan het organiseren van een evenement of activiteit. Ook hierdoor dreigt de toegankelijkheid voor mensen met een beperking, niet alleen in de welzijnsorganisaties, maar ook die in de buurt of samenleving in zijn geheel, bedreigd te worden. Het verdient daarom aanbeveling om te zoeken naar een organisatiestructuur die een samenwerkingsverband stimuleert waarin de buurtbewoners en de rol van de professional beiden optimaal tot hun recht kunnen komen. Hierdoor wordt niet alleen de toegankelijkheid van het professionele aanbod groter, maar kunnen ook de sociale inclusie en sociale samenhang in buurten optimaal ontwikkeld kunnen worden. Er zou ook een oplossing gevonden kunnen worden voor een ander probleem dat door de medewerkers, maar ook door de bezoekers wordt gesignaleerd: een mogelijke onbalans tussen bezoekers met en bezoekers zonder beperking. Nu in toenemende mate een beroep gedaan wordt op burgers bij de opvang en ondersteuning van hulpbehoevenden, is het verbinden van sterkere en zwakkere burgers in de toekomst juist extra relevant.

F2.4 DUURZAME VISIE OP ROL EN POSITIE WELZIJNSVOORZIENINGEN

In zowel de eerste als de tweede ronde groepsgesprekken van de medewerkers kwam, zo is beschreven, een soort algehele vermoeidheid als gevolg van het almaar veranderende welzijnsklimaat naar boven. Als gevolg van bezuinigingen, ‘opdrachten’ van de gemeente Amsterdam en een in samenstelling veranderende doelgroep waren medewerkers erg negatief gestemd over hun werk. In de laatste ronden gesprekken maakten medewerkers duidelijk dat ze behoefte hadden aan continuïteit en dat ze vonden dat de organisatie hun visie op het welzijnswerk niet genoeg uitdroeg en verdedigde. Er werd in alle groepsgesprekken in deze ronde door medewerkers aangegeven dat ze het gevoel hadden te weinig ruimte te hebben om echt te werken aan de lange termijn doelen van het welzijn doordat ze telkens bezig waren met het navolgen van trends en opdrachten vanuit de Gemeente Amsterdam. Voor het behoud van de betrokkenheid en motivatie van de medewerkers, ook en misschien zelfs wel sterker waar het gaat om het behoud van de toegankelijkheid van het aanbod, lijkt het daarom van belang dat het management van de instellingen zelf de tijd neemt om een duurzame visie op inrichting, rol en mogelijkheden van welzijnsaanbod te formuleren. Hierbij moeten in vroeg stadium ook de medewerkers betrokken worden om een gezamenlijk draagvlak voor een toekomstige beleidsontwikkelingen te creëren. Juist omdat voor de realisatie van de beleidsvoornemens in AWBZ en Wmo een belangrijke taak bij de welzijnssector wordt neergelegd is een dergelijk draagvlak in feite een *conditio sine qua non*

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Baarda, D.B. (2009). *Dit is onderzoek! Richtlijnen voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.

Babbie, E. R. (2007). *The practice of social research*. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

van Beest-de Bruin, A., Dam, N., & Hengeveld, M. (2010). *Gevolgen pakketmaatregel gemeente Amsterdam en verdeelvoorstel compensatiemiddelen Eindrapportage*. Enschede: Bureau HHM.

Bryman (2008). *Social Research Methods*. Oxford: Oxform University Press

Buitenhuis, E. et al. (2012). *Onderzoek naar Toegankelijkheid van Sociale Welzijnsinstellingen in Amsterdam*. Amsterdam: HvA (leeronderzoek)

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care.
In: *American Psychologist*, 59(7), pag. 614.

DWZS. (2010). *Format aanvraag subsidie 2010 Opvang Effecten AWBZ -maatregel*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam - Dienst Wonen Zorg en Samenleven.

Frey, J. H., & Fontana, A. (1991). The group interview in social research.
In: *The Social Science Journal*, 28(2), pag. 175-187.

Gemeente Amsterdam (2008). *Wmo-nota 2008-2011. Samen voor de Stad. Kansen voor welzijn, zorg en participatie*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.

Gemeente Amsterdam. (2011, December). *Van WMO naar AWBZ, verkenning AWBZ begeleiding in Amsterdam*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Harmondsworth: Pelican Books.

Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill.
In: *British Journal of Psychiatry*; 1986 149:137-44; doi:10.1192/bjp.149.2.137

Houten, v. D. (2000). Inclusief burgerschap en sociale rechten.
In: *Tijdschrift voor Humanistiek*, (3) 1, pag. 1-10.

Huijben, M.E.M. (2008). Schaal en belangen in de gezondheidszorg (bijlage 3)
In: Raad voor Volkgezondheid en Zorg, *Schaal en zorg, Advies aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, Den Haag: RVZ

- Jordan, B. & Henderson, A (1995). Interaction Analysis: Foundations and Practice
In: *The Journal of Learning Sciences* , 4(1): pp. 39-103 .
- Kitzinger, J. (1995), Qualitative research. Introducing focus groups
In: *British Medical Journal*, 1995 Jul 29;311(7000):299-302.
- Klein, E. & Stoker, M. (2013). *Sociale Toegankelijkheid Welzijnsinstellingen in Amsterdam*. Amsterdam: HvA (leeronderzoek).
- Komter, A. E., Burgers, J. P. L., & Engbersen, G. (2000). *Het cement van de samenleving: Een verkennende studie over solidariteit en cohesie*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Krueger, R. A. (1997). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Kwekkeboom, R. (2010 e.v.) *Voorstel evaluatie-onderzoek 'Welzijn designed for all'*, Amsterdam: HvA (interne publicatie).
- Kwekkeboom, M. H., & Jager-Vreugdenhil, M. (2009). *De praktijk van de WMO: Onderzoeksresultaten lectoraten social work*, Amsterdam: SWP.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment.
In: *American Sociological Review*, 1989; 54:400–423. doi: 10.2307/2095613.
- Mulvany, J. (2000). Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder.
In: *Sociology of Health & Illness*, 22(5), pag. 582-601.
- Oliver, M. (1996). Defining impairment and disability: Issues at stake.
In: C Barnes & G. Mercer, *Exploring the divide* (pp. 29-54). Leeds: The Disability Press.
- OSA (2012). *Brochure Toegankelijk Welzijn door Deskundigheidsbevordering*. Amsterdam: OSA-Amsterdam.
- Regeerakkoord (2012), *Bruggen Slaan – regeerakkoord VVD – PvdA*, Den Haag: Rijksoverheid
- Rumping, S. (2011). *Beperking of mogelijkheid? Een onderzoek naar (het vergroten van) de toegankelijkheid van welzijnsinstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: UvA/HvA (leeronderzoek).
- Schuyt, C. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*, Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Sim, J. (1998). Collecting and analyzing qualitative data: Issues raised by the focus group.
Journal of Advanced Nursing, 28(2), 345-352.

Staatsblad. (2006). *Wet van 29 juni 2006, houdende regels betreffende maatschappelijke ondersteuning. Wet maatschappelijke ondersteuning*, jaargang 2006, nr 351.

Stewart, D.W. & Shamdasani, P.N. (1990). *Focus groups: theory and practice*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Strauss A. & Corbin, M. (1990), *Basics Of Qualitative Research - Techniques And Procedures For Developing Grounded Theory*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc

Swain, J., Finkelstein, V., French, S., & Oliver, M. (1993). *Disabling barriers - Enabling environments*. London: Sage Publications Ltd.

Taylor, R. R. (2005). Can the social model explain all of disability experience? perspectives of persons with chronic fatigue syndrome.

In: *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), pag. 497-506.

Timmermans, J.M., & Kwekkeboom, M.H. (2012). *De verwachtingen van de Wmo (anno 2008) – Analyse van een redeneerketen*. Amsterdam: Sorbus o.a.

TK (2007-2008a). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport. Tweede Kamer, Vergaderjaar 2007 /2008, 30 597, nr 15

TK (2007-2008b). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van volksgezondheid . Tweede kamerstukken, Vergaderjaar 2008 /2009, 30 597, nr 29.

TK (2008-2009a). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van volksgezondheid . Tweede kamerstukken, Vergaderjaar 2008 /2009, 30 597, nr 79

TK (2008-2009b). *Toekomst AWBZ*. Brief van de staatssecretaris van volksgezondheid . Tweede kamerstukken, Vergaderjaar 2008 /2009, 30 597, nr 129.

TK (2009 – 2010) *Toekomst AWBZ*. Brief van de minister van volksgezondheid. Tweede kamerstukken, Vergaderjaar 2009 /2010, 30 597, nr 152.

TK (2012 – 2013) *Toekomst AWBZ*. Brief van de minister van volksgezondheid. Tweede kamerstukken, Vergaderjaar 2009 /2010, 30 597, nr 296.

Valeras, A. (2010). "We don't have a box": Understanding hidden disability identity utilizing narrative research methodology.

In: *Disability Studies Quarterly*, Vol. 30 Issue 3, p 3-4

VWS. (1998). *Sturen op doelen, faciliteren op instrumenten: beleidskader lokaal sociaal beleid*. Rijswijk: Ministerie van VWS.

Weggeman, B., & Verhoeven, C. (2010). *Welzijn designed for all, Nulmeting Fysieke en Sociale Toegankelijkheid*. Amsterdam: Osa, Clientenbelang Amsterdam, Mee Amstel en Zaan, Amsterdamse Vriendendiensten

Warner, J., & Gabe, J. (2004). Risk and liminality in mental health social work.
In: *Health, Risk & Society*, 6(4), 387-399.

Zal, van, S. D. (2012). Een toegankelijke wereld voor mensen met verschillende beperkingen.
In: *Kijk anders, zie Meer. Tien jonge wetenschappers over disability studies* (pp. 18-31). Den Haag: ZonMw.

© Hogeschool van Amsterdam

juni 2013

Lectoraat Community Care

Kenniscentrum Maatschappij en Recht

Wibautstraat 80-86

Postbus 1025

1000 BA Amsterdam

www.hva.nl/communitycare