

ACHTERGROND

De Academische Werkplaats De-Institutionalisering is opgestart in maart 2022 en kan terugkijken op een lange voorgeschiedenis. In 2009 ratificeerde België het [Verdrag van de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap](#), als opstap voor de substantiële realisatie van de rechten van personen met een handicap. Het verdrag is bindend en steunt op een maatschappelijk engagement van welvaartsstaten, die de verantwoordelijkheid dragen om personen met een handicap als volwaardige burgers te includeren in het maatschappelijke leven.

De-institutionalisering wordt internationaal gekaderd als hefboom voor de realisatie van inclusie voor burgers met een handicap. De-institutionalisering fungeert ook als een sleutelbegrip in de ontwikkeling van beleid en praktijk voor personen met een handicap in Vlaanderen. **Niettemin is de invulling van het begrip de-institutionalisering zowel in internationale als Vlaams kringen gecontesteerd.**

Om die reden is er actueel in Vlaanderen een maatschappelijke urgentie om verder kennis op te bouwen over opvattingen en strategieën van de-institutionalisering, om innovatie in beleid en praktijk te ondersteunen. In die geest wil het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) de vinger aan de pols houden en blijven nagaan hoe Vlaanderen werk maakt, en in de toekomst werk kan maken, van de-institutionalisering en inclusie voor personen met een handicap.

Voor het [VAPH](#) lopen op dit moment, op het kruispunt met andere beleidsdomeinen, een veelheid aan initiatieven waar de sector van personen met een handicap op moet inspelen. Indien er geen stroomlijning gebeurt zullen de beleidsontwikkelingen elkaar tegenspreken of zelfs tegenwerken. De AWDI wil om die reden een langere tijd deze ontwikkelingen opvolgen om continuïteit en coherentie te creëren via een wisselwerking en dialogische kruisbestuiving van inzichten in beleid, praktijk en onderzoek. Bestaande en nieuwe kennis kan op die manier systematisch en procesmatig gebundeld, verder opgebouwd en gedeeld worden tussen de diverse betrokken actoren: personen met een handicap en hun informeel netwerk, zorgaanbieders, zorgprofessionals, beleidsmakers, en academici.

VISIE

Dominante opvatting van de-institutionalisering: 'residentie' versus 'gemeenschap'

Diverse relevante, internationaal gehanteerde richtlijnen promoten actueel een dichotomie tussen het 'te vermijden' gesegregeerd leven in residentiële, institutionele contexten, en het 'als wenselijk beschouwde' inclusief leven in de gemeenschap (zie onder meer de recent door de [European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care](#) ontwikkelde checklist, 2019). De dichotomie heeft historische wortels. Tijdens de decennia na WO werd een scherpe maatschappelijke kritiek geformuleerd op het de-humaniserende effect van residentiële instituties waarin personen met een handicap als objecten van zorg werden behandeld en afgezonderd van de samenleving in grootschalige residentiële instituten. Dit leidde tot een opvatting van de-institutionalisering waarbij het ontmantelen van grootschalige, residentiële voorzieningen voorop stond en er gestreefd werd naar het organiseren van zorg en ondersteuning in de gemeenschap, variërend van kleinschalige groepswoningen, zelfstandige woningen, en toeleiding naar sociale huisvesting. Dit resulteerde in het verder werk maken van inclusief leven, wonen, en werken via een uitbreiding en differentiatie van ambulante zorg en ondersteuning in de gemeenschap.

Niettemin is Vlaanderen een regio waarin onderzoek de trage respons tot de-institutionalisering aantoont, te begrijpen als de ontmanteling van residentiële voorzieningen. De ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hebben dan ook beleidshervormingen doorgevoerd om verder werk te maken van de-institutionalisering op basis van de vermaatschappelijking van de zorg en de invoering van persoonsvolgende financiering. Tijdens de implementatie van deze hervormingen blijven er, ondanks alle inspanningen van een grote verscheidenheid aan maatschappelijke actoren in Vlaanderen (zoals beleidsmakers, zorgverleners en professionals, belangenbehartigingsorganisaties, ouderinitiatieven, enzovoort), toch complexiteiten met betrekking tot de-institutionalisering en het streven naar gemeenschapsgerichte zorg en ondersteuning te bestaan in Vlaanderen.

Naar een dichotomie?

Bij de implementatie van het beleid zien we ongewild een tweedeling ontstaan, omdat het beleid gebaseerd is op de (ook internationaal) dominante opvatting van de-institutionalisering:

Het inclusiebeleid (gebaseerd op een 'support'-denken) blijkt zeer geschikt te zijn voor personen met een handicap die hun noden, behoeften en wensen kenbaar kunnen maken, rechten kunnen claimen, zorg kunnen inkopen en beheren. Hierdoor ontstaat ongewild een institutioneel zorgbeleid voor een *restgroep* van personen met handicap die niet aan deze eisen kunnen voldoen. De meest kwetsbare burgers met een handicap (interactie van diverse aspecten van kwetsbaarheid, zoals grote mate van zorgafhankelijkheid waardoor niet zelfstandig zorg geclaimd, ingekocht en gemanaged kan worden; meervoudige problematiek zoals gedrags- en emotionele problemen, wegloupedrag en agressie; geen sterk informeel netwerk; armoedeproblematiek en gebrek aan budget voor woonkosten, ...) blijven in een residentiële, institutionele context terecht komen, wat vaak de leefbaarheid in de residentiële voorzieningen onder druk zet zowel voor burgers met een handicap en de professionals die er werken.

Onderzoek toont aan dat personen met een handicap die fysiek in de gemeenschap zijn geïntegreerd niet per definitie de ervaring hebben er in de samenleving bij te horen. Wonen in de gemeenschap leidt vaak tot situaties waarin personen met een handicap niet substantieel beroep kunnen doen op een combinatie van handicap-specifieke expertise en ambulante, generalistische zorg en ondersteuning. Daarnaast toont onderzoek ook aan dat een institutionele cultuur met controlerende of onderdrukkende logica's en opvattingen over zorg en ondersteuning blijft spelen als mensen met een handicap in de gemeenschap wonen, dat zij het risico lopen in situaties van onder-bescherming terecht te komen, of dat er een gebrek is aan betekenisvolle interacties en relaties met anderen in de samenleving. Uitsluiting, stigmatisering en marginalisering zijn hierbij terugkerende vaststellingen. Dit verschijnsel wordt in internationaal onderzoek benoemd als 'institutionalisation at home', 'transinstitutionalisering', 'institution-like practices within community care', 'community institutions' of 'asylums without walls'.

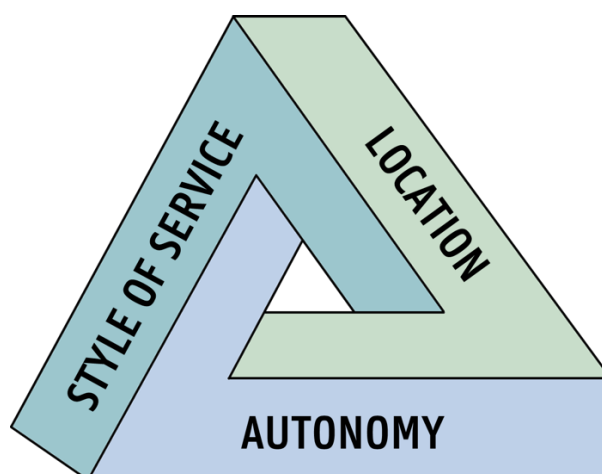
Voorbij de dichotomie

De Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (2018) wijst er op dat een institutionele setting of 'instituut' niet noodzakelijkerwijs door de grootte of de vormgeving van het gebouw wordt gekenmerkt of het aantal mensen dat er verblijft (zie ook Tossebro et al., 2012), maar wel door een gebrek aan autonomie en participatie in de samenleving van burgers met een handicap door het opleggen van voor-gestructureerde leef- en woonomgevingen. De-institutionalisering heeft dus niet alleen betrekking op de plaats en aard van de architecturale en ruimtelijke inbedding van de woonomgeving, maar ook op een institutionele cultuur. In die zin kunnen bijvoorbeeld kleinschalige leef- en woonomgevingen, waar een beperkt aantal personen met een handicap in de gemeenschap samenwonen, ook over een institutionele cultuur beschikken.

Dit betekent dat de academische werkplaats werk wil maken van de complexe uitdagingen die komen kijken bij de **verknoping van het woon-, welzijns-, en omgevingsbeleid** voor burgers met een handicap, en bij uitbreiding ook beleidsdomeinoverschrijdend en inclusief werken op het vlak van onder meer tewerkstelling, onderwijs, kinderopvang, lokale (sociale) economie, ... De academische werkplaats wil via de wisselwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek experimenteerruimte creëren, waarbij regelluwte en ruimte voor innovatie gemaakt wordt.

De Academische Werkplaats De-Institutionalisering hanteert en ontwikkelt een sociaal-ruimtelijk perspectief om de dominante opvatting van de-institutionalisering te herdenken. **Een sociaal-ruimtelijk perspectief biedt handvaten om de zorg te innoveren, ongeacht de leef- en woonomgevingen waarin burgers met een handicap wonen en leven:** zelfstandig in een huis, in kleinschalige wooninitiatieven, in residentiële voorzieningen, in sociale huisvesting, enzovoort. De innovatie betreft het inbedden van zorg en ondersteuning in een kwaliteitsvolle en inclusieve woonomgeving; waar burgers met een handicap maar ook een diversiteit van burgers zich thuis kunnen voelen. De innovatie kan zowel kleinere als grote sociaal-ruimtelijke ingrepen inhouden (gaande van het ontsluiten en opentrekken van residentiële zorgcampussen tot masterplanontwikkeling van nieuwe woonzorginitiatieven). Een kwaliteitsvolle woonomgeving kan een hefboom zijn om duurzame en inclusieve partnerschappen van zorg- en ondersteuning mogelijk te maken, waarin diverse formele en informele zorgverleners elkaar kunnen vinden om een positieve atmosfeer en leefklimaat vorm te geven. De beoogde innovatie vraagt ook een combinatie van een aangepaste woning, een buurt met nabije basisvoorzieningen, bereikbaar openbaar vervoer, mogelijkheden voor tewerkstelling, levenslang leren, vrije tijd, en een publieke ruimte die ontmoeting mogelijk maakt en accommodeert.

De Academische Werkplaats De-Institutionalisering omarmt bewust dit sociaal-ruimtelijk perspectief en stelt dat het debat evenals onderzoek over de-institutionalisering de volgende 3 elementen, als interafhankelijk en interagerend, bevat:

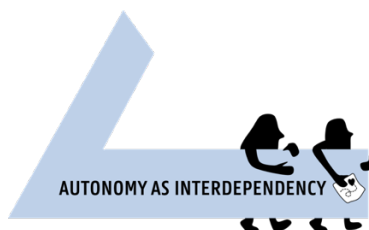




Differentiatie van locaties en woonzorgomgevingen

→ Verwijzend naar de leef- en woonomgeving van mensen met een handicap

1. PVF als hefboom
2. Ruimtelijke differentiatie obv sociaal-ruimtelijke omgevingsanalyse
3. Slimme, ruimtelijke inbedding, architectuur en infrastructuur
4. Inclusieve functies
5. Interdisciplinaire werkgroepen en samenwerking



Autonomie begrepen als inter-afhankelijkheid

→ Verwijzend naar de autonomie en universele interafhankelijkheid, inclusief voor de meest kwetsbare mensen met een handicap

1. Levenstransities en woonaspiraties
2. Institutionele cultuur en blijvende professionalisering
3. Horizontale of verticale organisatiestructuur
4. In beweging blijven overheen sociaal-ruimtelijke relaties en locaties



Kwaliteitsvolle, gedifferentieerde en interprofessionele zorg en ondersteuning

→ Verwijzend naar de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor mensen met een handicap

1. Evenwicht tussen zorg efficiëntie en leefbaarheid
2. Voorbij het hokjesdenken via intersectorale partnerschappen
3. Sociaal-ruimtelijk verankerde samenwerkingsverbanden
4. Personeelsomkadering en mandaat voor buurtgericht werken

Op basis van deze 3 elementen zal een **toetsings- en inspiratiekader** ontwikkeld worden.