



## EEN HALVE EEUW GEHANDICAPTENBELEID

Erik Samoy (1)

Het gehandicaptenbeleid kan met enige goede wil als een samenhangend sociaal beleidsprogramma worden gezien (2). Goede wil is vereist omdat dit beleid overkomt als een gefragmenteerd geheel van op verschillende tijdstippen tot stand gekomen regelingen en voorzieningen voor specifieke groepen gehandicapten. Dat er een gehandicaptenbeleid bestaat, is het gevolg van het proces van beleidsclassificatie, waarbij beleidsinstanties de bevolking indelen overeenkomstig maatstaven die aan beleidsoverwegingen zijn ontleend (Van Doorn, 1986). De beleidscategorie gehandicapten is geconstrueerd op basis van de sociale categorie gehandicapten. Dit zijn personen die het gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze, wat lichamelijke of geestelijke kenmerken betreft, 'anders' zijn dan het doorsnee individu. De beleidsmaatregelen komen evenwel niet tot stand op basis van het 'anders' zijn op zich, maar op basis van de gevolgen ervan op diverse maatschappelijke terreinen zoals arbeid, onderwijs enz. Dit verklaart waarom het gehandicaptenbeleid een onoverzichtelijk geheel lijkt te vormen. In deze bijdrage wordt nagegaan welke personen op welke basis aan de beleidscategorie gehandicapten toegewezen zijn en welk beleid er ten aanzien van die categorie werd en wordt gevoerd.

Een beleidsprogramma kan worden geanalyseerd door een antwoord te zoeken op de vragen: Wat wordt aan wie op welke wijze toegekend en hoe wordt dit gefinancierd? (Gilbert e.a., 1993). Met deze vragen wordt respectievelijk gepeild naar de aard van de voorzieningen en prestaties en de achterliggende beginselen (wat?); de criteria voor de afbakening van de sociale categorie, in casu 'de gehandicapten' die op deze voorzieningen en prestaties aanspraak kan maken (aan wie?); de organisatie van de dienstverlening (op welke wijze?) en de financiering ervan (hoe wordt dit gefinancierd?). Binnen het bestek van dit artikel beperken wij ons grotendeels tot de eerste twee vragen en tot de naoorlogse periode. Organisatorische aspecten komen slechts zijdelings aan bod.

## 1. WIE ZIJN DE GEHANDICAPTEN ?

### 1.1. Inleiding

Handicaps kunnen worden beschouwd als een sociaal probleem waarvoor het beleid door diverse maatregelen een oplossing poogt te vinden. Bij de studie van sociale problemen zijn de termen waarin deze worden geformuleerd niet onbelangrijk: "When terminologies change, when new terms are invented, or existing terms are given new meanings, these actions signal that something important has happened to the career or history of a social problem" (Spector, Kitsuse, 1977: 8). De categorie 'gehandicapten' wordt, naargelang de regeling en de periode waarin deze tot stand kwam, met verschillende namen aangeduid (3). Reeds voor de tweede wereldoorlog bestond er een regeling inzake financiële bijstand aan 'gebrekkigen en verminkten'. Na de oprichting van het Rijksfonds (1963) raakte het woord 'minder-validen' ingeburgerd, dat later in een wet betreffende de tegemoetkomingen (1967) wordt overgenomen. In de sociale-zekerheidsregelingen worden termen als 'invaliden', 'arbeids-ongeschikten', 'werkonbekwamen', enz. gehanteerd. In de jaren vijftig sprak men reeds van 'gehandicapten', maar juridisch duikt deze term voor het eerst op in K.B. nr. 81 (1967) ter oprichting van het Fonds voor de medische, sociale en pedagogische zorg voor gehandicapten (kortweg Fonds 81). Men vindt deze benaming ook terug in de wet van 1970 op het buitengewoon onderwijs en de wet van 1987 betreffende de tegemoetkomingen. De nieuwste aanwinst is de omschrijving 'persoon met een handicap' (Decreet betreffende het Vlaams Fonds, 1990). Behalve in de sociale-zekerheidsregelingen, waar nog steeds over 'invaliden' en 'arbeidsongeschikten' wordt gesproken, is 'gehandicapten' of 'personen met een handicap' een generieke term geworden, hetgeen volgens sommige commentatoren niet louter een uniformisering van het taalgebruik is: " la création de la catégorie 'handicapé' en tant qu'entité regroupant un ensemble de populations, ayant des intérêts communs procède d'une 'stratégie du flou' (...), dont l'enjeu consiste à masquer et pérenniser les principes mêmes des divisions au sein du champ du handicap" (Ebersold, 1992: 35).

Deze 'versluisde beginselen' waarop onderscheidingen in het beleidsveld handicap gebaseerd zijn, kunnen door middel van een onderzoek naar de omschrijving van de doelgroep in de diverse regelingen worden blootgelegd. Er bestaan talloze algemene definities van handicap en van soorten handicaps. Medici definiëren en verdelen de groep gehandicapten op basis van de oorsprong van de handicap en van de organen en lichaamsfuncties waaraan afwijkingen worden vastgesteld. In de regelingen ten behoeve van gehandicapten vinden we sommige van deze klinische onderverdelingen ('stoornissen', zie verder) terug. Ons onderzoek beoogt echter criteria te identificeren die gehandicapten als 'sociale categorie' definiëren. In deze benadering komen gehandicapten niet naar voor als personen die afwijken van het lichamelijk en geestelijk 'normaal' functionerende individu, maar als een sociaal geconstrueerde categorie die, op basis van de sociale gevolgen van lichamelijke of geestelijke afwijkingen, het voorwerp vormt van beleid. Naargelang het beleidsterrein (werkgelegenheid, onderwijs, zorg, enz.) komen andere criteria op de voorgrond. Deze criteria constitueren telkens populaties 'gehandicapten' die elkaar kunnen overlappen en die samen de doelgroep van het gehandicaptenbeleid vormen.

## 1.2. De constructie van de categorie gehandicapten

Uit het onderzoek van de naoorlogse regelingen blijkt dat de beleidscategorie gehandicapten door een samenspel van de volgende criteria tot stand komt: arbeids(on)geschiktheid, medische categorieën en de behoefte aan passende voorzieningen, zelfredzaamheid, ongeschiktheid om gewoon onderwijs te volgen, beperking van de sociale-integratiekansen. Naast deze vijf criteria besteden we kort aandacht aan het criterium behoefte dat vooral in het verleden bij de toegang tot voorzieningen een rol speelde. Personen die na de pensioenleeftijd gehandicapt worden behoren niet meer tot de doelgroep van het gehandicaptenbeleid. We gaan niet in op het onderscheid tussen bejaarden- en gehandicaptenbeleid maar wensen er toch op te wijzen dat het leeftijds criterium geen absoluut maar een maatschappelijk bepaald criterium is. Ten behoeve van de duidelijkheid bespreken we deze criteria een na een en geven daarbij telkens aan in welke regelingen elk criterium aan bod komt. Aangezien een regeling vaak op meerdere criteria gebaseerd is en zich in de loop der tijden verschuivingen hebben voorgedaan, waren herhalingen nu en dan niet te vermijden. Tot slot gaan we in op de toetsing van de criteria.

### 1.2.1. Arbeidsongeschiktheid

Twee belangrijke sociale-zekerheidsregelingen, te weten arbeidsongevallen en beroepsziekten, voorzien in uitkeringen voor specifieke groepen 'gehandicapten', namelijk personen die respectievelijk ingevolge een arbeidsongeval of een beroepsziekte arbeidsongeschikt zijn geworden. In de wetgeving inzake arbeidsongevallen en beroepsziekten wordt het begrip arbeidsongeschiktheid niet gedefinieerd, maar uit de rechtspraak blijkt dat hiermee het verlies of de vermindering van de economische waarde van de betrokkene dan wel de onmogelijkheid om het eigen beroep nog verder uit te oefenen wordt bedoeld (Donceel, 1993; Huys, 1991). In het kader van de ziekteverzekering worden uitkeringen toegekend op basis van 'verminderd verdienvermogen', hetgeen een andere omschrijving is van het arbeidsgeschiktheids criterium. Als het om uitkeringen gaat, is de arbeidsgeschiktheid zo doorslaggevend dat zelfs 'bijkomende kinderbijslag voor minder-valide kinderen' lange tijd op basis van de toekomstige 'arbeidsongeschiktheid' van het kind werd toegekend (Viaene, 1977). Sedert 1991 is een minimumpercentage invaliditeit (Officiële Belgische Schaal) en/of een bepaalde aandoening (bijlage van het K.B.) vereist en is het bedrag van de bijslag afhankelijk van de zelfredzaamheid van het kind (handleiding in de bijlage van het K.B.).

De wet op de tegemoetkomingen (1969) evenals de regelingen die erdoor werden vervangen, was bedoeld voor in medische termen omschreven categorieën van minder-validen (gebrekkigen en verminkten, gebrekkig-geborenen, blinden, doven, stommen, mentaal gehandicapten, chronisch zieken, enz.). Eén van de voorwaarden voor het verkrijgen van een uitkering was een bepaalde graad van blijvende arbeidsongeschiktheid. Deze regeling werd in 1987 vervangen door twee typen uitkeringen: de 'inkomensvervangende tegemoetkoming' - uitsluitend voor gehandicapten met een beperkt verdienvermogen - en de 'integratietegemoetkoming' voor gehandicapten met geringe zelfredzaamheid (zie verder). In het kader van de werkloosheidsverzekering

tenslotte wordt een onderscheid gemaakt tussen werklozen met normale, gedeeltelijke en zeer beperkte arbeidsgeschiktheid.

Prestaties van het intussen gecommunautariseerde Rijksfonds werden enkel verleend aan personen "voor wie de mogelijkheden van tewerkstelling werkelijk beperkt zijn wegens een ontoereikendheid of een vermindering van hun lichamelijke geschiktheid met ten minste 30% of van hun geestelijke geschiktheid met ten minste 20%". De ongeschiktheid mocht echter niet zo groot zijn dat "sociale reclassering van meet af aan onmogelijk was".

Hoewel de arbeidsgeschiktheid de grondslag is van al deze regelingen, is de meting ervan steeds een probleem geweest. De meetinstrumenten die voor sommige regelingen tot voor kort nog in gebruik waren (4), vinden geen genade in de ogen van deskundigen: "In feite pogen de barema's op basis van een medische hokus-pokus te zeggen hoeveel referteloon betrokkene nog zal kunnen verdienen tot het einde van zijn dagen. (...) Het is een koud kunstje om aan te tonen dat de hele methodiek pure mystificatie is, die enkel in leven kan blijven omdat men aan de geneeskunde geen vragen stelt omtrent haar werkwijze. Wie eenmaal beleefd heeft hoe een medisch barema wordt opgesteld, weet genoeg om nooit met zulk instrument zijn schade te laten meten" (Viaene e.a., 1990: 84-85). De meting van het 'verdienvermogen' in het kader van de invaliditeitsverzekering en de tegemoetkomingen (1987) is al even problematisch. Er moet immers onderzocht worden of de betrokkene (nog) een beroep zou kunnen uitoefenen op de 'algemene arbeidsmarkt', wat volgens deskundigen een onmogelijke opgave is (Maroy, 1991: 23) (5).

Het criterium arbeidsgeschiktheid speelt nog steeds een belangrijke rol bij de sociale constructie van de categorie gehandicapten. Het is van doorslaggevend belang voor de meeste uitkeringen en regelt ook de toegang tot voorzieningen van het Vlaams Fonds zoals tehuizen voor werkenden, tehuizen voor niet-werkenden of beschutte werkplaatsen. De werkplaatsen staan alleen open voor arbeidsongeschikten, d.w.z. personen die niet in staat zijn onder gewone arbeidsvoorwaarden een beroepsbezigheid uit te oefenen. Voorts worden functionele revalidatie, technische hulpmiddelen, woningaanpassingen en hulp bij vervoersproblemen nog steeds veel gemakkelijker aan nog arbeidsgeschikte gehandicapten verleend.

### *1.2.2. Medische categorieën (stoornissen) en de behoefte aan passende voorzieningen*

In twee regelingen die als dusdanig niet meer bestaan maar in een historisch overzicht zeker niet mogen ontbreken, het Speciaal Onderstandsfonds en het Fonds 81, alsmede in het kader van de functionele revalidatie, wordt de categorie gehandicapten aan de hand van medische criteria en de behoefte aan passende voorzieningen omschreven.

#### *1.2.2.1. Het Speciaal Onderstandsfonds*

Het Speciaal Onderstandsfonds werd in 1956 opgericht ter financiering van:

- "- onderhoud en behandeling der krankzinnige behoeftigen;

- onderhoud, behandeling en opvoeding in een speciale inrichting van aan geestes- of karakterstoornissen lijdende behoeftige kinderen;
- onderhoud, behandeling en opleiding van in een speciale inrichting geplaatste behoeftige doofstommen, blinden of aan een ernstig en ongeneeslijk lichaamsgebrek lijdende verminkten, om er onderricht te worden;
- onderhoud en behandeling van de behoeftigen die lijden aan een kwaal van tuberculeuze of kankerachtige oorsprong."

De categorie 'krankzinnigen' omvatte de bewoners van gesloten psychiatrische inrichtingen en de 'ten huize gesekwestreerden'. Een subcategorie daarvan waren de 'oligofrenen' die in de moderne terminologie 'mentaal gehandicapten' heten. 'Aan geestes- of karakterstoornissen lijdende kinderen, doofstommen, blinden en verminkten' zijn categorieën die we ook in latere regelingen aantreffen. Personen die 'lijden aan een kwaal van tuberculeuze of kankerachtige oorsprong' vallen vandaag onder de ziekteverzekering. Op het aspect 'behoefte', dat verwijst naar de inkomenssituatie, gaan we later in.

#### 1.2.2.2. *Het Fonds 81*

Het Fonds 81, dat vanaf 1967 grotendeels het Speciaal Onderstandsfonds verving en in 1990 in het Vlaams Fonds werd opgenomen, had tot taak 'de kosten te dragen van huisvesting, onderhoud, behandeling en opvoeding' van diverse, in medische termen omschreven categorieën gehandicapten: personen met motorische stoornissen, hersenverlamming, ademhalingsstoornissen, enz. Voor sommige categorieën gelden, naast het medische criterium, nog aanvullende vereisten. Deze betreffen de ernst van de stoornis voor personen met gezichts- of gehoorstoornissen ('zware' stoornis) en karakterstoornissen ('die neurotische of prepsychotische toestanden kennen'). Karaktergestoorde minderjarigen moeten behoefte hebben aan een aangepaste opvoeding. Meerderjarige gehandicapten komen enkel in aanmerking als ze zich niet op eigen krachten in het sociale leven kunnen inschakelen. Hiermee wordt het niet-medische criterium 'sociale zelfredzaamheid' in de Fonds 81-regeling ingebracht. Het wordt evenwel niet geoperationaliseerd.

De Fonds 81-categorieën zijn geen willekeurige verzameling stoornissen, ze weerspiegelen de kenmerken van de instellingenpopulatie bij de oprichting van het Fonds.

In het kader van het Fonds 81 werden diverse voorzieningen erkend en gefinancierd: internaten en semi-internaten voor kinderen en jongeren, tehuizen voor werkenden en voor niet-werkenden, dagcentra, kortopvangcentra en diensten voor gezinsplaatsing. De categorie gehandicapten bestaat in dit verband uit personen die aan de bovenvermelde vereisten voldoen en van wie de behoeften inzake opvoeding, behandeling, enz. in een voorziening van het Fonds kunnen worden bevredigd. De uitbreiding van het voorzieningenpakket in de jaren tachtig met thuisbegeleidingsdiensten en diensten voor begeleid en voor zelfstandig wonen heeft derhalve de automatische verruiming van het begrip gehandicapten in de zin van het Fonds 81 tot gevolg gehad.

### *1.2.2.3. Functionele revalidatie*

De categorie gehandicapten wordt eveneens op basis van medische criteria omschreven in het kader van de functionele revalidatie. Vroegere vielen prestaties zoals kinesitherapie en logopedie ook onder het Rijksfonds, nu behoren ze uitsluitend tot de ziekteverzekering. De huidige medische criteria zijn vervat in een nomenclatuur, waarop we in het bestek van dit artikel niet ingaan.

### *1.2.3. Zelfredzaamheid*

Een derde criterium dat bij de beleidsmatige definiëring van de categorie gehandicapten wordt gehanteerd, is zelfredzaamheid. Zoals we hierboven al vermeld hebben, speelt het een rol bij de toekenning van de integratietegemoetkoming, de toegang van volwassenen tot het Fonds 81 en de berekening van de 'bijkomende kinderbijslag voor minder-valide kinderen'. In al deze regelingen wordt het criterium zelfredzaamheid ruim gedefinieerd. De toegang tot de recentelijk opgerichte diensten voor zelfstandig wonen van het Fonds 81 of van het Vlaams Fonds (1990) wordt mede geregeld aan de hand van een enger gedefinieerd zelfredzaamheidscriterium, namelijk de zelfredzaamheid bij de activiteiten van het dagelijkse leven of kortweg de A.D.L.-zelfredzaamheid.

### *1.2.4. Ongeschiktheid om gewoon onderwijs te volgen*

In artikel 1 van de wet op het buitengewoon onderwijs worden gehandicapten omschreven als kinderen en adolescenten die, hoewel geschikt voor onderwijs, ongeschikt zijn om in een gewone school onderwijs te volgen. Dit criterium verwijst, evenals het arbeidsongeschiktheidscriterium, naar de onmogelijkheid om een specifieke sociale rol te vervullen. De wet voorzag in de indeling van het buitengewoon onderwijs in diverse typen op basis van de algemene en bijzondere opvoedingsbehoeften van specifieke groepen gehandicapte kinderen. De in 1978 bij K.B. ingestelde onderwijstypen zijn echter niet in pedagogische, maar veeleer in medische termen omschreven.

Het gehanteerde indelingscriterium is de aard en soms ook de ernst van de stoornissen waaraan de leerlingen lijden: lichte, matige of ernstige mentale handicap, karakterstoornissen, lichamelijke gebreken, ziekten, visuele of auditieve handicaps en leerstoornissen. De term handicap wordt in dit kader derhalve in een dubbele betekenis gebruikt, enerzijds 'de onmogelijkheid om gewoon onderwijs te volgen' en anderzijds een bepaalde stoornis.

### *1.2.5. Beperking van de sociale-integratiekansen*

In het decreet tot oprichting van het Vlaams Fonds, waarin het Rijksfonds en het Fonds 81 in 1990 in Vlaanderen zijn gefusioneerd, wordt een handicap omschreven als 'elke langdurige en belangrijke beperking van de kansen tot sociale integratie van een persoon ten gevolge van een aantasting van de mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke mogelijkheden'. Deze omschrijving sluit aan bij de definitie van handicap

in het kader van het Rijksfonds, maar ze is aanzienlijk ruimer. In de eerste plaats is de voorwaarde inzake lichamelijke of geestelijke geschiktheid vervangen door een ruimer en vager criterium, namelijk de aantasting van de mentale, psychische, lichamelijke en zintuiglijke mogelijkheden. Voorts is de vereiste inzake beperkte tewerkstellingsmogelijkheden vervangen door de ruimere voorwaarde dat de sociale-integratiekansen moeten gereduceerd zijn. De ernst van de handicap werd in de Rijksfondsregeling gemeten aan de hand van percentages (een vermindering met 20% of 30%) en van de 'reële' beperking van de tewerkstellingsmogelijkheden. In het Vlaams Fonds is het criterium de langdurigheid en ernst van de beperking van de sociale-integratiekansen.

### *1.2.6. Behoeftigheid*

Het niet beschikken over voldoende financiële middelen was een voorwaarde om in aanmerking te komen voor prestaties van het Speciaal Onderstandsfonds. In het Fonds 81, dat veel van de taken van dit fonds overnam en verruimde, gold deze voorwaarde niet meer.

De tegemoetkomingen voor gehandicapten waren vóór de tweede wereldoorlog sterk gebonden aan het behoeftigheids criterium, maar in de naoorlogse periode werd het aanzienlijk versoepeld. Naar aanleiding van de invoering van het bestaansminimum werden deze uitkeringen in 1974 echter opgesplitst in een basisbedrag, gelijk aan het bestaansminimum, en een toeslag en werd dezelfde middelentoets als voor de toekenning van het bestaansminimum opgelegd, zodat het behoeftigheids criterium opnieuw een grotere rol speelt. In 1987 werd het tegemoetkomingenstelsel nogmaals hervormd. Zoals we reeds bij de bespreking van het criterium arbeidsgeschiktheid hebben vermeld, zijn de tegemoetkomingen sedertdien opgedeeld in op het bestaansminimum afgestemde inkomensvervangende tegemoetkomingen en integratie-tegemoetkomingen. Voor beide soorten uitkeringen geldt een middelentoets. Het tegemoetkomingenstelsel is daarmee de enige regeling waarin het behoeftigheids criterium nog een rol speelt.

### *1.2.7. Toetsing van de criteria*

In het kader van belangrijke regelingen zoals de uitkeringen, het buitengewoon onderwijs en het Vlaams Fonds, is telkens een diagnostisch en controle-apparaat opgezet om de naleving van de criteria te toetsen. Soms worden echter ook afgeleide toelatingscriteria gehanteerd, in die zin dat het volstaat dat men voldoet aan de vereisten van een bepaalde regeling (meestal een uitkering) om recht te hebben op prestaties in het kader van een andere regeling. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de zogenaamde 'snippervoorzieningen' (vrijstelling van kijk- en luistergeld, reductie op spoorwegen en buurtspoorwegen, sociaal telefoontarief, enz.) en de 'voordelen' die door provincie- of gemeentebesturen worden toegekend. Een ander voorbeeld is het feit dat een aangepaste versie van het inschrijvingsverslag voor het Buitengewoon Onderwijs volstond om te worden ingeschreven in het Fonds 81. Het recentste geval is de versoepeling van de toelatingsvoorwaarden voor het Vlaams Fonds in 1993 voor bepaalde categorieën personen die de 'toets' van andere regelingen (buitengewoon

onderwijs, bijkomende kinderbijslag, integratietegemoetkoming, verlengde-minderjarigheids- of onbekwaamheidsverklaring) hebben doorstaan.

### 1.3. Discussie

De sociale categorie 'gehandicapten' wordt in de besproken regelgeving op basis van uiteenlopende criteria gedefinieerd. Gehandicapten zijn arbeidsongeschikten, personen met (gezondheids-)stoornissen die behoefte hebben aan passende voorzieningen, personen met beperkte zelfredzaamheid of die ongeschikt zijn om gewoon onderwijs te volgen of ook personen van wie de sociale-integratiekansen beperkt zijn.

Teneinde in deze veelheid van criteria enige ordening aan te brengen, hanteren we een conceptueel model dat in het kader van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1980) ontworpen is. Dit model is gebaseerd op drie basisbegrippen waarin de gevolgen van ziekten of letsels op drie niveaus worden beschreven:

- Stoornis:* iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie (orgaaniveau);
- Beperking:* iedere vermindering of afwezigheid (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering (persoonsniveau);
- Handicap:* een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of een beperking, welke de normale rolvulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht, sociaal-culturele achtergrond) begrenst of verhindert (sociale-contextniveau).

We bekijken de bovenvermelde criteria nu achtereenvolgens in het licht van dit begrippenkader. Vooraf zij nog opgemerkt dat een theoretisch criterium en de concrete toepassing ervan, b.v. de meting van arbeidsongeschiktheid aan de hand van een schaal, niet noodzakelijk op hetzelfde niveau thuishoren. Het is zelfs vaak zo dat bij de meting naar een lager niveau wordt versprongen. Ook deze verschuivingen bespreken we per criterium.

De definitie van handicap als arbeidsongeschiktheid is een definitie op het niveau van de sociale context, aangezien arbeidsongeschiktheid betekent dat men geen normale rol in het arbeidsproces kan vervullen. Metingen van arbeidsongeschiktheid aan de hand van barema's zijn echter gebaseerd op stoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen en situeren de beperkingen enkel in een zeer abstracte sociale context. Metingen van het verdienvermogen verwijzen wel naar een concrete sociale context wanneer het vóór de arbeidsongeschiktheid uitgeoefende beroep de referentiebasis is, maar blijven abstract als aan de 'algemene arbeidsmarkt' wordt gerefereerd.

De voorzieningen van het Fonds 81 hebben in wezen tot doel ervoor te zorgen dat gehandicapten normale sociale rollen kunnen vervullen (handicap-niveau), maar dit wordt nergens expliciet geformuleerd. De medische categorieën van het Fonds 81 zijn echter stoorniscategorieën. Enkel voor meerderjarige gehandicapten zijn via de voorwaarde dat het moet gaan om personen die "zich niet op eigen kracht in het sociale leven kunnen inschakelen" ook elementen van het handicap-niveau ingebracht.



In de regeling zelfstandig wonen zijn de ADL-beperkingen bepalend om in aanmerking te komen. De revalidatieprestaties in het kader van het RIZIV zijn gebaseerd op stoornissen en daaruit voortvloeiende beperkingen.

Het zelfredzaamheidscriterium dat in diverse regelingen gehanteerd wordt, situeert zich soms op het niveau van de beperkingen en soms op dat van de handicap. In de kinderbijslagregeling speelt zelfredzaamheid een rol bij de vaststelling van het bedrag van de uitkering. De toegang tot deze regeling is enkel afhankelijk van een stoorniscriterium (Officiële Belgische Schaal en/of lijst van aandoeningen).

De ongeschiktheid om gewoon onderwijs te volgen is een criterium op handicapniveau aangezien het verwijst naar de onmogelijkheid om de rol van gewone leerling te vervullen. In de organisatie van het buitengewoon onderwijs wordt echter gebruik gemaakt van stoorniscategorieën om gemeenschappelijke opvoedingsbehoeften van categorieën gehandicapten vast te stellen.

Het criterium 'beperking van de sociale-integratiekansen' dat in het kader van het Vlaams Fonds wordt gehanteerd, sluit aan bij het handicap-niveau van de WGO. In overeenstemming met het WGO-model wordt bepaald dat deze 'beperking' (in WGO-termen 'handicap') het gevolg moet zijn van stoornissen, d.w.z. aantastingen van de mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke mogelijkheden. In tegenstelling tot het model beperkt het Vlaams Fonds de handicap echter tot de langdurige en ernstige vormen ervan, terwijl het WGO-niveau van de beperkingen in de criteria van het Vlaams Fonds niet expliciet aan bod komt. Wat de operationalisering betreft, is de meting van handicaps aan de hand van het inschrijvingsdossier van het Vlaams Fonds in beginsel mogelijk.

We kunnen concluderen dat, met uitzondering van revalidatieprestaties en kinderbijslagen, in alle huidige regelingen bij de omschrijving van de doelgroep 'gehandicapten' min of meer expliciet wordt verwezen naar het niveau van de sociale context (handicap). Dit niveau wordt echter beperkt tot specifieke sociale rollen zoals de rol van deelnemer aan het arbeidsproces of leerling in het onderwijs. De enige regeling die het hele spectrum van sociale rollen bestrijkt, is die van het Vlaams Fonds waarin het begrip sociale integratie voorkomt.

Dit is voorts ook de enige regeling waarin expliciet het verband wordt gelegd tussen stoornissen en handicaps. Dit verband is natuurlijk impliciet aanwezig in alle regelingen ten behoeve van gehandicapten. Deze onderscheiden zich juist van regelingen op andere beleidsterreinen zoals werkloosheidsbestrijding of psycho-sociale zorg doordat zij bedoeld zijn voor personen die bepaalde sociale rollen moeilijk kunnen vervullen ten gevolge van een gezondheidsstoornis en niet wegens andere oorzaken zoals armoede of verstoorde gezinsrelaties. Het niveau van de stoornissen en/of de beperkingen is derhalve essentieel om het gehandicaptenbeleid als specifiek beleidsterrein te onderscheiden. Beleidsdifferentiatie gaat gepaard met territoriumconflicten die grotendeels verklaard kunnen worden door het streven van de beleidsvoerders om geen 'vreemde eenden' binnen te halen die op hun budget kunnen wegen. Een recent voorbeeld hiervan is de discussie over de vraag of licht mentaal gehandicapten, zwakbegaafden en karaktergestoorden nog toegang moeten krijgen tot de internaten en semi-internaten van het Vlaams Fonds. Dergelijke 'grensgeschillen'

kunnen ook ontstaan binnen het gehandicaptenbeleid zelf. Zo is de context waarin een ongeval zich voordoet of een ziekte ontstaat bepalend voor de regeling die op de gevolgen ervan van toepassing is (arbeidsongevallen, beroepsziekten, ziekteverzekering, tegemoetkomingen). Door de jarenlange praktijk zijn de scheidingslijnen in dit veld echter duidelijker getrokken dan in recentere zorgvoorzieningen.

In het verleden heeft men geprobeerd om handicaps nauwkeurig te meten, bijvoorbeeld aan de hand van schalen, maar gaandeweg zijn regelingen tot stand gekomen met algemenere bepalingen. Exacte metingen worden vereist wanneer schadevergoeding moet worden uitbetaald (b.v. na een arbeidsongeval) of een aanspraak op uitkeringen moet worden getoetst. Waar het gaat om dienstverlening wordt precisie blijkbaar niet nodig geacht. We hebben echter kunnen vaststellen dat metingen aan de hand van barema's en metingen van het verdienvermogen in de praktijk niet zo nauwkeurig zijn. Dit is niet enkel het gevolg van een ontoereikend instrumentarium, maar evenzeer van het feit dat de deskundigen die de instrumenten hanteren een grote vrijheid hebben. Dit leidt ertoe dat 'handicap', hier begrepen als arbeidsongeschiktheid, uiteindelijk toch een rekbaar begrip is: "Despite the intentions of the framers of disability benefit programs to make them highly restrictive through the vehicle of clinical criteria, the boundaries between the ability to work and disability remain extremely flexible. Disability determinations depend on diagnostic judgements which are themselves not overly reliable and are subject to manipulation by patients and physicians. (...) This indeterminacy and resultant flexibility of the disability category as an administrative device means that it is particularly subject to external pressures" (Stone, 1984: 138-139). De flexibiliteit waarop Stone wijst, is niet beperkt tot handicap in de zin van arbeidsongeschiktheid. Ze geldt ook voor alle andere criteria: in regelingen die gebaseerd zijn op stoornissen wordt de ernst ervan dikwijls niet vermeld, zelfredzaamheidsschalen laten veel ruimte voor interpretatie, de ongeschiktheid om gewoon onderwijs te volgen is zeer ruim interpreteerbaar, evenals de beperking van de kansen tot sociale integratie. Voor de beoordeling van deze criteria worden eveneens deskundigen ingeschakeld. Tot welke grote verschillen dit kan leiden, blijkt uit een onderzoek waarin vergelijkbare populaties kinderen door diverse geneesheren-inspecteurs werden beoordeeld met het oog op de toekenning van bijkomende kinderbijslag. De aantallen gunstige besluiten liepen tot 40% uiteen (Viaene, 1977: 11).

## 2. WAT HOUDT HET PROGRAMMA IN ?

Een overzicht geven van alle 'voordelen' die gehandicapten in het kader van het beleidsprogramma 'gehandicaptenzorg' kunnen genieten is onbegonnen werk. Zowel de bevoegde ministers als gehandicaptenverenigingen en wetenschappelijke instellingen publiceren regelmatig overzichten en analyses die tientallen zonet honderden bladzijden beslaan (Lammertyn, Henderieckx, 1990; Sociale Wegwijzer, 1990). Wij willen hier alleen enkele beginselen onder de aandacht brengen waarop het beleidsprogramma stoelt.

In vroegere tijden werden gehandicapten uitgeroeid, in instellingen opgeborgen, verheerlijkt als door God gezonden kinderen of getolereerd als object van liefdadigheid (Wolfensberger, 1975). In de verzorgingsstaat die na de tweede wereldoorlog werd

uitgebouwd, wordt het maatschappelijke optreden tegenover personen met een handicap gekenmerkt door vier dimensies: preventie, vergoeding, herstel en zorgverlening. Preventie veronderstelt dat zodanige omstandigheden worden gecreëerd dat schade wordt voorkomen of dat aanwezige schade niet erger wordt. Vergoeding houdt in dat de actuele of te verwachten schade (b.v. in het geval van kinderen) financieel gecompenseerd wordt. Herstel betekent dat de schade (zoveel mogelijk) weggewerkt wordt door middel van medische, paramedische, (ortho-)pedagogische en andere vormen van professionele interventie. Zorgverlening tot slot houdt in dat voorzieningen zoals tehuisen en dagcentra in het leven worden geroepen ten einde 'geschade' personen een menswaardig bestaan te garanderen.

De preventie van handicaps behandelen we hier niet, omdat deze dimensie grotendeels onder andere beleidsterreinen zoals de gezondheidszorg, de veiligheid en gezondheid op het werk en het verkeersbeleid valt. De overheid heeft haar preventieve inspanningen op al deze terreinen weliswaar opgevoerd, maar er zijn ook nieuwe risicofactoren bijgekomen ten gevolge van ongezonde leefgewoonten, veranderingen in het arbeidsproces en de ontwikkeling van de medische technologie.

De andere drie dimensies waren niet altijd even sterk aanwezig in het beleidsoptreden. In de periode van 1945 tot 1963 overheerste het vergoedingsbeleid in het kader van de toenmalige sociale-zekerheidsregelingen en de tegemoetkomingen aan gebrekkigen en verminkten. Bij wijze van zorgbeleid beperkte de overheid zich er in hoofdzaak toe het verblijf van behoeftige gehandicapten in particuliere instellingen via het Speciaal Onderstandsfonds te financieren. De hersteldimensie was in deze periode nog grotendeels afwezig. In de vooroorlogse wetgeving inzake tegemoetkomingen en vooral in de wet betreffende de scholing, omscholing en sociale herscholing van gehandicapten van 1958 komt deze dimensie weliswaar aan bod, maar de implementatie ervan komt pas na 1963 (wet op de sociale reclassering van mindervaliden) van de grond. Deze krachtige impuls wordt versterkt door de wet op het buitengewoon onderwijs van 1970. Rond dezelfde tijd heeft de oprichting van het Fonds 81 (1967) een grondige hervorming van het zorgbeleid tot gevolg. De invloed van deze beleidsimpulsen wordt echter pas duidelijk merkbaar in de jaren zeventig en tachtig die voor herstel- en zorgvoorzieningen een ware bloeiperiode vormen. Terzelfder tijd wordt ook het vergoedingsstelsel verder uitgebouwd. Vergoeding en zorgverlening raken in de loop van de jaren zeventig in elkaar verstrengeld doordat aan cliënten van Fonds 81-voorzieningen vanaf dan een eigen bijdrage wordt gevraagd die zij meestal van hun uitkering ('tegemoetkoming') betalen. Voorts wordt in de zorgverlening, met name onder invloed van nieuwe pedagogische theorieën, gaandeweg een hersteldimensie ingebouwd. Sedert de oprichting van het Vlaams Fonds in 1990 zijn zorgverlening en herstel in de Vlaamse Gemeenschap ten dele onder één beheer gebracht. De revalidatiesector van het herstelbeleid evenals het vergoedingsbeleid blijven een federale bevoegdheid.

We bekijken nu achtereenvolgens het vergoedingsbeleid, het herstelbeleid en het zorgbeleid ten einde na te gaan welke beginselen binnen deze drie dimensies het beleidsprogramma gehandicaptenzorg sturen.

## 2.1. Het vergoedingsbeleid

Uitkeringen voor gehandicapten variëren naargelang de oorzaak van de handicap (ongeval, ziekte, erfelijke aandoeningen, enz.), maar de sociale omstandigheden waarin de handicap ontstaat en vooral de positie van de betrokkene ten aanzien van het arbeidsproces zijn van doorslaggevend belang. Ontstaat de handicap in het kader van een arbeidsverhouding, dan zijn regelingen inzake arbeidsongevallen, beroepsziekten, primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit van toepassing. Personen die niet, nog niet of in beperkte mate aan het arbeidsproces deelnemen vallen onder regelingen zoals de tegemoetkomingen en de bijkomende kinderbijslag. Wanneer een handicap na de uittreding uit het arbeidsproces door pensionering ontstaat, dan kan enkel op specifieke regelingen voor ouderen een beroep worden gedaan.

Het uitkeringenstelsel is hiërarchisch opgebouwd, in die zin dat de uitkeringen hoger zijn naarmate de regeling waarbinnen ze worden verleend dichter aanleunt bij het arbeidsproces. Zo geven de arbeidsongevallen- en beroepsziektenregeling normaal recht op hogere uitkeringen dan de invaliditeits- en tegemoetkomingenregeling (Buisse, 1979).

Er is steeds vrij tevergeefs gepoogd om in het uitkeringenstelsel ook elementen van herstelbeleid op te nemen. Voor de tweede wereldoorlog werd herstel rechtstreeks gestimuleerd door aan de toekenning van uitkeringen ('tegemoetkomingen') voorwaarden inzake beroepsopleiding te verbinden. Zo is in de wet van 1928 bepaald dat gebrekkigen, "zo de omstandigheden dit toelaten", een beroepsopleiding of herscholing moeten volgen. In 1933 wordt de beperkende voorwaarde uit de wet geschrapt, maar dit levert geen betere resultaten op en de scholingsplicht wordt in de nieuwe wet van 1945 niet meer vermeld (6). In de naoorlogse periode wordt herstel in het kader van de tegemoetkomingen veeleer onrechtstreeks gestimuleerd. De integratie in het arbeidsproces wordt bevorderd doordat bij de berekening van tegemoetkomingen een bepaald bedrag aan beroepsinkomsten wordt vrijgesteld. In 1974 wordt dit beleid omgebogen. De hervorming van het tegemoetkomingenstelsel in dat jaar maakt het samengaan van een tegemoetkoming en een inkomen uit arbeid nagenoeg onmogelijk. Deze regeling wordt het jaar daarop al opnieuw versoepeld en in recente aanpassingen van de wetgeving (K.B. van 14 april 1993) staat arbeidsmarktintegratie opnieuw sterk op de voorgrond: het bij de toekenning van een integratietegemoetkoming vrijgestelde inkomen wordt opgetrokken tot het peil van het gewaarborgde maandloon. In het kader van de invaliditeitsverzekering is het mogelijk om, met behoud van de uitkering, een herscholing te volgen of het werk gedeeltelijk te hervatten ('progressieve tewerkstelling na ziekte'). Ook binnen de beroepsziektenregeling is herscholing mogelijk.

Uit de schaarse empirische gegevens blijkt dat deze regelingen weinig succes hebben. Pogingen om vergoedings- en herstelbeleid te verzoenen zijn blijkbaar tot mislukken gedoemd, omdat 'billijke' uitkeringen integratie in het arbeidsproces ontmoedigen. Dit probleem is overigens niet uniek voor ons land (Berkowitz, 1990).

In een residueel model van sociaal beleid zijn de normale mechanismen om behoeften te bevredigen het gezin en de vrije markteconomie (7). Uitkeringen aan gehandicapten zijn lange tijd uitsluitend geconcipieerd als alternatieve oplossing voor personen die

niet (meer) binnen een gezin of door eigen arbeid in hun behoeften konden voorzien. Vanaf het midden van de jaren zeventig drongen met name gehandicaptenverenigingen er steeds sterker op aan dat de band tussen uitkering en arbeidsmarktpositie zou worden losgelaten (8), en dat uitkeringen niet enkel het verlies van arbeidsinkomen, maar ook de extra-uitgaven wegens de beperkte zelfredzaamheid zouden dekken (Van Gorp, 1952; Demeester-De Meyer, 1977; Bijmens, 1978). De opdeling van de tegemoetkomingen in een basisbedrag en een toeslag in 1975 was een eerste stap in die richting. De nieuwe visie zet zich echter pas duidelijk door in 1987. Toen werden de tegemoetkomingen opgesplitst in inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen en werd het onderscheid tussen lichamelijk en mentaal gehandicapten als indelingscriterium voor de tegemoetkomingen verworpen (Van Buggenhout, 1988) (9). De 'familiale verantwoordelijkheid' speelt nog steeds een rol aangezien het bedrag van de tegemoetkoming afhangt van het gezamenlijke belastbaar inkomen van de gehandicapte en zijn echtgenoot of de persoon met wie hij een huishouden vormt (10). Het tegemoetkomingenstelsel is bovendien nog steeds gebaseerd op het behoeftigheids criterium want de toegang tot het stelsel wordt gereguleerd door een middelentoets.

Vanaf het begin van de jaren negentig klinkt echter de roep naar een 'cliëntgebonden budget' dat gehandicapten in staat moet stellen zich sociaal te integreren dank zij een individueel budget waarmee ze bij reguliere instellingen of op de particuliere markt technische hulpmiddelen en persoonlijke assistentie kunnen kopen (Huys, 1991: 616-618). Om dit streven te verwezenlijken zouden de financiële middelen van het zorgbeleid ten dele naar het vergoedingenbeleid moeten worden overgeheveld.

In een aantal westerse landen, en met name in de Verenigde Staten en in Nederland is het aantal uitkeringsgerechtigde gehandicapten en vooral het aantal gerechtigden op een uitkering die dicht bij het arbeidsproces aansluit de jongste twintig jaar zodanig gestegen dat er sprake is van een crisis (Stone, 1984; Hibbeln, Velema, 1993). De oorzaak van de explosieve aangroei moet worden gezocht in 'externe factoren' (Stone, 1984). Gezien de rekbaarheid van de categorie gehandicapten, in de zin van arbeidsongeschikten, kan deze gemakkelijk aangegrepen worden om arbeidsmarktproblemen, zoals een overschot aan oudere en/of minder rendabele werknemers op te lossen (Kohli e.a., 1991). In ons land worden deze problemen via de werkloosheidsuitkeringen en het bruggpensioen aangepakt. Dit betekent echter niet dat arbeidsongeschikten zich op de arbeidsmarkt kunnen handhaven want bijna één derde van de 'oudere' werklozen (+ 50 jaar) blijkt arbeidsongeschikt te zijn (Samoy, 1993a). Hoeveel arbeidsongeschikten er onder de bruggepensioneerden zijn, is niet bekend.

## 2.2. Het herstelbeleid

Hierboven hebben we erop gewezen dat de hersteldimensie voor de tweede wereldoorlog in het tegemoetkomingenstelsel vervat zat, maar er een sluimerend bestaan leidde. Onder meer onder invloed van buitenlandse voorbeelden werd in de jaren vijftig geijverd voor de versterking van de hersteldimensie ten einde gehandicapten in het arbeidsproces in te schakelen. De bevoegde Kamercommissie formuleerde dit streven als volgt: "In plaats van 'onderstand genietenden' moeten wij er 'producenten' van maken aan wie wij een nieuwe levenslust hebben geschonken"

(Kamer van Volksvertegenwoordigers, 1957). Herstel viel in die periode en ook nog lange tijd daarna samen met arbeidsgeschiedmaking. Het institutionele kader kwam tot stand bij de wet betreffende de scholing, omscholing en sociale herscholing van minder-validen (1958) en in de praktijk, vooral de wet op de sociale reclassering van minder-validen, waarbij het Rijksfonds werd opgericht (1963). Het Rijksfonds kreeg tot taak voor een specifiek segment van de gehandicaptenpopulatie, namelijk niet de heel licht, maar ook niet de heel zwaar gehandicapten (zie supra), individuele revalidatieprogramma's op te zetten. Zo'n programma kon bestaan uit: opsporing en inschrijving, medische en functionele revalidatie, advisering inzake beroepskeuze en opleiding, beroepsopleiding, bemiddeling en plaatsing of beschutte tewerkstelling. Om de programma's te verwezenlijken diende het Rijksfonds voor elke fase van het revalidatieproces aangepaste voorzieningen te creëren en/of te financieren. De beide bovengenoemde wetten verplichtten het bedrijfsleven ertoe gerevalideerde arbeidskrachten in dienst te nemen, maar de nodige uitvoeringsbesluiten zijn nooit genomen. Dit verklaart wellicht ten dele waarom de oorspronkelijke doelstelling van het herstelbeleid in het kader van het Rijksfonds, namelijk integratie in de reguliere arbeidsmarkt, niet verwezenlijkt werd en vooral de beschutte tewerkstelling werd uitgebouwd (Samoy, 1993b). Naast het Rijksfonds speelt ook de ziekteverzekering een belangrijke rol in het herstelbeleid op het gebied van de functionele en beroepsrevalidatie.

Een derde instrument van dit beleid is het in 1970 officieel opgerichte buitengewoon onderwijs, vanaf het midden van de jaren tachtig aangevuld met het geïntegreerde onderwijs. Vermelden we tot slot dat de hersteldimensie in de zorgvoorzieningen van het Fonds 81 gaandeweg aan belang wint (zie punt 2.3).

Kort na de oprichting van het Rijksfonds kwam er al kritiek op de eenzijdige arbeidsmarktgerichtheid ervan, die zowel in de omschrijving van de doelgroep als in de aard van de prestaties tot uiting kwam. Met de jaren versoepelde het Fonds zijn beleid, maar de grondhouding bleef ongewijzigd. In het Vlaams Fonds dat het Rijksfonds in 1990 verving, komen daarentegen alle gehandicapten beneden 65 jaar, ongeacht hun arbeidsmarktpositie in aanmerking voor bijstand tot herstel. Dit betekent echter niet dat de arbeidsmarktgerichtheid uit het herstelbeleid is verdwenen. De individuele revalidatieprestaties zijn sedert 1990 immers uit het Rijksfonds overgeheveld naar de ziekteverzekering die traditioneel sterk arbeidsmarktgericht is. Er zijn aanwijzingen dat dit ook in de toekomst het geval zal zijn.

De voornaamste trend in het naoorlogse herstelbeleid is dat herstel en arbeidsgeschiedmaking geleidelijk worden losgekoppeld en dat het beleid beoogt niet de arbeid maar het zelfstandige leven, desnoods als arbeidsloos bestaan, te bevorderen. Over deze doelstelling bestaat ruime overeenstemming, maar budgettaire overwegingen staan de verwezenlijking ervan in de weg. Het Vlaams Fonds heeft nog niet de verhoopte ingrijpende vernieuwing gebracht.

### **2.3. Het zorgbeleid**

In de negentiende eeuw was gehandicaptenzorg hoofdzakelijk het werkterrein van particuliere religieuze organisaties. Enkel de zorg voor gebrekkige kinderen behoorde

tot de taken van plaatselijke overheden. In het begin van de twintigste eeuw werden de gemeenten belast met het onderhoud en de verzorging van in instellingen verblijvende krankzinnigen, blinden, doofstommen en andere hulpbehoevenden. Hiertoe werd het door gemeenten, provincies en Staat gespijste 'Gemeene Fonds' opgericht. In 1920 werd de doelgroep verruimd tot de 'lichamelijk gebrekkigen' (Huybrechts, 1939). In 1956 ging het 'Gemeene Fonds' op in het uit de staatskas gefinancierde Speciaal Onderstandsfonds. Deze ontwikkeling is een voorbeeld van de overgang van in hoofdzaak particuliere zorg naar de verzorgingsstaat, met de stedelijke bijstandsorganisatie als overstap (De Swaan, 1989; Huyse, 1993). De taak van het Speciaal Onderstandsfonds werd in 1967 grotendeels overgedragen aan het zogenaamde Fonds 81.

Tot 1967 was het zorgbeleid enkel gericht op behoeftigen. De diverse fondsen droegen bij aan het onderhoud, de behandeling, de opvoeding en de opleiding van behoeftige gehandicapten in instellingen. Er werd een onderscheid gemaakt tussen 'opvoedbaren, half-opvoedbaren en niet-opvoedbaren', hetgeen erop wijst dat het beleid naast een zorgdimensie ook een hersteldimensie bevatte.

Bij de oprichting van het Fonds 81 in 1967 werd de doelgroep verruimd tot niet-behoeftigen en werden mentaal gehandicapten onderscheiden van krankzinnigen. De krankzinnigen werden verwezen naar psychiatrische inrichtingen die buiten het Fonds 81 vielen. Voorts werd een onderscheid gemaakt tussen internaten, semi-internaten en gezinsplaatsing. De taken van het Fonds 81 zijn opgesomd in de benaming ervan: Fonds voor de Medische, Sociale en Pedagogische Zorg voor Gehandicapten, maar welke soort zorg de afzonderlijke voorzieningen moeten verstrekken is niet in detail geregeld (11).

De oprichting van het Fonds 81 vormt het eindpunt en de bekrachtiging van een lange ontwikkeling die uitmondt in een afzonderlijk zorgstelsel voor gehandicapten, los van voorzieningen voor behoeftigen en krankzinnigen. De ontwikkeling van dit zorgsysteem in de periode 1967-1990 wordt gekenmerkt door de differentiatie van de voorzieningen, de oprichting van voorzieningen voor volwassenen en de versterking van de hersteldimensie onder invloed van nieuwe (ortho-)pedagogische en andere professionele methodieken. De totaalopvang in instellingen die overheerst in de periode vóór 1967 blijft in het Fonds 81 bestaan in de vorm van internaten voor kinderen en tehuizen voor werkenden en voor niet-werkenden. Deze voorzieningen worden echter geleidelijk aangevuld met semi-residentiële zorg (semi-internaten en dagcentra) en zorg in het thuismilieu (diensten voor thuisbegeleiding, begeleid wonen voor mentaal gehandicapten en zelfstandig wonen voor lichamelijk gehandicapten). Het zorgaanbod wordt sterk beïnvloed door de ideeën van wetenschappers, professionals en gehandicaptenverenigingen over personalisatie, normalisatie, sociale integratie en zelfstandig leven (Lammertyn, 1994). Wetenschappers beschrijven de eerste fasen van deze ontwikkeling als een verschuiving van het medische model naar het ontwikkelingsmodel (Bijnens e.a., 1978).

Sommige veranderingen kwamen als het ware spontaan tot stand. Zo leidde het ouder worden van gehandicapte kinderen 'automatisch' tot de oprichting van voorzieningen voor volwassenen. Nieuwe werkvormen en methodieken werden ingevoerd onder

impuls van het particulier initiatief, waarop de overheid met regelgeving en subsidiëring inspeelde.

In 1990 werd het Fonds 81, samen met het Rijksfonds (met uitzondering van individuele revalidatieprestaties die tot de federale bevoegdheid bleven behoren maar ondergebracht werden in de ziekteverzekering) opgenomen in het Vlaams fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap. In de Franstalige Gemeenschap bleven twee aparte structuren bestaan. De fusie was mogelijk dank zij de Staatshervorming van 1980 en was reeds gedeeltelijk uitgetekend in de eerste Vlaamse beleidsnota inzake gehandicaptenzorg (Steyaert, 1984). De hervorming heeft wel de doelgroep (zie supra) en ook de toegang tot het Fonds gewijzigd, maar heeft tot nu toe nog geen noemenswaardige vernieuwingen in het zorgsysteem opgeleverd.

### 3. CONCLUSIE

Hoewel het in de regel streng verboden is in de conclusie van een stuk 'nieuwe' ideeën aan te brengen, willen we dit overzicht van vijftig jaar gehandicaptenbeleid afsluiten met een paar algemene beschouwingen in plaats van de obligate samenvatting van hetgeen voorafgaat.

Onze opmerkingen hangen samen met het begrip categoriaal beleid. In elke moderne samenleving wordt de verdeling van goederen geregeld door ten minste twee verdelingsstelsels, één gebaseerd op arbeid en één gebaseerd op behoefte. Maatschappelijke regels moeten aangeven wanneer behoefte de overhand mag hebben op arbeid. De moderne verzorgingsstaat heeft dit probleem categoriaal opgelost. Het op behoefte gebaseerde verdelingsstelsel treedt enkel in werking voor specifieke groepen personen, namelijk personen waarvan wordt aangenomen dat ze wegens hun leeftijd en/of arbeidsgeschiktheid niet voldoende productief (meer) zijn. Concreet gaat het om ouderen, kinderen en gehandicapten (Stone, 1984).

Uit onze analyse van vijftig jaar gehandicaptenbeleid blijkt duidelijk dat het gehandicaptenbeleid, als vorm van categoriaal beleid bij uitstek, niet ontsnapt aan de dominantie van de arbeidsmarkt, maar in al zijn dimensies doordrongen is van referenties aan het arbeidsperspectief. Zo zit er in het uitkeringsstelsel een duidelijke hiërarchie die de arbeidsmarktpositie van de uitkeringstrekkers weerspiegelt. Aan tegemoetkomingen was lange tijd de verplichting tot herscholing met het oog op reïntegratie in het arbeidsproces verbonden. Later werd deze voorwaarde vervangen door onrechtstreekse prikkels om uitkeringstrekkers opnieuw aan het werk te krijgen. Van het vergoedingsbeleid lijkt enkel de kinderbijslagregeling zich van het arbeidsmarkt-perspectief te hebben losgemaakt.

Het herstelbeleid was vroeger volledig op arbeidsgeschiedtmaking gericht en deze doelstelling speelt nu nog op de achtergrond mee. Voorzieningen ter bevordering van het zelfstandige leven worden bijvoorbeeld nog steeds het gemakkelijkst toegekend aan gehandicapte mensen die nog arbeidsgeschikt zijn.

Ten gevolge van de 'ingebouwde' hersteldimensie ontsnapt ook het zorgbeleid niet aan deze dwang. Hoewel de relatie tussen ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en het



gehandicaptenbeleid een complexe kwestie is die zeker een diepgaande studie verdient, willen we tentatief het volgende opmerken.

Als sociale categorie die zich in de verzorgingsstaat aan het verdelingsstelsel op basis van arbeid mag onttrekken, zijn gehandicapten geen vast omschreven groep. Het is een flexibele categorie die 'in reserve' kan worden gehouden en opnieuw opgeroepen als er een tekort aan arbeidskrachten is. In de jaren zestig, toen de arbeidsmarkt zeer krap was, werd het herstelbeleid uitgebouwd en werd een restrictief uitkeringsbeleid gevoerd. Vanaf het midden van de jaren zeventig beleven we een tijd van hoge werkloosheid, waarin op de reguliere arbeidsmarkt geen behoefte meer is aan gehandicapte werknemers. Het herstelbeleid in het kader van het Rijksfonds richt zich in die periode dan ook in hoofdzaak op een vervangende arbeidsmarkt, in casu de beschutte werkplaatsen. Tegelijkertijd groeit het aantal uitkeringstrekkers. Personen die niet aan werk geraken kunnen terecht bij in het kader van het zorgbeleid gecreëerde voorzieningen.

De huidige toestand is paradoxaal. Het herstelbeleid en het zorgbeleid zijn in beginsel gericht op maatschappelijke integratie in ruime zin en deelname aan het arbeidsproces is daarvan een belangrijk aspect. In het beleidsdiscours staat deze doelstelling nog steeds voorop. Gezien de groeiende financiële last van de werkloosheid kan de overheid bovendien niet toelaten dat steeds meer personen zich aan het arbeidsproces onttrekken om van een uitkering te leven. Dit geldt niet enkel voor gehandicapten maar ook voor andere categorieën zoals bestaansminimumtrekkers (Luyten, 1993). In de praktijk is arbeidsreïntegratie van uitkeringstrekkers in de huidige economische situatie echter nagenoeg onmogelijk. De overheid grijpt derhalve naar andere instrumenten om de uitgaven onder controle te houden, zoals het korten van de uitkeringen en het beperken van de instroom. De hervorming van de WAO in Nederland en de voornemens van de Belgische regering om het tegemoetkomingstelsel te herzien gaan duidelijk in die richting (de Kam, Nypels, 1990; Gelderen, 1993; Vanbael, 1993).

Een ander paradoxaal element is de onverenigbaarheid tussen de officiële doelstelling van het huidige gehandicaptenbeleid, namelijk de maatschappelijke integratie en het instrument dat daartoe wordt gehanteerd, namelijk het categoriaal beleid. Maatschappelijke integratie impliceert dat zoveel mogelijk een beroep wordt gedaan op algemene voorzieningen, d.w.z. voorzieningen die niet bestemd zijn voor een specifieke probleemgroep. Nadat gedurende vijftig jaar op diverse gebieden zoals onderwijs, opleiding, werkgelegenheid, wonen en vervoer een afzonderlijk stelsel voorzieningen voor gehandicapten is uitgebouwd blijkt deze doelstelling bijzonder moeilijk te verwezenlijken. Het feit dat er categoriale voorzieningen voor gehandicapten bestaan, biedt algemene voorzieningen een goedkoop alibi om bijzondere inspanningen voor gehandicapten af te wijzen met argumenten als de complexiteit van de problematiek, het gebrek aan vertrouwdheid met deze groep en ... de beschikbaarheid van eigen voorzieningen voor deze groep. Voorts gaan op integratie gerichte programma's vaak in tegen institutionele belangen van de gevestigde categoriale voorzieningen. Op die manier is voor gehandicapten een afzonderlijke maatschappij in de maatschappij gecreëerd. Ze zitten niet meer vast in totaalinstituties, maar in een net-werk van speciale voorzieningen. Daaruit loskomen is een harde klus.

---

## VOETNOTEN

- (1) Mijn bijzondere dank gaat uit naar Lina Waterplas, socioloog, die een eerdere versie van dit artikel onderwierp aan het soort vernietigende kritiek waarvoor ze bekend staat.
- (2) Mijlpalen in de wetgeving inzake gehandicapten:  
1903: arbeidsongevallen  
1919: oorlogsslachtoffers  
1927: beroepsziekten  
1928: tegemoetkomingen voor gebrekkigen en verminkten  
1933: Idem  
1937: Idem  
1944: verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering  
1945: tegemoetkomingen voor gebrekkigen en verminkten  
1956: Speciaal Onderstandsfonds  
1958: scholing, omscholing en sociale herscholing van minder-validen  
1963: verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen  
1963: sociale reclassering van minder-validen (Rijksfonds)  
1963: beroepsziekten  
1964: bijkomende kinderbijslag voor minder-valide kinderen  
1967: medische, sociale en pedagogische zorg aan gehandicapten (Fonds 81)  
1969: tegemoetkomingen voor minder-validen  
1970: beroepsziekten  
1971: arbeidsongevallen  
1974: tegemoetkomingen voor minder-validen  
1987: tegemoetkomingen voor minder-validen  
1990: Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap.
- (3) Voor een uitvoerige behandeling van de terminologie die tot het midden van de jaren zeventig in gebruik was en die nu nog in vele regelingen voortleeft, zie: Wauters-Van Buggenhout, 1975: 18-45.
- (4) De volgende twee barema's werden gehanteerd: de Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de Graad van Invaliditeit, en de Medische Handleiding voor Gebrekkigen en Verminkten van het Ministerie van Sociale Voorzorg. Deze schalen omvatten lijsten van aandoeningen of letsels met een bijhorend percentage invaliditeit (b.v. verlies van een hand = 65%).
- (5) "De bespreking van de rol van de notie "algemene arbeidsmarkt" zal moeten uitgaan van de vaststelling dat het begrip, zeker in het kader van een arbeidsongeschiktheidsevaluatie, eigenlijk een fictie is" (Maroy, 1991: 23).
- (6) "Het voornaamste doel der wet (van 1928, n.v.d.a.) is het maatschappelijk wederopheffen van de gebrekkigen. Welnu, het dient erkend, dat het doel maar zeer onvolkomen werd bereikt. Het grootste deel der verleende uitkeringen werd besteed aan gebrekkigen die voor geen vakopleiding vatbaar zijn of die reeds opnieuw hun betrekking in de maatschappij hebben opgenomen (oude lieden

van 65 jaar oud, verpleegde gebrekkigen, huishoudsters, enz.)", De Minister van Nijverheid, Arbeid en Sociale Voorzorg in de Kamer der Volksvertegenwoordigers, Vergadering van 28-01-1932, Nr. 113, geciteerd in: Huybrechts, 1939: 48.

- (7) Hoe ernstig de familiale plichten voor de tweede wereldoorlog werden genomen blijkt uit het feit dat bij de berekening van de tegemoetkomingen niet alleen met het inkomen van de ouders maar ook met dat van broers en zussen rekening werd gehouden. Voorts kregen gehuwde vrouwen van 1933 tot 1937 geen tegemoetkoming wanneer ze reeds voor hun huwelijk "gebrekkig" waren. Een commentator uit die tijd betreurt zelfs dat deze regel door de hervorming van de wetgeving in 1937 werd afgeschaft: "Het is inderdaad logisch en normaal dat de man als hoofd van het gezin instaat voor het onderhoud van zijn gezin. Wanneer hij dus gehuwd is met een gebrekkige vrouw, dan heeft hij haar onvolwaardigheid gekend en geoordeeld dat deze voor zijn huwelijk geen beletsel was. De Staat moet derhalve deze families niet bevoordelen door geldelijken steun te verlenen, tenzij deze financiële steun gebruikt wordt voor heropleidingsdoeleinden." (Huybrechts, 1939: 57).
- (8) De voorzitter van de K.V.G.V. formuleerde dit streven al veel vroeger: "De Katholieke Vereniging voor Gebrekkigen en Verminkten ijvert daarom voor de uitbouw van een werkelijk sociale wetgeving, gebaseerd op de solidariteit tussen al de burgers van het land, die voor de werkonbekwamen - wat ook de oorsprong of de oorzaak van hun invaliditeit is - een vergoeding voorziet die hen moet toelaten een bescheiden, maar menswaardig leven te leiden, zodat de onzekerheid voor de toekomst en het schrikbeeld der ellende weggenomen worden". (Van Gorp, 1952: 81).
- (9) Mentaal gehandicapten en chronisch zieken komen nog maar sinds 1969 in aanmerking voor een tegemoetkoming (toen 'bijzondere tegemoetkoming' genoemd).
- (10) Voor de inkomensvervangende tegemoetkoming is dit een logisch gevolg van de afstemming op het bestaansminimum. Voor de integratietegemoetkoming is het minder vanzelfsprekend.
- (11) Omdat het zorgaanbod van deze voorzieningen zelfs in het begin van de jaren negentig nog steeds niet duidelijk omschreven was, belastte de Minister voor Welzijn en Gezin het Hoger Instituut voor de Arbeid van de KU-Leuven met een onderzoek naar de voorzieningen voor volwassenen (Molleman, Samoy, 1993).

## BIBLIOGRAFIE

- BERKOWITZ, M. (ed.) (1990), *Forging Linkages: modifying disability programs to encourage employment*. New York: Rehabilitation International.
- BIJNENS, L., F. LAMMERTYN, W. LEEMANS, W. DUMON (1978), *Het gehandicaptenbeleid: Knelpunten en beleidsaanbevelingen*. Brussel: Diensten van de Eerste Minister, Programmatie van het Wetenschapsbeleid.
- BUYSSE, B. (1979), 'Langdurig uitkeringsgerechtigden op een vervangingsinkomen', in: F. LAMMERTYN (ed.), *Meer kansen voor kansarmen. Een sociologisch onderzoek naar de welzijnszorg in Vlaanderen*. Zele: D.A.P. Reinaert Uitgaven: 225-237.
- DE KAM, F., F. NYPELS (1993), 'Het stuwmeer loopt over. Op weg naar anderhalf miljoen arbeidsongeschikten', *Intermediair*, 26 (45): 28-33.
- DEMEESTER-DE MEYER, W. (1977), *Geen gratis toegang. Sociale Integratie voor gehandicapten*. Kapellen: De Nederlandsche Boekhandel.
- DE SWAAN, A. (1989), *Zorg en Staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- DONCEEL, P. (1993), 'Arbeidsongeschiktheid in de ziekteverzekering en de professionele rsiscoverzekering', *Arbeidsongeschiktheid: Een blijvende uitdaging voor de arbeidsgeneeskunde*. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde, pp. 28-68.
- EBERSOLD, S. (1992), *L'invention du Handicap. La normalisation de l'infirme*. Vanves: Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur le Handicaps et les Inadaptations.
- GILBERT, N., H. SPECHT, P. TERRELL (1993), *Dimensions of Social Welfare Policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- HIBBELN, J.G., W. VELEMA (1993), *Het WAO-debâcle. De fatale missers van wettenmakers en uitvoerders*. Utrecht: Jan van Arkel.
- HUYBRECHTS, M. (1939), *Het vraagstuk der gebrekkigen in België*. Antwerpen: Standaard-Boekhandel.
- HUYS, J. (1991), 'De weerslag van het tewerkstellingsbeleid ten aanzien van personen met een handicap in België op hun arbeidsmarktpositie in de open arbeidsmarkt. Integratie of Segregatie?' *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 33 (okt-nov-dec): 595-629.
- HUYSE, L. (1993), 'De verzorgingsstaat is geen historisch toeval', *De Standaard*, 13-14, 8.
- KAMER DER VOLKSVERTEGENWOORDIGERS (1957), *Wetsvoorstel houdende oprichting van een Nationaal Instituut voor Wederaanpassing der Gehandicapten en Wetsvoorstel tot instelling van een "Herscholings- en Reklasseringsfonds voor Invaliden"*, Verslag namens de Commissie voor de Arbeid en de Sociale Voorzorg, uitgebracht door de heer Dieudonné.
- KOHLI, M., M. REIN, A-M. GUILLEMARD, H. VAN GUNSTEREN (1991), *Time for retirement. Comparative Studies of Early Exit from the Labour Force*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LAMMERTYN, F. (1994), 'Actuele uitdagingen bij de uitbouw van de zorg voor mensen met een handicap', *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 18 (176): 5-15.
- LAMMERTYN, F., S. HENDERIECKX (1990), *De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap. Voorzieningen en Overheidsbeleid*. Monografie 7: De gehandi-

- captenzorg. Leuven: Sociologisch Onderzoeksinstituut, Departement Sociologie, KU-Leuven.
- LUYTEN, D. (1993), *OCMW en Armeenzorg. Een sociologische studie van de sociale grenzen van het recht op bijstand*. Leuven: S.O.I. - Departement Sociologie, KU-Leuven.
- MAROY, L. (1991), 'De notie 'algemene arbeidsmarkt' in de sector ziekte- en invaliditeitsverzekering voor werknemers en zelfstandigen', pp. 3-47, in: D. SIMOENS (ed.), *Algemene Arbeidsmarkt en Sociale Zekerheid. Wetgeving, Rechtspraak, Praktijk*. Brugge: Die Keure.
- MOLLEMAN, C., E. SAMOY (1993), *Zorg op vraag? Een profiel van het zorgaanbod van voorzieningen voor gehandicapten*. Leuven: HIVA, KU-Leuven.
- SAMOY, E. (1993a), *Beroepsopleidingen voor personen met een handicap*. Leuven: HIVA, KU-Leuven.
- SAMOY, E. (1993b), 'Het werkgelegenheidsbeleid ten behoeve van gehandicapten: Aan vernieuwing toe', *De Gids op maatschappelijk Gebied*, 84 (8-9): 637-647.
- Sociale Wegwijzer Personen met een Handicap* (1990), Antwerpen: Kluwer Editorial.
- SPECTOR, M., J. KITSUSE (1977), *Constructing social problems*. Menlo Park (CA): Cummings.
- STEYAERT, R. (1984), *Een nieuw Vlaams gehandicaptenbeleid. Een aangepast EPOS*. Brussel: Kabinet van de Gemeenschapsminister van Gezin en Welzijnzorg.
- STONE, D.A. (1984), *The Disabled State*. Houndmills: Macmillan.
- VANBAEL, L. (1993), 'Zij hebben het geweten. Wij zullen het geweten hebben', *Handiscoop*, 48 (12): 6-7.
- VAN BUGGENHOUT, B. (1991), *Handicap en integratie. Het nieuw Vlaams fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap*. Brugge: Die Keure.
- VAN BUGGENHOUT, B. (1988), *Het nieuw gehandicaptenrecht. Commentaar bij de nieuwe wetgeving en recente evoluties in het beleid*. Brugge: Die Keure.
- VAN DOORN, J.A.A. (1986), 'Classificatie en Maatschappij', pp. 29-48, in: J.W. DE BEUS, J.A.A. VAN DOORN (eds.), *De geconstrueerde samenleving*. Meppel: Boom.
- VAN GELDEREN, R. (1993), 'De WAO is weer grotendeels gerevalideerd', *De Volkskrant*.
- VAN GORP, M. (1952), 'De wederaanpassing van de gebrekkigen en verminkten', *De Gids op maatschappelijk Gebied*, 43 (1): 81-92.
- VIAENE, J. (1977), 'Teken mij een gehandicapt kind. De definitie van het mindervalide kind in het regime van de kinderbijslagen voor loontrekkenden. Variaties op een thema van A. de Saint-Exupéry', *De Gids op maatschappelijk gebied*, 68 (11): 827-849.
- VIAENE, J., D. LAHAYE, J. VAN STEENBERGE (1990), 'Een Begrippenkader voor de hervorming van de sociale zekerheid', pp. 84-85, in: J. VIAENE, J. HUYS, M. JUSTAERT, D. LAHAYE, D. SIMOENS, J. VAN STEENBERGE (eds.), *Hervorming van de Sociale zekerheid: vanuit een nieuw begrippenkader?* Brugge: Die Keure.
- WAUTERS-VAN BUGGENHOUT, B. (1975), *Het Juridisch Statuut van de Minder-Valide*. Gent-Leuven: Story-Scientia.
- WHO (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization.
- WOLFENBERGER, W. (1975), *The Origin and Nature of our Institutional Models*. Syracuse: Human Policy Press.

