

VRAAGSTURING DOOR KOPERSGROEPEN

*Gerard Goudriaan, Erik Heydelberg en Susan Rietveld**

- * Gerard Goudriaan, Erik Heydelberg en Susan Rietveld zijn werkzaam op het adviesbureau Public Health Consultants (PHC) te Amsterdam. PHC is een bureau voor advies, onderzoek en ontwikkeling in de zorg (www.phc-amsterdam.nl)

Inleiding

Over vraaggerichtheid en vraagsturing is veel gezegd en geschreven. De kunst is nu om er zelf wat mee te kunnen doen (Verbeek 2002, p. 9). De praktijk leert dat dat steeds meer gebeurt. Cliënten, aanbieders en verzekeraars werken hard om vraagsturing en vraaggerichtheid in de praktijk daadwerkelijk inhoud te geven. Hoe ieder van deze partijen in de praktijk met het invullen van deze begrippen te werk gaat, wordt mondjesmaat, gefragmenteerd en nog onvolledig in de vakpers weergegeven. Dat kan ook niet anders, want alles is nog in volle ontwikkeling.

Ondanks deze beperking wordt in deze bijdrage de nog weinig onder de aandacht gekomen wereld van cliënten belichten: hoe geven zij vorm aan vraagsturing, hoe zijn zij 'doe-het-zelvers in woon-zorg-welzijn-land' (NIZW & SEV 2003)?

De term 'vraagsturing' staat hier bewust primair, omdat vanuit deze term de nadruk wordt gelegd op de stuwende rol die cliënten spelen bij het gestalte geven aan een betere afstemming tussen vraag en aanbod, het doel waar het uiteindelijk om gaat.

De beleidsdiscussie over het begrippenpaar vraaggerichtheid en vraagsturing heeft nooit eensluidende definities opgeleverd (Goudriaan & Vaalburg 1998; Goudriaan 1999; Rijckmans e.a. 2002). In de vergelijking van de verschillende soorten definities in de literatuur is door Rijckmans e.a. opgemerkt dat in de definities over vraaggerichtheid het accent ligt op het aanbod en wel op het handelen van de zorgaanbieders.

Bij vraagsturing ligt het accent op de vraag. Deze visie is ook te vinden bij Verbeek (2002, p. 13) die stelt dat bij vraagsturing de zorgvrager de actieve, verantwoordelijke en vaak regelende partij is, terwijl bij vraaggerichte zorg de zorgverleners die rol hebben.

De constatering van Rijckmans e.a. (2002) ligt aan de basis voor het logische onderscheid tussen vraaggerichtheid en vraagsturing. Vraaggerichtheid legt het accent op activiteiten vanuit het aanbod (*de gerichtheid van het aanbod op de vraag*) en vraagsturing op activiteiten vanuit de vraag (*de sturing van het aanbod door de vraag*). Hiermee zijn dit bij uitstek de begrippen geworden om de verschillende dynamieken te identificeren waarmee zorgaanbieders aan de ene kant en cliënten aan de andere kant vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar proberen af te stemmen.

Vraagsturing doet vooral recht aan de groep cliënten die veel zelf kunnen en willen regelen. Het betreft cliënten die het heft in eigen hand nemen en die, vaak met eigen financiële middelen zoals het persoonsgebonden budget (PGB), hun specifieke vraag op het terrein van zorg, wonen en welzijn aan het verwezenlijken zijn. Daar gaat deze bijdrage over, over mensen die zelf een zorgaanbod in elkaar zetten, die dienstverleners inzetten die goed voldoen aan hun behoeften; het zijn mensen die eerder zorgbouwer dan zorgvrager kunnen worden genoemd. Op hen is de term 'cliënt' eigenlijk niet meer van toepassing. Het zijn mensen die de regie in eigen hand nemen, hebben en behouden en die daarom nog moeilijk cliënt kunnen worden genoemd.

Over hoe mensen hun eigen vraagsturingsprojecten vormgeven en hoe vraagsturing in de praktijk plaatsvindt, wordt beschreven in de paragraaf Vraagsturing in de praktijk.

Een belangrijke vraag is welke voordelen deze initiatieven bieden. Hoe groot is hun inhoudelijke meerwaarde? Welke nadelen zijn eraan verbonden? Is het vele werk dat vaak hoort bij het opzetten en onderhouden van deze initiatieven wel de moeite waard? En is dit voor iedereen weggelegd? Deze zaken worden besproken in de paragraaf Voor- en nadelen van vraagsturing.

Een van de grote nadelen van vraagsturing is dat cliënten/zorgvragers/zorgbouwers/zelfregisseurs, of laten we maar gewoon zeggen mensen, een groot deel van hun tijd en energie moeten besteden aan het 'doe-het-zelf'-zorgbouwen. Dat roept de vraag op welke mogelijkheden mensen hebben om voor zichzelf optimale zorg te verwezenlijken, zonder dat zij 'directeur van hun eigen zorg-wonen-welzijn-onderneming' hoeven te spelen.

In de paragraaf Kopersgroepen zal de stelling worden onderbouwd dat die mogelijkheden er zijn als mensen hun eigen financiële middelen, zoals het PGB, maar ook uitkeringen en privé-vermogen, bij elkaar leggen om in gemeenschappelijk verband hun vraag te verwezenlijken. Deze groepen cliënten zijn te benoemen met de term 'kopersgroepen'. Een kopersgroep is een groep zorgvragers die met 'eigen' financiële middelen, die zij zelf beheren, in gemeenschappelijk verband zorg inkoop en arrangeert. In feite is dan sprake van vraagsturing door cliënten in groepsverband.

Kopersgroepen lijken op het terrein van zorg, wonen en welzijn een nieuw verschijnsel te zijn, maar ze borduren in enige mate – op een kleinere schaal en met andere doelen – voort op coöperatieve verschijningsvormen die zich al in de negentiende eeuw voordeden, zoals de coöperatieve ziekenfondsen. In de paragraaf Vormen van kopersgroepen worden enige vormen van kopersgroepen besproken.

Kopersgroepen als een collectieve vorm van vraagsturing laten zich in toenemende mate in de praktijk zien en hebben naar het zich laat aanzien een veelbelovende toekomst voor zich. Mogelijkheden voor de toekomst van kopersgroepen komen in de paragraaf Toekomst van kopersgroepen ter sprake.

1 Vraagsturing in de praktijk

Vraagsturing, opgevat als de sturing van het aanbod door de vraag, wordt gekenmerkt door minstens een van de volgende aspecten:

- bij vraagsturingsinitiatieven hebben cliënten de beschikking over eigen financiële middelen, meestal in de vorm van een *persoonsgebonden budget*;
- met beperkte of zonder PGB-financiering worden *initiatieven door mensen zelf* geïnitieerd of genomen.

Nog beperkt zichtbaar in de praktijk, maar wel duidelijk in opkomst is het verschijnsel dat PGB-houders met elkaar zorg inkopen.

1.1 Persoonsgebonden budget

Het totaal aantal mensen dat in juli 2004 gebruikmaakt van een persoonsgebonden budget, bedraagt volgens het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ruim 65.000. Er is een maandelijkse groei van 700 budgethouders en in 2004 zal voor 900 miljoen euro aan budgetten worden toegekend. Hoewel niet alle 65.000 budgethouders het heft in eigen hand

nemen en zelf een zorgpakket samenstellen – men kan het ook voor zichzelf laten regelen –, is het actief aan de gang gaan met een PGB wel de situatie die in de praktijk het meest voorkomt. Wat de precieze verhouding is tussen ‘passieve’ en ‘actieve’ PGB-houders, is niet bekend.

De PGB-houder, of zijn (of haar) vertegenwoordiger, is in het algemeen actief bezig om een op zijn leefwereld toegespitst aanbod te creëren. Hij is zelf de werkgever van de hulp(en). De PGB-praktijk laat zien dat het PGB mensen de mogelijkheid biedt ‘om hun leven meer dan ooit naar hun hand te zetten, zich te realiseren waar hun leven ook alweer over ging, hun eigen doelen te stellen en die doelen daadwerkelijk te verwezenlijken, volwaardig en als gelijke deel te nemen in de samenleving... Omdat ze zelf kunnen bepalen wie die hulp geeft, waar de hulp wordt gegeven, wat de hulp precies doet, op welke dagen van de week en op welke uren van de dag’.¹

Veel positieve – maar misschien wat gekleurde – ervaringen zijn te vinden in een tweetal boekjes van Per Saldo (Per Saldo 2001; 2004). Ze komen sterk overeen met de meer afstandelijke bevindingen van de diverse evaluatieonderzoeken naar de praktijk van het PGB (Van den Wijngaart & Ramakers 2004). De volgende voordelen van het PGB voor PGB-houders komen uit deze Per Saldo-boekjes te voorschijn:

- het kunnen kiezen van eigen mensen;
- ze dingen laten doen die voor de betrokkene belangrijk zijn;
- in het kader van ondersteuning kunnen kiezen voor activiteiten die niet regulier zijn, maar wel effectief blijken te zijn;
- het niet meer hoeven ervaren van betutteling;
- weer maatschappelijk actief kunnen zijn;
- vanuit het ritme van het huishouden de PGB-werkzaamheden kunnen laten uitvoeren;
- weer kunnen leven zoals men wil;
- de regie over het eigen huishouden weer terughebben;
- een enorme verrijking van het leven;
- er komen onvermoede en onbekende kwaliteiten naar boven, omdat de mogelijkheden daarvoor nu worden gecreëerd;
- erkenning van naasten en familieleden voor hun taken als verzorgers;
- meer flexibiliteit in het leven;
- grotere continuïteit met de hulpen;
- een meer persoonlijk element in de hulp en zorg;
- het minder afhankelijk voelen van de goedwillendheid van de mensen;
- gevoel van onafhankelijkheid wordt groter en daarmee de eigenwaarde.

De vele positieve ervaringen met het PGB zijn bijna te mooi om waar te zijn. Soms valt in de verhalen van PGB-houders tussen de regels door te lezen dat het niet allemaal rozengeur en maneschijn is, maar het schijnt dat die problemen dan toch wel weer worden opgelost. Een ander punt is of de kosten voor de budgethouder – in tijd en moeite – nog wel tegen de baten op wegen. Blijkbaar wel de vele positieve ervaringen bezien en blijkbaar zijn velen bereid tot de vereiste extra inzet, omdat zij er zo veel voor terug krijgen.

Om de extra inzet in de perken te houden zijn de afgelopen jaren in toenemende mate ondersteuningsstructuren voor en door budgethouders opgericht, bedoeld om de last van het ‘geregeld en gedoe’ voor de individuele budgethouder te verminderen.

Om meer inzicht te krijgen in hoe de onderlinge ondersteuning werkt, is het aan te bevelen de website van Per Saldo te bezoeken, met name de daar opgenomen links. Wat de links laten zien, is dat er veel mogelijkheden zijn gecreëerd om gebruik te maken van de inmiddels verworven kennis en inzichten van PGB-houders en dat er veel organisaties, zorginstellingen,

¹ Zie hiervoor de website van Per Saldo: www.pgb.nl; verder doorklikken naar Het PGB – Ervaringen.

particuliere bureaus en individuele hulpverleners zijn die zich als PGB-dienstverlener aanbieden. Ook zijn er websites van organisaties die kunnen worden ingehuurd om het PGB te helpen beheren. Het wordt duidelijk dat budgethouders er niet meer zo alleen voor staan dat het allemaal niet meer zo individueel hoeft en dat er niet zoveel wielen uitgevonden hoeven te worden als in het begin.

Het gaat goed met het PGB, maar zal dat in de toekomst ook nog het geval zijn? Als een donkere wolk hangen mogelijke verslechtingen in de lucht, die zouden kunnen samengaan met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Maar concrete uitspraken over de plaats van het pgb in de WMO zijn niet te ontdekken.

1.2 *Initiatieven door mensen zelf*

Het is indrukwekkend te zien hoe in een paar jaar tijd mensen steeds vaker het initiatief nemen om die zorg te regelen die voor hen passend is. Naast de situaties uit de praktijk van PGB-houders zijn er andere voorbeelden te geven. Ze zijn te vinden in het boekje *Heft in eigen hand* (NIZW & SEV 2003).

Het beschrijft een achttal initiatieven van cliënten als doe-het-zelvers in woon-zorg-welzijn-land. Het zijn beschrijvingen van wat mensen zelf voor elkaar kunnen krijgen als ze het heft in eigen hand nemen om hun woon- en zorgwensen te verwezenlijken. Het betreft onder anderen ouders met gehandicapte kinderen, mensen met een lichamelijke handicap, ouderen die extra zorg nodig hebben, mensen met een psychiatrische achtergrond en dak- en thuislozen. Om een beeld te geven om wat voor soort initiatieven het gaat, passeert een aantal kort de revue.

1 *Nachtopvang in zelfbeheer, Utrecht*

Nachtopvang voor en door daklozen via een kraakactie.

Bijdrage gemeente Utrecht: 200.000 euro. Ook het zorgkantoor was hierbij betrokken.

Uniek aspect: zelfbeheer. Begeleiding is louter ondersteunend.

2 *Woonwerkboerderij 't Berkske, Ulvenhout (gemeente Breda)*

Opgericht door ouders van kinderen met een verstandelijke beperking.

Huis waar kinderen kunnen wonen en werken. Op de boerderij wonen drie gehandicapte kinderen van ouders die dit initiatief startten. Er zijn nog negen andere kinderen geselecteerd. De ouders hebben een stichting opgericht en hebben het programma van eisen opgesteld. Zorgaanbieder doet nu de selectie van de kinderen en verzorgt de zorgcontracten. Er is begonnen met PGB's, maar die bleken niet toereikend. Financiering vond later plaats op basis van een persoonsvolgend budget, hetgeen nu weer zorg in natura is geworden. Ook is geld nodig via sponsoring.

3 *Alles-in-1-woning in Leiden*

Een gezin moet verhuizen, omdat huidige woning niet meer geschikt is voor meervoudig gehandicapt kind. Op een kavel wordt in overleg met de gemeente een geschikte woning gebouwd. Deze kan worden gefinancierd uit de overwaarde van het eerdere huis. Een kwart van de woningaanpassingen wordt betaald met WVG-gelden. Vader heeft van dit project een hobby gemaakt waarin hij veel tijd en deskundigheid heeft gestoken.

4 *Woongroep Mayur in Utrecht-Lombok voor Surinaams-Hindoestaanse ouderen*

Men heeft zelf een locatie gevonden, een oude loods, die is verbouwd tot een complex met 33 tweepersoonsappartementen en een gemeenschappelijke ruimte. Zorg en begeleiding vinden plaats op grond van goede afspraken met zorgaanbieder.

Bewoners betalen huur voor hun appartement en moeten meebetalen aan de gemeenschappelijke ruimte.

- 5 *Hoeve Corisberg, Heerlen*
Zorgboerderij voor mensen met een verstandelijke beperking, ontstaan uit een initiatief van ouders van een aantal deelnemers aan het project. Bedoeling is dat er gewoon gaat worden, op het moment van beschrijving van het project (mei 2003) wordt er alleen gewerkt. Financiering vindt plaats via of de participerende instelling of vanuit een PGB.
- 6 *Woonderij Eos en Zorghuis Helios, Zutphen*
De woonderij betreft een nieuwbouwproject op ecologische basis van ongeveer 35 huur- en koopwoningen. In een wijk als deze moet ook ruimte zijn voor speciale doelgroepen, zoals kinderen met meer meervoudige beperkingen. In het zorghuis komen elf kinderen, zes met een meervoudig complexe handicap en vijf met een lichte verstandelijke beperking. Wat financiering betreft, zal er een mengvorm komen van PGB en zorg in natura.
- 7 *Het Palet in Papendrecht, een woongroep voor mensen met een lichamelijke beperking*
Er is een stichting opgericht die als doel heeft het starten van een woongroep en het organiseren van huisvesting en zorg. De woongroep bestaat uit zeven leden. De woongroep is gehuisvest in een groep huizen waarin zich ook seniorenwoningen bevinden. Op de begane grond liggen de aangepaste woningen van de woongroep. Op de twee verdiepingen daarboven de seniorenwoningen. Financiering via PGB's of toenmalige PVB's (nu vermoedelijk zorg in natura) met aanvulling van fondsen.
- 8 *Us Dream, Leeuwarden*
Kleinschalige woonvoorziening waar zes kinderen met een verstandelijke en/of meervoudige handicap onder regie van de ouders zorg en begeleiding krijgen. Medewerkers komen in dienst van een zorgaanbieder en worden gedetacheerd bij stichting Us Dream. Us Dream heeft de regie over de aanpak en het aanstellingsbeleid.

Het is interessant te zien dat er veel verschillende manieren zijn om financiering te vinden voor de projecten. Geen van de genoemde initiatieven gaat alleen gepaard met het bezit van een persoonsgebonden budget. Er zijn andere financieringsvormen in gebruik, zoals een gemeentelijke subsidie of de WVG. In een aantal gevallen wordt zorg in natura gegeven. Kenmerkend voor alle initiatieven en, gezien de titel van *Heft in eigen hand*, de leidraad voor selectie is dat mensen zelf het initiatief nemen om een voor hen geschikt aanbod van de grond te tillen, dat ze het heft in eigen hand nemen. Soms wordt het eigen initiatief van de startfase doorgetrokken in het beheer en de regie over het project: men blijft eigen baas, ook omdat men zelf over eigen financiering beschikt. Soms is er een mengvorm waarin een zorgaanbieder wordt ingeschakeld om naast operationele werkzaamheden cliënten te selecteren en de zorgcontracten te verzorgen.

Wat opvalt is dat de initiatiefnemers zoveel werk moeten verzetten. Er moeten oplossingen voor financiële problemen worden gezocht, bureaucratische barrières overwonnen en veel inventiviteit, creativiteit, sociale vaardigheden en doorzettingsvermogen aan de dag worden gelegd. Voorwaar een zware opgave voor mensen die louter een oplossing voor hun woon-/zorgproblemen willen. Het reguliere aanbod heeft het niet in de aanbieding en de vrager rest niets anders dan het door hem gevraagde zelf te creëren. Een situatie die voor een deel te vergelijken is met mensen die zelf een eigen huis laten ontwerpen en laten bouwen, alleen is er voor zorgvragers nauwelijks of geen keuze, is er geen sprake van luxe en betrokkenen als financiers, gemeentelijke overheid en aanbieders zijn absoluut niet vertrouwd met de situatie en hebben er geen routine voor ontwikkeld.

Voor een afsluitende conclusie nemen we een uitspraak over van de samenstellers van de *Heft in eigen hand* die goed aangeeft welke kansen en hobbels er op dit moment liggen:

‘Het feit dat voorzieningen niet meer als totaalpakket in natura worden aangeboden, schept veel kansen. Het persoonsgebonden budget geeft cliënten de mogelijkheid hun budgetten samen te voegen en samen een eigen project op te zetten. Ze worden beschouwd als serieuze onderhandelingspartners en maken afspraken met woningcorporaties, zorgaanbieders en gemeente. Anderzijds zijn Nederlandse regels en wetten, zeker op het gebied van zorg en bouwen, niet klantvriendelijk en toegankelijk ingericht. Zelfs geroutineerde professionals kunnen struikelen op de eindeloze weg langs adviesorganen, bestemmingsplannen, verklaringen van geen bezwaar en zich het hoofd breken over het organiseren van alle gewenste voorzieningen. Voor buitenstaanders is het bureaucratische woud bijna ondoordringbaar, met alle frustrerende gevolgen van dien’ (NIZW & SEV 2003, p. 10-11).

1.3 Samen met een PGB

Het is vaak zwaar werk om een eigen zorgpakket samen te stellen, zeker als het op individuele basis plaatsvindt. Om goede, door de betrokkene gewenste zorg te krijgen, is het bijna nodig om zelf directeur te spelen. In de praktijk blijken enkele PGB-houders hier iets op gevonden te hebben om deze last te verminderen. Een mogelijke uitweg aan het individueel geworstel met een PGB blijkt het bij elkaar leggen van PGB’s te zijn.

Zo is er in Kennemerland door ouders van jonge kinderen met autisme de stichting Matthias opgericht. Het doel van de stichting is normaal begaafde jonge autisten te ondersteunen in het gezamenlijk zelfstandig begeleid wonen. Begeleiding werd ingehuurd door voor zes jongeren het budget samen te voegen. Om een gezamenlijke woonruimte voor elkaar te krijgen moest een stichting worden opgericht, die moet zorgen voor het beheer van de woonruimte en het ondersteunen van het inhuren van zorg voor de bewoners.

Voor personen met een verstandelijke handicap zijn er veel van dit soort initiatieven. Zo werd in *de Volkskrant* (15 november 2000) geschat dat in het jaar 2000 alleen al in de provincie Noord-Brabant 25 groepen met een dergelijk project bezig zijn. Het is het vaste patroon: ouders van hun verstandelijk gehandicapte kinderen zoeken lotgenoten, leggen de PGB’s van hun kinderen bij elkaar, richten een stichting of vereniging op, zorgen voor een onderkomen naar hun zin en nemen zelf personeel in dienst. Voor het welslagen zijn enthousiasme en een grenzeloos doorzettingsvermogen nodig. Om hiermee efficiënt om te gaan, ontstaan in toenemende mate verenigingen die initiatiefnemers verenigen en ondersteunen. Zo is er in Zuidoost Brabant vereniging De Sleutel (website: www.verenigingdesleutel.nl) waarin ouders van verstandelijke gehandicapten zich hebben verenigd om met het PGB van hun kind een aantal wooninitiatieven te ontwikkelen. Naar gelang de specifieke fase waarin zij zich bevinden, komen ze in een bij die fase horende werkgroep, respectievelijk als geïnteresseerd, daadwerkelijk op zoek en behorend bij een concrete woongroep.

Over een nog verder institutioneel doorgevoerde aanpak op het terrein van personen met een verstandelijke handicap rapporteerde onlangs *de Volkskrant* (22 juli 2004). Opmerkelijk is dat bij dit initiatief wordt uitgegaan van de franchiseformule waardoor participanten in een opgemaakt bed stappen, maar tegelijk het eigen initiatief kwijt zijn.

Hoe zit het systeem in elkaar? Een ex-reclameman, die geen goede opvang voor zijn verstandelijk gehandicapte zoon kon vinden, regelde met het PGB zelf een goede opvang,

gebaseerd op het gezinsmodel (een papa- en mamahuis met verpleegkundigen als inwonend echtpaar) voor zijn zoon en andere personen met een verstandelijke handicap: het Thomashuis. Dit nieuwe type opvang blijkt een groot succes, in tweeënhalft jaar zijn zestien Thomashuizen geopend. Ze zijn gebaseerd op het idee van het samenbrengen van acht tot tien verstandelijk gehandicapten in een bijzonder pand, het bij elkaar brengen van de PGB's, een echtpaar dat als zelfstandig ondernemer de begeleiding wil doen en dat vanuit de PGB's wordt betaald. En er is een franchiseformule. De stichting Thomashuizen vraagt aan de ondernemers 3% van hun jaarbudget voor overheadkosten als administratie, belastingaangifte en kwaliteitscontrole. Een belangrijk verschil met de hiervoor genoemde ouderinitiatieven is dat het begeleidend echtpaar de beslissingen neemt en niet de ouders van de bewoners. De stichting Thomashuizen ziet zelf als nadelen van de ouderinitiatieven de mogelijke verdeeldheid tussen de verschillende ouderparen, de grote afhankelijkheid van het personeel en de niet aflatende verantwoordelijkheid.

Uit het voorgaande kan het idee ontstaan dat de gezamenlijke initiatieven zich beperken tot de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Dit is echter niet het geval. Op andere terreinen komt het ook voor, maar vaak in een wat lossere, minder geïnstitutionaliseerde vorm.

Voor PGB-houders die aan samenwerking denken, maar nog niet goed weten hoe ze het moeten aanpakken, is er een handreiking verschenen (RPCP-DWO 2003).

In een aantal stappen wordt daarin aangegeven hoe men tot samenwerking kan komen en door bundeling van budgetten meer kan bereiken dan ieder voor zich. De stappen worden praktisch en concreet gemaakt met voorbeelden uit de praktijk. In de handreiking is ook een aantal voorbeelden opgenomen van mensen die hun PGB's bij elkaar hebben gelegd. Eén voorbeeld daaruit willen we graag onder de aandacht brengen.

De Stichting U wenst, van budgethouder Wim Spijker heeft al een tamelijk geïnstitutionaliseerde vorm. Spijker beschikte via het PGB eerst over medewerkers van een thuiszorgorganisatie. Ze moesten zich echter houden aan de richtlijnen van de organisatie. Wim Spijker wilde echter een aantal vaste medewerkers selecteren, zelf de taken vaststellen, mensen laten werken in overleg met hem, op tijden dat hij hulp nodig had. Dat was op dat moment bij de thuiszorg niet mogelijk. Daarom heeft hij zelf een stichting opgericht waarbij de medewerkers in dienst traden. Meer budgethouders sloten zich hierbij aan of door werknemers in de stichting onder te brengen of door uren bij de stichting in te kopen. Inmiddels is een eigen administrateur aangesteld. Daarnaast zijn er afspraken met de regionale thuiszorgorganisatie. Door een combinatie van contracten en afspraken ervaren de budgethouders zowel de zekerheid van een grote organisatie als de vrijheid en flexibiliteit van eigen medewerkers voor hun ondersteuning en hulpverlening.

Het bij elkaar leggen van PGB's en het daarbij verdelen van taken zijn manieren om de individuele last van het regelen van een eigen dienstenstructuur te verminderen. Ook creëert men door een grootschaliger aanpak mogelijkheden die voor een individuele budgethouder niet zijn weggelegd. Maar vergeleken met het vrije initiatief van een individueel, niet samengevoegd persoonsgebonden budget moet men wat inleveren: er moet worden samengewerkt en gemeenschappelijke doelen worden vastgesteld waarbij onderlinge verdeeldheid snel om de hoek kan komen kijken. Je levert enige vrijheid in waarvoor je wat minder zelf hoeft te regelen. En bij een meer geïnstitutionaliseerde aanpak als bij de Thomashuizen kan de beperking van vrijheid nog groter worden, wat geen bezwaar hoeft te zijn als het door hen geleverde aanbod past bij de wensen en behoeften van de budgethouder.

Maar het heeft wel een prijs: er worden extra kosten gemaakt en die overheadkosten moeten de budgethouders betalen.

Het bij elkaar leggen van PGB's is zich aan het ontwikkelen, maar het komt in de praktijk nog maar mondjesmaat voor. Het kan een goede oplossing zijn. Wel doet zich het dilemma voor van het opofferen van individuele vrijheid (minder heft in eigen hand) aan de ene kant en het opvoeren van efficiëntie (het besparen van veel tijd en moeite) aan de andere kant.

2 Voor- en nadelen van vraagsturing

De voorbeelden uit de praktijk met vraagsturing laten zien dat er in een paar jaar tijd een hele wereld is ontstaan van aan de weg timmerende mensen met een door henzelf samengesteld en geregeld zorgpakket. Het benoemen van deze wereld met de term 'vraagsturing' geeft het verschil in dynamiek aan tussen vraaggerichtheid en vraagsturing. Bij vraaggerichtheid ligt het voortouw bij de aanbieder die zo goed mogelijk wil voldoen aan de vraag van de cliënt en daarvoor adequate initiatieven onderneemt. Bij vraagsturing ligt het voortouw bij de cliënt/zorgbouwer die of actief een eigen zorgpakket samenstelt of – wat passiever – zich aansluit bij gelijkgezinden.

Er is nog een ander verschil. Vraagsturing heeft een duidelijke meerwaarde. In het voorgaande is een aantal positieve ervaringen met betrekking tot vraagsturing opgetekend.

Die kunnen met de volgende punten worden samenvatten:

- goede matching tussen zorgvrager en zorgaanbieder, zowel qua persoon als qua vaardigheden;
- het centraal kunnen stellen van de eigen leefwereld van de cliënt;
- grotere effectiviteit van hulp en ondersteuning door op maat gesneden oplossingen die binnen het reguliere aanbod niet of slechts moeizaam mogelijk zijn;
- grotere maatschappelijke participatie;
- een hogere kwaliteit van leven.

Het constateren van deze inhoudelijke meerwaarde is een relevant punt, omdat in discussies over de rol van verzekeraars en aanbieders bij vraaggerichtheid/vraagsturing vaak het volgende naar voren komt: laat hen goed naar hun klanten luisteren, laat hen goede contracten met elkaar afsluiten, zorg dat aanbieders hun aanbod goed op de vraag afstemmen, dan is er dezelfde uitkomst en de klanten wordt veel werk uit handen genomen.

Waarom moeten mensen zoveel werk doen om tot goede zorg te komen, als anderen dat ook voor hen kunnen doen? Uit de praktijk blijkt dat het antwoord van een toenemend aantal klanten op deze vraag is dat aanbieders/verzekeraars niet kunnen bereiken wat wel via vraagsturing kan worden bereikt.

En er is nog een reden. Die kan worden benoemd als het zoeken van binding van sociale netwerken. Ouders van gehandicapte kinderen bijvoorbeeld creëren een gegarandeerde toekomst voor hun kinderen als ze er zelf niet meer zijn. Zestigers die samen met gelijkgestemden een woongroep voor ouderen oprichten, doen dit ook om nieuwe sociale netwerken tot stand te brengen, naast de traditionele mantelzorgpraktijken in familie- en gezinsverband.

Ondanks de inhoudelijke meerwaarde van vraagsturing en de soms daarmee verbonden binding van sociale netwerken pleiten we niet voor zoveel mogelijk vraagsturing. We zijn het met Verbeek (2002 p. 13) eens dat beide soorten van afstemming tussen vraag en aanbod legitiem zijn en belangrijk voor cliënten en dat vraagsturing in principe vooral recht doet aan de groep cliënten die zelf veel kan en wil regelen. Misschien dat in deze gevallen vraagsturing de voorkeur moet krijgen, maar het is de cliënt die een keuze moet maken. Een belangrijk

punt dat om verder onderzoek vraagt, is het benoemen van de voorwaarden en situaties waaronder ieder van de benaderingen de meeste kans en het meeste succes heeft.

Vraaggerichte zorg en vraaggestuurde zorg moeten dus naast elkaar worden ontwikkeld waarbij de cliënt uiteindelijk de keuze heeft. Het volgende voorbeeld laat zien dat cliënten ook zelf graag die keuze willen maken:

‘Een tijdje heb ik het persoonsgebonden budget gebruikt om de regie over de zorg en hulp te krijgen. Sinds ik een eigen bedrijf aan huis heb gestart, wil ik daar niet meer zo mijn energie aan wijden. Daarom ben ik in een Fokusproject gaan wonen, waar in principe alles geregeld is aan 24-uurszorg. Dat scheelt mij een hoop tijd. Dat ik wat minder inbreng heb in wie mij verzorgt, neem ik nu voor lief’ (Verbeek 2002, p. 13).

Dit voorbeeld geeft aan dat de vraag tegen welke kosten, energie en moeite een cliënt zijn pakket moet samenstellen een belangrijke rol speelt en tot verschillende keuzes kan leiden. Het laat zien hoe vraaggerichte en vraaggestuurde zorg complementair in tijd en plaats zijn: ze vullen elkaar aan en staan in een dynamische relatie tot elkaar.

Op de achtergrond spelen daarbij de volgende vragen een rol.

- Zijn degenen die nu aan – collectieve – vraagsturing doen, voorlopers van een veel bredere beweging? Een beweging van coöperatieve verenigingen die door de leden worden bestuurd en die voor een brede groep maatschappelijke relevantie heeft? Of is het op een actieve manier de eigen zorg samenstellen een min of meer egocentrische, elitaire aangelegenheid die slechts voor een beperkte groep met grote sociale vaardigheden en doorzettingsvermogen is weggelegd?
- Is het werken aan – collectieve – vraagsturing vooral het zorgen voor een adequaat individueel zorgpakket of is men ook actief bezig de toekomstige situatie voor zichzelf of de naasten te regelen en te beïnvloeden? Bijvoorbeeld door het organiseren van netwerken en maatschappelijke participatie. Met andere woorden: betreft – collectieve – vraagsturing louter zorg-wonen-welzijn of zijn er aanvullende motieven, zoals het zoeken naar een gemeenschappelijke leefstijl of het actief bezig zijn met hoe men in de toekomst wil leven en oud worden?
- Wegen de kosten voor de cliënt (in tijd en moeite) nog wel tegen de baten op? Blijkbaar wel gezien de vele positieve ervaringen en gezien het aantal mensen dat bereid is tot de vereiste extra inzet, omdat zij er zo veel voor terug krijgen. Maar geldt dat voor iedereen? En zouden mensen eigenlijk wel zelf moeten zorgen dat zij goede zorg krijgen, zouden anderen dat niet moeten regelen? Is iemand, als die goede zorg wil hebben, welhaast verplicht om zelf directeur te spelen? Is het echt noodzakelijk en haalbaar dat iedereen zorgbouwer wordt?
- Is het mogelijk om de oplossingen die de voorlopers creëren, in te passen in het te verwachten toekomstige vraaggerichte zorgaanbod? Hoe kan een kosteneffectief stelsel ontstaan van communicerende vaten tussen vraaggestuurde en vraaggerichte zorg, waarbij het principe van keuzevrijheid blijft bestaan?

Het zou jammer zijn als veel vraagsturingsinitiatieven een zaak van (elitaire) voorlopers zouden blijven. Het zou goed zijn als de nieuw opkomende initiatieven van vraagsturing zouden worden verbreed en gefaciliteerd. De gedachte is dat het zich meer collectief organiseren van de ‘vraagzijde’ door het bij elkaar leggen van PGB’s, private middelen en groepsclaims op collectieve middelen veel perspectief biedt. We willen dit de collectieve facilitering van zorgvragers door middel van kopersgroepen noemen.

3 Kopersgroepen

3.1 Vormen van kopersgroepen

In de paragrafen Initiatieven door mensen zelf en Samen met een PGB zijn verschillende voorbeelden van kopersgroepen als vorm van collectieve vraagsturing de revue gepasseerd, zonder dat ze expliciet als zodanig zijn benoemd. De kopersgroepen kunnen zich op verschillende manieren voordoen.

Naar de mate van organisatie zijn de volgende soorten kopersgroepen te onderscheiden.

1 *Organisatie door de klant zelf (zorg in eigen beheer)*

Op kleinschalig niveau verenigt een groep budgethouders die met elkaar wil wonen (zelf gehandicapt of vertegenwoordiger van – meestal – een verstandelijk gehandicapt kind) zich en koopt met elkaar een aanbod op de markt in.

In de paragraaf Initiatieven door mensen zelf is Het Palet in Papendrecht genoemd, een woongroep voor mensen met een lichamelijke beperking. Ze hebben hun eigen woonvereniging opgericht en hebben samen een zorgaanbieder gekozen, die op basis van hun gezamenlijke budgetten 24-uurszorg levert.

Andere voorbeelden van deze meest voorkomende vorm van kopersgroepen zijn opgenomen in de paragraaf Samen met een PGB waarin te zien was hoe ouders van een verstandelijk gehandicapt kind gezamenlijk woonruimte en zorg voor hun kinderen regelen.

Bij nagenoeg alle praktijksituaties die we zijn tegengekomen, is sprake van gezamenlijke woonruimte. Nog weinig frequent voorkomend is de samenwerking tussen zelfstandig, niet gezamenlijk wonende, budgethouders. Het enige bekende voorbeeld betreft het gezamenlijk inhuren van een PGB-hulp (RPCP-DWO 2003).

2 *Organisatie namens de klant door medeklanten (eigen bemiddelingsorganisatie)*

Op lokaal of landelijk niveau verenigt zich een groep budgethouders tot een organisatie of keten van budgethouders. Deze zorgt ervoor dat de leden van de organisatie een verantwoord en door hen gewenst aanbod geleverd krijgen.

De nu bekende voorbeelden van deze vorm van een kopersgroep de in de paragraaf Samen met een PGB genoemde stichting Thomashuizen en de Stichting U wenst.

Deze voorbeelden betreffen organisaties die door één budgethouder zijn opgezet en waarvan de diensten later voor andere budgethouders beschikbaar werden gesteld.

Voor de diensten en bemiddeling van de organisatie moeten budgethouders betalen. Hierdoor hoeven budgethouders zich niet, of veel minder, te bekommeren om de zakelijke kwesties die met het budgethouderschap te maken hebben.

3 *Een eigen aanbiedersorganisaties van en door cliënten*

Op lokaal of landelijk niveau heeft een groep budgethouders zich verenigd en voor zichzelf en voor anderen een organisatie opgericht, die voor budgethouders een verantwoord en door hen gestuurd aanbod levert. Het betreft een organisatie, opgericht en gestuurd door cliënten zelf, die zelf als aanbieder optreedt en als aanbieder diensten levert aan PGB-houders.

Deze mogelijkheid is nog een theoretische, die we niet in de – recente – praktijk zijn tegengekomen. In een ver verleden waren de onderlinge ziekenfondsen en de kruisverenigingen voorbeelden van deze vorm van kopersgroepen (Heydelberg 1995).

Het bij elkaar leggen van PGB's en andere middelen en het daarbij verdelen van taken, binnen verschillende organisatievormen, zijn manieren om de last van het individueel regelen van een eigen dienstenstructuur te verminderen. Ook creëert men door een grootschaliger aanpak mogelijkheden die voor een individuele budgethouder niet zijn weggelegd. En, hoewel het in de voorbeelden niet naar voren komt, een gezamenlijke aanpak geeft meer mogelijkheden om op de markt van vraag en aanbod eisen te stellen aan de aanbieder, zowel met betrekking tot de prijs van het aanbod als de kwaliteit (inkoopmacht).

3.2 *Toekomst van kopersgroepen*

Zoals de voorbeelden en organisatievormen van kopersgroepen laten zien, zijn er verschillende mogelijkheden om vrijheid en flexibiliteit te combineren met een bepaalde mate van zekerheid en continuïteit. Maar vergeleken met het vrije initiatief van een individueel, niet samengevoegd persoonsgebonden budget moet men ook wat inleveren: er moet worden samengewerkt en gemeenschappelijke doelen worden vastgesteld waarbij onderlinge verdeeldheid snel om de hoek kan komen kijken. Men levert wat vrijheid in waardoor men wat minder zelf hoeft te regelen. En bij een meer geïnstitutionaliseerde aanpak als bij de Thomashuizen kan de beperking van vrijheid nog groter worden, wat geen bezwaar hoeft te zijn als het door hen geleverde aanbod past bij de wensen en behoeften van de budgethouder. Maar het heeft wel een prijs: er worden extra kosten gemaakt en die overheadkosten moeten de PGB-houders betalen.

De lijn moge duidelijk zijn, bij meer institutionalisering hoeft men minder zelf te regelen. De prijs die daarvoor moet worden betaald, is dat men zelf minder greep heeft op wat er aan zorg-wonen-welzijn wordt ingekocht. Een grote uitdaging voor kopersgroepen in de toekomst zal zijn om hiertussen een goed evenwicht te vinden.

Omdat kopersgroepen zich maar sinds kort ontwikkelen, is het nog moeilijk te zeggen hoe in kopersgroepen het evenwicht tussen het door anderen laten aanpakken van de organisatorische 'rompslomp' van vraagsturing en het als individu zelf greep houden op de materie kan worden bereikt.

Een figuur die goed voorstelbaar is, is dat de kopersgroep zelf op basis van vrijwilligheid de noodzakelijke activiteiten uitvoert en ze verdeelt naar interesse en deskundigheid. Dit is een figuur die we veel in Nederland tegenkomen, of het nu gaat om het beheer van een volkstuincomplex, een sportvereniging of een zangkoor. Het beheer van een eigen zorgcomplex zou goed passen in dit rijtje. Wederzijds vertrouwen, het hebben van min of meer gelijke doelen en ideeën over de gewenste dienstverlening en het bestaan van een goede band tussen bestuurders/uitvoerders aan de ene kant en leden aan de andere kant zijn hierbij essentiële succesfactoren.

Het is ook mogelijk dat een aantal uitvoerende taken tegen betaling door iemand uit de eigen groep wordt gedaan. Deze variant is te vergelijken met de vrijgestelde in bijvoorbeeld de (vroegere) vakbeweging, waarin een medearbeider wordt vrijgesteld en betaald om kernactiviteiten voor de eigen groep te verrichten.

Een derde mogelijkheid is dat een groep mensen op de vrije markt een regelaar, dus iemand van buiten, inhuurt die zich tegen betaling kwijt van de activiteiten die bij 'zorgbouwen' horen. Een vereiste is dat een dergelijk persoon goed aanvoelt wat mensen van hem/haar willen en dienstbaar kan zijn aan de wensen die mensen hebben en er geen kloof ontstaat tussen wat deze persoon ontwikkelt en regelt en wat de leden van de kopersgroep aan wensen en behoeften hebben.

Toekomstige ontwikkelingen rond kopersgroepen zullen mede afhangen van de mate waarin in deze groepen identiteit en het verkrijgen van gewenste diensten samengaan. Dat betekent dat kopersgroepen mensen een meerwaarde moeten opleveren op twee terreinen. Men moet door zich aaneen te sluiten en gezamenlijk middelen in te zetten diensten kunnen krijgen die anders niet of moeilijk verkrijgbaar zijn, maar ook moet men in de activiteiten daartoe en de maatschappelijke rol daarvan plezier, bevrediging en een positief beeld van zichzelf in de maatschappij vinden. ‘Individueel moeten hun morele overwegingen kunnen herkennen als een adequaat middel om tot samenwerking met anderen te komen. Een samenwerking die zij noodzakelijk achten om bepaalde uitkomsten te bereiken’ (Heydelberg 1995).

Bij morele overwegingen kan het gaan om gewenste zorg voor een gehandicapt kind, maar evenzeer om zorg die goed aansluit bij de eigen leefstijl en de groep waarin men die realiseert. Tot nog toe zijn kopersgroepen vooral ontstaan uit acute nood. Bijvoorbeeld lange wachtlijsten in de gehandicaptenzorg of grote onvrede over de geboden kwaliteit van zorg en de mate waarin die niet in de leefsfeer past. Kopersgroepen uit nood en tekort geboren. Daarnaast zou het zo kunnen zijn dat mensen die zich deel voelen van een bepaalde groep of gemeenschap, bijvoorbeeld op grond van religie, hobby, liefde voor reizen of muziek, (voormalig) werk, die sfeer willen (kunnen) behouden als er zich beperkingen en daaruit voortkomende zorgvragen voordoen. Het Rosa Spier Huis, een verpleeg- en verzorgingshuis voor kunstenaars, is daarvan een bekend voorbeeld. Leefstijl en gezamenlijke historische achtergrond kunnen dan gemeenschappelijke noemers zijn en motieven om zich te verenigen. Deze ontwikkeling zou betekenen dat het verkrijgen van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg en welzijn slechts één motief voor een groep is, die vooral zichzelf wil blijven en de eigen gemeenschappelijkheid niet verbroken wil zien. Er zijn verschillende voorbeelden van groepen ouderen die samen leven, bijvoorbeeld in Spanje, op grond van gedeelde belangstelling (golven, wandelen) en zich daarnaast van zorg verzekerd willen zien. Dan gaat het om het inzetten van veel meer dan het PGB maar, voorafgaand al, ook van het eigen inkomen of vermogen.

Een belangrijke vraag voor de toekomst is of kopersgroepen als vorm van zelforganisatie het alleen af kunnen om de door cliënten gewenste vraaggestuurde arrangementen op het gebied van wonen, zorg en welzijn te bereiken. Of kunnen andere partijen als gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders ook een bijdrage leveren aan de verdere bloei van kopersgroepen?

Voor zorgverzekeraars (in afnemende mate) en gemeenten (in toenemende mate) kan een belangrijke taak liggen in het faciliteren en ondersteunen van kopersgroepen. De gemeente krijgt als toekomstig uitvoerder van de WMO de beschikking over een welzijns- en zorgbudget waaruit producten worden geleverd, die niet vanuit de AWBZ worden gefinancierd. Omdat kopersgroepen gemeenten, en eventueel verzekeraars, veel ambtelijk werk uit handen kunnen nemen, particulier initiatief en burgerschap vertonen en een interessante inhoudelijke visie bieden op wonen, welzijn en zorg verdienen zij van deze partijen ondersteuning voor het werk dat zij moeten verrichten.

Van belang voor gemeenten en verzekeraars is ook een goede communicatie met kopersgroepen en andere initiatiefnemers van vraagsturing. Dit geldt voor een gemeente die zicht wil houden op hoe de WMO in de praktijk functioneert en voor de zorgverzekeraar die toezichthouder op de AWBZ is.

Ook zorgaanbieders kunnen een belangrijke bijdrage leveren. Het is voor hen van belang om ontvankelijk te zijn voor vraagsturingsinitiatieven. Voor hen is er namelijk wat te halen: kennis van vernieuwende producten voor hun eigen vraaggerichte aanbod. Uitdaging voor de aanbieders zal zijn te bezien op welke manier initiatieven van vraagsturing meer gestandaardiseerd kunnen worden aangeboden zonder aantasting van de essentie van de

bereikte meerwaarde van vraagsturing. Hoe kunnen principes van het vrije-kavelwonen worden toegepast op een Vinex-wijk?

Een voor hen belangrijke stap is om in contact te geraken met (potentiële) zorgbouwers. Aanbieders kunnen zorgen voor de nodige infrastructuur om gelijkgestemden bij elkaar te brengen (bijvoorbeeld via internet en mediators). Natuurlijk ligt hier ook een groot nadeel op de loer: angst voor inkapseling en afnemen van het eigen initiatief. Misschien zijn alleen bepaalde aanbieders hierop voldoende ingesteld, bijvoorbeeld de organisaties die nu binnen de vraaggerichte zorg de ‘onafhankelijke’ ondersteuner van de cliënt leveren.

Aanbieders, gemeenten, financiers en collectieve vraagstuurders (kopersgroepen) hebben naar onze mening baat bij een gemeenschappelijke samenwerkingsrelatie waarin elkaars sterke kanten worden gerespecteerd en, wie weet, samengesmeed.

De kopersgroep vraagt ondernemerschap en (gedeelde) identiteit. Slechts weinig groepen zien zich daarnaast als wegbereider en belangenbehartiger van maatschappelijke verandering. Toch kan dit een belangrijk aspect worden naarmate mensen zich ‘klem’ voelen zitten tussen (financieel) onbereikbare en geen identiteit gevende dienstverlening door commerciële dienstverleners en schrale, ook geen identiteit gevende vangnetzorg door de overheid. De grote vraag is of kopersgroepen zich daartussen kunnen manifesteren en of ze erin kunnen slagen een alternatief te bieden voor een wat bredere groep dan alleen de hooggeschoolde, zeer mondige, al of niet welgestelde zorgvrager. Wat ook interessant zal zijn om te volgen, is of kopersgroepen zich sterk rond de PGB's zullen blijven manifesteren of in toenemende mate ook een beroep op andere eigen middelen zullen doen. Dan gaat het om pensioenen, eigen vermogen na verkoop van het eigen huis, wellicht ook om uitkeringen na invaliditeit of om gezamenlijke claims op collectieve voorzieningen.

In de toekomst kijken is koffiedik kijken, maar één ding is zeker: collectieve vraagsturing door kopersgroepen past goed in een toekomst waarin voor steeds meer mensen het volgende voorop komt te staan:

- financiële zelfstandigheid;
- persoonlijke autonomie;
- gedeelde identiteit;
- afkeer van autoritaire, mensonvriendelijke zorgvormen uit de twintigste eeuw;
- de wens om ondanks ouderdom, handicap of ziekte te komen tot een zinvolle invulling van het bestaan en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Literatuur

Goudriaan, G (1999), ‘Vraaggerichtheid en vraagsturing. De verwarring over perspectiefvolle begrippen’. In: *Zorg en Verzekering*, Februari 1999, pp. 80-89.

Goudriaan, G. & A.M. Vaalburg (1998), *De vraag als maat. Vraaggerichtheid vanuit gebruikersperspectief*. Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, Utrecht.

Heydelberg, E. (1995) *Klein onderhoud. Over actieve solidariteit en gezondheidszorg*. De Balie, Amsterdam.

NIZW & SEV (2003), *Heft in eigen hand. Cliënten als doe-het-zelvers in woon-zorg-welzijn-land*. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting, Rotterdam.

Per Saldo (2001), *Glans! Het persoonsgebonden budget toen, nu en straks*. Per Saldo, Utrecht.

Per Saldo (2004), *Doe mee met het PGB! Hoe het persoonsgebonden budget je leven kan veranderen*. Per Saldo, Utrecht.

- Rijckmans, M.J.N. e.a. (2002), 'Vraaggerichtheid en vraagsturing; een poging tot conceptuele verheldering'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, jrg. 80, nr. 6, pp. 388-392.
- RPCP-DWO (2003), *Samen kunt u meer met een persoonsgebonden budget – een handreiking voor budgethouders*. Regionaal Patiënten Consumenten Platform Delft Westland Oostland, Delft.
- Verbeek, G. (2002), *De cliënt centraal, wat nu? Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Wijngaart, M. van den & C. Ramakers (2004), 'Het persoonsgebonden budget in Nederland van 1990-2003. Een overzicht van ontwikkelingen, beleid en onderzoek'. In: E.A. Zuidema e.a. (red.), *Handboek Zorg Thuis*. F 2.1-1 t/m 24. Augustus 2004. Elsevier gezondheidszorg. Maarssen.