

De behoefte aan een maatschappelijk steunsysteem in de regio Noord- en Midden-Limburg

Dick Oudenampsen
Meta Flikweert

Januari 2010

Inhoud

1	Inleiding en vraagstelling	5
2	De invoering van de Wmo en de ondersteuning van mensen met een psychische beperking	7
2.1	Ervaringen met ondersteuning van mensen met psychische beperkingen	8
2.2	Een maatschappelijk steunsysteem?	9
2.3	Conclusies	11
3	Stand van zaken in de regio Noord- en Midden-Limburg	13
3.1	Gemeente Venray en Venlo	14
3.2	De Wmo en de zorg voor mensen met een psychische beperking in Noord- en Midden-Limburg	18
3.3	Conclusies	20
4	Groepsgesprekken met (ex-) cliënten en hun familieleden	23
4.1	Inleiding	23
4.2	Gespreksthema's	24
4.3	Conclusies	32
5	Naar een maatschappelijk steunsysteem in Noord- en Midden-Limburg. Verslag miniconferentie	35
5.1	Inleiding	35
5.2	Discussie aan de hand van stellingen	36
6	Samenvatting en conclusies	45
6.1	Inleiding	45
7	Literatuur	49

1 Inleiding en vraagstelling

De GGZ groep Noord- en Midden-Limburg wil onderzoek naar de mogelijkheden om de ondersteuning van mensen met een psychische beperking in haar verzorgingsregio op systematische wijze als een georganiseerd netwerk vorm te geven. De GGZ Noord- en Midden-Limburg en de centrale cliënten-raad willen weten van welke voorzieningen GGZ-cliënten in de regio Noord- en Midden-Limburg gebruik kunnen maken. Zij wil ook inzicht in de ervaringen van deze cliënten en hun familieleden (mantelzorg) met deze voorzieningen, de belemmeringen die zij ondervinden en de mogelijke lacunes in het ondersteuningsaanbod. Daarnaast wil zij inzicht in de visie van de verschillende partijen (gemeenten, vrijwilligersorganisaties, dienstverleners, sportverenigingen) op de verantwoordelijkheid voor het creëren van een sluitend ondersteunend netwerk aan voorzieningen voor mensen met een psychische beperking.

De volgende vragen zijn leidend in het onderzoek:

1. Welke voorzieningen zijn in Noord- en Midden-Limburg aanwezig waar mensen met een psychische beperking een beroep op kunnen doen?
2. Welk beleid is bij de gemeenten Venlo en Venray ontwikkeld voor de ondersteuning van mensen met een psychische beperking? Tot welke initiatieven heeft dat geleid?
3. Wat zijn de ervaringen van mensen met psychische beperkingen en hun familieleden met de voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en zorg? Welke belemmeringen ondervinden zij en welke lacunes constateren zij?
4. Welke bijdrage denken gemeenten te kunnen leveren aan een georganiseerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, dat mensen met psychische beperkingen ondersteunt op verschillende leefgebieden in Noord- en Midden-Limburg?

5. Welke bijdrage denken relevante maatschappelijke organisaties (welzijnswerk, maatschappelijk werk, vrijwilligersorganisaties) te kunnen leveren aan de ondersteuning van mensen met psychische beperkingen op verschillende leefgebieden? Hoe kan een samenhangend en toegankelijk aanbod tot stand komen van zorg en ondersteuning op verschillende levensterreinen, waaronder rehabilitatie- en herstelvoorzieningen, ondersteuning van mantelzorg, dagbesteding en arbeids-participatie?

2 *De invoering van de Wmo en de ondersteuning van mensen met een psychische beperking*

Na vele jaren van discussie over vermaatschappelijking van de zorg is per 2007 de participatie van 'kwetsbare burgers' de verantwoordelijkheid van de gemeente. De prestatievelden 3, 5 en 6, 7, 8 en 9 van de Wmo zijn daarbij het meest relevant:

1. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning.
2. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking, of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem.
3. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden of het bevorderen van het zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.
4. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang.
5. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg.
6. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

De Wmo is verder in betekenis toegenomen nu enkele activiteiten uit de AWBZ zijn gelicht en voortaan tot de verantwoordelijkheid van de gemeenten behoren. Het gaat hierbij vooral om het verdwijnen van de mogelijkheid om vanwege een psychosociaal probleem in aanmerking te komen voor begeleiding en verzorging. De verwachting is dat door deze maatregelen deze mensen een groter beroep gaan doen op voorzieningen die gemeenten financieren. De (centrum)gemeenten ontvangen een bedrag van 56 miljoen ter compensatie, waarvan er 36 miljoen euro naar de 43 centrumgemeenten gaat. Venlo is een van deze centrumgemeenten, Venray is dat niet.

2.1 Ervaringen met ondersteuning van mensen met psychische beperkingen

Er is de laatste jaren meer aandacht voor de vermaatschappelijking van zorg. Een visiedocument van het Landelijk platform vermaatschappelijking definieert vermaatschappelijking als de bewuste inspanning van cliënten, professionals en de samenleving om plek te maken voor mensen die voorheen buiten het maatschappelijk leven stonden. Vermaatschappelijking vereist een basishouding bij de GGZ. De samenleving en de cliënten vinden dat cliënten niet alleen psychiatrisch patiënt zijn, maar ook burger. De meeste gemeenten hebben weinig ervaring met mensen met psychische problemen. De centrumgemeenten hebben wel ervaring met de maatschappelijke opvang, maar daarin gaat het om een groep waarbij andere problemen (huisvestingsproblemen, onregelde gezinssituatie) meer op de voorgrond staan. Er is onderzoek gedaan naar de effecten van vermaatschappelijking, naar mensen met psychische beperkingen die zich al dan niet met ambulante begeleiding staande proberen te houden in maatschappij. In een onderzoek van het Nicis institute naar mensen met beperkingen in vier stadsbuurten (Verplanke et al., 2008) constateren de auteurs dat een eigen huis voor mensen met beperkingen een groot goed is. Buiten de voordeur is het echter vaak tobben. Er is veel eenzaamheid, onzekerheid, angst en soms misbruik. Veel voorzieningen die vroeger op het terrein van het APZ aanwezig waren liggen niet meer in de buurt. Het contact met de hulpverlening is minder intensief. Woningcorporaties houden weinig rekening met de woonbehoeften van mensen met beperkingen. Beleidsmakers hebben meestal ook weinig zicht op de plekken waar mensen met psychische beperkingen wonen en leven. Een eerste stap is dan ook volgens de onderzoekers de groepen in kaart te brengen. Een tweede aanbeveling is het onderzoeken van behoeften en mogelijkheden van de doelgroep. Vaak gaat het vooral om steun en nabijheid. De onderzoekers bepleiten de totstandkoming van een integraal gebiedsgericht aanbod, waarbij woningcorporaties, welzijnsorganisaties, onderwijsinstellingen, vrijwilligersorganisaties, cliënten en familieorganisaties samenwerken met zorginstellingen. Tot eenzelfde soort conclusies komt het SCP in het rapport Een eigen huis (Kwekkeboom, 2006). Dit onderzoek onderstreept het belang van persoonlijke begeleiding. 'Deze begeleider is voor velen van hen niet alleen degene die hulp biedt bij de regie over het huishouden of de persoonlijke verzorging, maar ook de steun en toeverlaat

bij emotionele problemen, de raadgever rond werk en vrije tijdsbesteding, de toezichhouder bij het beheer van de financiën en het maatje voor een gezamenlijk uitstapje.’ De onderzoekers vragen zich af in hoeverre het mogelijk is taken van deze persoonlijke begeleider over te dragen aan familieleden en vrienden, dan wel aan wijk- en buurtgenoten.

2.2 *Een maatschappelijk steunsysteem?*

Een belangrijke inspiratiebron bij de totstandbrenging van een sociaal netwerk van professionals en vrijwilligers rond de cliënt die thuis woont, is het concept maatschappelijk steunsysteem (MSS) zoals dat in een groot aantal regio's in Nederland de laatste jaren is vormgegeven. Het Trimbos instituut (2007) formuleert maatschappelijke steunsystemen als belangrijk instrument om de samenleving toegankelijker te maken voor (ex-) psychiatrische patiënten.

Een maatschappelijk steunsysteem (MSS) is omschreven als een georganiseerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, waar mensen met een psychische handicap zelf deel van uitmaken en dat hen ondersteunt op verschillende leefgebieden om zo een volwaardig lid te kunnen zijn van de maatschappij.

Functies (Weeghel, J, 2005):

- Vaststellen en bereiken van de doelgroep.
- Een breed aanbod van zowel algemene als geestelijke gezondheidszorg.
- Ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren.
- Veelomvattende rehabilitatie gericht op persoonlijke ontwikkeling.
- Randvoorwaarden: privacybescherming, belangenbehartiging, klachtenprocedures en coördinatie van verschillende elementen.

De invulling van een MSS varieert per regio. Essentieel zijn de volgende elementen:

Een MSS moet over een breed draagvlak beschikken bij de verschillende partijen in de regio op het terrein van wonen, welzijn en zorg: GGZ, gemeenten, GGD, maatschappelijk werk, welzijnswerk, kerken, woningbouwinstellingen, sportverenigingen, cliëntenraden, vrijwilligersorganisaties, belangenorganisaties. Deze partijen werken samen onder de regie van de gemeente. Startpunt is een concreet inzicht in de behoeften en vragen van

de verschillende groepen cliënten die deel uit (willen) maken van de lokale samenleving. Doel is te komen tot een samenhangend en toegankelijk aanbod van zorg en ondersteuning op verschillende levensterreinen, waaronder rehabilitatie- en herstelvoorzieningen, ondersteuning van mantelzorg, dagbesteding en arbeidsparticipatie. Een MSS moet fasegewijs opgebouwd worden met als eerste fase het creëren van draagvlak bij de verschillende partijen, het concretiseren van speerpunten, het implementeren, evalueren en bijstellen.

Een goed voorbeeld is de opbouw van een maatschappelijk steunsysteem in Utrecht. In 2000 zijn GGZ-instellingen, de gemeente Utrecht, welzijnsinstellingen, en patiënten- en familieorganisaties aan de slag gegaan om een MSS te realiseren. Zij hebben vijf speerpunten geformuleerd:

1. Een gevarieerde ambulante woonondersteuning door een grotere diversiteit in woon- zorgcombinaties.
2. Begeleid werken en leren (arbeidsrehabilitatie en begeleid leren met ROC).
3. Laagdrempelige projecten gericht op sociale contacten, bijvoorbeeld door wijkgerichte ontmoetingsprojecten.
4. Op rehabilitatie en herstel gerichte hulpverlening.
5. Informatie en praktische ondersteuning.

Een iets andere aanpak is gevolgd in Eindhoven: in een project van GGZ Eindhoven melden woningcorporaties, GGZ-instellingen, politie, het maatschappelijk werk, de informatiewinkel, de huisarts of het bemoeizorgteam cliënten aan. De kern van het MSS-team zijn de kwartiermaker (ervaren hulpverlener) en een ervaringsdeskundige die het contact leggen met de cliënt. Iedere wijk heeft een uitvoeringsteam dat de contacten legt en een bouwgroep opzet: een veilige plek waar iedereen welkom is en lotgenoten elkaar kunnen ontmoeten. Het is ook een plek waar deelnemers samen onderzoeken wat nodig is om zich beter thuis te voelen in de buurt. Daarnaast kunnen zij meedoen aan allerlei activiteiten. De kwartiermaker onderhoudt de contacten met maatschappelijke organisaties.

De effecten van de opbouw van het maatschappelijk steunsysteem in Utrecht is in kaart gebracht door een groep onderzoekers (Swildens et al., 2008). In een behoeftenonderzoek zijn in een eerste meting de onvervulde zorgbehoeften geïnventariseerd.

Als belangrijkste zorgbehoeften (vervuld en onvervuld) komen daarbij naar voren:

- Huisvesting
- Huishouden
- Activiteiten overdag
- (Afname) psychotische symptomen
- Informatie
- Psychisch welbevinden
- Geld

Uit een tweede meting komt naar voren dat het maatschappelijk steunsysteem leidt tot een afname van de onvervulde zorgbehoeften en een verbetering van de kwaliteit van leven. De grootste veranderingen worden gesignaleerd in activiteiten overdag, de informatie waarover de cliënt beschikt, de sociale contacten en het beheer van de financiën. Het genoten zorgaanbod blijkt voorspellend te zijn voor de vervulde zorgbehoeften. Een belangrijke conclusie van de onderzoekers is dat de afname van de onvervulde zorgbehoeften ook een kwestie is van een aanbod op maat (fit). Het is dus belangrijk om individuele zorgbehoeften regelmatig te bespreken.

In Dordrecht zijn eveneens ervaringen opgedaan met de opbouw van een maatschappelijk steunsysteem (Verschure, 2004). De onderzoekers keken in Dordrecht ook naar de effecten van een maatschappelijk steunsysteem op de draaglast van de buurt. Zij constateren dat het project een grote bekendheid heeft in de betreffende buurt (Vogelwijk) en dat de bewoners overwegend positieve verwachtingen hebben van het project. Het project lijkt vooral te leiden tot vermindering van de huisuitzettingen, waardoor het imago van de Vogelbuurt is verbeterd. Ook constateert de politie een vermindering van de overlast.

Inmiddels is het belang van een maatschappelijk steunsysteem algemeen onderschreven. In verschillende regio's is de opbouw ervan in volle gang (onder meer in Utrecht, Amsterdam, Houten/Nieuwegein, Dordrecht, Den Haag en Zaandam).

2.3 *Conclusies*

Steeds meer mensen met een psychische beperking zijn in buurten en wijken gaan wonen. Naast de GGZ zien ook andere partijen, gemeenten, woningcorporaties, maatschappelijke organisaties en welzijnsinstellingen zich geconfronteerd met de problemen van deze groep. De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft de gemeente verantwoordelijk gemaakt voor een sluitend aanbod van ondersteunende voorzieningen voor deze kwetsbare groep. Beleidsmakers hebben meestal echter weinig zicht op de behoeften van deze burgers. Het concept maatschappelijk steunsysteem probeert hierin te voorzien. Onder een maatschappelijk steunsysteem verstaan wij een georganiseerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, waar mensen met een psychische handicap zelf deel van uitmaken en dat hen ondersteunt op verschillende leefgebieden om zo een volwaardig lid te kunnen zijn van de maatschappij. Hoewel de invulling van een maatschappelijk steunsysteem varieert per regio zijn de volgende stappen essentieel:

- In kaart brengen waar verschillende groepen wonen en aan welke ondersteuning ze behoefte hebben.
- Creëren van een breed draagvlak bij overheden, aanbieders en maatschappelijke organisaties.
- Benoemen van enkele speerpunten in de regio.
- Projectgewijs invoeren van aanpakken voor deze speerpunten.
- Evalueren en bijstellen.

In verschillende regio's en steden, bijvoorbeeld in Utrecht en Dordrecht, is het maatschappelijk steunsysteem ingevoerd en zijn de effecten ervan in kaart gebracht. In Utrecht heeft het MSS geleid tot een breder aanbod aan dagactiviteiten, de cliënt en zijn familieleden zijn beter geïnformeerd, de cliënt heeft meer sociale contacten en het beheer van zijn of haar financiën is beter geregeld. In Dordrecht leidde de invoering van het MSS tot minder overlast en minder huisuitzettingen.

3 *Stand van zaken in de regio Noord- en Midden-Limburg*

De regio Noord- en Midden-Limburg heeft een landelijk karakter. In het verzorgingsgebied van GGZ NML liggen twee kernen: de gemeente Venlo met 92.000 inwoners en de gemeente Venray met 39.000 inwoners. Limburg is een provincie met een krimpende bevolking (sinds 2002) en een sterke vergrijzingstendens. Met de toename van het aantal ouderen neemt ook de behoefte aan verpleging en verzorging toe, evenals de kans op chronische ziekten en dementie. Daarnaast zal deze ontwikkeling naar verwachting effecten hebben op het verenigingsleven.

In de regio Noord- en Midden-Limburg waren de volgende aantallen cliënten in behandeling bij de GGZ Noord- en Midden-Limburg (Trimbos instituut, 2006):

	Ambulante behandeling	Deeltijdbehandeling	Klinische behandeling
Regio Venray	1664	139	349
Regio Venlo	3279	96	127

Het aantal mensen dat psychische (bijvoorbeeld depressie, angststoornissen en alcoholafhankelijkheid) of psychosociale klachten heeft is echter veel groter, maar precieze gegevens ontbreken.

GGZ NML is de dominante aanbieder in de regio. In een publicatie van 2006 van het Trimbos instituut en Zorgconsult Nederland (Trimbos instituut, 2006) wordt gesignaleerd dat de langdurige GGZ in de regio zich kenmerkt door een relatief grote klinische capaciteit en door een ongelijke spreiding van voorzieningen in de regio. Naast GGZ Noord- en Midden-Limburg is ook Mensana als zelfstandige RIBW-instelling actief in de regio. Mensana heeft vestigingen in Venlo, Venray, Weert en Echt. De Trimbos/Zorgconsult-publicatie voorspelt een lichte groei van de omvang van de doelgroep (van de langdurige zorg). De zorgvraag zal echter van aard veranderen: meer vraag naar individuele zorgarrangementen 'op maat' en meer vraag naar ondersteuning bij het sociale en maatschappelijke bestaan.

3.1 Gemeente Venray en Venlo

Gezien de centrale rol van de gemeente bij de ondersteuning van (ex-) psychiatrische patiënten (vooral in het kader van de Wmo) zijn mevr. Raedts van Venray en mevr. Tullemans-Geuns van Venlo geïnterviewd over de rol en ambities van beide gemeenten op dit terrein.

Venray

De gemeente Venray heeft in haar Wmo-beleidskader 2007-2010 uitgebreid aandacht voor de trend van vermaatschappelijking van de zorg, die al voor de Wmo inzette. De gemeente ziet daarbij de terugkeer van mensen met een psychische handicap naar wijken en buurten als zichtbare uiting van dit proces. Decentrale vormen van zorg komen op buurt-, wijk- of stedelijk niveau terug. Dat betekent dat mensen met een psychische handicap deel moeten uitmaken van hun leefomgeving, en dat integratie wenselijk is. Venray formuleert in de strategische visie 2015, die gekoppeld wordt aan de Wmo, haar leidende positie in Nederland bij de vermaatschappelijking van zorg. Van een dorp dat er ongeveer honderd jaar geleden een groot psychiatrisch centrum bij kreeg, is Venray nu uitgegroeid tot een gemeente met een centrumfunctie op het gebied van zorg in de regio noordelijk Noord-Limburg. Deze centrumfunctie is echter niet geformaliseerd. De kennisontwikkeling in de Venrayse geestelijke gezondheidszorg is vooruitstrevend, op nationaal en Europees niveau (Strategische visie Venray 2015. Dorp en Stad).

Venray signaleert in het Wmo-beleidskader de afname van intramurale voorzieningen en de noodzaak tot maatschappelijke netwerken die daaruit voortvloeit. De verhouding tussen intra- en extramurale zorg wil Venray vanuit gedegen kennis bepalen. Bij de extramuralisatie van mensen met een psychiatrische achtergrond bepleit Venray een kwalitatieve invulling van wonen. Instituten worden vervangen door woonmilieus waarbinnen integratie van wonen en zorg geborgd is. Een tactisch doel hierbij zijn woonzorg-complexen (wozoco's).

Gefaseerde vermaatschappelijking, waarbij toegankelijkheid een centrale rol speelt, staat centraal in de strategische doelen van Venray. De gemeente wil de individuele en collectieve zorghulpstructuur versterken. Binnen deze zorghulpstructuur wil Venray zowel de vrijwillige als de professionele (zorg-) ondersteuning versterken, door een deel te decentraliseren naar wijken en buurt, en een deel te centraliseren. Mensen die op zorg aan-

gewezen zijn hebben keuzemogelijkheid: voor zelfstandigheid of intramurale zorg.

Tot slot haalde Venray de maatschappij naar de psychiatrie door op de vrijgekomen instituutsterreinen bijzondere woonmilieus te creëren. Het gaat hier om een omgekeerde integratie van wonen en zorg.

Veel patiënten blijven na de behandeling van de GGZ Noord- en Midden-Limburg in Venray wonen. De betrokken ambtenaar van Venray constateert dat GGZ NML wel streeft naar spreiding over de regio, maar dat de meeste patiënten in Venray blijven hangen. Zij meent dat GGZ NML te 'gemakkelijk' denkt over de vermaatschappelijking. Vaak plaatst de instelling mensen in enkele huizen zonder de buurt hier voldoende bij te betrekken. De communicatie met de buurt waar de mensen komen te wonen is onvoldoende. Hierdoor ontstaat vaak onrust en het leidt tot onbegrip en meldingen van overlast. De ambtenaar pleit voor een soort meldpunt dat GGZ NML of meerdere partijen beheren en waar mensen klachten over hun burens kunnen. Een meldpunt dat ook informatie geeft over de GGZ en de aandoening en dat de kennismaking met deze nieuwe buurtbewoners faciliteert. Burens zien gedrag dat zij niet begrijpen en waar ze over gaan klagen bij de politie. Die kan daar niets mee. Wat daarbij een rol speelt is dat er voor de cliënten meestal geen werk is en dat er onvoldoende geschikte dagactiviteiten beschikbaar zijn. Daardoor zie je dat dag- en nachtritme gaan schuiven, hetgeen weer last veroorzaakt. De ambtenaar is van mening dat GGZ NML nog teveel naar binnen gericht is. Je kunt je niet beperken tot het plaatsen van mensen buiten de muren van de instelling. De gemeente en de GGZ werken wel steeds meer samen bij de vermaatschappelijking, met initiatieven als de vrijetijdsmaakelaar en activiteiten op het gebied van sociale activering.

De gemeente wil ook in beeld brengen wat de kosten zijn van de extramuralisering. Dat is voor Venray, waar een concentratie is van mensen met een GGZ-achtergrond en mensen met een verstandelijke handicap, een zware last, die onder meer drukt op het voorzieningenniveau maar ook op de inzet van de politie. Zo heeft het maatschappelijk werk een traject ontwikkeld waarbij langdurige zorg wordt gegeven aan mensen met een psychische beperking. Dat is een vrij zware belasting voor deze voorziening.

In haar strategische visie heeft de gemeente Venray de ambitie geformuleerd dat Venray in vermaatschappelijking een leidende positie in Nederland inneemt. In het Wmo-beleidskader is deze ambitie uitgewerkt in het navolgende doel:

De vermaatschappelijking doorloopt vervolgfases, waarbij instituten vervangen zijn door woonmilieus waarbinnen integratie van wonen en zorg geborgd zijn.

Daarnaast kiest Venray voor een versterking van de zorghulpstructuur door:

- vrijwilligersorganisaties te betrekken bij de ontwikkeling van de Wmo;
- een ketenoverleg Wmo in te stellen;
- verbreding van de betrokkenheid van belangenbehartigers bij de Wmo.

De verantwoordelijke ambtenaar van Venray stelt dat de GGZ NML streeft naar spreiding van ontslagen GGZ-patiënten in de regio. In de praktijk blijven echter veel patiënten in Venray wonen. Bij plaatsing van patiënten in de wijk ontstaat regelmatig onrust en onbegrip bij de buurt, hetgeen leidt tot meldingen van overlast. Je zou veel meer moeten investeren in draagvlak in de buurt, psychiatrische patiënten zijn veel opener over hun aandoening dan vroeger.

De gemeente Venray werkt aan een plan om dagactiviteiten voor mensen die niet aan het werk kunnen beter op elkaar af te stemmen. Door de ont-schotting van middelen (vooral WWB, WSW en Wmo) zijn daar meer mo-gelijkheden voor gekomen. Door uitwerking van gemeentelijke beleidsdoe-len werken de gemeente en de GGZ wel steeds meer samen op het gebied van vermaatschappelij-king, bijvoorbeeld door de vrijetijdsmakelaar en het op korte termijn oppakken van sociale activering. De vrijetijdsmakelaar is een driejarig project met het doel om de vrijetijdsparticipatie van mensen met psychische problemen, een lichamelijke beperking, chronische ziekte, verstande-lijke beperking of senioren te bevorderen. Aan de ene kant door hen te ondersteunen bij het vinden van een passende vrijetijdsbesteding. Aan de andere kant door ervoor te zorgen dat er meer mogelijkheden ko-men op het gebied van vrije tijd. De vrijetijdsmakelaar is een netwerk van professionele zorg- en welzijnsorganisaties. Een coördinator zorgt voor de aansturing en probeert aanbod van en vraag naar vrijetijdsactiviteiten bij elkaar te brengen. Er wordt gezocht naar aansluiting bij bestaande clubs of verenigingen.

Daarnaast heeft de gemeente geïnvesteerd in een Wmo-klankbordgroep waar ook GGZ-cliënten vertegenwoordigd zijn. In de gemeente Venray bestaat verder het maatjesproject van het CAB en de Kunstwerkplaats waar-aan ex-GGZ-cliënten deelnemen. Door tijdgebrek heeft de gemeente nog onvoldoende de regie genomen binnen het brede thema van vermaatschap-pelijking. De ambitie is er wel.

Gemeente Venlo

De gemeente Venlo is in haar beleidsplan Wmo 2008-2011 minder specifiek over de vermaatschappelijking van zorg en psychiatrische patiënten. Zij zet de Wmo breed in. Waar Venray investeert in gebiedsgericht werken, zet Venlo vooral in op verbinden: van beleid, van uitvoerders en van burgers. In het programma participatie, ondergebracht bij de Wmo, formuleert Venlo wel specifiek de aandacht voor het behoud of herstel van zelfredzaamheid, en de participatie van kwetsbare burgers. Venlo heeft een hiërarchische visie op voorzieningen in de Wmo. Eerst preventie, dan voorzieningen. En dan: algemeen als het kan, specifiek als het moet. Dus niet de cliënt laten kiezen, zoals in Venray, maar eerst algemene voorzieningen, dan individuele voorzieningen. De keten van voorzieningen wil Venlo goed op elkaar aan laten sluiten. Bij individuele voorzieningen voor mensen met beperkingen verloopt dit nog niet naar wens. Venlo investeert daarom in het proces van informatie tot en met het verstrekken van de voorziening. Venlo is ook bezig met het ontwikkelen van wozoco's, in het kader van de vermaatschappelijking van zorg. Zij wil daarbij onderzoeken wat dit betekent voor de toekomstige behoefte aan welzijnsvoorzieningen op buurtniveau. In 2008 zou de gemeente een regierol gaan vervullen om de samenwerking te bevorderen en om te komen tot buurtgerichte vermaatschappelijking van zorg. Ook de huidige voorzieningen zouden in 2008 nauwkeuriger in kaart gebracht worden. Er is een plantafel WWZ, waar samenwerking en afstemming plaatsvinden met de zorggroep, thuiszorg en andere zorgaanbieders. Venlo formuleert in haar conceptbeleidsplan Wmo dat zij onvoldoende zicht heeft op de gevolgen van extramuralisering van mensen met een psychische beperking. In het Wmo-forum nemen GGZ-cliënten en cliënten van intramurale voorzieningen zitting. Ook is Venlo gestart met een project Invoering ketenzorg.

De verantwoordelijke ambtenaar van Venlo is sinds kort betrokken bij het Wmo-beleid van de gemeente. Zij is tot nu toe vooral bezig met de ondersteuning van de mantelzorg. Uit dien hoofde heeft zij contact met familieorganisaties als Ypsilon. De gemeente Venlo heeft geen gegevens over waar mensen met psychische beperkingen leven anders dan de globale gegevens die de GGZ NML aanlevert.

In het beleidsplan van de Wmo heeft de gemeente de ambitie uitgesproken om in 2008 een regierol te spelen om de samenwerking van de instellingen te bevorderen en om te komen tot buurtgerichte vermaatschappelijking van zorg. De gemeente Venlo heeft sinds kort een beleid om kwetsbare burgers door middel van een huisbezoek op te zoeken en na te gaan hoe ze

te activeren zijn. Doel is uiteindelijk het realiseren van een ‘huis van de wijk’, een netwerk van zorg en ondersteuning in de wijk. De partij (thuiszorg, welzijnswerk) die in de wijk dominant is, is primair verantwoordelijk. Een belangrijke functie heeft hierbij Wel.kom dat verantwoordelijk is voor het Lokaal Steunpunt Mantelzorg.

Venlo is centrumgemeente voor Noord- en Midden-Limburg en heeft voor de regio de regie over de prestatievelden 7, 8 en 9. De activiteiten voor prestatieveld 7 betreffen preventie van dakloosheid en verslavingsproblemen, crisisopvang, maatschappelijke opvang en duurzame opvang en begeleid wonen. Venlo wil de ketenzorg voor kwetsbare mensen met complexe en langdurige problemen verzorgen, met als doel een volledig en samenhangend aanbod van zorg en dienstverlening op het terrein van de maatschappelijke zorg. Een eerste initiatief is de realisatie van een centraal meldpunt dat een impuls moet geven aan de onderlinge samenwerking van de partijen en aan het vergroten van de effectiviteit en doelmatigheid van de zorgketen voor kwetsbare mensen. Zorgkantoor en GGZ NML zijn belangrijke samenwerkingspartners.

Venlo heeft een Wmo-platform waarin ook een GGZ-vertegenwoordiger is opgenomen. Daarnaast zijn GGZ-cliënten vertegenwoordigd in het WWZ-platform.

3.2 *De Wmo en de zorg voor mensen met een psychische beperking in Noord- en Midden-Limburg*

Er zijn verschillende vormen van samenwerking tussen de GGZ Noord- en Midden-Limburg en de gemeenten in deze regio om binnen de Wmo een zorg- en ondersteuningsaanbod voor mensen met een psychische beperking en verslavingsproblematiek tot stand te brengen. Een eerste inventarisatie geeft het volgende beeld.

- a. Collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg voor de regio Noord- en Midden-Limburg. Het gaat daarbij om de volgende thema's:
 - Programma weerbaarheid jeugd.
 - Programma kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen.
 - Een e-Health-aanbod gericht op jongeren.
 - Voorlichting en deskundigheidsbevordering depressie.

- Een aanbod voor familieleden/mantelzorg.
- Voorlichting, ontmoeting en groepsaanbod dementie.

De afdeling Preventie en Informatie van GGZ NML geeft informatie in een zo vroeg mogelijk stadium voor mensen met psychische, psychiatrische en verslavingsproblemen en hun familieleden. De afdeling biedt cursussen, trainingen, ondersteuningsgroepen, deskundigheidsbevordering, scholing en consultatie rondom verschillende thema's zoals:

- Arbeid en werkstress.
- Borderlinestoornis.
- Sociale vaardigheid en weerbaarheid.
- Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP).
- Dementie.
- Depressie en angst.

b. Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg voor Venlo, waaronder:

- Preventie en bemoeizorg voor Venlo.
- Centraal meldpunt maatschappelijke opvang.
- Outreachende verslavingszorg.
- Huis op proef.

c. Dag- en Nachtopvang in Weert.

d. Outreachend werker verslavingspreventie gemeente Echt-Susteren.

e. Pilotproject begeleiding van probleembewoners in de gemeente Helden.

f. Preventieaanbod Alcohol en drugs voor de gemeente Maasgouw.

g. Afstemming lokaal zorgaanbod en regionaal ondersteuningsaanbod in de gemeente Maasgouw.

h. Gebruikersruimte en zwerfvuilproject in Roermond.

i. Verbouw en nieuwbouw Servaashof in Venray.

In 2006 heeft GGZ NML een project tot stand gebracht ter ontwikkeling van maatschappelijke steunsystemen. Het project beoogt maatschappelijke steunsystemen op te bouwen in de regio's Venray, Venlo en Midden-Limburg-Oost voor cliënten die langdurige en ernstige psychiatrische problemen hebben. Op die manier krijgen cliënten de mogelijkheid via ondersteuning

op het gebied van wonen, welzijn en werk deel te nemen aan de eigen omgeving en de samenleving in brede zin. Een rehabilitatiemethodiek ondersteunt mensen in hun herstelproces. Het doel is het (weer) vinden van betekenis op verschillende levensgebieden (wonen, werken/dagbesteding, leren, recreëren, zelfzorg/financiën, gezondheid, relaties en zingeving). Een belangrijk instrument hiervoor zijn de zogenaamde Fact- en Act-teams.

In 2008 is door het Cliëntenadviesbureau een wegwijzer gemaakt (Wegwijzer, 2009) voor GGZ-cliënten met daarin een handzaam overzicht van activiteiten van stichtingen, verenigingen, dagactiviteitencentra, clubs, praatgroepen, werkplaatsen die gericht zijn op zelfhulp, dagbesteding en vrije tijd, werk en inkomen, informatie, wonen en belangenbehartiging en medezeggenschap. De publicatie is een uitgave van een groep ervaringsdeskundigen.

3.3 *Conclusies*

De meeste cliënten die in behandeling waren bij de GGZ NML wonen in Venlo en Venray. Venray heeft de ambitie om voorop te lopen in de vermaatschappelijking van de zorg. Traditioneel heeft Venray een centrumfunctie op het gebied van zorg in de regio (vooral GGZ en zorg voor verstandelijk gehandicapten). Venray bepleit voor mensen met een psychiatrische achtergrond een kwalitatieve invulling van wonen waarbij instituten vervangen worden door woonmilieus, waarin integratie van wonen en zorg geborgd is. Venray wil verder de vrijwillige en professionele (zorg-) ondersteuning versterken. De regierol die Venray ambieert op dit terrein heeft zij tot nu toe niet kunnen realiseren. Zij heeft ook geen gegevens over de behoeften van deze groep burgers (en hun familieleden). Wel heeft de gemeente enkele concrete initiatieven genomen. Zo is er een vrijetijdsmakelaar gekomen die in samenwerking met de GGZ NML de vrijetijdsactiviteiten en sociale activiteit in Venray vorm moet geven, onder andere voor GGZ-cliënten. Ook zijn GGZ-cliënten en familieleden betrokken bij het Wmo-beleid.

Venlo zet haar kaarten vooral op buurtgerichte vermaatschappelijking. Zij wil de samenwerking van instellingen op buurtniveau bevorderen. Zij heeft daarbij de groep van mensen met psychische beperkingen nog onvoldoende in beeld. Ook Venlo heeft geen inzicht in de behoeften van Venlose burgers met psychische beperkingen.

Als centrumgemeente is Venlo daarnaast in de regio verantwoordelijk voor de prestatievelden 7, 8 en 9 (preventie van dakloosheid, verslavingsproblemen en maatschappelijke opvang). Zij wil een zorgketen inrichten voor kwetsbare mensen met complexe en langdurige problemen.

4 *Groepsgesprekken met (ex-) cliënten en hun familieleden*

4.1 *Inleiding*

We hebben in overleg met de opdrachtgevers vier groepen cliënten en familieleden benaderd voor een groepsgesprek:

1. Ex-clieñten die kort opgenomen zijn geweest en nu zelfstandig wonen.
2. Ex-clieñten van de verslavingszorg die nu zelfstandig wonen.
3. Ex-clieñten die langdurig opgenomen zijn geweest.
4. Familieleden van ex-clieñten.

De cliënten zijn via de collectieve cliëntenraad en de instelling benaderd voor deelname aan een groepsgesprek. In de groepsgesprekken stonden de volgende vragen centraal:

Wat zijn de ervaringen van mensen met psychische beperkingen en hun familieleden met de voorzieningen op het terrein van wonen, welzijn en zorg? Welke belemmeringen ondervinden zij en welke lacunes constateren zij?

Helaas viel de bijeenkomst met ex-clieñten die kort opgenomen zijn geweest door de geringe opkomst in het water. Het blijkt moeilijk om deze groep cliënten hieraan mee te laten werken. Toch hebben we relevante informatie verkregen in de gesprekken met de mensen die wel aanwezig waren bij de verschillende groepsbijeenkomsten (16 personen).

4.2 *Gespreksthema's*

Hoe is de overgang van de instelling naar het zelfstandig wonen ervaren?

Er zijn grote verschillen in hoe de overgang naar het zelfstandig wonen is ervaren. Vier personen geven aan dat die overgang wel goed is verlopen (een vanuit kortdurend verblijf, drie vanuit langdurig verblijf). Factoren die bijdragen aan een succesvolle overgang, zijn: een goede opvang van de familie, een eigen huis, een nuttige dagbesteding, in staat zijn om hobby's en bezigheden weer op te pakken. Ook de levensfase lijkt van belang. Eén persoon was al gepensioneerd. Hij hoefde daarom niet aan de slag om weer nieuw werk te vinden.

Er zijn echter ook andere ervaringen, vooral vanuit de verslavingszorg. Twee cliënten en een familielid hebben de overgang van de afsluiting van de behandeling naar het weer zelfstandig wonen als moeilijk ervaren: 'Je krijgt weinig ondersteuning bij de keuzes die je moet maken. Je komt weer terecht op een verwaarloosde flat, in een netwerk die deels verantwoordelijk is voor de problemen die je ondervond en je moet alles zelf uitzoeken.'

Vooraf het zoeken naar werk dat en dagbesteding die bij je past is moeilijk. Je krijgt te maken met allerlei instanties, UWV, re-integratiebedrijven, CWI, en daar moet je zelf je weg in vinden. Het aanbod aan dagbesteding is nogal eenzijdig en meestal beperkt tot de stad. Zo worden er wel cliënten geplaatst in Panningen en Horst maar daar is helemaal niets voor hen te doen. Nu er via de AWBZ op bezuinigd gaat worden vrezen cliënten dat die situatie zal verergeren. Daar komt bij dat het openbaar vervoer in de regio slecht geregeld is zodat cliënten die in omliggende dorpen gehuisvest zijn geen kant op kunnen.

De kliniek/verslavingszorg is erop gericht je af te laten kicken. Maar dat je attitude ook moet veranderen en je weer zelfstandig moet leven, daar word je niet op voorbereid. Daar kan de instelling ook een bijdrage aan leveren. Er is behoefte aan een casemanager die de verschillende stappen van zorg naar werken of dagbesteding begeleidt.

De respondenten noemen nazorg als belangrijke vorm van steun. Daarbij is het belangrijk dat het goed klikt met de hulpverlener. Deze moet regelmatig een praatje maken over hoe het nu gaat en waar de ex-cliënt nu hulp bij nodig heeft. Daarnaast werd opgemerkt dat het heel prettig is dat de hulpverlener let op de signalen wanneer het weer slechter zou gaan, en dan

eventueel maatregelen kan nemen. Veel ex-patiënten zijn bang voor een herhalingspatroon, dat het na verloop van tijd toch weer fout gaat. Een ex-patiënt geeft uit eigen ervaring aan dat het helpt als een GGZ-verpleegkundige let op deze signalen. Dit voelt als een soort vangnet en geeft het gevoel er minder alleen voor te staan. De hulpverlener heeft ook met de partner (en binnenkort met de dochter) overlegd wat signalen kunnen zijn dat het weer slechter gaat, en wat zij vervolgens kunnen doen om te zorgen dat de problemen niet escaleren. Deze familieleden zijn volledig geïnformeerd en worden betrokken bij de begeleidingsgesprekken.

De personen waarbij de overgang naar het zelfstandig wonen goed gelukt is, richten zich weer op het oppakken van het normale leven. Daarbij kunnen we wel verschillen constateren in maatschappelijke participatie. Dit varieert van het volledig opgaan in vrijwilligerswerk, zich inzetten voor medepatiënten en veel contacten hebben met anderen, tot elke dag een stuk alleen fietsen. Deze laatste persoon voelt zich hier ook goed bij en heeft geen behoefte aan sociale contacten (had voor zijn opname ook weinig sociale contacten).

Ouders van cliënten in de langdurige zorg geven aan dat de overgang naar het zelfstandig wonen bij hun kinderen niet goed is verlopen. De ouders zijn van mening dat de vermaatschappelijking nogal een ommezwaai is: 'Twintig jaar is er niets gedaan, werden de mensen in de instellingen gehouden, en nu moet het ineens anders. Terwijl dit een jarendurend proces is.' Ze zijn van mening dat er te lichtzinnig over gedacht wordt: niet bij elk ziektebeeld is zelfstandig wonen een optie. Daarnaast vindt vaak geen overleg plaats met de ouders of het zelfstandig wonen wel mogelijk is, terwijl deze wel in moeten springen als het fout gaat. Bij veel ex-patiënten uit de langdurige zorg verloopt de overgang niet goed. Door te weinig begeleiding en structuur komen de mensen weer in de problemen en moeten ze na enige tijd weer opgenomen worden in de GGZ. Concrete voorbeelden waarbij het mis gaat: er wordt niet gecontroleerd of iemand wel eet (met als gevolg dat ze dit soms dagenlang niet doen) er is geen begeleiding, ze krijgen wat geld mee waar ze eten en drinken van moeten kopen. Dat doen ze niet, ze kopen er cannabis van. Niemand controleert dit. Doordat ze niet weten hoe ze contacten moeten aangaan, raken ze totaal geïsoleerd en vereenzaamd. Een probleem is vaak dat ex-patiënten na ontslag een minimuminkomen hebben, waardoor zij niet veel geld hebben om activiteiten te ondernemen of gebruik te maken van vervoer. Daardoor raken ze al snel geïsoleerd. De enige mogelijkheid die ouders van deze doelgroep zien is dat ze ergens

wonen waar veel begeleiding is, goede structuur, een dagprogramma en controle op middelenmisbruik. Stapsgewijze opbouw, waarin de (ex-) patiënten in hun tempo de samenleving kunnen verkennen. Daarnaast moet er veel meer overleg zijn met de ouders, die de hele geschiedenis van de (ex-) patiënt kent.

Waarom kiezen jullie voor de woning waar jullie nu in wonen? Kies je bewust voor het wonen in de buurt van de GGZ-zorg of is de keus op andere gronden gebaseerd? Hoe was het contact met de woningcorporatie?

Voor sommigen is het een logische keus: terug naar de woning waar zij voor hun opname al woonden. Voor andere ex-patiënten wordt de keus gemaakt. De instelling bepaalt dan dat een patiënt wel op zichzelf zou moeten kunnen wonen. Frustratie van de ouders is, dat zij weinig of niet gekend worden in deze beslissing. Een aantal van hen is van mening dat hun kind niet in staat is om zelfstandig te wonen en functioneren.

Cliënten die niet over een woning beschikken moeten afwachten waar ze terechtkomen. Er wordt volgens de cliënten vooral gekeken naar wat beschikbaar is en niet naar wat mensen nodig hebben. Soms worden mensen bij elkaar gezet die niet bij elkaar passen (mensen met verslavingsproblemen en mensen met psychische problemen).

Hoe is het contact met de burens? Kom je er op de koffie? Ervaar je begrip? Of zijn er vooroordelen? Met wie heb je de meeste contacten?

Er zijn weinig mogelijkheden om elkaar te ontmoeten. Onbekendheid leidt tot angst en versterkt vooroordelen. Het zou beter zijn om de komst van bewoners met een psychisch of verslavingsprobleem beter voor te bereiden. Een goed voorbeeld is de Domusvoorziening in Venlo, waar overleg met de bewoners ertoe heeft geleid dat bewoners beter waren voorbereid.

Reacties van burens zijn verschillend. Sommigen reageren heel begripvol en bieden aan te helpen. Andere burens / dorpsgenoten reageren minder begripvol. De ex-patiënten hebben het idee dat acceptatie in de maatschappij nog ver te zoeken is. Ex-patiënten hebben het idee dat er een stempel op hen rust, er naar ze gekeken wordt ('Daar heb je weer zo'n gek'). Ook zijn er klachten van buurtbewoners over het gedrag van de ex-patiënt (bijvoorbeeld omkeren van dag- en nachtritme, niet bijhouden van huis en tuin). Burens weten niet waar ze terechtkunnen met hun opmerkingen.

Nu bellen ze vaak de politie, maar die weet zich ook vaak geen raad met dit soort situaties. Er zou een meldpunt moeten komen (samenwerking van woningcorporatie en GGZ-NML), waar mensen ook meer uitleg kunnen krijgen over bepaalde aandoeningen. Dit kweekt meer begrip en vergroot de kans op adequaat ingrijpen.

De vermaatschappelijking is nog lang niet wat het moet zijn. Het moet tweerichtingsverkeer zijn, ook vanuit de maatschappij.

Welke ondersteuning ervaren ex-patiënten en wat zou nog beter kunnen?

Familie

Voor een aantal ex-patiënten is de familie van grote steun geweest, zeker bij de terugkeer naar het zelfstandig wonen. Familie voelt zich vaak niet goed geïnformeerd over de situatie, terwijl ze bijvoorbeeld wel geacht worden de patiënt na ontslag weer op te vangen. Zij voelen zich hierdoor niet erkend.

Lotgenoten

Er zijn verschillende verenigingen aangesloten bij het Centrale Platform. De verenigingen onderhouden contacten met hun eigen leden. Ook organiseert het Cliëntenadviesbureau bijeenkomsten voor lotgenoten ((ex-) patiënten, familieleden). De deelnemers van de gespreksgroepen die aan lotgenotengroepen deelnemen, ondervinden daar veel steun van.

Maatjesproject vriendendienst

Er is veel meer vraag dan aanbod. Op dit moment zijn er zo'n 50 à 60 koppels. Er zitten nog tientallen (ex-) psychiatrische patiënten te wachten op een maatje. Met een maatje kunnen (ex-) patiënten samen activiteiten ondernemen als naar een terras of naar het bos gaan.

Informatiepunt (Cliëntenadviesbureau)

Bij het Cliëntenadviesbureau (CAB) kan iedereen terecht, de deur staat altijd open. Als de medewerkers niet direct een antwoord hebben, zoeken ze het uit of verwijzen ze door. Geconstateerd wordt dat dan wel voor iedereen duidelijk moet zijn dat ze daar terecht kunnen. Wellicht nog meer doen aan de bekendheid.

Ook mantelzorgondersteuning voor ouders van GGZ-cliënten kan het CAB organiseren. Een voorbeeld is de Werkgroep Interactie van het CAB. Deze

heeft een cursus bejegening gedaan voor hulpverleners. Weert heeft ook een informatiepunt van Ypsilon. In Roermond is er de Stichting Oor. Ook in Venlo is onlangs een informatiepunt geopend. Dit wordt echter niet gerund vanuit ervarings-deskundigheid.

Wmo-loket

Er is duidelijk ondergebruik van voorzieningen doordat mensen niet weten waar ze recht op hebben of hoe ze dit moeten regelen. Er is behoefte aan meer ondersteuning op dit terrein. Het Wmo-loket heeft te weinig kennis van GGZ-cliënten. Het zou moeten doorverwijzen naar het CAB. Het CAB zou ook een deel van de subsidie moeten verkrijgen die nu naar MEE gaat.

Sport

In Venray is een G-sport aangesloten bij de voetbalclub. Daar zitten drie GGZ-cliënten bij. Het zou goed zijn als er voor GGZ-cliënten meer mogelijkheden waren voor fitness, mountainbiken of squashen. De reguliere sportvereniging staan nog weinig open voor (ex-) patiënten.

De Cliëntenraad heeft weinig contact met sportverenigingen. De sportverenigingen weten hen wel te vinden als er iets mis gaat.

F-ACT-teams

Op dit moment zijn er F-ACT-teams (zelfde principe als ACT) ingesteld/in oprichting. Daarin zitten ook personen met ervaringsdeskundigheid. Deze teams zijn op wijkniveau samengesteld. De leden van het F-ACT-team gaan naar de ex-patiënten toe en kijken op welke terreinen deze ondersteuning nodig hebben. De verschillende respondenten, zowel ex-patiënten als familieleden, hebben hier hoge verwachtingen van. Er is tot nu toe een beperkte groep die daarvan profiteert. Dat loopt nu een jaar. Er is ook een extramuralisatieteam maar dat werkt op een iets andere manier. Ook het aanvragen van een PGB is een mogelijkheid. Deze keuze wordt volgens de aanwezige cliënten en familieleden bij de indicatiestelling niet aan de cliënten voorgelegd. Er is onvoldoende uitleg.

Huisarts

Het is prettig als de huisarts op de hoogte is van de omstandigheden van de patiënt en deze ook zelf om de zoveel tijd informeert hoe het met de ex-patiënt gaat (het contact er niet alleen van laten afhangen of de ex-patiënt zelf contact opneemt). Belangrijkste klacht is dat huisartsen te weinig tijd

hebben om aan cliënten van de GGZ en verslavingszorg aandacht te besteden. Dat moet de huisarts noodgedwongen overlaten aan anderen. Daarmee is hij of zij een relatieve buitenstaander. Wel is het belangrijk dat de huisarts na afsluiting van de behandeling op de hoogte is van de medicatie die de cliënt gebruikt.

Eén persoon geeft aan dat het juist heel erg is misgegaan toen hij zijn eigen huisarts niet te spreken kon krijgen en er een vervangende huisarts was. Een probleem dat gesignaleerd wordt bij huisartsen is dat zij tegenwoordig vaak onvoldoende kennis hebben van psychiatrische problematiek. Huisartsen krijgen een bedrag waarbij zij tegenwoordig zelf uitmaken hoe zij dit inzetten, of zij sociaal psychiatrische verpleegkundigen (SPV'ers) hiervoor inzetten of anderszins in deze lacune voorzien. Met als resultaat dat niet overal SPV'ers beschikbaar zijn.

Een andere klacht is dat ex-patiënten lang niet altijd zelf een afspraak kunnen maken met de huisarts. Als zij bellen moet eerst de casemanager ingeschakeld worden. Deze persoon bemiddelt dan. Dubbel signaal: aan de ene kant wordt er van ex-psychiatrische patiënten verwacht dat ze zelfstandig in de maatschappij kunnen functioneren, aan de andere kant voelen ze zich betutteld door dezelfde maatschappij.

Het informatiecentrum van het CAB organiseert regelmatig bijeenkomsten voor artsen om bepaalde ziektebeelden onder de aandacht te brengen.

Maatschappelijk werk

Het maatschappelijk werk heeft een aanbod voor ex-patiënten, maar dan moeten zij wel met deze vraag naar het MW komen. Het maatschappelijk werk zou meer bekendheid moeten geven aan wat zij voor hen kunnen betekenen, de hulp laagdrempeliger maken. Ook zouden ze meer outreachend moeten werken. Zij doen wel veel aan ondersteuning van de mantelzorg, maar dat geldt volgens de vertegenwoordiger van Ypsilon niet voor mantelzorgers van GGZ-cliënten.

Financiën

Sommige cliënten van de GGZ en Verslavingszorg hebben op advies van hun therapeut via de kantonrechter de bewindvoering over hun financiën overgedragen aan een particulier bureau. Deze particuliere bureaus kosten de cliënten veel geld (84 euro per maand), maar deze gaan vaak slordig met deze financiën om. Cliënten krijgen (huur)schulden omdat de huur niet overgemaakt wordt en sommige komen in een schuldsaneringstraject terecht.

Er zou veel zorgvuldiger naar deze bureaus verwezen moeten worden. Een soort certificaat zoals dat nu in ontwikkeling is voor PGB-bureaus zou wenselijk zijn, waarbij deze bureaus zich ertoe verplichten zich jaarlijks door een cliëntenorganisatie of via een cliënttevredenheidsmeting te laten beoordelen. Nu kan iedereen een dergelijk bureau beginnen.

GGZ

Al tijdens de behandeling in de GGZ-instelling moet er een voortraject komen voor patiënten die zelfstandig moeten gaan wonen. Daarin moeten zij leren wat er allemaal komt kijken bij het weer zelfstandig gaan wonen, welke problemen je tegen kan komen, hoe je dat zou kunnen aanpakken, of je dat zelf kan, welke hulp er eventueel georganiseerd moet worden. Het is heel belangrijk dat (ex-) patiënten te horen krijgen wat er allemaal mogelijk is aan hulp en ondersteuning. Soms gaat dat goed, vaak echter niet. De hulpverleners van GGZ NML lijken te weinig op de hoogte van de verschillende mogelijkheden voor (ex-) patiënten, zelfs op het eigen terrein. Zo krijgen patiënten wanneer ze in de instelling verblijven veel te weinig informatie over deelname aan de activiteiten van de bosploeg, de timmerwerkplaats, metaalbewerking en het atelier. Doordat ze deze eerste fase van toeleiding naar werk niet kunnen ervaren (langzaam weer toegroeien naar het werkproces), is het des te moeilijker als ze dit opeens zelfstandig moeten gaan oppakken na ontslag uit de GGZ-instelling. Dit moet stapsgewijs plaatsvinden, en aangepast worden aan de persoon.

MEE

Er zijn geen goede ervaringen met MEE. MEE is niet gericht op de GGZ maar er wordt wel naar verwezen.

Zorgboerderijen

Zorgboerderijen worden genoemd als een goede optie, ook voor langdurige patiënten, omdat deze hun veel structuur en goede begeleiding bieden.

Buurthuizen

Tot nu toe organiseren buurthuizen niets voor (ex-) patiënten. De medewerkers zijn te weinig op de hoogte van psychiatrische problematiek. Vanuit het CAB is er nu overleg met Mensana om meer activiteiten te organiseren, bijvoorbeeld in het buurthuis, waar alle (ex-) patiënten terecht kunnen. Het zou goed zijn als zij ook een functie krijgen in de ketensamenwerking in de verslavingszorg.

Op welke terreinen heb je meer ondersteuning nodig?

Wonen, huishouden

Binnen de Wmo is het mogelijk voor ex-patiënten om bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, boodschap-penhulp aan te vragen. Dit is echter vaak niet bekend bij de ex-patiënten. Als het wel bekend is, weten zij vaak niet hoe ze dit moeten aanvragen. Er zijn kundige mensen nodig om de ex-patiënten te ondersteunen bij het aanvragen van hulp.

Ex-patiënten krijgen vaak de goedkopere woningen toegewezen door de woningcorporaties; het is daardoor lastig om op een fijne plek te wonen. Daarnaast veroorzaakt dit in bepaalde wijken hoge concentraties ex-patiënten, waar buurtbewoners vaak niet blij mee zijn.

Er moet meer duidelijkheid komen waar rekening mee gehouden moet worden bij het terugplaatsen van ex-patiënten in de maatschappij. Ook is betere communicatie met de buurtbewoners nodig, zodat zij weten wat hen te wachten staat en hoe zij met deze mensen kunnen omgaan.

Contact leggen met andere mensen

Er is een aantal mogelijkheden gerealiseerd waardoor (ex-) patiënten elkaar in groepsverband kunnen ontmoeten. Zo is er een visclub, het zwembad heeft speciale openingstijden. Ook worden er af en toe activiteiten georganiseerd waarbij mensen er gezamenlijk een dagje op uit kunnen.

Sporten of hobby/vrijtijdsbesteding

Verschillende ex-patiënten en hun familieleden merken op dat het goed is om (ex-) patiënten te activeren: stimuleer ze weer te gaan sporten, deel te nemen aan recreatieve activiteiten, ga met ze samen boodschappen doen, het dorp in. Door niksdoen, passief gedrag, verergeren de problemen alleen maar.

Soms ervaren ex-patiënten moeilijkheden bij het weer oppakken van hun hobby's. Dit kan het gevolg zijn van concentratiestoornissen door gebruik van medicatie.

Mondjesmaat komen er projecten die meer opengesteld zijn, waar zowel mensen uit de wijk als (ex-) patiënten terecht kunnen, zoals de dierentuin. Ook komen er steeds meer consumer run projecten: projecten waar (ex-) patiënten werken.

Solliciteren – werk zoeken – dagbesteding

Dagbesteding zien de aanwezigen als misschien wel de belangrijkste sleutel tot (gedeeltelijk) herstel (‘Als je niks om handen hebt, zal het vrij zwaar zijn om weer zelfstandig te moeten functioneren’). Het biedt structuur, het geeft een doel, zingeving, mensen doen contacten en vaardigheden op, het houdt een aantal mensen af van cannabisgebruik. Daarbij moet wel heel goed gekeken worden wat past bij de behoeften en vaardigheden van de ex-patiënt. Een algemene klacht is dat vormen van dagbesteding niet erg intellectueel uitdagend zijn. Ex-patiënten met een wat hoger opleidingsniveau hebben meer uitdagende bezigheden nodig, aangepast aan wat ze wel kunnen doen. Daarnaast noemen ze dat dagbesteding fysiek en mentaal haalbaar moet zijn. Soms komt het voor dat patiënten die heel lang niets hebben gedaan, ineens geacht worden om hele dagen een dagbesteding te volgen, waarbij ze bijvoorbeeld al om 6.30 op moeten staan en een eind moeten reizen met het openbaar vervoer. Dit kan zo demotiverend werken dat ex-patiënten jaren later nog een aversie tegen dagbesteding hebben. Er zijn drie re-integratiebureaus die (ex-) patiënten helpen bij het toeleiden naar werk (React-Zuid, Sterk voor Werk en WAA-groep). Er is weinig bekend over de resultaten van deze re-integratie.

Weinig (ex-) patiënten hebben interesse in vrijwilligerswerk. Ze moeten hierin echt gestimuleerd worden door aan te geven wat voor nut het heeft, wat het hun oplevert. Als ze het uiteindelijk toch gaan doen, zie je ze vaak groeien! De vrijwilligersorganisaties in Venray zijn niet betrokken bij het plaatsen van (ex-) patiënten. Ook op het terrein van GGZ NML zouden meer plekken gecreëerd moeten worden voor vrijwilligerswerk. Nu gebeurt dat maar heel af en toe (ze mogen helpen met eten/post rondbrengen).

4.3 Conclusies

De vier gesprekken met cliënten en familieleden geven aan dat er op ten minste vier terreinen behoefte is aan een meer samenhangend netwerk van ondersteuning en zorg.

Informatie voor cliënten en familieleden

Het Wmo-loket blijkt voor cliënten van de GGZ en verslavingszorg weinig toegankelijk. Veel GGZ-cliënten weten niet goed waar ze recht op heb-

ben en weten niet hoe ze dat moeten regelen. Het loket heeft volgens de cliënten en familieleden weinig kennis van GGZ-cliënten. Ook MEE speelt op dit terrein geen rol van betekenis, hoewel gemeenten er volgens de respondenten wel naar verwijzen. Het Cliëntenadviesbureau heeft in de regio een belangrijke functie als informatiebron vanuit cliëntenperspectief voor cliënten en familieleden, maar is nog onvoldoende bekend. De informatiefunctie van het CAB zou verder uit te bouwen zijn als een deel van de subsidie die MEE voor dit doel krijgt hiervoor wordt ingezet. Ook ondersteuning van mantelzorgers (familieleden van GGZ-cliënten) kan vanuit het CAB vorm krijgen. Datzelfde geldt voor het infopunt van Ypsilon uit Weert. Hieraan zou meer bekendheid gegeven kunnen worden.

Familieleden menen dat de zorginstellingen hun onvoldoende informeren over waar hun familielid na ontslag geplaatst wordt, terwijl wel van hen verwacht wordt dat zij hun familieleden opvangen na ontslag.

De overgang van de instelling naar zelfstandig wonen

De overgang naar weer zelfstandig wonen is voor veel cliënten te abrupt. Het is essentieel de cliënten hierop goed voor te bereiden en te zorgen dat zij bij ontslag kunnen rekenen op een vorm van begeleiding. Vaak zijn cliënten niet op de hoogte van de mogelijkheden die de Wmo op dit punt biedt. Een goede voorbereiding is ook nodig om te leren omgaan met instanties als CWI, UWV en re-integratiebureaus.

Nazorg is een belangrijke vorm van steun, waarbij het wel essentieel is dat het goed klikt met de hulpverlener. De F-ACT-teams kunnen hierin een essentiële rol spelen, ook omdat zij de verbinding weten te leggen met werk en dagactiviteiten. De cliënten en familieleden hebben hoge verwachtingen van de F-ACT-teams (en de rol van ervaringsdeskundigen in deze teams) en hopen dat de F-ACT-teams hun actieradius op korte termijn kunnen uitbreiden. Een heel concreet knelpunt is de positie van particuliere bureaus die door de kantonrechter, soms op verzoek van de cliënt, zijn aangewezen als bewindvoerder en de financiën van de cliënt beheren. In enkele concrete gevallen heeft de nalatigheid van een particulier bureau tot gevolg gehad dat cliënten met (huur)schulden zijn opgepadeld en vervolgens in een schuldhulpverleningstraject van de gemeente terecht kwamen. Er is behoefte aan een zorgvuldige screening van deze 'bewindvoerders' door de instelling die cliënten naar deze bureaus verwijst.

Wonen en sociale contacten

Wonen op een prettige plek met de mogelijkheid om een dagactiviteit te bezoeken of werk te vinden in de nabije omgeving is voor veel cliënten het ideaal dat vaak niet gerealiseerd wordt. Ze komen terecht op een plek waar ze zelf niet voor gekozen hebben, met weinig mogelijkheden voor sociale contacten of dagactiviteiten. Het is dus belangrijk dat bij het huisvesten van ex-clënten van de GGZ of verslavingszorg ook is gekeken naar het aanbod aan dagactiviteiten of toeleiding naar werk. Als cliënten voor het deelnemen aan activiteiten op het openbaar vervoer zijn aangewezen, beperkt dat de deelname aanzienlijk.

Cliënten missen mogelijkheden om buurtbewoners te ontmoeten en met elkaar kennis te maken. Voor buurtbewoners is het belangrijk dat zij goede informatie krijgen over de nieuwe bewoners en dat zij bij een (meld) instantie terecht kunnen met vragen en opmerkingen. Het verenigingsleven en vooral de sportverenigingen hebben de GGZ-clënten nog weinig te bieden. Ook de GGZ NML kan hierin een actievere rol vervullen door meer plekken te creëren voor vrijwilligerswerk. Maatjes kunnen een belangrijke (aanvullende) rol vervullen om cliënten weer actief te krijgen en te laten deelnemen aan allerlei activiteiten. Er is een maatjesproject opgezet door het CAB, maar dat kampt met een beperkt aanbod aan maatjes. Steun van de overheid en lokale vrijwilligersorganisaties bij de werving van nieuwe maatjes zou welkom zijn.

Dagactiviteiten/werk

Dagactiviteiten en toeleiding naar werk zijn essentieel voor het herstel van ex-clënten. Er zijn op dit punt in de nabije omgeving te weinig mogelijkheden. Dagactiviteiten zijn maar op enkele plekken aanwezig en de financiering daarvan voor de nabije toekomst is onzeker (wijziging AWBZ). Daarnaast is voor veel cliënten met een hogere opleiding het huidige aanbod te weinig uitdagend. Ook de instelling zou een actievere rol kunnen spelen door cliënten beter te informeren over activiteiten die op het instellingsterrein aangeboden worden.

De cliënten bepleiten de aanstelling van een casemanager die hen begeleidt in de verschillende stappen van ontslag uit de kliniek naar werken of dagbesteding.

5 *Naar een maatschappelijk steunsysteem in Noord- en Midden-Limburg. Verslag miniconferentie*

5.1 *Inleiding*

Op 29 september vond in het gemeentehuis van Venlo een miniconferentie plaats over de vraag wat GGZ-cliënten nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen en leven. Een breed gezelschap van politici, ambtenaren, zorgverleners, cliënten en familieleden was aanwezig. De conferentie werd geleid door Frank Lambrigts en ingeleid door de heer Derks van de Raad van Bestuur van GGZ NML en de heer Oudenampsen, onderzoeker van het Verwey-Jonker Instituut.

Waarom een miniconferentie?

Dhr. Derks beschrijft de aanleiding voor de miniconferentie en het onderzoek. Er is veel veranderd in de GGZ de laatste jaren. De GGZ heeft de omslag gemaakt naar extramuralisering. Bij GGZ Noord- en Midden-Limburg is geconstateerd dat er teveel mensen in de instelling verbleven die niet in een instelling hoefden te wonen. Deze groep zou best met de nodige hulp als volwaardig lid van de gemeenschap kunnen meedraaien. In de toekomst moest voorkomen worden dat mensen met psychiatrische problemen automatisch in de fuik terecht zouden komen van een langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, zich daar aanpassen en daar vervolgens nooit meer wegkomen. Het streven moest zijn om ex-psychiatrische patiënten tussen andere mensen in de maatschappij te laten leven. Dat zal niet altijd lukken, dat zal soms problemen geven en dat vergt ook van de omgeving dat deze zich aanpast. Pas als is aangetoond dat iemand niet in staat is om in de samenleving te functioneren, kan het besluit vallen om hem/haar in een instelling op te nemen. Ook binnen de instelling moeten psychiatrische cliënten meer in contact komen met mensen uit de samenleving.

Voorkomen moet worden dat mensen die langdurig in het GGZ-circuit terechtkomen, het zieken-huisterrein niet meer afkomen. Mensen moeten

niet totaal buiten de maatschappij geplaatst worden. Hoe is dit streven te bewerkstelligen? Dit gebeurt onder andere door het inzetten van FACT-teams: teams waarin professionele expertise als ervaringsdeskundigheid verenigd is. Zij houden in de wijk een vinger aan de pols bij mensen die extra aandacht nodig hebben. Zo voorkomen zij dat meer zorg wordt geleverd dan strikt noodzakelijk is. Wanneer er aanleiding toe is, kunnen zij direct iets organiseren. Zij maken de mensen wegwijs in het doolhof van instanties en bureaucratie. De heer Derks concludeert dat extramuralisatie een integrale aanpak vergt; het is een grote opgave om dit goed voor elkaar te krijgen. Doel van deze conferentie is om de bouwstenen te leggen voor deze integrale aanpak met de op deze conferentie aanwezige partijen.

5.2 *Discussie aan de hand van stellingen*

Vervolgens krijgt de heer Oudenampsen het woord. Hij geeft in enkele steekwoorden inzicht in de resultaten tot nu toe van het onderzoek naar een maatschappelijk steunsysteem in Noord- en Midden-Limburg, oftewel: wat hebben cliënten van de GGZ en de verslavingszorg in Noord- en Midden-Limburg nodig om zelfstandig te kunnen wonen en leven? Deze resultaten zijn in de voorafgaande hoofdstukken gepresenteerd. Vervolgens presenteert hij enkele stellingen. Hij benadrukt dat de stellingen wel geïnspireerd zijn door de onderzoeksresultaten tot nu toe maar niet als conclusies gezien moeten worden. De voorzitter leidt vervolgens aan de hand van de stellingen de discussie met de zaal.

Integrale visie van betrokken instanties

De eerste stelling luidt: Gemeenten, zorginstellingen en woningcorporaties werken in Noord- en Midden-Limburg langs elkaar heen als het gaat om het bieden van een goed woon-, werk- en leefklimaat voor (ex-) cliënten van de GGZ en verslavingszorg.

Er is al enorm veel gebeurd waar het extramuralisatie betreft: op het terrein van wonen, werk, inkomen, zorg, Wmo, maatschappelijke begeleiding. De gemeenten hebben vanuit verschillende beleidsterreinen nota's geschreven over extramuralisering van ex-clieñten uit de GGZ (OGGZ-convenant, Wmo-doelstellingen). Wat ontbreekt is een gezamenlijke, integrale visie van alle betrokken partijen. Een centrale, gedeelde visie is noodzake-

lijk. Vervolgens moeten de verschillen-de partijen doelstellingen en concrete actieplannen in samenhang opstellen en uitvoeren.

De wethouder van Roermond ziet in het gremium Regionale Overleg Tafel een mogelijke plek om tot deze gedeelde visie te komen. Het overleg heeft zich tot nu toe gericht op seniorenhuisvesting en voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten. Het is te weinig gericht geweest op (ex-) psychiatrische cliënten. Hij pleit ervoor om dit overleg meer gezag te geven. Bespreek in dit overleg bijvoorbeeld hoeveel woningen, zorg, en wat voor soort dagvoorzieningen er moeten komen. Laat diverse gemeenten hun beleid in dit overleg op elkaar afstemmen. Belangrijk is om tot een totaalvisie te komen met de GGZ en verslavingszorg als betrokken partijen. Het is van groot belang om ook ex-clieënten en familieleden van ex-clieënten in dit overleg te laten participeren. Geef aan alle participanten verantwoordelijkheid, ruimte, initiatief en vrijheid om met eigen ideeën te komen.

Regiefunctie gemeenten

De voorzitter brengt de tweede stelling in discussie: Zonder krachtige regie van de gemeente Venray, Venlo en Roermond zal er geen maatschappelijk steunsysteem in Noord- en Midden-Limburg van de grond komen.

De aanwezigen zijn het erover eens dat de gemeente de regiefunctie kan en moet vervullen. Zij moet de verschillende actoren op dit terrein samenbrengen en het geheel coördineren. De vraag is alleen hoe zij deze functie moet vormgeven. Wat is al aanwezig? Wat is nodig? En wat is het gat daartussen? Wie gaat wat doen? Hoe kunnen we concrete afspraken maken?

Lastig voor de gemeente is dat zij sommige organisaties niet kan dwingen om mee te werken. Met een aantal organisaties bestaat er een subsidierelatie, daar is het eventueel mogelijk sancties te stellen bij weigering om zich voor deze doelgroep in te zetten.

Voorkomen moet worden dat er alleen maar vergaderd wordt. Het gaat om concrete afspraken, om actieplannen, en om het daadwerkelijk aanpakken van de problemen!

Behoeften van cliënten en familieleden in kaart brengen

De volgende stelling luidt: GGZ-clieënten en cliënten van de verslavingszorg die zelfstandig willen gaan wonen zijn op zichzelf aangewezen.

Een kleine groep ex-psychiatrische cliënten zorgt voor overlast. Deze groep krijgt veel aandacht en in de samenleving bestaat een gevoel van urgentie om deze problemen op te lossen. Er is veel minder aandacht voor

de - veel grotere - groep cliënten die niet assertief zijn. Zij raken sociaal geïsoleerd en kwijnen weg. Deze mensen weten vaak niet de toegang tot instanties te vinden.

Het is belangrijk om de totale behoefte van de cliënten aan extramuralisatie te bepalen. Wat komt daar op de korte en lange termijn allemaal bij kijken?

Een grote groep ex-clieënten is onzichtbaar wanneer zij uit de GGZ-instelling komen. Als deze cliënten niet zelf stappen ondernemen (wat vaak het geval is), zien sociale diensten, Wmo en dergelijke hen niet. De kunst is om een scherper zicht te krijgen op de behoefte aan hulpverlening. Wat is allemaal nodig op verschillende terreinen: het maatschappelijke terrein, wonen, werk & inkomen, zorg, Wmo-voorzieningen. Verschillende (beleids) terreinen moeten daarvoor meer samenwerken en afstemmen.

Cliënten en hun familieleden goed informeren

De laatste stelling: Cliënten (en hun familieleden) zijn niet goed geïnformeerd over wat hen bij terugkeer in de maatschappij te wachten staat.

De informatievoorziening via het Wmo-loket loopt nog niet optimaal, het loket moet gevoeliger worden gemaakt voor GGZ-problematiek. Ook de instellingen zelf lijken onvoldoende gericht op informatieverstrekking over extramuralisatie. Een gemeente stelt de vraag of informatievoorziening generiek moet zijn (voor iedereen) of dat specifieke onderdelen op specifieke doelgroepen gericht moeten zijn. Is dit laatste niet stigmatiserend? Het is beter om beide strategieën toe te passen. Er zal altijd een kwetsbare groep ex-clieënten zijn die anders de informatie niet kan verkrijgen. Deze groep heeft een speciale benadering nodig.

Concrete actiepunten

Na de pauze lichten leden van de collectieve cliëntenraad van de GGZ NML enkele concrete actiepunten toe.

Informatie en voorlichting naar twee kanten

Extramuralisatie moet tweerichtingsverkeer zijn. Niet alleen de ex-clieënt moet zich aan de maatschappij aanpassen. Van de samenleving mag ook de nodige inspanning verwacht worden. Daarbij is goede informatie en voorlichting van essentieel belang. Als de buurt beter op de hoogte is van de beperking die iemand heeft en wat zijn of haar 'gebruiksaanwijzing' is, kan zij beter met deze persoon omgaan. Er zal in ieder geval meer begrip ontstaan.

Buren zullen niet direct de politie gaan bellen. Er is een soort 'maatschappelijke opvoeding' nodig, de maatschappij moet bewerkt worden. Laat ook verenigingen en clubs hierin participeren: voor hen is een grote rol weggelegd in het laten welslagen van ex-cliënten in de samenleving.

Er zijn eigenlijk al maatregelen nodig voorafgaand aan plaatsing van een ex-cliënt in de buurt. Je kunt alles om een cliënt regelen, maar dan nog kan het fout gaan als de buurt hem of haar niet accepteert. Ook de omgeving goed informeren: het verzet afbreken zodat er geen muur van wantrouwen ontstaat. Als dat lukt ontstaat er vaak zelfs burenhulp, en gaan de mensen in de straat deel uitmaken van het maatschappelijke steunsysteem. Een van de aanwezigen geeft een voorbeeld van een ex-cliënt waarbij om de dag een vrouwelijke begeleider over de vloer kwam. Buurtgenoten dachten dat dit een prostituee was. Pas na een tijd kwam een gesprek op gang. Nu is het sentiment in de buurt omgedraaid en houden de burens een oogje op hem. Een wekenlange investering in de buurt is noodzakelijk.

Wonen

De woningbouwvereniging heeft getracht de situatie in kaart te brengen: om hoeveel cliënten gaat het en waar zijn ze gaan wonen. Het bleek dat er een grote concentratie van ex-cliënten ontstond in bepaalde wijken. De woningcorporatie zet zich nu in om tot een grotere spreiding van de ex-cliënten te komen. Het is moeilijk concrete (samenwerkings)afspraken te maken. Het belang daarvan wordt wel gevoeld: 'Samen staan we sterker.'

In Venray is een clustering ontstaan doordat ex-cliënten in complexen met kleinere appartementen terechtkomen. De bewoners zijn echter niet als groep aanspreekbaar. Hoewel het draagvlak nu goed is in Venray neemt de druk toe. Het is moeilijk de balans te vinden tussen enerzijds de privacy van de ex-cliënten (voorkomen dat zij een stempel krijgen) en anderzijds de draagkracht van de wijk.

Vrije tijd / dagbesteding

Cliënten uit de GGZ hebben behoefte aan gezelligheid als een KBO-middag en een carnavalsvereniging. De meeste sport- en vrijetijdsclubs en verenigingen zijn echter niet goed bekend met GGZ-problematiek.

Verschillende malen komt het belang van dagbesteding aan de orde. Het is belangrijk dat een cliënt zo snel mogelijk zinvolle dagbesteding vindt, anders is de kans op (terugkeer van) symptomen groter. Zorg voor meer diversiteit in het aanbod; nu is het allemaal eenheidsworst en laaggeschoold werk.

In de gemeente Venlo hanteren de instanties rondom werk en inkomen een driedeling voor hun cliëntenpopulatie: zorg/participatie/werk. Deze indeling duwt mensen echter in hokjes: alsof GGZ-cliënten toch niet meer aan het werk komen. Een dergelijke indeling is stigmatiserend en je helpt mensen er niet mee verder. Ook ex-GGZ-cliënten kunnen en moeten deel uitmaken van de samenleving, participeren, meedoen. Dan moeten ze daar wel hulp bij krijgen. De vraag naar banen is heel divers. Houd rekening met een voldoende aanbod van deeltijdbanen. Veel ex-GGZ-cliënten hebben lange tijd niet gewerkt, moeten weer groeien naar werk, leren omgaan met dagstructuur. Het is een taak van de gemeente om na te gaan welk aanbod er is en hoe dit te ontwikkelen. Het Cliëntenadviesbureau (CAB) in Venray weet waar cliënten terecht kunnen en kan hen ondersteunen in de overgang naar het werk.

Het Trimbos instituut heeft een werkwijze die in de VS heel effectief is gebleken, overgenomen en aangepast aan het Nederlandse systeem. Deze werkwijze heet Individual Placement Support (IPS). Uit onderzoek blijkt dat 66% van de GGZ-cliënten met deze werkwijze weer heel snel aan het werk is. De focus heeft veel te lang alleen op behandeling gelegen, waardoor levens stil bleven liggen. Aan het begin van de behandeling moet het perspectief arbeid centraal staan: werken, tenzij. Als dat niet gebeurt, ontstaat er een maatschappelijke handicap. Ook aangepaste onderwijsmogelijkheden zijn belangrijk, bijvoorbeeld bij het ROC. Elders in het land bieden ROC's speciale opleidingen aan voor ervaringsdeskundigen die later werk vinden in de hulpverlening.

Nazorg

De aanwezigen zien de GGZ als verantwoordelijke partij voor de nazorg aan cliënten. Over de invulling daarvan lopen de meningen uiteen. De GGZ heeft inmiddels een FACT-team opgezet dat zorgt voor de opvang van de cliënten die de GGZ-instelling gaan/hebben verlaten. Dit team zorgt ervoor dat het contact met de afdeling zorgvuldig wordt afgebouwd. De begeleiders gaan daarbij uit van de eigen kracht en capaciteiten van de ex-cliënt. Ze gaan samen met de ex-cliënt na hoe nu verder, welke stappen te ondernemen. Daarbij is er aandacht voor sociale contacten, dagbesteding, wonen, financiën. Begeleiding is van essentieel belang. Sommige ex-cliënten hebben zo lang in de instelling gezeten dat ze niet meer weten hoe het werkt in de maatschappij. Langzamerhand moet de cliënt steeds meer verantwoordelijkheid krijgen, zodat deze niet achterover gaat leunen maar weer grip op

het eigen leven kan nemen. Daar groeien ze van. Cliënten en familieleden zien het FACT-team als een geweldig initiatief, alleen de actieradius is nog te beperkt.

De gemeente heeft ook een belangrijke rol. Een lid van de collectieve cliëntenraad benadrukt dat alles eerst goed geregeld moet zijn, wil extramuralisatie een kans van slagen hebben. Dit heeft hij in de praktijk meegeemaakt in Maastricht. In de eerste maanden dat de extramuralisatie daar was doorgevoerd, liep het heel slecht. Veel ex-clieënten keerden al binnen een paar maanden terug naar de GGZ-instelling. Pas nadat alle voorzieningen goed geregeld waren, zoals inloop, voorzieningen voor dagactiviteiten, werk en inkomen ging het goed en zijn verschillende ex-clieënten goed geïntegreerd in de samenleving. Achteraf bleek de GGZ een paar dingen over het hoofd te hebben gezien. Kleine dingen als begeleiding bij het verzorgen van de tuin. Het niet verzorgen van tuinen bleek in de buurt grote problemen op te leveren, hetgeen de acceptatie van ex-clieënten bemoeilijkte. Daarnaast bleken er veel bejaarde cliënten in de doelgroep te zitten: dat was onderschat.

Een knelpunt dat de aanwezigen signaleren is dat een aantal ex-clieënten soms ver 'buitenaf' woont. Wanneer een maatschappelijk steunsysteem is opgebouwd met allerlei voorzieningen in de steden en dorpen, moet ook het vervoer er naartoe goed geregeld zijn. Anders blijven deze mensen in een isolement verkeren. Conclusie: probeer niet per gemeente het wiel opnieuw uit te vinden. Leer ook van ervaringen elders, van good practices zoals Eindhoven, Utrecht en Bos en Lommer (Amsterdam).

Belangrijk is dat de ex-clieënt een vaste persoon heeft die hem/haar begeleidt. De begeleiding moet niet continu wisselen, anders kan er geen vertrouwensband ontstaan.

De gemeente heeft ook een rol in het toeleiden en begeleiden van ex-clieënten naar allerlei gemeentelijke voorzieningen, bijvoorbeeld op het gebied van Wmo, werk en inkomen. Ex-clieënten weten vaak niets van deze instellingen en hoe ze werken.

Familie

De instellingen moeten zorgvuldiger omgaan met familie van de (ex-) cliënten. Familie kan fungeren als een zeer goed maatschappelijk steunsysteem. Er moet meer aandacht komen voor de familie. Al op de afdeling moet de familie duidelijke informatie krijgen. Wat is het voor afdeling waar hun familielid terecht is gekomen? Wat voor behandeling krijgt het familielid? Geef

familieleden niet alleen een map met informatie maar vraag daarna ook of ze nog vragen hebben. Als familielid weet je niets van de wereld waarin bijvoorbeeld je kind terecht is gekomen. Ouders nemen vaak een afwachtende houding aan, omdat ze geen idee hebben wat ze kunnen vragen.

Vervolgens lopen ze thuis op tegen een muur van onzekerheid. Vaak besluit de instelling eenzijdig dat de cliënt wel op zichzelf kan wonen. Ouders vragen zich af hoe het dan vervolgens moet met hun kind en waar zij terechtkunnen met vragen of voor advies. Het is belangrijk om ook de familie voor te bereiden op extramuralisatie: wat kunnen zij verwachten, wat komt er op hen af?

MEE krijgt soms radeloze ouders die niet meer mogen meepraten over wat er met hun kinderen gebeurt. Jongeren kunnen zich heel erg afzetten tegen hun ouders (en hulpverleners). Als de relatie tussen ouders en kinderen verstoord is, moet er juist hulp komen om deze relatie weer op gang te brengen. Er moet gekeken worden wat nog wel kan. Daar heeft de GGZ in het verleden te weinig mee gedaan.

Aandacht voor jongeren

Zorg ervoor dat wanneer jonge mensen vastlopen er veel eerder hulp komt. Jongeren hebben het zwaar. De keuzes die ze moeten maken worden steeds complexer en het wordt steeds moeilijker om aan alle eisen te voldoen.

Er komt nu een 'preventieve kliniek' waar jongeren (12 - 18 jaar) die de kans lopen om verslaafd te raken kortdurend (maximaal 3 - 6 maanden) kunnen worden opgenomen. Vrijtijdsbesteding en school worden geregeld, zoveel mogelijk in de plaats waar de jongeren vandaan kwamen, waar ze al naar school gingen. Het streven is om de jongeren zo snel mogelijk weer terug te krijgen naar de ouders.

De deelnemers merken op dat je niet vroeg genoeg kunt beginnen met het begeleiden van jonge kinderen (0 - 6 jaar) in risicosituaties. Je moet letten op signalen dat kinderen onder druk staan, kwetsbaar zijn. De omgeving kan een voedingsbodem zijn voor het ontstaan van problemen. In deze gevallen moet er extra opvoedingsondersteuning komen. Her en der zijn er daartoe al initiatieven ontplooid.

Informatie en ondersteuning

De aanwezigen constateren dat MEE tot nu toe nog niet erg toegankelijk is voor (ex-) GGZ-cliënten. De vertegenwoordiger van MEE geeft toe dat tot nu toe nog geen uitgebreide GGZ-expertise is opgebouwd. Ze hebben tot nu toe

vooral te maken gehad met autistische cliënten met een verstandelijke handicap. Over andere stoornissen moet MEE nog expertise opbouwen. Dat dit nog wat achtergebleven is komt doordat het tot nu toe niet tot de opdracht van MEE behoorde om GGZ-cliënten te ondersteunen en te informeren. De gemeente verwijst ondertussen wel veel GGZ-cliënten naar MEE. De pakketmaatregelen, de bezuinigingen op de begeleiding en dagbesteding in de AWBZ confronteren de gemeenten met het feit dat zij weinig zicht hebben op de groep GGZ-cliënten die door deze maatregelen getroffen worden en op de gevolgen van deze maatregelen. Het Cliëntenadviesbureau (CAB) in Venray is een samenwerkingsverband van cliënten en familieorganisaties en heeft in de regio een belangrijke informatiefunctie als het gaat om maatschappelijke participatie van cliënten van de GGZ en verslavingszorg. Zij heeft ook zicht op wie in de regio getroffen wordt door de bezuinigingen. De gemeenten zouden vaker een beroep moeten doen op de expertise van het CAB. Het CAB heeft ook inzicht in de behoeften van de GGZ-cliënten aan Wmo-voorzieningen. De middelen van het CAB zijn echter beperkt. Voor het realiseren van betere informatie en ondersteuning voor GGZ-cliënten in de regio zouden het CAB en MEE meer kunnen samenwerken om samen met de gemeenten tot een beter aanbod te komen waarin de ervaringsdeskundigheid van het CAB geïntegreerd is.

Slotwoord van de dagvoorzitter

Doordat er nu geen integraal aanbod is, valt de ex-cliënt tussen instellingen in. Jarenlang is concurrentie tussen verschillende instellingen gestimuleerd. De cliënt had een eigen verantwoordelijkheid. Nu moet door de Wmo een omslag gemaakt worden: iedereen is verantwoordelijk - niet alleen de cliënten, maar ook de mensen om hem/haar heen. Dit vereist een andere manier van werken en het stellen van prioriteiten. Voorheen zag de GGZ mensen uit de doelgroep als mensen met een ziekte die je moest proberen te genezen. Vanuit de Wmo wordt dezelfde groep gezien als kwetsbare burgers die weer moeten participeren in de maatschappij. Nu gaat het om arbeidsre-integratie vanuit een gewenste rol in de maatschappij, in plaats van het centraal stellen van het ziektebeeld. Instellingen krijgen de opdracht de slag te maken van het behandelen naar het maatschappelijk laten functioneren van een cliënt.

Het is belangrijk dat instellingen gaan samenwerken en de cliënt hierin centraal stellen. Wat heeft de cliënt nodig? Hoe kunnen we dat in samenwerking met elkaar bereiken? Hoe kunnen we de cliënt ondersteunen? Hoe

kunnen we samen plannen maken, wat kunnen we doen? Bij de coördinatie van hulp eerst uitgaan van de mensvisie en daar het aanbod op aanpassen. Niet andersom!

6 *Samenvatting en conclusies*

6.1 *Inleiding*

In opdracht van de collectieve cliëntenraad en de GGZ Noord- en Midden-Limburg is onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om de ondersteuning van mensen met een psychische beperking in Noord- en Midden-Limburg op een systematische wijze als een georganiseerd netwerk vorm te geven. Dit duiden wij kortweg aan als een maatschappelijk steunsysteem. Het onderzoek geeft inzicht in de ervaringen die in enkele andere steden zijn opgedaan met de opbouw van een maatschappelijk steunsysteem. Essentieel zijn de volgende stappen:

1. In kaart brengen waar verschillende groepen wonen en aan welke ondersteuning ze behoefte hebben.
2. Creëren van een breed draagvlak bij overheden, aanbieders en maatschappelijke organisaties.
3. Benoemen van enkele speerpunten in de regio.
4. Projectgewijs invoeren van aanpakken voor deze speerpunten.
5. Evalueren en bijstellen.

Het onderzoek is beperkt van opzet. Het heeft tot doel de eerste stappen te zetten op weg naar het opbouwen van een maatschappelijk steunsysteem en vooral: het verwerven van inzicht in lacunes in het bestaande aanbod aan ondersteuning. Daartoe zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de gemeente Venray en Venlo, en groepsgesprekken met cliënten van de langdurige zorg en verslavingszorg en hun familieleden. Om een breder draagvlak te creëren voor de realisering van een maatschappelijk steunsysteem is een miniconferentie georganiseerd waarop alle maatschappelijke partijen, cliëntenvertegenwoordigers en familieleden aanwezig waren.

Woonsituatie en aanwezige voorzieningen

Uit de gesprekken met de betrokken partijen en de groep cliënten en familieleden blijkt dat de meeste cliënten na de (intramurale) behandeling merendeels in de regio, en vooral in Venray en Venlo blijven wonen. De gemeenten hebben geen precieze gegevens waar de cliënten wonen, van welke voorzieningen ze gebruik maken en welke behoeften ze hebben. Een rapport van het Trimbos instituut uit 2006 constateert dat de regio zich kenmerkt door een relatief grote klinische capaciteit en door een ongelijke spreiding van voorzieningen in de regio. De zorgvraag zal naar verwachting verschuiven naar ondersteuning bij het sociale en maatschappelijke bestaan. De GGZ NML is actief op het terrein van de informatievoorziening aan cliënten en familieleden, van collectieve preventie voor de jeugd, van ouderen met dementie, en van de (outreaching) verslavingszorg. Daarnaast heeft de GGZ NML in Venlo, Venray en Limburg-Oost een ondersteuningsaanbod ontwikkeld voor cliënten die langdurige en ernstige psychiatrische problemen hebben. Daarbij maakt de GGZ NML onder meer gebruik van rehabilitatiemethodieken en F-act- en Act-teams om cliënten te ondersteunen in hun herstelproces.

Het Cliëntenadviesbureau heeft in 2009 een Wegwijzer voor GGZ-clieënten uitgebracht met daarin een overzicht van het aanbod van zelfhulp, dagbesteding en vrije tijd, werk en inkomen, informatie, wonen en belangenbehartiging.

Gemeentelijk beleid

Venray bepleit voor mensen met een psychiatrische achtergrond een kwalitatieve invulling van wonen, waarbij instituten vervangen worden door woonmilieus waarin integratie van wonen en zorg geborgd is. Venray wil verder de vrijwillige en professionele (zorg) ondersteuning versterken. De regierol die Venray ambieert heeft zij tot nu toe niet kunnen realiseren. Wel zijn er enkele concrete initiatieven genomen. Zo is er een vrijetijdsmakelaar gekomen die in samenwerking met de GGZ NML de vrijetijdsactiviteiten en sociale activering in Venray vorm moet geven, onder andere voor GGZ-clieënten. Ook zijn GGZ-clieënten en familieleden betrokken bij het Wmo-beleid.

Venlo zet haar kaarten vooral in op buurtgerichte vermaatschappelijking. Zij wil de samenwerking van instellingen op buurtniveau bevorderen. Zij heeft daarbij de groep van mensen met psychische beperkingen nog onvoldoende in beeld. Als centrumgemeente is Venlo daarnaast in de regio

verantwoordelijk voor de prestatievelden 7, 8 en 9 (preventie van dakloosheid, verslavingsproblemen en maatschappelijke opvang). Zij wil een zorgketen inrichten voor kwetsbare mensen met complexe en langdurige problemen.

Op de miniconferentie is onderstreept dat er behoefte is aan een krachtige regiefunctie van de gemeenten. Wat de aanwezigen op de miniconferentie misten is een gezamenlijke, integrale visie van alle betrokken instanties/actoren. De gemeente is de enige partij die andere maatschappelijke organisaties op hun verantwoordelijkheid kan aanspreken. Zij moet de verschillende actoren op dit terrein samenbrengen en het geheel coördineren. Verschillende sprekers pleiten voor een centrale, gedeelde visie. Vervolgens moeten de verschillende partijen doelstellingen en concrete actieplannen in samenhang opstellen en uitvoeren. De gemeenten Venlo en Venray ambieren de regiefunctie wel, maar zij onderstrepen dat zij de medewerking van andere maatschappelijke partijen daarbij nodig hebben. En juist de samenwerking tussen de verschillende partijen laat op verschillende terreinen nog te wensen over. Een voorbeeld is het huisvesten van cliënten op plaatsen waar geen aanbod aan dagbesteding in de buurt aanwezig is.

Ervaringen van cliënten van de langdurige zorg en verslavingszorg en hun familieleden

Hoewel er met een beperkt aantal cliënten en hun familieleden is gesproken kunnen we mede met de inbreng van cliënten en de discussie op de miniconferentie, toch enkele voorzichtige conclusies trekken over de behoefte aan maatschappelijke steun.

- Cliënten en hun familieleden hebben na ontslag uit de instelling behoefte aan informatie en begeleiding bij hun pogingen om weer op eigen benen te staan. Cliënten van de GGZ en de verslavingszorg weten niet goed waar ze recht op hebben en hoe ze dat moeten regelen. De omgang met instanties als CWI, UWV, belastingdienst en re-integratiebureaus geeft veel problemen. De weg naar het Wmo-loket vinden ze niet.
- De voorbereiding naar werk dan wel zinvolle dagbesteding zou al tijdens de opname en behandeling in moeten gaan. Op het instellingsterrein vinden allerlei activiteiten plaats waarin cliënten een rol kunnen vervullen, maar die nog onvoldoende bij hen bekend zijn. Het werken met ervaringsdeskundigen kan de GGZ NML verder ontwikkelen. Het aanbod aan dagbesteding zou beter over de regio te verspreiden zijn, zodat ook

cliënten die niet in Venray en Venlo wonen van de dagbesteding gebruik kunnen maken. Daarnaast is het aanbod aan werk en dagactiviteiten te weinig gevarieerd. Voor cliënten met een hogere opleiding is er te weinig variatie.

- De overgang naar het weer zelfstandig wonen is vaak te abrupt. Begeleiding, wonen en werk/dagbesteding zouden beter op elkaar moeten aansluiten. F-act-teams kunnen daarin een belangrijke rol vervullen.
- Extramuralisering is een tweezijdig proces. De omgeving waarin de cliënt komt te wonen is vaak slecht geïnformeerd. Vaak is er veel onbekend en is er ook verzet tegen de komst van (ex-) cliënten van de GGZ NML in de buurt. Door de buurt goed te informeren is het vaak mogelijk die weerstand weg te nemen. Cliënten missen de mogelijkheden om buurtbewoners te ontmoeten en deel te nemen aan het verenigingsleven. Zo zouden cliënten actief kunnen deelnemen aan allerlei vrijwilligersactiviteiten. Gemeenten, GGZ NML en maatschappelijke organisaties in Venray en Venlo kunnen hierin meer investeren.

Speerpunten maatschappelijk steunsysteem

Op grond van het voorgaande kunnen we de volgende speerpunten benoemen voor een maatschappelijk steunsysteem in Noord- en Midden-Limburg:

1. Informatie en steun

Onder regie van de gemeenten dienen cliënten die zelfstandig komen te wonen betere informatie te krijgen over de voorzieningen waar ze gebruik van kunnen maken en de instanties waar ze mee te maken krijgen. De GGZ NML, het Cliëntenadviesbureau, het Wmo-loket en MEE Limburg kunnen hierin beter met elkaar samenwerken. Daarnaast dient de omgeving waarin cliënten komen te wonen beter voorbereid te worden op de nieuwe bewoners.

2. Integrale visie op extramuralisering en een maatschappelijk steunsysteem

Er is behoefte aan een integrale visie van de betrokken gemeenten (Venlo, Venray en Roermond) op de extramuralisering en de ontwikkeling van een maatschappelijk steunsysteem in de regio. Doel hiervan is dat de informatievoorziening, de begeleiding en het wonen beter op elkaar afgestemd worden.

3. Inzetten op werk en dagbesteding

Het aanbod aan werk en dagbesteding is onvoldoende gespreid en gevari-

eerd. Bovendien dreigt een deel van de dagbesteding door de bezuinigingen op de AWBZ te verdwijnen. De drie gemeenten zouden vanuit verschillende bronnen (Wmo, WWB) een gevarieerd aanbod moeten ontwikkelen waarbij ook ruimte is voor de opleiding tot ervaringsdeskundige in de GGZ en maatschappelijke dienstverlening

7 *Literatuur*

Gemeente Venlo (2007). Venlo - betrokken stad. Beleidsplan Wmo 2008 - 2011.

Gemeente Venlo (2006). Beleidsnotitie Informele zorg.

Gemeente Venray (2007). Maatschappelijke betrokkenheid. Wmo beleidskader 2007 - 2010.

Giesen, F. & S. van Rooyen (2004). Naar een maatschappelijk steunsysteem in de subregio Nieuwegein/Houten. Utrecht: Trimbos.

Hoof, F. van & H. Hamers (2006). *Toekomstverkenning langdurige GGZ in de regio Noord- en Midden-Limburg*. Utrecht: Trimbos instituut.

Kal, D. D. Verveda & A. Zeegers (2007). *Visiedocument Landelijk Platform Vermaatschappelijking*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Kwekkeboom, M.H. et al. (2006). *Een eigen huis. Ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychiatrische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving*. Den Haag: SCP.

Provincie Limburg en GGZ Noord- en Midden-Limburg (2008). *Eindverslag "Erbij halen, erbij houden"*.

Samenwerkende GGZ-instellingen in Midden-Westelijk Utrecht (2004). *Naar maatschappelijke steunsystemen in Midden-Westelijk Utrecht*.

Sok, K. (2008). *Maatschappelijke steunsystemen (MSS) Eindhoven en randgemeenten*. Utrecht: MOVISIE.

Swildens, W. et al. (2008). *Onderzoek maatschappelijk steunsysteem stad Utrecht. Uitkomsten*. oktober 2008.

Swildens, W. et al. (2002). Meedoen in de Domstad. In: *Passage*. Tijdschrift voor rehabilitatie. Jrg. 11, nr. 3, pp. 133 - 141.

Verplanke, L. et al. (2009). *Onder de mensen. Een onderzoek naar mensen met beperkingen in vier stadsbuurten*. Den Haag: NICIS.

Verschure, K. , F. de Boer, P. Overduin & H. Kroon (2004). *Onze burenen. Vorm geven aan een maatschappelijk steunsysteem*. Amsterdam: SWP.

Weeghel, J. van (2005). Psychiatrische rehabilitatie in Nederland: stand van zaken en perspectief. In: *Passage* juli 2005, pp. 12-21.

Weeghel, J. van (2007). De positie van de familie in een maatschappelijk steunsysteem. In: *Passage*, april 2007, pp. 42-54.

Werkgroep Interactie (2009). *Wijzer op Weg. Naar sociale ondersteuning voor GGZ-cliënten in Noord- en Midden-Limburg*. Venray: Cliëntenadvies bureau.

Colofon

Opdrachtgever/financier	GGZ Noord- en Midden-Limburg Collectieve Cliëntenraad GGZ NML
Auteurs	Dr. D. Oudenampsen Drs. M. Flikweert
Omslag	Grafital, Valkenswaard
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail secr@verwey-jonker.nl website www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:

<http://www.verwey-jonker.nl>.

Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar verwey-jonker@denhaagmediagroep.nl of faxen naar (070) 33 66 995 onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 978-90-5830-364-6

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2010

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker

Institute. Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.