

DE BETEKENIS VAN VERMAATSCHAPPELIJING

Een onderzoek naar de gevolgen van vermaatschappelijking voor mensen met
een psychische beperking in kleinschalige woonvormen

Ellen Binnendijk
Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, deeltijd
mei 2009

DE BETEKENIS VAN VERMAATSCHAPPELIJING

Een onderzoek naar de gevolgen van vermaatschappelijking voor mensen met
een psychische beperking in kleinschalige woonvormen

Ellen Binnendijk

Begeleider: Arda van Beusekom
Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, deeltijd
Zwolle, mei 2009

VOORWOORD

Voor u ligt deze scriptie waarin ik verslag doe van het onderzoek, dat ik de afgelopen maanden met veel plezier heb verricht. Soms was de tijdsdruk een negatieve factor, maar mijn interesse en nieuwsgierigheid hadden steeds de overhand.

Bij het kiezen van een onderwerp stond voor mij al snel vast dat het ‘iets met psychiatrie’ zou moeten worden. Vanaf de start van mijn opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening heb ik affiniteit gevoeld met die discipline en ik heb er bewust mijn eerste stageplaats in gezocht. Inmiddels werk ik bij een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) als woonbegeleider psychiatrie op twee woonvormen. Hier constateer ik dat er soms (te) weinig sprake is van deelname aan de ‘gewone’ samenleving en interactie daarmee.

Een begrip dat ik in mijn opleidingstijd steeds vaker tegenkwam is vermaatschappelijking. Het woord op zich intrigeerde mij en ik zag het overal: in studiemateriaal van de opleiding, in vakbladen, in kranten, op televisie, in (politieke) verslaglegging en ook binnen het werkveld. Vanuit de diverse contexten waarin het beschreven werd, kwam geen eenduidig antwoord naar voren op wat vermaatschappelijking nu eigenlijk is en inhoudt. Ik besloot me er in te verdiepen en vermaatschappelijking te gaan onderzoeken gerelateerd aan mensen met een psychische beperking in kleinschalige woonvormen. Door middel van literatuuronderzoek heb ik trachten te achterhalen wat de betekenis van het begrip vermaatschappelijking is in het algemeen en toegespitst op de doelgroep. Als het gaat om wat vermaatschappelijking inhoudt, dan gaat het hier om effecten die vermaatschappelijking heeft op de samenleving (synoniem voor maatschappij) op macro-, meso- en microniveau; wat het betekent voor mensen met een psychische beperking in kleinschalige woonvormen. Het bestuderen van onderzoeksrapporten heeft me inzicht gegeven in die effecten.

Graag wil ik mijn scriptiebegeleider bedanken voor de ondersteuning en sturing tijdens deze maanden. Niet in de laatste plaats bedank ik mijn echtgenoot en kinderen voor hun geduld met mij en hun vertrouwen. Hun ondersteuning heeft ervoor gezorgd dat ik de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening heb kunnen doen en heb kunnen afronden met deze scriptie.

Zwolle, 15 mei 2009
Ellen Binnendijk

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	6
1 PSYCHIATRIE	8
1.1 Inleiding	8
1.2 Geschiedenis van de psychiatrie	8
1.2.1 Behandeling	8
1.2.2 Sociale en biogenetische factoren	9
1.2.3 Plaats binnen de medische wetenschap	9
1.2.4 Antipsychiatrie	9
1.2.5 Het Amsterdams Model	10
1.3 Geestelijke gezondheidszorg	10
1.3.1 Beweging voor geestelijke volksgezondheid	11
1.3.2 Beleid	11
1.3.3 Hulpverleneraanbod	11
1.3.4 Sociale karakter van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg	11
1.3.5 Doelgroep	12
1.3.6 Scheiding van wonen en zorg	12
1.4 Regionale Instelling voor Beschermd Wonen	13
1.4.1 De Alliantie	13
1.4.2 Beschermd en begeleid wonen	13
1.4.3 Kleinschalige woonvormen	14
1.4.4 Mensen met een psychische beperking	14
2 KWALITEIT VAN LEVEN	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Levensdomeinen	16
2.3 Wonen en zorg	16
2.3.1 Rehabilitatie	17
2.4 Onderzoek naar wonen en zorg voor mensen met een psychische beperking	17
2.4.1 ‘Onder de mensen?’	18
2.4.1.1 Diversiteit	18
2.4.1.2 Overeenkomsten	19
2.4.1.3 Van wonen naar leven in de buurt	20
2.4.2 ‘Zorgeloos wonen in Groningen?’	20
2.4.3 ‘UTOPIA’	20
2.5 Ervaren van kwaliteit van leven	21
2.5.1 Kwaliteit van zorg	21
2.5.2 Kwaliteit van leven, wensen en behoeften	21
2.5.2.1 Ervaren kwaliteit	21

3	BELEID VAN VERMAATSCHAPPELIJING	23
3.1	Inleiding	23
3.2	Hoe het is begonnen	23
3.2.1	Jaren zestig tot heden	24
3.2.1.1	Extramuralisering	24
3.2.1.2	Zorgarrangementen	24
3.2.1.3	Wetgeving	25
3.3	Omschrijving van het begrip	25
3.3.1	Proces	26
3.3.2	Samenvattende term	26
3.4	Containerbegrip, paraplu- of stapelbegrip	26
3.4.1	Containerbegrip	26
3.4.2	Paraplu- of stapelbegrip	27
3.5	Conglomeraat	27
3.6	Sociale omgeving, maatschappelijk steunsysteem en kwartiermaken	28
3.6.1	Sociale omgeving	28
3.6.1.1	Wet maatschappelijke ondersteuning	29
3.6.1.2	Formele en informele steunstructuur	30
3.6.2	Maatschappelijk steunsysteem	30
3.6.3	Kwartiermaken	31
3.6.3.1	Gastvrijheid	31
3.6.3.2	Vriendendienst	32
3.6.3.3	Projecten	32
4	RESULTATEN ONDERZOEK NAAR EFFECTEN	33
4.1	Inleiding	33
4.2	De cliënt	33
4.2.1	Mensen met een psychische beperking	34
4.2.1.1	Eenzaamheid	34
4.2.1.2	Persoonlijk begeleider	34
4.2.1.3	Twee pijlers	35
4.3	De zorg- en dienstverlening	35
4.3.1	Medewerker	36
4.3.2	Organisatie	36
4.3.2.1	Ondersteunende diensten	37
4.3.2.2	Financiën	37
4.3.2.3	Cultuur	37
4.3.3	Samenwerking	37
4.3.3.1	Zorg en welzijn	38
4.3.3.2	Zorg en wonen	38
4.3.3.3	De gemeente als regisseur	39
4.4	De samenleving	39
4.4.1	De directe omgeving, de informele steunstructuur en de wijk	40
4.4.1.1	De informele steunstructuur	40
4.4.1.2	De wijk	40

5	CONCLUSIES, BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN	42
5.1	Inleiding	42
5.2	Conclusies	42
	5.2.1 Visie	42
	5.2.2 Beleid	43
	5.2.3 Onderzoek	44
5.3	Bevindingen	45
5.4	Aanbevelingen	47
	 BRONNEN, literatuur, internet en interview	 48

INLEIDING

Wat is de betekenis van vermaatschappelijking? Vrij naar William Shakespeare (What's in a name? uit Romeo and Juliet): wat doet benaming ertoe?

Vermaatschappelijking is sinds de jaren negentig van de vorige eeuw een begrip dat gebruikt wordt binnen de zorg voor ouderen, mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of psychische beperking. Je komt het tegen in literatuur, in beleidsstukken, in de politiek enzovoort. Het is sindsdien een belangrijk speerpunt van beleid voor de overheid en onderwerp van menige discussie.

Maatschappelijke participatie, het actief aan de samenleving deelnemen op allerlei terreinen, geeft burgers de mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan de samenleving en zich nuttig te voelen. Kwetsbare burgers, waaronder mensen met een beperking, kunnen belemmeringen ervaren om te participeren. Maatschappelijke participatie kan bijdragen aan de kwaliteit van leven en het gevoel afhankelijk te zijn verminderen. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft als doel het bevorderen van die maatschappelijke deelname, in beginsel voor iedere burger.

Maatschappelijke participatie van kwetsbare burgers en de ontwikkeling in de zorg van intra- naar extramuraal hebben te maken met vermaatschappelijking van de zorg. Verder heeft de veranderde visie op mensen met beperkingen er mee te maken, maar er zijn ook financiële aspecten. Vermaatschappelijking is niet alleen een taak van de overheid en de zorg, maar vooral ook van de samenleving en heeft betrekking op alle levensgebieden van de mens, waaronder zorg en wonen.

Een van de gevolgen van extramuralisering is het ontstaan van kleinschalige woonvormen geweest. Ik werk op zo'n woonvorm voor mensen met een psychische beperking, waar velen een intramurale achtergrond hebben. Voor mij zijn de verbanden tussen mensen met een psychische beperking en alle begrippen die met vermaatschappelijking samenhangen en (het ervaren van) zorg, wonen en welzijn niet duidelijk en soms zelfs verwarrend. Het is de aanleiding geweest om hier, voor de scriptie ter afsluiting van de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, literatuuronderzoek naar te verrichten. Belangrijk aspect in het onderzoek was voor mij of het hele fenomeen positieve gevolgen heeft voor het individu, in casu de cliënt.

Daarom dit onderzoek, ik wil uitzoeken hoe die kleinschalige woonvormen er zijn gekomen, gezien vanuit de ontwikkeling van de psychiatrie. Verder wil ik weten wat de visie is achter het ontstaan ervan en achter de huidige manier van wonen en leven vanuit de kwaliteitsvraag. De laatste invalshoek is die van beleid, wat de overheid heeft gedaan en hoe zij heeft ingespeeld op de veranderde visie. Bij de begripsverklaring wil ik kijken naar algemene beleidsmaatregelen en ook naar de helderheid ervan. Er is de laatste jaren onderzoek gedaan naar vermaatschappelijking in en van de zorg, en naar de resultaten daarvan wil ik literatuuronderzoek doen om te kijken of er sprake is van het gewenste effect op genoemde woonvormen. Dit bracht mij tot de volgende formulering van de onderzoeksvraag:

Wat zijn de effecten van vermaatschappelijking op de kwaliteit van leven van mensen met een psychische beperking die verblijven in kleinschalige woonvormen?

De deelvragen waarop ik een antwoord wil geven zijn:

- 1 Hoe worden mensen met een psychische beperking gedefinieerd?
- 2 Wat is een kleinschalige woonvorm?
- 3 Wat is kwaliteit van leven en wat bepaalt die kwaliteit?
- 4 Hoe wordt de kwaliteit van leven ervaren door mensen met een psychische beperking die in kleinschalige woonvormen verblijven, in relatie tot wonen en zorg?
- 5 Wat wordt er verstaan onder vermaatschappelijking (in het algemeen en voor de doelgroep in het bijzonder)?
- 6 Wat betekent vermaatschappelijking voor cliënten, de zorg- en dienstverlening rondom hen, hun naaste betrokkenen en de samenleving?

Met deze scriptie wil ik een beeld krijgen en laten zien van de praktijk, zoals die is ontstaan na enkele decennia, waarin vermaatschappelijking van de zorg als middel en als doel gehanteerd wordt. Het gaat daarbij om de dagelijkse praktijk voor mensen met een psychische beperking die in kleinschalige woonvormen leven, hun naaste betrokkenen, de zorg- en dienstverlening en de samenleving.

De indeling van de scriptie is als volgt.

In het eerste hoofdstuk wordt de ontwikkeling van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg geschetst aan de hand van recente geschiedenis. Ook het scheiden van wonen en zorg, het van daaruit ontstaan van kleinschalige woonvormen en de hulpverlening eromheen worden beschreven.

Hoofdstuk twee gaat over de kwaliteit van leven en de levensdomeinen die daarbij van belang zijn, vanuit de veranderde visie op mensen met een beperking. Het vervullen van (zorg)behoeften op de gebieden wonen en zorg wordt besproken aan de hand van onderzoek, dat specifiek onder de doelgroep is verricht, alsmede het ervaren van de kwaliteit daarvan. Verschillende omschrijvingen en invullingen van het fenomeen vermaatschappelijking komen aan de orde in hoofdstuk drie, waar het gaat over het beleid van vermaatschappelijking. Het gaat in dat hoofdstuk over hoe vermaatschappelijking wordt gebruikt als proces, doel en middel. Ook gaat het daar over de voorwaarden in de sociale omgeving die er eerder aan vermaatschappelijking gesteld zijn en die er nu aan die omgeving, de samenleving, gesteld worden.

Hoofdstuk vier beschrijft de resultaten van recent onderzoek naar de effecten van vermaatschappelijking in al haar facetten. Het gaat dan om de gevolgen ervan voor de cliënt, de zorg- en dienstverlening en de samenleving.

In het laatste hoofdstuk staan de conclusies naar aanleiding van het onderzoek, de bevindingen en aanbevelingen.

HOOFDSTUK 1: PSYCHIATRIE

1.1 Inleiding

Is psychiatrie een onderdeel van de medische wetenschap of slechts een wat vaag onderdeel ervan? Deze vraag gaat hier niet volledig onderzocht en beantwoord worden, wel wordt aan de hand van een stuk geschiedenis in vogelvlucht de visie op de psychiatrische patiënt en diens maatschappelijke positie geschetst. Vanuit de ontwikkeling van de psychiatrie, en onlosmakelijk daarmee verbonden die van de geestelijke gezondheidszorg, wordt beschreven hoe de huidige kleinschalige woonvormen zijn ontstaan.

In paragraaf 1.2 over de geschiedenis van de psychiatrie worden achtereenvolgens de behandeling, de sociale en de biogenetische factoren belicht. Er bestaat een wisselwerking tussen maatschappelijke ontwikkelingen en voortschrijdende inzichten binnen de psychiatrie, dit wordt in grote lijnen beschreven in de volgende drie subparagrafen. Vervolgens komt in 1.3 de invulling van de geestelijke gezondheidszorg vanaf begin twintigste eeuw aan bod met het beleid en het hulpverleneraanbod. Vanuit het inmiddels sociale karakter van zowel de psychiatrie als de geestelijke gezondheidszorg wordt de huidige doelgroep geschetst en de tendens van scheiding tussen zorg en wonen, extramuralisering. In de laatste paragraaf 1.4 wordt een beeld gegeven van Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), hun vereniging en hoe wonen tegenwoordig begeleid en beschermd wordt vanuit instellingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hier wordt tevens een beschrijving gegeven van wat kan worden verstaan onder kleinschalige woonvormen en wordt de keus voor de naamsaanduiding van de doelgroep verklaard.

1.2 Geschiedenis van de psychiatrie

In deze paragraaf wordt in het kort een aantal aspecten van de psychiatrie, geplaatst in de tijd, geschetst. Het tijdsbestek loopt van de middeleeuwen tot heden. Achtereenvolgens komen geneeskunde, invloeden en ontwikkelingen en de status van de discipline psychiatrie aan bod. Ook worden de huidige ontwikkelingen in een historische context geplaatst.¹

1.2.1 Behandeling

De behandeling van mensen met een psychische stoornis zoals we die tegenwoordig kennen, bestaat nog niet zo lang. In tegenstelling tot vroeger maakt de psychiatrische patiënt nu vaak gewoon deel uit van de samenleving.

De ontwikkeling binnen de psychiatrie is door de eeuwen heen enorm geweest. In de middeleeuwen werden psychiatrische patiënten gezien als een soort zondebokken. Er was geen behandeling van hun stoornis mogelijk, deze was een straf van God of werd veroorzaakt door duivelse bezetenheid. De enige remedie was gevangenneming of de brandstapel. Vanaf de zeventiende eeuw werd er gesproken over geesteszieken en krankzinnigen. Zij werden wel onderzocht en de geneeskunde kreeg steeds meer invloed. Behandeling was nog niet echt mogelijk en mensen werden onder erbarmelijke omstandigheden opgesloten in

¹ Bronnen:

<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/2398-geschiedenis-van-de-psychiatrie.html> (23 maart 2009)

http://nl.wikipedia.org/wiki/Geschiedenis_van_de_psychiatrie (23 maart 2009)

<http://www.antenna.nl/nvmp/030205.htm> (23 maart 2009)

<http://www.canonsociaalwerk.nl/wieisvanhout/index.html> (25 maart 2009)

<http://www.hetoudegesticht.com/2008/02/06/historie-van-de-psychiatrie/> (23 maart 2009)

asielen. Inzicht in de stoornissen, verkregen door geneeskundig onderzoek, maakte ordening in een classificatiesysteem mogelijk, wat echter nog steeds geen behandeling opleverde. De asielen werden omgebouwd tot ziekenhuizen. Pas in de loop van de vorige eeuw, in de jaren vijftig, kwamen er behandelingen voor licht psychiatrische stoornissen, er werden medicijnen ontdekt tegen onder andere depressiviteit, angst en psychosen.

1.2.2 Sociale en biogenetische factoren

Vanaf 1950 wordt de verklaring voor psychiatrische aandoeningen mede gezocht in sociale en maatschappelijke oorzaken. Deze zijn van invloed op het ontstaan en/of al dan niet tot uiting komen van in aanleg aanwezige stoornissen.

Biogenetische factoren worden ook erkend als zijnde invloedrijk en in toenemende mate kunnen zij wetenschappelijk vastgelegd worden, te denken valt aan neurologisch onderzoek dat gebruikt maakt van röntgentechnieken waaronder de CT- en de MRI-scan². Recente onderzoeken tonen aan dat genetische factoren vaak een nog grotere rol spelen dan aanvankelijk werd aangenomen. Een voorbeeld daarvan is autisme dat voor negentig procent genetisch bepaald wordt, terwijl eerder een belangrijk aandeel aan de opvoeding en socialisatie werd toebedacht in het ontstaan ervan. Andere invloedrijke factoren zijn de biologische, zoals prenatale beschadiging van de vrucht door intoxicaties en virusinfecties via de moeder. Deze ontwikkelingen en inzichten in de moleculaire genetica en daarnaast hersenonderzoek zullen in de toekomst leiden tot een andere classificatie van psychiatrische stoornissen.

1.2.3 Plaats binnen de medische wetenschap

Psychiatrie heet een wetenschappelijke discipline te zijn, onderdeel van de geneeskunde, waarbinnen gewerkt wordt vanuit somatisch (biologisch), psychologisch en sociaal perspectief: het biopsychosociaal model. Inherent aan dit wetenschappelijke niveau is dat er onafhankelijk en objectief onderzoek gedaan moet worden met toetsing van bevindingen en nieuwe inzichten.

Kritische geluiden, ondermeer op de site van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie, trekken in twijfel of psychiatrie volledig wetenschap mag heten en betitelen het als voorwetenschappelijk. Argument daarbij is dat: “Psychiatrie bouwt op ervaringen en tradities die, hoe waardevol ook, meer met gesystematiseerde, levensbeschouwelijk gefundeerde medemenselijkheid dan met wetenschap hebben te maken. Veel ontwikkelingen in de psychiatrie maken dan ook deel uit van bredere, maatschappelijke trends en golfbewegingen en zijn vaak mede motor van dergelijke ontwikkelingen.” Het is in ieder geval een feit dat psychiatrie deel uitmaakt van de maatschappij en haar ontwikkelingen en dat ze elkaar voortdurend beïnvloeden.

1.2.4 Antipsychiatrie

Maatschappelijke ontwikkelingen vanuit de jaren zestig en zeventig die grote invloed, ook op de psychiatrische zorg, hebben gehad en nog steeds hebben zijn: vrouwenemancipatie, burgerrechten en de positie en rechten van de zwarte bevolkingsgroepen. Kernbegrippen zijn daarbij emancipatie, vrijheid en individuele ontwikkeling.

Binnen de psychiatrie ontstond wereldwijd een tegenstroming ten gevolge van de emancipatie van de psychiatrische patiënt met als overkoepelende naam de antipsychiatrie. De

² Computed Tomography en Magnetic Resonance Imaging.

kern van die ontwikkeling was verzet tegen de onmondigheid van de patiënt en de grote instituten waar je nauwelijks meer uitkwam. In Italië, Engeland en in de Verenigde Staten werden psychiatrische inrichtingen afgeschaft en gesloten. In 1962 schreef K. Kesey het zeer kritische boek *One flew over the cuckoo's nest*, dat in de jaren zeventig met groot succes werd verfilmd met een glansrol voor Jack Nicholson.

In Nederland kwam het niet tot sluiting van de klinieken. Wel werden het medisch model alsmede de hiërarchische structuur van de psychiatrie ter discussie gesteld, de witte jas afgeschaft en vraagtekens gezet bij elektroshocks als behandeling. Jan Foudraine schreef hierover in 1971 zijn bestseller *Wie is van hout? Een gang door de psychiatrie*. De ontwikkeling mondt hier verder uit in een beweging in de richting van ambulantisering, tussenvoorzieningen en vormen van beschermd wonen. Kees Trimbos, waarnaar het onderzoeksinstituut is vernoemd, had hierin een voortrekkersrol. De democratische psychiatrie wordt populair en is de voorbode van de latere vermaatschappelijking.

1.2.5 Het Amsterdams Model

Uiteindelijk is vanuit de antipsychiatrie het Amsterdams Model³ ontwikkeld waarbij de patiënt en zijn wensen en mogelijkheden centraal staan. Belangrijk uitgangspunt is dat patiënten niet meer in de grote instituten in bossen en duinen verblijven, maar in hun oude omgeving kunnen wonen of behandeld worden.

Vanaf 1980 komt er steeds meer aandacht voor zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek, de RIAGG's ontstaan en er komen beschermde woonvormen. Werk en dagbesteding vinden plaats binnen projecten en sociale werkvoorziening.

Het deconcentreren van psychiatrische ziekenhuizen naar kleinschalige woonvormen in stad of dorp, een uiting van vermaatschappelijking, start begin jaren negentig en zet nog steeds door, maar in tegenstelling tot bijvoorbeeld Engeland blijven de klinieken hier wel bestaan. Nieuwe behandelings- en begeleidingsvormen zijn deeltijdbehandeling, ambulante begeleiding en psychiatrische thuiszorg. Voor beschermd en begeleid wonen is de belangstelling en indicatie nog steeds groeiende.

1.3 Geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) omvat alle gezondheidszorgactiviteiten die gericht zijn op preventie en behandeling van psychische stoornissen. De in paragraaf 1.2.4 genoemde ontwikkelingen zorgden er voor dat de maatschappelijke positie van de geestelijke gezondheidszorg steeds meer nadruk kreeg en de wetenschappelijke minder.

Veertig procent van de Nederlanders wordt ooit in het leven met een psychische stoornis geconfronteerd. Jaarlijks heeft een kwart van de Nederlandse bevolking een psychische stoornis. Bijna 800.000 mensen doen daarom ieder jaar een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. De top tien van ziekten met de grootste ziektelast presenteert maar liefst vier psychische stoornissen, namelijk angststoornissen, stemmingstoornissen, verslaving en dementie. (RIVM, 2005)

³ Op de site van het tijdschrift Deviant (onafhankelijk tijdschrift voor vernieuwing en democratie van de geestelijke gezondheidszorg en aangrenzende gebieden) wordt het Amsterdams Model in een folder voor een debat over initiatieven binnen de psychiatrie, in 2004 georganiseerd door Platform GGZ Amsterdam, omschreven als een verschuiving van klinische naar sociale psychiatrie. Andere relevante thema's zijn 'van uitstoting naar integratie', 'van dwangtoepassing naar samenwerking', 'van patiënt naar burger' en 'van grootschaligheid naar kleinschaligheid'.

1.3.1 Beweging voor geestelijke volksgezondheid

De beweging voor geestelijke volksgezondheid was de Nederlandse variant op de, oorspronkelijk Amerikaanse, Mental Hygiene Movement en duurde van 1924 tot 1970. Het oorspronkelijke doel, de hervorming van de 'gestichtpsychiatrie' mislukte en werd na de Tweede Wereldoorlog bijgesteld naar vorming van zorgvoorzieningen buiten de muren van het gesticht: polikliniek, voor- en nazorg en consultatiebureau. De overheid raakte toen steeds meer erbij betrokken, vooral ook financieel, en vanaf 1970 werd de geestelijke gezondheidszorg onderdeel van de verzorgingsstaat. De eerder genoemde Kees Trimbos was een van de woordvoerders van de beweging. (www.ggzconsult.com (30 maart 2009))

1.3.2 Beleid

In Nederland is het beleid van de geestelijke gezondheidszorg gericht op het zelfstandig blijven wonen van mensen met psychische problemen en net als iedere burger deel te nemen aan de samenleving. Het voorkomen van opnamen is daarin een doel. Als een opname onvermijdelijk is dan dient die zo kort mogelijk te zijn en benodigde hulp moet zoveel mogelijk in de eigen omgeving beschikbaar zijn en gegeven worden.

1.3.3 Hulpverleneraanbod

Wie tegenwoordig een beroep doet op geestelijke gezondheidszorg kan worden geholpen door een ggz-instelling, aangesloten bij GGZ Nederland, of door een vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut.

GGZ Nederland benoemt op haar site een aantal uitdagingen waarvoor zij gesteld wordt:

- de roep om effectievere zorg voor jeugdigen met meervoudige problematiek;
- de veranderende opvattingen over drang en dwang;
- de positie van chronisch psychisch zieken en hun maatschappelijke participatie.

1.3.4 Sociale karakter van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg

Ontwikkelingen in de psychiatrie maken veelal deel uit van bredere, maatschappelijke trends en golfbewegingen en geven op hun beurt vaak weer aanleiding voor nieuwe sociale opvattingen. Dit vertaalt zich in en heeft invloed op de invulling van de geestelijke gezondheidszorg. Het eerst waren deze maatschappelijke veranderingen merkbaar en actueel binnen de ggz, al snel echter zetten ze ook binnen andere sectoren, zoals de ouderenzorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg, door.

In haar boek *Vermaatschappelijking van de zorg: geluk(t) voor iedereen?* (2008, p.27) beschrijft Ester Rood het ontstaan vanaf de jaren zeventig van het beleid van extramuralisering, binnen de zorg in het algemeen, als reactie op het toen gangbare intramurale aanbod. Langdurige opname zou hospitaliserend werken en voor mensen met een beperking zou in principe zorg buiten de muren van een instelling verleend moeten worden om hen een zo gewoon mogelijk leven te laten leiden. Deze gedachtegang leidde tot een andere zorgvraag, er was meer behoefte aan kleinschalige zorg die naar de mensen toe kwam in plaats van andersom. Veranderende ideeën, binnen de beroepsgroepen en de samenleving, over wat goede zorg inhoudt, speelden ook een rol in een meer sociale invulling van die zorg.

Bijkomend feit voor verdergaande extramuralisering en later vermaatschappelijking van de zorg was de politieke noodzaak om de kosten, die zeker in de jaren negentig enorm stegen, te beheersen. De zorg wordt ook nu nog grotendeels door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierd.

1.3.5 Doelgroep

De huidige geestelijke gezondheidszorg bedient een breed spectrum van cliënten. Dit kan zijn zorg en begeleiding voor korte of langere tijd en gaat om alle leeftijdscategorieën. GGZ Nederland noemt als voorbeelden op haar website: kinderen met een autismestoorning, iemand met een drankprobleem of schizofrenie of mensen met een depressie. Binnen het werkveld richt zij zich op vier taken:

1. Het voorkomen van psychische aandoeningen.
2. Het behandelen en genezen van psychische aandoeningen.
3. Het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving.
4. Het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken.

Hierbinnen wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijns- en gespecialiseerde zorg. De eerstelijnszorg wordt verleend door huisartsen, maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen.

Binnen de gespecialiseerde ggz werden in 2006 ruim 772.000 mensen behandeld. De instellingen werken met afdelingen voor *volwassenen* (18-65 jaar), *ouderen* en *kinderen en jeugd*. Ambulante behandeling wordt gegeven aan 75 procent van de cliënten, dit betekent dat ze tijdens de behandeling thuis blijven wonen en aan het werk blijven. Indien meer zorg nodig is, kan deeltijdbehandeling gegeven worden. Dit houdt in dat iemand een aantal dagen per week naar de instelling toegaat (vier procent). Soms, in veertien procent van de gevallen, is langdurige opname op een (gesloten) afdeling nodig. Ongeveer zes procent van het totaal aantal cliënten in de gespecialiseerde ggz verblijft in een beschermde woonvorm.⁴

De doelgroep van de ggz is mensen met psychiatrische stoornissen en psychische problemen (straatangst, depressiviteit, verslaving, burn out, schizofrenie enzovoort), die zij behandeling, zorg en begeleiding biedt.

1.3.6 Scheiding van wonen en zorg

Binnen de ‘ouderwetse’ psychiatrie werden zorg en wonen integraal binnen de kliniek geleverd. Toen de vraag naar ambulante zorg in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw toenam, ontstonden de RIAGG's (regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg), gevolgd door de RIBW's (regionale instelling voor beschermd wonen).

Intramurale zorg wordt ook nu nog zo nodig verleend en dan omvat die uiteraard ook het wonen. De extramurale zorg kent soms een strikte scheiding tussen wonen en zorg, maar, mede als gevolg van fusies van instellingen onder politieke druk (marktdenken in de zorg), steeds vaker is er sprake van een combinatie van die twee.

Een tussenvorm, semimurale zorg, is een van de vormen van zorg- en dienstverlening die gegeven wordt door de RIBW's. Bij wonen in een beschermde woonvorm ligt de nadruk op wonen en welzijn en veel minder op zorg. Over de RIBW's en kleinschalige woonvormen gaat de volgende paragraaf.

⁴ Bron: *De GGZ in cijfers* (2006).

1.4 Regionale Instelling voor Beschermd Wonen

Het beschermd wonen is ontstaan in de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw en was in zijn algemeenheid bestemd voor psychosociaal kwetsbaren die na langdurige opname in een psychiatrische kliniek weer zelfstandig gingen wonen. Bescherming en begeleiding werden gegeven aan kleine groepen mensen in eengezinswoningen. In 1989 werden de RIBW's opgericht en die maakten vanaf toen deel uit van de ggz. (bron: website RIBW Alliantie)

De laatste jaren vinden op regionaal niveau allerlei samenwerkingsverbanden tussen RIBW's en andere instellingen plaats met vaak uiteindelijk een fusie tot gevolg. Financiële noodzaak en uitbreiding van aanbod zijn dikwijls de redenen. Recentelijk is bijvoorbeeld de RIBW Zwolle e.o. gefuseerd met de RIBW Twente tot RIBW IJssel-Vecht.⁵

Binnen de begeleiding zijn drie vormen te onderscheiden: begeleiding bij *wonen met verblijf*, (*zelfstandig*) *wonen* en *dagbesteding en werk*.

1.4.1 De Alliantie

De Vereniging RIBW Alliantie profileert zich op de eigen website als 'bruggenbouwers tussen geestelijke gezondheidszorg en maatschappij'.

Alle RIBW's in Nederland zijn in de Alliantie verenigd en zij delen de visie dat psychosociaal kwetsbare mensen in de eerste plaats burgers zijn met de rechten en plichten die daarbij horen. Zij willen zich blijven inzetten voor goede zorgverlening op het snijvlak van geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en welzijn. Samen met de verschillende financiers en andere (zorg)instellingen willen zij zoeken naar nieuwe wegen om een geïntegreerd en toegankelijk hulpverleningsaanbod mogelijk te maken.

Een voorbeeld van relatief nieuwe hulpverlening is de projectmatige samenwerking met woningcorporaties waarin voorwaardelijke zorg wordt verleend om huisuitzetting ten gevolge van huurachterstand of overlast te voorkomen. Ook draaien de RIBW's mee in regionale initiatieven op het gebied van bemoeizorg en geven daarbinnen uitvoering aan de brugfunctie naar de maatschappij.

1.4.2 Beschermd en begeleid wonen

Het aanbod van de RIBW's is in de loop van de jaren uitgebreid met ambulante zorg aan huis, het zelfstandig begeleid wonen. De woonvormen zijn inmiddels zeer divers. Er zijn eigen grote en kleinere woonvormen met verschillende zorgzwaartes voor de bewoners, met gedeeltelijk wonen in een groep. Ook huurt de RIBW huizen en flats waarin cliënten 'beschermd op afstand' wonen, met begeleiding op maat. Het appartementswonen binnen een beschermde woonvorm maakt opgang, de begeleiding is slechts op afgesproken momenten aanwezig en verder naar behoefte van het individu. Een uitbreiding is ook de realisatie van beschermd wonen voor specifieke doelgroepen, zoals mensen met autisme, jongeren, moeders met kinderen, ouderen, verslaafden en mensen met een forensisch psychiatrische achtergrond. Dak- en thuislozenopvang wordt op dit moment door bijna alle RIBW's gegeven. In deze projecten stellen woningbouwcorporaties voor sloop aangemerkte flats tijdelijk ter beschikking. Er wordt geen huur betaald, maar de woonbegeleiding is verplicht met als doel een huishouding leren voeren, structuur in het dagelijks leven aanbrengen en het voorkomen van overlast.

⁵ Opmerkelijk feit is dat de afkorting volgens de vernieuwde, gezamenlijke website nu staat voor Regionale Instelling voor **B**egeleiding bij **W**onen, **W**erken en **W**elzijn (in plaats van **B**eschermd **W**onen).

1.4.3 Kleinschalige woonvormen

Het overheidsbeleid is er op gericht om mensen zo lang en zo goed mogelijk thuis te laten wonen. Wanneer dit niet (meer) mogelijk is moeten woonvoorzieningen beschikbaar zijn, genormaliseerd en geïntegreerd in de samenleving. Voor psychiatrisch, en ook voor verstandelijk gehandicapten, is verzorgd wonen bij uitstek geschikt. Hierbij is nog onderscheid te maken in woon-zorgcomplexen en begeleid wonen (voor degenen die begeleiding en/of assistentie nodig hebben, maar geen vierentwintiguroezicht). Criteria voor kleinschaligheid uit recent onderzoek (Trimbos instituut, 2008), in volgorde van belangrijkheid:

- De bewoner blijft in voor- en tegenspoed een bewoner.
- Er wordt een 'gewoon' huishouden gevoerd.
- De bewoner heeft de regie over de inrichting van zijn dagelijks leven.
- Het personeel is onderdeel van het huishouden (en werkt integraal).
- De bewoners vormen met elkaar een huishouden.

De aanbevelingen voor de groepsgrootte variëren van vijf tot achttien en belangrijk is het bieden van een veilige, beschermende en huiselijke omgeving. Wonen en welzijn staan centraal en de zorg is veelal losgekoppeld. (Rood, 2008, p.33-43)

1.4.4 Mensen met een psychische beperking

Mensen met psychiatrische stoornissen en/of psychosociale problemen hebben een relatief klein sociaal netwerk. Vrienden en kennissen haken vaak af, omdat zij de (langdurige) problematiek niet aan kunnen. De vaardigheden om een netwerk te onderhouden of uit te breiden zijn beperkt en dit maakt ook onderdeel uit van de problematiek. Veel ondersteuning komt van de naaste familie, waarbij overbelasting een potentieel gevaar is. Mensen met belemmeringen ten gevolge van psychiatrische en/of psychosociale problematiek nemen slechts beperkt deel aan de samenleving, vanwege die problematiek, maar ook fysieke problemen of een krappe financiële situatie kunnen een obstakel zijn voor volledige deelname aan de maatschappij. De (complexe) problematiek is de belemmering, de handicap. Echter, de persoon is niet zijn beperking of handicap maar heeft die. De omschrijving 'psychiatrisch gehandicapten', zoals wel gebezigd in onderzoeksrapporten, valt daarom af. In verband met de leesbaarheid wordt ook niet 'mensen met belemmeringen ten gevolge van psychiatrische en/of psychosociale problematiek' gebruikt. Hier is gekozen voor 'mensen met een psychische beperking' als benaming voor de doelgroep.

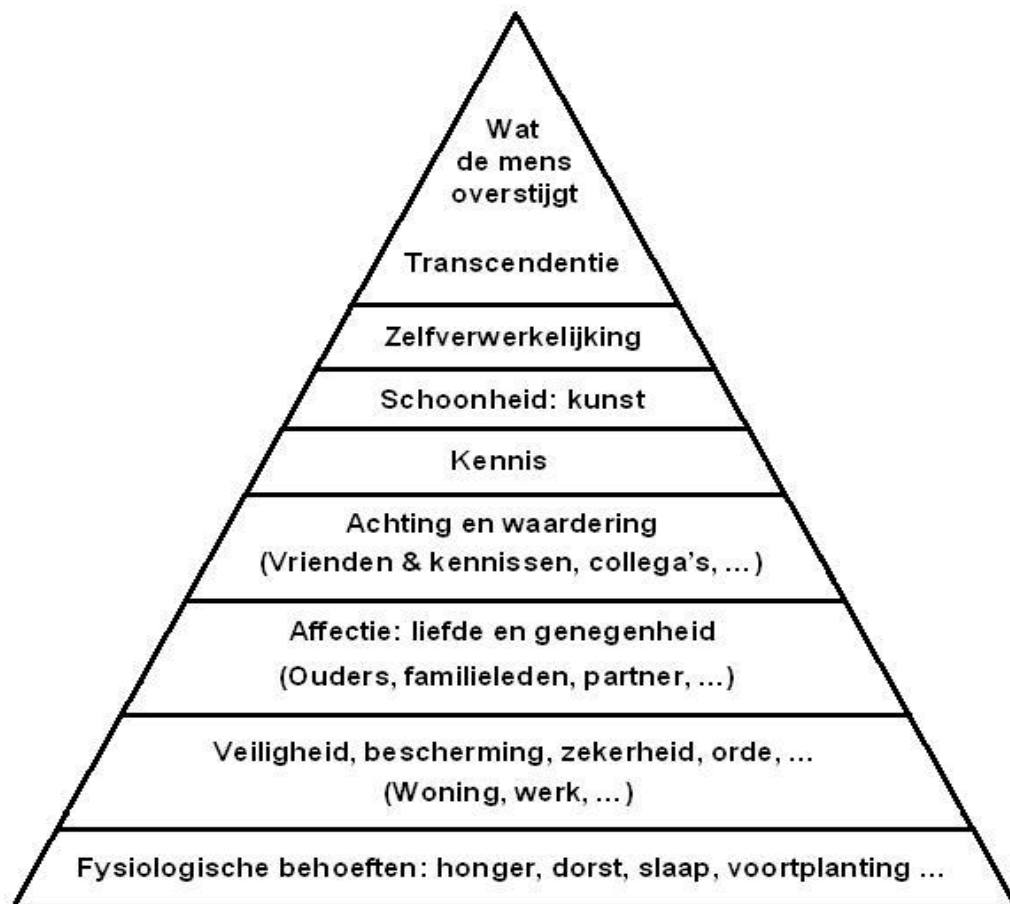
In dit hoofdstuk ging het over het ontstaan en de opkomst van kleinschalige woonvormen bezien vanuit de ontwikkeling van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. Het volgende hoofdstuk gaat over kwaliteit van leven, wat dat inhoudt en onderzoek daarnaar in relatie tot mensen met een psychische beperking.

HOOFDSTUK 2: KWALITEIT VAN LEVEN

2.1 Inleiding

Wat bepaalt de kwaliteit van je leven? Deze vraag zal, gesteld aan verschillende personen, zeer uiteenlopende antwoorden opleveren, maar ook grote overeenkomsten qua onderwerp. Gezondheid zal zeker hoog scoren op de lijst en ook relaties komen ongetwijfeld veel voor. Geld is een niet onbelangrijke factor, maar of geld gelukkig maakt is omstreden.

Het ervaren van kwaliteit is een persoonlijke kwestie. Zeker is dat het vervullen van behoeftes een belangrijke rol speelt hierbij. Dat de mens gedreven wordt door innerlijke behoeftes is beschreven door Abraham H. Maslow, een van de belangrijkste vertegenwoordigers van de humanistische psychologie, in zijn theorie die hieronder verbeeld wordt in zijn vermaarde piramide.



Maslow stelde dat elk levend wezen dezelfde behoeftes nastreeft. Wanneer aan een behoefte voldaan is, schuift het individu op naar een volgend niveau. Wanneer een trap ontbreekt of wegvalt, zal het individu eerst (opnieuw) aan deze behoefte moeten voldoen voordat hij weer verder kan stijgen. Het is niet mogelijk om bepaalde niveaus over te slaan.⁶

De visie op mensen met beperkingen (ouderen, lichamelijk, geestelijk of psychiatrisch gehandicapten) is in de loop der tijd veranderd van een intra- naar een extramurale, dat het voor hen beter is om temidden van de samenleving te wonen en zoveel mogelijk daarvan deel uit te maken met de individueel benodigde zorg. Het aanbod van wonen en zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg heeft te maken met die veranderde visie.

⁶ Bron: Wikipedia.

Over de kwaliteitsvraag, het vervullen van behoeftes, specifiek op de gebieden van wonen en zorg en hoe dit wordt ervaren door de doelgroep, gaat het in dit hoofdstuk. In paragraaf 2.2 worden de levensdomeinen beschreven waartussen binnen de geestelijke gezondheidszorg onderscheid wordt gemaakt. Vervolgens komen in 2.3 de specifieke domeinen wonen en zorg aan bod met een korte uiteenzetting van de methodiek van rehabilitatie. Daarna wordt in paragraaf 2.4 melding gemaakt van verschillende onderzoeksresultaten naar wonen en zorg voor mensen met een psychische beperking, het betreft (begeleid) zelfstandig en beschermd wonenden. In meerdere subparagrafen worden de resultaten uitgewerkt en toegelicht. In de laatste paragraaf 2.5 word onderzoek beschreven naar de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven en hoe die worden ervaren door de doelgroep.

2.2 Levensdomeinen

Het begrip levensdomeinen wordt in de Thesaurus⁷ Zorg en Welzijn (een gezamenlijk product van MOVISIE, NJi en Vilans, voorheen NIZW) als volgt omschreven: ‘Belangrijke terreinen waarop iemands leven zich afspeelt, zoals de woon- en leefomgeving, dagbesteding in de vorm van arbeid, onderwijs of dagactiviteiten, vrijetijdsbesteding, lichamelijke en geestelijke gezondheid, sociale contacten, inkomen, persoonlijke levensstijl en zingeving.’

Er is een onderscheid aan te brengen tussen levens- en persoonlijke domeinen. Bij levensdomeinen doelt men dan op de domeinen wonen, werken, leren, recreëren en bij persoonlijke op die van gezondheid, zelfzorg, zingeving en sociale relaties. (bron: ggz-richtlijnen van het Trimbos instituut)

In de visie van de RIBW Alliantie op begeleiding staan de mogelijkheden van de cliënt centraal op het brede gebied van wonen, werken, dagbesteding en sociale relaties. Zelfbeschikking, rehabilitatie (waarover in de volgende paragraaf meer) en eigen verantwoordelijkheden spelen daarbij een belangrijke rol. Met elke cliënt wordt afzonderlijk gekeken op welke gebieden hij of zij ondersteuning nodig heeft. De afspraken daarover worden vastgelegd in een individueel begeleidingsplan. In de optiek van de nieuwgevormde fusie RIBW IJssel-Vecht dekt de W uit de instellingsnaam de hele lading van de levensdomeinen, namelijk wonen, werk en welzijn.

2.3 Wonen en zorg

Ontwikkelingen binnen de psychiatrie en de maatschappij hebben aanvankelijk geleid tot een gescheiden aanbod van wonen en zorg (zie ook paragraaf 1.3.6). Waar eerst binnen de klinieken wonen en zorg integraal werden aangeboden, gingen RIBW's en RIAGG's in de extramurale setting deze afzonderlijk bieden.

In ‘Onder de mensen?’, een onderzoek onder mensen met beperkingen in vier stadsbuurten uit 2008 van het Nicis Institute⁸ wordt extramuralisering omschreven als ‘de bossen uit, de buurten in’. Het gaat daarbij om een landelijk, grootschalig vernieuwingsproces met als doel mensen met een beperking een plek als volwaardige burgers te geven in de samenleving. Deze vernieuwing vraagt om een andere manier van denken en een omslag in beleid.

⁷ Een thesaurus (letterlijk vanuit het Grieks schatkamer) is een systematische organisatie van begrippen uit een taal die zo is opgezet dat men eenvoudig een overzicht kan krijgen van woorden die soortgelijke betekenissen hebben.

⁸ Nicis Institute is het Maatschappelijk Top Instituut voor de steden en biedt praktische oplossingen door wetenschappelijk onderzoek, kennisdeling, opleiding en advies.

Binnen de ggz sloot de overheid in 1984 enerzijds aan op de kritiek vanuit de antipsychiatrie met de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid⁹ waarin gepleit werd voor een zorgsysteem met hulp voor de cliënt dichtbij huis. Anderzijds waren de besparingen waarmee het omlaag brengen van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen gepaard ging ook welkom. Een deel van dat geld kon besteed worden aan ambulante zorg en zorg door instellingen voor beschermde woonvormen, waar psychiatrische patiënten naast een vorm van zelfstandige huisvesting ook begeleiding en opvang konden krijgen. Latere ggz-beleidsnota's waren van gelijke strekking met als kernpunten samenwerking zoeken met maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, justitie en werkgelegenheids- en sociale vernieuwingsprojecten op lokaal niveau.

Toen in de jaren tachtig de kosten voor de gezondheidszorg de pan uit rezen en een begin werd gemaakt met marktdenken in de zorg, werd bezuinigen en fuseren het credo. Regionaal zijn instellingen binnen de ggz samengegaan waardoor de levensdomeinen wonen en zorg nu vaak weer onder één koepel vallen. Soms wordt er bewust gekozen om dit toch gescheiden te houden, zoals in de regio IJssel-Vecht waar onder de naam Dimence de zorg wordt aangeboden en de RIBW zelfstandig blijft voortbestaan, zij het wel na onderlinge fusie. De RIBW geeft woonbegeleiding volgens de rehabilitatiemethode.

2.3.1 Rehabilitatie

Rehabilitatie is gericht op het verminderen van beperkingen veroorzaakt door een psychisch lijden. Daarbij hoort het leren leven met beperkingen, aanpassingen en hulpmiddelen. De uitgangspunten daarvan zijn volgens het Kenniscentrum Rehabilitatie:

- Behandeling bij ernstig psychisch lijden moet worden aangevuld met rehabilitatie.
- Rehabilitatie is een aanvulling, geen vervanging voor behandeling.
- Rehabilitatie richt zich op veranderingen die nodig zijn om maatschappelijke rollen te vervullen.
- De cliënt bepaalt wat er gaat gebeuren.
- De nadruk ligt op wat mogelijk is, niet op beperkingen.
- Rehabilitatie sluit aan bij het dagelijkse leven van de cliënt.

De visie op wonen en zorg (andere levensdomeinen blijven in dit kader buiten beschouwing) is afkomstig vanuit de rehabilitatiemethode. De RIBW Alliantie benoemt in dit verband als kernbegrippen bij de begeleiding die zij willen bieden: zelfbeschikking, rehabilitatie en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

Woonbegeleiding wordt gegeven door woonbegeleiders die nauw samenwerken met woonzorgcoördinatoren, die zoals de naam al aangeeft voor de cliënt de twee levensdomeinen wonen en zorg coördineren, en contacten onderhouden met de behandelaren. Over hoe dit alles wordt ervaren door die cliënt is de laatste jaren behoorlijk wat onderzoek gedaan, waarover in de volgende paragraaf meer.

2.4 Onderzoek naar wonen en zorg voor mensen met een psychische beperking

In deze paragraaf komen drie onderzoeken aan bod op het gebied van wonen en zorg voor mensen met een psychische beperking. Het eerste 'Onder de mensen?' uit 2008 van het Nicis

⁹ Zie: Handelingen der Tweede Kamer (1983/1984a), Nota Geestelijke Volksgezondheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983\1984, 18463, nr. 1-2.

Institute betreft zelfstandig (soms in een groepswoning) wonende mensen, al dan niet met een partner, met een psychische beperking. Het tweede en derde onderzoek werden op 2 december 2008 gepresenteerd op het Symposium RGOc¹⁰ 'Woonzorg en herstel: werkt deze combinatie wel?' over de stand van zaken en ontwikkelingen in de huidige woonzorg in Nederland. De onderzoeken heten respectievelijk 'Zorgeloos wonen in Groningen?', een cliëntgestuurd onderzoek van het GGZ-Cliëntenplatform in samenwerking met het RGOc en 'UTOPIA' (Uit en Thuis, Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie)¹¹, een, in opdracht van de RIBW Alliantie in 2007, door de Rijksuniversiteit Groningen en het RGOc uitgevoerd onderzoek. Het tweede vond plaats onder zelfstandig wonenden en het derde onder zowel zelfstandig als beschermd wonenden.

2.4.1 'Onder de mensen?'

Uit het onderzoek 'Onder de mensen?' uit 2008 van het Nicis Institute komt de schatting van 70.000 à 80.000 personen naar voren met een ernstige psychische beperking, waarvan er ongeveer 48.000 'in zorg' zijn. Daarvan krijgen 20.000 mensen dagelijks zorg (12.600 mensen in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, 7.400 mensen in een voorziening voor beschermd of begeleid wonen (RIBW)) en 28.000 personen krijgen poliklinische hulp, ambulante hulp aan huis en/of woonbegeleiding. Van de ongeveer 25.000 mensen met een ernstige psychische beperking die niet in de zorg zijn, is een deel zorgmijddend (o.a. dak- en thuisloos), gedetineerd of in de verslavingszorg opgenomen en is een deel uitbehandeld.

Alle ondervraagden hebben een intramuraal verleden, soms kort en soms jarenlang, en zonder uitzondering maken ze nu gebruik van professionele zorg. Globaal gezien is iedereen tevreden met de huidige woonsituatie, hoewel een enkeling soms terugverlangt naar de bescherming van een intramurale voorziening.

2.4.1.1 Diversiteit

Wat opvalt is de diversiteit onder de geïnterviewden. Waar het ambitieniveau betreft, varieert het van nauwelijks de deur uitkomen, en zich daar goed bij voelen, tot aangepast of vrijwilligerswerk doen en dat willen uitbreiden. Voor hobby's geldt ongeveer hetzelfde. Bij het zelfstandigheidsniveau, wat verwachten ze van zichzelf daarbij, stellen ze zich ook verschillend op.

In de netwerken is het contact met de persoonlijk begeleider van de zorginstelling voor velen van groot belang, voor anderen speelt de familie een centrale rol. De omvang varieert en veel mensen hebben toch ook een breder sociaal netwerk, waarin juist vrienden en kennissen een belangrijke plek hebben. Wel valt het velen moeilijk om vriendschappen vast te houden, zeker als men herhaaldelijk voor periodes wordt opgenomen. De contacten met familieleden zijn, vaak als gevolg van de psychische problemen, lang niet altijd goed. Ook omgang met lotgenoten wordt verschillend ervaren. Een deel vindt het prettig om te gaan met lotgenoten/ gelijkgestemden, die meer begrip hebben, omdat zij allemaal in hetzelfde schuitje zitten en men zich niet hoeft af te vragen of men wel geaccepteerd wordt. Een ander deel vermijdt die contacten liever, omdat zij niet met hun eigen handicap geconfronteerd willen worden. De sociale vaardigheden van de doelgroep zijn niet altijd even sterk en de contacten kunnen snel tot irritatie leiden.

¹⁰ Rob Giel Onderzoekcentrum is een samenwerkingsverband tussen Lentis, de stichtingen GGZ Friesland en GGZ Drenthe en het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

¹¹ Onderzoekers: C. de Heer-Wunderink, A.D. Caro-Nienhuis, S. Sytema en D. Wiersma.

Voor een deel zijn deze verschillen te verklaren door de problematiek. Iemand met een schizoïde stoornis zal zich liever niet te veel onder de mensen begeven. Een uitgebreid sociaal netwerk en het ondernemen van activiteiten met anderen valt dan niet te verwachten. Wanneer iemand in een manische periode zit, kan diegene enorm actief worden, allerlei activiteiten ondernemen en een energieke indruk maken. Iemand met een zware depressie echter zal liever de deur niet uitgaan en dagenlang in bed verblijven.

2.4.1.2 Overeenkomsten

Grote overeenkomsten binnen het onderzoek zijn er ook. Van de beschikbare *energie en aandacht* gaat een belangrijk deel op aan het zoeken naar een evenwicht, die voor velen vaak labiel is, in het dagelijks bestaan. Mensen met een psychische beperking laveren daarbij tussen meer willen doen en streven naar meer zelfstandigheid enerzijds en ervaren minder te kunnen en de angst dingen door spanning en druk niet aan te kunnen anderzijds, met het risico op een terugval. Zeker als ze nog niet zo lang zelfstandig wonen hebben ze al hun energie nodig voor het onder de knie krijgen ervan (leven op orde krijgen, medicatie goed afgesteld krijgen) en blijft er weinig aandacht over om zich te richten op anderen en de buurt.

Zonder uitzondering is de onderzoeksgroep van mening dat zelfstandig leven een stap op de weg van verbetering voor hen betekent ten opzichte van het intramuraal verblijf. Noodzakelijk geacht worden professionele ondersteuning en veelal ook samenwonen. Als telkens terugkerende waardering is er de toegenomen *autonomie*, benoemd als ‘privacy, vrijheid, zelf bepalen wanneer er wat gebeurt’.

De *buurt* waarin men woont blijkt er niet zo toe te doen, de onderzoeksgroep heeft het er nauwelijks over. Er wordt niet bewust voor een wijk gekozen; de woning wordt toegewezen. Ze maken nauwelijks gebruik van buurtcentra en dergelijke en het contact met buren beperkt zich tot groeten. Dit wijkt niet zozeer af van gedrag van de gemiddelde Nederlander, maar wel is er vaker sprake van ontoreikende sociale vaardigheden. Ook lijkt het erop dat mensen met psychische beperkingen nogal anoniem in de buurt (willen) verkeren. Daarbij is het belang van een rustige woonomgeving zonder al te veel prikkels en met veel groen wel groot. Aan het nauwelijks gebruik maken van buurthuis en wijkcentrum liggen verschillende oorzaken ten grondslag. Het aanbod interesseert hen niet, men voelt zich er bekeken en ervaart een drempel. Ook clubs en verenigingen sluiten niet bij hen aan, de verplichtingen worden als te zwaar ervaren.

De categorale inloop- en dagactiviteitencentra voorzien voor een deel van de cliënten wél in een behoefte. Volgens het onderzoek is dit voor sommigen zelfs de enige plek waar zij contact hebben met anderen. Hier vinden zij gelijkgestemden, hier voelen zij zich veilig, hier is begrip voor hun situatie en hun beperking. Begrip dat bij de ‘gewone’ buurtgenoten en de ‘gewone’ mensen om hen heen meermaals niet gevonden wordt. Niet voor iedereen zijn deze contacten bevredigend, want de beperking zit het onderlinge begrip en het onderlinge contact juist ook vaak weer in de weg.

Maatjesprojecten vervullen voor sommigen ook een positieve rol. Dat het maatje er speciaal voor jou is, tijd en aandacht voor jou heeft, met jou onderneemt waar jij behoefte aan hebt, wordt zeer gewaardeerd.

Eenzaamheid werd door de ondervraagden niet expliciet genoemd, maar door de onderzoekers wel gesignaleerd. Door het gebrek aan contacten ervaart een deel hun leven toch als erg beperkt en moeizaam.

2.4.1.3 Van wonen naar leven in de buurt

De onderzoekers doen de aanbeveling om te komen van wonen naar leven in de buurt. Zij constateren dat de extramuralisering, deconcentratie van wonen, tot nu toe vaak slechts heeft geleid tot wooneilandjes in de buurt. In de meest negatieve beschouwing levert dit enkel achteruitgang op voor zowel cliënten als professionals. De cliënten moeten ‘met het busje’ vervoerd worden voor therapieën, welzijn, sport en gezelligheid naar de voorzieningen, vaak buiten de eigen woonwijk, terwijl de hulpverleners die de ambulante (woon)zorg verlenen veel tijd en kosten kwijt zijn aan reizen naar de cliënt in zijn eigen woonomgeving. Extramuralisering is als je het zo bekijkt nog steeds intramuraal: de focus ligt op vier muren met een dak. En de woning is dan misschien wel drempelloos en uitgerust met hulpmiddelen, maar de buurt kan vol fysieke en sociale drempels en obstakels zitten.

Als conclusie stellen de onderzoekers dat er veel winst te behalen is bij het op een goede manier matchen van woonbehoeften van mensen met psychische beperkingen en de best mogelijke woon- en leefomgeving. Zij zouden terecht moeten kunnen in wijken waar bijvoorbeeld orde en rust heersen en waar de voor hen beste steunnetwerken zich bevinden. Alleen zo kan er sprake worden van leven in de buurt.

2.4.2 ‘Zorgeloos wonen in Groningen?’

De onderzoeksvraag bij het onderzoek ‘Zorgeloos wonen in Groningen?’ was: “Hoe is het gesteld met de woon- en leefkwaliteit van zelfstandig wonende mensen met een psychiatrische achtergrond in de stad Groningen?” Niet geheel onbelangrijk daarbij was het cliëntenperspectief, namelijk wat de (ex)ggz-clieënten er zelf van vonden.

De kwaliteit van leven is op een schaal van 1 tot en met 7, oplopend van zeer ontevreden naar zeer tevreden, opgetekend. De onderzoeksgroep scoorde gemiddeld een 4. Een onderverdeling werd gemaakt door de aspecten financiële relatie, relatie, leven als geheel, psychische/lichamelijke gezondheid, dagbesteding, contact met familie, sociale relaties en woning te laten beoordelen. Over de eerste vijf werd kwalitatief negatief geoordeeld door meer dan de helft van de onderzoeksgroep. Uitschieter daarin was het hebben van geen relatie waar 80% ontevreden over was. Over dagbesteding, contact met familie en sociale relaties was meer dan 40% ontevreden. Het meest positief werd de woning beoordeeld, ‘slechts’ 37% was daar niet tevreden over.

Het is dus niet bepaald zorgeloos wonen in Groningen! Sociale contacten, dagbesteding en werk vragen om meer inzet ter verbetering van de ervaren kwaliteit van leven en als aandachtspunt kwam er medicatie uit dit onderzoek, omdat er veel problemen zijn met bijwerkingen. Opvallend was ook dat vanuit dit onderzoek als mogelijke oplossing het wonen in een beschermde woonvorm naar voren kwam, het zelfstandig wonen, maar samen met lotgenoten in een woonvoorziening.

2.4.3 ‘UTOPIA’

In 2007 werd in de Utopia-studie onafhankelijk landelijk onderzoek gestart naar de begeleiding van de RIBW en haar cliëntenpopulatie, omdat er tot dan toe weinig aandacht was geweest voor het ervaren van langdurige zorg en dan met name het woonaspect.

Het onderzoek bestaat uit twee fases, waarvan de eerste, de inventarisatie is afgerond en de tweede, gericht op het onderzoeken van de *evidence* van de woonzorg, nog door loopt. De resultaten van de eerste fase zijn vastgelegd in een rapport, dat een overzicht geeft van de stand van zaken van zowel de RIBW als organisatie, als de cliëntenpopulatie die van de woonbegeleiding van de RIBW gebruik maakt. Cijfers en feiten van de eerste fase werden

gepresenteerd op het symposium 'Woonzorg en herstel: werkt deze combinatie wel?' in december 2008.

In deze context van kwaliteit van leven worden daarvan alleen de onvervulde zorgbehoeften in volgorde van importantie geciteerd. Onvervulde zorgbehoeften volgens de beschermd wonende cliënt zijn: bijwerkingen medicatie, gezelschap, psychisch onwelbevinden, zingeving & herstel en intieme relaties. De begeleider noemt: zingeving & herstel, intieme relaties, gezelschap, activiteiten overdag en psychisch onwelbevinden. Wat hierbij opvalt is dat 'bijwerkingen van medicatie' bij de cliënten voorop staat, terwijl dit onderwerp door de begeleiders niet eens genoemd wordt.

2.5 Ervaren van kwaliteit van leven

In '*Vermaatschappelijking van de zorg: geluk(t) voor iedereen?*' (2008, pag.91-94) beschrijft Ester Rood de aspecten kwaliteit van de zorg en kwaliteit van leven in haar onderzoek. Bij die laatste onderzocht zij, naast de wensen en behoeften, ook hoe mensen met langdurige beperkingen die kwaliteit van leven en functioneren ervaren.

2.5.1 Kwaliteit van zorg

Volgens Rood is de kwaliteit van de geleverde zorg toegenomen, doordat in een extramurale setting meer vraaggericht gewerkt wordt. Bijkomend feit is dat niet enkel meer gefocust wordt op wat de wensen en behoeften zijn op het gebied van zorg, maar ook op andere zoals wonen, welzijn en diensten. Overigens was niet elke geïnterviewde het hier mee eens. Zij merkten op dat de kwaliteit van de zorg extramuraal niet zoveel verschilt van hetgeen intramuraal geleverd wordt. De zorg kan per woonvorm sterk verschillen. Een nadeel is dat vanuit de instelling bezien die kwaliteit (en de zorg) minder zichtbaar is; werkers kunnen extramuraal meer hun eigen gang gaan.

Medische zorg in kleinschalige woonvormen dient een punt van aandacht te zijn. De nadruk ligt vooral op welzijn, huiselijkheid en sociale activiteiten en daarbij staat de regie van de bewoner voorop. Medische zorg kan dan onderbelicht raken en de werker hoort hierop attent te zijn.

2.5.2 Kwaliteit van leven, wensen en behoeften

Welke aspecten dragen bij aan de kwaliteit van leven van een cliënt? Dit zal niet voor iedereen hetzelfde zijn, immers ieder mens en dus ook iedere cliënt heeft andere wensen en behoeften, maar toch kan er uitgegaan worden van een aantal basisbehoeften. Zij vormen het uitgangspunt voor literatuur(onderzoek) en overheidsbeleid.

Ester Rood benoemt de belangrijkste van deze behoeften als 'regie over het eigen leven', dus zelf bepalen waar en met wie je woont, omgaat enzovoort. Andere veelgenoemde, belangrijke wensen en behoeften door de geïnterviewden zijn sociale contacten en veiligheid.

2.5.2.1 Ervaren kwaliteit

Bij kwaliteit van leven gaat het om lichamelijk en geestelijk functioneren. Het ervaren daarvan is een persoonlijke, subjectieve beleving. Uit onderzoek van C. van Campen et al. (2006) blijkt dat de overheid meer mogelijkheden geeft aan mensen met een beperking om zelfstandig in de samenleving te functioneren dan dat die mensen dat zelf ervaren. Zo blijkt (de mate van) maatschappelijke deelname, het aantal arbeidsuren en sociale contacten, niet bepalend te zijn voor de ervaren kwaliteit van leven. Veel meer zijn de duur en de ernst van

de beperking en de sociaaleconomische kenmerken, als opleiding en leeftijd, daarop van invloed.

Persoonlijke competenties van mensen zijn van grote invloed op de ervaren kwaliteit van leven. Dit is een aanname, want hiernaar is nog weinig onderzoek gedaan. Het is echter wel voor te stellen dat het hebben van een positieve instelling en zelfbeeld, een bepaalde mate van assertiviteit en aanvaarding van de situatie, en sociale vaardigheden om een netwerk te ontwikkelen de kwaliteit van leven en tegelijkertijd het ervaren daarvan vergroten.

Zelfstandig of op zichzelf wonen levert een positieve bijdrage aan het welbevinden van mensen met een psychische beperking, maar leidt niet automatisch tot meer sociale contacten, bijvoorbeeld met burens. Dit constateert M.H.Kwekkeboom (2006) in haar onderzoek *Een eigen huis*.... De kwaliteit van leven hangt vooral samen met sterk persoonsgebonden achtergronden en kenmerken, zoals de mogelijkheden en ambities om vooruit te komen en kunnen omgaan met positieve en negatieve ervaringen. Ook zij concludeert dat de ervaren kwaliteit van leven niet samenhangt met maatschappelijke participatie.

Aan het begin van dit hoofdstuk ging het over de theorie van Maslow, over de universele niveaus van menselijke behoeften. De mate van vervullen van behoeften speelt een grote rol bij (ervaren van) kwaliteit van leven. De veranderde visie op mensen met een beperking is medebepalend voor de invulling van (zorg)behoeften. Tussen de verschillende niveaus van de piramide van Maslow en de levendomeinen, die binnen zorg en welzijn gehanteerd worden, zijn koppelingen te maken. Op twee specifieke domeinen, wonen en zorg, werd vervolgens ingegaan aan de hand van onderzoeksresultaten.

Uit het eerste onderzoek blijkt dat globaal gezien de tevredenheid met de huidige, extramurale, woonsituatie overheerst bij de ondervraagden, die allen een intramuraal verleden hebben. Tegelijkertijd concluderen de onderzoekers dat die woonsituatie in feite nog steeds intramuraal is; er vindt nauwelijks interactie met de omwonenden plaats, er wordt gewoond op 'eilandjes'. Zij bepleiten betere matching tussen woonbehoeften en woonomgeving. Het tweede onderzoek onder zelfstandig wonenden met een psychiatrische achtergrond wijst uit dat sociale contacten, dagbesteding en werk erg laag scoren bij de ervaren kwaliteit van leven. Zowel in het eerste als in het tweede onderzoek wordt beschermd wonen als mogelijke optie genoemd om de kwaliteit van leven te verhogen. In het derde onderzoek is gekeken naar (onvervulde) zorgbehoeften van de beschermd wonende cliënt vanuit diens perspectief en vanuit dat van de begeleider. De cliënt geeft aan veel behoefte te hebben aan informatie/uitleg over medicatie en bijwerkingen, terwijl de begeleider deze behoefte niet signaleert. Ditzelfde aandachtspunt, medische zorg, komt ook naar voren uit het onderzoek van Ester Rood (zie de laatste paragraaf). Kwekkeboom stelt dat ervaren van kwaliteit van leven voor de doelgroep niet samenhangt met maatschappelijke participatie, maar dat het hebben van een eigen woonruimte daar wel positief aan bijdraagt. Rood noemt als belangrijkste behoeften 'regie over het eigen leven', sociale contacten en veiligheid en beveelt aan om die uitgangspunt van verder onderzoek en (overheids)beleid te laten zijn.

Ontwikkelingen, die ertoe geleid hebben dat mensen met een psychische beperking tegenwoordig midden in de samenleving wonen, worden wel als één geheel aangeduid met vermaatschappelijking. Het volgende hoofdstuk gaat over het beleid van de overheid aangaande vermaatschappelijking, het complexe begrip en al haar facetten.

HOOFDSTUK 3: BELEID VAN VERMAATSCHAPPELIJING

3.1 Inleiding

In 2003 is aan Avans Hogeschool te Breda Dr.ir.M.H. Kwekkeboom, onderzoeker bij het Sociaal Cultureel Planbureau, aangesteld als lector Vermaatschappelijking in de Zorg. Het lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg houdt zich bezig met vraagstukken rond de maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Het lectoraat is aanvankelijk van start gegaan voor een periode van drie jaar en die is inmiddels verlengd met nog drie jaar. Het lectoraat kent naast de lector een kenniskring, die momenteel uit vier leden (docenten van Avans Hogeschool) bestaat. Ook medewerkers van instellingen op het domein van het lectoraat kunnen toetreden tot de kenniskring. (bron: www.avans.nl (15 april 2009))

“Vermaatschappelijking is een abstract begrip”, stelt Miriam van Reijen¹², lid van de kenniskring, in haar boek *Met de beste bedoelingen* (2007), waarin veertig jaar theorie en praktijk van vermaatschappelijking in beeld wordt gebracht door middel van onderzoek in de literatuur en in de praktijk van de hulpverleners. Zij zegt dat in de hulpverlening vaak begrippen worden gebruikt die al in zich dragen wat de gebruiker met zijn interventies wil bereiken. Woordkeus kan blijk geven van opvattingen, zelfs van waarden en normen, die van invloed kunnen zijn op het gedrag. Hetzelfde geldt voor beleidsmakers bij het schrijven van nota's en plannen. Dit proces speelt zich niet altijd bewust af. Van Reijen pleit voor een bewustwording van de hulpverleners voor de termen die zij gebruiken. Dit moet leiden tot een goede beroepsuitoefening, doordat zij zich daarmee bewust worden van de verwachtingen die zij van hun cliënten hebben en welke boodschap zij uitdragen.¹³

In dit hoofdstuk over beleid gaat het enerzijds over vermaatschappelijking als antwoord op de veranderde vraag wat de beste langdurige zorg is voor mensen met beperkingen en anderzijds als middel om kosten te beheersen door de overheid. In paragraaf 3.2 wordt in een historische context eerst geschetst hoe vermaatschappelijking is begonnen, met benoemen van een tweetal ontwikkelingen in de zorg en het aanstippen van de wettelijke inbedding. Daarna worden in 3.3 en 3.4 verschillende omschrijvingen van het begrip vermaatschappelijking gegeven met in subparagrafen een nadere toelichting. Vermaatschappelijking als een conglomeraat van veranderingen in de zorg en in de samenleving is onderwerp van paragraaf 3.5. In de afsluitende paragraaf 3.6 komen de sociale omgeving, het maatschappelijke steunsysteem en kwartiermaken aan bod, als voorwaarden om vermaatschappelijking succesvol te kunnen laten verlopen, met diverse subparagrafen over o.a. de rol van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

3.2 Hoe het is begonnen

Aangenomen wordt dat het denken over vermaatschappelijking in Nederland is begonnen in de jaren zestig als reactie op ontwikkelingen, die onder andere in Engeland plaatsvonden. Daar waren klinieken gesloten en kleinschalige woonvoorzieningen gecreëerd met een beperkte vorm van begeleiding onder de naam *community care*. (Rood, 2008)

¹² Miriam van Reijen is afgestudeerd in sociale filosofie en ethiek (1974) en in cultuur- en godsdienstsociologie (1984). Van 1973 tot en met 1985 was zij als filosoof werkzaam aan de Medische Faculteit van de universiteit in Nijmegen. Momenteel is zij docent filosofie en beroepsethiek aan de Academie voor Sociale Studies van Avans Hogeschool te Breda. Zij heeft vier jaar deel uitgemaakt van de kenniskring van het lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg.

¹³ <http://www.avans.nl/Docs/lectoren/Vermaatschappelijking/Pdf/7481%20met%20de%20beste%20bedoelingen.pdf> (15 april 2009)

Er zijn echter ook daarvoor ontwikkelingen en initiatieven geweest die we nu onder het begrip vermaatschappelijking zouden laten vallen. Internationaal was aan het einde van de achttiende eeuw op diverse plaatsen in Europa het optimistische idee opgevat dat de geketende waanzinnigen in de gestichten, door hen te behandelen als menselijke wezens, te genezen zijn. Het inzicht was dat veel van hun vreemde en agressieve gedragingen juist reacties zouden zijn die opgeroepen werden door de dwang en de opsluiting, de ‘behandeling’ tot dan toe.

De psychiater Querido, grondlegger van de sociale psychiatrie in Nederland, kreeg in 1931 al opdracht van de GGD Amsterdam om te onderzoeken hoe het aantal opnames in de psychiatrie beperkt zou kunnen worden. Hij legde daarvoor huisbezoeken af bij mensen in volksbuurten voor wie een opname dreigde en vond dat zij met behulp van een ‘maatschappelijk steunsysteem’ (waarover later in dit hoofdstuk meer) thuis konden blijven wonen. Ook bezocht hij Amsterdamse patiënten in gestichten door heel Nederland, zorgde voor een goede thuisomgeving en plaatste hen zo mogelijk daarin terug. Querido keek naar de omgeving als medebepalend voor het ontstaan van de problemen, de mens in zijn context, en stelde dat mensen niet beter werden door hen te isoleren, maar de meesten mogelijk wel beter werden door een andere benaderingswijze.

3.2.1 Jaren zestig tot heden

De periode van de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw wordt gekenmerkt door veel sociale bewustwording en (roep om) veranderingen, dit heeft ook zijn weerslag gehad op de geestelijke gezondheidszorg (zie ook paragraaf 1.3).

In vergelijking met die tijd was de volgende periode van twintig jaar een ‘stille’: weinig acties, grote verhalen en idealen, maar op beleidsniveau werd hard gewerkt. Veel nota’s, rapporten en wetsvoorstellen werden geschreven en fusies en reorganisaties volgden elkaar in rap tempo op. Het overheidsbeleid was in toenemende mate gericht op zorg en participatie. De jaren tachtig en negentig kenmerken zich door (discussies over) bezuinigingen. De doelmatigheid moest verhoogd worden, er was sprake van een eigen bijdrage in de zorg, en reorganisatie van de verzorgingsstaat en decentralisatie van voorzieningen werden na te streven doelen. (Kwekkeboom, 2008, p.16 e.v.)

3.2.1.1 Extramuralisering

Het proces van extramuralisering, ingezet in de jaren tachtig als antwoord op de veranderde vraag naar zorg en als middel om de kosten van de zorg omlaag te brengen, ging gestaag door ook in de eenentwintigste eeuw. Algemeen was de gedachte dat extramuralisering zou bijdragen aan een grotere maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Dat hiervoor toch meer nodig was dan alleen zelfstandige woonruimte werd allengs duidelijker. Bovendien waren de zorgvragers in hun extramurale setting niet meer verzekerd van een integraal voorzieningenaanbod. Binnen de instelling werden zorg, behandeling, begeleiding, dienstverlening, huisvesting en dagbesteding ineen geboden, maar in de nieuwe situatie was dat niet meer zo. (Koops en Kwekkeboom, 2005, p.7 en 8)

3.2.1.2 Zorgarrangementen

Er moest aandacht komen voor arrangementen op alle levensterreinen, afgestemd op de behoefte van de individuele zorgvrager. In eerste instantie gingen de instellingen dit zelf ontwikkelen. Zij leverden verzorging en behandeling bij de mensen thuis en ook gingen ze wooneenheden bouwen in eigen beheer en boden dagbesteding of beschutte werkgelegenheid. Het karakter van de zorg veranderde wel, maar stond tegelijkertijd de maatschappelijke

integratie van de zorgvragers in de weg. Alle voorzieningen waren immers specifiek voor de doelgroep.

Later gingen er stemmen op dat mensen met beperkingen meer en makkelijker gebruik zouden moeten maken van algemene voorzieningen en alleen wanneer dat aanbod niet toereikend of passend was, zouden er specifieke voorzieningen geboden moeten worden. Dit vroeg om goede afstemming van het aanbod op elkaar, aansluitend op de behoeften van de zorgvragers zelf en bijdragend aan hun maatschappelijke participatie. Belangenbehartigingsorganisaties kregen een belangrijke stem in de besluitvorming. Op politiek en wetenschappelijk niveau was men het er over eens dat deze ontwikkeling het beste op lokaal niveau gestalte zou moeten krijgen, om de afstand tussen aanbieders en gebruikers van voorzieningen zo klein mogelijk te houden. Onder regie van de lokale overheid moesten instellingen en organisaties samenwerken aan een integraal voorzieningenaanbod, dat mensen met beperkingen in staat zou stellen deel te nemen aan de samenleving. (Koops en Kwekkeboom, 2005, p.8 en 9)

3.2.1.3 Wetgeving

In de inleiding van het onderzoek *Vermaatschappelijking in de zorg* van het Sociaal Cultureel Planbureau (2005) schrijven Koops en Kwekkeboom dat de gemoderniseerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten samen met de, dan nog voorgenumen, Wet Maatschappelijke Ondersteuning het wettelijk kader vormt voor totstandbrenging van het integrale en samenhangende voorzieningenaanbod.

De AWBZ vormt de basis voor zorgvoorzieningen op nationaal niveau, het gaat dan vooral om onverzekerbare zorg, en op grond van de Wmo krijgt de lokale overheid de verantwoordelijkheid om het aanbod op de terreinen van zorg, wonen, werk en welzijn op elkaar en aan de behoeften van de lokale zorgvragers aan te passen. De sociale omgeving krijgt in beide wetten een grote rol toebedeeld in het bieden van hulp en begeleiding en in het vergroten van de maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen (zie verder paragraaf 3.6).

3.3 Omschrijving van het begrip

Vermaatschappelijking duikt als woord voor het eerst op wanneer het begin jaren tachtig als synoniem voor extramuralisering in een beleidsnota wordt gebruikt, De Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984). (Rood, 2008, p.27) Hierin kwam de wens naar voren dat als de zorg buiten de muren van de instelling verleend zou worden, de cliënt makkelijker kon (blijven) deelnemen aan de samenleving. Vermaatschappelijking heeft als begrip volgens Kwekkeboom (2008) een positieve connotatie: vermaatschappelijke zorg is betere zorg. Hierin klinkt nog de gedachte door van de maakbare samenleving, processen als individualisering lijken dit achterhaald te hebben.

Enerzijds was vermaatschappelijking een reactie op nieuwe ideeën over wat de beste zorg voor mensen met langdurige beperkingen is en de veranderende zorgvraag. Anderzijds was en is het nog steeds een onderdeel en belangrijk motief van het overheidsbeleid om kosten te beheersen, zie ook paragraaf 1.3.4. (Rood, 2008, p.28)

In haar beleidsplan 2008-2011 *Participeren in een veranderende omgeving* omschrijft de RIBW Zwolle het begrip als volgt: “Vermaatschappelijking houdt in dat onze cliënt de regie over zijn leven houdt of terugkrijgt. Hiervoor is een pakket aan ondersteuning nodig waar wij samen met ketenpartners voor zorgen.”

3.3.1 Proces

Het Trimbos instituut¹⁴ beschrijft vermaatschappelijking als een proces waarbij iemand vanuit een positie buiten het gewone maatschappelijke verkeer en buiten het alledaagse sociale leven weer deel kan gaan nemen aan dat maatschappelijk leven. Dit proces kán zich op individueel niveau voltrekken, de cliënt herstelt op eigen kracht en herovert zelf een plek in de samenleving, maar doorgaans gaat dit niet vanzelf of zonder steun van anderen. Als proces duidt vermaatschappelijking op een gezamenlijke, welbewuste inspanning van cliënten, professionals en de samenleving als geheel om plek te maken voor mensen die voorheen buiten het maatschappelijk leven stonden. (bron: www.trimbospreventie.nl)

Als doel van vermaatschappelijking noemt het Trimbos instituut: “Het mogelijk maken dat mensen met psychische problemen een zo normaal en volwaardig mogelijk leven kunnen leiden als burger in de samenleving”.

3.3.2 Samenvattende term

Vermaatschappelijking als samenvattende term wordt volgens Koops en Kwekkeboom (2005) gebruikt voor een aantal onderling samenhangende veronderstellingen over wijzigingen in beleid en voorzieningenaanbod die er, indien gerealiseerd, toe zouden leiden dat de maatschappelijke participatie door mensen met beperkingen groter zou worden. Met vermaatschappelijking wordt dan het geheel van de nagestreefde veranderingen bedoeld. Het betreft de volgende veranderingen:

- de extramuralisatie en decategorialisatie van de zorg;
- de totstandkoming van een lokaal en integraal voorzieningenaanbod op tenminste de terreinen zorg, wonen, werk en welzijn;
- de bijdrage van de samenleving aan de opvang en ondersteuning van mensen met beperkingen.

3.4 Containerbegrip, paraplu- of stapelbegrip

3.4.1 Containerbegrip

In de vorige paragraaf werd vermaatschappelijking al een samenvattende term genoemd. Ester Rood van Bestuur & Management Consultants BMC heeft er nog een ander benaming voor gevonden.

Op een bijeenkomst over de grenzen aan vermaatschappelijking en extramuralisering, in april 2008, een sessie in het kader van Project!impulsbijeenkomsten¹⁵, noemde zij vermaatschappelijking in de daginleiding een containerbegrip. Als containerbegrip wordt het volgens haar vaak in relatie gebracht met extramuralisering, community care en maatschappelijke deelname van mensen met beperkingen. “Wat in de jaren zeventig begon met het uit de bossen halen van mensen met beperkingen, is uitgemond in een beweging in alle sectoren die niet meer te stuiten lijkt. Vermaatschappelijking lijkt wel een doel op zich te worden, een dogma, zonder dat men nog bezig is met het oorspronkelijke doel”, zei Rood.

¹⁴ Het Trimbos instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg. Het Trimbos instituut bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over geestelijke gezondheid, verslaving en lichamelijke ziektes die daarmee samenhangen.

¹⁵ http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/bijeenkomsten/projectimpuls_april08_verslag3 (5 februari 2009)

3.4.2 Paraplu- of stapelbegrip

Van Reijen (2007, p.29 e.v.) heeft het over vermaatschappelijking als paraplu- en ook als stapelbegrip in haar boek dat vooral gaat over onderzoek naar begripsinhoud en verandering daarvan binnen de hulpverlening. Met het begrip vermaatschappelijking als paraplu doelt ze op twee andere begrippen die eronder vallen: eigen keuze en burgerschap. Vanuit de bestudeerde literatuur zijn voor haar deze drie kernbegrippen, clusters, naar voren gekomen: *eigen keuze*, *burgerschap* en *vermaatschappelijking*.

Bij het eerste cluster *eigen keuze* gaat het om begrippen die verwijzen naar het individu, ze kunnen in verband worden gebracht met individualisering. De begrippen zijn autonomie, zelfontplooiing, zelfstandigheid, zelfredzaamheid en onafhankelijkheid van anderen. Deze termen werden vanaf de jaren zestig in toenemende mate gebruikt na kritiek op bestaande machtsverhoudingen in de samenleving in het algemeen en zeker ook in de sector zorg en welzijn. Van Reijen plaatst als kanttekening bij het eenzijdig verwijzen naar een zelf, een autonoom individu, dat mensen in de praktijk altijd met anderen te maken hebben en dat de autonomie van de een altijd gerelativeerd of begrensd wordt door de autonomie van de ander.

Burgerschap als tweede clusterbegrip omvat termen als normalisatie, participatie en integratie. De term burgerschap wordt meestal voorafgegaan door de toevoeging volwaardig en recentelijk ook door actief, omdat de woordbetekenis van burger, onderdaan in een staat, op zich te beperkt is.

De termen die onder het eerste en tweede cluster vallen vertonen grote overeenkomsten, maar hebben een ander accent. Gaat het bij de een om het individu op zich, bij de ander wordt dat individu vooral gezien als lid van een groep of van de hele maatschappij. In relatie tot vermaatschappelijking gaat het bij eigen keuze om het zelf kunnen kiezen, bijvoorbeeld waar en hoe men woont (regie over het eigen leven hebben), en bij burgerschap ligt de nadruk de invoeging in een bestaand kader, het meedoen en een aandeel leveren aan een groter geheel, erbij horen. Bij het eerste cluster wordt er van uitgegaan dat iedereen al iets heeft of kan, terwijl het uitgangspunt bij het tweede meer de beperkingen zijn waarvoor voorwaarden gecreëerd moeten worden.

Het derde cluster *vermaatschappelijking* roept vaak in eerste instantie begrippen als extramuralisering en deïstitutionalisering op, maar het houdt meer in dan wonen in de wijk. Van Reijen stelt dat het abstracte karakter van het woord impliceert dat er steeds nieuwe begrippen toegevoegd worden aan dit cluster en dat omschrijvingen zowel uit het eerste als uit het tweede cluster onder deze paraplu vallen.

Wat er nodig is of moet zijn om van vermaatschappelijking te kunnen spreken kan beperkt of ruim worden ingevuld. Vermaatschappelijking kan gezien worden als doel, maar ook als een proces om een ander doel te bereiken. Om de bedoeling van vermaatschappelijking te duiden heeft men steeds meer woorden nodig. In de loop van de tijd wordt er ook telkens weer wat toegevoegd, wat het uitleggen ervan niet makkelijker maakt. Als er over vermaatschappelijking gesproken wordt, komen er allerlei andere begrippen aan de orde die elk ook weer verschillende interpretaties kennen. Het idee van vermaatschappelijking is volgens van Reijen steeds meer een ideologie geworden met beladen begrippen afkomstig uit religieuze, filosofische, humanistische en/of politieke traditie. Vermaatschappelijking is een stapelbegrip geworden.

3.5 Conglomeraat

Tot begin jaren tachtig van de vorige eeuw werd extramuralisering op zich als voldoende beschouwd om mensen met beperkingen te laten participeren en integreren in de maatschappij. Koops en Kwekkeboom (2005) constateren, dat als het gaat over

vermaatschappelijking in de zorg, het een conglomeraat van veranderingen in de zorg en in de samenleving betreft. Die veranderingen worden noodzakelijk geacht voor een volwaardige deelname. Het denken rond de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen, een redeneerketen, heeft in de loop der tijd geleid tot dat conglomeraat. De redeneerketen omvat de volgende, onderling samenhangende, veronderstellingen:

1. Door het omzetten van intramurale aanbod in extramurale arrangementen op tenminste de terreinen zorg, welzijn, wonen en werk wordt de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen vergroot.
2. Door deze extramurale arrangementen door categorale en algemene instellingen op deze terreinen samen vorm te geven, worden de maatschappelijke integratie en acceptatie bevorderd.
3. Door ook belangenbehartigingsorganisaties van mensen met beperkingen bij de vormgeving van de arrangementen te betrekken, zullen deze beter aansluiten bij de behoefte van betrokkenen zelf.
4. De benodigde samenhang en afstemming kunnen het best op decentraal (lokaal of regionaal) niveau worden gerealiseerd, omdat zo de afstanden tussen de aanbieders onderling en tussen hen en de gebruikers zo kort mogelijk worden gehouden.
5. Om samenhang en afstemming op regionaal of lokaal niveau te stimuleren kan de regie over de totstandkoming van een integraal voorzieningenaanbod het beste in handen worden gelegd van de lokale overheid.
6. Door ook (leden van) de lokale samenleving zelf als informele steunstructuur bij opvang en begeleiding van mensen met beperkingen te betrekken, wordt hun maatschappelijke integratie vergroot.
7. De lokale overheid is het best in staat om de informele arrangementen in en door de samenleving te stimuleren en te ondersteunen.
8. De lokale overheid is het best in staat om er op toe te zien dat formele en informele arrangementen op elkaar en op de specifieke behoeften van de betrokkenen aansluiten en dus ook daarin een regierol te vervullen.

Koops en Kwekkeboom benadrukken dat het doorvoeren van het conglomeraat van veranderingen, onder de noemer vermaatschappelijking, niet alleen wordt ingegeven door het streven naar een grotere participatie, integratie en acceptatie van mensen met beperkingen, maar dat het streven naar kostenvermindering, net als toentertijd bij extramuralisering, een belangrijk (politiek) motief is. Beheersing van de kosten moet mogelijk zijn, zeker doordat er gehoopt wordt/gestuurd wordt op een groter aandeel van de informele steunstructuur in het totale voorzieningenaanbod. Over informele steunstructuur (maatschappelijke steunsystemen) gaat het onder andere in de volgende paragraaf.

3.6 Sociale omgeving, maatschappelijk steunsysteem en kwartiermaken

3.6.1 Sociale omgeving

Om daadwerkelijk tot maatschappelijke integratie te leiden zijn voorwaarden toegevoegd aan het vermaatschappelijkingproces (zie de redeneerketen in paragraaf 3.5). Een daarvan is het creëren van een integraal en samenhangend aanbod aan woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen, zoals dat ook in de intramurale setting wordt aangeboden. Daarvoor moeten de diverse aanbieders op lokaal niveau met elkaar samenwerken, wat door de lokale overheid moet worden gefaciliteerd en geregisseerd. Een andere voorwaarde is dat de

samenleving zelf meer betrokken moet worden bij de opvang en integratie van mensen met beperkingen.

Bij zowel overheden, zorgaanbieders, belangenbehartigingsorganisaties als willekeurige leden van de samenleving is inmiddels, na vele pleidooien, brede steun ontstaan voor opname in de samenleving van mensen met beperkingen. Voor mensen met een verstandelijke beperking of psychische problemen wordt daarbij wel vaak het voorbehoud gemaakt dat er voldoende zorg en ondersteuning moet zijn, zodat bij eventuele crises onmiddellijk hulp kan worden ingeroepen. (Kwekkeboom, 2008, p.22 e.v.)

3.6.1.1 Wet maatschappelijke ondersteuning

De gemeente Zwolle omschrijft op haar website het doel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kort en bondig als ‘meedoen’. Dat geldt dan voor iedereen, jong en oud, ongeacht maatschappelijke of economische positie en ongeacht of iemand beperkingen ondervindt of niet. Zwolle benadrukt dat de Wmo vooral een participatiewet is en geen zorgwet.

De verantwoordelijkheden van de gemeenten zijn in de Wmo geordend in prestatievelden. Een van de prestatievelden betreft de individuele voorzieningen en geeft de gemeente opdracht tot het verlenen van voorzieningen, gericht op het behouden en bevorderen van het zelfstandig functioneren en deelname aan het maatschappelijk verkeer voor personen met lichamelijke en/of psychische beperkingen. Er is geen sprake van zorgplicht (wettelijk recht op een voorziening), maar bij het verstrekken van voorzieningen hanteert de gemeente het compensatiebeginsel. Hiermee wordt bedoeld dat zij, ter compensatie van de beperkingen die een persoon ondervindt in zijn zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, voorzieningen treft op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning, die hem in staat stellen:

- een huishouden te voeren;
- zich te verplaatsen in en om de woning;
- zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel;
- medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.

Het compensatiebeginsel is dus bedoeld om personen met beperkingen in een gelijkwaardige uitgangspositie te brengen ten opzichte van personen zonder beperkingen.

Uit alle verschillende omschrijvingen van het begrip vermaatschappelijking kan een gemeenschappelijk doel gededistilleerd worden: de maatschappelijke participatie, het meedoen, van mensen met beperkingen bevorderen. De Wmo en vermaatschappelijking hebben in wezen dus dezelfde doelstelling: het bevorderen van maatschappelijke deelname. Saillant detail is dat in de hele wettekst van de Wmo het woord vermaatschappelijking niet één keer voorkomt. (Rood, 2008, p.19)

De Wmo legt de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke participatie van mensen met beperkingen in handen van de lokale overheden, die daarvoor samenwerkings- en afstemmingsafspraken moeten maken met de aanbieders op in ieder geval de terreinen zorg, wonen en welzijn (de formele contacten). De Wmo betreft ook nadrukkelijk de leden van het sociale netwerk, de burens en de collegae van de betrokkenen, in de ondersteuning bij het zelfstandig wonen en de integratie in de samenleving. De in deze informele contacten geboden hulp en begeleiding zouden het beroep op de professionele zorg moeten verminderen, zodat deze in tijden van schaarste alleen terecht komt bij degenen die die professionele zorg echt nodig hebben. (Kwekkeboom e.a., 2006)

3.6.1.2 Formele en informele steunstructuur

Als direct gevolg van de vermaatschappelijking, met name de aspecten deinstitutionalisering en extramuralisering, werd de sociale omgeving van de cliënt steeds belangrijker binnen de geestelijke gezondheidszorg. Naast de formele, ging de informele steunstructuur, deels gedwongen, een steeds grotere rol spelen binnen de hulp- en dienstverlening. In de Verenigde Staten ontstond het *community support system*¹⁶ in de jaren zestig van de vorige eeuw als reactie op het vrijwel onvoorbereid terechtkomen van grote groepen chronisch psychiatrische patiënten in de samenleving. Afgeleid van dit concept wordt sinds midden jaren negentig in Nederland het begrip maatschappelijk steunsysteem (zie volgende subparagraaf) gehanteerd. (Trimbos instituut, 2004)

In Wmo-beleidsnota's wordt een groot beroep gedaan op de inzet van de informele sociale omgeving, die een vangnet voor mensen met een beperking moet vormen. Juist op buurtniveau hebben veel mensen met een psychische beperking weinig (informele) contacten. Of dit vangnet voor hen functioneert, is daarom twijfelachtig. Ook wordt het buurthuis/wijkcentrum gezien als een logisch ontmoetingspunt in de buurt waar iedereen, ook mensen met een beperking, op spontane wijze buurtgenoten kan ontmoeten en deel kan nemen aan allerlei (algemene) activiteiten. Het is een veronderstelling waarvoor in het onderzoek 'Onder de mensen?' (Nicis Institute, 2008) geen grond werd gevonden. Het buurtcentrum trekt hen niet en spontane, losse contacten maken hen eerder onzeker dan dat zij daar op af zouden gaan.

3.6.2 Maatschappelijk steunsysteem

Het Trimbos instituut omschrijft een maatschappelijk steunsysteem (MSS) als een georganiseerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, waarvan mensen met ernstige psychische stoornissen zelf deel uitmaken en dat hen op vele manieren ondersteunt in hun pogingen om in de samenleving te participeren. Als achterliggende waarden worden het bevorderen van zelfstandigheid en autonomie genoemd.

Aanvankelijk lag het accent bij een MSS op een samenhangend geheel van voorzieningen en afspraken tussen instellingen. Inmiddels wordt een MSS breder opgevat, met name het informele gedeelte van de steunstructuur wordt nadrukkelijker aangesproken. Er wordt tegenwoordig ook steeds meer gewerkt met ervaringsdeskundigen en lotgenotencontact.

Een omschrijving van het doel van een MSS geven de RIBW, Ypsilon (landelijke vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose) en Brider Verslavingszorg op de site van Loket Gezond Leven¹⁷ in het kader van hun gezamenlijke project 'Maatschappelijk steunsysteem' in Noord-Holland: "Het doel is om door het vergroten van de maatschappelijke participatie en integratie de kwaliteit van het leven van mensen met chronische psychiatrische problemen te verhogen. Het project draait om het opbouwen van een maatschappelijk steunsysteem rond mensen met een psychische handicap. Het gaat daarbij om maatschappelijke instellingen toegankelijk maken voor mensen met een

¹⁶ 'An organized network of caring and responsible people committed to assisting persons with long term mental illness to meet their needs and develop their potentials without being unnecessarily isolated or excluded from the society.'

(bron:http://www.sre.nl/upload/167728_822_1234864041453Bijlage_3_bij_agendapunt_6.1_PV_789_Naar_MS_S_in_ZO_Brabant.doc (24 april 2009))

¹⁷ Het Loket Gezond Leven biedt lokale professionals een platform voor kennisuitwisseling op het gebied van gezondheidsbevorderende leefstijlinterventies. (<http://www.loketgezondleven.nl/idatabase/interventies/m/8009/> (24 april 2009))

psychische handicap, gemeenten voorbereiden op hun taak in het kader van de Wmo en laagdrempelige activiteiten in maatschappelijke instellingen.”

Bij MSS gaat het enerzijds dus om het vergroten van de toegankelijkheid van maatschappelijke voorzieningen (*kwartiermaken*, hierover gaat de volgende subparagraaf) en het vergroten van het ondersteuningsaanbod, anderzijds gaat het om het organiseren van regionale samenwerking en het tot stand brengen van een samenhangend aanbod van hulp- en dienstverlening dat aansluit op de wensen van cliënten zelf. Tevens dient aandacht uit te gaan naar het aandeel van cliënten zelf. Voor cliënten is het van belang dat een MSS meer mogelijkheden biedt tot persoonlijk herstel (rehabilitatie), bijvoorbeeld zelfhulpgroepen en cliëntgestuurde activiteiten.

3.6.3 Kwartiermaken

Van oorsprong is kwartiermaken een term uit het leger en verwijst naar degenen die voor de troepen uit trekken en hun komst voorbereiden. (Deviant, 2005, *Kwartiermaken: een zaak van lange adem*) In 2001 schreef Doortje Kal een proefschrift over kwartiermaken. Daarin komt naar voren dat vermaatschappelijking als idee wel aardig is ingeburgerd, maar dat er voor de realisering het een en ander moet gebeuren, met name van de kant van de maatschappij, waarmee wordt bedoeld: instellingen, lokale overheid, verenigingen, organisaties en sociale omgeving. Kal stelt dat vermaatschappelijking om kwartiermaken vraagt.

Vermaatschappelijking betekent volgens haar: het tegengaan van maatschappelijke uitsluiting van kwetsbare groepen. Kwartiermaken is het ruimte creëren in de samenleving, zowel fysiek als qua mentaliteit en houding, waardoor mensen met beperkingen en problemen daadwerkelijk kunnen meedoen. (Van Reijen, 2007)

In haar boek *Kwartiermaken, werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*, dat verschijnt naar aanleiding van het proefschrift verwoordt Kal (2002, p.38) het als volgt: “Kwartiermaken moet werken aan een steunende infrastructuur waarin sociale participatie wordt aangemoedigd, betrokkenheid bij de doelgroep vergroot en mechanismen van uitsluiting bekritiseerd. Kwartiermaken zou moeten pogen te inspireren tot praktijken waarin relaties tussen mensen uit de psychiatrie en anderen centraal staan. Kwartiermaken zou een tegenwicht moeten bieden aan een cultuur van verzakelijking, van monetarisering (economisering) en objectivering, omdat mensen met een psychiatrische achtergrond in een dergelijk klimaat niet gedijen.”

3.6.3.1 Gastvrijheid

In haar lekenpraatje¹⁸ maakt Kal duidelijk dat ze in haar onderzoek theorieën tegen het licht heeft gehouden die konden leiden tot inzichten om kwartiermaakpraktijken te voeden. Het gaat bij kwartiermaken om ‘het ruimte maken voor de vreemde ander’ en de bijbehorende praktijken proberen, volgens Kal, ‘sociale uitsluiting tegen te gaan en deelname aan het maatschappelijk verkeer te bevorderen op een door de betrokkene gewenste en voor hen passende wijze’.

Een kernbegrip is gastvrijheid. Bij het werken aan gastvrije plekken, een gastvrij denken, gastvrijheid in de relatie tussen professionals en cliënten en een gastvrij burgerschap gaat het om die vreemde ander ruimte te bieden. Maar vraagt Kal zich af: “Hoe bied je plaats aan

¹⁸ Het lekenpraatje is de officiële term voor een korte uiteenzetting van het werk van (en door) een promovendus even voor de uiteindelijke promotieplechtigheid. Zoals de naam al zegt, wordt het over het algemeen gebruikt om vrienden en familie (de ‘leken’) op een eenvoudiger manier te vertellen wat de grote lijnen zijn van het uitgevoerde onderzoek. (bron: Wikipedia)

iemand die je niet zo goed kunt plaatsen?”. Dit vraagt om het je goed kunnen verplaatsen in die ander, zelf een beetje vreemdeling willen worden. (Kal, 2001)

3.6.3.2 Vriendendienst

Vanuit de behoefte van (ex)psychiatrische cliënten aan iemand van buiten de ggz, die hen zou kunnen vergezellen in de vaak als onherbergzaam ervaren wereld, zijn vrijwilligersprojecten, de vriendendiensten ontstaan. (Kal, 2002, p.132) Het gaat hierbij uitdrukkelijk niet om hulpverlening, maar de nadruk ligt op vriendschappelijkheid, ‘leuke dingen doen met elkaar’ en ‘het er zijn voor de ander’. De presentiebenadering (zie *Een theorie van de presentie* (2001) van Andries Baart) is van groot belang binnen vriendendiensten.

Momenteel zijn er vijftig vriendendiensten regionaal actief, die aangesloten zijn bij Mezzo, belangenorganisatie van mantelzorgers en vrijwilligers. Vriendendiensten voorzien in een behoefte en richten zich op empowerment, participatie, emancipatie en integratie van de cliënt. Bij vriendendiensten is er sprake van een-op-een contact: het is kwartiermaken in het klein.

3.6.3.3 Projecten

Naast de vriendendiensten of maatjesprojecten, die de afgelopen vijftien jaar zijn ontstaan, is er de laatste jaren sprake van projecten die zich richten op kwartiermaken in een groter verband. Het gaat om plaatselijke initiatieven van organisaties in samenwerking met vrijwilligers waarbij kwartiermaken inhoudt dat er in wijken gepraat wordt met bedrijven, instellingen en bewoners met het doel om ruimte te creëren voor de doelgroep psychiatrie. Van Reijen (2007, p.85) noemt kwartiermaken een vaardigheid: in de wijken, bij bedrijven gaan praten, communiceren met de burens, wat geleerd moet worden. Volgens haar valt hieronder ook het bieden van ondersteuning aan zorgboeren en andere samenwerkingspartners. Kwartiermakers moeten bemiddelen, hun gezicht laten zien, en ze moeten ondersteuning bieden bij het leiden van een eigen leven (empowerment).

In Zwolle loopt vanaf 1 mei 2007 het project *Kwartiermakers*. In de wijken Zwolle-Zuid en Dieze-Oost werden in eerste instantie activiteiten opgezet en uitgevoerd door twee professionele kwartiermakers in samenwerking met vrijwilligers. Sinds een aantal maanden is er een omslag in het beleid. De insteek is nu om de samenleving gastvrij te maken door op pad te gaan en bij allerlei (sport)verenigingen en wijkcentra te onderzoeken wat die daar concreet aan doen. Het in kaart brengen van de stand van zaken zal leiden tot het aandragen van verbeterpunten. Merel Suidgeest, projectleider, verwoordt het als volgt: “De ondervraagden zeggen in eerste instantie allemaal dat iedereen bij hen welkom is, maar onze volgende vraag is dan of onze doelgroep zich dat ook voelt en waar dat uit blijkt.” Kwartiermaken is moeilijk en complex werk, voorlichting en belangenbehartiging zijn de belangrijkste taken. Het doel van empowerment van de cliënt wordt mede ondersteund door cliëntenraden en de begeleiding vanuit wonen en dagbesteding.

Vermaatschappelijking is een niet weg te denken onderdeel van onze samenleving geworden, zo blijkt uit dit hoofdstuk. Er wordt verschillend gedacht over het nut en de noodzaak en zeker ook over de invulling van het begrip en het bijbehorende beleid. Het wordt het tijd om een balans op te maken van de gevolgen van vermaatschappelijking op de diverse aspecten in de samenleving. Er is onderzoek verricht naar de effecten van vermaatschappelijking en over de resultaten daarvan gaat het volgende hoofdstuk.

HOOFDSTUK 4: RESULTATEN ONDERZOEK NAAR EFFECTEN

4.1 Inleiding

In het voorwoord van het onderzoeksrapport *Vermaatschappelijking in de zorg* (2005) schrijft prof.dr. Paul Schnabel, directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau¹⁹, dat sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw extramuralisering onderwerp van beleid is rond mensen met een beperking. Hieruit vloeit de noodzaak voort om passend aanbod in zorg buiten de instituten te creëren. Hij omschrijft vermaatschappelijking als het geheel van veranderingen, die noodzakelijk zijn om het mogelijk te maken, dat mensen met beperkingen zelfstandig kunnen wonen en aan de samenleving deel kunnen nemen. Dat veranderingsproces gaat niet snel, dit blijkt wel uit het feit dat het na al die jaren nog steeds op de agenda staat, constateert Schnabel. Ten tijde van dit onderzoek stond de Wmo nog in de steigers en er werd een positieve werking van verwacht wat betreft vermaatschappelijking. De Wmo zou moeten bevorderen dat de lokale overheid, in samenwerking met instellingen en organisaties, voorzieningen creëert, die mensen met beperkingen in staat stellen hun zelfstandigheid te behouden en deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer.

In 2008, dus na invoering van de Wmo in januari 2007, verschijnt het onderzoek naar de gevolgen van en voorwaarden voor vermaatschappelijking van de zorg van Ester Rood, *Vermaatschappelijking van de zorg: gelukt(t) voor iedereen?*. Zij constateert dat vermaatschappelijking van de zorg veel teweeg brengt voor zowel cliënten en medewerkers van zorginstellingen als voor mantelzorgers en vrijwilligers. Ook heeft het gevolgen voor de wijk, de organisatiestructuur en – cultuur, alsmede voor de samenwerking tussen zorg- en welzijnsinstellingen, woningcorporaties en gemeenten.

In dit hoofdstuk worden de effecten van vermaatschappelijking beschreven op achtereenvolgens de cliënt, de zorg- en dienstverlening en de samenleving. Bij zorg- en dienstverlening worden de effecten op de medewerker, de organisatie en de onderlinge samenwerking tussen de verschillende actoren apart genoemd. In de daarna volgende paragraaf over de samenleving gaat het over de directe omgeving van de cliënt, de informele steunstructuur en de wijk.

4.2 De cliënt

Dé cliënt bestaat niet, iedere cliënt heeft immers andere wensen en behoeften, schrijft Rood (2008, p.9) als ze stelt dat vermaatschappelijking als ideaal niet voor iedereen haalbaar is. Wenselijkheid, nut en noodzaak van vermaatschappelijking worden niet door iedereen in gelijke mate onderkend. Als er sprake is van een zeer ernstige beperking is het vaak niet haalbaar om extramuraal te wonen en actief deel te nemen aan de samenleving. De mate van participeren hangt mede af van competenties en inkomen, maar ook van het vermogen van de samenleving om mensen met een beperking te accepteren (waarover later in dit hoofdstuk

¹⁹ Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft tot taak:

- wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

meer). Rood signaleert dat vermaatschappelijking van een recht een plicht lijkt te worden en stelt daar vraagtekens bij gezien het bovenstaande.

Cliënten oordelen in het onderzoek positief over de invloed van vermaatschappelijking op de kwaliteit van de zorg. Zij ervaren kwaliteit van leven als niet samenhangend met de mate van participatie, maar wel met de kwaliteit van die deelname, waarbij spelen persoonskenmerken een belangrijke rol.

Koops en Kwekkeboom (2005, p.60) komen tot de conclusie dat vermaatschappelijking idealiter inhoudt dat de cliënt of diens vertegenwoordiger nadrukkelijk betrokken wordt bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod. Uit vraaggesprekken blijkt echter, dat er nog veel moet veranderen, voordat zij volwaardige gesprekspartners kunnen zijn en dat daadwerkelijke beïnvloeding achter blijft bij de verwachtingen van zowel zorgaanbieders als –vragers. Zij pleiten voor meer aandacht voor de organisatie en instandhouding van een voldoende, professioneel, voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen zonder daarmee terug te willen naar grootschalige instituten aan de rand van de samenleving (beschermde en gestructureerd wonen kan ook op kleine schaal, midden in de gemeenschap). Voor mensen die tijdelijk of structureel niet in staat zijn zelfstandig te wonen, moeten er mogelijkheden blijven voor een vorm van residentieel verblijf.

4.2.1 Mensen met een psychische beperking

Mensen met een psychische beperking willen graag deelnemen aan de samenleving en gebruik maken van algemene voorzieningen, maar in de praktijk is de drempel voor hen vaak te hoog. Er zijn circa 47.000 mensen met een chronische psychiatrische beperking die begeleiding ontvangen vanuit de ggz. (Rood, 2008, p.68 en 69) Mensen met een psychische beperking doen een groot beroep op directe familie (risico van overbelasting), in mindere mate op het eigen netwerk (familie uitgebreid met kennissen en vrienden) en zij onderhouden weinig sociale contacten. Deelname aan de arbeidsmarkt blijkt geen garantie voor meer participatie in de maatschappij en de beperkte financiële situatie vormt sowieso een belemmering (vakanties en uitgaan zijn niet of nauwelijks mogelijk).

4.2.1.1 Eenzaamheid

Het risico van sociaal isolement, uitsluiting en vereenzaming ligt op de loer, 30 tot 40% noemt zich eenzaam of somber (toch schijnen mensen die zelfstandig in de wijk wonen minder eenzaam te zijn dan eerder werd aangenomen). Veel van de ondervraagden uit het onderzoek van Rood ervaren verharding in de samenleving en zijn bang afwezen te worden om hun afwijkend gedrag.

Uit ander onderzoek (*Een eigen huis....*), naar de ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen of psychische problemen met zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving (Kwekkeboom e.a., 2006), blijkt dat eenzaamheid net zoveel voorkomt bij mensen met veel als bij hen met weinig netwerkcontacten. Daarbij lijkt het niet uit te maken of ze in een instelling wonen of in een zelfstandige woning.

4.2.1.2 Persoonlijk begeleider

Persoonlijk begeleiders spelen een belangrijke rol in het leven van mensen met een psychische beperking en over hun kwaliteit wordt zeer positief geoordeeld. Dit komt uit hetzelfde onderzoek (Kwekkeboom e.a., 2006) naar voren. Voorwaarde voor maatschappelijke deelname is volgens Rood onder andere empowerment van de cliënt en

ondersteuning bij wonen, werk en dagbesteding. Hierin kan de persoonlijk begeleider uiteraard een groot aandeel in hebben.

4.2.1.3 Twee pijlers

“Zelfstandige huisvesting leidt niet vanzelfsprekend tot meer maatschappelijke participatie en de behoefte van de doelgroep daaraan is ook beperkt”, zegt Rick Kwekkeboom in een interview dat in 2008 verscheen in Markant (maandblad voor de gehandicaptensector). Het hebben van een eigen voordeur maakt hen wél gelukkig. Over de positieve beoordeling van persoonlijk begeleiders merkt zij op, dat cliënten daarbij de kanttekening maken dat zij wel een andere ondersteuning zouden willen van hen. Het gaat dan om ondersteuning met de nadruk op sociaal en emotioneel gebied: meer leuke dingen met elkaar doen en praten over hoe de cliënt zich voelt.

Als aandachtspunten voor beleid en onderzoek (Kwekkeboom e.a., 2006, p.141 en 142) worden twee pijlers genoemd. Ten eerste betreft dat de zo zelfstandige mogelijke huisvesting. De tweede pijler is de persoonlijk begeleider en het belang van de cliënt daarbij. De financiële situatie heeft invloed op de mate van deelname aan de samenleving. Er zal meer aandacht moeten komen voor het verrichten van betaald werk, al dan niet in een beschutte omgeving. De rol van de samenleving, het sociale netwerk van de cliënt, in de ondersteuning en begeleiding dient ook zeker meer onderzocht te worden en gestimuleerd. Contacten met de buurt zijn tot nu toe vaak minimaal en het eigen netwerk bestaat veelal uit mensen die zelf ook beperkingen hebben.

4.3 De zorg- en dienstverlening

Er is door Rood (2008, p.88-91) ook onderzoek gedaan naar de vraag of (de kwaliteit van) de zorg verschilt in een extramurale setting ten opzichte van die in een intramurale. De kwaliteit van de zorg is extramuraal toegenomen, zo is de algemene opvatting van de ondervraagden. Dit komt ten eerste doordat de geboden zorg meer toegesneden is op de individuele behoeften en wensen van de cliënt, er wordt meer vraaggericht gedacht en gewerkt. Ten tweede heeft vermaatschappelijking tot effect gehad dat er nu, naast wensen wat betreft de zorg, ook naar die op het gebied van wonen, welzijn en diensten wordt gekeken. Een derde aspect is dat er extramuraal gebruik gemaakt kan worden van een wijkgerichte benadering. Als vierde voordeel wordt genoemd dat de medewerker zichtbaarder is, ‘zich niet meer kan verschuilen in de massa’, waar intramuraal wel sprake van kan zijn.

Kanttekening hierbij is, dat ook in de intramurale setting steeds meer de individuele benadering wordt toegepast, cliëntgericht gewerkt wordt. De kwaliteit van zorg schijnt per woonvorm sterk te verschillen. Vanuit de instelling is de kwaliteit van de daar geleverde zorg minder zichtbaar, er is immers letterlijk meer afstand (minder toezicht) en er wordt zelfstandiger gewerkt.

Het blijkt in kleinschalige woonvormen moeilijker dan binnen de intramurale zorg om aan de kwaliteitseisen te voldoen; strenge regels op het gebied van hygiëne, voedsel, brand en cliëntveiligheid zijn praktisch niet uitvoerbaar. Een evenwichtig beleid daarvoor vraagt om overleg met bijvoorbeeld de betreffende inspecties. Medische zorg is een speciaal punt van aandacht binnen kleinschalige woonvormen. In de intramurale zorg staat lichamelijk welzijn centraal. Extramuraal ligt de nadruk op welzijn, huiselijkheid en sociale activiteiten, waarbij de regie van de cliënt voorop staat. Medische zorg kan dan onderbelicht raken of er kan zelfs een afkeer van ontstaan. Hier ligt een taak voor de medewerkers. Zij moeten er alert op zijn, de behoefte aan medische zorg signaleren en de hulp vervolgens inroepen.

4.3.1 Medewerker

Een gevolg van vermaatschappelijking voor de medewerker in zowel de zorg- als in de dienstverlening is dat er andere *competenties* gevraagd worden bij extramuraal werken: flexibiliteit en creativiteit, inspelen op de (on)mogelijkheden van de cliënt, ondernemerschap, eigen initiatief, daadkracht, meer durf, integrale benadering van de cliënt enzovoort.

Vanuit de zorginstellingen zijn de medewerkers vaak nog sterk gericht op het medisch model, terwijl extramuraal (en ook wel intramuraal) de omslag gemaakt moet worden naar een meer cliëntgericht ondersteuningsmodel. Uitgangspunt bij vermaatschappelijking is om de cliënt te zien als iemand die wil deelnemen aan de samenleving en niet meer primair als behoeftige patiënt.

In kleinschalige woonvormen wordt van medewerkers verwacht dat ze zelfstandiger werken en verantwoordelijkheid willen en kunnen dragen. Ze hebben intensiever contact met en tijd voor de cliënt, zijn meer betrokken bij de cliënt en hebben meer (informeel) contact met de familie.

Het *takenpakket* is anders en breder in de extramurale setting. Intramuraal is het werken specifiek, voor elke functie is een aparte beroepskracht aanwezig. In een kleinschalige, extramurale, woonvorm moet de medewerker allround zijn: begeleider, gastvrouw/-heer, chauffeur, klusjesman, kok enzovoort. Verder moet zij/hij kunnen budgetteren, kennis hebben van hygiëne, prioriteiten kunnen stellen, omgaan met conflicten, kunnen samenwerken en afstemmen met andere collega's, vrijwilligers en familie. Persoonlijke eigenschappen die goed van pas komen zijn: zelfreflectie, evaluatie en je kwetsbaar kunnen opstellen. De medewerker moet stevig in de schoenen staan en respect hebben voor de privacy en leefstijl van de bewoner. Deze houding wordt mede bepaald door het feit dat de medewerker op bezoek is bij de cliënt in de woning van die cliënt.

Nadelen voor de medewerker zijn er ook. Het team is klein, waardoor er weinig speelruimte is voor ziektevervanging en bij lastige situaties is overleg soms niet mogelijk. Het combineren van individuele en groepsgewijze werkwijze vraagt om meer deskundigheidsbevordering op het gebied van groepsdynamica. Een valkuil is (te) grote betrokkenheid bij de bewoners en familieleden, waardoor een spanningsveld kan ontstaan tussen professionele afstand en persoonlijke betrokkenheid.

Als aanbeveling wordt genoemd om leidinggevend medewerkers actief te laten ondersteunen, te begeleiden en hen voldoende te faciliteren en toe te rusten. Dit kan door coaching, deskundigheidsbevordering, training, (bij)scholing, opleiding en regelmatige monitoring. Ter voorkoming van vereenzaming van de solistisch werkende medewerker moet er regelmatig overleg, ontmoeting tussen medewerkers en intervisie georganiseerd worden. (Rood, 2008, p.99-121)

4.3.2 Organisatie

De introductie van kleinschalig wonen kost veel voorbereiding; het is een ingrijpend zorgvernieuwingsproces. Voordat een instelling in het kader van vermaatschappelijking besluit tot het invoeren van kleinschalig wonen, moet het management een visie ontwikkelen hierop, zo benadrukt Rood (2008, p.105). Zij moet uitgangspunten formuleren op het gebied van de locatie (in de wijk of op het instellingsterrein), de groepsgrootte, eventuele clustering van woningen en de benodigde voorzieningen bij de woningen. Ondersteunende processen, zoals maaltijdvoorziening, wasverzorging en technisch onderhoud, verdienen de nodige aandacht. De personele bezetting zal anders moeten zijn dan intramuraal, zowel qua omvang als inhoud. Het zorgvernieuwingsproces raakt de gehele organisatie.

4.3.2.1 Ondersteunende diensten

De vermaatschappelijking heeft dus ook gevolgen voor de ondersteunende diensten. Planning & Control kan een hogere werkdruk ervaren, omdat inkomsten meer fluctueren en de aansturing intensiever is. ICT moet de automatisering optimaliseren: intranet, digitaliseren van protocollen en handboeken, om kennis en ervaring te delen met de extramurale medewerkers. Extramuralisering zorgt voor meer samenwerking tussen zorginstellingen, welzijnsinstellingen, woningcorporaties en gemeenten; dit vereist een helder en flexibel communicatiesysteem. De personeelsafdeling ziet de werkzaamheden ook wijzigen, want er worden andere competenties van de medewerkers verwacht. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de werving en selectie en bij opleiding, scholing en training van medewerkers. De afdeling moet zich meer richten op competentie management en het creëren van nieuwe functies en carrièremogelijkheden. Voor de facilitaire dienst is een gevolg dat er een ander inkoopbeleid is gekomen. Er wordt in kleinschalige woonvormen zelf gekookt en boodschappen worden bij de plaatselijke winkeliers gedaan. (Rood, 2008, p.147-154)

4.3.2.2 Financiën

Of vermaatschappelijking leidt tot minder of juist meer kosten is (nog) onbekend. Er is tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar de kosten en baten van extramuralisering. De kosten- en financieringsstructuren van kleinschalig wonen zijn nog niet duidelijk, wat onderzoek ook bemoeilijkt. Wel duidelijk is dat de kosten en baten afhangen van de mate van beperking van de cliënt, de vorm en de mate van extramuralisering, de personele bezetting, de schaalgrootte en eventuele clustering van de woonvorm, en de investeringskosten en afschrijvingen in de gebouwen. Onderzoek in de ouderenzorg wijst uit dat extramuralisering lijkt te leiden tot verhoging van de maatschappelijke baten en verlaging van de collectieve lasten. Voor de cliënt zelf is het kostenneutraal of het leidt tot hogere kosten. (Rood, 2008, p.169)

4.3.2.3 Cultuur

De ontwikkeling naar meer vraaggerichte zorg vraagt van de medewerker en de organisatie, zowel extramuraal als intramuraal, een cultuuromslag. De cultuur van een organisatie bestaat uit basisnormen en –waarden, die onder andere geborgd worden door een gedragscode, het uitdragen van de visie en missie, personeelsbeleid en communicatie. Cultuur mag per locatie verschillen, behoud van eigenheid is belangrijk. Cultuurverandering is een langdurig, al snel tien tot vijftien jaar, proces en er wordt in de praktijk te weinig tijd voor uitgetrokken.

Decentralisatie en een grotere zelfstandigheid, solistisch werken, vereist meer binding binnen de organisatie om alsnog als eenheid over te komen. Dit vraagt om verbindend leiderschap, waarbij leidinggevend in zetten op samenwerking en binding. Instrumenten daarbij kunnen zijn: werkoverleg, intervisiebijeenkomsten, themabesprekingen, locatiebezoek door de manager/directeur, intranet enzovoort.

Cultuuroverdracht vindt plaats tussen organisaties die samenwerken op het gebied van zorg, wonen en welzijn, waardoor extramurale medewerkers een andere kijk kunnen krijgen op het eigen werk. (Rood, 2008, p.165-168)

4.3.3 Samenwerking

Uit onderzoek (Rood, 2008, p.176 e.v.) blijkt dat er wel wordt samengewerkt met woningcorporaties, maar weinig met welzijnsorganisaties. De realisatie van de

vermaatschappelijking in de zorg verloopt nog vaak moeizaam. Dit ondanks het brede draagvlak voor de uitgangspunten ervan en de vele initiatieven die er op dit gebied wel zijn. Er is nog te weinig sprake van een integraal en samenhangend aanbod van zorg, wonen en welzijn. Dit komt door gebrek aan samenwerking, grote verschillen tussen de aanbieders van voorzieningen op de verschillende levensgebieden en de strikte scheiding van financieringsstromen.

De rol van de overheid zorgt voor onduidelijkheid en roept spanning en weerstand op bij de betrokken partijen. Enerzijds legt zij de nadruk op concurrentie door het beleid van marktwerking te voeren, anderzijds stimuleert de overheid samenwerking, keten- en netwerkvorming en een integraal voorzieningenaanbod.

Uit het onderzoeksgedeelte van Rood specifiek naar de vermaatschappelijking van de ggz komt naar voren dat decategoralisering nauwelijks bereikt wordt. Voorstel, om toch de noodzakelijke samenhang en afstemming te bewerkstelligen, is om het aanbod van zorg, wonen en werk binnen één categorale instelling te ontwikkelen. Deze instelling zou een bemiddelende rol moeten krijgen bij het wonen in de wijk en het deelnemen aan de reguliere arbeidsmarkt van de doelgroep.

4.3.3.1 Zorg en welzijn

Direct gevolg van vermaatschappelijking is dat mensen met (psychische) beperkingen midden in de maatschappij leven. Dit maakt het belangrijk en noodzakelijk voor de zorg- en welzijnssector om samen te werken. Bij zorg staat vaak nog centraal wat mensen niet kunnen, terwijl bij welzijn het uitgangspunt is wat mensen wel kunnen. Zorginstellingen zijn vaak meer zakelijk en professioneel georganiseerd en welzijnsorganisaties zijn meer lokaal gericht. De verschillende wijze van financiering kan een knelpunt zijn in de samenwerking tussen zorg en welzijn.

De kracht van zorginstellingen ligt bij het organiseren van grootschalige processen en een op het individu afgestemde aanpak. Van welzijnsinstellingen is de brede, buurtgerichte benadering, samen met een activiteiten aanbod passend in het dagelijks leven van mensen, en kleinschaligheid de kracht. Een van de aanbevelingen die gedaan wordt, is om gebruik te maken van elkaars sterke kanten, bij de uitvoering van de Wmo kunnen zorg en welzijn elkaar versterken.

4.3.3.2 Zorg en wonen

Woningcorporaties hebben een maatschappelijke taak, werken voor de onderkant van de samenleving, maar door de geïnterviewden worden vraagtekens gezet bij de uitvoering daarvan. Meningingen vanuit de zorginstelling zijn dat de corporaties de cliënt niet van nabij genoeg kennen en dat er een duidelijk cultuurverschil is tussen de sectoren (zorgvisie ontbreekt). Positief geluid hierbij is dat een aantal zorginstellingen aangeeft dat men elkaars expertise nodig heeft en men niet zonder elkaar kan in het vermaatschappelijkingproces.

Belemmeringen voor samenwerking tussen zorginstellingen en woningcorporaties betreffen wet- en regelgeving (er verandert veel, onzekerheid voor de lange termijn leidt tot risicomijdend gedrag), alliantievorming (thuiszorg- en ouderenzorginstellingen fuseren op grote schaal en zijn vanwege hun omvang een aantrekkelijker partner), de betaalbaarheid²⁰ en de rol van de gemeenten (zie volgende subparagraaf).

²⁰ Voor een groot aantal cliënten is individueel wonen onbetaalbaar. Zij hebben bijvoorbeeld een Wajonguitkering. Dit in combinatie met een hoge huur en de vele kosten voor eigen rekening maakt dat zij bij een intramuraal verblijf financieel beter af zijn. Voor mensen met een beperkt inkomen is er dus geen sprake van echte keuzevrijheid (Rood, 2008, p.188).

4.3.3 De gemeente als regisseur

Sinds de invoering van de Wmo ligt de regierol bij de gemeente als het gaat om mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben. De gemeente, als lokale overheid, heeft de regie bij het tot stand komen van de onderlinge samenwerking en afstemming tussen wonen, welzijn en zorg. Het doel is om een sluitende keten van zorg en ondersteuning tot stand te brengen en meer maatwerk aan de burger te leveren. Het bestuurlijke doel van de wet is om de gemeente de instrumenten te geven waarmee zij ook daadwerkelijk haar verantwoordelijkheid kan nemen en de burgers instrumenten te geven om op het lokale niveau invloed uit te oefenen op het terrein van maatschappelijke ondersteuning (bron: Memorie van Toelichting Wmo).

Welzijnsinstellingen hebben een subsidierelatie met de gemeente, zorgaanbieders en woningcorporaties hebben geen financieringsrelatie. Dit maakt het regisseurschap van de gemeente niet altijd vanzelfsprekend voor de samenwerkingspartners. Ook het feit dat instellingen niet lokaal maar regionaal ingesteld zijn en daardoor met meerdere gemeentes te maken hebben, bemoeilijkt de samenwerking.

Gemeenten sluiten veel convenanten af met samenwerkingspartners, maar bij de concrete uitvoering stukt het nogal eens. Gemeenten zijn vaak niet voldoende toegerust voor het takenpakket dat ze moeten uitvoeren, kennis (op het gebied van de AWBZ, Wmo en Persoonsgebonden Budget) en menskracht ontbreken. Zorgaanbieders hebben die kennis wel en zouden die aan kunnen bieden, gemeentes hebben andere expertise. De samenwerking moet hoe dan ook meer plaatsvinden, wie de regie heeft in het proces is van ondergeschikt belang. Het verdient aanbeveling om als woningcorporaties, zorg- en welzijnsinstellingen en gemeenten een gezamenlijke visie te ontwikkelen voor een optimale samenwerking.

4.4 De samenleving

In het verleden is de samenleving niet erg tolerant geweest tegenover mensen met een beperking. De samenleving was niet bereid of in staat om hun voldoende bescherming en geborgenheid te bieden. Instellingen zijn veelal opgericht uit medeleven om een toevluchtsoord te bieden aan mensen met een beperking. Een georganiseerd aanbod van zorg, opvang en ondersteuning was toen nodig voor deze kwetsbare mensen en ook nu nog, vindt Kwekkeboom (2004, p.16), gaat de *community care*gedachte (zie ook de paragrafen 3.2 en 3.6.1.2) uit van een te positief mensbeeld. Tegenwoordig komen (ex)ggz-cliënten nog veel onbegrip, weerstand en wantrouwen tegen als zij gebruik (willen) maken van algemene voorzieningen. De angst voor overlast speelt een grote rol bij de samenleving. Mensen met een psychische beperking voelen zich niet prettig, maar juist opgelaten in voorzieningen in de buurt, zoals buurthuizen en bibliotheken, en hebben het gevoel er niet welkom te zijn. (Rood, 2008, p.69)

De integratie en participatie van mensen met een psychische beperking hangt grotendeels af van de acceptatie door de samenleving, maar die is er niet erg ontvankelijk voor. Dit is een conclusie die Rood (p.73) trekt en zij stelt als voorwaarden voor maatschappelijke deelname:

- empowerment en ondersteuning bij wonen, werk en dagbesteding;
- betere afstemming met voorzieningen in de wijk;
- investeren in beeldvorming over mensen met een psychische beperking via onder meer voorlichting en onderwijs.

4.4.1 De directe omgeving, de informele steunstructuur en de wijk

De directe omgeving van mensen met een beperking is uitgebreid als gevolg van vermaatschappelijking. Naast het formele systeem in de intramurale setting is daar nu de wijk en de informele steunstructuur bijgekomen.

4.4.1.1 De informele steunstructuur

De informele steunstructuur, waaronder mantelzorgers en vrijwilligers, speelt een grotere rol in het leven van mensen met beperkingen sinds de invoering van de Wmo. Bijna een derde van de mensen met matige of ernstige beperkingen ontvangt hulp uit het eigen sociale netwerk (informele steunstructuur) en het SCP verwacht dat dit in 2020 1,6 miljoen zal zijn. Een kwart heeft hulp van de thuiszorg en die thuiszorg is aanvullend op de informele hulp. (Rood, 2008, p. 123) De vermaatschappelijking heeft tot gevolg dat er een groter beroep wordt gedaan op de informele steunstructuur. (zie ook subparagraaf 3.6.1.2)

De Wmo legt de nadruk op de informele opvang in en door de samenleving. Zowel zorg- en welzijnsorganisaties als gemeenten hebben aandacht voor mantelzorgers en vrijwilligers. Zij ondersteunen hen en bieden soms tijdelijke overname van de zorg (respijtzorg) door andere mantelzorgers en in mindere mate door thuiszorg. Dit is belangrijk om overbelasting te voorkomen. Ook verlofregelingen die het mogelijk maken werk en zorg te combineren kunnen overbelasting bij mantelzorgers tegengaan. Maar de overheid geeft tegenstrijdige signalen af: enerzijds door arbeidsparticipatie voor iedereen te stimuleren en anderzijds door de burger aan te spreken op diens verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning. Overbelasting van de informele steunstructuur zou kunnen leiden tot meer aanspraak op het professionele systeem, wat niet wenselijk is. Aanbeveling hierbij is om mantelzorgers en vrijwilligers adequaat te ondersteunen, te faciliteren en hen te waarderen.

Mezzo, de landelijke vereniging voor mantelzorgers en vrijwilligers, signaleert dat sinds de invoering van de Wmo ondersteuning in veel gemeenten op de tocht is komen te staan, er is minder geld beschikbaar voor vrijwilligerszorg. Staatssecretaris Bussemaker heeft gezegd afspraken met gemeenten te maken. Vanaf 2008 zouden mantelzorgers bij hun gemeente terecht moeten kunnen voor praktische hulp, inspraak, advies, cursussen en trainingen. De gemeenten krijgen een makelaarsfunctie om vrijwilligers aan klussen te koppelen.

Maatjesprojecten zijn een voorbeeld van vrijwilligerswerk voor mensen met psychische problemen. Het gaat dan om sociale ondersteuning van zelfstandig wonenden, die bestaat uit het doen van gezamenlijke activiteiten (koffiedrinken, fietsen, naar de bioscoop gaan e.d.). Het SCP stelt, ter voorkoming van het tussen wal en schip raken van kwetsbare mensen, voor om voor mensen met een verstandelijke of psychische beperking een buddysysteem in te voeren: een persoonlijk begeleider die de omgeving bij de zorgbehoefte betreft, omdat deze dat zelf niet kan. (Rood, 2008, p.123-130)

4.4.1.2 De wijk

Door de vermaatschappelijking komen mensen met beperkingen in de wijken terecht. Sociale opvang en maatschappelijke ondersteuning zouden er voor zorgen dat kwetsbare mensen zich hier beter thuis voelen dan in een intramurale setting. Op papier heeft de integratie een breed draagvlak, maar in werkelijkheid is het vaak minder positief. Bij het realiseren van voorzieningen voor mensen met beperkingen in een woonwijk stuit men vaak op weerstand van buurtbewoners en meestal komen de mensen terecht in achterstandswijken. Als er wel voorzieningen in de wijk komen, worden de mensen met beperkingen getolereerd, meestal onder voorwaarde dat er een professional in de buurt moet zijn en dat er geen overlast ervaren

mag worden. Van echte integratie is geen sprake. Wijk- en buurtbewoners zonder beperking voelen zich niet op hun gemak bij mensen met een beperking (geldt vooral voor een verstandelijke of psychische beperking) en hebben weinig contact met hen.

Voor vermaatschappelijking is het van belang dat er sprake is van een leefbare, veilige wijk met voldoende voorzieningen die toegankelijk en bereikbaar zijn. Aanbeveling is om hier vroegtijdig rekening mee te houden bij het opzetten van kleinschalige woonvormen. Ook is een aanbeveling om actief aan de acceptatie te werken in de wijk door aandacht te geven aan onderwijs, voorlichting, beeldvorming, voldoende professionele ondersteuning en begeleiding, en het (tijdig) leggen van contacten in de buurt. De samenwerking tussen wonen, welzijn, zorg, werk en onderwijs is hierbij van belang. Het welzijnswerk kan bij het versterken van de sociale cohesie in de buurt een belangrijke rol spelen. (Rood, 2008, p.133-140)

De effecten van vermaatschappelijking op alle actoren zijn talrijk en verregaand, zo is in dit hoofdstuk gebleken, soms zijn ze positief, soms niet eenduidig en soms zelfs twijfelachtig te noemen

HOOFDSTUK 5: CONCLUSIES, BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

5.1 Inleiding

De aanleiding voor dit onderzoek en het maken van deze scriptie was het gebrek aan kennis, dat ik bij mezelf constateerde, over vermaatschappelijking en de relatie van dat fenomeen met mijn werksetting binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het doel van deze scriptie is om een beeld te krijgen en te geven van wat vermaatschappelijking betekent in het algemeen en specifiek voor mensen met een psychische beperking die in kleinschalige woonvormen leven, hun naaste betrokkenen, de zorg- en dienstverlening en de samenleving. De centrale onderzoeksvraag is:

Wat zijn de effecten van vermaatschappelijking op de kwaliteit van leven van mensen met een psychische beperking die verblijven in kleinschalige woonvormen?

De deelvragen daarbij zijn:

- 1 Hoe worden mensen met een psychische beperking gedefinieerd?
- 2 Wat is een kleinschalige woonvorm?
- 3 Wat is kwaliteit van leven en wat bepaalt die kwaliteit?
- 4 Hoe wordt de kwaliteit van leven ervaren door mensen met een psychische beperking die in kleinschalige woonvormen verblijven, in relatie tot wonen en zorg?
- 5 Wat wordt er verstaan onder vermaatschappelijking (in het algemeen en voor de doelgroep in het bijzonder)?
- 6 Wat betekent vermaatschappelijking voor cliënten, de zorg- en dienstverlening rondom hen, hun naaste betrokkenen en de samenleving?

Door het lezen van literatuur en websites over de verschillende onderwerpen uit de onderzoeksvraag, door het bestuderen van onderzoeksrapporten over wonen en zorg voor mensen met een psychische beperking in een extramurale setting, en rapporten over onderzoek naar de gevolgen van en de voorwaarden voor vermaatschappelijking van de zorg en door het interviewen van de projectleider van Kwartiermakers in Zwolle, heb ik mijn onderzoek vorm gegeven. In paragraaf 5.2 staan conclusies, 5.3 gaat over mijn bevindingen en in 5.4 doe ik aanbevelingen.

5.2 Conclusies

De ontwikkelingen binnen de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg in de tweede helft van de twintigste eeuw hebben gezorgd voor een verschuiving van intra- naar extramuraal wonen voor mensen met een psychische beperking. Uit hoofdstuk 1 blijkt dat dit heeft geleid tot een ander aanbod van zorg, waaronder kleinschalige woonvormen voor mensen met een psychische beperking. In de volgende drie subparagrafen zal ik de conclusies, kanttekeningen en aanbevelingen samenvatten zoals ze voortvloeien uit de hoofdstukken 2, 3, en 4, onder de noemers visie, beleid en onderzoek.

5.2.1 Visie

Als het gaat om visie op wat goede zorg is voor mensen met beperkingen dan laat hoofdstuk 2 zien, dat die veranderd is onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. Tegelijkertijd hebben maatschappelijke ontwikkelingen ook invloed op visievorming. Het belang van regie

over het eigen leven, sociale contacten en veiligheid komt uit onderzoek van Rood naar voren. Deze behoeften en wensen hangen samen met ontwikkelingen als streven naar autonomie, individualisering en wegvallen van sociale verbanden/controle in de maatschappij.

Een conclusie uit andere onderzoeken is, dat het wonen in feite nog steeds intramuraal plaatsvindt, er wordt geleefd op 'eilandjes' in de wijk, er vindt geen interactie plaats met de buurt en levensdomeinen als werk en dagbesteding krijgen invulling ver van de woonplek. Er is onvoldoende aandacht bij het plaatsen van mensen met een psychische beperking in de samenleving voor hun individuele (woon)behoeften en de geschiktheid van de leefomgeving, met andere woorden: de matching schiet tekort.

Een constatering is dat de kwaliteit van de zorg is toegenomen, zowel in extra- als in intramurale setting, doordat er meer vraaggericht gewerkt wordt, een gevolg van veranderde visie. Uit alle onderzoeken kwam medische zorg als aandachtspunt naar voren, cliënten ervaren daarin een onvervulde behoefte. Het onderbelicht raken van de medische zorg kan een gevolg zijn van de nadruk die in de extramurale setting ligt op welzijn, huiselijkheid en sociale activiteiten, terwijl de intramurale setting inclusief medische zorg is.

De eindconclusie is dat zelfstandig of op zichzelf wonen, het hebben van een eigen voordeur, positief bijdraagt aan het welbevinden van mensen met een psychische beperking, maar dat de ervaren kwaliteit van leven niet samenhangt met maatschappelijke participatie, zoals meer sociale contacten met bijvoorbeeld burens. Het ervaren van kwaliteit van leven, lichamelijk en geestelijk functioneren, is een persoonlijke beleving. Een aanname bij die conclusie is dat persoonlijke competenties van grote invloed zijn op de ervaren kwaliteit, hier is nog nauwelijks onderzoek naar gedaan. Het gaat daarbij om een positieve instelling en zelfbeeld, een bepaalde mate van assertiviteit en aanvaarding van de situatie, en sociale vaardigheden om een netwerk te ontwikkelen en de kwaliteit van leven en tegelijkertijd het ervaren ervan te vergroten. Kanttekening hierbij is dat de overheid meer mogelijkheden geeft aan mensen met een beperking om zelfstandig in de samenleving te functioneren dan dat die mensen dat zelf ervaren.

5.2.2 Beleid

Vermaatschappelijking is een niet weg te denken onderdeel van onze samenleving, zo luidt de conclusie aan het eind van hoofdstuk 3. Er wordt verschillend gedacht over het nut en de noodzaak en zeker ook over de invulling van het begrip en het bijbehorende beleid.

Binnen overheidsbeleid moet vermaatschappelijking als *middel* leiden naar totstandkoming van een integraal en samenhangend voorzieningenaanbod en is het wettelijk ingekaderd door de AWBZ en de Wmo, waarin een grote rol is weggelegd voor de sociale omgeving. Enerzijds is vermaatschappelijking een reactie op nieuwe ideeën over wat de beste zorg voor mensen met langdurige beperkingen is (veranderde visie) en heeft de overheid door middel van veranderde en vernieuwde wetgeving daar op ingespeeld. Anderzijds is het nog steeds onderdeel van beleid voor kostenbeheersing in de zorg.

Het Trimbos instituut concludeert dat vermaatschappelijking een *proces* is, waarbij iemand vanuit een positie buiten het gewone maatschappelijke verkeer en buiten het alledaagse sociale leven weer deel kan nemen aan het maatschappelijk leven. Het proces duidt op een gezamenlijke, welbewuste inspanning van cliënten, professionals en de samenleving als geheel om plek te maken. Het doel van het proces is het mogelijk maken dat mensen met psychische beperkingen een zo normaal en volwaardig mogelijk leven kunnen leiden als burger in de samenleving.

Ester Rood concludeert dat vermaatschappelijking verworpen is tot een dogmatisch *doel* op zich, waarbij het oorspronkelijk doel, het bevorderen van het welbevinden van de mensen met beperkingen, uit het oog verloren dreigt te worden. Miriam van Reijen komt tot de

conclusie dat er om de bedoeling van vermaatschappelijking te duiden steeds meer woorden nodig zijn en begrippen eraan worden toegevoegd, het lijkt steeds meer op een *ideologie*.

Overkoepelend in de conclusies is het grote aandeel dat van de sociale omgeving gevraagd wordt om tot grotere participatie, integratie en acceptatie van mensen met beperkingen onder de noemer vermaatschappelijking te komen. Het sturen (en hopen) op een grotere aandeel van de informele steunstructuur in het totale voorzieningenaanbod zal, naar verwacht wordt, uiteindelijk leiden tot kostenbeheersing.

De grotere nadruk die is komen te liggen op de informele steunstructuur ten opzichte van de formele heeft geleid tot nieuwe initiatieven zoals maatschappelijke steunsystemen (MSS), kwartiermaken en vriendendiensten. Hierbij is voor de lokale overheid, de gemeenten een rol weggelegd als regievoerder en financier (soms ook een rol van de provincie).

5.2.3 Onderzoek

In hoofdstuk 4 zijn de onderzoeksresultaten uit recent onderzoek, naar de gevolgen van vermaatschappelijking voor mensen met een psychische beperking, beschreven in drie groepen. De conclusies die daaruit naar voren komen, worden hier op eenzelfde manier onderverdeeld in: *de cliënt, de zorg- en dienstverlening en de samenleving*.

Rood concludeert dat *de cliënt* graag wil deelnemen aan de samenleving, maar vaak daarbij een te hoge drempel ervaart. Een groot deel van de doelgroep bemerkt verharding van de samenleving en is bang afgewezen te worden om hun afwijkend gedrag. Cliënten vinden dat de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen, verbeterd is door vermaatschappelijking. Voor mensen met een zeer ernstige beperking is het vaak niet haalbaar om extramuraal te wonen en actief te participeren, vermaatschappelijking mag dus zeker niet verworden tot een plicht in plaats van een recht.

Koops en Kwekkeboom komen tot de conclusie, dat vermaatschappelijking idealiter inhoudt, dat de cliënt meer/nadrukkelijker betrokken wordt bij de ontwikkeling van beleid en voorzieningenaanbod, maar dat dit in de praktijk nog onvoldoende gebeurt. Tegen de verwachting van de zorgvrager én de zorgaanbieder in is de cliënt nog geen volwaardige gesprekspartner. De onderzoekers bepleiten een beter voorzieningenaanbod (meer beschermd en gestructureerd wonen midden in de gemeenschap), en ook zij bepleiten, dat er mogelijkheden moeten blijven bestaan voor korter of langer residentieel verblijf.

Kwekkeboom concludeert dat onder het proces van vermaatschappelijking voor de cliënt twee pijlers staan (zelfstandige huisvesting en de persoonlijk begeleider), die aandachtspunten moeten zijn voor beleid en onderzoek. Financiën zijn vaak een belemmering om deel te kunnen nemen aan de samenleving; vergoeding van werkzaamheden, al dan niet in een beschutte omgeving, moet ook een aandachtspunt zijn. Een vierde aandachtspunt is het uitbreiden, ondersteunen en begeleiden van het sociale netwerk van de cliënt, vanwege de grotere (wettelijke) verwachtingen die daaraan gesteld worden.

Alle onderzoekers trekken eenzelfde conclusie over eenzaamheid: de setting van wonen en het wel of niet hebben van veel netwerkcontacten lijkt niet uit te maken voor het ervaren van al dan niet eenzaam zijn door de cliënt.

De kwaliteit van de *zorg- en dienstverlening* is toegenomen, doordat er meer vraaggericht gedacht en gewerkt wordt, er naar wensen en behoeften op alle levensgebieden gekeken wordt, er gebruik gemaakt kan worden van een wijkgerichte benadering en doordat de medewerker meer zichtbaar is voor de cliënt. Medische zorg is een aandachtspunt. Gevolgen van vermaatschappelijking voor de medewerker zijn: andere competenties, andere visie (cliënt zien als burger en niet als behoeftige patiënt), breder takenpakket, kleiner team. Het verdient volgens de onderzoeker aanbeveling, dat leidinggevend de medewerker voldoende coaching, scholing en gelegenheid tot intervisie bieden. Het zorgvernieuingsproces van

vermaatschappelijking raakt de gehele organisatie en heeft dus ook gevolgen voor de ondersteunende diensten.

Hoewel kostenbeheersing een belangrijk motief was en is voor de overheid in het algemene beleid van vermaatschappelijking, is er tot nu toe nauwelijks onderzoek gedaan naar de financiële gevolgen wat betreft de doelgroep.

De cultuur van een organisatie verandert als gevolg van vermaatschappelijking; decentralisatie en grotere zelfstandigheid van de medewerkers vragen om verbindend leiderschap. Er is nog te weinig samenwerking tussen organisaties die voorzieningen voor de verschillende levensgebieden leveren. Cultuurverschillen spelen een rol en ook de strikte scheiding van geldstromen. De overheid heeft een dubbelrol (beleid van marktwerking (concurrentie) én stimuleren van samenwerking) die voor onduidelijkheid zorgt. Specifiek voor de ggz is er het voorstel om een categorale instelling, aanbod van wonen, zorg en werk, te ontwikkelen met een bemiddelende rol naar andere organisaties.

Samenwerking tussen zorg-, welzijnsinstellingen en woningcorporaties moet gestimuleerd worden. Ze zouden meer gebruik moeten maken van elkaars sterke kanten en expertise. Dit geldt ook voor de gemeente in de rol van regisseur. Aandachtspunten zijn: wet- en regelgeving, de subsidierelatie tussen de gemeente en welzijnsinstellingen, het regionaal werken van zorginstellingen en gebrek aan kennis en menskracht bij gemeenten.

Over *de samenleving* concludeert Rood, dat de integratie en participatie van mensen met een psychische beperking grotendeels afhangt van de acceptatie door die samenleving, maar dat die er niet erg ontvankelijk voor is. Zij stelt als voorwaarden voor maatschappelijke deelname: empowerment en ondersteuning (bij wonen, werk en dagbesteding), betere afstemming met voorzieningen in de wijk en investeren in beeldvorming over mensen met een psychische beperking (voorlichting en onderwijs). De directe omgeving van de doelgroep is door vermaatschappelijking uitgebreid, de informele steunstructuur speelt een grotere rol. Mantelzorgers en vrijwilligers worden nog onvoldoende ondersteund en gewaardeerd, ook hier heeft de overheid weer een dubbelrol: arbeidsparticipatie door iedereen propageren én de burger aanspreken op diens verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning. Overbelasting van de informele steunstructuur ligt op de loer en zou kunnen leiden tot meer aanspraak op het professionele systeem, wat niet wenselijk is. Aanbeveling verdient het om mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen, te faciliteren en te waarderen, met de gemeente in de rol van makelaar tussen klus en vrijwilliger.

Wijkbewoners zonder beperking voelen zich niet op hun gemak bij mensen met een beperking, op papier is er een breed draagvlak, maar in de praktijk is er van echte integratie geen sprake. Om dit te verbeteren is het belangrijk om, bij het opzetten van kleinschalige woonvormen, er vroegtijdig rekening mee te houden of de wijk voldoende voorzieningen heeft die toegankelijk zijn. Ook is het zaak om actief te werken aan acceptatie, door het zoeken en leggen van contacten met de directe omwonenden. Welzijnswerk kan hier een grote rol in spelen.

5.3 Bevindingen

De conclusies die voortkomen uit het (literatuur)onderzoek zijn talrijk, dit was ook wel te verwachten bij een complex begrip als vermaatschappelijking. Ik onderschrijf die conclusies grotendeels en zal er zelf nog enige toevoegen in het tweede gedeelte van deze paragraaf.

Vanuit een holistische visie op de mens kan ik onderschrijven en toejuichen, dat er binnen de zorg gekeken wordt naar een totaalbeeld van wat mensen met psychische beperkingen nodig hebben om een betere kwaliteit van leven te ervaren. Autonomie als na te streven waarde ondersteun ik, maar ik vind dat er erkend mag worden dat volledige autonomie soms niet haalbaar is en dat de nodige ondersteuning dan geboden moet worden.

Het onderzoek doen voor deze scriptie heeft mij als inzicht opgeleverd, dat er al veel initiatieven zijn om de zorg te verbeteren en daarmee de kwaliteit van leven, maar dat ze nog lang niet altijd bij de doelgroep terecht komen of als zodanig ervaren worden.

De missie van het maatschappelijk werk, zoals die in het *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker* (2008) omschreven wordt: bevorderen dat mensen in onze samenleving tot hun recht komen, als mens en als burger, strookt volgens mij volledig met het doel van vermaatschappelijking, zoals de overheid voor ogen staat: het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen met een beperking. Het doel van vermaatschappelijking is, ondanks alle goede bedoelingen van de betrokkenen, nog niet bereikt. Of dit ooit helemaal zal gebeuren is maar zeer de vraag, gezien het beleid van bevorderen en stimuleren van maatschappelijke deelname, zoals gevoerd door de overheid. Dit leidt wel tot grotere deelname, echter, uit alle onderzoeken is gebleken dat er slechts een beperkte relatie is tussen de mate van die maatschappelijke deelname en de ervaren kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven, het gevoel gelukkig te zijn, is veel meer afhankelijk van de kwaliteit van die deelname en ook van persoonskenmerken.

Financiële motieven zijn vaak onderwerp van de agenda als het gaat om vermaatschappelijking. Het is nog maar de vraag of dit terecht is, want het is helemaal nog niet zo zeker dat het uiteindelijk kostenbesparend werkt. Uiteraard moet een zorgstelsel betaalbaar blijven, maar als het gaat om de zorg voor en ondersteuning van kwetsbare mensen vind ik dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen. De bureaucratie en het uitgebreide ambtenarenbestel zijn mijns inziens betere bezuinigingsposten, en marktwerking binnen de zorg leidt tot oneigenlijke concurrentie met waarschijnlijk juist kostenverhoging tot gevolg.

Als ik naar de conclusies van de verschillende onderzoekers kijk, zoals ze in de vorige paragraaf zijn samengevat, dan valt me op het niet zo zeer ontbreekt aan initiatieven, maar dat er onvoldoende onderzocht en gevraagd wordt hoe de ontvangende partij dit ervaart. Het proces van vermaatschappelijking is veelal eenrichtingsverkeer, van breed naar smal: van landelijke overheid naar lokale overheid, van instellingen naar cliënten en medewerkers, van gemeente naar wijken en buurtbewoners. Wat geboden wordt en waar behoefte aan is past bepaald niet naadloos in elkaar. Dit geldt voor alle niveaus. Op macroniveau biedt de overheid meer voorzieningen en mogelijkheden aan mensen met een beperking om zelfstandig in de samenleving te functioneren dan dat die mensen dat zelf ervaren. Hier wordt dus langs elkaar heen gewerkt, wat kan leiden tot het ongebruikt laten van voorzieningen en uiteindelijk tot geldverspilling. De instellingen en organisaties, mesoniveau, bieden hun cliënten en medewerkers niet waar zij behoefte aan hebben. De hulpverleners en de sociale omgeving schieten op microniveau tekort in wat zij de cliënt kunnen of willen bieden.

Verder valt op dat er, ondanks de onderzoeken tot nu toe, nog veel onbekend is over de gevolgen van vermaatschappelijking op diverse aspecten. Het gaat dan bijvoorbeeld om het van invloed zijn van persoonlijke competenties van de doelgroep op de ervaren kwaliteit van leven. Ook zijn de financiële gevolgen nog nauwelijks in kaart gebracht en onderzocht. Het belang van het sociale netwerk wordt steeds groter, maar hoe dit uit te breiden en te onderhouden is ook nog onderbelicht gebleven.

Een ander opvallend punt is dat het bieden van een samenhangend aanbod van voorzieningen, voorwaarde voor vermaatschappelijking, wordt belemmerd door onvoldoende en haperende samenwerking tussen de betrokken partijen (zorg- en welzijnsinstellingen, woningcorporaties en gemeenten).

5.4 Aanbevelingen

Ik wil aanbevelen om het vermaatschappelijkingsproces aan te sturen vanaf de andere kant dan tot nu toe meestal gebeurt. Ik sluit hiermee aan bij de aanbevelingen die Kal, Kwekkeboom en Rood op dit punt doen. Kal doet dat door vermaatschappelijk te definiëren als: ‘sociale uitsluiting tegen te gaan en deelname aan het maatschappelijk verkeer te bevorderen op een door de betrokkene gewenste en voor hen passende wijze’. Kwekkeboom pleit ervoor om de rol van de samenleving, het sociale netwerk van de cliënt, in de ondersteuning en begeleiding meer te onderzoeken en stimuleren. Rood tenslotte stelt dat er van echte integratie geen sprake is bij gebrek aan draagvlak voor de praktijk en het is haar aanbeveling om hier vroegtijdig rekening mee te houden bij het opzetten van kleinschalige woonvormen en om actief aan de acceptatie te werken in de wijk. Dus zorgen voor betere matching vanuit de wijk, voordat er een voorziening in gerealiseerd wordt en kwartiermaken in de breedste zin van het woord: mensen zonder beperking voorlichten en ontvankelijk maken voor mensen met een beperking. Vriendendiensten en maatjesprojecten zijn al goede initiatieven, die moeten verruimd worden en het kwartiermaken moet overal ingepast worden in het welzijnswerk. Ook op instellingsniveau moet gekeken worden waar bottom up behoefte aan is. Scholing, coaching en intervisie zijn daarbij sleutelwoorden.

Een tweede aanbeveling betreft het doen van meer onderzoek, ook in deze volg ik de onderzoekers die daar unaniem voor pleiten. Het gaat onder andere om onderzoek naar financiële gevolgen en naar de invloed van persoonlijke competenties van de doelgroep. Ook moet de rol van de overheid, met name de gemeente, onderzocht worden. Het beleid is niet helder waar het gaat over geldstromen, belangen en signalen die afgegeven worden aan de samenleving. De Wmo geeft de gemeente een belangrijke rol in het hele zorgvernieuwingproces, het vermaatschappelijken van de zorg. Deze wet is nu twee jaar operationeel en moet geëvalueerd en waar nodig bijgesteld worden.

Door de extramuralisering van de zorg dreigt de medische zorg onderbelicht te raken bij de doelgroep in kleinschalige woonvormen, zo hebben diverse onderzoeken uitgewezen. Mijn aanbeveling is om hier expliciet aandacht aan te schenken binnen de hulpverlening.

Speciale vermelding verdient de aanbeveling voor de medewerkers (en daarbij de instelling) om actief te werken aan empowerment van de cliënt en die ondersteuning te bieden die de cliënt echt nodig heeft. Een uitkomst van onderzoek was immers dat de persoonlijk begeleider een van de pijlers is waarop het vermaatschappelijkingsproces voor de cliënt steunt en dat hij een ander soort ondersteuning verwacht, namelijk meer emotionele ondersteuning en ‘leuke dingen doen’. Dit vraagt van de hulpverlening om met de cliënt actief te werken aan: de persoonlijke competenties, positieve instelling en zelfbeeld, een bepaalde mate van assertiviteit en aanvaarding van de situatie, en sociale vaardigheden om een netwerk te ontwikkelen. Zo zal de kwaliteit van leven en het ervaren ervan voor mensen met een psychische beperking in kleinschalige woonvormen vergroot worden.

BRONNEN

LITERATUUR

- Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie*. 3^e druk. Amsterdam: Boom
- Carbo, C. (2005). 'Kwartiermaken: een zaak van lange adem'. *Deviant*. Platform GGZ Amsterdam
- Carbo, C. (2008). 'Eigen voordeur maakt wel gelukkig'. *Markant*. VGN Utrecht
- Foudraine, J. (1971) *Wie is van hout?* Bilthoven: Ambo
- Jagt, N. (2008). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*. 2^e druk. Utrecht: NVMW
- Kal, D. (2002). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. 2^e druk. Amsterdam: Boom
- Kensey, K. (1962). *One flew over the cuckoo's nest*. London: Marion Boyars Publishers
- RIBW Zwolle e.o. *Participeren in een veranderende omgeving*. Beleidsplan 2008-2011
- Rood, E. (2008). *Vermaatschappelijking van de zorg: geluk(t) voor iedereen?* Barneveld: BDU Grafisch Bedrijf

INTERNET

Publicaties:

- Koops, H. & Kwekkeboom, M.H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg*.
http://www.scp.nl/publicaties/boeken/9037702147/Vermaatschappelijking_in_de_zorg.pdf (augustus 2005)
- Kwekkeboom, M.H. (Red.) (2006). *Een eigen huis....*
http://www.scp.nl/publicaties/boeken/9037702465/Een_eigen_huis.pdf (januari 2006)
- Kwekkeboom, M.H. & van Weert, C.M.C. (2008). *Meedoen en gelukkig zijn*.
<http://www.scp.nl/publicaties/boeken/9789037703696/Meedoen%20en%20gelukkig%20zijn.pdf> (augustus 2008)
- Nicis Institute (2009). 'Onder de mensen?'
<http://www.nicis.nl/kenniscentrum/binaries/webwinkel/bulk/pdfs/pdf-onder-de-mensen.pdf> (januari 2009)
- Reijen, M. van (2007). *Met de beste bedoelingen*.
<http://www.avans.nl/Docs/lectoren/Vermaatschappelijking/Pdf/7481%20met%20de%20beste%20bedoelingen.pdf> (juni 2007)
- RGOC (2007). *UTOPIA*.
<http://www.rgoc.nl/files/publicaties/pdf/utopia.pdf> (geraadpleegd maart, april en mei 2009)
- RGOC (2008). *Zorgeloos wonen in Groningen?*
<http://www.rgoc.nl/files/symposia/pdf/2008%20Sytema%20%20Zorgeloos%20wonen%20in%20Groningen.pdf> (geraadpleegd maart, april, mei 2009)
- Trimbos instituut (2004). *Naar een maatschappelijk steunsysteem in de subregio Woerden / Maarssen*. <http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/AU0265.pdf> (juni 2004)

Websites:

- www.avans.nl (geraadpleegd 15 april 2009)
- www.GGznederland.nl (geraadpleegd 31 maart 2009)
- www.presentie.nl (geraadpleegd 25 april 2009)
- www.rgoc.nl (geraadpleegd 24 april 2009)
- www.rivm.nl (geraadpleegd 24 april 2009)
- www.scp.nl (geraadpleegd maart en april 2009)

Webpagina's:

<http://www.antenna.nl/nvmp/030205.htm> (geraadpleegd 23 maart 2009)
<http://www.canonsociaalwerk.nl/wieisvanhout/index.html> (geraadpleegd 25 maart 2009)
http://www.GGzconsult.com/shw_art.php?id=305 (geraadpleegd 30 maart 2009)
<http://www.GGznederland.nl/index.php?p=115273> (geraadpleegd 30 maart 2009)
http://www.GGzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=689&richtlijn_id=62 (geraadpleegd 2 april 2009)
<http://www.hetoudegesticht.com/2008/02/06/historie-van-de-psychiatrie/> (geraadpleegd 23 maart 2009)
<http://www.kenniscentrumrehabilitatie.nl/rehabilitatie/rehabilitatie.htm> (geraadpleegd 2 april 2009)
http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/bijeenkomsten/projectimpuls_april08_verslag3 (geraadpleegd 5 februari 2009)
<http://www.kwartiermaken.nl/pdf/doortjelekenpraatje.pdf> (geraadpleegd 24 april 2009)
<http://www.loketgezondleven.nl/i-database/interventies/m/8009/> (geraadpleegd 24 april 2009)
<http://www.mezzo.nl/index.php?p=402> (geraadpleegd 25 april 2009)
<http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/default.asp> (geraadpleegd maart, april en mei 2009)
http://www.ribwalliantie.nl/default.asp?p=visie&m=menu_Visie (geraadpleegd 2 april 2009)
<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/levensgebieden.htm> (geraadpleegd 2 april 2009)
<http://www.tijdschriftdeviant.nl/teksten/Debatten7.pdf> (geraadpleegd 30 maart 2009)
<http://www.trimbos.nl/default20392.html> (geraadpleegd 15 april 2009)
<http://www.trimbospreventie.nl/?themeID=32> (geraadpleegd 15 april 2009)
<http://www.zwolle.nl/cms/cms.nsf/AllByUNID/96F08A744F8D1077C12572D400342383> (geraadpleegd 24 april 2009)
<http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/2398-geschiedenis-van-de-psychiatrie.html> (geraadpleegd 23 maart 2009)
http://nl.wikipedia.org/wiki/Geschiedenis_van_de_psychiatrie (geraadpleegd 23 maart 2009)
http://nl.wikipedia.org/wiki/Piramide_van_Maslow (geraadpleegd 2 april 2009)

INTERVIEW

RIBW IJssel-Vecht

Mevrouw M. Suidgeest, projectleider *Kwartiermakers*