**‘Diep in het hart van de mens ligt de drang verscholen**

**naar volkomenheid**

**door contacten met de ander’**

( Martin Buber, 1923)

COLOFON

**Opdrachtgever**

Welzijn Veenendaal

Begeleiding: drs.I.Niemans

**Studenten**

Esther Dumas- Schouten

Mirjam Klein Swormink- Abelmann

**Hogeschool**

Christelijke Hogeschool te Ede

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Afstudeerbegeleider: drs. J. de Jong

Medebeoordelaar: H. de Rijke

**Inhoudsopgave**

[Samenvatting 1](#_Toc293619404)

[Voorwoord 3](#_Toc293619405)

[1. Aanleiding en opzet van het onderzoek 5](#_Toc293619406)

[1.1 Achtergrond en probleembeschrijving 5](#_Toc293619407)

[1.2 De vraagstelling 6](#_Toc293619408)

[1.3 Doelstellingen onderzoek 6](#_Toc293619409)

[1.4 Werkwijze en onderzoeksmethoden 7](#_Toc293619410)

[1.4.1 Quickscan van de beschikbare documentatie en literatuur 8](#_Toc293619411)

[1.4.2 Interview 8](#_Toc293619412)

[1.4.3 Enquêtes 9](#_Toc293619413)

[2. Quickscan van de beschikbare documentatie en literatuur 11](#_Toc293619414)

[2.1 Maatschappelijke participatie van kwetsbare burgers in het verleden 11](#_Toc293619415)

[2.2 Invloed wet- en regelgeving op de huidige samenwerking tussen Zorg en Welzijn 14](#_Toc293619416)

[2.3 Oorzaken van actualiteit doorverwijzingen naar welzijnsorganisaties 16](#_Toc293619417)

[3. Het project ‘Wijk en Psychiatrie’ 18](#_Toc293619418)

[3.1 Projectomschrijving 18](#_Toc293619419)

[3.2 Kenmerken van de Wijk 19](#_Toc293619420)

[3.3 Het doel van het project 19](#_Toc293619421)

[3.4 Welke doelgroep wil men bedienen 19](#_Toc293619422)

[3.5 Hoe en welke activiteiten worden er geboden 20](#_Toc293619423)

[4. Resultaten 21](#_Toc293619424)

[4.1 Enquêtes 21](#_Toc293619425)

[4.1.1 Inventarisatie van de betrokken organisaties en instellingen 21](#_Toc293619426)

[4.1.2 Inventarisatie van het aantal in aanmerking komende cliënten 23](#_Toc293619427)

[4.1.3 Inventarisatie van de behoeften 25](#_Toc293619428)

[4.1.4 Kwaliteitskenmerken 30](#_Toc293619429)

[4.2 Interviews 32](#_Toc293619430)

[5. Conclusies 36](#_Toc293619431)

[5.1 Wat zijn de oorzaken dat verwijzingen door de hulpverleners en maatschappelijke organisaties, in de wijk het ’Franse Gat’, naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’ niet tot stand komen? 36](#_Toc293619432)

[5.2 Quickscan van de beschikbare documentatie en literatuur 37](#_Toc293619433)

[5.2.1 Hoe werd de maatschappelijke participatie van psychisch kwetsbare mensen in het verleden geborgd? 37](#_Toc293619434)

[5.2.2 Welke invloed heeft wet- en regelgeving op de huidige samenwerking tussen zorg en welzijn? 37](#_Toc293619435)

[5.2.3 Hoe komt het dat doorverwijzing naar welzijnsorganisaties een actueel probleem betreft? 37](#_Toc293619436)

[5.3 Het project ‘Wijk en Psychiatrie’ 37](#_Toc293619437)

[5.4 Wat zijn belemmerende factoren voor doorverwijzing naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’? 38](#_Toc293619438)

[5.5 Hoe ervaren welzijnsorganisaties in andere steden de samenwerking met hulpverleningsorganisaties? 38](#_Toc293619439)

[6. Aanbevelingen 39](#_Toc293619440)

[6.1 Op cliëntniveau 39](#_Toc293619441)

[6.2 Op instellingsniveau 39](#_Toc293619442)

[6.3 De toekomst 40](#_Toc293619443)

[7 Evaluatie en reflectie 42](#_Toc293619444)

[7.1 Onderzoeksproces 42](#_Toc293619445)

[7.2 Onderzoeksproduct 42](#_Toc293619446)

[8. Bronnenlijst 44](#_Toc293619447)

[9. Verklarende woordenlijst 46](#_Toc293619448)

[10. Bijlagen 47](#_Toc293619449)

[Bijlage A 47](#_Toc293619450)

[Schriftelijke enquête 47](#_Toc293619451)

[Bijlage B 52](#_Toc293619452)

[Online enquête. 52](#_Toc293619453)

# Samenvatting

In dit onderzoeksverslag staat het project ‘Wijk en Psychiatrie’ van ‘Welzijn Veenendaal’ centraal.

Het project heeft tot doel de participatie van de burger met psychiatrische problematiek in de wijk

 ‘ het Franse Gat’ te Veenendaal te bevorderen.

Het vermaatschappelijken van de zorg en de bezuinigingen door verschillende overheden vraagt om initiatieven speciaal voor de kwetsbare burger. Het project ‘Wijk en Psychiatrie’ van ‘Welzijn Veenendaal’ sluit aan bij deze ontwikkelingen.

Voor het zo goed mogelijk functioneren van het project is er bij de start gekozen voor de push en pull methode. Dit verloopt echter nog niet naar wens. Verwijzingen door zorginstellingen en maatschappelijke organisaties naar het project ( push- deel) vinden veel minder plaats dan bij de start was verwacht. Hierdoor kan de consulent het beoogde pull- deel niet toepassen.

Het uitblijven van de doorverwijzingen roept vraagtekens op bij de betrokkenen van het project.

Het doel van dit onderzoek is om helder te krijgen wat oorzaken zijn dat verwijzingen naar het project niet of nauwelijks plaats vinden. Dit is op verschillende niveaus onderzocht. Er is gekeken wat de medewerkers van instellingen en maatschappelijke organisaties vinden dat de beoogde deelnemer nodig heeft om aan het project deel te kunnen nemen. Er is onderzocht wat medewerkers van zorginstellingen en maatschappelijke organisaties nodig hebben of als belemmering ervaren ten aanzien van een actief verwijsbeleid. Tevens op welke manier de organisaties een verbinding hebben met het project. Er is onderzocht of welzijnsorganisaties in andere steden het probleem van doorverwijzen herkennen. En er is onderzocht hoe participatie in het verleden was geborgd, welke invloed wet- en regelgeving heeft en wat maakt dat dit een actueel probleem betreft.

Dit onderzoek heeft met gebruikmaking van verschillende onderzoeksmethodes plaatsgevonden. Er is een enquête uitgegaan naar alle zorginstellingen en maatschappelijke organisaties die direct of indirect betrokken zijn bij de kwetsbare burger in de wijk het Franse Gat. Er hebben een drietal interviews plaats gevonden met medewerkers van welzijnsorganisaties in andere steden. En er heeft ter onderbouwing een quickscan van de beschikbare literatuur plaatsgevonden.

Wijziging in de financiering van AWBZ naar Wmo (van centrale overheid naar gemeentelijke overheid) en tegelijkertijd een forse bezuiniging maken dat de noodzaak tot samenwerking tussen zorg en welzijn groot is.

Door de bezuiniging komt namelijk lichtere problematiek niet meer in aanmerking voor vergoeding en activerende begeleiding is in zijn geheel verdwenen.

Samenwerking blijkt in de praktijk niet zo eenvoudig. Vanuit de zorg worden tijdgebrek en een onduidelijk aanbod van activiteiten als hindernissen genoemd om adequaat cliënten te verwijzen (pushen). Vanuit welzijn wordt gedacht dat de zorg te beschermend is en is het nog niet gelukt de deur aantrekkelijk genoeg open te zetten.

In het onderzoeksverslag staat het project in hoofdstuk 3 verder uitgeschreven. In hoofdstuk 4 staan de resultaten van het onderzoek. Op grond van de conclusies, beschreven in hoofdstuk 5 zijn een aantal aanbevelingen geschreven. De aanbevelingen staan opgetekend in hoofdstuk 6. De aanbevelingen zijn verdeeld in aanbevelingen gericht op de cliënt, gericht op de samenwerking met instellingen en organisaties en aanbevelingen en mijmeringen over de toekomst.

# Voorwoord

Wij, de onderzoekers, zijn beiden werkzaam als hulpverlener van kwetsbare burgers. Wij merken dat wij steeds minder tijd hebben/ krijgen om aandacht te besteden aan het welzijn van onze cliënten. Ook betreft het niet ons primaire aandachtsgebied. Door de wijzigingen in de AWBZ is de taak van de hulpverlening binnen de functie begeleiding individueel verschraald naar individuele begeleiding die met name gericht is op het zelfstandig wonen. Participatie is een klein onderdeel en heeft niet de hoogste prioriteit in de begeleiding, daarom komt deze soms niet voldoende onder de aandacht.

We vinden een nauw samenwerkingsverband met welzijnsorganisaties van belang. Maar hoe komt deze samenwerking tot stand, hoe is deze samenwerking georganiseerd, waar kunnen medewerkers van MEE cliënten naar doorverwijzen?

Met deze vragen in ons achterhoofd zijn wij aan het werk gegaan met het beantwoorden van de onderzoeksvraag,” Wat zijn de oorzaken dat verwijzingen door de hulpverleners en maatschappelijke organisaties minder dan verwacht tot stand komen?” voorgesteld door de consulent, Ingrid Niemans, van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ van ‘Welzijn Veenendaal’.

We hebben ons titelblad door Bas laten maken, een grafische ontwerper in opleiding. We hebben hem gevraagd een titelblad te maken waarin de titel van het project is geïntegreerd.

Bas heeft hiervoor een foto gebruikt van de start van het project in buurtcentrum de Geut.

In verband met de privacy is niet gekozen voor een foto met cliënten.

In onze colofon verwijzen wij naar een citaat van filosoof Martin Buber uit zijn boek `Ik en Gij` (1924). We hebben voor dit citaat gekozen omdat wij vinden dat het aansluit bij de visie van het project`Wijk en Psychiatrie`. Het geeft kort weer dat het zinvol is om elkaar te ontmoeten, dat het een meerwaarde is voor de mens.

Allereerst willen wij de deelnemers aan de netwerkbijeenkomsten, de medewerkers van maatschappelijke organisaties en zorginstellingen en medewerkers van Welzijnsorganisaties bedanken voor het invullen van de aangeboden enquête en de afgenomen interviews.

Daarnaast onze dank aan Ingrid Niemans en Martien de Graaf voor de input die noodzakelijk was om een goed beeld van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ te krijgen. We kunnen wel zeggen dat aan informatie geen gebrek is geweest. Zonder al deze input zou het onderzoek geen inhoud hebben gekregen.

Ook willen we graag bedanken: Chris Stroo voor zijn motivering bij het plan van aanpak en Jaap de Jong voor zijn ondersteuning bij vooral het proces, maar zeker ook voor zijn inhoudelijke aanbevelingen.

Onze gezinnen, bedankt……

Milka, bedankt voor de correcties. Je maakte het verschil.

Ouders voor de morele support.

Bas, grafisch vormgever in opleiding voor de titelpagina.

Dank jullie wel!

# 1. Aanleiding en opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk gaan we in op de aanleiding van het onderzoek, de vraagstelling en de door ons gehanteerde onderzoeksmethoden.

## 1.1 Achtergrond en probleembeschrijving

Op 16 februari 2010 is er door stichting ‘Welzijn Veenendaal’ in samenwerking met de stichting ‘Als Jij en Ik’ een pilot gestart; het project ‘Wijk en Psychiatrie’.

Dit project ‘Wijk en Psychiatrie’ in Veenendaal wil de maatschappelijke aansluiting bevorderen van mensen met langdurige psychische problemen. Men richt zich op bewoners van de wijk het ‘Franse Gat’ in Veenendaal, die door hun psychische kwetsbaarheid in een isolement zitten of dreigen te geraken.

Om aansluiting van mensen met langdurige psychische problemen te bevorderen wordt op meerdere sporen tegelijk gewerkt: instellingen worden uitgenodigd om met meer afstemming en uitwisseling te komen, hulpverleners, die in de wijk actief zijn, krijgen informatie over het project en er wordt met hen gekeken hoe zij ook voor kwetsbare burgers een fijne plek kunnen realiseren. ‘Wijk en Psychiatrie’ richt zich ook op meer buurtgerichte samenwerking tussen zorg en welzijn.

Tevens heeft het project tot doel de beeldvorming over mensen met psychische problemen in de wijk te nuanceren en te bevorderen.

Er is in het kader van het project voor 2 jaar een consulente, Ingrid Niemans, aangesteld door ‘Welzijn Veenendaal’, vanuit de stichting ‘Als Jij en Ik’ is Martien de Graaf betrokken bij het project.

De doorverwijzing naar het project is bij start als volgt georganiseerd:

* Van (potentiële) deelnemers in de wijk krijgt de consulente via verwijzing, na instemming, het adres.
* De consulente gaat op huisbezoek, maakt kennis, informeert naar wensen ten aanzien van activiteiten en informeert naar eventuele bijzonderheden om rekening mee te houden.
* Door deze push en pull methode komen mensen bij activiteiten in de wijk terecht.

Deze verwijzingen komen echter niet tot stand. Er heeft geen enkel huisbezoek plaatsgevonden.

Er zijn daarom nieuwe activiteiten gestart speciaal voor de psychisch kwetsbare burger. Dit in de hoop dat het tot een makkelijkere verwijzing leidt door hulpverleners, omdat het een concreet aanbod betreft.

De consulente van het project geeft aan dat er inmiddels deelnemers zijn voor de geboden activiteiten en er hebben ook een paar verwijzingen plaats gevonden. Maar nog veel te weinig gezien de groepsgrootte van 70 kandidaten waar het project in een tussenevaluatie naar de gemeente van uitgaat. Onduidelijk is hoe dit komt.

Wij, de onderzoekers, zijn momenteel beide werkzaam als hulpverlener van psychisch kwetsbare cliënten. Wij herkennen ons in het profiel van de potentiële doorverwijzer van cliënten naar het welzijnswerk, zoals beschreven in het project ‘Wijk en Psychiatrie’. Er vinden echter geen of bijna geen doorverwijzingen plaats. Wel zien wij de noodzaak van de doorverwijzingen. Mogelijk dat door verschillende veranderingen in wet- en regelgeving er voor de hulpverlener geen tijd meer is om aandacht te geven aan de maatschappelijke participatie in eigen leefomgeving van de cliënt.

Met ons onderzoek beïnvloeden wij op microniveau de maatschappelijke participatie in eigen leefomgeving van de psychisch kwetsbare burger in de wijk het ‘Franse Gat’. Wanneer er sprake is van een succesvol verwijsbeleid dan kan de kwetsbare burger succesvol aansluiten bij de geboden activiteiten. De burger komt uit zijn isolement. Op macroniveau kijken wij of de structuur van samenwerking tussen welzijnsorganisaties en zorginstellingen worden herkend in andere steden.

Onze focus zal echter liggen op het mesoniveau door ons te richten op de oorzaak van het uitblijven van verwijzingen naar het project van Welzijn Veenendaal. Wat ligt aan het uitblijven ten grondslag? Wat is nodig voor een succesvolle doorverwijzing?

## 1.2 De vraagstelling

In ons onderzoek staat de volgende verklarende **onderzoeksvraag** centraal;

***Wat zijn de oorzaken dat verwijzingen door de hulpverleners en maatschappelijke organisaties, in de wijk het ’Franse Gat’, naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’ niet tot stand komen?***

Aan de hoofdvraag zijn een aantal deelvragen gekoppeld die wij door middel van praktijkonderzoek en een quickscan van de beschikbare literatuur willen beantwoorden.

1. Quickscan van de beschikbare literatuur en documentatie.
* Hoe werd de maatschappelijke participatie van psychisch kwetsbare mensen in het verleden geborgd?
* Welke invloed heeft wet- en regelgeving op de huidige samenwerking tussen zorg en welzijn?
* Hoe komt het dat doorverwijzing naar welzijnsorganisaties een actueel probleem betreft?
1. Het project ‘Wijk en Psychiatrie’
* Wat is de projectbeschrijving?
* Wat is het doel van het project?
* Welke doelgroep wil men bedienen?
* Hoe en welke activiteiten biedt men aan?
1. Wat zijn belemmerende factoren voor doorverwijzing naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’?
2. Hoe ervaren welzijnsorganisaties in andere steden de samenwerking met hulpverleningsorganisaties?
3. Wat zijn aanbevelingen om tot een succesvolle verwijspraktijk te komen?

## 1.3 Doelstellingen onderzoek

*Opdrachtgever.*

De consulente van het project ‘Wijk en Psychiatrie´ heeft inzicht in wat belemmeringen zijn voor hulpverleners om tot het verwijzen naar het project over te gaan.

De consulente beschikt over aanbevelingen welke zij in haar dagelijkse praktijk in kan zetten, zodat verwijzingen plaatsvinden. Er is een constructieve samenwerking met de hulverlening en maatschappelijke organisaties.

*Minor verantwoording.*

Daarnaast zien we een duidelijke relatie met de, door ons gekozen, minor toegepast psychologie.

We hebben gekeken naar hoe integratie van mensen met een psychische problematiek, momenteel gestalte krijgt in het project ‘Wijk en Psychiatrie’.

Het project heeft een duidelijk voorbeeld functie van hoe het zou kunnen werken in de maatschappij. Het onderzoek heeft tot doel dat psychisch kwetsbare mensen, waaronder mensen met een diagnose uit de DSM IV, niet in een isolement geraken of juist uit hun isolement komen.

Binnen de minor toegepaste psychologie is aandacht geweest voor juist deze groep mensen.

Tevens heeft het project tot doel de beeldvorming in de wijk te nuanceren en bevorderen.

Om echter de bewuste doelgroep psychisch kwetsbare burgers toe te leiden naar dit project is het nodig om alle randvoorwaarden in beeld te krijgen.

*Doelen.*

Het in kaart brengen van zowel de belemmeringen als dat wat nodig is om tot doorverwijzing te komen, heeft het volgende, beoogd resultaat:

* Hulpverleners en maatschappelijke organisaties verwijzen hun cliënten door naar voor hen passende activiteiten.
* Het wordt duidelijk welke toerusting cliënten behoeven om tot deelname over te gaan.
* Cliënten worden gestimuleerd uit hun isolement te komen waarin zij zitten of dreigen te geraken.
* We hebben zicht op hoe de verlegenheidsituatie door andere welzijnsorganisaties wordt ervaren.
* Het project bereikt veel sociaal kwetsbare burgers.
* Er vindt een verandering plaats in de beeldvorming van psychisch kwetsbare mensen in de wijk het Franse Gat.
* De pilot krijgt voortgang en breidt zich uit naar andere welzijnsorganisaties.

## 1.4 Werkwijze en onderzoeksmethoden

Om de hoofdvraag en deelvragen zo adequaat mogelijk te beantwoorden maken we gebruik van verschillende onderzoeksmethoden.

* Een kwalitatief onderzoek door middel van een papieren en digitale enquête.
* Een kwalitatief onderzoek door mondelinge dataverzameling, hierbij hebben we gekozen voor een telefonisch interview.
* Een kwalitatief explorerend onderzoek door het raadplegen van literatuur.

### 1.4.1 Quickscan van de beschikbare documentatie en literatuur

Door middel van een quickscan hebben we de drie literatuurvragen beantwoord die opgetekend staan bij 1.2 deelvraag 1.

Eén van de doelstellingen van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ betreft de participatie van de kwetsbare burger. In hoofdstuk 2.1 beschrijven we hoe de participatie van mensen met psychiatrische problematiek in het verleden werd geborgd. Deze weergave komt voort uit het raadplegen van verschillende boeken met psychiatrie als onderwerp, internetsites over de geschiedenis van de psychiatrie en beleidsdocumenten met informatie over de ontwikkeling van participatie.

Om onze hoofdvraag; ”Wat zijn de oorzaken dat verwijzingen niet tot stand komen” te beantwoorden hebben we een quickscan in de beschikbare documentatie en literatuur gedaan naar wat mogelijke wettelijke invloeden zijn en hoe het komt dat het een actualiteit betreft.

We hebben ons ter beantwoording van de vragen gericht op recente literatuur op internet en op verslaglegging en rapporten van de verschillende overheden. Ook hebben we er voor gekozen een bezuinigingsvoorstel ten aanzien van de AWBZ, welke voor de komende jaren is opgesteld, mee te nemen in ons onderzoeksverslag. Deze bezuinigingen benadrukken de actualiteit van de vraagstellingen. In hoofdstuk 2.2 en hoofdstuk 2.3 staat door middel van een quickscan gevonden literatuur weergegeven.

### 1.4.2 Interview

Voor het beantwoorden van deelvraag 4, “Hoe ervaren andere welzijnsorganisaties de samenwerking met zorginstellingen” hebben we gekozen voor het houden van gedeeltelijk gestructureerde interviews. De interviews hebben we telefonisch gehouden omdat we op die manier de respondenten spreken op een moment dat hen het beste uitkomt en zo de respons vergroten.

We beschrijven in deze paragraaf welke organisatie we hebben gekozen en waarom, daarnaast geven we weer welke vragen zijn gesteld.

*De interviews*

We hebben door de interviews met 3 welzijnsorganisaties zicht willen krijgen hoe de samenwerking tussen welzijnsorganisaties en zorginstellingen door de geïnterviewden wordt ervaren. Ook is er gevraagd hoe de samenwerking is georganiseerd en of er een speciaal project is gericht op de aansluiting van mensen met langdurige psychische problemen bij de, door de welzijnsorganisatie georganiseerde, activiteiten.

Om bovenstaande vragen te beantwoorden hebben we, in overleg met consulente Ingrid Niemans van ‘Wijk en Psychiatrie’ drie welzijnorganisaties geselecteerd;

* Stichting Welzijn Amersfoort: Bij welzijn Amersfoort zijn er verschillende wijken waar het project ‘Wijk en Psychiatrie’ vanaf 2005 draait. We hebben gekeken in deze vergelijkbare situatie of het doorverwijsprobleem naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’ wordt herkend.
* Traject; Welzijnsorganisatie in Maastricht. Deze organisatie is op speciaal verzoek van de consulente geïnterviewd. Traject is in de plaats van een in het plan van aanpak beschreven welzijnsorganisatie in Ede benaderd.
* Wisselwerk; Welzijnsorganisatie in Apeldoorn. Voor deze organisatie is gekozen door de onderzoekers omdat een van beide werkzaam is in Apeldoorn.

We hebben in voorbereiding op het interview een korte lijst van drie leidende vragen opgesteld.

* Zijn er binnen uw welzijnorganisatie speciale projecten gericht op de participatie van mensen met een psychiatrische achtergrond? Zo ja, hoe zijn deze georganiseerd?
* Hoe is het contact met maatschappelijke organisaties en zorginstellingen georganiseerd? Denk aan netwerkbijeenkomsten, convenanten, bezoek aan organisaties.
* Hoe ervaart u de samenwerking met maatschappelijke organisaties en zorginstellingen?

Hoe is de opkomst?

Is er regelmatig contact?

Ervaart u wederkerigheid?

Met twee welzijnsorganisaties is er direct telefonisch contact geweest.

We hebben gesproken met welzijnswerkorganisaties:

* ‘Wisselwerk’ in Apeldoorn met mevrouw A. van den Brink, directrice.
* ‘Traject’ in Maastricht met de heer J. Arts, beleidsadviseur.

De derde welzijnsorganisatie: ‘Stichting Welzijn Amersfoort’ gaf in een telefonisch contact aan dat er door Hogeschool Utrecht een onderzoek gekoppeld is aan het project ‘Wijk en Psychiatrie’ in Amersfoort, zij verwees ons in eerste instantie door. De welzijnsmedewerker gaf aan dat juist de onderzoekers een objectief beeld kunnen geven hoe verwijzingen plaatsvinden. Mocht er echter later toch behoefte zijn om haar persoonlijk te spreken dan mochten we nogmaals bellen.

Middels een mailwisseling hebben we vervolgens antwoord gekregen van mevrouw I. Scheijmans, Hogeschool Utrecht, echter niet op de door ons opgestelde vragen maar er is in algemeenheid gereageerd op onze hoofdvraag. Men was zeer ter wille de vragen te beantwoorden.

### 1.4.3 Enquêtes

*Inleiding*

 Op 16 februari 2011 is door de onderzoekers gestart met het vervaardigen van een schriftelijke enquête met hierin centraal de hoofdvraag van het onderzoek. Er is gekozen voor een schriftelijke enquête, dit om de netwerkgroep rondom ‘Wijk en Psychiatrie’ zo min mogelijke te belasten en eenieder toch dezelfde vragen te kunnen voorleggen.

Het hoofddoel is te achterhalen waarom de verwijzingen naar het project ‘ Wijk en Psychiatrie' minder dan verwacht tot stand komen. Hiertoe is getracht in deze schriftelijke enquête zowel kwalitatieve als kwantitatieve vragen te stellen. Voor de kwalitatieve vragen is onder meer gekozen om in cijfers uit te kunnen drukken hoeveel hulpverleners er actief betrokken zijn en hoeveel cliënten er mogelijk zouden kunnen zijn. Voor kwantitatieve vragen is gekozen om onder meer te ontdekken hoe de hulpverleners het project waarderen. Daarnaast willen wij in kaart brengen waar knelpunten rondom het project liggen naar de beleving en ervaring van de hulpverlener. Er is gebruik gemaakt van open, half open en gesloten vragen. Voor neutrale vragen is gekozen om teveel sturing enigszins uit te sluiten. Naast algemene vragen zijn specifieke open vragen gemaakt.

Deze vragen zijn op volgorde gezet en hier is feedback over gevraagd aan de consulente van het project Ingrid Niemans, de studiebegeleider Jaap de Jong, en van diverse anderen mensen die bekend zijn met het maken van enquêtes ten behoeve van een onderzoek.

Vervolgens is de ontvangen feedback verwerkt.

De schriftelijke enquête zoals is toegevoegd in bijlage A.

*Proces*

Op 1 maart 2011 is tijdens de netwerkbijeenkomst van het project ’Wijk en Psychiatrie’ de schriftelijke enquête afgenomen onder de aanwezigen. Alle aanwezigen zijn bekend met het project ‘Wijk en Psychiatrie’. Op voorhand werd er een groep van ongeveer 30 respondenten verwacht, de opkomst was helaas laag namelijk 9.

De aanwezigen hebben de enquête ingevuld waarbij opgemerkt dient te worden dat er weinig ingevuld werd in de open velden. In de open velden was ruimte voor een persoonlijk reactie van de respondent. Hierdoor misten het onderzoek in eerste aanzet kwalitatieve input in de zin van persoonlijke meningen en beoordelingen.

Op de kwantitatieve vragen is er door een enkele deelnemer gebruik gemaakt van de factsheets van het Trimbos instituut 2009 die voorhanden waren.

Men kon hierop zien dat er in de wijk Het Franse Gat ongeveer 100 cliënten/bewoners zijn die mogelijk in aanmerking komen voor de beoogde doelgroep van kwetsbare burger.

Er is voor gekozen om de enquêtes anoniem te houden. Dit om een bepaalde mate van vrijheid te bieden om een eigen mening weer te geven.

Om een beter beeld te krijgen op de persoonlijke meningen en beoordelingen is er vervolgens een aangepaste online enquête uitgezet onder de vierentwintig personen die niet aanwezig waren op de netwerkbijeenkomst maar hier wel bekend bij zijn.

Deze online enquête hebben we aangepast om twee redenen; op deze wijze was hij uit te zetten via

www.onderzoek.nl, daarnaast gaf het meer ruimte voor een persoonlijke reactie van de respondent. De online enquête is toegevoegd als bijlage B.

Daarnaast is in de inleiding op de online enquête gevraagd deze enquête ook uit te zetten naar betrokken collega’ s/medewerkers. Dit is beperkt gebeurd.

Deze enquête in op dinsdag vijftien maart verzonden naar vierentwintig e-mailadressen.

Op 31 maart hadden we in totaal 20 enquêtes ontvangen, dit is inclusief de 9 eerder genoemde enquêtes.

Resultaten van de enquêtes worden weergeven in hoofdstuk 4.

# 2. Quickscan van de beschikbare documentatie en literatuur

In dit hoofdstuk kijken we naar de participatie van de burger.

De eerste paragraaf geeft een indruk hoe het hiermee gesteld was in het verleden.

In de tweede paragraaf kijken we naar de invloed van wet- en regelgeving hier op. Tenslotte in paragraaf 3 zoomen wij in op een knelpunt in de participatie: namelijk het tot stand komen van verwijzingen van de sector zorg naar de sector welzijn.

De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) geeft de volgende omschrijving van de begrippen integratie en maatschappelijke participatie.

Integratie kent drie aspecten:

1. *Fysieke integratie:* fysiek in elkaars nabijheid verkeren (bijvoorbeeld wonen in een gewone woonwijk).
2. *Functionele integratie*: bestaat uit;
3. Passieve functionele integratie: gebruik maken van reguliere maatschappelijke voorzieningen, en
4. Actieve functionele integratie: werken, leren en recreëren in de samenleving;
5. *Sociale integratie*: aangaan en onderhouden van relaties, anders dan professionele en/of gezinsrelaties.

Maatschappelijke participatie is te zien als een combinatie van actieve functionele en sociale integratie.

## 2.1 Maatschappelijke participatie van kwetsbare burgers in het verleden

*Inleiding*

In dit onderzoek houden we ons bezig met een project dat de participatie van kwetsbare burgers wil bevorderen. Participatie betekent actieve deelname. Het is afgeleid van de Latijnse woorden pars (deel) en cipere (nemen).

Om een compleet beeld te geven van participatie van de kwetsbare burger is het interessant de maatschappelijke participatie in het verleden te beschrijven. Welke ontwikkeling heeft de participatie doorgemaakt en wat zijn verschillen met het heden?

*Participatie in het verleden*

Tijdens een quickscan van de beschikbare literatuur is ons opgevallen dat er weinig direct te vinden is over het begrip participatie in de geschiedenis. Dan bedoelen we in het bijzonder participatie van mensen met een psychiatrische achtergrond. Er is wel veel geschreven over de geschiedenis van de psychiatrie. Zo was tot aan het eind van de 18e eeuw weinig sprake van overheidsbemoeienis op het gebied van volksgezondheid en welzijn. De zorg voor zieken en armen lag in handen van particulier initiatief, we denken hierbij aan kerken en kloosters. De zorg was gebaseerd op liefdadigheid van medemensen.

Volgens Jeffrey ( Jeffrey, 2008, p.13) werden er rond 1600 overal in Europa zogenaamde krankzinnigengestichten en ‘gekkenhuizen’ gebouwd. De basis van deze huizen was vaak al gelegd doordat daar voorheen leprozenkolonies waren. Mensen leefden hier in mensonwaardige toestanden. Het was een bont gezelschap van mensen met een verstandelijk en/of lichamelijk beperking. Andere mensen met een psychisch ziektebeeld leidden een zwervend bestaan of leefden als zogenaamde dorpsgek. Daarnaast werden ze veelal gebrandmerkt als vervloekt of bezetten. Volgens de vereniging voor mensen met schizofrenie, psychosen en aanverwante stoornissen werden er tussen 1450 en 1750 vele vrouwen vermoord in Europa omdat ze beschouwd werden als heks.

Toch zijn er uitzonderingen rond het eind van de 18e eeuw. Bijvoorbeeld in het Belgische plaatsje Geel. Hier werden zieken bij de burgers ondergebracht en werd er door particulieren opgetreden als tussenpersoon. Een vorm van integratie en participatie die als bijzonder werd ervaren in de geschiedenis van de psychiatrie ( Roosens, 2001). Opmerkelijk is dat het Geelse model in de jaren ’20 van de 19e eeuw ook in Nederland is overgenomen en dat dit model nog steeds in praktijk wordt gebracht.

Hierna volgde onder invloed van de Verlichting een andere tijd. In 1849 ontstond in Nederland het eerste humane ‘ Krankzinnige gesticht Meerenberg’ later ‘Santpoort’ genoemd. Uitgangspunten hiervan waren de drie r’s; rust, reinheid en regelmaat.( Blok, 2004, p.136).

Daarnaast werd er ook opium verstrekt. Rond 1914 waren er inmiddels 31 van dit soort inrichtingen in Nederland. Naast mensen met een psychische stoornis verbleven er ook alcoholisten, ouderen en zwakzinnigen. Toch was er in de 19e eeuw tot aan het eind van de jaren ’70 weinig sprake van participatie. De inrichtingen hadden meestal een gesloten karakter en waren bijvoorbeeld gebouwd in een bos of duingebied. Een bekend voorbeeld hiervan is de huidige geestelijke gezondheidszorg in Wolfheze. Als we hiervan de geschiedenis lezen zien we dat deze in 1884 opgericht is door hoogleraar Lucas Lindeboom. De inrichting gaf zogenaamde badtherapie die al snel werd vervangen door bedtherapie. Men ontdekte echter dat mensen hierbij ook niet gebaat waren, ze overleden hieraan en arbeidstherapie werd geboren in de inrichting.

Overal werd in voorzien. De instelling had een eigen energievoorziening en watertoren en de tuinen leverden genoeg voedsel. Er was zelfs sprake van een eigen begraafplaats. De meeste patiënten verlieten nooit meer het terrein. Van integratie was geen sprake eerder van isolatie.

In 1953 volgde er een tijd waarin volop nieuwe medicatie, de zogenaamde psychofarmaca, werd verschaft aan de psychiatrische patiënt. Deze medicatie zorgde er niet voor dat de inrichtingen leeg liepen, het leidde eerder tot stijgende heropnames.

Als reactie op de onderdrukking van mensen met psychiatrische problematiek ontstond er een nieuwe beweging: ‘Anti psychiatrie’. Deze beweging startte in Amerika en in Nederland werd dit voorbeeld overgenomen door J. Foudraine. Hij is een bekende psychiater in die tijd als voorvechter van deze ‘Anti psychiatrie’. Hij omschreef zichzelf als ‘de Messias der schizofrenen’. Hij ging er vanuit dat mensen niet ziek waren in hun hoofd maar in hun hart. Er zou een ontmoeting moeten komen van mens tot mens.

Hij was niet tegen de psychiatrie maar van mening dat de biologische psychiatrie niet de juiste behandelingsvorm was, hij wilde dat er meer oog was voor de mens; meer aandacht voor autonomie en minder autoriteit in het behandelingsaanbod. J. Foudraine verwachtte dat collega’s zijn gedachtegoed zouden omarmen, maar de waardering bleef uit. Hij begon met het schrijven van het boek ‘ Wie is van hout’. Dit boek zorgde voor grote beroering onder medici, maar ook het burgerpubliek. De standpunten van de ‘Antipsychiatrie’ hebben ervoor gezorgd dat er, naast de puur medische behandeling, een nieuwe blik kwam op psychiatrie. Kijken vanuit de psychologie en sociologie worden nieuwe gezichtspunten en in de jaren zestig, zeventig verschijnt het woord cliëntenparticipatie in de literatuur. Patiënten mogen meepraten over het beleid. Participatie komt in beeld.

Het GGZ- beleid verwijst in haar geschiedenis nog steeds maar de jaren ’70. In deze tijd ontstonden, onder andere door de tegenbeweging van de ‘Antipsychiatrie’, ongebonden schilvoorzieningen. Dit waren alternatieve voorzieningen voor mensen met psychiatrisch problematiek. Actiegroepen en (ex-) psychiatrische patiënten zetten deze kleine voorzieningen op voor mensen die niet langer in een instelling willen leven. Er komen Wegloophuizen; kraakpanden die worden omgedoopt tot opvanghuizen. De eerste inloopcentra voor psychiatrische patiënten ontstaan!

In de jaren negentig van de vorige eeuw komt er een nieuwe term binnen de psychiatrie: vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking wordt binnen de literatuur omschreven als het verhuizen van mensen uit een psychiatrisch ziekenhuis of instelling naar woonvormen in de wijk.

Hierbij wordt er vanuit gegaan dat mensen met een beperking zelfstanding in een wijk gaan wonen.

De verwachting hiervan was dat de huidige buurtbewoners zich actief zouden inzetten voor deze nieuwe groep buurtbewoners. Dit zou moeten bijdragen aan integratie in de samenleving en daarnaast zou het voor de overheid kostenbesparend zijn.

Dit blijkt niet zo eenvoudig als werd verondersteld. Er bestaat in de maatschappij een over het algemeen negatief beeld van mensen met psychiatrische problematiek. Ze worden gezien als gevaarlijk, onvoorspelbaar en eng. Dit beeld werd, en wordt, versterkt door de media. Uit een onderzoek over maatschappelijke acceptatie van mensen met een psychiatrische status dat verricht is door kenniscentrum Phrenos· in februari 2011, blijkt dat veel mensen hun psychiatrische status verborgen houden uit angst voor afwijzing. Met antistigma interventies, zoals het project ‘Wijk en Psychiatrie’ wordt geprobeerd om de acceptatie van psychische kwetsbare burgers te bevorderen.

Daarnaast vraagt vermaatschappelijking om ondersteuning van de betrokken hulpverleners en familieleden. Deze blijkt niet altijd aanwezig of realiseerbaar.

Bij participatie gaat het over alle leefgebieden. We denken hierbij niet alleen aan wonen maar ook aan werk, leren, zorg, inkomen, vrije tijd en zaken zoals vervoer. Hoe lost de kwetsbare burger dit op? Wanneer iemand een ‘kluwen aan problemen’ heeft is er niet één persoon of instantie die, die problemen samen met een cliënt kan aanpakken. Daar is goede coördinatie tussen burgers, professionals en gezagsdragers voor nodig. We zien beleid rondom participatie, maar weinig integratie in de praktijk.

*Conclusie*

We zien dat participatie en dan toegespitst op de geestelijke gezondheidszorg een begrip is van de laatste decennia. Met de ‘Antipsychiatrie’ beweging ging een nieuwe periode in waarin er steeds meer ruimte kwam voor de stem van de cliënt. We zien dat ‘Wijk en Psychiatrie’ een uitvloeisel is van het gedachtegoed van de ‘Antipsychiatrie’. Doorverwijzingen vanuit de zorg naar het welzijnswerk in de wijk lopen echter niet als vanzelfsprekend.

Vandaag de dag, anno 2011, zien we dat burgers er veelal niet voor kiezen om naast een psychisch kwetsbare medemens te wonen. De vraag rijst of participatie op alle vlakken haalbaar is. Daarnaast vragen wij ons ook af of participatie wel wenselijk is voor de cliënt. De tijd zal het leren.

## 2.2 Invloed wet- en regelgeving op de huidige samenwerking tussen Zorg en Welzijn

*Inleiding*

We onderscheiden zorg; hieronder vallen, van een uurtje ondersteuning per week tot dagelijkse intensieve verpleegzorg. Daarnaast vallen bijvoorbeeld een logeeropvang en begeleide werkvormen en dagbesteding hieronder voor mensen die hiervoor in aanmerking komen.

Onder welzijn verstaan we welzijnsorganisaties in Nederland, hieronder valt ook welzijn Veenendaal.

Door de Wmo (Wet op de maatschappelijke ondersteuning) is geprobeerd in de regelgeving een verbinding te maken. Daarnaast werd het beleid en de uitvoering van de Wmo en daarmee de financiële middelen naar de gemeenten gedelegeerd.

Meer samenwerking tussen zorg en welzijn is vanuit inhoudelijk oogpunt wenselijk, maar door de steeds verdere versobering in zorg en welzijn ook noodzakelijk. Het project ‘ Wijk en Psychiatrie’ waar we ons in dit onderzoek op hebben gericht wordt onder andere gefinancierd door een subsidie vanuit de Wmo. Een taak van de opdrachtgever van Welzijn Veenendaal is om onder meer de GGZ en de verslavingszorg te betrekken bij lokale cliënt participatie.

In het komende onderdeel nemen we u mee door de recente geschiedenis van de wet- en regelgeving specifiek op het gebied van de zorg en welzijn.

*De wet en regelgeving voor de zorg en welzijn*

Zorg en welzijn vallen in Nederland onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Op 1 januari 2007 werd de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht. Deze vormt samen met de Algemene Wet op de Bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) de basis van het stelsel zorg en welzijn. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning beoogt een toenemende samenwerking tussen wonen, zorg en welzijnsinstellingen en vervangt de Welzijnswet uit 1994.

Deze Welzijnswet omhelsde een drietal wetten namelijk:

* de Wet voorziening Gehandicapten (WvG),
* de huishoudelijke hulp uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ( AWBZ)
* de eigenlijke Welzijnswet.

De Welzijnswet voorzag in beleid en de uitvoering daarvan rondom welzijnswerk waaronder maatschappelijk werk, buurthuizen, jongerenwerk, peuterspeelzalen en vrouwenopvang.

Een belangrijke wijziging door de vervanging van de welzijnswet door de Wmo is dat niet meer de rijksoverheid, maar de gemeente hoofdverantwoordelijk is voor het te voeren beleid. Het idee van deze wetswijziging is participatie. Daarom is deze wet ook al vaak de participatie wet genoemd. Dit houdt in dat gemeentes in Nederland zelf verantwoordelijk zijn samen te werken met zorg en welzijn. Zorg en welzijn zijn hiermee deels afhankelijk geworden van financiering vanuit de lokale overheid. Hierdoor zien we dat er flexibel ingezet zou kunnen worden. Financiering vanuit de centrale overheid blijft mogelijk, maar is niet de eerste opzet.

Doel van de invoering Wmo is volgens het ministerie van Volksgezondheid; alle burgers kunnen meedoen in de maatschappij en zelfstandig blijven wonen.

Als we kijken naar wat deze nieuwe wet geboden heeft dan bestaat dit voornamelijk uit hulp en ondersteuning in het dagelijks leven voor mensen met een beperking op geestelijk, lichamelijk of/en sociaal gebied. Dit ondersteunen gebeurt door middel van vervoer, hulp in de huishouding en bewegen in en om het huis. Daarnaast is er aandacht voor ontmoeting.

Naast de individuele trajecten waarbij de gemeente zelf bepaalt of iemand recht heeft op ondersteuning is er ondersteuning in de plaatselijke organisaties. Hierbij kan je denken aan maatschappelijke opvang, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers en vrijwilligers en het sociaal-cultureel werk zoals we dat kennen uit onze buurthuizen en waarvan buurthuis ‘de Geut’ in het Franse Gat in Veenendaal waarin het Project ‘Wijk en Psychiatrie’ draait er een van is. Daarnaast worden er subsidies aan verenigingen verstrekt.

De gemeente Veenendaal geeft in haar beleidsnota voor 2007-2010 met betrekking tot de Wmo aan:

*“De invoering van de WMO op 1 januari 2007 wordt maximaal van gemeentezijde gefaciliteerd. De burger mag van deze grote stelselwijziging niet de dupe worden. Op basis van de huidige kennis van zaken wordt uitgegaan van budgettaire neutraliteit, waarbij de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen. De door het Rijk beschikbaar gestelde WMO-gelden worden consequent geoormerkt voor de uitvoering van de WMO.”.*

Inmiddels is deze wet al het vierde jaar in gegaan en is er volop discussie over gevoerd. Er is sprake van vermaatschappelijking van de zorg. Hiermee wordt bedoeld dat zaken die eerder onder de zorg vielen nu meer de verantwoordelijkheid zijn geworden van vrijwilligers. Volgens ‘Thesaurus zorg en welzijn’ wordt er met vermaatschappelijking bedoeld dat dit een proces is waarbij een groter deel van de samenleving de verantwoordelijkheid gaat dragen, bijvoorbeeld voor de verzorging van mensen met een zorgbehoefte. Nu bijvoorbeeld de dagbesteding uit de AWBZ is gehaald en overgeplaatst is naar de Wmo is het belang van vrijwilligers groter dan voorheen. Er werd uitgegaan van participatie terwijl het menig burger niet duidelijk is waar hij terecht kan. Het betreft dan ook meestal de burger in een kwetsbare situatie.

Een goed voorbeeld hiervan is dat in 2010 de activerende begeleiding geschrapt is uit de AWBZ zorg. De activerende begeleiding werd ingezet bij mensen waar sprake was van onder andere psychische problematiek. Het werd ingezet om zich te richten op stoornissen en beperkingen waarvan te verwachten was dat er door een doelgerichte en methodische aanpak door een professionele begeleider blijvende verbeteringen in het functioneren zou kunnen worden bereikt. Daarnaast bestond de ondersteunende begeleiding waarin mensen ondersteund konden worden bij algemene zaken in het dagelijks leven.

 In 2009 zijn echter beide begeleidingsvormen terug gebracht naar één namelijk begeleiding. Voor deze begeleiding is echter een andere norm gaan gelden. Hierdoor zijn veel burgers hun recht op begeleiding verloren en is er slechts recht op begeleiding als het in de categorie matig of ernstig beperkt valt.

Naar de burgers is toen gecommuniceerd door middel van de media dat ze voor hulp terecht konden bij de plaatselijke gemeentes en bij MEE. MEE is een vereniging die ondersteuning bied bij het leven met een beperking. Naar verwachting van het ministerie van volksgezondheid zou dit een aantal van ongeveer 2500 mensen zijn.

 Een ander gevolg van de Wmo is geweest dat burgers als ze in aanmerking komen voor de Wmo het recht hebben gekregen om te kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget (PGB).

*Conclusie*

Met de invoering van de WMO is er veel veranderd in zorginstellingen en welzijnsorganisaties. Samenwerking, vanuit financieel als oogpunt, nu en in de nabije toekomst is van groot belang. Dit kost inspanning van zowel zorg als welzijn. Beleidsmatig lijkt samenwerking goed mogelijk alleen blijkt in praktijk de burger de dupe van deze bezuinigingsmaatregel.

## 2.3 Oorzaken van actualiteit doorverwijzingen naar welzijnsorganisaties

*Inleiding*

We signaleren dat doorverwijzingen een probleem zijn. Door de wijziging per 2009 kunnen 2 groepen cliënten niet meer verwezen worden:

1. De lichte categorie

2. De activerende begeleiding

De begeleiding van de groep cliënten in de lichte categorie en in de activerende begeleiding was erop gericht om te participeren in de maatschappij.

Het onderzoeksbureau Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs, HHM (Dam 2009 maart) heeft in kaart gebracht welke groep door deze maatregel het hardst getroffen wordt en dat blijkt voornamelijk de groep met een somatische of een psychiatrische grondslag te zijn. Zij zijn de afgelopen jaren het recht op begeleiding in welke vorm dan ook kwijtgeraakt door de nieuwe maatregelen. Er is sprake van versobering in zorg en welzijn.

*Oorzaken van actualiteit*

In het Wmo trendrapport 2010 (Vasco Lub, 2010) is onder meer gekeken naar de samenwerking tussen zorg en welzijn sinds de invoering van de Wmo. We zien dat er in Veenendaal voor het Welzijnswerk in de wijk contact is gezocht met bijvoorbeeld Kwintes. Kwintes biedt geestelijke gezondheidszorg in onder meer Veenendaal. Samenwerking is noodzakelijk in de toekomst, dit maakt de kosten lager en het aanbod ruimer. Wij zien nu echter dat welzijnsorganisaties en zorg teveel vanuit het aspect van rivaliteit denken. Ook tijdens ons onderzoek was dit opvallend dat organisaties elkaar als concurrent zien en niet als aanvulling of verrijking.

Volgens het Wmo trendrapport 2010 (Vasco Lub, 2010) zijn 40 % van de welzijnsorganisaties meer gaan samenwerken. Opmerkelijk is dat bij instellingen die vooral individuele hulpverlening bieden dit ook 40 % blijkt te zijn. We zien hier dat er meer samenwerking is ontstaan.

Daarnaast signaleren we dat het geen gangbare weg is van de zorg naar welzijn; binnen de zorg wordt veel intern georganiseerd. Binnen het welzijnswerk wordt ook veel intern geregeld. Al is er sinds 1992 een samenhang tussen zorg en welzijn doordat deze onderdelen in één Ministerie samen zijn gaan vallen namelijk het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Bestuurlijke integratie betekent niet dat het op de werkvloer automatische zichtbaar word.

 Samenwerking met welzijn kost tijd en inspanning en levert in eerst aanleg geen direct resultaat. Door vooruit te zien en pro actief te werken zou dit echter tot een vruchtbare samenwerking kunnen leiden.

Een voorbeeld hiervan is duidelijk te zien in het project ‘Wijk en Psychiatrie’ te Amersfoort waar dit project tot volle wasdom is gekomen door een goede samenwerking tussen diverse zorginstellingen, waaronder Kwintes, Symfora en Stichting Welzijn Amersfoort. Dit project startte in mei 2005 (tot en met mei 2007) met een proef en leidde in april 2011 tot een convenant tussen de samenwerkende partners.

In een rapport uit 2010 over langdurige zorg, dat in opdracht van het Ministerie van Financiën is gemaakt, doet een heroverwegingswerkgroep met betrekking tot de AWBZ besparingsvoorstellen vanaf 2012. Hierin komen ze tot verschillende beleidsvarianten, waarbij in alle varianten een eenduidig beleid op een aantal onderdelen in het stelsel. Hierin zou het recht op zorg voor mensen met een verstandelijk beperking met een totaal IQ van boven de 70 vervallen. Dit betreft de groep mensen die nu omschreven wordt in de DSM-IV als zwakzinnig. De groep mensen met zeer ernstige gedragsproblematiek, zou recht hebben op zorg in verband met de nadelige gevolgen voor de maatschappij. Daarnaast wordt MEE weg bezuinigd in dit voorstel en kan er geen gebruik meer gemaakt worden van deze organisatie. Gezien het feit dat een deel van de psychische kwetsbare burgers ook deel uit maakt van de groep, die omschreven staat als zwakzinnig, zal dit hen hard treffen. In opdracht van landelijke cliëntenorganisaties en de ouderbond is onderzocht (Research voor beleid, 2010) wat de impact van deze voorgestelde maatregelen zou zijn. 40 % vindt de weg naar begeleiding. Dit betekent 60 % niet. Ruim de helft van de mensen die nu begeleiding krijgen moeten die in het nieuwe voorstel zelf gaan betalen, het is onduidelijk hoe ze dat moeten bekostigen. De verwachting is dat veel zorg uiteindelijk bij de mantelzorgers zal terecht komen, waarbij de verwachting is dat zij overbelast gaan worden.

*Conclusie*

Welzijn en zorg zouden door de versobering en door de Wmo meer dan voorheen met elkaar moeten gaan samenwerken. Dit kost meer inspanning dan tot nu toe is geleverd. Cliënten dreigen de dupe te worden van deze situatie.

Wij, de onderzoekers, hebben in de context van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ een onderzoek uitgevoerd naar de knelpunten rondom verwijzen. In hoofdstuk 4 zijn de resultaten hiervan opgetekend en in hoofdstuk 5 nemen wij u mee naar onze slotconclusies en aanbevelingen.

# 3. Het project ‘Wijk en Psychiatrie’

In dit hoofdstuk een nadere verkenning van het project ’Wijk en Psychiatrie’. Met daarin verwerkt een omschrijving van het project, de kenmerken van de wijk en informatie over het doel, de doelgroep en de activiteiten van het project.

## 3.1 Projectomschrijving

Het project ‘Wijk en Psychiatrie’ is op 16 februari 2010 als een pilot in Veenendaal van start gegaan. Het project is een samenwerkingsverband tussen ‘Welzijn Veenendaal’ en de stichting ‘Als Jij en Ik’. De stichting ‘Als Jij en Ik’ is een voortzetting van de regionale werkgroep ‘Versterking Utrecht Oost’. Het programma lokale versterking was een door het VWS gefinancierd tweejarig landelijk project dat tot doel had:

* Verbetering van kennis en beeldvorming over GGZ-problematiek en dak- en thuislozen
* Meer mensen uit de GGZ en verslavingszorg te betrekken bij lokale cliëntenparticipatie Wmo en hen hierin te ondersteunen en te scholen
* Samenwerking en solidariteit met andere direct betrokken groepen te versterken

De stichting ‘Als Jij en Ik’ werkt in Veenendaal aan de participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

De stichting heeft subsidie aangevraagd voor het project ‘Wijk en Psychiatrie’ bij de gemeente en heeft geregeld dat het Oranje fonds € 8000, - ter beschikking stelt voor het organiseren van activiteiten. De stichting is daardoor ontvanger van de verstrekte subsidie. ‘Welzijn Veenendaal’ is gevraagd het project uit te voeren. Ingrid Niemans is vanuit ‘Welzijn Veenendaal’ als consulent aangesteld. Momenteel is ‘Kwintes ‘, een instelling in de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang, actief betrokken bij het project.

Er wordt gekeken naar de mogelijkheden om het project ‘Wijk en Psychiatrie’ als een samenwerkingsproduct van ‘Welzijn Veenendaal’ en ‘Kwintes’ te organiseren. De Stichting ’Als Jij en Ik’ kan zich dan terugtrekken uit het project. Het aanvragen van subsidie ligt dan in gezamenlijkheid bij ‘Welzijn Veenendaal’ en ‘Kwintes’. Deze samenwerking maakt dat er een grotere kans bestaat dat de gemeente het project in de toekomst blijft subsidiëren omdat het belang breder gedragen wordt.

Het project ‘Wijk en Psychiatrie’ is georganiseerd naar voorbeeld van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ zoals het zeven jaar geleden gestart is in Amersfoort. In Amersfoort zijn op dit moment meerdere wijken waar het project ‘Wijk en Psychiatrie’ met succes activiteiten organiseert voor de kwetsbare burger.

Door samenwerking tussen verschillende betrokkenen zoals maatschappelijke organisaties, hulpverleners van mensen met een met psychische of psychiatrische achtergrond, de kerk en politie, beoogt men een actief doorverwijs beleid, waardoor de kwetsbare burger de weg naar het project weet te vinden en kan maken. Er worden in principe drie netwerkbijeenkomsten, met verschillende maatschappelijke organisaties en zorginstellingen die betrokkenheid hebben met de wijk, per jaar georganiseerd door de consulente van ‘Wijk en Psychiatrie’; deze bijeenkomsten hebben tot doel samenwerking en afstemming te bevorderen. Zo worden de activiteiten van het project besproken, en wordt informatie uitgewisseld.

Het project ‘Wijk en Psychiatrie’ heeft naar aanleiding van epidemiologische gegevens van het Trimbos- instituut berekend dat er in de wijk het Franse Gat mogelijk 1440 mensen met psychische klachten wonen. Dit is op een inwonersaantal van 5780 en betreft dus een vierde van het aantal burgers. Waarvan 240 met ernstige psychische klachten en 61 met zeer ernstige psychische klachten.

## 3.2 Kenmerken van de Wijk

Om een beeld te krijgen van de betrokken maatschappelijke organisaties en zorginstellingen maken we gebruik van een door het GGZ Veenendaal opgesteld overzicht.

De wijk het ‘Franse Gat’ heeft binnen haar grenzen twee zorginstellingen. Eén beschermd wonen project met 33 woningen en één opvang voor mensen met een verstandelijke beperking. Er zijn daarnaast verschillende zorginstellingen in Veenendaal die de wijk binnen hun zorggebied hebben maar die daar niet gesitueerd zijn, bijvoorbeeld bij ambulante begeleiding.

Er zijn verschillende maatschappelijke organisaties binnen de wijk. Er zijn drie kerken, drie scholen, één buurthuis, diverse verenigingsgebouwen en een zeer betrokken bewonerscommissie.

De wijk heeft twee wijkagenten.

## 3.3 Het doel van het project

Het project heeft tot doel de psychisch kwetsbare burgers in de wijk waar het wijkcentrum van Welzijn zich bevindt een mogelijkheid te bieden tot maatschappelijke aansluiting.

Het project richt zich daarnaast op een actief samenwerkingscontact met de in de wijk gesitueerde zorginstellingen en het welzijnswerk.

Het project heeft tevens tot doel de veelal negatieve beeldvorming van de kwetsbare burger te doorbreken en de burgers te stimuleren tot ontmoeting.

## 3.4 Welke doelgroep wil men bedienen

Het project richt zich op alle wijkbewoners met langdurige psychiatrische problematiek wonende in de wijk het Franse Gat in Veenendaal. Het betreft wijkbewoners die zelfstandig wonen zonder begeleiding, de bewoners die zelfstandig wonen met begeleiding of de bewoners die intramuraal wonen. Echter ook van buiten de wijk zijn er verscheidene verzoeken tot deelname.

Het project heeft onder andere tot doel de beeldvorming van mensen met psychiatrische problematiek in de wijk te nuanceren en te bevorderen. Men richt zich dan ook op alle burgers zodat de ontmoeting gedurende activiteiten plaats kan vinden.

## 3.5 Hoe en welke activiteiten worden er geboden

De activiteiten van ‘Wijk en Psychiatrie’ worden georganiseerd onder verantwoordelijkheid van Ingrid Niemans. Tijdens de meeste activiteiten zijn vrijwilligers uit de wijk actief betrokken. De activiteiten worden georganiseerd in wijkcentrum ’de Geut’ in Veenendaal.

De activiteiten die worden aangeboden zijn niet speciaal gericht op mensen met psychiatrische problematiek. Dit om het doel, de beeldvorming van mensen met psychiatrische problematiek bevorderen, te realiseren. Zo kan iedere burger van de wijk het Franse Gat deelnemen aan de activiteiten.

Vaste activiteiten:

* Koffie Om De Hoek; een inloop waar men in een gezellige en veilige omgeving een “bakkie kan doen”, een praatje maken, een spelletje doen etc. Maandagavond van 19-20 uur en dinsdagmiddag van 13 tot 14.30 uur in Buurthuis de Geut.
* Open Atelier, waar men onder begeleiding en in eigen tempo werkt aan een schilderij of tekening. Donderdagochtend van 9.30 uur tot 11.30 uur in Buurthuis de Geut.

 Eenmalige of startende activiteiten:

* Het project Mijn Beeld Van De Buurt: mensen vertellen hun beleving van de buurt of hun dagelijkse activiteiten door middel van foto’s. Dit project heeft tot doel de bewoners van de wijk het Franse Gat dichter bij elkaar te brengen.
* Er is sinds kort gestart met de mogelijkheid deel te nemen aan een wekelijkse lunch op donderdag, ook wordt er gekeken naar de mogelijkheid om wijkmaaltijden te organiseren.

De maaltijden staan in het teken van ontmoeting. Door middel van het samen lunchen nader tot elkaar komen.

Bovenstaande geeft een beeld van het project’ Wijk en Psychiatrie’. Organisaties en instellingen betrokken bij het project ’Wijk en Psychiatrie’ zijn door middel van een enquête benaderd ter beantwoording van een aantal vragen over het project ‘Wijk en Psychiatrie’. In het volgende hoofdstuk krijgt u een weergave van de resultaten.

# 4. Resultaten

In dit hoofdstuk vindt u een weergave van de resultaten voortkomend uit de gehouden enquêtes en de telefonische interviews.

## 4.1 Enquêtes

We hebben aan de hand van enquêtes onderzocht wat hulpverleners nodig hebben om cliënten toe te leiden naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’. Deze hulpverleners zijn allen bekend met het project. Daarnaast hebben we gekeken wat belemmerende factoren voor hen zijn. Verder hebben we om advies betreffende een beter doorverwijzing gevraagd.

Het eerste onderdeel geeft de context waarin de respondenten zich bevinden weer.

Het tweede onderdeel geeft aan wat de behoeften zijn voor de hulpverlener om de cliënt naar het project te begeleiden en de mogelijke belemmeringen hierin.

Ten slotte beschouwen we de benodigde kwaliteitskenmerken. Voor conclusies en aanbevelingen verwijzen wij u naar hoofdstuk 5.

### 4.1.1 Inventarisatie van de betrokken organisaties en instellingen

Om in kaart te brengen van welke organisatie en in welke functie de respondent is zijn de volgende vragen gesteld:

* Van welke maatschappelijke organisatie of instelling bent u?
* Wat is uw functie in deze organisatie/instelling?
* Bent u bekend met het project ’Wijk en Psychiatrie’ van ‘ Welzijn Veenendaal’ en Stichting ‘Als Jij en Ik’?

Wij willen helder krijgen vanuit welke achtergrond de respondent acteert.

*Van welke maatschappelijke organisatie of instelling bent u?*

Figuur 1(aantal respondenten 20)

In figuur 1. zien we dat er 9 partijen deel genomen hebben aan het onderzoek. Al deze partijen zijn in meer of mindere mate betrokken bij het project.

Het is zichtbaar in dit cirkeldiagram dat qua betrokken partij Kwintes met ruim 1/3 deel de meest reagerende organisatie is. Mogelijk geeft dit ook iets aan over de betrokkenheid van Kwintes. Interhulp volgt als tweede, met op de derde plaats buurtzorg en Centrum Maliebaan.

Opvallend in dit diagram is de spreiding over diverse instellingen en organisaties. We zien hier dat er aandacht is geweest om contact te leggen met een diversiteit aan deelnemers en dat dit tot uiting komt in de netwerkgroep. We onderscheiden onder meer de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, thuiszorgorganisaties, maar ook buurtzorg en de kerk zijn aanwezig.

We willen hierin ook benoemen dat er diverse partijen zijn benaderd die echter niet hebben gereageerd; dit zijn de politie uit Veenendaal, de vriendendienst NederVeluwe en de woningstichting Patrimonium. Betreft de vriendendienst NederVeluwe dient de opmerking te worden gemaakt dat dit een vacante vacature betrof ten tijde van de enquête. Daarnaast kan voor de goede orde worden opgemerkt dat Indigo Gelderland een onderdeel is van Pro Persona.

Hoewel er van Centrum Maliebaan, Welzijn Veenendaal en Buurtzorg twee reacties zijn ontvangen wordt tweemaal 9% en 1 maal 10% weergegeven. Het betreft een Excel programma dat tot 100% doorrekent.

Deze vraag geeft geen antwoord op de hoofdvraag maar laat wel zien met welke organisatie/maatschappelijke betrokkene de consulente contact heeft.

Om zicht te krijgen op de functies van de betrokken respondenten hebben we de volgende vraag gesteld:

*Vraag 2. Wat is uw functie in deze organisatie/instelling?*

Hierop antwoorden de respondenten met de volgende antwoorden:

* Coördinator
* Persoonlijk begeleider
* Wijkziekenverzorger
* Preventiefunctionaris
* Begeleider aandachtsgebied ouderenzorg
* Projectleider preventie/coach
* Sociaal cultureel werker
* Sociaal psychiatrisch verpleegkundige/casemanager
* Coördinator vacaturebank
* Coördinator servicepunt GGZ
* Hoofd begeleiden/wonen
* Coördinator
* Consulent mantelzorg
* Diaken kerk
* Vrijwilliger

Er is een grote diversiteit te zien aan functies. Persoonlijk begeleider kwam 5 maal voor de andere functies kwamen 1 maal voor behalve sociaal psychiatrische verpleegkundige, deze kwam 2 maal voor.

Verder valt ons op dat in deze lijst een groot aantal kaderfunctionarissen staan. Mogelijk is dit uit te breiden naar organisaties/instanties die nu een begeleider als afvaardiging zenden naar de netwerkbijeenkomsten. Vanuit kader functies is het project ‘Wijk en Psychiatrie’ mogelijk aan te bevelen aan collega’s op de werkvloer.

Om zeker te weten dat de groep respondenten bekend is met het project hebben wij gemeend de volgende vraag te moeten stellen.

*Bent u bekend met het project ’Wijk en Psychiatrie’ van ‘ Welzijn Veenendaal’ en Stichting ‘Als Jij en Ik’?*

Alle respondenten die de enquête hebben ingevuld gaven aan bekend te zijn met het project Wijk en Psychiatrie’.

Hiermee hebben wij een bevestiging dat alle respondenten het project kennen. De enquête is niet gebruikt om mogelijk collega’s op het project te wijzen.

### 4.1.2 Inventarisatie van het aantal in aanmerking komende cliënten

We hebben de volgende vragen gesteld:

* Hoeveel cliënten kent u binnen uw organisatie die mogelijk in aanmerking komen voor het project ’Wijk en Psychiatrie’?
* Hoeveel burgers kent u die mogelijk in aanmerking komen voor het project ‘Wijk en Psychiatrie’?

Met deze vragen willen wij zicht krijgen op hoe de beeldvorming van de respondent op de hoeveel cliënten/burgers met een psychisch kwetsbaar gestel is, in de wijk het Franse Gat in Veenendaal.

*Hoeveel cliënten kent u binnen uw organisatie die mogelijk in aanmerking komen voor het project ’Wijk en Psychiatrie’?*

*Hoeveel burgers kent u die mogelijk in aanmerking komen voor het project ‘Wijk en Psychiatrie’?*

Wij hebben deze vraag gesteld op twee manieren; eenmaal naar het aantal cliënten dat in aanmerking komt voor het project en eenmaal naar het aantal burger dat in aanmerking komt voor het project.

De reden hiervoor is dat wij zicht willen krijgen op de beeldvorming van zowel hulpverleners als maatschappelijk betrokkenen ten aanzien van cliënten/burgers voor het project.

Figuur 2 ( aantal respondenten 20)

Figuur 3

Opvallend is het aantal cliënten dat bekend is bij de hulpverleners.

Opmerkelijk hierbij was dat er een respondent aangaf geen cliënten in het Franse Gat te kennen.

Enkele respondenten geven aan slechts weinig tot geen cliënten te kennen, en daarom op 1 tot 5 gaan zitten qua antwoord. Het antwoord “geen”was hier niet aanwezig.

Een respondent geeft hier specifiek aan dat er 800 mantelzorgers in beeld/bestand zitten en dat circa 20% van de zorgvragers een psychiatrische diagnose hebben. Opmerking hierbij is dat dit aantal geldt voor heel Veenendaal en niet specifiek voor de bewuste wijk.

We zien in figuur 3 dat de meeste hulpverleners/organisaties antwoorden bij deze vraag dat ze 1 tot 5 burgers kennen die in aanmerking komen voor het project ‘Wijk en Psychiatrie’.

De onderzoekers zijn er bij deze vraagstelling vanuit gegaan dat alle betrokken respondenten bekend zijn met 1 of meerdere burger uit de doelgroep.

Opmerking; het was niet mogelijk om nul in te vullen. Gezien het een netwerkgroep betrof zijn de onderzoekers van de vooronderstelling uitgegaan dat iedere betrokkene wel een cliënt/burger kent die tot de bewuste doelgroep behoort.

### 4.1.3 Inventarisatie van de behoeften

Om zicht te krijgen op hoe de respondent nodig heeft, wat de cliënt/burger nodig heeft en hoe de informatie tot stand komt van de respondent naar de burger/cliënt, hebben we de volgende vragen gesteld:

* Wat hebt u, als maatschappelijk betrokkene/hulpverlener, nodig om tot een succesvolle doorverwijzing te komen? ( meer antwoorden mogelijk)
* Op welke wijze informeert u cliënten/ burgers over het project ‘Wijk en Psychiatrie’

( meer antwoorden mogelijk*)*

Daarna hebben we gevraagd wat de cliënt/burger nodig heeft volgens de respondent in de vraag;

* Wat zou uw cliënt nodig hebben om toe geleid te worden naar het project?

 ( meer antwoorden mogelijk)

Vervolgens hebben wij gevraagd naar de belemmerende factoren voor de hulpverlener. Wij hopen met deze vraag antwoord te krijgen op de factoren die belemmerend zijn voor hulpverleners en direct antwoord geven op de hoofdvraag; Wat zijn de oorzaken dat verwijzingen door de hulpverleners en maatschappelijke organisaties, in de wijk het ’Franse Gat’, naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’ niet tot stand komen?

* Wat ervaart u als belemmeringen gedurende cliënt/ burgercontacten om tot een succesvolle verwijzing te komen? ( meer antwoorden mogelijk)

*Wat hebt u, als maatschappelijk betrokkene/hulpverlener, nodig om tot een succesvolle doorverwijzing te komen?( meer antwoorden mogelijk)*

Figuur 4 ( aantal respondenten 20)

In dit diagram, figuur 4, wordt duidelijk wat er nodig is voor een succesvolle doorverwijzing.

Het is helder dat er tal van factoren van belang zijn voor doorverwijzing.

Op nummer 1 staat dat er helder moet zijn wat de activiteiten zijn die er worden aangeboden en dat daar dan informatie over is, in het bijzonder ook de locatie en de tijd. Daarnaast worden folders over het project als middel gezien om tot doorverwijzing te stimuleren.

Voorwaarden voor verwijzingen die verder als opmerkingen genoteerd door de respondenten,

deze hebben we letterlijk overgenomen.

* Goede route en meer kennis
* Lage drempel en veel begeleiding zijn wenselijk
* Er is duidelijke informatie nodig over de werkwijze, welke randvoorwaarden moeten aanwezig zijn om door te verwijzen.
* [Respijtzorg voor de mantelzorger, brede openingstijden](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=298378) [cliënt heeft een vertrouwelijk persoon nodig die meegaat.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=298377)
* [Voor verwijzing heb ik nodig; openingstijden, aanbod en in de toekomst denk ik ook aan een wensenlijst voor de activiteiten. De cliënt heeft vooral vervoer en persoonlijke begeleiding nodig](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=298369).
* Goede informatie over doelstelling aanbod en meerwaarde voor zowel cliënt of hulpverlener.
* [De consulente en ik werken beiden in 1 kantoor. Hierdoor hebben we veel overleg. Dat werkt dus zeer zeker in het voordeel van het project.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=297600)
* Mailen over activiteiten kan helpen om vraag & aanbod actueel te houden. Medewerkers zorg hebben mailadressen van cliënten en kunnen ze op deze manier voor W&P benaderen (i.v.m. privacy)
* Het lijkt mij mooi waarneer dit project dusdanig voortgezet wordt, dat het voor iedereen ‘normaal’ is daar te ontmoeten/recreëren of wat dan ook, als het voldoet aan de behoefte is het altijd goed.

Een belangrijk punt dat hier ook genoemd wordt is tijd om te begeleiden, als een voorwaarde voor doorverwijzing. Daarnaast wordt er verzocht om een heldere goede route naar het project.

Als extra opmerkingen worden hierbij gemaakt; “Bekendheid verstevigen en vasthouden”, ”Doel van ontmoeten blijven uitdragen”en ”Psychiatrie niet teveel labelen maar vanuit mens zijn benaderen”.

Achtergrond informatie: het project ‘Wijk en Psychiatrie' is in eerste instantie gestart zonder specifieke activiteiten. Toen het project echter niet goed van de grond kwam is er voor gekozen om activiteiten te gebruiken als middel.

*Op welke wijze informeert u cliënten/ burgers over het project ‘Wijk en Psychiatrie’*

*( meer antwoorden mogelijk)*

Figuur 5 ( aantal respondenten 20)

In dit diagram, figuur 5, wordt zichtbaar dat de respondenten vooral de cliënten infomeren over het project.

Daarnaast is het opvallend dat respondenten die een afspraak met ‘Wijk en Psychiatrie’ hebben er meer zijn dan alleen Kwintes. Kwintes heeft door de organisatievorm een specifiek samenwerkingsverband met het project. We zien hier echter dat meer respondenten zich verbonden voelen door een samenwerkingsverband. Er reageren namelijk 11 respondenten op de optie: Uw organisatie heeft een samenwerkingsverband met het project.

In tweede instantie vallen het gebruik van folders c.q. flyers en doorverwijzing naar de consulent van het project ons op.

Eén respondent meldt hier dat ze eventueel moeilijk te bemiddelen potentiële vrijwilligers attent maakt op het project.

Er wordt 3 maal anders genoemd. Dit is niet nader omschreven door de respondenten.

*Wat zou uw cliënt nodig hebben om toe geleid te worden naar het project?*

*( meer antwoorden mogelijk)*

Figuur 6 ( aantal respondenten 20)

In het diagram van figuur 6 wordt helder dat er een complex geheel nodig is om de kwetsbare burger toe te leiden naar het project. Het is niet slechts 1 voorwaarde waar aan dient te worden voldaan maar een geheel dat leid tot verwijzing.

Optimale omstandigheden zouden we het kunnen noemen;

* + uitnodiging vooraf
	+ begeleid vervoer
	+ begeleiding naar het project
	+ begeleiding tijdens het project
	+ persoonlijke begeleiding
	+ push en pull benadering

De push en pull strategie is van oorsprong een marketingterm. Deze term wordt in de context van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ gebruikt om de volgende benadering aan te geven; de verwijzer duwt (to push) zijn cliënt naar het project en biedt daarvoor de juiste randvoorwaarden, dit werkt stimulerend. Daarnaast trekt (to pull) de consulente van het project de cliënt aan, door bijvoorbeeld een activiteit te bieden waaraan behoefte is. In plaats van zich nu geduwd te voelen voelt de cliënt zich aangetrokken tot het project omdat het hem iets te bieden heeft.

Daarnaast wordt er specifieke begeleiding genoemd, een begeleiding waarmee de burger/cliënt bekend is. Kortom maatwerk. Bij overige meld een respondent: “Ik heb aangegeven wat (meestal) nodig is om een cliënt te helpen, te gaan deelnemen of blijven deelnemen”. Verder wordt genoemd: “ Een maatje dat meeloopt en motiveert” hierbij zou een rol weggelegd zijn voor de begeleider.

Hiernaast wordt een lage drempel genoemd: “Niet teveel kosten, maar vooral het gevoel aandragen dat er altijd binnen te mogen komen”. “ Zo nodig contact zoeken middels telefoon en mail”.

“Persoonlijke benadering zonder vooroordelen en verleiding tot activering”.

Onderstaande vraag hebben we gesteld om inzichtelijk te krijgen wat factoren zijn die belemmerd werken.

*Wat ervaart u als belemmeringen gedurende cliënt/ burgercontacten om tot een succesvolle verwijzing te komen?( meer antwoorden mogelijk)*

Figuur 7 ( aantal respondenten 20)

Opvallend bij deze vraag is dat het antwoord in figuur 7 - Anders - het meest is ingevuld; de frequentie van de hoogste factor wordt hierdoor bepaald. De andere opties die genoemd zijn, er niet aan denken tijdens een contactmoment en werkdruk worden wel herkend maar niet in de mate die was verwacht. Andere belemmerende factoren voor verwijzing die door de respondenten worden genoemd zijn:

* Tegenwerking of gebrek aan motivatie van de patiënt.
* Vanwege werkdruk geen vast punt op de agenda.
* In t Franse gat geen cliënten, anders zouden we ze informeren door vertellen, en contact opnemen met de consulente.
* [Een belemmering is tijd om te begeleiden naar het project. De behoeften van de cliënten zijn zeer individueel maar er moet wel in worden voorzien](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=298363).
* [De doelgroep waar ik mee werk zit niet te wachten op een dergelijk project.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=298029)
* [Tijd en vervoer ontbreken om naar het project te begeleiden.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=298362)
* [Cliënten gaan er niet graag alleen op uit.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=297574)
* Op dit moment heb ik maar 1 cliënt die in deze wijk woont.
* [We hebben op dit moment geen cliënten die behoren tot de doelgroep van Wijk & Psychiatrie.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=295533)
* Veel vragen zijn voor mij niet van toepassing door te weinig ervaring.
* Teveel stigmatiserend.
* [Heb geen direct cliënten contact, ik ben de degene die hulpverleners informeert en die vervolgens ermee aan de gang gaan/of niet. Daarmee verlies je het zicht op werkelijke actieve deelname aan het project. Ik laat het project wel terugkomen in beleid besprekingen.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=296946)

Daarnaast wordt er genoemd dat de cliënt er nog niet aan toe is om naar een project te gaan.

Bij overige wordt ook genoemd dat er geen belemmeringen zijn maar dat de hulpverlener/ maatschappelijk betrokkene ervoor kiest om prioriteiten te stellen.

### 4.1.4 Kwaliteitskenmerken

Vervolgens hebben we de vraag voorgelegd wat belangrijke aspecten zijn in de beoordeling van de kwaliteit van het project. We hopen hiermee zichtbaar te krijgen hoe het project wordt beoordeeld en wat mogelijke aandachtspunten zijn.

* Wat vindt u dat belangrijke aspecten zijn in de beoordeling van de kwaliteit van het project ‘Wijk en Psychiatrie’? ( meer antwoorden mogelijk)

Als laatste de vraag of het project ‘Wijk en Psychiatrie’ een vast agenda punt is en zo, ja in welke frequentie. De reden voor deze vraag is dat we in beeld willen krijgen of werkgevers of respondenten het belang van het project hoog achten om op de agenda te zetten.

* Is het project ‘Wijk en Psychiatrie’ een vast agenda punt van uwe organisatie of instelling? Zo, ja, in welke frequentie?

*Wat vindt u dat belangrijke aspecten zijn in de beoordeling van de kwaliteit van het project ‘Wijk en Psychiatrie’? ( meer antwoorden mogelijk)*

Figuur 8 ( aantal respondenten 20)

In figuur 8 zien we als belangrijkste aandachtspuntennaar voren komen: rust en weinig personele wisselingen.

Opvallend zijn de gewenste aanwezigheid van buurtbewoners enerzijds en de gewenste rust anderzijds. Daarnaast is het duidelijk van belang dat er weinig personele wisselingen zijn en ziet men het personeel als een belangrijke component in het geheel.

*Is het project ’Wijk en Psychiatrie’ een vast punt op de agenda van uw organisatie of instelling?*

Figuur 9 ( aantal respondenten 20)

Hierbij reageerden alle 20 respondenten;

Waarvan 4 met het antwoord: ja

Waarvan 16 met het antwoord: nee.

Als reden voor het niet vast zetten als agendapunt werd genoemd; tijdsdruk, tijdgebrek, geen draagvlak binnen de instelling van respondent. Opvallend hierbij is dat blijkbaar de meerderheid van 80% het belang van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ niet zo hoog acht om op de agenda te laten zetten.

*Zo ja: in welke frequentie?*

Hierbij werd 4 maal maandelijks ingevuld.

Doordat er geen mogelijkheid was om “geen” in te vullen kan deze vraag niet goed worden meegenomen in het verdere onderzoek.

Vervolgens waren er nog respondenten die tips gaven. Wij willen u deze niet onthouden:

* [Bespreek waar nodig met vrijwilligers die mensen er attent op kunnen maken.](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=298360)
* Koppelen aan een maatje kan helpen om te komen.
* "Feestjes" of een eetclub kan helpen voor een kennismaking (over de drempel).
* [Gebied regisseurs bij woningbouw informeren/bevragen, zij weten vaak over mogelijk kwetsbaren in de wijk. Laagdrempelige activiteiten bv wandelen. Bezoeken van good practice elders voor ideeën en vooral de moed erin houden en DOORGAAN!](http://www.onderzoekdoen.nl/bekijkresultaat.php?f=10311&id=297571)
* Blijf ons op de hoogte houden door middel van nieuwsbrieven en e-mails: blijf ons voeren.

## 4.2 Interviews

Aan drie welzijnsorganisaties zijn door middel van een interview een aantal vragen voorgelegd met als doel antwoord te krijgen op deelvraag 4: ” Hoe ervaren welzijnsorganisaties in andere steden de samenwerking met hulpverleningsorganisaties?”.

In deze paragraaf geven we weer wat is verteld.

*De geïnterviewde medewerkers zijn:*

*Geïnterviewde*: de heer J. Arts, beleidsadviseur. Welzijnsorganisatie ‘Traject’ in Maastricht.

*Datum*: 4 mei 2011

*Op welke wijze*: telefonisch interview.

*Geïnterviewde*: Mevrouw A. van den Brink, directrice. Welzijnsorganisatie ‘Wisselwerk’ te Apeldoorn

*Datum*: 4 mei 2011

*Op welke wijze*: telefonisch interview

*Geïnterviewde:* Mevrouw I. Scheijmans, projectleider Wmo- werkplaats Utrecht en docente onderzoek aan de Hogeschool Utrecht

*Datum*: 4 april 2011

*Op welke wijze*: via de mail i.v.m. doorverwijzing.

*Participatieprojecten*

Bij alle geïnterviewde/ gemailde contacten valt op te merken dat de onderzoeksvraag een actueel onderwerp betreft. Bij twee van de geïnterviewde organisaties zijn er reeds projecten specifiek gericht op participatie van mensen met psychiatrische problematiek in de wijk. De heer Arts, van ´Traject´ in Maastricht geeft aan, dat er binnen de organisatie een werkgroep is opgericht specifiek gericht op mensen met psychiatrische problematiek. Het betreft het project ‘Kwartiermaken’ in samenwerking met buurtbewoners en ‘Mondriaan’, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Er wordt in elke wijk in Maastricht een activiteit georganiseerd.

Stichting Welzijn Amersfoort is zeven jaar geleden gestart met het project`Wijk en Psychiatrie´.

Het project is gestart in één wijk, maar draait momenteel al in meerdere wijken. Het project is specifiek gericht op de participatie van de kwetsbare burger. Mevrouw Scheijmans geeft in haar mail aan dat het project is gebaseerd op het basisprincipe van push en pull. Mevrouw Scheijmans schrijft: “De begeleider vanuit de GGZ stimuleert de cliënt om maatschappelijk actiever te worden en deel te gaan nemen aan activiteiten in een wijkcentrum (push) en de welzijnswerkers blijven contact zoeken met een 'deelnemer' als die een keer in het wijkcentrum is geweest (pull). De gedachte achter push en pull is dat het voor de doelgroep erg moeilijk is om nieuwe contacten te leggen en te onderhouden. Zij hebben ondersteuning nodig voor het uitbreiden van het netwerk en om maatschappelijk te durven participeren”.

Mevrouw van den Brink, directrice van Wisselwerk in Apeldoorn geeft aan dat er momenteel nog geen specifiek project gericht op de participatie van mensen met psychiatrische problematiek binnen de organisatie aanwezig is. Wel is een dergelijk project in ontwikkeling.

*De contacten met zorginstellingen en maatschappelijke organisaties*.

We hebben de medewerkers van de welzijnsorganisaties gevraagd hoe zij de contacten met de zorginstellingen en maatschappelijke organisaties hebben georganiseerd.

Er is bij alle drie de organisaties een duidelijk actief beleid gericht op samenwerking.

Zo maakt men bij ‘Wisselwerk’ in Apeldoorn gebruik van verschillende methoden en werkwijzen. Zo is er onder andere sprake van een convenant, organiseert men netwerkbijeenkomsten en ondersteunt en organiseert men verschillende activiteiten.

De heer Arts geeft aan dat er bij `Traject´ in Maastricht sprake is van een convenant met de instelling ´Mondriaan´. Zij maken samen deel uit van de werkgroep, met het project ´Kwartiermaken´.

Bij het project zijn van beide stichtingen een medewerker betrokken bij de uitvoering en organisatie. Er wordt in elke buurt een activiteit georganiseerd.

Daarnaast probeert men verbindingen te leggen met verschillende organisaties, zoals MVV, de voetbalvereniging. Ook zijn er verschillende initiatieven die er op zijn gericht dat buurtbewoners en psychiatrie samenwerken.

Naast deze activiteiten, specifiek gericht op mensen met psychiatrische problematiek, is er in een aantal buurten een wijkservicepunt waar ‘Traject’ bij betrokken is. Dit wijkservicepunt heeft een spreekuurfunctie voor verschillende organisaties. Naast ‘Traject’ zijn dit Gemeente Maastricht, Politie, woningstichtingen en de Kredietbank Limburg, zij nemen er in wisselende samenstelling hun intrek. Bewoners van de buurten kunnen met elke opmerking, wens of klacht binnenlopen, zonder eerst uit te zoeken bij welke organisatie men zou moeten zijn.

Dit jaar is men van plan meer de wijk in te trekken samen met hulpverleners.

Mevrouw Scheijmans geeft aan dat de projectleider van ‘Wijk en Psychiatrie’ in Amersfoort veel energie steekt in het contact met de professionals in de organisatie. Zij schrijft: ”De projectleider van ‘Wijk en Psychiatrie’ zoekt steeds naar aanknopingspunten om voorlichting over het project ‘Wijk en Psychiatrie’ te geven op de verschillende locaties. En elk seizoen worden er overzichten gemaakt van de activiteiten in het kader van het project ’Wijk en Psychiatrie’. In het netwerkoverleg wordt steeds besproken welke activiteiten de verschillende organisaties organiseren voor de doelgroep. Het is belangrijk dat deelnemers aan het netwerkoverleg een ambassadeur voor het project zijn in hun eigen organisatie en de activiteiten onder de aandacht brengen van collega's.”

*Ervaringen ten aanzien van de samenwerking*.

Alle geïnterviewden organisaties onderschrijven de noodzaak van een goed werkend samenwerkingsverband tussen welzijnsorganisaties en zorginstellingen en ook maatschappelijke organisaties. Daarbij opgemerkt dat er met name over het samenwerken met zorginstellingen is gesproken en minder of niet over de samenwerking met maatschappelijk organisaties.

Met name de samenwerking met instellingen binnen de GGZ worden als moeizaam ervaren.

Eén van de geïnterviewden geeft daarover aan; ‘*Ze zitten in hun ivoren toren’*

De heer Arts geeft in het interview aan dat de samenwerking met GGZ instellingen als moeizaam wordt ervaren. Dat ligt in hun ervaring niet aan de samenwerking met leidinggevenden, deze loopt goed. De organisatie vindt dat vooral de samenwerking tussen buurtgerichte teams van welzijn en ambulante teams van de GGZ moeilijk is te organiseren. ‘Traject’ heeft de indruk dat vooral de uitvoerenden i.v.m. privacy van de patiënten niet doorverwijzen naar ‘Traject’. Medewerkers hebben echter geen goed beeld van dat wat in de buurten plaats vindt, mede omdat men niet woonachtig is in de wijken waar de cliënten wonen.

Mevrouw van den Brink van ‘Wisselwerk’ ervaart de samenwerking met zorginstellingen en maatschappelijke organisaties als zeer goed. Mevrouw Van den Brink geeft aan dat er op verschillende manieren doorverwijzingen plaats vinden. Daarbij wel opgemerkt dat het met name verwijzingen van welzijn naar zorginstellingen betreft. ‘Wisselwerk’ ervaart de samenwerking met de GGZ als een lacune. Mevrouw Van den Brink geeft aan dat doorverwijzingen beter kunnen, maar het is aan het verbeteren.

Mevrouw Scheijmans geeft aan dat men op basis van gesprekken het volgende beeld heeft ten aanzien van de push en pull samenwerking. Frequente wisseling van medewerkers bij zorginstellingen werkt belemmerend. Het duurt altijd even voordat iemand is 'ingewerkt' en de mogelijkheden van het project gaat zien. Het komt met enige regelmaat voor dat de 'ingewerkte' professionals vertrekken en het contact met de woongroep opnieuw moet worden opgebouwd.

Daarnaast leggen mogelijk de woonbegeleiders vanuit hun beroepsopvatting wel iets te sterk de nadruk op veiligheid en stimuleren ze bewoners eerder om mee te doen aan activiteiten die door de eigen organisatie worden georganiseerd dan de stap naar buiten te zetten. Maar zoals al eerder opgemerkt hebben zij te maken met cliënten die nog meer behoefte hebben aan ondersteuning.

Ook geeft mevrouw Scheijmans aan dat de taak om de maatschappelijke participatie van burgers te bevorderen de primaire taak is van het welzijnswerk. Voor medewerkers van beschermde woonvormen is het bieden van ondersteuning op alle leefgebieden de hoofdtaak. Maatschappelijke participatie is daar maar een klein onderdeel van. Dus het staat minder vooraan in de beleving dan bij het welzijnswerk.

*Vrijwilligers*

Opvallend is dat twee welzijnsorganisaties aangeven dat er steeds meer mensen met psychiatrische problematiek zich aanmelden bij de vrijwilligersbank om als vrijwilliger ingezet te worden. Deze opvallende overeenkomst is het onderzoeken waard, mogelijk een middel om de kwetsbare burger te ontmoeten.

Zo geeft mevrouw van den Brink aan dat men binnen het ’ Verenigingsburo’, een initiatief voor vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties, een groot aantal mensen zich aanmelden met psychische problematiek als vrijwilliger. Zij denken dat dit komt mede door het wegvallen van dagbesteding voor deze doelgroep. Ook de heer Arts vermeld dat zich veel mensen met psychiatrische problematiek als vrijwilliger aanmelden.

In het volgende hoofdstuk zullen we de, in dit hoofdstuk beschreven, onderzoeksresultaten vertalen naar conclusies.

# 5. Conclusies

In dit hoofdstuk zullen we aan de onderzoeksresultaten conclusies verbinden.

We doen dit door antwoord te geven op de hoofdvraag en deelvragen. We beginnen bij de hoofdvraag.

## 5.1 Wat zijn de oorzaken dat verwijzingen door de hulpverleners en maatschappelijke organisaties, in de wijk het ’Franse Gat’, naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’ niet tot stand komen?

Door de uitkomsten van de enquêtes en de interviews kunnen we enkele oorzaken beschrijven waardoor verwijzingen niet tot stand komen. Daarbij opgemerkt dat in de loop van het onderzoek het niet- tot- stand- komen genuanceerd is naar minder- dan- verwacht- tot- stand- komen dit op verzoek van de opdrachtgever.

 Als belangrijkste oorzaak kan worden genoemd dat de, bij de start beoogde, push en pull methode niet van de grond komt. Het project stuurt momenteel voornamelijk aan op inhoud en wij concluderen uit de reacties in de enquêtes dat medewerkers van zorginstellingen en mensen van maatschappelijke organisaties het verwijstraject niet helder hebben.

Medewerkers van zorginstellingen vragen om een duidelijk aanbod van activiteiten die op een overzichtelijke manier, eenduidig, met regelmaat en eenvoudig worden gepresenteerd. Omdat het doorverwijzen naar welzijnsorganisaties niet een van de basisprioriteiten is van zowel de maatschappelijke organisaties als van de zorginstellingen is het push gedeelte, van de push en pull methode, geen dagelijks aandachtspunt. Dit betekent dat welzijnsorganisaties een leidende functie hebben ten aanzien van het pull gedeelte omdat het welzijn van mensen het uitgangspunt is van welzijnsorganisaties.

Medewerkers van zorginstellingen en mensen van maatschappelijke organisaties geven aan dat het bedienen van de kwetsbare burger vraagt om een aantal aandachtspunten. Zo is het belangrijk dat mensen begeleid worden naar de activiteiten door voor hen bekende personen of dat men gekoppeld wordt aan een ‘maatje’. De voorkeur ligt dan bij begeleiding door personeel van de zorginstelling maar het zou ook een vaste vrijwilliger / medewerker van het project mogen zijn, die door continuïteit een bekende wordt. Men geeft ook aan dat het vervoer naar het project een probleem is welke aandacht behoeft.

Daarnaast is het van belang dat de activiteiten in een sfeer van veiligheid worden aangeboden. Deze veiligheid kan worden geborgd door het aanbieden van laagdrempelige activiteiten, vast

 ( geschoold) personeel, voldoende continuering in de activiteiten, rust in de activiteitenruimtes en een duidelijk aanbod van activiteiten.

## 5.2 Quickscan van de beschikbare documentatie en literatuur

### 5.2.1 Hoe werd de maatschappelijke participatie van psychisch kwetsbare mensen in het verleden geborgd?

De term participatie van mensen met psychiatrische problematiek heeft een korte geschiedenis. In het verre verleden was juist uitstoting en afstoting aan de orde. In een later stadium is er door verschillende stromingen gewerkt aan het verbeteren van de leefomstandigheden van de mensen met psychiatrische problematiek. Dit richtte zich voornamelijk op het verbeteren van de huisvesting en het zorgaanbod. Pas in de jaren negentig van de vorige eeuw kwam er aandacht voor participatie in de wijk. Maar gezegd mag worden dat dit niet een soepel lopend proces is. Het stigma van de psychiatrische medeburger is blijven bestaan en meer aandacht voor participatie blijft een speerpunt in verslagen en rapporten.

### 5.2.2 Welke invloed heeft wet- en regelgeving op de huidige samenwerking tussen zorg en welzijn?

Het meest opvallende van de nieuwe wet- en regelgeving blijkt de verschuiving van verantwoordelijkheden van de centrale overheid naar de lokale overheid. Het meedoen voor alle burgers komt niet uit de verf. Burgers weten maar moeizaam de weg te vinden naar een Wmo- loket. Dit komt voornamelijk omdat de gemeentes zelf vaak wel een beleid hebben gemaakt maar de uitvoering nog te wensen overlaat. In een onderzoek dat is uitgevoerd door het Verwey-Jonker Instituut (Gülşen, 2008) komt naar voren dat de sterkst vertegenwoordigde groepen de mensen met een somatische beperking en ouderen zijn, daarna de mantelzorgers, chronische zieken en vrijwilligers. De groepen die gemist worden volgens de Wmo-raad zijn onder meer de mensen met psychiatrische problematiek of beperking. Hoog tijd dat deze kwetsbare groep onder de aandacht komt van het lokale beleid en de uitvoering.

### 5.2.3 Hoe komt het dat doorverwijzing naar welzijnsorganisaties een actueel probleem betreft?

Begeleiding aan kwetsbare burgers wordt momenteel aan financiële banden gelegd door bezuinigingen vanuit de landelijke en plaatselijke overheid. Met deze bezuinigingen komt ook de lijn van doorverwijzen van zorg naar welzijn in de knel. Om de beperkte mogelijkheden die er in de toekomst naar alle waarschijnlijkheid zijn optimaal te benutten, is het uiterst raadzaam dat zorg en welzijn samenwerken. Voor burgers is het moeilijker geworden om de weg naar zorg en welzijn te vinden.

## 5.3 Het project ‘Wijk en Psychiatrie’

Het project ‘Wijk en Psychiatrie’ heeft een duidelijke structuur en visie zoals opgetekend in het projectplan wijk en psychiatrie Veenendaal uit 2009.

Het voorziet in een behoefte die is ontstaan door de vermaatschappelijking van de zorg en de verschraling van de AWBZ.

Alhoewel er, in tegenstelling tot de doelstelling bij de start van het project, momenteel georganiseerde activiteiten zijn blijkt dit een goede aanvulling voor het project. Bekend is dat het voor mensen met psychiatrische problematiek makkelijker aan te schuiven is bij een bestaande activiteit dan zelf wensen ten aanzien van activiteiten te bedenken.

Het integreren van de kwetsbare burger met overige buurtbewoners blijft een aandachtspunt. Op dit moment hebben enkele kwetsbare burgers de weg naar het project gevonden, overige buurtbewoners zijn er nog niet in groten getale.

De netwerkbijeenkomsten zijn geschikt om een verbinding te maken met maatschappelijke organisaties en zorginstellingen. Wat opvalt, is dat potentiële doorverwijzers na de eerste keer niet meer of minder hebben deelgenomen aan de bijeenkomsten. Denk daarbij aan de politie of de woningbouwvereniging. Ook lijkt deelname aan netwerkbijeenkomsten niet te lijden tot verwijzing.

## 5.4 Wat zijn belemmerende factoren voor doorverwijzing naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’?

Er is een verschillend beeld over wat mogelijke belemmeringen zijn tussen medewerkers van zorginstellingen/ maatschappelijke organisaties enerzijds en medewerkers van welzijnsorganisaties anderzijds. Medewerkers van welzijnsorganisaties zien dat het bewaken van de privacy en veiligheid van de cliënten maakt dat hulpverleners niet tot verwijzing overgaan. Ook zien zij dat het stuk welzijn niet tot de basisprioriteit, van met name uitvoerden, binnen zorginstellingen behoort.

Daarentegen noemen medewerkers van zorginstellingen dat het erg belangrijk is dat cliënten door de begeleiding van de instelling worden begeleid naar externe activiteiten. En dat het vervoer wordt georganiseerd. Hier is echter geen tijd voor.

Mogelijk dat juist deze zorg van medewerkers in zorginstellingen door welzijnsorganisaties als te veel gericht op veiligheid wordt gezien.

Medewerkers van zorginstellingen geven daarnaast aan dat werkdruk en het niet denken aan doorverwijzing naar het project aan de orde zijn.

## 5.5 Hoe ervaren welzijnsorganisaties in andere steden de samenwerking met hulpverleningsorganisaties?

Een conclusie die meteen te maken valt is dat alle geïnterviewden de noodzaak van het onderwerp zien. De samenwerking tussen welzijn en zorg is een samenwerking die door de huidige en toekomstige bezuinigingsronden een belangrijk aandachtspunt betreft. Maar hierin is een duidelijke verbeterslag te slaan. De welzijnsorganisaties ervaren dat de prioriteit van medewerkers van zorginstellingen niet gericht is op welzijn. En ook dat medewerkers uit bescherming van hun cliënt zich veelal intern richten en minder extern kijken.

In het volgende hoofdstuk zullen we aanbevelingen geven. De aanbevelingen zijn een vertaling van de gevonden resultaten.

# 6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven wij naar aanleiding van ons onderzoek een aantal aanbevelingen aan de consulente van ‘Wijk en Psychiatrie’, Ingrid Niemans.

Onze aanbevelingen willen we graag in drie delen weergeven.

* Op cliëntniveau
* Op instellingsniveau
* De toekomst

## 6.1 Op cliëntniveau

In de omschrijving van het project ‘Wijk en Psychiatrie’, hoofdstuk 3, staan een tweetal vaste activiteiten beschreven, één eenmalige en één startende activiteit. Onze aanbeveling is meer in een vast patroon terugkerende activiteiten te organiseren. Denk daarbij aan het organiseren van één activiteit, elke week, op dezelfde dag gedurende minimaal drie maanden.

Naast deze vaststaande activiteiten is het idee geopperd om vanuit de pull gedachte, een aantal activiteiten te organiseren om de kwetsbare burger ‘over de drempel’ te helpen. Hierbij denken wij aan een open dag/ avond in een terugkerend patroon van eenmaal per drie maanden.

De cliënt heeft behoefte aan een gevoel van veiligheid, onze aanbeveling is deze te creëren door het directe persoonlijke contact, dit zou vorm kunnen krijgen door het organiseren van een vast maatje in de eigen groep. Hierbij denken we aan een vrijwilliger of een stagiaire. Deze vrijwilliger of stagiaire heeft onder andere tot taak het opnemen van contact met de cliënt wanneer deze na één keer deelname niet meer komt of na een aantal bezoeken wegblijft.

 Wij bevelen aan om gedurende de activiteiten van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ een zekere mate van rust te organiseren ten aanzien van de overige activiteiten.

Onze aanbeveling is nader te onderzoeken wat de cliënt nodig heeft om de stap te kunnen zetten zelfstandig naar de aangeboden activiteiten te komen.

## 6.2 Op instellingsniveau

Als conclusie is in hoofdstuk 6 beschreven dat uitvoerenden van zorginstellingen een beschermende attitude kunnen hebben naar hun cliënten en dat de prioriteit in de begeleiding niet ligt bij de participatie van de cliënt met overige burgers in de wijk. Juist daarom zouden zorginstellingen meer moeten samenwerken met welzijnsinstellingen, binnen welzijnsinstellingen kan in een beschermde omgeving aan participatie worden gewerkt.

Onze aanbeveling is helderheid te creëren door het aanbieden van een activiteitenoverzicht met daarbij de naam van de contactpersoon en een stroomschema hoe verwijzingen verlopen. Wij adviseren het aanbieden van het overzicht in een vaste structuur te laten plaatsvinden. Op deze manier worden medewerkers, en mogelijk ook maatschappelijke organisaties, steeds alert gemaakt op het project. Het project komt fysiek in beeld en is onder de aandacht van potentiële verwijzers.

Mogelijk is af te stemmen met de leidinggevenden van zorginstellingen en maatschappelijke organisaties dat het activiteitenoverzicht standaard in een vergadering wordt gepresenteerd en op de agenda komt te staan.

De potentiële doorverwijzer moet het project scherp in het vizier hebben om zo tot doorverwijzing te komen, we adviseren dan ook aan de consulent van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ de zorginstellingen te bezoeken, bijvoorbeeld middels het houden van een presentatie in een teamvergadering.

Een belangrijk aandachtspunt is het vervoer naar het project en de begeleiding tijdens dit vervoer, veel medewerkers van zorginstellingen en maatschappelijke organisaties geven aan dat dit als een belemmering wordt ervaren. Mede doordat medewerkers van zorginstellingen aangeven dat zij binnen hun zorgaanbod geen tijd beschikbaar hebben om cliënten te begeleiden naar het project.

We weten dat dit al een aandachtspunt betreft van de consulente, maar onze aanbeveling is dit in de netwerkbijeenkomst te bespreken en samen naar oplossingen te kijken.

Wij adviseren de medewerkers van zorginstellingen of maatschappelijke organisaties de cliënten de vraag voor te laten leggen wat hij/zij nodig heeft om naar het project te komen.

Onze aanbeveling ten aanzien van de netwerkbijeenkomst is deze 4 keer per jaar 3 kwartier aan te bieden in plaats van 3 maal per jaar een hele ochtend. Op deze wijze wordt het bijwonen van een bijeenkomst voor zowel zorggerelateerde als maatschappelijke organisaties, die niet meteen een belang hebben, aantrekkelijker.

Bovenstaande aanbevelingen zijn met name gericht op de uitvoerenden binnen zorginstellingen. Om een actieve samenwerking te creëren met zorginstellingen in het algemeen nemen we de samenwerking met Kwintes als voorbeeld. Deze is gebaseerd op een schriftelijke afspraak. Dit heeft een activerende werking. Medewerkers van Kwintes worden door leidinggevenden geattendeerd op het project en men verwijst met een bepaalde regelmaat door naar het project ‘Wijk en Psychiatrie’

Onze aanbeveling is deze expliciete samenwerking ook met andere zorginstellingen te zoeken, en hen middels een convenant te verbinden aan het project.

## 6.3 De toekomst

‘Wijk en Psychiatrie’, zoals het in Veenendaal is georganiseerd, is een project dat voorziet in een duidelijke behoefte, een behoefte die is afgestemd op de laatste ontwikkelingen binnen zorg en welzijn, maar ook één die inspeelt op toekomstige ontwikkelingen. We zien de noodzaak van het project en bevelen aan het project zodra het verwijsprobleem is opgelost te implementeren in andere wijken in Veenendaal.

Het zou mooi zijn als meer gemeentes zich bewust zouden zijn van de noodzaak te investeren in het welzijn van de kwetsbare burger bij het besteden van de Wmo gelden. Aanbevelingen hoe dit te bewerkstelligen liggen buiten onze competenties.

Het zou mooi zijn als alle op psychiatrische cliënten gerichte projecten binnen welzijnsorganisaties zich landelijk bundelen en onder dezelfde naam werken. Dan zal het waarschijnlijk makkelijker zijn om trajecten in gemeentes te starten en subsidies te verwerven, naamsbekendheid zal helpen.

# 7 Evaluatie en reflectie

*Inleiding*

In dit hoofdstuk geven we een evaluatie op het onderzoek. Wij evalueren zowel op het onderzoeksproduct als op het onderzoeksproces. We willen door middel van de evaluatie onderzoeken welke zaken van invloed zijn geweest op het proces en het product. Daarnaast reflecteren we met de intentie zicht te krijgen in ons handelen en wat is te verbeteren.

## 7.1 Onderzoeksproces

Terugkijkend op het proces kunnen we constateren dat niet alleen productmatige aspecten van invloed zijn op het tot stand komen van een onderzoek. Wanneer er binnen de privésituatie van een van de onderzoekers meerdere zaken spelen dan zijn die van invloed op het proces.

Naast deze beïnvloeding kunnen we constateren dat het verloop van het onderzoek en het maken van een onderzoeksverslag ook afhankelijk is van samenwerkingsaspecten. Er is veel tijd gestoken in het procesmatige deel van het onderzoek en te weinig in het onderzoeksproduct. Er is gedurende het onderzoek veelvuldig gereflecteerd op de samenwerking waar deze als afsluiting plaats had moeten vinden.

We hebben ons gedurende het proces in eerste instantie gericht op het samenstellen van een enquête. Voortschrijdend inzicht laat zien dat een quickscan van de literatuur in een eerder fase van het onderzoek had moeten plaats vinden. Het geeft informatie welke meegenomen kon worden bij het opstellen van de enquête en het maken van de vragen ten behoeve van het interview. Ook is het door de late verdieping in de literatuur uiteindelijk een spurt geworden om de eindstreep te halen.

Beide onderzoekers hebben geconcludeerd dat zij een goed product nastreven. Het aanbieden van, nog niet tot tevredenheid, gemaakte deelproducten is dan ook niet afdoende geschied.

Dit is echt een gemiste kans. Er had veel meer gebruik gemaakt moeten worden van de expertise van de opdrachtgever en docent.

## 7.2 Onderzoeksproduct

Om zicht te krijgen wat oorzaken zijn dat verwijzingen naar het project ‘Wijk en psychiatrie’ minder dan verwacht tot stand komen, hebben wij bij de start van het onderzoek gekozen voor drie onderzoeksmethoden en werkwijzen. Graag willen we deze een voor een evalueren. Ook zullen we evalueren op het onderzoek in het algemeen.

We hebben gekozen voor het afnemen van een papieren enquête tijdens de netwerkbijeenkomst en een digitale enquête om respondenten van de betrokken organisaties en instellingen via de mail te benaderen. De papieren enquête is door bijna iedereen ingevuld. De digitale enquête is minder dan verwacht ingevuld. Mogelijk hadden we meer gebruik kunnen maken van de aanwezigen bij de netwerkbijeenkomst door een verzoek tot verspreiden van een papieren enquête, incluis retourenvelop met postzegel, bij de eigen organisatie of instelling. Een grotere respons had de betrouwbaarheid van de gegevens vergroot.

Gedurende het onderzoek zijn de diepte-interviews met de opdrachtgevers komen te vervallen. Gedurende de eerste overlegmomenten hebben we dermate veel informatie verkregen dat een diepte-interview achterhaald bleek.

De drie interviews met welzijnorganisaties gaven een goed beeld hoe de organisaties de samenwerking ervaren, hoe zij zijn georganiseerd zowel ten aanzien van projecten voor mensen met psychiatrische problematiek als in de contacten met instellingen. De interviews hebben antwoord gegeven op de deelvraag. Blijft dat drie geïnterviewde organisaties een beperkt beeld geven. Het verkleint de validiteit van de gegevens.

De vraag die naar aanleiding van de interviews achterblijft, is of er meer organisaties zijn die momenteel geen specifieke projecten hebben voor mensen met psychiatrische problematiek. Wanneer er meerdere organisaties zijn, dan zou dit een mogelijkheid bieden tot het introduceren van het project bij deze organisaties.

Het onderzoek richt zich op de samenwerking tussen het project ‘Wijk en Psychiatrie’ in Veenendaal en zorginstellingen en maatschappelijke organisaties in de wijk het Franse Gat. De vraag blijft hoe zorginstellingen en maatschappelijke organisaties in andere wijken en steden de participatie van mensen met psychiatrische problematiek bewerkstellingen. Mogelijk is het doorverwijsprobleem een landelijk onderwerp.

Met name de deelvragen over de invloed van wet- en regelgeving en de actualiteit van het verwijsonderwerp is goed te beantwoorden met een onderzoek in documentatie en internetsites.

Echter de deelvraag: “Hoe werd de maatschappelijke participatie van psychisch kwetsbare mensen in het verleden geborgd?” is op basis van twee boeken geschreven. Door het gebruikmaken van meerdere boeken hadden we in plaats van een quickscan een literatuuronderzoek kunnen plegen.

De quickscan van de beschikbare documentatie en literatuur heeft een onderbouwend beeld gegeven van de groeiende roep om samenwerking tussen welzijnsorganisaties en zorginstellingen/ maatschappelijke organisaties. Het heeft zicht gegeven op de noodzaak van het project ‘Wijk en Psychiatrie’ we hopen dan ook dat ons onderzoek bijdraagt aan het optimaliseren van het verwijsbeleid en het project in meerdere wijken en steden geïmplementeerd kan worden.

 Op 7 juni zijn wij uitgenodigd om in de netwerkgroep van ‘Wijk en Psychiatrie’ de bevindingen van dit onderzoek te presenteren. We zullen dan naast de resultaten ook aanbevelingen doen.

Al met al kunnen beide onderzoekers concluderen dat er veel geleerd is. Er is veel duidelijk geworden op procesmatig gebied maar er is zeker ook veel geleerd over het doen van onderzoek en hoe dit te vertalen in een onderzoeksverslag.

# 8. Bronnenlijst

* Dam, d. N. (23 maart 2009). *Effecten AWBZ-pakketmaatregelen*. Enschede, HHM.
* Blok, G. ( 2004). Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland 1965-1985. Amsterdam: Nieuwezijds.
* Gemeente Veenendaal. (n.d.). Raadsprogramma 2006-2010 ‘ Veenendaal in beweging'. Bekeken op 14april 2011, op <http://www.veenendaal.nl/index.php?simaction=content&mediumid=1&pagid=2777&stukid=20386>
* Gülşen, T.N. (2008). *Zelfevaluatie Wmo-raden, tussenoverzicht november 2007-april 2008*. Utrecht: Verwey- Jonker instituut.
* Jeffrey, S. N.A. (2008) *Psychiatrie een inleiding: Historische visies op afwijkend gedrag*. Pearson Education Benelux BV, Amsterdam
* Kwekkeboom, M. (1999). *Naar draagkracht, een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal Planbureau.
* Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.(1998, december). *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg 1999*. Bezocht op 2 mei 2011, op

<http://www.ggzbeleid.nl/pdfggz/belvisie.pdf>

* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (n.d.). Invoering Wmo. Bezocht op 20 april 2011, op

 <http://www.invoeringwmo.nl/home>

* Roosens, E. ( 2001). *Dansen met de maan: gezinsverpleging in Geel*. Van Halewyck: 2001.
* Raad voor de volksgezondheid en zorg. (n.d.). Bekeken op 23 april 2011, op

<http://www.rvz.net/cgi-bin/index.pl>

* Research voor Beleid. (2010, februari). *Gevolgen van de AWBZ pakketmaatregelen. Onderzoek onder Onderzoek onder chronisch zieken, ouderen, lichamelijk en verstandelijk gehandicapten*. Bekeken op 25 april 2011, op <http://www.studiearena.nl/uploads/congresagenda/eindrap_awbz_pm_deel_rvb_feb_2010.pdf>
* Taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg.(2002, januari). *Erbij horen*. Bekeken op 26 april 2011, op de website van het ministerie van VWS:

<http://www.ggzbeleid.nl/pdfggz/taskforce.pdf>

* Vasco Lub, A.S. (2010, maart). *Wmo trendrapport.* Utrecht: Uitgeverij Anraad.

# 9. Verklarende woordenlijst

**AWBZ** Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

**DSM IV** Handboek voor diagnose en statistiek van [psychische aandoeningen](http://nl.wikipedia.org/wiki/Psychische_aandoening)

**GGZ** Geestelijke gezondheidszorg

**Hospitalisatie** Beperking van de individuele ontplooiing en ontgroeiing aan het eigen milieu door langdurig verblijf in een ziekenhuis of inrichting door de daar opgelegde regels.

**Integratie**  Het opnemen in een geheel

**MEE**  Landelijke organisatie voor ondersteuning bij leven met een beperking

**Participatie** Actieve deelname

**PGB**  Persoonsgebonden budget

**Push en Pull methode**  Aansporen en overtuigen (duwen) en onderzoeken en inspireren (trekken)

**Trimbos-instituut** Het Trimbos-instituut zet zich in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid door het delen van kennis. Het Trimbos behandelt niet.

**Vermaatschappelijking** Proces waarbij een groter deel van de maatschappij verantwoordelijkheid gaat dragen

**VWS**  Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

 **Wmo**  Wet maatschappelijke ondersteuning

**Zorg in natura Z**org die door de zorgverlener is verleend en via het zorgkantoor wordt betaald

**Zorgkantoor**  Verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ

# 10. Bijlagen

## Bijlage A

### Schriftelijke enquête

**Wijk en Psychiatrie** ![MC900297247[1]]()

**Door middel van, onder andere, deze enquête willen we zicht krijgen op de oorzaken dat verwijzingen door maatschappelijke organisaties en hulpverleners in de wijk “het Franse Gat”naar het project “Wijk en Psychiatrie” veel minder dan verwacht tot stand komen.**

1. **Vanuit welke maatschappelijke organisatie of instelling bent u verbonden aan het project “Wijk en Psychiatrie”?**
* Bewonerscommissie
* Kwintes
* Pro Persona
* Symfora
* Centrum Maliebaan
* Humanitas
* Kerk
* Buurtzorg
* Patrimonium
* Stichting Welzijn
* Overige
1. **Wat is uw functie in deze organisatie/instelling?**
* vrijwilliger
* staffunctie
* begeleider/ coördinerend begeleider
* maatschappelijk werker
* sociaal psychiatrisch verpleegkundige
* anders ……………………
1. **Hoeveel cliënten zijn er bij uw organisatie bekend die in aanmerking komen voor het project “Wijk en Psychiatrie”?**
* 1-5
* 6-10
* 11-15
* 16-20
* 21-25
* 25- 50
* 50-meer
1. **Hoeveel burgers kent u die in aanmerking komen voor het project “Wijk en Psychiatrie”?**
* 1-5
* 6-10
* 11-15
* 16-20
* 21-25
* 25- 50
* 50-meer

*Op onderstaande vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

1. **Op welke wijze informeert u cliënten/ burgers over het project “Wijk en Psychiatrie”?**
* U vertelt aan uw cliënt over het project.
* U verwijst uw cliënt naar de consulente van het project.
* Uw organisatie heeft een samenwerkingverband met het project.
* Via folder, flyers.
* De cliënten vernemen over het project onderling.
* U verwijst naar berichtgevingen in de media.
* Anders namelijk;

|  |
| --- |
|  |

1. **Wat hebt u, als maatschappelijk betrokkene/hulpverlener, nodig om tot een succesvolle doorverwijzing te komen?**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wat heeft uw cliënt nodig om toegeleid te worden naar het project? Denk hierbij bijvoorbeeld aan: vervoer, tijd, financiën, persoonlijke begeleiding, telefonisch contact, push en pull, etc.**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wat ervaart u als belemmeringen voor uzelf om tot een succesvolle verwijzing te komen?**
* Tijd om te begeleiden naar het project.
* Tijd/ruimte voor het bespreekbaar maken van het onderwerp.
* U denkt er niet aan het te benoemen gedurende contactmomenten met de cliënt/burger.
* Medewerking van de eigen organisatie of instelling ontbreekt.
* Werkdruk.
* Anders namelijk;

|  |
| --- |
|  |

1. **Wat vindt u dat belangrijke aspecten zijn in de beoordeling van de kwaliteit van het project “Wijk en Psychiatrie”?**

*Graag aangeven van 10 tot 1 met 10 als meest belangrijk en 1 het minst belangrijk.*

1. Aanwezigheid overige buurtbewoners
2. Ruimte
3. Rust
4. Weinig personele wisseling
5. Voldoende personeel
6. Geschoold personeel
7. Specifiek geschoold personeel
8. Veel vrijwilligers
9. Voldoende variatie in activiteiten
10. Voldoende continuering in activiteiten
11. Direct contact tussen de verwijzer en de consulent van het project.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

1. **Hoe communiceert u de, in de netwerkbijeenkomsten, besproken punten met uw organisatie/ instelling?**
* U geeft een verslag tijdens uw teamvergadering/ overleg.
* U verspreidt notulen van de bijeenkomst onder uw collega’s/ medevrijwilligers.
* U bespreekt het met uw leidinggevende.
* U hebt geen vaste communicatiestructuur.
* anders namelijk;

|  |
| --- |
|  |

1. **Is het project”Wijk en Psychiatrie”een vast punt op de agenda van uw organisatie of instelling?**
* Nee
* Ja

 Zo ja: in welke frequentie?

 [ ]  maandelijks

 [ ]  eenmaal per kwartaal

 [ ]  halfjaarlijks

 [ ]  jaarlijks

 [ ]  anders …………….………

1. **Hebt u nog opmerkingen of suggesties?**

|  |
| --- |
|  |

*Hartelijk dank voor uw medewerking!*

*Op de eerstvolgende netwerkbijeenkomst zullen we de uitkomsten aan u presenteren.*

## Bijlage B

### Online enquête.

Beste heer/mevrouw, ··Gezien de huidige golf van bezuinigingen binnen zorg en welzijn is het van cruciaal belang dat lopende projecten brede bekendheid genieten.
Door middel van, onder andere, een enquête willen we zicht krijgen op de oorzaken dat verwijzingen door maatschappelijke organisaties en hulpverleners in de wijk “het Franse Gat” in Veenendaal naar het project “Wijk en Psychiatrie” veel minder dan verwacht tot stand komen.

Wij nodigen u uit om deel te nemen aan een online enquête. De enquête zal ongeveer 5 - 10 minuten van uw tijd vergen.

De uitkomsten van het onderzoek zullen op de netwerkbijeenkomst van 7 juni 2011 in het wijkcentrum “de Geut” te Veenendaal worden gepresenteerd.

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Bovenkant formulier**1. Van welke maatschappelijke organisatie of instelling bent u? (*Verplicht veld*)****2. Wat is uw functie in deze organisatie/instelling? (*Verplicht veld*)****3. Bent u bekend met het project”Wijk en Psychiatrie” van welzijn Veenendaal en Stichting “Als Jij en Ik”?****4. Op welke wijze informeert u cliënten/ burgers over het project “Wijk en Psychiatrie”?**U verteld aan uw cliënt over het projectU verwijst uw cliënt naar de consulente van het projectUw organisatie heeft een samenwerkingsverband met het projectVia folders, flyersDe cliënten vernemen over het project onderlingU verwijst naar de berichtgevingen in de mediaAnders; graag toelichten bij vraag 12**5. Wat hebt u, als maatschappelijk betrokkene/hulpverlener, nodig om tot een succesvolle doorverwijzing te komen?**Folders om uit te delenInformatie over het activiteitenaanbodDirect contact met de consulent van het projectEen georganiseerd samenwerkingsverband tussen uw organisatie en het projectTijd om te begeleiden naar het projectAnders; graag toelichten bij vraag 12**6. Wat ervaart u als belemmeringen gedurende cliënt/ burgercontacten om tot een succesvolle verwijzing te komen?**Tijd/ruimte voor het bespreekbaar maken van het onderwerpU denkt er niet aan het te benoemen gedurende contactmomenten met de cliënt/burger Medewerking van de eigen organisatie of instelling ontbreektWerkdrukAnders; graag toelichten bij vraag 12**7. Hoeveel cliënten kent u binnen uw organisatie die mogelijk in aanmerking komen voor het project “Wijk en Psychiatrie”?****8. Hoeveel burgers kent u die mogelijk in aanmerking komen voor het project “Wijk en Psychiatrie”?****9. Wat zou uw cliënt nodig hebben om toegeleid te worden naar het project?**Begeleid vervoer door het projectBegeleid vervoer door eigen organisatieEen telefoontje ter uitnodiging voorafFinanciële middelenPersoonlijke begeleiding vanuit Welzijn Persoonlijke begeleiding vanuit uw organisatieEen push en pull benaderingEen gevarieerde bezoekersgroepAnders; graag toelichten bij vraag 12**10. Wat vindt u dat belangrijke aspecten zijn in de beoordeling van de kwaliteit van het project “Wijk en Psychiatrie”?**Aanwezigheid overige buurtbewonersRuimteRustWeinig personele wisselingVoldoende personeelGeschoold personeelSpecifiek geschoold personeelVeel vrijwilligersVoldoende variatie in activiteitenVoldoende continuering in activiteitenDirect contact tussen de verwijzer en de consulent van het project**11.a Is het project”Wijk en Psychiatrie”een vast punt op de agenda van uw organisatie of instelling.****11.b Zo ja: in welke frequentie?****12. Hier kunt aan aanvullingen noteren op de vragen waar u "overige" hebt aangevinkt. Hebt daarnaast opmerkingen of suggesties?**Onderkant formulier |

 |