

Cliënt en Maatschappij

Maatschappelijke participatie van (ex-)GGZ cliënten

Afstudeerproject



Schilderij gemaakt door een ex-GGZ cliënt van de Zwolse Poort

Anita Goutier & Erica Wiebols

Christelijke Hogeschool Windesheim, Maatschappelijk Werk en Dienstverlen

Juli 2008

Cliënt en Maatschappij

Maatschappelijke participatie van (ex-)GGZ cliënten

Afstudeerproject

Opdrachtgever

Centrale Cliëntenraad Zwolse Poort

Zwolle

Projectbegeleider

Pelle Oosting

Opdrachtnemer

Christelijke Hogeschool Windesheim

Opleiding

Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Projectbegeleider

Anja Bunthof

Auteurs

Anita Goutier & Erica Wiebols

Juli 2008

5>amenvatting

In dit afstudeeronderzoek is de volgende onderzoeksvraag onderzocht: ***"Op welke wijze kunnen (ex-)GGZ cliënten in Overijssel zich organiseren zodat zij door en voor elkaar vorm en inhoud kunnen geven aan voorlichting, Informatie en ondersteuning binnen maatschappelijke participatie gericht op wonen, werk, welzijn en preventie?"***

De opdracht voor de uitvoering van dit onderzoek is gegeven door de Zwolse Poort. De onderzoeksvraag is ontstaan vanuit de Centrale Cliëntenraad van de Zwolse Poort.

De onderzoekers hebben geprobeerd de onderzoeksvraag te beantwoorden door middel van literatuuronderzoek, praktijkoriëntatie en een gestructureerd interview. De interviews zijn door middel van een a-selekte steekproef bij verschillende instanties persoonlijk afgenomen. Het gestructureerde interview is gebaseerd op verschillende onderwerpen en leefgebieden, namelijk: persoonsgegevens, hulp- en/of dienstverlening, wonen, werk/dagbesteding, financiën, vrije tijd, overig en ervaringsdeskundigheid.

De geïnterviewde (ex-)GGZ cliënten zijn in de leeftijd van 30-60 jaar.

Uit het onderzoek is gebleken dat deze doelgroep veel behoefte heeft aan ondersteuning op de verschillende leefgebieden. Ook is gebleken dat ze met vragen op de verschillende gebieden vooral gaan naar de instantie waar ze al hulp- en/of dienstverlening ontvangen. De doelgroep kiest voor bekende hulpverleningsinstanties die, doordat de mensen daar bekend zijn, makkelijk te bereiken zijn.

Deze doelgroep maakt weinig gebruik van het WMO loket. Dit loket staat ver van deze mensen af, het is onbekend dat ze met vragen op verschillende gebieden terecht kunnen bij het loket van de gemeente. Hier spelen de hulpverlenende instanties ook een grote rol in, omdat zij cliënten graag binnen hun eigen instantie houden.

Er is behoefte aan een zelfstandige instantie voor en door cliënten. Cliënten zouden wanneer deze instantie in de buurt zou zijn, hier gebruik van willen maken. Een zelfstandige instantie valt onder eerstelijns voorzieningen en past hierdoor in de gedachte van de WMIO.

Opmerkelijk is dat bijna alle respondenten werk of een dagbesteding hebben. Dit is erg belangrijk voor deze doelgroep, want door een dagbesteding te hebben, hebben zij het gevoel deel te nemen aan de maatschappij. Echter moet er meer toeleiding plaats vinden naar betaald werk, want dit geeft de doelgroep nog meer voldoening.

Het is gebleken dat het inzetten van ervaringsdeskundigheid leeft onder de doelgroep. Zij geven veelal aan dat (h)erkenning hierbij een belangrijke rol speelt. Zij willen ondersteuning aannemen van een ervaringsdeskundige, zien zichzelf als ervaringsdeskundige in de toekomst en zijn bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige. De inzet van ervaringsdeskundigheid past ook heel goed in de gedachte van de WMO.

Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoek 'Cliënt en Maatschappij' dat wij in het kader van ons afstudeerproject en in opdracht van de Zwolse Poort hebben uitgevoerd.

Met dit eindrapport komt er na vier jaar een einde aan onze studie Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Windesheim. Ondanks een moeizame start en de nodige inspanningen hebben wij het onderzoek met plezier uitgevoerd. De onderzoeksperiode is voor ons in veel opzichten erg leerzaam geweest.

Het eindverslag is tot stand gekomen met behulp van diverse personen. Anja Bunthof, docent, was vanuit de Christelijke Hogeschool Windesheim onze projectbegeleider. Anja, bedankt voor je begeleiding en ondersteuning. Jouw 'peptalks' en kritische blik hebben we zeer gewaardeerd.

Pelle Oosting, cliëntondersteuner CCR, was onze begeleider vanuit de Zwolse Poort. Pelle, bedankt voor jouw tijd en inzet. De sfeer onderling, gemotiveerd en serieus, maar ook tijd voor wat informele praat en een grap, hebben we als erg leuk ervaren.

De hulpverleningsinstellingen die hun medewerking hebben verleend aan het werven van (ex-)cliënten voor de interviews, bedankt voor jullie tijd en inzet.

Tevens willen wij de (ex-)cliënten bedanken voor de medewerking aan de interviews. Bedankt voor jullie tijd en openhartigheid, zonder jullie hadden we het onderzoek niet kunnen verrichten.

En 'last but not least' bedankt aan onze familie, vrienden en overige personen die tijd en faciliteiten voor ons afstudeeronderzoek beschikbaar hebben gesteld.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Met vriendelijke groet,

Anita Goutier en Erica Wiebols

Juni 2008

HÉ, IK LEEF NOG

Vraag niet 'Waarom?',
maar ik leef nog.
Vraag niet 'Waarom?'
Geen idee.

Ik kan je geen
reden geven,
geen reden
en geen excuus.

Misschien is het wel
dat ik gek ben,
zo gek dat ik
overleef.

Dat ik altijd
door blijf vechten,
ook als er geen
reden meer is.

Ik wil gewoon
niet verliezen,
al weet ik
winnen niet meer.

Ik wil gewoon
blijven wachten
op het keren
van het tij.

Ik wil steeds
blijven geloven
dat ik het
vinden zal.

Iets, iemand,
ooit, eens, ergens
is ervoor mij
een plaats.

Is er voor mij
een ander,
eentje,
een bondgenoot.

Eén om
bij te horen:
met één is
niet meer alleen.

Niet meer alleen
is een reden,
een reden
om er te zijn.

Een reden
om te leven,
een antwoord
op 'Waarom?'

Marlieke

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Hoofdstuk 1 De positie van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij.....	3
1.1 Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.....	3
1.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).....	7
1.2.1 OGGZ.....	9
1.2.2 De positie van (ex-)GGZ cliënten in de samenleving.....	9
1.2.3 Gemeente Zwolle.....	11
1.3 De WMO en cliëntenparticipatie.....	13
1.3.1 Cliëntenparticipatie op micro-, meso-, en macroniveau.....	14
1.3.2 Geschiedenis cliëntenparticipatie in de GGZ.....	15
1.4 Ervaringsdeskundigheid in de GGZ.....	16
1.4.1 Cliëntgestuurde organisaties.....	17
1.4.2 Andere cliëntgestuurde initiatieven.....	19
Hoofdstuk 2 Organisaties in beeld.....	21
Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet.....	26
3.1 Probleemstelling, onderzoeksvraag en doelstelling.....	26
3.2 De onderzoeksmethode.....	27
3.3 De uitvoering.....	•»32
3.4 Verbindingen.....	35
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten.....	36
4.1 Resultaten Persoonsgegevens.....	36
4.2 Resultaten hulp- en/of dienstverlening.....	37
4.3 Resultaten wonen.....	38
4.4 Resultaten werk of dagbesteding.....	42
4.5 Resultaten financiën.....	45
4.6 Resultaten vrije tijd.....	47
4.7 Resultaten overig.....	50
4.8 Resultaten ervaringsdeskundigheid.....	51
Hoofdstuk 5 Conclusies.....	54
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen.....	59
6.1 Samenwerking tussen GGZ-instellingen.....	59
6.2 Deelname aan de maatschappij door werk/ dagbesteding.....	61
6.3 Ervaringsdeskundigheid.....	62
6.4 Wat verder nog opvalt.....	64
Literatuurlijst.....	65
Bijlage 1.....	68
Bijlage 2.....	69
Bijlage 3.....	70
Bijlage 4.....	—71

Inleiding

'Iets, iemand, ooit, eens, ergens is er voor mij een plaats'.

Bovenstaande is een tekstregel uit het gedicht 'Hé, ik leef nog' van Marlieke de Jonge, (ex-)GGZ cliënt. Een regel die verwijst naar hoe moeilijk het is voor mensen met psychiatrische problematiek om een volwaardige plaats in de samenleving te krijgen.

Om verandering in deze situatie aan te brengen, hebben mensen met psychiatrische problematiek sinds de vroege jaren zeventig al een lange, maar succesvolle weg bewandeld naar meer zeggenschap en participatie in de maatschappij en invloed op de omgeving waarvan zij zorg afnemen. Huidige ontwikkelingen hierin zijn onder meer het ontstaan van cliëntgestuurde projecten, cliëntgestuurde zorg en de inzet van ervaringsdeskundigen.

Vanuit deze context is er bij een groep (ex-)GGZ cliënten in Overijssel, de Centrale Cliëntenraad van de Zwolse Poort, het idee ontstaan om zich onafhankelijk, voor, door en met elkaar te organiseren ter bevordering van maatschappelijke participatie.

Eind september 2007 hebben wij voor ons afstudeerproject de opdracht gekregen van de Centrale Cliëntenraad van de Zwolse Poort om een onderzoek te verrichten aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

"Op welke wijze kunnen (ex-)GGZ cliënten in Overijssel zich organiseren zodat zij door en voor elkaar vorm en inhoud kunnen geven aan voorlichting, informatie en ondersteuning binnen maatschappelijke participatie gericht op wonen, werk, welzijn en preventie?"

Dit afstudeerproject past binnen de huidige maatschappelijke ontwikkelingen. Te denken valt hierbij aan de invoering van de 'Wet Maatschappelijke Ondersteuning', die ertoe dient bij te dragen dat alle burgers kunnen participeren in de samenleving. Het is daarom belangrijk inzicht te krijgen in wat mensen met psychiatrische problematiek aan ondersteuning nodig hebben, zodat zij maatschappelijk kunnen participeren. Het onderzoeken van de wensen en behoeften aan ondersteuning van (ex-)GGZ cliënten op verschillende gebieden is wat wij voor ogen hebben met dit onderzoek.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende methoden voor verzameling van informatie. Dit zijn: een gestructureerd interview bij vijftig a-select gekozen (ex-)GGZ cliënten in Overijssel, een literatuur onderzoek en een oriëntatie in de praktijk.

Het onderzoeksverslag bestaat uit zes hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk treft u een theoretisch kader aan waarin duidelijk wordt hoe de maatschappelijke participatie van (ex-)GGZ cliënten door de jaren heen tot stand is gekomen.

In 1.1 wordt er in gegaan op het proces van vermaatschappelijking, specifiek in de geestelijke gezondheidszorg. In 1.2 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning uitgewerkt en toegespitst op de OGGZ. Verder is de positie van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij beschreven. Met hierin ook hoe de gemeente Zwolle hier middels de verschillende

prestatievelden op inspeelt. In 1.3 wordt ingegaan op het begrip cliëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid.

In het tweede hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de Zwolse Poort en tevens van de organisaties die hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek.

In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksvraag verduidelijkt. De aanleiding voor het onderzoek, het doel, de keuze voor het type onderzoek, de dataverzameliingsmethoden van het onderzoek en de keuzes die tijdens het onderzoek zijn gemaakt worden toegelicht en verantwoord. Het gestructureerde interview is als bijlage 3 opgenomen.

In hoofdstuk vier vindt u de resultaten van de onderzoeksgegevens. Deze zijn per gebied verwerkt aan de hand van tabellen en grafieken. Daarnaast zijn door middel van kruistabellen vergelijkingen gemaakt en zijn deze gegevens weergegeven in grafieken. In bijlage 4 zijn de overige resultaten verwerkt.

In hoofdstuk vijf wordt antwoord gegeven op de deelvragen. Naar aanleiding hiervan zijn conclusies geformuleerd die een antwoord geven op de onderzoeksvraag. In hoofdstuk zes zijn aan de hand van deze conclusies, aanbevelingen voor de Zwolse Poort geschreven. Tevens is in dit hoofdstuk door de auteurs een eigen visie en discussiepunt geformuleerd.

Tot slot treft u de volledige titelbeschrijvingen van de gebruikte bronnen aan.

Voor het bevorderen van de leesbaarheid van dit eindrapport is ervoor gekozen om in de hij vorm te schrijven. Daar waar 'hij' staat, kan men ook 'zij' lezen.

Hoofdstuk 1 De positie van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij

Overheid, maatschappelijke partners en politiek geven de laatste jaren veel aandacht aan het proces Vermaatschappelijking¹. Vermaatschappelijking is al jarenlang het officiële uitgangspunt van het overheidsbeleid ten aanzien van gehandicapten, ouderen én psychiatrische cliënten.

Het onderwerp Vermaatschappelijking¹ raakt aan veel maatschappelijke, ethische en politieke aspecten: aan alle levensterreinen van iemand met psychische en psychiatrische problemen, aan de bereidheid en het vermogen van allerlei maatschappelijke organisaties om met hem of haar in zee te gaan, aan het draagvlak in de samenleving om mensen met psychiatrische problematiek in haar midden op te nemen.

Vermaatschappelijking is een veelomvattend en langdurig proces, maar moet uiteindelijk leiden tot het volwaardig kunnen meedraaien in de samenleving; te midden van andere burgers kunnen wonen, werken, leren en recreëren.

1.1 Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg

Het is nog niet zo lang geleden dat het gebruikelijk was om mensen met een psychiatrische stoornis te huisvesten in grootschalige inrichtingen buiten de stad, op het platteland of in de bossen. Ze moesten geïsoleerd worden van de omgeving die hen had ziek gemaakt en contact met de natuur zou een genezend effect hebben. In deze inrichtingen werden mensen met een psychiatrische stoornis afhankelijk gemaakt van verpleging, verzorging, opvang en begeleiding. Hierdoor verloren ze hun vaardigheden van het dagelijkse leven, raakten familie en vrienden kwijt en leverden hun burgerschap in. De psychiatrische inrichting was niet alleen de plek waar ze behandeld en verpleegd werden, maar ook de plek waar zij dag in dag uit verbleven, met wat aanspraak van medebewoners, wat ontspanning en soms wat werk in de vorm van arbeidstherapie¹.

Antipsychiatrie, deinstitutionalisering en extramuralisering

Vanaf de jaren zestig en zeventig ontwikkelde zich de **antipsychiatrie**, een stroming binnen de psychiatrie waarin men dacht dat psychiatrische aandoeningen eigenlijk een natuurlijke reactie waren op de maatschappij en al haar invloeden. Volgens de antipsychiatrie zouden psychiatrische ziektebeelden niet als ziektebeeld maar als uiting van het afweersysteem beschouwd moeten worden. De antipsychiatrie ging ervan uit dat patiënten minder schadelijke gevolgen overhielden aan de toestand waarin zij verkeerden wanneer men ze niet als patiënt of als ziek beschouwde².

Tevens werd er vanaf de jaren zeventig kritiek geuit op de situatie in de psychiatrische inrichting. Bij zowel psychiaters, het verzorgend personeel als de patiënten zelf groeide de overtuiging dat de zorg humaner moest worden. Mensen met een psychiatrische stoornis moesten gezien worden als volwaardige burgers en in staat worden gesteld om een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Dit leidde tot een beweging die de zorg van mensen met

braste J., (2000)

² <http://www.encydo.nl>

psychische problemen eerder in de maatschappij wilde situeren dan in een instelling. Deze beweging kreeg de naam van **deinstitutionalisering**. Het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen moest omlaag en het zo vrijgekomen geld moest worden besteed aan zorg buiten de muren van de inrichting. Er werd ingezet op een koers van **extramuralisering**. Een verschuiving in het zorgaanbod voor (ex-)GGZ cliënten van intramurale instellingen (waar iemand opgenomen werd) naar meer ambulante zorg en begeleiding. De instellingen voor beschermd wonen, zoals later het RIBW (Regionale Instelling voor Beschermd Woonvormen), maakten hun opmars³.

Motieven van de vermaatschappelijking

In Nederland kreeg deze nieuwe aanpak in de psychiatrie in de jaren tachtig de naam van **vermaatschappelijking en** verwierf een prominente plaats in het overheidsbeleid Nieuwe Nota geestelijke volksgezondheid (TK 1983/1984a). De achterliggende motieven van dit nieuw te voeren overheidsbeleid verschilden. Er was zowel een medisch-therapeutisch, een financieel motief als een humaan motief. Het medisch-therapeutisch motief had er mee te maken dat nieuwe psychofarmaca de symptomen zodanig konden inperken, dat een langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis niet meer nodig was. Het financiële motief had te maken met dat de beleidsmakers verwachtten dat zorg in de samenleving goedkoper zou zijn dan zorg en behandeling in een inrichting, de intramurale zorg. Het humane motief had te maken dat professionals streefden naar verbetering van de zorg en hulpverlening en patiënten opkwamen voor hun burgerrechten en vrijheid.

Samenwerking, fusie en nieuwe zorgvormen

In de daarop volgende nota Onder Anderen (TK 1992/1993b) van de overheid werd het beleid van vermaatschappelijking uitgebreid. Niet alleen moest intramurale zorg waar mogelijk vervangen worden door ambulante zorg, maar ook moesten de bestaande instellingen onderling meer gaan samenwerken en kleinschaliger worden.,

Om de gewenste samenhang te creëren, werd de 'circuitvorming' geïntroduceerd. Circuitvorming wil zeggen, meer samenwerking tussen diverse instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg in dezelfde regio rond de hulpverlening aan specifieke groepen cliënten, zoals kinderen en jeugdigen, volwassenen en ouderen enerzijds en meer samenwerking met de algemene voorzieningen anderzijds. Er ontstond een toenemende integratie van intramurale en ambulante sectoren van hulpverlening en er werden nieuwe zorgvormen ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn: arbeidsrehabilitatieprojecten, dagactiviteitencentra en projecten van case-management en bemoeizorg. Dit zijn projecten gericht op mensen met ernstige psychische en sociale problemen die veelvuldig met de psychiatrie in aanraking komen, maar met wie het contact moeilijk tot stand komt en blijft. Een voorbeeld van een casemanagementproject is het project van Riagg RNO (Rotterdam Noord Oost). Het betrof een, moeilijk in zorg te krijgen, categorie schizofrene patiënten die sociaal zeer beperkt functioneerden en die afwijzend tegenover psychiatrische hulp stonden.

Tevens moesten de psychiatrische ziekenhuizen fuseren met psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) en andere GGZ-instellingen als het Riagg. Op deze manier

³ Van Dolhuis tot Beschermd Wonen, Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle (z.j.)

ontstonden kleinere psychiatrische eenheden, zogenaamde multifunctionele eenheden (MFE) die alle vormen van zorg boden en de interne samenhang in de geestelijke gezondheidszorg dienden te realiseren.

Tweedelijs- en eerstelijszorg

In een beleidsbrief van de regering (TK 1996/1997c) werd erop gewezen, dat een grotere maatschappelijke integratie van de psychiatrische cliënt al geruime tijd het doel was van het geestelijke gezondheidszorg beleid, maar dat de realisatie ervan achterbleef. Een reden hiervan is dat het aanbod voor zorg- en dienstverlening buiten deze voorzieningen onvoldoende en te versnipperd is. Samenwerking en fusies kwamen maar moeizaam tot stand. Vanuit de geestelijke gezondheidssector werd erop gewezen dat zij zelf al heel lang streefden naar vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Sterker nog, dat deze door henzelf in gang was gezet, maar dat samenwerking met andere organisaties daarvoor niet noodzakelijk was. Doordat alle zorg in handen moest blijven van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, werd aan de invoering van circuitvorming, waardoor er een integraal voorzieningenaanbod moest ontstaan, niet voldaan. Hierdoor waren psychiatrische cliënten vaak niet in staat zich zelfstandig, buiten de intramurale voorzieningen, te handhaven.

Tevens werd de vermaatschappelijking in de media nogal eens gepresenteerd als een verkapte manier van bezuinigen op de GGZ. Ook werd steeds vaker melding gemaakt van probleemsituaties rond mensen met psychische en psychiatrische problemen⁴, die in verband werden gebracht **met** het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg.

Ondanks deze protesten uit de sector worden in de Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg (TK 1998/1999a) de beleidsadviezen zoals deze in voorgaande jaren al waren uitgezet, toch benoemd. De geestelijke gezondheidszorg moest zich ontwikkelen tot een **(tweede/ljns)aanbieder** van gespecialiseerde zorg. Voor minder zware vormen van zorg- en dienstverlening moeten cliënten naar de algemene niet categoriale voorzieningen in de **eerste lijn** en naar de sociale omgeving toe. Het ging daarbij in eerste instantie om voorzieningen als maatschappelijke opvang, algemeen maatschappelijk werk, justitie en somatisch zorg. Deze voorzieningen dienden met de geestelijke gezondheidszorg samen te werken om zo tot een integraal en onderling samenhangend aanbod te komen.

Randvoorwaarden vermaatschappelijking

Naar aanleiding van de bespreking van eerdergenoemde beleidsvisie in de Tweede Kamer der Staten-Generaal, werd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2000 de task force vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg ingesteld. De task force had als taak aan te geven wat de randvoorwaarden zijn voor een zo kansrijk

⁴ Kwekkeboom, M.H., (2001) Een incident dat veel beroering teweegbracht vond in 1993 plaats in de Amsterdamse Vrolikstraat. Een psychiatrische patiënt vermoordde toen op brute wijze een buurmeisje. Er doen zich rond psychiatrische cliënten ook minder schrijnende situaties voor, die echter voor zowel de betrokken cliënt als voor diens omgeving bijzonder onaangenaam zijn. Zo komen bij de afdeling vangnet en advies van de GGD in Dordrecht regelmatig meldingen binnen van overlastsituaties die ontstaan zijn nadat mensen als gevolg van hun psychische problemen de regie over hun leven kwijt zijn geraakt (mondelinge informatie mw. Noordhoek). Uit de verslagen van de diverse projecten voor aanpak van overlast resp. outreachende hulpverlening blijkt dat dergelijke situaties vaak voorkomen, vaker dan de meer in het ook lopende incidenten waarbij sprake is van agressie en geweld.

mogelijk functioneren van chronische of voormalige psychiatrische patiënten in de maatschappij⁵.

In januari 2002 is het eindadvies van de task force vermaatschappelijking GGZ, met als titel 'Erbij horen' aangeboden aan de toenmalige minister. Algemeen leidraad van het rapport is de vaststelling dat vermaatschappelijking een inspanning vereist van de samenleving als geheel. Acceptatie door de samenleving is van groot belang voor het kunnen doen slagen van de maatschappelijke integratie van psychiatrische patiënten.

Allereerst wordt de nadruk gelegd op eigen verantwoordelijkheid van mensen. Daarnaast wordt de sociale omgeving gevraagd zich medeverantwoordelijk te voelen voor het zorgen voor en opvangen van mensen met psychiatrische problemen en komt er een grotere hulpverleningstaak voor de eerstelijnszorg. Ook de actieve betrokkenheid van de andere ministeries, naast het ministerie van VWS, is voor het slagen van de vermaatschappelijking van groot belang. Tevens dient er een betere doorstroming te zijn van organisaties in de geestelijke gezondheidszorg en dient: er beter en effectiever gewerkt te worden (tweede lijn).

De sleutel voor het succes van het proces van vermaatschappelijking van mensen met psychische en psychiatrische problemen ligt op lokaal niveau. Gemeenten moeten het initiatief nemen om alle betrokkenen bijeen te brengen om de komende jaren actief te werken aan een plan waarin verbetering van de maatschappelijke situatie van deze burgers voorop staat⁶.

Het feit dat de 'vermaatschappelijking' anno 2008 nog steeds een punt van het overheidsbeleid vormt, wijst erop dat de realisering ervan traag verloopt en dat de nodige veranderingen niet eenvoudig kunnen worden gerealiseerd. Familieleden van patiënten zien nog steeds dat hun naaste aan zijn lot wordt overgelaten of in bedroevende toestand moet leven of geen ziekte-inzicht heeft en daardoor geen medicatie neemt. Politiemensen moeten wegens overlast mensen opsluiten die totaal in de war zijn, maar deze mensen kunnen vervolgens niet altijd worden overdragen aan de hulpverlening. Daarnaast constateren patiëntenorganisaties dat het aantal dwangmaatregelen weer toeneemt⁷.

Een reden dat vermaatschappelijking stagneert, is dat het tot nu toe te eenzijdig is uitgevoerd. Vermaatschappelijking werd hoofdzakelijk beperkt tot wonen. Niet meer in een inrichting, maar zelfstandig (alleen of met enkele anderen) in een normale woning in een reguliere wijk. In de kritiek op de inrichting vanaf de jaren zeventig is altijd veel aandacht uitgegaan naar het wonen en relatief weinig naar de overige aspecten van het leven. Men leek te verwachten dat als kwetsbare mensen eenmaal geïntegreerd zouden wonen, de overige aspecten van integratie als recreëren, zorg, contacten of werk vanzelf zouden komen. Niets is minder waar, al die zaken moeten opnieuw georganiseerd worden en dit is vaak een lange weg die veel begeleiding en steun vereist.

⁵ Kwekkeboom M.H., (2001)

⁶ Taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg, (2002)

⁷ Taskforce Vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg, (2002)

Daar waar het eindadvies van de task force vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg in 2002 al op inspeelt, borduurt de nieuwe wet, Wet Maatschappelijk Ondersteuning (WMO), op voort.

1.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

De WMO wordt ook wel participatie- of emancipatiewet genoemd. Niet voor niets luidt het motto van de wet: 'meedoen'. De wet moet er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving. Dat wil zeggen jong en oud, autochtoon of allochtoon, mensen met een lichamelijke beperking of mensen met een psychische bagage.

De WMO moet een bijdrage leveren aan het bevorderen en behouden van de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van burgers. Daarbij wordt in eerste instantie de nadruk gelegd op eigen verantwoordelijkheid van mensen en daarnaast op die van vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. Als dit niet mogelijk is, is er ondersteuning vanuit de gemeente.

Op 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning in werking getreden. De WMO is een eerstelijns voorziening en vervangt vormen van hulp door tweedelijns voorzieningen die eerder uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werden betaald. Daarnaast zal de WMO de huidige Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en de Welzijnswet gaan vervangen⁸.

Vormen van hulp die nu onder de WMO vallen zijn onder andere huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en bepaalde vormen van begeleiding (o.a. mantelzorgondersteuning, diensten bij wonen met zorg) en de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

Door de komst van de WMO tracht de overheid door het idee van een 'civil society'⁹, het vermaatschappelijkingsproces, zoals eerder beschreven, te bevorderen.

Er is nu nog te weinig samenwerking op lokaal niveau en nog geen integraal aanbod voor verschillende doelgroepen. Een van de doelen van de WMO is om de samenhang op lokaal niveau te stimuleren en een meer vraaggericht aanbod te creëren op de terreinen zorg, wonen, werk en welzijn. Hierdoor zal de samenhang en samenwerking op lokaal niveau worden versterkt.

Gemeenten zijn door de WMO verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke opvang. Maatschappelijke ondersteuning omvat activiteiten die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, maatjesprojecten en mantelzorg, maar ook het verschaffen van informatie en advies en opvoedingsondersteuning.

Bunthof, A. en Bijlsma, J. *WMO brochure*, Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle

⁹ Civil society. Letterlijk: maatschappij van burgers. Vaak wordt bedoeld het 'maatschappelijk middenveld': dat deel van het maatschappelijk leven waarin burgers vrij en zelfstandig kunnen handelen, voor hun belangen en idealen opkomen, al dan niet door zich te organiseren. Ook wel het institutionele domein van vrijwillige organisaties of instituties buiten de sfeer van de overheid en de op winst gerichte economische actoren.

Maatschappelijke opvang omvat voorzieningen voor wonen, in combinatie met begeleiding, verzorging en/of verpleging, werk of dagbesteding, voor mensen die zich (tijdelijk) niet zelfstandig kunnen redden in de maatschappij. Met name de aandacht voor preventie en herstel en daarmee activiteiten die de maatschappelijke participatie vergroten en sociaal isolement zoveel mogelijk voorkomen, is toegenomen. Gemeenten zullen hiervoor welzijnsinstellingen moeten stimuleren om burgers met beperkingen te bezoeken en te activeren, dus outreachend¹⁰ te werk te gaan.

Op welke manier de gemeente de WMO uitvoert, bepaalt iedere gemeente voor een belangrijk deel zelf. De grootste verandering van de WMO voor de gemeente, is de bundeling van de wetten en de verandering van aansturen. Door een bundeling van de wetten is integraal beleid mogelijk. Dit betekent dat gemeenten alle diensten goed op elkaar kunnen afstemmen.

Tevens houdt deze verandering in dat gemeenten verantwoording afleggen aan hun eigen inwoners in plaats van het Rijk. Een voorwaarde is dus dat de gemeente haar burgers betreft bij het opstellen van de plannen. Dit noemt men cliëntenparticipatie¹¹.

De WMO onderscheidt negen prestatievelden. Gemeenten mogen zelf invulling geven aan de prestatievelden. Zij krijgen een deel van het budget dat nu voor de AWBZ bestemd is en door middel van aanbesteding bepalen gemeenten met welke welzijn- en zorginstellingen ze gaan samenwerken.

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen
9. het bevorderen van verslavingsbeleid¹²

NVMW (januari 2006), Het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker). Utrecht, Anraad, p.22

¹¹ Zie paragraaf 1.3 cliëntenparticipatie

¹² <http://www.invoeringwmo.nl/WMO/nl-NL/Algemeen/>

1.2.1 OGGZ

Sinds de invoering van de WMO is er vooral veel aandacht uitgegaan naar de prestatievelden 3 tot en met 6, en in het bijzonder naar de overheveling van de huishoudelijke hulp naar de gemeente. De WMO kent echter nog drie andere prestatievelden waar de gemeente verantwoordelijk voor is. Hieronder wordt ingezoomd op prestatieveld 8: de openbare geestelijke gezondheidszorg. Er is een sterke samenhang tussen dit prestatieveld en de prestatievelden 7 (maatschappelijke opvang) en 9 (verslavingszorg).

In eerste instantie zou de OGGZ niet onder de WMO gaan vallen, omdat er zorgen waren, uitgesproken door GGD Nederland en GGZ Nederland over de overheveling van OGGZ naar WMO. Deze zorgen waren mede gebaseerd op de ervaringen in Zweden met een vergelijkbare operatie. GGD Nederland en GGZ Nederland waren bang dat de zorg en opvang van kwetsbare groepen eerder zou verslechteren dan verbeteren¹³.

Bij de OGGZ gaat het om het opsporen van, bereiken van en hulp bieden aan mensen met problemen op meerdere terreinen, zoals schulden, verslaving en of psychische/psychiatrische problemen, sociaal isolement, vervuiling en werkloosheid. Veel van deze mensen komen ook (al dan niet tijdelijk) terecht bij de maatschappelijke opvang en verslavingszorg. Er is dus sprake van een grote mate van overlap tussen de doelgroepen voor de maatschappelijke opvang, voor de OGGZ en verslavingszorg.

Voor de problemen van deze mensen is er niet één oplossing. Deze groep is niet geholpen met Wvg-voorzieningen of huishoudelijke hulp, maar heeft behoefte aan voorzieningen als schuldhulpverlening, hulp bij het op orde brengen van het huishouden, behandeling van psychische klachten en verslavingen of hulp bij het doorbreken van een sociaal isolement. Deze problemen vragen dus om een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen, welzijn én andere terreinen. De overlap in doelgroep en de noodzaak van een samenhangend lokaal beleid vragen om één duidelijk wettelijk kader. Daarom heeft de regering besloten om de OGGZ van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) over te brengen naar de WMO, waarin ook de maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid zijn opgenomen¹⁴.

1.2.2 De positie van (ex-)GGZ cliënten in de samenleving

Mensen met psychische en psychiatrische problemen behoren tot de zogenoemde sociaal kwetsbare mensen in het WMO beleid. Ze hebben veel obstakels te overwinnen bij het (her)vinden van een plek in de samenleving. Ze komen veel vooroordelen en onbegrip tegen wat maakt dat het voor deze mensen lastig is mee te doen in de maatschappij.

Mensen met psychische en psychiatrische problemen behoren tot de sociaal kwetsbare mensen, omdat ze veelal te maken hebben met meerdere problemen tegelijkertijd en deze problemen zijn vaak ook sterk met elkaar verweven. Een tekortschietende zelfverzorging,

¹³ Zie hoofdstuk 1.1

¹⁴ Paus, R. de (2005)

vervuiling van zichzelf en/of woonomgeving of een gebrek aan stabiele woonruimte zijn hier voorbeelden van.

Deze mensen zijn vaak niet in staat om zelf de zorg die ze nodig hebben te organiseren. Ze hebben geen stabiele contacten met de geestelijke gezondheidszorg of andere hulp- en dienstverlenende instanties.

Ook als gevolg van hun psychiatrische problematiek komen deze mensen soms in een isolement waardoor sociale en communicatieve vaardigheden verloren gaan. Veel leden van deze groep lezen geen krant, beschikken niet over internet en zijn niet gewend zich op andere informatiebronnen te oriënteren. Men denkt ook niet op (middel)lange termijn, maar op zeer korte termijn en veel leden van deze groep ondervinden door hun psychiatrische problematiek cognitief of qua concentratievermogen problemen met het lezen en verwerken van informatie.

De individuele situatie van kwetsbare mensen verschilt sterk. Velen hebben al een traject in de hulpverlening doorlopen, maar zijn hiervoor niet meer gemotiveerd omdat de hulpverlening niet aansluit bij hun behoeften en mogelijkheden. Deze groep is moeilijk bereikbaar voor de hulpverlening omdat ze de aangeboden zorg mijden. Bij escalaties en crisissituaties kan een tijdelijke gedwongen opname vaak geen verbetering in de levensloop brengen.

Er zijn ook mensen met ernstig psychiatrische problematiek die niet of nauwelijks in aanraking komen met hulpverleners. Vereenzaamde, vaak alleenstaande ouderen die zich geen raad meer weten en wellicht dementerend zijn zonder dat iemand een signaal opvangt. Of alleenstaande moeders, die zich met hun kind hebben teruggetrokken en er slecht voor kunnen zorgen, maar het kind niet kwijt willen raken. Al met al gaat het in Nederland naar schatting om 24.000 mensen die aan deze profielen voldoen. Zij vormen ongeveer een derde van de hele groep mensen met langdurige psychische en psychiatrische problematiek.

Al deze problemen en kenmerken maken dat mensen met psychische en psychiatrische problemen niet of onvoldoende deel kunnen nemen aan maatschappelijke participatie op het gebied van wonen, welzijn, werk en vrijetijdsbesteding. In het proces van maatschappelijke participatie worden deze mensen nog te vaak vergeten. Mensen uit deze groep zijn bijvoorbeeld te weinig vertegenwoordigd in een patiënten- of cliëntenorganisatie. Dit heeft meerdere oorzaken, die liggen op het vlak van schaamte, taboe, onbekendheid en beeldvorming. Maar het heeft ook met de geschiedenis te maken. De doelgroep, mensen met een psychiatrische achtergrond was lang het domein van de geestelijke gezondheidszorg, de GGZ. Bij gemeenten kwamen deze mensen vaak alleen in beeld als er sprake was van bijvoorbeeld een geval van vereenzaming, verloedering of ernstige verwaarlozing. Door het proces van vermaatschappelijking zijn deze kwetsbare mensen beter zichtbaar geworden in de samenleving. Opname in zorginstellingen wordt steeds vaker vervangen door begeleiding in de eigen leefomgeving van cliënten. Het is gewenst en noodzakelijk de maatschappelijke participatie voor deze doelgroep af te stemmen op hun situatie en hun mogelijkheden¹⁵.

Met de komst van de WMO is er een belangrijke taak weggelegd voor gemeenten om de positie van mensen met psychische problemen te versterken en de maatschappelijke participatie te bevorderen. Zoals gezegd, zal elke gemeente zijn eigen accenten leggen bij het invullen van het WMO beleid, zo ook de gemeente Zwolle.

1.2.3 Gemeente Zwolle

Als centrumgemeente heeft Zwolle de taak voor een regio van 15 gemeenten voorzieningen in stand te houden, die een mogelijkheid bieden tot tijdelijk verblijf. Kern van de verantwoordelijkheid van centrumgemeente Zwolle is het bieden van een soort laatste vangnet.

De gemeente Zwolle speelt middels de volgende prestatievelden in op de positie van (ex-)GGZ cliënten in de samenleving.

Prestatieveld 3: Informatie, advies en cliëntondersteuning

Het geven van informatie en advies wordt in de gemeente Zwolle vormgegeven in één loket. De gemeente Zwolle vindt het van belang dat ervoor de burgers een goede toegang en een onafhankelijke informatie voorziening is, daarom heeft deze gemeente gekozen voor een brede variant van een WMO loket. Er zijn in Zwolle en de regio veel organisaties waar burgers een beroep op kunnen doen. Door dit vele aanbod verliezen, vooral de kwetsbare groepen, het overzicht en weten niet waar ze met hun hulpvragen terecht kunnen. Nu kunnen burgers van de gemeente Zwolle met al hun vragen bij het WMO loket terecht.

Daarnaast is cliëntondersteuning in dit prestatieveld ondergebracht. Cliëntondersteuning heeft het doel de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van de cliënt te bevorderen. Dit kan inhouden het geven van informatie en advies, maar vooral ook uitgebreide verheldering van vragen en kortdurende ondersteuning bij het maken van keuzes op diverse levensterreinen.

De gemeente Zwolle heeft een klankbordgroep WMO, hierin wordt de visie op het loket besproken. Middels deze klankbordgroep vindt er cliëntparticipatie plaats.

Prestatieveld 7: Maatschappelijke opvang

Om zorg te dragen voor de meest kwetsbare burgers financiert de gemeente Zwolle instellingen met als doel het bieden van tijdelijk verblijf. Door tijdens dit verblijf zorg te verlenen en/of crisis weg te nemen, moeten deze mensen uiteindelijk weer zelfstandig verder kunnen of een plek krijgen in een voorziening waar zij langdurig zorg ontvangen.

Ook zet de gemeente Zwolle in op preventie, namelijk het voorkomen van maatschappelijke uitval. Uitgangspunt van het beleid in de gemeente Zwolle is de door de raad in 2002 goedgekeurde Ketenaanpak Zorg vóór Overlast. Deze ketenaanpak is gericht op de specifieke doelgroep dak- en thuislozen en bestaat uit vijf fasen: preventie en signalering, zorg, opvang, maatschappelijk herstel of toeleiding naar permanente zorg. In de loop der jaren is deze ketenaanpak geactualiseerd en opgenomen in de WMO. Ketenaanpak Zorg vóór Overlast is uitgangspunt geworden in het beleid voor Maatschappelijke opvang, Vrouwenopvang, OGGZ en Verslavingszorg, dit zijn prestatieveld 7, 8 en 9.

Prestatieveld 8: Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

Met behulp van registratiesystemen wordt inzicht verkregen in problematiek, hulpaanbod, omvang en samenstelling van sociaal kwetsbare groepen. Op basis van deze gegevens kan beleid worden ondersteund en geëvalueerd. Zwolle is in 2005 begonnen met het ontwikkelen van een dergelijke monitor. Zij zijn begonnen met de gegevensverzameling over de feitelijk en residentieel dakloze personen, huiselijk geweld en overlastgevenden.

Op basis van geanonimiseerde bestanden van zo veel mogelijk betrokken instellingen en jaarlijks te bepalen aanvullend kwalitatief onderzoek zal er een instrument worden ontwikkeld waarmee de aard en de problematiek in kaart wordt gebracht.

Prestatieveld 9: Verslavingsbeleid

De gemeente Zwolle heeft als centrumgemeente de verantwoordelijkheid voor 15 gemeenten. Het is voor het voeren van een effectief beleid van belang dat in alle gemeenten de uitvoerende instelling, in Overijssel is dit Tactus, contacten heeft met voor voorlichting en vroegtijdige signalering relevante organisaties (denk aan scholen).

Daarnaast worden binnen instellingen voor maatschappelijke opvang vaak cliënten met verslavingsproblematiek opgenomen. Wanneer deze cliënten niet in aanmerking willen komen voor intramurale en/of genezing gerichte verslavingszorg, moet de ambulante verslavingszorg beschikbaar zijn voor specifieke hulp. Deze hulp is gericht op het voorkomen van overlast¹⁶.

Burgerparticipatie

De gemeente Zwolle maakt gebruik van de term 'burgerparticipatie'. Dit kan op dezelfde wijze uitgelegd worden zoals het eerder omschreven 'cliëntparticipatie'. Het betrekken van cliënten bij beleid op bovenstaande prestatievelden doen gemeenten middels 'burgerparticipatie'. Bij burgerparticipatie gaat het niet alleen om belangenbehartiging, maar ook om betrokkenheid van burgers bij een bredere visie op maatschappelijke ondersteuning in de gemeente.

In Zwolle kunnen burgers op verschillende manieren meedenken over de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, zoals deelnemen aan een WMO panel, een klankbordgroep of een WMO-cliëntenraad¹⁷.

1.3 De WMO en cliëntenparticipatie

Cliëntenparticipatie is een containerbegrip. Er worden verschillende begrippen door elkaar gebruikt: inspraak, medezeggenschap, betrokkenheid, informatie-uitwisseling, raadpleging, invloed, advisering en deelname. Eigenlijk omvat cliëntenparticipatie al deze begrippen. In het algemeen wil cliëntenparticipatie zeggen, de inbreng van cliënten bij het maken van beleid, de besluitvorming hierover en de uitvoering in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening.

Cliëntenparticipatie is een onderdeel van de WMO. De WMO gaat immers over meepraten, meedoen en meehelpen: maatschappelijke participatie en de ondersteuning die daarvoor nodig is. Voor de gemeente betekent dit dat ze burgers, en daarbij speciaal cliënten, moet betrekken bij de voorbereiding van het beleid over maatschappelijke ondersteuning.

Cliëntenparticipatie is niet nieuw voor de gemeenten. Bijna iedere gemeente kent wel een vorm van cliëntenparticipatie, bijvoorbeeld rond de WVG en de WWB en interactieve beleidsvorming¹⁸ rondom wonen, zorg en welzijn. Een onderdeel van cliëntenparticipatie is de inzet van ervaringsdeskundigheid. Dit wil zeggen dat cliënten vanuit hun eigen expertise, opgedaan in het dagelijks leven, meepraten en meedenken over het te voeren beleid. Dit kan expertise zijn over ziekteverschijnselen, de sociale gevolgen en de uitwerking van de voor hen getroffen sociale en medische voorzieningen. De meest voorkomende vormen van cliëntenparticipatie en daarmee de inzet van ervaringsdeskundigheid zijn: cliëntenraden, -panels, of-platforms, patiëntenorganisaties, klankbordgroepen, zelfhulpgroepen en het deelnemen aan klanttevredenheidsonderzoeken.

Echter, hier laat vooral de mondige burger van zich horen: de burger die goed voor zijn belangen kan opkomen en zijn standpunten goed weet te verwoorden en onderbouwen. Kwetsbare mensen, als (ex-)GGZ cliënten, zullen vanwege eerder genoemde beperkingen veel minder meedoen aan cliëntenraadpleging of inspraak. Daarom is in de WMO de verplichting opgenomen voor gemeenten om ook deze kwetsbare mensen bij de beleidsvorming te betrekken.

De gemeente moet advies vragen aan cliënten over het ontwerpplan ten aanzien van het beleid over maatschappelijke ondersteuning dat zij elke vier jaar in het kader van de WMO opstelt. De gemeente moet dit ontwerpplan voorleggen aan de gezamenlijke vertegenwoordigers van verschillende organisaties van cliënten. Zij dient cliëntenorganisaties vroeg de gelegenheid te geven om zelfstandig voorstellen te doen voor het beleid van maatschappelijke ondersteuning. De gemeente heeft de verplichting om aan cliëntenorganisaties informatie te geven, die nodig is om te reageren op het ontwerpplan en om als cliëntenorganisatie zelf met voorstellen te kunnen komen.

De gemeente hoort zich volgens de wet op de hoogte te stellen van de belangen en behoeften van mensen, die dat zelf niet goed kenbaar kunnen maken, ieder jaar moet de gemeente de uitkomsten van een onderzoek naar de tevredenheid van vragers over maatschappelijke ondersteuning publiceren. Cliëntenorganisaties moeten worden geraadpleegd over de methode van onderzoek.

Interactief beleid: een beleidsproces waarin beleid samen met burgers of andere betrokkenen wordt ontwikkeld, uitgevoerd of geëvalueerd.

Kortom, alleen door actieve inspanningen om kennis te maken met de leefwereld van verschillende groepen kwetsbare mensen, kunnen gemeenten adequaat aanbod ontwikkelen om participatie mogelijk te maken¹⁹.

1.3.1 Cliëntenparticipatie op micro-, meso-, en macroniveau

In cliëntenparticipatie zijn meerdere niveaus te onderscheiden.

Individuele of uitvoerende niveau (micro)

Op het individuele of uitvoerende niveau benut een cliënt mogelijkheden om individuele belangen te verdedigen, individuele doelen na te streven en persoonlijke initiatieven te nemen. Cliëntenparticipatie op individueel of uitvoerend niveau speelt zich vooral af in relatie tussen hulpverlener en cliënt. Dit niveau van participatie vindt plaats rond de dienstverlening en is gerelateerd aan het cyclische proces van hulpverlening²⁰. Een cliënt moet kunnen beslissen en meepraten over de wijze waarop aan hem diensten of zorg worden geleverd. In de meest ideale situatie is de behandelrelatie een vorm van een dialoog tussen de hulpverlener en de cliënt waarbij beiden gelijke gesprekspartners zijn. Dan gaat het ook over bejegening, de cliënt serieus nemen en met respect behandelen. Deze vorm van cliëntenparticipatie zie je bijvoorbeeld terug in het samen opstellen van een behandelplan, waarbij de cliënt in staat wordt gesteld zelf zijn hulpvraag te formuleren, zelf zijn problematiek te verwoorden en zelf zijn korte en lange termijn doelen te formuleren.

Collectieve of instellingsniveau (meso)

Cliëntenparticipatie op collectief of instellingsniveau speelt zich vooral af in de relatie tussen instelling en cliënt. Dit niveau van participatie vindt plaats rond het beleid in en buiten instellingen en is gerelateerd aan de beleidscyclus²¹. Vormen van collectieve cliëntenparticipatie zijn bijvoorbeeld cliënten- en bewonersraden, panels en behoefteonderzoeken. Het gaat hierbij om diverse vormen van advisering waarbij cliënten de instelling advies geven over diverse nota's, kwaliteitsjaarverslagen, protocollen, klachtenreglementen, samenwerkingsvoornemens, veiligheid, et cetera. Inspraak van cliënten in instellingsbeleid wordt voorgeschreven in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).

Daarnaast omvat het collectieve of instellingsniveau ook participatie van het cliëntsysteem, zoals familieleden en vrienden. Zelfhulpgroepen en lotgenotencontact vallen ook onder het collectieve niveau.

Regionale/landelijke niveau (macro)

Participatie op regionaal of landelijk niveau gaat verder dan de vertegenwoordiging van cliënten in cliënten- en bewonersraden. Dit niveau heeft onder meer betrekking op de regionale ontwikkeling van de kwaliteit en de inhoud van de zorg. Het kan zo zijn dat meerdere instellingen, de gemeente of de regio advies vragen aan cliënten(organisaties) en

Ministerie van VWS, 2007 *Handreiking Cliëntenparticipatie en Specifieke doelgroepen van de wmo*

²⁰ De hulpverleningscyclus beschrijft de verschillende stappen in het hulpverleningsproces: probleem/doel/hulpvraag - zoeken naar oplossingen - beslissingen over hulp - hulpverlening - evaluatie.

²¹ De beleidscyclus beschrijft de verschillende stappen bij het maken van beleid van collectieve voorzieningen: probleem/doel - zoeken naar oplossingen en middelen - besluitvorming - uitvoering - evaluatie.

burgers ten aanzien van hun beleidsvoornemens. Deze vorm wordt belangrijker naarmate bijvoorbeeld meerdere aanbieders een hulpverleningstraject organiseren voor een cliënt. Cliënten kunnen een rol spelen bij het tot stand komen van keten afspraken tussen aanbieders²², of betrokken worden bij het opzetten van zogenaamde consumer-run projecten (projecten door en voor cliënten).

1.3.2 Geschiedenis cliëntenparticipatie in de GGZ

In cliëntenparticipatie binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is het onderscheid in meerdere niveaus ook te maken.

Individuele of uitvoerende niveau (micro)

In de jaren zestig en zeventig stond cliëntenparticipatie vooral in het teken van het verbeteren van de rechtspositie van patiënten, de patiëntenrechten en de burgerrechten, omdat de hulpverlening werd gezien als onderdrukkend systeem. Cliënten wilden meepraten en meebeslissen over de zorg die aan hen geleverd werd. Er werd actie ondernomen tegen gedwongen opname, isolatie, dwangmedicatie en elektroshock.

Collectieve of instellingsniveau (meso)

Na deze jaren van actie verschoof in de jaren tachtig het accent naar participatie op het niveau van beleid. De nadruk lag op samenwerking met de hulpverlening. De eerste cliëntenraden verschenen en cliëntenorganisaties schoven aan in adviescommissies en besturen. Deze ontwikkeling heeft geleid tot nieuwe wetten, die de positie van cliënten in de zorg sterk verbeterd hebben. Voorbeelden daarvan zijn de wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) in 1992, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) in 1995 en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) in 1996. Op het niveau van overheidsbeleid zijn de belangrijkste cliëntenorganisaties verenigd in het Platform GGZ en inmiddels erkende gesprekspartners geworden voor politici, ministeries, GGZ Nederland en andere overkoepelende organisaties.

De volgende fase vanaf de tweede helft van de jaren negentig, als reactie op de vorige periode, was dat cliënten hun eigen doelen gingen stellen en deze probeerden te realiseren met de capaciteiten die hen zelf ter beschikking stonden. Dit was de opkomst van cliëntgestuurde projecten. Projecten rondom de GGZ, die voor een groot deel of geheel door (ex-)cliënten van de GGZ werden beheerd en uitgevoerd. Vooral op het gebied van belangenbehartiging namen cliënten hun lot in eigen hand. Steunpunten werden opgezet om medecliënten van informatie en advies te voorzien. En cliënten zorgden voor hun eigen arbeidsrehabilitatie via de opzet van dag activiteiten centra's (DAC).

De term "participatie" kreeg vanaf deze fase een andere betekenis. Was de strijd er eerst op gericht te mogen deelnemen binnen het domein van de psychiatrie, deelnemen aan beslissingen over je eigen behandeling en je eigen lichaam en deelnemen aan het gesprek over de organisatie van de zorg, nu kreeg participatie meer het karakter van deelname aan de samenleving, van participatie gericht op wonen, werken, welzijn en preventie, van onafhankelijk burgerschap.

Parallel hieraan liep de opkomst van zelfhulpgroepen in de GGZ. Psychiatrische cliënten ontdekten hun zelfhelend vermogen. Onvrede over de reguliere psychiatrie vormde een belangrijke voedingsbodem voor de opkomst van zelfhulp. Onvrede over medicalisering en vernietigende prognoses. Onvrede ook over verwaarlozing en het ontbreken van adequate ambulante ondersteuning. Cliëntgestuurde projecten en zelfhulpgroepen hadden in wezen dezelfde boodschap: wij kunnen het zelf en wij helpen onszelf.

Regionale/landelijke niveau (macro)

Met de groei van zelfhulp werd een aanzet gegeven tot weer een accentverschuiving. Was belangenbehartiging en participatie in beleid in eerste instantie nog voornamelijk gericht op de randvoorwaarden van de zorg, nu is het accent verschoven naar de inhoud van die zorg. Het gaat niet alleen meer om de verdediging van rechten en ook niet meer alleen om de manier waarop de zorg georganiseerd wordt. Het gaat nu ook om deskundigheid over de zorg zelf, over adequate vormen van ondersteuning van mensen met psychiatrische problemen. Cliënten betreden het domein van de hulpverlener. Ervaringsdeskundigheid heeft zijn intrede gedaan²³.

1.4 Ervaringsdeskundigheid in de GGZ

Er zijn al vele omschrijvingen van het begrip ervaringsdeskundigheid, maar een eenduidige definitie bestaat (nog) niet. Ervaringsdeskundigheid en daarmee samenhangend ervaringskennis roepen nog veel verwarring en vragen op. Dit geldt zowel voor de professionals als voor de ervaringsdeskundigen zelf.

"De vraag is of je ervaringskennis hebt en of je (daardoor) een ervaringsdeskundige bent. Algemener en relevanter is de vraag wat voor kennis ervaringskennis is en hoe de kennis van een patiënt of cliënt zich verhoudt tot de eigen ervaring en die van anderen en tot de kennis en ervaring van wetenschappers en professionals? Wat weet en kan een deskundige? Is een 'ervaringsdeskundige' deskundig door ervaring of op het gebied van een ervaring?"²⁴

Er wordt in dit onderzoek verder niet ingegaan op het begrip ervaringsdeskundigheid, maar er wordt uitgegaan van een algemene definitie.

"Een ervaringsdeskundige in de Geestelijke Gezondheidszorg is iemand met een psychische bagage. Een cliënt die met zijn problematiek kan omgaan. Het betekent ook dat de cliënt zijn ziekte in een breder verband kan zien. Hij heeft kennis over zijn ziektebeeld en weet welke factoren bijdragen tot herstel. De cliënt is in staat zijn ervaring te gebruiken om andere mensen in de GGZ voorlichting en informatie te geven ofte ondersteunen. Hierbij valt te denken aan het geven van trainingen of cursussen, ondersteuning bij toeleiding naar- of op het (vrijwilligers)werk, het verzorgen van workshops, gastcolleges of symposia. Daarnaast aan deelname aan zorgteams of projecten waarbij (ex-)cliënten hun kennis, ervaring en kwaliteiten inzetten."²⁵

Plooy, A. (2007)

Isarin, J., (2005)

<http://www.kenniscentrum-ze.nl/kze/>

Ervaringsdeskundigheid wordt in toenemende mate ingezet binnen de GGZ, maar ook in de maatschappij. In de paragrafen hieronder worden enkele voorbeeld genoemd.

1.4.1 Cliëntgestuurde organisaties

Ter oriëntatie op hoe cliëntenparticipatie tot stand is gekomen en hoe ervaringsdeskundigheid wordt ingezet in Nederland, hebben de onderzoekers een aantal cliëntgestuurde organisaties bezocht. Een cliënt gestuurde organisatie is een organisatie die de belangen behartigt van en/of informatie en ondersteuning biedt aan cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit deze cliënten gestuurde organisaties worden activiteiten in de vorm van projecten ontwikkeld. Deze projecten zijn gebaseerd op vragen en ideeën van (ex-)cliënten van de geestelijke gezondheidszorg en de projecten worden, zoveel mogelijk, ook uitgevoerd door (ex-)cliënten.

De cliëntgestuurde organisatie die de onderzoekers hebben bezocht zijn: Cliënten Belangen Bureau (CBB) GGzE in Eindhoven, De Wegwijswinkel in Utrecht, Trimaran in Hengelo en Cliënten Belangen Bureau Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden (KAM) in Haarlem.

Cliënten Belangen Bureau GGzE in Eindhoven

Het CBB is in oktober 1996 ontstaan vanuit een fusie van een aantal zorginstellingen in Eindhoven en omstreken. (Ex-)cliënten zijn gestart met het ontwikkelen van een folder om het CBB bekend te maken.

Het CBB in Eindhoven is gevestigd op het terrein van GGzE en wordt gefinancierd vanuit de Raad van Bestuur van de GGzE. Op dit moment ligt er veel druk op de financiering van het CBB vanwege nieuwe ontwikkelingen, zoals de WMO en een nieuwe Raad van Bestuur binnen de GGzE.

Als Cliëntenbelangenbureau ondersteunt CBB in Eindhoven de Centrale Cliënten Raad door het geven van informatie, het verrichten van onderzoek en het stimuleren van cliëntenparticipatie. De inzet van ervaringsdeskundigheid gebeurt onder andere middels de volgende activiteiten: het geven van informatie en voorlichting, het geven van trainingen, het ondersteunen en ontwikkelen van nieuwe cliëntgestuurde projecten, het verzorgen van workshops en gastcolleges, et cetera. De verhouding tussen ervaringsdeskundigen en professionals is vier op drie.

De Wegwijswinkel in Utrecht

De Wegwijswinkel in Utrecht is in 1996 gestart met activiteiten onder de vleugels van de Kees Trimbos Stichting. Op 26 mei 1997 wordt Stichting Wegwijs opgericht. Stichting Wegwijs is een kleine koepel van cliëntgestuurde onderdelen in Utrecht.

De Wegwijswinkel is een inloop- en informatiecentrum voor (ex-)psychiatrische cliënten in de regio Utrecht en is gevestigd in het centrum van Utrecht. De Wegwijswinkel wil mensen met psychische problemen zoveel mogelijk ondersteunen in het dagelijks leven.

De Wegwijswinkel is cliëntgestuurd, dat wil zeggen dat er mensen werken die zelf ook ervaring in de psychiatrie hebben. De verhouding tussen ervaringsdeskundigen en professionals is vier op drie. Er werken in totaal elf betaalde krachten. De verschillende onderdelen van Stichting Wegwijs worden financieel mogelijk gemaakt door de Provincie

Utrecht, het Zorgkantoor (AWBZ), de Gemeente Utrecht (WMO) en verschillende projectfondsen en stichtingen.

Als Wegwijswinkel onderhoudt men contacten met vele patiënten- en cliëntenorganisaties en fungeert soms als platform om activiteiten van andere organisaties op te starten, met name in de stad Utrecht en randgemeenten. Daarnaast wordt de inzet van ervaringsdeskundigheid onder andere ingezet bij de volgende activiteiten: het bieden van een luisterend oor, het geven van informatie en advies, het verlenen van sociaal juridische diensten en het organiseren van activiteiten.

Trimaran in Hengelo

Op 29 maart 2005 is Trimaran opgericht door vertegenwoordigers van de cliëntenraden van Mediant, Adhesie en RIBW Twente. Aanleiding hiervoor was een gemis op het gebied van gezamenlijke belangenbehartiging vanuit cliëntenperspectief.

Trimaran is een inloop- en informatiecentrum en is gevestigd in het centrum van Hengelo. Er werkt één betaalde kracht tegenover 30 a 40 vrijwilligers.

Bij Trimaran vindt de inzet van ervaringsdeskundigheid plaats door middel van: het geven van informatie en advies, het houden van 'specifieke' spreekuren, zoals een spreekuur voor vrouwen met een (lichte) Postnatale Depressie, het organiseren van speciale activiteiten, bijvoorbeeld rond feestdagen, zoals een Paasbrunch, maar ook filmmiddagen.

Trimaran werd voorheen gefinancierd door subsidieregeling ZVP en het budget van Adhesie, RIBW Twente en Mediant. Nu streven zij naar een financiering vanuit de WMO van vijf grote gemeenten, meer zelfstandig ondernemerschap (zoals: trainingen geven, verhuur van ruimten, eigen bijdrage van vrijwilligers bij bepaalde activiteiten), zorgverzekeraar (gericht op preventie, reïntegratie, herstellend), de provincie, meer integrale aanpak door o.a. nauwe samenwerking met Zorgbelang.

CBB KAM in Haarlem

Het CBB is op 1 maart 1999 opgericht door de cliëntenraden van De Geestgronden en de bewonersraad van de RIBW. CBB KAM is gevestigd buiten het centrum in een groot pand, waar onder andere het psychiatrisch ziekenhuis ook in gevestigd is. De financiering voor het CBB KAM wordt verstrekt door: Zorgkantoor Amstelland en de Meerlanden, Zorgkantoor Kennemerland, Stichting De Geestgronden, Stichting RIBW-KAM.

CBB Kam is geen inloopcentrum, maar cliënten kunnen hier terecht op afspraak. Bij CBB KAM bestaat het stichtingsbestuur voor tenminste 51% uit (ex-)cliënten. Daarnaast is tenminste 51% van de betaalde medewerkers (ex-)cliënt. Bijna alle vrijwilligers zijn eveneens (ex-)cliënt.

Bij CBB KAM in Haarlem vormt de ondersteuning van de cliëntenraden een kernactiviteit. Daarnaast wordt ervaringsdeskundigheid ingezet bij de volgende activiteiten: het geven van voorlichting, informatie, advies en ondersteuning, het geven van cursussen, het organiseren van uitwisselingsbijeenkomsten voor (ex-)cliënten, familieleden en betrokkenen, het geven van advies bij de invoering van de diverse GGZ richtlijnen, het ondersteunen van vaardigheden in het onderwijs van de opleiding tot psychiater, het organiseren van sociale activiteiten.

1.4.2 Andere cliëntgestuurde initiatieven

WMO

Met de invoering van de WMO zie je door heel Nederland regionale initiatieven ontstaan wat betreft de maatschappelijke participatie van mensen met een psychische bagage. Het Programma Lokale Versterking bijvoorbeeld, opgezet door het Landelijk Platform GGZ met subsidie van het ministerie van VWS. Het programma Lokale Versterking richt zich op een verbetering van de participatie van (ex-)GGZ cliënten en direct betrokkenen, mensen met verslavingsproblemen en dak- en thuislozen.

Ter vergroting van de kennis en verbetering van de beeldvorming van mensen met een psychische beperking, organiseren GGZ-ervaringsdeskundigen bijeenkomsten voor medewerkers van WMO-loketten om ze te informeren over psychiatrische ziektebeelden in het algemeen en over hoe dit van invloed kan zijn op de cliënt die informatie bij het loket inwint.

Doordat de WMO bijna anderhalfjaar van kracht is, vinden er nu in vrijwel alle provincies WMO-conferenties plaats, die ingaan op de stand van zaken en of er nog wat moet verbeteren. Naast WMO-beleidsmedewerkers, wethouders en politici, zijn ook ervaringsdeskundigen en WMO-raadsleden uitgenodigd.

Trainingen en cursussen

De inzet van ervaringsdeskundigheid is ook terug te zien in trainingen en cursussen op het gebied van herstel. In het aanbod van activiteiten bij de bezochte cliëntenorganisaties voor dit onderzoek, werd deze vorm van inzet van ervaringsdeskundigheid ook al benoemd.

Er worden trainingen onderscheiden voor cliënten en voor hulpverleners.

Trainingen en cursussen voor cliënten zijn gericht op kennismaking met de concepten van herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid, op het begin maken met herstel en het ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid. "Herstellen doe je zelf", "Werken met eigen ervaring" en de "Traject Opleiding Ervaringsdeskundigheid" zijn hier voorbeelden van. De trainingen en cursussen hebben een zelfstandig karakter, los van de psychiatrische behandeling en begeleiding. De leiding is geheel in handen van ervaringsdeskundigen en de inhoud berust geheel op die ervaringsdeskundigheid.

Trainingen en cursussen voor hulpverleners zijn gericht zijn op het leren begrijpen van het cliëntperspectief en het leren aanbieden van herstelprocessen. Een bestaand aanbod is de training "cliënten trainen hulpverleners" die op veel plaatsen in het land wordt gegeven.

Samenwerking hogescholen en cliëntgestuurde organisaties

Er zijn al opleidingsinitiatieven waarin instanties als een diëntenbelangenbureau en een basisberaad samenwerkingsverbanden aangaan met hogescholen, zoals met de Fontys Hogeschool in Eindhoven, de Hanzehogeschool in Groningen en de Hogeschool van Utrecht. In de reguliere opleidingsprogramma's van het HBO is de informatie over rehabilitatie en herstel doorgaans nog beperkt. Verwacht wordt dat dit in de komende jaren snel zal veranderen. Voor het onderwijs in herstel en rehabilitatie betekent dit dat (ex-)cliënten/ervaringsdeskundigen een zeer belangrijke plaats zullen gaan krijgen in de lespraktijk.

Onderzoek

Ook in (wetenschappelijk)onderzoek vindt cliëntenparticipatie plaats. Hierin valt een ontwikkeling te zien van de cliënt als onderzoeksobject naar de cliënt als informatiebron tot de cliënt als onderzoeksassistent. Het was al een hele winst toen cliënten voor het eerst werden gevraagd naar hun mening over de kwaliteit van de zorg die zij ontvingen. Nu worden ervaringsdeskundigen ingezet als degenen die cliënten de vragen stellen.

Grenzen ervaringsdeskundigheid?

De grenzen van het nut van de inzet van ervaringsdeskundigheid in en om de GGZ zijn nog lang niet bereikt. Het is nog maar net begonnen. In de ruimte om de GGZ heen kunnen cliëntgestuurde herstelprogramma's verder worden uitgebouwd. In de Verenigde Staten kennen ze de zogenaamde peer support centers, cliëntgestuurde centra waar mensen met psychische problemen allerlei vormen van ondersteuning kunnen krijgen, van crisisinterventie tot aan een toevluchtsoord om in een moeilijke periode te verblijven, als alternatief voor psychiatrische opname. Een soort wegloophuis waarin ook gewerkt wordt aan herstel. Wellicht zien we in Nederland binnenkort ook dergelijke centra, waar puur op basis van ervaringsdeskundigheid een breed alternatief zorgaanbod ontwikkeld wordt.²⁶

Hoofdstuk 2 Organisaties in beeld

In dit hoofdstuk staan verschillende onderdelen beschreven die een beeld geven van de Zwolse Poort. De organisatie, de missie/visie en vormen van zorg en behandeling worden beschreven. Tevens wordt ingegaan op de instellingen die benaderd zijn voor het onderzoek.

Zwolse Poort

De Zwolse Poort is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Zij zetten zich in, vanuit specialistische deskundigheid en ervaring, voor mensen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen.

Missie/Visie

De Zwolse Poort richt zich op het voorkomen, behandelen en draaglijk maken van psychische en psychiatrische klachten en problemen.

Het doel van de Zwolse Poort is mensen in staat te stellen een zo normaal mogelijk leven te leiden, zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven te voeren en zo volwaardig mogelijk te functioneren in de eigen omgeving.

Aanbod

De Zwolse Poort biedt basiszorg en gespecialiseerde zorg. De basiszorg bestaat uit: poliklinische zorg, deeltijdbehandeling, psychiatrische thuiszorg, opname en acute zorg. De Zwolse Poort biedt gespecialiseerde zorg op de afdelingen: verslavingszorg, langdurende zorg, neuropsychiatrie, ouderenpsychiatrie en persoonlijkheidsharmonisatie²⁷.

Adhesie

Adhesie is een instelling voor de Geestelijke Gezondheidszorg en is werkzaam in Midden-Overijssel in de regio's Almelo, Deventer en Hellendoorn.

Adhesie is opgebouwd uit sectoren waaruit zij hun zorg verlenen. Deze organisatie richt zich op onderzoek, diagnostiek en behandeling van kinderen, volwassenen en ouderen met ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen.

Missie/Visie

Adhesie probeert, volgens haar missie, goede geïntegreerde zorg te bieden, op een deskundige wijze, met heel veel respect voor de cliënt, ingaande op de vraag van de cliënt en zoveel mogelijk op maat.

Aanbod

Adhesie biedt verschillende vormen van hulpverlening: poliklinische hulp, ambulante behandeling en begeleiding tot deeltijd behandeling, opname op gesloten en open afdelingen, woonbegeleiding, dagbesteding, arbeidsbegeleiding en psychiatrische thuiszorg. Wanneer er meerdere vormen van hulpverlening samen vallen wordt dat transmurale zorg genoemd²⁸.

Focus

Stichting Focus is een inloop- en informatiecentrum voor mensen met een psychiatrische achtergrond.

Missie/Visie

Focus heeft ten doel het bieden van een veilige ontmoetings- en informatieplek met een laagdrempelige inlooptoegang voor mensen met een psychiatrische achtergrond en/of (een) psychische handicap(s), gericht op het versterken van de individuele en collectieve sociale, maatschappelijke en economische positie.

Aanbod

Focus biedt verschillende activiteiten aan, zoals: een ADHD-café, een atelier, informatiecentrum en spreekuren, maatjescafé, lotgenotencontact et cetera.

Mediant

Mediant is een deskundige en betrouwbare instelling die hulp en advies geeft bij vragen van mensen met psychische (inclusief psychiatrische) problemen. De organisatie probeert daarnaast problemen te voorkomen.

Missie/Visie

Mediant voelt zich medeverantwoordelijk voor een geestelijke gezonde samenleving. Daarom biedt zij in Oost- en Midden-Twente een goed georganiseerd en continu aanbod van geestelijke gezondheidszorg. Ook signaleren zij ongezonde c.q. ziekmakende aspecten van maatschappelijke systemen. Dit doen ze via activiteiten op het gebied van preventie en via openbare geestelijke gezondheidszorg. Tevens willen ze hun expertise inzetten voor de verdere ontwikkeling van het psychiatrische circuit, het verslavingscircuit en het circuit voor geestelijke gehandicapten in de regio.

De zorg is persoonlijk en toegesneden op het individu. De taal van de medewerkers is begrijpelijk en de dienstverlening wordt gekenmerkt door openheid en respect. Mediant hecht veel belang aan een goede samenwerking met verwijzers en collega-instellingen. Deze organisatie heeft banden met sociale systemen van cliënten. Het gaat daarbij om contacten met familie en personen in de directe leef sfeer van de cliënt, maar ook om signalerende en stimulerende activiteiten die onder meer betrekking hebben op arbeid, welzijn en huisvesting.

Aanbod

Mediant biedt verschillende vormen van behandeling, zoals: kort durende behandeling, langdurende behandeling, ambulante behandeling, deeltijdbehandeling en klinische behandeling²⁹.

Riagg Zwolle

Riagg Zwolle maakt onderdeel uit van RIAGGz over de IJssell. Dit is een organisatie voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Ook RIAGG IJsselland en De Kern, maatschappelijke dienstverlening, maken hier deel vanuit.

Missie/Visie

De wereld wordt complexer en dat leidt tot meer risico's voor de geestelijke gezondheid. De geestelijke gezondheid van de mensen in de regio gaat Riagg Zwolle aan het hart. Zij helpen en leren mensen geestelijk zo gezond mogelijk te zijn. Dit doen ze met deskundigheid, respect en begrip voor de mens in zijn context, iedereen die Riagg Zwolle nodig heeft, is welkom en de kwetsbaren zoeken ze op.

Aanbod

Riagg Zwolle biedt verschillende vormen van therapie, zoals: individuele therapie, groepstherapie, creatieve speltherapie en gezinstherapie. Daarnaast bieden zij hulp bij de totstandkoming van een opname of uithuisplaatsing, crisisinterventie en crisisbehandeling. En Riagg Zwolle geeft advies en consultatie aan de omgeving van cliënten³⁰.

RIBW Twente

De stichting RIBW Twente staat voor Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen in Twente. RIBW Twente biedt woonbegeleiding aan mensen met langdurige problemen van psychische, psychosociale en/of psychiatrische aard.

Missie/ Visie

Uitgangspunten van de dienstverlening bij RIBW Twente zijn steeds weer de behoeften en de wensen van de individuele cliënt. Niet zozeer hun problemen of beperkingen, want mensen met een geestelijke beperking zijn vooral mensen die leven in de wereld van vandaag. Net als u, net als wij. Net als iedereen.

Aanbod

Bij RIBW Twente kunnen cliënten beschermd wonen. Cliënten kunnen aanspraak maken op direct begeleidingscontact. Het aantal gewenste uren begeleidingscontact wordt bepaald door de zorgvraag van de individuele cliënt. Cliënten kunnen 24 uur per dag terug vallen op begeleiding. Daarnaast biedt deze organisatie ook ambulante begeleiding, dit houdt in dat de cliënt gemiddeld een uur per week contact heeft met een begeleider. Dan is er in geval van nood nog een mogelijkheid om te logeren bij RIBW Twente. Hiervan kan gebruik gemaakt worden door mensen die tijdelijk onderdak nodig hebben³¹.

www.mediant.nl

³⁰ www.riaggzwolle.nl

³¹ www.ribwtwente.nl

RIBW Zwolle e.o.

RIBW Zwolle staat voor Regionale Instelling voor Beschermd Wonen Zwolle e.o. RIBW Zwolle biedt begeleiding op het gebied van wonen en dagbesteding aan mensen met psychische problemen.

Missie/ Visie

De begeleiding van de RIBW Zwolle is erop gericht mensen te ondersteunen om waar mogelijk zichzelf te ontwikkelen en hun kwaliteit van leven te vergroten. De begeleiding sluit aan bij de mogelijkheden en wensen die ze hebben om op hun eigen manier en naar tevredenheid een plek te hebben in de maatschappij.

Aanbod

RIBW Zwolle kent drie vormen van begeleiding: zelfstandig wonen met begeleiding (ambulante begeleiding), beschermd wonen met begeleiding en begeleiding bij arbeid/ dagbesteding³².

Tactus

Tactus richt zich in de eerste plaats op mensen die verslaafd zijn of verslaafd dreigen te raken aan alcohol, drugs, medicijnen, gokken, eten of een combinatie daarvan. Hun gedrag kan tot problemen leiden, waardoor ze fysiek en maatschappelijk niet meer goed functioneren. Ze zijn er zowel voor mensen die vrijwillig hulp zoeken als voor mensen die mede door hun verslaving in aanraking komen met justitie.

Hun tweede doelgroep is het netwerk van de cliënt, bijvoorbeeld de partner, de familie, de school of de werkgever, maar ook de hulpverlener(s). Voor een goede zorgverlening is het van belang dat zij nauw bij het zorgtraject betrokken zijn.

Missie/ Visie

Tactus beoogt de risico's voor de gezondheid en veiligheid van haar doelgroepen en de samenleving als gevolg van middelengebruik en verslavingsgedrag zoveel mogelijk te beperken.

Tactus zet zich in om op klantvriendelijke, respectvolle en zorgvuldige wijze voorlichting en advies te geven en/of passende zorg te bieden aan mensen met verslavingsproblemen, hun naasten en de samenleving. Hierbij staat de - al dan niet uitgesproken - vraag van haar cliënten en patiënten centraal.

Aanbod

Bij Tactus werken ze volgens het principe: niet meer zorg dan nodig, maar ook niet minder dan verantwoord. Zij stemmen de zorg af op individuele behoeftes van cliënten. Samen met de cliënt pakken ze de diverse problemen aan waar cliënten tegenaan lopen.

Tactus biedt verschillende vormen van behandeling en begeleiding, zoals: individuele hulp en behandeling, behandeling in groepsverband, relatie- en familiegesprekken, opname,

methadonverstrekking, scholing en arbeidsgewenning, hulp voor partners, ouders kinderen van iemand met een verslavingsprobleem, zelfhulpgroepen en hulp voor jongeren³³.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet

De onderzoeksvraag en de deelvragen die geformuleerd zijn worden in dit hoofdstuk nader toegelicht. Er wordt beschreven wat de aanleiding was om met het onderzoek te starten (de probleemstelling) en wat het doel van het onderzoek is (de doelstelling). Ook zal het type onderzoek, de dataverzamelmethode en de keuzes die gemaakt zijn tijdens het onderzoek worden toegelicht en verantwoord. Tevens zal er nader ingegaan worden op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

3.1 Probleemstelling, onderzoeksvraag en doelstelling

Maatschappelijke participatie van mensen met psychiatrische problematiek lijkt moeizaam tot stand te komen. Al jarenlang is vermaatschappelijking het uitgangspunt van het overheidsbeleid ten aanzien van deze doelgroep. Vermaatschappelijking is een veelomvattend en langdurig proces, maar moet uiteindelijk leiden tot het volwaardig kunnen meedraaien in de samenleving van mensen met psychiatrische problematiek. Door de komst van de WMO tracht de overheid door het idee van een 'civil society', het proces van vermaatschappelijking te bevorderen.

(Ex-)GGZ cliënten bewandelen sinds de vroege jaren zeventig al een lange weg naar meer zeggenschap en participatie in de maatschappij en invloed op de omgeving waarvan zij zorg afnemen. Huidige ontwikkelingen hierin zijn onder meer cliëntgestuurde projecten, cliëntgestuurde zorg en de inzet van ervaringsdeskundigen. Vanuit deze tendens zie je in verschillende regio's door heel Nederland organisaties ontstaan, gestuurd door (ex-)GGZ cliënten, die belangen behartigen, voorlichting en informatie geven en ondersteuning bieden binnen maatschappelijke participatie aan (ex-)GGZ cliënten.

Vanuit deze context bezien is er vanuit een groep (ex-)GGZ cliënten uit Zwolle, de Centrale Cliëntenraad van de Zwolse Poort en de cliëntondersteuner, de behoefte ontstaan om zichzelf te organiseren in een onafhankelijke organisatie voor en door cliënten, ter bevordering van de maatschappelijke participatie. Dit idee wordt gedragen op organisatieniveau, in dit onderzoek is dat de Zwolse Poort.

Probleemstelling:

"Het is onduidelijk of het idee voor een onafhankelijk bureau voor en door cliënten ook gedragen wordt door (ex-)GGZ cliënten uit heel Overijssel. Het is niet duidelijk welke ondersteuning (ex-)GGZ cliënten op dit moment hebben, waar ze met vragen op verschillende gebieden naar toegaan en welke wensen of behoefte aan ondersteuning deze doelgroep heeft om maatschappelijk te kunnen participeren in de samenleving."

Om de tocht van (ex-)GGZ cliënten naar meer zeggenschap en participatie in de maatschappij voort te zetten laat de Zwolse Poort onderzoek uitvoeren. Er wordt onderzoek verricht om inzicht te krijgen op welke gebieden mensen met psychiatrische problematiek

ondersteuning nodig hebben, om maatschappelijk te participeren en op welke manier dit zou kunnen.

Onderzoeksvraag:

"Op welke wijze kunnen (ex-)GGZ cliënten in Overijssel zich organiseren zodat zij door en voor elkaar vorm en inhoud kunnen geven aan voorlichting, informatie en ondersteuning binnen maatschappelijke participatie gericht op wonen, werk, welzijn en preventie?"

Om de onderzoeksvraag goed te kunnen beantwoorden is er een aantal deelvragen opgesteld.

Deelvragen:

1. Op welke leefgebieden hebben (ex-)GGZ cliënten behoefte aan ondersteuning?
2. Van welk huidig hulp- en/of dienstverleningsaanbod maken (ex-)GGZ cliënten in Overijssel gebruik?
3. Is er behoefte aan een zelfstandige instantie voor en door (ex-)GGZ cliënten in Overijssel?
4. Is er behoefte aan cliëntenparticipatie door de inzet van ervaringsdeskundigheid in Overijssel?

Doelstelling:

Met dit onderzoek zullen er aanbevelingen geschreven worden voor de Zwolse Poort. De aanbevelingen zullen ten eerste gebaseerd zijn op de resultaten verkregen uit de interviews en de conclusies die daaruit getrokken kunnen worden. Ten tweede wordt de ervaring en de eigen visie van de onderzoekers, verkregen uit oriëntatie in de praktijk en de bestudeerde literatuur, meegenomen in de aanbevelingen. Tevens zal er in de aanbevelingen gekeken worden naar de literatuur en waar nodig zullen aanbevelingen en theorie gekoppeld worden.

De aanbevelingen zullen inzicht geven in de nog te nemen stappen ten aanzien van een initiatief voor en door cliënten. De aanbevelingen zullen het karakter hebben van een suggestie voor de vorm en inhoud van een initiatief voor en door cliënten in Overijssel. Van hieruit kan de Zwolse Poort meer onderbouwd en gericht handelen of het idee anders aanpakken.

3.2 De onderzoeksmethode

Het type onderzoek

Om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag is er inventariserend onderzoek verricht. Dit type onderzoek omvat het in beeld brengen, inventariseren, beschrijven en analyseren van problemen in een uitgangssituatie. In dit onderzoek is dat de participatie van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij. Dit type onderzoek bestaat eigenlijk uit twee subtypen die een tweedeling vormen. Het ene subtype wordt aangeduid met het al genoemde 'inventariserend onderzoek', het andere subtype wordt aangeduid met de naam 'behoefteonderzoek'. Kenmerken van beide subtypen komen terug in dit onderzoek.

Door gebruik te maken van verschillende databronnen is de probleemstelling breed geïnventariseerd en kent het onderzoek zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Door vragen te stellen naar behoeften vindt behoefte-identificatie plaats³⁴.

Dataverzamelingmethoden

Volgens Migchelbrink zijn de dataverzamelingmethoden in te delen in drie hoofdgroepen; ondervragen, observeren en inhoudsanalyse. Om gegevens voor dit onderzoek te verzamelen is er gebruik gemaakt van ondervragen. Ondervragen is een methode die je gebruikt om bij personen (respondenten, informanten of deskundigen) gegevens te verkrijgen, ook wel interviewen genoemd.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een gestructureerd interview. Het interview kenmerkt zich door een gestructureerde vragenlijst. Dit betekent dat de interviewvragen vooraf zijn bepaald en op papier zijn vastgelegd. De vragenlijst bevat vooral gesloten vragen, waarbij de respondent kan kiezen uit enkele van te voren aangegeven antwoordmogelijkheden. De respondent hoeft hierdoor niet zelf een antwoord te bedenken. Op deze manier is er rekening gehouden met een eventuele kwetsbaarheid bij de respondent als gevolg van een ziekte(geschiedenis).

Naast gesloten vragen is er ook gebruik gemaakt van een aantal open vragen, waaruit kwalitatieve gegevens worden verkregen. Omdat door het stellen van open vragen, zwaarder beroep wordt gedaan op de vaardigheid van de respondent, omi antwoorden te bedenken en te formuleren, is ervoor gekozen de interviews mondeling af te nemen. Het voordeel van mondeling ondervragen is dat er toelichting op een vraag of antwoord gegeven kan worden als een vraag niet goed begrepen is. Tevens heb je op deze manier 100% respons.

De interviews zijn voor het merendeel individueel afgenomen. Eén interview is groepsgewijs afgenomen met zeven respondenten, omdat de instantie waarvan deze respondenten afkomstig waren, maar één uur tijd had ingeruimd voor de interviews. Zeven respondenten individueel interviewen in één uur tijd was onmogelijk. Wel hebben de onderzoekers individueel de ingevulde formulieren doorgenomen met de respondenten.

Naast de interviews is er een literatuurstudie gedaan. Er heeft verdieping plaatsgevonden in literatuur, dat een beeld geeft van het proces van vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, cliëntenparticipatie, ervaringsdeskundigheid, de WMO en de positie van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij. Een overzicht van de bestudeerde literatuur staat beschreven in de literatuurlijst.

Naast de interviews en de literatuurstudie is er tevens informatie verkregen door een oriëntatie in de praktijk. In Nederland zijn er verschillende organisaties voor en door cliënten bezocht, ter oriëntatie op hoe ervaringsdeskundigheid wordt ingezet. Meer hierover leest u in hoofdstuk 1.

Baarda, De Goede En Teunissen noemen het gebruik maken van verschillende methoden, om gegevens te verzamelen binnen één onderzoek, methodische triangulatie. De term

triangulatie (driehoeken of driehoeksmeting) is afkomstig uit de landmeetkunde. Om een plek op aarde exact te meten of vast te stellen is immers een driehoeksmeting nodig. Het principe is dat je een volledig beeld krijgt van de situatie.

In het interview worden 29 vragen gesteld aan cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg, bestaande uit 16 gesloten- en 13 open vragen.

Voor het verwerken van de gesloten vragen wordt er gebruik gemaakt van het onderzoeksprogramma SPSS. Het programma "SPSS" (oorspronkelijk Statistical Package for the Social Sciences) wordt gebruikt voor statistische doeleinden in met name de sociale wetenschappen³⁵.

De uitkomsten worden gepresenteerd in de vorm van tabellen en grafieken. Hierdoor wordt er getracht een duidelijk beeld te tonen van de resultaten voor de opdrachtgever en belangstellenden.

De open vragen worden handmatig verwerkt. Per open vraag worden alle antwoorden verzameld die er gegeven zijn en deze worden geteld. Vervolgens worden de antwoorden geclusterd. Dit wil zeggen dat er wordt gekeken of de antwoorden in bepaalde categorieën kunnen worden ondergebracht.

Het proces

In eerste instantie zouden er alleen (ex-)cliënten van de Zwolse Poort geïnterviewd worden. Het werkgebied van de Zwolse Poort omvat Deventer, Zwolle en IJssel- Vecht en beslaat 3000 cliënten. In overleg met de projectbegeleiders is besloten dat vijftig personen een reëel aantal is voor een representatief onderzoek.

Door middel van de sneeuwbalmethode moesten deze vijftig personen geworven worden. Dit houdt in dat er, middels een selecte steekproef, een zevental cliënten uit de cliëntenraad van de Zwolse Poort geïnterviewd zou worden. Deze cliënten zouden ons namen kunnen geven van andere cliënten en zo zou de bal moeten gaan rollen. Helaas bleek deze methode niet te werken. De cliënten kwamen niet met namen van andere cliënten, maar adviseerden contact op te nemen met Focus³⁶ en PART³⁷ in Zwolle.

In het contact met verschillende instellingen was het niet makkelijk om medewerking te krijgen aan het onderzoek. De onderzoekers hebben samen met de opdrachtgever en de docentbegeleider gekeken naar wat maakte dat dit lastig ging.

Aan het begin van het onderzoek is er een onderzoeksvraag vastgesteld. Deze luidt: "Hoe kunnen (ex-)GGZ cliënten in Overijssel zich organiseren zodat zij door en voor elkaar vorm en inhoud kunnen geven aan voorlichting, informatie en ondersteuning binnen maatschappelijke participatie gericht op wonen, werk, welzijn en preventie?"

Gaande het onderzoek is er een weg ingeslagen richting een Cliënten Belangen Bureau. De onderzoekers zijn zich in de praktijk gaan oriënteren op verschillende Cliënten Belangen

Vocht, A. de (juli 2007), *Basishandboek SPSS 15 voor Windows*, Bijleveld Press, geheel.

³⁶ Stichting Focus is een inloop- en informatiecentrum voor mensen met een psychiatrische achtergrond.

³⁷ PART ondersteunt en begeleidt mensen met een psychiatrische achtergrond op het gebied van arbeid en dagbesteding.

Bureaus in Nederland. Vanuit deze oriëntatie is de vragenlijst ontstaan. Hierin stonden vragen toegespitst op een Cliënten Belangen Bureau. Vervolgens is deze vragenlijst goedgekeurd door de Centrale Cliëntenraad (CCR), de onafhankelijke voorzitter, de ondersteuner van de CCR en een verpleegkundige van de Zwolse Poort.

Er is geconcludeerd dat de onderzoekers en opdrachtgever in de oriëntatiefase gekleurd zijn geraakt, door het onderzoek toe te spitsen op hoe vorm en inhoud te geven aan een Cliënten Belangen Bureau.

In de voorfase van het onderzoek zijn wellicht een aantal stappen overgeslagen. De Zwolse Poort heeft bijvoorbeeld niet gekeken naar of andere GGZ-instellingen in Overijssel het idee van een Cliënten Belangen Bureau delen. Doordat dit nog niet onderzocht is, kwam het idee van een Cliënten Belangen Bureau bij andere GGZ onverwachts. Dit is opgemerkt tijdens het benaderen van deze instellingen voor medewerking van cliënten aan een interview. Het riep vragen op als: 'waarom een Cliënten Belangen Bureau?' en 'wat is de meerwaarde van een Cliënten Belangen Bureau?' Deze vragen werden aan de onderzoekers gericht tijdens het bezoek aan instellingen. De vragen werden terecht gesteld, omdat de desbetreffende instelling al een vergelijkbaar aanbod van diensten en activiteiten heeft met wat een Cliënten Belangen Bureau ook zou kunnen aanbieden. Vanuit dit oogpunt ontstonden ook vragen als: 'moet het idee van een Cliënten Belangen Bureau gezien worden als concurrentie?' en 'wordt er met het opzetten van een Cliënten Belangen Bureau ook naar samenwerking gekeken?'

Door deze terechte vragen en daarmee het gevoel van weerstand is het duidelijk geworden dat het onderzoek en de vragenlijst teveel gericht was op een Cliënten Belangen Bureau. Kijkend naar de (open) onderzoeksvraag is dit niet het eigenlijke doel van het onderzoek. Daarom is er besloten een verandering aan te brengen in het onderzoek en de vragen die toegespitst waren op een Cliënten Belangen Bureau eruit te halen. Hierdoor is er weer een open vizier ontstaan over de vorm betreffende een initiatief voor en door cliënten.

Bovenstaande verandering is niet de enige aanpassing die gemaakt is in het onderzoek. Nadat er geconstateerd was dat de sneeuwbal-effectmethode niet de juiste was, heeft er wederom een verandering plaatsgevonden. Er is besloten om cliënten uit heel Overijssel te interviewen. Dit zou het werven van cliënten vergemakkelijken en tegelijkertijd het draagvlak voor het onderzoek Overijssel breed maken.

De cliëntondersteuners van de cliëntenraden van Adhesie, Mediant, RIAGG Zwolle, RIBW Twente, RIBW Zwolle e.o., Tactus en de Zwolse Poort zijn benaderd voor het werven van cliënten voor interviews. De instellingen zijn allen GGZ gerelateerd en bevinden zich in Overijssel.

Van de ondersteuners van de Cliëntenraden van Adhesie, RIBW Twente en RIBW Zwolle e.o. werd er snel een positieve reactie ontvangen. Door middel van a-selectie steekproeven zijn er cliënten van deze instellingen geïnterviewd.

Van de cliëntondersteuner van de cliëntenraad van Tactus werd er bericht ontvangen dat voor het afnemen van interviews bij cliënten van Tactus, de directie schriftelijk benaderd

diende te worden voor het vragen van toestemming. Door de tijdsdruk die er inmiddels op het onderzoek stond is besloten hier niet op in te gaan. Er zijn geen cliënten van Tactus geïnterviewd, maar wel cliënten die in een eerder stadium of op een andere wijze contact hebben of hebben gehad met Tactus.

Door onduidelijkheden in de communicatie met het Riagg en uiteindelijk de tijdsdruk is er helaas geen gebruik gemaakt van hun aanbod. Net als bij Tactus zijn er indirect wel cliënten geïnterviewd die contact hebben of hebben gehad met het Riagg.

Van Mediant is er tot op heden helemaal geen reactie ontvangen.

Betrouwbaarheid en validiteit:

Ieder onderzoek moet betrouwbaar en valide zijn. **Validiteit** zegt iets over de inhoud: meten/verklaren de verzamelde gegevens datgene wat zij moeten meten/verklaren?

Betrouwbaarheid heeft te maken met de stabiliteit van het onderzoeksresultaat: aangenomen dat het bedoelde gemeten/verklaard wordt, in hoeverre zijn deze metingen dan zonder verstoringen en fouten? Anders gezegd: Zijn de onderzoeksresultaten een juiste weergave van de praktijk?³⁸

Er zijn verschillende manieren om te werken aan de validiteit en betrouwbaarheid.

Verantwoorden is één manier. In dit onderzoek is er verantwoord op welke wijze er gewerkt is en op welke wijze er tot de resultaten is gekomen. Er staat beschreven wat er is gedaan, welke keuzes er zijn gemaakt, waarom dit gedaan is en op welke manier. Door dit te beschrijven wordt het werk van de onderzoekers transparant en wordt de validiteit en betrouwbaarheid versterkt.

Nauwkeurig en zorgvuldig werken is ook een manier om de validiteit en betrouwbaarheid te versterken. De werkwijze en de totstandkoming van de cliëntpopulatie verdient niet altijd een schoonheidsprijs. Er is teveel een accent komen te liggen op een bepaalde oplossing. Door middel van een verandering in het onderzoek is geprobeerd dit ongedaan te maken. De totstandkoming van de cliëntpopulatie werd bemoeilijkt door de moeizame toegang bij de instellingen, de ruis in de communicatie en uiteindelijk de tijdsdruk. Hierdoor hebben de onderzoekers helaas een drietal instellingen tekort moeten doen. Dit heeft een negatieve invloed op de validiteit van het onderzoek. Echter, met het interviewen van cliënten van Adhesie, RIBW Twente, RIBW Zwolle e.o en PART, onderdeel van RIBW Zwolle, en de Zwolse Poort is het onderzoek wel representatief.

Er is gebruikt van een combinatie van databronnen en een oriëntatie in de praktijk. Tijdens de interviews hebben de onderzoekers geprobeerd niet veroordelend over te komen. Dit zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt vergroot. Tijdens het onderzoek is er gewerkt met een gestructureerd interview. De analyse van de gesloten vragen is middels het statische programma SPSS gebeurd. Hierdoor wordt de validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens gecontroleerd. Het analyseren van de open vragen hebben de onderzoekers zo objectief mogelijk gedaan³⁹.

3.3 De uitvoering

In het interview worden de cliënten bevraagd op verschillende onderwerpen en leefgebieden. De leefgebieden die aan bod komen zijn: wonen, werk/dagbesteding, financiën en vrije tijd. Deze gebieden hebben te maken met het proces van maatschappelijke participatie en van het kunnen vervullen van sociale en maatschappelijke rollen op deze gebieden. De interviewvragen op deze gebieden zijn voor een groot deel van dezelfde aard. Daarnaast komen de onderwerpen persoonsgegevens, hulp- en/of dienstverlening en ervaringsdeskundigheid aan bod.

Persoonsgegevens

Geslacht

Er worden zowel mannen als vrouwen geïnterviewd. Het is belangrijk beide geslachten een mening te laten geven over de wensen en/of behoeften aan ondersteuning op de verschillende leefgebieden en over het onderwerp ervaringsdeskundigheid. De vraag naar het geslacht van de respondent is een gesloten vraag met twee antwoordmogelijkheden. De antwoordmogelijkheden spreken voor zich.

Leeftijd

De cliëntpopulatie bestaat uit respondenten in de leeftijd van 30t/m 60 jaar. Deze selectie is tot stand gekomen doordat de Zwolse Poort cliënten indeelt in de volgende leeftijdscategorieën/fasen:

- 0-18 jaar: jeugd.
- 18-30 jaar: adolescenten.
- 30-60 jaar: volwassenen.

Cliënten uit de eerste groep hebben een eerste ervaring met de psychiatrie gehad en hebben vaak de mogelijkheid om na deze ervaring hun studie of baan (weer) op te pakken. Cliënten uit de tweede groep hebben vaak nneerdere ervaringen in de psychiatrie gehad. Dit maakt dat het lastiger is voor deze groep om bijvoorbeeld weer een baan op de reguliere arbeidsmarkt op te pakken.

Aan de start van het onderzoek bestonden de onderzoekers uit twee duo studenten. De cliëntpopulatie is toen in twee leeftijdscategorieën opgesplitst, namelijk cliënten in de leeftijd van 18 tot 30 jaar en cliënten in de leeftijd van 30 tot 60 jaar. Voor dit onderzoek is gekozen voor cliënten in de leeftijd van 30 tot 60 jaar, omdat de cliënten uit de cliëntenraad van de Zwolse, waaruit de onderzoeksvraag is ontstaan, zich in deze leeftijdscategorie bevinden.

Na de selectie van cliënten in de leeftijd van 30 tot 60 jaar is er nog een selectie gemaakt. Er is gekozen om drie groepen te maken, namelijk cliënten in de leeftijd van 30 tot 40 jaar, 41 tot 50 jaar en 51 tot 60 jaar.

Cliënten in de leeftijd van 30 tot 40 jaar zijn mensen die nog toekomstgericht denken en handelen. Er is nog de mogelijkheid een maatschappelijke carrière op te bouwen. Hierbij valt te denken aan werk; al dan niet binnen de reguliere arbeidsmarkt, het aangaan van relaties, een gezin, kinderen.

Cliënten in de leeftijd van 41 tot 50 jaar bevinden zich als het ware in een tussenfase of overgangsfase. Voor een deel zijn deze mensen vergelijkbaar met de groep 30 tot 40 jarigen en voor een ander deel met de 51 tot 60 jarigen. Het heden; kinderen, werk, collega's, deskundigheid zijn belangrijk en blijven behouden.

Een indeling van cliënten in de leeftijd van 51 tot 60 is eigenlijk discutabel, want bij 60 jaar houdt het leven niet op. Beter gezegd is dus cliënten in de leeftijd van 50+. Sociaal-emotioneel gezien, zou je kunnen zeggen, bevindt deze groep zich in een rustiger vaarwater. Door levenservaring is men wijs geworden, men denkt en handelt naar hoe de situatie nu is en legt zich daar bij neer, men blikt terug op het leven. De fysieke krachten nemen af, wat gevolgen kan hebben voor verschillende leefgebieden, als werk en vrije tijd.

Aan de hand van deze indeling, kan er gerichter naar leeftijd conclusies getrokken worden. De vraag naar de leeftijd van de respondent is een gesloten vraag met drie antwoordmogelijkheden. De antwoordmogelijkheden spreken voor zich.

Meer persoonsgegevens zijn niet relevant voor dit onderzoek, omdat zij inhoudelijk niets toevoegen.

Hulp- en/of dienstverlening

Door vragen te stellen over dit onderwerp, wordt onderzocht welk hulp- en/of dienstverleningspad cliënten bewandeld hebben. Er wordt gevraagd met welke hulp- en/of dienstverlenende instantie in Overijssel cliënten contact hebben (gehad), om een beeld te krijgen van de instanties waar deze doelgroep gebruik van maakt of heeft gemaakt. Voor eventuele samenwerking tussen instanties in Overijssel is deze informatie van belang. Bij deze vraag is ervoor gekozen om GGZ gerelateerde instanties uit Overijssel als antwoordmogelijkheden te geven, omdat het niet zinvol is om alle hulp- en/of dienstverlenende instanties uit Overijssel op te sommen.

Hulp- en/of dienstverlening die cliënten van andere, niet GGZ gerelateerde instellingen (hebben) ontvangen, worden ondervragen met de antwoordmogelijkheid 'een andere hulp- en/of dienstverlenende instantie, nl.'. Dit is een gesloten vraag met antwoordmogelijkheden om structuur te bieden aan het interview.

Cliënten worden gevraagd 'waaruit de hulp- en/of dienstverlening bestaat of bestond'. Hiermee wordt geïnventariseerd welke hulp- en/of dienstverlening cliënten nodig kunnen hebben. Dit is een open vraag, zodat cliënten zelf een antwoord kunnen formuleren.

Wonen

De eerste vraag gaat over de woonsituatie van de cliënt. Van hieruit zou een koppeling gemaakt kunnen worden, tussen de woonsituatie van de cliënt en de hulp die hij heeft (gehad) of zou willen hebben. Dit is een gesloten vraag met antwoordmogelijkheden om structuur te bieden aan het interview.

Werk of dagbesteding

Door vragen te stellen over dit gebied, wordt onderzocht of cliënten werk of een dagbesteding hebben en in welke vorm. Dit is een gesloten vraag met antwoordmogelijkheden om structuur te bieden aan het interview.

Financiën

Cliënten worden gevraagd naar hun bron van inkomsten, om een indicatie te krijgen over welke bron(nen) van inkomsten deze doelgroep beschikt. Dit is een gesloten vraag met antwoordmogelijkheden om structuur te bieden aan het interview.

Vrije tijd

Door de vraag te stellen of de cliënt een vrijetijdsbesteding heeft, wordt onderzocht hoeveel cliënten wel of geen vrijetijdsbesteding hebben.

Wonen, werk of dagbesteding, financiën en vrije tijd

Bij de bovenstaande leefgebieden worden ook gedeeltelijk dezelfde vragen gesteld.

De eerste vraag is een vraag naar behoefte, of een cliënt behoefte heeft aan ondersteuning op één van de gebieden en waar deze behoefte uit bestaat. Hiermee wordt onderzocht of de doelgroep behoefte heeft aan ondersteuning en zo ja, waarin hij ondersteund zou willen worden. Dit is een open vraag, zodat cliënten zelf een antwoord kunnen formuleren.

Wanneer een cliënt al ondersteuning heeft of heeft gehad, wordt de cliënt gevraagd om aan te geven of hij tevreden is over deze hulpverlening. Wij vragen de cliënt te omschrijven waar hij wel of niet tevreden over is met betrekking tot de hulpverlening. Deze punten kunnen meegenomen worden wanneer er een nieuw initiatief voor en door cliënten wordt opgezet. Dit is een open vraag, omdat wij cliënten zelf een antwoord willen laten formuleren.

Ook wordt er onderzocht waar de cliënt met vragen op de verschillende gebieden naar toe zou gaan. Dit is een gesloten vraag met antwoordmogelijkheden. Per leefgebied zijn er drie vaste antwoordmogelijkheden, deze zijn: 'een zelfstandige instantie voor en door cliënten', 'een instantie waar u al hulp- en/of dienstverlening ontvangt' en 'het WMO-loket van de gemeente'. De overige antwoordmogelijkheden die staan opgesomd, zijn algemene openbare instanties, aangepast aan het leefgebied, waar elke burger met vragen naartoe zou kunnen gaan. 'Anders, namelijk...' vormt ook nog een antwoordmogelijkheid. Dit kan een instantie zijn, maar bijvoorbeeld ook familie of vrienden. We vragen hiernaar om te weten te komen naar welke instanties cliënten voor welke problematiek heen gaan.

Ervaringsdeskundigheid

Er wordt gevraagd of een cliënt hulp aan zal nemen van een ervaringsdeskundige en waarom wel of niet. Ervaringsdeskundigheid is een actueel onderwerp en wanneer er in de toekomst een initiatief opgezet zal worden voor en door cliënten, dan zal de inzet van ervaringsdeskundigheid een belangrijke rol vervullen. Dit is een open vraag, zodat cliënten zelf een antwoord kunnen formuleren en er kwalitatieve gegevens verkregen worden.

Het is belangrijk om te weten of cliënten zichzelf in de toekomst als ervaringsdeskundige zien en waarom wel of niet, wederom omdat dit een belangrijk onderdeel is in het opzetten

van een initiatief voor en door cliënten. Dit is een open vraag, zodat cliënten zelf een antwoord kunnen formuleren en er kwalitatieve gegevens verkregen worden. Wanneer cliënten zichzelf niet als ervaringsdeskundige zien in de toekomst, moet hier rekening mee gehouden worden. Ook is dit belangrijk om te weten, zodat er eventueel wat gedaan kan worden met voorlichting en informatie aan cliënten over ervaringsdeskundigheid.

De vraag of cliënten bereid zijn een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige wordt gesteld om te inventariseren of er belangstelling voor is en of een dergelijke opleiding hier in Overijssel opgestart of gegeven kan worden.

Tot slot

Tot slot wordt de cliënt gelegenheid gegeven om op- of aanmerkingen betreffende de vragenlijst te noteren. Hier kunnen de onderzoekers van leren en belangrijke zaken kunnen zij meenemen in het verwerken van de onderzoeksgegevens of in de aanbevelingen naar de Cliëntenraad van de Zwolse Poort.

Als laatste wordt de cliënt de mogelijkheid geboden om een samenvatting van de resultaten van het onderzoek digitaal te ontvangen. Hier kunnen ze hun e-mail adres invullen. Het interview wordt anoniem verwerkt, dus de opdrachtgever krijgt deze gegevens niet in combinatie **met** de antwoorden op de vragen van het interview.

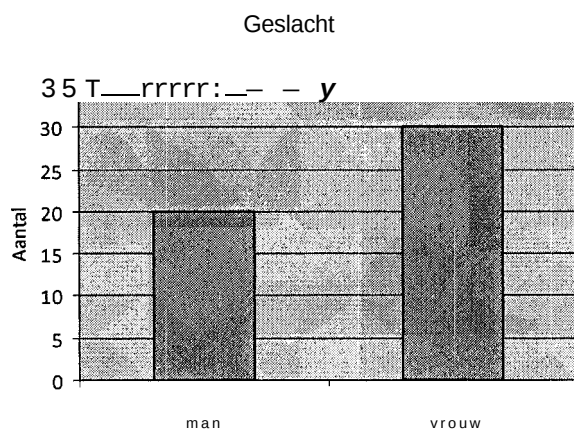
3.4 Verbindingen

Om specifiekere conclusies te kunnen trekken zijn er met behulp van het programma SPSS kruistabellen gemaakt. Vervolgens zijn uit deze kruistabellen grafieken gemaakt. De interviewvragen op de verschillende leefgebieden, waarin gevraagd wordt of de cliënt behoefte heeft (gehad) aan ondersteuning wordt gekoppeld aan de leeftijdscategorieën. Tevens worden de gesloten vragen met betrekking tot ervaringsdeskundigheid gekoppeld aan de leeftijdscategorieën. Van hieruit wordt bekeken of het één in verband staat met het ander. De kruistabellen tussen bovenstaande vragen zijn gemaakt, omdat het interessant is om te onderzoeken of er een verschil of overeenkomst bestaat tussen de diverse variabelen. De onderzoekers verwachten dat uit deze verbindingen, interessante resultaten verkregen kunnen worden.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

De belangrijkste onderzoeksresultaten die gerelateerd zijn aan de onderzoeksvraag zijn beschreven in dit hoofdstuk. Met behulp van het programma SPSS zijn per gebied grafieken en (kruis) tabellen gemaakt. De resultaten zijn beschreven in zowel aantallen als procenten. Waar dit kon zijn de resultaten in procenten uitgedrukt. De overige resultaten zijn toegevoegd in bijlage 3.

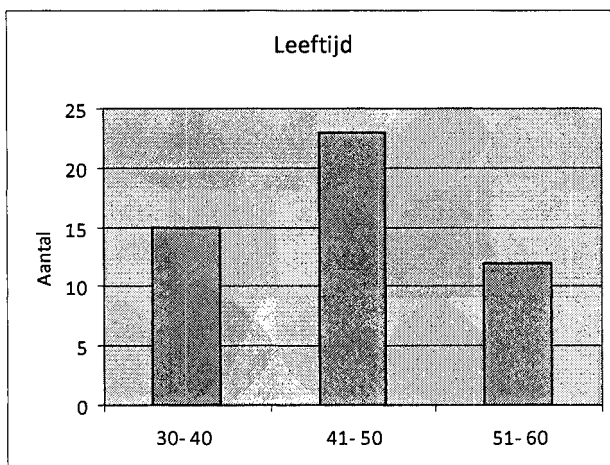
4.1 Resultaten Persoonsgegevens



Figuur 4.1 Wat is uw geslacht?

Geslacht

Van de respondenten is 40% van het mannelijke geslacht en 60% van het vrouwelijke geslacht.



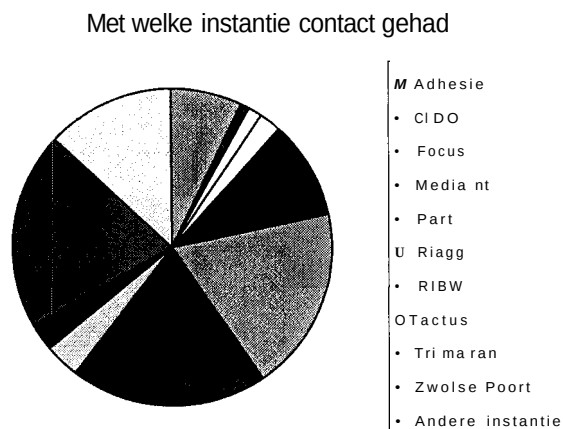
Figuur 4.2 Wat is u leeftijd?

Leeftijd

Van de respondenten is 30% in de leeftijdscategorie van 30-40 jaar, 46% komt uit de leeftijdscategorie 41-50 jaar en 24% uit de leeftijdscategorie 51-60 jaar.

4.2 Resultaten hulp- en/of dienstverlening

Alle respondenten, 100%, hebben contact of contact gehad met een hulp- en/of dienstverlenende instantie in Overijssel.



Figuur 4.3 Met welke hulp- en/of dienstverlenende instantie in Overijssel contact gehad?

instantie	Aantal
Adhesie	10
CIDO	1
Focus	2
Mediant	3
Part	14
Riagg	26
RIBW	27
Tactus	5
Trimaran	4
Zwolse Poort	28
Andere instantie	18

- De instanties Adhesie, Riagg, RIBW en Zwolse Poort worden **het** meest genoemd door de respondenten. Daarnaast noemen veel respondenten een andere instantie in Overijssel.
- De hulpverlening van deze instanties bestond per instantie uit:

Adhesie: de hulp- en/of dienstverlening die de respondenten bij Adhesie verkrijgen bestaat of bestond uit: opname, begeleiding vanuit het Transmuraal Teami (ook wel ambulante begeleiding), deeltijdbehandeling, gesprekken met een psychiater, ondersteuning van een SPV'er (sociaal psychiatrisch verpleegkundige), verkrijgen van medicatie, traject begeleiding, resocialisatie wonen en het volgen van een cursus.

Riagg: de hulp- en/of dienstverlening die de respondenten bij het Riagg verkrijgen bestaat of bestond uit: ondersteuning van een SPV'er, gesprekken **met** een psychiater, opname, het

volgen van een sociale vaardigheidstraining, onderzoek, diagnose, behandeling/therapie, verkrijgen van medicatie, doorverwijzing, groepsgesprekken, crisisopvang.

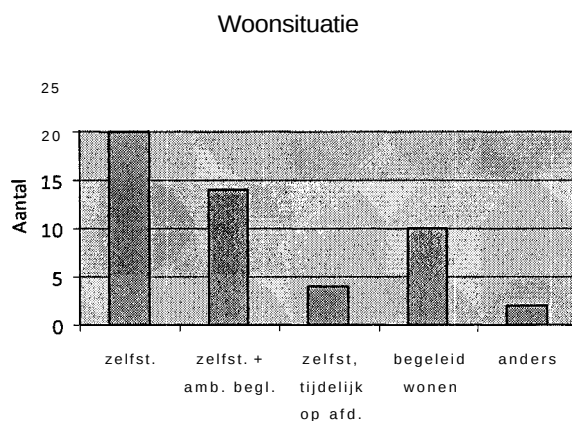
RIBW: de hulp en/of dienstverlening die de respondenten verkrijgen bij het RIBW bestaat of bestond uit: het begeleid wonen in een woonvorm, ambulante woonbegeleiding en ondersteuning op overige gebieden.

Zwolse Poort: de hulp en/of dienstverlening die de respondenten verkrijgen bij de Zwolse Poort bestaat of bestond uit: opname, gesprekken met een psychiater, verkrijgen van medicatie, doorverwijzing, begeleid wonen, maatschappelijk werk, onderzoek, diagnose, (deeltijd)behandeling/therapie en rehabiliteren.

Andere instantie: het meest werden hier het Algemeen Maatschappelijk Werk en de PAAZ-afdeling van Algemene ziekenhuizen genoemd. Bij het Algemeen Maatschappelijk Werk bestond de hulpverlening uit psychosociale begeleiding, hulp bij financiën en administratie en doorverwijzing. Bij de algemene ziekenhuizen bestond de hulpverlening uit opname op de PAAZ-afdeling, behandeling (psychotherapie).

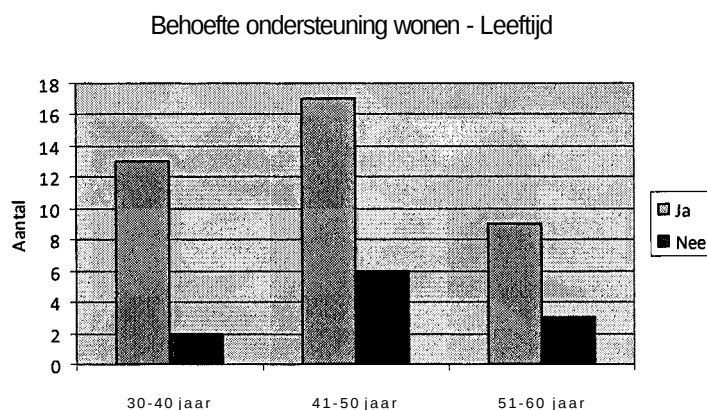
« Er zijn respondenten die meer antwoorden hebben gegeven op de vraag 'met welke instantie heeft u contact of contact gehad?'.

4.3 Resultaten wonen



Figuur 4.4 Hoe is uw woonsituatie op dit moment?

- Van de respondenten woont 40% zelfstandig.
- 28% van de respondenten woont: zelfstandig en ontvangt ambulante begeleiding.
- 8% van respondenten woont zelfstandig, maar verblijf tijdelijk op afdeling van een instelling.
- 20% van de respondenten woont begeleid in een woonvorm van een instelling.
- 4% van de respondenten heeft een andere woonsituatie.



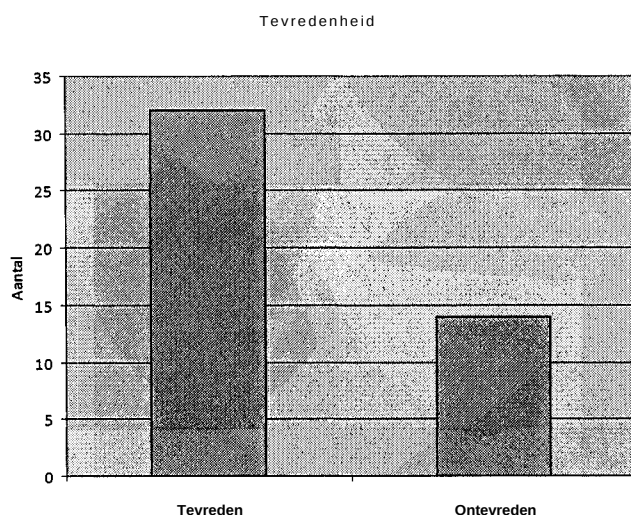
Figuur 4.5 Heeft u behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied wonen?

- In de bovenstaande grafiek is de behoefte aan ondersteuning op het gebied wonen gekoppeld aan de leeftijd van de respondenten.
- 78% van de respondenten geeft aan behoefte te hebben (gehad) aan ondersteuning op het gebied wonen.
- 22% van de respondenten geeft aan geen behoefte te hebben aan ondersteuning op het gebied wonen.
- In de leeftijdscategorie 30-40 jaar hebben 13 van de 15 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied wonen.
- In de leeftijdscategorie 41-50 jaar hebben 17 van de 23 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied wonen.
- In de leeftijdscategorie 51-60 jaar heeft 9 van de 12 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied wonen.

Vorm van ondersteuning	Aantal
Meekijken	3
Gesprekken op sociaal-emotioneel niveau ⁴⁰	9
Ondersteuning bij huishoudelijke taken	21
Opbouwen regelmaat/ structuur	18
Ondersteuning bij resocialisatie ⁴¹	13

⁴⁰ Sociaal-emotioneel niveau: gesprekken over hoe het gaat met de cliënt, emoties van de cliënt, tegenslagen en successen en hoe hier mee om te gaan etc.

⁴¹ Resocialisatie: herintegratie in eigen omgeving of nieuwe sociale omgeving.



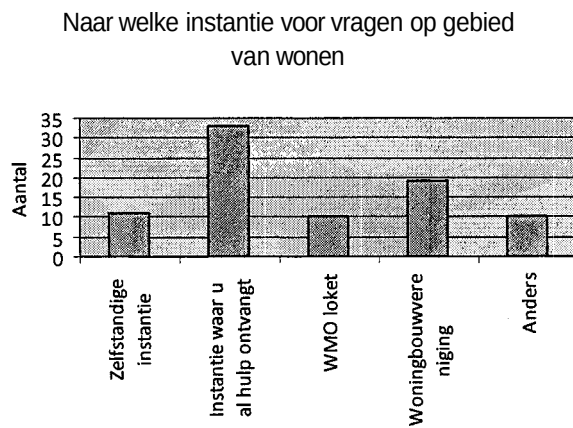
Figuur 4.6 Kunt u aangeven of u tevreden of ontevreden bent over de ondersteuning die u heeft of heeft gehad.

- 32 respondenten zijn tevreden over de ondersteuning op het gebied wonen die zij hebben of hebben gehad. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- 14 respondenten zijn ontevreden over de ondersteuning op het gebied wonen die zij hebben of hebben gehad. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- Voor 12 respondenten is deze vraag niet van toepassing. Een deel van de respondenten heeft wel behoefte aan ondersteuning, maar ontvangt nog geen ondersteuning. Een ander deel heeft geen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning.

Tevreden over...	Aantal
Bejegening/omgang	28
Aanpak/ methode	20

Ontevreden over...	Aantal
Wisseling begeleiding	5
Bereikbaarheid begeleiding	3
Verschillende perspectieven begeleiding	5
Ervaring begeleiding	3
WachtlIJst	1
Gebrek aan nazorg	1

- Er zijn respondenten die meer antwoorden hebben gegeven op de vraag 'kunt u aangeven waarover u tevreden of ontevreden bent?'



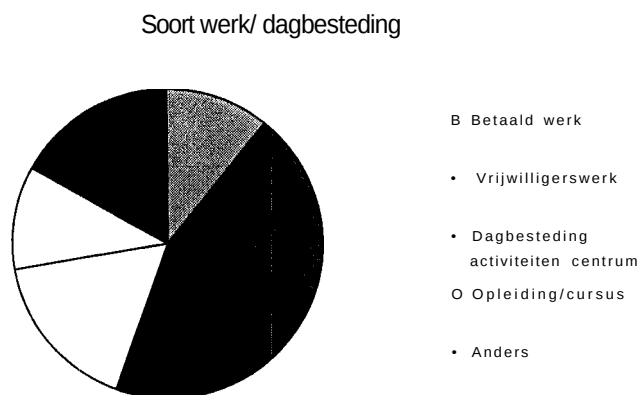
Figuur 4.7 Naar welke instantie gaat u voor vragen op het gebied van wonen?

Instantie	Aantal
Zelfstandige instantie	11
Instantie waar u al hulp ontvangt	33
WMO loket	10
Woningbouwvereniging	19
Anders	10

- Er zijn respondenten die meer antwoorden hebben gegeven op de vraag 'naar welke instantie gaat u met vragen op het gebied wonen?'.

4.4 Resultaten werk of dagbesteding

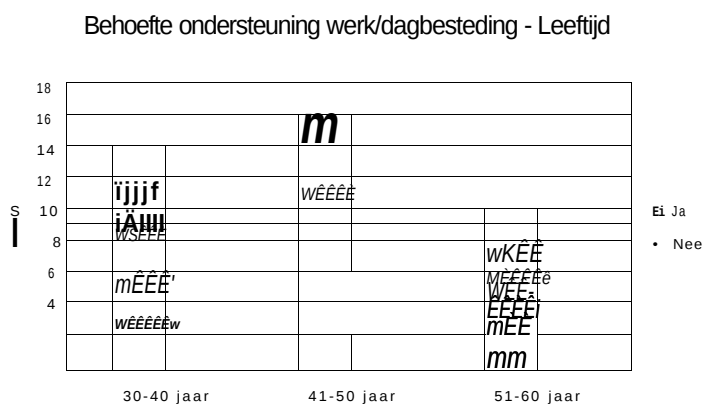
- Van de respondenten heeft 96% werk- of een dagbesteding.
- 4% van de respondenten heeft geen werk- of een dagbesteding.



Figuur 4.8 Wat voor werk of dagbesteding heeft u?

Soort werk/ dagbesteding	Aantal
Betaald werk	7
Vrijwilligerswerk	29
Dagbesteding op een activiteitencentrum/ Part	11
Opleiding/ cursus	7
Anders	11

- Er zijn respondenten die meer antwoorden hebben gegeven op de vraag 'wat voor soort werk of dagbesteding heeft u?'

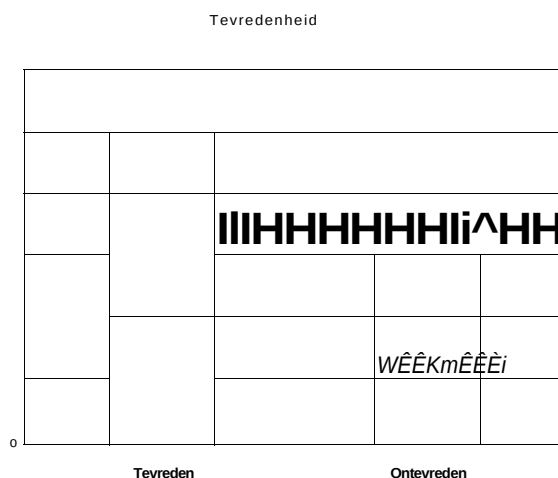


Figuur 4.9 Heeft u behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding?

In bovenstaande grafiek is de behoefte aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding gekoppeld aan de leeftijd van de respondenten.

- <> 78% van de respondenten heeft behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding.
- 22% van de respondenten heeft geen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding.
 - » In de leeftijdscategorie 30-40 jaar hebben 14 van de 15 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding.
 - » In de leeftijdscategorie 41-50 jaar hebben 16 van de 23 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding.
 - » In de leeftijdscategorie 51-60 jaar hebben 9 van de 12 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding.

Vorm van ondersteuning	Aantal
Begeleiding naar werk/ dagbesteding	30
Begeleiding op de werkplek	23

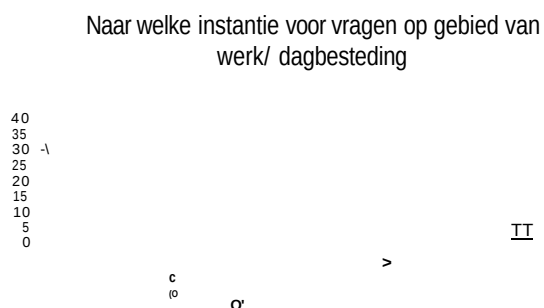


Figuur 4.10 Kunt u aangeven of u tevreden of ontevreden bent over de ondersteuning die u heeft: of heeft gehad?

- 25 respondenten zijn tevreden over de ondersteuning die zij hebben of hebben gehad op het gebied werk/ dagbesteding. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- 12 respondenten zijn ontevreden over de ondersteuning die zij hebben of hebben gehad op het gebied werk/ dagbesteding. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- Voor 17 respondenten is deze vraag niet van toepassing. Een deel van de respondenten heeft wel behoefte aan ondersteuning, maar ontvangt nog geen ondersteuning. Een ander deel heeft geen behoefte aan ondersteuning.

Tevreden over..	Aantal
Begeleiding naar werk	16
Begeleiding op de werkplek	19
De werkplek/ dagbesteding	3

Ontevreden over..	Aantal
Lange duur tot krijgen van passend werk/ dagbesteding	3
Resultaat	2
Wisseling begeleiding	2
Begeleiding algemeen	7

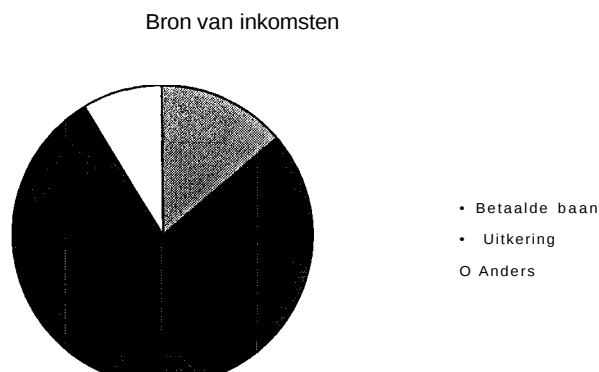


Figuur 4.11 Naar welke instantie gaat u met vragen op het gebied van werk/ dagbesteding?

Instantie	Aantal
Zelfstandige instantie	16
Instantie waar u al hulp ontvangt	35
WMO loket	3
CWI	6
UWV	9
Reïntegratiebureau	8
Uitzendbureau	5
Anders	17

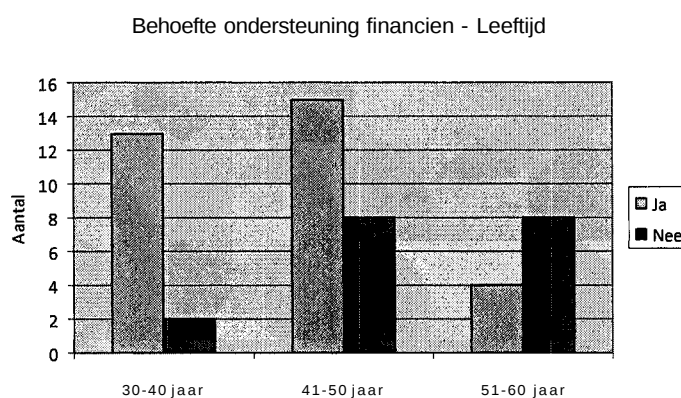
- Er zijn respondenten die meer antwoorden hebben gegeven op de vraag 'naar welke instantie gaat u voor vragen op het gebied werk/ dagbesteding?'.

4.5 Resultaten financiën



Figuur 4.12 Wat is u bron van inkomsten?

- 16% van de respondenten heeft inkomsten uit een betaalde baan. Hieronder vallen ook respondenten die meerdere antwoorden hebben gegeven.
- 90% van de respondenten heeft inkomsten uit een uitkering. Hieronder vallen ook respondenten die meerdere antwoorden hebben gegeven.
- 10% respondenten heeft op een andere manier inkomsten. Hieronder vallen ook respondenten die meerdere antwoorden hebben gegeven.



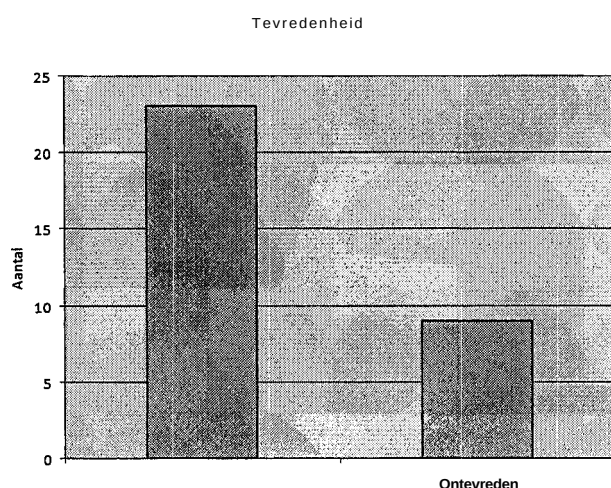
Figuur 4.13 Heeft u behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van wonen?

- In bovenstaande grafiek is de behoefte aan ondersteuning op het gebied financiën gekoppeld aan de leeftijd van de respondenten.
- 64% van de respondenten heeft behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied financiën.
- 36% van de respondenten heeft geen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied financiën.
- In de leeftijdscategorie 30-40 jaar hebben 13 van de 15 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van financiën.
- In de leeftijdscategorie 41-50 jaar hebben 15 van de 23 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van financiën.

- In de leeftijdscategorie 51-60 jaar hebben 4 van de 12 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van financiën.

Vorm van ondersteuning	Aantal
Hulp bij financiële administratie	21
Hulp bij budgetteren	8
Budgetbeheer	5
Regelen schulden/ schuldsanering	6

- Er zijn respondenten die meerdere vormen van ondersteuning ontvangen.



Figuur 4.14 Kunt u aangeven of u tevreden of ontevreden bent over de ondersteuning die u heeft of heeft gehad?

- 23 respondenten zijn tevreden over de ondersteuning die zij hebben of hebben gehad. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- 9 respondenten zijn ontevreden over de ondersteuning die zij hebben of hebben gehad. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- Voor 22 respondenten is deze vraag niet van toepassing. Een deel van de respondenten heeft wel behoefte aan ondersteuning, maar ontvangt nog geen ondersteuning. Een ander deel heeft geen behoefte aan ondersteuning.

Tevreden over...	Aantal
Begeleiding algemeen	13
Zelfstandigheid stimuleren	8
Bejegening/ omgang	6

Ontevreden over...	Aantal
Communicatie	4
Bereikbaarheid begeleiding	2
Kennis en ervaring begeleiding	2

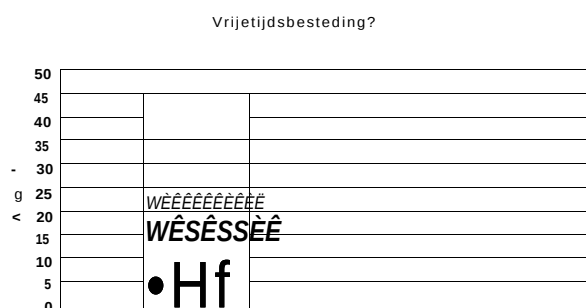


Figuur 4.15 Naar welke instantie gaat u met vragen op het gebied van financiën?

Instantie	Aantal
Zelfstandige instantie	9
Instantie waar u al hulp ontvangt	32
WMO loket	7
Sociale Raadslieden	4
Anders	21

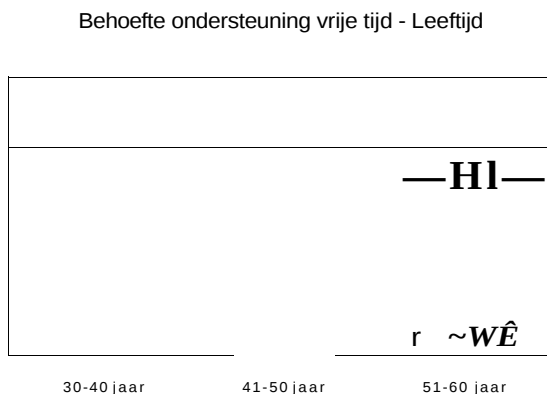
- Er zijn respondenten die meer antwoorden hebben gegeven op de vraag 'naar welke instantie gaat u voor vragen op het gebied financiën?'.

4.6 Resultaten vrije tijd



Figuur 4.16 Heeft u een vrijetijdsbesteding?

- 90% van de respondenten heeft een vrijetijdsbesteding.
- 10% van de respondenten heeft geen vrijetijdsbesteding.

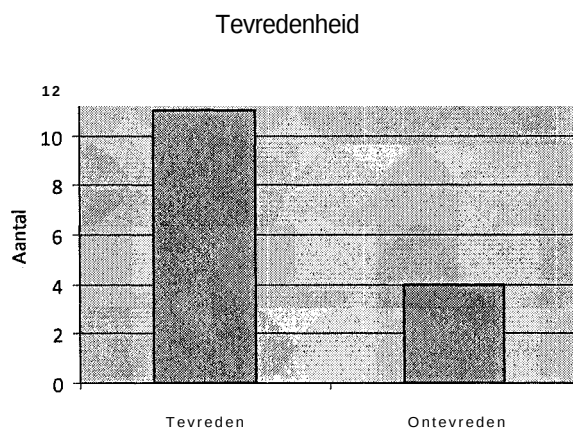


Figuur 4.17 Heeft u behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op gebied van vrije tijd?

- In bovenstaande grafiek is de behoefte aan ondersteuning op het gebied vrije tijd gekoppeld aan de leeftijd van de respondenten.
- 38% van de respondenten heeft behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op gebied van vrije tijd.
- 62% van de respondenten heeft geen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op gebied van vrije tijd.
- In de leeftijdscategorie 30-40 jaar hebben 9 van de 15 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van vrije tijd.
- In de leeftijdscategorie 41-50 jaar hebben 9 van de 23 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van vrije tijd.
- In de leeftijdscategorie 51-60 jaar heeft 1 van de 12 mensen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van vrije tijd.

Vorm van ondersteuning	Aantal
Stimulering ondernemen van activiteiten	4
Hulp bij invullen vrije tijd	13
Hulp bij zoeken naar interesse	7
Begeleiding tijdens activiteiten	1
Opbouwen sociaal netwerk	3

- Er zijn respondenten die meer antwoorden hebben gegeven op de vraag 'welke vorm van ondersteuning heeft u behoefte aan?'.

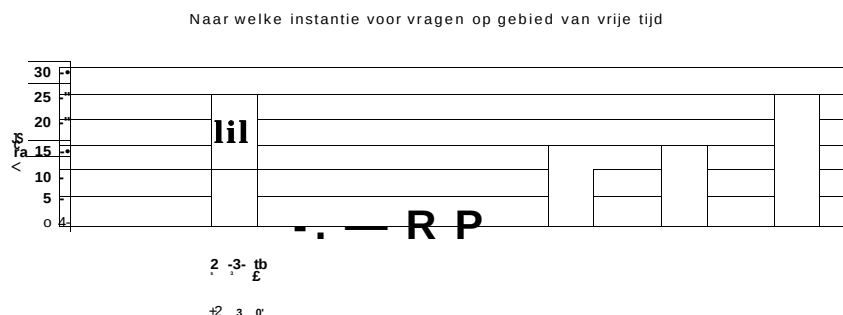


Figuur 4.18 Kunt u aangeven of u tevreden of ontevreden bent over de ondersteuning die u heeft of heeft gehad?

- 11 respondenten zijn tevreden over de ondersteuning die zij hebben of hebben gehad. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- 4 respondenten zijn ontevreden over de ondersteuning die zij hebben of hebben gehad. Hieronder vallen ook respondenten die zowel tevreden als ontevreden zijn over de ondersteuning die zij hebben gehad.
- Voor 36 respondenten is deze vraag niet van toepassing. Een deel van de respondenten heeft wel behoefte aan ondersteuning, maar ontvangt nog geen ondersteuning. Een ander deel heeft geen behoefte aan ondersteuning.

Tevreden over...	Aantal
Keuze mogelijkheden	2
Begeleiding algemeen	10

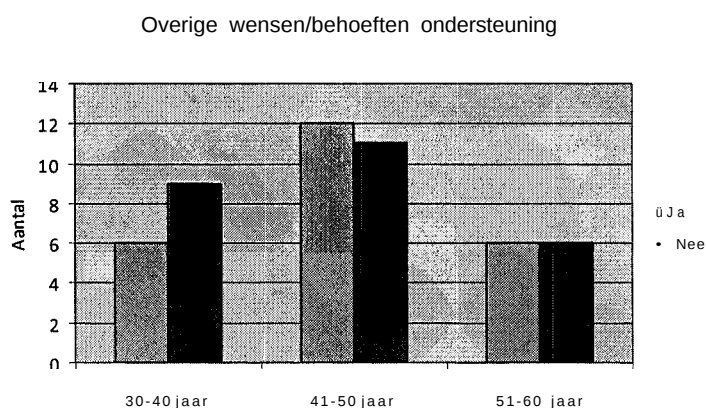
Ontevreden over...	Aantal
Verantwoordelijkheid bij cliënt laten	2
Begeleiding niet volledig	2



Figuur 4.19 Naar welke instantie gaat u voor vragen op het gebied van vrije tijd?

Instantie	Aantal
Zelfstandige instantie	7
Instantie waar u al hulp ontvangt	24
WMO loket	1
VVV kantoor	6
Bibliotheek	11
Sportvereniging	13
Anders	25

4.7 Resultaten overig



Figuur 4.20 Heeft u nog overige wensen en/of behoefte aan ondersteuning?

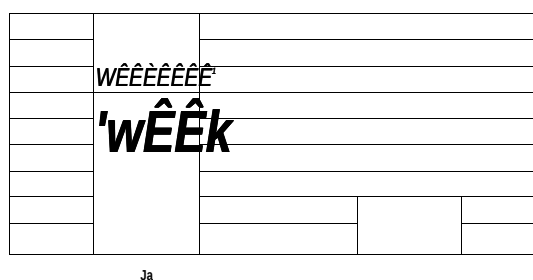
- In bovenstaande grafiek zijn de overige wensen en/of behoeften gekoppeld aan de leeftijd van de respondenten.
- 48% van de respondenten heeft naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd nog andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning.
- 52% van de respondenten heeft naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd geen andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning.
- In de leeftijdscategorie 30-40 jaar hebben 6 van de 15 mensen naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd nog andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning.
- In de leeftijdscategorie 41-50 jaar hebben 12 van de 23 mensen naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd nog andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning.
- In de leeftijdscategorie 51-60 jaar hebben 6 van de 12 mensen naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd nog andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning.

Op de vraag 'heeft u naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd nog andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning? En hoe zou u deze wens of behoefte vorm willen geven?' zijn zeer uiteenlopende antwoorden gegeven.

Wens of behoefte aan...	Vorm
Passende dagbesteding	Bijv. Part, klussenbus
Beeldvorming maatschappij over GGZ	Trainen nieuwe medewerkers, voorlichting dominees, gastlessen hogescholen
Hulp bij opbouwen en onderhouden netwerk	Vriendendienst, maatjesproject, inloopvoorziening
Hulp bij uitzoeken interesse	Ambulante begeleiding
Hulp bij omgaan met en verwerken van emoties	Individuele gesprekken met persoonlijk begeleider
Seksualiteit en intimiteit	Door cursus Lieberman-module
Begeleiding bij veranderende woonsituatie	Begeleiding van woonbegeleider
In contact brengen met lotgenoten	Op Internet
Behouden hulpverlening	Niet wegbezuinigen hulpverlening
Individuele gesprekken	Ik heb al begeleiding
Nazorg	Af en toe gesprek op de instelling, individueel of in een groep
Geestelijke ondersteuning	Het delen van religie
Meer zeggenschap en deelname in maatschappij	Inzetten van meer ervaringsdeskundigheid bijv. in de hulpv., kiezen voor andere insteek in de hulpv. nl. ondersteuner, bondgenoot Een 'denktank' voor cliënten Problemen collectief aanpakken
Voorlichting m.b.t. regelgeving	Laagdrempelig, bijv. in een Cliënten Belangen Bureau.

4.8 Resultaten ervaringsdeskundigheid

Zou u ondersteuning aannemen van ervaringsdeskundige?



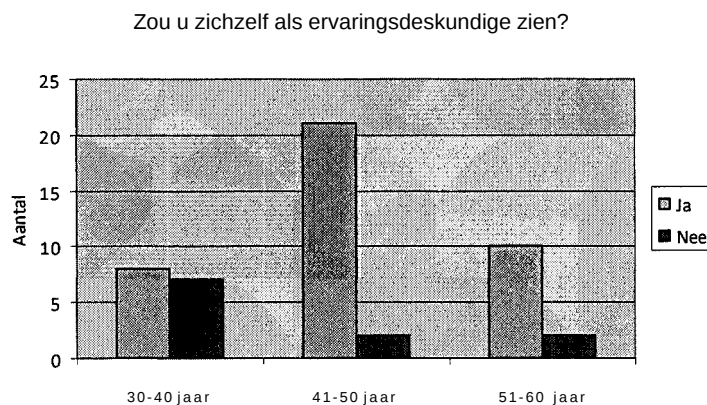
Figuur 4.21 Zou u ondersteuning aannemen van een ervaringsdeskundige?

- 84% van de respondenten zou ondersteuning aannemen van een ervaringsdeskundige.

- » 16% van de respondenten zou geen ondersteuning aannemen van een ervaringsdeskundige.

Wel aannemen ondersteuning ervaringsdeskundige	Aantal	Procenten
Leren van de ervaring van anderen	24	42%
(H)erkenning is een meerwaarde	20	35%
Gelijkwaardigheid	5	9%

Geen ondersteuning aannemen ervaringsdeskundige	Aantal	Procenten
Liever hulp iemand die daarvoor is opgeleid	4	7%
Geen behoefte aan	3	5%
Onwetendheid m.b.t. ervaringsdeskundigheid	1	2%



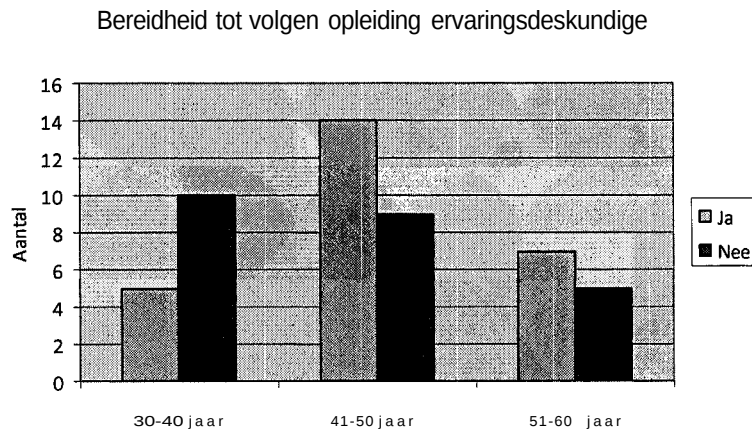
Figuur 4.22 Ziet u zichzelf als ervaringsdeskundige in de toekomst?

- In bovenstaande grafiek het antwoord gekoppeld aan de leeftijd van de respondenten.
- 78% van de respondenten ziet zichzelf als ervaringsdeskundige in de toekomst.
- 22% van de respondenten ziet zichzelf niet als ervaringsdeskundige in de toekomst.
- In de leeftijdscategorie 30-40 jaar zien 8 van de 15 mensen zich als ervaringsdeskundige in de toekomst.
- In de leeftijdscategorie 41-50 jaar zien 21 van de 23 mensen zich als ervaringsdeskundige in de toekomst.
- In de leeftijdscategorie 51-60 jaar zien 10 van de 12 mensen zich als ervaringsdeskundige in de toekomst.

Ziet zichzelf als ervaringsdeskundige	Aantal	Procenten
Door eigen ervaring	29	43%
Door inzicht in ziektebeeld	9	13%
Doet al ervaringsdeskundige activiteiten	8	12%
Wil en kan anderen ondersteunen	11	16%

Ziet zichzelf niet als ervaringsdeskundige	Aantal	Procenten
Geen capaciteiten voor	3	4%

(Nog) niet aan toe	5	8%
Geen behoefte aan	3	4%



Figuur 4.23 Zou u bereid zijn een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige?

- In bovenstaande grafiek het antwoord gekoppeld aan de leeftijd van de respondenten.
- 52% van de respondenten is bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige.
- 48% van de respondenten is niet bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige.
- In de leeftijdscategorie 30-40 jaar zijn 5 van de 15 mensen bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige.
- In de leeftijdscategorie 41-50 jaar zijn 14 van de 23 mensen bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige.
- In de leeftijdscategorie 51-60 jaar is 7 van de 12 mensen bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige.

Hoofdstuk 5 Conclusies

Naar aanleiding van de resultaten uit het onderzoek, kunnen er conclusies getrokken worden. De conclusies worden per leefgebied beschreven en geven antwoord op de deelvragen.

Deelvragen

1. Op welke leefgebieden hebben (ex-) GGZ cliënten behoefte aan ondersteuning?
2. Van welk huidig hulp- en/of dienstverleningsaanbod maken (ex-) GGZ cliënten in Overijssel gebruik?
3. Is er behoefte aan een zelfstandige instantie voor en door (ex-) GGZ cliënten in Overijssel?
4. Is er behoefte aan cliëntenparticipatie door de inzet van ervaringsdeskundigheid in Overijssel?

Conclusies met betrekking tot persoonlijke gegevens

Van de respondenten is 40% van het mannelijke geslacht en 60% van het vrouwelijke geslacht. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er meer vrouwen dan mannen zijn geïnterviewd.

Van de respondenten is 30% in de leeftijdscategorie van 30-40 jaar, 46% komt uit de leeftijdscategorie 41-50 jaar en 24% uit de leeftijdscategorie 51-60 jaar. Het merendeel van de respondenten bevindt zich in de leeftijd van 41 tot 50 jaar.

Conclusies met betrekking tot hulp- en/of dienstverlening

Het merendeel van de respondenten ontvangt hulp- en/of dienstverlening van Adhesie, het RIBW, Riagg en de Zwolse Poort.

Ook heeft een groot deel van de respondenten contact of contact gehad met een andere instantie. Hierbij wordt het Algemeen Ziekenhuis en het Algemeen Maatschappelijk Werk het meest genoemd.

Conclusies met betrekking tot wonen

Een groot deel van de respondenten (40%) woont zelfstandig, zelfstandig en ontvangt ambulante begeleiding (28%) of woont begeleid in een woonvorm (20%). Het merendeel van de respondenten, 78%, geeft aan behoefte te hebben of behoefte te hebben gehad aan ondersteuning op het gebied van wonen, dit is een hoog percentage. In alle leeftijdscategorieën heeft het merendeel van de respondenten behoefte aan ondersteuning.

De meeste mensen hebben behoefte aan ondersteuning bij huishoudelijke taken en bij het opbouwen van regelmaat/ structuur. Het merendeel, 32 respondenten, zijn tevreden over de ondersteuning die zij hebben gehad. 14 respondenten zijn ontevreden over de ondersteuning die zij hebben gehad.

Het merendeel van de respondenten zijn tevreden over de bejegening/ omgang en de aanpak van de begeleiding. Ontevreden zijn de respondenten over andere zaken zoals wisseling van begeleiding en de verschillende perspectieven van begeleiding. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de hulpverlening die men ontvangt, voor een groot deel van de mensen toereikend is. De begeleiding gaat om met de doelgroep zoals zij dit verwachten en zouden willen.

De respondenten gaan met vragen op het gebied van wonen vooral naar de instantie waar ze al hulp en/of dienstverlening ontvangen. Dit houdt in dat mensen kiezen voor bekende hulpverleningsinstanties die daardoor makkelijk te bereiken zijn.

Daarnaast gaan respondenten naar een woningbouwvereniging voor vragen op dit gebied. Dit zegt iets over de mensen die zelfstandig wonen, zij gaan zelfstandig op zoek naar antwoord op vragen.

11 respondenten zouden ook met vragen op dit gebied, naar een zelfstandige instantie voor en door cliënten gaan, wanneer deze er zou zijn. Er kan geconcludeerd worden dat ook aan een zelfstandige instantie voor en door cliënten behoefte is.

Conclusies met betrekking tot werk/dagbesteding

Van de respondenten heeft 96% werk of dagbesteding. Dit is een heel hoog percentage. Opmerkelijk is dat de respondenten vooral werken als vrijwilliger. Daarnaast scoort dagbesteding op een activiteitscentrum/ Part hoog. Dit betekent dat deze mensen hun dag graag zinvol invullen. 7 respondenten hebben een betaalde baan, dit is een klein deel van de respondenten.

78% van de respondenten heeft behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding. Dit is een hoog percentage. In de leeftijdscategorie 30-40 jarigen en in de leeftijdscategorie 51-60 jarigen hebben de respondenten behoefte aan ondersteuning. In de leeftijdscategorie 41-50 jarigen is deze behoefte het minst.

Men geeft aan ondersteuning nodig te hebben bij de toeleiding naar werk/ dagbesteding en begeleiding tijdens werk/ dagbesteding. Hieruit kan geconcludeerd worden men graag werkt en/of een dagbesteding heeft, maar hierbij wel ondersteuning nodig heeft.

Het valt op dat mensen in de leeftijdscategorie 51-60 jaar wel behoefte hebben aan ondersteuning op dit gebied. Dit houdt in dat deze mensen nog volop met werk en/of dagbesteding bezig zijn.

Het merendeel van de respondenten die ondersteuning hebben gehad geven aan tevreden te zijn over de begeleiding die ze hebben gehad. Tevreden is men over de begeleiding naar werk; het samen kijken naar interesses, de omgang/bejegening de begeleiding op de werkplek en de werk- of dagbestedingplek op zich. Ontevreden is een klein deel van de respondenten over andere zaken zoals de begeleiding in het algemeen en het resultaat van begeleiding. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de hulpverlening die de mensen op dit moment ontvangen toereikend is, de begeleiding gaat om met de doelgroep zoals zij dit verwachten en willen.

De meeste respondenten gaan met vragen op het gebied van werk/dagbesteding naar een instantie waar ze al hulp- en/of dienstverlening ontvangen. Dit houdt in dat mensen kiezen voor bekende hulpverleningsinstanties die daardoor makkelijk te bereiken zijn. Daarop volgen een andere antwoordmogelijkheid en een zelfstandige instantie voor en door cliënten. Dit betekent dat er een aantal respondenten zijn die op dit gebied ook gebruik willen maken of zelfs al maken van eerstelijns voorzieningen. Het WMO loket wordt het minst aangekruist door de respondenten. Dit bevestigt het vermoeden dat dit loket te ver van deze doelgroep af staat en dat het bij de doelgroep nog onbekend is dat ze met vragen op dit gebied ook hier terecht kunnen.

Conclusies met betrekking tot financiën

Het merendeel van de respondenten (90%) heeft een uitkering als bron van inkomsten. Dit is niet heel opvallend gezien de meeste respondenten vrijwilligerswerk verrichten en slechts een klein aantal een betaalde baan heeft.

De meeste respondenten (64%) hebben behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied van financiën. Van deze respondenten bevindt zich het grootste deel in de leeftijdscategorie 30-40 jarigen. De behoefte aan ondersteuning bestaat bij het merendeel van de respondenten uit hulp bij financiële administratie zoals het ordenen van post, de financiële administratie en het betalen van rekeningen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat men behoefte heeft aan hulp bij de basiszaken rondom financiën.

De respondenten in de leeftijdscategorie 51-60 jarigen hebben het minst behoefte aan ondersteuning op het gebied van financiën. Hieruit kan geconcludeerd worden dat mensen in deze leeftijdscategorie inmiddels goede hulp hebben waar ze tevreden mee zijn of dat ze in staat zelfstandig hun financiële zaken te regelen.

Van de respondenten die ondersteuning hebben of hebben gehad is het merendeel tevreden over de ondersteuning. Men is tevreden over; de begeleiding in het algemeen, het stimuleren van de zelfstandigheid en de omgang/bejegening. Ontevreden is een klein deel van de respondenten over de communicatie met en de bereikbaarheid van de begeleiding. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de hulpverlening die de mensen op dit moment ontvangen toereikend is, de begeleiding gaat om met de doelgroep zoals zij dit verwachten en willen.

Het merendeel van de respondenten gaat met vragen op het gebied van financiën naar een instantie waar ze al hulp- en/of dienstverlening ontvangen. Dit houdt in dat mensen kiezen voor bekende hulpverleningsinstanties die daardoor makkelijk te bereiken zijn. Een andere antwoordmogelijkheid is ook door een groot aantal respondenten ingevuld. Het raadplegen van familie speelt hierbij een noemenswaardige rol. Het bezoeken van een zelfstandige instantie voor en door cliënten, gevolgd door het WMO loket liggen qua aantallen respondenten dicht bij elkaar. Waaruit geconcludeerd kan word dat men voor vragen op dit gebied ook op zoek gaat in eerstelijns voorzieningen.

Conclusies met betrekking tot vrije tijd

Van de respondenten heeft 90% een vrije tijdsbesteding. Slechts 10% heeft geen vrijetijdsbesteding. Opvallend is dat op dit gebied 62% van de respondenten aangeven geen behoefte te hebben of te hebben gehad aan ondersteuning. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het merendeel zichzelf kan vermaken in hun vrije tijd.

De respondenten die wel behoefte hebben of hebben gehad aan ondersteuning, bevinden zich voor het merendeel in de leeftijdscategorie 30 tot 40 jarigen. Het minst behoefte aan ondersteuning op dit gebied heeft de leeftijdscategorie 51-60 jarigen.

Als behoefte aan ondersteuning noemt men voornamelijk hulp bij het invullen van vrije tijd en hulp bij het zoeken naar interesses. Hieruit kan geconcludeerd worden dat men niet goed weet hoe zij hun vrije tijd moeten besteden.

Van de respondenten die ondersteuning hebben gehad is het merendeel tevreden. Men is tevreden over de keuze mogelijkheden en de begeleiding in het algemeen. Een klein deel van de respondenten is ontevreden over de begeleiding die de verantwoordelijkheid onvoldoende bij de cliënt laat en niet volledig is in de begeleiding aan cliënten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de hulpverlening die de mensen op dit moment ontvangen toereikend is, de begeleiding gaat om met de doelgroep zoals zij dit verwachten en willen.

Het merendeel van de respondent gaat ook op dit gebied met vragen naar de instantie waar ze al hulp en/of dienstverlening ontvangen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat mensen kiezen voor een korte lijn naar hulp. Ook is een andere antwoordmogelijkheid veel aangekruist. Hierbij geeft de helft van de respondenten aan zelfstandig zijn vragen op dit gebied op te lossen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er ook een grote groep is die zelfstandig participeert op het gebied van vrije tijd. Het WMO loket wordt hier slechts één keer genoemd. Dit bevestigt het vermoeden dat dit loket te ver van deze doelgroep af staat en dat het bij de doelgroep nog onbekend is dat ze met vragen op dit gebied ook hier terecht kunnen.

Conclusies met betrekking tot overige wensen/behoeften

Het merendeel van de respondenten geeft aan naast de gebieden wonen, werk/dagbesteding, financiën en vrije tijd geen andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning te hebben. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de belangrijkste behoeften per gebied benoemd zijn.

De respondenten die wel overige wensen en/of behoeften hebben, bevinden zich voor het merendeel in de leeftijdscategorie 41 tot 50 en 51-60 jarigen. In de leeftijdscategorie 30-40 jarigen zijn de minste overige wensen en/of behoeften. Bij hulpverlenende instanties is bekend dat de mensen in de leeftijdscategorie 30-40 jarigen nog volop bezig zijn met hun eigen problematiek, waardoor ze niet in staat zijn om verder te kijken dan de gebieden die al doorlopen zijn.

Aan overige wensen en/of behoeften noemt men vooral vormen van ondersteuning die al bestaan. Hulp bij het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk wordt hierbij het

meeste genoemd. Deze wensen en/of behoeften kunnen ook bij de eerder genoemde leefgebieden worden ingedeeld. Wat hieruit geconcludeerd zou kunnen worden is dat de vraag verkeerd is geïnterpreteerd of dat het antwoord niet bij de juiste vraag gegeven is. Dit betekent dat het al bestaande aanbod niet toereikend is en dat de respondenten behoefte hebben aan een uitbreiding van dit aanbod.

Interessante wensen en/of behoeften die genoemd worden door de respondenten zijn; het willen veranderen van de beeldvorming die er heerst in de maatschappij over de GGZ en meer zeggenschap en deelname in de maatschappij. De respondenten geven aan vorm te willen geven aan deze wensen en/of behoeften door de inzet van meer ervaringsdeskundigheid. Bijvoorbeeld door het trainen van (nieuwe) medewerkers binnen een GGZ instantie, gastlessen geven op hogescholen, voorlichting aan dominees, het opzetten van een denktank, maar ook de inzet van ervaringsdeskundigen in de hulpverlening.

Conclusies met: betrekking tot ervaringsdeskundigheid

Het merendeel van de respondenten (84%) zou wel ondersteuning aannemen van een ervaringsdeskundige. De respondenten die wel ondersteuning zullen aannemen van een ervaringsdeskundige geven daarvoor als reden; de gelijkwaardigheid in het contact, het hebben van (h)erkenning en het kunnen leren van de ervaring van de ander. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een grote behoefte is aan het inzetten van ervaringsdeskundigheid.

De respondenten die geen ondersteuning zullen aannemen van een ervaringsdeskundige geven als reden; de onwetendheid met betrekking tot ervaringsdeskundigheid, geen behoefte te hebben aan ondersteuning van een ervaringsdeskundige en/of liever hulp te ontvangen van een professional.

Het merendeel van de respondenten ziet zichzelf wel als ervaringsdeskundige in de toekomst. De respondenten zien zichzelf wel als ervaringsdeskundigen, omdat men een eigen ervaring heeft, inzicht in zijn ziektebeeld heeft, wil en kan anderen ondersteunen. Opvallend is dat er ook een deel is van de respondenten die al ervaringsdeskundige activiteiten uitvoert. Van deze respondenten bevinden zich het grootste gedeelte in de leeftijdscategorie 41 tot 50 jarigen en 51-60 jarigen. De minste respondenten bevinden zich in de leeftijdscategorie 30-40 jarigen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de jongste leeftijdscategorie nog niet toe is aan het functioneren als ervaringsdeskundige. Ook kan geconcludeerd worden dat onder de leeftijdscategorieën tussen de 41 en de 60 jaar er een grote behoefte is tot het uitvoeren van ervaringsdeskundige activiteiten.

Van de respondenten die zich als ervaringsdeskundigen zien zou het merendeel, 52%, wel een opleiding willen volgen. Deze respondenten bevinden zich voor het grootste gedeelte in de leeftijdscategorie 41 tot 50 jarigen. In de leeftijdscategorie 30-40 jarigen zijn de minste mensen bereid tot het volgen van een opleiding tot: ervaringsdeskundige. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er grote belangstelling is voor het volgen van een opleiding tot ervaringsdeskundige.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Om de opdrachtgever, de Zwolse Poort, goed te kunnen adviseren zijn aanbevelingen opgesteld, die gebaseerd zijn op de hiervoor genoemde resultaten en conclusies naar aanleiding van het onderzoek.

Onderzoeksvraag

"Op welke wijze kunnen (ex-)GGZcliënten in Overijssel zich organiseren zodat zij door en voor elkaar vorm en inhoud kunnen geven aan voorlichting, informatie en ondersteuning binnen maatschappelijke participatie gericht op wonen, werk, welzijn en preventie?"

6.1. Samenwerking tussen GGZ-instellingen

Uit de conclusies komt naar voren dat, wanneer cliënten vragen hebben op de verschillende gebieden, ze gaan naar de instantie waar ze al hulp en/of dienstverlening ontvangen. Hierbij gaat het om vooral om geïndiceerde zorg uit de AWBZ door tweedelijns instanties. Het is begrijpelijk dat cliënten voor hulp en ondersteuning gaan naar de voor hen bekende hulpverleningsinstanties. Deze zijn immers makkelijk bereikbaar. Andersom geldt natuurlijk ook dat de instanties cliënten binnen hun eigen organisatie willen houden.

In de WMO wordt er gestreefd naar zelfstandigheid. Burgers moeten, zolang mogelijk, zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. De bedoeling is dat burgers in eerste instantie hulp vragen in hun directe omgeving en bij de eerstelijns voorzieningen. De respondenten geven een duidelijk beeld van de doelgroep die dus niet zelfstandig participeert, maar een beroep doet op de hulpverlening.

Met de invoering van de WMO is een deel van de AWBZ overgeheveld naar de WMO en bestemd voor eerstelijnsvoorzieningen. In de praktijk ontstaat er een ontwikkeling dat tweedelijns voorzieningen een nieuw aanbod van producten en diensten doen en daarvoor gelden willen verkrijgen uit de WMO. Op deze manier zie je een 'strijd' ontstaan van tweedelijns voorzieningen voor eerstelijns gelden. Vaak geldt, hoe groter de organisatie is die achter je staat, hoe beter een organisatie zich kan profileren en dus sneller kans maakt op gelden uit de WMO. Minder grote organisaties schieten dan vaak te kort. Dit proces komt niet ten goede aan het aanbod van producten en diensten voor (ex-)cliënten en daarmee samenhangend de maatschappelijke participatie van deze groep. Om gelden uit de WMO te verkrijgen zou er samengewerkt moeten worden tussen tweedelijns- en eerstelijnsvoorzieningen.

Wij adviseren om hiermee aan de slag te gaan. Uit de resultaten blijkt namelijk ook dat de respondenten met vragen op de verschillende gebieden naar een zelfstandige instantie voor en door cliënten willen gaan. Wanneer mensen bij een zelfstandige instantie in de eerste lijn geholpen kunnen worden, hoeven zij geen gebruik te maken van de professionele en vaak dure tweedelijns voorzieningen. Tevens sluit dit goed aan bij de gedachte van de WMO.

De onderzoekers hebben ondervonden dat er in Overijssel al verschillende cliëntgestuurde initiatieven zijn, maar dat er onvoldoende wordt samengewerkt met elkaar. Voordat er een zelfstandige instantie voor en door cliënten opgezet zou kunnen worden moet er dus samenwerking komen tussen de verschillende GGZ-instellingen in Overijssel. Een voorbeeld kan genomen worden aan de, voor dit onderzoek, bezochte cliëntgestuurde organisaties. Het Cliënten Belangen Bureau KAM in Haarlem bijvoorbeeld, heeft bestaansrecht gevonden, door een samenwerking aan te gaan tussen de cliëntenraden van de Geestgronden, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, en de bewonersraad van het RIBW. Een ander voorbeeld is het Cliënten Belangen Bureau in Eindhoven, ontstaan uit een fusie tussen verschillende zorginstellingen.

Belangrijk bij het aangaan van een samenwerkingsrelatie is, dat er eerst wederzijds vertrouwen moet worden opgebouwd. Instellingen zouden hun cliënten niet alleen bij hun eigen organisatie moeten houden, maar ook verwijzen naar andere GGZ-instellingen. Er moet gebruik gemaakt worden van kwaliteiten van de verschillende instellingen zoals kennis en expertise. Samen het aanbod van voorzieningen voor mensen met een psychische beperking sterker maken. Dit kan volgens de onderzoekers door onderlinge afstemming. Afstemming is nodig om te voorkomen dat je dingen dubbelop doet, langs elkaar heen werkt of heel verschillende invalshoeken kiest. Wanneer een andere instelling specialistische zorg heeft moet er verwijzing plaats vinden, dit geldt ook voor het aanbod in beschikbare plekken en bedden. Medewerkers moeten van deze specialistische zorg en beschikbaarheid in het aanbod op de hoogte zijn. Een begin zou gemaakt kunnen worden met het in kaart brengen van alle relevante maatschappelijke ondersteuning en OGGZ interventies.

Daarnaast komt in de conclusies naar voren, dat het WMO loket weinig bezocht wordt door (ex-)GGZ cliënten. Het WMO loket staat (te) ver van deze doelgroep af. Instanties zouden meer bekendheid moeten geven aan cliënten over dat ze ook met vragen op de verschillende gebieden terecht kunnen bij het WMO loket. Het te rade gaan van cliënten bij een WMO loket in de eerste lijn past goed binnen de gedachte van de WMO en bevordert de zelfstandigheid van de cliënten.

Dat het belangrijk is om met de samenwerking tussen tweedelijns- en eerstelijnsvoorzieningen aan de slag te gaan, blijkt uit bovenstaande tekst. Wij adviseren daarom hier onderzoek naar te doen. Is er samenwerking tussen de instanties op dit moment? Zo, ja is deze samenwerking voldoende? Zo nee, op welke manier zou samenwerking plaats kunnen vinden? Hoe zou de samenwerking vorm gegeven kunnen worden?

Eigen visie en discussiepunt

Wij zijn enthousiast begonnen aan het onderzoek met de onderzoeksvraag ontstaan uit de cliëntenraad van de Zwolse Poort: ***"Op welke wijze kunnen (ex-)GGZcliënten in Overijssel zich organiseren zodat zij door en voor elkaar vorm en inhoud kunnen geven aan voorlichting, informatie en ondersteuning binnen maatschappelijke participatie gericht op wonen, werk, welzijn en preventie?"***

Niet wetende dat er op het gebied van maatschappelijke participatie al verschillende initiatieven zijn in Overijssel. De ontmoeting met deze initiatieven in de loop van het onderzoek vormden een 'eye-opener' voor ons.

Het is ons opgevallen dat er in de geestelijke gezondheidssector in Overijssel eilandjes heersen. Met eilandjes wordt bedoeld dat GGZ instellingen en aan de GGZ gerelateerde (cliënten)initiatieven, elk hun eigen cliënten en elk een eigen aanbod van diensten en producten hebben, en dat er weinig sprake is van onderlinge samenwerking. In Zwolle bijvoorbeeld zie je dat (cliënten)initiatieven zoals informatiewinkels, steunpunten, lotgenotencontact, vriendendiensten, kunstprojecten, inloophuizen en dergelijke, azen op dezelfde subsidieregeling 'zorgvernieuwingsprojecten geestelijke gezondheidszorg', nu overgeheveld in het WMO beleid van de gemeente. Jaar in jaar uit moet er hard geknokt worden door deze (cliënten)initiatieven om hun bestaansrecht te behouden.

Wij vragen ons af of deze onderlinge 'strijd' om WMO gelden wel ten goede komt aan de bevordering van cliëntenparticipatie voor mensen met een psychische beperking. Dit is toch wat we immers allemaal willen?

Participatie kan en lukt niet in afzondering. Niet allemaal op je eigen eilandje zitten, maar actief de samenwerking zoeken en aangaan. Solidair zijn met eikaars eigenaardigheden, krachten, valkuilen, wensen en belangen. Samen het aanbod van voorzieningen voor mensen met een psychische beperking sterker maken. Zoals in de aanbeveling al wordt genoemd zou samenwerking plaats moeten vinden op grond van wederzijds vertrouwen. De sfeer die de onderzoekers geproefd hebben berust op wantrouwen. Hierdoor worden *het* maken van goede afspraken over bijvoorbeeld diagnostiek, doorverwijzing, behandelplannen, beschikbaarheid van gegevens uit dossiers van patiënten en onderlinge afstemming van diensten en producten bemoeilijkt.

6.2 Deelname aan de maatschappij door werk/ dagbesteding

Opvallend is dat op twee respondenten na alle respondenten werk of een dagbesteding hebben. Vrijwilligerswerk wordt door deze groep het meest verricht. Dit komt volgens de respondenten door het vrijblijvende karakter van vrijwilligerswerk. Zij benoemen hierbij dat zij bij vrijwilligerswerk een stapje terug kunnen doen wanneer dat nodig is en het in eigen tempo kunnen deelnemen aan arbeidsmatige activiteiten. Daarentegen heeft een betaalde baan een meer verplichtend karakter. Er wordt meer van je verwacht als werknemer, zoals op tijd op je werk verschijnen, de uren werken waarvoor je bent aangenomen en volledige inzet bij aanwezigheid.

Het is goed om te zien dat bijna alle respondenten (vrijwilligers)werk of een dagbesteding hebben. Het hebben van (vrijwilligers)werk of een dagbesteding maakt dat deze doelgroep het gevoel heeft deel te nemen aan de maatschappij. Dit gevoel, het zich nuttig kunnen maken, is juist voor deze mensen is heel belangrijk. Echter is het doen van vrijwilligerswerk en dagbesteding niet geheel bevredigend volgens de respondenten.

Uit de conclusie blijkt ook dat het grootste gedeelte van de respondenten, voornamelijk uit de leeftijdscategorie 30 tot 40 en 51 tot 60 jarigen, behoefte heeft (gehad) aan ondersteuning op het gebied van werk of dagbesteding.

De maatschappij wordt steeds meer ingericht om iedereen te laten werken, ook mensen met een beperking. Hierbij valt te denken aan de Wajong uitkeringen waarbij mensen opnieuw gekeurd worden en steeds vaker gedeeltelijk aan het werk moeten. Voor meer deelname van (ex-)GGZ cliënten aan het reguliere arbeidscircuit zou er meer toeleiding naar de arbeidsmarkt plaats moeten vinden. Er zou meer passend werk gecreëerd moeten worden en de begeleiding en ondersteuning op de werkvloer zou uitgebreid moeten worden. Deze begeleiding zou er op toe moeten zien dat deze mensen niet overvraagd worden. Belangrijk zijn goede afspraken tussen werkgever en werknemer, in dit geval de persoon met een psychiatrische achtergrond.

De Wet Werk en Bijstand (WWB) biedt gemeenten de mogelijkheid om een eigen beleid te ontwikkelen op het gebied van sociale activering. Dit schept mogelijkheden, ook voor (ex-)GGZ cliënten. Hun problematiek vereist maatwerk, waarbij activiteiten op het gebied van sociale activering een grote rol spelen. Er moeten dus gelden beschikbaar komen voor projecten gericht op arbeid.

Het opzetten van een zelfstandige instantie voor en door cliënten zou een voorbeeld kunnen zijn van een dergelijk project. Cliënten zouden in een zelfstandige instantie werkervaring op kunnen doen en vervolgens kunnen doorgroeien naar een betaalde baan zowel binnen als buiten de zelfstandige instantie. Vanuit deze zelfstandige instantie zouden cliënten ook eventueel door ex-clieënten begeleid kunnen worden naar een baan. Wij adviseren om ook hierbij de samenwerking te zoeken met bijvoorbeeld uitzendbureaus en/of re-integratiebureaus. Een voorbeeld kan genomen worden aan 'Bureau Dagloon' in Utrecht, een uitzendbureau voor (ex-)dak-enthuislozen. Via dit uitzendbureau kunnen (ex-)dak en thuislozen gedurende een aantal dagdelen per week aan de slag voor korte klussen bij opdrachtgevers in en rond Utrecht.

Door het verrichten van betaald werk krijgen (ex-)GGZ cliënten de kans om wat bij te verdienen en weer deel te nemen aan de maatschappij. De doelgroep wordt minder afhankelijk van een uitkering. Dit bevordert de zelfstandigheid wat aansluit bij de gedachte van de WMO. Tevens draagt het hebben van een zinvolle dagbesteding bij aan het welzijn en welbevinden van mensen. Het kan een positief effect hebben op de eigenwaarde (ex-)cliënten en zo een stap vormen voor verder herstel.

6.3 Ervaringsdeskundigheid

Het inzetten van ervaringsdeskundigheid leeft onder de respondenten. 84% van de respondenten geeft aan ondersteuning aan te nemen van een ervaringsdeskundige. Wat ze hierbij belangrijk vinden is de gelijkwaardigheid in het contact, het ondervinden van (h)erkenning en het kunnen leren van de ervaring van de ander.

Het merendeel, 78%, ziet zichzelf als ervaringsdeskundige (in de toekomst). Hierbij benoemen zij dat het belangrijk is dat ze zelf ervaring hebben in de psychiatrie, inzicht hebben in hun eigen ziektebeeld en anderen willen en kunnen ondersteunen.

Ongeveer de helft van de respondenten zou een opleiding willen volgen tot ervaringsdeskundige. Dit zijn veel minder mensen dan bij de voorgaande vragen. Wel is dit begrijpelijk, want niet iedereen heeft behoefte aan het volgen van een opleiding. Toch is het nog een zeer groot deel van de respondenten die bereid is een opleiding te volgen.

Ook de inzet van ervaringsdeskundigen past in de gedachte van de WMO. Het bevordert de deelname aan de maatschappij, omdat (ex-)cliënten als ervaringsdeskundige kunnen gaan werken.

Een aantal respondenten noemt als wens het veranderen van het beeld van GGZ-cliënten in de maatschappij. Het beeld van de GGZ is erg negatief, dit komt, denken de onderzoekers vooral door onwetendheid. De doelgroep kan mee werken aan deze beeldvorming door inzetten van ervaringsdeskundigheid. Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten hieraan mee zouden willen werken.

Wij adviseren om hier mee aan de slag te gaan. Op het gebied van ervaringsdeskundigheid zijn vele mogelijkheden. Deze inzet van ervaringsdeskundigen zou goed gekoppeld kunnen worden aan een instantie voor en door cliënten. Vanuit deze zelfstandige instantie zouden verschillende ervaringsdeskundige activiteiten kunnen plaatsvinden. Er zijn verschillende initiatieven voor en door cliënten bezocht, allen waren zij actief op het gebied van ervaringsdeskundigheid. Aan de instanties: Cliënten Belangen Bureau GGzE in Eindhoven, De Wegwijswinkel in Utrecht, Trimaran in Hengelo en Cliënten Belangen Bureau Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden (KAM) in Haarlem, zou een voorbeeld genomen kunnen worden. Door middel van het uitvoeren van ervaringsdeskundige activiteiten wordt er ingespeeld op cliëntparticipatie. Cliënten kunnen ervaringsdeskundige activiteiten in een betaalde baan uitvoeren en hierdoor deelnemen aan de maatschappij.

In eerste instantie moeten er cliënten worden opgeleid tot ervaringsdeskundige. Daarom adviseren wij een opleiding voor het uitbreiden van ervaringsdeskundigheid naar Overijssel te halen. Tot nu toe moet men hiervoor naar Eindhoven reizen.

Vervolgens kunnen cursussen ingezet worden zoals de cursus 'cliënt traint hulpverlener'. Om het beeld over mensen met een psychiatrische achtergrond (wat het isolement van deze groep in de hand werkt) bij te stellen zou er ook meer voorlichting over de GGZ gegeven kunnen worden. Dit zou kunnen door de inzet van ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld op scholen, maar ook binnen instanties. Samenwerking met hogescholen en verschillende instanties in Overijssel is hierin belangrijk.

Daarnaast zou er onderzocht moeten worden, bij de al bestaande instanties, of de inzet van ervaringsdeskundigheid niet meer beloond zou kunnen worden. Nu werken ervaringsdeskundigen vooral als vrijwilliger. Wellicht kunnen er meer betaalde functies gecreëerd worden.

Eigen visie en discussiepunt

Ervaringsdeskundigheid doet op grote schaal zijn intrede in de GGZ. Cliënten betreden het domein van de hulpverlener. De onderzoekers vinden dit een goede ontwikkeling. Zij denken dat de inzet van ervaringsdeskundigen, naast de hulpverlening, een absolute meerwaarde is. De drempel tot het vragen van hulp en/of ondersteuning wordt hiermee verlaagd voor de doelgroep. Hierdoor wordt het bereik van de hulp- en dienstverlening groter, omdat nu ook de 'moeilijke' cliënten bereikt worden.

Tegelijkertijd roept de inzet van ervaringskennis ook veel vragen op. Wat is de toegevoegde waarde van de ervaringsdeskundige? Wat zijn de taken en verantwoordelijkheden? Hoe reageren medewerkers op de behandelende ex-cliënt?

Kortom, zijn deze ervaringsdeskundigen een doorn in het oog van de hulpverleners, of slaan zij juist een brug tussen hulpverlening en 'moeilijke' cliënten?

6.4 Wat verder nog opvalt

Wij hebben ondervonden dat het in contact komen met mensen met een psychiatrische achtergrond lastig is. Wij wilden mensen interviewen die al contact hebben gehad met een hulpverlenende instantie. Via zogenaamde sleutelfiguren is het uiteindelijk gelukt om respondenten te vinden, maar deze manier hebben wij wel als erg omslachtig ervaren.

De respondenten zelf blijken in het geheel niet bereid te zijn anderen te benaderen om mee te doen, ondanks dat zij eveneens met een soortgelijke situatie te maken hebben. Het lijkt een 'taboeonderwerp'. Benadering via de grote aanbieders van zorg en dagbesteding is tijdrovend; zij werken niet alleen traag, maar ook bureaucratisch, ongetwijfeld mede vanwege de Wet bescherming persoonsgegevens.

Zouden mensen met een psychiatrische achtergrond niet makkelijker te vinden zijn, wanneer dat zo actief en zo laagdrempelig mogelijk gebeurt? Zoek hen zelf op, op een plaats waar ze komen. Benader hen persoonlijk en werk eerst aan het opbouwen van vertrouwen. Dit is zeer tijdsintensief, maar waarschijnlijk wel succesvoller dan de geijkte methoden.

Literatuurlijst

Boeken

- « Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (1997). **Basisboek kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek**. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Graste, J., Bauduin, D.(red.), (2000). **Waardenvol werk: ethiek in de geestelijke gezondheidszorg**. Assen: Van gorcum.
 - Haaster, H.P.M. van (2001) **Clientenparticipatie**. Bussuni: Uitgeverij Coutinho.
 - Kwekkeboom, M.H. (2001). **Zo gewoon mogelijk: Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg**. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
 - Migchelbrink, F., (2006). **Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn**. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
 - NVMW (januari 2006), **Het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker**. Utrecht: Anraad.
 - Steehouder, M., Jansen, C, Maat, K., Staak, J. van der, Vet, D. de, Witteveen, M., et al (1999). **Leren communiceren: Handboek voor mondelinge en schriftelijke communicatie** (vierde herziene druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.
 - Vocht, A. de (juli 2007), **Basishandboek SPSS 15 voor Windows**. Bijleveld Press.

Artikelen/ Brochures

- Bunthof, A. & Bijlsma, J.(2006) **Brochure WMO**. Interne uitgave afdeling Sociale Studies Hogeschool Windesheim, Zwolle p.4
- Bruins, B. (juni 2005), Gemeente Zwolle, **Strategische uitgangspunten WMO in Zwolle**, Zwolle.
- Christelijke Hogeschool Windesheim, (z.j.) **Van Dolhuis tot Beschermd Wonen**. Interne uitgave afdeling Sociale Studies Hogeschool Windesheim, Zwolle.
- Gemeente Zwolle (2005). **Beleidsnota welzijn en zorg (2006 -2009). Meedoen nu en later**.
- Kerkhof, M. van, Langelaan, M., Luif, M., Rooijen, N. van, Walhout, A. & Wilde, G. de (2005). Dossier WMO. **Psy2005, nr. 12**, pp. 13-27.

- Mouton, R.F. (1997). Het binnenste buiten gekeerde APZ. In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 52-11 (1153-11(50).
- Nicis Institute (april 2008). **Stammenstrijd bij sociale diensten over bijstand**. Interne uitgave Academie voor Gezondheid, VU-Windesheim, Zwolle.
- Paus, R. de (mei 2005) **Beleidsagenda 2005 - 2009. Maatschappelijke opvang en Ambulante Verslavingszorg**. Regio Zwolle.
- Rooijen, M. (2004) Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Gemeenten hebben geen benul van psychiatrie. **Psy2004, nr.7**, pp. 19-20

Kamerstukken

- TK (1983/1984a)
Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1983/1984, 18463, nrs. 1-2
- TK (1992/1993b)
Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief.
Tweede Kamer, vergaderjaar 1992/1993, 23067, nr. 1.
- TK (1996/1997d)
Actualisatie meerjarenprogramma interdepartementaal gehandicaptenbeleid.
Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 24170, nr. 16.
- TK (1996/1997c)
Geestelijke Gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25424, nr. 1.
- TK (1998/1999a)
Geestelijke Gezondheidszorg. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 25424, nr. 6.

Online documenten

- Isarin, J. (2005). **Ervaringsdeskundigheid?**
<http://www.gehandicaptenstudies.nl/Ervaringsdeskundigheid.pdf>
- Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid (z.j.) **Ervaringsdeskundigheid [binnen de geestelijke gezondheidszorg]**, <http://www.kenniscentrum-ze.nl/kze/>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2002). **Erbij horen: Advies Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg**.
<http://www.ggzbeleid.nl/pdfggz/taskforce.pdf>

- <> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2007). **Handreiking Cliëntenparticipatie en Specifieke doelgroepen van de wmo.**
http://www.invoeringwmo.nl/NR/rdonlyres/8B61C55E-1895-4BE9-9E5B-216FE684A3F7/0/handreiking_specifiekedoelLzw.pdf
- « Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (z.j.), **WMO algemeen**,
<http://www.vi.invoeringwmo.nl/WMO/nl-NL/Algemeen/>
- * Plooy, A. (2007) **Participatie en ervaringsdeskundigheid van cliënten in de Geestelijke Gezondheidszorg.**
<http://www.vv.uvt.nl/faculteiten/fsw/departementen/tranzo/zorgsalon/AnnettePlooy>

Websites

- <http://www.adhesie.nl>
- <http://www.encyclo.nl> (Online Encyclopedie voor het definiëren van begrippen)
- <http://www.mediant.nl>
- <http://www.riaggzwolle.nl>
- <http://www.ribwtwente.nl>
- <http://www.ribzwolle.nl>
- <http://www.tactus.nl>
- <http://www.zwolsepoort.nl>

De online documenten en websites zijn geraadpleegd in de periode van januari tot en met juni 2008. Exacte data onbekend.

Bijlage 1 Brief medewerking werven cliënten

Aan teammanagers Zwolse Poort

E-mail verzonden naar: de teammanagers van de Zwolse Poort

Datum van verzenden: 14 april 2008

Beste teammanagers,

Twee studenten 4^e jaars MWD van Windesheim doen voor de Centrale Cliëntenraad een onderzoek met de volgende vraag:

"Hoe kunnen (ex-)GGZ cliënten zich organiseren zodat zij door, en voor elkaar vorm en inhoud kunnen geven aan maatschappelijke ontwikkeling gericht op wonen, werk, welzijn en preventie?"

Graag vragen wij jullie bijdrage aan het onderzoek.

Voor het onderzoek is het van belang dat zij ook cliënten van jullie afdeling kunnen interviewen.

Erica en Anita nemen de komende weken contact met jullie op om te vragen of jullie cliënten willen benaderen om deel te nemen aan het onderzoek.

Hebben jullie op voorhand vragen neem dan contact op met Pelle Oosting.

Met vriendelijke groet,

Namens de centrale cliëntenraad Zwolse Poort,

Pelle Oosting, ondersteuner

Erica Wiebols, student onderzoeker

Anita Goutier, student onderzoeker

Bijlage 2 Brief medewerking werven cliënten

Aan ondersteuners van cliëntenraden van andere instellingen

E-mail verzonden naar:: de ondersteuners van de cliëntenraden van Adhesie, Mediant, Riagg, RIBW Twente, RIBW Zwolle en Tactus.

Datum van verzenden: **14 april 2008**

Beste cliënten, raadsleden en ondersteuners,

Wij zijn Erica Wiebols en Anita Goutier, twee vierdejaars studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan Hogeschool Windesheim in Zwolle. In het kader van ons afstuderen voeren wij een onderzoek uit voor de Centrale Cliëntenraad (CCR) van Zwolse Poort.

Vanuit de CCR van Zwolse Poort is de vraag ontstaan hoe zij hun kennis, ervaring en vaardigheden, kunnen bundelen en inzetten voor meer zeggenschap en deelname van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij. Wij onderzoeken hoe hier vorm en inhoud aan gegeven kan worden. Daarom zijn wij van mening, dat het belangrijk is om te weten te komen wat uw wensen en behoeften zijn, als (ex-)GGZ cliënt. Dit willen wij te weten komen door middel van een interview. De vragen van ons interview bevinden zich op de gebieden wonen, werk en dagbesteding, hulpverlening, financiën en vrije tijd.

Als een van de antwoorden op de vraag hoe kennis, ervaring en vaardigheden, ingezet kunnen worden voor meer zeggenschap en deelname van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij wordt gedacht aan een organisatie(onderdeel) voor en door cliënten.

Zie onderstaande sites voor voorbeelden. Aansluiten bij Focus, Trimaran en CIDO is hierbij een van de mogelijkheden en onderwerp van onderzoek.

www.cbb-kam.nl

www.wegwijs.org

www.roadshelpt.nl

www.ggze.nl (kijk bij cliëntinformatie)

Voor het onderzoek is het van belang dat we ook cliënten van uw organisatie interviewen, omdat het onderzoek hierdoor een uitspraak kan doen over dit onderwerp die geldt voor de provincie Overijssel in zijn geheel.

Met vriendelijke groet,

Erica Wiebols

erica_wiebols@hotmail.com

Anita Goutier

goutier@hotmail.com

Bijlage 3 Vragenlijst

Interview (ex-) GGZ cliënten in Overijssel

Door Erica Wiebols en Anita Goutier

Wie zijn wij?

Wij zijn Erica Wiebols en Anita Goutier, twee vierde jaars studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Hogeschool Windesheim in Zwolle. In het kader van ons afstuderen doen wij onderzoek voor de Centrale Cliëntenraad van de Zwolse Poort.

Het onderzoek

Vanuit de Centrale Cliëntenraad van de Zwolse Poort is er de vraag ontstaan hoe zij hun kennis, ervaring en vaardigheden kunnen bundelen en inzetten voor meer zeggenschap en deelname van (ex-)GGZ cliënten in de maatschappij. Wij onderzoeken hoe hier vorm en inhoud aan gegeven kan worden. Daarom zijn wij van mening, dat het belangrijk is om te weten te komen wat uw wensen en behoeften zijn, als (ex-)GGZ cliënt en ervaringsdeskundige. De vragen bevinden zich op de gebieden wonen, werk/dagbesteding, hulpverlening, financiën en vrije tijd.

De gegevens van dit interview worden anoniem verwerkt in het onderzoek.

Persoonsgegevens

Deze vragen gaan over u persoonlijk.

Vraag 1. Wat is uw geslacht?

- Man.
- Vrouw.

Vraag 2. Wat is uw leeftijd?

- 30-40 jaar.
- 41-50 jaar.
- 51-60 jaar.

Hulp- en/of Dienstverlening

Deze vragen gaan over het hulp- en/of dienstverleningspad dat u tot nu toe heeft bewandeld.

Vraag 3. Heeft u contact of contact gehad met een hulp- en/of dienstverlenende instantie in Overijssel?

- Ja
- Nee, ga door naar vraag 5.

Vraag 4. Met welke hulp- en/of dienstverlenende instantie in Overijssel heeft u contact of contact gehad? **Meerdere antwoorden mogelijk.**

- Adhesie
- CIDO
- Focus
- Mediant
- Part
- Riagg
- RIBW
- Tactus
- Trimaran
- Zwolse Poort
- Een andere hulp- en/of dienstverlenende instantie, n

Vraag 5. Waaruit bestaat of bestond deze hulp- en/of dienstverlening?

Wonen

De volgende vragen gaan over uw woonsituatie.

Vraag 6. Hoe is uw woonsituatie op dit moment?

- Ik woon zelfstandig.
- Ik woon zelfstandig en ik ontvang ambulante begeleiding.
- Ik woon zelfstandig, maar ik verblijf op dit moment tijdelijk op een afdeling van een instelling.
- Ik woon in een begeleid in een woonvorm.
- Ik ben thuisloos, maar verblijf op dit moment op een afdeling van een instelling.
- Ik ben thuisloos.
- Anders nl.....

Vraag 7. Heeft u behoefte (gehad) aan ondersteuning op het gebied van wonen?

- Ja, namelijk
- Nee, ga door naar vraag 9.

Vraag 8. Wanneer u ondersteuning heeft (gehad) op het gebied van wonen, kunt u aangeven waarover u tevreden of ontevreden bent met betrekking tot de hulp- en dienstverlening?

- Tevreden over
- Ontevreden over

Vraag 9. Wanneer u vragen heeft op het gebied van wonen, waar zou u daarmee naar toe gaan? **Meerdere antwoorden mogelijk.**

- Een zelfstandige instantie voor en door cliënten.
- Een instantie waar u al hulp- en/of dienstverlening ontvangt (zoals ingevuld bij vraag 4).
- WMO-loket van de gemeente.
- Woningbouwvereniging.
- Anders, nl.....

Werk of Dagbesteding

De volgende vragen gaan over uw situatie op het gebied van werk of dagbesteding.

Vraag 10. Heeft u op dit moment werk of een dagbesteding?

- Ja.
- Nee, ga door naar vraag 12.

Vraag 11. Zo ja, wat voor een werk of een dagbesteding is dit? **Meerdere antwoorden mogelijk.**

- Betaald werk.
- Vrijwilligerswerk.
- Dagbesteding op een activiteiten centrum.
- Een opleiding/cursus.
- Anders nl.....

Vraag 12. Heeft u behoefte (gehad) aan ondersteuning op het gebied van werk of dagbesteding?

- Ja, namelijk
- Nee, ga door naar vraag 14.

Vraag 13. Wanneer u ondersteuning heeft (gehad) op het gebied van werk en dagbesteding, kunt u aangeven waarover u tevreden of ontevreden bent met betrekking tot de hulp- en dienstverlening?

- Tevreden over
- Ontevreden over

Vraag 14. Wanneer u vragen heeft op het gebied van werk of dagbesteding, waar zou u daarmee naar toe gaan? **Meerdere antwoorden mogelijk.**

- Een zelfstandige instantie voor en door cliënten.
- Een instantie waar u al hulp- en/of dienstverlening ontvangt (zoals ingevuld bij vraag 4).
- WMO-loket van de gemeente.
- CWI
- UWV
- Reïntegratiebureau.
- Uitzendbureau.
- Anders, nl.....

Financiën

De volgende vragen gaan over uw financiën.

Vraag 15. Wat is uw bron van inkomsten?

- Een betaalde baan.
- Een uitkering.
- Anders, nl.....

Vraag 16. Heeft u behoefte (gehad) aan ondersteuning op het gebied van financiën?

- Ja, namelijk
- Nee, ga door naar vraag 18.

Vraag 17. Wanneer u ondersteuning heeft (gehad) op het gebied van financiën, kunt u aangeven waarover u tevreden of ontevreden bent met betrekking tot de hulp- en dienstverlening?

- Tevreden over
- Ontevreden over

Vraag 18. Wanneer u vragen heeft op het gebied van financiën, waar zou u daarmee naar toe gaan? ***Meerdere antwoorden mogelijk.***

- Een zelfstandige instantie voor en door cliënten.
- Een instantie waar u al hulp- en/of dienstverlening ontvangt (zoals ingevuld bij vraag 4).
- WMO-loket van de gemeente.
- Sociale Raadsliden.
- Anders, nl.....

Vrije tijd

De volgende vragen gaan over uw vrijetijdsbesteding.

Vraag 19. Heeft u een vrijetijdsbesteding?

- Ja.
- Nee.

Vraag 20. Heeft u behoefte (gehad) aan ondersteuning op het gebied van vrije tijd?

- Ja, namelijk
- Nee, ga door naar vraag 22.

Vraag 21. Wanneer u ondersteuning heeft (gehad) op het gebied van vrije tijd, kunt u aangeven waarover u tevreden of ontevreden bent met betrekking tot de hulp- en dienstverlening?

- Tevreden over
- Ontevreden over

Vraag 22. Wanneer u vragen heeft op het gebied van vrije tijd, waar zou u daarmee naar toe gaan? ***Meerdere antwoorden mogelijk.***

- Een zelfstandige instantie voor en door cliënten.
- Een instantie waar u al hulp- en/of dienstverlening ontvangt (zoals ingevuld bij vraag 4).
- WMO-loket van de gemeente.
- VVV-kantoor.
- Bibliotheek.
- Sportvereniging.
- Anders, nl.....

Overig

Deze vragen gaan over uw (eventuele) overige wensen en/of behoeften aan ondersteuning.

Vraag 23. Heeft u naast de gebieden wonen, werk en dagbesteding, financiën en vrije tijd nog andere wensen en/of behoeften aan ondersteuning?

- Ja, namelijk

- Nee, ga door naar vraag 25.

Vraag 24. Wanneer u heeft aangegeven nog andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning te hebben, op welke manier zou u die wens of ondersteuning vorm willen geven?

Ervaringsdeskundigheid.

Deze vragen gaan over ervaringsdeskundigheid.

Informatie over ervaringsdeskundigheid

Een ervaringsdeskundige in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is iemand met een psychische bagage. Een cliënt die met zijn problematiek kan omgaan. Het betekent ook dat de cliënt zijn ziekte in een breder verband kan zien. Hij heeft kennis over zijn ziektebeeld en weet welke factoren bijdragen tot herstel. De cliënt is in staat zijn ervaring te gebruiken om andere mensen in de GGZ voorlichting te geven ofte ondersteunen. Hierbij valt te denken aan cliënt traint hulpverlener, maar ook deelname aan zorgteams of projecten en cursussen waarbij (ex- cliënten hun kennis, ervaring en kwaliteiten inzetten.

Vraag 25. Zou u ondersteuning aannemen van een dergelijke ervaringsdeskundige?

- Ja.
- Nee.

Vraag 26. Wat maakt dat u wel of geen ondersteuning zal aannemen van een dergelijke ervaringsdeskundige?

Vraag 27. Zou u zichzelf als ervaringsdeskundige zien in de toekomst?

- Ja.
- Nee.

Vraag 28. Wat maakt dat u uzelf wel of niet als een ervaringsdeskundige ziet in de toekomst?

Vraag 29. Zou u bereid zijn om een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige, zodat u uw ervaringsdeskundigheid kunt toepassen?

- Ja.
- Nee.

Tot slot

Eventuele op- en aanmerkingen op deze vragenlijst of het onderzoek kunt u hieronder opschrijven.

Wij willen u hartelijk bedanken voor uw medewerking aan dit interview! Wanneer u dat op prijs stelt, kunnen wij u een samenvatting van de resultaten in een digitaal document toesturen.

Mijn e-mail adres is

Bijlage 4 Onderzoeksresultaten

Resultaten Persoonsgegevens

Geslacht

» Van de respondenten zijn er 20 mannen en 30 vrouwen.

Leeftijd

- Van de respondenten zijn er 15 mensen in de leeftijd van 30-40 jaar.
- Van de respondenten zijn er 23 mensen in de leeftijd van 41-50 jaar.
- Van de respondenten zijn er 12 mensen in de leeftijd van 51-60 jaar.

Resultaten hulp- en/of dienstverlening

- Alle 50 respondenten hebben contact of contact gehad met een hulp- en/of dienstverlenende instantie in Overijssel.
- De hulpverlening van deze instanties bestond per instantie uit:

CIDO: 1 respondent heeft contact of contact gehad met CIDO. Deze respondent gaat naar CIDO voor dagbesteding.

Focus: 2 respondenten hebben contact of contact gehad met Focus. Hieronder vallen ook respondenten die contact hebben of hebben gehad met meer dan één instantie.

De diensten waarvan deze respondenten gebruik maakt bij Focus zijn dagbesteding en deelname aan activiteiten als het eetcafé.

Mediant: 3 respondenten hebben contact of contact gehad met Mediant. Hieronder vallen ook respondenten die contact hebben of hebben gehad met meer dan één instantie.

De hulp- en/of dienstverlening die de respondenten bij Trimaran verkrijgen bestaat of bestond uit: bed-op-recept, opname, verkrijgen van medicatie, ondersteuning van een SPV'er, trajectbegeleiding, intensieve psychiatrische thuiszorg of contact met een patiëntenvereniging.

Part: van de respondenten hebben 14 mensen contact of contact gehad met Part. Hieronder vallen ook respondenten die contact hebben met meer dan één instantie.

De respondenten maken gebruik van de volgende diensten: dagbesteding of werk, trajectbegeleiding, het inloopcentrum, deelname aan activiteiten zoals samen eten of volgen een cursus.

Tactus: 5 respondenten hebben contact of contact gehad met Tactus. Hieronder vallen ook respondenten die contact hebben of hebben gehad met meer dan één instantie.

De hulp- en/of dienstverlening die de respondenten verkrijgen bestaat of bestond uit: individuele gesprekken, groepsgesprekken, opname en behandeling van verslaving.

Trimaran: 4 respondenten heeft contact of contact gehad met Trimaran. Hieronder vallen ook respondenten die contact hebben of hebben gehad met meer dan één instantie.

De respondenten maken gebruik van de volgende diensten: deelname aan activiteiten, het volgen van een training/cursus, het inzetten en uitvoeren van ervaringsdeskundigheid en contact met een patiëntenvereniging.

Andere instantie: de andere instanties die worden genoemd zijn:

Door 1 respondent werd reclassering genoemd. De hulpverlening bestond uit het begeleiden tijdens het uitvoeren van een taakstraf.

Door 1 respondent werd Humianitas genoemd. Deze hulp bestond uit hulp in de huishouding.

Door 1 respondent werd MEE genoemd. Deze hulpverlening bestond uit ondersteuning op het gebied van relaties.

Door 1 respondent werd een TBS kliniek genoemd. De hulpverlening bestond uit opname en behandeling.

Door 1 respondent werd een Psychotherapeutische gemeenschap genoemd. De hulpverlening bestond uit opname.

Door 1 respondent werd de Vrijwilligerscentrale genoemd. Deze hulp bestond uit bemiddeling naar werk.

Door 1 respondent werd Elios genoemd. Deze hulp bestond uit hulp bij verwerking van het verleden.

Door 2 respondenten werd Icare genoemd. De hulp bestond uit hulp in de huishouding.

Door 1 respondent werd Practon/IRO genoemd. De hulp bestond uit hulp bij reïntegratie.

Resultaten wonen

Woonsituatie

- Van de respondenten wonen 20 mensen zelfstandig.
- 14 respondenten woont zelfstandig en ontvangt ambulante begeleiding.
- 4 respondenten woont zelfstandig, maar verblijft tijdelijk op afdeling van een instelling.
- 10 respondenten woont begeleid in een woonvorm van een instelling.
- 2 respondenten heeft een andere woonsituatie.

Behoefte aan ondersteuning

- 39 respondenten geeft aan behoefte te hebben (gehad) aan ondersteuning op het gebied wonen.
- 11 respondenten geeft aan geen behoefte te hebben aan ondersteuning op het gebied wonen.

Resultaten werk of dagbesteding

- Van de respondenten hebben 48 mensen werk- of een dagbesteding.
- 2 respondenten hebben geen werk- of een dagbesteding.

Behoefte aan ondersteuning

- 39 respondenten hebben behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding.
- 11 respondenten hebben geen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied werk/ dagbesteding.

Resultaten financiën

Bron van inkomsten

- 8 respondenten hebben inkomsten uit een betaalde baan. Hieronder vallen ook respondenten die meerdere antwoorden hebben gegeven.
- 45 respondenten hebben inkomsten uit een uitkering. Hieronder vallen ook respondenten die meerdere antwoorden hebben gegeven.
- 5 respondenten hebben op een andere manier inkomsten. Hieronder vallen ook respondenten die meerdere antwoorden hebben gegeven.

Behoefte aan ondersteuning

- 32 respondenten hebben behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied financiën.
- 18 respondenten hebben geen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op het gebied financiën.

Resultaten vrije tijd

- 45 respondenten hebben een vrijetijdsbesteding.
- 5 respondenten hebben geen vrijetijdsbesteding.

Behoefte aan ondersteuning

- 19 respondenten hebben behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op gebied van vrije tijd.
- 31 respondenten hebben geen behoefte of behoefte gehad aan ondersteuning op gebied van vrije tijd.

Resultaten overig

- 24 respondenten hebben naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd nog andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning.
- 26 respondenten hebben naast de gebieden wonen, werk/ dagbesteding, financiën en vrije tijd geen andere wensen en/of behoefte aan ondersteuning.

Resultaten ervaringsdeskundigheid

Ondersteuning ervaringsdeskundigen

- 42 respondenten zouden ondersteuning aannemen van een ervaringsdeskundige.
- 8 respondenten zouden geen ondersteuning aannemen van een ervaringsdeskundige.

Zelf ervaringsdeskundige

- 39 respondenten zien zichzelf als ervaringsdeskundige in de toekomst.
- 11 respondenten zien zichzelf niet als ervaringsdeskundige in de toekomst.

Opleiding ervaringsdeskundige

- 26 respondenten zijn bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige.
- 24 respondenten zijn niet bereid een opleiding te volgen tot ervaringsdeskundige.