

Vermaatschappelijking in de zorg

H. Koops en M.H. Kwekkeboom

Sociaal en Cultureel Planbureau, augustus 2005

Bijlage C5: Utrecht

Bijlage C5: Utrecht	1
C5.1 Algemene kenmerken.....	2
C5.2 Beleid en voorzieningenaanbod	3
C5.3 Samenwerkingsrelaties en netwerkvorming	6
C5.4 Betrokkenheid van de zorgvragers	10
C5.5 Aard en betekenis van de informele steunstructuur	12
C5.6 Rol van de lokale overheid	14
C5.7 Knelpunten en succesfactoren	15
C5.8 Verwachtingen voor de toekomst	17
C5.9 Conclusie: vermaatschappelijking in de zorg in Utrecht	18
Bijlage bij C5	21
Noten.....	22

C5.1 Algemene kenmerken

Utrecht is één van de vier grote steden in Nederland en had in 2003 ruim 265.000 inwoners. Utrecht is daarmee de grootste en daarnaast de meest dichtbevolkte gemeente uit dit onderzoek. De bevolkingsgroei in Utrecht is hoger dan die in de andere steden van de vier grote steden. Deze groei is vooral toe te schrijven aan de uitbreiding van de stad met de gemeente Vleuten-De Meern op 1 januari 2001 en de ontwikkeling van de grootste Vinexlocatie van Nederland: Leidsche Rijn. Er wonen relatief weinig ouderen tussen 65-80 jaar in de gemeente Utrecht, vergeleken met het gemiddelde van Nederland: 8,2% tegenover 10,4%. Het verschil van aantallen ouderen van 80 jaar en ouder tussen Utrecht en Nederland is kleiner: 3,1% in de gemeente Utrecht en 3,4% procent in Nederland. Overigens is er binnen Utrecht een groot verschil in bevolkingsopbouw qua leeftijd tussen de wijken. In de wijk Overvecht wonen relatief veel ouderen: 13,1% van de mensen in deze wijk is tussen de 65-80 jaar en 5,1% van de mensen in deze wijk is 80 jaar of ouder. In de binnenstad daarentegen is maar 4,6% van de bevolking tussen de 65-80 jaar en 1,7% 80 jaar of ouder (www.utrecht.nl, sept. '04 en CBS Statline).

Tabel C5.1 Bevolkingsdichtheid en -samenstelling in Nederland, provincie Utrecht en gemeente Utrecht (peiljaar 2003)

	inwonersaantal	aantal inwoners per km ²	aandeel 65-79- jarigen (%)	aandeel 80- plussers (%)
Nederland	16.192.572	479	10,4	3,4
provincie Utrecht	1.152.218	831	9,2	3,1
gemeente Utrecht	265.151	2.771	8,2	3,1

Bron: CBS (Statline)

In de gemeente Utrecht zijn veel organisaties op de terreinen zorg, welzijn en wonen actief. Zo zijn er meerdere welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties, woningcorporaties, grote instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, instellingen voor ouderenzorg en een ggz-instelling. Veel van de grote zorginstellingen zijn het product van een aantal gefuseerde instellingen. Van oudsher hadden veel zorginstellingen, vooral voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, locaties in 'de bossen' in de provincie Utrecht. Deze historisch gegroeide situatie is nog steeds herkenbaar in het aanbod voor wonen en zorg van deze instellingen, hoewel er steeds meer aandacht is voor het wonen in wijken in de stad Utrecht. Ook bijzondere doelgroepen van de ggz, zoals ouderen en mensen die naast psychiatrische problemen een verstandelijke beperking hebben, zijn nog vooral gehuisvest buiten de stad. De meeste organisaties die betrokken zijn bij de casus Utrecht werken op regionaal niveau. In de interviews is met name ingegaan op het functioneren van de organisaties in de gemeente Utrecht.

Bijzonder in Utrecht is de ontwikkeling van de wijk Leidsche Rijn, de grootste nieuwbouwlocatie van Nederland. Tot 2015 worden hier 30.000 woningen gebouwd voor ongeveer 80.000 mensen. Bovendien zullen er uiteindelijk zo'n 40.000 mensen komen werken (www.leidscherijn.nl). Leidsche Rijn werd in de interviews vaak betiteld als een soort proeftuin om ideeën met betrekking tot vermaatschappelijking vorm te geven. Het proces van vermaatschappelijking zoals dat in Leidsche Rijn plaatsvindt vormt een casus op zichzelf en is daarmee een casus binnen deze casus.

In Utrecht zijn elf interviews gehouden met vertegenwoordigers van organisaties die werken op de gebieden wonen, welzijn en zorg. Utrecht is een grote stad en kent dus veel actoren, die niet alle in het kader van dit onderzoek ondervraagd konden worden. Door per sector en per doelgroep minstens één actor te bevragen en door actoren te kiezen die in verschillende wijken of op verschillende geografische niveaus opereren, is geprobeerd van alle facetten van zorg voor mensen met een beperking in ieder geval een glimp op te vangen. Sterker nog dan voor de andere onderzoekscasus geldt daarom voor Utrecht dat de gegeven beschrijving niet uitputtend is en geen grotere pretentie heeft dan een zo betrouwbaar mogelijke indruk te geven.

Wanneer het elders in dit hoofdstuk gaat over de gemeente worden hier, tenzij anders vermeld, zowel de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) als de GG&GD mee bedoeld en wanneer het gaat over de ggz gaat dit zowel over de ggz-instelling als over de reïntegratieprojecten en trajectbegeleiding. De gesprekken zijn gehouden in het laatste kwartaal van 2003 en de eerste helft van 2004. In totaal ging het om elf vraaggesprekken (tabel C5.2).

Tabel C5.2 Kenmerken in onderzoek opgenomen instellingen in Utrecht

	type	doelgroep	werkgebied
gemeente Utrecht	lokale overheid	algemeen	lokaal
MEE	aanbieder	intercategoriaal	bovenregionaal
instelling voor thuiszorg	aanbieder	intercategoriaal	lokaal
instelling voor geestelijke-gezondheidszorg	aanbieder	categoriaal	lokaal
Rhijnhuysen	aanbieder ^a	intercategoriaal	lokaal
welzijnsinstelling	aanbieder	algemeen	lokaal
woningcorporatie	aanbieder	algemeen	regionaal
instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg	aanbieder	categoriaal	regionaal
arbeidsvoorziening	aanbieder	categoriaal ^b	regionaal
GGD	aanbieder/lokale overheid	algemeen	lokaal
PP/CP	belangenbehartigingsorganisatie	intercategoriaal	bovenregionaal

Het betreft hier een samenwerkingsverband van meerdere aanbieders op de terreinen zorg en wonen.
Het betreft hier een arbeidsreïntegratiebedrijf voor mensen met een psychiatrische achtergrond.

C5.2 Beleid en voorzieningenaanbod

Beleid lokale overheid

Op 1 januari 2001 kreeg Utrecht na de gemeenteraadsverkiezingen een nieuw stadsbestuur. De fracties van Leefbaar Utrecht, PvdA, VVD, CDA en Burger & Gemeenschap vormden een nieuw college van Burgemeester en Wethouders. (N.B. In september 2001 stapte Burger & Gemeenschap uit het college van Burgemeester en Wethouders.) Half januari 2001 werd het collegeprogramma van deze partijen (*Utrecht in uitvoering*) aangenomen door de gemeenteraad. Het programma bestrijkt de periode 2001-2006. Naast het opstellen van het collegeprogramma deed het College bij haar aantreden tien beloften aan de burgers van Utrecht (zie de bijlage van C5). Beloofd werd bijvoorbeeld dat er een referendum komt over het stationsgebied en dat grote stadsparken een opknopbeurt krijgen (www.utrecht.nl). Aan twee groepen burgers wordt specifiek aandacht gegeven in de tien beloften, namelijk daklozen en verslaafden. Het college belooft dat er voor deze groepen mensen meer opvangvoorzieningen komen. De gemeente benoemt deze doelgroepen als één doelgroep, namelijk 'sociaal kwetsbaren'. Ook in de interviews kwam naar voren dat de gemeente in haar beleid veel aandacht besteedt aan deze groep mensen.

In het collegeprogramma wordt niet specifiek aandacht besteed aan mensen met beperkingen. Wel houden binnen de gemeente Utrecht verschillende diensten zich bezig met doelgroepen en terreinen die te maken hebben met vermaatschappelijking in de zorg voor mensen met beperkingen. De belangrijkste zijn:

- de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO), die beleid heeft gericht op senioren en mensen met een lichamelijke functiebeperking en die zich bovendien bezighoudt met het welzijnsbeleid;
- de Dienst Stadsontwikkeling (DSO), die zich onder andere bezighoudt met 'wonen';
- de GG&GD, onder andere gericht op maatschappelijke opvang en gezondheidsbevordering van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten; en
- Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) die zich, zoals de naam al zegt, onder andere met werkgelegenheid bezighoudt en ook met de uitvoering van de WVG.

Uit de Utrechter gezondheidspeiling (een tweejaarlijks onderzoek onder burgers van Utrecht naar hun geestelijke en lichamelijke gezondheid door de GG&GD) blijkt dat 12% van de volwassen Utrechters zich door lichamelijke beperkingen belemmerd voelt bij het zich verplaatsen, werken, wonen en/of sporten. Uitgangspunt van de gemeente in het beleid voor mensen met een lichamelijke beperking is dat ze een inclusief beleid wil voeren. Dit betekent dat algemene organisaties, instellingen en diensten open moeten staan voor iedere burger, ongeacht zijn of haar beperkingen en dat er bij ieder beleidsvoornemen van de overheid automatisch rekening wordt gehouden met mensen met fysieke beperkingen. In het actieplan 'Mensen met een lichamelijke functiebeperking' dat is opgesteld voor de periode 2000-2004, zijn zo'n 53 actiepunten vastgesteld op onder meer de terreinen werk en inkomen, wonen, mobiliteit, welzijn, toegankelijkheid, zorg en belangenbehartiging. De gemeente zou deze actiepunten voor 2005 gerealiseerd willen zien. Er is een coördinatiegroep opgericht die bewaakt dat

de actiepunten daadwerkelijk worden uitgevoerd. Deze coördinatiegroep bestaat uit ambtenaren van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO), de GG&GD, SZW, het Ontwikkelingsbedrijf Gemeente Utrecht (OGU) en de diensten Stadsontwikkeling (DSO) en Stadsbeheer (DSB) die zich beide met 'wonen' bezighouden. Behalve ambtenaren bevat de coördinatiegroep ook vertegenwoordigers van twee belangenbehartigingsorganisaties, namelijk SOLGU (voor gehandicapten en chronisch zieken) en COSBO (voor ouderen). Elke dienst heeft eigen taken en actiepunten waarvoor hij verantwoordelijk is.

Sinds 2002 hanteert de gemeente Utrecht het uitgangspunt dat mensen in hun eigen wijk de regie over hun eigen leven moeten kunnen blijven houden, ook wanneer ze beperkingen krijgen. De gemeente wil dit vormgeven door levensloopbestendige woningen te creëren, met een aansluitend welzijns- en zorgaanbod in zogenoemde woonservicezones. De servicezones zijn overigens niet alleen bedoeld voor mensen die zorg nodig hebben. Er is weliswaar extra aandacht voor bijzondere groepen die extra aandacht nodig hebben, bijvoorbeeld voor mensen die moeite hebben met de toegankelijkheid van voorzieningen, maar het uitgangspunt is dat de gemeente zich richt op iets waar de hele wijk profijt van heeft. De gemeente heeft volgens de respondenten van de gemeente liever algemeen beleid met specifiek aandacht voor bepaalde groepen, dan doelgroepenbeleid. Op een aantal plaatsen in Utrecht (zowel in de bestaande stad als in Leidsche Rijn) worden op dit moment op wijk- of buurniveau woonservicezones gerealiseerd.

In veel Utrechtse wijken worden wijkouderenperspectieven geschreven. Hierin wordt door maatschappelijke organisaties, de gemeente en zorginstellingen op basis van een wijkanalyse beschreven waar men naartoe wil met het ouderenbeleid.

Wijkgericht werken en het stimuleren daarvan is sowieso kenmerkend voor de werkwijze van de gemeente Utrecht. Zo heeft elke wijk een wijkwethouder die controleert of de ambtelijke organisatie uitvoert wat afgesproken is. Op het spreekuur van de wijkwethouder kan iedere wijkbewoner terecht met vragen en ideeën die op de wijk betrekking hebben. Daarnaast heeft ieder wijk een wijkbureau of een wijkservicecentrum; een plek in de wijk waar bewoners en anderen terecht kunnen met vragen, klachten en plannen. Sinds enige jaren wordt er gewerkt aan de uitvoering van het plan 'De Wijkaanpak in Uitvoering'. Dit plan geeft mensen in de wijken meer en sneller invloed op het gemeentebeleid in de wijken. Onderdelen van dit plan zijn het instellen van een wijkraad in elke wijk, het houden van wijkraadplegingen en het opstellen van een wijkprogramma (www.utrecht.nl, okt. '04). Grote delen van dit plan zijn inmiddels gerealiseerd.

De gemeente heeft geen beleid dat zich specifiek richt op mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een psychiatrische achtergrond. De lokale overheid signaleert wel dat door de vermaatschappelijking in de zorg meer mensen met een beperking een beroep doen op ondersteuning door de gemeente en op gemeentelijke voorzieningen. Doordat bijvoorbeeld meer mensen met een verstandelijke beperking in wijken gaan wonen, komt er meer vraag naar activiteiten. Deels speelt de gemeente in op de veranderende vragen van cliënten naar activiteiten, door bijvoorbeeld met wijkwelzijnsorganisaties over het activiteitenaanbod te overleggen, maar deels blijft er verantwoordelijkheid liggen in het grijze gebied tussen private partijen en lokale overheid. De groep 'sociaal kwetsbaren' die prioriteit heeft bij de gemeente Utrecht zal voor een deel de groep mensen met een psychiatrische achtergrond bevatten. De gemeente werkt op sommige terreinen samen met de ggz-instelling, onder andere op thema's als depressie, eenzaamheid en preventie van psychische problemen.

Het plaatselijk voorzieningenaanbod

De ggz-instelling is een regionale instelling voor geestelijke-gezondheidszorg gericht op mensen met psychiatrische problematiek. Er werken ongeveer 2500 medewerkers. De instelling is ingedeeld in drie regio's en er wordt ambulante, deeltijd- en klinische zorg geboden aan volwassenen, jeugd en ouderen. De ggz-instelling biedt op locaties buiten de gemeente Utrecht intramurale zorg voor ouderen met een psychiatrische stoornis en voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten met een psychiatrische stoornis. Ambulante zorg voor ouderen met psychische problemen wordt wel in de gemeente Utrecht geboden. De instelling heeft verder onder andere een crisisdienst en een voorziening die zich richt op dagactiviteiten en arbeidsrehabilitatie.

De wijkwelzijnsinstelling die in dit onderzoek is betrokken is vooral werkzaam in het noordoostelijke deel van de stad Utrecht. Het is een brede welzijnsorganisatie. Dit betekent dat de organisatie kinderopvang biedt en peuterspeelzalen, speeltuinen, jongerenwerk, hulpverlening, opbouwwerk en

sociaal-cultureel werk heeft, kortom: alles op het gebied van welzijn in de wijken. Het wijkwelzijnswerk heeft maar een beperkt aanbod van activiteiten voor mensen met een verstandelijke beperking. Meestal wordt dit gerealiseerd in samenwerking met een categorale instelling. De gebouwen waar activiteiten georganiseerd worden zijn aangepast aan mensen met beperkingen. De wijkwelzijnsinstelling houdt zich ook bezig met het leiden naar vrijwilligerswerk (sociale activering). De doelgroep hiervan heeft gemeen dat ze specifieke en op de persoon toegesneden begeleiding nodig heeft om tot activiteiten en werk te komen. Mensen kunnen vrijwilligerswerk doen binnen de organisatie zelf, bijvoorbeeld in peuterspeelzalen, maar ook in verzorgingshuizen of in winkels. De welzijnsorganisatie participeert in een aantal netwerken, zoals het netwerk 55+ en Bijeenkomst Ouderen Problematiek (BOP). In de paragraaf over samenwerking wordt hier nader op ingegaan.

Er zijn verschillende instellingen voor ouderenzorg in Utrecht. Zij zijn nauw betrokken bij de woonservicezoning zoals eerder beschreven. Naast verpleeghuishouding en verzorgingshuishouding, bieden zij ook deeltijdzorg (bijvoorbeeld dagverzorging, dagbehandeling en nachtverzorging/nachtverpleging) en zorg aan huis. Eén van de instellingen voor ouderenzorg heeft onlangs een concern gevormd met een thuiszorgorganisatie. Deze thuiszorgorganisatie werkt voornamelijk in de stad Utrecht en biedt diensten aan aan alle burgers van de gemeente, zoals huishoudelijke verzorging, verpleging en ondersteunende begeleiding. In de praktijk doen vooral ouderen een beroep op de thuiszorg. Ook biedt ze servicediensten aan, zoals 'maaltijden aan huis', 'de kapper aan huis', 'oogmetingen doen', maar ook om cursussen zoals 'babymassage' en 'stoppen met roken'. De instelling voor thuiszorg onderhoudt daarvoor contacten met kleine zelfstandigen als de kapper, wasservice, docenten, enz.

De woningcorporatie uit dit onderzoek heeft ongeveer 26.000 huureenheden in Utrecht en ongeveer 7000 in Nieuwegein en is daarmee één van de grotere corporaties in Utrecht en omgeving. Tussen de gemeente en de woningcorporaties zijn concrete aantallen seniorenwoningen vastgesteld die er in een bepaald jaar moeten zijn en daarnaast is de corporatie druk bezig om, samen met andere partijen, woonservicezones tot stand te brengen. Woningen voor minder validen zijn overal in de stad te vinden. Alle corporaties in Utrecht samen participeren in het project 'beter wonen', waarin woningen voor mensen met een psychiatrische achtergrond beschikbaar gesteld worden. De vraag naar woningen door andere groepen mensen met beperkingen wordt in kaart gebracht. Er zijn nog nauwelijks woningen voor mensen met een verstandelijke beperking. In Leidsche Rijn is wel een aantal woningen voor deze doelgroep gebouwd, maar deze zijn inmiddels verkocht aan zorgaanbieders.

De instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg (vgz) werkt provinciaal en verzorgt wonen en dagbesteding voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking van alle leeftijden, zowel (semi)muraal als ambulante. Het accent ligt op zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Aan een heel gering aantal mensen met een lichamelijke beperking wordt dagbesteding geboden. Er is geen specifiek aanbod van zorg voor mensen die naast hun verstandelijke beperking een psychische stoornis hebben. De instelling heeft in totaal ongeveer 1500-2000 cliënten en in de regio Utrecht-stad ongeveer 500. De instelling heeft in de hele provincie ruim 80 locaties. In de regio Utrecht-stad is er relatief veel aanbod aan dagbesteding en weinig aanbod aan wonen. Veel cliënten wonen namelijk rondom Utrecht, bijvoorbeeld in Maarssen of Maarsebroek. Er is wel vraag naar woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking. De instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg heeft weliswaar een aantal woonvoorzieningen in de stad Utrecht, maar het blijkt heel moeilijk voor de doelgroep verstandelijk gehandicapten om woonruimte te vinden in de stad. Bij de gemeente en de woningcorporaties lijkt deze groep burgers niet direct prioriteit te hebben. Een paar groepen verstandelijk gehandicapten wonen daarom in Leidsche Rijn, maar dit is geen ideale situatie: er is nauwelijks sociale infrastructuur. Vooral voor mensen die eerst in de binnenstad woonden is het wonen in Leidsche Rijn een achteruitgang. Op het gebied van werk heeft de instelling een dagcentrum, voor ongeveer 60 cliënten, maar ook een lunchcafé, kaarsenmakerij, winkeltje, enz. De laatste jaren wordt wel duidelijk dat de doelgroep verandert: er komen steeds meer cliënten met intensieve ondersteuningsvragen aangezien er meer mensen naar de dagbesteding komen die voorheen in een intramurale setting woonden. De instelling biedt ook arbeidsintegratie aan, maar ook hier heeft men te maken met een veranderende en versmallende doelgroep.

MEE-Utrecht is werkzaam in de hele provincie Utrecht. Mensen kunnen voor informatie, advies en begeleiding over zaken die te maken hebben met een handicap, chronische ziekte of functiebeperking

bij MEE terecht. In de praktijk werkt de instelling nog veel met mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking. De organisatie ondersteunt op alle terreinen van het leven: opvoeding, onderwijs, wonen, werken, dagbesteding, vrijetijdsbesteding, juridische zaken, aangepaste voorzieningen, cursussen, enzovoort. MEE kan doorverwijzen naar andere hulpverleners of instanties of optreden als bemiddelaar of belangenbehartiger. De diensten van MEE zijn vrij toegankelijk en gratis (www.mee-utrecht.nl).

C5.3 Samenwerkingsrelaties en netwerkvorming

De mate van samenwerking tussen instellingen kan weergeven welke prioriteiten instellingen stellen en op welke wijze een instelling bezig is met vermaatschappelijking van de zorg. In deze paragraaf worden eerst enkele bilaterale contacten genoemd die in de interviews naar voren kwamen (zie ook tabel 2.1) en daarna de multilaterale contacten oftewel de netwerkvorming (zie ook tabel C5.3).

Bilateraal

Binnen de gemeentelijke organisatie wordt op het gebied van vermaatschappelijking veel intern samengewerkt tussen diensten, zowel bilateraal als multilateraal. Zo houden verschillende diensten, zoals diensten de Dienst Stadsontwikkeling (DSO), de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling (DMO) en de GG&GD, zich bezig met beleid rond woonservicezones. Veel onderling overleg is daarom noodzakelijk.

Op wijkniveau is er veel contact tussen het wijkwelzijnswerk en instellingen voor ouderenzorg in de wijk. Er worden bijvoorbeeld gezamenlijk activiteiten opgezet voor ouderen in het algemeen of voor specifieke groepen ouderen zoals Indische ouderen. De welzijnsinstelling en de instelling voor ouderenzorg hanteren daarbij vaak een systeem van gesloten beurzen; de ene organisatie levert bijvoorbeeld het personeel, terwijl de andere organisatie voor de locatie zorgdraagt. Ook voor andere doelgroepen worden er, in overleg met de categorale instellingen (ggz, vgz), activiteiten georganiseerd. In de wijk Overvecht is twee dagdelen in de week een buurthuis geopend voor (ex)cliënten van de ggz en worden er activiteiten aangeboden, zoals koken of uitstapjes maken.

Eén van de thuiszorginstellingen in de gemeente heeft een concern gevormd met één van de ouderenorganisaties in Utrecht. De doelgroep die voor de thuiszorg de belangrijkste doelgroep is, krijgt zo een nog prominentere plaats in het beleid van de instelling.

Ouderen zijn de enige doelgroep waarover de woningcorporatie afspraken heeft gemaakt over te bouwen woningen. Opvallend is dat wanneer er gebouwd wordt voor mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een psychiatrische stoornis, deze voorzieningen vaak worden opgekocht door een zorginstelling, waardoor de beoogde scheiding tussen wonen en zorg verdwijnt. Het contact dat de ggz-instelling met corporaties heeft loopt vaak via de Stichting voor beschermende woonvormen in Utrecht. Daarnaast heeft ze regelmatig contact met één van de woningcorporaties in de stad die actief is op het gebied van sociale woningbouw. De respondenten van de ggz geven aan dat er op het gebied van samenwerking en afstemming met woningcorporaties nog een wereld te winnen is. Onlangs heeft de ggz-instelling zichzelf kunnen presenteren op een conferentie die de gemeente georganiseerd had voor woningbouwverenigingen en andere relevante partners. Voor woningcorporaties was dit een *eye-opener* in die zin dat er in overleg meer mogelijkheden zijn voor onderlinge samenwerking dan gedacht.

Tabel C5.2 Bilaterale samenwerkingsrelaties in Utrecht zoals genoemd door de respondenten¹

	gemeente	GG&GD	ggz1	ggz2	vgz	MEE	corporatie	thuiszorg	welzijn	Rhijnhuysen
gemeente		x							x	
GG&GD	x		x							
ggz				x		x	x		x	
ggz-trajectbegeleiding	x		x						x	
vgz							x		x	x
MEE					x				x	x
woningcorporatie	x									
thuiszorg		x (jhw*)	x		x					
welzijn	x				x					
Rhijnhuysen										

Bron: SCP (Interviews vermaatschappelijkking 2003, 2004)

Netwerkvorming

Er zijn in Utrecht verschillende samenwerkingsverbanden gevormd rondom wonen, welzijn en/of zorg. Deze netwerken verschillen van karakter (meer uitvoerend of vooral bestuurlijk) en niveau (gericht op de wijk, gemeentelijk of regionaal georiënteerd).

In de wijk Overvecht is een aantal netwerken actief, namelijk het netwerk 55+ en Bijeenkomst Ouderen Problematiek (BOP). In het netwerk 55+ participeren vrijwilligers, belangenbehartigers en professionals van 35 organisaties, waaronder kerken, vrijwilligersorganisaties zoals de Zonnebloem en het Rode Kruis, de welzijnsorganisatie, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg, ggz, bewonerscommissies en cliëntenraden. Al deze organisaties hebben op de één of andere manier te maken met ouderen. Het netwerk organiseert bijvoorbeeld de 'verwendag', om zelfstandig wonende ouderen in het zonnetje te zetten. Het netwerk wordt gecoördineerd door de welzijnsorganisatie. Het tweede netwerk gericht op ouderen is de Bijeenkomst Ouderen Problematiek (BOP). In dit netwerk zitten alleen professionals en bijvoorbeeld geen vrijwilligersorganisaties. Dit netwerk is georganiseerd rondom het thema 'ouderen met complexe problematiek'. Het gaat om ouderen met meerdere hulpvragen, zoals zelfstandig wonende dementerenden, oorlogsslachtoffers en mensen met een zeer gering sociaal netwerk. Waar het netwerk 55+ vooral gericht was op vrije tijd en sociale aspecten, is de BOP vooral gericht op zorg en hulpverlening. Er wordt nagegaan hoe de professionele organisaties samen zo goed mogelijk kunnen inspelen op de problematiek van ouderen. Deelnemers in het netwerk zijn thuiszorg (verpleging en verzorging), ggz, huisartsen, ouderenadviseurs, verslavingszorg, loket 1 (het RIO van de stad Utrecht), verzorgings- en verpleeghuizen en Welzijn, die tevens voorzitter is. Het netwerk is vooral gericht op afstemming en ontschotting, waarmee bedoeld wordt: informatie-uitwisseling en elkaar een dienst bewijzen op klantniveau.

De ggz-instelling is daarnaast betrokken bij twee andere samenwerkingsverbanden, namelijk het project Maatschappelijke Steunsystemen en het OGGZ-project.

Een maatschappelijk steunstelsel is een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen gericht op het bieden van ondersteuning aan mensen met langdurige psychische problemen zodat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen participeren in de samenleving. Het project Maatschappelijke Steunsystemen heeft vijf speerpunten, gericht op sociale contacten en relatievorming, gevarieerd wonen met ambulante ondersteuning, begeleid werken en leren, informatie en praktische ondersteuning en rehabilitatie en herstel². Belangrijke partners voor de ggz-instelling in het kader van dit project zijn: de gemeente (DMO: afdelingen Welzijn en SZW en de GG&GD), verslavingszorg van de provincie Utrecht en Beschermende woonvormen in Utrecht. Dit wil overigens niet zeggen dat al deze partijen aan alle speerpunten meewerken. Vaak worden andere actoren bij de uitvoering van een speerpunt betrokken, zoals thuiszorg, wijkwelzijnsorganisaties, verenigingen en/of kerken.

Het OGGZ-project is een samenwerkingsverband tussen de ggz-instelling en de instelling voor verslavingszorg in de stad. Het project komt voort uit een gemeentelijk convenant tussen onder andere de gemeente Utrecht, de ggz, het zorgkantoor, verslavingszorg, Stichting beschermende woonvormen Utrecht, MEE en de politie. In dit convenant wordt een reeks van voorzieningen genoemd die er zouden moeten zijn voor dak- en thuislozen en risicogroepen. In het OGGZ-project worden dak- en thuislozen actief benaderd door een zorgcoördinatieteam, met als doel deze mensen in zorg te krijgen. Vanuit dit team wordt een intensieve ambulante zorg gegeven.

Een vijfde samenwerkingsverband wordt gevormd door de stuurgroep Wonen, Welzijn, Zorg. Dit bestuurlijke netwerk heeft als doel projecten in de stad op de gebieden wonen, welzijn en zorg te inventariseren en na te gaan hoe de partijen elkaar kunnen ondersteunen en aanspreken op elkaars verantwoordelijkheid. Van deze groep maken ambtenaren en betrokken wethouders van de GG&GD, DMO en DSO deel uit, en vertegenwoordigers van het Provinciaal Patiënten en Consumenten Platform (PP/CP), de woningcorporaties, welzijnsinstellingen, de ggz, een instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg, een zorgverzekeraar, de huisartsen, Stichting Rhijnhuysen (zie hieronder) en een instelling voor ouderzorg en thuiszorg.

Een zesde netwerk is Stichting Rhijnhuysen. Deze stichting is een samenwerkingsverband van twee ziekenhuizen, twee thuiszorgorganisaties, een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen, een huisartsenlaboratorium, twee ouderenorganisaties en een ggz-instelling. Alle partners van Rhijnhuysen stellen 0,15% van hun externe budget ter beschikking van de stichting. Met dit geld ontwikkelt en geeft het bureau vorm aan beleidstrajecten op het gebied van zorg. Veel aandacht wordt daarbij besteed aan woonservicezoning en het ontwikkelen van zorgprogramma's. Rhijnhuysen werkt niet met 'doelgroepensegmentatie' omdat de stichting ervan uitgaat dat dienstverlening er voor verschillende doelgroepen hetzelfde uit kan zien. Het loslaten van doelgroepensegmentatie betekent dat organisaties (meer) met elkaar moeten samenwerken. Kenmerkend voor het samenwerkingsverband/de netwerkorganisatie Rhijnhuysen is de verticale samenwerking van organisaties, waardoor nieuwe producten gerealiseerd kunnen worden. Daarnaast is er horizontale samenwerking, zoals één keuken en één administratie voor verschillende organisaties, die kan leiden tot efficiëntieverbetering. Uit de participatie in deze stichting vloeien verschillende bilaterale samenwerkingsrelaties voort. Zo biedt bijvoorbeeld de thuiszorg samen met de ggz personenalarmering en 7x24 uur ambulante zorg.

Projectbureau Rhijnhuysen, dat een onderdeel is van Stichting Rhijnhuysen, speelt een actieve rol binnen Leidsche Rijn. Dit projectbureau is ingehuurd door alle aanbieders van wonen, welzijn en zorg die in Leidsche Rijn actief zijn om deze zaken in Leidsche Rijn te coördineren en heeft daarmee in de praktijk de regie in Leidsche Rijn. In het tekstkader wordt nader ingegaan op het project Leidsche Rijn.

Tabel C5.3 Betrokkenheid van instellingen en organisaties bij multilaterale samenwerkingsprojecten

	netwerk 55+	BOP	maatschappelijke steunsystemen	OGGZ- project	Stichting Rhijnhuysen	Stuurgroep wonen welzijn zorg
gemeente			x	x	x	x
GG&GD						
ggz	x	x	x	x	x	x
vgz						x
MEE				x		
woningcorporatie						x
thuiszorg	x	x			x	x
welzijn	x	x				x
Rhijnhuysen						x
PP/CP						x
ouderenzorg	x				x	x
vrijwilligersorganisaties	x					
kerken	x					
huisartsen		x			x	x
RIO		x				
verslavingszorg		x	x	x		
bewonerscommissies/cliëntenraden	x					
Stichting beschermende woonvormen			x	x		
politie				x		
zorgkantoor				x		

Bron: SCP (Interviews vermaatschappelijking 2003, 2004)

Leidsche Rijn

Er lijkt in Utrecht maar één platform te zijn waar instellingen elkaar regelmatig op lokaal niveau ontmoeten, namelijk als het gaat over Leidsche Rijn. Zoals al eerder is genoemd is Leidsche Rijn een Vinexwijk die in 2015 ongeveer 30.000 woningen met ongeveer 80.000 inwoners zal bevatten.

In 1998 kreeg Stichting Regiozorg de regie in Leidsche Rijn op het gebied van zorg, welzijn en wonen. Deze stichting bestond uit een zorgverzekeraar, een huisartsenvereniging, Stichting Rhijnhuysen en een thuiszorgorganisatie. De stichting werkte in het kader van de regierol samen met alle in Leidsche Rijn werkende dienstverleners en had geregeld overleg met provincie en gemeente over de voortgang van het proces. In de praktijk werden de werkzaamheden voornamelijk uitgevoerd door het projectbureau van Rhijnhuysen. In een periode van ruim twee jaar is de visie op wat er zou moeten gebeuren in Leidsche Rijn minutieus uitgewerkt. Alle zorgaanbieders waren hierbij betrokken. Inmiddels is de Stichting Regiozorg opgeheven en wordt gesproken over het Samenwerkingsverband Aanbieders Wonen, Welzijn en Zorg Leidsche Rijn. Ook voor dit samenwerkingsverband is het projectbureau van Rhijnhuysen actief. Dit bureau is ingehuurd door alle aanbieders van wonen, welzijn en zorg die in Leidsche Rijn actief zijn om deze zaken in Leidsche Rijn te coördineren en te zorgen voor afstemming tussen de betrokken partijen (gemeente, zorgaanbieders, zorgverzekeraar, woningcorporaties) en heeft daarmee in de praktijk de regie in Leidsche Rijn op dit gebied. 24 Raden van Bestuur van de verschillende aanbieders wonen, welzijn, zorg nemen deel aan het overleg over Leidsche Rijn en komen elke maand bijeen om de voortgang te bespreken. Rhijnhuysen gaat uit van de formule dat draagvlak pas geloofwaardig wordt wanneer organisaties een deel van hun budget beschikbaar stellen voor de samenwerking en wanneer ze zich juridisch binden aan deze samenwerking. Dit zijn dan ook eisen die ze aan samenwerkingspartners stellen.

Meerdere keren wordt Leidsche Rijn door respondenten genoemd als de wijk waarin het mogelijk moest zijn alle inzichten op het gebied van vermaatschappelijking in de praktijk te brengen. Zo kan er vanaf het begin op gelet worden dat mensen met een lichamelijke beperking er zonder problemen kunnen wonen. Daarnaast zijn er ideeën voor zorgstations (fysieke plekken van waaruit ambulante zorg geboden kan worden) en 'serviceorganisaties' (één loket van waaruit klanten naar bepaalde dienstverlening verwezen worden, inclusief de geïndiceerde zorg). Voor inspraak vanuit gebruikers wordt gezorgd door bij werkconferenties, waarin met verschillende organisaties over de inrichting van Leidsche Rijn werd gesproken, regelmatig iemand in te huren van het PP/CP die erop moet letten dat bij ontwikkelingen in Leidsche Rijn vanuit het perspectief van de klant werd gedacht.

Meteen nadat respondenten de mogelijkheden noemen van vermaatschappelijking in de zorg in Leidsche Rijn wordt ingegaan op knelpunten die maken dat de realisatie van alle ideeën niet zo gemakkelijk is. Allereerst kwamen de ideeën voor woonservicezones pas toen plannen van woningcorporaties over de inrichting van Leidsche Rijn in grote lijnen al gereed waren. Het was op dat moment niet meer mogelijk om helemaal vanuit het niets iets nieuws te ontwikkelen. De gemeente geeft aan dat het soms lastig is te maken te hebben met private partijen – met name in de bouw – die in principe hun eigen gang kunnen gaan. De woningcorporaties lijken redelijk veel invloed te hebben in Leidsche Rijn. Voor verschillende groepen mensen met beperkingen kan dit gevolgen hebben. Het blijkt bijvoorbeeld dat de woningcorporatie in de stad vooral contact heeft met de ouderenzorg en niet met instellingen voor de verstandelijk-gehandicaptenzorg of psychiatrie. Een ander knelpunt is dat er soms niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van afspraken, kortom het ontbreken van regie. Zo was vóór de bouw van Leidsche Rijn afgesproken dat 6% van de woningen voor 'de doelgroepen' (mensen met beperkingen) zou moeten zijn, maar niemand was er verantwoordelijk voor dat dit daadwerkelijk werd uitgevoerd. Er bestaan daarnaast geen eenduidige kengetallen over bijvoorbeeld aantallen huisartsen en verloskundigen die nodig zijn voor bepaalde aantallen mensen. Dit maakt het plannen van zorg lastig.

Een nogal fundamenteel knelpunt dat Rhijnhuysen noemt in de ontwikkelingen in Leidsche Rijn is dat welzijnsinstellingen niet goed bij ontwikkelingen worden betrokken en in overleggen zelfs vergeten worden.

Veel genoemde knelpunten zijn verder dat instellingen, als het erop aankomt, niet bereid zijn verder te kijken dan hun eigen belangen, het bestaan van onduidelijkheid over wie de regie voert, deelnemers in projectgroepen die geen mandaat van de instellingen hebben om actie te ondernemen, zeer trage besluitvorming en financiële drempels. De trage besluitvormingsprocessen (soms is men twee jaar ergens mee bezig en wordt duidelijk dat een plan geen kans van slagen heeft) leiden tot onzekerheid bij instellingen: hoeveel aanvragen moeten ze doen bij woningcorporaties om uiteindelijk het gewenste aantal voorzieningen te krijgen? De snelheid van beslissen door woningcorporaties heeft met

verschillende zaken te maken, zoals de prioriteit die instellingen op de agenda van de woningcorporatie hebben en de vraag op welke plaats instellingen woningen willen hebben.

Kenmerkend voor de onduidelijkheid die er is over het vermaatschappelijkingsproces en geplande voorzieningen in Leidsche Rijn is wellicht het verschillend taalgebruik van respondenten over in principe dezelfde voorzieningen. Zo spreekt de één over 'zorg in ringen', terwijl de ander spreekt over basiszorgstations en weer een ander over woon-zorgzones. Heel vaak gaat het hierbij nog over concepten en is het onduidelijk wat er uiteindelijk van gerealiseerd zal worden.

Hoewel er veel knelpunten worden genoemd die te maken hebben met het afstemmen van wonen, welzijn en zorg in Leidsche Rijn, wordt door Stichting Rhijnhuysen als zeer positief punt genoemd dat er de laatste jaren een mentaliteitsverandering heeft plaatsgevonden bij deze instellingen waardoor er veel breder wordt gedacht over zorg en zorgvragers. Dit geldt zowel voor mensen op 'de werkvloer' als voor mensen in de Raden van Bestuur. Een andere respondent noemt dat, nu de knelpunten eindelijk duidelijk zijn, er écht aan de slag kan worden gegaan met het proces van vermaatschappelijking.

C5.4 Betrokkenheid van de zorgvragers

Op een aantal manieren kunnen zorgvragers worden betrokken bij het beleid en het voorzieningenaanbod van een instelling, namelijk op individueel niveau, via een cliëntenraad en via belangenbehartigingsorganisaties. In deze paragraaf komt aan de orde op welke wijze dit bij verschillende organisaties vorm krijgt.

De directe, individuele manier van inspraak wordt vooral door instellingen gebruikt om inzicht te krijgen in de wensen en behoeften van cliënten. Voorbeelden hiervan zijn het onderzoek van de welzijnsinstelling onder 75-plussers, het behoefteonderzoek van de ggz en het cliëntenpanel waar het PP/CP gebruik van maakt. De directe manier van inspraak gaat vaak over activiteiten en concrete voorzieningen: waar zijn mensen tevreden over en wat missen ze nog? Het initiatief voor het op deze wijze betrekken van cliënten ligt bij instellingen zelf. Uit tabel C5.4 blijkt dat de welzijnsinstelling, de ggz-instelling en het PP/CP op deze manier proberen een zo goed mogelijk inzicht te krijgen in de behoeften van cliënten.

(Zorg)instellingen zijn niet vrij in het wel of niet hebben van een cliëntenraad: elke zorginstelling is sinds 1996 verplicht er een te hebben voor elke voorziening. Vandaar dat bijvoorbeeld de ggz twee cliëntenraden heeft: een voor de ambulante zorg en een voor de klinische zorg. Cliëntenraden hebben (vervaard) adviesrecht in zaken die met het beleid van de instelling te maken hebben. De inspraak van cliënten in een cliëntenraad gaat vaak over het beleid van een instelling. Voor de instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg had dat nogal wat voeten in de aarde. Wil men cliënten serieus nemen, dan moeten cliënten de tijd krijgen die ze nodig hebben om tot een beslissing te komen. Maar dit betekent in de praktijk dat drie vergaderingen nodig kunnen zijn om tot een besluit te komen hetgeen frustrerend is voor het management dat snel tot actie wil overgaan. De respondent van de vgz geeft aan dat in dit soort dilemma's naar oplossingen gezocht wordt waardoor cliënten kunnen meespreken over het beleid zonder deze inspraak tot een farce te laten worden. Zo kunnen uit een beleidsplan een aantal heel concrete zaken worden gekozen waarover advies wordt gevraagd aan de cliëntenraad.

Zowel de respondenten van de ggz als de respondent van de vgz noemen de familie, het sociale netwerk van de cliënt, als een actor die bij beslissingen inzake het instellingsbeleid betrokken dient te worden. Binnen de vgz heeft dit vorm gekregen in een verwantenraad op wie de cliënten een beroep kunnen doen als het ze niet lukt ergens een besluit over te nemen. De ggz-instelling had een familieraad, maar daar waren op een gegeven moment geen leden meer voor te vinden. Er is daarom regelmatig overleg met familieorganisaties die landelijk werken.

Tabel C5.4 Vormen van betrokkenheid gebruikers bij organisaties en instellingen en de mate van tevredenheid hierover bij instellingen zelf

	formeel inspraakorgaan	overige vormen	mate van tevredenheid
lokale overheid	1 wijkraden 2 recht van initiatief	1 referendum	?
welzijnsinstelling	afhankelijk van onderdeel welzijnsinstelling: voor kinderdagverblijven bv. oudercommissies	1 75+-onderzoek 2 behoeftepeilingen 3 panelbijeenkomsten 4 ouderenadviseur	goed
ggz	2 cliëntenraden	1 behoefteonderzoek 2 in toekomst gericht afdelingen en woongroepen bezoeken	goed/wisselend
ggz-trajectbegeleiding	2 deelnemersraden	niet genoemd	goed
thuiszorg	cliëntenraad	niet genoemd	goed
MEE	fungeert zelf als belangenbehartigingsorganisatie	–	–
verstandelijk-gehandicaptenzorg	cliëntenraden en verwantenraden op regioniveau, cliëntenraden op voorzieningenniveau (in totaal ca. 40)	niet genoemd	wisselend
corporatie	huurdersorganisatie	niet genoemd	?
PP/CP	fungeert zelf als belangenbehartigingsorganisatie	1 informatie en klachtenbureau 2 georganiseerde achterban 3 cliëntenpanel	goed
Rhijnhuysen	geen	–	–

Bron: SCP (Interviews vermaatschappelijk 2003, 2004) en digitale en papieren informatie over de instellingen

Zoals in tabel C5.4 te zien is, is een aantal organisaties tevreden over de inspraak van cliënten. Twee keer wordt de inspraak als wisselend ervaren. Het kan zijn dat een cliëntenraad soms tijdelijk niet goed functioneert, bijvoorbeeld omdat er onderling ruzie is of cliënten te ziek zijn om werkelijk te participeren. Dit maakt een cliëntenraad vrij kwetsbaar.

Van alle belangenbehartigingsorganisaties in de gemeente Utrecht lijken de belangenbehartigers van ouderen het beste vertegenwoordigd te zijn in overleggen en samenwerkingsverbanden die uit de interviews naar voren kwamen. Een voorbeeld hiervan is de inspraak van belangenbehartigers van ouderen in het beleid van woningcorporaties, bijvoorbeeld met betrekking tot te bouwen woningen of een woonservicezone. Respondenten van de lokale overheid geven expliciet aan dat deze organisaties het duidelijkst een stem laten horen en daardoor de meeste invloed hebben op het beleid.

Belangenbehartigingsorganisaties zijn niet gebonden aan instellingen, maar aan doelgroepen. Zij behartigen de belangen van een hele doelgroep op alle levensterreinen. In Utrecht zijn veel belangenbehartigingsorganisaties actief die zijn georganiseerd in een groter verband. Zo zijn in Utrecht het SOLGU (belangenbehartiger voor (familie/vrienden van) mensen met een beperking of chronische ziekte in de stad Utrecht), de COSBO (Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen), het OZU (platform OuderenZorg Utrecht) en de VGU (Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht) belangrijke gesprekspartners in samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld in Leidsche Rijn, maar ook in bilaterale contacten met bijvoorbeeld de woningcorporatie. Ook het PP/CP, dat zich richt op alle burgers met een zorgvraag, is vaak bij dit soort overleggen betrokken. Het PP/CP is de koepel boven de ouderenbonden in de provincie (SBO), het platform GGZ, het Provinciaal Gehandicaptentplatform Utrecht (PGU) en de Federatie voor Ouderverenigingen. Het PP/CP maakt, naast van grotere samenwerkingsverbanden, ook steeds vaker deel uit van platforms wonen-welzijn-zorg op wijkniveau. Vanuit deze organisatie meent men dat er vaak weinig concrete acties uit deze platforms voortkomen. Wel erkent ze dat een platform een duidelijke ontmoetingsfunctie heeft voor instellingen, en niet zelden vloeien er bilaterale contacten uit de platformoverleggen voort. Op dit moment heroriënteert het PP/CP zich op haar positie in de platforms. Ze wil in de toekomst minder het overlegmodel hanteren en meer confronterend werken. Op deze wijze krijgt het PP/CP een meer toetsende functie en de rol van de 'luis in de pels'.

Er wordt door verschillende respondenten overigens verschillend gedacht over het doelgroepen denken. De gemeente en Stichting Rhijnhuysen zijn voorstander van het loslaten van het doelgroepen denken. Voorzieningen voor ouderen kunnen immers ook geschikt zijn voor mensen met een lichamelijke beperking? En ook mensen zonder beperkingen kunnen daar misschien veel plezier van hebben. Het PP/CP daarentegen vindt het doelgroepenbeleid een voorwaarde om vraaggericht te werken. Zij vindt dat er grote verschillen bestaan in zorgvragen van verschillende doelgroepen. Natuurlijk is een aantal zaken op zorggebied zo basaal dat ze voor iedereen gelden, maar het eigene van iedere doelgroep mag niet uit het oog verloren worden.

Hoe verschillend instellingen ook over doelgroepsegmentatie mogen denken, feit is dat het bestaan en de invloed van belangenbehartigingsorganisaties zoals die nu zijn georganiseerd het doelgroepen denken bevorderen, net als het bestaan van categorale instellingen die zich nog vooral richten op de doelgroep waarop ze van oudsher gericht waren.

C5.5 Aard en betekenis van de informele steunstructuur

Naast zorg van instellingen kunnen mensen met een beperking ook hulp krijgen van vrijwilligers of mantelzorgers. De rol die deze 'informele steunstructuur' speelt in een gemeente, en het beleid dat hierop gericht is, zegt iets over de betrokkenheid van mensen op elkaar en de bereidheid om elkaar te helpen. In deze paragraaf wordt ingegaan op deze rol.

In januari 2003 heeft de gemeente Utrecht een nota vrijwilligerswerkbeleid gepubliceerd met als titel: *Vrijwilligerswerk, kloppend hart van de samenleving*. Het opstellen van vrijwilligersbeleid in Utrecht is sterk gestimuleerd door het door de Verenigde Naties uitroepen van 2001 tot het Jaar van de Vrijwilliger en door de Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk (TSV) die het ministerie van VWS in 2001 in het leven riep. Investeren in het vrijwilligersbeleid past goed bij de twee kerndoelen die het Utrechts gemeentelijk sociaal beleid kent, namelijk bevordering van de maatschappelijke participatie in al zijn aspecten en versterking van de sociale samenhang tussen individuen en groepen. De gemeente wil er alles aan doen om het vrijwilligerswerk te laten voortbestaan en waar mogelijk te versterken. De gemeente Utrecht kiest ervoor vooral ondersteunend en faciliterend op te treden richting organisaties die met vrijwilligers werken. In haar actieprogramma voor het vrijwilligersbeleid noemt de gemeente zes thema's waaronder projectplannen vallen die gericht zijn op het werven, het behouden en het waarderen van vrijwilligers en het faciliteren en financieren van exploitatie (huisvesting en personeel) en uitvoering van het vrijwilligerswerk. Deze thema's zijn: het monitoren, evalueren en waarderen van vrijwilligerswerk; het stimuleren van netwerkvorming tussen organisaties die met vrijwilligers werken; deskundigheidsbevordering van vrijwilligers; het stimuleren van maatschappelijk verantwoord ondernemen; het stimuleren van interculturalisatie binnen het vrijwilligerswerk.

Halverwege de jaren tachtig is in Utrecht, met gemeentelijke subsidie, een vrijwilligerscentrale opgericht ter ondersteuning en coördinatie van het Utrechtse vrijwilligerswerk. Deze centrale heeft onder andere een digitale vacaturebank en verzorgt trajecten in het kader van sociale activering (begeleiding en bemiddeling van uitkeringsgerechtigden die op korte termijn niet bemiddelbaar zijn naar een reguliere baan) en het Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen. Ten slotte is zij mede-initiatiefnemer van het oprichten van de vrijwilligersadviesraad in 2002. Deze raad adviseert de gemeente gevraagd en ongevraagd over het lokaal vrijwilligerswerkbeleid en wil daarnaast netwerkvorming en samenwerking tussen sectoren en organisaties stimuleren.³

Respondenten van de ggz-instelling, de welzijnsinstelling en de instelling voor verstandelijk gehandicapten geven aan dat hun organisaties veel gebruikmaken van de vrijwilligerscentrale. De ggz-instelling begeleidt zowel cliënten naar vrijwilligerswerk van de vrijwilligerscentrale, als schakelt vrijwilligers van deze centrale in om iets te doen met cliënten.

Eén van de vrijwilligersprojecten van de vrijwilligerscentrale is het project 'Anders actief'. Dit is een activiteit in het kader van sociale activering waarbij mensen individueel worden gecoacht om activiteiten te gaan doen of (vrijwilligers)werk. Zowel de welzijnsinstelling als de ggz-instelling maken veel gebruik van dit project.

De drie organisaties die gebruikmaken van de vrijwilligerscentrale hebben daarnaast een eigen vrijwilligersbeleid. De welzijnsorganisatie heeft een vrijwilligersbestand van ongeveer 500 mensen. Deze vrijwilligers zijn voor het grootste deel ouderen. Het werk dat de vrijwilligers doen varieert van het helpen van mensen bij hun administratie tot het voorlezen van kinderen op een peuterspeelzaal. De welzijnsorganisatie probeert mensen in hun eigen wijk vrijwilliger te laten zijn, zodat er binding is

met de wijk. Daarnaast wordt er getracht rekening te houden met de leeftijd van mensen: voor oudere mensen wordt geprobeerd oudere vrijwilligers te werven. De ggz-instelling en de instelling voor verstandelijk gehandicapten hebben allebei een vrijwilligerscoördinator in dienst. Deze mensen zorgen voor het werven van vrijwilligers, het bemiddelen tussen vraag en aanbod en het onderhouden van contacten met verschillende vrijwilligerscentrales.

Er zijn meerdere 'maatjesprojecten' in de gemeente Utrecht. Bij de ggz-instelling vindt men het goed dat er meerdere van dit soort initiatieven naast elkaar bestaan: des te groter is de kans dat de doelgroep bereikt wordt. De ggz-instelling maakt ten slotte gebruik van vrijwilligers van 'het Gilde'. Dit is een organisatie die als oorspronkelijke bedoeling had ouderen de mogelijkheid te bieden om in de vorm van vrijwilligerswerk hun deskundigheid ter beschikking stellen aan belanghebbenden of geïnteresseerden. In de loop der jaren is het Gilde uitgegroeid tot (ook) een 'vrijwilligersbank' waar vraag naar en aanbod van (veelal oudere) vrijwilligers bij elkaar komen.

De instelling voor verstandelijk gehandicapten noemt expliciet de maatschappelijke betrokkenheid die ze van (commerciële) organisaties ervaart. Het komt steeds vaker voor dat een organisatie aanbiedt om met een team medewerkers een dag te komen klussen in een voorziening, bijvoorbeeld om een voorziening te schilderen. Ook nu het economisch minder goed gaat wordt de betrokkenheid van mensen niet minder.

Hoe vrijwilligers invloed kunnen uitoefenen op het beleid van een instelling wordt geïllustreerd door de respondent van het PP/CP. Binnen het PP/CP wordt op verschillende manieren gewerkt met vrijwilligers. Ten eerste werkt een aantal vrijwilligers bij het informatie- en klachtenbureau (IKG) van het PP/CP. Deze vrijwilligers hebben invloed op het PP/CP-beleid door mee te spreken over welke acties er door het PP/CP worden opgestart en hoe die acties er uit gaan zien. Ten tweede zijn er de vrijwilligers in de georganiseerde achterban, die namens het PP/CP deel uit maken van verschillende werkgroepen. Deze vrijwilligers hebben invloed op de standpunten van het PP/CP en de inhoud van het beleid. Tenslotte bestaat het cliëntenpanel van het PP/CP uit vrijwilligers. Een aantal keer per jaar worden de leden van dit panel geraadpleegd over een onderwerp dat verband houdt met de zorg. Op basis van de uitkomsten formuleert het PP/CP een standpunt over dit onderwerp.

Tabel C5.5 Betrokkenheid informele steunstructuur bij beleid en voorzieningen

	doet beroep op vrijwilligers	biedt ondersteuning
lokale overheid	–	x
welzijnsinstelling	x	x
ggz	x	x
thuiszorg	–	–
MEE	nog niet, wel van plan	x
verstandelijk-gehandicaptenzorg	x	x
corporatie	?	?
PP/CP	x	x
Rhijnhuysen	–	–

Bron: SCP (Interviews vermaatschappelijkking 2003, 2004)

Naast vrijwilligers vormen mantelzorgers een belangrijk deel van de informele steunstructuur zoals bedoeld in dit onderzoek. Alle respondenten vinden mantelzorg een belangrijk onderwerp, maar de ontwikkeling van beleid hiervoor staat nog in de kinderschoenen.

De instellingen die het meest actief bezig lijken te zijn met mantelzorg zijn een welzijnsinstelling en MEE. De welzijnsinstelling heeft een steunpunt mantelzorg in haar voorzieningenaanbod dat praktische en psychosociale hulp biedt aan mantelzorgers in Utrecht. Ook worden er lotgenotencontacten georganiseerd door het steunpunt.

MEE kijkt in de ondersteuning die ze biedt altijd naar welke mantelzorg(mogelijkheden) een cliënt heeft en maakt daar zo mogelijk gebruik van.

Binnen de overige organisaties waarvan respondenten geïnterviewd zijn, is er nauwelijks sprake van beleid voor mantelzorgers. Bij de gemeente is men van mening dat er nog veel te weinig voorzieningen zijn waar mantelzorgers af en toe ontlast kunnen worden van hun zware taak (voorzieningen voor respijtzorg).

De instelling voor verstandelijk gehandicapten geeft aan zich in de toekomst meer te willen richten op de kerntaak van de zorgverlening, waardoor meer taken terecht zullen komen bij de mantelzorg (bv.

het wassen van kleren). Eén van de redenen hiervoor is dat voorkomen wordt dat een cliënt zijn netwerk verliest als hij in een instituut wordt geplaatst en niemand eraan denkt dat te onderhouden. Binnen de ggz wordt steeds vaker familie betrokken bij de hulp aan cliënten. Dit gebeurt echter niet zozeer uit het oogpunt van mantelzorg als wel vanuit veranderende ideeën over de behandeling van cliënten.⁴

Op provinciaal niveau werkt het PP/CP Utrecht sinds september 2003 samen met LOT (de vereniging van mantelzorgers en ex-mantelzorgers die zich inzet voor de positieverbetering van alle mantelzorgers in Nederland) aan de oprichting van een Provinciaal Platform Mantelzorg. Dit platform wordt opgericht in het kader van een stimuleringsprogramma van het ministerie van VWS om collectieve belangenbehartiging van mantelzorgers op te zetten in de regio. Het platform is nog niet actief.

C5.6 Rol van de lokale overheid

De respondenten van de gemeente Utrecht vinden dat de gemeente in zaken zoals woonservicezoning de regierol heeft. Ze geeft hier invulling aan door een forum te creëren waar partijen elkaar kunnen ontmoeten. Daarnaast financiert de gemeente bijvoorbeeld wijkbureaus, zodat partijen ook op wijkniveau met elkaar kunnen overleggen. Het is echter expliciet de bedoeling van de gemeente dat partijen zelf met initiatieven komen om met de uitvoering aan de slag te gaan, dat zij zelf projectleiders leveren, enz. In sommige gevallen levert de gemeente een bemiddelaar wanneer partijen wel samen iets willen organiseren op het gebied van wonen, welzijn en zorg, maar over de realisatie daarvan geen overeenstemming kunnen bereiken.

In de redeneerketen in hoofdstuk 2 wordt de lokale overheid beschouwd als één actor die eenduidig regie voert. Door veel respondenten wordt de gemeente Utrecht echter niet als één actor ervaren. In overleggen over bijvoorbeeld woonservicezoning zitten, naast betrokken organisaties, meerdere diensten van de gemeente aan tafel. Ambtenaren van deze diensten hebben soms verschillende ideeën over hoe zaken zouden moeten worden aangepakt, of weten niet van elkaar wat er in andere overleggen is afgesproken. Discussies tussen ambtenaren onderling zijn hiervan het gevolg. De meeste respondenten geven aan dat de lokale overheid geen duidelijke regierol heeft in het vermaatschappelijkingsproces. Een aantal respondenten geeft aan dat de gemeente de kennis en kunde ontbeert om de regierol in deze werkelijk op zich te nemen. In woorden heeft de gemeente weliswaar de regie in projecten wonen, welzijn, zorg, maar in de praktijk heeft ze eigenlijk geen mogelijkheden (middelen, deskundigheid) beleid te implementeren. Het gevolg hiervan is, zoals één van de respondenten zegt, dat het moeilijk is om resultaatafspraken te maken omdat de gemeente niet in staat is processen te begeleiden. In de praktijk wordt er wel een *modus vivendi* gevonden in de omgang met elkaar en in het voeren van de regie, maar dit zijn geen zaken die zwart op wit op papier staan.

Sommige respondenten, bijvoorbeeld van de woningcorporatie, lijken het ontbreken van de regierol van de gemeente niet zo erg te vinden. Zij zijn in hun functioneren redelijk autonoom. Het ontbreken van de regierol van de gemeente kan er volgens sommige respondenten zelfs voor zorgen dat instellingen zelf op zoek gaan naar hoe ze zaken beter kunnen organiseren en ze vinden dat een goede ontwikkeling. De instelling die rechtstreeks afhankelijk is van (subsidies van) de gemeente, namelijk de welzijnsinstelling, heeft er echter wel moeite mee dat de gemeente haar regierol niet waarmaakt. Zij ervaart spanning tussen de gemeente die de regierol wel heeft maar niet voldoende neemt en haar eigen wens om inhoudelijk de regie te voeren. Ook andere respondenten zouden graag zien dat de gemeente de regie voert in lokale projecten, waarbij regie wordt gedefinieerd als: faciliteren, coördineren, bij elkaar brengen van partijen en verbindingen leggen tussen partijen en projecten.

De regierol die de gemeente zich toedicht past goed bij de regierol van de gemeente zoals die door respondenten beschreven wordt, hoewel er verschillende waardeoordelen aan gekoppeld worden. De gemeente ziet zichzelf vooral als de partij die andere partijen bij elkaar roept, waarna instellingen zelf met elkaar aan de slag moeten gaan. De verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke samenwerking ligt daarmee bij de organisaties voor wonen, welzijn en zorg. Het door de gemeente overdragen van de regie in Leidsche Rijn aan het projectbureau Rhijnhuysen, zoals in paragraaf C5.3 naar voren kwam, past goed in dit beeld. Respondenten van de gemeente presenteren de invulling van deze regierol daarmee als een bewuste keus. Andere respondenten schrijven deze invulling van de regierol echter

toe aan te weinig kennis en kunde van de gemeente, aan onvermogen om de regierol op een andere, wellicht meer inhoudelijke, manier in te vullen.

C5.7 Knelpunten en succesfactoren

In deze paragraaf worden eerst de meest genoemde en meest opvallende knelpunten genoemd voor het proces van vermaatschappelijking. De knelpunten zijn ingedeeld in groepen die niet uitsluitend zijn: sommige knelpunten hangen met elkaar samen. De zes groepen knelpunten zijn: knelpunten als gevolg van financiën, knelpunten die invloed hebben op de samenwerking tussen instellingen, knelpunten naar aanleiding van het beleid van de rijksoverheid, knelpunten naar aanleiding van de rol van de lokale overheid, knelpunten die te maken hebben met veranderingen in de doelgroep en het proces van vermaatschappelijking zelf en instellingsinterne knelpunten (zie ook tabel C5.6). Vervolgens komt een aantal succesfactoren aan de orde die maken dat het proces van vermaatschappelijking bevorderd wordt. Deze factoren zijn: 'samenwerking', 'beleid van de rijks- of lokale overheid', 'mentaliteitsverandering' en factoren die te maken hebben met het eigen instellingsbeleid (zie ook tabel C5.7).

Knelpunten

Een knelpunt dat regelmatig genoemd wordt is een tekort aan financiële middelen in het algemeen. Hierdoor is er weinig geld voor bijvoorbeeld welzijnsactiviteiten die specifiek gericht zijn op ggz-cliënten en is bijvoorbeeld maar een klein deel van het budget van het PP/CP structureel. In het kader van het proces van vermaatschappelijking vinden respondenten het verder een groot knelpunt dat er geen geld is om te experimenteren in en met de zorg. Dit stimuleert instellingen niet om actief en creatief met zorgvernieuwingen aan de slag te gaan. Een laatste knelpunt dat met financiën te maken heeft zijn de verschillende financieringsstromen waarmee instellingen te maken hebben en de eisen die de verstrekkers daarvan stellen. Het vereist veel vindingrijkheid van instellingen om hier goed mee om te gaan.

Samenwerken is niet altijd gemakkelijk, zo blijkt uit de interviews. Vaak wordt het ervaren als een knelpunt in het vermaatschappelijkingsproces. Een voorbeeld van de negatieve gevolgen van het gebrek aan samenwerking is het niet of niet tijdig betrekken van welzijnsorganisaties bij plannen over wonen, welzijn en zorg. In het uiterste geval heeft dit als gevolg dat er weliswaar een woonsituatie met zorg gerealiseerd is, maar dat mensen niets te doen hebben. Andere voorbeelden zijn: de onduidelijkheid over de gang van zaken in Leidsche Rijn en slechte communicatie tussen organisaties, het verschillende jargon dat gangbaar is in de fysieke en sociale sector wat kan leiden tot een spraakverwarring, het domeindenken van instellingen en het door instellingen afvaardigen van medewerkers in samenwerkingsprojecten die spreken zonder mandaat van de instelling.

Het beleid van de rijksoverheid met betrekking tot mensen met een beperking en de onzekerheid over dat beleid worden eveneens als knelpunt ervaren. Zo kan het WAO-beleid een drempel opleveren voor instellingen om mensen met een beperking aan te nemen omdat de financiële risico's voor de instellingen groter worden. Respondenten zijn ook ongerust dat mensen steeds afhankelijker worden van mantelzorgers, terwijl het aantal vrijwilligers niet toeneemt. Dit kan ertoe leiden dat mensen die hulp nodig hebben in de kou komen te staan.

Het gegeven dat het beleid met betrekking tot mensen met beperkingen en het vermaatschappelijkingsproces bij de lokale overheid versnipperd is, vormt ook een knelpunt. Daarbij vinden sommige respondenten dat gemeentebambtenaren te weinig kennis van zaken hebben om goed in te springen op alle ontwikkelingen in de zorg. Ook de onduidelijke regelgeving en regie voor Leidsche Rijn is een knelpunt in het proces van vermaatschappelijking.

Naast deze meer organisatorische en bestuurlijke knelpunten zijn er ook knelpunten genoemd die te maken hebben met het proces van vermaatschappelijking in de zorg zelf en de doelgroep van dit proces. Lang niet alle knelpunten zijn aan de doelgroep zelf te wijten, maar ze hebben wel te maken met de perceptie van en het openstaan voor mensen met een beperking.

Allereerst verandert de doelgroep van (welzijns)instellingen door het succesvol verlopen van het proces van vermaatschappelijking. Door dit proces doen steeds meer mensen met zwaardere beperkingen, die voorheen in een instelling zaten, mee in de maatschappij. Vrijwilligers die deze activiteiten begeleiden zijn niet goed toegerust op de verandering van de doelgroep. Hun taken

veranderen bijvoorbeeld van het begeleiden van activiteiten in het verzorgen van mensen. Ze ervaren dit als een verzwaring van hun werk.

Een tweede knelpunt is dat volgens sommige respondenten 'de maatschappij' van mensen met een psychiatrische achtergrond weinig tolereert en niet openstaat voor deze mensen. Van mensen met een verstandelijke beperking wordt daarentegen juist soms onacceptabel gedrag door de vingers gezien of vergoelijkend over dat gedrag gesproken.

Een ander knelpunt dat samenhangt met 'de maatschappij', is het gegeven dat de samenleving veel minder dan vroeger is ingericht op het zorgen voor familieleden en mensen met beperkingen. In veel meer gezinnen dan vroeger hebben beide partners betaald werk, waardoor er minder tijd is mantelzorg te verlenen. Bovendien is het niet vanzelfsprekend meer dat kinderen in de buurt van hun ouders wonen.

Een vierde knelpunt is de aandacht die de lokale overheid heeft voor verschillende doelgroepen. De gemeente Utrecht heeft heel weinig aandacht voor verstandelijk gehandicapten, en geeft ook zelf aan dat de zorg voor deze groep mensen op dit moment blijft liggen. Voor ggz-cliënten bestaan er weinig welzijnsactiviteiten. Ze kunnen daarom vanuit de speciaal voor hun georganiseerde activiteiten niet doorstromen naar reguliere activiteiten, domweg omdat deze er, behalve taallessen, niet zijn.

Het laatste knelpunt dat te maken heeft met het proces van vermaatschappelijking is dat ook het wonen in de maatschappij een keurslijf kan worden. Niet iedereen wil deel uitmaken van de maatschappij en niet iedereen kan dat. Extramuralisering, als middel in het proces van vermaatschappelijking, kan voor veel eenzaamheid zorgen bij betrokkenen, aldus enkele respondenten.

Op instellingsniveau zijn er ook knelpunten die van invloed zijn op het proces van vermaatschappelijking. Enkele voorbeelden zijn: de processen om minder klinisch en meer ambulant te gaan werken sluiten nog niet goed op elkaar aan, de instelling heeft geen goed instrument om de werkelijke vraag van cliënten in kaart te brengen, de instelling is bureaucratisch ingericht waardoor veranderingen tergend langzaam verlopen, er moet een mentaliteitsverandering plaatsvinden in het denken over de doelgroep en zorg.

Tabel C5.6 Knelpunten in het proces van vermaatschappelijking in de zorg

doelgroep	financiën/ experimenteeruimte	samenwerking	beleid rijksoverheid	beleid/regie lokale overheid	knelpunten op instellingsniveau
gemeente (DMO)	x	x	x		
GG&GD		x	x	x	x
welzijnsinstelling		x	x	x	
ggz	x	x	x	x	x
vgz	x	x	x	x	
thuiszorginstelling		x			x
MEE		x	x		x
PP/CP	x		x	x	x
Rhijnhuysen		x		x	
woningcorporatie			x	x	x

Bron: SCP (Interviews vermaatschappelijking 2003, 2004)

Succesfactoren

Veel respondenten noemen makkelijker knelpunten in het vermaatschappelijkingsproces dan succesfactoren. De succesfactoren die genoemd worden zijn in vergelijking met de knelpunten sterk gericht op wat goed gaat in de eigen instelling. De gemeente is bijvoorbeeld tevreden over de 'vangnetten' die ze realiseert voor verslaafden en dak- en thuislozen, waarmee getracht wordt vereenzaming tegen te gaan; de ggz is tevreden over het project Maatschappelijke Steunsystemen waarmee ze werkt en met behulp waarvan mensen zo zelfstandig mogelijk kunnen participeren in de samenleving; de thuiszorginstelling vindt dat het netwerken een sterk punt is van de instelling waardoor ze steeds beter tegemoet kan komen aan de vraag van cliënten, enz.

Breder gezien komen thema's die bij de knelpunten worden genoemd, ook bij de succesfactoren terug. Zo zien sommige respondenten juist kansen voor het vermaatschappelijkingsproces door het rijksbeleid. Eén van de respondenten geeft aan dat door de toegenomen concurrentie de wachtlijsten zijn verdwenen en dat er veel klantgerichter wordt gewerkt dan voorheen. Een ander geeft aan dat door de vernieuwing van de AWBZ-instellingen gedwongen worden om anders te gaan denken en werken, en nieuwe wegen moeten zoeken om zorg mogelijk te maken. Dit zal uiteindelijk ten goede

komen van de klant. Er is ook waardering voor het beleid van de lokale overheid als het gaat om sociaal beleid en beleid voor kwetsbare mensen in de maatschappij. Dak- en thuislozen, verslaafden en mensen met grote schulden hebben duidelijk prioriteit bij gemeente en hier is gericht beleid voor. Daarnaast wordt het wijkgerichte werken van de gemeente gezien als een voorwaarde voor en succesfactor in het slagen van vermaatschappelijking.

Bij de succesfactoren worden verder de samenwerking tussen en mentaliteitsverandering van instellingen genoemd in het proces van vermaatschappelijking. Bestuurders van instellingen op het gebied van wonen, welzijn en zorg weten elkaar te vinden en maken afspraken met elkaar. De basisgedachte dat mensen zo normaal mogelijk in de maatschappij moeten kunnen functioneren wordt volgens veel respondenten breed ondersteund door partijen die te maken hebben met de zorg.

Ten slotte worden steeds meer tijdelijke projecten en experimenten op het gebied van vermaatschappelijking omgezet in structurele projecten, wat als positief voor het proces van vermaatschappelijking wordt ervaren.

Tabel C5.7 Succesfactoren in het proces van vermaatschappelijking in de zorg

	samenwerking	beleid rijks- of lokale overheid	mentaliteitsverandering	instellingsinterne succesfactoren	overig
gemeente		x	x	x	
welzijnsinstelling	x	x	x	x	x
ggz	x			x	
vgz	x			x	
thuiszorginstelling				x	
MEE		x			
PP/CP		x	x	x	
Rhijnhuysen	x		x	x	
woningcorporatie		x		x	x

Bron: SCP (Interviews vermaatschappelijking 2003, 2004)

C5.8 Verwachtingen voor de toekomst

Bij de vraag naar de toekomst van het vermaatschappelijgingsproces benoemden respondenten vaak wensen die ze hebben om dit proces te laten slagen. Zo zouden er meer steunsystemen moeten komen in de wijken voor groepen mensen die tussen wal en schip raken, bijvoorbeeld voor mensen met een psychiatrische achtergrond, en zou er meer geld moeten komen om te experimenteren met samenwerkingsvormen.

Naast wensen worden er ook concrete acties voor de toekomst genoemd. Vaak zijn deze instellingsintern. Vanuit de thuiszorginstelling wordt bijvoorbeeld aangegeven dat de instelling op korte termijn contacten zal leggen met andere zorginstellingen, zoals instellingen voor verstandelijk-gehandicaptenzorg. Deze plannen zijn op het moment van interviewen echter nog niet openbaar. Duidelijk is volgens een aantal respondenten dat vermaatschappelijking iets vraagt van individuen, van burgers, namelijk *community care*. Iedereen heeft een zekere verantwoordelijkheid in de vermaatschappelijking van de zorg, en ook in de toekomst blijft deze verantwoordelijkheid bestaan. De lokale overheid vindt dat hiervoor echter ook een specifieke taak bij de overheid ligt, die beleid moet maken voor kwetsbare mensen in de samenleving. Niet alles mag worden overgelaten aan de mantelzorg. Wel is er twijfel over hoeveel de maatschappij werkelijk bereid is te betalen om alle mensen die dat willen, ook als ze beperkingen hebben, thuis kunnen laten blijven wonen. Vanuit de instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg denkt men na over 'omgekeerde integratie'. Dat betekent dat mensen zonder beperkingen op het instellingsterrein van mensen met een beperking gaan wonen en leven, en op deze wijze 'de maatschappij' als het ware naar mensen met een beperking toebrengen.

De meeste respondenten zijn eensgezind in hun mening dat, hoewel men over het algemeen enthousiast is over het idee dat mensen zoveel mogelijk deel uitmaken van de maatschappij en daarbij van mening zijn dat het proces van extramuralisering moet worden doorgezet, er zeker grenzen zitten aan vermaatschappelijking. Er zijn bijvoorbeeld mensen die zo gevaarlijk zijn voor zichzelf of anderen dat deze volgens zichzelf, hun familie en hun begeleiders in de intramurale zorg zouden moeten blijven. Daarnaast wil misschien niet iedereen deel uitmaken van de maatschappij: mensen moeten ook kunnen kiezen om intramuraal te wonen. Het steeds blijven kijken naar wat

mensen zelf willen is een benadering die men zich steeds meer eigen moeten maken, aldus één van de respondenten.

Eén van de respondenten geeft aan dat er ook in de toekomst vier 'grenzen' zijn in het vermaatschappelijkingsproces. Deze respondent vat daarmee grenzen genoemd door andere respondenten samen. De grenzen in het vermaatschappelijkingsproces liggen in:

de betaalbaarheid van de zorg;

het bestaan van welzijn en diensten rondom mensen;

de aansluiting van regelgeving met betrekking tot zorg op elkaar;

het daadwerkelijk kunnen voeren van de regie over het eigen leven.

Wanneer aan één of meer van deze zaken niet voldaan wordt, is vermaatschappelijking in de zorg volgens deze respondent niet mogelijk. Opvallend is dat slechts één van deze grenzen gaat over mensen met een beperking zelf, namelijk 'het zelf kunnen voeren van de regie over het leven'. De overige drie grenzen werden eerder genoemd als knelpunt in de paragraaf over knelpunten en samenwerking en gaan over regelgeving, financiën en welzijn. Heel duidelijk wordt hierdoor dat het proces van vermaatschappelijking een proces is van voorwaarden scheppen waardoor mensen kunnen participeren in de maatschappij.

Tabel C5.8 Toekomstverwachtingen van het proces van vermaatschappelijking in de zorg

	doorgaan met proces van extramuralisering en voorwaarden scheppen voor vermaatschappelijking	niet iedereen kan of wil deel uitmaken van de maatschappij	wensen voor de toekomst	concrete instellingsinterne acties voor de toekomst	overig
gemeente	x	x	x	x	
GG&GD		x	x		x
ggz	x	x			
welzijnsinstelling			x		
woningcorporatie		x	x		x
thuiszorginstelling	x			x	
MEE	x	x	x	x	x
vgz-instelling		x	x	x	
Rhijnhuysen					x
PP/CP		x	x	x	

N.B. Onder 'overig' valt bijvoorbeeld de vraag of de maatschappij bereid is om zoveel te betalen dat mensen écht thuis kunnen blijven wonen, maar ook de overtuiging dat er een gedwongen mentaliteitsverandering zal plaatsvinden door de omslag van een individualistische naar een sociale maatschappij.

Bron: SCP (Interviews vermaatschappelijking 2003, 2004)

C5.9 Conclusie: vermaatschappelijking in de zorg in Utrecht

Uit de beschrijving van het voorzieningenaanbod voor mensen met beperkingen in Utrecht wordt duidelijk dat de categorale instellingen zich binnen de gemeente (nog) voornamelijk richten op de doelgroep waarop ze zich van oudsher richtten. De twee categorale instellingen uit deze casus, namelijk die voor de vgz en de ggz, werken regionaal en hebben niet direct te maken met de gemeente, hoewel ze in samenwerkingsverbanden zoals Leidsche Rijn en andere projecten wel met elkaar te maken hebben.

Het 'los staan' van de instellingen van de gemeente heeft als gevolg dat de gemeente geen prioriteit geeft aan mensen met een verstandelijke beperking en weinig aan mensen met een psychiatrische stoornis, tenzij deze laatste groep valt onder sociaal kwetsbare mensen zoals de gemeente dat heeft geformuleerd. Aan deze groep mensen besteedt de gemeente veel aandacht in haar beleid, vooral door meer opvangvoorzieningen voor deze groep te creëren. Overigens signaleert men vanuit de ggz-instelling ook dat de gemeente meer dan vroeger lijkt na te denken over (beleid voor) psychiatrische patiënten. Dit komt onder meer tot uiting in de samenwerking rondom Maatschappelijke Steunsystemen en het OGGZ-project.

De algemene instellingen voor thuiszorg, welzijn en MEE komen in aanraking met verschillende groepen mensen met beperkingen. MEE neemt wellicht het meeste initiatief om voor haar nieuwe doelgroepen te benaderen. Dit is inherent aan het veranderingsproces dat ze doormaakt van een deels door de AWBZ gefinancierde instelling voor met name mensen met een verstandelijke beperking naar een algemene onafhankelijke instelling voor alle mensen met beperkingen. De thuiszorg is en blijft zeer gericht op ouderen. Dit wordt benadrukt door het concern dat de

thuiszorginstelling heeft gevormd met een instelling voor ouderenzorg. Wel wordt vanuit de instelling aangegeven dat ze door de vermaatschappelijking in de zorg steeds meer in aanraking komt met mensen met een verstandelijke beperking die in de wijk gaan wonen en zorg nodig hebben. Ook de welzijnsinstelling werkt met verschillende doelgroepen wanneer dit op haar pad komt. Het gaat dan vooral om ouderen en mensen met een psychiatrische achtergrond.

Op gemeentelijk niveau lijken er niet veel multilaterale samenwerkingsverbanden te bestaan, maar de samenwerking in de wijk Leidsche Rijn vormt hierop een uitzondering. Deze nieuwe wijk in oprichting wordt door veel instellingen gezien als dé mogelijkheid om ideeën over vermaatschappelijking vorm te geven. Speciaal hiervoor is een projectbureau opgericht dat opdracht heeft actief die alle zaken rondom wonen, welzijn en zorg in Leidsche Rijn te coördineren. Centraal in de ideeën over de inrichting van deze volledig nieuwe wijk staat het creëren van woon-zorgzones.

In de praktijk blijkt vooral 'wonen' een dikke vinger in de pap te hebben in de ontwikkelingen in Leidsche Rijn, omdat de ideeën over vermaatschappelijking pas vorm kregen toen plannen over de inrichting van Leidsche Rijn, en de verdeling van de grond, al in grote lijnen gereed was.

Op gemeentelijk niveau bestaat er in Utrecht verder weliswaar een stuurgroep 'wonen, welzijn en zorg', maar deze groep speelde op het moment van interviewen geen rol in de gesprekken en lijkt daardoor (nog) weinig zichtbaar te zijn.

Een ander niveau waarop partijen elkaar weten te vinden is op wijkniveau. Twee voorbeelden hiervan zijn de netwerken gericht op ouderen en ouderenproblematiek in de wijk Overvecht waarbij veel – zowel professionele als vrijwilligers – organisaties zijn betrokken. Deze initiatieven passen goed binnen het wijkgericht werken van de gemeente Utrecht. De genoemde samenwerkingsverbanden in Overvecht zijn overigens uniek voor Utrecht. In andere wijken kunnen er andere netwerken bestaan of zijn er helemaal geen samenwerkingsverbanden.

De inspraak van cliënten in categorale instellingen op het beleid van die instellingen is in theorie gericht op het beleid van de instelling, maar lijkt zich feitelijk toe te spitsen op zaken zoals 'bezoektijden', enz. Instellingen doen moeite om op andere manieren wensen van cliënten te peilen, bijvoorbeeld door een behoefteonderzoek of via panelbijeenkomsten.

Belangenbehartigingsorganisaties van verschillende doelgroepen hebben meer structurele invloed op ontwikkelingen in het beleid voor mensen met beperkingen in de gemeente. Zo zijn zij regelmatig gesprekspartner van een woningcorporatie en denken zij mee in samenwerkingsverbanden zoals Leidsche Rijn. Ook het PP/CP, als vertegenwoordiger van alle cliënten, is in deze verbanden een belangrijke partij. Het PP/CP spreekt ook op wijkniveau regelmatig mee over ideeën omtrent wonen, welzijn en zorg.

De vrijwilligers waarvan instellingen gebruikmaken vervullen vaak taken waar de zorginstellingen zelf niet aan toekomen, zoals het doen van individuele activiteiten met cliënten. Veel instellingen hebben een eigen vrijwilligersbestand en vrijwilligersbeleid. Daarnaast bestaat er in de gemeente Utrecht een vrijwilligerscentrale waar verschillende zorg- en welzijnsinstellingen gebruik van maken. Het onderwerp 'mantelzorg' vinden veel instellingen belangrijk, maar er worden nog maar heel weinig activiteiten ontplooid rondom deze zorg. Vanuit een aantal instellingen is er bezorgdheid dat mantelzorgers, wanneer er nóg meer verantwoordelijkheid op hun schouders wordt gelegd, overbelast raken. Men vreest dat op het niveau van de rijksoverheid de invloed van de informele steunstructuur op de samenleving onderschat wordt.

De regierol van de gemeente wordt door vrijwel alle instellingen en organisaties hetzelfde ervaren. Deze rol wordt in grote lijnen omschreven als een rol in het bij elkaar brengen van partijen en het laten rusten van de verantwoordelijkheid (bv. voor samenwerking) bij instellingen. De gemeente presenteert dit als een bewuste keus. Veel respondenten zouden echter willen dat de gemeente meer (inhoudelijke) bemoeienis heeft met lokale samenwerkingsprojecten. Ook zouden ze willen dat het gemeentebestuur over wonen, welzijn en zorg minder versnipperd is en dat er één aanspreekpunt is vanuit de gemeente met een werkelijk mandaat om namens de gemeente te spreken.

De voorwaarden voor het slagen van het proces van vermaatschappelijking lijken ten dele vervuld. Op enkele plekken in de gemeente creëert men een structureel aanbod voor wonen, welzijn en zorg. Daarnaast hebben belangenbehartigers vaak een stem in beleidsontwikkelingen.

Aan een aantal premissen wordt echter niet, of slechts deels voldaan. De lokale overheid speelt nauwelijks een inhoudelijke rol in samenwerkingsprocessen, er is relatief weinig structureel aanbod

van voorzieningen door categorale en algemene instellingen, 'welzijn' wordt regelmatig vergeten als partner in samenwerkingsprojecten en er is nog weinig aandacht voor mantelzorg.

Een deel van deze zaken komt ook bij de bespreking van de knelpunten in het proces van vermaatschappelijking terug. Zo zijn veel respondenten niet tevreden over de regierol van de lokale overheid. Deze wordt als te versnipperd ervaren en met te weinig kennis en kunde uitgevoerd. Een tweede knelpunt is de samenwerking tussen instellingen die te maken hebben met wonen, welzijn en zorg. Eén van de zaken die hierbij genoemd worden is dat 'wonen' en 'zorg' elkaar vaak redelijk goed weten te vinden, maar dat 'welzijn' het ondergeschoven kindje is dat vaak veel te laat bij de samenwerking wordt betrokken. Een belangrijk knelpunt is verder de beperkte financiële ruimte om te experimenteren met zorgvoorzieningen en samenwerking tussen instellingen. Over het algemeen worden er creatieve oplossingen gevonden om hiermee om te gaan, maar het maakt de samenwerking niet gemakkelijker. Ten vierde zijn er grote zorgen over het beleid van de rijksoverheid. Men is bang dat mensen met beperkingen uiteindelijk de dupe zijn van alle beleidsveranderingen die komen gaan.

Bij het noemen van factoren die het proces van vermaatschappelijking bevorderden wordt door vrijwel iedereen voorbeelden uit het eigen instellingsbeleid genoemd. Maar ook het beleid van de overheid en de onderlinge samenwerking, punten die ook als knelpunt werden genoemd, komen hier naar voren. Een aantal keer wordt als succesfactor genoemd dat er een groot draagvlak is voor het idee van vermaatschappelijking.

Hoewel er bij instellingen en organisaties een groot enthousiasme bestaat voor het ideaal van vermaatschappelijking, worden er, ook voor de toekomst, grenzen aangegeven aan de verwezenlijking van dit ideaal. Die grenzen liggen voor een deel bij mensen met beperkingen zelf: sommige mensen zijn bijvoorbeeld zo gevaarlijk of zó afhankelijk van hulp dat ze niet in de maatschappij kunnen wonen. Voor een ander deel zijn het praktische grenzen, zoals de financiering van de zorg, de organisatie van zorg en welzijn, en de regelgeving vanuit de overheid. De genoemde grenzen zijn voorwaarden voor het slagen van het proces van vermaatschappelijking. Andere voorwaarden die genoemd worden om het proces van vermaatschappelijking te laten slagen zijn: het meer gebruikmaken en creëren van vangnetten in de zorg, en het nemen van de verantwoordelijkheid door individuen in de samenleving om *community care* te organiseren.

Bijlage bij C5

De tien beloften van het College in Utrecht:

Via een referendum kunt u uw mening over het stationsgebied geven.
Er komen parkeergarages in en rond het centrum en transferia aan de rand van de stad.
Er komen meer opvangvoorzieningen voor daklozen en verslaafden.
Grote stadsparken krijgen een opknapbeurt.
Utrecht krijgt culturele zondagen en jaarlijks een wereldfeest.
Schoolgebouwen en sportaccommodaties worden opgeknapt.
Er worden alleen huizen gesloopt als er goede alternatieven voor bewoners zijn.
U kunt meepraten over uw eigen wijk.
Er komt meer geld beschikbaar voor bestrijding van armoede.
We nemen meer maatregelen om de veiligheid te vergroten.

Noten

Noten

- 1 De bilaterale contacten die genoemd worden zijn niet allemaal wederkerig. Er kunnen hiervoor verschillende redenen zijn. Zo kan de ene partij meer belang hechten aan samenwerking dan de andere partij, een respondent kan een samenwerkingsrelatie vergeten zijn te noemen, of het kan gaan om een incidenteel contact waar de partnerinstelling alleen structurele contacten noemt.
- 2 Informatie afkomstig uit een interview en uit *MSS-Nieuws* (Nieuwsbrief Maatschappelijk Steunsysteem mei 2003, een uitgave van Altrecht geestelijke-gezondheidszorg, Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht en het Trimbosinstituut.
- 3 Informatie in deze paragraaf over het vrijwilligerswerkbeleid van de gemeente Utrecht komt uit de nota *Vrijwilligerswerk kloppend hart van de samenleving*, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, gemeente Utrecht, januari 2003.
- 4 Lange tijd was het betrekken van familie bij de behandeling volgens de respondenten van de ggz taboe, omdat wonen, behandeling en werk gescheiden moesten zijn. In het belang van het maatschappelijk functioneren van de klant blijkt echter dat de inbreng van familie en vrienden heel waardevol kan zijn in de zorg aan cliënten, bijvoorbeeld bij het zoeken naar een baan.