

# Beschermd Wonen: one step beyond

Martijn Koopmans  
Philippe Delespaul  
Dirk den Hollander  
Artie van Tuijn

## Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Het ontstaan en de ontwikkeling van Beschermd Wonen
3. Ontwikkeling aantal Beschermd Wonen plekken
4. Herstel en Beschermd Wonen, een goede combinatie?
5. Hoe dan wel? Dilemma's voor een fundamenteel andere benadering
6. Onze visie: Ondersteund Wonen
7. Slotwoord

## 1. Inleiding

Nota na nota, beleidsdocument na beleidsdocument formuleren experts van de overheid, kennisinstituten en belangengroepen het toekomstig beleid van de langdurige geestelijke gezondheidszorg. De koers is eenduidig: er moet meer aandacht komen voor ondersteuning in de eigen omgeving (Beschermd Thuis) en het klassieke Beschermd Wonen worden best afgebouwd<sup>1</sup>. De onderliggende redenering is dat psychisch lijden ingrijpend kan zijn, maar zelden onveranderbaar: psychisch lijden wordt bepaald door een onderliggende kwetsbaarheid maar is in haar verloop episodisch.

Maar leiden die eenduidige inzichten nu ook tot het gewenste beleid en praktijk? We constateren dat ondanks consensus over de uitgangspunten, de praktijk vaak ver af staat van de gewenste situatie. Wonen is een mensenrecht. Mensen in staat stellen om te kunnen wonen is een maatschappelijke verantwoordelijkheid. De eigen keuze van het individu, niet de indicatie die de schaarste in de maatschappij managet, zou hierbij uitgangspunt moeten zijn. Dit vraagt om een publieke discussie. In dit artikel bestuderen we het verleden om naar de huidige situatie te kijken. Op basis hiervan schetsen we onze toekomstvisie: one step beyond.

We verkennen diverse aspecten rondom de vraag: biedt Beschermd Wonen een acceptabele vorm van herstel- en ontwikkelingsgerichte ondersteuning voor de mensen die er verblijven? En aansluitend: bieden Beschermende Woonvormen de noodzakelijke voorwaarden om sociale inclusie te bevorderen? Disclaimer: In dit artikel doen we soms onrecht aan de praktijk en de intentie van collega's. Maar we proberen noodzakelijke vragen te stellen en geven een aanzet voor reflectie en discussie. Dit doen we om bij te dragen aan de ontwikkeling van het toekomstig beleid én de praktijk van Beschermd Wonen.

We starten met de geschiedenis van Beschermd Wonen. Wat waren de motieven om Beschermd Wonen te realiseren en wat werd ermee beoogd? Daarna beschrijven we de ontwikkelingen van Beschermd Wonen in cijfers. Wat is bekend en hoe kunnen we

---

<sup>1</sup> Commissie Toekomst Beschermd Wonen (Commissie Dannenberg). Van Beschermd Wonen naar een Beschermd Thuis --. Utrecht: VNG, 2015.

ontwikkelingen duiden? Vervolgens beschrijven we op basis van de literatuur wat we weten over de effecten van Beschermd Wonen. Tot slot gaan we in op dilemma's en schetsen we een visie of denkrichting om beleid en praktijk van Beschermd Wonen te verbeteren.

## 2. Het ontstaan en de ontwikkeling van Beschermd Wonen

Het is goed om bewust te zijn waar we vandaan komen zodat we beter in staat zijn om de toekomst te begrijpen: "reculer pour mieux sauter", zoals onze zuiderburen dat zeggen. De wereld om ons heen verandert voortdurend en veranderingen lijken te versnellen.

De voedingsbodem voor Beschermd Wonen is in de 60'er jaren van de vorige eeuw gelegd in reactie op fundamentele kritiek op de intramurale psychiatrie. Zorg werd voornamelijk verstrekt vanuit het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ). Ambulant werken bestond nauwelijks, en al helemaal niet voor mensen die ernstig psychisch lijden. Kleinschalig wonen vond in het beste geval alleen plaats op het instellingsterrein in de vorm van Beschut Wonen. De Canadese socioloog Irvin Goffman ontwikkelde het begrip 'totale institutie' en beschreef de gevolgen voor de mensen, inmates, die in die instituties verblijven<sup>2</sup>.

De Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen (1979) vormde de start van wat later de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) zou gaan heten<sup>3</sup>. Beschermd Wonen zou het alternatief vormen voor de klassieke verblijfsafdelingen in psychiatrische ziekenhuizen. Er werd veel van Beschermd Wonen verwacht. Men sprak van een revolutie waarbij het medische model werd omgezet in een sociaal model<sup>4</sup>. In 1985 ontstaan de eerste Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW). Vanaf 1989 werd de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verstrekking Beschermd Wonen een feit en daarmee werd Beschermd Wonen structureel gefinancierd als onderdeel van de gezondheidszorg. Door deze AWBZ-erkenning ontstonden in de jaren 90 ongeveer veertig RIBW's. Deze instellingen gingen sterk inhoudelijk gedreven aan de slag met thema's als integratie, methodisch werken, rehabilitatie en herstel, het belang van een zinvolle dagbesteding en nazorg. Het vormde het begin van de maatschappelijk geïntegreerde begeleiding.

Over de jaren heeft Beschermd Wonen een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van de GGz. Zo heeft de scheiding van wonen en behandelen het mogelijk gemaakt om meer aandacht te besteden aan de ontwikkeling van andere levensdomeinen. De aandacht schoof weg van het psychiatrisch ziektebeeld, ook wanneer symptomen nog niet onder controle waren. Nu is 'herstel' het nieuwe paradigma en Beschermd Wonen heeft in belangrijke mate bijgedragen aan deze ontwikkeling. Doordat het reduceren van symptomen niet meer voorop stond, ging het in de praktijk vaker over de kwaliteit van leven en de wensen en behoeften die hiermee gepaard gaan.

Maar niets blijft onveranderd: panta rhei (oud Grieks voor alles stroomt). De ideeën over het nut en de functie van Beschermd Wonen is door de jaren heen bijgesteld en Beschermd Wonen heeft een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Desondanks werden beloftes niet waargemaakt: het werken aan autonomie stagneerde en de eenzaamheid van bewoners van Beschermd Wonen bleef groot. Het oorspronkelijke 'Beschermd Wonen-concept' waarbij mensen veelal in (diagnose-homogene), groepen werden gehuisvest, verdwijnt meer en meer. Hiervoor zijn een aantal redenen: de woningen waren te weinig op de buitenwereld

---

<sup>2</sup> I. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, 1961

<sup>3</sup> Artie van Tuijn, *De RIBW alliantie is nu Valente*, 2020

<sup>4</sup> Dirk den Hollander, *Welzijn of gezond zijn*, 1986

gericht; bewoners integreerden maar in beperkte mate in de maatschappij; en het beleid was te vaak gericht op status-quo. De groepsvorm bood onvoldoende mogelijkheden om aan individuele hersteltrajecten te werken.

De RIBW's hebben een belangrijke rol gespeeld in de doorontwikkeling van de GGz. Belangrijk was de scheiding van wonen en behandelen. Begrippen die als uitgangspunt genoemd werden, zijn 'normalisatie' en 'integratie'. Dit denken heeft bijgedragen tot het 'gewoon' wonen in de wijk, waarbij dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen, koken en samen TV kijken en ontspannen, het ritme bepalen. Bewoners nemen zoveel mogelijk deel aan het maatschappelijk verkeer en hebben bezigheden buitenshuis al dan niet in dagactiviteiten centra.

Het actuele paradigma is 'herstel' en hierbij verwachten we andere zaken. Een belangrijke vraag is of het mogelijk is om echt te participeren wanneer je woont met mensen die je niet zelf gekozen hebt en die allen psychische klachten hebben. De marginalisering zit in het concept en resulteert in belemmerende stigma's. RIBW's onderkennen dit en zijn niet stil blijven staan. Ze profileren zich meer en meer tot herstel ondersteunende omgevingen.

Het aantal RIBW-plaatsen blijft sterk groeien met meer differentiatie in het zorgaanbod. Zo ontstonden vormen van ambulante begeleiding, in eerste instantie als nazorg. Bewoners die zelfstandig gingen wonen kregen nog een tijd begeleiding aan huis van de RIBW-medewerkers. Later werd deze begeleiding in toenemende mate ingezet als een alternatief voor Beschermd Wonen.

Vanaf 2010 bieden RIBW's opvang aan een substantieel bredere doelgroep. Denk daarbij aan mensen met autisme, verslaving, Korsakov, een forensische achtergrond enzovoort. Vanuit een kritische zelfreflectie worden de thema's als sociale inclusie en participatie, uitgangspunt en doel. Van het werken 'in' de wijk naar het werken 'met' de wijk en 'iedereen doet mee'.

In 2015 is de financiering van Beschermd Wonen overgeheveld van de AWBZ naar de WMO en is de uitvoering onder verantwoordelijkheid van de centrumgemeenten gekomen. Gemeenten kiezen voor een nieuwe stap in de ontwikkeling van Beschermd Wonen met een grote nadruk op sociale inclusie. Vanaf 2021 is de Wet Langdurige Zorg ook toegankelijk voor mensen met psychische klachten. De gedachte hierachter was dat mensen met blijvende beperkingen niet meer periodiek hoeven te verantwoorden waarom zij nog ondersteuning nodig hebben. Hierdoor heeft de kwetsbare doelgroep meer zekerheid op blijvende ondersteuning.

### **3. De ontwikkeling van het aantal Beschermd Wonen plekken**

Vooruitlopend op de decentralisatie van de AWBZ naar de Wmo heeft de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) de commissie Toekomst Beschermd Wonen (de commissie Dannenberg) ingesteld voor advies over de toekomst van Beschermd Wonen. Het rapport "Van Beschermd Wonen naar Beschermd Thuis" uit 2015 werd in Nederland breed geaccepteerd. De VNG en VWS onderschreven het rapport, net als de toenmalige RIBW Alliantie. Het belangrijkste advies uit het rapport gaat over de afbouw van Beschermd Wonen plekken en het realiseren van Beschermd Thuis plekken; een verdere ambulantisering. Er werd gewezen op het belang van samenwerking tussen gemeenten om te kunnen voldoen aan de randvoorwaarden, zoals de beschikbaarheid van gespecialiseerde begeleiding en passende en betaalbare woonruimte. Daarbij werd de kanttekening geplaatst dat er voor een

beperkte groep, al dan niet tijdelijk, behoefte zal blijven bestaan aan eigentijdse vormen van Beschermd Wonen.

De verwachting was dat in de jaren na het verschijnen van het rapport, het aantal BW plaatsen in Nederland zou dalen. Maar, gebeurde dat ook echt?

#### *Monitor Ambulantisering*

De Monitor Ambulantisering van het Trimbos Instituut publiceert jaarlijks de ontwikkeling van het aantal klinische (waaronder beschermd wonen) en ambulante voorzieningen. In de monitor van 2020<sup>5</sup>, gepubliceerd in 2021, is onderstaande tabel met een schatting van het aantal plaatsen Beschermd Wonen in Nederland opgenomen.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
17.600	17.300	17.200	16.700	16.450	16.470	16.900	17.200

Na een oorspronkelijke daling vanaf 2012, zien we na 2017 weer een stijging van het aantal Beschermd Wonen plekken. Het is goed om hierbij nog op te merken dat deze monitor van het Trimbos Instituut informatie verzamelde door een uitvraag bij grotere instellingen. Kleinere instellingen, ontstaan bij de decentralisatie naar de WMO, zijn hierin ondervertegenwoordigd.

#### *Aantal aanvragen WLZ*

Sinds 2021 is zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheid ook op basis van de Wet Langdurende Zorg (WLZ) toegankelijk. Het aantal aanvragen voor een WLZ-indicatie voor GGZ wonen is vele malen hoger dan gewenst op basis van het Rapport Dannenberg en verwacht door epidemiologen en gezondheidseconomen. Het bureau HHM schatte voor Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)<sup>6</sup> de verwachte instroom in Beschermd Wonen met een WLZ profiel GGZ tussen 11.750 en 16.250. De raming van VWS was 9.250<sup>7</sup>. In de praktijk was het aantal aanvragen voor de WLZ GGZ op 1 maart 2022 in totaal 23.415 mensen<sup>8,9</sup>.

Het is onduidelijk of de afbouw van klinische bedden verantwoordelijk is voor de toegenomen behoefte aan Beschermd Wonen plekken in de WLZ. Maar de extra vraag overtreft de gerealiseerde afbouw. Het is ook duidelijk dat er grote regionale verschillen zichtbaar zijn in het aantal aanmeldingen voor de WLZ. Volgens de NZA<sup>8</sup> kan beleid van gemeenten rondom "ambulantisering en wijkgericht werken" hierin een rol spelen. Ook kan het zijn dat deze verschillen worden veroorzaakt door de aanwezigheid voor grote instellingen.

#### *Rapportages Cliënten Beschermd Wonen*

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft over de jaren 2019<sup>10</sup>, 2020<sup>11</sup> en 2021<sup>12</sup> rapporten gepubliceerd over het aantal Beschermd Wonen cliënten per centrumgemeente. Deze bestaan alleen uit cliënten met WMO financiering.

<sup>5</sup> Trimbos Instituut, Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, 2020

<sup>6</sup> Bureau HHM, GGZ cliënten in de WLZ, 2017

<sup>7</sup> Ministerie VWS, Memorie van toelichting GGZ naar de WLZ, 2020.

<sup>8</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, Informatiekaart GGZ Wonen in de WLZ per 2021 – eerste inzichten in de instroom, 2021

<sup>9</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, Monitor Zorggebruik GGZ-Wonen cliënten in de WLZ, 2022

<sup>10</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek, Cliënten Beschermd Wonen 2019, 2020

<sup>11</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek, Cliënten Beschermd Wonen 2020, 2021

<sup>12</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek, Cliënten Beschermd Wonen 2021, 2022

	2019	2020	2021
Gemiddeld aantal BW cliënten per 1000 inwoners	2,1	2,2	1,7
Totaal aantal BW cliënten	37.465	37.950	27.660 <sup>13</sup>

In 2020 verbleven er dus meer cliënten in Beschermd Wonen dan in 2019. In 2021 is er een flinke afname waarneembaar, deze kan verklaard worden door de openstelling van de WLZ voor mensen met psychische klachten. Maar de som van WLZ en WMO-indicaties wijzen niet op substitutie, maar op een uitgesproken groei.

Verder zijn er ook grote verschillen tussen centrumgemeenten waarneembaar. Uit onderstaande tabel blijkt dat in 2019 de centrumgemeente met het grootste aantal Beschermd Wonen cliënten per 1000 inwoners (Apeldoorn) 5 keer zoveel Beschermd Wonen cliënten heeft dan de centrumgemeente met het kleinste aantal BW cliënten per 1000 inwoners (Tilburg).

	2019	2020	2021
Kleinste aantal BW cliënten per 1000 inwoners in een centrumgemeente	0,6	0,7	0,2
Grootste aantal BW cliënten per 1000 inwoners in een centrumgemeente	3,6	3,8	2,8

De verwachting na het publiceren van het rapport van de Commissie Dannenberg was dat het aantal Beschermd Wonen plaatsen zou dalen. Echter, dat gebeurde niet. Het actuele aantal Beschermd Wonen cliënten in 2021 zal vanwege de hoge instroom van cliënten in de WLZ uitkomen boven de 50.000. Er is een grote variatie tussen centrumgemeenten, hetgeen wijst op beleidsverschillen. Hoe kunnen we dit begrijpen?

## 5. Herstel en Beschermd Wonen, een goede combinatie?

Er bestaan veel definities van herstel. De meest gebruikte is van William Anthony: Herstel is een intens, persoonlijk en uniek proces van verandering van je attitudes, waarden, gevoelens, doelen, /of rollen. Het is een manier om een bevredigend, hoopvol en betekenisvol leven te leiden, met of zonder de beperkingen die veroorzaakt worden door een aandoening. Herstel ontwikkelt nieuwe betekenissen en doelen in je leven, terwijl je over de catastrofale effecten van de psychiatrische aandoening heen groeit<sup>14</sup>. De definitie van Anthony is later verbreed tot allerlei ontwrichtende levenservaringen, niet enkel aandoeningen. Het heeft nu ook betrekking op dakloos worden, een geliefde verliezen, je baan verliezen, leven met een verslaving, etc.

Herstelprocessen verschillen dus van persoon tot persoon, maar zijn wel in te delen in een aantal fasen<sup>15</sup>:

- Overweldigd worden door de aandoening: De cliënt is verward en ontredderd vanwege de overweldigende symptomen. Hij is vooral bezig met mentaal en lichamelijk overleven.

<sup>13</sup> 2021 cijfers beperkt tot de WMO indicaties, terwijl de WLZ al operationeel was.

<sup>14</sup> Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial rehabilitation Journal, 16(4): 11-23

<sup>15</sup> Gagne, C., Rehabilitatie: een weg tot herstel. Voordracht studiedag 'rehabilitatie en herstel'. Groningen: lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool, 14 juni 2004

Deze fase wordt gekenmerkt door hopeloosheid, machteloosheid en gevoelens van isolement.

- **Worstelen met de aandoening:** De cliënt stelt zich de vraag hoe hij met de aandoening kan leven. Hij ontwikkelt manieren om actief met de symptomen om te gaan en zichzelf te hervinden. Hij moet zijn vertrouwen zien te herstellen en adequate reacties op de aandoening aanleren. Hij heeft nog steeds de angst om opnieuw overspoeld te worden door de aandoening.
- **Leven met de aandoening:** De cliënt ervaart minder angst, omdat het vertrouwen groeit dat met de aandoening valt te leven. De cliënt ontwikkelt een nieuw 'zelf' en leert zijn beperkingen en sterke kanten kennen. Hij herstelt de verbondenheid met naastbetrokkenen, pakt oude rollen op en probeert nieuwe uit. Hij voelt nog steeds beperkingen, maar kent manieren om er mee om te gaan.
- **Leven voorbij de aandoening:** De aandoening raakt meer op de achtergrond. De cliënt voelt zich verbonden met anderen en kan weer gewenste rollen vervullen. Er is ruimte voor ontwikkeling van talenten en mogelijkheden op diverse terreinen. Ook is er ruimte voor nieuwe betekenissen en doelen in het leven.

Patricia Deegan beschrijft herstel als een reis van het hart<sup>16</sup>, waarbij herstel een levenslange reis is waarbij de weg belangrijker is als het doel. De weg naar herstel is een kronkelige weg. Goede hulpverlening betekent niet dat we zo snel mogelijk van A (=ziek) naar B (=genezen) gaan, maar dat we het pad naar herstel volgen, omdat we onderweg willen leren hoe we weerbaarder kunnen worden. Het leven is een pad, de reis (niet de bestemming) is haar doel. Gezond worden of herstellen is een proces dat over dit kronkelig pad gaat. Goede hulpverlening is versnellingen realiseren op de weg naar herstel, niet de reis vermijden, maar wel toezien dat de kwetsbaarheid onderweg niet toeneemt. Dit proces is nooit af – er is geen eindpunt aan herstel omdat het gaat om het proces van betekenisgeving in het leven zelf. Niemand kan voorspellen welke uitdagingen het leven biedt. En niemand kan voorspellen welk voorspoed kan voorkomen. Ondanks een verleden van lijden kan een mens op elk moment voldoende weerbaarheid hebben opgebouwd om gezond oud te worden. Hoop is een cruciaal begrip voor herstel.

We hebben geen woordenboek om met elkaar over het hobbelig herstel pad te praten. John Strauss<sup>17</sup> heeft in zijn longitudinale onderzoek naar het verloop bij schizofrenie vastgesteld dat herstel een hobbelig pad is, maar op langere termijn vaak nog mogelijk is. Er is nooit sprake van een lineair proces. Later heeft hij zijn bevindingen nog verder veralgemeend: elk ontwikkelingsproces kent, net als een herstelproces, de vorm van bergbeklimmen met ups en downs en tijdelijke plateaus. Hij gebruikt hierbij termen als woodshedding, turning points en moratorium.

Op enig moment in een herstelproces kan ieder mens het gevoel hebben machteloos te staan en kan de overtuiging groeien dat de situatie uitzichtloos is. Reeds decennia bekende wetenschappelijke inzichten van bijvoorbeeld Manfred Bleuler<sup>18</sup> en Luc Ciompi<sup>19</sup> en getuigenissen uit de herstelbeweging maken duidelijk dat ook op die momenten, een

---

<sup>16</sup> Deegan, Patricia. Herstel als een reis van het hart, in: Integraal, mei 1996

<sup>17</sup> Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding CM. The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 289–96.

<sup>18</sup> Bleuler, Manfred. *The Schizophrenic Disorders : Long-Term Patient and Family Studies*, Yale University Press, 1978.

<sup>19</sup> Ciompi, Luc, and Christian Müller. *Lebensweg Und Alter Der Schizophrenen : Eine Katamnestiche Langzeitstudie Bis Ins Senium, Mit 27 Fallbeispielen*. Monographien Aus Dem Gesamtgebiete Der Psychiatrie, vol. 12. Berlin ; New York: Springer-Verlag, 1976.

hoopvolle toekomst blijft bestaan en herstel steeds mogelijk is, soms na lange tijd. Elke redenering die de uitzichtloosheid op een bepaald moment, projecteert naar de toekomst is onjuist. Begrippen als 'uitbehandeld', 'alles is geprobeerd', 'meer zit er niet in' zijn fundamenteel onjuist en verergeren vaak de wanhoop waardoor ze zelf-voorspellend worden. Bovenal: ze stigmatiseren. Communiceren over 'uitzichtloosheid' is herstel ondermijnend. Dit getuigen veel herstelde cliënten: 'ik ben jaren van mijn leven verloren. Dit had nooit mogen gebeuren.'

Wat weten we van de effecten van Beschermd Wonen? Draagt Beschermd Wonen bij aan herstel? Uit onderzoek blijkt dat:

- Beschermd Wonen bijdraagt aan de stabiliteit van het wonen en vermindering van dakloosheid, SEH bezoek en klinische opnames<sup>20</sup>. Beschermd wonen lijkt geschikt voor mensen die behoefte hebben aan stabiliteit om een eigen identiteit op te bouwen en te werken aan een leven dat zij zinvol vinden<sup>21</sup>.
- Er zijn vier elementen die bijdragen aan institutionalisering<sup>22</sup>:
  - zorg in een gebouw van de zorgaanbieder;
  - beleid en regelgeving;
  - professionele verantwoordelijkheid en paternalisme;
  - aanpassing door cliënten.

Als we deze elementen spiegelen aan Beschermd Wonen, zijn al deze elementen zichtbaar. Dat wordt bijvoorbeeld duidelijk in de gebruikte woorden "beschermd" en "toezicht", die voortkomen uit beleid en regelgeving en in ernstige mate bijdragen aan institutionalisering. Doordat cliënten wonen bij een zorgaanbieder, zullen huisregels en beleid van de zorgaanbieder voor alle cliënten gelden en hebben bij geen andere keuze dan zich hieraan aan te passen.

- Mensen die zelfstandig wonen en daarbij ondersteuning krijgen, participeren sociaal-maatschappelijk beter dan mensen in een Beschermende Woonvorm<sup>23</sup>. Dit kan zijn omdat mensen in begeleid wonen er relatief beter aan toe zijn dan in Beschermd Wonen. Maar zelfstandig wonen kan op zich ook bijdragen aan autonomie en normalisering<sup>24</sup>. Mensen die op zichzelf leven, kunnen zelf bepalen hoe ze leven en zijn hiervoor ook verantwoordelijk. Ook houden ze meer contact met buurtbewoners, familie en vrienden.
- Kunnen kiezen is belangrijk<sup>25</sup>. Cliënten verkiezen een zelfstandige woning<sup>26</sup>. Maar mensen komen in Beschermd Wonen terecht door keuzes van hulpverleners en naasten die intensieve zorg of "bescherming" nodig achten. Soms is het een opportunistische keuze omdat een reguliere huurwoning een lange wachttijd heeft.

---

<sup>20</sup> Rog e.a., Permanent Supportive Housing, 2014

<sup>21</sup> Watson e.a., A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing, 2018

<sup>22</sup> Chow & Priebe, Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review, 2013

<sup>23</sup> de Heer – Wunderink, Succesful Community Living, 2012

<sup>24</sup> Piat e.a., Choice and personal recovery for people with serious mental illness living in supported housing, 2019

<sup>25</sup> Richter, Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review, 2017

<sup>26</sup> Richter & Hoffman, Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis, 2017

- Om zelfstandig wonen en uitstroom uit Beschermd Wonen te stimuleren is focus op mensenrechten en herstelgerichte ondersteuning nodig<sup>27</sup>. Uitdagingen zijn: tegemoet komen aan complexe hulpvragen, focus op herstel en betaalbare huisvesting<sup>28</sup>.
- Praktische vaardigheidstrainingen<sup>29</sup> en training van zelfregulatie<sup>30</sup> dragen bij aan herstel.

We kunnen concluderen dat een verblijf in Beschermd Wonen beperkt bijdraagt aan herstel. Het kan mensen met psychische klachten stabiliteit bieden, maar draagt vaak onvoldoende bij aan ontwikkelgerichte doelen. Aansluitend op de theorie van de fasen van herstel<sup>31</sup> heeft Beschermd Wonen een functie wanneer mensen "overweldigd worden" of "worstelen met" de aandoening. Maar in andere fasen zoals "leren leven met..." en "leven voorbij..." de aandoening kan Beschermd Wonen minder bijdragen. Eigenlijk kan Beschermd Wonen de voorwaarden creëren waar een herstel proces mogelijk wordt, maar is het minder geschikt voor het proces van herstel zelf. Spijtig genoeg wordt hierop in de praktijk niet geïndiceerd.

## 6. Dilemma's rondom een fundamenteel andere benadering

Er zijn geen zekerheden in het leven. Psychische kwetsbaarheid kunnen we niet oplossen door simpelweg stroomdiagrammen te volgen die ons naar 'het juiste antwoord' leiden. Maar het is heel goed mogelijk om oplossingen te vinden die kunnen bijdragen aan het verminderen van het lijden en de ontwikkeling van een zinvol leven voor mensen. Om dit te optimaliseren moeten we ons bezinnen over een aantal 'dilemma's'. Dilemma's zijn gewoon lastige vraagstukken met meerdere keuzemogelijkheden. De 'juiste' oplossing bestaat niet; vaak zijn meer oplossingen mogelijk. Over een dilemma moet je het hebben. Steeds opnieuw. We maken keuzes naar beste vermogen op basis van de beschikbare feiten, onze ervaring en onze intuïtie. De dialoog die we rond dilemma's voeren, vormt de basis van de ervaring en kennis die we over jaren opbouwen om tot een blijvende ontwikkeling te komen.

Op hoofdlijnen zien we een zevental dilemma's:

1. Zelfstandig Wonen of institutioneel wonen?
2. Hulp vanuit maatschappelijke- of GGz steunsystemen?
3. Standaardisering of radicaal maatwerk?
4. Cliënt en zijn naastbetrokkenen in regie of de hulpverlener?
5. Ervaringsdeskundigheid als etalageartikel of breed beschikbaar winkelartikel?
6. Teamsamenwerking of individuele speelruimte?
7. Beschermd Wonen doorontwikkelen of opnieuw beginnen?

### *Dilemma 1: Zelfstandig wonen of institutioneel wonen*

Wat is passende zorg bij psychisch lijden? En welke rol hebben naast de cliënt zelf en diens naasten, de gemeente en hulpverleners als indicatiestellers? Waarom wordt gekozen voor zelfstandig wonen of voor wonen in een instelling? De commissie Dannenberg beschreef in haar visie een inclusieve samenleving waarin mensen met psychische klachten wonen in een eigen woning in de wijk en daar als nodig (intensieve) ondersteuning ontvangen. Beschermd

<sup>27</sup> Kilaspy e.a., Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: national cohort study, 2020

<sup>28</sup> Farkas & Coe, From Residential Care to Supportive Housing for People With Psychiatric Disabilities: Past, Present, and Future, 2019

<sup>29</sup> Roeg e.a., Recovery in Supported Accommodations: A Scoping Review and Synthesis of Interventions for People with Severe Mental Illness, 2020

<sup>30</sup> Van der Stel, Functioneel herstel en zelfregulatie: opgave voor cliënten én psychiater, 2015

<sup>31</sup> Gagne, C., Rehabilitatie: een weg tot herstel. Voordracht studiedag 'rehabilitatie en herstel'. Groningen: lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool, 14 juni 2004



Wonen is noodzakelijk voor een kleine groep mensen, soms blijvend<sup>32</sup>. Vanuit inhoudelijke overwegingen is zelfstandig wonen het doel. Maar in de praktijk is er veel werk te doen. Beschermd Wonen lijkt logisch na een klinisch verblijf, maar is dat ook zo?. Een klinische opname is een pakketoplossing waardoor onduidelijk is of iemand echt zorgbehoeften heeft op het terrein waarvoor zorg geleverd wordt (in het Engels heet dit 'overmet need'). Het uitproberen, zoals bij zelfstandig wonen, lijkt dan te risicovol. De (tussen)stap van Beschermd Wonen, is dan de veilige oplossing. Door verschillen in inschatting ontstaat een grote praktijkvariatie. Deze overwegingen spelen eveneens mee bij de aanmeldingen van cliënten die vanuit een ambulante situatie verwezen worden.

Andere factoren spelen eveneens een rol bij verwijzing naar Beschermd Wonen. Door krapte op de reguliere woningmarkt, biedt Beschermd Wonen cliënten en familie een woonplek die ze anders niet kunnen vinden. De aanwezige zorg biedt een extra gevoel aan veiligheid.

#### *Dilemma 2: Hulp vanuit maatschappelijke of GGz steunsystemen?*

Een inclusieve maatschappij, waarin iedereen ondanks ziekte of handicap gelijkwaardig kan meedoen in de gemeenschap, is een droom van velen. Wanneer dit niet vanzelfsprekend is, is steun mogelijk vanuit de maatschappelijke zorg en de GGz infrastructuur. Nog altijd staat Nederland in de top 10 van landen met de meeste psychiatrische bedden en BW plaatsen. Hierdoor leven meer mensen in Nederland in een GGz gestuurde werkelijkheid of silo. Dit is niet altijd bevorderlijk voor hun herstel.

Het doel is een inclusieve samenleving, waar kwetsbare mensen volwaardig onderdeel van uitmaken. Hierover bestaat weinig discussie. Echter, deze inclusieve maatschappij realiseren, is ingewikkeld. Het gaat niet alleen om voorzieningen en georganiseerde steun maar vooral over hoe we als samenleving omgaan met mensen die psychisch lijden of anders zijn. Het gaat over compassie en verdraagzaamheid. Over de mogelijkheid dat mensen die psychisch lijden ook lid kunnen worden van de lokale tennisvereniging en kansen krijgen op een goede opleiding en goede baan. De vooroordelen over psychisch lijden zullen niet uit de maatschappij verdwijnen wanneer "gekken" in de GGz silo blijven. Onbekend maakt immers onbemind. Welke oplossingen kunnen wijkbewoners bedenken om mensen met kwetsbaarheid te includeren en herstel in hun gemeenschap te bevorderen? En welke rol heeft de GGz hierin?

#### *Dilemma 3: Standaardisering of radicaal maatwerk?*

Herstel is een uniek proces. Een uniek proces van een uniek mens, in een unieke persoonlijke situatie, met unieke kwetsbaarheden en unieke dromen. Maar is de hulp en de organisatie daarvan ook zo uniek? Vraag gestuurd werken is verankerd in de wmo. Als een inwoner een persoonlijk plan heeft opgesteld, zou dat het uitgangspunt voor de zorg moeten zijn. De praktijk is helaas weerbarstiger. Om overzicht en efficiëntie te bevorderen kunnen ambtenaren vaak alleen kiezen uit pakketten van gecontracteerd aanbod. Veruit de meeste hulpverleners in Beschermd Wonen werken in organisaties met methodieken, protocollen en kwaliteitsbeleid dat gericht is op voorspelbaarheid en standaardisering. Vaak zijn er teamafspraken over het omgangsvormen met cliënten. Radicaal maatwerk kan op gespannen voet staan met (kwaliteits)beleid en de teamdynamiek van organisaties. De cliënt centraal stellen is dan makkelijker gezegd dan gedaan. Vraaggericht werken vraagt om ook dingen te doen die niet in protocollen staan, en buiten je expertise vallen. De vraag is of binnen de systeemwereld de vraag van cliënten leidend kan worden gemaakt.

#### *Dilemma 4: Cliënt en zijn naastbetrokkenen in de regie of de hulpverlener?*

---

32 Commissie Toekomst Beschermd Wonen, Van Beschermd Wonen naar een Beschermd Thuis, 2015.

De vraag wie de regie heeft in een behandel- of begeleidingsproces is cruciaal. Veel mensen zullen roepen: "natuurlijk de cliënt". Maar de praktijk is vaak anders. Niet alleen uit praktische overwegingen (het is lastig om cliënten en naastbetrokkenen mede regie te laten voeren). En moeten we het wel willen? In een gezin bepalen mensen zelf hoe ze met elkaars kwetsbaarheid en herstel omgaan. Soms kiezen zij ervoor om hulp te zoeken, soms lossen ze problemen zelf op. Maar wanneer ze hulp vragen in de systeemwereld, betekent dit meestal dat ze de regie moeten loslaten. Terwijl betrokkenen de cliënt kennen als uniek mens, en vanuit de gedeelde geschiedenis creatieve oplossingen bij kunnen dragen aan het herstelproces. Voorwaarde is dat hulpverleners leren vertrouwen om de regie los te laten, of op zijn minst te delen. En hun rol vooral te gaan zien als een ondersteunende rol voor mensen die zich engageren. Hierbij is het van belang te beseffen dat regie ook meerdere dimensies omvat. De client is gewoon de baas over zijn eigen leven en doelen. Professionals hebben vanuit hun verantwoordelijkheid om goede zorg te organiseren ook regie te voeren over bijvoorbeeld de coördinatie van zorg. De vraag is misschien niet wie regie voert, maar wie waarover regie voert. En de vraag is of persoonlijke doelen van de client leidend zijn en zorgdoelen hierop aansluiten.

*Dilemma 5: Heeft ervaringsdeskundigheid een centrale functie of een additionele functie?*  
Ervaringskennis wordt als derde kennisbron, naast wetenschappelijke kennis en praktijkkennis, geaccepteerd. Maar ook hier verschillen praktijken aanzienlijk. Er valt nog veel te leren over de inzet van ervaringsdeskundigen. Zijn zij een onderdeel van een multidisciplinair team? Of hebben zij een aparte positie waarin zij trainingen zoals 'herstellen doe je zelf' organiseren? Of, zijn zij in het gehele traject van de cliënt diegene die dat unieke herstelproces begeleiden en zorgen dat dit herstelproces ruimte krijgt en kan gedijen in Beschermd Wonen? En zouden ervaringsdeskundigen als leefwerelddeskundigen een rol moeten spelen in de dialoog om te komen tot goede indicatiestellingen? Ook zijn er goede ervaringen met de inzet van ervaringsdeskundigen in wijken, als schakel tussen inwoners, welzijn en zorg<sup>33</sup>. Kortom, als we goede begeleiding definiëren, is ervaringsdeskundigheid dan onderdeel daarvan of niet.

*Dilemma 6 Organisatiebeleid of individueel beleid?*

Unieke mensen, unieke processen. We hebben dit al besproken. Maar wat vraagt dit van teams die cliënten ondersteunen? Richtten we ons vooral op een goede teamsamenwerking waarbij iedereen zich (strikt) aan de afspraken houdt? Of gaan we ervan uit dat 'elke situatie anders is' en dat individuele teamleden keuzes moeten (kunnen) maken? In de hulpverlening wordt erg veel waarde gehecht aan een goede teamsamenwerking. En terecht. Uit registratie van (bijna) incidenten blijkt dat communicatie binnen een team moet verbeteren om fouten te vermijden. Maar: de behoefte aan een goede teamsamenwerking kan ook doorschieten. Zeker wanneer zij vertaald wordt in het ideaal dat alle teamleden op dezelfde wijze met een situatie omgaan. En een mogelijk pleidooi voor meer speelruimte voor individuele hulpverleners is geen pleidooi om het teamwork te ondermijnen. Zij sluit aan bij een vaak gehoord geluid: goed opgeleide hulpverleners zijn prima in staat om invulling te geven aan hun eigen werk zonder zich op allerlei manieren en via allerlei papiertjes te verantwoorden. Dit vraagt om wijsheid. Een wijsheid die gebaseerd is op de overtuiging dat er niet één uitgangspunt is dat altijd geldt. Een wijsheid die ons ertoe brengt om steeds opnieuw onze keuzes en overtuigingen tegen het licht te houden, er kritisch naar te kijken en afwijkende standpunten toe te juichen. Het dilemma zit hem erin dat dit primair om vertrouwen in medewerkers, collega's en organisaties vraagt.

---

<sup>33</sup> T. Beckers e.a., Personal recovery oriented community mental healthcare: qualitative evaluation of a developmental project, BMJ Open, 2020

*Dilemma 7: Voortborduren op het bestaande of radicaal anders.*

Onze beschrijving van dilemma's roept op zich weer een nieuw dilemma op. We beschreven de ontwikkeling van Beschermd Wonen en lieten zien hoe belangrijk dit geweest is voor de psychiatrie. We moeten ons afvragen hoe effectief een strategie is die het bestaande steeds verder aanpast. Sinds de 70-er jaren proberen we de gezondheidszorg te 'ontschotten'. En we zijn maar druk met de zorg te ontregelen. Maar in de praktijk lijken er alleen maar schotten bij te komen en staat het ontregelen van zorg kilometers af van de leefwereld van mensen. Daarom de vraag of we het niet radicaal anders moeten aanpakken?

Radicaal anders betekent de zorg opnieuw uittekenen en met een schone lei, 'from scratch', te beginnen. Wouter Hart laat in zijn boek 'Verdraaide organisaties'<sup>34</sup> zien wat een radicaal andere aanpak kan betekenen. Bij een radicaal andere aanpak moeten we ons steeds eerst afvragen: waar gaat het ons eigenlijk om? Waarom zijn we hiermee begonnen? Wat wilden we bereiken?

## **7. Onze visie: 'Ondersteund wonen'**

Wij houden van duidelijke en eenvoudige visies. Over dingen die volgens ons belangrijk zijn. Het mag duidelijk zijn dat we een radicaal andere koers voorstaan. We spreken dan ook niet meer van Beschermd Wonen. In onze visie spreken we over Ondersteund Wonen.

We stellen een paar uitgangspunten centraal; Op de eerste plaats het Verdrag voor de Rechten van mensen met een handicap (UNCRPD). Hierin staat is het fundamentele recht op een eigen woning; een eigen thuis als basis voor een gelukkig leven. Op de tweede plaats autonomie en keuzevrijheid. Zelf kunnen kiezen waar, met wie en hoe je wilt wonen. Op de derde plaats een inclusieve samenleving, waar mensen die psychisch lijden onvoorwaardelijk geaccepteerd worden en zichzelf kunnen zijn. Dit is de kern, daar borduren we op voort. In een aantal punten beschrijven we onze visie op Ondersteund Wonen.

### *Zelfstandig wonen in de wijk*

Het recht op huisvesting is een universeel mensenrecht. De overheid heeft de grondwettelijke plicht om te zorgen voor huisvesting. Gemeenten hebben een uitvoerende verantwoordelijkheid om mensen evenwaardig te laten participeren en hierbij rekening te houden met de persoonlijke situatie van mensen. En dus is de huidige praktijk van schaarste en afhankelijkheid onacceptabel. De overheid heeft een verantwoordelijkheid naar haar inwoners, niet naar instellingen, en moet dus woonruimte beschikbaar stellen aan bewoners. Gemeente moeten zorgaanbieders contracteren om flexibele en intensieve ondersteuning aansluitend bij de wisselende zorgbehoeften van mensen in de thuissituatie van burgers mogelijk te maken.

Woonvormen waar intensieve ondersteuning aanwezig is zullen nog steeds nodig zijn, maar in aantal beperkt en kortdurend (bij crisis). Er moeten daarom meer respijthuizen met een tijdelijke asielfunctie komen.

Mensen kunnen er zelf voor kiezen om in een woongemeenschap te leven. Maar de keuze is aan hen, niet aan de zorgorganisatie. Waar het om gaat is dat er ruimte is om zelf te kiezen waar je woont en met wie je woont. En als je met anderen samenwoont, je zelf kunt bepalen hoe je woont.

### *Recht op eindige professionele steun*

De WLZ regelt in Nederland voor de rest van het leven 24 uren zorg voor mensen met psychische klachten<sup>35</sup>. Gezien het episodisch verloop van psychische klachten en het gegeven dat herstel altijd mogelijk is, ook op langere termijn, is dit ongerijmd en onnodig

---

<sup>34</sup> W. Hart, Verdraaide Organisatie; terug naar de bedoeling, 2012

<sup>35</sup> Ministerie van VWS, Wat is WLZ-zorg?, 2022

herstel ondermijnend. Herstel wordt beter mogelijk als mensen de kans krijgen om zonder hulpverlening hun leven te leiden. En dit kan best gebeuren vanuit de reguliere maatschappelijke ondersteuning van mensen, hetgeen bij de gemeenten belegd is. Gemeenten kunnen deze taak prima vormgeven in samenhang met andere Wmo taken, welzijnstaken en participatietaken. Een focus op ontwikkeling en herstel is in lijn met tijdelijke ondersteuning en voorkomt onnodig afhankelijkheid. Tevens voorkomt dit perverse financiële prikkels en dubbele bureaucratie. Concreet bepleiten wij dus dat de toegang tot WLZ zorg voor mensen met psychische klachten stopt.

### *Open dialoog*

Radicaal maatwerk, dat recht doet aan de UNCRPD en de WMO, dat voorziet in individuele noden en dat voorziet in verschillende keuzemogelijkheden, kan alleen ontstaan in een dialogisch proces. In dit afwegingsproces kan de cliënt samen met zelfgekozen mensen, die voor hem belangrijk zijn of kunnen worden, bij elkaar komen om oplossingen te vinden voor zijn situatie en wens voor herstel. De groep kan gevormd worden door familie, naastbetrokkenen of behandelaars, maar ook bijvoorbeeld burens, de sportcoach of wijkagent: kortom iedereen die door de cliënt zelf als belangrijk wordt gezien. Een open dialoog is geen eenmalig intake- of keukentafelgesprek dat leidt naar een indicatie of standaardoplossing, maar een proces dat net zoals herstel herhaald wordt over de tijd. In samenspraak wordt duidelijk welke nood er gelenigd moet worden. Verschillende maatschappelijke resources kunnen worden verkend: wijkbewoners, bewonersinitiatieven, respijthuizen, recovery learning communities, living musea, wijkvoorzieningen en professionals. De geselecteerde oplossingen zijn niet statisch maar evolueren dynamisch met de zorgbehoeften van de cliënt. Steeds staat de eigen regie voorop. Hoe de cliënt woont, leeft en aan doelen werkt, bepaalt hij in beginsel zelf. Welke steun hij daarbij gebruikt, ligt ook bij hem. Omdat herstel en persoonlijke ontwikkeling unieke processen zijn, is het in de open dialoog kunnen kiezen uit een rijk scala mogelijkheden, een kernvoorwaarde. Dit vraagt een brede variatie aan woningen en flexibele ondersteuning afgestemd op individuele behoeften en wensen. Dit is naar ons idee hoe de Wmo bedoeld is. Gemeenten zouden het voortouw moeten nemen om dialogisch werken in de praktijk in te bedden. Er zijn verschillende werkvormen, zoals Eigen Kracht Centrales, Open Dialogue, resource groepen, JIM (jeugdzorg) en Person Driven Planning, als methodieken beschikbaar. Een groot voordeel van dialogisch werken is dat iedereen die kan bijdragen aan het herstel van de cliënt, ook echt betrokken wordt. Dit geeft vertrouwen in de samenwerking en voorkomt dat mensen zich in de steek gelaten voelen. Dit voorkomt ook de focus op afvinklijsten en bureaucratische controlesystemen.

### *Inclusief*

Het normale leven buitenshuis biedt legio mogelijkheden: betaald werk, vrijwilligerswerk, wijkactiviteiten, kerkbezoek en geloofsbeleving, verenigingsleven, sporten, ontspanning in de natuur,... Het zijn allemaal onderdelen van de publieke infrastructuur en moeten evenwaardig ontsloten worden voor iedereen, met of zonder handicap of kwetsbaarheid. Binnen de silo van de ggz bestaan soortgelijke voorzieningen zoals inlopen, dagactiviteiten en werkprojecten. Zij beloven een lagere drempel voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, maar zijn in de praktijk vaak fuiken waarin mensen vast blijven zitten en soms kansen op herstel verliezen. Met zulke voorzieningen binnen de ggz silo, komt de inclusieve maatschappij niet van de grond. Dat vraagt van gemeenten, welzijn en zorgaanbieders visie en beleid. Er is aandacht nodig voor toegankelijkheid van voorzieningen voor alle mensen, ook als zij zich anders of vreemd gedragen. Er is aandacht nodig voor destigmatisering. Onbekend maakt onbemind. Dus als mensen elkaar in eenzelfde wereld ontmoeten zullen angsten, vooroordelen en drempels verminderen. In het gewone leven zullen burgers ook andere rollen vervullen dan de rol van cliënt. Dit zal het herstelproces ten

goede komen. Gemeenten, verenigingen, werkgevers, welzijnsorganisaties en zorgaanbieders zouden samen moeten werken om een gefaseerde overgang van voorzieningen naar het publieke veld te realiseren. De ontwikkeling van inclusieve wijken vraagt wat van de samenleving als geheel. Hierin zijn primair de wijkbewoners aan zet. Gemeenten en welzijnsorganisaties kunnen dit proces faciliteren. De zorg dient hierbij present te zijn, maar voert niet de regie.

### *Nieuwe taal*

Er is dringend behoefte aan andere taal voor beleidsmakers en hulpverleners. Want fundamentele verandering heeft taal en woordgebruik nodig die daarbij past. Via taal geven mensen vorm aan relatie en activiteiten. Taal kan herstel dichterbij brengen maar eveneens belemmeren. De taal van de dagelijkse zorgpraktijk wordt sterk beïnvloed door de huidige systeemwereld die herstelprocessen belemmeren. De taal van radicaal andere zorg doet recht aan de bedoeling van zorg en sluit aan bij de leefwereld van mensen. Zo is de term 'Beschermd Wonen' ongelukkig want wanneer bescherming het belangrijkste doel zou zijn, ontstaat er geen klimaat dat gericht is op groei en ontwikkeling. Ook de term toezicht is hopeloos verouderd. Onze voorkeur gaat naar de term nabijheid, die met name uitgaat van presente hulpverlening. Wij spreken niet meer van Beschermd Wonen maar van Ondersteund Wonen.

### *Ervaringsdeskundigheid*

De actieve rol van ervaringsdeskundigen is essentieel. Zij hebben een persoonlijke kijk op psychisch lijden, begrijpen de leefwereld en zijn experts in de levenskunst. Zij verbinden het verleden en de toekomst, helpen cliënten dromen en bieden steun aan cliënten zodat zij kunnen werken aan herstel. Wij pleiten voor diverse ervaringsdeskundigen op allerlei plekken in het sociaal domein, vanaf het eerste contact met degene die aan zijn herstel wil werken of zich daarop wil oriënteren. Met en zonder opleiding, in de zorg en buiten de zorg, als activist, ambassadeur en hulpverlener. Maar bovenal als makelaar van hoop, perspectief, kansen en steun. De succesvolle implementatie en integratie in organisaties vraagt om meer dan het toevoegen van ervaringsdeskundigen aan de etalage. Dit vraagt geëngageerde keuzes van gemeenten en zorgaanbieders.

### *Ondersteuning*

Herstellen doe je samen. Persoonlijk herstelprocessen zijn een samenspel van de cliënt, zijn naastbetrokkenen en unieke netwerk en zo nodig professionele ondersteuning. Een begeleider is op de eerste plaats een mens met eigen levenservaring. De persoonlijke relatie van de cliënt met zijn begeleider zijn minstens even belangrijk dan gehanteerde methodieken, behandeling of therapieën. Een nabije professionele relatie is bepalend voor het welbevinden en de herstelbevordering van de cliënt. Deze relatie vraagt ruimte om persoonlijke, professionele ondersteuning te bieden en wordt niet gediend door beleid om strikte en onpersoonlijke protocollen, richtlijnen en teamafspraken op te volgen. Dat betekent ook dat er ruimte is om fouten te mogen maken en om samen te reflecteren en daar vervolgens lering uit te trekken. Unieke relaties zijn per definitie persoonlijk met als basis nabijheid, een vertrouwensband en wederzijds respect.

### *Verantwoording*

Verantwoording afleggen over de besteding van maatschappelijke gelden is belangrijk. Maar, die verantwoording dient wel aan te sluiten bij de bedoeling van de dienstverlening zodat de echte waarde in beeld wordt gebracht. Ouderwetse, nietszeggende en tijdrovende rapportages over kritische prestatie indicatoren en kwaliteits- en controlesystemen zijn niet meer van deze tijd. Kwalitatieve informatie, verhalen van cliënten over hun leven, dromen en ervaringen met hulp zeggen meer over de besteding van maatschappelijke gelden dan

kwantitatieve informatie. Narratieve evaluaties dus. Narratieve evaluaties kunnen op individueel niveau dienen als graadmeter voor het herstelproces van de client zelf. Op geaggregeerd niveau kunnen zij inzicht geven in de kracht van sociale netwerken, de kracht van wijken, de betrokkenheid van diverse organisaties, wat bijdraagt aan herstel en wat er nog verbeterd of ontwikkeld dient te worden.

Om macro-ontwikkelingen te volgen is het verstandig dat het aantal Ondersteund Wonen cliënten betrouwbaar gemonitord wordt, zowel van de Wmo en WLZ (voor zolang nodig), zowel zelfstandig wonend en institutioneel wonend.

### *Veranderaanpak*

Voor deze ontwikkeling 'one step beyond' moeten we terug naar de bedoeling. In de ideale wereld drukken we op een knop en herstarten we met de ondersteuning van herstel in wijken, of dat nou in een zelfstandige woning of bij een zorginstelling is. Geen proces van wikken en wegen, analyses en planning maar direct aan de slag met een coalition of the doing. Praktijk maken doe je immers met de voeten in de modder. De opgave is wat er nodig is, niet wat er beschikbaar is. En wat er niet is moet gecreëerd worden. Radicaal maatwerk vraagt om het vermogen om creatief over de (eigen) mogelijkheden heen te kijken. Uiteindelijk zijn de resources rijk en kunnen partners die een pallet aan ondersteuning bieden variëren van de naastbetrokkenen, wijkbewoners, woningbouwcorporaties, werkgevers, hulpverleningsorganisaties, wijkverenigingen en sportclubs. Het lijkt een radicale benadering maar is uiteindelijk ook gewoon evidence based, aansluitend bij de succesvolle aanpak van Housing First en IPS.

Samenvattend, de kern van onze visie bestaat een aantal kernelementen

- We gaan eerst en vooral uit van mensenrechten. Het recht op huisvesting en het recht om te kiezen hoe je woont en met wie je woont is niet negotieerbaar.
- De opgave is wat er nodig is, niet wat er beschikbaar is. Wat er niet is moet gecreëerd worden.
- Ruimte en vertrouwen ontstaat pas door persoonlijke samenwerking.
- Cliënten en naasten worden niet in de steek gelaten, maar kunnen rekenen op onvoorwaardelijke steun.

## **Slotwoord**

Aan dit artikel liggen lange discussies ten grondslag. Wij weten immers ook niet alles, hebben de waarheid niet in pacht. Met dit artikel willen we discussie op gang brengen, want discussie is nodig. We zijn ervan overtuigd dat een scherpere focus op herstel tot meer herstel zal leiden. We richten ons in eerste instantie op cliënten, families en betrokkenen. De weg naar meer herstel is slechts mogelijk wanneer de zorg het vertrouwen weet te herstellen dat ze hen niet in de steek zullen laten. Laat ons weten wat jullie hiervoor nodig hebben. We richten ons ook tot de cliëntvertegenwoordiging, hulpverleners en landelijke en lokale beleidsmakers. Discussieer mee! Daar moeten we ons allen hard voor maken.

"Nota na nota, beleidsdocument na beleidsdocument", zo begonnen we dit artikel. De grote vraag is natuurlijk of dit artikel op dezelfde stapel terecht komt. Naar onze bescheiden mening is het haalbaar om op korte termijn een aantal grote stappen te zetten. Als dit artikel net zo positief ontvangen wordt als het rapport van de Commissie Dannenberg kunnen we vlot aan de slag, toch? Wij zijn positief gestemd.