

T.a.v. de Anti-Alliantie Coalitie

Aan:

Roelof de Boer, voorzitter van de ASD Leeuwarden; en de overige leden van de ASD.

Adriaan Jansen, voorzitter Raad van Bestuur GGZ Friesland; Sjoerd Tolsma, directeur-bestuurder Amaryllis; en hun college-bestuurders en -directeuren van Zorggroep Noorderbreedte, Thuiszorg Het Friese Land, Kwadrantgroep, Randomzorg, Innzorg en Zorggroep Alliade.

Hans den Hertog, lid initiatiefgroep Vrijwilligers Organisatie Leeuwarden; en de overige leden van de initiatiefgroep.

Onderwerp: Uw weerstand tegen de Wmo-Alliantie roepen vragen op.

Datum: 7 januari 2019.

Plaats: Leeuwarden.

Geachte heer, mevrouw,

Met interesse volg en bestudeer ik hoe de Adviesraad Sociaal Domein Leeuwarden (ASD), een achttal zorgaanbieders en de Vrijwilligers Organisatie Leeuwarden (V-O-L) in mijn gemeente Leeuwarden zich keren tegen de Wmo-Alliantie.

Hierbij mis ik bij de verschillende partijen het perspectief van inwoners met kwetsbaarheden, oftewel van de mensen die Wmo-ondersteuning nodig hebben. En dan mis ik vooral het perspectief vanuit mensen met een psychische kwetsbaarheid. Ikzelf ben inwoner van Leeuwarden en heb zo'n kwetsbaarheid.

Als ervaringsdeskundige zie ik eigenlijk alleen maar kansen in een Alliantie. Vandaar dat ik een aantal vragen richt aan de voorzitter van de ASD, aan twee zorgaanbieders (Adriaan Jansen van GGZ-Friesland en Sjoerd Tolsma van Amaryllis) en aan Hans den Hertog, een van de leden van de initiatiefgroep van V-O-L.

Op de volgende pagina's van deze brief volgen deze vragen.

Ik wijs erop dat uw zienswijzes en beslissingen *mij* aangaan. En veel andere mensen met kwetsbaarheden in Leeuwarden. Ik zie niet goed hoe *mijn* vraag en behoefte (of die van

andere inwoners met kwetsbaarheden in mijn gemeente) door u meegenomen wordt in uw zienswijzes en beslissingen.

In de cc-lijn treft u een aantal raadsleden van de gemeente Leeuwarden aan, de griffie van Leeuwarden (om deze vragen mee te nemen als bijlage voor de volgende bijeenkomst van de raad hierover), de wethouder Van Gelder en secretaris-generaal Erik Gerritsen van VWS.

In afwachting van uw antwoord, verblijf ik,

Met vriendelijke groet,

Chris Jongema,

Ervaringsdeskundige en inwoner van Leeuwarden.

Vragen voor de ASD Leeuwarden

Geachte heer De Boer,

Ik heb twee vragen. De eerste vraag gaat over uw ongevraagde advies aan het college, de twee over uw raad.

Vraag 1

Uw adviesraad schreef op 26 november 2018 een ongevraagd advies voor het college van Leeuwarden.¹ Hierin spreekt u van 'belanghebbenden' die u gesproken heeft. Deze contacten betreffen partijen, begrijp ik, 'in de nulde, eerst- en tweedelij'. Mijn eerste vraag aan u is: wie heeft u voor het uitbrengen van uw ongevraagde advies nu precies gesproken?

Ikzelf zit in de Participatiewet en ik ken meerdere mensen die een bijstandsuitkering hebben. Ook ken ik mensen die ondersteuning vanuit de Wmo ontvangen. Maar ik ken niemand die 's nachts wakker ligt van de vraag of de gemeente wel bestuurlijk gaat aanbesteden.

Ik zie niet direct hoe hier het cliëntperspectief precies verwoord wordt. Er leven toch hele andere zorgen en vragen onder de mensen zelf?

Vraag 2

Mijn tweede vraag gaat over de samenstelling van de Adviesraad Sociaal Domein van Leeuwarden. Volgens de Wmo en Jeugdwet moeten cliënten of vertegenwoordigers van cliënten in de raad zitten. Volgens de Participatiewet ook, alleen worden cliënten hier omschreven als mensen die het college 'ondersteunt in arbeidstoeleiding'.²

Deze mensen tref ik echter niet aan onder de leden van uw adviesraad. De een is maatschappelijk werker. Een ander manager en coach in de hulpverlening. Er is iemand die zoon is van een dementerende moeder. En iemand werkt in de ict en is vader van twee kinderen.³ Maar niemand is cliënt(-vertegenwoordiger) van het sociaal domein.

Maar dit is nog niet alles.

Het college van b en w in Leeuwarden lijkt het een en ander hier met opzet te doen. Volgens de Beleidsregels voor de ASD moeten de leden van de raad een 'zo evenwichtig mogelijke afspiegeling van de Leeuwarder samenleving' vormen.⁴ In de gemeentelijke

1 Ongevraagd advies van ASD Leeuwarden, brief aan college, dd 26 nov 2018. Bron: leeuwarden.notubiz.nl.

2 Artikel 47 van de Participatiewet, artikel 2.10 van de Jeugdwet en artikel 2.1.3 lid 3 van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Bron: wetten.nl.

3 Profielen leden ASD staan op website asdleeuwarden.nl.

4 Artikel 4, lid 2 van Beleidsregels Adviesraad voor het Sociaal Domein Gemeente Leeuwarden. Bron: asdleeuwarden.nl.

verordening staat dat de ASD de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van *alle* inwoners moet bevorderen. Met kwetsbare individuen en groepen houdt de ASD nog slechts rekening, volgens deze tekst.⁵

Mijn tweede vraag is dan ook: waarom houdt de gemeente Leeuwarden zich hier niet aan landelijke wetgeving? En wat vinden u en uw adviesraad hiervan?

In het recente verleden was er in Leeuwarden namelijk wel gewoon sprake van cliëntparticipatie. Ik ken Wmo-cliënten die destijds gewoon in Wmo-raden zaten. Deze Wmo-raden waren voorgangers van de huidige Adviesraad Sociaal Domein.

5 Artikel 2, lid 2 van Verordening Adviesraad voor het Sociaal Domein Gemeente Leeuwarden. Bron: asdleeuwarden.nl.

Vragen voor GGZ Friesland, mede-ondertekenaar anti-Alliantie coalitie

Geachte heer Jansen,

Als inwoner met een psychische kwetsbaarheid (en ervaringsdeskundige) in Leeuwarden zou ik u, voorzitter van de RvB van GGZ Friesland, graag twee vragen willen stellen. De eerste gaat over specialistische dagbesteding. De tweede gaat over de herstelvisie van uw organisatie, GGZ Friesland.

Vraag 1

Hoe komt uw organisatie erbij om de dagbesteding en andere vormen van activering bij MindUp als 'specialistisch' te omschrijven?⁶ Anna Jongstra (MindUp/GGZ Friesland) gebruikte op 12 dec 2018 tegen de gemeenteraad van Leeuwarden het begrip 'ernstige psychiatrische aandoening' en sprak van een 'expertise in de psychiatrie'.

Het is volgens mij onjuist om de dagbesteding en andere vormen van activering van MindUp als 'specialistisch' te omschrijven. Binnen de context van de ggz is 'specialisme' namelijk iets anders.

In een overzichtsartikel uit 2013 muntte Philippe Delespaul en een consensusgroep het begrip ernstige psychische aandoening (EPA). Deze EPA moest, zo lees ik in dit artikel, omschreven en gedefinieerd worden om de financiering van FACT-teams te rechtvaardigen.⁷

Deze FACT-teams (die overigens mislukt zijn⁸) zijn multidisciplinaire teams. Zij worden gerekend tot de Specialistische GGZ. Verder kent de ggz in Nederland een Huisartsenzorg en POH-GGZ en een Basis GGZ. Deze laatste kent vier varianten, waaronder een variant intensief en chronisch. De huisarts/poh-ggz is niet specialistisch, maar werkt generalistisch.⁹ Ook gebruikt laatstgenoemde bij mijn weten geen dsm-gerelateerde diagnoses meer (en is daardoor normaliserend).

Nu werkt MindUp niet met psychiaters en gz-psychologen in multi-disciplinaire teams, zoals de FACT-teams doen. Bij mijn weten werken er sociaal werkers. Deze mensen worden vandaag de dag opgeleid tot generalist. Ze verschillen qua opleiding niet van de sociaal werkers van bijvoorbeeld Amaryllis.

6 Bijlage brief marktverkenning alliantie Leeuwarden, 17 dec 2018. Ondertekend door Ingemarit van der Wal, directeur MindUp. Bron:

7 Ph. Delespaul, en de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland (overzichtartikel). Tijdschrift voor psychiatrie 55, p 417-438.

8 Er kwam veel kritiek vanuit de herstelbeweging omdat ervaringsdeskundigen in deze teams gemarginaliseerd werden. In een persoonlijk gesprek met mij, in 2017, zei Delespaul dat hem verweten werd dat de psychiatrie de wijk zou overnemen. Jaarlijkse monitors over de ambulantisering van de ggz die bij het Trimbos Instituut verschenen, lieten zich negatief over de FACT-teams uit. Ze zouden bijvoorbeeld niet outreachend werken.

9 Zie bijvoorbeeld www.zorgwijzer.nl.

Ook valt de doelgroep van MindUp volgens mij niet (louter) onder de specialistische ggz.

De transformatie heeft als doel het afschalen van de specialistische ggz. Dat vraagt volgens mij – redenerend vanuit deze theoretische modellen – juist een activering die generalistisch en normaliserend zou moeten zijn. Dit sluit immers beter aan bij in ieder geval de poh-ggz. En volgens mij wordt de Basis-GGZ ook vaak generalistisch genoemd.

Vandaar mijn vraag. Is de communicatie van GGZ Friesland in deze niet enigszins misleidend? Of op zijn minst verwarrend? En baseert u zich hierbij misschien op de publicatie Over de brug uit 2014¹⁰?

Vraag 2

Welke herstelvisie gebruikt GGZ Friesland? Ikzelf herken mijn eigen herstel van een psychische kwetsbaarheid namelijk niet terug in de tekst die Ingemarit van der Wal aan de gemeente Leeuwarden richt.

In de periode 2009 tot november 2015 deed ik vrijwilligerswerk bij het vroegere AanZet, Stichting voor zelfsturende teams (niet te verwarren met het huidige Stichting AanZet, dat niet meer met zelfsturing werkt).

Tegelijk met mijn vrijwilligerswerk werkte ik aan mijn herstel van een psychische kwetsbaarheid. Ik bouwde een informeel steunsysteem op. Ik werkte veel met peer support, zowel binnen AanZet als daarbuiten. In de twee periodes waarin ik instabiel was, werd ik door familie opgevangen.

Gedurende mijn jaren bij AanZet kwam ik in aanraking met de individualistische rehabilitatiebenadering van William A. Anthony¹¹. Ik herkende en herken veel in deze benadering.

Ik ken eigenlijk geen ervaringsdeskundige die zich niet in zijn gedachtegoed herkend.

En dat is niet gek. Anthony stelt namelijk de herstelverhalen van de mensen zelf centraal. Deze verhalen, of beter: ervaringen, vormen de leidraad van zijn individualistische rehabilitatiebenadering. Zijn publicatie van 1993 wordt zo vaak aangehaald zodra het over herstel gaat, dat hij onderhand als klassiek beschouwd mag worden.

10 Over de brug, Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning (september 2014) is een publicatie onder auspiciën van Kenniscentrum Phrenos. In de projectgroep van 20 mensen tel ik één ervaringsdeskundige. In de geraadpleegde expertgroep zit niet één ervaringsdeskundige. Deze publicatie drukte de herstelbeweging helemaal weg en kwam met een herstelconcept dat de huidige ggz- en verslavingssector in tact moest laten. Herstel werd in dimensies opgedeeld (symptomatisch herstel, maatschappelijk herstel, persoonlijk herstel en soms ook klinisch en functioneel herstel). Deze opdeling verdeelde herstel over de sector zonder deze sector te transformeren, waarbij ‘persoonlijke herstel’ als kruimeltje naar ‘herstelacademies’ met hun ervaringsdeskundige inzet werd gegoooid. Later noemde minister Edith Schippers het ggz-dossier een buikpijn-dossier in een interview met de Leeuwarder Courant.

11 William A. Anthony (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), p 11-23.

In deze publicatie maakt Anthony o.a. acht aannames over herstel. Zijn eerste aanname is dat herstel zonder professionele interventie kan plaatsvinden. 'Professionals do not hold the key to recovery; consumers do', schrijft hij. Anthony verwijst hierbij naar het informele steunsysteem van de 'consumer' (consumer's natural support system) en naar zelfhulpgroepen, familie en vrienden.

Kortom, het belang van professionele ondersteuning moet niet overschat worden wanneer iemand met een psychische kwetsbaarheid werkt aan herstel. Anthony gaat nog een stap verder. Organisaties en professionals zouden juist moeten leren van informele steunsystemen¹².

Deze ervaring van mij en veel andere ervaringsdeskundigen correspondeert niet met hoe Ingemarit van der Wal van MindUp herstelgericht werken beschrijft. Zij schetst een beeld waarin mensen met psychische kwetsbaarheden wel heel erg afhankelijk zijn (en blijven?) van professionele ondersteuning. Eigen kracht en wederkerigheid ontbreken.

Herstel van een psychische kwetsbaarheid volgt geen rechte, opgaande lijn. In jargon: herstel is a-lineair. Dit wordt onder aanname zes door Anthony mooi verwoord. "Intense feelings may overwhelm one unexpectedly. Periods of insight or growth happen unexpectedly. The recovery process feels anything but systematic and planned."

Maar MindUp spreekt hier van uitval.

Verder ken ik niemand die zijn eigen herstel van een psychische kwetsbaarheid ziet als het oefenen "in vaardigheden op het gebied van o.a. sociale contacten, dagstructuur en arbeid". Ook is mij geen wetenschappelijk literatuur bekend die dit onder herstel verstaat.

En zo kan ik wel doorgaan.

Vandaar ook mijn vraag: waar komt de herstelvisie van GGZ Friesland nu precies vandaan? Waar is hij op gebaseerd?

Ik kan mij bijna niet voorstellen dat ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld de ervaringsdeskundigen van uw eigen FACT-teams, herstel zien als het aanleren van sociale vaardigheden. Ik vraag dit ook omdat Marianne Farkas als visiting professor betrokken is bij de opleiding over herstel en rehabilitatie van de Hanzehogeschool in Groningen. Deze Farkas, begreep ik van Boevink, werkte altijd nauw samen met Anthony.

12 Relationale aspecten worden door mensen die herstellen van een psychische kwetsbaarheid als belangrijk ervaren. Anthony vindt dat organisaties hiervan kunnen leren. Zo schrijft hij bijvoorbeeld: "If personal support is characterized as support that is trusting and empathic, do human resource development staff members need to train helpers in the interpersonal skills necessary to facilitate this personal relationship?" Dat schreef hij in 1993. En zijn presentie en oplossingsgericht werken, bijvoorbeeld, niet juist zulke broodnodige "interpersonal skills"?

Vragen aan Amaryllis

Geachte heer Tolsma,

Voor u heb ik zes vragen. De eerste drie gaan over vertrouwen. De overige drie vragen gaan in op uw stellingname tegen de Alliantie. Ikzelf zou Amaryllis *niet* op die manier positioneren. Het lijkt wel alsof u de transformatie zowel qua behoefte als qua herprofessionalisering (die op die behoefte aansluit) niet goed begrijpt.

Vraag 1

Joop Abma van de ASD Leeuwarden heeft mij en de voorzitter van de RvT van de wijkstichtingen in Schepenbuurt en Wielenpôlle in 2017 tweemaal uitgenodigd. Wij spraken één keer met hem en één keer met hem, Roelof de Boer en Sander Luij. Het onderwerp waren de problemen waar ikzelf (bij Stichting AanZet) en waar inwoners van de twee buurten tegenaan liepen.

Zowel de gemeente Leeuwarden als Amaryllis (onder Henry de Boer) functioneerden destijds niet goed. Dit creëerde veel wantrouwen bij inwoners (waaronder ook bij mij) richting zowel de gemeente als Amaryllis, de organisatie waar u momenteel directeur-bestuurder bent.

Dit wantrouwen is geen geheim. Het wantrouwen is geuit in diverse raadsvergaderingen. Ook de pers heeft over deze onvrede bericht. Tot slot ken ik burgers in andere wijken die Amaryllis (en de gemeente Leeuwarden) hebben leren wantrouwen.

Bent u op de hoogte van dit breed gevoelde wantrouwen richting uw organisatie (en in het verlengde daarvan: de gemeente Leeuwarden)? En zo ja, welke stappen onderneemt u om dit wantrouwen weg te nemen?

Vraag 2

Deze vraag gaat over uw voorzitter van de Raad van Toezicht, de heer Ferry Willemse. Als vrijwilliger had ik mij namens De Gouden Weeffout aangemeld bij Dream Machine, een onderzoek onder inwoners van Leeuwarden met kwetsbaarheden. Dit onderzoek werd uitgevoerd onder de paraplu van Kenniskring Welzijn Nieuwe Stijl.

Op zoek naar inwoners met ondersteuningsvragen die we konden interviewen, plaatste ik een oproepje in de facebookgroep voor sociaal werk bij NHL Stenden. Een sociaal werker van Amaryllis maakte meteen verbinding. Een echte energiegelver! Uiteindelijk zou een groepje van vrijwilligers en studenten vluchtelingen van Amaryllis gaan interviewen...

Maar Henry de Boer, de toenmalige bestuurder-directeur, verbood dit. Hij maakte verbindingen die de professional organisch met ons tot stand bracht, ongedaan.

Ik heb Ferry Willemse hierover gemaild. De voorzitter van uw RvT mailde terug dat dit buiten zijn competentie viel.

Ik ben dit niet met hem eens. Het verbreken van verbindingen die een sociaal werker tot stand brengt of wil brengen ten behoeve van haar of zijn klant, beschouw ik als het ondermijnen van de professionaliteit van deze sociaal werker. Volgens mij werkte Amaryllis eerst *wel* (vanuit het werkveld) en daarna *niet* goed samen met de Kenniskring WNS én ons studenten en vrijwilligers (heet nu: sociale basis).

Hoe kijkt u hier tegenaan? En, wat vindt u van de opstelling van Ferry Willemse?

Vraag 3

Op 10 oktober 2018 verscheen een interview met Nynke Andringa, een voormalig sociaal werker van Amaryllis, op de website van Sociale Vraagstukken¹³. De kritiek die zij uit, is niet mals. Hoe gaat u hier mee om? Zij is, begrijp ik uit het interview, niet de enige professional die het gevoel heeft haar of zijn werk niet goed te (hebben) kunnen doen.

Het interview is overigens meer dan 5000 keer bekeken.

Vraag 4

Hoe zijn de sociale professionals van Amaryllis meegenomen door uw Raad van Toezicht en door u, directeur-bestuurder, in de tekst die u samen met zeven andere organisaties schreef en op 10 december 2018 aan het college van Leeuwarden adresseerde?

Ik lees dat u o.a. een “inhoudelijke visie op de aanpak vanuit de Wmo(-produkten)” wilt. Wat mag ik hieronder verstaan? Dat er een analyse komt van problemen in een wijk of dorp en dat er vervolgens per probleem een produkt ingekocht kan worden? Moet hier dan niet weer geïndiceerd worden?

Ik kan mij niet voorstellen dat een sociaal werker nog voor deze manier van organiseren kiest. Zeker niet na het lezen van het interview met Nynke Andringa.

Vraag 5

Verder begrijp ik uw aversie tegen een systeemoplossing niet. Ik snap dat andere ondertekenaars geen belang bij dit veranderingsproces hebben en tegen zijn. Maar Amaryllis, met zijn frontlijnteam-dna? Met zijn generalisten in de wijken en dorpen?

¹³ Nynke Andringa, voormalig boegbeeld van frontlijnteam Leeuwarden: ‘Koude rillingen van herkenning’. Interview, dd 10 okt 2018. Bron: www.socialevraagstukken.nl.

Zowel de ggz als verslavingszorg lopen op hun laatste benen. De organisaties zijn veel te groot. Wat zij aan diensten aanbiedt, sluit niet meer aan bij de vraag en behoefte van de mensen die deze diensten consumeren. De sector is niet bij machte zichzelf te reorganiseren. Scheidend minister Edith Schippers noemde het ggz-dossier een buikpijndossier in een interview met de Leeuwarder Courant.

De sector is te vergelijken met de mijnen in Limburg in de jaren '70 van de vorige eeuw, die dichtgingen. Philips is vandaag niet meer het bedrijf dat het in de jaren '80 was. Tijden veranderen.

Wat de afgelopen decennia misging in de ggz en verslavingszorg, zodat deze sector het contact met de tijdsgeest verloor? Veel. Ik denk dat de essentie is, dat het systeem geen raad met je weet zodra je wat langer dan pakweg een half jaar ondersteuning nodig hebt. Dan sluit het systeem niet meer aan bij de herstel- en ontplooiingsbehoeftes van de mensen zelf¹⁴.

Dankzij experimenten met andere manieren van werken en organiseren (maar ook door ander onderzoek) weten we onderhand wat wel werkt voor mensen. Een generalistische benadering en normaliserende werkwijze sluit wél aan bij behoeftes. En Amaryllis heeft van de grotere formele organisaties hier de beste papieren.

Ik begrijp dan ook niet waarom de top van Amaryllis zich tegen een systeemoplossing keert. Waarom bepleit u een bureaucratie vol beschikkingen, indicaties en trajectfinanciering? Waarom wilt u 'specialistische' dagbesteding? Wat heeft Amaryllis hier te winnen? Ik snap niet waarom u hier niet inzet op de generalistische benadering, normaliserende werkwijze en de verbindende, lerende (en doorontwikkellende) werkhouding van uw eigen professionals. Waarom stelt u zich hier niet concurrerend op?

Vraag 6

Mijn zesde en laatste vraag aan u is een schaalvraag. De afgelopen jaren, vanaf 2014 eigenlijk al, is er heel veel kapot gemaakt door het college van Leeuwarden. Andries Ekhart, als wethouder hiervoor verantwoordelijk, voerde een kaasschaafbeleid. Verder kwam er veel bureaucratie bij.

Ekhart gokte erop dat het Rijk de bezuinigingen wel terug zou draaien. Dit gebeurde steeds maar niet. Gevolg: de kaasschaaf én een groot tekort op de begroting voor het sociaal domein.

Mijn vraag is de volgende. Hoe groot acht u – op een schaal van 1 tot 10 – de kans dat het Rijk de bezuinigingen op het sociaal domein terugdraait?

14 Zowel de patiënt- en herstelbeweging als de positieve gezondheid van Huber ageren tegen de patiëntrol. Deze werkt voor chronische patiënten paternaliserend, hospitaliserend en marginaliserend. We gaan nu echt een ander tijdperk in. Maar als het om mens-zijn gaat, veerkracht en eigen kracht, moeten organisaties ondersteuningsvragers ook voor vol aanzien. Bestuurders kunnen niet langer lippendienst bewijzen aan dialoog, mens centraal stellen en dergelijke, en ondertussen professionaliteit ondermijnen en in achterkamertjes bureaucratische gedochten optuigen.

Want dit is mijn angst: dat een verkeerde inschatting opnieuw leidt tot paniek en angst, oftewel bestuurlijke handelingsverlegenheid. Wat dan weer leidt tot bureaucratie en halfslachtig bezuinigen, wat dan weer het effect heeft dat het vertrouwen van inwoners én professionals verder daalt.

Vragen aan V-O-L

Geachte heer Den Hertog,

Ik vind dat het perspectief van vrijwilligers zelf, en dan vooral de vrijwilligers met kwetsbaarheden, slecht uit de verf komt in De Sociale Basis aan het woord, waarin u zich recent richtte tot de gemeente Leeuwarden. Hier heb ik twee vragen over.

Vraag 1

Voor mensen met een psychische kwetsbaarheid die ondersteuning willen bij hun herstellen en ontplooiingsbehoeftes, ontstaan volgens mij nu kansen in de Alliantie. Waar in de 'specialistische' dagbesteding van MindUp nog over je gepraat wordt in termen van 'aanleren van sociale vaardigheden' en 'ernstige psychiatrische aandoening', verdwijnt met 'categorale dagbesteding' deze stigmatiserende patiëntrol.

In de algemeen voorliggende voorziening ontstaan veel betere kansen en mogelijkheden om aan je herstel van een psychische kwetsbaarheid te werken. Je bent niet langer patiënt of cliënt, maar vrijwilliger. En als je niet de enige bent, maar er ook anderen aan herstel van hun kwetsbaarheid werken, ga je elkaar eigenlijk vanzelf wel ondersteunen.

Met andere woorden, je bent niet alleen consument van het sociaal domein. Je wordt ook producent. Daarbij ben je niet primair uitvoerend. Je stuurt – je onderneemt – zelf ook.

Ik weet dat er heel veel behoefte is aan zulke voor-en-door, *consumer run* plekken. Deze behoefte van veel mensen én een visie op de kansen die nu met de Alliantie aan het ontstaan zijn, vind ik niet terug in het verslag.

Mijn vraag is dan ook: hoe zijn mensen met een psychische kwetsbaarheid en ervaringsdeskundigen meegenomen in uw verslag De Sociale Basis aan het woord? Ik vraag dit ook gezien het belang en de omvang van onze groep in de huidige transformatie. De ggz wordt afgeschaald. Wij mensen met een psychische kwetsbaarheid gaan *nu* landen in het sociale domein.

Vraag 2

Om tegemoet te komen aan de vraag en behoefte van mensen met een psychische kwetsbaarheid, zullen peer supporters, ervaringsdeskundigen en een aantal sociaal werkers de handen ineen kunnen slaan. Een Wmo-Alliantie is – geredeneerd vanuit de behoefte van mensen zelf – dé manier om dit te organiseren, lijkt mij.

Maar de vrijwilligersorganisaties die u vertegenwoordigt, zijn grotendeels tegen de Alliantie. Hoe zijn mensen die concreet vorm moeten geven aan bijvoorbeeld *consumer*

run organisaties (ervaringsdeskundigen, vrijwilligers met kwetsbaarheden en sociaal werkers van formele organisaties) door de V-O-L in haar oordeel meegenomen?