

---

# EIGEN MEESTER, EIGEN KNECHT

## Cliëntgestuurde projecten

**Anouska Cremers**, auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam bij de Riagg Rijnmond Zuid.

Op 11 november 2002 werd het symposium "Eigen meester, eigen knecht" te Nijmegen gehouden. De dag was druk bezocht door een tweehonderd mensen, bestaande uit (ex-)GGZ-cliënten, ervaringsdeskundigen, projectleiders en verschillende cliënten- stichtingen en belangenbehartigers. Hun gesprekspartners waren o.a. vertegenwoordigers van *Zorgverzekeraars Nederland*, *College van Zorgverzekeringen*, *gemeente Nijmegen*, *Regioconsult GGZ* en het *Trimbosinstituut*. De grote afweziging, maar ook nauwelijks gemist, zo lijkt het, waren de veldwerkers uit de reguliere zorg: de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de sociaal psychiater...De dag werd voorgezeten door Bert Arts van *Cliënteninitiatieven Nijmegen* en bestond uit een Ronde Tafelgesprek voor alle aanwezigen. Dit werd gevolgd door een viertal workshops, waarna geëindigd werd met een plenaire afsluiting.

Het symposium werd ingeleid door het levensverhaal van Cees Smook die na een aantal nare levenservaringen, via vrijwilligerswerk in de psychiatrie en een opleiding tot bio-energetisch therapeut, de stichting *Het roer in handen* opzette. Een stichting die (ex)cliënten jaarlijks de mogelijkheid tot een zeevakantie biedt. Op dit persoonlijke verhaal volgden verschillende reacties van projectleiders. Een overkoepelend probleem vormt het geld, er ontbreekt een structurele financiering. Het Ronde Tafel Gesprek dat plenair gehouden werd onder leiding van Ed van Hoorn (*Instituut voor Gebruikers Participatie & beleid*), betrof dan ook m.n. de zakelijke

en financiële kant van de zaak. Het eerste thema dat werd besproken was de vraag hoe cliënt-gestuurde projecten zich onderscheiden, en of er wel voldoende draagvlak is? Volgens de projectdeelnemers zelf onderscheidt een cliëntgestuurd project zich door de wijze waarop mensen weer een plaats vinden in de maatschappij, dat zij zelf verantwoordelijk zijn en hun persoonlijke ervaringen van groter belang worden geacht dan diploma's van het een of ander. Het heeft een positieve uitwerking op de eigenwaarde en het werkt destigmatiserend. Door een ervaringsdeskundige wordt opgemerkt dat hij, sinds hij een kopieerafdeling draaiende houdt, zichzelf geen GGZ-cliënt meer voelt. Opgemerkt wordt ook dat de projecten zich het meest op het dienstverlenend vlak afspelen. Je klant is vaak ook een (ex)cliënt. Dit houdt in dat je gebruik kunt maken van je eigen cliëntervaringen. Opgemerkt wordt dat de reguliere hulpverlening juist haar persoonlijke ervaringen buiten de deur moet laten. Bij hen blijven werk en privé gescheiden.

Een ander thema betreft de mogelijkheid tot financiële regelingen en de eventuele rol van de AWBZ. De financieringsregelingen die er zijn, zoals onder andere *Zorg op Maat* en *regeling Zorgvernieuwingsprojecten* zijn behoorlijk ingewikkeld en bureaucratisch en staan momenteel ter discussie. Zij bieden onvoldoende zekerheid over voortzetting van een project omdat het aanvankelijk altijd om tijdelijke projecten gaat. Matthé Ribbens (*Zorgverzekeraars Nederland*) geeft aan dat deze verantwoording evengoed geldt voor de reguliere zorg en het

zorgkantoor zelf. Een en ander heeft onzekerheid over het voortbestaan tot gevolg. Inmiddels zijn overigens een aantal regelingen getroffen om de bureaucratie wat te beperken. En wat betreft de bestaansonzekerheid is er een afbouwregeling toepasbaar. Toch, zo wordt opgemerkt, voeren de zorgkantoren een passief beleid t.a.v. cliëntprojecten. Waarop Ribbens aanvoert dat men bezig is de regiefunctie op zich te nemen, al is er weinig mankracht om een oriëntatie uit te voeren met betrekking tot wat de cliënten zelf willen. Ribbens doet dan ook een beroep op de cliënten om zichzelf meer te laten horen en in het blikveld te plaatsen. In Friesland blijkt het overigens al zover te zijn. Daar wordt gebruik gemaakt van de wettelijke regeling om mee te praten op het zorgkantoor, al heeft het veel moeite gekost om deze positie ook daadwerkelijk te krijgen. Volgens Ger Luthart (*Stichting Corridor Rotterdam*) gaat het er met name om dat de Zorgkantoren er niet op ingericht zijn om mee te denken met cliëntinitiatieven. Daarbij betwijfelt hij of de 'grote jongens wel geïnteresseerd zijn in de 'kleintjes'.

De reacties uit de zaal betreffen vooral het verschil in denkwerelden. Een belangrijk drempel is dat de officiële kwaliteitscriteria niet overeenkomen met de criteria, zoals bv kleinschaligheid, die door cliënten zelf worden aangelegd. Hier doemt een parallel op met de reguliere zorg [red.]: Ook de aangeboden zorg en het effect daarvan wordt door de hulpverlener meer dan eens anders beoordeeld dan de cliënt. Als derde thema werd de taak van de gemeente in het proces van vermaatschappelijking, besproken. Gertien Pols (*Taskforce Vermaatschappelijking, Maatschappelijke opvang Rotterdam*) vertelt over de werkzaamheden van de Taskforce. De Taskforce bestaat uit mensen uit zowel de GGZ als uit andere

maatschappelijke sectoren. Na een drietal conferenties is er een advies uitgebracht aan de minister. Pols benadrukt dat de gemeenten vele mogelijkheden hebben voor de vermaatschappelijking van GGZ-clieënten. Daarnaast hebben zij een plicht tot deelname. De GGZ-clieënt is immers evenzo een burger met rechten en plichten. De GGZ wereld, bestaande uit hulpverlening en cliënten, vormt immers een geïntegreerd onderdeel van de maatschappij. Gemeentes kunnen meer participeren door bestaande geldstromen aan te wenden zodat (ex)cliënten kunnen reïntegreren. Bas Hulskotte (*ambtenaar arbeidsreïntegratie Nijmegen*) legt uit hoe Nijmegen een aantal initiatieven neemt als ontschotting van regelgeving en het opnemen van een regiefunctie. Op termijn kunnen cliëntgestuurde projecten mogelijk gefinancierd worden vanuit de bijstandswet. Vanuit de zaal wordt kritisch gereageerd. Hoe ligt het concrete verband tussen een actievere participatie van de gemeente en een beperking van bureaucratie? Roland van Nieuwenhuizen (*Cliëntenbelangenbureau Eindhoven*) kaart een aantal concrete problemen aan: wordt het werk in een project ook officieel als werk aangemerkt? Ook mensen met een WAO-uitkering werken binnen de projecten. Overeenkomstig de roep van de zorgkantoren, dient ook hier de cliënt meer van zich te laten horen. Een stuurgroep die de adviezen van de Taskforce zal uitvoeren zou een stuurgroep cliëntinitiatieven tot gesprekspartner moeten hebben. Eventueel zou *De Vereniging van Nederlandse Gemeentes* zou deze kunnen opzetten. Het laatste thema dat plenair besproken werd betreft de relatie tussen het cliëntgestuurde aanbod en de reguliere GGZ zorg. De oude verhouding tussen hulpverlening en hulpvrager is paternalistisch van aard en heeft er toe geleid dat cliëntgestuurde projecten van

de grond kwamen. Men zocht een antwoord op de hiaten in de zorg. Zowel Ed van Hoorn als Hans Bal (*Raad van bestuur GGNet*) pleiten ervoor dat cliënten moeten helpen in het omturnen van de reguliere GGz. Joke van der Veer (*Stichting cliënteninitiatieven Deventer*) en Annemiek Klijn (*Stichting Wegwijs Utrecht*) wijzen op de deskundigheid die in de instellingen zelf aanwezig is. Het zou al een stuk schelen als de GGz haar autoritaire houding liet varen en uit haar ivoren toren zou komen. In Deventer komt de stichting voort uit het DAC (Dag Activiteiten Centrum), niet uit de reguliere zorg. Wel willen deze de stichting binnenhalen, maar dit wordt ervaren als een poging de stichting te beperken. Er komen duidelijke geluiden vanuit de zaal: de ervaringsdeskundigen zouden betaald moeten worden indien zij binnen de reguliere GGz gaan werken. Dit blijkt binnen sommige instellingen overigens ook te gebeuren. Ook wordt gewezen op de traditionele en taaiere structuren, zoals het werken volgens een medisch model. Op dit moment worden, in een poging deze te doorbreken, cursussen georganiseerd waarbij de cliënten de hulpverleners trainen. Samenvattend verwaarlozen zowel de gemeenten als de reguliere zorg hun taak tot vermaatschappelijking. Cliënten blijken verdeeld over de vraag waar zij hun energie in willen steken, in eigen projecten of in de reguliere zorg. Daar waar cliënten hulpverleners trainen, zoals in Amsterdam, blijkt overigens dat de instellingen wel veranderen.

### **Workshop I**

#### ***Persoonlijke ontwikkeling***

Het gesprek werd geleid door Harrie van Haaster van *Instituut gebruikersparticipatie en beleid*. Uit een door dit instituut uitgevoerd onderzoek blijkt dat het ook voor cliënten moeilijk is om niet stigmatiserend en psychiatiserend met elkaar om te gaan. Hieruit volgt de vraag, hoe zet men nou

het best ervaringsdeskundigheid in zodat deze ook werkt?

Verskillende deelnemers benoemen hun persoonlijke ervaringen met de cliëntgestuurde projecten. Men kan zijn groeiproces volgens het eigen tempo doorlopen en het participeren heeft vooral positief effect voor het zelfrespect en het zelfvertrouwen. Het verkrijgen van inzicht en de momenten van erkenning en herkenning blijken eveneens van grote waarde. De reguliere hulpverleners daarentegen hebben te weinig oog voor de persoon van de cliënt en maken te weinig gebruik van de mogelijkheden van de cliënt zelf. Een ander geluid is er eveneens: de GGz-problematiek is niet zo uitzonderlijk als dat zij lijkt. Iedereen komt zo zijn problemen tegen met zijn persoonlijke groei, het is een normaal proces. De cliëntgestuurde projecten bieden, o.a. door hun kleinschaligheid, de mogelijkheid om met meer tijd en ruimte en met wederzijds respect, aan jezelf te werken en vanuit je ervaringen iets te betekenen voor anderen.

### **Workshop II**

#### ***Loon naar Werken***

De workshop gaat over betaald werken binnen een consumer-runproject in het kader van het Europese ESF-EQUAL-project. Jeroen Willems, *projectmanager Wesselinggroep*, was de gespreksleider. *Wesselinggroep* is een arbeidsintegratiebedrijf voor klanten met psychiatrische of psychosociale problematiek. De vraag die hier behandeld werd betrof de voorwaarden waaronder je in een dergelijk project kunt werken en welke consequenties het heeft voor bijvoorbeeld je uitkering. Vooral eerst echter vraagt het project nogal wat uitleg: ESF is een Europees Fonds. EQUAL is een transnationaal programma daarbinnen. Het is een project van de EU dat loopt van 2001 t/m 2004. Het doel van EQUAL is het bestrijden van discriminatie en ongelijkheid op de arbeidsmarkt door de ontwikkeling van nieuwe methoden. De

*Wesseling groep* heeft als hoofdaanvrager deze Europese subsidie ingezet op de doelgroep cliënten van de psychiatrie, onder de noemer van 'ondernemerschap', het thema 'gelijkheid tussen man en vrouw' loopt als een rode draad door de verschillende thema's die van belang waren voor de subsidievraag. Het doel is om binnen tweejaar 10 consumer-run bedrijven op te zetten om honderd mensen uit de doelgroep aan betaald werk te helpen. Projecten die zich aanmelden dienen te passen binnen de commerciële formule die gekenmerkt wordt door haar bedrijfsmatige opzet en haar beleid dat gericht is op financiële onafhankelijkheid binnen twee jaar.

Mensen worden begeleid door een jobcoach waarbij zij leren hoe om te gaan met de ziektegeschiedenis bij bv sollicitaties. Het werk is niet vrijwillig maar wordt betaald, al kan dat minder zijn dan een uitkering. Deelnemers hebben eveneens verplichtingen: zomaar ontslag nemen kan niet zonder consequenties voor je WAO. De jobcoaches houden eveneens overzicht over de verhouding werkuren, loon en uitkering, en bemiddelen met instanties zodat cliënten niet in de problemen komen. *Wesseling groep* biedt daarnaast organisatorisch advies en cursussen. Omdat een onderliggend streven gericht is op bevordering van gelijkheid tussen mannen en vrouwen, bestaat er bij aanneming een voorkeur voor vrouwen.

De vraag wordt gesteld in hoeverre het realistisch is om GGz-cliënten te koppelen aan een winstgevend bedrijf dat ook nog eens binnen twee jaar rendabel moet zijn? Er zal altijd een zeker spanning blijven tussen grenzen van cliënten enerzijds en de redelijke eis dat een cliënt zich naar beste vermogen inzet, aldus Willems. Hij onderschrijft dat twee jaar tijd wel ambitieus is, maar stelt dat veelbelovende projecten op den duur wel rendabel blijken. In deze workshop werd veel tijd besteed

aan informatie over de financiële en organisatorische kant van de *Wesseling* consumerrun-projecten en de zakelijke consequenties hiervan voor participerende cliënten [red]. Uit de verslaglegging is echter niet op te maken waarin deze consumerrun-projecten zich onderscheiden wanneer het gaat over bestrijding van discriminatie en het streven naar gelijkheid tussen man en vrouw. De positieve invloed op het herstel van de sociaal-maatschappelijke positie van het individu door middel van arbeidsparticipatie, is een algemeen geaccepteerde en erkende gedachte. Evenals de positieve discriminatie op de arbeidsmarkt: bij gelijke geschiktheid gaat de voorkeur uit naar een vrouw. De meerwaarde die een commercialisering van cliëntgestuurde projecten mogelijk met zich meebrengt op bovengenoemde gebieden wordt jammer genoeg niet duidelijk. Ik deel de ongerustheid met de laatste vraagsteller over de koppeling tussen GGz-cliënten en een winstgevend bedrijf. Kort door de bocht en algemeen gesteld: als de productiedruk wordt opgevoerd ter verhoging van de winst, neemt het oog voor persoon van de werknemer omgekeerd evenredig af. Werknemers raken gemarginaliseerd en ontwikkelen vervolgens psychische klachten. Het vraagt vooral veel van de jobcoaches die zich precies in het genoemd spanningsveld bevinden. Ik maakte bij een cliënt mee dat hij door zijn begeleider van de sociale werkplaats behoorlijk onder druk werd gezet in een periode dat hij psychotisch raakte.

Tenslotte wordt tijdens de Workshop niet duidelijk wat er met de winst gebeurt als een bedrijf eenmaal rendabel blijkt.

### **Workshop III** ***De dynamiek van een cliëntgestuurde organisatie***

Deze workshop betrof de vraagstelling: 'zijn er bepaalde fases te

onderscheiden in de ontwikkeling van cliëntgestuurde projecten, en zo ja, kunnen projecten zich daar goed op voorbereiden? De gespreksleider was Ed van Hoorn en de workshop werd ingeleid door Annemiek Klijn. Klijn vertelt vanuit haar ervaringen als werkneemster bij Stichting Wegwijs te Utrecht, een cliëntgestuurde organisatie. Zij geeft aan de hand van een model de verschillende groeifasen weer die de organisatie heeft doorlopen. Tijdens de opstartfase werd veel aandacht en tijd besteed aan hun visie. Het gedachtegoed van waaruit de stichting zou werken. Samengevat ontstond het motto "*Leiden en lijden doen we met elkaar*". Hierna volgde een periode van ideeën en het ontplooiën van initiatieven.

De functie van de Wegwijswinkel verandert van moederschoot tot ouder aan de zijlijn. De eerste geïnitieerde projecten als *vriendendienst* en de *Steungroep Zelfbeschadiging*, worden al snel zelfstandig. In deze periode ontstaat er een crisis bij de organisatie, er wordt getwijfeld over haar voortbestaan en er is een roep om verzakelijking. Er wordt voor het eerst een niet-client als beroepskracht aangetrokken. Het is het begin van een reeks ontwikkelingen die samen een behoorlijke omslag van het oorspronkelijke gedachtegoed betekenen. Van een naar binnen gerichte organisatie wordt het een project dat de samenwerking aangaat met onder andere de reguliere instellingen. Zo moest de *Stichting Nuts* aansluiting zoeken bij de RIBW om financieel te kunnen overleven. Van een vrijwilligersorganisatie, gedreven door (ex)cliënten wordt het een project dat zowel op vrijwilligers als op betaalde krachten draait. Ook dit was een moeilijk proces. Bij bijvoorbeeld *De Nuts*, kun je gezien de financieel bestuurlijke constructie niet meer spreken van een cliëntgestuurde organisatie. Zeggenschap over de

inhoudelijke kant door deelnemers en vrijwilligers moest bevochten worden. Klijn benoemt ook het probleem van het zoeken naar een redelijk evenwicht tussen bevoegd- heden en verantwoordelijkheden van enerzijds de vrijwilligers en anderzijds de beroepskrachten. In het zoeken naar samenwerking met de reguliere zorg gingen ook goede projecten kapot omdat mensen vertrokken en het eigen gedachtegoed verloren ging. Samenwerking met gemeenten en zorgkantoren heeft een meer zakelijke karakter. Veel minder betutteling, maar ook zwaardere verantwoordingseisen. En dan de identiteitsvragen bij mensen die binnen komen als cliënt- vrijwilliger, zich ontwikkelen en een betaalde functie krijgen. Soms leeft het gevoel een verrader te zijn. Soms ook lukt het (ex)cliënten niet de overstap te maken naar een verantwoordelijkheid waarop zij ook duidelijk aangesproken kunnen worden, en haken af. Een doelstelling van cliëntgestuurde projecten is onder meer het herwinnen van een gewone positie in werk en sociaal leven, geen slachtofferrol meer. Ook hier speelt voortdurend de vraag, waar liggen de grenzen, maar ook de verantwoordelijkheden van het individu. Workshopdeelnemers leggen de nadruk op een aantal essentiële punten voor cliëntgestuurde projecten: het belang van de kleinschaligheid, trouw aan eigen gedachtegoed en... nabijheid. "Je moet elkaar in het hart kunnen kijken, anders hoeft het niet meer".

#### **Workshop IV**

##### ***De Strategische keuzes van een cliëntgestuurde organisatie***

Deze workshop betreft de overlevingskansen van cliëntgestuurde projecten in de toekomst. Mark Janssen van het *Trimbosinstituut* en voorzitter van deze workshop geeft een overzicht over de financiële regelingen en de mogelijke consequenties in de toekomst. De subsidieregelingen *Zorgvernieuwingsprojecten* nadert haar

einde (2004). Wat zijn de mogelijkheden daarna? De opties zijn als volgt: Aanbieder worden van AWBZ-gefinancierde zorg, aanbieden van PGB-diensten, en/of gemeentelijke financiering. Dit vraagt strategische keuzes van de cliëntgestuurde projecten. Van belang is om de kern te behouden, namelijk de ervaringsdeskundigheid van de cliënten. Reacties vanuit de zaal wijzen op de marktwerking, een goed product verkoopt zichzelf. Financiële afhankelijkheid van de zorgaanbieder geeft een risico, want wat als 'het bewind' verandert. De gemeentes krijgen wel meer mogelijkheden, maar laten nog veel over aan de zorginstellingen. En er wordt naar Den Haag gewezen, de "overheid zou een structurele financiering voor cliëntbewegingen moeten bieden". Henneke van Diggelen (*College van Zorgverzekeringen*) vindt dat de gemeenten aangesproken kunnen worden op hun taak tot sociale activering wanneer de huidige subsidieregeling afloopt. Dit ontlokt de reactie dat de gemeentes vooral op korte termijn denken, en geleid worden door de meest in het oog springende problematiek. Subsidie en ondersteuning zou dan vooral ten goede komen aan zorgmijders en daklozen.

Het PGB biedt nog bepaalde mogelijkheden. Op dit moment zijn de zorggebruikers nog onvoldoende op de hoogte van het bestaan ervan. Het ontbreekt aan goede voorlichting. Het is overigens niet mogelijk PGB-geld te gebruiken binnen een cliëntgestuurd project. Maar in Zeeland bijvoorbeeld, zijn een aantal verpleegkundigen zelfstandig gaan werken. Cliënten met een PGB-budget kunnen ook daar hun zorg inkopen. Van Diggelen wijst er nog op dat cliëntgestuurde projecten binnen de nieuwe AWBZ-regelingen kunnen worden toegelaten als zorgaanbieder. Voorgesteld wordt om met een aantal projecten dit toelatingstraject te

doorlopen. Projecten die hiervoor belangstelling hebben, kunnen zich melden bij Regioconsult GGz.

In de plenaire afsluiting worden de bevindingen uit de workshops kort op een rij gezet. Afsluitende reacties uit de zaal waren als volgt: Annemiek Klijn suggereerde om afspraken te maken over toelating als zorgaanbieder. Zij vraagt mensen uit de zaal mee die hieraan mee willen doen om zich bij haar te melden. Door een ander wordt opgemerkt dat nog een aantal aan de oppervlakte spelende knelpunten en hindernissen onderbelicht bleven. Hij noemt in dit verband het spanningsveld waarin een pionier zich bevindt, een fase waarin knopen door gehakt moeten worden, en men toch democratisch moet zijn. Tenslotte wordt een oproep gedaan om het lot in eigen handen te nemen.

### Nawoord

De redactie van de SP kon niet aanwezig zijn bij dit symposium. Het informeren van onze vakgenoten over de ontwikkelingen binnen de cliëntgestuurde projecten achten wij van groot belang. Wij danken dan ook de organisatie van het symposium voor de beschikbaarheid van de uitgebreide en genuanceerde verslaglegging hetgeen in verkorte vorm, met een enkele redactionele kanttekening is weergegeven. Afgaande op de informatie en de sfeer die het verslag uitademde wil ik graag de aandacht vestigen op de volgende punten. Het gebied van cliëntgestuurde projecten blijkt een min of meer volgroeide sector te zijn. Een sector die dankzij, maar met name ondanks, de reguliere zorg, tot stand is gekomen door de consequente en voortdurende inzet van (ex)cliënten. Zij hebben los van de hulpverleners op de werkvloer, hun weg gevonden in samenwerking met de besturen van zorginstellingen en de geldschieters als zorgverzekeraar en gemeentelijke instanties. Zij bedienen

een groep zorgvragers die binnen de reguliere hulpverlening hun plek niet kunnen vinden. Met het oog op de reacties bij het eerste plenair besproken thema, het unieke aan cliëntgestuurde projecten, vermoed ik dat deze projecten een andere vraag beantwoorden dan die welke op dit moment nog bestaansrecht heeft binnen de reguliere zorg. Ik doel op de elementen rondom 'persoonlijk groei'. Allerlei politiek-maatschappelijke krachten hebben er de laatste jaren voor gezorgd dat de behoefte en nood aan persoonlijke groei geen toelatingscriterium meer vormt tot de formele zorg. Er moet sprake zijn van een duidelijk disfunctioneren in werk e/o sociaal opzicht waarbij een duidelijke relatie moet bestaan met psychiatrische klachten danwel zwaar psychische klachten. Hoewel persoonlijke groei zowel bij begeleiding als behandeling een inherente factor is, kunnen wij ons zeker niet meer permitteren dit als beoogd doel aan te leggen. Ook binnen de reguliere zorg ligt de nadruk op productie maken en is de financiële ruimte behoorlijk afgeroomd. Is een eerste herstel in werk en sociale relaties behaald dan richt de begeleiding cq behandeling zich op het afbouwen van de werkrelatie. Met uitzondering overigens van de chronisch psychiatrische patiëntengroep. In dit

licht gezien vindt er op macroniveau vooral een verschuiving van geldstromen plaats, zorgkantoren verdelen dezelfde pot in de toekomst over meerdere zorgaanbieders. Waarbij, gelet op de verenging van toelatingscriteria tot subsidiegelden via een andere weg cliëntgestuurde projecten evenzeer slachtoffer worden van dezelfde rotte tand in deze tijd, de commercialisering. Het begrip *Non-profit* heeft zijn betekenis verloren en dient geschrapt te worden uit ons, ooit door ideologie gedragen, maar sterk vermagerde vocabulaire.

Een andere gedachte die zich opdrong betreft het streven naar een intensievere samenwerking tussen de Sociaal psychiatrisch Verpleegkundige en de cliëntgestuurde initiatieven. Ik vraag mij stellig af of wij dit streven niet moeten loslaten. Met uitzondering van voorlichting over en verwijzing naar projecten. De cliëntgestuurde initiatieven zijn voornamelijk zonder onze vakgroep tot stand gekomen, en hebben een volwaardig en geaccepteerd bestaan gevonden. Ik betwijfel of wij op dit gebied een meerwaarde kunnen bieden. Aandacht voor preventie en vermaatschappelijking, ook via politieke weg, heeft m.i. een hogere prioriteit.