

Aan het College van B&W van de Gemeente Ridderkerk  
t.a.v. de heer L. Franzen en de heer M. Japenga

Ridderkerk, 28 oktober 2020

Betreft: Gevraagd advies conceptnota Integraal Beleid Sociaal Domein

Geacht College,

Onderstaand vindt u een reactie op uw adviesaanvraag aan het Maatschappelijk Burgerplatform Ridderkerk (MBR) n.a.v. de conceptnota Integraal Beleid Sociaal Domein.

### **Samenvatting en Advies**

1. Het hele jeugdhulp systeem -preventie, basiszorg via de wijkteams en tweedelijnszorg- kraakt en piept in al zijn voegen en neemt daarmee een hypotheek op het hele sociaal domein. Scherpe keuzes zijn niet meer te vermijden.
2. Het MBR adviseert een programma psycho-educatie sociaal-emotionele competenties inzake autonomie en relaties, gebaseerd op vragen van de personen en/of gezinnen en ter versterking van hun 'eigen kracht'. Dit is een zeer gerichte preventieve maatregel.
3. Het MBR adviseert een substantiële uitbreiding van de capaciteit van de wijkteams, zodat iedere huisarts en iedere school kan worden voorzien van een wijkteam professional. Deze kan directe hulp bieden aan kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. De huisarts en de school bieden van nature een klimaat, waar in vertrouwen hulpvragen kunnen worden gesteld en behandeld.
4. De tweedelijns jeugdhulp kan door de omvangrijke bezuiniging door het Rijk bij de overdracht van taken niet meer goed functioneren. Diverse rapporten, o.a. van de rijksinspectie, bevestigen dit. Met schrijnende situaties als gevolg. Het zogenaamd scherp inkopen brengt de zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen verder in de problemen. Een gezamenlijke inspanning richting Rijk om meer te investeren in de tweedelijns jeugdhulp is dringend noodzakelijk.
5. Gelet op het bovenstaand advies, adviseert het MBR af te zien van een hulpaanbod gebaseerd op de behoefte van groepen in de wijk. Het hulpaanbod gaat in dit geval niet uit van de (hulp)vraag van de persoon of het gezin, maar wordt bepaald door het aanbod van organisaties die inspelen op de meest voorkomende problematiek. Door dit gestandaardiseerde aanbod is de kans groot dat de hulpvrager zich niet herkent in het aanbod, waardoor de hulp niet passend noch effectief is.
6. Het MBR onderschrijft het belang van het extra versterken van de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk, waaronder maatjes- en mentorprojecten).
7. Om een cultuurverandering bij de zorgconsument te realiseren, adviseert het MBR te investeren in de dialoog. De burgerplatforms kunnen hierin een actieve rol vervullen. Wij stellen voor om de burgerplatforms beter te faciliteren en ook te versterken in hun ombudsfunctie e.e.a. in samenspraak met de landelijke ombudsman.
8. De transformatie in het sociale domein vereist een krachtige financiële impuls. Het MBR reikt elf mogelijkheden aan voor versterking van de financiering van het gehele stelsel: preventie, basiszorg, tweedelijnszorg.

Een en ander is hierna verder uitgewerkt en onderbouwd.

## **Gevraagd Advies Integraal Beleidsplan Sociaal Domein**

### **1. Inleiding**

Voor het MBR inhoudelijk ingaat op de conceptnota heeft het platform enkele opmerkingen over 'de mens', waar het eigenlijk steeds over gaat. De mens, die burger, is in Ridderkerk binnen een sociale context.

De titel van de nota "Met Ridderkerkers, voor Ridderkerkers" is een mooi uitgangspunt. Daarvoor lof. De uitgangspunten van het nieuwe beleid, zoals kort samengevat is in 'het Woord Vooraf' zijn goed te noemen. Deze woorden zijn echter niet nieuw; ze worden al enige jaren gebruikt. Dat ze nu weer worden gebruikt, alsof ze nieuw zijn, geeft te denken over de realiseerbaarheid van dit ideaal.

In zijn algemeen valt op dat er een zeker optimisme is in deze nota om de Ridderkerkse samenleving te kunnen vormen naar de gewenste verbeteringen. Met daarbij als wenkend perspectief de besparing op de kosten van het sociaal domein op langere termijn.

De problemen zullen waarschijnlijk niet zo gemakkelijk worden opgelost. Of als de huidige problemen zijn opgelost, zullen er nieuwe ontstaan. De huidige corona-crisis zou ons wat voorzichtiger moeten stemmen. Op langere termijn zou de vraag wel eens kunnen worden, wat Ridderkerkers voor elkaar over hebben.

In hoofdstuk 6 staat: 'Ridderkerkers zijn langer vitaal en gezond'.

Er wordt sterk ingezet op de "zilveren kracht" van de ouderen in Ridderkerk.

Dat ouderen in hun kracht zijn als ze zich zinvol voelen, wordt niet benoemd. De innerlijke kracht heeft ook te maken met het genieten van de goede dingen. Als er sprake is van levenslust is inzetten van eigen kracht voor anderen een genot.

Deze elementen zijn weliswaar erg subjectief en ook niet zo makkelijk in statistieken te vangen, maar zijn toch wezenlijk voor het welslagen van het beleid.

In hoofdstuk 8 wordt onder andere de 'sturing door de gemeente' beschreven.

Opvallend is dat in § 8.2 van de maatschappelijke partners (die het beleid uitvoeren) wordt gevraagd dat ze "bereid zijn het organisatiebelang te overstijgen wanneer het collectieve belang hierom vraagt". Uitgangspunt van het beleid was (zie voorwoord): aandacht voor de mens.

Deze aandacht lijkt toch geheel afwezig te zijn in deze paragraaf over de maatschappelijke effecten.

Daarbij valt op dat in datzelfde hoofdstuk, § 8.1.2 onder de titel "Een programmatische benadering", over de ambtelijke organisatie gesproken wordt in allerlei beleidstermen.

De notie dat de ambtelijke organisatie weliswaar de rechtsstatelijkheid dient te waarborgen, maar ook in de uitvoering "het organisatiebelang moet kunnen overstijgen" ontbreekt in deze paragraaf ten enenmale.

'Sturing vindt plaats op maatschappelijk resultaat' (§ 8.2.1).

Op zich is wat in deze paragraaf staat nastrevenswaardig. Alleen de notie dat sturing ook plaatsvindt op basis van wederzijds vertrouwen wordt in dit hoofdstuk niet gevonden. Toch is juist het vertrouwen tussen alle partners bij het beleid en de uitvoering van het grootste belang.

De programmatische aanpak die de gemeente voor ogen heeft, kan zonder vertrouwen niet goed functioneren. Daaraan werken vereist prioriteit.

Het MBR maakt graag gebruik van de mogelijkheid om een advies uit te brengen over het nieuw Integraal Beleidsplan Sociaal Domein. Dit plan brengt voor het eerst een beleidsvoornemen uit voor het brede sociale domein. Aan dit plan is heel veel aandacht besteed. Het is opgesteld in heldere taal, het legt bredere verbanden, het is goed gedocumenteerd en het verbindt diverse voorzieningen rond centrale thema's. De onvermoeibare inzet van velen krijgt door dit plan de nodige steun. Hiervoor onze welgemeende waardering. Dit integraal beleidsplan is een belangrijk document. Het gaat direct of indirect over ca 40% van de gemeentebegroting, het raakt nagenoeg alle Ridderkerkers en het legt het beleid vast voor de komende periode.

De opbouw van dit advies loopt langs de volgende lijnen:

- a) We verdiepen ons zelf in de oorspronkelijk kerndoelen van de drie decentralisaties, nl. Jeugdhulp, Maatschappelijke Ondersteuning en Arbeidsparticipatie (3D) en van de drie voorgaande meerjarige beleidsplannen sociaal domein.
- b) In welke mate zijn die doelen bereikt? Wat zeggen de evaluaties van de voorgaande beleidsplannen hierover? Hierbij betrekken we ook onze eigen waarnemingen.
- c) In welke mate dragen de keuzes die worden gemaakt in dit plan bij aan het realiseren van de oorspronkelijke doelstellingen?
- d) Kunnen en/of moeten er andere accenten worden gelegd dan in het huidige plan staan en waarom?
- e) Welke consequenties hebben die keuzes, o.a. in voorwaardelijke en/of in financiële zin?

## **2. De oorspronkelijke kerndoelen sociaal domein**

De kerndoelen staan in de drie decentralisatiewetten sociaal domein, inclusief de memories van toelichting. Deze doelen zijn overgenomen in de eerste drie meerjarige beleidsplannen sociaal domein.

### **2.1 Normaliseren en despecialiseren**

Directe aanleiding voor de 3D was de onbeheersbaar stijgende kosten in het sociaal domein, mede vanwege 'verkeerde prikkels', namelijk door een probleem te laten diagnosticeren tot een voorziening, die recht geeft op financiering, kwamen er onevenredig veel diagnoses en liepen de kosten uit de hand.

Maar er was ook een inhoudelijk motief: door kinderen, volwassenen en ouderen te ontdoen van het etiket 'cliënt ...', komen ze niet in een uitzonderingspositie terecht en kunnen ze gewoon meedoen. Vandaar de noodzaak tot 'normaliseren' en 'despecialiseren'. De nieuwe filosofie werd: als de voorzieningen onder regie van de gemeente komen, zal de lokale gemeenschap eerder geneigd zijn, om zorg te dragen voor hun medeburgers. Dit kan enerzijds kosten besparen, anderzijds is het veel beter om gewoon mee te kunnen doen in het gewone sociale leven.

### **2.2 Eigen kracht en de kracht van het eigen netwerk**

De situatie zoals hierboven omschreven, bleek een ander onbedoeld neveneffect te kunnen hebben: de 'cliënt' loopt het risico afhankelijk te worden van de specialist. De cliënt kan van de specialist verwachten, dat hij/zij de problemen en onzekerheden oplost. Er is dan zelfs een zeker risico dat zorgvragers en zorgverleners elkaar in een ongezonde klem vasthouden. Er kan een verleiding ontstaan dat beiden – onbedoeld en onbewust – elkaar zo nodig hebben, dat ze niet zonder elkaar kunnen.

Om dergelijke ongewenste situaties te doorbreken, is het van belang om op een correcte manier fors in te zetten op het versterken van de eigen kracht en de kracht van het eigen sociaal netwerk. Dit is de essentie van het interventie- of hulpverleningsplan. Op die manier kan ook afhankelijkheid van de zorg worden voorkomen. De hulp moet erop gericht zijn dat de mensen – waar mogelijk – weer zelf het heft in eigen hand kunnen nemen. 'Niet alleen maar een hengel geven, maar ze vooral zelf leren vissen'.

### **2.3 Eén gezin – één plan – één centraal contactpersoon**

Een groot knelpunt was dat -meestal onbedoeld- veel instellingen of instanties betrokken waren bij de hulp aan een kind en/of gezin (en op latere leeftijd aan een ouder en hun kinderen) dat de hulp- en dienstverleners soms niet van elkaar wisten wie wat deed, en als ze al wisten, niet in staat waren om hun hulp- en dienstverlening op elkaar af te stemmen. De vraag van de burger stond niet centraal, wel het aanbod van de instantie(s). Met als bijkomend probleem dat de instanties door verschillende financiers worden aangestuurd en er nagenoeg onoverbrugbare schotten staan tussen de instanties. De ervaring van burger was in die gevallen dat hij 'van het kastje naar de muur werd gestuurd' of dat de instanties 'het probleem over de schutting gooiden'.

Een oplossing werd gezocht in een aanpak 'één gezin – één plan – één centraal contactpersoon', zodat de nodige zorg 'rondom het gezin' en integraal kon worden georganiseerd. Hiervoor worden draaglast en draagkracht zorgvuldig in beeld zijn gebracht, zowel op materiële en structurele items (o.a. inkomen, armoede, schulden, beperkingen) als op immateriële items (o.a. overbelasting, relatieproblemen, onveilig leef- en opvoedklimaat, uitsluiting, psychische problematiek, eenzaamheid). Kortom: de persoon in zijn context staat centraal, met zijn mogelijkheden en beperkingen. Het 'sociaal wijkteam' zorgt er voor dat zo'n persoonsgericht integraal plan tot stand komt. In het 'sociaal wijkteam' werken professionals van verschillende organisaties/instanties samen, vanuit het principe 'de vraag van de zorgvrager staat centraal, niet het aanbod van de instelling'.

## **2.4 De beweging naar voren: minder curatie, meer preventie**

Hoewel het adagium 'voorkomen is beter dan genezen' al jaren aan de orde is, gaat er een onevenredig groot deel van het budget naar de intensieve of tweedelijnszorg. De hoop en de verwachting was dat door overheveling van de zorg van het rijk naar de gemeenten meer aandacht zou zijn voor preventie en lichte eerstelijnszorg. Een substantieel aan aandeel van het budget beschikbaar zou komen voor preventie, vroegsignalering en snelle eerste hulp. Het 'zó zó zó beleid' zou eindelijk in de praktijk worden gebracht: zó vroeg als mogelijk, zó licht als het kan, zó intensief als noodzakelijk. Tijd voor een kanteling in de zorg. Het wijkteam heeft hierin een cruciale taak. Niet alleen omdat het haar taak is om – naast informatieverstrekking, vraagverheldering en advies - op een gevalideerde manier de aard van het probleem vast te stellen en de juiste zorg in te schakelen, maar ook om zelf en direct de basiszorg te kunnen bieden. In die zin is het wijkteam een lokale en basale eerste lijn zorgvoorziening. Het wijkteam kan desgewenst opschalen naar tweedelijnsvoorzieningen of specialistische hulp. Andersom, specialistische hulp zou ook tijdig moeten kunnen afschalen naar de minder dure zorg door het wijkteam. Daarnaast moet het wijkteam ook beschikbaar zijn voor consultatie door instellingen uit het zogenaamde voorveld of de nulde lijn voorzieningen, zoals allerlei (sport-) verenigingen, het onderwijs en algemene welzijnsvoorzieningen. Samenwerking met de huisartsen is cruciaal. Sterker nog, de huisartsen zouden beroep moeten kunnen doen op het wijkteam voor het verlenen van basis- of eerste lijn psycho-sociale zorg (voorheen het Algemeen Maatschappelijke Werk). Het wijkteam zou ook beschikbaar moeten zijn voor gezinnen als het onderwijs te maken heeft met onderwijs overstijgende (opvoed-, opgroei- en gezins)vragen. Hetzelfde geldt ook voor sommige vragen vanuit de politie in geval van grensoverschrijdend gedrag van de jeugd (het dragen van messen, gebruik van geweld, diefstal, beginnend drugsgebruik etc.) en voor sommige problematiek van verwarde personen en sociaal onaangepaste burgers.

## **2.5 Versterking van de professional**

Cruciaal in deze hele operatie is 'ruimte voor de professional'. Hij moet kunnen handelen naar bevind van zaken en niet gehinderd worden door administratieve rompslomp. Zoveel mogelijk tijd voor directe hulpverlening, voor 'handen aan het bed'. Zo weinig mogelijk overhead. Van eminent belang is dat hij zich kan doorontwikkelen tot een professional die 'handelingsbekwaam' is, in geval van complexe vragen en situaties, zoals bij een stapeling van problemen (armoede, relatieproblemen, overbelasting, psychische problemen, onvermogen). Er moet voldoende tijd en ruimte zijn voor collegiale consultatie en advies van gespecialiseerde gedragsdeskundigen. Hij moet kunnen terugvallen op een backoffice die effectief gebleken methoden kan aanreiken en niet effectief gebleken interventies laat beëindigen. Zijn caseload moet reëel zijn, teneinde het afbrandrisico te beperken. Zonder voldoende en goed toegeruste professionals is de hele operatie gedoemd te mislukken. Misschien is dat wel de grootste uitdaging.

## **2.6 Gewoon meedoen**

In de welzijnssector zijn er allerlei voorzieningen ter bevordering van talentontwikkeling, participatie, preventie en ondersteuning. Er is bijzondere aandacht voor (overbelaste) mantelzorgers, stimuleren vrijwilligerswerk, bewegen, zorg voor elkaar e.d.

## **3. De resultaten volgens de evaluaties**

In deze paragraaf gaan we na in welke mate de evaluaties een antwoord geven op de vraag of en in welke mate de bovengenoemde doelen zijn bereikt.

### **3.1 Normaliseren en despecialiseren**

Uit landelijke evaluaties, maar ook uit de dagelijkse praktijk, blijkt dat het tij nog niet echt is gekeerd. De kosten voor de WLZ en voor de GGZ stijgen nog disproportioneel. Het beroep op specialismen lijkt eerder te zijn toegenomen dan afgenomen. Huisartsen verwijzen nog te veel direct naar de (Jeugd)GGZ, zonder voorafgaand overleg met het wijkteam.

### **3.2 Eigen kracht en de kracht van het netwerk**

Het beroep op 'Eigen Kracht' lijkt in de praktijk vaak omstreden te zijn. Op dit punt is er wellicht te weinig innovatie geweest. Er gaan verhalen dat het soms is gebruikt als een criterium om al dan niet zorg toe te staan.

Hoe de mensen steun konden krijgen bij de ontwikkeling van eigen kracht is vaak onderbelicht gebleven. Met het risico dat meer werd geïnvesteerd in compenserende voorzieningen, dan in het ontwikkelen van veerkracht.

### **3.3 Eén gezin – één plan – één centraal contactpersoon**

Uit de evaluatie blijkt dat dit principe beperkt wordt toegepast, waarschijnlijk in slechts een kwart van de gevallen. Dit komt o.a. omdat deze werkwijze behoorlijk intensief is. Tijdgebrek en de nog steeds bestaande schotten tussen de diverse aanbieders lijken hier debet aan te zijn. Enkele voorbeelden: 'armoede, resp. schulden komen niet alleen'.

Toch wordt - voor zover ons bekend - er slechts in geringe mate gewerkt met een integraal plan en beperkt de hulp zich vooral tot de financiële (materiële) problematiek. Ook 'eenzaamheid – met name emotionele en existentiële eenzaamheid – komen zelden alleen. Maar ook hier wordt nauwelijks het totaal plaatje onderzocht. Kortom, als er een stapeling van problemen is, lijkt de praktijk nog steeds dat er geen integraal hulpverleningsplan wordt gemaakt en dat aanbieders onvoldoende van elkaar weten wie wat doet.

### **3.4 De beweging naar voren, het wijkteam als schakelpunt**

We missen in de rapportages een analyse van de te verwachten zorgvraag en de benodigde capaciteit van het wijkteam. We hebben hiernaar – binnen onze beperkte mogelijkheden – zelf informatie verzameld.

Een algemene aanname is dat ca. 12% van de bevolking psycho-sociale problemen ondervindt, waarvoor hulp gewenst is. Voor Ridderkerk zou dit neerkomen op ca. 5.500 personen, exclusief het sociaal netwerk, dat mogelijk mede wordt (over-)belast met hun problematiek. Dit laatste leidt al gauw tot minimaal een verdubbeling van het aantal dat beroep kan doen op de zorgvoorzieningen in het sociaal domein. Het bereik is volgens door de gemeente verstrekte gegevens ca. 2.700 personen (exclusief toewijzing van huishoudelijke hulp en materiële Wmo-voorzieningen. Met name de Wmo-begeleiding voor volwassenen en ouderen (inclusief dagopvang) blijft met hulp aan 500 personen behoorlijk achter op wat mag worden verwacht. In de jeugdzorg zijn wachtlijsten.

Wij constateren dat er een capaciteitsprobleem is in kwantitatieve zin: Het wijkteam bereikt ca. de helft van wat nodig is. Dit geeft te veel druk en dit leidt op zijn beurt tot een kwaliteitsprobleem. Dit merken we o.a. aan de signalen die we ontvangen over een ongunstig imago van het sociaal wijkteam. Andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen) maken te weinig gebruik van het wijkteam in de aanpak van de door hun gesignaleerde problemen. Het wijkteam is bijvoorbeeld ook niet betrokken in het gemeentelijk plan 'een tegen eenzaamheid'; het voorveld streeft naar een eigen meldpunt eenzaamheid, naast het algemeen meldpunt voor alle vragen rondom zorg en welzijn bij de gemeente, nl. het meldpunt wijkteams. Het onderwijs kan onvoldoende rekenen op inzet van het wijkteam bij onderwijs overstijgende vragen.

Een zeer groot probleem is de belasting van het wijkteam met vragen, die thuishoren in de tweede-lijnszorg en die daar onvoldoende aan bod komen door eerdere bezuinigingen en tekorten bij o.a. de tweede lijn jeugdhulp en de Jeugd GGZ. Het wijkteam wordt o.a. geconfronteerd met kinderen en ouders die schade toebrengen aan zichzelf en aan anderen. Het wijkteam moet zich ook kunnen richten op jongeren die worstelen met hun zelfbeeld, dat door gevoelde sociale en maatschappelijke druk steeds vaker negatief worden beleefd met als gevolg psychische klachten en hogere suïcide risico's

Het beeld dat hieruit ontstaat is dat het wijkteam als basisvoorziening eerstelijnszorg onvoldoende is toegerust voor haar taak en niet goed functioneert als een schakelpunt tussen het voorveld en/of tweede lijn. Het wijkteam zit gevangen in een vicieuze cirkel: enerzijds leveren zij een onderprestatie, omdat ze niet voldoende zijn toegerust voor hun taak. Anderzijds krijgen ze niet voldoende middelen (en vertrouwen), omdat ze onderpresteren.

### **3.5 Versterking van de professional**

In de BAR-monitor die in het begin van de 3D is opgezet was expliciet een periodiek medewerkers tevredenheidsonderzoek opgenomen. Het motief hiervoor was dat de medewerkers een belangrijke pijler zijn voor het slagen van de transformatie. Zij geven informatie uit de eerste hand, en zijn derhalve een belangrijke informatiebron. Voor zover ons bekend is dit onderdeel van de monitor sociaal domein niet uitgevoerd.

Uit de evaluatie is verder gebleken dat er een groot personeelsverloop is in het sociaal wijkteam. Een onrealistische caseload lijkt hier debet aan te zijn. We hebben tevens vernomen dat sociaal wijkteam medewerkers onevenredig veel tijd moeten besteden aan administratieve werkzaamheden t.b.v. beschikkingen die recht geven op voorzieningen en relatief weinig tijd overhouden voor directe hulpverlening. Veel tijd gaat op aan werkzaamheden over cliënten (o.a. ook veel overleg met derden over cliënten) i.p.v. rechtstreeks werken met cliënten.

### **3.6 Gewoon Meedoen**

De evaluaties over Gewoon Meedoen geven geen aanleiding tot het maken van aanvullende opmerkingen.

## **4. De integrale beleidsnota ‘Met Ridderkerkers, voor Ridderkerkers’**

Op de eerste plaats onze welgemeende waardering voor de nota en de daarin geformuleerde ambities. Op de meeste punten onderschrijven we volmondig de analyses en de voorstellen. Een sterk punt is de ordening van diverse uiteenlopende activiteiten om vier maatschappelijke thema's. Wij waarderen in het bijzonder de extra aandacht voor de cliëntondersteuning en voor de versterking van de informele zorg, zoals vrijwilligerswerk (o.a. mentor- en maatjesprojecten, burenhulp, steungezinnen etc.) en helaas de vaak overbelaste mantelzorgers.

Op vier punten maken we kanttekeningen, nl. de interpretatie van het begrip 'integraal', de rol die wordt toebedeeld aan het wijkoverleg, het thema burgerbetrokkenheid en de focus op de transformatie.

### **4.1 De interpretatie van het begrip ‘integraal’**

In deze nota wordt 'integraal werken' vooral vertaald als: alle betrokken partijen zijn in overleg met elkaar om hun activiteiten op elkaar af te stemmen. Wij achten het daarentegen belangrijker dat de beperkt beschikbare tijd vooral wordt besteed aan gesprekken met de zorgvrager zelf, dan praten over de zorgvragers. Een zorgvrager is een ondeelbaar persoon, die problemen kan ondervinden op verschillende deelterreinen. Het belangrijkste is dat integraliteit wordt bereikt op persoonsniveau en/of het leefsysteem (gezin) waarin de betrokkene leeft. Overleggen tussen betrokken aanbieders over zorgvragers is niet in lijn met de definiëring van het begrip integraal in het kader van de 3D. Na vele studies en discussies is 3D-verband is het begrip 'integraal' gedefinieerd als: één centraal contactpersoon per gezin/huishouden samen met het gezin onderzoekt wat er in de breedte en in de diepte nodig is om structureel verder te kunnen. Betrokkenen nemen daarop een besluit en schakelen alle noodzakelijke aanbieders van zorg in, zodat ze hun aandeel kunnen leveren in dat gezin en hun activiteiten op elkaar afstemmen. Kortom 'één gezin/huishouden – één plan – één centraal contactpersoon'.

Wij constateren dat in deze beleidsnota het begrip integraliteit voor 75% is gedefinieerd als een vraagstuk van afstemming en samenwerking tussen aanbieders en slechts voor ca. 25% als het leggen van een verbinding tussen de verschillende deelproblemen in het leefsysteem van de zorgvrager. Dit ervaren we als een gemiste kans in deze beleidsnota.

### **4.2 De wijkgerichte samenwerking**

We zijn geschrokken over de voorgenomen invulling van de wijkgerichte samenwerking. Op pagina 36 staat letterlijk dat *'niet de klacht van het individu centraal staat, maar de behoeften van de groepen in de wijk'*.

De grootste knelpunten en behoeften in een wijk worden het uitgangspunt voor het aanbieden van zorg. Volgens de nota dienen de aanbiedende partijen bij elkaar te worden gebracht en wordt er samen met de wijkregisseurs naar oplossingen gezocht.

Wij zien eerlijk gezegd niets in deze benadering en wel hierom: In deze benadering staat niet de zorgvrager centraal, maar een statisch gemiddelde van zorgvragen. Hierdoor kan geen maatwerk worden geboden, maar dient de zorgvrager zich te voegen naar de zorgaanbieder. Dit is een volstrekt verkeerd uitgangspunt in de hulpverlening.

Wij zien meer in een afstemming en samenwerking met de voorzieningen, waarbij de burger van nature eerder geneigd is om persoonlijke en privacygevoelige informatie te delen, namelijk met de huisartsen en scholen. In die zin verwachten we veel meer van een toevoeging van capaciteit van het wijkteam aan huisartsen en scholen zodat – in nauw overleg met de zorgvrager – hun zorg- en levensvragen kunnen worden opgepakt. Op deze wijze kan de integrale aanpak op persoonsniveau worden bevorderd.

Een wijkgerichte benadering kan wel heel nuttig zijn voor vragen en problemen die zich afspelen in de buitenruimte en het publieke domein. Hiermee kan de sociale cohesie worden versterkt. Dat is ook belangrijk. Er moet geen verwarring ontstaan met problemen die zich afspelen achter de voordeur. Dat is een privé-domein.

Een wijkgerichte benadering is ook heel nuttig om te bepalen of de wijken, waar de meeste problemen 'achter de voordeur' zijn, ook de hoeveelheid vereiste zorg krijgen toebedeeld.

#### **4.3 Burgerbetrokkenheid**

Een opgave in de transformatie is niet alleen een cultuurverandering bij de overheid en de aanbiederinstellingen, het vereist ook een cultuurverandering bij de zorgconsument. Dit is een complexe opgave. Wat in ieder geval niet werkt, is een top down benadering. De kunst is, dat de zorgvrager zich mede-eigenaar voelt van het zorgsysteem, waaronder het gebruik en het in standhouden ervan.

In deze nota wordt geen aandacht besteed aan dit aspect. Dit punt dient o.i. nader te worden uitgewerkt, bijvoorbeeld in samenwerking met cliëntenorganisaties en met de burgerplatforms. Hiervoor is meer nodig dan het recht om adviezen uit te brengen. In dit kader kan worden gedacht aan coöperatieve beleidsontwikkeling overheid – burger. Hierbij is het wel van belang dat de burgerplatforms beter worden gefaciliteerd, zowel qua organisatie en als qua deskundigheidsbevordering. Het is ook van belang dat de burgerplatforms hun ombudsfunctie kunnen ontwikkelen, o.a. in samenspraak met de landelijke ombudsman.

#### **4.4 De focus in de transformatie**

In de beleidsnota is de 'maatschappelijke opbrengst' zeer breed gedefinieerd, namelijk:

- Ridderkerkers ontwikkelen zich optimaal;
- Iedereen heeft gelijke kansen om mee te doen;
- Iedereen kan voor zichzelf en voor elkaar zorgen;
- Ridderkerkers zijn langer vitaal en gezond;
- Inwoners kunnen zo lang mogelijk veilig thuis wonen.

Enerzijds is die benadering begrijpelijk, anderzijds ontbreekt hierdoor de scherpheid, omdat niet duidelijk is wat meer gewicht in de schaal legt en wat ertoe doet in de transformatie. Gelet op de groeiende of mogelijk zelfs uit de hand lopende kosten van de zorg, stellen we voor om het beleid te focussen op die aspecten die een wezenlijke ombuiging mogelijk maken. Dit werken we uit in de volgende paragraaf. Het huidige plan biedt hiervoor, naar onze mening, onvoldoende mogelijkheden.

### **5. Zijn er alternatieve keuzes mogelijk?**

Wij adviseren het beleid te focussen op twee topprioriteiten, namelijk:

1. Een programma 'psycho-educatie sociaal-emotionele competenties';
2. Meer uitvoeringscapaciteit voor de Sociale Wijkteams.

#### **5.1 Een programma 'psycho-educatie sociaal-emotionele competenties'**

Wij stellen voor om de 'eigen kracht' van de Ridderkerkers verder te bevorderen met een effectief programma, dat tot doel heeft de sociaal emotionele competenties te ontwikkelen onder deskundige begeleiding. De centrale aandachtspunten zijn: het stimuleren van enerzijds autonomie (zelfstandigheid) en anderzijds positieve relaties (verbondenheid, zowel individueel als in 'leergroepen'.

Psycho-educatie sociaal-emotionele competenties is geen therapie (herstel), maar een leer- en vormingstraject, gericht op vaardig gedrag. Het versterkt de autonomie van de persoon en zijn/haar mogelijkheden voor het aangaan van positieve relaties.

Versterking van de autonomie gaat over betere zelfzorg, zelfkennis, zelfstandigheid, zelfreflectie, zelfredzaamheid, zelfverantwoordelijkheid, zelfcompassie, zelfbeheersing (ego beheersing), zelfrespect en zelfontwikkeling. Een belangrijk aspect in autonomie is ook het kunnen omgaan met verlies, tegenslagen, beperkingen, rouw, frustratie. Kortom: omgaan met de eigen kwetsbaarheid en negativiteit.

Versterking van het aangaan van positieve relaties gaat onder meer over verbindend communiceren, empathisch vermogen, agressie- en conflictbeheersing, omgaan met diversiteit, respect voor de/het andere, burgerschap, gemeenschapszin, engagement, met elkaar reflecteren/evalueren/plannen maken/handelen. Ook hier is niet alles rozengeur en maneschijn.

Het omgaan met afwijzing, vijandigheid, discriminatie, grensoverschrijdend en onmaatschappelijk gedrag, geweld in afhankelijkheidsrelaties e.d. is een wezenlijk onderdeel van de psycho-educatie. Kortom: ook om kunnen gaan met andermans kwetsbaarheid en negativiteit.

Psycho-educatie sociaal-emotionele competentie is gebaseerd op de bevindingen van de orthopedagogiek, de positieve psychologie en het 4G principe van de cognitieve gedragstherapie, namelijk:

- Gebeurtenis (waarnemen van de feiten);
- Gedachte (onderzoeken van het aanvankelijke oordeel of mening);
- Gevoel (onderzoeken wat het je doet, waar je jezelf toe wil aanzetten, hoe je jezelf kunt beschermen) en
- Gedrag (de handeling die je op grond van het voorgaande verricht).

Psycho-educatie sociaal emotionele competentie is een belangrijk instrument om problemen te voorkomen of te laten escaleren. Het is een uitgesproken preventieactiviteit.

Vormen van psycho-educatie worden reeds toegepast door verschillende gemeenten, het onderwijs, de jeugdgezondheids-zorg. Het wordt – naast de individuele aanpak – meestal uitgevoerd in groepsverband onder begeleiding van een terzake geschoolde professional. Deelnemers brengen hun eigen levenservaring in en leren van elkaar. Sommige scholen werken bijvoorbeeld met het programma 'Rots en Water', peer-mediation, anti-pestprogramma's e.d. KIES (Kinderen In Echtscheiding Situaties) is een programma dat wordt uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg.

## **5.2 Meer uitvoeringscapaciteit Sociale Wijkteams**

5.2.1 Iedere huisarts beschikt minstens één dag per week over een wijkteam professional voor directe hulp aan volwassenen en ouderen bij psycho-sociale problematiek.

Als een wijkteam professional op deze wijze verbonden is aan een huisartsenpraktijk kan er een heel natuurlijke samenwerking tussen de huisartsen en het wijkteam ontstaan. Er ontstaan korte lijnen tussen de zorgvrager, de huisarts en het wijkteam. Dit biedt meer kansen voor een integrale aanpak en voor een vroegtijdige interventie. In deze constructie zullen huisartsen minder snel (moeten) verwijzen naar duurdere (J)GGZ.

Voor de minima kan dit een belangrijk voordeel zijn, omdat ze in dit geval niet geconfronteerd worden met een verplichte eigen bijdrage op grond van de ZVW. Als een huisarts verwijst naar de (J)GGZ is dit namelijk wel het geval. Deze aanpak voorkomt zorgmijden en escalatie van de problematiek.

Armlastige gezinnen en kinderen die opgroeien in armoede en/of gevangen zitten in een vicieuze cirkel van structurele overbelasting, hebben veel profijt van deze aanpak.

5.2.2 Iedere school beschikt over substantieel meer tijd professionele hulp vanuit het wijkteam voor het oppakken van onderwijs overstijgende opvoedvragen en ondermijnende gezinssituaties. Dit geldt in ieder geval voor het (speciaal) basisonderwijs en het (speciaal) voortgezet onderwijs en de aanpak van (dreigend) voortijdig schoolverlaten. Ook hier zijn de korte lijnen tussen de school, de kinderen/gezinnen en de wijkteam professionals belangrijk om de (soms onvoldoende onderkende) problematiek snel en deskundig op te pakken. Dit is niet alleen gunstig voor de kinderen/jongeren en hun ouders, dit is sterk ontlastend voor de leerkrachten/docenten. Op deze manier kan er beter invulling worden gegeven aan Passend Onderwijs en de samenwerking tussen onderwijs en jeugdzorg.

Kortom: 'Meer handen aan het bed' voor wie het echt nodig heeft'. De winst is een grotere zelfredzaamheid van de Ridderkerkers en een samenleving waar meer aandacht voor elkaar is en minder overspannenheid. Deze prioriteiten zullen leiden tot minder gebruik van gespecialiseerde zorg en per saldo ook tot lagere kosten voor de burger en voor de samenleving. Op deze manier geven we o.i. concreet invulling aan 'de beweging naar voren'.

## **6. Financiële consequenties**

De beleidsnota schetst het sombere beeld dat enerzijds de kosten in het sociale domein stijgen, anderzijds dat door ingrepen van buitenaf (rijk, gerechtelijke uitspraken) de vrije (beslissings)ruimte voor de gemeente kleiner is geworden. Voor nieuwe inspanningen of intensivering van activiteiten wordt het principe 'nieuw voor oud' gehanteerd.

De transformatie in het sociaal domein vereist een zeer krachtige financiële impuls. In deze paragraaf doen we suggesties om 'de beweging naar voren' mogelijk te maken, nl. meer preventie en meer basiszorg door de wijkteams.



Wij stellen voor om te onderzoeken of en hoe op de onderstaande gebieden een verschuiving van middelen kan plaatsvinden om de transformatiedoelen te realiseren en een strategie te bepalen om 'de beweging naar voren' mogelijk te maken.

Wij doen hierbij suggesties voor 'out of the box' denken:

- 6.1. Aansluiten bij het rapport van de visitatiecommissie Wmo-beleid, waarin wordt voorgesteld om een inkomensafhankelijke eigen bijdrage te vragen voor het gebruik van Wmo-voorzieningen.
- 6.2. Aansluiten bij het initiatief van o.a. de gemeente Oldenzaal om de huishoudelijke hulp onder te brengen in de bijzondere bijstand.
- 6.3. Als BAR-gemeenten, respectievelijk Jeugdhulp regio Rotterdam Rijnmond, aansluiten bij het initiatief van diverse gemeenten in het land en de VNG om bij het Rijk te bepleiten, dat er extra middelen komen voor de specialistische jeugdhulp (tweedelijns- zorg).
- 6.4. Als BAR-gemeenten een initiatief nemen om door het bestuur van de Jeugdhulp regio Rotterdam Rijnmond een concreet plan te laten maken voor een stapsgewijze grotere inzet van jeugdzorgprofessionals in de wijkteams resp. bij huisartsen en scholen.
- 6.5. Als BAR-gemeenten een initiatief nemen om in Jeugdhulp regio Rotterdam Rijnmond verband te overleggen met zorgverzekeraars om wijkteammedewerkers bij huisartsen mede te bekostigen teneinde de groei van de tweede lijn geestelijke gezondheidszorg te beperken.
- 6.6. Als BAR-gemeenten een initiatief nemen om in Jeugdhulp regio Rotterdam Rijnmond verband in overleg te treden met de samenwerkingsverbanden Passend Onderwijs in te zetten op psycho-educatie sociaal-emotionele competenties voor leerlinge. Dit in samenwerking met de gemeenten.
- 6.7. Verschuiving binnen de gemeentebegroting, van compenserende materiële voorzieningen, naar veerkracht bevorderende voorzieningen, zoals psycho-educatie sociaal-emotionele competenties.
- 6.8. Psycho-educatie sociaal-emotionele competentie onderbrengen in de Ridderkerkpas.
- 6.9. Psycho-educatie sociaal-emotionele competentie onderbrengen in het Brede School programma.
- 6.10. Fondswerving voor een ontwikkelproject psycho-educatie sociaal-emotionele competentie.

Tot slot van ons advies nog een aantal losse punten.

Enkele citaten uit de conceptnota Integraal Beleid Sociaal Domein 2021:

### **Jeugd**

'Op basis van de kwantitatieve gegevens uit de gemeentescan Ridderkerk, kan het volgende geconcludeerd worden:

Het aantal jongeren met jeugdhulp lijkt/is van 2015 tot en met 2019 qua omvang relatief stabiel te noemen en ligt beduidend lager dan het gemiddelde in de jeugdregio Rijnmond en het landelijk gemiddelde.' (*citaat pagina 13*)

### **Psychosociale problemen jeugdigen**

'Op alle onderdelen ligt het percentage in Ridderkerk hoger dan het gemiddelde van de andere gemeenten in deze regio.' (*citaat pagina 13*)

Ook wordt genoemd: "We zien eveneens dat de vraag naar jeugdhulp onverminderd groot is." (*citaat pagina 37*)

Het is belangrijk om het gehele plaatje in beeld te houden:

- In de praktijk is er een obstakel ontstaan bij de specialistische JGGZ. In Rijnmond komt het structureel voor dat specialistische aanbieder(s) geen of minder jongeren en kinderen in behandeling kunnen nemen, dit vanwege een tekort aan financiering/budgetplafonds, die voor het einde van het jaar al worden aangetikt. Waardoor
  - 1) er een stuk keuzevrijheid voor de jeugdige/verzorgers wegvalt en
  - 2) de doorstroming naar daar waar specialistische zorg nodig is een stuk moeilijker verloopt.

Dit geeft extra druk op de wijkteams en/of POH-ondersteuners. De mensen die hard nodig zijn voor alle niet specialistische hulp zorgvragen. Voor alle doelen rondom de eerste en nulde lijn.

- Het is een complex obstakel dat niet gemakkelijk op te lossen is. Anderzijds is het wel belangrijk om dit soort obstakels te zien en hier beleid op te ontwikkelen. Binnen wat wél mogelijk is. Dit soort obstakels legt namelijk een grote druk op gezinnen en jeugdigen die hier tegenaan lopen.

Dit geldt ook voor bijv. volwassenen, die niet kunnen doorstromen of lang op een wachtlijst staan voor specialistische GGZ-hulp.

- Dit kan ook verder doorwerken in vroegtijdig schoolverlaten, het ontwikkelen van verslavingen, ouders die in de problemen komen met hun baan en daarmee met de zorg voor hun kind en de daarbij behorende financiële problemen. Meer eenzaamheid ten opzichte van de omgeving waar het normale leven doorgaat en er minder raakvlakken zijn met de omstandigheden waar het gezin in zit of en de mate waarin men zich begrepen voelt. Bij volwassenen die op hulp wachten, werk/opleiding niet meer kunnen volhouden met eventuele financiële problemen, eenzaamheid, sociale contacten niet meer goed kunnen onderhouden, bij bijvoorbeeld psychotische stoornissen, die overlast geven in de buurt, een gevaar voor zichzelf of de omgeving kunnen vormen etc.
- Wellicht is het een idee om samen met de POH-GGZ (Praktijk Ondersteuner Huisarts en Geestelijke Gezondheidszorg) de samenwerkingen met specialistische JGGZ's/GGZ-aanbieders te zoeken, rondom een aanbod dat binnen de wijkteams gestalte krijgt.  
Hoe kunnen we mensen die niet kunnen doorstromen zo goed mogelijk helpen. Daarin kan laagdrempelig "voorwerk" op de behandeling gedaan worden, bijvoorbeeld psycho-educatie. Zie op het internet: Psycho-educatie kenterjeugdhelp.nl. Er kan ook gedacht worden aan zaken zoals:
  - woonproblemen/schulden;
  - eenzaamheid naast de bestaande problematiek, die de klachten van de problematiek kunnen versterken. Ervaringsdeskundigheid kan hier een grote meerwaarde hebben.
  - Bundel de krachten van het wijkteam met de krachten van de specialistische hulpverlening. Zoek ook daar meer de ontschotting op.
- Wanneer burgers op specialistische hulpvragen niet de juiste hulp kunnen ontvangen, zullen ook de kosten van de specialistische zorg blijven stijgen. De problematiek verergert, waardoor er langer en zwaarder een beroep moet worden gedaan op de specialistische zorg. Dat drukt qua financiering ook weer op de niet specialistische zorg.
- Voor de uitstroming vanuit specialistische zorg naar het wijkteam is het ook belangrijk dat het wijkteam niet met doorstromingsproblemen zit. Want dan houdt deze groep de doorstroming naar de specialistische zorg tegen, waardoor je als wijkteam niet verder kunt laten doorstromen.
- Tegelijkertijd zie je ook dat bij meer toetsing binnen specialistische behandelingen, er meer "behandelingen" bij het wijkteam terecht komen. Waardoor de druk op de wijkteams toeneemt.
- Vanuit de centrumgemeente Rotterdam worden er wel dingen opgepakt, bijvoorbeeld onderhandelingen over stukjes toch financieren & bij een cliëntenstop, dan wel crisisbehandelingen financieren (die dan bij voorbeeld maximaal zes weken mogen duren en daarna weer teruggaan naar de situatie, zoals die was en daardoor een duurdere vorm van zorg is). De structurele problemen worden hiermee niet opgelost.
- Het zijn wel gezinnen/kinderen/jongeren die het zwaar hebben, waar over onderhandeld wordt. Geen producten of zomaar cijfertjes op papier. Dit is een tak van de zorg, waar reguliere zorg ook zonder Corona in de problemen komt.  
'Rotterdam regelt het maar'; daarmee zeg je tegelijkertijd, als Ridderkerk zijnde, dat je er voor alle inwoners wil zijn om goede zorg te kunnen geven.

Waar ook de zorg van het MBR zit, is dat er veel verschillende soorten zaken van het wijkteam worden gevraagd. Daardoor komt er meer zorg bij de wijkteams terecht. Wat niet erg hoeft te zijn, zelfs juist goed kan zijn. Mits de juiste capaciteit er is en ook voldoende financiering. Als de doelen lopen zoals je wilt dat ze lopen, zal men eerst een stijging van zaken de wijkteams gaan zien, waardoor de kosten daar in eerste instantie ook zullen stijgen. De besparingen op de geboekte resultaten, kunnen pas op de langere termijn zichtbaar worden.

In de politiek wordt vaak naar de korte termijn financiën gekeken, die een relatie hebben met de zittingsduur van politici. Er is niet altijd feeling met de problematieken om het juiste verhaal achter de cijfers te zien. Met als gevaar verder snijden, bezuinigen en tegen de knelpunten aan blijven lopen in plaats van te investeren en daar later de vruchten van kunnen plukken en hogere doelen kunnen behalen.

Eenzijds heeft de gemeente voordelen van de strategische samenwerking, waar bijv. binnen de JGGZ gebruikt van wordt gemaakt. Anderzijds is het ook goed om de bijkomende moeilijkheden van zo'n strategische samenwerking niet uit het oog te verliezen:

- Zo is er minder zeggenschap over ontstane obstakel(s), wat ook kan doorwerken in de eigen wijkteams en in de overige specifieke doelen van Ridderkerk.
- De kans bij strategische samenwerking is groter dat de 'vinger aan de pols houden' verslapt. Dit komt omdat minder eigenaarschap wordt gevoeld. Juist het eigenaarschap voelen bij de wijkteams is van groot belang voor het boeken van progressie en meetbare resultaten.

De vorm van een strategische samenwerking zal daarmee niet veranderen. Wel is het belangrijk om te kijken hoe, binnen deze vorm, om te gaan met de eventuele bijkomende moeilijkheden. Daarbij is de vraag: Wat kan voor Ridderkerk specifiek worden gemaakt om maximaal rendement voor de burgers te halen uit de strategische samenwerking met maatwerk.

"Een groeiende groep senioren wenst met andere leeftijdsgenoten bij elkaar te wonen; de behoefte aan collectieve woonvoorzieningen waar senioren voor elkaar zorgen en gezamenlijk activiteiten ontplooiën, samen eten et cetera groeit." (citaat pag. 27)

- Een goed idee. Zou het niet mooi zijn om ook in te zetten om voor jongeren/jongvolwassenen de stap naar woningen gemakkelijker te maken. Sociale huurwoningen zijn bijvoorbeeld lastig om te krijgen; er zijn veel inschrijffaren nodig die jongvolwassenen nog niet opgebouwd kunnen hebben. Met oog op duurder moeten wonen, minder vastigheid qua banen kun je daarmee ook sneller in de problemen komen met schulden etc.  
De gemeente in overleg met de woningverhuurders afspraken kunnen maken over een hoger toewijzingspercentage aan Ridderkerkers. Nu is dat percentage erg laag, waardoor er veel instroom van buiten de gemeente is, lees Rotterdam. Jongeren die opgegroeid zijn in Ridderkerk moeten noodgedwongen de gemeente verlaten, omdat er geen kans is op een woning binnen een realistische termijn.
- Bij 18- 18+ overgang van jongeren, die uit jeugdzorg komen en 'losgelaten worden' geeft op deze leeftijd ook problemen. Zij hebben niet altijd een netwerk om op terug te vallen en dreigen dan op straat te komen. Waarmee ze ook een postadres verliezen, dat weer nodig is om gebruik te kunnen maken van hulp uit de gemeente/gemeenteregelingen.

"Aanpak Kindermishandeling & Huiselijk geweld"/Borging veiligheid in de thuissituatie (pagina 28, 29).

- Het onderwerp wordt zo nu en dan genoemd, maar het MBR zou graag een specifiekere aanpak en concrete doelen willen zien, om dit mee te kunnen nemen binnen preventie en integraal werken. Zo blijven de meldingen vanuit de zogenoemde 'gesloten gemeenschappen' sterk achter. Vaak wordt dit vanuit Rotterdam opgepakt, maar het is juist belangrijk om het ook binnen Ridderkerk te doen. Rotterdam heeft niet het contact, dat "hulpverleners"/wijkteam medewerkers in Ridderkerk wel hebben.

"We zien dat de druk op inwoners om goed te presteren groot is. Of dit nou volwassenen op de arbeidsmarkt aangaat of jongeren in het onderwijs. Met een landelijk verwachte toename van demografische druk kan niet worden verwacht, dat de prestatiedruk zal dalen."

- Tegelijkertijd is dit de (toekomstige) groep eventuele mantelzorgers/vrijwilligers/eigen netwerk waar een beroep op wordt gedaan. Dit geeft extra druk op deze groep. Hoe deze groep te begeleiden als eigen netwerk/mantelzorgers etc., zodat zij zelf niet omvallen?

Wat verder opvalt in het stuk is het beeld dat -zij die gezond zijn- geen psychosociale problemen hebben, geen schulden, gelinkt wordt aan kunnen bijdragen aan een betere lokale samenleving. Er zijn ook burgers in Ridderkerk, die

- met bijvoorbeeld beperkingen, gewoon fulltime werken;
- op een bepaald levensgebied hulp ontvangen, maar wel vrijwilliger zijn, hun naasten helpen etc. Die op hun eigen manier in hun eigen kracht staan en vanuit daar dingen doen, ook voor de gemeenschap.

Eigen kracht wordt wel genoemd, maar in de denkwijze valt het op dat die manier van denken niet de standaard is.

Resumerend kan het MBR stellen dat het een voldragen nota is, maar waarbij op een aantal punten principieel anders gedacht wordt door het MBR en dat het Ridderkerk-eigene meer aandacht en invulling verdient.

Het maakt de kansen groter dat de Ridderkerkse burgers zich nog meer verbonden voelen met Ridderkerk en van daaruit in participierend burgerschap ook meer willen en kunnen bijdragen. Datzelfde kan ook gelden voor de Ridderkerkse organisaties, die zich in het sociale domein nog sterker kunnen maken voor onze burgers, omdat ze meer mogelijkheden daartoe krijgen. De erkenning daarvan en het vertrouwen daarin door de politiek verantwoordelijken is daarbij van groot belang.

Het MBR ziet uw reactie graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,  
namens het MBR,

W.H. Blok, voorzitter  
F. Velders, contactpersoon (frans.velders@kpnmail.nl)