



Vraagbaak
Steunpunt medezeggenschap

Manifest

**familiebeleid en
familieverenigingen
in de VG-sector**



Voorwoord

Dit manifest is opgesteld door familieleden van mensen met een verstandelijke beperking. Hun voorouders hebben aan de wieg gestaan van diverse voorzieningen voor deze groep. In de loop der jaren zijn deze voorzieningen uitgegroeid tot grote organisaties voor zorg en welzijn, waarvan de leiding in handen ligt van Raden van Bestuur.

Wij als familieleden van mensen met een verstandelijke beperking vinden het, zeker in de huidige tijd, noodzakelijk weer meer invloed te hebben op de kwaliteit en veiligheid van de zorg die onze familieleden ontvangen.

Dit manifest is opgesteld om aan dat doel bij te dragen.

Achtereenvolgens treft u zes korte stellingen aan, die samen het manifest vormen. Dit wordt gevolgd door een uitgebreide uitleg waarom dit manifest is opgesteld en een toelichting per stelling. Als bijlage is een tekst bijgevoegd waarin wordt uitgelegd wat het verschil is tussen een familievereniging enerzijds en een cliënten-, verwanten-, vertegenwoordigers- of familieraad anderzijds.

KansPlus

2016, Nieuwegein

De leden van de initiatiefgroep:

- Dik de Jongh - *familievereniging Bartiméus*
- Tonny Wildvank - *familievereniging Bartiméus*
- Paul Lucardi - *adviseur bestuur FV Bartiméus*
- Martin Hermans - *familievereniging DichtBij*
- Karen Lamers - *familievereniging DichtBij*
- Mascha Verhagen - *familievereniging De Hartenberg*
- Jan Jullens - *bestuurder KansPlus*
- Martinus Stollenga - *adviseur*
- Jaap Zwitser - *adviseur*



Manifest

- 1** **Ontwikkel systematisch familiebeleid**
- 2** **Betrek de familie bij de directe zorg en negeer deze nooit**
- 3** **Geef ruimte voor de driehoek cliënt, begeleider en familie**
- 4** **Geef nadrukkelijk het voorbeeld**
- 5** **Samenwerking tussen familievereniging, cliëntenraad en zorgaanbieder op basis overeenkomst**
- 6** **Overleg met verzekeraars op basis van Inkoopkader**

De toelichting op deze zes punten begint op pagina 7

Aanleiding

- Op 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd. Met de Wlz wordt onder andere beoogd de zorg, beter dan tot nog toe, op maat te leveren en de eigen regie van de cliënt en 'omgeving' te vergroten. De vernieuwde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), eveneens op 1 januari jl. ingevoerd, heeft een vergelijkbare doelstelling. Ouders, broers, zussen en andere directe naasten (verder aangeduid als familie) zijn belangrijk bij die eigen regie en het verwezenlijken van een goede kwaliteit van leven van hun familielid met een verstandelijke beperking. Daarover zal iedereen het eens zijn. Te vaak echter moeten KansPlus en familieverenigingen in de VG-sector constateren dat zorgverleners - ondanks hun goede bedoelingen - nog onvoldoende rekening houden met de opvattingen, gevoelens en wensen van de familie. Niet alleen bij de zorg en ondersteuning van de individuele cliënt. Ook bij het ontwikkelen van beleid over de zorg- en de dienstverlening in het algemeen, en over de woon- en leefomgeving van de cliënten.
- Zorgaanbieders realiseren zich vaak onvoldoende hoe belangrijk de constante betrokkenheid van familie, meestal de wettelijk vertegenwoordigers, is voor de kwaliteit van de zorg. De zorg kan complex zijn en diverse levensgebieden omvatten. De familie kent de levensgeschiedenis en achtergronden van de cliënt en weet daardoor vaak goed welke zorg hij nodig heeft. Anders dan de familie zijn de zorgverleners geen constante factor in het leven van de cliënt. Zij komen en gaan: begeleiders, flexers, orthopedagogen, bestuurders, zorgmanagers, noem maar op. Een aantal verstandelijk beperkte mensen heeft bovendien hetzij tegelijkertijd hetzij achtereenvolgens ook nog met meerdere zorgaanbieders (en dus zorgverleners) te maken.
- Anders dan de zorgverleners zal de familie zich altijd verantwoordelijk blijven voelen - en dat ook zijn - voor het welzijn van hun verstandelijk beperkte familielid. De familie dient erop toe te zien dat de kwaliteit en de veiligheid van de zorg goed zijn en dat gemaakte (zorg)afspraken worden nagekomen. Maar vooral moeten zij er op toezien dat hun kind gelukkig is. De meeste families willen en kunnen deze verantwoordelijkheid graag dragen.

Familieverenigingen kunnen een belangrijke, constructieve rol spelen bij het ontwikkelen van het beleid naar aanleiding van het bovenstaande. Maar een aantal zorgaanbieders heeft sinds het ontstaan van de cliëntenraden in het kader van de Wet Medezeggenschap Cliëntenraden Zorginstellingen (WMCZ) helaas geen boodschap meer aan deze verenigingen. Vaak wordt nog uitsluitend met de cliëntenraad gecom-

municeerd en worden de faciliteiten waarover de familievereniging kon beschikken, stop gezet. Indien de familievereniging wel geaccepteerd wordt, is vaak onduidelijk welke rol zij in de organisatie heeft. Slechts in een enkel geval is dit vastgelegd in een overeenkomst tussen de zorgaanbieder, cliëntenraad en familievereniging. Niet zelden hebben zorgaanbieders de opheffing van de familievereniging gestimuleerd. Het argument daarvoor is dat de cliëntenraad achterbanbijeenkomsten kan houden en zo nodig van de zorgaanbieder de adressen van de families kan krijgen. Helaas is de werkelijkheid veelal anders en wordt dit bemoeilijkt, zelfs geweigerd, zeker als de cliëntenraad kritisch is. Dit laatste mag uiteraard en is ook de taak van de cliëntenraad ten opzichte van wat zich in de instelling afspeelt.

- Er zijn zorginstellingen die naast een raad bestaande uit cliënten, tevens een raad van wettelijk vertegenwoordigers en andere familieleden hebben. Deze laatste wordt aangeduid met termen als 'familieraad' of 'vertegenwoordigersraad'. In zo'n situatie wordt er veelal voor gekozen de bevoegdheden van de cliëntenraad beperkter te laten zijn dan die van een familieraad. Dit vanwege de complexiteit van de zaken waarover een raad dient te oordelen in het kader van de WMCZ. Daar waar er slechts één raad is, komt het voor dat familieleden hieruit worden geweerd. Dat gebeurt vanuit de overtuiging dat de verstandelijk gehandicapte cliënten zelf voor hun collectieve belangen moeten opkomen. Bij complexe adviesaanvragen als die over fusies, begrotingen en kwaliteits- en veiligheidsbeleid, kunnen de cliënten immers ondersteuning krijgen van medewerkers van de zorginstelling, betogen de betreffende zorgaanbieders. Het moge duidelijk zijn dat een dergelijk gang van zaken volstrekt ongewenst is. Een gezonde dialoog tussen cliëntenraad en zorgorganisatie wordt zo belemmerd en heeft er in elk geval minimaal de schijn van.
- In dit manifest willen we uitdrukking geven aan onze gezamenlijke verantwoordelijkheid voor onze gehandicapte familieleden en aan het belang van een goed familiebeleid. We willen dit graag bespreken met andere cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars¹, beroepsverenigingen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Ministerie van VWS. Dit teneinde de handen in één te kunnen slaan en niet in een sfeer van polarisatie - waar dit niet al gebeurd is - terecht te komen. Een belangrijk uitgangspunt is ook voor ons een goede en doelmatige besteding van de beschikbare middelen voor de zorg en ondersteuning van verstandelijk beperkte mensen. Het gaat om een aanzienlijke groep mensen en om veel geld. Circa 70.000 mensen met een verstandelijke beperking ontvangen intramurale zorg, ca 125.000 mensen met een verstandelijke beperking krijgen enige vorm van extramurale zorg. In totaal is hiermee ongeveer zeven miljard op jaarbasis gemoeid, acht procent van de totale zorgkosten in ons land.

- Uitgangspunten bij dit manifest zijn voorts te vinden in de Vernieuwingsagenda Langdurige Zorg van KansPlus. Daarin zijn nog de volgende overwegingen opgenomen. Bij het kwaliteitsbeleid van zorgorganisaties dient niet het beheersmodel en de procesaansturing in de vorm van protocollen en procedures centraal te staan, maar een kwaliteitsbeleid dat de werkelijke kwaliteit van leven van de cliënt voorop stelt. De cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger is dan ook degene die samen met zijn familie beoordeelt of de kwaliteit voldoende is. Procedures en protocollen zijn alleen nodig voor risicovolle situaties/handelingen. De huidige overdaad aan protocollen leidt niet alleen tot een beheerscultuur, maar ook tot een bureaucratie die begeleiders hindert in hun ondersteuning van de cliënten. Ook de kanteling naar verdergaande persoonsgebonden financiering zal een sterke prikkel voor zorgaanbieders zijn om daadwerkelijk in dialoog te gaan met de cliënt en diens familie en om hem de ondersteuning te bieden die hij nodig heeft. Dit zal de kwaliteit bevorderen en het zal de zorgaanbieder stimuleren om een juiste balans te vinden tussen procedures enerzijds en handelingsvrijheid van begeleiders anderzijds. Ook zal het leiden tot investeren in de werkomstandigheden en de deskundigheid van de medewerkers, omdat het effect hiervan direct afstraalt op de cliënten.

¹ In de praktijk zullen dat de zorgkantoren zijn waarin de zorgverzekeraars ten behoeve van de langdurige zorg samenwerken.

Ontwikkel systematisch familiebeleid

Bij veel zorgaanbieders staat de cliënt centraal, in ieder geval op papier. Zorgaanbieders maken de laatste jaren een ontwikkeling door van instellingsgerichte naar cliëntgerichte zorg. Hierbij wint gelukkig het inzicht terrein dat de inbreng van de familie van groot belang is. Men noemt dit wel 'familieparticipatie'. De wensen en behoeften van de cliënt en diens familie (als vertolker van de wensen en behoeften van hun familielid, cliënt bij een instelling) zouden leidend moeten zijn voor de zorg die de cliënt krijgt. Het motto 'de cliënt centraal' zou wellicht vervangen kunnen worden door 'de cliënt en dus ook zijn familie centraal'. Als maar duidelijk is dat dit voor verstandelijk beperkte mensen heel wezenlijk is. In de huidige zorgstructuur wordt er veel van familie gevraagd en ook daarom behoort inbedding van familie in de zorg en het beleid een vanzelfsprekendheid te zijn. Je kunt niet en hulp vragen als organisatie (al zijn er uiteraard grenzen) en vervolgens geen inspraak verlenen.

De wijze waarop de familieparticipatie gestalte zou moeten krijgen - zowel op individueel als op instellingsniveau - dient onderzocht en vastgelegd te worden in een familiebeleid. De verzekeraars dienen de zorgaanbieders hier op aan te spreken. Van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) mag verwacht worden dat zij in stimulerende zin optreedt en bereid is samen met de landelijke ouderorganisaties een handreiking op te stellen en goede voorbeelden te afficheren.

In het familiebeleid mag het onderwerp mantelzorg niet ontbreken. Wat wordt van familieleden verwacht als bijdrage aan de zorg voor hun familielid? Wat kunnen familieleden daarin wel en niet aan bijdragen?

Betrek de familie bij de directe zorg en negeer deze nooit

De vraag is *hoe* de familie concreet te betrekken bij de directe zorg. De zorgplanbespreking is één van de belangrijkste middelen hiertoe. Betrek familie niet alleen bij de bespreking van het zorgplan, zoals meestal gebeurt, maar ook bij het opstellen hiervan. Zie samen met de familie toe op naleving van de gemaakte afspraken. Sommige zorgaanbieders organiseren een periodiek overleg met alle familieleden van een woongroep/woning. Zeker als meerdere familieleden een zelfde klacht hebben, heeft het gezamenlijk uiten hiervan in een dergelijk overleg meer resultaat dan in een 'één op één' situatie. Samen staat men immers sterker. Essentieel voor meer betrokkenheid in het algemeen zijn goede communicatie en informatieverstrekking, voldoende overleg- en contactmomenten, maar ook deelname aan een uitstapje, gemeenschappelijke maaltijd of een kerstviering. Verder is de houding naar de familie toe van belang: is deze respectvol en voelt men zich welkom, gehoord en gezien? Omgekeerd geldt uiteraard hetzelfde.

De overheid dient in het aanstaande 'Verbeteringsplan kwaliteit gehandicaptenzorg' als voornaamste speerpunt het belang van een goede samenwerking tussen cliënt, familie en zorgverlener op te nemen. Een soortgelijke visie treft men aan in het verbeteringsplan verpleeghuizen 'Waardigheid en trots', dat op 15 februari 2015 aan de Tweede Kamer is gezonden.

Geef ruimte voor de driehoek cliënt, begeleider en familie

Een goede samenwerking tussen familie en begeleider leidt tot een betere zorg voor de cliënt. Men noemt dit de driehoek (zie Driehoekskunde, Chiel Egberts, Agiel, 2013).

Wil deze driehoek goed kunnen functioneren, dan moet duidelijk zijn wat ieders rol hierin is en wie waarover beslissingsbevoegd is. Een ouder moet niet op de stoel van een begeleider gaan zitten en andersom. De cliënt moet regie over zijn leven krijgen voor zover hij dit aankan en het zijn belang niet schaadt. Onderling respect is van groot belang evenals een goede communicatie en informatievoorziening. Aan dit laatste ontbreekt het nog vaak in zorginstellingen en dat schaadt de onderlinge verhoudingen. Familie wordt bijvoorbeeld niet of te laat geïnformeerd over: ziekte of vertrek van personeel, in geval van ziekte, overlijden of vertrek van een medebewoner, bij een ernstig incident op de groep of als de cliënt psychische of lichamelijke problemen heeft. Familie dient tijdig op de hoogte gebracht te worden, zodat men met de zorgverlener kan afstemmen wat het beste voor de cliënt is. Goede communicatie geeft vertrouwen en zo is werken in de driehoek ook bedoeld.

Zorginstellingen dienen te bevorderen dat het gedachtengoed van de Driehoekskunde binnen hun instellingen bekend raakt en wordt toegepast. Samen met vertegenwoordigers van cliënten, familie en medewerkers dient men op managementniveau beleid en kaders hiervoor te ontwikkelen. Er dient onder meer budget te zijn voor het bevorderen van driehoeks-overleg door trainingen voor met name medewerkers en familie tezamen.

We onderscheiden meerdere driehoeken. We vinden het evenzeer wenselijk dat er een driehoeksoverleg is op iedere locatie en per instelling. De driehoek wordt dan gevormd door een vertegenwoordiging van cliënten en familie alsmede het management. Maar ook buiten de instelling is het wenselijk dat er in de driehoek wordt overlegd. Betrek organisaties van cliënten en familie bij het overleg met instanties die het beleid vormen en beslissingen nemen onder meer over de financiering van de zorg. Met de inbreng van alle stakeholders wordt de optimale zorg bereikt.

Geef nadrukkelijk het voorbeeld

Bestuurders, directeuren en andere leidinggevendenden zijn dienend in dit geheel. Zij dragen in woord en geschrift en in gedrag uit dat spraak en tegenspraak met cliënten en familieleden, cliëntenraad en familievereniging, leidt tot betere besluiten. Kritiek is immers gratis advies.

De zorgaanbieder dient de houding van 'wij weten wat goed voor uw kind/familielid is' los te laten en in plaats daarvan open te staan voor de mening van de familie. Managers hebben een voorbeeldfunctie hierin, wat een belangrijke voorwaarde is voor een geslaagde familieparticipatie. Maar er is meer nodig, zoals training en coachen van medewerkers, die moeten leren volgens deze principes te werken.

Samenwerking tussen familievereniging, cliëntenraad en zorgaanbieder op basis van overeenkomst

Voordat we aangeven hoe we deze samenwerking zien, zetten we kort uiteen wat de verschillen en overeenkomsten tussen cliëntenraden en familieverenigingen zijn.

Cliëntenraden en familieverenigingen hebben een eigen *rol* binnen de zorginstelling. Die van de cliëntenraad ligt wettelijk vast, die van de familievereniging niet en deze is daardoor minder duidelijk. Familieverenigingen bepalen zelf hun *werkkerrein* in de statuten. Ze vertegenwoordigen de familie en behartigen doorgaans de belangen van familie en hun verstandelijk beperkte familielid, zowel op individueel als gemeenschappelijk niveau.²

Bij het nemen van belangrijke besluiten in een zorginstelling zou niet alleen het cliëntenstandpunt, maar ook dat van de familie, verwoord door de familievereniging, meegewogen moeten worden. Dit geldt zeker daar waar er geen gekozen cliëntenraad is dan wel een cliëntenraad die louter uit cliënten bestaat.

Cliëntenraden en familieverenigingen kunnen elkaar goed aanvullen en ondersteunen.

² Zie voor verdere uitleg de bijlage

Overleg met verzekeraars op basis van Inkoopkader

Als randvoorwaarde bij de toekenningen van budget aan de zorgaanbieders stellen de zorgverzekeraars inkoopvoorwaarden vast. De zorgverzekeraars hebben in het inkoopkader 2016 vastgelegd dat er sprake moet zijn van voldoende cliëntgerichtheid, het verbeteren van de kwaliteit van leven evenals van genoeg differentiatie in het zorgaanbod. Men stelt de cliënt en zijn familie centraal. Hun wensen worden 'nadrukkelijk als uitgangspunt bij de inkoopprocedure' genomen. Door 'in contact te staan met cliënten' willen de zorgverzekeraars inzicht krijgen in hun behoeften. *Cliënten en familie* zijn dus, zo wordt nadrukkelijk gesteld, belangrijke *bepalende factoren* bij het vaststellen van de zorgbehoefte en de kwaliteit van de zorg.

Het is positief dat de zorgverzekeraars in het inkoopkader cliënt en familie centraal stellen en de zorgaanbieders vragen regelmatig in gesprek te gaan met de cliëntenraden.³ Het is dus van groot belang dat de raden weten wat er onder hun achterban leeft en voldoende kritisch zijn ten opzichte van de zorgaanbieder. Een goede samenwerking met de familievereniging wanneer deze vereniging er is, is dan ook onmisbaar om recht te doen aan alle betrokkenen. De gezamenlijke visie van cliëntenraad en familievereniging zal doorvertaald moeten worden naar alle niveaus van de zorgorganisatie en bij voorkeur ook gecommuniceerd moeten worden met de zorgverzekeraars. Wij willen contact leggen met de zorgverzekeraars op lokaal en landelijk niveau om afspraken te maken over de rol van familieverenigingen. Wij willen ernaar streven dat die rol in het inkoopkader voor 2017 vast gelegd wordt.

³ Het Inkoopkader 2016 worden verwanten en/of familieraden eveneens onder de term 'cliëntenraad' gevoegd. Deze hebben immers veelal de status en rechten conform de WMCZ en functioneren dus als cliëntenraad, soms naast een cliëntenraad bestaande uit cliënten zelf. Dit zijn echter absoluut geen familieverenigingen en dat moet ook zo blijven. De familievereniging dient in zijn eigen rol te blijven met de toegevoegde waarde die een dergelijke samenbundeling kan hebben.

Familievereniging en cliëntenraad, overeenkomsten en verschillen

Cliëntenraden behartigen op grond van de WMCZ strikt genomen 'slechts' de gemeenschappelijke belangen van de cliënten, al verwoorden ze vaak mede het standpunt van de familie. Hun beider werkterreinen overlappen elkaar zo, tenzij een familievereniging - wat ook voorkomt - stelt alleen de belangen van de familie te vertegenwoordigen.

Cliëntenraden hebben duidelijk omschreven *bevoegdheden en rechten* waarmee men het instellingsbeleid kan beïnvloeden. Deze zijn wettelijk geregeld. Een familievereniging heeft dat niet. Haar slagkracht hangt af van de relatie met de zorgaanbieder en de ruimte die haar binnen de zorginstelling wordt geboden.

Tussen cliëntenraden en familieverenigingen zijn grote verschillen in de mogelijkheid het gevoerde beleid te controleren en in het verplicht contact hebben met de achterban. *Besturen van familieverenigingen* worden gekozen door de leden. Jaarlijks moeten ze rekening en verantwoording afleggen aan de ledenvergadering. Als hun beleid niet goed valt, kunnen ze naar huis gestuurd worden. Besturen van familieverenigingen hebben doorgaans meerdere keren per jaar contact met hun leden tijdens bijeenkomsten en weten wat er onder hen leeft. Deze bijeenkomsten dragen bij aan een onderlinge band tussen de families. Men heeft het gevoel samen sterk te staan ten opzichte van de zorgaanbieder.

Leden van cliëntenraden echter hoeven niet gekozen te worden, het bestuur van de zorgaanbieder mag deze benoemen. Dit is een essentieel verschil, want indien de zorgaanbieder zonder behoorlijke verkiezingen daadwerkelijk een cliëntenraad wil benoemen, heeft dat consequenties voor de onafhankelijkheid van de cliëntenraad. Bovendien kunnen leden van de raad hun werk zonder last en ruggenspraak doen. Ze zijn bijvoorbeeld niet verplicht om geregeld bijeenkomsten met de achterban te houden en in dit geval weet men minder goed wat er leeft onder de cliënten en familie.

Familieverenigingen zijn vaak 'oren en ogen' van een cliëntenraad, maar ook van het bestuur. In een uitspraak (9 september 2015) van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV) voor geschillen tussen zorgaanbieders en cliëntenraden wordt terecht gesteld dat *'een goede samenwerking tussen familieverenigingen, cliëntenraden en de zorgaanbieder uiteraard is toe te juichen en zal naar oordeel van de LCvV bij overeenkomst kunnen worden geregeld'*. Er zijn helaas slechts enkele voorbeelden van dit soort overeenkomsten. Belangrijk is dat elke instelling met een familievereniging een dergelijke overeenkomst heeft. Graag zouden wij samen met de zorgaanbieders een modelovereenkomst willen ontwikkelen. Daarnaast is van belang dat de verzekeraars een dergelijke overeenkomst in de inkoopvoorwaarden 2017 opnemen. Tenslotte willen wij het oprichten van familieverenigingen in het geval zij er niet (meer) zijn stimuleren. Zoals de voorzitter van een centrale cliëntenraad (centrale familieraad genoemd) van een instelling waar geen familievereniging is, onlangs zei: *"Er is bij ons geen familievereniging die overleg heeft met de raden of met de directie of bestuur. Dat is jammer, zo'n vereniging kan er namelijk aan bijdragen dat cliëntenraden (ook als ze familieraden worden genoemd) niet langzaam te veel deel gaan uitmaken van de instelling, waardoor zij een deel van hun kritisch vermogen kunnen verliezen."*⁴

Ook uit onderzoek van de afgelopen jaren naar het functioneren van cliëntenraden wordt gewezen op het belang van wisselwerking van de cliëntenparticipatie in de instelling met de formele medezeggenschap (cliëntenraden). Een samenvatting is te vinden in het rapport 'Medezeggenschap op maat, een onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in zorginstellingen' van het Verweij Jonker Instituut van dit jaar, dat op verzoek van de Minister van VWS werd uitgevoerd. Geconcludeerd wordt: *"Zo zou de cliëntenraad zich wat betreft haar agenda kunnen laten inspireren door de opbrengsten van dit type overleg, een rol kunnen spelen bij het borgen van informele overleg en het stimuleren van de doorwerking ervan in het kwaliteitsbeleid van de zorginstelling. De raden van toezicht zouden een dergelijke ontwikkeling kunnen stimuleren en bewaken. Het tot stand brengen van zo'n verbinding zou ook ten goede komen aan de representativiteit*

en informatiepositie van de cliëntenraden. Cliëntenraden zouden wat dit betreft lessen kunnen trekken uit de ervaringen die zijn opgedaan in het onderwijs en de volkshuisvesting. Hun koepelorganisaties zouden hen daarbij kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld door het verzamelen en aanreiken van goede praktijken. De wettelijke regeling voor medezeggenschap zou hierbij vooral stimulerend moeten werken, bijvoorbeeld door het garanderen van een adequate informatievoorziening en materiële ondersteuning van cliëntenraden.”⁵

De familieverenigingen functioneren al jaren als een vorm van cliëntenparticipatie. De conclusie benadrukt het belang van de bovengenoemde uitspraak van de LCvV.

⁴ Pluspunt juni 2015, pagina 4

⁵ Pagina 31/32 van genoemd rapport.

Samen werken
aan een
mooi leven



KansPlus, belangennetwerk voor mensen met een verstandelijke beperking

bezoekadres

De Haag 15-1
3993 AV Houten

postadres

Postbus 408
3990 GE Houten

t 030 236 37 44 (van ma t/m do)

w www.kansplus.nl

e info@kansplus.nl

f facebook.com/kansplus

t [@KansPlusNL](https://twitter.com/KansPlusNL)

bankrekeningnummer

NL 49 RABO 0159376769

KvK

30231388

VraagRaak

Steunpunt medezeggenschap



BELANGENNETWERK
VERSTANDELIJK
GEHANDICAPTEN