

CURSUS

VERANDERINGEN IN DE ZORG

HOE KUNNEN YPSILONLEDEN HET BELEID BEINVLOEDEN?

In januari 2014 (nadere data volgen, 3 zittingen) wordt een cursus gegeven voor de leden van Ypsilon Amsterdam en eventueel andere geïnteresseerden, met als doel ondersteuning te geven bij belangenbehartiging van mensen met een psychotische kwetsbaarheid en de familie daarvan bij wethouders, beleidsambtenaren en WMO-raden.

De cursus geeft informatie over de veranderingen in de zorg in Amsterdam: Wat komt er op ons af? Waar maken we ons zorgen over? Wat is er nodig? en reikt strategieën aan om die belangen zo effectief mogelijk te behartigen.

In de cursus komen aan de orde:

Kennis vergaren over het onderwerp. Nota's lezen over de zorg, gebruik maken van informatie van Ypsilon landelijk (deskundigennetwerk).

Samenwerken met familieraden, cliëntenraden, WMO-raden.

Lobbyen: Mensen opzoeken die actief zijn in de gemeentepolitiek met zorg in hun pakket en het gesprek met hen aangaan of afspraken maken met ambtenaren en wethouders, die zich bezig houden met de zorg.

Publiciteit genereren: Journalisten van plaatselijke kranten of omroepen er voor interesseren onze familieleden en ons, mantelzorgers GGZ, op de kaart te zetten.

En last but not least:

Stem op de goede partij!

Op 19 maart 2014 zijn er gemeenteraadsverkiezingen.

UITNODIGING VOOR DE BIJENKOMST VAN

"broers en zussen van" **iemand met schizofrenie of een psychose**

Welke thema's leven er bij ons en wat zijn actuele vragen?

kantoor van Ypsilon-Amsterdam, Mauritskade 22C
donderdag 23 januari 2014
inloop vanaf 19.00,
start programma 19.30
duurt tot 21.30 uur

aanmelden graag vóór 13 januari via: kirstren.cup@gmail.com

YPSILON**020 4700474****AMSTERDAM****NOTITIES****BEWAREN****Geachte Ypsilonleden,****Niko Kuijper**

Voor u ligt een dubbele uitgave van ons bulletin. Dubbeldik, niet omdat we wat te vieren hebben, maar omdat er heel wat veranderingen op stapel staan waar we ons zorgen over maken.

De grootste veranderingen staan gepland voor het begin van 2015, de beleidsvoorbereidingen zijn reeds in volle gang en soms werpen de voorgenomen maatregelen hun schaduw al vooruit!

Kortom, het worden spannende tijden voor wie afhankelijk zijn van goede zorg voor ons zorgbehoevende familielid. Wij zullen de ontwikkelingen aandachtig volgen en mocht u denken: Daar kan en wil ik ook mijn steentje aan bijdragen, u bent van harte welkom. Graag wensen we u, ondanks al die donkere wolken, een gezond en voorspoedig 2014.

ZORG IN AMSTERDAM VERANDERT

Mirjam Dessing

Welke zorg biedt de gemeente Amsterdam aan mensen met psychotische klachten en hun familie in het nieuwe jaar? In 2014 worden besluiten genomen en voorbereidingen getroffen voor grote veranderingen in de zorg in Nederland. Zo ook in Amsterdam.

Wat verandert?

Met ingang van 2015 veranderen de AWBZ, de Wajong, de WSW, de WMO en de wet op de Jeugdzorg drastisch. De GGZ verdwijnt in zijn geheel uit de AWBZ. Het zorgdeel gaat naar de ZVW, begeleiding naar de WMO. De WSW wordt uitgekleeft. Een beschutte (sociale) werkplaats is uitsluitend nog voor mensen zonder enig perspectief op werk. Wajong voor nieuwe instromers (na 2014) is alleen voor mensen die nooit kunnen werken. Het overige deel van de jonggehandicapten verdwijnt in de wet 'Werken naar vermogen' die vanaf 2015 opgaat in de Participatiewet, die net als de WMO wordt uitgevoerd door de gemeenten. Ook Jeugdzorg, inclusief de jeugd-GGZ, valt in 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.

AWBZ	= Algemene Wet Bijzondere ziektekosten
Wajong	= Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
WSW	= Wet Sociale Werkvoorziening
WMO	= Wet Maatschappelijke ondersteuning
ZVW	= Zorgverzekeringswet
OGGZ	= Openbare geestelijke gezondheidszorg
PGB	= Persoonsgebonden budget

De gemeente Amsterdam heeft, als voorbereiding op de nieuwe taken, het koersbesluit Amsterdamse Zorg: Noodzaak Voorop ontwikkeld. De raad heeft dit aangenomen.

Samenvatting van het Koersbesluit:

Amsterdam voert vanaf 2015 een nieuw zorgstelsel in. Het huidige zorgstelsel is in de toekomst niet meer geschikt. De afgelopen jaren werd er steeds meer zorg gebruikt, de bevolking wordt ouder, de gemeente krijgt minder budget, de kwaliteit van de zorg verandert en moet verbeteren.

Een belangrijk uitgangspunt van de Amsterdamse zorg is zelf meer doen. Men spreekt niet meer van 'recht op zorg', maar van noodzaak van zorg. Voor de mensen die het niet zelf kunnen regelen blijft er een vangnet, dat helpt regie te houden op het eigen leven. De gemeente wordt verantwoordelijk voor begeleiding, verzorging en ondersteuning van mensen met een beperking. Dit geldt ook voor mensen met een psychiatrische aandoening.

De plannen van de gemeente Amsterdam zijn erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Eerst kijken wat je zelf kunt en een beroep doen op familie en vrienden wordt steeds gebruikelijker. Niet iedereen ontvangt dezelfde zorg, want iedere situatie is anders. Natuurlijk blijft goede zorg ook beschikbaar voor hen die dat echt nodig hebben en het zelf niet kunnen organiseren of betalen.

De gemeente wil zorg en ondersteuning in de buurt organiseren. Voor en door mensen die de situatie goed kennen. Zo kan de Amsterdammer zo lang mogelijk in zijn/haar vertrouwde omgeving blijven wonen of, als dat niet meer lukt, naar een meer beschermde omgeving verhuizen.

Vanaf 2015 bieden wijkzorgteams zorg en ondersteuning in Amsterdam aan. De stad wordt in 22 gebieden van ongeveer 40.000 inwoners opgedeeld. In de teams stellen de huisarts, wijkverpleegkundige, verzorgende, woonbegeleider en maatschappelijk werker, in overleg met degene die de zorg nodig heeft, zorg op maat samen. De wijkzorgteams zijn de spil van de toekomstige Amsterdamse zorg.

Om de grote overgang van de herinrichting van de WMO in goede banen te leiden wordt gekozen voor een veranderstrategie langs drie sporen:

Basisaanbod dat Eigen Kracht ondersteunt (nulde lijn)

Mensen zullen meer zelf moeten doen, ondersteund door mantelzorgers (familie, vrienden, buren). De gemeente heeft de taak de randvoorwaarden te creëren waarmee Amsterdammers dit ook kunnen.

Wijkzorgteams (eerste lijn)

Met het introduceren van wijkzorgteams wordt gezorgd voor afgestemde zorg op het niveau van de wijk (verzorging en verpleging, (woon)begeleiding, cliëntondersteuning, oefenen van vaardigheden, praktische ondersteuning). Dit moet leiden tot betere ondersteuning tegen lagere kosten. Professionals bepalen de noodzaak van de zorg.

Doelmatige inkoop in de 2e lijn (tweede lijn)

De gemeente gaat in gesprek met zorgaanbieders en professionals over mogelijke vereenvoudigingen en innovaties in de zorg. De insteek is om zoveel als mogelijk de kwaliteit van de zorg te handhaven en tegelijkertijd te komen tot een kostenbesparing van 25%.

Huishoudelijke hulp.

Amsterdam raakt 40% van het budget daarvoor kwijt. Dit betekent dat het huidige voorzieningenniveau niet in stand gehouden kan worden. De verantwoordelijkheid voor het schoonmaken van de eigen woning ligt bij de inwoners van Amsterdam zelf. Voor een aantal mensen is het niet reëel dat zij die omslag nog maken, bv de mensen die nu 85 jaar of ouder zijn én al Hbh ontvangen. Ook voor de OGGZ-doelgroep wordt de hulp bij het huishouden gecontinueerd als onderdeel van de (bemoei)zorg.

Voor mensen die dat (tijdelijk) niet kunnen omdat ze niemand hebben die ze kan helpen én het ook niet kunnen betalen, blijft de gemeente het regelen of betalen.

Conclusie.

Het Kraaipan project heeft van 2008 tot 2013 aan zo'n 30 mensen een voor hen geschikte woning kunnen bieden. Sommigen wisselden hun andere huurwoning in voor een binnen ons project, omdat ze hopen zo hun isolement te kunnen doorbreken. Anderen waren voldoende hersteld na een opname – soms ruimschoots – en wisselden hun plek in doordat ze naar een eigen woning konden verhuizen.

Weer anderen hadden nog geen zelfstandige woning, een studentenhuisvesting of woonden nog thuis, maar moesten door hun ziekte verhuizen en wilden graag participeren binnen ons project. De woning is binnen dit project natuurlijk het belangrijkste voor alle bewoners en – zoals we dat kennen – hopen velen dat hun handicap van tijdelijke aard is/was en ze straks onze woongroep niet nodig zullen hebben. Wie zou het ze niet gunnen?

De werkgroep "Wonen" van Ypsilon Amsterdam heeft de afgelopen jaren nog gezocht naar andere locaties voor een tweede project. Een paar jaar hebben we zelfs overlegd met Stadgenoot om dat project vorm te geven binnen de nieuwbouw, gepland in de Houthavens. Door de malaise in de bouw trok Stadgenoot zich daar terug en daarmee viel de bodem onder dit initiatief weg.

Toch blijft het van cruciaal belang om woonmogelijkheden te faciliteren voor mensen die geconfronteerd worden met schizofrenie. Deze ziekte openbaart zich over het algemeen op een moment dat men, ook zonder die aandoening behoefte heeft aan een eigen woning dan wel, gegeven de ziekte, zijn eigen woning moet inwisselen voor een andere.

Een adequaat aanbod is op dat moment van belang als bijdrage ter beheersing van de handicap, de professionele zorg alsmede de mantelzorgers daarmee te ontlasten en in geval er helemaal geen huisvesting beschikbaar is niet onnodig een ziekenhuisbed te bezetten: zeer kostbaar en ongunstig voor de patiënt.

Stichting Kraaipan Oase kende een geleidelijke groei over 5 jaar naar een dertigtal woningen. Dit had als voordeel dat we maximaal aandacht konden besteden aan de selectie van de bewoners en niet door bedrijfseconomische redenen werden gedwongen hier concessies aan te doen. Daarnaast konden we met de toename van het project de vrijwilligersorganisatie opbouwen en versterken.

Doelgroepenbeleid en woningdistributie.

De gemeente heeft de afgelopen jaren teveel woningen bestemd t.b.v. speciale doelgroepen, zo gaat het verhaal. Hierdoor staan andere mensen evenredig langer op de wachtlijst.

Dat zal ongetwijfeld zo zijn: De vraag naar woningen in Amsterdam is nog steeds veel groter dan het beschikbare aanbod. Daar moet men wat aan doen!

Dit neemt niet weg, dat het voor mensen die last hebben van schizofrenie uitermate belangrijk is te beschikken over een woongelegenheid, die bij hun handicap past. Dit geeft hen wat meer ruimte met hun handicap om te gaan en belast daardoor minder de professionele zorg en ons als mantelzorgers.

We zullen daarom de gemeente blijven verzoeken om ruimte te bieden voor "onze doelgroep", het liefst in een groeimodel als de Kraaipan Oase maar soms ook voor individuele gevallen, want op maat gekozen woongelegenheid helpt zoveel de ziekte draaglijker en beter hanteerbaar te maken.

Daarbij mogen we toch verwachten, dat de gemeente zich bewust blijft dan wel nog meer bewust wordt van het feit, dat ze organisaties als Ypsilon moet blijven betrekken bij de zorg en niet alleen mantelzorgers aanspreekt als ze het zelf moeten laten afweten. Zo niet, dan vallen er straks flinke gaten in de bezetting rond de "keukentafel" om de aanpak van de zorg te bespreken.





VOLTOOIING VAN STICHTING KRAAIPAN-OASE

Niko Kuijper

In 2005 schreven we Amsterdamse woningcorporaties aan met het verzoek ons te helpen het tekort aan geschikte huisvesting voor mensen die lijden aan schizofrenie weg te werken. Wat geschikte huisvesting is wordt natuurlijk mede bepaald door de zwaarte van de handicap. De grootste groep kan en wil echter het liefst wonen zoals elke Amsterdammer. Dit werd dan ook het uitgangspunt voor het Kraaipanproject:

Woningen van zodanige **kwaliteit**, dat je er heel je **verdere leven** in kunt wonen, in een **rustige buurt**, en met een **eigen voordeur** aan de straat, want zowel voor de bewoners als zijn burens leiden portiekwoningen in sommige gevallen tot conflicten en wanbegrip, die beter voorkomen kunnen worden.

Met de woningen vroegen we een **gemeenschappelijke ruimte**. Een belangrijk gevaar bij zo'n handicap als schizofrenie is namelijk isolement. Als familie willen we daar van alles aan doen, maar kunnen dat niet alleen, alleen al niet, omdat we als ouders niet het eeuwige leven hebben. De gemeenschappelijke ruimte betekent een instrument van de woongroep om in eigen beheer dit isolement te voorkomen.

Natuurlijk hadden de corporaties die wilden meewerken, (vooral Ymere, maar ook Stadgenoot, Rochdale en Eigen Haard wilden een bijdrage leveren) hun voorwaarden om aan dit project mee te doen. Wij als familiestichting van naastbetrokkenen stellen ons garant voor de inning van de huur. Verder zijn we als familie, waar nodig, intermediair tussen de corporatie en de huurder, net als tussen de bewoners en zijn/haar burens. Op basis van deze voorwaarden werd afgesproken, dat er minimaal 30 woningen zouden worden geleverd en een gemeenschappelijke ruimte.

De oplevering van de gemeenschappelijke ruimte en 10 appartementen

in een mooi gelegen oud schoolgebouw voltooit het project Kraaipan Oase nagenoeg geheel. Toch is daarmee het werk niet af. Want zoals gezegd: Wij blijven verantwoordelijk voor de inning van de huur. Wij zijn waar nodig intermediair tussen de corporatie en de huurder en de buurt en de huurder. En we helpen de bewoners hun gemeenschappelijke ruimte optimaal te benutten zodat ze daar als een sociëteit de rest van hun leven profijt van hebben.

Verplichtingen die we, als familie, maar al te goed herkennen: Hoeveel maken zich niet zorgen over het beheer van de financiën van hun zieke familielid en hoeveel keer moeten we niet bemiddelen tussen instanties of burens. En dat dreigende isolement is bij velen ook wel bekend. In de Kraaipan Oase kunnen we dit werk als familiestichting doen in een collectief en daarmee elkaar vervangen, aanvullen en ondersteunen.

De kosten? De corporaties krijgen hun huur zonder administratiekosten voor incasso, etc. Op de professionele zorg zal door deze opzet alleen maar minder een beroep hoeven worden gedaan dan wanneer het wonen zou leiden tot meer stress.

Dagbesteding.

Bij elke vraag om dagbesteding wordt eerst bekeken of er perspectief op werk is, al dan niet onder begeleiding. Werk is de norm. Samen met de Dienst Werk en Inkomen probeert men te komen van dagbesteding, via begeleid werken, naar werken. Alleen voor de OGGZ-doelgroep en mensen met b.v. zware psychiatrische beperkingen zonder perspectief op werk blijven specifieke vormen van dagbesteding bestaan.

Zelfredzaamheidsmatrix

In het nieuwe stelsel kijkt men naar zelfredzaamheid. De Amsterdamse GGD heeft hiervoor een instrument ontwikkeld dat inmiddels op veel plaatsen in Nederland gemeengoed is geworden: de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). Van alle organisaties in 1e en 2e lijn wordt verwacht dat zij vanaf 2015 de ZRM op verantwoorde wijze hanteren.

PGB. Mensen met een chronische en grote zorgvraag houden de mogelijkheid om een PGB aan te vragen als het door de gemeente gecontracteerde aanbod niet voldoet aan hun wensen. Voor de ondersteuning en zorg die door het wijkzorgteam wordt geleverd kan geen PGB worden aangevraagd. De gemeente zal eisen stellen aan de kwaliteit van de diensten en hulpmiddelen die via een PGB worden betaald. Als een mantelzorger voldoet aan deze kwaliteitseisen kan deze in principe betaald worden uit een PGB.

Voor de volledige tekst van het Koersbesluit Amsterdamse Zorg: Noodzaak Voorop, herinrichting van de WMO zie op de site van de gemeente Amsterdam:

www.amsterdam.nl zoeken: 'Koersbesluit'

Wanneer wordt dit beleid ingevoerd?

Huishoudelijke hulp: 1 januari 2015 (informatie per klant midden 2014)

Overgang van de AWBZ-functies: 1 januari 2015 (tenzij er door beslissingen in de Tweede kamer veranderingen optreden). De gemeente schrijft nu een uitvoeringsnota. Deze nota zal waarschijnlijk in februari 2014 in de gemeenteraad behandeld worden.

De kwetsbaarste groepen mogen niet tussen de wal en het schip vallen!

In het Koersbesluit Amsterdamse Zorg komen de problemen van mensen met een psychotische gevoeligheid en hun familie/mantelzorgers nauwelijks aan bod. Voor de gemeente zijn de GGZ- patiënten en hun mantelzorgers een relatief kleine doelgroep met een stigma, minder geliefd door overlast en incidenten en nog weinig bekend. De beleidsmakers zijn onvoldoende op de hoogte van de zorgbehoefte van mensen met een psychotische kwetsbaarheid.

In de Uitvoeringsnota zal duidelijk worden wat het beleid voor de psychotische patiënten en hun familie voor gevolgen heeft. Is dit beleid van de gemeente toereikend om goede zorg te bieden aan onze familieleden en aan ons mantelzorgers?

Enkele punten van bezorgdheid:

Deskundigheid. Voor GGZ-patiënten is een deskundige indicatiestelling van levensbelang. Vast staat al dat er strengere toelatingseisen zullen komen, dat er een grotere eigen bijdrage gevraagd zal worden en dat er veel minder budget is. De gemeenten kunnen zelf kiezen hoe de indicatie gemaakt wordt (CIZ, ambtenaar). Is er in het wijkteam voldoende psychiatrische kennis? Is er bv in elk wijkteam een psychiatrisch verpleegkundige? Kan een vertrouwenspersoon (bv familielid aanwezig zijn bij de indicatiestelling? Zijn er beroepsmogelijkheden tegen de toewijzing van zorg?

Objectiviteit. Vaak wordt bij de indicatie de term "keukentafelgesprek" gebruikt om aan te geven dat het mogelijk is om een open gesprek te gaan voeren. Maar die ambtenaar is ook degene die de financiering in de gaten moet houden. Van objectiviteit is dan eigenlijk geen sprake meer. Er is een financieel belang!

De noodzaak tot zorg moet objectief worden vastgesteld. Veel GGZ-patiënten hebben geen ziektebesef of -inzicht. Bij de indicatiestelling zal blijken dat de patiënt hulp vaak

niet nodig vindt. Hoe komt een patiënt dan toch aan de noodzakelijke zorg? Als de patiënt niet bij machte is hier de noodzakelijke gegevens voor aan te dragen kan de familie en/of mantelzorger dit voor hem doen, soms tegen de zin in van de patiënt. Wordt hier de mogelijkheid toe geboden bij de indicatiestelling? En hoe wordt de rol van de Zorg door mantelzorgers georganiseerd, wanneer de patiënt zich hier weinig of niet voor opent?

Men gaat uit van Eigen Kracht eerst. Eerst kijken wat de GGZ-patiënt zelf kan. Maar houdt men er rekening mee dat patiënten met een psychotische gevoeligheid meestal levenslang ernstig ziek zijn en dat het ziektebeeld wisselend is, dat men vaak een dubbele diagnose heeft? Wordt er rekening gehouden met het feit dat de leefomstandigheden van de patiënt niet erg aantrekkelijk zijn: laag inkomen, weinig sociale contacten, vaak geen relatie: eenzaamheid, geen energie, lichamelijke klachten o.a. door medicijngebruik, machteloosheid, maatschappelijk buitengesloten voelen, lage concentratie, onrust, angsten etc.?

Wordt de participatiemaatschappij zo niet een te grote druk?

Kwaliteit, continuïteit en samenhang van de zorg.

De continuïteit van zorg is voor chronische GGZ-cliënten van levensbelang. Veel patiënten reageren slecht op veranderingen (mantelzorger, psychiater, case- manager, woonbegeleider, huisarts)

De kwaliteit van de zorg wordt in belangrijke mate bepaald door de juiste zorg op het juiste moment aan te bieden. De ernst van de situatie van de patiënt kan sterk wisselen. Bij zo een fluctuerend ziektebeeld is het van belang dat de zorg zich snel aanpast aan deze veranderende situatie. Hoe snel kan de nieuwe organisatie schakelen? Wie controleert de patiënt? Wie regelt de variabele zorg? Trage schakeling betekent naast extra beschadiging van de patiënt ook overbelasting van mantelzorg.

Bij enigszins stabiele GGZ-patiënten is deze stabiliteit vaak pas na lange tijd bereikt. Bij het verminderen van zorg en toezicht bestaat de kans dat de patiënt weer snel in een acute psychose raakt en sterk verslechtert en overlast bezorgt. Dit is voor de patiënt slecht, levert veel zorgen voor de familie en is financieel voor gemeente/zorgverzekeraar niet gunstig.

Een patiënt met psychoses is gebaat bij een samenhangende zorg: psychiatrische en lichamelijke zorg, wonen, dagbesteding, financiën, sociaal netwerk moeten op elkaar afgestemd zijn. Er moet ook steeds gecontroleerd worden of het totale zorgpakket effectief is oftewel: of het goed gaat met de patiënt. Hoe gaat men dat realiseren?

De positie van Mantelzorgers. Er zal een steeds groter beroep gedaan worden op mantelzorgers. De kans op overbelasting is groot. Hoe worden zij ondersteund (kennis, financieel, tijdelijk ontlasting / respijtzorg)? Hoe wordt het geregeld dat mantelzorgers ook meepraten/denken over indicatiestelling en uitvoering van zorg?

Overgang AWBZ naar WMO. Wat gebeurt er in de overgang van de AWBZ naar de WMO met de patiënt? Krijgt iedere patiënt een nieuwe indicatie? Wat gebeurt er met de zorginkoop? Krijgt een patiënt totaal nieuwe hulpverleners? Blijft de woonsituatie dezelfde?

Is er bij zelfstandig wonen ook een mogelijkheid van korte opvang? Veel patiënten zitten op de grens van WMO-hulp en ZWV-zorg. Hoe gaan de gemeente en de zorgverzekeraars dit regelen?

Hoe is het gesteld met de privacy van patiënten bij de gemeente?

Er bestaat onder patiënten veel onrust over de toekomst (waar kan ik op rekenen?)

Help mee! Beleid beïnvloeden gaat niet vanzelf; het kost tijd en inzet. Hiervoor heeft Ypsilon veel mensen nodig. Geef je op: tel. 020-4700474 of mail: ypsadam@ypsilon.org

Zie de aankondiging van de cursus verderop in dit nummer



Ontvangst vanaf 19.30 uur, aanvang programma 20 uur, tot ca. 22 uur.

DINSDAGAVOND PROGRAMMA

U bent hartelijk welkom op de open bijeenkomsten in de nieuwe Mentrum kliniek, 1-ste Const. Huygensstraat 38, te bereiken met:
tramlijn 1, halte 1-ste Const. Huygensstraat, tramlijn 3 en 12, halte Overtoom
en Bus 170, halte Concertgebouw, overstappen op lijn 3 of lijn 12.

21/01/2014

Hannie Boumans, oprichtster van het EI-complex:
Mogelijke opheffing van de tussenvoorziening dagactiviteiten bij het EI-complex,
EEN SLECHTE ZAAK!

18/02/2014

Peter van Lier, coördinator bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE):
De ontstaansgeschiedenis van het CCE, waar houdt het CCE zich mee bezig in het
bijzonder in relatie tot de GGZ”.

18/03/2014

Een huisarts

Huisartsen krijgen in de nieuwe organisatie van de zorg meer verantwoordelijkheden bij de
begeleiding van psychiatrische patiënten. Zijn ze daarvoor toegerust?
Hebben ze daar tijd genoeg voor? Een huisarts uit de praktijk.

15/04/2014

Wander Rietsma, Directeur De Waterheuvel:
De Waterheuvel en het Clubhuismodel:
hoop en perspectief voor mensen met een gevoeligheid voor psychoses”.

amsterdam landelijk

YPSILON AMSTERDAM EN

OMSTREKEN

Mauritskade22-c, 1091GC Amsterdam
telefoon: 020- 4700474
e-mail : ypsadam@ypsilon.org
website: www.ypsilon-amsterdam.nl
ING 59 00 698
Kamer v.Koophandel 213515

YPSILON LANDELIJK BUREAU:

Opgave nieuwe leden en steunleden

Postbus 715
3000AS Rotterdam
telefoon: 088 000 2120
e-mail: ypsilon@ypsilon.org
website: www.ypsilon.org

CRISISDIENSTEN

Arkin: 020-523 54 33 Kantooruren, 's avonds en in het weekend
In Geest: 020-788 53 33 Amsterdam en 020-543 43 43 Almere Amstelveen