

# De lasten van de zorg

## Vermaatschappelijking van de zorg drukt vooral op lager betaalden

**Margo Trappenburg**  
Hoofddocent Departement Bestuurs- en Organisatiewetenschap, Universiteit Utrecht

Vermaatschappelijking van de zorg is al jaren een hot item. Over één aspect gaat het debat te weinig: deze operatie vraagt vooral offers van de lager betaalden. De verzorgingsstaat belaste de sterkste schouders het meest, maar de participatiemaatschappij van de toekomst zal eerder op de zwakkere schouders drukken. Willen we dit deniverende effect eigenlijk wel, is de hamvraag in dit essay.

**M**arijke Malsch is de zus van een volwassen man met een verstandelijke beperking. Haar broer Jacob woont sinds jaar en dag in een instelling. Aanvankelijk tot ieders tevredenheid, maar sinds een tiental jaren is het mis. De instelling heeft een nieuwe filosofie omarmd: de leiding vindt dat mensen met een beperking in de maatschappij moeten wonen, niet in een instelling in de bossen. Malsch beschrijft in haar recent verschenen boek *Dwang of bevrijding?* (2013) hoe de medebewoners van haar broer geleidelijk worden gedwongen om te verhuizen, ondanks het verzet van hun ouders of andere familieleden die menen dat mensen met ernstige beperkingen beter af zijn en meer bewegingsvrijheid hebben in een beschutte woonomgeving.

De instelling van Jacob staat niet alleen. De filosofie van vermaatschappelijking of deinstitutionalisering is al decennialang populair bij beleidsmakers en instellingsdirecties. Het speelt niet alleen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, maar ook in de psychiatrie. Alom in het land worden grootschalige zorginstellingen ontmanteld en vervangen door kleinschalige woonvormen en zelfstandige appartementjes in gewone woonwijken, ergens in het dorp of in de stad.

In allerlei onderzoeken is gekeken naar de ervaringen van voormalige instellingsbewoners die meer of minder zelfstandig zijn gaan wonen in de gewone wijk. Loes Verplanke en Jan Willem Duyvendak (2010) concluderen op basis van onderzoek in Nederland dat ze allemaal blij zijn met hun eigen voorkeur en hun eigen afstandsbediening voor de tv. Zij signaleren echter ook dat veel mensen met beperkingen eenzaam zijn; ze hebben vooral contact met hun familie en met de professionele hulpverlener die hen eens in de zoveel tijd opzoekt om te kijken hoe het gaat.

Femmianne Bredewold (2014) deed onderzoek in twee wijken in Zwolle waar veel mensen met beperkingen wonen (zowel chronische psychiatrische patiënten als mensen met een verstandelijke handicap). Haar onderzoek laat zien dat beide groepen moeilijk aansluiting vinden in de gewone maatschappij. Mensen met een psychiatrische aandoening zijn vaak onhandig en onzeker in sociale contacten; ze zijn bang om te falen of verkeerde dingen te zeggen. Mensen met een verstandelijke beperking missen dikwijls de sociale antenne die nodig is voor een goed contact met burens en kennissen.

Marigo Teeuwen (2012) deed dossieronderzoek bij politie en justitie en ontdekte dat jongeren met een lichte verstandelijke beperking sterk oververtegenwoordigd zijn in de justitiële statistieken.

Tot slot is op internet een Zembla-documentaire terug te zien uit 2007: *Seks, drugs en verstandelijk gehandicapt*. De redactie sprak met personeel, bewoners en familieleden van de Zeeuwse zorginstelling Arduin, een van de koplopers in de vermaatschappelijking. De Zembla-aflevering laat zien hoe cliënten in kleinschalige woonvormen het slachtoffer kunnen worden van medecliënten, verslaafd kunnen raken aan drugs of alcohol, en er veelal niet in slagen een goed leven op te bouwen in de wereld buiten hun instelling.

De vermaatschappelijking van de zorg heeft niet alleen positieve en negatieve gevolgen voor de doelgroep, maar ook voor de hen omringende omgeving: de buurten waarin cliënten terecht komen als hun instellingen krimpen of verdwijnen. Over die buitenwereld gaat het in dit essay.

Eerst bekijken we in welke Amsterdamse wijken voormalige instellingsbewoners worden gehuisvest en hoe dit vestigingspatroon kan worden verklaard. Vervolgens plaatsen we deze gegevens in een bredere context: de omslag van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij.

In Amsterdam is een aantal grote zorginstellingen actief: Amsta, Cordaan, Philadelphia, Mentrum, hvo Querido, Stichting Volksbond en het Leger des Heils. Al deze instellingen hebben op hun website de adressen staan waar kleinschalige woonvormen zijn gevestigd.

De adressen van individueel zelfstandig wonende cliënten staat niet op de sites (in verband met de privacy van deze cliënten). Enkele instellingen waren wel bereid daarover telefonisch informatie te geven. Amsta gaf informatie op buurtniveau (appartementjes in die en die buurten); Cordaan vertelde dat de zelfstandig wonende cliënten over het algemeen wonen in dezelfde buurten waar ook de kleinschalige woonvormen staan; volgens hvo Querido wonen cliënten vooral in 'de wat mindere buurten'; Philadelphia leverde straatnamen aan die konden worden gekoppeld aan buurtcodes.

Op basis van deze gegevens is in *tabel 1* de informatie over buurten uit de *Amsterdamse armoedemonitor* gekoppeld aan het aantal kleinschalige woonvormen. In de tabel zijn alleen wijken opgenomen waarin dergelijke voorzieningen gevestigd zijn. De buurten zijn gerangschikt op sociaal-economische status, van rijk naar arm, aangegeven met verschillende kleuren. Hiervoor is de indicator 'percentage minima in de betreffende buurt' (tweede kolom van links) gebruikt, aangevuld met het 'percentage sociale woningbouw' (derde kolom van links). Aldus zijn de buurten ingedeeld in vijf categorieën of quintielen: minder dan 5% minima, 5 tot 10% minima, 10 tot 15% minima, 15 tot 20% minima, meer dan 20% minima. In de laatste kolom staat het aantal kleinschalige woonvormen. Als bekend is dat er in de betreffende buurt individuele appartementen voor zorgbehoevende bewoners zijn gebouwd of gehuurd, is dit aangegeven met een I\*.

Er zijn in Amsterdam 86 kleinschalige woonvoorzieningen verspreid over de stad, naast een onbekend aantal adressen waarop individuele cliënten wonen. In wijken met minder dan 5% minimuminkomens komen bijna geen vestigingen voor; zo heeft de grachtengordel of de Willemsparkbuurt er geen enkele. De tabel toont wat de rijkste wijken betreft alleen twee kleinschalige woonvormen in de Museumbuurt. Het percentage zorginstellingen loopt geleidelijk op als we kijken naar de iets minder dure buurten (5 tot 10 % minimahuishoudens). Ook in deze categorie zijn er buurten met geen enkele vestiging (bij-

Tabel 1

## Aantal kleinschalige woonvormen per Amsterdamse buurt, gerangschikt van rijk naar arm, 2012

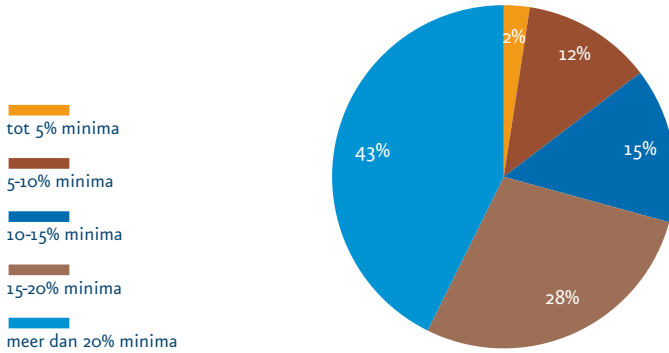
Wijk in Amsterdam	Percentage minima	Percentage sociale woningbouw	Aantal kleinschalige woonvormen
<i>Wijken met minder dan 5% minima</i>			
Museumkwartier	3,5	2,6	2
Nieuwendammerdijk/Buiksloterdijk	1		I*
<i>Wijken met 5-10% minima</i>			
Middelveldsche Akerpolder/Sloten	8,9	30	3
Sloter/Riekerpolder	5,8	20,6	2
Middenmeer	8,4	18,3	3
Scheldebuilt	8,1	18,9	1
Burgwallen	6,6	5,6	1
Eendracht	9,6	5,6	1 + I*
Oostelijk Havengebied	9		I*
<i>Wijken met 10-15% minima</i>			
Overtoomse Sluis	10,3	20,4	2
Schinkelbuurt	13,5	35,1	1
Haarlemmerbuurt	13,4	43	1
Helmertsbuurt	10,2	23,1	1
Westlandgracht	14,2	40,6	3
Jordaan	13,0	38,3	1
IJburg-West	12,5	31,9	2 + I*
Da Costabuurt	11,5	22,9	2 + I*
Oostzanerwerf	12,7	56,4	1 + I*
<i>Wijken met 15-20% minima</i>			
IJburg-Zuid	15,7	41,4	3
Osdorp-Oost	17,3	62,6	2
Tuindorp Oostzaan	18,6	74	2

Nieuwe Pijp	15	34,5	1
Centrale Markt	17,5	51,8	2
Gein	17,3	51,3	2 + I*
Oostelijke Eilanden/Kadijken	15,8	62	2
Buikslotermeer	17,9	64,1	2
De Punt	16,7	53,2	3
Rijnbuurt	15,9	42,8	2 + I*
Zeeburgereiland	17	?	I*
<i>Wijken met meer dan 20% minima</i>			
Bijmer-Centrum (D, F, H)	26,1	71,8	5 + I*
Landlust	21,6	51,5	1 + I*
Dapperbuurt	24,8	67,5	3
Kolenkitbuurt	28,2	81,5	3
Geuzenveld	20,6	70,5	5 + I*
Van Lennepbuurt	22	55	1
Banne Buiksloot	24,1	73,8	2
Oosterparkbuurt	21,4	61,4	2
Holendrecht/Reigersbos	23,9	70,9	3
Slotermeer-Zuidwest	24,5	70,4	3 + I*
IJplein/Vogelbuurt	28,4	78,8	1 + I*
Stadionbuurt	27,2	56,8	1
Indische Buurt-West	22,8	61,3	2
Bijlmer-Oost (E, G, K)	24,3	61,2	3 + I*
Indische Buurt-Oost	27,4	71,8	1
Osdorp-Midden	20,6	63,5	1
Kinkerbuurt	25	?	I*

Bron: O+S, bewerkt door auteur.

Figuur 1

Percentage kleinschalige woonvormen per wijkengroep



Bron: O+S, bewerkt door auteur.

voorbeeld de Vondelbuurt in West en Duivelseiland in Oud-Zuid), maar het totale aantal van 11 kleinschalige woonvormen ligt wel iets hoger dan in de allerrijkste buurten.

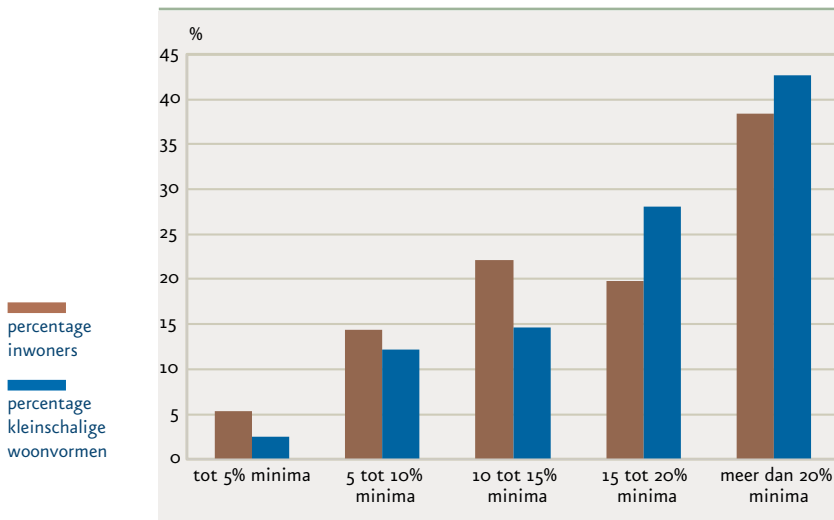
Kijken we vervolgens naar de wijken met 10 tot 15% minima, dan stijgt het aantal woonvormen tot 14. In de wijken met 15 tot 20% minima vinden we 21 adressen. Verreweg het grootste aantal kleinschalige woonvormen treffen we aan in de armste wijken met meer dan 20% minimahuishoudens, waar ook meer dan de helft van de woningvoorraad uit sociale woningbouw bestaat: daar zijn 37 kleinschalige woonvormen gevestigd.

We krijgen het verband tussen de sociaal-economische status van de wijk en het aantal kleinschalige woonvormen dat er is gevestigd helemaal in beeld, als we er een cirkeldiagram van maken (*figuur 1*). Per quintiel wijken met een bepaalde sociaal-economische status (het percentage minima) kunnen we dan zien welk percentage kleinschalige woonvormen in die wijkengroep gevestigd is. Slechts 2% van de vestigingen blijkt zich te bevinden in het rijkste quintiel. De buurten met de meeste minimahuishoudens nemen 43% voor hun rekening.

Nu zou het natuurlijk kunnen dat het percentage kleinschalige woonvormen samenhangt met het aantal inwoners in een bepaalde wijk: hoe meer mensen des te meer vestigingen, ongeacht de sociaal-economische positie van de buurt. In de grachtengordel en Oud-Zuid wonen gewoon minder mensen dan in Zuidoost en daarom zijn er ook minder kleinschalige woonvoorzieningen, zou dan de redenering kunnen zijn.

Daarom moeten we ter controle kijken welk percentage Amsterdammers woont in een wijkengroep met een bepaalde

Percentage inwoners en percentage kleinschalige woonvormen per wijkengroep, 2012



Bron: O+S, bewerkt door auteur.

sociaal-economische status en vervolgens nagaan welk percentage van de kleinschalige woonvormen in de betreffende wijken-groep is gevestigd. In het quintiel met de rijkste wijken woont 5,3% van alle Amsterdammers. Het daarop volgende quintiel van wijken herbergt 14,3% van de Amsterdamse inwoners. In het armste quintiel woont 38,4% van de Amsterdammers. Zetten we voor elk quintiel naast het percentage inwoners ook het percentage kleinschalige woonvormen, dan ontstaat het volgende plaatje (figuur 2):

Duidelijk is te zien dat in de rijkste quintielen het percentage inwoners hoger ligt dan het percentage kleinschalige woonvoorzieningen. In de armste twee quintielen is dat omgekeerd. Er is dus wel degelijk sprake van een ongelijkmatige verdeling over de stad.

**Waarom is de verdeling zo scheef?**

Het vestigingspatroon van zorginstellingen in Amsterdam is niet uniek. Een van de vroegste publicaties over vermaatschap-pelijking stamt uit 1985 en is van de hand van de Amerikaanse socioloog Phil Brown. Hij signaleerde dat veel mensen bezwaar maken tegen psychiatrische patiënten als burens, omdat zij denken dat dit leidt tot waardevermindering van hun huis. Brown verwijst dit bezwaar naar het rijk der fabelen. Psychia-

trische patiënten hebben niet veel geld en worden over het algemeen geplaatst in ‘run down areas’, waar huizen sowieso weinig waard zijn, dus dan maakt een klein beetje extra ellende weinig uit.

Femmianne Bredewold (2014) vergeleek twee Zwolse wijken waar kleinschalige woonvormen gevestigd zijn. In de arme wijk Ittersumerlanden bleken veel meer mensen met een beperking te wonen dan in de duurder buurt Schellerlanden. Mensen die nieuw komen wonen in Ittersumerlanden schrikken van de grote aantallen mensen met beperkingen. Bredewold citeert een van haar respondenten die zich afvraagt wie haar nieuwe burens zullen zijn: ‘Nu hebben we ook zoiets van “oh asjeblijft, nu een normaal iemand” zeg maar.’ De wijkagent in Ittersumerlanden analyseert de situatie als volgt: ‘Zoals het nu is, is het allemaal geconcentreerd eigenlijk in de laag opgeleide buurten. Waar werkloosheid heerst en noem het maar op, en daar plaats je dan ook nog verstandelijk beperkte mensen in. Die daar ook nog, ja, hun eigen moeilijkheden meebrengen in zo’n buurt. Nou, je zult er maar wonen als gezin zijnde met kleine kinderen, met verstandelijk beperkte jongeren op een scooter die iedere nacht om twee uur dat ding zitten te starten en wegrijden en repareren. Dat maakt ze allemaal niet uit, die lawaaioverlast.’

Merel Hilbolling (2012) nam een steekproef uit het totaal van zorginstellingen in Nederland en ging voor 44 zorginstellingen na waar hun kleinschalige woonvormen zijn gevestigd. Ook zij vond een verband met de sociaal-economische status van een wijk, maar lang niet zo extreem als in Amsterdam. Uit haar interviews met zorginstellingen buiten Amsterdam bleek dat zorgbestuurders daar er juist vaak voor kiezen om instellingsbewoners niet te laten verhuizen naar onveilige wijken, waar burgers veel sociale problemen hebben. Daar stond tegenover dat ook de duurste wijken door hen ongeschikt werden geacht voor mensen met beperkingen, omdat rijke mensen weinig thuis zijn vanwege hun werk en zich in hun vrije tijd ook vaak amuseren buiten hun buurt. Dit ‘lage buurtgebruik’ maakt de buurt saai voor mensen met lichtere beperkingen.

Lilian Linders (2009) deed onderzoek in een arme buurt in Eindhoven. Zij wijst op nog een ander mechanisme dat een rol kan spelen bij de verdeling van zorg over verschillende sociaal-economische groepen. Mensen vinden het over het algemeen fijn om contact te hebben met mensen die op hen lijken. Mensen die hulpbehoevend zijn, worden bijgevolg liever geholpen door mensen die het zelf ook niet altijd makkelijk hebben: de lamme helpt de blinde.



Kleinschalige woonvormen en appartementjes voor mensen met beperkingen worden niet willekeurig gespreid over de stad. We vinden ze niet in de Vondelbuurt waar de huizen te duur zijn voor instellingen en hun cliënten, wel in Zuidoost waar de huizen worden verhuurd door woningcorporaties en dus goedkoper zijn. Niet in de Willemsparkbuurt waar mensen vaak van huis zijn en vertier zoeken buiten de buurt; wel in de Kolenkitbuurt waar de bewoners veel vaker werkloos zijn en zich geen dure uitstapjes kunnen veroorloven. Niet in Oud-Zuid waar de bewoners maar weinig gemeen hebben met kwetsbare medeburgers met beperkingen; wel in de Dapperbuurt waar 'gewone' buurtbewoners ook worstelen om het hoofd boven water te houden.

### Denivellering in de participatiemaatschappij

De vermaatschappelijking van de zorg is een ontwikkeling die precies past bij wat we sinds de troonrede van 2013 omschrijven als de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. In de verzorgingsstaat droegen wij burgers belasting en premies af, waarmee professionals werden betaald die zorgden voor kwetsbare groepen: voor onze en andermans ouders en schoonouders, voor chronisch zieken, voor kinderen met leerproblemen, voor mensen met een psychiatrische aandoening of een verstandelijke beperking. Al deze groepen kregen uitkeringen en professionele zorg in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, sociale werkplaatsen, psychiatrische instellingen, inrichtingen voor mensen met een verstandelijke beperking, of speciaal onderwijs voor kinderen met ernstige leerproblemen. Weerbare burgers waren passief solidair met kwetsbare medeburgers. Belasting en premies betaalden we naar draagkracht: de rijken wat meer en de armen wat minder.

In de participatiemaatschappij betalen we op termijn – zo is althans de hoop – verhoudingsgewijs minder belasting en premies. De professionele hulpverlening in de klassieke verzorgingsstaat wordt te duur gevonden. Er zijn te veel ouderen en hun aantal stijgt nog. Er zijn steeds meer chronisch zieken die steeds langer blijven leven, steeds meer mensen met beperkingen die een beschermde werkplek moeten hebben, en steeds meer kinderen met leerproblemen die extra steun en begeleiding nodig hebben in het onderwijs. En dus moet de hulp voor kwetsbare burgers worden gedeprofessionaliseerd en gedemonetarieerd. We moeten zelf gaan zorgen voor eigen en andermans ouders en schoonouders, voor chronisch zieken en ook

voor mensen met beperkingen in onze buurt (Trappenburg 2009 en 2013).

In de politieke discussie wordt enerzijds veelvuldig gewezen op de onvermijdelijkheid van deze ontwikkeling. We kunnen het anders niet meer betalen; als we doorgaan met de verzorgingsstaat, is een gemiddeld gezin in 2040 veertig procent van zijn inkomen kwijt aan zorg. Anderzijds worden ook de mooie kanten ervan benadrukt. Actieve solidariteit, persoonlijke hulp door familie en bekenden, en 'sociaal doe-het-zelven' (Hilhorst & Van der Lans 2013) zouden veel prettiger en bevredigender zijn dan passieve solidariteit via belastingbiljetten en betaalde professionals. Voordat we echter met z'n allen besluiten om voluit verder te koersen in de richting van een participatiesamenleving, is het goed om ons te beraden op wat je de distributieve effecten van deze keuze zou kunnen noemen. Twee majeure effecten doemen dan op.

*Van zorg betalen met z'n allen naar zorg leveren door familieleden*

Ten eerste betekent de inwisseling van professionele zorg door mantelzorg een verschuiving van zorg betalen met z'n allen naar zorg leveren door familieleden. Wie oude, kwetsbare of zieke (schoon)ouders heeft, is de klos. Hij of zij was natuurlijk al eerder de klos. Heel veel mensen doen al veel voor hun ouder wordende ouders; zij brengen ze naar dokter, ziekenhuis of dagbesteding, ze doen de administratie en ze houden telefonisch of metterdaad een oogje in het zeil. Het voortschrijden van de participatiesamenleving betekent dat deze mensen nog meer mogen gaan doen: ouders gaan niet meer naar een verzorgingshuis, want die tehuizen moeten op termijn worden afgeschaft. Op dagbesteding en thuiszorg wordt vervolgens bezuinigd, wat de druk op de familie-mantelzorger nog verder vergroot. Dit effect treedt niet alleen op voor mensen met zieke (schoon) ouders; het geldt ook voor ouders, partners en broers of zussen van mensen met een verstandelijke beperking of een psychiatrische aandoening.

*Denivellerend effect: vooral offers van lager betaalden*

Ten tweede heeft de overgang van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij een potentieel denivellerend effect, door meerdere oorzaken.

Om te beginnen zijn lager opgeleiden en lagere inkomens nu al oververtegenwoordigd onder de mantelzorgers (Linders, 2009). Een intensivering van de mantelzorg betekent dat deze groepen nog zwaarder worden belast.

Verder doen lager opgeleiden in de klassieke verzorgingsstaat een groot deel van het alledaagse betaalde werk in de zorg voor een niet al te hoog inkomen. Velen van hen werken in verpleeg- en verzorgingshuizen, in de thuiszorg, of in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking of een psychiatrische aandoening. De omslag van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij betekent voor deze mensen nu al een verslechtering van hun arbeidsvoorwaarden: velen worden ontslagen, sommigen worden vervolgens weer in dienst genomen tegen lagere tarieven, met een ongunstiger takenpakket.

Tot slot wordt van lagere inkomensgroepen veel vaker *de facto* solidariteit gevraagd. Kinderen met leerproblemen die voorheen naar het speciaal onderwijs gingen maar nu in het reguliere onderwijs blijven, zitten veel vaker op school in Amsterdam-Zuidoost dan in de Vondelbuurt. Ze komen veel vaker terecht in het vmbo dan op het gymnasium. Werknemers met beperkingen die in de klassieke verzorgingsstaat terecht konden in sociale werkplaatsen, worden nu verwezen naar de gewone arbeidsmarkt waar ze moeten concurreren met reguliere werknemers. Meestal niet met hoog opgeleide, veel verdienende professionals, maar met laag opgeleide werknemers aan de onderkant van het loongebouw. Als het lukt om mensen met beperkingen op de reguliere arbeidsmarkt aan het werk te krijgen (door wettelijke verplichtingen of door subsidie aan werkgevers), dan gaat dit ten koste van de werknemers aan de onderkant. En, zo hebben we gezien in deze bijdrage, het zijn juist de lagere inkomensgroepen die hun wijk of straat moeten delen met kwetsbare medeburgers met een verstandelijke beperking of psychiatrische handicap.

Mijn conclusie is dat de passieve solidariteit van de verzorgingsstaat vooral drukte op de grootverdieners, de sterkste schouders. De actieve solidariteit van de participatiemaatschappij lijkt vooral offers te vragen van de lager opgeleiden en lager betaalden, de zwakkere schouders. Dat is een verontrustend aspect van de participatiemaatschappij en zou een reden kunnen zijn voor herwaardering van de verzorgingsstaat.

- Bredewold, F. (2014), *Lof der oppervlakkigheid. Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners*. Amsterdam: Van Gennep.
- Brown, P. (1985), *The transfer of care. Psychiatric deinstitutionalization and its aftermath*. Londen: Routledge & Kegan Paul.
- Hilbolling, M. (2012), *Klein-schalige beschermde woonvoorzieningen en de verdeling van zorglasten. Een onderzoek naar de spreiding van woonvoorzieningen over de buurten van Nederland*. Scriptie Bestuurs- en Organisatiewetenschap-  
pen Universiteit Utrecht.
- Hilhorst, P. en J. van der Lans (2013), *Sociaal doe-het-zelven. De idealen en de politieke praktijk*. Amsterdam: Atlas/Contact.
- Linders, L. (2010), *De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Malsch, M. (2013), *Dwang of bevrijding? De invoering van de community care in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Boom Lemma.
- Teeuwen, M. (2012), *Verraderlijk gewoon. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: SWP.
- Trappenburg, M. (2009), *Actieve solidariteit*. Oratie Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Vossius Pers.
- Trappenburg, M. (2013), *Active solidarity and its discontents. Health Care Analysis*, 17 augustus 2013 (beschikbaar via [www.margotrappenburg.nl](http://www.margotrappenburg.nl)).
- Verplanke, L. en J.W. Duyvendak (2010), *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Nicis Institute.

