

## **"Niets is zo praktisch als een goede theorie"**

*Verslag NVSPV-studiemiddag Maatschappelijke Steun Systemen  
Donderdag 28 november in de Musketon te Utrecht.  
door Michiel Louter.*

"De kantoren uit, de straten op en de huizen in!" oreerde de wat leipe dagvoorzitter **Jaap Meeuwsen** bij aanvang van de studiemiddag over "Maatschappelijke Steun Systemen" (MSS). Hoe staat het met de noodgedwongen herontdekking van het Amsterdams Model? Deze in de tachtiger jaren ontwikkelde psychiatrievorm gaat uit van de (levens)vragen van de cliënten binnen hun eigen systeem, waardoor hulpverleners dienen te opereren in ambulante teams die crisissen niet alleen bezweren maar ze door regelmatig contact ook helpen voorkomen. De mens centraal, zogezegd, waarbij een avondje met een cliënt barbecuen net zo belangrijk kan zijn als het vinden van de juiste dosering onderhoudsmedicatie.

Zoals bekend ging de overplaatsing van Santpoort naar Amsterdam, rond 1990, niet gepaard met de formering van ambulante wijkteams. Dit vanwege de moeizame samenwerking met de Riaggs, de aanhoudende ontslag-, bezuiniging- en fusierondes, de verharding van de grootstedse problematiek en de verschraling van het imago van psychiatrisch verpleegkundige. Veel van de mensen die deze ambulante teams in Amsterdam hadden willen en kunnen opzetten, verdwenen. Wat bleef was een serie (therapeutisch) uitgekleden mini-ziekenhuisjes met een allengs medischer wordende beheerscultuur.

Enkele jaren geleden volgde een nieuwe wending met de nota "Onder Anderen", waarin de overheid de murwgefuseerde en met draaideurproblematiek dichtgeslibde psychiatrie dwong om haar klinische bedden gefaseerd te gaan afstoten. Opeens moet iedereen aan het Amsterdams Model, of de ziekenhuizen nu willen of niet, met als leidraden het werk van een handvol pioniers als Kees Onderwater, Marc Janssen en Doortje Kal. Een begin hiermee is al gemaakt door de sterk op revalidatie en coördinatie gerichte casemanagementbeweging van begin jaren negentig, uitmondend in de oprichting van outreachende PIT, TIZ en SPITS-teams. Hiermee deed ook de B-verpleegkundige haar intrede in het ambulante veld. Gouden tijden voor SPV'en, zo lijkt het.

De theorie kwam van **Jaap van Weeghel**, projectleider Rehabilitatie van het Trimbos Instituut, die met diverse definitie van een MSS ("iedere week verzin ik een nieuwe") ook opduikt in de verhalen van andere sprekers. Nu is een definitie van een MSS niet gelijk aan de praktijk, begon Van Weeghel zijn verhaal, maar: "Niets is zo praktisch als een goede theorie." De basis is het met lokale kleinschalige initiatieven bevorderen van de deelname door de cliënt aan de

samenleving. Om dit te bewerkstelligen werken SPV'en samen met alle andere partijen rondom de cliënt (politie, werkgevers, woningbouw, burens etc.). De klanten van een MMS herleidt hij tot bezitters van zes mogelijke 'hindernissen', met de bijbehorende oplossingen:

Psychiatrische symptomen	-	Behandeling
Mindere sociale vaardigheden	-	Training
Beperkt arbeid- en relatienetwerk	-	Kwartiermaken
Financiële problemen	-	Praktische hulp
Maatschappelijk stigma	-	Imagoverbetering
Gebrek aan rolmodellen	-	Lotgenotencontact

Ofwel: "Benodigd is een breed en levend concept van *community care*, beschikkend over een gebruiksvriendelijk, samenhangend en volledig dienstenpakket." Bij de invoering van dit ambitieuze totaalpakket kan geleerd worden van de Amerikaanse psychiatrie, die al begin jaren zeventig deinstitutionaliseerde, met aanvankelijk desastreuze resultaten. Oplossingen vonden de Amerikanen in:

- State-of-the-art houden van medicatie
- Alleen *evidence based* interventies
- Meer aandacht voor juist de moeilijkst bereikbare klanten
- Continuïteit van zorg door ambulante hulpverleners
- Stimuleren van eigen inbreng cliënten/systemen
- Zonder maatschappelijk draagvlak lukt het niet

Hoe en waar te beginnen? Uit interviews die het Trimbos hield met professionals en cliënten uit vijf verschillende regio's kwamen als belangrijkste knelpunten naar voren:

1. Slecht gewaardeerde crisisopvang
2. Schraal aanbod aan dagbesteding
3. Gebrekkige continuïteit in de zorgverlening
4. Hoge drempels van en tussen instellingen
5. Weinig samenwerking met/coördinatie van systemen.

Politiek gezien ligt de aandacht al op de crisisopvang. Verder heil moet gevonden worden in ontschotting, laagdrempeligheid, meer en betere voorlichting, de steun verkrijgen van het management, en de hulpvraag van cliënten en hun systemen centraal stellen. **Jaap van Weeghel:** "Dit plan is denkbaar, maar is het ook maakbaar? Alleen al het opzetten ervan zal zeker tien jaar duren. Ik put troost uit de woorden van Shepherd, die de GGZ vergeleek met tuinieren: een combinatie van geplande ingrepen en het de natuur zijn gang laten gaan."

De volgende spreker, **Henk Willem Klaassen**, is sinds 34 weken coördinator van het Zaanse MSS in oprichting. De ideeën

hierover bestonden al in 1995 maar ze zijn in 1998 weggegooid omdat het volgens hem te veel "ónze ideeën" waren. Hierop is de doelgroep uitgebreid geïnterviewd, met als uitkomst ongeveer dezelfde wensen en knelpunten als hierboven beschreven. Vervolgens bracht Klaassens in kaart wat de GGZ-Zaanstreek wél had en dat was: een praatcafé, een cliëntenbasisberaad, een Maatjesproject en een Vrijwilligerscentrale. Of en wat ze van elkaar weten is echter onduidelijk.

Zijn eerste doel is een GGZ-infowinkel die gerund wordt door zowel hulpverleners als ervaringsdeskundigen. "Niet zoals in Utrecht waar er twee winkels honderd meter van elkaar af zijn." Verder moet er een grotere en betere crisisdienst komen, in elk geval een crisisdienst waar de cliënten tevreden over zijn. Misschien een soort EHBO-post voor psychische hulpvragen. Ook zouden hulpverleners de cliënten veel meer mogelijkheden moeten laten zien buiten de GGZ om, zoals reguliere werkgevers en clubverbanden. De begeleiding hierin zou echter wel van dezelfde hulpverleners moeten komen. Verder vermoedt hij dat veel mensen die baat zouden hebben bij het Zaanse MSS, momenteel nauwelijks bereikbaar zijn voor de GGZ. "De klanten die we nu hebben is het topje van de ijsberg."

Een meer kleinschalig verhaal kwam van SPV **Teo Visser** en zijn 'Groot Team' uit het Flevodorp Zeewolde (19000 inwoners). Samen met **Janneke Roos**, **Rinie Pottse** (Vrijwillige Hulpdienst) en **Bartel van Gorkum** (MW) zette hij drie jaar geleden een Vriendendienst op, waarmee jaarlijks 5 tot 10 cliënten geholpen worden aan een vast sociaal contact gedurende één jaar. Visser kwam op het idee nadat hij in een weiland een psychotische boer op een roodgloeiende tractor een IBS moest geven. De boer had niemand om hem na zijn terugkeer een beetje op te vangen. Zelfs de dominee wilde hem niet helpen.

Omdat hij het anders zelf zou moeten doen, zette hij "uit tijdnood" een lokale Vriendendienst op. De vrijwilligers worden uit eigen kennissenkring geworven, waarbij het overigens zoeken blijft naar geschikte mannen. De koppels worden op intuïtie gemaakt. Enige begeleiding is wel noodzakelijk, aangezien het grenzen bewaken en zich aan afspraken houden niet altijd even soepel verloopt. Bijvoorbeeld toen een vrijwilliger een cliënt geld dacht te geven voor eten, en hem later zag sjouwen met een kratje bier. Maar als geheel werkt de Vriendendienst isolementdoorbrekend en opnamevoorkomend. Het beschikt niet over financiële middelen, wordt aan de keukentafel vormgegeven en wil ook graag kleinschalig blijven. Zo blijven de lijnen ultrakort. Voor Visser gaan die tot aan de Franse snelweg, waar hij met zijn mobiel op vakantie de boel nog wel eens aanstuurt. Maar dan is er ook echt iets aan de hand in Zeewolde.

Voor wat humor zorgde **Marleen Slebos**, projectleider van het GGZ-Groningen integratieproject "Mijn buurman is gek". Ze verschreef zich in haar powerpointpresentatie, zeer amusant, twee keer met de frase "Hoe ziek ik mijzelf". Slebos' project spoort moeilijk integreerbare mensen aan om minstens één buurtbewoner te leren kennen en een woontraining te volgen. Dit omdat uit onderzoek blijkt dat de sociale controle vanuit de buurt de laatste decennia drastisch is afgenomen, terwijl voor eenzaamheid kwetsbare groepen (cliënten, ouderen, werklozen) hier nog zeer behoefte hebben aan. Het gemis aan buurtgevoel kan misschien worden gevuld door vrijwilligers die huisbezoeken aan doen net verhuisde cliënten, om ze welkom te heten en uitleg te geven over de buurt. Daarnaast kan iedereen de cursus 'de kunst van het wonen' volgen, met lessen van een thuiszorger, een woningbouwcontact, opbouwwerker en SPV'er. Want het buurtgevoel moet ook vanuit het vereenzaamde individu komen; dode planten op de vensterbank en een kapotte deurbel staan bepaald niet uitnodigend. Co-trainer is de vorig jaar naar Groningen verhuisde ervaringsdeskundige **Marlieke de Jong**, die het patent heeft op de perfecte cliëntgerichte tip: "Doe eens een wedstrijd met je CD, wie is er eerder klaar?" of "Als je niet vaak wil douchen, ga je toch naar het zwembad." Van de acht bijeenkomsten zijn er nog maar vijf gehouden, maar de deelnemers zijn nu al heel enthousiast.

Ondanks verwoede pogingen van dagvoorzitter Meeuwssen, bleven discussies over de lezingen zo goed als uit. In tegenstelling tot de bar, waar tijdens de pauze druk werd bijgepraat en genetwerkt en bijgepraat, was de sfeer in de zaal wat lauw. Wellicht omdat de SPV er in deze hectische tijden nóg een taak lijkt bij te krijgen: die van initiator en onderhouder van lokale Maatschappelijke Steun Systemen, waardoor ambulante cliënten duurzaam en humaan thuis kunnen worden behandeld. Met een nu al complexe en omvangrijke caseload moet het ook moeilijk zijn om enthousiast te reageren op vooralsnog utopisch klinkende plannen. Om de ambulante hulpverlening adequaat in woonwijken in te bedden, lijken allereerst heel veel SPV'en en revalidatiewerkers bij te moeten komen. Of en hoe dat gefinancierd wordt, valt nog te bezien. Ondertussen kan het verstevigen van de onderlinge samenwerking en het verkennen van mogelijkheden om cliënten aan een prettige dagbesteding te helpen, natuurlijk geen kwaad.