

Vermaatschappelijking: enclave of integratie?

Michel van Dijk, SPV en journalist

De NVSPV organiseerde samen met de MGZ-opleiding van de Avans Hogeschool in Breda op vier november jl. de laatste in een reeks van zeven studiemiddagen in het kader van het vijftienvintig jarig bestaan van de vereniging.

Het was vreemd om als Amsterdammer donderdag 4 november af te reizen naar Breda, om daar een studiemiddag over vermaatschappelijking bij te wonen. Niet vanwege Breda of het gekozen onderwerp, integendeel. Maar zelden heb ik me als Amsterdammer meer ontheemd en verward gevoeld als in die eerste dagen na de moord op Theo van Gogh. Reizend naar Breda had ik het gevoel of ik even mocht wegvluchten van de frontlinies.

Het maakte de bijeenkomst voor de auteur tot een enigszins vervreemdende ervaring. Gewoon een symposium houden over psychosociale hulpverlening, terwijl de hoofdstad in brand staat. En dat gevoel verminderde niet, ondanks dat er tijdens de middag op geen enkel moment en door geen enkele spreker over de gebeurtenissen werd gerept. En waarom zou men ook? Het zou immers gaan over vermaatschappelijking van cliënten met een psychiatrische handicap, en niet over een botsing tussen het vrije woord en moslimextremisme. Wat dat betreft was het bijna bewonderenswaardig hoe de deelnemers zich, alsof er niets aan de hand was, wisten te focussen op het gekozen onderwerp. En ook de auteur deed zijn uiterste best...

De bijeenkomst zelf was redelijk goed bezocht. Ik schat dat zo'n zeventig mensen de weg naar de aula van de Avans Hogeschool hadden weten te vinden. Is dat veel of weinig? Ik veronderstel dat de organisatoren tevreden waren met een dergelijke opkomst. Het thema van de middag was 'vermaatschappelijking van de ggz-zorg'. Irene Tolner, bestuurslid van de NVSPV stipte in haar inleiding aan dat

het de strekking was van alle studiemiddagen in het jubileumjaar: een brede benadering van sociale psychiatrie en verpleegkunde. Ook de studiemiddag in Breda slaagde wonderwel in deze opzet. Robbert Gobbens, voorzitter van de onderwijscommissie afdeling Verpleegkunde Avans Hogeschool memoreerde vervolgens dat de MGZ-opleiding in Breda nog niet zo lang bestaat. Met gepaste trots meldde hij dat dit het eerste symposium was dat onder de vlag van deze opleiding plaatsvond.

Houdbaarheidsdatum

Daarna was het de beurt aan Rick Kwekkeboom, lector Vermaatschappelijking in de Zorg aan de Avans Hogeschool. Zij spreekt, verwijzend naar de dichtregel van Lucebert, over de 'waarde en weerloosheid van de vermaatschappelijking in de zorg.' Om te beginnen merkt ze op dat de term vermaatschappelijking al meer dan twintig jaar een kernwoord is in de zorg voor mensen met psychiatrische beperkingen. Ook in de diverse beleidsnota's, waarin de houdbaarheidsdatum van beleidsjargon toch vaak al na een jaar verstreken is, heeft dit begrip het al twintig jaar overleefd. Blijkbaar heeft 'vermaatschappelijking' ons nog steeds iets te zeggen en appelleert het ook nu nog aan een wens van ons, burgers en hulpverleners, om onze kwetsbare medeburgers te laten 'meedoen' in de maatschappij.

Het begrip 'vermaatschappelijking' heeft in de loop der jaren wel meer betekenissen gekregen, stelt Kwekkeboom. Al is het doel nog steeds: het behouden en vergroten van maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Kwekkeboom merkt op dat voor het behalen van dit doel aan een aantal voorwaarden voldaan moet zijn. In de eerste plaats het scheiden van wonen en zorg, een ontwikkeling die in de jaren '80 in gang is gezet in de ggz (met als gangmaker de anti-psychiatrie) en inmiddels ook door andere zorgdomeinen, zoals de ouderenzorg is overgenomen. Cliënten hebben immers de wens om ergens anders te kunnen wonen dan in de instelling.

Extramuralisering is echter niet genoeg. Ook buiten de muren van de instelling moeten er voorzieningen zijn, liefst op maat. Zoals huisvesting, welzijnsvoorzieningen, verzorging, behandeling, dagbesteding en werk. Een integraal voorzieningenaanbod is een sine qua non voor vermaatschappelijking. Dat aanbod moet zo dicht mogelijk bij huis geboden worden, in de vorm van lokale arrangementen en aangeboden door lokale instellingen.

Een derde voorwaarde voor vermaatschappelijking is 'netwerkvorming van categorale en algemene voorzieningen', onder het motto: algemeen wat kan, categoriaal wat moet. Thuiszorg, woningcorporaties en categorale instellingen dienen met elkaar samen te werken en gebruik te maken van elkaars kracht. Alleen zo kan worden voorkomen dat er mazen ontstaan in het 'vangnet'. Dit alles vraagt om samenhang en afstemming. Coördinatie is daarom van levensbelang. De lokale overheid is vaak de partij die deze coördinerende rol het beste op zich kan nemen.

Kwekkeboom stelt vast dat aan deze drie voorwaarden voor vermaatschappelijking lang niet altijd wordt voldaan. Samenwerking vindt vaker ad hoc dan structureel plaats, en als er al samenwerking is, dan is dat meestal op basis van een financieringsgrondslag (bijvoorbeeld vanuit de AWBZ of via subsidie aan welzijnsinstellingen.) Bovendien is de lokale overheid niet in ieders ogen de meest logische regisseur. Soms vindt de lokale overheid dat zelf ook. Een lokaal, integraal en samenhangend voorzieningenaanbod blijft daardoor vaak achterwege.

Mantelzorg

Meer eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en een grotere rol van de mantelzorg zijn eveneens voorwaarden voor vermaatschappelijking. Deze voorwaarden hangen sterk samen met een verdere afbouw van de professionele zorg. Kwekkeboom stelt vast dat aan deze voorwaarden al behoorlijk is voldaan.

Hulpvragers doen al een beroep op de mantelzorg, en zoeken vaak pas professionele hulp als dat echt nodig is. Ze zoeken eerst en vooral oplossingen in eigen kring. Er is dus al veel inzet van leden uit het sociale netwerk; overbelasting dreigt echter.

Naast bovengenoemde voorwaarden behoort de samenleving ook zelf een actieve speler te zijn in het proces van vermaatschappelijking. Passieve acceptatie en tolerantie is niet voldoende, actieve betrokkenheid (in de vorm van burenccontact, vrijwilligerswerk enzovoort) is essentieel. Kwekkeboom constateert dat de samenleving vaak strikte voorwaarden stelt aan haar acceptatie en tolerantie van mensen met een psychiatrische handicap. Daarnaast blijft de actieve betrokkenheid meestal beperkt tot opvang en begeleiding van 'bekenden' (een familielid, een buurman).

Het werven van vrijwilligers is een wankel en onzeker instrument. Soms verloopt dit moeizaam, soms wisselend, soms probleemloos. Tenslotte blijken burgers meer bereid tot het bieden van hulp wanneer ze adequate voorlichting krijgen over nut en noodzaak hiervan. Deze voorlichting dient dan wel continu te worden aangeboden, anders verzanden al snel alle goede bedoelingen.

Daarna spreekt Kwekkeboom over de voorgenomen veranderingen in wet- en regelgeving, zoals de modernisering van de AWBZ en de introductie van de Wet Maatschappelijke Opvang (WMO.) Deze veranderingen hebben als doel om genoemde voorwaarden voor vermaatschappelijking te verwezenlijken. Helemaal zonder risico zijn ze echter niet. Ze vergroten de kans op overbelasting van de mantelzorg en bovendien zou het draagvlak voor vermaatschappelijking wel eens het slachtoffer kunnen worden van deze 'veranderdrift' van de wetgever. Tenslotte gaat Kwekkeboom in op misschien wel de belangrijkste voorwaarde voor vermaatschappelijking: inzicht in de wensen, behoeften en ervaringen van gebruikers van de zorg. Vandaar dat het lectoraat van de Avans Hogeschool de wensen van cliënten van ggz-instellingen in West-Brabant en Zeeland in kaart brengt: Wat vinden zij van vermaatschappelijking en waarom is dit volgens hen nodig?

IRB

Hanneke Henkens, rehabilitatiedeskundige en programmacoördinator ggz-Eindhoven, spreekt over rehabilitatie en maatschappelijke participatie. Ze gaat vooral in op de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), die tien jaar geleden vanuit Boston is overgewaaid naar Nederland. Sindsdien werkt ggz-Eindhoven met de IRB-methode.

Rehabilitatie betekent volgens Henkens dat mensen met psychiatrische beperkingen geholpen worden beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten onderhouden, met zo min mogelijk professionele hulp. Verbetering van rollen op gebied van werk en sociaal functioneren (partner, opvoeder, burger) is daarvoor een vereiste.

Kenmerk van rehabilitatie is dat het een dialoog is tussen cliënt en omgeving. Ook een inventarisatie van de mening van 'belangrijke anderen' (anderen die veel invloed hebben op de cliënt, zoals ouders, partner, werkgever of huisbaas) is belangrijk. Bovendien dient de

cliënt een 'geinformeerde keuze' te kunnen maken over wat hij wel of niet wil. 'Informed consent' is ook voor het rehabilitatieproces van levensbelang.

IRB bestaat uit diagnostiek, planning en interventies. Diagnostiek betekent het stellen van doelen gericht op de toekomstwensen van de cliënt. Deze doelen dienen concreet en omgevingsspecifiek te zijn geformuleerd. Bijvoorbeeld: Ik wil in de zomer zelfstandig wonen in een 2-kamerflat in de wijk Woensel in Eindhoven. Of: Ik wil over zes maanden gaan werken als magazijnbediende in een klein dienstverlenend bedrijf. Henkens merkt op dat deze diagnostische

benadering, die op de toekomst is gericht, afwijkt van de medische diagnostiek en behandeling, die veelal op het verleden van de cliënt is gericht. Planning (in de vorm van stappenplannen) en interventies staan vervolgens in dienst van de geformuleerde doelstelling. Dat geldt ook voor de gesprekken tussen cliënt en hulpverlener, waarin de angsten en verlangens van de cliënt worden geëxploreerd. Deze gesprekken monden tevens uit in een 'doelvaardigheidsprofiel', waarin staat hoeveel steun de cliënt nodig heeft bij het verwezenlijken van zijn doelen, en welke vaardigheden hij zich dient eigen te maken om zijn doelen te kunnen behalen.

Verantwoordelijkheid

Rehabilitatie kan hoopgevend zijn: cliënten kunnen hun doelen halen. Maar het kan ook teleurstellend zijn, vanwege de vele drempels in de ggz en in de buitenwereld. Zoals het gebrek aan vertrouwen, gebrek aan kennis, gebrek aan hulpbronnen of gebrek aan voorbereiding. De samenleving is lang niet altijd voorbereid op de komst van mensen met een psychiatrische handicap. Steun van de ggz is dus onontbeerlijk. Daarom vergt IRB ook van de hulpverlener de nodige inspanningen. Hij moet zich actief oriënteren op de maatschappij, bijvoorbeeld door gesprekken te voeren met werkgevers en met opleiders. Hij vormt de 'brug' tussen cliënt en buitenwereld, zij het altijd in overleg met cliënt en vanuit een 'cliëntgecentreerde' benadering.

Ggz-Eindhoven voert in samenwerking met haar maatschappelijke partners diverse rehabilitatieprojecten uit. In het project DOOR zorgen woningcorporaties binnen drie maanden voor huisvesting voor de cliënt en verzorgt de ggz minimaal een jaar passende woonbegeleiding. In het IPS-programma zoekt ggz-Eindhoven samen met relevante partners naar regulier betaald werk voor haar doelgroep, en in het project 'Begeleid Leren' werken ROC-docenten en ggz-medewerkers samen aan de begeleiding van leerlingen met psychiatrische problemen. Deze voorbeelden demonstreren volgens Henkens dat de ggz steeds meer haar verantwoordelijkheid neemt voor het proces van vermaatschappelijking van haar cliënten.

Ervaringsdeskundigen

Na de pauze is het tijd voor drie workshops, waarvan de auteur er twee heeft bijgewoond. Ervaringsdeskundigen Roland van den Nieuwenhuijzen en Daan Schinning gaven een workshop met als thema 'ervaringsdeskundigheid onbetaalbaar, maar geen stuiver waard'. Dat laatste is in hun geval niet geheel correct, daar beiden een betaalde functie hebben als rehabilitatiedeskundigen bij ggz Eindhoven. Beide menen zich overigens met recht ervaringsdeskundig te kunnen noemen: Schinning heeft in negen jaar een 'caseload' opgebouwd van elf hulpverleners (zes psychiaters, één psycholoog, twee casemanagers en twee SPV'en) en Van den Nieuwenhuijzen kan in zijn cliëntencarrière zelfs terugkijken op een 'caseload' van dertien hulpverleners: drie psychiaters, vier psychologen, één maatschappelijk werkende, twee SPV'en en twee trainers. Een hele prestatie, inderdaad.

Tijdens de workshop blijkt dat hulpverleners de therapeutische betekenis van ervaringsdeskundigen waarderen. Bijvoorbeeld in het geval van lotgenotengroepen, waarin het vooral gaat om het delen en herkennen van ervaringen. Ingewikkelder wordt het wanneer ervaringsdeskundigen plotseling betaalde collega's worden. Van den Nieuwenhuijzen en Schinning stellen de aanwezige hulpverleners de vraag wat ze hiervan vinden, en welke meerwaarde ze hierin zien. De reacties zijn gemengd. Gesuggereerd wordt dat ervaringsdeskundigen specifieke kennis en ervaringen kunnen overbrengen, die aanvullend is op de voorlichting van psychiater en SPV. Ook kan een ervaringsdeskundige een rolmodel zijn voor de cliënt, door te demonstreren dat herstel mogelijk is.

Menstruatie

Zelf vertelt Van den Nieuwenhuijzen dat ervaringsdeskundigen in betaalde dienst hard moeten vechten tegen vooroordelen van collega-hulpverleners. 'Een collega-ervaringsdeskundige, een ex-verslaafde, werkt in de verslavingszorg. Toen hij een tijdje ziek was, vroeg het team zich direct af: heeft hij griep of is er iets anders aan de hand? Ze waren natuurlijk bang dat hij weer was teruggevallen in zijn verslaving. Als ervaringsdeskundige moet je vechten tegen zulke vooroordelen.'

Discussie ontstaat over de vraag of er een functieprofiel moet komen voor ervaringsdeskundigen. In zo'n profiel kan bijvoorbeeld staan wat hun taken zijn en wanneer je wel of niet het beste gebruik kunt maken van hun ervaringsdeskundigheid. Is een crisis bijvoorbeeld het meest geschikte moment om een ervaringsdeskundige in te zetten, of is het misschien juist beter om dat te doen als de cliënt is gestabiliseerd?

Sommige aanwezigen zijn bang dat ervaringsdeskundigen te veel over hun eigen ervaringen praten met cliënten. Van den Nieuwenhuijzen bestrijdt dit. Wel stelt hij dat ervaringsdeskundigen vanuit hetzelfde referentiekader werken als cliënten, en hen vanuit dit perspectief hun ervaringen aanbieden. 'Vergelijk het met een gesprek tussen vrouwen over menstruatie. Mannen hebben daar geen ervaring mee, en zullen dus altijd meer op afstand over dit onderwerp spreken.'

Invalidering

Door de Grauw en Susan Jansen, als SPV en maatschappelijk werkende verbonden aan het ACT-team van GGZ-Eindhoven, spreken in hun workshop over de verhouding tussen Assertive Community Treatment (ACT) en vermaatschappelijking. Hun stelling is dat ACT behandeling en reïntegratie combineert. Het ACT-team in Eindhoven werkt multidisciplinair en vanuit een teamverantwoordelijkheid. Hulpverleners hebben geen eigen caseload, maar delen samen de gehele caseload. Tijdens het ochtendoverleg wordt besproken welke hulpverlener welke cliënt die dag zal begeleiden. Deze keuze hangt sterk samen met de hulpvraag en zorgbehoefte van de cliënt op dat moment. Jongeren met een eerste psychose, vaak in combinatie met middelengebruik, zijn de primaire doelgroep van het ambulante werkende ACT-team. Doel is nieuwe psychotische episoden bij hen te voorkomen, de kwaliteit van hun leven te verhogen en hun maatschappelijke rollen te behouden. In deze doelen ligt volgens De Grauw en Jansen de kracht van ACT én de relatie met vermaatschappelijking van deze doelgroep. 'ACT is geen vermaatschappelijking, maar gaat er in feite aan vooraf, door preventief te werken, direct hulp te bieden en de maatschappelijke rollen van de jongeren zoveel mogelijk te behouden. We streven er bijvoorbeeld naar ze op school of aan het werk te houden. Door snel en op maat in te grijpen voorkomen we verdere invalidering van de jongeren en houden we ze in de samenleving.'

Zorgboerderij

Na de workshops is het tijd voor de afsluitende forumdiscussie, waaraan alle sprekers van de workshops meedoen. De discussie wordt gevoerd aan de hand van enkele stellingen. Roland van den Nieuwenhuijzen stelt ook tijdens de forumdiscussie de rol van ervaringsdeskundige als collega aan de orde. Een SPV uit het publiek betreurt het scherpe onderscheid dat hierdoor aangebracht wordt tussen professionals en cliënten. 'Ik ken veel collega's die ooit ook patiënt zijn geweest, doordat ze in heden of verleden professionele hulp hebben gezocht. Bijvoorbeeld in de vorm van psychotherapie. Deze professionals kennen de cliëntenrol vanuit hun eigen ervaring dus heel goed.'

Rick Kwekkeboom werpt de stelling op of niet elke cliënt die zelfstandig woont en zorg en ondersteuning nodig heeft, het meest gebaat is bij een breed opgeleide beroepskracht. Wat haar betreft is een SPV ook goed inzetbaar in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Hanneke Henkens ziet dat niet snel gebeuren.

De zorgprogrammering dwingt SPV'en er juist steeds meer toe zich te specialiseren, bijvoorbeeld in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen of psychotische stoornissen. Tegelijkertijd constateert ze dat de door Kwekkeboom aanbevolen brede aanpak in de praktijk allang plaatsvindt. 'Ik ken een zorgboerderij waar 's ochtends verstandelijk gehandicapten langskomen, 's middags psychiatrisch patiënten en 's avonds verslaafden uit de verslavingszorg. En de boer en zijn vrouw moeten dat allemaal kunnen hanteren.' Roland van den Nieuwenhuijzen sluit zich hierbij aan. 'Voor mij is vermaatschappelijking niets anders dan het aanbrengen van enclaves in de stad en het stellen van ingewikkelde indicaties, om er maar voor te zorgen dat cliëntengroepen en hulpverleners zoveel mogelijk van elkaar vandaan blijven. Zo is iedereen koning in zijn eigen domein.'
