

# HARTENKREET VAN DE NAP-GROEP



1-4-2011

EEN BIJDRAGE AAN DE DISCUSSIE OVER  
BETERE ZORG EN ONDERSTEUNING VAN  
KWETSBARE MENSEN IN AMSTERDAM

We willen dat kwetsbare burgers de regie over hun eigen leven en lijf (terug) krijgen, en niet uit hun eigen woonomgeving weg hoeven, omdat ze in crisis belanden en van specialistische zorg afhankelijk worden. Dat kan wanneer formele en informele zorg de handen ineen slaan en van overheden en financiers de kans krijgen om snel steun te bieden aan wie daar om vraagt. Regels moeten daarbij secundair worden. 'Luisteren' en 'de gewone dingen doen' zijn belangrijker dan verantwoordelijkheden afbakenen en specialismen inzetten.

# HARTENKREET VAN DE NAP-GROEP

APRIL 2011

Deze hartenkreet van de NAP-groep is 5 jaar na het zogenoemde Nieuw Amsterdams Plan voor de Geestelijke Gezondheidszorg in Amsterdam geschreven. De NAP-groep wil opnieuw in gesprek gaan met beleidsmakers, politici, managers en werkers in zorg- en welzijn, en met belangenbehartigers en andere betrokkenen. De NAP-groep ziet de laatste jaren allerlei verbeteringen voor kwetsbare burgers, zoals voor mensen met psychische handicaps die proberen te 'overleven'. Maar zij ziet ook gebreken en missers. Die hebben zelden te maken met gebrek aan inzicht en goede wil, maar meer met institutionele belangen van zorg- en welzijnsorganisaties en een overdaad aan regels. Hopelijk kunnen nieuwgekozen bestuurders in de stad en de nieuwe stadsdelen daar wat aan doen.

De hartenkreet is geen evaluatie van het Nieuw Amsterdams Plan. En hoewel de NAP-groep de afgelopen jaren veel kennis heeft vergaard tijdens de ontwikkeling van de Maatschappelijke Steunsystemen in de verschillende stadsdelen, is het ook daar geen evaluatie van. De NAP-groep wil met dit stuk enkel een bijdrage leveren aan de discussies over betere zorg en ondersteuning van kwetsbare mensen in Amsterdam die zonder steun moeite hebben de regie over hun eigen leven te (blijven) voeren. Die discussie blijft belangrijk, vooral in economisch moeilijke tijden. Want juist dan staan veelbelovende maatschappelijke initiatieven die het leven van kwetsbare mensen verbeteren extra onder druk.

## “DAN MAKEN JULLIE TOCH ZELF EEN PLAN!?”

“Als jullie vinden dat de GGZ-instellingen aan de Amsterdamse burgers met psychische problemen geen goede zorg verlenen, dan maken jullie toch zelf een plan!?” Deze uitdagende suggestie kwam van Jaap Fransman, directeur van HVO-Querido tijdens het 7de Deviantdebat in het najaar van 2004. Er was tijdens dat debat veel onvrede over het gebrek aan goede maatschappelijke zorg en ondersteuning aan

mensen die niet direct in behandeling waren van de GGZ, maar moeite hadden in de samenleving hun hoofd boven water te houden.

Zo'n twintig betrokken burgers namen de handschoen op en schreven in de winter van 2005 het zogenoemde Nieuw Amsterdams Plan voor de Geestelijke Gezondheidszorg.

Tijdens de debatten over dit plan in het voorjaar van 2005 kwam er veel bijval, maar in de praktijk gebeurde er weinig mee. Totdat de centrale stad in 2007 een begin maakte met Maatschappelijke Steunsystemen (MSS) voor kwetsbare burgers in de stadsdelen. De Dienst Zorg en Samenleven van de Gemeente vroeg de zogenoemde NAP-groep om gemeente en stadsdelen informeel te adviseren over de beste manier waarop die MSS-en konden gaan werken. De NAP-groep heeft aan dat verzoek gevolg gegeven, en was genodigd en ongenodigd aanwezig op allerlei bijeenkomsten die de centrale stad en de stadsdelen organiseerden over MSS-en. Daarnaast nodigde de NAP-groep beleidsmedewerkers en uitvoerenden uit de stadsdelen uit om te discussiëren over thema's die voor het goed functioneren van MSS-en van belang zijn. De NAP-groep nodigde daarbij ook vertegenwoordigers van gebruikers uit, zoals het toenmalige APCP en de Initiatiefgroep Lokale Versterking WMO.

## EEN KWESTIE VAN LANGE ADEM?

Is de situatie van burgers met een psychische handicap die zelfstandig in de stad wonen in 5 jaar verbeterd? Dat is de belangrijkste vraag die de NAP-groep zichzelf eind 2009 heeft gesteld. In het Nieuw Amsterdams Plan van destijds wilde de NAP-groep in 2010 een situatie zien, waarin allerlei verbeteringen hadden plaatsgevonden (zie bijlage). Die verbeteringen zijn bij lange na niet gehaald.

Het is een open deur om te zeggen dat de ontwikkeling van de MSS-en in stadsdelen veel langer duren dan gepland. Wie zou durven beweren dat het opzetten van zo'n MSS makkelijker is dan de nieuwbouw van het Stedelijk Museum? En het is ook een open deur om te zeggen dat het hele veranderingsproces van het vermaatschappelijken van de geestelijke gezondheidszorg, het accepteren van medeburgers met psychiatrische problemen of een psychische handicap, en het organiseren van adequate ondersteuning nu eenmaal een proces van lange adem is. Allemaal waar, maar er worden ook onnodige barrières opgeworpen die snellere resultaten belemmeren. Die barrières zouden geslecht moeten worden.

Waarmee en-passant de eerste positieve opmerking over de afgelopen vijf jaar kan worden gemaakt: Iedereen in deze stad wil laagdrempelige ondersteuning organiseren aan kwetsbare burgers, en de gemeente en stadsdelen vinden dat ze daar een (sturende) taak in hebben.

## COMPLEXITEIT VAN HET ZORGAANBOD LEIDT TOT PROCEDURELE STROOP

Bij het verbeteren van de kwaliteit van leven van kwetsbaren in de samenleving, zoals door het ontwikkelen van MSS-en in de stadsdelen, zijn veel partijen betrokken. Naast de burgers zelf die het aangaat en de lokale overheden is dat een bijna eindeloos aantal aanbieders van zorg en ondersteuning. Dat het er zoveel zijn is natuurlijk prachtig. Het lijkt erop dat er geen gebrek aan mogelijkheden is om op alle noodzakelijke levensgebieden een passend aanbod te vinden. Maar deze veelheid aan aanbieders levert een grote regeldruk op. Niet omdat men niet samen zou willen optrekken of elkaar het licht in de ogen niet zou gunnen, maar omdat de meeste van die aanbieders geld krijgen voor hun dienstverlening. Daardoor is er in elk stadsdeel een procedure uitgeknoobeld van screening, indicatiestelling, overleg, zorgtoewijzing en controle. Zou er slechts één bepaler, één geldschieter en één aanbieder zijn, dan was het nog overzichtelijk. Maar nu het geld van gemeente, stadsdelen, wmo, awbz, zorgverzekering, subsidiestromen en fondsen komt, kan de gemeente of stadsdeel wel regisseur willen zijn, maar heeft zij over veel aanbieders weinig te zeggen. Enfin, deze Catch 22 in de zorg is bekend.

Zou het ook anders kunnen? In 2005 schreef de NAP-groep dat er in 2010 een situatie moest zijn, 'waarin scheidslijnen tussen categorieën (ouderen, gehandicapten, zieken) wegvallen en louter de individuele vraag richtinggevend is'. Die situatie is er nog lang niet.

Tijdens de vele bijeenkomsten met uitvoerenden in stadsdelen viel op dat zij in de dagelijkse praktijk – wanneer ze contact hebben gelegd met mensen die hun steun goed kunnen gebruiken – zelden alleen werden aangesproken op hun expertise als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker of schuldhulpverlener. Want eerst moeten er basale dingen worden geregeld. Eerst moet de kachel branden, eten gehaald, het huis een beetje gefatsoeneerd, of voor geld

worden gezorgd. Vertrouwen, aandacht, luisteren en respect waren en zijn daarbij de sleutelwoorden. Beter kan niet geformuleerd worden dat het er niet toe doet wie het contact met kwetsbare burgers legt, en dat het er niet toe doet wie de casemanager wordt. Hoewel, het doet er wel degelijk toe. Want niet iedereen heeft de instelling of de ervaring om met respect te kijken en te luisteren naar wat ècht nodig is.

Maar het maakt duidelijk dat er een dam moet worden opgeworpen tegen de taakverkaveling, die in de meeste MSS-en is afgesproken. Nu worden de goede bedoelingen – hoe gaan we om met chaotische persoonlijke situaties van burgers die steun nodig hebben – gesmoord in protocollen en overlegtafels.

## NIEMAND WIL EEN ETIKET

Als de aandacht voor mensen die ondersteuning nodig hebben inderdaad zo ‘bescheiden’ en praktisch is, is het ook niet nodig burgers bij binnenkomst een etiket op te plakken, of dat nou een medisch, psychiatrisch of sociaal etiket is. Sterker nog: het opplakken van een etiket verhindert de brede blik en het open oor die nodig zijn om te doen wat een burger zegt nodig te hebben. Etiketten zorgen voor oogkleppen, ruilverkaveling tussen aanbieders, bureaucratie en tijdverlies. En: eenmaal een gek, altijd een gek. Wat in je dossier staat blijft je hele leven waar voor wie er niet bij was. Mensen zijn meer dan een ziektebeeld op pootjes.

Ook de omgeving van kwetsbare burgers reageert niet altijd onbevooroordeeld. Begrijpelijk, want vaak heeft men veel pogingen gedaan om professionele en informele steun te mobiliseren, die vervolgens niet kwam. Maar hun steun blijft belangrijk. Een etiket is daarbij niet erg behulpzaam. De neiging om bij een psychiatrisch etiket de verantwoordelijkheid volledig bij de GGZ te leggen, ligt dan op de loer.

## HET PALET IS KLEURRIJK GEWORDEN

Het moet gezegd: voor mensen met een psychische handicap of met ernstige psychische problemen zijn de mogelijkheden om mee te doen in de samenleving de afgelopen vijf jaar veel groter geworden. Dat is vooral te danken aan kleinschalige initiatieven die vaak uit de cliëntenkring zelf opborrelden. Ondanks de golfbewegingen waarin organisaties als Roads, SCIP en Regenboog zich bevonden is

het resultaat indrukwekkend. Als je [www.jekuntmeer.nl](http://www.jekuntmeer.nl) bezoekt zie je een palet aan activiteiten, niet alleen bij genoemde organisaties, maar ook bij buurt- en clubhuizen, bij vriendendiensten, bij kerken etc. Inmiddels vinden veel mensen hun weg naar deze kleinschalige initiatieven. Maar er zijn er nog steeds niet genoeg, omdat er van kwetsbare burgers net zoveel soorten en maten zijn als van burgers die het uit eigen beweging wel redden.

Ook grootschaliger initiatieven, vooral op het gebied van wonen, zijn het vermelden waard: Discus (Housing First) en kleinschalige wooncomplexen (De Oase, Stichting Huisjes) bieden voor velen uitkomst. Het is nog maar een begin van een nieuwe fase van extramuralisering, maar veelbelovend.

Veel mogelijkheden dus om op eigen termen actief te worden, relaties aan te gaan, je leven op orde te krijgen op materieel en immaterieel gebied. Het moeilijkste is nog om het bij burgers te brengen die het het hardste nodig hebben, maar de weg naar al die voorzieningen niet weten te vinden of daarvoor de steun ontberen. Daar kan MSS een belangrijke rol spelen.

## MEEDOEN? PUSH EN PULL! DUWEN EN TREKKEN!

Als kwetsbare burgers dat palet aan voorzieningen en activiteiten weten te vinden, betekent dat nog niet dat ze volwaardig aan het maatschappelijk verkeer meedoen. De meeste voorzieningen en activiteiten zijn specifiek voor hen georganiseerd, en meestal ook nog verkaveld per categorie handicap: de ouderen bij de ouderen, de gehandicapten bij de gehandicapten etc. Zeker, 'onder elkaar' voelen mensen zich sneller op hun gemak dan in een 'vreemde' omgeving. En lotgenoten kunnen veel steun aan elkaar hebben. Maar voor velen hoeft dat niet het maatschappelijk eindstation te zijn. Van categorale voorzieningen mag dan ook verwacht worden dat ze die noodzakelijke maatschappelijke participatie bevorderen (Push!).

Daar staat tegenover dat meedoen aan het arbeidsproces, meedoen aan 'gewone' sportclubs, actief zijn in algemene maatschappelijke organisaties voor veel mensen met een psychische handicap (nog) niet is weggelegd. Dat heeft veel oorzaken: vooroordelen, een hoge 'lat' bij betaald werk, gebrek aan aangepaste steun. Op veel plekken in de samenleving worden initiatieven ontplooid om het sociale isolement te doorbreken (Pull!). Door gastvrijheid, laagdrempeligheid en betaalbaarheid als uitgangspunt te nemen is dat hier en daar gelukt, maar lang niet

overall. Het langzaam ingeburgerde 'kwartiermaken' heeft veel verenigingen, stichtingen en instellingen zover gekregen dat ze hun deuren en activiteiten openzetten voor mensen met beperkingen en handicaps. Ook Multiloog-bijeenkomsten zijn geschikt gebleken om mensen over de grenzen van hun eigen rol en positie in de samenleving te laten kijken. Maar het isolement van grote groepen kwetsbare burgers zijn nog steeds niet doorbroken.

## **'LOKETTEN' BENADEREN KWETSBARE BURGERS MEER ALS INDIVIDUEN**

De afgelopen jaren hebben we naast stroperigheid en moeizame verbeteringen ook lichtpunten gezien. Zo vinden we het een mooie constatering dat de loketten die bedoeld zijn om mensen van uitkeringen te voorzien, of mensen opnieuw aan te zetten tot werk, of bedoeld zijn om overlast te beteugelen, steeds meer geneigd zijn naar het individu te kijken in plaats van naar 'targets', en hem als volwaardig burger met eigen mogelijkheden kansen te geven. Het lijkt daarom meer dan logisch en goed voor burgers om 'loketten', die oorspronkelijk zijn ingericht voor heel verschillende doeleinden, verder ineen te schuiven.

Het komt nog steeds voor dat mensen met een handicap het gevoel krijgen gecontroleerd en gekneveld te worden, maar de bejegening is zienderogen verbeterd. De huidige financiële crisis en dreigende bezuinigingen gooien hopelijk geen zand in de machine. Het zou zonde zijn die verbetering te zien wegebben, omdat de broekriem weer aangetrokken wordt.

De gemeente en stadsdelen hebben bij die mentaliteitsverbetering een belangrijke rol gespeeld. Sowieso is het goed te constateren dat de overheid de regierol heeft genomen bij het verbeteren van de situatie van kwetsbare burgers.

## **NIET OVER MIDDELEN MAAR OVER MENSEN**

Om van het MSS een succes te maken, is het nodig dat de lokale overheden hun regierol verder uitbreiden, door de bureaucratie in het MSS-systeem op te laten lossen. Als we constateren dat het er weinig toe doet 'wie' kwetsbare burgers ondersteuning biedt, waarom zorgt die overheid er dan niet voor dat overheid en

zorginstellingen hutje bij mudje leggen om teams te vormen die op wijkniveau ‘alles’ aankunnen? Of zorgt ze er niet voor dat ze het gezag verwerven om burgers die zorg en ondersteuning nodig hebben toe te leiden naar de meest geëigende instelling?

## PREVENTIE IS OP TIJD CONTACT LEGGEN, EN CONTACT HOUDEN

Het woord ‘preventie’ leek in onbruik te raken, maar leeft gelukkig de laatste tijd weer. Zeker voor kwetsbare mensen, die aan een psychiatrisch verleden handicaps hebben opgelopen die in het dagelijks leven in de weg zitten, of die om wat voor reden dan ook dakloos dreigen te raken, voor hen is het hard nodig tijdig contact te leggen en te houden om escalatie van problemen te verhinderen. Het is niet juist daar de GGZ alleen verantwoordelijk voor te maken. Natuurlijk hoop je dat de GGZ zijn cliënten in het vizier blijft houden; zeker als de relatie goed was. Maar de GGZ blijft een op ziekte georiënteerde sector die er op moet kunnen vertrouwen dat de samenleving organiseert dat het ook op al die andere levensgebieden niet uit de hand loopt.

## ARMOEDE OF ARBEID?

Zo baart het inkomen van veel kwetsbare mensen ernstig zorgen. Veel van hen hebben nooit aan het arbeidsproces deelgenomen of kunnen deelnemen. En velen zijn in de steek gelaten door hun naaste omgeving waardoor een natuurlijk sociaal vangnet ontbreekt. En als je dan ook nog niet zo handig bent met geld, of met het aanvragen van subsidies, dan komt de armoedegrens snel dichterbij; zeker als er ook nog kinderen bij betrokken zijn.

Natuurlijk kan Amsterdam de nationale wetten niet veranderen, maar de stad zou wel kunnen nadenken over hoe ze de discrepantie tussen uitkering en loon verder zou kunnen opheffen. Door iedereen recht op werk te geven, en het als een gemeentelijke inspanningsverplichting te zien om iedereen naar wensen en mogelijkheden werk te geven – of naar een baan te helpen – zou het hele sanctiedenken op de helling kunnen (als jij niet zorgt dat je ....., dan korten we op je uitkering). Zo’n inspanningsverplichting jegens burgers kan de gevoelde druk bij



uitkeringsgerechtigden van hun schouders halen. Het financiële zwaard van damocles hangt dan niet meer bij elk bezoek aan DWI boven hun hoofd.

## DE MENS IS GEEN DOSSIER

We schreven al eerder dat kwetsbare burgers geen ‘ziektebeelden op pootjes’ waren en gevrijwaard moeten worden van etikettering. Een werkwijze die ‘open’, ‘gewoon’ en ‘luisterend’ is probeert ook de verantwoording aan derden anders te doen.

Natuurlijk moet duidelijk worden dat alle inspanningen en ondersteuning nodig en zinnig waren, maar de stem van de betrokken burger is daarbij doorslaggevend. Als we het belangrijk vinden dat kwetsbare burgers de regie over ‘eigen leven en lijf’ (terug) krijgen, is hij of zij ook de beheerder van zijn dossier. Natuurlijk staan daar afspraken in. Natuurlijk staat daarin waarom ondersteuning nodig is, en welke, en waarom in die mate. Natuurlijk wordt daarin verslag gedaan van vorderingen en het nakomen van wederzijdse afspraken. Maar dat staat allemaal in het dossier dat eigendom is van de betrokkene zelf. Dat werkt niet alleen regie-bevorderend, maar beschermt tevens de privacy en de rechten van de burger.

## WAAR HET TOE LEIDT ....

De huidige netwerkbenadering binnen MSS-en van grote en kleine overleggen, meldpunten, screenings en zorgcontracten, databestanden etc. leidt in de ogen van de NAP-groep niet direct tot betere zorg en ondersteuning voor hen die die nodig hebben. Allereerst gaat er nogal wat tijd heen met overleg en met de papierwinkel die nodig is alvorens gepaste zorg en ondersteuning kan worden ingezet. In de tussentijd blijft hopelijk het vertrouwelijke contact dat met de burger is gelegd in stand. Dat is allerm minst zeker, want degene die het contact legde heeft doorgaans geen enkel gezag om aan de betrokken burger iets te beloven. Ook al ziet hij of zij in een oogopslag wat er als eerste – en soms zelfs acuut – nodig is.

De NAP-groep denkt dat alleen korte lijnen met instanties en zorginstellingen het vertrouwen bij burgers kan vergroten. ‘We gaan dat morgen bij DWI regelen’ betekent dan dat het de dag erna bij DWI is geregeld. ‘Volgende week kan je bij die voorziening terecht’ betekent dan dat er daar vervolgens een plek is.

Dat is minder utopisch dan het lijkt. In eerste instantie zal door instanties en

instellingen plaatsgebrek, geldgebrek en personeelsgebrek in de strijd worden geworpen. Maar als blijkt dat ‘contactleggers achter de voordeur’ samen met de betrokken burger veel zelf kunnen oplossen, dan zal die barrière snel verdwijnen. Daar zit de sleutel tot het succes. Wanneer ‘contactleggers’ breed georiënteerd zijn en breed inzetbaar, zal de noodzaak tot bureaucratie en de noodzaak tot het inzetten van ‘zware middelen’ als GGZ-zorg minder worden. Maar wanneer die ‘zware middelen’ echt nodig zijn, moet de ‘contactlegger’ of casemanager de toelidingsmacht hebben om zaken snel te regelen. De lokale politiek heeft hier een taak, waar ze hopelijk snel mee beginnen. (Vergelijk ‘Manifest Eropaf! 2.0’)

## GEWOON HELPEN EN INFORMELE ZORG

En passant gaven we hierboven een pleidooi voor het gewone. Wie heeft leren luisteren en breed kan kijken zal eerder de mens achter de burger zien dan de zieke of de dreigend-dakloze. Soms zijn simpele ingrepen voldoende om de boel weer enigszins op de rails te krijgen: een leefbaarder huis, herstelde relaties, bezigheden overdag, meer geld etc. En daarna is er wellicht meer nodig om de kwaliteit van leven in de ogen van de burger werkelijk te verbeteren. Informele zorg en informele ‘club’verbanden bieden dan uitkomst.

Op verschillende plekken in de stad is het al gelukt om de grenzen tussen formele of reguliere zorg en informele zorg te vervagen. Daar trekt men al samen op, omdat er over en weer respect is voor wat een ieder te bieden heeft. Alleen zo voorkom je dat informele zorg pas wordt ingezet wanneer reguliere zorg niet werkt of te duur blijkt. Informele zorg heeft een eigen kracht en een eigen waarde, en is geen ‘second best’.

## ERVARINGSDESKUNDIGEN EN AMBASSADEURS

Van belang is ook de inzet van ervaringsdeskundigen, mensen die uit eigen ervaring weten hoe het leven met een beperking is, en die in staat zijn daarover met burgers en professionals te communiceren. Elk team kan zichzelf scherp houden wanneer ze tenminste één ervaringsdeskundige in hun midden hebben. Bij de outreachende GGZ-teams zijn ze inmiddels verplicht, en dat werkt.

De zogenoemde ambassadeurs vervullen een vergelijkbare taak als kwartiermakers van goede zorg en ondersteuning. Zij weten politici, beleidsmakers, studenten,

professionals, en andere burgers duidelijk te maken hoe zij zich het ‘gewone helpen en ondersteunen’ eigen kunnen maken.

## UIT HET ENGE KRINGETJE

Nieuwe contacten en nieuwe bezigheden beginnen vaak onder ‘soortgenoten’. Dagbesteding, arbeid en ontmoeting wordt soort bij soort geregeld. En al die rare soorten liever niet tussen de algemene. Dat is niet per definitie verwerpelijk. Het gaat er immers om dat burgers zich in de samenleving thuisvoelen. En als dat ‘onder elkaar’ is, is dat natuurlijk prima. Maar doorgaans is het opgelegd pandoer vanuit categorale instellingen, en niet per se de keuze van de burger.

In verschillende stadsdelen werd het soort-bij-soort-denken gelukkig al jaren geleden doorbroken. Maar met de druk op het club- en buurthuiswezen in Amsterdam staat die beweging om mensen mee te laten doen aan de samenleving weer onder druk.

## DE VOLGENDE STAP: WEG MET HET CATEGORALE

Kwetsbare ouderen die thuiszorg nodig hebben, vereenzaamden die een sociaal netwerk nodig hebben, verarmden die schuldhelpverlening nodig hebben, mensen met een psychische handicap die steun bij het dagelijks leven nodig hebben. Voor alle groepen organiseren we nieuwe ondersteuningsstructuren, die soms uit dezelfde, en soms uit andere financiële kanalen worden betaald. Een oudere, hulpbehoevende vereenzaamde burger met een psychische handicap kan zo met vier verschillende integrale, multidisciplinaire, goedgeorganiseerde teams te maken krijgen, die allemaal ongeveer hetzelfde doel hebben, en hetzelfde doen. Het paradoxale is dat al die teams (ook) zijn opgericht om de versnippering in het hulpaanbod te bestrijden en de hulp dichterbij de klant te brengen. Wanneer we niet willen dat vervolgens die nieuwbakken teams elkaar voor de voeten gaan lopen, zou het mooi zijn als op wijkniveau de categorisering van burgers nu al zou worden bestreden.

## DE HARTENKREET VAN DE NAP-GROEP TOT SLOT

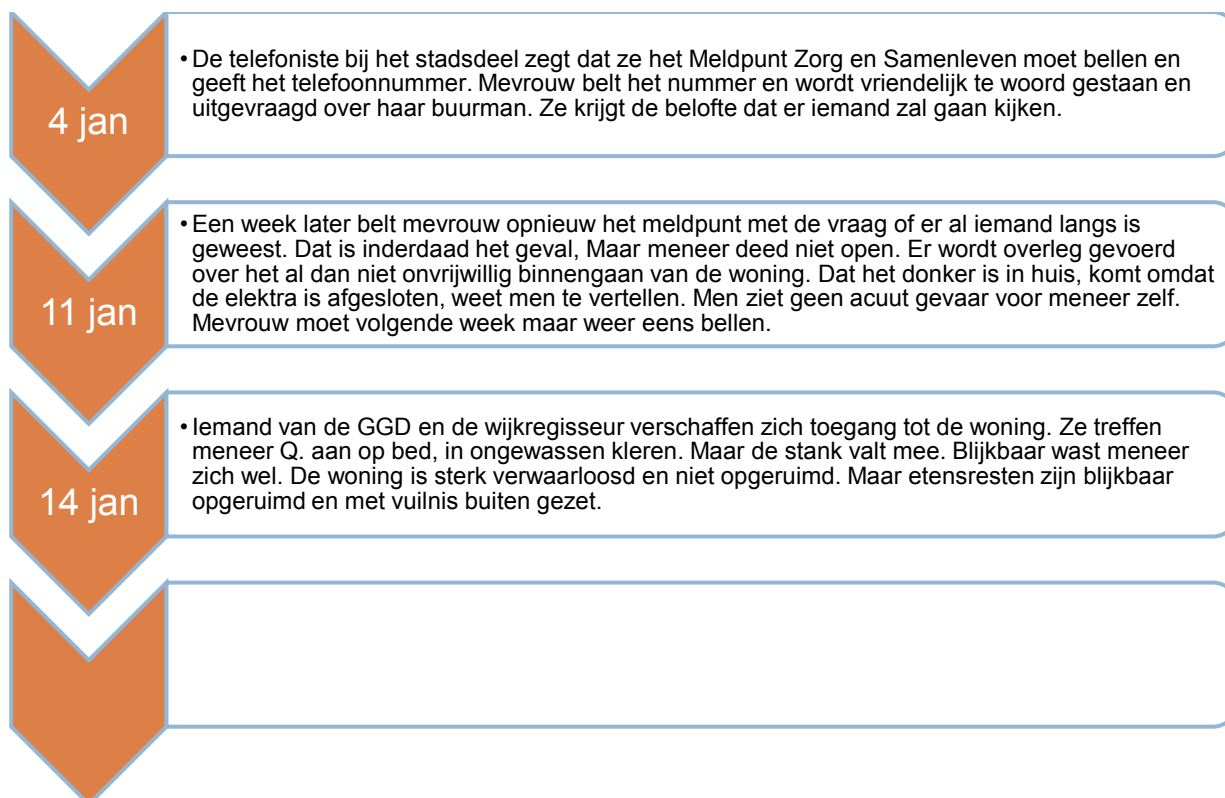
Hierboven staan de elementen van goede zorg en ondersteuning aan kwetsbare Amsterdammers beschreven. Bij elkaar vormen ze een oproep om de komende jaren opnieuw te kijken naar de beste manier om die zorg en ondersteuning te organiseren. Samengevat komt dat op het volgende neer:

- Organiseer in stadsdelen op wijkniveau teams die ‘alles kunnen’, en kunnen werken voor veel groepen kwetsbare burgers: ouderen, armen, mensen met allerlei mogelijke handicaps. Adagium: ‘Verdelen doen we wel als er specialisme nodig is’.
- Een team dat ‘alles kan’ bestaat uit mensen die in de eerste plaats de tijd nemen (en krijgen!), kunnen luisteren, contact kunnen leggen – ook als daar niet direct animo voor is – en direct kunnen handelen.
- Zo’n team bestaat uit vrijgestelde professionals van zorgorganisaties, maar ook uit vrijwilligers van allerlei plaatselijke informele netwerken, en uit ervaringsdeskundigen.
- De leden van zo’n team hebben ‘toeleidingsmacht’. Als ze na ruggespraak tot de conclusie komen dat specialistisch steun nodig is, dan is die morgen geregeld; of het nu gaat om psychiatrische zorg, thuiszorg of schuldhulpverlening.
- Goedwerkende teams zorgen er voor dat het onderscheid tussen ‘front’- en ‘back’-office kan verdwijnen. ‘We zullen kijken wat we voor u kunnen doen; belt u volgende week terug’ is dan verleden tijd.
- De casemanager van een nieuwe cliënt is degene die het vertrouwen van die cliënt heeft veroverd. Of dat zo is bepaalt de betreffende burger zelf.
- Trajectplannen worden ‘afspraken’ met de burger. Ze worden pas opgesteld als de betreffende burger daar aan toe is; als hij plannen voor de toekomst wil maken, en daarbij steun aanvaardt. Pas dan wordt het ‘geven en nemen’: zowel de burger als de ondersteuners beloven in actie te komen.
- Het geeft niet dat er aanvankelijk meer teams in één wijk opereren. Wanneer we te snel naar één team willen, kost dat veel regeltijd, en dreigen teams te groot te worden, en een te grote caseload te krijgen. Direct beginnen is belangrijker.

## ZO KAN HET GAAN

Op 4 januari belt mevrouw P. naar het meldpunt van het stadsdeel, en zegt dat ze zich ernstig zorgen maakt over haar buurman, meneer Q.. Ze weet niet wat er aan de hand is, maar hij houdt al weken zijn gordijnen dicht, en ze ziet hem soms schielijk z'n huis binnengaan. Dan reageert hij niet op haar groet. Hij leeft dus gelukkig nog wel, maar als ze aanbelt doet hij niet open. Of het stadsdeel even kan gaan kijken? Dikke kans dat het gaat zoals in scenario A. Maar zou scenario B geen betere weg zijn?

### SCENARIO A



## SCENARIO B

4 jan

- De telefoniste van het stadsdeel verbindt door met het Meldpunt Zorg en Samenleven. Ze wordt vriendelijk te woord gestaan en de dame van het meldpunt maakt een afspraak met haar: morgen komt er iemand om 10 uur bij haar langs.

5 jan

- Iemand van het wijkteam MSS belt bij mevrouw. Hij stelt zich voor als R. en zegt dat hij SPV is. Samen bespreken ze de ernst van de situatie van haar buurman. Buurvrouw weet te vertellen dat meneer sinds drie jaar weduwnaar is, en dat hij sindsdien niet meer goed voor zichzelf zorgt. Hulp slaat hij af. Hij is erg in zichzelf gekeerd. Hij zat al in de WAO vanwege z'n rug, dus hij had al geen werkkring meer. Familie heeft ze ook in jaren niet gezien. Het echtpaar had een zoon, maar die woont in Canada of Nieuw-Zeeland of zoiets. R. belt aan, en gooit een briefje door de brievenbus als er niet wordt opgedaan. Hij roept door de brievenbus dat hij straks terugkomt. Dat doet hij later op de dag, en als hij constateert dat er leven in huis is, zegt hij dat hij morgen terugkomt voor een praatje over zijn rug.

6 jan

- Q. opent de deur voor R. maar houdt de ketting erop, zodat ze door een kier moeten praten. R. vraagt of hij buurvrouw P. kent, die zich zorgen maakt. En hoe het met z'n rug gaat. En of hij niet graag weer elektra heeft, zodat hij koffie kan zetten, en televisie kijken. Overigens heeft R. Koffie bij zich. Als hij zin heeft .... De ketting gaat eraf. Q. gaat in de woonkamer aan tafel zitten, terwijl R. voor kopjes zorgt. R. prijst Q. dat hij alle eten heeft opgeruimd, maar vindt dat hij er wat mager uitziet. Of het goed is dat hij straks met wat eten terugkomt en wat schoonmaakt in de keuken?

## BIJLAGE: UIT NIEUW AMSTERDAMS PLAN (JUNI 2005)

# 5 Wat we willen

We willen een plan dat er voor zorgt dat we in Amsterdam over vijf jaar een situatie hebben,

1. waarin vanuit het cliëntenperspectief gezien het aanbod van zorg, ondersteuning en dienstverlening geïntegreerd beschikbaar is;
2. waarin scheidslijnen tussen categorieën (ouderen, gehandicapten, zieken) wegvallen en louter de individuele vraag richtinggevend is;
3. waarin de inhoudelijke, organisatorische en financiële barrières tussen de huidige instellingen voor GGZ en Maatschappelijke Ondersteuning opgeheven zijn;
4. die gebaseerd is op behoefteonderzoek van de huidige en potentiële cliënten van de GGZ en de Maatschappelijke Ondersteuning;
5. waarbij alle nodige informatie beschikbaar is via een beperkt aantal, reeds bestaande loketten;
6. die samen met cliënten en ex-clieënten is ontwikkeld in een veranderingsplan voor de GGZ en de Maatschappelijke Ondersteuning;
7. die de mogelijkheden van cliënten om in het kader van inzet van ervaringsdeskundigheid of via allerlei cliënteninitiatieven een bijdrage te leveren aan integrale zorg, ondersteuning en dienstverlening organisatorisch en financieel realiseert: 'empowerment';
8. waarin een integraal stelsel van zorg, ondersteuning en dienstverlening binnen Amsterdam vanuit de buurten en wijken (stadsdelen) is opgebouwd, te beginnen met een stedelijk 'basispakket' zoals dat nu reeds functioneert voor ouderen, en/of met de praktijk in Westerpark als voorbeeld;
9. waarin alle zorgverleners, ondersteuners en dienstverleners (professionals en vrijwilligers, van spv-er tot buurtregisseur, van psychiater tot stadsdeelvoorlichter) zowel naar hun inhoudelijke opvattingen als praktisch een naar de cliënt gerichte houding hebben;
10. waarin er sociale meldpunten bestaan waar men met alle vragen terecht kan;

11. waarin een extra investering is gedaan om de maatschappelijke positie van mensen met een psychische handicap te verbeteren;
12. waarin dankzij omscholingsprogramma's steeds meer intramurale hulpverleners buiten de muren kunnen functioneren;
13. waarin voldoende voor psychisch gehandicapten geschikte woningen en woonvoorzieningen beschikbaar zijn, en vooral ook voldoende woonbegeleiding;
14. waarin voldoende begeleidde-arbeidsplaatsen beschikbaar zijn i.p.v. reïntegratietrajecten naar werkloosheid;
15. waarin gerichte aandacht is voor de mogelijkheden en moeilijkheden van familieleden en andere naastbetrokkenen.