



significant.

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Ambulantisering in de GGZ

Waarnemingen vanuit actieonderzoek in een regio

Opdrachtgever: Ministerie van VWS

Barneveld, 21 november 2018

Referentie: WJ/bv/000572

Versie: 2.0

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1	De vraag: inzicht in belemmerende en bevorderende factoren voor ambulantisering	4
1.2	De aanpak: (actie)onderzoek in een regio	5
1.3	De uitvoering: wat zijn we tegengekomen in een regio	5
1.4	Een korte reflectie vooraf voor de lezer	6
2.	Mensen met psychiatrische problemen aan het woord	8
2.1	Wouter	8
2.2	Ron	9
2.3	Lara	10
2.4	Fiona	11
2.5	De term 'ambulantisering' krijgt op verschillende manieren betekenis	11
3.	Een gemeenschap waar een mens goed kan leven	13
3.1	Wonen in een wijk en de samenwerking tussen betrokkenen in de wijk	13
3.1.1	Woningcorporaties aan het woord over de problematiek van wonen in een wijk	14
3.1.2	Een huisarts, wijkagent en wijkteam aan het woord	15
3.2	Tijdsbesteding en werk	16
3.3	Consequenties en overlast	18
3.4	Conditie waar een gemeenschap aan moet voldoen, wil 'ambulantisering' werken	19
4.	Dilemma's waar betrokken medemensen tegenaan lopen	21
4.1	Buren	21
4.2	Vrijwilligers in het inloophuis de Hoop en het diaconaal aandachtscentrum	22
4.3	Het Leger des Heils: geen hokjes, maar mensen die problemen verzamelen	23
4.4	Ideële veronderstellingen in het beleid en de gevarieerde praktijk	24
5.	Dilemma's waar betrokken professionals tegenaan lopen	26
5.1	De wijkagent over de toegenomen overlast in de wijk	26
5.2	De woningcorporatie: gebrek aan continuïteit en elkaar echt kennen	27
5.3	De huisarts: de gedachte achter ambulantisering is zoek in onze praktijk	28
5.4	De crisisdienst: moeite om het hoofd boven water te houden	30
5.5	Het FACT-team: werken met een grote caseload en weinig terugvalmogelijkheden	31
5.6	De psychiater: uitholling van het vak en perverse prikkels	32
5.7	De ervaringsdeskundige: we moeten meer oog hebben voor de mens	34
5.8	Team toeleiding en begeleiding: 'denken in hokjes' werkt niet	35
5.9	Een versnipperd veld zoeken professionals houvast	36
6.	Hoe 'het systeem' steunend kan zijn	38
6.1	Gemeenten: aansluiten bij de ondersteuningsvraag	38
6.1.1	Open aanbesteding	38
6.1.2	Maatwerkoplossingen door mensen te kennen	39
6.2	Zorgverzekeraars: strategieën voor betere zorg en terugbrengen van de zorgkosten	40
6.3	Kleine innovatieve initiatieven: ruimte voor ondernemerschap	42
6.4	Een GGZ-instelling in het nauw: uit noodzaak komen tot nieuwe oplossingen	43
6.5	De GGD: faciliteren en coördineren bij niet-acute zorg	45

6.6	Noodzaak tot opnieuw uitvinden van de GGZ en ruimte voor ondernemerschap	46
7.	Hoe 'het systeem' belemmerend werkt	47
7.1	De stelselwijzigingen en het effect op zorgverzekeraars	47
7.2	Beleidsvorming met partijen die grote diversiteit in hun achterban moeten vertegenwoordigen	50
7.3	Zoeklicht op een deel van het vraagstuk	51
7.4	Monitoring te veel gericht op reductie van het aantal klinische bedden?	52
7.5	Geen discussie over de ideologie achter ambulantisering	53
7.6	Verschillende strategieën bij verschillende, concurrerende financiers	53
7.7	Samenwerken in de regio door te overleggen met tientallen partijen	53
7.8	Gevestigde GGZ-instellingen: beperkte ruimte voor vakmanschap of innovatie	54
7.9	Landelijke partijen, verzekeraars en gemeenten: zoekend in 'het systeem'	55
8.	Conclusies en aanbevelingen: handelingsperspectief	57
8.1	VWS: expliciteer consequenties en normen in beleid met praktijkonderzoek	57
8.2	Inkopen: ambulantisering in de GGZ is (ook) een relationeel vraagstuk	60
8.3	Opnieuw uitvinden van GGZ: verbinding en nabijheid is niet te organiseren	62
8.4	Branche- en belangenorganisaties: nieuwe 'overlegvormen' vinden	63
	Verantwoording en een woord van dank	65

1. Inleiding

We starten deze 'verhalende' rapportage met een toelichting op de vraag waarmee we op pad zijn gegaan in dit onderzoek en geven vervolgens een toelichting op het (actie)onderzoek dat is uitgevoerd en de vertaling daarvan naar deze rapportage.

1.1 De vraag: inzicht in belemmerende en bevorderende factoren voor ambulantisering

De beslissing om te extramuraliseren (en dus ambulante capaciteit op te bouwen en klinische capaciteit af te bouwen in de GGZ) werd vastgelegd in het 'Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014'. De afspraak die werd gemaakt was dat in 2020 een derde van de bedden afgebouwd zou moeten zijn ten opzichte van de situatie in 2008. Ondertussen moest tevens ambulante capaciteit opgebouwd worden, maar hier werden geen concrete doelstellingen aan verbonden. In 2014 werd dit akkoord verlengd en de gemaakte afspraken verder uitgewerkt in het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017'.

Het idee om bedden af te bouwen in de GGZ wordt uiteengezet in de GGZ-tendrapportage van het Trimbos-instituut in 2012. De trend om bedden af te bouwen bestaat al sinds de jaren '70, maar blijkbaar zette die trend zich in Nederland minder hard door, want in 2009 stond Nederland op de tweede plaats in Europa met de grootste hoeveelheid klinische bedden in de GGZ. Het Trimbos-instituut beschrijft de trend en wat daarin de argumenten zijn geweest vanaf de jaren '70 om meer ambulante behandelen te omarmen. Een van die argumenten is dat het voor mensen fijner en beter is om in een thuisomgeving te herstellen en te leven, dan in een minder 'natuurlijke' GGZ-instellingsomgeving. En dat ambulantisering mogelijkheden biedt om kosten te besparen en daardoor goedkoper zou zijn.

Het ministerie van VWS (hierna: VWS) was samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland op zoek naar meer inzicht in de factoren die bijdragen of belemmerend werken voor de ambulantisering van de GGZ. Het effect van het beoogde beleid en eerdere interventies lijkt namelijk uit te blijven.

VWS vraagt zich af of de gekozen en ingezette interventies wel effectief genoeg zijn om het doel (intensivering van de ambulantisering) te realiseren. VWS heeft daarom behoefte aan inzicht in wat er concreet in de regio gebeurt tussen betrokken partijen en waarom de opbouw van ambulante zorg stagneert. Daarnaast wil VWS inzicht in wat VWS en andere partijen kunnen doen om dit vlot te trekken en voor de juiste (landelijke) interventies te kiezen. ZN wil de zorgverzekeraars spiegelen in de wijze waarop ze nu te werk gaan en de strategische koers en het huidige paradigma, van waaruit zorgverzekeraars handelen en interventies inzetten in de GGZ, bespreekbaar maken. Deze bewustwording kan bijdragen aan de ingezette koers om patiënten meer in hun eigen omgeving te behandelen en te ondersteunen. Voor GGZ Nederland kunnen de inzichten helpen om vast te stellen welke ondersteunende interventies zij als brancheorganisatie richting hun leden kunnen doen.

1.2 De aanpak: (actie)onderzoek in een regio

We zijn met de vraag aan de slag gegaan en hebben primair onderzoek gedaan naar de uitvoeringspraktijk in een specifieke regio. We hebben betrokkenen in de regio geïncludeerd in het onderzoek en mede-eigenaar gemaakt.

In het afgelopen jaar (september 2017 tot en met juni 2018) zijn we in de GGZ-praktijk aan de slag gegaan met direct betrokkenen die zelf een rol hebben in - en daarmee mede-eigenaar zijn van - het vraagstuk van de ambulantisering (zoals zorgprofessionals, bestuurders, managers, zorginkopers, cliënten, ervaringsdeskundigen, gemeenteambtenaren, et cetera). We hebben antropologisch onderzoek gedaan naar hoe betrokkenen betekenis geven aan ambulantisering en hun vraagstuk definiëren. Vervolgens hebben we een begin gemaakt met actiegericht onderzoek om te reflecteren op de dilemma's die er in het vraagstuk ambulantisering spelen, welke mogelijkheden we met betrokkenen zien om hier in de toekomst in te kunnen handelen en welke condities daarvoor nodig zijn.

We zijn bijvoorbeeld met een gemeenteambtenaar, een zorginkoper, een ervaringsdeskundige, een medewerker van de woningbouwcorporatie, een GGZ-zorgprofessional en een cliënt in gesprek gegaan over wat er nodig is voor deze cliënt (zorg, ondersteuning en condities) om het mogelijk te maken om zelfstandig te wonen. In dat gesprek hebben we uitgeprobeerd op welke wijze de medewerkers van gemeenten en zorginkopers het samenwerken anders kunnen vormgeven. En hoe we de gesprekken en het maken van afspraken tussen zorginkopers en medewerkers van zorgaanbieders effectiever kunnen laten zijn.

Het beoogde resultaat was en is een rijk, 'meerlagig' verhaal over ambulantisering, waarin we beschrijven hoe de ambulantisering vorm krijgt in de uitvoeringspraktijk (vanuit de regio dus). Hierin beschrijven we hoe betrokken personen betekenis geven aan het vraagstuk, de dilemma's die zij hierbij ervaren, de keuzes die ze maken, de manier waarop zij handelen, de belemmerende en bevorderende factoren en de manier waarop bestaande interventies bedoeld of onbedoeld in de weg zitten of juist bevorderend werken. Ook beschrijven wij de initiatieven waar de ambulantisering wel slaagt, wat maakt dat deze initiatieven succesvol zijn en welke interventies dragen hieraan bij.

1.3 De uitvoering: wat zijn we tegengekomen in een regio

We startten vervolgens een actieonderzoek, waarin we - samen met alle betrokkenen in dat onderzoek - deze short story maakten. Niet als een 'waar en wetenschappelijk onderzocht' verhaal, maar als een verhaal dat aanzet tot het met betrokkenen samen verder onderzoeken en komen tot nieuwe oplossingen. Nu, ongeveer een jaar later, denken wij als actieonderzoekers dat het niet alleen de GGZ-instellingen en de verzekeraars zijn, die een sleutelpositie innemen in de complexe dynamiek rond mensen met psychiatrische problemen die goede zorg verdienen, maar alle spelers die 'de wijk' of 'de gemeenschap', waar deze mensen onderdeel van uit maken, vormgeven. We zijn gedurende dit actieonderzoek dan ook gaan werken met mensen die vrijwilligerswerk doen voor kerken, de buurmannen en -vrouwen, de wijkagenten, de mensen die contact onderhouden met 'de wijk' bij woningcorporaties, de mensen die 'mensen met een achterstand tot de arbeidsmarkt' proberen aan een baan te helpen, et cetera. Zij maken dat mensen met psychiatrische problemen in een thuisomgeving ondersteund kunnen worden en kunnen leven met hun beperkingen of niet.

We zijn dan ook gaan onderzoeken hoe de gemeente, naast de zorgverzekeraars, in een regio de condities creëert waarbinnen 'samenleven met mensen met psychiatrische problemen' beter mogelijk wordt. Hoe zij politie, kerken, woningcorporaties, bemiddelaars in werk en inkomen, kleine innovatieve GGZ-initiatieven, wijken en andere betrokkenen dan precies steunen of ruimte voor hen maken. In een context waarin de grotere gevestigde GGZ-instellingen proberen te overleven na een reeks van bezuinigingen en beleidswijzigingen die transparant en resultaatgericht werken van hen vereisen. En waar veel van de professionals ofwel zijn uitgestapt en voor zichzelf zijn begonnen ofwel een overlevingsstrategie hebben gekozen om staande te blijven binnen de (door hen ervaren) beperkingen, die de GGZ-instellingen hen (lijken) op (te) leggen. En waar bij politie, woningcorporaties, ziekenhuizen, huisartsen, vrijwilligers in kerken de veronderstelling leeft dat GGZ-instellingen mogelijk oplossingen kunnen bieden voor alles wat te maken heeft met 'verwarde mensen'. Een veronderstelling die overigens niet lijkt te kloppen.

1.4 Een korte reflectie vooraf voor de lezer

Onze (voorlopige) conclusies, die aanzetten tot zoeken en vinden van nieuwe oplossingen, beschrijven wij aan het einde van deze verhalende rapportage. Maar om de lezer toch alvast een beetje te richten, geven wij de volgende reflectie als schot voor de boeg:

- a. 'Ambulantiseren' was een mooi theoretisch en ideëel antwoord van het ministerie van VWS en partijen in het veld met de gedachte dat een mens beter herstelt en kan leven in de eigen 'thuis' omgeving dan in een instelling vol met mensen met psychiatrische problemen, afgezonderd van de bewoonde wereld. Tegen deze gedachte kan niemand zijn. Behalve als je je realiseert dat er wijken zijn die de condities bieden waarin dit goed vorm kan krijgen, maar dat de meeste woningen die worden aangeboden door woningcorporaties in niet zo florissante buurten, waar de mens met psychiatrische problemen wordt geconfronteerd met zijn oude niet stimulerende vrienden, of het ontbreken van 'stimulerende vrienden', en dus niet (zomaar) aan deze condities voldoen. We lezen in de landelijk gemaakte afspraken nergens hoe er nagedacht zou zijn over de consequenties van een 'ambulantiseringsbeweging' voor 'de samenleving' of 'de wijk'. En hoe je deze gevolgen zou kunnen opvangen. Als je GGZ-problematiek niet meer 'wegstopt' in een bosrijke omgeving, word je in 'de wijk' meer geconfronteerd met gedrag dat volgens anderen niet altijd wordt gezien als 'normaal'.
- b. Het beeld is ontstaan dat de veronderstelling bij het ministerie van VWS was dat bij het inzetten van dit 'ambulantiseringsbeleid' mensen uit de 'dure' bedden van een kliniek zouden kunnen worden gehouden en thuis geholpen zouden kunnen worden, zodat de kosten van GGZ zorg zouden afnemen. Deze veronderstelling blijkt alleen te kloppen onder zeer specifieke condities, die op dit moment op de meeste plekken in Nederland (nog) niet aanwezig zijn.
- c. In Nederland hebben we een ingewikkelde opeenstapeling van maatregelen getroffen, waardoor partijen zoals het ministerie van VWS, de NZa, ZIN, de zorgverzekeraars, de gemeenten, en de IGZ individueel de juiste dingen doen om helpende condities in onze samenleving te creëren, maar opgeteld is dit niet het geval. Het veld is voor al deze partijen zo ingewikkeld geworden dat zij slechts kunnen spreken over vraagstukken en de oplossingen daarvan in ideële concepten ('wat'). 'Handelingstaal' ('hoe') ontbreekt. Dus moet de cliënt volgens deze partijen vanuit 'zorgplicht' centraal worden gesteld en 'evidence based' 'kosteneffectief' worden 'samengewerkt in de keten'. Niemand is het met de meeste van deze containerbegrippen oneens en niemand weet vervolgens wat hij in zijn of haar handelen

anders moet doen dan gisteren. Wij proberen in deze verhalende rapportage zoveel mogelijk in 'handelingstaal' en niet in 'ideële concepten' te schrijven.

- d. Als je werkelijk betere GGZ- zorg voor lagere kosten wilt realiseren, zal er 'out of the box' moeten worden gedacht. Wij hebben gemerkt dat de GGZ- instellingen in de afgelopen jaren aan zoveel stelselwijzigingen zijn onderworpen, dat de gemiddelde professional in een GGZ-instelling overvraagd is. Van hen nu verwachten dat zij ('redelijk uitgeput') ook nog eens hun vak opnieuw gaan uitvinden, is volgens ons te veel gevraagd. De historische vorming van GGZ-instellingen en de culturen die in deze instellingen zijn ontstaan, lenen zich sowieso slecht voor innovatie. Wij hebben de innovatieve oplossingen dan ook vaker bij kleinere, nieuwe initiatieven (buiten of aan de rand van de (specialistische) GGZ) en bij individuele professionals met een duidelijke visie aangetroffen. Zij durven het vak van (of de vele vakgebieden binnen) psychiatrie ter discussie te stellen en durven te bekennen dat er meer niet bekend is over de menselijke geest en alle factoren die daar invloed op hebben dan wel. Zij zoeken de oplossing dan ook in het creëren van 'zo normaal mogelijke levensomstandigheden' en daarbovenop nog 'een beetje psychiatrie', die overigens dan wel een hele hoge vakstandaard kent.
- e. De meest succesvolle (ambulantiserings)initiatieven sluiten aan bij wat 'normaal leven' betekent voor de mens met de psychiatrische problemen zelf. De minst succesvolle initiatieven hebben een 'norm' die geldt voor de gemiddelde Nederlander en missen de aansluiting tussen behandeling van de stoornis in de GGZ en het bieden van een realistisch en concreet perspectief voor de persoon zelf.
- f. Alle (zeer) betrokken mensen in dit actieonderzoek (en dat waren alle mensen die we gesproken hebben, ieder op hun eigen manier) definiëren in meerderheid de vraagstukken rondom mensen met psychiatrische problemen als financieel en organisatorisch. Zij zoeken de oplossingen dus ook in anders organiseren of anders financieren. De vraagstukken zijn echter (ook) juist sociaal en relationeel van aard. En de oplossingen dus ook. Als je werkelijk wilt dat de zorg voor mensen met psychiatrische problemen goed is en betaalbaar blijft, dan zijn we afhankelijk van individuele betrokken mensen, die met persoonlijk commitment (niet vrijblijvend) steeds opnieuw in relatie met andere mensen oplossingen zoeken. Dat is niet zomaar te organiseren of te financieren. Daar kun je alleen zelf als betrokken mens het goede voorbeeld geven door zo te handelen. Dit wordt ontegenzeggelijk wel bemoeilijkt door de manier waarop de GGZ en het sociale domein zijn georganiseerd en gefinancierd.

In dit boekje signaleren we niet alleen wat er (vaak onbewust, onbedoeld) niet goed gaat, maar juist ook waar we de mogelijkheden zien. We geven overigens niet alleen antwoord op de vraag van het ministerie van VWS, ZN en GGZ Nederland, maar ook op de vragen van de andere partijen die betrokken zijn bij 'ambulantiseren in de GGZ'. Dit is namelijk niet los van elkaar te zien.

Deze verhalende rapportage beschrijft ambulantisering (of het wonen buiten een instelling) vanuit meerdere perspectieven: cliënten (hoofdstuk 2), de (leef)gemeenschap (hoofdstuk 3), de betrokken medemensen (hoofdstuk 4) en betrokken professionals (hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 beschrijven we hoe het handelen van betrokken partijen en professionals in de regio positief kan bijdragen aan de gewenste ambulantiseringbeweging en in hoofdstuk 7 beschrijven we welke dynamieken in 'het systeem' de gewenste beweging juist kunnen belemmeren. In hoofdstuk 8 sluiten we af met de conclusies op basis van het uitgevoerde onderzoek in de regio en aanbevelingen aan het ministerie van VWS en andere betrokken partijen.

2. Mensen met psychiatrische problemen aan het woord

In dit hoofdstuk vertellen we een viertal verhalen van mensen die in onze samenleving niet volgens de geaccepteerde definities van wat 'normaal' is kunnen functioneren. Zij vertellen over hun ervaringen met het leven in een GGZ-instelling en hun ervaringen met het weer 'teruggaan' naar de 'gewone wereld'. En hoe het ging toen zij weer 'terugvielen'. Zij vertellen, kortom, hoe zij 'ambulantisering' in hun eigen leven hebben ervaren. We sluiten het hoofdstuk af met een korte beschouwing op ambulantisering vanuit deze verhalen.

2.1 Wouter

Tijdens dit actieonderzoek ontmoetten we Wouter. Wouter is een trotse en hardwerkende stukadoor. Hij heeft een gezin, is vader van twee kinderen, en heeft een succesvol lopend stukadoorsbedrijf. Totdat hem iets verschrikkelijks overkomt. Dertien jaar geleden probeert iemand het dochttertje van Wouter iets aan te doen. Als Wouter hierachter komt, neemt hij wraak. Hij wordt opgepakt en veroordeeld voor poging tot doodslag. Nadat hij heeft gezeten voor poging tot doodslag, moet hij zich verplicht laten behandelen in een GGZ-instelling. Terwijl GGZ-behandelaren proberen te ontdekken wat er met Wouter aan de hand is en zij hem verschillende diagnoses geven, komt het leven van Wouter steeds meer in een neerwaartse spiraal terecht. Hij is niet in staat te werken na de afschuwelijke gebeurtenissen. Zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering keert niet uit en beticht hem van fraude. Het gezin heeft geen inkomen. Zijn relatie loopt stuk en Wouter belandt op straat.

“Je zit daar als leek, als stukadoor, mijn vrouw was erbij, we wisten niet eens wat ziek zijn was. Dat je een diagnose moet hebben. Dan word je de arbeidsongeschiktheidsverzekering uitgegooid. En dan drie weken later komt de GGZ met vier diagnoses tegelijk. En toen was het al te laat. Huis verkopen, scheiding. En als de GGZ gezegd had: ‘We weten het niet’, was ik ergens anders heen gegaan. Het kon me niet schelen waar ik naartoe moest, als ik maar beter werd.”

Wouter leeft op straat en slaapt 's nachts in een boedelbak. Hij heeft af en toe een gesprek met een psychiater en moet zijn medicijnen ophalen bij een apotheek. Hij wil behandeling en vraagt daar dagelijks om (niet altijd vriendelijk) bij de GGZ-instelling, waar hij in behandeling is. Zij vragen hem te vertrekken. Wouter voelt zich niet geholpen met 'de gesprekken van een kwartier' met een psychiater. Het eindresultaat van een gesprek lijkt steeds te zijn dat hij meer medicijnen moet gaan slikken. Wouter doet verschillende pogingen om zijn leven te beëindigen.

In 2009 denkt Wouter: *“Dit is niet waar ik recht op heb”*. Het lukt hem om ergens anders opgenomen te worden. Daar heeft hij het gevoel dat hij voor de eerste keer zijn hele verhaal mag vertellen. Hij vertelt zes uur aan een stuk door. Hij heeft zijn verhaal in de eerste GGZ-instelling, gedurende de vijf jaar dat hij daar in behandeling was, nooit helemaal kunnen vertellen. Hij krijgt een nieuwe diagnose (PTSS). Vijf jaar te laat naar zijn mening en 'een kras voor het leven' zoals hij het zelf noemt.

Hij mag niet blijven in deze GGZ-instelling en keert terug naar de eerste instelling, waar hij behandeld werd, maar nu met een nieuwe diagnose onder zijn arm en een stukje op weg geholpen. Als hij een tijd in een kliniek woont, vraagt hij om overplaatsing naar een lichtere faciliteit, een beschermde woonvorm. Dat krijgt hij

niet voor elkaar. Hij neemt zitting in de cliëntenraad van de GGZ-instelling in de hoop meer invloed te krijgen. Na een aantal jaar komt hij met een psychiater in contact, die het met hem eens is dat het beter voor hem is als hij verhuist naar beschermd wonen. Zij maakt zich daar hard voor en het lukt haar hem over te plaatsen.

Het is nu dertien jaar later. Hij heeft zo'n veertig verschillende psychiaters en behandelaren gesproken. Maar dat heeft hem niet verder gebracht voor zijn gevoel. Toch gaat het nu beter met hem. Wouter wordt behandeld voor zijn PTSS, woont zelfstandig, heeft zijn medicatie van drieëntwintig naar drie pillen terug weten te brengen en werkt overdag bij een zorgboerderij. Een zorgboerderij waar hij zijn oude beroep weer aan het oppakken is, ergens bij hoort en van betekenis kan zijn. Samen met anderen bouwt Wouter letterlijk en figuurlijk aan de boerderij en aan zijn leven. Waarom dat voor hem belangrijk is? "Hier is de inzet op de verdere voortgang van je leven. Vroeger in de bouw interesseerde me alles. Ik weet nog dat Bram bij me kwam. Ik zat helemaal in elkaar. Hij zei: 'Wout, ik ga een zorgboerderijtje beginnen.' Ik dacht: 'Dat is niks voor mij. Werken in de stront'. Maar hij zei: 'Nee, we gaan schroeven, verbouwen'. En tot nu toe ben ik nog hier, en tot mijn tevredenheid. Je ziet het ook hier. Er komen steeds meer mensen en het is gezond. Om uit je woning te zijn. Ik ging van een hardwerkende man naar 'waarvoor moet ik eigenlijk m'n bed uitkomen'. Maar niemand motiveerde me en zei: 'Joh, we hebben dit en we hebben dat'. Je moet het eigenlijk zelf uitzoeken, maar dat gaat gewoon te ver." Wouter knokt nog steeds om overeind te blijven, 'te leven met zijn probleem' zoals hij zelf zegt, en tot z'n 60e te werken als stukadoor.

2.2 Ron

Ron was vrachtwagenchauffeur en 25 jaar oud toen hij een ongeluk kreeg. Daarna had hij een moeilijke periode. Hij was veel alleen thuis, kon niet werken en ging af en toe gebruiken. Omdat hij zelf vond dat hij een drugsprobleem begon te krijgen, heeft hij zich aangemeld bij de verslavingszorg.

In 2014, rond de kerst, hoort Ron voor het eerst een geest in z'n hoofd. Ron ziet God, die hem vertelt dat hij er voor hem is. Ron wordt verplicht opgenomen met een inbewaringstelling (ibs). Hij verzet zich en wordt vastgebonden op een brancard. Hij krijgt medicatie tegen zijn psychose. Deze weigert hij te nemen. Als hij naar huis mag, keert de geest in zijn hoofd weer terug. Dat noemt Ron overigens geen psychose. Alhoewel hij in het begin bang is voor die geest, is hij er nu blij mee. Hij zegt dat hij er alleen maar beter van geworden is. Maar dat krijgt hij moeilijk uitgelegd aan zijn directe omgeving.

Tevergeefs probeert Ron zijn hulpverleners duidelijk te maken dat ze volgens hem niet de goede dingen doen, hem niet helpen. Iedere keer als hij zich niet gehoord voelt, loopt hij weg uit de instelling; doet hij andere dingen dan zijn hulpverleners willen; of probeert te laten zien dat hij gelijk heeft. Hij heeft niet het gevoel dat er iemand naar hem luistert. Na iedere opname komt hij weer thuis, maar hij krijgt geen contact met zijn burens of omgeving. Zij vinden het maar vreemd dat hij vlaggetjes in huis ophangt en roept dat het leven een voetbalwedstrijd is. Na veertien keer in dezelfde instelling te zijn opgenomen, gaat hij naar een andere GGZ-instelling. Daar ervaart hij dat er wel naar hem geluisterd wordt en zorgverleners meer kijken naar wat hij nodig heeft. Waar Ron echt blij mee is, is de budgetbeheerder die voor hem geregeld is. Hij zorgt ervoor dat van zijn uitkering zijn huur wordt betaald, zijn gas en licht en dat hij wat kan sparen.

Ron gedraagt zich op een manier die de meesten van ons raar vinden. Hij krijgt daarin dus ook weinig gehoor. Hierdoor raakt hij steeds meer in een isolement. Hij vindt uiteindelijk zijn weg naar een zorgboerderij. Door het werken op die zorgboerderij is hij onder de mensen en kan hij zichzelf zijn; het 'normaal' doen weer aanleren; aangesproken worden; en op die manier worden opgetild om maatschappelijk weer voorzichtig mee te doen. Ron heeft geen burens, vrienden, werk of een relatie waarin hij dit leert. De contacten, relaties en het appel wat op hem gedaan wordt in het werken op de zorgboerderij, helpen hem om weer deel te nemen aan onze samenleving.

2.3 Lara

Ook maken we kennis met Lara. Lara is een prachtige, jonge vrouw. Als ze op een heldere en rustige manier vertelt over haar leven, vraag je je af waarom en hoe zij in de psychiatrie verzeild is geraakt. Als tiener was Lara verlegen, zo vertelt ze. Ze durft niet goed met andere mensen om te gaan en heeft niet echt vrienden. Halverwege het vierde jaar van de havo wordt ze voor de eerste keer opgenomen. Daarna volgen crisisopnames en een zoektocht, samen met haar moeder, naar allerlei verschillende zorgverleners en geschikte plekken voor Lara. Maar het lukt niet een goede plek voor haar te vinden. Lara, zo blijkt later uit haar verhaal, beleeft haar emoties op een heftiger manier dan de meesten van ons. Als gevolg daarvan is ze soms agressief. Veel hulpverleners vinden het lastig om met Lara om te gaan. Beschermden woonvormen willen haar niet opnemen.

Maar Lara is ook een ondernemende en initiatiefrijke dame. Om haar straatvrede te beslechten neemt ze een hond en als haar moeder voor haar werk naar Spanje moet, besluit ze de pelgrimstocht Santiago de Compostella te lopen. Dit lukt haar en de positieve kracht die ze hieruit haalt, maakt dat ze ook de stap in de maatschappij weer durft te zetten. Ze besluit een mbo-opleiding te starten. Dat blijkt een iets te grote stap. Door haar wisselende en soms heftige emoties, lukt het Lara niet de verplichte uren aanwezig te zijn. *“Toen ben ik maar weer gestopt.”*

Via-via komt Lara terecht op een zorgboerderij. “Hier kijken ze naar het individu. Er zijn bijna geen regels. En ze staan voor je klaar. Het is de beste plek voor mijn emoties”. Voor Lara is begrip voor haar emoties en behoeften heel belangrijk. Terwijl het voor de meeste mensen juist zo moeilijk te begrijpen is wat er met Lara aan de hand is. Ook wij luisteren vol ongeloof als ze vertelt over haar reactie op het verwijderen van de kattenbrug aan haar huis. Hoe ze politieagenten gebeten heeft, ambulances kapot maakt, verschillende keren in een politiecel gezeten heeft en over hoe agenten en ambulancepersoneel ruzie maakten wie haar moest meenemen.

Lara woont nu zelfstandig en krijgt hulp en steun bij haar dagelijks leven van Chantal. Ze heeft ontdekt dat het goed met haar gaat als ze zorgt dat ze zo min mogelijk stress heeft en niet te veel doet. Als ze het moeilijk heeft kan ze altijd Chantal bellen, ook in de avond of in het weekeinde. Chantal kan meebewegen met de behoefte van Lara. Op deze manier kan Lara haar eigen leven leiden op een manier die bij haar past.

2.4 Fiona

Fiona was 35 toen in 2009 haar huwelijk strandde. Op een dag kwam ze thuis uit haar werk en toen zei haar man tegen haar: *“Weet je, het gaat niet meer. Laten we gaan scheiden”*. Hierdoor stortte haar leven in. Ze kwam in een zware depressie en in kwam vervolgens contact met een GGZ-instelling. De depressie bleek ernstig, maar ook chronisch. Het stranden van Fiona’s huwelijk werd een aanleiding, waardoor ze ontdekte dat ze eigenlijk nooit zichzelf had kunnen zijn. Tegelijkertijd had ze geen plek meer om te wonen. Ze kon niet bij haar man blijven wonen, e kon alleen tijdelijk terecht bij haar ouders. Bij woningcorporaties kreeg ze geen urgentieverklaring, omdat ze geen kinderen had. De combinatie van psychische moeilijkheden, geen huis hebben en de uitzichtloze sociale situatie maakte dat Fiona dacht: *“Het hoeft voor mij niet meer, ik stop met leven”*.

Een goede vriendin heeft haar uit deze impasse geholpen. Op haar vraag of ze ooit gelukkig was geweest, antwoordde Fiona: *“Nee”*. Waarop haar vriendin antwoordde: *“Waarom ga je dan niet eerst proberen om gelukkig te worden? En dan kun je er altijd nog uitstappen.”*

Fiona heeft brieven geschreven, waarin ze haar persoonlijke verhaal heeft verteld en gevraagd heeft om een kans, om een woning. Bij een kleine gemeente kreeg ze gehoor. Nadat ze vier jaar in dozen en op campings had gewoond kwam Fiona terecht in deze kleine gemeente. Ze kende helemaal niemand. Toen ze haar woning kreeg, heeft Fiona alle hulpbronnen ingeschakeld waar ze een beroep op kon doen. Toevallig kende een begeleidster een zorgboerderij en was Fiona daar welkom. Hier probeert ze haar leven weer op te bouwen. Ze is nu een van de ervaringsdeskundigen op de zorgboerderij, die anderen verder helpt.

2.5 De term ‘ambulantisering’ krijgt op verschillende manieren betekenis

Uit de verhalen wordt zichtbaar dat geen mens hetzelfde is of meemaakt. We kunnen deze mensen indelen naar ‘diagnose’, maar het maakt nogal uit of je de diagnose ‘manisch depressief’ hebt gekregen en een groot en steunend netwerk van mensen om je heen hebt of niet. En of je die diagnose krijgt in een grote stad of in een klein dorp. En waar dat gebeurt in Nederland en hoe in die subcultuur wordt gekeken naar ‘normaal’ en ‘gek’. We kunnen deze mensen rangschikken van ‘minst in staat tot zelfstandig te wonen en te leven’ naar ‘meest in staat tot zelfstandig te wonen en te leven’, maar hoe bepalen we dat en op welk moment? Dat verschilt bij ieder van de vier mensen nogal van moment tot moment. We organiseren voor en financieren op de gemiddelde cliënt in een gemiddelde context, maar die gemiddelde cliënt bestaat niet.

Ambulantisering betekent niet dat het voor iedereen onder elke omstandigheid de beste keuze is om niet in een GGZ-instelling te wonen, maar zelfstandig en daarbij ambulante hulp te krijgen. Als je de verhalen leest, verschilt dat ook van mens tot mens. Er zijn ook mensen die graag ‘meedoen in de wijk en in het normale sociale verkeer’ en dus vooral niet zelfstandig in de wijk willen wonen. Net zo goed als er mensen zijn, die heel erg blij zijn met de ambulantiseringbeweging en het fijn vinden dat ze niet meer ‘weggestopt’ hoeven te leven in een GGZ-instelling. Ambulantisering is daarom ook geen absoluut begrip, maar een beweging: meer zorg en hulp bieden in een extramurale setting al dan niet met begeleiding, zonder dat de mogelijkheid voor een opname en verblijf in een intramurale setting vervalt.

De vraag komt op of een verschuiving van het verblijf in een kliniek naar het wonen in een 'beschermde woonvorm' ook valt onder 'ambulantisering'. Zou deze 'tussenvorm' tussen wonen in een kliniek en thuis wonen ook voldoen aan het 'het is een meer natuurlijke leefomgeving' argument? Zijn er nog meer 'tussenvormen'? Zou dit dan ook werkelijk goedkoper zijn?

In de vier verhalen levert in alle gevallen de zorgboerderij (in termen van dagbesteding, behandeling of werk als ervaringsdeskundige) een bijdrage aan het leven dat deze mensen nu hebben. De zorgboerderij sluit (blijkbaar) goed aan bij wat deze mensen nodig hebben om een zo normaal mogelijk leven te kunnen leiden. Vanuit onderzoeksperspectief betekent dit echter niet dat een zorgboerderij hierin de enige oplossing is. Dit moet naar ons idee breder worden gezien: het gaat om passende tussenvormen tussen verblijf in een kliniek en zonder ondersteuning thuis wonen die aansluiten bij het leven van mensen met dit soort psychiatrische problematiek.

Dit zijn alleen verhalen van mensen die in behandeling zijn (geweest) van een GGZ-instelling. De verhalen van de mensen die behandeling weigeren, ook al vinden anderen dat ze geholpen zouden moeten worden, en ook geen gevaar vormen voor de samenleving of voor zichzelf (want dan zouden ze gedwongen kunnen worden opgenomen met een inbewaringstelling (ibs) of een rechterlijke machtiging (rm)) zijn hier niet beschreven. De ambulantiseringbeweging heeft ook consequenties voor die mensen en de mensen om hen heen. We schrijven daar meer over in de hoofdstukken, waarin we de dilemma's verkennen.

3. Een gemeenschap waar een mens goed kan leven

In het bestuurlijk akkoord 2013-2014 wordt aangegeven dat een goede en gevarieerde GGZ die om de patiënt heen wordt georganiseerd een onmisbare bijdrage levert aan een gezonde samenleving: "Bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt wordt gestreefd naar een aanpak waarbij ambulante behandeling het uitgangspunt is." De GGZ en de zorgverzekeraars lijken in dit akkoord de spelers te zijn die een bepalende en onmisbare bijdrage hebben in het zorgen voor de benodigde 'ambulantiseringsbeweging'. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken lokaal afspraken in de gezamenlijke ambitie om bedden af te bouwen en daarnaast voldoende ambulante GGZ op te bouwen. Uit het akkoord spreekt geloof en vertrouwen in de maakbaarheid en organiseerbaarheid van de GGZ en het geloof in een gezamenlijke ambitie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het vormgeven van de ambulantiseringsbeweging vanuit deze GGZ.

Er wordt in het akkoord niets geschreven over wie dan de mensen zijn over wie dit gaat. Wat dat van hen vraagt, hoe zij dit voor zich zien. We lezen ook niets over het door ons aangetroffen beeld, dat de 'gedeelde ambitie' van de zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de professionals, die daar werken in de dagelijkse praktijk, er op veel punten niet lijkt te zijn. Dat er zeer uiteenlopende beelden en belangen zijn over hoe die gezamenlijke ambitie eruit moet zien, wat goede zorg is en wanneer ambulantiseren wel of geen antwoord is.

Hoewel in het bestuurlijk akkoord uit 2013-2014 dus wel staat beschreven dat het goed zou zijn om 'bedden af te bouwen' in de GGZ, staat nergens beschreven hoe een gemeenschap (in sociologische en planologische zin) eruit zou moeten zien, wil deze geschikt zijn om de mens met een psychiatrische beperking een zo normaal mogelijk leven te bieden. En welke andere organisaties en betrokkenen een bijdrage moeten of kunnen hebben en op welke manier. Ook staat nergens beschreven hoe de samenleving de consequenties van een 'ambulantiseringsbeweging' zou moeten opvangen. In een inmiddels sterk geïndividualiseerde samenleving, waarin 'eigen kracht en individuele autonomie' als ideaal wordt uitgedragen, is dat wel een relevante vraag.

In dit hoofdstuk verkennen we hoe een gemeenschap of een wijk naar onze opvatting toegerust moet zijn om in solidariteit mensen met psychische beperkingen te kunnen 'dragen'. We verkennen het perspectief van 'wonen en de sociale en planologische infrastructuur van een wijk', het perspectief van 'tijdsbesteding en werk', en het perspectief van 'consequenties en overlast'. We sluiten dit hoofdstuk af met een beschouwing over welke condities naar onze opvatting nodig zijn in de gemeenschap (wijken) om zelfstandig wonen voor cliënten mogelijk te maken.

3.1 Wonen in een wijk en de samenwerking tussen betrokkenen in de wijk

Zoals ook uit de verhalen blijkt in het vorige hoofdstuk is er grote diversiteit in wat verschillende mensen met psychiatrische problematiek op verschillende momenten in hun leven nodig hebben. Verder is het zo dat ook wijken waarin mensen wonen (of terugkomen na opname in een kliniek) zeer divers zijn. Dit blijkt ook uit gesprekken met betrokkenen van woningcorporaties over het wonen in een wijk.

3.1.1 Woningcorporaties aan het woord over de problematiek van wonen in een wijk

De bestuursvoorzitter en manager wonen van een woningcorporatie vertellen ons: *"Wijken variëren heel erg. Er zijn bijvoorbeeld wijken waar altijd al veel aandacht naartoe is gegaan, zowel sociaal als economisch. Of hele sterke wijken met veel ééngesinswoningen en jonge gezinnen. Open en gesloten wijken. Een sterke wijk is niet per se geschikt voor een kwetsbaar persoon. De crux is inzicht: 'ken je wijk en ken je klant'. Dan kun je matchen. We zijn nu als gezamenlijke corporaties de vraag vanuit de zorgaanbieders aan het monitoren. De mensen die urgent zijn en de mensen waar we preventief mee moeten werken hebben we in beeld. Over de rest hebben we geen idee. Willen we mensen duurzaam huisvesten is inzicht aan de voorkant essentieel. Wij willen niet stigmatiseren, want dat is wat je vaak hoort. We willen datgene bieden waar zowel de toekomstige klant als de zittende huurder het meeste aan heeft."*

Een wijkregisseur van een woningcorporatie vertelt ons: *"Ik werkte heel lang in een echte volksbuurt, allerlei culturen, multi-problematiek, honderd verschillende nationaliteiten en het was een heerlijke wijk om te werken. Nu werk ik in een andere wijk. We hebben hier drieduizend woningen en het is een moeilijke wijk. Je wilt niet weten wat hier achter de voordeur zit. Er is veel hoogbouw met liften. De wijk is vijftig jaar oud. Door de hoogbouw met liften en de veelheid goedkope woningen trek je mensen met lage inkomens aan. Mensen kunnen hier lang blijven wonen, dus leven er veel oudere mensen... En het zijn ruime flats, dus dat betekent veel taakstellers, asielzoekersgezinnen. Soms leeft een gezin met zeven mensen op een flat. We hebben problemen gehad met racisme. Maar ook veel mensen, die uit mijn oude volksbuurt komen, raken hier in de problemen door meldingen van overlast. Waar ze daar een pilsje met elkaar op straat dronken, worden ze hier niet getolereerd. Het verschilt dus enorm per wijk."*

Ook op het terrein van samenwerking tussen verschillende partijen in de wijk liggen grote uitdagingen. Ondanks het feit dat de ambitie voldoende is geagendeerd en besproken, is het toch lastig om dit concreet te vertalen naar concreet handelen inclusief de daarvoor benodigde samenwerking (tussen woningcorporatie/wijkregisseur, huisarts, wijkagent en wijkteam). Zo blijkt ook uit de volgende citaten.

"De ambulantiseringbeweging is in voldoende mate geagendeerd, door onszelf en ook door de gemeente. Het lijkt allemaal zo logisch, maar dat is het helemaal niet. Wel in de ambitie en in het benoemen van het probleem, maar niet in hoe dat dan vervolgens te doen, niet in het handelen. Bijvoorbeeld bij de Doe-tafel: De GGZ zegt dat ze veel mensen hebben, die een woning zoeken. Ze kunnen hiervoor niet terecht bij de woningcorporaties, beweren ze. Ik reageer daarop: 'Maar ik heb een adres, een brievenbus en een telefoonnummer en ik zie ze niet'. Toen heb ik op een gegeven moment gezegd: 'Ik stel dertig huizen beschikbaar, gegarandeerd'. Na een jaar waren er acht aanvragen. Toen was ik eigenlijk een beetje boos, maar toen vertelden ze me hoe zorgvuldig ze alles bekeken hadden en hoeveel ze daarvan geleerd hadden. Dat vind ik wel goed. Het is ingewikkeld, het is allemaal niet zo logisch in de praktijk."

"Ik weet soms niet meer hoe ik de ballen in de lucht moet houden, zoveel is het. Je bent de hele dag branden aan het blussen. We werken wel samen in de wijk, maar er zijn ook veel wisselingen, weinig stabiele teams. Voor ons geldt hetzelfde. Er zijn allerlei omstandigheden dat mensen uitvallen, een andere baan krijgen, wisselen. Bovendien is samenwerken echt persoonsafhankelijk. Ik heb met de wijkagent een goede klik. We hebben één keer per twee weken spreekuur in de wijk. Er komt niet altijd iemand, maar we zijn dan wel aan

het bijpraten met elkaar. En anders heb je het een keer over de vakantie. De meeste contacten heb ik met bemoeizorg en wijkagent."

De mensen van de woningcorporaties laten ons zien dat wijken enorm variëren in de natuurlijke sociale samenhang en dat in veel gevallen mensen met een psychische kwetsbaarheid juist terecht komen in een wijk waar deze sociale samenhang minder groot is. In een wijk waar de natuurlijke sociale samenhang minder groot is, dichten we een preventief signalerende rol toe aan huisartsen, wijkagenten en medewerkers uit de wijkteams. Zij zouden zwakke signalen kunnen oppakken.

3.1.2 Een huisarts, wijkagent en wijkteam aan het woord

De huisartsen, die wij spraken, gaven echter aan: *"Het is een misvatting dat de huisarts ogen en oren heeft in de wijk, waarin hij of zij werkt. Veel praktijken hebben patiënten vanuit de hele gemeente en niet vanuit een specifieke wijk. Bovendien hebben we veel minder en veel kortere contactmomenten met bewoners in de wijk. We houden spreekuren in plaats van naar mensen toe te gaan, wat we vroeger veel meer deden."*

Een wijkagent geeft aan: *"Wij zijn in principe niet van de zorg, maar van openbare orde en veiligheid. Ik heb genoeg voorbeelden: lawaai, ruzies, rare meldingen, vervuiling, niet eten. Bijvoorbeeld twee zussen. ~~Beiden~~ (Beide zussen hebben waanbeelden... Ze gaan bij elkaar wonen, versterken elkaar. Zetten de hele flat op stelten. Ruzie met de burens, scheldpartijen. Iedereen ziet dat dit fout gaat. Ik heb de huisarts gebeld. Hij zegt: 'Laat de GGZ gewoon meekijken.' Ik heb de behandelaar gebeld. Hij wilde niet komen kijken, wel bellen. De behandelaar zegt meteen: 'Dit is niet van toepassing op mij.' Een dreiging met uithuiszetting. De behandelaar zegt: 'Ik kan niks doen, ik kan hoogstens nog een keer bellen.' Er zit een gat tussen thuis wonen en opname. Het team bemoeizorg werkt ook niet. De dames wijzen hen gewoon de deur. Er is gewoon een plek nodig voor een time-out voor mensen. Ik heb er weleens met collega over nagedacht om zelf zo'n time-out te beginnen. Wie is er voor de mensen, die niet echt gevaarlijk zijn, maar wel overlast veroorzaken? Verwarde mensen die geen overlast veroorzaken zijn geen probleem."*

Hij geeft ook aan hoe het naar zijn idee wel zou kunnen vanuit eigen ervaring: *"Ik vind dat gedoe met deze mensen ook wel leuk. Leuk om op te investeren. Bijvoorbeeld met een meisje in een GGZ-instelling die de avondklok negeerde. Iedere keer moesten we op zoek naar haar. Ik heb haar toen opgezocht en heb gezegd: 'Ik ben Martijn. Ik ben jouw wijkagent. Hier heb je m'n mobiele nummer.' We hoeven nu nooit meer met auto's uit te rukken om haar te zoeken. Zij belt mij; ik bel haar. Ik vind al dat gedoe met deze mensen ontzettend leuk. Het is me in de afgelopen tijd bijvoorbeeld gelukt om vier mensen opgenomen te krijgen. Dat zie ik als een overwinning. Het is leuk om te investeren in relaties. Het is ook leuk om de overlastcijfers omlaag te krijgen. We hebben geen target, maar ik vind het zelf leuk om die te halen. Je betekent echt wat voor anderen als wijkagent."*

Hoe medewerkers in wijkteams spreken over hun werkzaamheden, is afhankelijk van hoe goed het wijkteam inmiddels functioneert. Dit loopt per gemeente en per wijk nogal uiteen. Er zijn wijkteams die het wiel nog aan het uitvinden zijn en er zijn wijkteams, die al helemaal werken volgens de ideeën die ooit ten grondslag hebben gelegen aan de introductie van wijkteams. In een wijkteam die goed werkt, geeft een medewerker aan: *"Het is best spannend om je bezig te moeten houden met alle problematiek in een wijk. Wij hebben*

natuurlijk ook wel specialisten, maar uiteindelijk zijn we generalisten en kunnen we niet altijd met alle problematiek uit de voeten. Het is daarnaast ook niet mogelijk om iedere bewoner in de wijk te kennen. Daarvoor zijn de wijken te groot. De probleemgevallen kennen we uiteraard wel."

In een wijkteam dat nog niet zo goed functioneert, geeft een medewerker aan: "Er zijn in ons team mensen gedetacheerd uit verschillende organisaties. We hebben het allemaal druk en er worden eisen aan ons gesteld vanuit onze 'moederorganisaties'. We hebben in een team dus tegengestelde belangen en zijn daarmee ook niet echt een team. De moeilijke gevallen blijven vaak in het midden liggen. Niemand biedt zich aan om die op te pakken. Ik heb nog weinig zicht op deze wijk. Ik ben te druk bezig met het afhandelen van de vragen die op mijn bordje terecht komen."

Als je deze verhalen leest, komt de vraag op: Wie ziet de zwakke signalen? Wie pakt de zwakke signalen die er zijn vervolgens op? Hoeveel terugval had je kunnen voorkomen als je in een gemeenschap woont, waar de 'natuurlijke' sociale samenhang groot zou zijn geweest? Feit is dat op heel veel plekken in Nederland die sociale samenhang ontbreekt. Daar is niet tegenaan te organiseren. Soms heb je geluk en loopt er in een wijk een betrokken wijkagent rond, die meer signaleert en doet dan gemiddeld. Zo'n wijkagent is met persoonlijk commitment aan het werk.

3.2 Tijdsbesteding en werk

Dagbesteding al dan niet in de vorm van werk is van groot belang voor mensen. Waar je zoal tegenaan loopt in relatie tot ambulantisering, zowel in positieve als in negatieve zin, blijkt uit het volgende.

Een directeur van de sociale dienst van de gemeente vertelde: "Ambulantisering, ik sta er erg ambivalent in. Qua idee is het een goede beweging, maar net als met iedere religie of ieder dogma, kun je erin doorslaan. De praktijk is zodanig anders, dat het maakbaarheidsidee er niet in past. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat dit vooral bedacht is uit financiële overwegingen. Wie heeft er eigenlijk aan de samenleving gevraagd of deze dat wel wil, de burgers, werkgevers, de mensen hier? Het moet gebeuren in de samenleving en daar gebeurt het niet zomaar, echt niet, dat is een hele andere wereld."

In de ideologie vinden wij dat mensen met een beperking, met autisme, met depressies, raar gedrag ook een gewone baan moeten kunnen krijgen en meedoen in de samenleving. Maar een werkgever heeft helemaal niks aan dit verhaal; waarom zou hij ook? Hij wil gewoon een loyale medewerker, die op tijd begint, die geen 9 tot 5 mentaliteit heeft. Hij wil dat mensen op tijd komen, niet uit hun plaat gaan bij ingewikkelde of gevaarlijke machines, niet schelden of raar doen tegen hun collega's, geen schulden hebben waar P&O vervolgens mee te maken krijgt."

Na dit kritische begin, vertelt ze ook over de mogelijkheden die ze als directeur van de sociale dienst ziet:

"Ik zie zeker ook mogelijkheden. Ik ben een tijd geleden in samenwerking met een GGZ-instelling gestart met een project 'Werk als beste zorg'. Daar krijgen we subsidie voor van VWS. De bestuurder van deze GGZ-instelling en ik kwamen erachter dat iedereen die in het bestand van de GGZ-instelling staat, ook zo'n beetje bij ons ingeschreven staat en geen werk heeft. We bedachten dat je van alles kan doen, maar wat echt werkt

is structuur in de dag en een vorm van sociale stabiliteit, werk dus. Dat was spannend. Want wat betekent dat voor een GGZ-instelling? Kunnen er dan ineens allerlei bedden dicht, of mensen weg, of zijn er minder hulpverleners en psychiaters nodig? Ik weet nog dat zijn directeuren daar niet echt op zaten te wachten. Maar werk kan echt een doorbraak geven in de hospitalisatie van mensen met beperkingen. De taal van het werk is namelijk een hele andere taal dan de taal van de zorg. In het begin werden mijn medewerkers helemaal voorzichtig en behoedzaam van de taal van de hulpverleners. In een werkomgeving is de hele hospitaliserende taal verdwenen. Het maakt niet uit bij wat voor werk. Trek je het even niet of voel je dat je gaat ontploffen dan zeggen ze: 'Tel maar even tot tien', en 'dit accepteren we wel en dat accepteren we niet'... Op een gegeven moment hadden we bedacht dat we de 'arbeidsmatige dagbesteding' ook meer als een soort werk gaan organiseren. Dan komen er werkplaatsen bij instellingen waar mensen bijvoorbeeld de hele dag chocolaatjes inpakken of noem maar iets, maakt niet uit. De cliënten waren blij, vinden dit fantastisch, ze doen ertoe. De zorgaanbieders vonden het mensonterend." Ja, dat snap ik wel. In de zorgwereld gaat het om het behandelen van de gevolgen van ziekte, in de werkwereld gaat het om productie, collega's en structuur."

"Er is ook een financiële prikkel. Mensen gedragen zich naar waar zij de middelen van ontvangen en dat is vooral uit de Wmo en Wlz. Meer mensen in de "echte (werkende) wereld" kan wel eens betekenen dat de omvang van de zorgaanbieders kleiner wordt of op zijn minst een andere vorm krijgt. Het zijn mensbeelden, talen en belangen die niet makkelijk samen te brengen zijn. Een derde aspect wat het ingewikkeld maakt: Voor een zorgverzekeraar betekent een dergelijk project minder kosten, namelijk minder ziek; voor de gemeente betekent het meer kosten. Onze kosten voor individuele begeleiding bijvoorbeeld nemen enorm toe. Uiteindelijk werkt het moeizaam. We zijn een jaar bezig en hebben 10 mensen naar werk weten te leiden en daar zitten 3 mensen op!"

Ze voegt ten slotte toe: "Wat ik vooral mis is pragmatisme en gezond zakelijk inzicht in geldstromen. Ik zou het graag allemaal wat pragmatischer zien, reëler, betaalbaarder en praktischer. In jeugd GGZ-instellingen hebben ze voor de pittige gevallen alles zelf: speeltuin, trampoline, en ik denk dan, in wat voor samenleving denk je dat we leven? Alles moet kunnen als je in het zorgsysteem zit, en er mag niks misgaan. En dan moet zo'n kind ook weer terug naar huis. En dan woont het in Rotterdam Zuid op een flat 8 hoog. Waar helemaal niks is aan speeltuinen en trampolines. Dat verschil is toch voor niemand te overbruggen."

De toon van deze directeur is misschien kritisch, maar ze wijst ons wel op een paar belangrijke condities die naar onze opvatting noodzakelijk zijn als je gaat 'ambulantiseren'. Als een cliënt, die nu verblijft bij een instelling af en toe zijn energie of frustratie niet kwijt kan, rustig wordt door te gaan fietsen in het bos of ergens anders op het beschermde terrein, hoe gaat dat dan als hij in een achterstandswijk in een grote stad terugkeert en daar zelfstandig gaat wonen? Hoe verbaasd zijn we dan als hij zijn frustratie of energie niet kwijt kan en een aantal ruiten intrapt? Oftewel, onderzoeken we in welke context een mens met zijn of haar beperkingen 'normaal' kan leven? Of plaatsen we hem of haar waar we in schaarste nog ruimte hebben? En hebben we daarmee een kortetermijnoplossing, maar maken we op lange termijn meer kosten? En hoe werken we dan aan een daginvulling, waarin dit mens het gevoel heeft dat hij of zij bijdraagt, ertoe doet? En hoe creëren we dan een omgeving die niet hospitaliseert, maar normaliseert?

Een van de starters van een klein initiatief, die wij ontmoetten in dit onderzoek, vertelt: "Veel mensen met psychiatrische problemen, die weer in een wijk komen te wonen, ervaren in de wijk 'dwang en drang'. Zij

moeten voldoen aan allerlei eisen van hun burens, waar zij niet aan kunnen voldoen. En als dat niet lukt moet er 'meer GGZ' de wijk in. Dat veronderstelt dus al dat we 'iets' in de wijk brengen waardoor deze mensen met psychiatrische problemen weer normaal worden. Het is belangrijk om een omgeving voor hen te zoeken, waar zij 'normaal', kunnen wonen, ergens bij horen, mee kunnen doen. Alleen 'normaal' betekent voor hen soms iets anders dan voor jou en mij."

Een vrijgevestigde psychiater, die participeert in dit actieonderzoek, heeft daar expliciete opvattingen over: *"Ik denk dat je minder kosten in de psychiatrie krijgt, als je werk en activiteiten vooropzet en psychiatrie als puntje op de 'i' ziet. Het is hard werken om mensen weer positie te geven; te zorgen dat ze weer kunnen bijdragen aan de maatschappij. Maar daar gaat het wel om. Ik werk graag met mensen die meerdere vakgebieden beheersen. Zij zijn boeren of meubelmakers die kunnen omgaan met mensen. Dat zijn de mensen die in de psychiatrie fantastische oplossingen kunnen bieden. Met ons als psychiatrie als schil om hen heen; om hen te ondersteunen en de cliënten te behandelen om hun dagbesteding of wonen optimaal te kunnen realiseren. Dat is mensen er weer bovenop helpen."*

3.3 Consequenties en overlast

De wijkagent die participeert in dit actieonderzoek geeft aan: *"Wat wij merken? De mensen komen altijd terug bij ons op de lijn. Zij hebben een terugval; kunnen niet met burens omgaan; maken herrie. Er is totaal niet nagedacht over de gevolgen van 'ambulantisering'. Het is zeker niet besproken met de politie. De samenwerking met de crisisdienst hier kan beter. Er is vanuit de politie onbegrip over de werkwijze en druk bij de crisisdienst. Politie en ambulance krijgen nul op het rekest als ze de crisisdienst nodig hebben. We zitten soms een paar uur te wachten. We krijgen bijvoorbeeld klachten uit de wijk. 'Er loopt een man in bikini.' De wijkagent gaat kijken of alles goed is. De psychiater doet er niets mee, want deze man is geen gevaar voor zichzelf of de samenleving. En er zijn ook wijken waar ze het vervolgens 'zelf wel oplossen'. Dat wil je ook niet. In veel gevallen komt de hulpvraag ook van de familie. Mensen zijn soms radeloos, kloppen overal aan. De hulpverlening doet niks, tot het mis gaat. Er zijn veel minder opnamemogelijkheden dan 10 jaar geleden. Dat merk je, wij als politie zijn dan de laatste hoop, waar mensen zich op vestigen."*

Hier spreekt een politiemans in onmacht. Hij zoekt de oplossing bij de GGZ-instellingen in de veronderstelling dat zij erover gaan. Hetgeen een verkeerde veronderstelling lijkt te zijn. Tenminste, de financiering van GGZ-instellingen is daar niet op gericht en dus handelen professionals in GGZ-instellingen vaak ook niet in preventieve zin. De vraag is zelfs of ze het kunnen, al zouden ze het willen. Een GGZ-instelling krijgt betaald voor het behandelen van psychisch zieke mensen, die zelf ook behandeling willen of die een gevaar voor zichzelf of de samenleving zijn. De GGZ-instelling krijgt niet betaald voor het aantal 'beter' gemaakte mensen. Een GGZ-instelling krijgt beperkt of niet betaald voor mensen die zichzelf niet als 'psychisch ziek' zien, maar geen gevaar vormen.

Een vrijgevestigde psychiater, die deelneemt in dit onderzoek, heeft daar andere ideeën over en steunt in zijn opvattingen de wijkagent: *"Psychiaters moeten anderen helpen om onderscheid te maken tussen 'rakkers' en 'stakkers'. Mijn collega-psychiaters roepen dat wij niet over overlast gaan. Dat is onzin natuurlijk. Een psychiater moet meehelpen met de overlast door mensen die door anderen als verward worden gezien. Wie anders? Wij moeten helpen om te zorgen dat de 'rakkers' gewoon bestraft worden. Je moet*

verantwoordelijkheid geven aan degenen die het kunnen dragen oftewel die mensen die verward doen maar weten wat ze doen."

Hij pleit ervoor dat GGZ-instellingen de opdracht krijgen om wijkagenten, wijkteams en medewerkers van woningcorporaties met hun kennis te ondersteunen en op te leiden, zodat zij inderdaad onderscheid kunnen maken tussen wie (tijdig) gebaat is bij zorg en wie gebaat is bij politie en justitie.

De wijkagent: "Er zijn zoveel mensen met psychische problematiek. De gemeente heeft nu een cursus gekocht 'omgaan met...'. Daar mogen wij ook met zeven mensen aan deelnemen. In totaal hebben we vierentwintig wijkagenten. Zeventien wijkagenten mogen dus niet naar de cursus..."

3.4 Conditie waar een gemeenschap aan moet voldoen, wil 'ambulantisering' werken

In de kritische signalen die we in dit hoofdstuk beschrijven, kunnen we een aantal condities lezen, waaraan een gemeenschap dient te voldoen, wil 'ambulante zorg' ook daadwerkelijk werken:

- a. Het is van belang dat in gemeenschappen mensen worden geaccepteerd in wie zij zijn met alles wat er is. Dat is lang niet overal het geval. Je hebt te voldoen aan een 'norm' die in die gemeenschap gemeengoed is. Niet iedere psychiatrische patiënt, kan in elke wijk terecht. Omdat er minder sociale samenhang is in wijken, is het risico op isolement van mensen met beperkingen erg groot. Voordat een mens zich huisvest in een wijk, is het dus van wezenlijk belang om in te schatten of deze mens hier zou kunnen wonen en aarden. De context, waarin iemand (weer) zelfstandig gaat wonen, moet passen bij de psychische beperkingen die hij of zij heeft en datgene wat deze persoon nodig heeft om met zijn of haar kwetsbaarheid te kunnen omgaan.
- b. In een gemeenschap waar 'ogen en oren' voldoende aanwezig zijn, die preventief zwakke signalen kan oppakken, en waar vervolgens ook de mogelijkheid bestaat er iets mee te doen, zal een mens met beperkingen minder snel 'terugvallen'. De huisarts kan in deze tijd deze signalerende rol gemiddeld genomen onvoldoende invullen. De wijkagent, de medewerker uit het wijkteam en de wijkwerker van de woningcorporatie enigszins. Vervolgens blijft dit alleen werken als er ook daadwerkelijk iets met de zwakke signalen kan worden gedaan. Het ontbreekt op dit moment te vaak aan strategieën, plekken en mogelijkheden op het moment dat iemand die zelfstandig woont 'terugvalt'.
- c. De expertise van bijvoorbeeld een socioloog zou kunnen helpen in het omschrijven onder welke condities een gemeenschap een bepaald aantal (kwetsbare) mensen wel zou kunnen opvangen en onder welke condities niet. Dit zou zorgverzekeraars en gemeenten handvatten kunnen geven bij de inkoop van de zorg in termen van klinische capaciteit, beschermd wonen (en andere tussenvormen) en ambulante zorg zouden moeten inkopen voor de gemeenschap die zij 'bedienen'. Meer aandacht voor de opbouw van ambulante zorg en begeleiding, met de condities die daarvoor nodig zijn, zou de ambulantiseringbeweging hebben geholpen. Er zou harder en sneller kunnen worden geïnvesteerd op innovatieve ambulante en 'tussen' concepten, daar waar de condities goed zijn om dat te doen.
- d. Dagbesteding, die normaliseert en niet hospitaliseert, helpt. Tegelijkertijd zijn de eisen, die in reguliere omgevingen aan mensen worden gesteld, hoog. Zelfs mensen die aardig meekomen in onze maatschappij en geen psychiatrische hulp nodig hebben, kunnen niet altijd aan die hoge eisen voldoen. Het vraagt om alternatieve plekken, waar mensen werken die goed om kunnen gaan met mensen die

minder kunnen en die tegelijkertijd 'normaal' met deze mensen omgaan en ook wat van hen verwachten, hen niet hospitaliseren.

- e. Mensen, die niet in de psychiatrie werken, maar wel werken met mensen met psychische beperkingen, zouden erg geholpen zijn als zij door psychiaters, psychologen, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen of ervaringsdeskundigen gesteund worden met hun kennis en ervaring. Dit vraagt wel om een financiering van de GGZ, die uitnodigt tot 'preventief werken' en die de GGZ medeverantwoordelijk maakt voor het welzijn en 'overlast' in een gemeenschap.

Om nu niet te vervallen in het praten in 'ideaalbeelden': het mag duidelijk zijn dat deze condities niet zomaar in een samenleving aanwezig zijn. Het organiseren van deze condities kost tijd en is op sommige plekken zelfs niet mogelijk. Daarmee hebben we direct een mogelijke verklaring waarom het ideaal van 'ambulantiseren' niet zo eenvoudig te realiseren is, als je dit al in alle gevallen als ideaal zou definiëren. Dus als er iemand vraagt: "Hoe is het mogelijk dat de GGZ en de zorgverzekeraars dit niet in vijf jaar tijd voor elkaar krijgen?", dan zou ons eenvoudige antwoord zijn: "Dit zou vijftig jaar geleden een stuk eenvoudiger zijn geweest. Toen hadden we een andere samenleving, met een andere sociale structuur. In de huidige samenleving, kost het een generatie om te komen tot een samenleving die dit ingezette ideaal daadwerkelijk gerealiseerd kan krijgen. Als het dan al lukt. Het vraagt namelijk wat op alle leefgebieden".

4. Dilemma's waar betrokken medemensen tegenaan lopen

De keuze om te 'ambulantiseren' heeft ook gevolgen voor de mensen om degenen die 'thuis gaan wonen' heen. Zoals een van de betrokkenen in dit actieonderzoek bijvoorbeeld verwoordde: *"Als je gaat ambulantiseren, heb je ook meer overlast in de wijk. Bij die gevolgen hebben beleidsmakers nooit stilgestaan."*

In dit hoofdstuk beschrijven we de problematiek die wordt ervaren vanuit het perspectief van burens en medemensen die (als vrijwilliger of professional bij maatschappelijke organisaties of initiatieven) bij deze mensen betrokken zijn.

4.1 Buren

Tijdens dit actieonderzoek spraken we een echtpaar, dat een tijd als burens geleefd heeft naast een mens met psychiatrische problemen. Zij vertelden ons hoe dit voor hen is geweest.

"We wonen nu drie jaar hier en sinds een half jaar is het weer rustig. Hiervoor hebben we vierenzeventig jaar in ons oude huis gewoond. We werden wat ouder, dus we dachten: 'We gaan op een flat wonen, alles gelijkvloers'. De eerste de beste week klampten de burens ons al aan: 'Nou je kan je lol op. Je komt te wonen boven de grootste mafkees van het hele pand.' Maar wij dachten: 'Ze heeft van ons toch geen last? We zijn samen. Wat doen wij nu waar een ander last van heeft?'"

"Nou ja, het is gelijk begonnen. Dan waren de kinderen en kleinkinderen hier gewoon en waren we aan het praten. Dan ging ze ineens als een gek tekeer tegen het balkon, met een buis of iets dergelijks. Heel hard. En dan ging ze naar boven staan te gillen. In het begin dacht ik dat het niet voor ons was. Tot op een gegeven moment mijn kleinkinderen hier weer waren. Ze waren aan het spelen, niks bijzonders. Toen stond ze ineens op het balkon te gillen: 'Vuil teringwif, ik kom zo naar boven'. En dat de kinderen herrie maakten. Toen realiseerden we ons ineens: 'Dat gaat al die tijd al over ons... Zij ging soms helemaal 'uit haar stekker' als iemand zei dat ze gek was. Zij was niet gek, de flat was gek."

"Ik vind dat het eigenlijk niet kan en dan zijn wij nog goed weg gekomen. Zij was eigenlijk niet toerekeningsvatbaar. Ik zei ook tegen de woningcorporatie: 'Als zij weet dat ze haar huis uit moet straks, vandaag of morgen, dan steekt ze de boel in de brand! Hoe vaak gebeurt dat niet?' We hebben nu overal rookmelders hangen. Of stel dat ze het gas openzet? De woningcorporatie zegt: 'Ja ja, hou het maar goed in de gaten en als je denkt dat je iets ruikt gelijk 112 bellen, want ze is bekend daar.' Daar werd ik nog angstiger van. Ze proberen hier in Nederland van alles. En ik begrijp het, want mensen moeten ook een kans hebben."

"Op een gegeven moment waren er zoveel meldingen, dat ze haar huis is uitgezet. De politie was aanwezig, de verhuswagen, de deurwaarder. Eerst was de deurwaarder geweest om de papieren te brengen. Toen reageerde ze al zo van: 'Iedereen hier is gek en nou word ik eruit gezet.' De zondag ervoor was de politie hier nog geweest: 'Vraag nou om hulp, want anders word je er echt uitgezet.' Ze zei: 'Nee ik wil geen hulp, ik ga hier echt niet weg.' De politie zei: 'Jawel, het gaat dan echt gebeuren hoor'. En toen op woensdagmorgen inderdaad stond er een grote verhuswagen en vijf agenten. Eerst één. Hij belde gewoon aan. Toen was ze nog niet aangekleed. Ze mocht zich even aankleden van de politie. Ze hielden wel hun voet tussen de deur."

En toen zijn ze tot een uur of twaalf bezig geweest om alles leeg te halen. Er stond één agent voor de deur, één buiten bij de galerij, één hier aan de overkant, en bij ons één hier op de trap. Om te zorgen dat ze niet ergens naartoe kon gaan. Alles kwam tegelijk, de verhuiswagen, de agenten, de deurwaarder, echt een operatie.”

4.2 Vrijwilligers in het inloophuis de Hoop en het diaconaal aandachtscentrum

Een belangrijk idee achter de ambulantisering is de beweging dat mensen met psychiatrische problematiek weer sneller zelfstandig gaan wonen, waar nodig met ambulante zorg en/of een vorm van (woon)begeleiding. Laagdrempelige voorzieningen merken dit en krijgen met deze mensen te maken. Zij kunnen tegelijkertijd een belangrijke rol spelen in het leven van (psychisch) kwetsbare mensen. Wat hun rol is en waarom dit zo belangrijk is, wordt duidelijk uit een gesprek met een coördinator van een inloopcentrum.

De coördinator: “Mensen komen bij de inloop om te douchen, kleren te wassen, haren te knippen, te eten, te praten met een vrijwilliger. En om dingen te regelen zoals zorg, hulp bij schulden, werk, of een woning. Het is hier een vrijplaats waar je altijd terecht kan. We helpen iedereen. We sporen aan en als mensen de hulpverlening in willen, pakken we door. De Inloop is drie dagen per week open. Bij de inloop werken vijfenveertig vrijwilligers. Ik ben de enige betaalde kracht. Daarnaast hebben we een stuk of acht ervaringsdeskundigen. Het is een divers gezelschap, afkomstig uit verschillende kerken. In de praktijk merk je daar niks van. Dat valt weg in het dagelijkse bestaan en werk. Er werken ook vrijwilligers die hiernaast een betaalde baan hebben, mensen van een verzekeraar (die helpt daar dan weer mee), uit de zorg, pastoraat et cetera.”

“Per dag komen er zo’n 90 tot 110 gasten. Hier komt van alles: mensen die dakloos zijn, die op een klein kamertje zitten, illegalen. De groep is wel veranderd. In het begin waren het vooral verslaafde mensen. Nu vooral verwarde mensen, met psychiatrie, persoonlijkheidsstoornissen, suïcidaal. De Inloop is zelfstandig en afhankelijk van giften. We helpen iedereen. Eerst gaven we met grote regelmaat een warme maaltijd. Toen hadden we een piek van wel 145 gasten per dag. Dat werd onbeheersbaar. Iedereen kwam tegelijk en gasten zaten op de grond te eten. Nu geven we broodmaaltijden en onverwacht een warme maaltijd. Dus eigenlijk een aanpassing van activiteiten om gasten buiten te houden. Zo ook met schuldhulpverlening. We hielpen gasten op weg naar schuldhulpverlening (stabilisatietraject). Dat was ook heel succesvol. Maar door het vele werk dat daarmee gepaard gaat, konden we dat niet meer met vrijwilligers alleen opvangen. Als mensen eenmaal een schuldhulpverleningstraject in willen, vraagt het om echt intensieve begeleiding. Dus nu doen we het alleen als we het ook echt kunnen behappen. Dus voor een deel gaan onze activiteiten ten onder aan hun eigen succes.”

“Waarom het hier wel lukt? We maken relaties. We hoeven geen tegenprestatie, maar motiveren wel. En als iemand wat wil, dan gaan we er alles aan doen om hem of haar te helpen. Bij veel instellingen is het een ‘voor wat hoort wat’. Hier hoeft je in principe niks. Als je die relatie eenmaal hebt en mensen willen hun problemen aanpakken, dan heb je daar een mooie kans toe. Goede begeleiding is belangrijk. Ik heb weleens bij een van onze gasten gemerkt dat er in een periode van zijn stabilisatietraject wel zestien mogelijkheden zijn geweest om ‘eruit te klappen’. Eenmaal bijvoorbeeld klopte er iets niet met het registratienummer bij Eneco. Daar kwam deze persoon zelf niet uit. Veel gedoe om een registratienummer, terwijl het niet zijn ‘fout’ was. Of een

ander voorbeeld: komt een van onze gasten die we willen ‘overdragen’ aan een andere instelling naar me toe en zegt: ‘Hoe moet dat dan goed komen, want mijn e-mailadres zit bij jou in je computer.’ Mensen begrijpen het gewoon echt niet.”

“Ik heb iets met mensen. Daarom doe ik dit. Behandel de mensen hier zoals je bijvoorbeeld je baas zou behandelen als deze op visite komt. Als je gelijke. Laatst komt er bijvoorbeeld bij de lunch een gast binnen en pakt drie tosti’s tegelijk waarop een vrijwilliger zegt: ‘Hee, hee dat is niet de bedoeling!’ Dus ik vraag aan die vrijwilliger: ‘Waarom zeg je dat?’ Waarop deze antwoordt: ‘Mag hij dan drie tosti’s pakken?’ ‘Nee, alleen dan heb ik toch een vraag: Stel dat je baas bij je thuis komt eten met zijn vrouw en zijn vrouw pakt twee stukjes vlees, terwijl je er één voor ieder had bedacht. Zou je er dan ook wat van zeggen?’ Dus maak je klein. Wees bereid om de minste te willen zijn. Veel mensen die hier komen hebben niks meer, en ook niks meer te verliezen, dus zij reageren op de meest onverwachte dingen. Laatst werd iemand heel boos omdat een vrijwilligster iemand even aanraakte terwijl hij er helemaal doorheen zat.”

“We proberen hier iets neer te zetten waar iedereen welkom is. Wij hebben het goed als vrijwilligers. Wij zitten binnen. Het is warm hier. We hebben elkaar. Buiten is het een jungle. We hebben gewoon geen idee wat het betekent voor mensen om hier te zijn als je buiten moet leven.”

De coördinator zou graag zien dat er structurele ondersteuning komt voor het inloopcentrum, in aanvulling op de grote inzet van vrijwilligers. Hij vertelde: *“De gemeente was laatst ook op bezoek. Ze waren onder de indruk. Maar dan hoor ik niks meer. Ondersteuning vanuit de gemeente is zeer wenselijk. Alleen het daarbij behorende eisenpakket maakt vaak dat zaken in de kiem gesmoord worden.”*

4.3 Het Leger des Heils: geen hokjes, maar mensen die problemen verzamelen

Een directeur bij het Leger des Heils: *“De maatschappelijke opvang is de kern van ons werk, daar gebeurt en leren we veel. Het aantrekkelijke van het Leger des Heils is dat er van alles zit. Het is niet een specifieke doelgroep. Onze deelnemers passen niet in een hokje of doelgroep”.*

“Toen de hele ambulantisering in gang werd gezet, wisten we één ding al zeker: dit gaat fout. Er was namelijk niet eerst iets opgebouwd om de mensen die langer en vaker zelfstandig thuis zouden gaan wonen de passende zorg en ondersteuning te bieden. Er was geen infrastructuur om de ambulantisering op te vangen. Wijkteams werden pas net opgericht, werken nog niet outreachend en er kwamen ook nog eens bezuinigingen op de thuiszorg en ambulante begeleiding.”

“Wat er te weinig gebeurd is, is dat vooraf de vraag wordt gesteld: ‘Maar wat is er dan voor nodig om kwetsbare mensen zelfstandig te laten wonen?’ Leven in ‘de wijk’ wordt geromantiseerd. Voorheen konden mensen zelf kiezen of ze binnen de woonvoorziening wilden blijven of zelfstandig wilden wonen. Nu moeten mensen zelfstandig wonen. Er wordt dan veel verwacht van een sociaal netwerk, maar voor onze cliënten is zo’n netwerk er helemaal niet. Dat netwerk is allang afgehaakt of verdwenen. Of het is een ongezond netwerk. Eenzaamheid ligt dan op de loer.”

“Stel, jij komt naast mij wonen en je was een tijd dakloos, je bent verslaafd geweest en nog steeds af en toe in de war. Het is dan niet zo dat de meeste mensen zeggen: ‘Joh, kom even een kopje koffiedrinken.’ De meesten komen overigens ook niet naast mij te wonen in een koopwoning. Zij komen in huizen van de woningcorporatie, en vaak in wijken waar ook al veel aan de hand is omdat daar de goedkoopste huurwoningen zijn. Als je al onvermogen bent om relaties te onderhouden en je komt ook nog ergens te wonen waar ze je uiteindelijk liever kwijt dan rijk zijn, dan is het lastig om te werken aan herstel en een sociaal netwerk in de buurt.”

“Het heeft allemaal ook tijd nodig en die moet ons ook gegund worden. En je hebt ontwikkelcapaciteit nodig. We merken dat gemeenten weleens denken dat zorgaanbieders deze in gelijke mate hebben als gemeenten zelf. Dat is niet het geval. Gemeenten kunnen veel makkelijker uren vrijmaken voor een bepaald project, dan dat een zorgaanbieder dat kan doen met beperkte overhead. Initiatieven als krachtgericht werken, herstelgericht werken. Daarvoor leiden we alle mensen op in de organisatie, maar dat moet allemaal vanuit ons eigen budget.”

“Ik zou wel willen weten wat het effect is op de langere termijn. Worden mensen hier nou gelukkig van? We hebben hier cliënten, die overal ‘uitklappen’. Nu zit er bijvoorbeeld een meneer in de gevangenis en het gaat hartstikke goed. Hij knapt op, eet weer, praat weer, kan weer nadenken. Sommige mensen hebben het gewoon nodig om ze te begrenzen. Dat is een taboe, zeggen dat mensen het gewoon niet aan kunnen en dat je ze beter kan begrenzen. Wat wij ook vaak zien is dat mensen een Rechterlijke Machtiging nodig hebben, maar dat lukt vaak niet. Mensen zijn huiverig of bang een diagnose te krijgen. Dus zij gebruiken al hun energie om zo goed mogelijk voor de dag te komen. Laatst hadden we een cliënt. Hij kreeg pas een Rechterlijke Machtiging toen hij helemaal uit z’n dak ging in de wachtkamer en wij de psychiater gevraagd hadden om ook even in de wachtkamer plaats te nemen. Het zou al helpen als een psychiater soms gewoon een dag mee zou lopen hier. Gewoon rondlopen en kijken hoe de mensen zijn, dan zou je het meteen zien. Maar dat kan niet.”

4.4 Ideële veronderstellingen in het beleid en de gevarieerde praktijk

Als onderzoekers mochten we meelopen met vrijwilligers, cliënten, beleidsmakers, mensen die werken in de zorg, bij zorgverzekeraars, woningbouwcorporaties, gemeenten, wijkagenten en meer. Allerlei spelers die een bijdrage hebben in de dynamiek rond mensen met psychiatrische problemen die goede zorg verdienen. We ontdekten dat al deze mensen, waaronder wijzelf, verschillende gewoonten, overtuigingen en referentiekaders hebben, die ook erg van elkaar kunnen verschillen. Het is in het maken van beleid lastig om aan te sluiten bij deze gevarieerde en diverse praktijk. Zelfs als beleidsmakers of organisatoren af en toe ‘meelopen’. Het is bijna onmogelijk om de belevingswereld, het referentiekader, de problematiek en het gedrag van cliënten, betrokken ‘medemensen’ en betrokken professionals te includeren in de beleidsontwikkeling.

Het maken van beleid is vaak gericht op groepen mensen en niet op alle verschillende individuen binnen de groep. Dat betekent dat de aansluiting nooit perfect zal zijn. Daarom is het lastig om (vooraf) te toetsen hoe het beleid in de dagelijkse praktijk uitwerkt voor mensen.

Veel van de regelgeving die we hebben en veel van de structuren die we georganiseerd hebben om kwetsbare mensen te helpen, komen voort uit omgevingen waar ‘beleefdheid’ en ‘voorkomendheid’ de norm

is. Uit omgevingen waar we bijna als vanzelfsprekend uitgaan van een bepaald kennisniveau, van bereidwilligheid om geholpen te willen worden of te leren, van eigen autonomie, eigen verantwoordelijkheid, het vermogen om relaties aan te gaan, beschaafdheid en respect voor elkaar, en zelfs wederkerigheid. Een referentiekader dat velen van ons, ook wij als onderzoekers, hebben ontwikkeld. Of deze norm ook werkt in de werelden waar mensen leven, die het niet of nauwelijks overleven in onze samenleving, kun je je afvragen. Is daar niet meer pragmatisme nodig en oprechte acceptatie van de ander? Schiet ons beleid soms zijn doel niet voorbij omdat we te veel uitgaan van ons eigen referentiekader over wat kwetsbare mensen nodig hebben?

Dat de in het convenant opgenomen afspraken dus wat 'ideeël' lijken, is eigenlijk helemaal niet zo vreemd. En dat het Trimbos-instituut jaar in, jaar uit constateert dat het ingezette beleid niet wordt gerealiseerd, is dan ook niet meer zo vreemd. Want het ingezette beleid sluit niet altijd aan op de weerbarstigste praktijk of biedt daar oplossingen voor.

We constateerden in eerdere hoofdstukken al dat 'ambulantiseren' er niet voor iedereen hetzelfde uit kan zien. We constateerden daarnaast dat het een generatie kost om de samenleving van condities te voorzien, waarin mensen met psychische problemen worden geaccepteerd, als dat al lukt. In dit hoofdstuk ontvouwt zich een derde mogelijke verklaring waarom het ideaal van 'ambulantiseren' niet zo eenvoudig te realiseren is, als je dit al in alle gevallen als ideaal zou definiëren. Welke 'normen' introduceer je in een maatschappij als voor iedereen geldend en waar creëer je ruimte voor verschil tussen mensen? Hoewel we doen alsof beleid vrij is van introductie van normen, is dat uiteraard niet het geval. Het is allemaal niet zo maakbaar als we wellicht graag zouden willen. Tegelijkertijd zien we gelukkig in al deze hoofdstukken ook de goede initiatieven naar voren komen die we moeten waarderen en willen 'optillen'.

5. Dilemma's waar betrokken professionals tegenaan lopen

We hebben tot nu toe gezien dat 'ambulantiseren' een antwoord kan zijn voor mensen met psychische problemen, maar dat dat er voor iedereen anders uitziet. Passende antwoorden verschillen van mens tot mens. Ook hebben we gezien dat 'ambulantiseren' niet alleen consequenties heeft voor de mensen met psychische problemen, maar ook voor de gemeenschap waarin deze mensen komen te wonen. Niet elke gemeenschap is toegerust om deze mensen in solidariteit welkom te heten. Want het vraagt vooral ook aanpassing van de gemeenschap en je moet je direct afvragen welke normen je oplegt en welke normen vooral niet.

Nu we een 'ambulantiseringsbeweging' hebben ingezet zonder te onderzoeken of de condities aanwezig zijn in de 'wijken' en 'gemeenschappen', waar die ambulante zorg moet plaatsvinden, lopen de professionals uit verschillende organisaties in het sociaal domein tegen allerlei dilemma's op. Zij moeten daar van dag tot dag mee zien te werken, kiezen daarin hun eigen pragmatische oplossingen. In dit hoofdstuk komen hun verhalen en perspectieven aan bod. Dit zijn verhalen van een wijkagent, medewerkers van een woningcorporatie, huisartsen, een verantwoordelijke voor de crisisdienst, een medewerker van een FACT-team, vrijgevestigde psychiaters, een ervaringsdeskundige en een medewerker van een (wijk)team toeleiding en begeleiding.

5.1 De wijkagent over de toegenomen overlast in de wijk

Een senior wijkagent vertelt over wat hij meemaakt met mensen met verward gedrag. Deze ervaringen zijn niet het gevolg van de ambulantiseringbeweging zelf of alleen, maar geven wel een illustratie van de situaties en dilemma's waar hij in zijn dagelijkse werk tegenaan loopt.

De senior wijkagent: "Per 1 december mogen we verwarde personen (zonder dat ze een delict hebben gepleegd) niet meer opsluiten (in een politiecel). Er zijn in deze gemeente tien tot vijftien structurele overlastgevers. Voor hen is er geen adequate opvang en we mogen, in verband met privacy, geen informatie over hen uitwisselen. Daar biedt zo'n netwerk dus geen oplossing in. In deze gemeente is er nu wel een pilot voor notoire overlastgevers die nergens kunnen aarden, die iedereen kent. Voor vijftien personen willen ze containerwoningen neerzetten met begeleiding. Mensen willen dit zelf ook. Anders liggen ze ergens onder een brug of in een slooppand."

"Ook in de ouderenzorg zie je het; dat moet allemaal de wijk in. Op een gegeven moment krijgen mensen toch een terugval. En dan is iemand niet zomaar terug. We hebben in de nacht drie auto's beschikbaar. Als er twee auto's rijden voor een verward persoon, dan is er nog maar één auto beschikbaar voor de rest van de hele regio.¹ Deze gemeente is een zorggemeente. Alle instellingen bevinden zich rond het centrum. De mensen trekken dus het centrum in en daar ontstaat overlast. Wij moeten als politie het overlastcijfer omlaag krijgen. De samenleving is ook minder tolerant. Er wordt meer gebeld. Het gebeurt ook veel dat de eigen familie belt. Hen wordt vaak geen hulp geboden. Ze bellen je als ze ten einde raad zijn. Wij mogen in principe ook niets doen. Je bent al bijna blij als zo'n jongen of meisje een raam intrapt. Dan heb je een reden om te gaan helpen."

¹ Dit geeft iets aan over de situatie die op een piekmoment kan ontstaan. Het is niet bedoeld als indicatie om aan te geven dat de politie twee derde van zijn tijd bezig is met personen met verward gedrag.

Het aantal meldingen per week loopt op. Meer opvang is belangrijk. Dat kan in de wijk, maar kijk ook naar een ziektebeeld. Iemand met PTSS moet je niet in een drukke volkswijk plaatsen.”

“Dezelfde mensen komen vaak terug; draaideurklanten. Ze zijn niet gevaarlijk genoeg om op te sluiten, plegen geen delict en ze zijn niet psychiatrisch genoeg voor de GGZ. We hebben een mevrouw die hier de hele week iedere dag is geweest. Ze komt hier om drugs te krijgen en voor een rustige slaapplek...”

Het duurt soms wel een halve dag voordat de psychiater ter plekke is om iemand te beoordelen. Ondertussen zitten wij ermee. Een psychiater mag ook niet zomaar een Rechterlijke Machtiging afgeven. Doen ze erg moeilijk over. Iemand moet een gevaar voor zichzelf of de samenleving zijn. Maar ja, ze geven wel overlast in de wijk en mensen bellen wel de wijkagent voor een oplossing. En wij kunnen weinig doen en de cel is geen goede plek om even op adem te komen. We missen een time-out plek.”

5.2 De woningcorporatie: gebrek aan continuïteit en elkaar echt kennen

De bestuursvoorzitter en manager wonen van een woningcorporatie lichten hun rol en werkzaamheden toe ten aanzien van kwetsbare personen. Ze schetsen een beeld van wat goed gaat en wat lastig is en de initiatieven en structuren die er nu zijn en welke dilemma's daar spelen.

“Wij zijn signaleerder, geen hulpverlener. Wij hebben het contact met het sociale netwerk in de wijk. Soms is dat ook ingewikkeld. Dan wil je het belang van de bewoner dienen. Dat hij of zij prettig kan wonen op een fijne plek. Maar er is ook nog het belang van de andere bewoners. Op het moment dat wij weten dat mensen met een rugzakje binnen komen, kunnen wij kijken wat goed past wat betreft het woningtype en de buurt. Als we niet op de hoogte zijn, dan kan dat niet. Dit komt de slagingskans van de betreffende persoon niet ten goede. Maar soms is de buffer van de sociale netwerken niet dik genoeg.”

“Vraag en aanbod is niet scherp. Wie zijn die kwetsbare mensen uit de zorg die zelfstandig gaan wonen en hoe moeten zij dan hun weg vinden? We hebben bijvoorbeeld de Doe-tafel. Of mensen urgentie krijgen, staat beschreven in een verordening. De Doe-tafel is voor mensen die niet passen in de verordening, maar waar wel een gevoel van urgentie is, bijvoorbeeld vanuit de zorg. Als mensen in de problemen zitten, vragen zorgaanbieders of mensen zelf urgentie aan. Dan voert de Dienst Gezondheid en Jeugd van de GGD dossieronderzoek en aanvullend onderzoek uit, waardoor ze zicht krijgen op het zorgverleden en op de persoon. Op basis van dat onderzoek geven zij ons een advies wat er specifiek nodig is om die kwetsbare persoon goed te kunnen laten wonen, bijvoorbeeld in een rustige omgeving of niet bij een school. Vroeger deed maatschappelijk werk dat, maar toen waren het ongeveer tien personen die aanspraak maakten op deze urgentie. Dat kan nu niet meer. In 2016 waren het er 104. Dit zijn dus de mensen die met urgentie worden aangemeld. Van de mensen die zelfstandig instromen, hebben we geen idee. Dat zijn vaak de gevallen waar het fout gaat. De mensen met urgentie en hun woonadvies worden besproken in het Platform urgentie en voorrangregelingen (PUV). In het PUV zitten verschillende disciplines van de gemeente, en de corporaties en daar wordt een preventief advies gegeven. Bijvoorbeeld dat iemand zorg moet accepteren als het niet goed gaat met het wonen. Dit wordt onderdeel van het wooncontract gedurende een jaar. Dat gaat eigenlijk heel goed.”

Ze vertellen over structuren en netwerken die er waren, maar er nu niet meer zijn. En hoe belangrijk het is dat betrokken professionals elkaar kennen en elkaar weten te vinden. Ze vertellen waar ze tegenaan lopen nu deze structuren en relaties er niet meer zijn.

“Het ontbreekt aan slagkracht en daadkracht. Er kunnen weken overheen gaan als er iets aan de hand is. Als iemand bijvoorbeeld een ernstige psychose krijgt. De GGZ komt niet binnen, want iemand woont in zijn eigen huis. De politie mag alleen iets doen als het escaleert. Als een situatie heel lang duurt en veel buurtbewoners langdurig overlast ervaren, kunnen we ontruimen. Maar dat is precies wat je niet wilt voor die persoon, vooral als die persoon zorgmijgend is. Wij zouden wel naast een wijkverpleegkundige een wijkpsychiater willen hebben. Voor psychisch kwetsbare mensen maar ook voor ouderen, mensen met dementie, die gaan dwalen. Belangrijk is ook: mensen zijn ziek. Vaak zijn ze gebaat bij structuur en stabiliteit. Wij als professionals moeten elkaar kunnen vinden in de wijk. Relaties in dit werk zijn zo belangrijk. Maar vaak zijn er toch personele wisselingen, waardoor achtergrondinformatie verdwijnt. Dit merk je direct.”

“Ik heb een soort mantraatje. Je moet dit lokaal regelen, met voldoende mensen, in netwerken, die ondersteunen. Geen praatclubs maar wel mensen die elkaar ontmoeten en elkaar spreken. Elkaar kennen is het toverwoord. En als het mis gaat kun je elkaar bellen, opzoeken en helpen. Ik geloof niet in achterstandswijken. Het gaat om het netwerk rond iemand en dat moet op maat en goed zijn.”

Een wijkregisseur vertelt ons: *“Toen ik dertien jaar geleden in deze stad kwam werken, had je per wijk of gebied een zorgnetwerk voor de zorgmijders. Je kwam periodiek bij elkaar, en dat waren altijd dezelfde professionals. Dus je had ook een vertrouwensrelatie met de hulpverleners. Je hoefde elkaar maar aan te kijken en dan stond je er voor elkaar. In ieder overleg waar ik nu kom, moet ik mezelf opnieuw voorstellen. Alle lokale zorgnetwerken zijn wegbezuinigd. Er is nu één stedelijk zorgnetwerk voor deze regio. Ik heb een collega van mij een paar keer vervangen en ik dacht: ‘Als ik nu niet ga gillen, ga ik straks gillen’. Er is een enorme groep met mensen, een enorme lijst met bespreekgevallen. Ik zei laatst nog tegen de dame van de GGD: ‘Hoe houd je dit vol? Er staan rustig tweehonderd mensen op de lijst, en het gaat allemaal over zware problematiek. En allemaal meervoudig, verschillende culturen, steeds meer oude mensen van zeventig en tachtig die vervuild en verward zijn, schulden hebben. En weet je wat toen iemand tegen mij zei: ‘In het stedelijk netwerk worden mensen in grote lijnen besproken, op hoofdlijnen.’ En wat ik toen zei: ‘Je kunt een mens, en zeker een zorgmijder, niet op hoofdlijnen bespreken.’ Dan gaat het juist om de details. Hoe is de situatie, hoe lang is iemands haar niet gewassen, ruikt iemand naar alcohol, van wie komt de melding et cetera. En als ik tien of zes jaar geleden een melding deed van een zorgmijder dan was het e-mailtje nog niet aangekomen of ik kreeg al telefoon. ‘Wat speelt er, zullen we samen op huisbezoek gaan?’ Dat gebeurt nooit meer. Nu krijg ik een automatisch gegenereerd bericht terug. ‘We hebben uw zorgmelding in goed orde ontvangen.’”*

5.3 De huisarts: de gedachte achter ambulantisering is zoek in onze praktijk

Twee huisartsen in deze regio vertellen ons waar ze tegenaan lopen in relatie tot ambulantisering. Ze vertellen ook over de setting waarin ze hun werk doen en welke dilemma's dat oplevert voor het omgaan van mensen met psychiatrische problematiek.

Ze vertellen: *“In principe zijn we blij met de ambulantiseringbeweging die werd ingezet. Het sluit helemaal aan bij de gedachte achter integraal en preventief werken als huisarts. Wij zouden als huisartsen preventief kunnen inspelen op de minor problems en erger voorkomen. Maar in de huidige praktijk krijgen we nu de zware psychiatrie in onze praktijk. Dat is iets wat wij in een gesprek van 10 minuten niet aankunnen. Bovendien komen we aan preventie niet meer toe. Ik probeer die zware psychiatrie nu zo snel mogelijk ‘weg te organiseren’ in die tien minuten door zo snel mogelijk door te verwijzen. Ik ga dus in tegen mijn eigen filosofie en tegen de basisfilosofie die oorspronkelijk achter ‘ambulantisering’ lag. Ik zou 90% lichte problematiek aankunnen als die 10% gewoon terecht kan in de GGZ, maar ik ben nu 100% van mijn tijd met die 10% bezig.”*

De huisartsen geven hun definitie van ambulantisering: *“Ambulantisering betekende helemaal niet ‘het afschaffen van klinische bedden’; het betekende ‘mensen met een psychiatrisch probleem-ondersteunen om samen te leven met andere mensen’. Er zijn daarnaast gewoon mensen die een klinisch bed nodig hebben. Overigens zie je een vergelijkbare ontwikkeling in de somatiek. Oudere mensen die thuis moeten wonen, ongeacht of dat mogelijk is of niet, omdat de capaciteit in verzorgings- en verpleegtehuizen is afgebouwd.”*

Ze vertellen ook over de ontwikkelingen in hoe huisartsen hun werk uitoefenen en de dilemma's die dit oplevert voor het 'opvangen van' mensen met psychiatrische problematiek.

“Ik ben al 38 jaar huisarts en ons vak is veranderd in die tijd. 38 jaar geleden zocht ik de mensen die mijn hulp het hardst nodig hadden thuis op. Ik ging op bezoek. Nu houd ik spreekuren. Het aantal visites is afgenomen. Er is een toename van kortdurende contacten. Dit proberen we te compenseren door ons te laten ondersteunen door specialisten zoals POH's en physician assistants.”

“In het algemeen zitten jongere huisartsen tegenwoordig anders in hun werk dan de oudere generatie huisartsen. Waar het voor de oudere generatie logisch was dat je 7x24 uur beschikbaar was voor je patiënten, werken we nu met avond-, nacht- en weekenddiensten. Veel jongere huisartsen hebben een gezin en willen vooral overdag werken. Ze laten de avond-, nacht- en weekenddiensten liever over aan anderen. Ze kiezen ervoor om geen praktijkhouder te worden, maar zichzelf in waarneming te laten inhuren en parttime te werken. Dat begrijp ik goed, want de wereld ziet er nu ook anders uit dan dertig jaar geleden. Het betekent wel dat we als huisartsen minder continu ons vak uitoefenen dan vroeger.”

De collega-huisarts vult aan: *“Ik merk dat ik steeds minder mijn mobiele nummer geef aan patiënten. Mijn vak wordt steeds minder een roeping en steeds meer een beroep. De binding van patiënten met een huisarts is ook aan het veranderen. Er is meer consumptiegedrag bij de patiënten. Ik merk dat ik in mijn eigen praktijk nog steeds nauw contact onderhoud met mijn patiënten, maar als ik dienst heb, ben ik geneigd defensiever te werken. Mensen waar je geen relatie mee hebt, dienen makkelijker een klacht in. Elk incident wordt een precedent en leidt tot aanscherping van de regels. Het risicodenken is bij mij en mijn collega's toegenomen. Je krijgt in avond-, nacht- en weekenddiensten vaak de zelfmoordmeldingen. Dat melden we dan meteen als een 'U1' of een 'U2', wat staat voor een hoge urgentie. Vroeger praatte ik even met die persoon en legde ik uit dat ik hem of haar niet tegen kon houden. In het gesprek daarop werd de aangekondigde zelfmoordpoging afgewend.”*

“Psychiatrie wordt in deze tijd dan ook voor sommige huisartsen lastig of gezien als een obstakel. Ook wel begrijpelijk, want de GGZ zelf neemt mensen pas laat terug als zij terugvallen. Er zijn wachtlijsten van drie tot zes maanden. Ondertussen moeten wij dealen met deze zware psychiatrische patiënten. Wij compenseren dit op de huisartsenpost door zelf aparte triagisten te scholen. In principe zou de psychiatrie dat zelf kunnen doen, maar dat gebeurt niet. De familie van psychiatrische patiënten klopt bij ons aan in het weekend, want dan zijn ze op bezoek en worden zij geconfronteerd met de nijpende situatie.”

“Psychiatrie is niet populair onder huisartsen. Je kunt je als huisarts specialiseren tot kaderhuisarts. Een aantal specialiseren zich tot kaderhuisarts GGZ.”

5.4 De crisisdienst: moeite om het hoofd boven water te houden

De directeur die verantwoordelijk is voor de crisisdienst benoemt de spanning die er staat op de crisisdienst. De combinatie van normen en kwaliteitseisen, een grotere instroom, de afbouw van crisisbedden en de financiële druk. Hij vertelt het volgende verhaal.

“In 2016 sloten we af met een tekort van één miljoen. Ik kreeg de opdracht om dat om te buigen. In Nederland is er nu discussie over de crisisdienst. Er is een generieke module acute psychiatrie. Een norm met kwaliteitseisen, waar wij aan moeten voldoen. Wanneer wij werken volgens deze norm, dan komen wij weer dik in de rode cijfers. Maar deze kwaliteitseisen liggen er, dat is gewoon een concreet feit waar we tegenaan lopen. Als wij worden gebeld dan moeten wij vaak binnen een uur een beoordeling kunnen doen, hier of op locatie. Dat lukt vaak niet met één psychiater en een voorwacht. Er zijn meer crisissen, niet meer geld en psychiaters. Er wordt momenteel erg gekeken naar de psychiatrie. Die moet het probleem maar oplossen. Maar wat mensen zich niet realiseren is dat niet iedereen die zich verward gedraagt in de psychiatrie thuis hoort.”

“Daarnaast zijn we ervan overtuigd dat het voor mensen beter is als ze thuis zijn, dus zijn er minder bedden. Welke bedden bouw je dan af? Dat zijn de open bedden, niet de crisisbedden. Hierdoor hebben we minder ruimte om te zeggen kom maar even een paar dagen afkoelen. We hebben gewoon de ruimte niet. Bovendien is een deel van de bedden bezet door mensen die eigenlijk niet hier horen, maar in andere instellingen (bijvoorbeeld in een verpleeghuis).”

“Het is niet alleen geld, het is ook een maatschappelijk filosofische kwestie. Afgelopen zondag hadden we een crisisbeoordeling, dit werd ibs, vervolgens is de psychiater in zijn dienst tien uur bezig geweest een plekje te vinden. Ik denk dat het ook ontstaat omdat iedereen bang is dat hij er niet meer vanaf komt. Dus het is angst, een geldkwestie, ze kennen de betreffende persoon niet, het kan onrust in een bestaande groep geven.”

“Ik wil zorgverzekeraars niet de schuld geven, maar wij kunnen vaak niet de hulp geven die we willen. Wij zijn nu in samenwerking met de zorgverzekeraar bezig met experimenten ‘zinnige zorg’. We hebben een lijst met ideeën voor experimenten opgehaald bij alle teams. De eerste vijftien zijn nu opgehaald. Daar zit ook een experiment bij om mensen tijdelijk op te nemen. Het is de vraag of dat een klinische plek moet zijn of een soort beschermd wonen plek. Ik weet niet of en wanneer dit iets gaat worden. Een tweede experiment staat wel op de rol voor dit jaar: een observatorium. Als iemand op de crisisdienst gebracht wordt, kun je iemand

daar maximaal vierentwintig uur kwijt. Dat observatorium moet wat lucht gaan geven. Daar kan de politie ze dan heen brengen. De crisisdienst is ook vooral opgeleid in crisis bezweren, en zorg kijkt dan toch weer anders.”

5.5 Het FACT-team: werken met een grote caseload en weinig terugvalmogelijkheden

Een medewerker uit een FACT-team bij een GGZ-instelling vertelt wat het werk inhoudt, hoe het aansluit bij wat nodig is voor mensen met psychiatrische problematiek, vaak in combinatie met andere problemen en welke dilemma's dit oplevert. Hij vertelt het volgende verhaal.

“FACT is een methodiek en een organisatie-model. Het is een evidence based werkwijze, die je in een multidisciplinair team uitvoert. Ieder FACT-team heeft een beetje z'n eigen werkwijze. In de meeste teams zitten verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, psychiaters, algemeen artsen, ervaringsdeskundigen, maatschappelijk werkers. We beginnen om half negen met FACT-overleg. Dan hebben we een overzicht van alle cliënten die we allemaal doorlopen. We bespreken wie er meer aandacht nodig heeft en we verdelen de acties, wie doet wie. Dan beginnen we. Ik ga bij cliënten op huisbezoek. Ik overleg met woonbegeleiders, met cliënten zelf, met familie. Ik probeer zoveel mogelijk behandelinhoudelijk bezig te zijn. Ik werk zoveel mogelijk aan de doelen uit het behandelplan. Bijvoorbeeld wandelen met iemand die straatvrees heeft.”

“De maatschappelijke zaken probeer ik meer bij gemeenten te leggen en de andere instanties. Je kunt ook niet alles. Dingen worden zo ingewikkeld. Het kost veel tijd om contacten te onderhouden met cliënten. Het doel is dat mensen ondanks hun klachten zoveel mogelijk meedoen aan het gewone leven, omdat dat ook helend kan zijn. Ik heb bijvoorbeeld een cliënt, waar ik vooral zorg dat hij zijn medicijnen inneemt. Ik heb een gezin waar ik help met het opvoeden. Het zijn mensen met een hechtingsstoornis. Daar heb ik de kinderen aangemeld voor systeemtherapie, zodat ook de ouders daarin betrokken worden. Een mevrouw, die net opgenomen is geweest, kan niet organiseren. Ik help haar met plannen en een kalender maken. Ik ondersteun haar bij terugvalpreventie. Dan bespreek ik hoe ze ermee om gaat als het weer slechter met haar gaat. Ik ben ook veel tijd kwijt met administratie, zeker een uur per dag. We moeten bijna minuut tot minuut verantwoorden. We krijgen ook productie-overzichten of we het goed doen.”

“Gemiddeld zie ik mensen één uur per week. Het komt altijd op hetzelfde neer. Het gaat allemaal over zelfredzaamheid van mensen. Alleen het uit zich bij iedereen anders. We hebben nu ook iemand die al vijftien jaar bekend is. En het gaat de laatste tijd toch weer heel moeizaam. We hebben deze meneer laten testen en het blijkt dat we hem waarschijnlijk al een tijd aan het overvragen zijn. Situaties veranderen bij mensen. Deze mensen verouderen daarnaast veel sneller dan wij. Ze leven op straat, eten slecht, gebruiken alcohol, hebben trauma's. Het is een utopie dat al deze mensen ooit zelfstandig kunnen leven. Ik zie eigenlijk erg weinig mensen bij wie dat lukt. Je kunt mensen wel wat autonomer maken, maar de marge is erg klein. Mensen zijn ook genetisch belast. Als je op straat slaapt, gaan je gewrichten achteruit. Vaak hebben ze ook somatische klachten. Ze gebruiken veel medicatie en hebben een slechte leefstijl. En wat is dan herstel?”

Ook deze medewerker benoemt de afname van crisisbedden als een probleem. Als iemand bij een terugval een klinisch bed nodig heeft, dan is deze vaak moeilijk te vinden.

“Het is soms ook lastig. Er zijn minder voorzieningen, er is minder geld, het is bureaucratischer geworden en ik moet meer verantwoording afleggen. Het aanbod van beschermd wonen is teruggelopen. Waar ik echt last van heb, is de afname van het aantal crisisbedden. Dat zorgt voor levensgevaarlijke situaties. Ik heb regelmatig mensen die zo ziek zijn, dat een acute opname gewoon nodig is. En dan is er geen plek. Collega's zijn dan tot elf, twaalf uur 's nachts bezig om iets te regelen. Vorige maand had ik een man die met een ibs opgenomen moest worden, maar die twee dagen in de cel gezeten heeft omdat er geen plek was. Die man was opgepakt voor zijn huis, psychotisch. Hij heeft twee jonge dochters, die mantelzorger zijn. Ik sta dan met lege handen. En de politie staat te drukken om het op te lossen. Als dit soort dingen lang duren, raakt een familie ook burn-out. Er zijn niet per se bedden nodig, maar wel een soort tussenvorm. De realiteit haalt je in. Mensen kunnen niet allemaal meekomen. Iets waar je kort en snel kan opnemen, een time-out. Maar soms ook meer begeleiding bij praktische dingen. Maar ook dat is niet altijd de oplossing. Sommige cliënten calculeren bijvoorbeeld hun alcoholgebruik in, om de begeleiding heen. Dan spreek je ze nuchter en fietsen ze weg met een fles aan de mond. Soms heb ik ook het idee dat de organisatie ook met handen en voeten gebonden is. We hebben bijvoorbeeld nu één psychiater voor één team waar we 250-300 mensen begeleiden. Psychiaters zijn moeilijk te krijgen, we werken nu ook alleen maar met interim mensen.”

“Alles is veel te snel gegaan, te rigoureuus. Er zijn ook grote verschillen tussen wijken en hoe wijkteams werken. Zij zijn ook aan het zoeken naar hoe ze zich verhouden tot de GGZ en doen het allemaal anders. Soms zonder, soms met.”

5.6 De psychiater: uitholling van het vak en perverse prikkels

Een vrijgevestigd psychiater, werkzaam bij een zorgboerderij, heeft een uitgesproken mening over hoe het op dit moment gaat in de psychiatrie in relatie tot het sociale domein. Hij is kritisch over hoe het gaat, zeker met het oog op de mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen (de EPA-doelgroep). Hij schetst ook zijn ideeën over hoe het naar zijn idee anders zou kunnen en hoe hij daarin handelt. Deze mening zal niet door alle psychiaters worden gedeeld, maar geeft wel een beeld van een mogelijk handelingsperspectief voor het omgaan met deze doelgroep.

“Ik ben een franchiseorganisatie aan het opzetten. We willen dit doen volgens het gedachtengoed van De Brouwerij in Amsterdam: eerst leven, dan nog een beetje psychiatrie. Mijn doelgroep is de EPA-patiënt. Over deze groep wordt niet nagedacht. In de wijkteams zit geen specialistische inhoud. Het zijn generalisten. Sowieso heb ik weinig collega's in de GGZ die echt van de inhoud zijn en hun vak ontwikkelen. Psychiaters zouden voorop moeten lopen in de training van het personeel, maar dat is zeldzaam. Jim van Os, een begenadigd denker in het veld van de sociale psychiatrie hoopt nog wel dat het uit de reguliere GGZ te halen valt. Volgens mij is dat zinloos. De GGZ is inhoudelijk en financieel bijna failliet en levert niet de impulsen die nodig zijn.”

“Er zitten perverse prikkels in het systeem. Hoe slechter het met je patiënten gaat en hoe meer patiënten je hebt, hoe beter je beloond wordt. Dat zou andersom moeten zijn: hoe minder patiënten je hebt en hoe beter ze zich voelen, hoe beter je beloond zou moeten worden. Ik zou verzekeraars een afrekensysteem willen voorstellen gebaseerd op het model van Buurtzorg. Vrijstelling van CIZ-indicaties en dan bewijzen dat je goedkoper bent dan de reguliere GGZ. Klinisch en poliklinisch dan graag wel even optellen. En een

kwaliteitsmeting. Dan ben je ook van het fraudeprobleem af. Mijn belang zou zijn dat kleinschalige concepten als De Brouwerij, maar ook Bij Bram of Zeeuwse Gronden worden gepromoot door het ministerie van VWS, net zoals ze met Buurtzorg hebben gedaan.”

“Voor mijn franchiseconcept ben ik op zoek naar ambitieuze, ondernemende mensen. Mijn hoop heb ik gevestigd op verpleegkundig specialisten en net nieuw afgestudeerde psychiaters en psychologen, die je het vak nog kunt leren.”

Hij propageert ook het gebruiken van alternatieve behandelmethoden die aansluiten bij mensen, en dus niet alleen de 'evidence based' behandelmethoden.

Een andere vrijgevestigde psychiater benoemt dat ambulantisering ook in de historie in de psychiatrie al aan de orde is geweest: *“De psychiatrie heeft een wonderlijke en lange geschiedenis. Vroeger werden mensen opgesloten, aan een ketting, in een aparte ruimte, de dolhuizen. In de jaren zeventig was er een doorbraak. Er was toen psychiatrische medicatie die werkte, en velen dachten dat de meeste mensen daarmee beter konden worden. Dat ze niet meer in instellingen hoefden te verblijven. Het mensen weer gezond en beter proberen te krijgen en uit de instituties willen krijgen, is van alle tijden. In de jaren '80 had je het voorbeeld van Triëste in Italië. Alles in de wijk, niks klinisch. Maar Italië heeft toch een wat andere cultuur en samenleving. Eigenlijk maakt de vorm ook niet uit zolang die ons maar past en we er gelukkiger van worden.”*

Hij schetst ten slotte ook de dilemma's in de setting waarin collega psychiaters moeten werken bij GGZ-instellingen:

“Collega-psychiaters gaan uit dienst bij GGZ-instellingen. Dat is begrijpelijk. Wat ik van collega's hoor is dat een psychiater in een instelling niets meer te vertellen heeft over het beleid. Je wordt daarvoor wel verantwoordelijk gemaakt, maar je hebt geen middelen. Instituten kunnen niet anders dan sturen op centen en efficiënte bedrijfsvoering, dus psychiaters worden beperkt ingezet. Administratief word je als psychiater suf gespeeld. Wat zij allemaal aan verplichte stappen moeten zetten. Dat demotiveert. Ze krijgen de kans niet om beleid mede vorm te geven. Het wordt hen niet mogelijk gemaakt hun werk te doen zoals zij dat vanuit hun vak nodig vinden. 'Het is wel mijn vak maar ik mag er niks van vinden'. Dus psychiaters lopen weg en een interim wordt ingehuurd. Dat geldt vooral voor de crisisdienst: Ik mag de patiënt even aanraken en snel weer door. Ik ben immers erg duur. Er is geen bed, geen plek, geen tijd, je kan weinig. Velen ervaren het als een elementair gebrek aan respect voor hun kunde en kennis. Ze willen dat niet meer, zoeken hun heil elders, en in antwoord op dat signaal wordt op hoog niveau nagedacht over hoe men die psychiaters in de toekomst kan verplichten om crisisdiensten te blijven doen. Dat is een dieptepunt.”

In bovenstaande zijn twee vrijgevestigde psychiaters aan het woord zijn geweest. Het geeft een beeld van hoe zij kijken naar de psychiatrie en wat naar hun idee nodig is. Het is niet het beeld dat door alle psychiaters gedeeld zal worden.

5.7 De ervaringsdeskundige: we moeten meer oog hebben voor de mens

Een ervaringsdeskundige vertelt over haar werk en wat dat toevoegt ten opzichte van het werk van professionals. Ze benadrukt de noodzaak om oog te hebben voor de mensen en verder te kijken dan alleen de stoornis. Ze vertelt het volgende verhaal.

“Als ervaringsdeskundige kijk ik veel meer vanuit het perspectief van de mens. Ik ben SPH-er en ervaringsdeskundige. Ik was verslaafd, dakloos, ben opgenomen geweest, heb bij de maatschappelijke opvang gezeten. Ik ben daarna een opleiding gaan doen. Als ervaringsdeskundige moet je afstand kunnen nemen van wat je zelf hebt meegemaakt en het functioneel inzetten. Ik weet vaak niet eens wat mensen mankeren. Ik ga er gewoon heen en ga in gesprek. Professionals doen dit toch een stuk minder, vooral de oudere garde. Bij de jongere garde zie je het wel meer. Zij krijgen het ook meer mee in de opleiding.”

Het zou mooi zijn als we van tevoren alles geregeld hebben als mensen vanuit de kliniek teruggaan naar huis. Vooral als mensen vanuit de kliniek ergens gaan wonen. Dat je bijvoorbeeld al kennis hebt gemaakt met je nieuwe woonbegeleider. Het is toch een enorme stap, een verhuizing, dat is een life event. Dan zit je daar op een nieuwe plek, alleen of met andere hulpverleners. Voor sommige mensen is dat al reden om terug te vallen. Maar dat regelen gaat toch moeizaam.”

“Laatst zat ik bij een overleg, waarin de professionals het hadden over ‘de defecte cliënt’. Dan ga ik wel met hen in gesprek, over het effect van die manier van praten. Hoe kijk je dan naar iemand? Ik normaliseer dingen veel meer. Ik ben niet mijn diagnose. Ik hoop dat hierdoor de relatie gelijkwaardiger wordt. Er is ook een groep mensen die nooit zelfstandig gaat wonen. De doelen zijn heel anders. Soms stellen mensen zich bijvoorbeeld ten doel een avond te gaan voetballen, of om op tijd uit bed te komen. Dat kunnen wij ons niet voorstellen maar voor hen kan dat heel groot en belangrijk zijn.”

“Wat mist bij de professionals is dat mensen niet als mens worden aangesproken. Ik heb zelf drie jaar in de wettelijke schuldsanering gezeten waardoor er bewindvoering was. De eerste dertien maanden van dit traject is er een postblokkade en gaat alle post in eerste instantie naar de bewindvoerder. Deze stuurt de post eenmaal per week door. Dan komt er zo’n grote enveloppe binnen en daar staat dan op: ‘voor de saniet van de bewindvoerder’ dat is zo stigmatiserend. De mens is weg. Ik denk dat gewoon op maat meedenken heel belangrijk is.”

Schulden komen heel veel voor bij deze groep, vooral bij EPA-patiënten. EPA-patiënten lopen allemaal vast op meer dan twee levensgebieden, wonen, werken, schulden, inkomen, zorg. Bijna alle mensen die overlast plegen hebben schulden. Bijvoorbeeld omdat ze een tijd volledig psychotisch zijn, rekeningen niet betalen, rare dingen doen. Huisuitzettingen zijn vrijwel altijd door schulden, niet betalen of overlast. Het is een taboe om het erover te hebben, maar het speelt veel. Laatst ook, wordt even tussen neus en lippen hier gezegd dat iemand zijn huis uitgezet is. Dan breng ik in: weet je wel hoe ingrijpend dat is, wat voor effect dat heeft, dat je door schulden je huis uit wordt gezet?”

“Er wordt naar mijn mening nog te weinig gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen. En als ze al worden ingezet, dan wordt het gezien als vrijwilligerswerk. Ervaringsdeskundigheid moet uit de vrijwilligershoek worden gehaald. Alsof wij geen vakmensen zijn!”

5.8 Team toeleiding en begeleiding: ‘denken in hokjes’ werkt niet

Een medewerker van het team toeleiding en begeleiding van een gemeente beschrijft de positieve ontwikkelingen van de afgelopen vier jaar door minder in hokjes te denken (zoals vaak in de zorg gebeurt) en meer aan te sluiten bij de mensen die vaak problemen hebben op meerdere leefgebieden. Ze vertelt het volgende verhaal.

“Ooit was er in de gemeente de lijst van honderd; honderd mensen die de meeste overlast veroorzaakten in de gemeente. Deze mensen kwamen uit een groter gebied, maar alleen in deze gemeente is nachtopvang, dus mensen trekken daar naartoe. Bij die honderd mensen waren meerdere organisaties betrokken, maar er ontstond geen oplossing of er was geen vooruitgang in de situatie. Toen ontstond het idee: als je al die organisaties nu vrije handelingsruimte geeft, gaat het dan beter? Dat is waar ik afgelopen vier jaar mee bezig ben geweest. We zien dat dit helpt.”

“De vrije handelingsruimte zit in de insteek die we maken: aansluiten bij de klant, de tijd nemen contact op te bouwen, aansluiten bij de vraag en daarmee soms ook zaken oppakken die niet direct gericht zijn op opstarten van hulpverlening (bijvoorbeeld een boodschappenpakket kopen, iemand ergens naar toe brengen), allerlei opties uitproberen om contactgroei tot stand te brengen. Dit kan niet vanuit de reguliere zorg omdat daar geen tijd voor is; die is niet declarabel en wordt niet vergoed. Wij hebben een budget voor personeelskosten, indirecte kosten en het wordt voor een deel gebruikt om bijvoorbeeld eens een aanhanger te huren voor een klant, een telefoon te kopen zodat hij bereikbaar is, een onverzekerde offerte bij een tandarts vergoeden et cetera.”

Ze benoemt het probleem van het denken en organiseren ‘in hokjes’. Dit sluit mensen uit en dat is voor mensen met psychiatrische problematiek een vervelende ervaring. Ze wijt dit onder andere aan de (schotten in de) financiering.

“Veel van de mensen, die wij kennen, hebben problemen op alle levensgebieden. In de reguliere zorg kijken ze dan naar wat voorliggend is; bij ons maakt dat niet uit. Wij kijken naar: Wie ben jij? Waar ligt je kracht? Wat zijn je valkuilen? Er wordt te weinig gekeken naar de mens en zijn of haar situatie. Die frustratie kom je overal tegen. We begeleiden bijvoorbeeld een oudere man uit het kamp, crimineel. Hij doet zoveel om eruit te komen, volgt behandeling, krijgt begeleiding. Maar af en toe valt hij terug in verslaving, soms steelt hij weer, alleen om onderdak te hebben. Hij staat op de wachtlijst voor een eigen huis. Al drie keer is er plek geweest, maar drie keer is hij afgewezen. Het argument is dat de wijk al zwak zou zijn. Als we dan vragen of ze aan kunnen geven waar hij met zijn kwetsbaarheid wel terecht zou kunnen, horen we dat het systeem niet zo werkt. Elke afwijzing is een harde klap voor deze man en maakt zijn herstel kwetsbaar. Zo houdt het systeem herstel tegen. Dus die man komt nu ergens in een beschermde woonvorm terecht, terwijl hij prima zelfstandig kan wonen met ambulante begeleiding. En het kost nog meer ook.”

“De financiering is echt debet aan goede zorg. Ik heb wel eens gekscherend gezegd: ‘Iedereen levert alle diagnoses in en we maken één organisatie, Zorg Dordrecht.’ Al die labels en regels helpen ook niet om mensen te motiveren hulp te accepteren. Stel, iemand start bij een GGZ-instelling. Het lukt niet, dan gaat hij daarna ergens anders heen en begint alles weer opnieuw. Gesprekken, intakes, wachten. Met dit geregeld aan de voorkant, met al die diagnoses, sla je alles dicht. Je sluit ook mensen buiten die kwetsbaar zijn en daarmee ben je als maatschappij uiteindelijk ook de dupe. En we zijn enorm gericht op herstel, terwijl voor sommige mensen dat er echt niet in zit.”

Ten slotte benoemt ze in haar analyse dat woningcorporaties te weinig zijn meegenomen in de ambulantiseringbeweging. Een woonplek is cruciaal voor mensen. Samen met woningcorporaties kunnen er tussenoplossingen worden gecreëerd.

“Wat er bij de ambulantisering echt gemist is, is het meenemen van de woningcorporaties. Daar had iedereen van tevoren echt beter over na moeten denken Want ambulantisering staat of valt met een woonplek en jezelf daar kunnen handhaven. De bedden zijn afgebouwd maar de rest is slecht ingeregeld. Een bepaalde groep valt er tussenuit. Een soort tussenvoorziening zou voor onze cliënten super zijn, waar ze tijdelijk kunnen logeren, op adem kunnen komen. In de VS heb je Rose Houses, een soort logeerhuis als het even mis gaat. Dat zou ook helpen voor sommige ex-gedetineerden. Zodra die vrijkomen, duurt het opnieuw opstarten van de uitkering enige weken. Als iemand dan geen huisvesting heeft (eigen of logeeradres) moet iemand zonder geld zich zien te redden. Ook de nachtopvang is niet gratis, eten is niet gratis. Dit is echt een gat in het systeem. Een tussenvoorziening kan een oplossing bieden voor deze mensen, maar ook voor mensen met depressieve klachten die gebaat zijn bij even een of twee weken een andere setting zonder de sores van het eigen huis. Het is oorspronkelijk bedoeld als time-out voor mensen met psychische problemen, om crisisopnames te voorkomen. Er wordt gewerkt met voornamelijk (betaalde) ervaringsdeskundigen. Een plek van hoop dus letterlijk.”

5.9 Een versnipperd veld zoeken professionals houvast

Hoe houd je overzicht in een sterk versnipperd veld met allemaal verschillende professionals, soms meer dan 20 organisaties bij één gezin in huis? En hoe blijf je enerzijds binnen de systeemgrenzen die je worden opgelegd en blijf je anderzijds het werk doen op een manier, waar je als professional in gelooft?

Het valt ons op dat je alleen al binnen de GGZ niet kan spreken van één groep. Psychiaters hebben een andere taal, opvattingen en gewoonten dan psychologen, weer andere taal dan SPV'ers en weer andere taal dan ervaringsdeskundigen. Of ze werkzaam zijn in een crisisteam, een klinische setting of een ambulante setting zoals een FACT-team, maakt ook nogal uit. Wat de verschillende beroepsgroepen gemeen hebben, is dat ze niet of nauwelijks in staat zijn om zich als groep te organiseren, om met één stem te spreken. De opvattingen binnen de beroepsgroepen lopen sterk uiteen. Verdeel en heers is een eenvoudig te spelen spel, als je kwaad wilt. Er bestaat in ieder geval dus niet zoiets als dé GGZ. Dan zijn er dus ook nog het team toeleiding en begeleiding (bemoeizorg), en alle signaleerders in een wijk, zoals de wijkagent, de medewerker van de woningcorporatie, de medewerker van de sociale dienst, medewerkers van wijkteams en de huisarts.

Wat zichtbaar wordt in de verhalen, is dat mensen binnen de grenzen van hun eigen invloedssfeer oplossingen gaan zoeken. En daar waar het buiten de eigen invloedssfeer komt, op zoek gaan naar 'schuldigen en oorzaken'. Gevoelens van onmacht leiden tot oordelen over de ander. Ook valt het ons op dat over die onmacht nauwelijks wordt gesproken. We doen allemaal net of alles oplosbaar en maakbaar is. Het moet 'de schuld' van iemand zijn als we het niet opgelost of beter krijgen. Accepteren dat sommige dingen niet mooi en niet op te lossen zijn, lijkt niet te behoren tot ons repertoire.

Overigens noemen de professionals tussen de regels ook wel de haalbare en nog niet breed ingezette oplossingen, die zouden kunnen helpen:

- a. Je woont nu in een kliniek, een beschermde woonvorm of thuis. We zouden meer, al dan niet tijdelijke, tussenoplossingen kunnen ontwikkelen, zodat we kunnen werken met de realistische optie dat mensen kunnen terugvallen als ze in een thuissituatie wonen. Het zal zowel woningcorporaties als grotere en kleinere initiatieven in de GGZ en de zorg tijd kosten om deze tussenoplossingen te realiseren.
- b. Je zou signaleerders in de wijk kunnen opleiden en kunnen ondersteunen met kennis van GGZ-problematiek, zodat ze meer toegerust zijn om te handelen.
- c. Je zou juist moeten investeren op vakmanschap in de GGZ over grenzen van expertises heen, in plaats van verschillende professionals in de GGZ die nu vooral willen bewijzen dat ze individueel bestaansrecht hebben. Eigenlijk vraagt het zelfs om het opnieuw uitvinden van de GGZ ('eerst leven en dan nog een beetje psychiatrie'). Dat betekent het waarderen van verschillen in doelgroepen. Een belangrijk deel is gebaat bij de 'sociale psychiatrie'. Een ander deel is juist gebaat bij een hoge mate van specialisatie binnen de GGZ zelf. Het opnieuw uitvinden van de GGZ en het investeren over grenzen heen, vraagt wel om het wegnemen van de perverse prikkels die nu zitten in de wijze waarop we organiseren en financieren. En het vraagt om het stimuleren, uitvergroten en leren van kleine innovatieve initiatieven binnen de GGZ.

Het ontwikkelen en realiseren van deze oplossingen kost tijd. Dit is overigens iets waar het ministerie van VWS bij toekomstige beleidsontwikkeling wel rekening mee kan houden. Hoe ziet veranderkundig het realistische tijdspad eruit van deze nieuwe beleidsontwikkeling? Welke condities zijn al aanwezig en welke nog afwezig in onze samenleving, waarin dit beleid geïmplementeerd zal moeten worden? En hoe creëren we dan enerzijds condities die urgentie tot verandering brengen en brengen we anderzijds geen schade toe in onze samenleving?

6. Hoe 'het systeem' steunend kan zijn

In de vorige hoofdstukken hebben we gezien dat betrokken medemensen en professionals hun wegen vinden om individuele mensen met psychiatrische problemen te kunnen helpen. Dat kan alleen als er ruimte is binnen het systeem, waarbinnen de betrokken medemensen en professionals zich kunnen bewegen. In dit hoofdstuk verkennen we waar deze ruimte in het systeem zit en waar mogelijkheden zitten voor betrokkenen om te komen tot goede en kosteneffectieve zorg.

6.1 Gemeenten: aansluiten bij de ondersteuningsvraag

Gemeenten in de regio zoeken en vinden manieren om beter aan te sluiten bij de ondersteuningsvraag van mensen die wonen in hun gemeente. Twee voorbeelden komen aan bod.

6.1.1 Open aanbesteding

Een ambtenaar bij een gemeente vertelt ons over hoe de inkoop van de zorg en ondersteuning wordt vormgegeven met een open aanbesteding. Dat resulteert in nieuwe toetreders en zorgt voor innovatie. Het vraagt wel om (intensief) contact met veel aanbieders.

“Wat wij proberen is meer vanuit ondersteuningsvragen te redeneren. Dat is de reden dat wij over de sectoren heen een systeem van inkoop kunnen wegzetten. In plaats van te kijken vanuit de beperking die mensen hebben, vertrekken wij vanuit de ondersteuningsvragen van cliënten.”

“We bekostigen resultaatgericht, waarbij we in ondersteuningsplannen resultaten afspreken die voor de specifieke cliënt haalbaar zijn en behaald moeten worden in een bepaalde periode. Vanuit de gemeente hebben we relaties gebouwd vanuit de inkoop door bij elkaar te komen met een select gezelschap, zo'n 100 partijen, die we hebben in deze regio. We werken met contractmanagers voor de grotere aanbieders en contractbeheerders voor de middelgrote en kleinere aanbieders, die accounts onder hun hoede hebben. Op die manier kunnen we contact onderhouden met alle aanbieders. Dat lukt nu in ieder geval nog. De vraag is wel of dat blijft lukken als de vraag naar maatwerkvoorzieningen en beschermde woonvormen blijven stijgen. Bovendien lukt het ons om zo te werken, omdat we een middelgrote regio zijn. Voor grotere regio's is deze manier van werken niet haalbaar.”

“Deze manier van werken geeft ruimte voor nieuwe toetreders en daarmee voor innovatie. De innovatiekracht van gevestigde GGZ-instellingen is groter dan wel kleiner, afhankelijk van de voorziening. In geval van beschermd wonen is de innovatiekracht niet zo heel erg groot. Hoewel we wel zien dat er wat gebeurt. Instellingen willen echt wel. Het idee van ambulantisering en lichtere voorzieningen wordt absoluut ondersteund door de aanbieders in onze regio. Alleen wat zij ook aangeven is dat het in de uitvoering tot stand brengen van innovatie nogal wat uitdagingen met zich meebrengt. Je hebt met vastgoed te maken en met personeel. Het personeel hielp de cliënten op een bepaalde manier en de gemeente vraagt nu om dat anders te doen. Dat willen ze binnen het management van een GGZ-instelling wel graag, maar op de werkvloer is dat vaak nog niet doorgedrongen.”

“De druk op maatwerkvoorzieningen en de druk op de beschermde woonvormen stijgt. Er is een stijging van het aantal cliënten. In twee jaar tijd constateren wij 30% toename van het aantal cliënten en een verdubbeling van individuele begeleiding. Voor de pilot ‘Beschermd thuis’ hebben we veertig plekken, die waren zo vol, ik zou er zo nog veertig vol krijgen.”

“We hebben een open systeem in onze aanbesteding. Alle nieuwe partijen kunnen toetreden. Daardoor zijn er in deze gemeente veel aanbieders, maar is het soms ook een Poolse landdag als we alle partijen bij elkaar brengen om af te stemmen.

Kenmerk van de regio hier is dat het versnipperd is. Iedereen wil alles bedienen, alle doelgroepen doen. Er is daarnaast sprake van stevige concurrentie, dus nu leggen zorgaanbieders ook niet alle kaarten op tafel. Het gaat ze ook om hun bestaansrecht. Daarom is er misschien ook beperkter innovatie. Het is een open regeling, dat betekent dat alle sluisen open staan. Er is geen financiële begrenzing. Het is een open einde systeem. We zijn onze aanbestedingssystematiek dan ook nu aan het heroverwegen. Zo kan het niet verder.”

Deze gemeente vindt op dit moment, kortom, (nog) de mogelijkheden om ruimte te geven aan innovatieve initiatieven van binnen en buiten de GGZ. Tegelijkertijd signaleert deze gemeente ook dat dit niet lang meer zal duren en dat dit in grotere regio's waarschijnlijk niet te doen is, omdat het om een intensief onderhoud van relaties met vele aanbieders vraagt.

6.1.2 Maatwerkoplossingen door mensen te kennen

Een wethouder van een kleinere gemeente vertelt ons zijn visie op het in de gemeenschap zorgen voor alle mensen, ook de kwetsbare mensen. Hij vertelt:

“Ik kom niet uit deze wereld. Ik heb veertig jaar in de bouw gezeten. Toen ik startte als wethouder ging ik onder andere de zorg doen. Al dat intra-, extramuraal, ambulant, ambulance, dat was allemaal voor mij onbekende zorgtaal. We hebben hier een sociaal team. Dat gaat goed. Het team is verbonden met de politie. Onze coördinator zegt: ‘Deze wijkagenten, daar moet je zuinig op zijn’. Als er overlast is, wordt de politie gebeld. De politie kent hier de mensen. Ze zitten echt in de haarvaten van de samenleving. Deze wijkagenten delen liever geen parkeerbonnen uit, maar zijn bezig om orde en rust te bewaren. Ook de verbinding met de meeste huisartsen is goed. Via ons schoolmaatschappelijk werk hebben we verbinding met de scholen. Dan zie je wel dat dingen heel erg van personen af kunnen hangen. De kracht is hier dat we samenwerken. We kennen elkaar, we verbinden. Verder hebben we korte lijnen, een platte organisatie.”

“Mensen, die uit onze dorpen zijn weggegaan, had ik het liefst hier gehouden. Ik wil mensen, ook met een handicap hier in de samenleving houden. Dat is beter. Familie van me had een meisje met een lichamelijke en geestelijke handicap. De arts zei op een moment dat dit kindje in een gezin zich meer ontwikkelt dan in een tehuis. Mensen willen dat ook graag. Nu heb ik ook voorbeelden van volwassen mensen, die thuis wonen bij hun ouders. Die ouders hebben soms even een time-out nodig, bijvoorbeeld een vakantie. Dan moet er gewoon even opvang geregeld kunnen worden. Dat doen we dan gewoon. Dan betalen we de opvang. Je ziet dat het toch vaak maatwerk is. Daarom willen we ook investeren in een nieuwe zorgboerderij. Het is goed dat

kinderen met bijvoorbeeld autisme hier kunnen blijven. Er is een hele grote groep die gewoon terug kan in onze de samenleving.”

“We willen echt de mens centraal zetten. Helpen zoeken, niet pampere. Luisteren over en weer. Hulp bieden, maar ook vaak structuur bieden. En altijd maatwerk. Niet alles vast willen leggen in regels. Heel belangrijk is dat de mensen van ons sociale team ook niet vast zitten in de regels maar met voorstellen durven te komen. Wat me nog steeds verbaast is de traagheid, de bureaucratie. Toen ik in de bouw werkte en er was bijvoorbeeld stormschade, dan ga je de volgende dag de schade repareren. Hier moet alles met aparte voorstellen, en dan langs College en Raad.”

Desondanks lukt het deze wethouder van de kleinere gemeente om via korte lijnen en persoonlijke relaties tot maatwerkoplossingen te komen. Hij vindt mogelijkheden in het systeem omdat hij de mensen kent over wie het gaat. Zowel burgers die zorg nodig hebben als de medewerkers van de gemeente en andere betrokkenen die daar iets in kunnen betekenen.

6.2 Zorgverzekeraars: strategieën voor betere zorg en terugbrengen van de zorgkosten

Een zorgverzekeraar vertelt ons over de relatie tussen preventie en 'zorg aan de achterkant van de keten'. Op dit verband moet de strategie zijn gericht. De zorgverzekeraar benoemt ook de randvoorwaarden.

“Waar verzekeraars enorm alert op moeten zijn, is de wisselwerking tussen specialistische zorg enerzijds en preventie en generalistische zorg anderzijds. Als we in het laatste investeren en dat goed doen, dan moet er aan de achterkant van de keten capaciteit uit. Anders betalen we dubbel en vult de capaciteit zich al snel met overbehandeling. Andersom geldt ook: als we aan achterkant afbouwen dan moet er aan voorkant wel voldoende en goed geïnvesteerd zijn. Kwantitatief en kwalitatief. Met dat laatste bedoel ik: komen de investeringen wel bij de goede mensen terecht? Hoe krijg je de gevestigde instellingen zover dat ze afschalen en hoe vermijd je dat er verdienmodellen voor in de plaats komen aan de voorkant die gericht zijn op de verkeerde populatie?”

Deze zorgverzekeraar is positief over het effect van concurrentie tussen verzekeraars. Hij geeft tegelijkertijd zijn visie op hoe zorgverzekeraars naast concurrentie ook kennis kunnen delen als ze maar nieuwsgierig genoeg zijn naar de ontdekkingen van andere verzekeraars.

“We moeten marktwerking niet wegzetten als kern van het probleem. Marktwerking zonder ordening door een overheid wordt niks. De markt vraagt om ordening, anders wordt het een ‘wildwest’. We zien daar nu voorbeelden van bij de common mental disorders: niet gecontracteerde zorg die mensen te lang lijken vast te houden en misschien ook wel te snel includeren. Er is zeker het fenomeen van de bijna eigenstandige reproductie van de professional. Dit vraagt om macht en tegenmacht. Tegenmacht biedt op dit moment de zorgverzekeraar. In de GGZ is die echter smal. Aanbod creëren is makkelijk: algemene levensvraagstukken en onzekerheden kun je opwaarderen tot psychische klachten. Toetreding voor zorgaanbieders is makkelijk. Je hoeft geen investeringen te doen, geen ingewikkelde apparatuur te kopen. De overheid zou het veld dus actiever moeten ordenen door bijvoorbeeld spelregels te maken over niet gecontracteerde zorg en de betaling daarvan.”

“Er bestaan veel misverstanden over werken in ‘concurrentie’. Bijvoorbeeld dat je geen informatie zou kunnen delen tussen concurrenten. Concurrenten hebben in een commerciële markt altijd veel, zo niet alle, informatie over elkaar. Dat is onder verzekeraars ook zo, wij delen ontzettend veel. Soms zijn we als zorgverzekeraars wel te weinig werkelijk nieuwsgierig naar wat de collega bij een andere verzekeraar al heeft ontdekt. Ook wij denken toch al snel dat wij het voor elkaar hebben. Aan de andere kant; vorige week zaten we met een concurrent om tafel over contouren van het inkoopbeleid te spreken. Daarbij gaat het overigens over informatie die openbaar is, niet over tarieven of specifieke contracten. Dat mag terecht niet en hoeft ook niet.”

“Concurrentie tussen zorgverzekeraars werkt. Als we een zorgkantoor waren geweest, hadden we niet zoveel innovatie bereikt als nu. Het geeft een prikkel om beter, slimmer te willen zijn. Hier gaat bij wijze van spreken het gebak rond als we 10 cent per maand goedkoper zijn dan onze concurrent. Ook al weten we echt wel dat Nederlanders voor die 10 cent echt niet overstappen naar een andere verzekeraar. Daar gaat het ook niet om. Het gaat om het willen winnen, zonder dat je je collega successen misgunt, integendeel.”

De zorgverzekeraar noemt twee concrete initiatieven: ze gaan meerjarenafspraken maken met GGZ-instellingen, ze laten nieuwe toetreders toe die als laboratoria kunnen dienen.

“Wij zijn als zorgverzekeraar op dit moment twee dingen aan het doen: we maken meerjarenafspraken met de grote gevestigde GGZ-aanbieders. Ze krijgen meerdere jaren de tijd om hun intramurale zorg af te bouwen en hun extramurale zorg op innovatieve en kosteneffectieve manier op te bouwen. De contracten bieden overigens altijd de ruimte om nog innovatievere nieuwe toetreders te contracteren. Deze instellingen zijn als het ware laboratoria voor ons: we vragen de ter zake deskundigen om de zorg zo in te richten dat het past bij hun ambities en deskundigheden. Dat doen we soms ook met kleinere, vernieuwende partijen. We werken zo aan bewijslast dat het anders kan. Daar investeren we in. Als ik bewijslast heb wat werkt, dan kunnen we via de reguliere contractering gaan opschalen.”

“Het inzetten van deze strategie vraagt ook een omslag van ons personeel. Daar is onze organisatie al drie jaar mee bezig. Het geeft ook ruimte aan onze medewerkers om mee te denken met de professionals en te leren welke randvoorwaarden wij van onze kant moeten realiseren: in de contracten, in de onderlinge relaties. Dat levert enthousiasme intern op, maar tegelijkertijd geldt soms ook dat niet elke medewerker dat ziet zitten. Er is ook een andere hiërarchie binnen onze organisatie gekomen. Nu heeft de relatiemanager een zeer belangrijke rol. Dat geldt ook voor de inkopers, omdat zij veel alerter geworden zijn op innovatief aanbod. Hun klassieke functie blijft overigens van grote waarde: soms strak op de bal zitten, maar altijd ook met een luisterend oor en nieuwsgierig naar verbeteringen naar gepaste zorg. Omdat die veel negatieve bijwerkingen kan voorkomen in termen van te lang doorbehandelen, het vermijden van stigma's en het vermijden van onnodige diagnostische predicaten.”

Deze verzekeraar stelt actief de gevestigde organisaties en de gevestigde belangen ter discussie en maakt zich daarmee weliswaar niet populair, maar kan daarmee wel in een aantal jaar tijd tot duurzame oplossingen komen. We zijn echter slechts één persoon bij de verzekeraars tegengekomen, die op deze manier redeneert. De meeste inkopers proberen 'netjes' binnen de gevestigde organisaties en belangen afspraken te maken over de wenselijk geachte veranderingen in de zorg. Onbedoeld onbewust steunen zij daarmee de gevestigde belangen en maken geen of minder ruimte voor innovatie.

Een andere zorgverzekeraar geeft aan: *“Wij gaan wel in gesprek met GGZ-instellingen over de inhoud van hun vak, maar maken zelf geen inhoudelijke afwegingen. We stimuleren professionals bijvoorbeeld om een gezamenlijk standpunt in te nemen over wat evidence based goede zorg is. Nu worden we steeds geconfronteerd met verschillende stromingen en dus opvattingen over wat goede GGZ zorg is. Wij hebben geen verstand van de inhoud. Ik ben econoom. De inhoud van het vak moet je aan de professionals zelf overlaten. Het lastige is natuurlijk wel dat je in twijfelgevallen als zorgverzekeraar wordt geconfronteerd met vakinhoudelijke afwegingen. Toch blijven wij bij het standpunt dat wij niet de aangewezen zijn om daar iets over te zeggen. Wij maken op dit moment dan ook afspraken met GGZ-instellingen door te sturen op systeemcontrole. Daarbij ga je ervan uit dat als de kwaliteitssystemen in een instelling op orde zijn, het met de inhoud van het werk ook wel goed zal zijn. Dat biedt GGZ-instellingen de ruimte om hun eigen vakinhoudelijke inschattingen te maken.”*

Deze zorgverzekeraar maakt, kortom, op een hele andere manier ruimte voor innovatie dan de eerdergenoemde zorgverzekeraar. Namelijk door gevestigde GGZ-instellingen niet onnodig tot een hoge administratiedruk te brengen, zodat er tijd overblijft om het werk zelf goed te doen en het werk vakinhoudelijk ook te verbeteren.

6.3 Kleine innovatieve initiatieven: ruimte voor ondernemerschap

Een kleine ondernemer vertelt over de reden om een eigen zorgboerderij te starten en hoe hij daar wil werken: het bieden van een steunstructuur is het belangrijkste, aan te vullen met geestelijke gezondheidszorg.

“Ik ben begonnen met een eigen zorgboerderij, vanwege de bureaucratie bij de GGZ-organisatie waar ik op dat moment werkte. Te veel gedoe, het duurde lang om iets te regelen en het was moeilijk om te doen wat nodig is. Er waren veel begrenzingen en de leiding durfde vaak niet te handelen vanwege mogelijke risico's. Wat mij betreft moet je gewoon beginnen en niet eerst allerlei plannen maken. Je ervaart dan direct wat er werkt en niet werkt. En dan kun je bijstellen.”

“De toegevoegde waarde van wat de GGZ kan doen, wordt overschat. Mensen hebben vooral een steunstructuur nodig, zodat ze kunnen leven op een normale manier die bij hen en hun mogelijkheden en onmogelijkheden past. Uiteindelijk moeten mensen het zelf doen. Daarbij hebben ze vaak langere tijd steun en hulp nodig. En dit vanuit een gelijkwaardige relatie, dus niet de professional en de hulpvrager, maar gelijkwaardig, als mens. We kijken vanuit de vraag van een mens en waar hij of zij hulp en steun bij nodig heeft. Dat is vaak anders of meer dan alleen zorg. Zoals hulp bij het vinden van een daginvulling, een passende woning, sociale contacten, geld, niet terugvallen, oplossen van schulden, het vinden van structuur in de dag.”

“Wij zoeken verbinding met onze omgeving en proberen daar ook iets aan toe te voegen. In de zomer verkopen we onze eigen gekweekte bloemen. We verkopen de eieren van onze kippen. Dit is belangrijk voor de zorgboerderij, maar ook voor cliënten. Ook dat geeft gevoel van zin en waarde. De kracht van de zorgboerderij is het 'actieve', het 'doen'. Mensen zijn buiten bezig en doen iets wat ertoe doet. Dat is belangrijk. Het geeft hen ook weer gevoel van eigenwaarde. Waarom dit niet in de reguliere GGZ gebeurt?”

Dit type werk heeft minder status. Hier sta je met de voeten in de klei. Maar met de mensen samen leven en vooral samen werken is wel het echte werk, als je het mij vraagt.”

Deze kleine ondernemer vindt de ruimte vooral bij de gemeente met het open en op resultaatgerichte aanbestedingsbeleid. Maar ook bij andere (kleinere) gemeenten die zien en ervaren hoe deze kleine ondernemer oplossingen biedt voor vragen van mensen uit hun gemeente.

6.4 Een GGZ-instelling in het nauw: uit noodzaak komen tot nieuwe oplossingen

We spreken de bestuurder van een GGZ-instelling in het nauw. Deze instelling heeft ruim tien jaar geleden geïnvesteerd in eigen vastgoed, vanuit de filosofie: mensen die verslaafd zijn, moeten voor langere tijd uit hun context gehaald worden, zodat zij nieuwe patronen kunnen ontwikkelen en oude, niet helpende patronen, kunnen doorbreken. Het moeten afbouwen van het aantal bedden, zoals de zorgverzekeraar de ambulantisering in dit geval vertaalt, brengt de GGZ-instelling in het nauw.

“Door het ambulantiseringbeleid komen wij nu behoorlijk in de problemen. We zijn gespecialiseerd in klinische zorg. Dat is zelfs de basis van onze filosofie. Die trouwens bewezen effectief is. Wij laten alleen mensen bij ons wonen, die werkelijk hun probleem willen aanpakken. Ook dat draagt bij aan de bewezen effectiviteit van onze zorg.”

“Zorgverzekeraars geven aan dat ze het idee hebben dat onze manier werkt, dat het beter is, maar ze hebben geen evident bewijs. En we zijn wel duurder. Onze organisatie heeft tot 2012 door kunnen groeien in klinische capaciteit. In 2012 hadden we zelfs nog formele toestemming om veertig plekken uit te breiden. Toen we ineens met een derde moesten afbouwen door het nieuwe beleid, ging de organisatie naar binnen, kwam in de overlevingsmodus. Dit gaf ook veel stress bij medewerkers, het ziekteverzuim nam toe. Het ging ineens meer over productiviteit, geld, bezuinigen, dan over de inhoud van ons werk. Soms moet je als professional op je handen gaan zitten om iets te bereiken, maar dat levert geen geld op, het is geen productie.”

*“Om dit te kunnen doorstaan hebben we ‘stille tijd’ genomen. Inkoopgesprekken gaan bijna altijd over p*q, een spreadsheet werkelijkheid. Die gesprekken zijn ingewikkeld. Ik doe de gesprekken met zorgverzekeraars zelf. Vraagstukken van cliënten rond verslaving die langzaam en gedurende een lange periode zijn ontstaan kun je niet snel en kort-cyclisch oplossen. Zorgverzekeraars zeggen eigenlijk: mooi en waardevol wat je hier doet, maar de schadelast is voor ons belangrijker. Ik tref ook veel wisselingen aan bij zorgverzekeraars, dus ik spreek ieder jaar weer iemand anders. Je bouwt op die manier moeilijk wat op samen. Gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor beschermd wonen en ook daar is 25% bezuinigd. Dit gaf stress bij ons personeel. Dus ook daar hebben we ruimte genomen om opnieuw te bedenken welke bijdrage we in deze nieuwe situatie zouden kunnen leveren.”*

Door deze situatie is de GGZ-instelling echter wel geprikkeld en genoodzaakt om de zorg opnieuw uit te vinden. Dat is goed, maar niet eenvoudig. Het leidt echter wel tot mooie, nieuwe initiatieven.

“Gedwongen door het ambulantiseringbeleid, zijn we onze zorg nu toch opnieuw aan het uitvinden. Anders overleeft onze instelling het niet. Ik zal een voorbeeld geven van hoe lastig dat is: Wij hebben een man in

zorg, die zelfstandig in een huis woont en die het afgelopen jaar 250 keer de ambulance heeft gebeld. Voor hem was dit een schreeuw om aandacht. Er bleek steeds niets tot weinig aan de hand te zijn als hij belde. We hebben toen ons projectteam ingezet en een vertrouwensrelatie gecreëerd. Onze medewerker heeft haar telefoonnummer gegeven. In het begin werd zij heel vaak gebeld. We hebben toen ons inloophuis betrokken, een groepje maatjes, vrijwilligers, drie tot vier mensen om hem heen gezet. Het ging beter. Maar, na verloop van tijd gaat de man weer hetzelfde gedrag vertonen. De maatjes, de vrijwilligers bellen mij vervolgens op en vragen mij: Hoe kan ik inschatten dat er echt niks aan de hand is, wie neemt deze verantwoordelijkheid? Wat als er wel iets aan de hand is en ik neem mijn telefoon niet op? De vrijwilliger wil gedekt worden. En dat begrijp ik! Daar begint het voor mij te knellen. Durf ik die verantwoordelijkheid dan wel te nemen?"

"De komst van de Wmo zou ontschottend moeten werken. Maar de gemeente kijkt ook naar: is het Wmo, Wlz of Zvw? Zij kijken ook of ze zorg ten laste van de Wlz kunnen laten komen. We hebben nu bijvoorbeeld een cliënt, die een delict heeft gepleegd. De jongen moet naar een beschermde woonvorm en heeft begeleiding nodig. De gemeente wil hem geen beschermd wonen plek geven, want denkt dat Justitie hem een strafrechtelijke titel gaat geven. Wij mogen hem niet opnemen, want hij heeft geen recht op een intramurale behandelplek. Dan ontstaat er dus 'gepingpong' voor wie hij is. En er gebeurt niks voor die jongen. Nu hebben wij een huis in Dordrecht, wat leeg staat. Daar kan hij tijdelijk wonen. Maar die jongen zit nu in een te grote woning en wat vooral niet goed is, is het gebrek aan perspectief. We kunnen hem niet beloven dat hij mag blijven. En de inspanningen die we voor deze jongen leveren zijn intensiever dan ooit in de bekostiging terugkomt. Als onze organisatie niks doet komt hij op straat. Dan ontstaat ergens crisis in de wijk, in de stad, en wordt hij waarschijnlijk opgenomen met een Rechterlijke Machtiging. Dan kunnen we hem wel een behandelplek geven. Maar dan valt deze jongen terug, en krijgt hij zwaardere zorg dan hij echt nodig heeft. Crisis is niet beter voor mensen."

"Door even stil te staan, begonnen we uiteindelijk nieuwe mogelijkheden te zien. Cliënten hebben problemen op allerlei vlakken. Het plan voor een cliënt moet op niveau zijn, maar de uitvoering kan op verschillende niveaus gedaan worden. Onze organisatie werkt bijvoorbeeld veel met vrijwilligers uit de kerk, daar zit minder professionaliteit, maar wel meer tijd en passie."

"Wij zijn al jaren met de lokale woningcorporatie in overleg over een mooi oud pand in een nette buurt van Dordrecht. Samen met de corporatie willen we een Huis van Hoop maken. Een huis met een inwonend echtpaar met maximaal twaalf cliënten. De ontwikkeling van meer beschermd wonen plekken, is een van de manieren waarop wij een deel van het verlies compenseren en de afbouw omkeren. Als dit nu het beleid is, moeten we er zo goed mogelijk mee om gaan."

"We zetten nu ook onze vrijwilligers via onze bevriende kerken in als schuldhelpmaatje. Een vrijwilliger heeft daar veel meer tijd voor dan een professional. Zo proberen we via lagere totaal budgetten op eenzelfde effectieve manier te werken. Uiteindelijk werkt deze oplossing ook beter voor cliënten. Zij krijgen niet alleen een professional maar ook verbinding. Dus voor een lager tarief, toch goede zorg. De mensen in onze organisatie zien ook dat het goede oplossingen zijn. Dus zien het niet langer als een verschrikking."

6.5 De GGD: faciliteren en coördineren bij niet-acute zorg

Een directeur van de dienst Jeugd en Gezondheid van een GGD vertelt ons over hoe het gaat in de regio. In de acute fase vinden partijen elkaar snel. Ook voor het oppakken van niet-acute meldingen wordt geïnvesteerd in de samenwerking.

“We vinden elkaar goed in de acute fase. We doen het niet slecht in deze regio. Als GGD hebben wij het initiatief genomen om mensen bij elkaar te halen en brengen we in kaart wie wat doet.”

“Hier is het meldpunt zorg en overlast, sinds twaalf jaar al trouwens. Daar komen alle niet-acute meldingen. Vanuit het netwerk hier coördineren we de zorg en zorgen we dat dit uitgevoerd wordt. Je ziet veel mensen regelmatig terugkeren in de meldingen. Soms is het even stil. Als we een melding krijgen, zoeken we uit wie dit is, wie verantwoordelijk is, of er al zorg is of een zorgverleden. Het is vooral een coördinerende rol. We zijn beperkt uitvoerend. Voor de woningcorporatie kijken we voor de ‘urgenten’ welke zorgpakketten mensen hebben of nodig hebben. Dat leggen we dan vast in de preventieve contracten. Zo’n preventief contract sluiten de zorgverleners, de woningcorporatie en de cliënt met elkaar. Het zijn eigenlijk preventieve maatregelen gekoppeld aan het wonen.”

“Deze regio heeft relatief weinig bedden. Dus de ambulantisering en de verdere afbouw gaf hier meer druk. Je ziet het ook bij beschermd wonen. De bedoeling is dat mensen uitstromen. Maar dat blijkt moeilijk. De GGZ kan begeleiden en dat helpt, maar dat is niet genoeg. Er is voor deze groep grotere betrokkenheid nodig. En het heeft ook te maken met tolerantie in een wijk. Je kan bepaalde gebieden niet overbelasten. In Rotterdam hebben ze nu de Rotterdam wet. Dat betekent dat er bepaalde quota gehanteerd worden over plaatsingen in wijken van doelgroepen. Zo zie je dat gemeenten zoeken naar manieren om dit goed te doen.”

“Bij het meldpunt komen zo’n 1.300-1.500 meldingen per jaar. Wat we doen, is zorgen dat de zorg weer wordt opgepakt. Of inzicht geven, zodat zorg gestart kan worden en de overlast kan verminderen. We kijken ook naar het netwerk wat erachter zit. En in iedere gemeente hebben we zorgnetwerken. Daar wordt ook casuïstiek besproken. We doen dit al een tijd en hebben positie door onze kennis en de relaties die we hebben. Iemand moet deze faciliterende rol pakken, anders gebeurt het niet.”

De directeur ziet ook mogelijkheden om verder te versterken, onder andere door meer stut en steun te organiseren, waarmee crises kunnen worden voorkomen. De wijk GGD'er speelt hierin een belangrijke rol.

“In de toekomst wil ik de ‘waakvlamfunctie’ beter neerzetten. Meer stut en steun zodat situaties minder snel door hoeven te schieten naar crisis. En betere en snellere triage op cliëntniveau. We doen nu een pilot met een wijk GGD'er. Hij is gewoon de hele week in de wijk. Uiteindelijk wil ik toe naar 24/7 nabijheid van iemand. Dat geeft ook meer scherpte op het sociale netwerk in een wijk. Dat is zo verschillend. Wijkteams verschillen in opdracht, de plek waar ze zitten, de omvang, wel of geen GGZ-expertise. Daar kan een wijk GGD'er beter op inspelen.”

“Ik zie geen toename in mensen die psychische problemen hebben. Ik zie wel dat er meer meldingen zijn van mensen die niet meer mee kunnen komen, die het niet redden. Er zijn meer situaties van mensen die vervuilen.”

6.6 Noodzaak tot opnieuw uitvinden van de GGZ en ruimte voor ondernemerschap

We zien een aantal mogelijkheden om ruimte te creëren en te behouden in het systeem om goede en kosteneffectieve GGZ zorg niet onbewust onbedoeld in de weg te zitten:

- a. De middelgrote gemeente die langs open aanbesteding en het vertrekken vanuit de ondersteuningsvraag van een burger resultaatgericht ruimte creëert voor vele antwoorden en daarmee ook voor innovatief aanbod van binnen en buiten de GGZ.
- b. De kleine gemeente die via persoonlijke relaties en maatwerk tot antwoorden en innovatief aanbod komt.
- c. De GGD die door faciliteren en coördineren van betrokken hulpverleners het samenwerken tussen expertises en het preventief werken en signaleren probeert te verbeteren.
- d. De zorgverzekeraar die door de introductie van systeemcontrole de administratielast van gevestigde GGZ-instellingen weer kleiner maakt en daarmee de ruimte om te werken aan kwaliteit van zorg binnen zo'n instelling groter.
- e. De zorgverzekeraar die werkt aan lange termijn herstructurering van de zorgmarkt door meerjarencontracten af te sluiten met gevestigde GGZ-instellingen, waarbij deze instellingen de tijd krijgen om specialistische zorg af te bouwen, zodat er middelen vrijkomen voor preventie. Die investeert op een viertal plekken in Nederland in kleinschalige innovaties, die later opgeschaald kunnen worden als deze innovaties blijken te werken.
- f. De gevestigde GGZ-instelling die gespecialiseerd was in klinische zorg en die zichzelf noodgedwongen opnieuw moet uitvinden, omdat deze anders failliet zal gaan en die niet zozeer bij de verzekeraar, maar vooral bij de gemeente met haar open en op resultaatgerichte aanbestedingsbeleid ruimte vindt om nieuwe initiatieven te ontplooiën.
- g. De kleine ondernemer die vooral bij de gemeente met zijn open en op resultaatgerichte aanbestedingsbeleid ruimte vindt om nieuwe initiatieven te ontplooiën.

7. Hoe 'het systeem' belemmerend werkt

De vragen in dit actieonderzoek richten zich op de ervaringen die er zijn in de regio met ambulantisering (wat werkt bevorderend en wat werkt belemmerend?) en hoe het ministerie en verzekeraars een optimale context kunnen creëren voor betrokkenen in het veld om te komen tot goede en kosteneffectieve zorg. De vraag is of 'het systeem' daarvoor kan zorgen. De vraagstukken hangen namelijk niet zozeer, en zeker niet alleen, samen met de interventies van het ministerie en de zorgverzekeraars, maar bijvoorbeeld met de tradities en gewoonten in het GGZ-veld.

Wij denken dat het ministerie, zorgverzekeraars en gemeenten maar ten dele in staat zijn een context te creëren waarin betrokkenen in het veld tot goede en kosteneffectieve zorg komen. In dit hoofdstuk werpen we daar het zoeklicht op: hoe versterken of vergroten het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en gemeenten onbedoeld onbewust de bestaande vraagstukken in het veld? En hoe doen GGZ-instellingen dit onbedoeld onbewust ook zelf?

7.1 De stelselwijzigingen en het effect op zorgverzekeraars

Een inkoper bij een zorgverzekeraar vertelt ons een stukje historie over de stelselwijzigingen in de GGZ. Dat geeft aan hoe bepaalde gewoonten en tradities zijn ontstaan en in welke context GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars de afgelopen (ruim) 10 jaar hebben moeten opereren.

Voorheen was de GGZ AWBZ-gefinancierd op basis van parameters. Met de introductie van de Zvw moest de individuele patiënt kostendrager worden. Die omslag is in de jaren tussen 2008 en 2012 gemaakt met de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), in de kern een 'tijdschrijfsysteem'. Tot en met 2013 waren budgetten leidend. Vervolgens was er geen sprake meer van indicatiestelling, maar alleen van een doorverwijzing door een huisarts of zorgaanbieder. Dat leverde in de praktijk discussies op tussen zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders over de aanspraken en inhoud van de behandelingen bij bepaalde diagnoses.

Vervolgens vertelt hij over de ontwikkelingen in 2012, het jaar waarin er forse overschrijdingen ontstonden in de GGZ. Vervolgens komt ook de beweging op gang om het aantal klinische bedden af te gaan bouwen.

"2012 was echt een kanteljaar. Forse overschrijdingen in de GGZ. We kregen de opdracht om 600 miljoen te bezuinigen op 4,5 miljard. Dat is flink. Er werden allerlei diagnoses geschrapt uit de Zvw, zoals psychische problemen op het werk en relatieproblemen. Dat was niet langer verzekerde zorg. Het Zorginstituut had bepaald welke diagnoses onverzekerde zorg werden. Het rapport van het Zorginstituut besloeg negentig pagina's. Er kwam dus meer helderheid over wat de aanspraken zijn binnen de Zvw, maar ik moet eerlijk zeggen dat het daarmee nou ook niet meteen crystal clear was. Maar al met al nodigde de bezuinigingen ons als zorgverzekeraars wel uit om geïnteresseerder te raken in de inhoud van de zorg. Het was anderzijds weer wel zo dat we geen risico liepen op overschrijdingen van GGZ-instellingen."

"Het was ons in 2012 inmiddels wel duidelijk dat we beddenkampioen waren in Europa. Hebben we al die bedden wel nodig? In ons gebied hebben we de GGZ-instellingen de opdracht gegeven hiermee aan de slag

te gaan. Wij voerden de gesprekken meestal met de financieel directeuren en de bestuurders. Een inhoudelijke professional sloot soms aan.”

Hij schetst de gevolgen van de decentralisatie en het afschaffen van het representatiemodel: de zorgverzekeraar zit niet meer als enige inkopende partij aan tafel, maar ook gemeenten en andere verzekeraars zitten met de GGZ-aanbieder aan tafel. Dat maakt het voor de GGZ-aanbieder complex. En de zorgverzekeraars moesten kiezen of ze, na de afschaffing van de budgetsystematiek in 2013, selectief zouden gaan inkopen of niet. Overschrijdingen werden niet meer uitbetaald. GGZ-aanbieders kwamen in de problemen.

“Toen - in 2012 - zaten wij als de inkopende partij aan tafel. Nu in 2017 zitten er meerdere inkopende partijen aan tafel. Wij als zorgverzekeraar hebben toen veel geïnvesteerd in relaties. We hebben toen met name op transparantie ingezet: met ROM aan de slag. We kregen inzicht in de kosten per patiënt. We stimuleerden de GGZ-instellingen om te gaan werken met zorgprogramma's en met zorgpaden. In andere regio's zag ik verzekeraars gewoon prijsafspraken maken. Ik heb het gevoel dat wij als zorgverzekeraar als eerste gesprekken voerden langs de inhoud. Ja, wel op hoog over niveau hoor. 'Zorg dat je van tevoren ook nadenkt over de staart van de behandeling, niet alleen over de kop. Heb je ook aandacht voor je patiënten die nog op de wachtlijst staan? Ga met je professionals in gesprek'. Op die manier hadden we het met de GGZ-instellingen over de inhoud.”

“Er zitten zeker voordelen aan het nieuwe stelsel. De prijs is naar beneden gegaan en dat is een prestatie. Zowel instellingen als patiënten zijn kostenbewuster geworden. Je kunt als patiënt niet passief op de bank bij de psychiater gaan liggen. Er beginnen zich expertises te onderscheiden.”

De inkoper noemt ook een aantal nadelen van het huidige stelsel vanuit zijn perspectief. Hij wijst onder andere op de prikkels in het systeem van concurrentie tussen zorgverzekeraars.

“Nog zo'n lastige sinds 2014: je weet niet bij welke verzekeraar de patiënten zitten. Ik kan dus afspraken maken met een GGZ-instelling over drie beveiligde bedden, maar misschien zitten er dit jaar drie bij ons, maar zijn diezelfde patiënten volgend jaar ergens anders verzekerd en hebben we drie beveiligde bedden te veel.”

“Je mag als verzekeraars vanuit concurrentieoogpunt ook niet met elkaar overleggen. Een van de grote GGZ-instellingen waar wij mee werken, heeft afgelopen jaar alle financiers bij elkaar gehaald om te overleggen over het creëren van een nieuwe voorziening. Iedereen denkt dan mee, maar als het puntje bij paaltje komt, durf je als verzekeraar pas in te stappen als je zeker weet dat de andere financiers ook meedoen. Anders wordt jouw premie hoger en die van de andere verzekeraar niet.”

“De effecten van al deze veranderingen? We hebben nu pas zicht op 2014 en 2015. Nog niet op 2016 en 2017. Ook daar zijn lastig uitspraken over te doen. Wij zijn enorm gegroeid en daarmee de GGZ kosten natuurlijk ook. Landelijk zie je een forse overschrijding van driehonderd miljoen euro. Dat vinden wij als zorgverzekeraars fijn, want dan kan de premie omlaag. Als VWS praat over driehonderd miljoen op de plank, dan moet je niet denken dat die driehonderd miljoen er fysiek ook is. Die is er pas als wij die premie ook innen. Wij zouden dan bijvoorbeeld twintig euro per verzekerde meer moeten innen. Dat doen we liever niet,

want we winnen verzekerden met lage premies. In het systeem zit voor ons als zorgverzekeraars, kortom, een grote incentive om die driehonderd miljoen niet uit te geven.”

Hij gaat ten slotte ook in op de ambulantisering en wat hij ervan ziet. Hij ziet de primaire verantwoordelijkheid voor het in gang zetten van de ambulantisering niet bij de gespecialiseerde GGZ en de zorgverzekeraars, maar bij de gemeenten (vanuit de Wmo).

“Ik zou geen onderbouwd antwoord kunnen geven of de ambulantisering in onze regio’s nu goed gaat of niet. We zien substantieel minder bedden, dus de beddenreductie wordt gerealiseerd. Wij geven aan onze GGZ-aanbieders aan dat zij de middelen die ze daarmee besparen geheel kunnen inzetten op ambulante zorg. Ik ken zorgverzekeraars die dat meteen reduceren naar 50% van die middelen. In onze regio zie je verder dat er een toename is in het aantal behandelaren. Theoretisch zou dat kunnen betekenen dat deze worden ingezet in de ambulante zorg. Maar dat kan ik niet aantonen. En ja, is die zorg dan goed of niet goed? Er worden vele causale relaties gelegd in de landelijke discussies die ik niet zou kunnen onderbouwen en die volgens mij ook niet kloppen. Bijvoorbeeld: Het aantal verwarde personen neemt toe, dus gaat het niet goed met de ambulantisering. O ja? Zit daar dan een causale relatie tussen? Zouden er met de huidige ontwikkelingen in de maatschappij niet net zoveel verwarde personen zijn zonder afbouw van bedden? Ik heb werkelijk geen idee.”

“Wij verwachten nu veel van dat IHT. En RIBW’s zijn veel eenvoudiger te realiseren dan klinieken, maar ja, dat wordt weer gefinancierd door de gemeenten. Wij hebben altijd gezegd dat de gespecialiseerde GGZ niet de spin in het web is. Het is veel logischer als die hele ambulantiseringbeweging vanuit de Wmo georganiseerd wordt. Dan roepen gemeenten weer dat wij het afwentelen op de gemeenten omdat we geld willen besparen. Dat is niet waar. Wij hebben gewoon geen invloed op alles buiten de Zvw. Ik zou, als ik een experiment zou mogen inzetten in het kader van ambulantisering, inzetten op de achterdeur. De uitstroom organiseren. Afspraken tussen RIBW en woningcorporaties over terugkeergaranties. Het maken van een passend aanbod in de hele keten, waarin je makkelijk kunt op- en afschalen. Nu blijven patiënten een bed bezet houden in een kliniek omdat er geen plek in een RIBW beschikbaar is of geen woning in de wijk. Als zorgverzekeraar financieren we dat op een gegeven moment niet meer en dan zet de GGZ-instelling de patiënt op straat. Dat geeft vervolgens weer druk op de crisisdienst van de GGZ-instelling. Op die hele keten hebben wij als verzekeraar geen invloed. Hier ontstaat dan weer die zorg rondom de gemeenten. De wijkteams staan natuurlijk ook nog maar in de kinderschoenen.”

“Stel dat we een financieel voordeel halen uit een innovatie. Ik zou in de GGZ niet zo snel iets kunnen verzinnen; in de ziekenhuiswereld hebben we daar wel een paar voorbeelden van. Maar stel een innovatie levert geld op. Dat delen we dan natuurlijk liever niet met andere zorgverzekeraars, want dat zou hen ook geld opleveren en dan kunnen we geen nieuwe verzekerden binnenhalen met lagere premies, want dan hebben alle zorgverzekeraars lagere premies. Anders gezegd: als wij als enige verzekeraar de premie ophalen bij onze verzekerden om die driehonderd miljoen ‘op de plank’ te kunnen vullen om daarmee bijvoorbeeld te investeren in het oplossen van de wachtlijstproblematiek, dan moeten we onze premie verhogen, terwijl de andere verzekeraars dat dan niet hoeven. Dat is het concurrentiemechanisme waar we steeds naar verwijzen.”

Wat deze inkoper helder zichtbaar maakt, is hoe de GGZ onderworpen is aan een groot aantal stelselwijzigingen. Ook wordt zichtbaar hoe de verzekeraars een leertraject hebben doorlopen, die gemeenten nu nog aan het doorlopen zijn. En ten slotte wordt zichtbaar hoe de verzekeraar zijn eigen belemmeringen in zijn redeneringen inbouwt en daarmee onbedoeld en onbewust de ruimte in het systeem wegneemt (en dat horen we bij meer verzekeraars), bijvoorbeeld:

- a. De professionals zijn het niet eens over de inhoud en wij hebben geen verstand van de inhoud. De inkoper noemt niet de cliënt en zijn omgeving, die misschien ook iets zouden kunnen zeggen over hoe zij de kwaliteit van zorg ervaren.
- b. Het is goed dat professionals en GGZ-instellingen kostenbewust zijn geworden: De inkoper realiseert zich onvoldoende dat dit onbewust en onbedoeld ook heeft veroorzaakt dat administratie van productie belangrijker is geworden binnen GGZ-instellingen dan het inhoudelijke gesprek over vakmanschap en het ondernemen van actie ter inhoudelijke verbetering van de zorg.
- c. We zijn concurrenten, mogen geen (financiële) informatie delen en we willen dat ook niet, omdat we ons concurrentievoordeel niet willen weggeven aan andere verzekeraars, zodat wij een lagere premie houden dan de anderen: De inkoper beweert daarmee dat financiële voordelen behaald zouden kunnen worden met een informatievoorsprong. Hij sluit daarmee de mogelijkheid uit dat je als verzekeraar financiële voordelen zou kunnen behalen door anders te acteren (bijvoorbeeld in de inkoop). De vraag is echter of het de informatie is waarmee je concurrentievoordeel behaalt of dat het verschil kan worden gemaakt in het daadwerkelijk anders acteren.
- d. *“We hebben geen invloed buiten de Zvw om.”* Zodra je als verzekeraar samenwerkt met gemeenten, is deze stelling niet langer waar.

7.2 Beleidsvorming met partijen die grote diversiteit in hun achterban moeten vertegenwoordigen

In dit actieonderzoek zijn ons ook de patronen opgevallen waarin de landelijke partijen (het ministerie van VWS, GGZ Nederland, ZN, MIND en de VNG) elkaar ‘vasthouden’. Veel overleggen worden besteed aan het uitwisselen van standpunten in het kader van het komen tot beleid, actieplannen en landelijke akkoorden. Hierbij zijn mensen uit de praktijk (professionals en ervaringsdeskundigen) meestal niet aanwezig. De input van deze mensen komt indirect op tafel (via de vertegenwoordigers en/of externe onderzoeks- en adviesbureaus).

Wij hebben de deelnemers aan dit actieonderzoek in het veld grotendeels zelf moeten vinden door als onderzoekers informeel netwerken op te bouwen, zowel met landelijke partijen als in de regio waar we onderzoek deden. Dit is verklaarbaar. De manier van werken, die op dit moment usance is, werkte namelijk ontzettend goed in een tijd, waarin er nog niet gedecentraliseerd gewerkt werd, maar centraal. Het was doenlijk om landelijke vertegenwoordigers van partijen uit te nodigen en daarmee de geluiden uit het (verzuilde) veld goed terug te horen en te betrekken in het ontwikkelen van beleid. In de huidige tijd blijkt deze manier van werken een ‘oud spel’ in een nieuwe tijd. Dit ‘oude spel’ geeft geen of onvoldoende antwoorden op de complexiteit van de vraagstukken die spelen in de maatschappij. De decentrale geluiden en antwoorden zijn te divers.

De klem waar branche- en belangenorganisaties zich al langer in bevinden is zichtbaar geworden. De VNG en MIND hebben de beweging gemaakt om zich meer ondersteunend op te stellen richting respectievelijk gemeenten en lokale afdelingen. Het besef dat deze beweging nodig is, zien we ook bij GGZ Nederland (het ondersteunen van zorgaanbieders) en ZN (inclusief de lastigheid van het vertegenwoordigen van zorgverzekeraars die met elkaar concurreren), maar de vertaling naar het daadwerkelijk zo handelen moet nog (meer) vorm krijgen. Als branche/koepelorganisatie vertegenwoordig je zelden of nooit één geluid, maar een diversiteit aan partijen en mensen. Al deze (en andere) branche- en belangenorganisaties zouden ons inziens grote toegevoegde waarde kunnen hebben, maar niet meer als 'vertegenwoordiger' van standpunten en belangen.

Wij hebben de indruk dat de wisselwerking tussen ministerie en branche- en belangenorganisaties op dit moment niet helpt bij het maken, inzetten en (door)ontwikkelen van goed beleid. Want het herhalen van standpunten uit de eigen achterban (waarvan je je ook nog kunt afvragen of het werkelijk een standpunt is van 'de' hele achterban) leidt niet tot nieuwe gezamenlijke antwoorden. Een intensievere en directere betrokkenheid van professionals uit de praktijk zelf biedt dit mogelijk wel.

Als actieonderzoekers hebben we als vertrekpunt dat je een vraagstuk pas echt goed leert kennen door er in de praktijk aan te werken. Vanuit het vertrekpunt dat deze mensen logischerwijs vanuit hun positie meer niet dan wel weten over wat er werkelijk in de praktijk speelt. Wij zijn van mening dat dit de medewerkers van VWS, ZN en GGZ Nederland ook zou helpen in hun beleidsvorming. Dat betekent ook dat deze organisaties zichzelf ook opnieuw moeten uitvinden in termen van positionering, vertegenwoordiging, de manier van beleidsvorming, et cetera. Daar zijn ze zich in meer of mindere mate ook van bewust en (kortere of langere tijd) mee aan de slag.

7.3 Zoeklicht op een deel van het vraagstuk

Binnen het ministerie houden verschillende directies zich bezig met de problematiek die we in deze verhalende rapportage beschrijven. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de directie Curatieve Zorg. In de afspraken die zijn gemaakt over de ambulantisering zien we deze sterke oriëntatie op de zorgverzekeraars en de GGZ-instellingen. Het is echter zo dat ook andere directies, zoals de directie maatschappelijke ondersteuning worden geraakt door het onderwerp. De steeds terugkerende en geaccepteerde redeneerlijn rond ambulantisering is, dat dit mogelijk kan worden gemaakt door bedden capaciteit af te bouwen en deze te vervangen door ambulante zorg, waarover zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken kunnen maken. Er is erkenning voor de bijdrage van andere maatschappelijke organisaties zoals het UVW, politie, onderwijs, gemeenten en woningcorporatie om ambulantisering te laten slagen, maar het zoeklicht staat vooral op het Zvw deel, het optimaliseren van de GGZ en het proces van contractering tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars.²

² Overigens is dit een bewuste insteek zoals ook in de bestuurlijke afspraken is gekozen. De analyse, maatregelen en afspraken worden vanuit dit perspectief beschreven inclusief de raakvlakken met andere domeinen (zoals de maatschappelijke ondersteuning).

Bij de start van dit onderzoek waren ook wij als onderzoekers vanuit onze opdracht georiënteerd op deze partijen. Totdat wij een professional in het veld interviewden, die de uitspraak deed: "Als je gaat ambulantisieren in de GGZ, krijg je veel meer overlast in de wijk. Niemand heeft nagedacht over die consequenties." Door die uitspraak realiseerden we ons dat het gemeentelijk domein en alle spelers die zich daarin bewegen (zeer) relevant zijn voor het welslagen van ambulantisering in de GGZ. Direct begonnen we die partijen dan ook op te zoeken in ons onderzoek.

In gesprek met het Trimbos-instituut wezen de onderzoekers bij het Trimbos-instituut ons eveneens op de passages in de verschillende rapporten, die zij in opdracht van het ministerie van VWS hebben geschreven, over hoe het gemeentelijk domein en de spelers die zich daarin bewegen veel relevanter zijn voor het welslagen van ambulantisering in de GGZ.

Deze ervaringen illustreren, ondanks het overleg en de afstemming die er onderling is, dat er sprake was en nog is van verkokering tussen directies van het ministerie van VWS om in samenwerking te komen tot oplossingen die voor het geheel gaan werken. Het risico bestaat dat delen van het vraagstuk en daarmee oplossingen worden uitgesloten.

7.4 Monitoring te veel gericht op reductie van het aantal klinische bedden?

In gesprek met het Trimbos Instituut vertelden de onderzoekers dat zij op een andere manier door het ministerie van VWS worden benut dan twintig jaar geleden. In die tijd was er een integrale afdeling bij VWS voor de GGZ, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang (GVM). Met de reorganisatie van deze oorspronkelijk integrale afdeling werd de GGZ ondergebracht bij verschillende directies waar de GGZ één van de thema's werd binnen deze directies. Hierdoor veranderde zowel de aansturing vanuit VWS richting de GGZ en de aansturing vanuit VWS in relatie met het Trimbos-instituut. De onderzoekers geven aan dit jammer te vinden, omdat zij ook zien dat sommige van hun adviezen niet in hun volledige context worden gewogen bij het maken en toetsen van beleid. Belangrijke conclusies uit onderzoeken worden daardoor soms niet of minder zichtbaar.

De onderzoekers van het Trimbos vertellen dat de halfjaarlijkse monitor oorspronkelijk een initiatief is geweest van een aantal GGZ-instellingen zelf. Zij wilden monitoren of de afbouw van bedden in voldoende mate plaatsvond. Het Trimbos adviseerde vervolgens het ministerie van VWS om zich bij dit initiatief aan te sluiten. VWS heeft de monitor geadopteerd en verbreed toen men naar aanleiding van het bestuurlijk akkoord de ambulantisering wilde volgen. Inmiddels is de monitor uitgegroeid tot een meetinstrument of de ambulantisering in de GGZ ook slaagt.

De onderzoekers van Trimbos geven zelfs aan dat de afbouw van bedden helemaal geen indicatie is voor het welslagen van ambulantisering in de GGZ. Toch valt het hen op dat dat deel van het onderzoek het meest wordt bekeken en geciteerd op het moment dat het gaat over 'ambulantisering in de GGZ'. Vervolgens is het een voorspelbaar politiek "spel" wie er wat over roept. Zorgverzekeraars: "kijk eens naar de eenzaamheid" (dus meer Wmo-investering nodig). Gemeenten/VNG: "ambulante GGZ wordt onvoldoende versterkt" (dus meer Zvw-investering nodig). Er wordt dus wel voorbij de bedden gekeken, ieder op zijn manier.

7.5 Geen discussie over de ideologie achter ambulantisering

We hebben een analyse gemaakt van de verslagen van de Algemene Overleggen die hebben plaatsgevonden over de GGZ. Wat opvalt is dat er rondom ambulantisering sprake is van een dominante oriëntatie op het Zvw-domein (en niet of minder op andere leefgebieden). Daarnaast zien we dat naar aanleiding van signalen uit de praktijk vaak wordt gegrepen naar procesmatige/instrumentele middelen (zoals handreikingen, convenanten en actieplannen), maar dat zelden of nooit sprake is van een fundamentele discussie over de ideologie en daaruit volgende veronderstellingen achter het (ambulantisering)beleid.

7.6 Verschillende strategieën bij verschillende, concurrerende financiers

Al in hoofdstuk 5 werd duidelijk dat gemeenten en verschillende verzekeraars verschillende inkoopstrategieën hebben en daarmee 'de markt' op verschillende wijze 'bespelen' en vormen. Het systeem is nu onbedoeld zo vormgegeven, dat het zelfs in het belang is van de verschillende financiers om daarin niet samen te werken, maar zich juist te onderscheiden van de ander.

Zo vermeldt de middelgrote gemeente in het actieonderzoek dat zij behoefte heeft aan samenwerking met de zorgverzekeraars, zodat ook transparant kan worden of de kosten zich verplaatsen van de Zvw naar de Wmo door ambulantisering in de GGZ. Diezelfde gemeente geeft aan dat alle stelselwijzigingen hen zoveel tijd hebben gekost, dat zij pas nu toekomen aan het maken van eerste stappen in de samenwerking met de grootste zorgverzekeraar in hun regio.

Verschillende verzekeraars volgen verschillende strategieën bij hun inkoop, juist ook om zich te onderscheiden van de andere concurrerende verzekeraars en zo tien cent lager uit te kunnen komen met hun premie.

Wij ontdekten dat het op dit moment voor kleine innovatieve initiatieven op het gebied van psychiatrie in financiële zin niet gunstig is om zich te bevinden in deze regio. Deze regio is op dit moment namelijk niet aangewezen als 'laboratorium voor kleine nieuwe innovatieve experimenten' bij de grootste verzekeraar in deze regio. Voor kleine innovatieve initiatieven op het gebied van dagbesteding en zorg op maat is het wel een gunstige regio, omdat deze gemeente een beleid van open aanbesteding volgt, zodat nieuwe toetreders eenvoudig tot de markt kunnen toetreden als zij een goed aanbod hebben.

Ook ontdekten wij dat dit een gunstige regio is voor een van de gevestigde GGZ-instellingen, omdat zij in een meerjarencontract met de grootste zorgverzekeraar de tijd krijgen om hun gespecialiseerde klinische zorg af te bouwen en te innoveren. Een andere gevestigde GGZ-instelling in deze regio heeft deze relatie met deze verzekeraar niet en overleeft het door zichzelf opnieuw uit te vinden en vooral aanbod te ontwikkelen op het terrein van Wmo. Deze instelling treft het met een gemeente die werkt met een open aanbesteding.

7.7 Samenwerken in de regio door te overleggen met tientallen partijen

De centrumgemeente in deze regio heeft in de afgelopen tien jaar fors geïnvesteerd in relaties met partijen in het veld. Er zijn overlegstructuren gevormd, waarin de vele partijen die zich bezighouden met één mens of

één gezin, hun acties kunnen afstemmen. Er zijn afspraken gemaakt over het delen van informatie, waardoor privacywetgeving nog steeds wordt gevolgd, maar niet op een manier die hen in de weg zit.

Toch ontdekten wij als onderzoekers in dit actieonderzoek dat veel partijen elkaar niet kennen en zeker de mensen op de werkvloer niet. En dat mensen op de werkvloer deze overlegstructuren beschouwen als anonieme en weinig effectieve structuuro oplossingen. Zo geeft de wijkregisseur aan dat er geen of pas laat een reactie komt als er iemand wordt aangemeld in verband met overlast. Ook de wijkagent geeft aan dat het lang duurt voordat er hulp komt bij mensen die overlast geven in de wijk, waardoor soms onnodig mensen uit huis gezet worden. Het uitwisselen van mobiele telefoonnummers tussen professionals was een van de meest succesvolle experimenten in ons onderzoek. Ineens werden er zaken geregeld voor cliënten, die eerder onmogelijk geregeld konden worden, ook niet via de in jaren in deze regio opgerichte samenwerkingsverbanden tussen partijen.

7.8 Gevestigde GGZ-instellingen: beperkte ruimte voor vakmanschap of innovatie

Zowel de cliënten als de GGZ-professionals die we hebben gesproken in dit onderzoek uiten zich meer negatief dan positief over de prestaties van de gevestigde GGZ-instellingen. De professionals geven aan onvoldoende ruimte te ervaren om hun vak goed uit te oefenen. In hun beleving moeten zij meer tijd besteden aan administratie dan aan hun echte werk. Met grote caseloads en productienormen van 80 tot 90% komen zij niet toe aan het vormen van relatie met hun cliënten, aan reflectie op hun werk en daarmee aan het blijvend bouwen aan hun vakmanschap en aan kwaliteit van zorg.

Ook geven zij aan dat niet goed functionerende collega's niet worden aangesproken of ontslagen en dat de goede professionals gefrustreerd weglopen en voor zichzelf beginnen. Ook is het ziekteverzuim met regelmaat erg hoog, waardoor roosters moeilijk of niet rondgemaakt kunnen worden. Veel professionals zouden meer preventief en op relatie (niet of minder geprotocolleerd) met hun cliënten willen werken, maar komen er niet aan toe of krijgen er geen ruimte voor.

Dit gaat wellicht niet direct over de ambulantisering zelf, maar is wel onderdeel van de context waarin ook ambulantisering vorm moet krijgen.

Bestuurders en directeuren van GGZ-instellingen verzochten regelmatig dat zij hun medewerkers niet zover krijgen dat zij meer kostenbewust hun professie gaan uitoefenen. Hun instellingen zullen alle stelselwijzigingen alleen overleven als hun professionals wel meer kostenbewust gaan werken. En bijvoorbeeld wel hun productie goed administreren, zodat de zorgverzekeraar het uitgevoerde werk ook betaalt. Zij geven aan niet de (goede) mensen te kunnen krijgen voor de opbouw van ambulante zorg.

Zowel door alle stelselwijzigingen als door deze traditie en cultuur binnen Nederlandse GGZ-instellingen is de mogelijkheid om met elkaar te blijven ontwikkelen in vakmanschap en de innovatiekracht binnen de gevestigde GGZ niet groot. Er zijn natuurlijk positieve uitzonderingen. En ook individuele professionals binnen GGZ-instellingen vinden onder de radar vaak wel hun manieren om toch te werken aan vakmanschap en aan innovatie van hun vak.

7.9 Landelijke partijen, verzekeraars en gemeenten: zoekend in 'het systeem'

Het schort niet aan goede bedoelingen van individuen. Zonder uitzondering zoeken degenen die hebben deelgenomen aan dit actieonderzoek naar constructieve oplossingen binnen de eigen invloedssfeer. Dat geldt ook voor de mensen die op landelijk niveau werken en die werken bij gemeenten. Tegelijkertijd draagt eenieder op zijn eigen manier ook onbedoeld onbewust bij aan een 'systeem' dat ruimte wegneemt voor innovatie in de GGZ en daarmee ruimte wegneemt voor goede oplossingen voor mensen met een psychiatrische beperking en hun omgeving.

Het is in een veranderende wereld na de decentralisaties zoeken naar mogelijkheden voor een nieuwe positionering voor alle betrokken partijen. Dit geldt voor het ministerie en zorgverzekeraars, gemeenten, GGZ-aanbieders en hun vertegenwoordiging.

Wat ons als onderzoekers opvalt aan het handelen van de landelijke partijen en de financiers die gezamenlijk 'het systeem' vormen, is dat er:

- a. Op landelijk niveau beleid wordt gemaakt door te onderhandelen over standpunten en belangen met vertegenwoordigers die de diversiteit in hun achterban niet in al hun diversiteit kunnen vertegenwoordigen.
- b. Op landelijk niveau geen of maar moeizaam nieuwe gesprekken ontstaan in de dialoog tussen landelijke partijen, omdat het vraagstuk van 'ambulantisering in de GGZ' steeds partieel wordt bekeken en gedefinieerd. De oorspronkelijke ideologie en veronderstellingen achter het beleid worden beperkt aan de hand van praktijkinformatie ter discussie gesteld. Het risico bestaat dan dat te veel wordt gekeken naar instrumentele en niet naar fundamentele oplossingen.
- c. Verzekeraars vanuit hun rol als financier onbedoeld, onbewust en ook nog ongewild veroorzaken dat de aandacht bij GGZ-instellingen vooral uitgaat naar administratie van productie en niet naar het leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg. Dat komt omdat het de financiële consequenties zijn die concreet voelbaar zijn voor bestuurders van GGZ-instellingen. Dus hoe vaak je als verzekeraar ook zegt dat het moet gaan om goede zorg, wordt dat op dit moment niet zichtbaar en voelbaar in consequenties.
- d. Financiers vanuit verschillende posities en vanuit concurrentie verschillende inkoopstrategieën volgen en daarmee de markt bewerken, maar daarmee opgeteld iets creëren wat geen van hen individueel kan overzien.
- e. Het gebrek aan samenwerking tussen de vele spelers in het veld door gemeenten wordt opgelost door te investeren in overlegstructuren, maar die blijkbaar niet altijd bijdragen aan dat mensen in de praktijk elkaar ook kennen en elkaar weten te vinden (Dit is overigens vaak al niet eenvoudig binnen individuele organisaties).
- f. Na de vele stelselwijzigingen, GGZ-instellingen overvraagd worden als ze nu ook nog eens de inhoud van hun vak opnieuw zouden moeten uitvinden. Dat ook nog eens in een sector waarin geen tradities en condities bestaan, die steunend zijn aan 'innovatief' handelen en met regelmaat kritisch reflecteren op het eigen handelen.

We hebben ons als actieonderzoekers wel afgevraagd hoe het kan dat deze niet verborgen en goed zichtbare fenomenen niet aanzetten tot nieuw handelen door betrokkenen. Maar slechts tot het herhalen van meer van hetzelfde. Onze bevinding is dat al deze mensen, net als wij als onderzoekers, die wat verder afstaan van de

dagelijkse praktijk, niet zelf de consequenties voelen van ons handelen. De gevolgen van de manier waarop we het systeem maken rondom de GGZ-zorg is niet altijd persoonlijk voelbaar. Daarmee is er geen gevoelde noodzaak bij deze mensen om hun handelen ook daadwerkelijk te veranderen. De risico's liggen nu vooral bij cliënten, familie en mensen in de directe omgeving van de cliënt.

8. Conclusies en aanbevelingen: handelingsperspectief

Het is wellicht verleidelijk om direct door te bladeren naar dit laatste hoofdstuk met de conclusies en aanbevelingen. Dat scheelt een hoop leeswerk. Deze verhalende rapportage is echter geschreven om te komen tot een gesprek en tot handelen in de vorm van experimenteren en uitproberen. We doen daarmee recht aan de aard van het vraagstuk dat hier voorligt. Ambulantiseren in de GGZ is geen eenvoudig vraagstuk en er zijn geen eenvoudige oplossingen.

Uiteraard is het logisch dat mensen nieuwgierig zijn naar de conclusies van het onderzoek en antwoord op de vraag: "Wat moeten wij nu doen om ambulantiseren in de GGZ vooruit te helpen?"

Hieronder volgen onze overwegingen, die de verschillende partijen kunnen meenemen in hun zoektocht naar bijdragen aan 'ambulantiseren in de GGZ', oftewel de mogelijkheid om mensen met een psychiatrische beperking te laten samen leven met mensen zonder dergelijke beperkingen.

8.1 VWS: expliciteer consequenties en normen in beleid met praktijkonderzoek

Een belangrijke conclusie van het actieonderzoek naar ambulantisering is dat het in het maken van beleid lastig is om aan te sluiten bij de gevarieerde en diverse praktijk. Het is bijna onmogelijk om de belevingswereld, het referentiekader, de problematiek en het gedrag van cliënten, betrokken 'medemensen' en betrokken professionals te includeren in de beleidsontwikkeling.

Het risico bestaat dat beleid mede wordt gemaakt op basis van impliciete veronderstellingen en 'algemene' normen (met achterliggende ethische afwegingen) waarmee niet altijd rekening wordt gehouden met de diversiteit in de mensen die ermee te maken krijgen en de consequenties die dit voor hen heeft. Dat is ook te begrijpen, omdat het voor veel mensen, ook beleidsmakers, zo is dat ze niet zelf de consequenties voelen van de keuzes in en uitvoering van het beleid. Maar wat kun je dan wel?

We lezen in de landelijk gemaakte afspraken nergens hoe er nagedacht zou zijn over de consequenties van een 'ambulantiseringsbeweging' voor 'de samenleving' of 'de wijk'. En hoe je deze gevolgen zou kunnen opvangen. Als je GGZ-problematiek niet meer 'wegstopt' in een bosrijke omgeving, word je in 'de wijk' meer geconfronteerd met gedrag dat volgens anderen niet altijd wordt gezien als 'normaal'.

'Ambulantiseren' was een mooi theoretisch en ideëel antwoord van het ministerie van VWS en GGZ-partijen vanuit de gedachte dat een mens beter herstelt en kan leven in de eigen thuisomgeving dan in een instelling vol met 'andere mensen met psychiatrische problemen', afgezonderd van de wereld. 'Ambulantisering' is echter een divers vraagstuk dat voor verschillende mensen verschillend vorm moet krijgen en kan niet eenvoudig gereduceerd worden tot beddenreductie en de opbouw van ambulante zorg.

Advies 1: maak een bijsluiter bij beleid en voed dat met praktijkonderzoek

Wij adviseren de ambtenaren bij het ministerie van VWS om bij nieuw te maken beleid ook expliciet na te denken over de consequenties van dat beleid en zoveel mogelijk praktijkonderzoek te doen waarin uitgebreid

wordt gepraat met uitvoerend professionals in het veld over die consequenties. Als je medicijnen koopt, staan in de bijsluiter altijd de bijwerkingen. Wij zouden adviseren een dergelijke bijsluiter ook bij nieuw beleid te maken: wat zijn de negatieve bijwerkingen van het ingezette beleid? Het advies is om deze te laten voeden vanuit intensief contact met (mensen uit) de praktijk.³

Een voorbeeld van zo'n consequentie in het geval van ambulantisering in de GGZ is: het beeld is ontstaan dat bij het inzetten van dit 'ambulantiseringsbeleid' dat als mensen uit de 'dure' bedden van een kliniek zouden kunnen worden gehouden en thuis geholpen zouden kunnen worden, de kosten van GGZ zouden afnemen. Deze aanname geldt alleen als aan een groot aantal voorwaarden wordt voldaan. Daarbij is het van belang om bij nieuw beleid steeds af te wegen of de in het beleid geïntroduceerde idealen ook haalbaar en realistisch zijn in de huidige samenleving. En indien dit niet het geval is, beschrijf je welke weg en welk tijdsplan (veranderkundig) nodig heeft.

Ambulantisering in de GGZ is vanaf de invoering eerder duurder dan goedkoper. Dit wordt vooral zichtbaar bij de inkoop bij gemeenten. De gevestigde gespecialiseerde GGZ is nog niet afgebouwd en er wordt al wel geïnvesteerd in preventie. Bij het ontbreken van tussenoplossingen tussen 'thuis wonen' en 'in een kliniek wonen' worden er extra kosten gemaakt aan 'draaideur' cliënten, die onnodig terugvallen, omdat er nog niet structureel en niet tijdig aan preventieve oplossingen wordt gewerkt.

Andere negatieve bijwerkingen zijn onder andere dat de behandeling centraal staat en het leven ondergeschikt is, in plaats van andersom: de behandeling ten dienste van het in staat stellen van de cliënt om zijn leven beter te kunnen leven. De inzet van ervaringsdeskundigheid en vrijwilligers wordt hierbij nog maar beperkt benut. Het ontbreekt hierbij ook aan geschikte 'tussenliggende woonvormen' ter overbrugging van de opname in een kliniek en ambulante behandeling/begeleiding. In advies 2 geven we in antwoord hierop enkele voorbeelden van goede principes en initiatieven in het veld.

Advies 2: ondersteun en verspreid goede principes en initiatieven in het veld

Dit is een aantal wenselijke bewegingen en initiatieven die we zijn tegengekomen in dit actieonderzoek:

- a. De gevestigde GGZ-instellingen bouwen hun gespecialiseerde (klinische) GGZ zorg ook daadwerkelijk af (en krijgen daar de tijd voor), zodat er geld vrijkomt voor preventief werken. Een zorgverzekeraar stuurt hier bijvoorbeeld op in zijn inkoop, maar dat geldt niet voor alle zorgverzekeraars. Gevestigde GGZ-instellingen zijn hier uiteraard niet allemaal onverdeeld blij mee.
- b. De nadruk komt te liggen op 'leven' met daarbij 'een beetje psychiatrie'. Aandacht hebben voor mensen en zorgen voor dagbesteding is goedkoper dan gespecialiseerde psychiatrie en mensen met een psychiatrische beperking geven zelf aan dat zij meer hebben aan 'doen en een reden hebben om 's morgens je bed uit te komen', dan aan gesprekken met een psychiater of een psycholoog of aan pillen. De meest succesvolle ambulantiseringinitiatieven sluiten aan bij wat 'normaal leven' betekent voor de

³ Op dit moment wordt al wel veel vaker geëxperimenteerd met voorgenomen maatregelen voordat het beleid definitief wordt vastgesteld. Voorbeelden zijn er bijvoorbeeld met vervoer en meldpunten in het kader van de aanpak voor personen met verward gedrag. Op het moment dat het ambulantiseringbeleid is ingezet, was dit nog veel minder het geval. We pleiten hier ook voor een intensievere en meer structurele benadering door middel van praktijkonderzoek/actieonderzoek.

mensen met de psychiatrische problemen zelf. De minst succesvolle initiatieven hebben een 'norm' die geldt voor de gemiddelde Nederlander.

- c. Meer gaan werken met ervaringsdeskundigen en vrijwilligers zorgt dat er 'communities' ontstaan waarin mensen elkaar gaan helpen.
- d. Meerdere tussenvormen tussen 'thuis wonen' en 'in een kliniek wonen' ontwikkelen en dus ook rekening houden met mensen die nooit zelfstandig thuis zullen kunnen wonen en met mensen die soms terugvallen.

We adviseren het ministerie van VWS om deze initiatieven zoveel mogelijk te ondersteunen (met geld, mankracht, ruimte in de regels, et cetera). Ga actief met mensen in de regio aan de slag om ideeën te vormen en (kleine) oplossingen te ontwerpen die bijdragen aan het realiseren van de ambulantisering. Belangrijk is om deze in gezamenlijkheid (landelijke partijen met de regio en alle betrokken partijen in de regio) te realiseren. Trek hierin ook samen op met de verschillende directies binnen het ministerie van VWS die te maken hebben met het vraagstuk van ambulantisering.

Advies 3: laat je informeren door de praktijk en betrek andersoortige disciplines

Wij adviseren het ministerie van VWS om meer structureel, bijvoorbeeld door zelf uit te voeren actieonderzoek/praktijkonderzoek, informatie over de dagelijkse praktijk in te winnen bij uitvoerende vakmensen die werkzaam zijn in het veld en die aan cliënten en als professional de consequenties voelen van (voorgenomen) beleid. Dit geeft nieuwe, andere inzichten dan het praten met 'vertegenwoordigers' van deze mensen.

Bij het maken van de bestuurlijke akkoorden op landelijk niveau wordt zelden of nooit de expertise betrokken van andersoortige disciplines (bijvoorbeeld van een planoloog of een socioloog) of een uitgesproken expert die zelf uit de praktijk komt. Zij zouden kunnen omschrijven onder welke condities een gemeenschap een x aantal mensen wel zou kunnen opvangen en onder welke condities niet. Dit zou zorgverzekeraars en gemeenten handvatten geven bij de inkoop van hun GGZ zorg en de mate waarin zij klinische capaciteit, beschermd wonen capaciteit (en andere tussenvormen) en ambulante capaciteit zouden moeten inkopen in de gemeenschap waar zij voor inkopen. Er zou op die manier minder 'blind' bedden worden afgebouwd, en dus minder gestuurd worden op ideaalbeelden, daar waar het eigenlijk niet mogelijk is. Er zou harder en sneller kunnen worden geïnvesteerd op innovatieve ambulante en 'tussen' concepten, daar waar de condities zeer goed zijn om dat te doen.

Om recht te doen aan de diversiteit en vorm te geven aan de (invulling van) ambulantisering is het nodig om met alle betrokken partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen.

Advies 4: laat de monitoring van beleid aansluiten bij de bedoeling achter het beleid

Wij adviseren het ministerie van VWS om bij nieuw te maken beleid te toetsen op de oorspronkelijke bedoeling achter dit beleid en niet op instrumenten. Concreet betekent dit dat je het Trimbos-instituut niet 'de afbouw van bedden' laat meten, maar of cliënten de hulp krijgen die zij nodig hebben om te kunnen samen

leven op een niveau dat voor hen haalbaar is. En of medewerkers van woningcorporaties, politie, wijkteams, bureaus en familie kunnen omgaan met de consequenties van het ingezette beleid.

Aanvullend adviseren we om de vragen met betrekking tot ambulantisering (maar dat geldt breder) in de toekomst minder te beantwoorden met instrumentele/procesmatige middelen zoals handreikingen, convenanten en/of actieplannen, maar met verhalen uit de praktijk. Dit rapport doet daar een eerste poging toe.

Advies 5: praat zoveel mogelijk in handelingstaal

Wij adviseren landelijke partijen om zoveel mogelijk te praten in handelingstaal en dus in termen van 'wat is er aan stappen nodig om van de bestaande reële situatie naar de nieuwe, ideële situatie te komen en met welke onwenselijke consequenties moeten we dan zien om te gaan en op welke punten gaat ons dat niet lukken en hebben we de negatieve consequenties dus te accepteren?'

We hebben in Nederland een ingewikkelde opstapeling van maatregelen getroffen, waardoor partijen als het ministerie van VWS, de NZa, ZIN, de zorgverzekeraars, de gemeenten, en de IGZ individueel de juiste dingen doen om helpende condities in onze samenleving te creëren, maar opgeteld niet. Het veld is voor al deze partijen zo ingewikkeld geworden dat zij slechts kunnen spreken over vraagstukken en de oplossingen daarvan in ideële concepten ('wat'). 'Handelingstaal' ('hoe') ontbreekt. Dus moet er volgens deze partijen vanuit 'zorgplicht' 'de cliënt centraal worden gesteld' en 'evidence based' 'kosteneffectief' worden 'samengewerkt in de keten'. Niemand is het met de meeste van deze containerbegrippen oneens en niemand weet dan vervolgens wat hij in zijn of haar handelen anders moet doen dan gisteren.

8.2 Inkopen: ambulantisering in de GGZ is (ook) een relationeel vraagstuk

Advies 1: investeer in relaties en samenwerking met partijen in de regio

Alle (zeer) betrokken mensen in dit actieonderzoek (en dat waren alle mensen die we gesproken hebben, ieder op hun eigen manier) definiëren in meerderheid de vraagstukken rondom mensen met psychiatrische problemen als financieel en organisatorisch. Zij zoeken de oplossingen dus ook in anders organiseren of anders financieren. De vraagstukken zijn echter (ook) juist sociaal en relationeel van aard. En de oplossingen dus ook. Als je werkelijk wilt dat de zorg voor mensen met psychiatrische problemen goed is en betaalbaar blijft, dan zijn we afhankelijk van individuele betrokken mensen, die met persoonlijk commitment (niet vrijblijvend) steeds opnieuw in relatie oplossingen zoeken met andere mensen. Dat is niet zomaar te organiseren of te financieren. Daar kun je alleen zelf als betrokken mens het goede voorbeeld geven door zo te handelen. Dit wordt ontegenzeggelijk wel bemoeilijkt door de manier waarop de GGZ en het sociale domein zijn georganiseerd en gefinancierd.

Wij adviseren zorgverzekeraars en gemeenten dan ook om samen met de organisaties die zij financieren op zoek te gaan naar relationele oplossingen in plaats van organisatorische en financiële oplossingen. Kennen we iedereen in deze gemeenschap die kan bijdragen aan de oplossing van het vraagstuk? Kennen zij elkaar?

Spreken ze elkaar? Hebben zij elkaars mobiele telefoonnummer? Hebben zij het mobiele telefoonnummer van de relatiebeheerder bij de verzekeraar en de gemeente?

Hoewel in de door ons onderzochte regio door de gemeente veel is geïnvesteerd in relaties door overlegvormen aan te gaan met tientallen partijen, ontdekten we in ons actieonderzoek dat de mensen op de werkvloer, die elkaar werkelijk kunnen helpen, elkaar niet kennen. In dit actieonderzoek hebben we experimenten voorgesteld, waarin deze uitvoerende mensen elkaar wel leren kennen en dat gaf andere, 'relationele' oplossingen, die eerder niet bedacht of ingezet werden.

We herhalen het advies dat we ook aan het ministerie hebben gegeven (zie paragraaf 8.1): we adviseren om deze initiatieven zoveel mogelijk te ondersteunen (met geld, mankracht, ruimte in de regels, et cetera). Ga actief met mensen in de regio aan de slag om ideeën te vormen en (kleine) oplossingen te ontwerpen die bijdragen aan het realiseren van de ambulantisering.

Advies 2: investeer in relaties

Wij adviseren zorgverzekeraars en gemeenten om te organiseren dat relatiebeheerders en inkopers mee gaan voelen met mensen in de praktijk door te investeren in contacten met uitvoerend professionals. Dit kan door 'perverse prikkels' uit de eigen organisatie weg te nemen, die sturen op 'objectief en onafhankelijk als buitenstaander moeten handelen'. Trek als relatiebeheerder en inkoper samen op en laat de consequenties voelen als 'verkeerd' is ingekocht (oftewel als de cliënt onvoldoende en niet tijdig geholpen wordt en mensen eromheen last hebben van de gevolgen daarvan).

Het gaat hierbij niet alleen om de rol van inkoper, maar ook om de rol van regisseur die gemeenten en zorgverzekeraars hebben in de GGZ. Juist in de rol van regisseur wordt van gemeenten en zorgverzekeraars gevraagd de verbinding met andere domeinen (andere leefgebieden van de cliënten) te creëren om te voorkomen dat de ambulantisering geïsoleerd wordt tot een GGZ-vraagstuk.

Advies 3: toets niet alleen financieel, maar ook vakinhoudelijk

Hoewel de zorgverzekeraars en gemeenten de intentie hebben te sturen op kwaliteit van zorg, letten bestuurders van GGZ-instellingen natuurlijk vooral op het financieel gezond houden van hun instelling en dus op of zij voldoen aan de eisen van hun financiers. Niet goed verantwoord van je geleverde zorg heeft financiële consequenties. Niet innoveren in de inhoud van zorg heeft voor bestuurders van GGZ-instellingen geen direct voelbare consequenties.

Wij adviseren zorgverzekeraars en gemeenten om instellingen niet alleen financieel te toetsen, maar ook vakinhoudelijk (bij de cliënt en de omgeving rondom de cliënt) en niet of minder in te kopen bij GGZ-instellingen die vakinhoudelijk wanpresteren, maar in te kopen bij concurrerende initiatieven. Wij adviseren daarnaast om gevestigde instellingen de tijd te geven (met meerjarencontracten) om gespecialiseerde zorg af te bouwen en te innoveren.

Advies 4: blijf op zoek gaan naar 'zwakke geluiden' uit het veld

Daarnaast adviseren wij zorgverzekeraars en gemeenten om op zoek te blijven gaan naar de 'zwakke geluiden uit het veld'. Wat zijn de dominante verhalen en opvattingen en wie vertelt er juist een ander verhaal? Hoe geeft dit andere, nog niet breed geaccepteerde verhaal, andere oplossingsmogelijkheden? In dit actieonderzoek zijn we met name naar die zwakke geluiden, als uitzondering op het dominante geaccepteerde verhaal, op zoek gegaan.

Advies 5: leer als zorgverzekeraars van elkaar, ook al zijn jullie concurrenten

Wij adviseren zorgverzekeraars om - net als 'echte' concurrenten in een niet georganiseerde markt - hun informatie te delen en hun voorsprong als concurrent niet te krijgen vanuit kennis achterhouden, maar door innovatief te acteren. Inkopers denken vaak dat zij niet met hun concurrenten mogen overleggen; niet mogen leren van de concurrent. Maar dit is geenszins het geval. De NZa voorkomt prijsafspraken tussen zorgverzekeraars, niet het leren van zorgverzekeraars van elkaar.

8.3 Opnieuw uitvinden van GGZ: verbinding en nabijheid is niet te organiseren**Advies 1: zoek naar nieuwe initiatieven buiten en binnen de GGZ**

Gevestigde organisaties (zowel GGZ, als woningcorporaties, als politie et cetera) lossen de meeste vraagstukken organisatorisch en financieel op; niet sociaal of relationeel. Dat is begrijpelijk - het zijn niet voor niets 'organisaties'. Dit heeft tevens directe consequenties voor de mens, die afhankelijk is van deze organisaties. Deze mens wordt bijvoorbeeld vaak 'klant' of 'cliënt' genoemd met als risico dat je 'de mens' niet meer centraal stelt.

Meestal is dat geen probleem, totdat de mens een oplossing nodig heeft die relationeel van aard is. Dit is bij mensen met een psychiatrisch probleem meestal het geval. Het ontbreekt deze mensen met regelmaat aan een sociale omgeving, aan vrienden en familie en een helpende buur. De gemiddelde professional in een GGZ-instelling zal dit beamen en zal aangeven zich onmachtig te voelen om ook daadwerkelijk relationele oplossingen te realiseren binnen de organisatiecontext, waarin zij werken.

Als je werkelijk betere GGZ voor lagere kosten wilt realiseren, zal er 'out of the box' moeten worden gedacht. Dat vraagt om innovatiekracht binnen een organisatie. Wij hebben gemerkt dat in de afgelopen jaren de GGZ-instellingen aan zoveel stelselwijzigingen zijn onderworpen, dat de gemiddelde professional in een GGZ-instelling overvraagd is. Van hen nu verwachten dat zij ('redelijk uitgeput') ook nog eens hun vak opnieuw gaan uitvinden en gaan innoveren, is volgens ons nu te veel gevraagd.

Wat als je dus niet van GGZ-instellingen kunt vragen om het GGZ-vak opnieuw uit te vinden? Wat dan wel? Wij hebben de innovatieve oplossingen vooral bij kleine nieuwe initiatieven (buiten de GGZ) en bij bijzonder uitgesproken, individuele professionals (binnen de GGZ) aangetroffen. Wij adviseren de GGZ en andere partijen om oplossingen buiten de eigen GGZ-sector te zoeken. Zij durven het vak van (of de vele vakgebieden binnen) psychiatrie ter discussie te stellen. Zij zoeken de oplossing dan ook in het creëren van

‘zo normaal mogelijke levensomstandigheden’ en daarbovenop nog ‘een beetje psychiatrie’, die overigens ook een hoge vakstandaard kent.

Advies 2: richt je op practice based learning naast evidence based learning

Het valt ons als onderzoekers daarnaast op dat je alleen al binnen de GGZ niet kan spreken van één groep. Psychiaters hebben een andere taal, opvattingen en gewoonten dan psychologen, weer andere taal dan SPV'ers en weer andere taal dan ervaringsdeskundigen. Of ze werkzaam zijn in een crisisteam, een klinische setting of een ambulante setting, zoals een FACT-team of IHT-team, maakt ook nogal uit. Wat de verschillende beroepsgroepen gemeen hebben, is dat ze niet of nauwelijks in staat zijn om zich als groep te organiseren, om met één stem te spreken. De opvattingen binnen de beroepsgroepen lopen sterk uiteen.

Wij adviseren GGZ-instellingen en het onderwijs dat mensen in de GGZ opleidt te investeren in practice based learning (naast evidence based learning) met mensen vanuit verschillende expertises (ook buiten de GGZ) samen. Op deze manier krijgen de mensen die werkzaam zijn met GGZ-problematiek dezelfde taal en dezelfde referentiekaders en leren ze elkaar te begrijpen vanuit hun verschillende perspectieven en achtergronden.

Advies 3: rust mensen buiten de GGZ toe (professionals en vrijwilligers) als GGZ

Wij adviseren GGZ-instellingen om een rol te pakken in het toerusten van mensen die niet geschoold zijn in GGZ-problematiek. Zorg dat de gemeenschap om de mens met psychiatrische problemen heen weten hoe ze met voor hen onbekende situaties om kunnen gaan. Wij adviseren GGZ-instellingen om de politie te ondersteunen bij het inschatten met welke verwarde personen zij wel iets moeten en met welke niet.

8.4 Branche- en belangenorganisaties: nieuwe ‘overlegvormen’ vinden

Advies 1: zoek naar nieuwe toegevoegde waarde in een gedecentraliseerde wereld

De klem waarin branche- en belangenorganisaties zich bevinden is ook in dit actieonderzoek pijnlijk zichtbaar geworden. Deze organisaties zijn uitgevonden in een tijd waarin centraal beleid werd gemaakt. In de decentralisatiebeweging hoeft niet alleen het ministerie van VWS zich opnieuw uit te vinden (hoe maken we kaderstellend beleid, waarbinnen lokale oplossingen kunnen worden gevonden?). Dit geldt ook voor de branche- en belangenorganisaties. Zij kunnen redelijkerwijs niet meer alle verschillende geluiden uit het veld tot één geluid bij het ministerie brengen. Daarvoor zijn de decentrale geluiden te divers.

Wij hebben de indruk dat de wisselwerking tussen ministerie en branche- en belangenorganisaties op dit moment niet helpt bij het maken, inzetten en doorontwikkelen van goed beleid. Zij spelen met elkaar een oud spel in een nieuwe gedecentraliseerde wereld. Wij adviseerden het ministerie al om informatie niet in te winnen bij branche- en belangenorganisaties, maar zelf in contact te treden met mensen die werkzaam zijn in het veld en direct de consequenties voelen.

Wij willen de branche- en belangenorganisaties adviseren om de eigen achterban persoonlijk te leren kennen en op zoek te gaan naar de nieuwe geluiden in de eigen achterban en dus niet meer op te treden als 'vertegenwoordiger'. Op deze manier kunnen branche- en belangenorganisaties als een soort 'makelaar' optreden en medewerkers van het ministerie van VWS zelf in contact brengen met vakmensen in het veld.

Verantwoording en een woord van dank

De citaten van betrokkenen zijn met toestemming van deze betrokkenen in deze short story gepubliceerd. We willen de mensen, die op persoonlijke titel en niet als vertegenwoordiger van hun organisatie, deel hebben genomen aan dit actieonderzoek danken voor hun inzet, betrokkenheid en openheid. Speciale dank gaat uit naar de vier mensen die hun levensverhaal met ons deelden en die ingestemd hebben met het feit dat hun levensverhaal nu publiekelijk bekend wordt.

Bij de bevindingen in de hoofdstukken 6 en 7 beschikken de onderzoekers over letterlijke citaten en waarnemingen die zijn gedaan tijdens het onderzoek. Over de weergave van deze citaten en waarnemingen hebben de onderzoekers echter met de meeste landelijke partijen geen overeenstemming bereikt. Als dit wel het geval was geweest dan hadden we het aan de lezer kunnen overlaten hier een mening over te vormen en al onderzoekend in gesprek te gaan met andere betrokkenen. Naar aanleiding hiervan hebben de onderzoekers besloten om ook de citaten weg te laten van de landelijke partijen waarmee wel overeenstemming was.

Deze rapportage is eigendom van het ministerie van VWS. Wij nemen echter als onafhankelijk onderzoeks- en adviesbureau de verantwoordelijkheid voor de uitspraken die wij doen, de conclusies die wij trekken en de aanbevelingen die wij doen in deze verhalende rapportage.