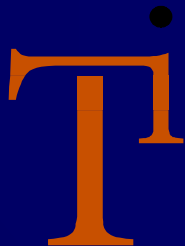


# Maatschappelijke steunsystemen een plaatsbepaling

Jaap van Weeghel, Trimbos-instituut

NVSPV, 28 november 2002



# Vermaatschappelijking

## Doel:

Bevorderen dat mensen met psychische beperkingen kunnen deelnemen aan de gewone samenleving

## Hoe?

- GGZ staat cliënten meer terzijde in hun maatschappelijke omgeving
- Andere maatschappelijke organisaties schakelen zich in bij hulp en ondersteuning cliënten
- Cliënten (en hun familie) meer betrekken bij inhoud en vormgeving van het hulpaanbod



# Strategieën voor sociale integratie

## Isolement door (Sorensen, 1994):

hinder van symptomen

bepaalde sociale vaardigheden

bepert sociaal netwerk

geen financiële middelen

Stigma, vooroordelen

geen rolmodellen

## Integratie door:

behandeling, crisisopvang, aanleren copingstrategieën, zelf-management

training, coaching, sociale steun (persoonsgerichte rehabilitatie)

ontmoetingsplaatsen, kwartiermaken, netwerk van omgevingen (milieugerichte rehabilitatie)

praktische hulp, inkomensondersteuning

publieksvoorlichting, positieve actie, imagoverbetering

---

lotgenotencontacten, zelfhulpinitiatieven, cliëntgestuurde projecten

# Breed en bezielend concept van community care

## **Doel:**

Een volledig, samenhangend en gebruiksvriendelijk pakket van hulp- en dienstverlening voor alle mensen met psychische beperkingen in een stad of regio

## **Voordelen cliënten:**

- kennis en ervaring wordt gebruikt ter verbetering van zorg
- context om effectief het (lokale) beleid te beïnvloeden

## **Voordelen familie:**

- meer mogelijkheden om zorglast te delen
- context om effectief het (lokale) beleid te beïnvloeden

# Breed en bezielend concept van community care (vervolg)

## Voordeel hulpverleners:

- Professionele deskundigheid ontwikkelen en inzetten in maatschappelijke omgevingen die belangrijk zijn voor cliënt

## Voordelen GGZ-managers:

- Aanknopingspunten voor kwaliteits- en informatiebeleid en positionering eigen instelling in stad of regio

## Voordelen andere maatschappelijke instanties:

- Mogelijkheid tot structurele samenwerking met GGZ
- Vooral rond cliënten die onder verantwoordelijkheid van meerdere instanties vallen

# Maatschappelijk steunsysteem (MSS)

Een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen

waarvan mensen met psychische beperkingen (en hun naasten) zelf deel uitmaken

en dat hen op vele manieren ondersteunt in hun pogingen om in de samenleving te participeren  
(Van Weeghel & Dröes, 1999)

# Proces opbouw MSS: netwerkvorming op drie niveaus

- Steunende en stimulerende netwerken rond individuele cliënten
- Netwerken van hulpverleners, vrijwilligers, etc.
- Netwerk van diensten en voorzieningen op stedelijk of regionaal niveau

# Compleet MSS beantwoordt aan vier soorten behoeften

- Klinische behoeften
- Rehabilitatiebehoeften
- Humanitaire behoeften
- Behoeften van personen in directe omgeving

(Lehman, 1998)



# Onderdelen MSS: checklist

## **1. Vaststellen en bereiken doelgroep**

signalering en informatievoorziening  
toegankelijke en outreachende zorg

## **2. Zorgverlening in brede zin**

vormen van behandeling  
crisisopvang, acute thuiszorg, opname

## **3. Steun bij maatschappelijk functioneren**

woonbegeleiding en praktische steun  
steun en bijdragen familie  
steun en bijdragen instanties  
contact en steun lotgenoten

## **4. Veelomvattende rehabilitatie**

individuele rehabilitatiemethodieken  
leren/studeren  
werken  
vrije tijd en relaties

## **5. Randvoorwaarden en communicatie**

bescherming en belangenbehartiging  
coördinatie individuele begeleiding  
coördinatie MSS als geheel

# Trends in denken over community care/MSS in de VS

- Meer aandacht voor moeilijk bereikbare cliënten
- Vergroten maatschappelijk draagvlak
- Meer nadruk op continuïteit van zorg (ambulante teams)
- Aanbod overzichtelijker en toegankelijker
- Meer eigen inbreng cliënten
- Verbetering sturing en coördinatie MSS
- Van crisisopvang via casemanagement naar rehabilitatie
- Meer aandacht voor kwaliteit/effectiviteit van de onderdelen (evidence-based)

# Prioriteiten in de opbouw MSS: opstellen van een agenda

## **Twee invalshoeken combineren:**

- vraaggestuurde invalshoek: behoeftenpeiling bij groepen belanghebbenden in stad of regio
- wetenschappelijke invalshoek: voorrang geven aan invoering MSS-onderdelen van bewezen waarde (verwaarloosd door Taskforce)

# Regio-bijeenkomsten over ontwerpen MSS

(Van Hoof, Van Weeghel, Kroon, 2000)

## Centrale vraag:

- 'Wat is er nodig voor een goed maatschappelijk steunsysteem voor mensen met ernstige psychische problemen in uw regio?'

## Plaats van handeling:

- Vijf GGZ-(sub)regio's met plannen voor extramuralisering

## Methode:

- Concept Mapping (uitspraken verzamelen, prioriteren, clusteren, interpreteren)

## Deelnemers:

- Cliënten, familie, GGZ-hulpverleners, dienstverleners maatschappelijke instanties

# Prioritering 21 MSS-elementen (alle deelnemers)

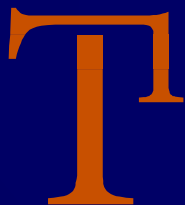
## **De Top-7**

1. Crisisopvang
2. Dagbestedingsvoorzieningen
3. Casemanagement/continuïteit van zorg
4. Nabijheid/lage drempel
5. Coördinatie systeemniveau
6. Informatie/signalering
7. Inloop- en ontmoetingsvoorzieningen

# Naar een agenda voor MSS wetenschappelijke invalshoek

## **Vorrang onderdelen van bewezen waarde**

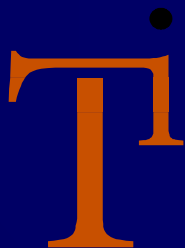
- Medicatie volgens state-of-the-art (100%)
- ACT-teams (assertive community treatment) (20%),
- Psycho-educatie/gezinsondersteuning (100%),
- Leren omgaan met de stoornis/symptomen (o.a. cognitieve gedragstherapie) (100%)
- Geïntegreerde zorg bij dubbele diagnose (40%)
- Supported Employment/Individual Placement & Support (60%)



# Beter gebruik van bestaande kennis over rehabilitatie (vervolg)

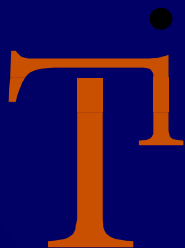
## Kenmerken effectieve rehabilitatieprogramma's:

- interventies zijn 'direct' en gedragsgericht
- hebben specifieke effecten op gebied waarop het gericht is (bv. werk) maar nauwelijks generalisatie naar andere gebieden (bv. symptomen)
- langdurende interventies effectiever dan kortdurende
- interventies in eigen leefomgeving cliënt
- combinatie vaardigheidstraining en steun vanuit omgeving (Mueser et al. 1997)



# Naar een agenda voor opbouw MSS

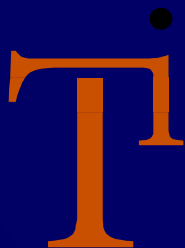
- In gesprek over ieders prioriteiten en bijdragen
- Voorrang onderdelen waarover consensus bestaat
- Iedere groep belanghebbenden komt deels aan zijn trekken (om te beginnen de cliënten)
- Voorrang aan onderdelen van bewezen waarde
- Wie gaat wat doen: toepassen van 'trade-offs'





# Aandeel GGZ in MSS steviger formuleren

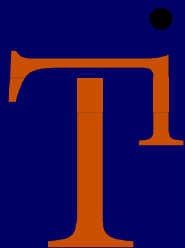
- GGZ vertrouwd met problemen en wensen cliënten
- Ondersteunende rol naar andere steungevers
- Specialiseerde verstrekkingen inzake behandeling, begeleiding én rehabilitatie
- Ambulante GGZ-teams vormen 'professionele hart' MSS
- Rehabilitatie niet volledig 'wegdelegeren' naar maatschappelijke instanties: brugfunctie trajectbegeleiders in GGZ-team
- GGZ moet regie-functie ambiëren (samen met gemeente)



# Ambulante GGZ-teams en hun externe samenwerkingsrelaties

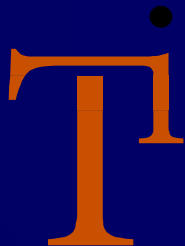
- Onderzoek Trimbos-instituut bij zes ambulante GGZ-teams
- Bemoeizorg, begeleid wonen, casemanagement, psychiatrische thuiszorg

(Van Weeghel & Van Hoof, 2002)



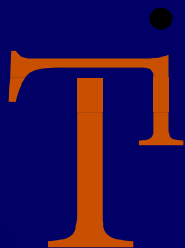
# Maatschappelijke voorzieningen: driedeling

- Aanpalende zorgsectoren (o.a. verslavingszorg, 1e lijn)
- Hulp- en dienstverlening aan onderkant samenleving (o.a. maatschappelijke opvang, politie)
- Instellingen gericht op deelname aan gewone samenleving (o.a. reïntegratiebedrijven, woningcorporaties, opleidingen)



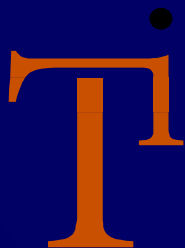
# Samenwerking met welke instellingen, en hoe vaak?

1. Zorginstellingen	3.2
2. Financiën/uitkeringen	3.1
3. Wonen	2.5
4. Arbeid	2.5
5. Politie/Justitie	2.3
6. Maatsch. opvang	2.3
7. Welzijn	2.1
9. Recreatie	2.0



# Ervaren kwaliteit van de samenwerking

1. Maatsch. opvang	4.7
2. Politie/Justitie	4.6
3. Zorginstellingen	4.6
4. Welzijn	4.4
5. Arbeid	4.3
6. Wonen	4.1
7. Educatie	4.1
8. Recreatie	4.0
9. Financiën/uitkeringen	3.9



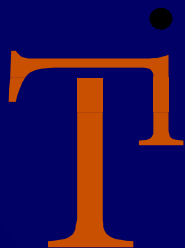
# Samenwerking: toekomstwensen

## **Meer samenwerken met:**

- voorzieningen in de sfeer van de sociale participatie
- buurtcentra etc.
- wijkposten, wijkagenten
- voorzieningen inzake arbeid en dagbesteding

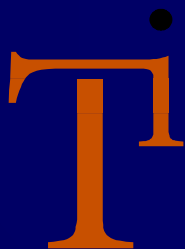
## **Waarom lukt dit nu niet:**

- gebrek aan tijd
- geen structurele aanpak
- hoge drempels



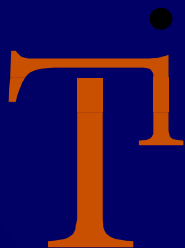
# Kwaliteit samenwerking volgens maatschappelijke partners

- Algemeen: grote tevredenheid over de ambulante teams
- Positief over: bereikbaarheid, beschikbaarheid, openheid, betrokkenheid bij doelgroep, betrouwbaarheid
- Hoe meer betrokken bij ambulante teams, des te kritischer
- kritisch over: niet-geformaliseerde samenwerking, bereikbaarheid, geen structurele voorlichting over en weer



# Voorwaarden effectieve samenwerking (volgens maatschappelijke partners)

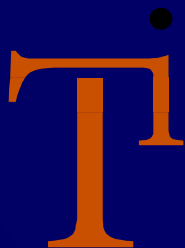
- Wegnemen van drempels
- Aandacht management voor samenwerking
- Invloed maatschappelijke voorzieningen op aanbod GGZ en omgekeerd
- Betrokkenheid cliënten en familie
- Duidelijke afspraken en procedures
- Voorlichting over elkaars activiteiten
- Regulier overleg hulp- en dienstverleners





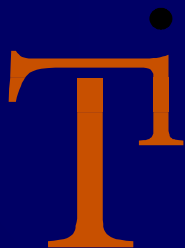
# Conclusies externe samenwerking ambulante GGZ-teams

- De komst van deze teams wordt door alle partners als grote vooruitgang ervaren (ook door cliënten)
- Samenwerking inzake sociale participatie lukt beter met gespecialiseerde trajectbegeleider in GGZ-team (rol van community connector)
- Van ad hoc-samenwerking rond individuele cliënten naar structurele samenwerking
- Goed ontwikkeld MSS op stedelijk of regionaal niveau nodig voor effectievere samenwerking
- Ernst maken met voorlichting en deskundigheidsbevordering over en weer



# Voorlichting en bevordering deskundigheid over en weer

- Vermaatschappelijking stelt hoge eisen aan kennis over elkaars aanbod, werkwijzen, doelgroepen, cultuur, regelgeving, beperkingen, etc.
- In meeste regio's hoogstens eerste begin mee gemaakt
- GGZ moet hierbij voortouw nemen, in MSS-verband
- Cliënten hierin belangrijke rol: zij moeten niet alleen GGZ-hulpverleners trainen in gewenste omgang, maar juist ook dienstverleners van andere maatschappelijke instanties
- Maar ook andersom: cliënten voorlichten over aanbod en werkwijze maatschappelijke voorzieningen, inclusief de beperkingen daarin
- Vraaggestuurde anti-stigma-aanpak (project Sainsbury)



# Rol regisseur in lokaal MSS

## **Meer aandacht voor benodigde competenties**

### **Grusky (1995):**

- moet gezag hebben
- moet hechte relaties kunnen leggen
- moet herkenbaar zijn in veld van community care
- moet zelf veel diensten kunnen leveren

### **Van Weeghel & Dröes (1999):**

- moet beperkingen eigen deskundigheid kennen
- weten wat andere belanghebbenden (vooral cliënten en maatschappelijke instanties) te bieden hebben en hun inbreng werkelijk weten te waarderen
- goed zijn in overleg, planning, uitvoering en evaluatie



# Een MSS op lokaal/regionaal niveau

## Uitdaging

- Hoe organiseer je MSS dat volledig, vraaggericht, effectief, transparant, flexibel én stevig is?
- Zo'n MSS is denkbaar maar is het ook maakbaar?
- “Het werken aan een systeem van community care heeft veel weg van tuinieren: omdat de natuur zich nooit geheel laat beheersen streeft de goede tuinier naar harmonie tussen geplande ingrepen en natuurlijke processen (Shepherd, 1996)