
SOCIALE PSYCHIATRIE ALS BASIS VOOR EIGEN KRACHT IN DE WIJK

Ben Venneman, werkzaam als zelfstandig gevestigd coach, trainer, methodiekontwikkelaar en organisatieadviseur

Kees Onderwater, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en is werkzaam als zelfstandig adviseur, coach en innovator

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland staat aan de vooravond van grote veranderingen. Het kabinet neemt maatregelen om te snijden in de kosten van de GGZ. Kostenbesparing en ombuigingen, eigen verantwoordelijkheid voor burgers, zorg en hulp dichterbij burgers en meer integrale ondersteuning van (kwetsbare) burgers in de eigen omgeving zijn belangrijke pijlers in het overheidsbeleid. De laatste 15 jaar is er ook een verandering tot stand gebracht in de houding van cliënten die afhankelijk zijn van zorg van passieve kritische consument naar actieve participant. Landelijke en lokale cliëntenorganisatie zijn zich bewust van hun eigen kracht en staan voor de belangen van cliënten en families van cliënten. Het brede werkgebied van welzijn is momenteel het toneel van vele veranderingen en fundamentele discussies (Van der Lans, 2010). In beide sectoren lijken de volgende waarden de boventoon te voeren. Mensgericht werken, het aanbod economisch houdbaar organiseren en zorg en welzijn moet meer dan ooit maatschappelijk ingebed zijn (Rotmans, 2010).

Om zorg, hulp en ondersteuning in de nabijheid van de burgers en cliënten te brengen gaan alle registers open en is de focus voor iedereen gericht op de wijk en buurt. Overheid, professionals en dienstverlenende instellingen zijn "buurtverliefd" geworden. Voor de professionals in de zorg betekent het overheidsbeleid een verschuiving van curatie naar preventie, van professionele zorg naar mantel/informele zorg en van specialistische zorg naar generalistische zorg. Het proces in de komende jaren om stap voor stap te "ontspecialiseren" en te "ontinstitutionaliseren" zal ingewikkeld zijn en nog op veel bezwaren en weerstand mogen rekenen. De overheid gebruikt het modewoord "transitie" waarmee ze de indruk wekt te willen verhullen dat het om een megaoperatie met alle bijbehorende bezuinigingen gaat.

In dit artikel staat de vraag centraal op welke wijze de SPV haar plek kan innemen in de wijk of buurt en sociale psychiatrie weer als echte kern van het vak te nemen?. Om een antwoord te geven schetsen we eerst een aantal in het oog springende en actuele ontwikkelingen en trends in zorg en welzijn. Daarop baseren we ons idee van een agenda voor de SPV voor de komende jaren. We ronden af met ons idee hoe die agenda inhoudelijk eruit kan zien. Daarvoor richten we ons op het ontwikkelen van (sociaal-psychiatrische) wijkhulpverlening, de rol van Wijk-SPV en bewonersgestuurde wijkontwikkeling.

Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg: een stand van zaken

Het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg "Zorg voor je gezondheid" (RVZ, 2010) is één van de toonaangevende rapporten geweest die richting geeft aan ontwikkelingen in de zorg. Niet langer de nadruk op ziekte en zorg (ZZ), maar een omslag maken naar gezondheid en gedrag (GG).

De zorg moest werk gaan maken van preventie, welzijn, werken en wonen en zorg en ondersteuning zoveel mogelijk thuis bij de mensen zelf.

Een paar jaar daarvoor, in 2007, is VWS een omvangrijk transitieprogramma gestart onder naam "Zorg Voor Beter". Zorg voor beter stimuleert organisaties in thuiszorg, ouderzorg, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg te werken aan innovaties en verbetering van kwaliteit van zorg. De verbetertrajecten in de langdurende GGZ richten zich onder andere op bemoeizorg, herstelgerichte zorg voor langblijvers in de GGZ, herstel in combinatie met sociale participatie en medicatieveiligheid.

Enige jaren later in 2009 is GGZ Nederland samen met de VNG, het Landelijk Platform GGZ, de MO-groep, Federatie Opvang en Zorgverzekeraars Nederland gestart met een ambitieus project gericht op herstel en burgerschap. Herstel als leidend principe in de zorg (inzetten van ervaringsdeskundigheid), gelijkwaardig burgerschap (onder andere scheiding wonen en zorg, werk voor iedereen) en samenhang in de zorg door ketenbekostiging (GGZN, 2009) staat centraal.

In de beleidsbrief van minister Schippers "Zorg en ondersteuning in de buurt" (VWS, 2011) vinden we actuele informatie over ontwikkelingen in de zorgbehoefte en typering van zorgvragers. Een zeer in het oog springend gegeven is dat het aantal cliënten explosief is gestegen (2001 - 2007 58%), en dat de uitgaven in 10 jaar tijd meer dan verdubbeld zijn (110%). Ook wordt geconstateerd dat niet de groep met de zeer ernstige en chronische GGZ problematiek is gestegen maar juist de omvang van de groep mensen met milde en matige klachten. Een deel van deze mensen komen nu bijna automatisch terecht in de specialistische tweedelijns GGZ (30%). Ook in de langdurige zorg blijven de verblijfplaatsen groeien (+5,9%) (Hoof e.a. 2010). We kunnen dus constateren dat ondanks alle extra inspanningen er geen afname van consumptie van geestelijke gezondheidszorg is gerealiseerd, integendeel!

Om de kosten in de GGZ-zorg te drukken is de overheid in 2011 gestart met het afkondigen van een pakket aan maatregelen. De tweedelijns GGZ moet deels verschuiven naar de goedkopere eerstelijnszorg. Maatregelen worden genomen om patiënten in hun eigen omgeving te behandelen in plaats van in een instelling. En GGZ-patiënten worden in de tweedelijns GGZ geconfronteerd met een forse eigen bijdrage. Deze komt bovenop de wettelijke eigen bijdrage.

In het advies Basis GGZ (NZA, 2011) wordt vastgesteld dat er teveel mensen met lichte GGZ-problematiek vanuit de basiszorg in de specialistische zorg terecht komen en dat er veel mensen na behandeling blijven "hangen" in de tweedelijns GGZ. Beide knelpunten bedreigen de toegankelijkheid (wachlijsten), de kwaliteit (zorg ver weg in plaats van in de buurt) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichtere problematiek).

De minister zal het advies waarschijnlijk overnemen en 2012 gebruiken om het veld te stimuleren werk te gaan maken van de drie hoofdfuncties: GGZ-basiszorg, generalistische GGZ en Specialistische GGZ. Diagnostiek en behandelen worden, qua bekostiging en werkwijze van elkaar gescheiden net als in de somatische zorg. De zorggerelateerde preventie - terugvalpreventie, chronische begeleiding en bemoeizorg - wordt een functie in de eerstelijns GGZ.

Eerstelijns GGZ-zorg

De toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg is ook in de huisartsenpraktijk niet ongemerkt voorbij gegaan. Huisartsen zijn daarom in de afgelopen tien jaar steeds meer ondersteund door GGZ-specialisten met een verpleegkundige achtergrond. In eerste instantie gebeurde dit door somatisch geschoolde verpleegkundigen. Eind jaren negentig volgden een grote groep Sociaalpsychiatrisch Verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Zij werden gedetacheerd vanuit de gespecialiseerde GGZ-instellingen en daardoor steeds meer gezien als een verlengstuk van die instellingen.

Deze "garantie op instroom" is toenemend een doorn in het oog van de zorgfinanciers. De invoering van de onafhankelijke POH-GGZ in de basiszorg moest daarin verandering brengen. Inmiddels zijn er circa 500 POH-GGZ aan het werk waarvan 70% een SPV achtergrond heeft. Het zwaartepunt van deze functie ligt bij de triage, probleemherkenning, vraagverheldering en kortdurende behandeling en verwijzing. De praktijk leert dat de POH-GGZ voornamelijk lichte en milde GGZ-problematiek begeleidt en beduidend minder gericht is op de chronische en complexe GGZ-problematiek. De functie krijgt vanaf 2012 een structurele inbedding in de eerstelijns zorg (NZA, 2011).

(F)ACT

Voor mensen met langdurende geestelijke gezondheidsproblemen werden eind jaren negentig de Assertive Community Treatment teams (ACT) in Nederland geïntroduceerd. De teams waren met name bedoeld om de kwaliteit van de zorg en begeleiding thuis van mensen met ernstige en instabiele psychiatrische problemen te verbeteren. De eerste evaluaties van het model gaven een tweeledig beeld. Enerzijds houdt ACT cliënten beter in zorg, zijn er meer contacten met begeleiders, maar levert de werkwijze nog geen bijzondere of extra kwaliteitseisverbetering op (Jenner, 2008/2010).

Vanaf 2002 werd een meer op de Nederlandse zorgsituatie afgestemde ACT-vorm ontwikkeld. De (Functionele) Assertive Community Treatment teams richten zich op de totale groep van mensen die langdurig van begeleiding afhankelijk zijn (Van Veldhuizen, 2008). De (F)ACT teams werden vanuit de tweedelijns vooruit geschoven pionieren om samenwerkingsproblemen in de zorg rondom zware GGZ-problematiek en de doelgroep gekenmerkt door bemoeizorg en zorgmijding mede op te lossen. Onderzoeken naar (F)ACT geven aan dat door de minder gefragmenteerde zorg de ernstige psychiatrische symptomen afnemen (Bak e.a., 2008). Er is sprake van minder opnamedagen (GGZ-NHN, 2010). Maar dezelfde onderzoeker stellen ook vast dat de samenwerking met "buiten" niet of nauwelijks verbeterd. De verbetering van de gewenste contextuele aanpak (o.a. meer maatschappelijke participatie) komt in de (F)ACT teams niet van de grond. Het algemene beeld is dat (F)ACT een goede oplossing is voor mensen met ingewikkelde psychiatrische problemen. In de teams worden echter ook, bij gebrek aan alternatieven, alle mensen met minder zware langdurige psychiatrische problemen opgenomen.

OGGZ en WMO

Parallel aan deze ontwikkeling zijn de laatste 10 jaar in veel gemeenten overlegorganen (lokale zorgnetwerken, wijktafels, sociale teams, etc.) ontstaan die zich richten op de hulp- en dienstverlening in het kader van de OGGZ. Het overleg richt zich op het tijdig signaleren en aanpakken van multiprobleemsituaties, waar de betrokken personen persoonlijk en maatschappelijk aan ten onder dreigen te gaan. De invoering van de WMO in 2007 (met de OGGZ als WMO-prestatieveld 8) heeft geleid tot snelle uitbreiding van een breed en divers palet aan netwerken, samenwerkingsverbanden en ketens (Heineke, e.a., 2009). Kenmerkend is dat steeds meer andere partijen dan de reguliere GGZ, hulp en dienstverlening ontwikkelen voor complexe problematiek bij multiprobleemgezinnen, huiselijk geweld, overlast, zorgmijders, dak- en thuislozen en huisuitzetting (Van Bergen, e.a., 2010). Welzijn en zorg komen steeds meer in het verlengde van elkaar te liggen en wordt overlap in aanbod zichtbaar. De operatie Welzijn nieuwe stijl zorgt ook voor een aardverschuiving in het veld. Heftige discussies gaan over wat welzijn precies impliceert en welke professionals een taak hebben in de buurten en wijken, over gebruikmaken van de eigen kracht van burgers. En zorg en welzijnsprofessionals dienen een toontje lager te fluiten. (de Boer/Van der Lans, 2011).

RIBW

Eind jaren negentig werd het programma "Zorg in de samenleving" ontwikkeld (Mos/van Weeghel,1999). Het was de start voor de Regionale instituten voor beschermd wonen (RIBW-en) om hun aanbod te verbreden. Ze richten zich onder andere op de groep die feitelijk, gezien de aard van problematiek, niet meer op z'n plaats is in een psychiatrische kliniek. Het aantal mensen dat ambulantly wordt begeleid vanuit een RIBW is begin jaren 2000 spectaculair gestegen. Van 3500 in 1999 naar 12.000 in 2006. Er wordt samenwerking gezocht met partijen die ondersteuning kunnen bieden bij moeilijker problematiek. Deze samenwerking stuit echter vaak op ingewikkeldheden over eindverantwoordelijkheid en domein discussies. Daarnaast worden er trajectbegeleiders en kwartiermakers ingezet. Vooral RIBW-en die zelfstandig zijn gebleven onderscheiden zich op dit gebied. (Van de Beek e.a. 2007/Goeman e.a.,2007). Ook voor medewerkers van de RIBW-en blijft het naar buiten treden met bewoners en verbinding leggen in de buurt echter een opvallend moeizaam onderdeel van het werk.

Kwartiermaken

Kwartiermaken is een radicale andere benadering van de brede groep van mensen met GGZ-problematiek. Het benadrukt dat mensen met psychiatrische beperkingen naast patiënt ook burger zijn met gewone menselijke verlangens om ergens bij te horen en van betekenis te zijn. Kwartier maken wil ruimte maken voor anders zijn (Kal,2001). Het maakt werk van het openbreken van institutionele kaders om hiermee de ruimte voor anders zijn zowel binnen het instituut al in de maatschappij te creëren. Kwartiermakers worden steeds meer aangesteld binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ze zijn de meest vooruit geschoven voorposten in de wijken en realiseren daar verbindingen (Scholte, 2007) en werken aan niches in welzijns- en vrijwilligerswerk, en op al de plekken waar mensen verlangendeel te nemen aan het maatschappelijk verkeer (Kal, 2011). Probleem daarbij is dat de instellingen zich vaak zelf onvoldoende realiseren hoe sterk de institutionele cultuur invloed uitoefent op het eigen handelen ten aanzien van contextueel werken. Voor kwartiermakers is het daarom lastig om zich daar los van te maken.

Herstel en ervaringsdeskundigheid

Cliënten zelf hebben in de afgelopen 10 jaar steeds meer zelf initiatief genomen om op eigen kracht en met elkaar een toekomst op te bouwen. De kracht stond daarbij centraal en niet de ziekte. Zij werden daarbij vanaf midden jaren negentig gestimuleerd door de Amerikaanse Patricia Deegan die zelf herstelde van schizofrenie met als motto: "Ik ben geen psychiatrische ziekte" (Deegan,1995) In Nederland werd het stokje van haar overgenomen door Wilma Boevink. Zij bundelde de krachten in Nederland. Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE) werd een stevige beweging. (Boevink, 2006,2009). Nu wordt de effecten van deze beweging langzaam ook zichtbaar in de zorg instituten. Daarbuiten gaan mensen met psychiatrische problemen en beperkingen steeds verder in het nemen van zelf initiatieven. De beweging is van enorme betekenis voor de ontwikkelingen gericht op het meedoen. Mensen tonen door hun kracht dat de beperkingen die ze hebben hen niet belemmert om mooie dingen met elkaar en de mensen in de buurt te realiseren. Zelfsturende informatiecentra, zelfsturende woonvormen, vriendendiensten, kunstenaarscollectieven, zelfsturende werkprojecten zijn zo maar een paar voorbeelden uit velen.

Naarmate de mensen met psychiatrische beperkingen zelf meer het heft in handen nemen om hun wensen en idealen te realiseren zal er meer mogelijk worden op het gebied van participatie en integratie. Met name de kanteling van zorg naar ondersteunen wordt belangrijk. Kwartiermaken en herstel zullen in een meer contextuele psychiatrie vorm kunnen krijgen.

De SPV beweegt mee, maar met een eigen agenda!

De opsomming van ontwikkelingen en trends schets een beeld van dynamiek, verschuivingen van taken tussen professionals en een verregaande gerichtheid op wat een mens met beperkingen zelf kan en wat een goede professionele ondersteuning kan zijn.

Maar wat betekent de systematische sturing op gezondheid, participatie, zelfmanagement van mensen en de grondige herstructurering van het GGZ-veld voor het werk van de SPV?

Als we ons beperken tot de geschetste ontwikkelingen dan hebben wij de indruk dat de SPV als professional en beroepsgroep aan de vooravond staan van een ingrijpende vernieuwing, de "SPV-nieuwe-stijl". De nadruk op individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid en gedrag, over zelfmanagement van mensen, de discussies over zinnige en zinloze professionele zorg en de grenzen van te verzekeren zorg zorgt ervoor dat professionele zorgarbeid gaat veranderen (RVZ, 2010).

De SPV is de laatste decennia gewend geraakt aan het werken in en vanuit de tweedelijns GGZ. Een deel van de beroepsgroep is buiten de muren van de GGZ te vinden, in andere werkvelden of als zelfstandig gevestigd hulpverlener.

De SPV zal steeds meer in een publiek rol terecht komen. Niet langer geven de institutionele grenzen aan waar gewerkt wordt, maar het gebied waar GGZ problematiek (individueel en groepsgewijs) zich voordoet. En dat gebied zal steeds vaker de wijk, de buurt, het dorp of de gemeenschap zijn.

De SPV is nog altijd een graag geziene zorgprofessional, bekend om zijn praktische aanpak, soepele omgang met "moeilijke en onbegrijpelijke mensen" en specialistische kennis van de psychiatrie en afwijkend gedrag.

In het boekje "Transparant aanbod SPV in de eerste lijn (Movisie/VenVN SPV, 2008) wordt al een voorschot genomen op het aanbod van de SPV, zijn gerichtheid (sociale psychiatrie) en deskundigheid. Er worden 2 groepen functies 16 modules onderscheiden (*Zie de tabel op de volgende bladzijde*)

Met dit overzicht komen we al wat dichterbij de beantwoording van de vraag op welke manier de SPV haar plek kan innemen in de wijk, buurt en eerste lijn. Transparant zijn over het aanbod (16 modules) lijkt een eerste logische stap. Om actueel te zijn en een overzichtelijk SPV aanbod te beschrijven dient er een vertaalslag gemaakt naar de zeven groepen functies binnen de eerstelijns GGZ (memo Sectoranalyse Basis GGZ/25-8-2011; NZA, 2011). Nog beter wordt het als de SPV en beroepsgroep de waarden *mensgericht werken*, het aanbod *economisch houdbaar* organiseren en zorg en welzijn *maatschappelijk inbedden* er aan gaan koppelen.

In onze opvatting is dit mogelijk als we de komende jaren een eigen professionele agenda gaan voeren. Op die agenda staan in willekeurige volgorde:

- Het consequent gebruikmaken van de uitgangspunten van het sociaal-psychiatrische vakgebied (Van der Padt/Venneman, 2010) bij het onderbouwen van het aanbod.
- Afscheid nemen van traditionele gedachten over het organiseren van zorg door de GGZ zelf, het inzetten van voorgekookte programma's en professionals die werken met standaarden en verouderde en op het individu toegesneden routines. 75% van de SPV vindt haar werk in de wijk!
- Het manifest Sociale Psychiatrie (Onderwater en Venneman, 2011) als legitimatie gebruiken bij het verantwoorden van keuzes en de manier van werken.

Tabel: 2 groepen functies en 16 modules

Aanbod en functies SPV in eerstelijns	
Toegangsfunctie:	1. Intake
Uitvoeringsfunctie: Informatie, advies en voorlichting	2. Informatie, advies en voorlichting
Begeleiding/Behandeling	3. Vraagverheldering 4. Overbruggingshulp 5. Kortdurende behandeling bij psychische problemen 6. Pedagogische ondersteuning 7. Activerende begeleiding 8. Coaching bij zelfhulp
Ondersteuning/begeleiding	9. Begeleiding van chronische psychiatrische problematiek 10. Ondersteuning bij het opbouwen en versterken van het sociale netwerk
Bemoeizorg	11. Toeleidingstraject gespecialiseerde hulpverlening (motivatietraject) 12. Casemanagement en zorgcoördinatie
Consultatie	13. Consultatie 14. Consult 15. Outreachend contact op verzoek van derden
Crisisinterventie	16. Crisisinterventie

- Het open zetten van de luiken: schotten tussen zorgaanbieders, zorg en welzijn, woningcorporaties, publieke diensten worden gesloopt. Samenwerken in ketens, netwerken en in wijken is de nieuwe leuze. Oplossingen voor maatschappelijke problemen kunnen niet langer onder de vlag van separaat opererende instellingen plaatsvinden. Ook de GGZ, traditioneel sterk in het afschermen van haar markt, zal de luiken open moeten zetten voor de veranderingen. De SPV zal meer dan ooit gaan samenwerken en haar specialistische kennis, pragmatische aanpak ten dienste moeten stellen aan professionals en dienstverleners in wijken en buurten.
- Bij het laatste agendapunt staan we uitgebreider stil: de SPV in wijkhulpverlening

Wijk hulpverlening ¹⁾

Wijkhulpverlening staat voor een integrale benadering, gebaseerd op sociaal-psychiatrische grondslag en richt zich op preventie, signalering, bemoeizorg, toeleiden, maatschappelijk steunsysteem, kwartiermaken en wijkontwikkeling. De methodiek en wijze van werken van de wijk-SPV ontleent zijn kracht aan het van meet af aan betrekken van de context (gezin, buurt, wijk en professionals) bij het oplossen van complexe situatie van kwetsbare mensen. De wijk-SPV signaleert, herkent, bereikt, ondersteunt en schept voorwaarden voor mensen uit de buurt die als gevolg van met ernstige psychische en/of psychiatrische problemen op meerdere leefgebieden kwetsbaar zijn (Venneman,2006). Ze hebben onvoldoende hulpbronnen om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en om hun leven op een door hen gewenste manier vorm te geven.

De wijkhulpverlening is gebaseerd op:

1. het werken en fysiek aanwezig zijn in een vastomlijnd gebied (wijk, buurt, buurthuis) , maakt deel uit van de ondersteuningsstructuur van een wijk.
2. het samenwerken met medewerkers van allerlei instanties vanuit een maatschappelijk steunsysteem.
3. kwartiermaken: draagvlak en betrokkenheid uit de buurt vergroten en het tegengaan van uitstoting en isolement; het verbinden van de wijk, instanties en instellingen; het stimuleren en faciliteren van cliëntinitiatieven.
4. een nabije manier van zorg- en ondersteuning bieden: flexibele agenda, praktische insteek, praatpaal zijn, niets afwijzen, maar een luisterend oor bieden met betrekking tot schuld, taboe, gevoelens, oog voor culturele en religieuze factoren en gevoeligheden en toeleiden.

Bewonergestuurde Wijkontwikkeling

De laatste jaren zien we in Nederland onder de naam burgerkracht een beweging op gang komen die gericht is op veranderingen van onderaf. Burgers nemen zelf de regie in handen om op wijk of buurt niveau verbeteringen te realiseren. Burgers eisen niet alleen hun rechten maar nemen zelf ook verantwoordelijkheid. De cliëntenbeweging in de GGZ is in de afgelopen decennia van een eisende protestbeweging een beweging geworden die met de verworven rechten nu door hen zelf gewenste initiatieven realiseert. Ook bewoners van buurten doen dat steeds meer. Ook vanuit groepen cliënten zijn de afgelopen jaren initiatieven ontwikkeld die aantonen dat werken vanuit eigen wensen en zelf de regie in handen nemen duurzaam is en empowerend. (Besseling,2011). Het wordt steeds duidelijker dat projecten en bewonergestuurde wijkontwikkeling waarbij cliënten zelf de initiator en organisator zijn, meer ruimte schept voor het ontwikkelen van vaardigheden en zelfvertrouwen en uiteindelijk het proces van zelfregie en zelfredzaamheid bevorderen.

De GGZ en in het bijzonder de Wijk-SPV kan naar onze mening daarbij een belangrijke ondersteuning bieden. Het vormt voor de sociale psychiatrie én de Wijk-SPV een uitdaging om zijn nieuwe aanbod contextueel, maatschappelijk en in de wijk te verankeren. Belangrijkste doel is om mensen met beperkingen van meet af aan mee te laten doen in projecten of initiatieven en daarbij alle kansen en mogelijkheden van een buurt te benutten. Het door ons ontwikkelde Môte-model is een praktische ondersteuningsmethodiek om de Wijk-SPV te ondersteunen om deze vernieuwende praktijk vorm te geven.

Samenvatting

We hebben via een uitgebreide schets van ontwikkelingen in de zorg en specifiek GGZ een beeld gegeven van een werkveld in beweging. Die beweging is hard nodig gezien alle hardnekkige problemen, zoals fragmentatie van zorg, steeds verder toenemende bureaucratisering, verdwaalde en loketmissende hulpvragers en een kille, rationale en reductionistische benadering van zorg. De transitieagenda voor de (GGZ) zorgsector voor de komende jaren wordt gedictieerd door beleidsmaatregelen. Alleen wat verbeteren en aanpassen helpt niet meer, daarvoor is het gehele zorgsysteem teveel vastgelopen in de eigen raderen (Rotmans, 2010). Er zit niets anders op dan het huidige systeem af te breken, puin te ruimen en een nieuw "huis" te bouwen. Om af te wijken van gebaande wegen is tijd, lef en durf nodig.

We pleiten voor een terugkeer van de sociale psychiatrie in de wijk. En we zien de Wijk-SPV als de SPV-nieuwe stijl. Terugkeren naar de wijk, buurt om daar zijn werk te doen. Met een brede agenda gevuld met veel ervaring en deskundigheid op het gebied van psychiatrie, gericht op herstelprocessen van kwetsbare mensen en hun leven. Praktische ondersteuning bieden aan cliënten initiatieven, wijkontwikkeling met een sterke nadruk op zelfregie en zelfredzaamheid!

Noot

Met dank aan Fedde Bergsma voor zijn commentaar op de tekst

Reageren: info@benvenneman.nl kees.onderwater@planet.nl www.werkenindewijk.nu

¹⁾ In een volgend artikel schrijven we uitgebreid over wijkhulpverlening en de bijbehorende sociaal-psychiatrische methodiek

Op dit moment werkt Kees Onderwater aan de ontwikkeling van basis-GGZ, zelfsturing in een activeringscentrum en bewoners gestuurde wijkontwikkeling waarbij mensen met psychische beperkingen van meet af aan meedoen.

Literatuur

- Bak M., M. Drukker, A. de Bie, J. a Campo, G. Poddighe, J. v. Os. P.H. Delespaul(2008) Een observationele trial naar assertieve outreach met remissie als uitkomst maat. *Tijdschrift voor Psychiatrie* nr.5, 253-262
- Beek H.v.d., A. van Tuijn (2007) De ontwikkeling van methodisch werken. In: *Buitengewoon werk. Rehabilitatie methodieken in beschermd en begeleid wonen*. Amsterdam, SWP
- Bergen van, A., Poll, A., Venneman, B., 2010, *Naar robuuste netwerken; ketenoverstijgende samenwerking OGGZ/Huiselijk Geweld/Jeugd/Veiligheid*, uitgave Movisie: Utrecht
- Besseling, J. (2011) *Op eigen wijze. 24 organisaties voor en door cliënten van de GGZ*. Amsterdam, Uitgeverij Toby Vroegh
- Boer, N., J. v.d. Lans (2011) *Burgerkracht. De toekomst van sociaal werk in Nederland*. Den Haag, Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling
- Boevink, W. (2009) *Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren*. HEE-gesch(r)ift. Utrecht, Trimbosinstituut
- Boevink, W. (red.)(2006) *Verhalen van herstel. Samenwerken met ervaringskennis in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, Trimbosinstituut
- Brouns, G., 2010, *Sociaalpsychiatrische verpleegkundige: de ontwikkeling van een verpleegkundig specialisme in het domein van de Nederlandse sociale psychiatrie*, proefschrift, Universiteit Maastricht
- Deegan, P (1995) Herstellen van schizofrenie. *Deviant* nr.5
- GGZn (2009) *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort, GGZn
- Goeman, H., JW v. Zuthem (2007) Ontwikkelingen in beschermd wonen. In: *Buitengewoon werk. Rehabilitatie methodieken in beschermd en begeleid wonen*. Amsterdam, SWP
- Hoof F. van, B. van Wijngaarden, A. Knispel, I. Kok (2010) *Toekomstverkenning intramuraal GGZ*. Utrecht, Trimbos Instituut
- Heineke, D., Venneman, B., van Leur, J., van Bergen, A., 2009, *Prachtige praktijken van lokale OGGZ-praktijken; vergelijking van ervaringen en resultaten in drie regio's*, uitgave Movisie: Utrecht
- Jenner, J. (2008) Heeft ACT de toekomst? *MGV* jaargang 63, nr.3
- Jenner, J. (2010) ACT in het perspectief van EBM. *MGV* jaargang 65, nr. 9
- Kal, D. (2001) *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam, Boom
- Kal, D., 2011, *Kwartiermaken, werken aan ruimte voor anders zijn*, openbare les 21 december 2011, Lectoraat Kwartiermaken, kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht
- Lans, van der, J. 2010, Een grote schoonmaak, In: *tijdschrift voor sociale vraagstukken*, no. 9, september, 24 - 27
- Mos M.C., J. v. Weeghel (1999) *Zorg in de samenleving. Een basis programma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen*. Utrecht, Trimbosinstituut
- Movisie, 2008, *Transparant aanbod SPV in de eerste lijn; modulen als bouwstenen voor de hulpverlening*, auteurs: M. Scholte en C. Brink, Uitgaven Movisie/VenVN SPV, Utrecht
- NZA, 2011, *Advies Basis-GGZ*, Uitgave Nederlandse Zorgautoriteit, Den Haag
- Onderwater, K, B. Venneman (2011) *Manifest sociale psychiatrie*. Castricum/Gouda
- Padt, van der I., BJM, Venneman, (2010) *Sociale Psychiatrie: visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*, Boom/Lemma: Den Haag, tweede druk
- RMO, 2011, *Burgerkracht*, auteurs J. der Lans en N. de Boer, Uitgave RMO: Den Haag
- RVZ, 2010, *Perspectief op gezondheid 20/20*, uitgave Raad voor Volksgezondheid en Zorg, Den Haag
- Rotmans, J, 2010, *Transitieagenda voor Nederland; Investeren in duurzame innovatie*, Uitgave KSI, Erasmus Universiteit, Rotterdam

- Scholte, G. (2007) *Acht keer kwartiermaken. Een verkennend onderzoek naar de methodische aspecten van kwartiermaken*. Utrecht, SWP/HvU
- Velthuisen, J.R. van (2008) *Het FACT-model*. In R. van Veldhuizen, M. Bähler, D. Polhuis en J. van Os e.v. Utrecht, De Tijdstroom
- Venneman B. (red.)(2006) *Methodiek Sociaal-psychiatrische Wijkhulpverlening*, uitgave Mentrum, Amsterdam
- VWS (2009) *Zorg en ondersteuning in de buurt. Beleidsbrief 14 oktober 2011*

Manifest Sociale Psychiatrie¹⁾

1. Elk mens heeft de behoefte om te groeien en binnen de eigen mogelijkheden:
 - zijn eigen leven richting te geven (autonomie),
 - de diepe wens om goed te zijn in wat je doet (competentie),
 - te beseffen dat wat je doet iets betekent voor jezelf en een ander (relatie).
2. Elk mens kan op ieder moment in zijn leven, in wisselwerking met zijn omgeving en op basis van actuele, zichzelf stapelende problemen op lichamelijk, individueel, sociaal of maatschappelijk gebied geestelijk gezondheidsproblemen ontwikkelen²⁾
3. Elk mens kan zichzelf leiden en verdient het om gesteund te worden in de eigen individuele ontwikkeling en geaccepteerd te worden met alle kwaliteiten, talenten en ambitie die aanwezig zijn. Dat geeft de energie die nodig is om een waarde(n)volle eigen plaats in te nemen in de samenleving.
4. Om daar te komen heeft iedereen, ongeacht ras, geslacht, geloofsovertuiging, sociale klasse, psychische of fysiek beperking, recht op een respectvolle, steunende en uitdagende omgeving, waarin het mogelijk is om nieuwsgierig, betrokken en onderzoekend vorm te geven aan persoonlijke interesses en idealen.
5. Maatschappelijke belemmeringen en verhoudingen, institutionele rompslomp of professionele standaarden zijn geen excuus om niets te doen. Het is juist een reden om die ongewenste belemmeringen aan te pakken, om ruimte en tijd te maken voor acties gericht op het samen met mensen vertalen van behoeften, problemen, vragen, wensen naar praktische acties!
6. Verplegen in de sociale psychiatrie is gericht op het organiseren van steun, praktisch helpen en ruimte maken voor mensen met - soms een variëteit aan - beperkingen op lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk gebied.
De kern van verplegen is: de gevolgen van geestelijke gezondheidproblematiek begeleiden door zicht te houden op de wisselwerking tussen de mens en zijn omgeving, het ondersteunen van keuzes maken en tot actie overgaan, het ontwikkelen of herontdekken van vaardigheden op alle niveaus van functioneren en een menselijke maat te hanteren bij het verbinden van mensen.
7. Verpleegkundigen werkzaam in de sociale psychiatrie delen de uitgangspunten en sociaalpsychiatrische visie en spreken zich uit over maatschappelijke ontwikkelingen en verhoudingen die een eigen plaats voor mensen met een GGP in de samenleving inperkt, beperkt of onmogelijk maakt.
8. Sociaalpsychiatrisch verpleegkundig handelen wordt gestuurd door een continu leerproces, waarin met volharding, flexibiliteit, betrokkenheid, liefde en veerkracht de visie in praktijk wordt gebracht, de best mogelijke praktijk en wetenschappelijke inzichten worden toegepast bij interventies op alle niveaus van functioneren van mensen met GGP.
9. De effecten van toepassing van de bovenstaande uitgangspunten op mensen met GGP, zorgverlening, wijkgerichte zorg en samenleving dienen regelmatig geëvalueerd te worden vanuit een brede visie op menselijke ontwikkeling en zelfregie. De evaluaties dienen zo nodig te leiden tot bijstellingen, waarbij de wensen en ambities van alle betrokkenen worden meegewogen.

Ben Venneman en Kees Onderwater

¹⁾ Geïnspireerd door Prof.dr F.A.J Korthagen (Hersteld vertrouwen; Naar een pedagogisch manifest, 2011)

²⁾ Geestelijke gezondheidsproblemen wordt afgekort met GGP