
VALLEN EN OPSTAAN IN AMSTERDAM

De weg naar een Maatschappelijk Steun Systeem (MSS)

Kees Onderwater en **Maarten Voster**

Inleiding

Plannen worden zelden helemaal uitgevoerd. Door politiek en burgerlijk "meedenken" en soms voortschrijdend inzicht, worden ze vaak sterk gereduceerd verwezenlijkt. Denk aan het Amsterdamse plan voor een groot metronetwerk dat uiteindelijk resulteerde in die ene Oostlijn, aan de plannen voor drooglegging van de Zuiderzee, de sociale vernieuwing die vanuit Rotterdam heel Nederland zou veroveren (of is dat via Fortuyn toch gelukt?), of de weidewinkels die de stedelijke centra zouden vervangen.

Ook de plannen die halverwege de jaren tachtig in Amsterdam het levenslicht zagen om de geestelijke gezondheidszorg te reorganiseren, kunnen in het licht van deze realiteit worden beschouwd. De plannen waren goed gefundeerd, ambitieus, kansrijk en compleet (Adviesgroep, 1987; Gersons e.a., 1992) maar bleken in de praktijk onmogelijk om als totaal plan te realiseren. Er werden slechts onderdelen geconcretiseerd (Schrameijer, 1991; Jansen, 1993, Rijksschroef, 1993).

Eind jaren negentig wilde de toenmalige wethouder van der Horst wel eens weten wat er nu uiteindelijk van alle ambities op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam terecht was gekomen. Ze gaf discussiecentrum "De Balie" opdracht een onderzoek uit te voeren naar het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg in de stad. In de rapportage "Gekte in de stad" werd geconstateerd dat langdurig zorgafhankelijke cliënten de aansluiting met de samenleving dreigden te verliezen en het aanbod van zorg en diensten een lappendeken was. De crisisopvang in Amsterdam functioneerde slecht en de zorg in de thuissituatie bleef ernstig in gebreke (Janssen & Lammers, 1999; Van Ditshuyzen, 1999; Muijen, 2001). Van de voorgestelde wijkteams in het Amsterdamsmodel was niets terecht gekomen. Deze conclusies vormden de aanleiding voor de zogenoemde "Baliedebatten" die in februari 2000 werden afgesloten met de ondertekening van het Amstel Zorg Akkoord. Zestien stedelijke organisaties voor zorg, wonen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening, en de gemeente, beloofden beterschap.

In het akkoord werd afgesproken de crisisopvang in de stad te reorganiseren. Daarnaast werd besloten zorg, wonen, werk, welzijn en maatschappelijke dienstverlening in de wijken, voor mensen met ernstige (langdurige) psychische en psychiatrische problematiek, beter op elkaar af te stemmen en te verbeteren. Integrale samenwerking en het ontwikkelen van een gezamenlijke verantwoordelijkheid werden sleutelbepippen.

Het maatschappelijke steun systeem in opbouw van het stadsdeel Westerpark, werd als richtinggevend genomen (Onderwater, 2001, Kannekens, 2001). In de vormgeving werd gedacht aan sociale meld- en steunpunten ten bate van betere signalering en coördinatie, een regierol vanuit het stadsdeel en voor iedere cliënt één zorgcoördinator die verantwoordelijk zou zijn voor de continuïteit en samenhang.

Dit artikel beschrijft onze ervaringen in de ontwikkeling van deze wijkaanpak. In het voorjaar van 2001 zijn in drie Amsterdamse stadsdelen proefprojecten van start gegaan. Doel was een wijkaanpak te ontwikkelen die daarna in de rest van de stad kon worden toegepast.

We beschrijven twee soorten ervaringen: ervaringen met de ontwikkeling van de inhoudelijke aanpak en die met het proces en de organisatie.

De inhoud

Signalering

De eerste vraag bij werken in de wijk was, hoe vind je de mensen die zich "in de plinten van de buurt bevinden" en daardoor buiten beeld blijven. Anders dan bij de mensen die overlast veroorzaken, vallen de meeste van de beoogde cliënten niet direct op. Het gaat dan veelal om mensen die sociaal geïsoleerd zijn of worden uitgesloten als gevolg van hun ernstige psychische en psychiatrische problemen en hun wijze van leven. Het ontbreekt hen vaak aan een netwerk, is dit wel aanwezig dan is het uiterst klein. Een groot gevoel van eenzaamheid is alom tegenwoordig. De mensen berusten vaak in hun lot, zijn niet tegen sociale druk bestand, hebben een negatief zelfbeeld, schamen zich voor hun emotionele eenzaamheid en rationaliseren hun gebrek aan sociale contacten. Geestelijke gezondheidsproblemen zijn oorzaak en/of gevolg (Hortulanus e.a., 2003; Jehoe- Gijsbers, 2004).

Een goed functionerend signaleringsnetwerk is een belangrijke voorwaarde. Bij het samenstellen hiervan, in de vorm van het wijkoverleg, is eerst gekeken naar de zo genoemde "kernparticipanten". Dat zijn de professionals waarvan we verwachten dat zij veel van de mensen met psychische problemen in de buurt kennen en die bij het bieden van steun en hulp ook vrijwel zeker nodig zullen zijn. Deze kernparticipanten, de in de buurt werkende professionals van thuiszorg, maatschappelijk werk, jeugdhulp, ggz en dergelijke, werden direct uitgenodigd om mensen te noemen waar zij zich zorgen over maakten. Dat leverde direct een eerste caseload op. Ook in het vervolg traject bleek de case-finding via de hulpverleners uit de buurt effectief. Dat gebeurde op basis van de vraag: "Over wie maak jij je zorgen en heb je het idee dat je zelf niet voldoende kunt bieden?" Daarbij werd de afspraak gemaakt dat: a. over ieder signaal terug gerapporteerd zou worden, b. geen actie ondernomen zou worden voordat een melder was geraadpleegd.

Aanvankelijk vonden de meldingen alleen plaats in een vergadering met de hulpverleners. Maar al gauw wilde men een meldpunt waar te allen tijde meldingen geplaatst kon worden. Dat leidde tot het opzetten van

“meldpunten voor zorg”, waar ook discussie over ontstond. Omdat niet alleen hulpverleners, maar ook burgers zich zorgen kunnen maken over medeburgers, rees de vraag of het meldpunt ook open moest staan voor burgers. Waarop de discussie ontstond over de mate waarin burgers zich met elkaar mogen bemoeien en of er een grens is tussen “burenzorg” en “burenbemoeizorg” in de geïndividualiseerde grote stad? Tot een eenduidige conclusie kwamen we niet in Amsterdam. Dat heeft geleid tot meldpunten waar burgers wél terecht kunnen met hun zorgen, én meldpunten die niet rechtstreeks voor burgers toegankelijk zijn.

Quickscan

Het is niet eenvoudig om na een melding, voldoende en juiste informatie te krijgen over een cliënt. Daarom werd gestart met een “quick scan”. De meldpuntcoördinator belt verschillende instanties om na te gaan of zij de cliënt kennen. De ingewonnen informatie wordt besproken op een overleg met een kerngroepje hulpverleners, het klein overleg. Daar wordt besloten of een belangrijke volgende stap, een bezoek aan de cliënt en het maken van een probleem inventarisatie, noodzakelijk is.

Casus

Een bejaarde dame wordt aangemeld door de bureu. Zij maken zich ernstig zorgen over de geïsoleerd levende familie. Mevrouw heeft een verslaafde zoon. Het is niet duidelijk of er contact is met hulpverleners. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in de wijk en verbonden aan het Meldpunt, gaat op huis bezoek.

De wijk-SPV constateert een sterk vervuilde woning met veel achterstallig onderhoud. Er is onder andere een lekkage naar de onderburen. Er blijkt sprake te zijn van een forse huur achterstand. De huiseigenaar dreigt hierdoor de woning te ontruimen. Ook de energierekening is lange tijd niet betaald. De zoon zet moeder regelmatig onder druk om hem geld te geven voor drugs. Er lijkt sprake te zijn van een symbiotische relatie. De oude dame is blij met het bezoek van de SPV.

Er wordt contact gezocht met de afdeling Hygiënisch woningtoezicht van de GGD. Er blijkt eerder contact te zijn geweest met deze familie. Afsgesproken wordt dat zij opnieuw langs zullen gaan, samen met de wijkagent. Met de eigenaar van de woning vindt overleg plaats om te onderzoeken of deze bereid is mee te werken aan een oplossing. De huurachterstand blijkt zijn primaire probleem, en hij is bereid mee te werken.

De huisarts is berustend, heeft er te vaak zijn tanden op stuk gebeten. Het is zoals het is en er is weinig eer aan te behalen, is haar conclusie. De enige oplossing die zij ziet is dat de jongen het huis uit gaat. Er volgt een zoektocht naar de jongen en er worden pogingen ondernomen om hem ergens in zorg te krijgen. Zijn motivatie is uiterst gering maar uiteindelijk lukt het, met veel moeite, de jongen aan te haken bij een methadonpost. Door de betrokken wijze waarop de SPV het contact

onderhoudt, wordt deze door de jongen in vertrouwen genomen. Hij vertelt dat er op straat op hem wordt geloerd en dat ook de burens het over hem hebben. Hij voelt bepaalde invloeden en meent dat de burens daar achter zitten. Door een voorval overstuurd geraakt, wordt de jongen door de politie angstig uit een tuinhuisje gehaald. Hij wordt vervolgens door de Crisisdienst beoordeeld en is bereid medicijnen in te nemen. Al snel wordt de jongen weer afwerend in zijn contacten met de psychiater en stopt het contact en het slikken van medicijnen. Alle activiteiten worden terug gekoppeld en besproken op het wijkoverleg van het Meldpunt.

Probleeminventarisatie

Een breed zicht op gewenste of niet gewenste ondersteuning ontbreekt meestal. Professionals nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen specifieke deel, de samenhang ontbreekt. Ook de maatschappelijke en culturele context wordt vaak onvoldoende meegewogen bij de inschatting van de problematiek. Bij de wijkaanpak moet met open ogen, oren en neus een uitvoerige probleeminventarisatie worden gemaakt. Hiervoor werd de door Nieuwenhuizen en Wijngaarden (1994) bewerkte Berliner Bedürfnis Inventar (BeBi) bewerkt tot een korte en handige inventarisatielijst. Op vijftien domeinen wordt aan mensen gevraagd of er hulp of steun aanwezig is, en of die hulp dan komt van vrienden, familie of professionals. Ook wordt duidelijk of de hulpverlener vindt dat hulp noodzakelijk is en of de cliënt het hiermee eens is. Uit onderzoek in een tweetal stadsdelen in Amsterdam blijkt dat 100% van de aangemelde cliënten naast psychische, ook andere problemen heeft. Zevenenzestig procent heeft problemen met werk en of dagbesteding. Ruim zestig procent ervaart problemen met het aangaan en onderhouden sociale contacten. Vijf en veertig procent ervaart problemen met het omgaan met de kinderen en ruim 43% komt in de problemen met de organisatie van het wonen. Tot slot ervaart 40% problemen met de lichamelijke gezondheid (Gillissen, 2003).

Uit de brede probleeminventarisatie wordt een plan van aanpak voor hulp en ondersteuning geformuleerd. Dat "interventieplan" wordt vervolgens weer in het klein overleg besproken en zo nodig in een "groot overleg". De betrokken hulpverleners moeten zich daar committeren aan de aanpak en een van hen wordt aangewezen om de coördinatie op zich nemen.

Voortgangsbewaking

Bij de bespreking van cliënten worden informatie en gemaakte afspraken vastgelegd. De meldpuntcoördinator heeft de rol van "secretaris" en bewaakt de afspraken, en daarmee de voortgang. In het meldpunt is sprake van standaardisering van de werkwijze: een vast stramien voor de gestelde vragen en de geregistreerde gegevens, een procedure voor de mensen en instanties waar informatie wordt gevraagd en aan wie informatie wordt gegeven. De ervaringen met deze werkwijze leverden protocollen (wanneer, wordt door wie, wat gevraagd) en registratieformulieren op.

Dat leidde tot grotere efficiëntie (niet iedere keer uitvinden wat je moet vragen, welke instantie, je waarvoor nodig hebt, welke persoon je moet hebben) en volledige informatie.

Het meldpunt heeft als kerntaken:

- 1) het binnenhalen van signalen
- 2) het registreren van die signalen en van de afspraken die zijn gemaakt om op de signalen te reageren
- 3) het aanwijzen van een zorgcoördinator
- 4) het bewaken van de afspraken en ontwikkelen van protocollen en registratieformulieren.

Zorg coördinatie

Als een "brede" aanpak gewenst is (bijv. psychiatrische, financiële en huishoudelijke steun), is coördinatie noodzakelijk. De zorgcoördinator moet de cliënt en de problematiek kennen. Als de cliënt de hulpverlener accepteert in zijn rol als zorgcoördinator is de kans op succes groter. Ook is "dekking" vanuit de eigen en andere betrokken instellingen nodig (tijd, en zo nodig steun krijgen) bij de uitvoering van de coördinatie taken. Vooral bij cliënten met chronische problematiek, is zorgcoördinatie een zaak van lange adem. Continuïteit in het contact en de coördinatie is wezenlijk, maar tegelijk ook heel zwaar.

Vervolg casus

Er wordt afgesproken dat de wijk-SPV zich nu met name op de moeder gaat richten en de coördinatie op zich neemt. Het Meldpunt zal het contact met de burens onderhouden.

Als eerste wordt gewerkt aan een oplossing voor de huurachterstand. Crediam, een organisatie die zich bezig houdt met schuldsanering, neemt de huurschulden over. Een groot deel wordt als gift aan mevrouw afgehandeld, een klein deel moet ze maandelijks aflossen. Afsluiting van het gas en licht dreigt eveneens en wordt, na een verzoek door de SPV bij een kerkelijk fonds, voorkomen door een gift van deze instantie. Geconstateerd wordt dat de elektra-installatie in het huis erg gevaarlijk is en eigenlijk onbruikbaar. De installatie wordt door Bouw en Woningtoezicht afgekeurd. De eigenaar weigert de noodzakelijke verbeteringen aan te brengen ondanks de herhaaldelijke sommering van Bouw en Woningtoezicht. Uiteindelijk heeft het energie bedrijf zelf de noodzakelijke verbeteringen aangebracht en de rekening naar de eigenaar gestuurd. Ook de buurtconciërge zet zich in om allerlei achterstallige onderhoudszaken aan te pakken. Thuiszorg van Het Leger des Heils wordt geïntroduceerd en gaat in de woning aan de slag.

Door voortgaande inspanningen van het Meldpunt en de SPV kan de jongen zijn intrek nemen in een Sociaal pension. Hij blijft wel regelmatig op bezoek komen bij zijn moeder. De wankele gezondheid van de tachtigjarige moeder maakt het noodzakelijk dat zij wordt opgenomen in een verzorgingshuis buiten haar eigen buurt.

Na een paar weken keert zij weer terug naar haar woning aangezien ze het niet kan accepteren dat ze niet meer in haar eigen buurtje verblijft. Samen met de SPV bezoekt zij een verzorgingshuis in haar eigen buurt en ze besluit zich daar in te schrijven. Ze blijft tot er plaats is thuis wonen en de SPV informeert en instrueert alle betrokkenen.

Het proces & de organisatie

Het ontwikkelingsproces van de wijkaanpak kent vele aspecten als ware het een slinger beweging van klein naar groot, van breed naar smal, van "Poolse Landdag" naar klein projectteam. Bij de start was betrokkenheid van alle organisaties van belang. In Amsterdam waren er 16 ondertekenaars van het Amstelzorgakkoord en niemand was de baas. Een breed platform van alle participanten dat twee keer per jaar bij elkaar kwam, diende als legitimering en soms als smeermiddel om voort te kunnen gaan.

Het Amstelzorgakkoord is ondertekend door de gemeente, de stadsdelen, het zorgkantoor, de GGD, de maatschappelijke opvang, de woningcorporaties, de politie, de geestelijke gezondheidszorg instellingen, de maatschappelijke dienstverlening, de thuiszorg, de verslavingszorg, de cliëntenvertegenwoordigers, de familieorganisatie en de huisartsen.

Onder het platform functioneerde een projectteam van twee personen, onder wie een stevige projectleider. Iemand die de verhoudingen goed kende, met invoelingsvermogen voor zowel de uitvoeringspraktijk als voor de bestuurlijke verhoudingen, met goede contactuele eigenschappen en inhoudelijke kennis. Iemand uit de eigen kring, maar toch zonder binding met een van de vele geledingen.

De start begon klein, met vijf cliënten die door de kernparticipanten zelf werden aangedragen. Pas nadat daarmee ervaring was opgedaan, de processen enigszins waren beschreven en standaardisatie had plaatsgevonden werd bredere bekendheid gegeven aan het meldpunt. Vervolgens werd het opengesteld voor de instroom van meerdere cliënten.

De kernparticipanten op lokaal niveau zijn: stadsdeel (de meldpuntcoördinator), thuiszorg, een ambulant werkende GGZ-instelling, maatschappelijke dienstverlening en GGD/Vangnet & Advies (een afdeling met ambulante werkende SPV-en voor onder meer crisissituaties)

Voor het draagvlak is bestuurlijke dekking van belang. Op zijn minst rugdekking, maar liefst ook betrokkenheid van de politiek verantwoordelijke en de vertegenwoordiger van het Zorgkantoor (na invoering van de WMO zal die partij overigens een minder grote rol hebben). Participatie van zowel het zorgkantoor als de gemeente is een belangrijk financieel hulpmiddel.

Tenslotte is de slinger van klein naar groot ook in de werkwijze van een meldpunt te vinden: een kleine kern (het "klein overleg") doet het eerste werk: meldpuntcoördinator signaleert en registreert, een SPV gaat op pad om de situatie ter plekke te verkennen. Pas daarna, als daar aanleiding toe is, komt de problematiek in het "groot overleg" waar alle betrokken partijen bijeen zijn. Hier vindt een bredere verkenning van de oplossingen plaats en worden afspraken gemaakt over een brede aanpak. De volledige werkwijze werd beschreven in het *Voorlopig kader wijkaanpak Amstelzorgaccoord* (2002).

Privacy

Kenmerkend voor de aanpak bij de meldpunten is de samenwerking van veel verschillende instellingen rond een cliënt. Daarvoor is het noodzakelijk dat zij gegevens kunnen uitwisselen over de cliënt. Informatie over de problematiek, over de interventies en veranderingen in de situatie van de cliënt. In verband met de continuïteit, de voortgangsbewaking en de overdracht aan opvolgers van verschillende instellingen moet ten minste (een deel van de) informatie worden geregistreerd en voor bepaalde mensen worden ontsloten. Bovendien is een doel van deze vorm van wijkaanpak ook om werkprocessen te evalueren. Vragen als, welke mensen worden bereikt, welke interventies worden uitgevoerd en welke resultaten worden geboekt, moeten beantwoord kunnen worden.

Bij de ontwikkeling van de wijkaanpak was niet duidelijk of de werkwijze, in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), verantwoord was. Er werd voor gekozen om een zorgvuldige praktijk op te starten zonder dat deze voldeed aan de toen geldende eisen. Op deze wijze werd het mogelijk om tijdens het werkproces helder te krijgen welke afspraken in het kader van de WBP noodzakelijk waren. Tijdens het ontwikkeltraject werd de WBP vernieuwd en dit schiep meer duidelijkheid omdat nu van elk project waarbij informatie over cliënten wordt uitgewisseld, gemeld moet worden bij de gemeente. De melding moet voorzien zijn van een goede beschrijving van de werkwijze en bij wie de verantwoordelijkheid ligt. De werkwijze van de wijkaanpak en de gehanteerde formulieren voldoen hier aan. Daarnaast hebben de instellingen een convenant ondertekend waarin staat dat de medewerkers zich zullen houden aan de beschreven werkwijze. In principe wordt aan cliënten gevraagd of zij akkoord gaan met de uitwisseling van hun gegevens. In veel gevallen zullen cliënten toestemming geven. Als wordt ingeschat dat de cliënt niet zal meewerken, moet goed gedocumenteerd worden waarom er in dat specifieke geval niet om toestemming is gevraagd. Bij de verantwoording zal de wetgever zijn oordeel laten afhangen van de wijze waarop de handelwijze, en de motivatie van bepaalde beslissingen, zijn gedocumenteerd.

Succes en faal factoren

De drie Baliedebatten en het ondertekenen van een stedelijk akkoord door de bestuurders van zestien betrokken partij brachten elan en

publiciteit. Die waren nodig om alle partijen energiek en doelgericht samen aan de start te krijgen. Zij zorgden ook voor zware bestuurlijke druk op, en hoge pretentie van het project. Dat leidde soms tot cynisme op "de werkvloer".

Dat cynisme verergerde toen de eerste projectmanager veel te politiek en beleidsmatig aan de slag ging, en vergat de medewerkers bij de ontwikkelingen te betrekken. Dat leidde tot stagnatie bij aanvang van het project. De aanstelling van een meer op operationeel niveau werkende projectleider, zorgde voor meer betrokkenheid bij de uitvoerders van de instellingen. Dat bracht weer schot in de zaak.

Desondanks bleef bij de uitvoerders het gevoel bestaan dat er veel *top-down* werd geopereerd. Een aantal betrokkenen ervoer de benodigde overlegvormen om de ontwikkelingen van de grond te krijgen als, teveel, de werkdruk nam hierdoor toe (Vermeulen, 2002). Tegelijkertijd en enigszins tegenstrijdig, was de roep om meer centrale kaders en richtlijnen. Het zoeken naar een goed evenwicht tussen die gevoelde discrepantie is in de verdere ontwikkeling van het project een belangrijk punt van aandacht gebleven.

Die spanning tussen de behoefte aan leiding en de weerzin om van bovenaf besluiten opgelegd te krijgen, vraagt veel van de onderlinge communicatie. Daarin was voorzien door bijeenkomsten van, en nieuwsbrieven aan, de direct betrokken medewerkers, incidentele deelname van de projectleider aan allerlei vormen van uitvoerend overleg en de verspreiding van een "Wie is wie" smoelenboek. De medewerkers van participerende instellingen die niet betrokken waren, werden nauwelijks geïnformeerd.

Evaluatie onderzoek in het kader van het ZonMw programma *Lokaal beleid voor chronisch zieken* wees uit dat de een nauwkeurige formulering van de doelgroep ontbrak (Vermeulen, 2002). Het bleek niet mogelijk om de doelgroep per stadsdeel, precies in kaart te brengen. De daarvoor noodzakelijke detailinformatie was niet beschikbaar. Alleen een (grove)schatting van de doelgroep, aan de hand van een aantal eerder uitgevoerde landelijke en stedelijke onderzoeken naar psychiatrische chroniciteit (Kroon e.a., 1998), bleek mogelijk. In de aanpak speelde dat eigenlijk geen rol. In de praktijk werden alle mensen toegelaten waar de omgeving zich ernstig zorgen over maakte, en bij wie sprake was van ernstig isolement en/of verwaarlozing, en slechts een vermoeden van ernstig psychisch lijden of een psychiatrisch ziektebeeld bestond.

Het uitgangspunt dat huisartsen als kernparticipant moeten deelnemen aan het meldpuntoverleg is losgelaten. Huisartsen worden als poortwachter van de geestelijke gezondheidszorg regelmatig geconfronteerd met mensen die (ernstige) psychische en psychiatrische problemen hebben. Door hoge werkdruk en de soms moeizame samenwerking met de GGZ komt het regelmatig voor dat mensen die geen duidelijke of complexe klachten formuleren, tussen de wal en het schip vallen.

Het meldpunt kan dus voor huisartsen een mogelijkheid bieden om mensen met ingewikkelde problemen weer op de rails te krijgen. In een stadsdeel werken 10 of meer huisartsen (totaal in Amsterdam 460). Ze opereren in kleine groepspraktijken maar vaker alleen. Aanvankelijk nam per wijkoverleg, één huisarts deel namens de huisartsen, dat bleek niet te werken. Als groep zijn huisartsen moeilijk aan te spreken. Een eenduidige, naar onze opvatting noodzakelijke, opvatting over hun aandeel in de geestelijke gezondheidszorg bestaat (nog) niet.

Regie voeren is bij sociale meldpunten (GGZ in de wijk) noodzakelijk. De stadsdelen kregen deze taak toebedeeld. De wil om de regie te voeren was aanvankelijk niet bij alle stadsdelen aanwezig. Zorg stond niet op de politieke en ambtelijke agenda. Dit bleek voor een belangrijk deel gebaseerd op het ontbreken van financiële middelen. Die middelen zijn in bescheiden mate beschikbaar gesteld (€ 45.000 voor ieder stadsdeel op een bevolking van 30 – 80.000 inwoners). Daarna hebben stadsdelen actief meegewerkt aan de realisatie.

In november 2002, dus anderhalf jaar na de start van de eerste proefprojecten, werd door de Centrale stad (gemeente Amsterdam) en de stadsdelen, een zogenaamd Bestuursakkoord gesloten. De lokale overheid verplicht zich in dit akkoord een systeem van signalering op te zetten voor haar kwetsbare burgers en wil de regie voeren over de coördinatie van de zorg. Tevens werd besloten de bestaande overlastnetwerken en andere nieuwe initiatieven samen te voegen tot Sociale meldpunten. (Voster, 2003). In april 2003 is in het overleg van portefeuillehouders Welzijn van de stadsdelen besloten, dat eind 2005 in alle veertien stadsdelen Sociale Meldpunten operationeel moeten zijn. De planning voor een verdere stedelijke implementatie is gemaakt. Op dit moment zijn volgens die planning in negen van de veertien stadsdelen meldpunten operationeel en de resterende vijf zijn in voorbereiding en zullen eind 2005 gerealiseerd zijn.

Tenslotte

Zoals in het begin is aangegeven: vaak worden grote plannen niet geheel uitgevoerd.

Soms is er echter veel later opeens toch een nieuwe impuls (vergelijk de, nu toch in uitvoering zijnde, tweede metrolijn in Amsterdam).

Voor het Amsterdamse model van de GGZ is een dergelijke ontwikkeling ook heel wel mogelijk. Met horten en stoten zijn in de jaren negentig onderdelen van de voorgenomen geestelijke gezondheidszorg structuur uitgevoerd. Het Amstelzorgakkoord gaf vanaf 2001 een nieuwe impuls aan de wijkaanpak. Met de komst van de sociale meldpunten is er echter nog geen maatschappelijke steunstructuur gerealiseerd. De komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning vraagt nu om gemeentelijke regie en het opbouwen van integrale maatschappelijke steunstructuren in de wijk. De als gevolg van de WMO schuivende verhouding tussen de gemeentelijke overheid en de geestelijke gezondheidszorg, kan hierbij een handje helpen. De nieuwe wijkaanpak van het Amstelzorgakkoord past hier wonderwel in. Dit kan betekenen dat zij met extra kracht de

komende jaren wordt uitgebouwd tot een integraal maatschappelijk steunsysteem. Daarbij zullen de hier beschreven ervaringen hopelijk nuttig en van dienst zijn.

Maarten Voster is econoom en was als projectleider verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wijkaanpak van het Amstelzorg akkoord. Eerder was hij 8 jaar voorzitter van het stadsdeelbestuur in Westerpark. Maarten Voster werkt als adviseur.

Kees Onderwater was als inhoudelijk adviseur betrokken bij de uitvoering van de wijkaanpak. Thans is hij regiomanager Midden Kennemerland bij Roads, een organisatie waar maatschappelijke integratie centraal staat.

Geraadpleegde bronnen

- Adviesgroep Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam (1987) *Het Amsterdams Model* Eindverslag.
- Ditschuyzen I. van (1999) *Verwarring in de stad*, documentaire uitgezonden 24 november 1999, Humanistische Omroep.
- Gersons, B.P.R. , W van de Graaf, R. Rijksschroeff en F. Schrameijer (1992) The mental health care transformation process: The Amsterdam Experience. *The International Journal of Social Psychiatry* 38, 50-58.
- Gilissen, R. (2003) *Onderzoek deelprojecten Mentrum en Emergis*. VWS, Diaboloproject.
- Hortulanus, R., A. Machielse, L. Meeuwesen (2003) *Sociaal isolement*. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland. 's Gravenhage: Elsevier Overheid.
- Jansen M. en Klanbordgroep GGZ (1993) *Het Amsterdamse Model Halfweg*. Amsterdam: Stadsdrukkerij
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004) *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Kannekens, W. (2001) In de buurt en over straat. Integratieproject Westerpark/Oud West. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 56, 1138-1152.
- Janssen M, B. Lammers (1999), *Gekte in de stad, de stad een gekkenhuis? Op weg naar een nieuwe praktijk*. Amsterdam: De Balie.
- Kroon H., J. Theunissen, J.T. van Busschbach, E. Raven en D. Wiersma (1998) Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrisch patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies. *Tijdschrift Psychiatrie*, 40, 199-211
- Muijen, M. (2001) *Rapport betreffende de "Quick Scan" van de Amsterdamse Geestelijke Gezondheidszorg*. Londen: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Nieuwenhuizen , Wijngaarden (1994) *Bewerking Berliner Bedürfnis Inventar*. Utrecht.
- Onderwater, K. (2001) De ontwikkeling van een maatschappelijksteunsysteem in Westerpark. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 56, 37-46
- Rijksschroeff, R. (1993) De Amsterdamse uitgangspunten nader getoetst. In: *Ver van mijn bed* van De Jonghe en Dekker (red.) Assen: Van Gorcum.
- Schrameijer, F. (1991) Het Amsterdams model: dromen en daden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 6, 603-622
- Vermeulen K., H. Kroon, F. de Boer en J. van Weeghel (2002) *Evaluatie wijkgerichte aanpak Amstelzorgakkoord*. Tussentijdse rapportage. Deelstudie 1: Monitor Amstelzorgakkoord. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Voster M., A. Acda (2003) *Een sociaal signaal*. Advies over sociale meldpunten en maatschappelijke steunsystemen in de Amsterdamse stadsdelen. Gemeente Amsterdam.