

---

# MEDIAAN

## Zelfstandig wonen voor mensen met schizofrenie: Het kán in Almere

*Over vermaatschappelijking, sociaal isolement en de rol van de SPV*

**René Groote**, sociaal psychiatrisch verpleegkundige i.o. aan de Hogeschool van Amsterdam en werkzaam als verpleegkundige bij MFE de Meregwaard in Almere.

### **Inleiding**

“Wonen en niet ‘psychiatriseren’ voor schizofrenen” kopt de Volkskrant in januari 2005. “Een woonwijk in aanbouw; het eigen appartement en de besloten binnentuin bieden rust en veiligheid, ondersteuning is dag en nacht beschikbaar, maar geïsoleerd zijn ze niet”, gaat het artikel verder. Een maand later wordt de eerste zelfstandige woonvoorziening in Nederland voor mensen met schizofrenie, het Acomplex in de Stripheldenbuurt in Almere-Buiten, opgeleverd.

*Niet geïsoleerd zijn?*, vroeg ik mij af bij het lezen van het stuk, in slaapstad Almere met z’n 175.000 anonieme inwoners (de komende jaren doorgroeiend naar 300.000). Waar men vaak nog nét de naaste burens kent, waar een vriendelijke groet of bejegening meer uitzondering dan regel is? Waar de burgers al genoeg aan zichzelf lijken te hebben en waar buurtbetrokkenheid maar mondjesmaat in vooral de oudere wijken (oud Amsterdammers) te vinden is?

Mede door de MGZ-GGZ cursus “*De sociale omgeving*” was de nieuwsgierigheid bij deze bevooroordeelde ervaringsdeskundige (woonachtig in Almere) gewekt: In hoeverre is er al dan niet sprake van isolement (sociaal en ruimtelijk) wanneer mensen met schizofrenie zelfstandig wonen in een woonvorm zoals het Acomplex in een nieuwbouwwijk? Wat valt er in dat opzicht te zeggen over het Acomplex en de buurt waarin het ligt? Welke rol heeft de SPV op het gebied van voorkomen en bestrijden van marginalisering en sociaal isolement bij zelfstandig wonende cliënten met schizofrenie, in een woonvoorziening als het Acomplex? Alvorens deze vragen te beantwoorden wil ik stil staan bij de algemene termen vermaatschappelijking en sociaal-, maatschappelijk en ruimtelijk isolement.

### **Vermaatschappelijking**

In 1982 werd de deinstitutionalisering geïntroduceerd, met als gangmaker de beweging van de anti-psychiatrie. Cliënten en instellingen moesten vanuit ‘de bossen’ naar de samenleving met ondersteuning van zorgprogramma’s, zorg op maat, een vraaggericht aanbod en vanuit cliëntenperspectief. Integreren in de samenleving of, zoals dat heet, ‘vermaatschappelijken’ (Klumpen, 2001; Langelaan e.a., 2000; Van Rooijen, 2005; Schoemaker, 2001; Schoemaker e.a., 2000). Hoe staat het nu met de vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg?

Lourens Henkelman (2000) van Zorgonderzoek Nederland (ZON) constateerde dat het resultaat van deze voornemens nog uitermate mager is. "De GGZ zou gaan samenwerken met gewone maatschappelijke organisaties, maar daar is weinig sprake van. Evenmin als familie erbij te betrekken, want daar wordt meer beroep op gedaan. (...) Als je geen goed functionerend maatschappelijk steunsysteem hebt, is het misdadig om mensen buiten een kliniek te zetten of te houden", zei Henkelman.

De cliëntenparticipatie blijft beperkt en cliëntenorganisaties worden te weinig bij overleg betrokken (Van der Pol, 2000; Klumpen, 2001). De Taskforce Vermaatschappelijking, geformeerd in oktober 2000 na een motie waarin de Kamer haar verontrusting uitte over het proces van vermaatschappelijking, kwam onder andere met het advies dat gemeenten het initiatief moeten nemen om alle betrokkenen bijeen te brengen om tot samenwerking te komen. Daarnaast had zij kritiek op een top-down aanpak omdat veel van bovenaf bedachte activiteiten niet van de grond kwamen. Daarentegen was zij enthousiast over allerlei bottom-up initiatieven (GGZ-Nederland, 2002; Onderwater, 2002). Dat samenwerking ook nu nog vaker ad hoc dan structureel plaatsvindt, stelde Rick Kwekkeboom (lector Vermaatschappelijking in de Zorg aan de Avans Hogeschool in Breda) in november 2004, tijdens een studiemiddag in het kader van het 25-jarig bestaan van de vereniging NVSPV. Het doel van vermaatschappelijking is volgens haar nog steeds: het behouden en vergroten van maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Maar voor het behalen van dit doel moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan:

- 1 scheiden van wonen en zorg;
- 2 integraal voorzieningen aanbod door lokale instellingen zo dicht mogelijk bij huis: zoals verzorging, behandeling, dagbesteding en werk;
- 3 netwerkvorming van categorale en algemene voorzieningen (bijvoorbeeld thuiszorg, woningcorporaties, maatschappelijk werk): samenwerking en gebruik maken van elkaars krachten;
- 4 meer eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en een grotere rol van de mantelzorg;
- 5 de samenleving moet naast acceptatie en tolerantie een actieve betrokkenheid tonen in de vorm van bijvoorbeeld burenccontact en vrijwilligerswerk (Van Dijk, 2005). Henkelman vond destijds gebrek aan regie een van de grootste mankementen. Kwekkeboom zei dat coördinatie belangrijk is en dat de lokale overheid deze coördinerende rol het beste op zich kan nemen, maar dat dit nog te weinig gebeurt.

### ***Kwaliteit van leven***

Ongeveer 6000 langdurig psychiatrisch zieke mensen zijn in die twintig jaar uit de klinieken gegaan en beschermd of begeleid gaan wonen. "Maar gaat het goed met ze? Zijn ze gelukkiger?" vroeg Henkelman zich af. Tevredenheidsonderzoeken uit 1997 lieten zien dat zij zichzelf *een klein zetje voor de kwaliteit van hun leven* gaven. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut naar de vermaatschappelijking van de zorg voor mensen met ernstige en langdurende psychische

problematiek in 2003 blijkt dat het merendeel (72.000) van deze mensen zelfstandig of in een beschermde woonvorm woont. Dit betekent echter niet dat zij volledig in de maatschappij geïntegreerd zijn. Met andere burgers vergeleken hebben zij een kleiner sociaal netwerk. Circa 60% is ongehuwd en driekwart heeft geen vaste partner, zij hebben minder vrienden en kennissen en minder werk. Slechts tien procent heeft een reguliere baan. Zij ervaren *een lagere kwaliteit van leven* dan de rest van de bevolking en zijn ontevreden over hun sociale netwerk en financiën. Veel cliënten hebben behoefte aan hulp en ondersteuning bij hun herstel en het opbouwen en onderhouden van sociale contacten en bij het vinden/ uitbreiden van dagelijkse bezigheden (Michon e.a., 2003). En recent in Psy nr. 7 2005: "*Kwaliteit van leven krijgt mager zesje*", blijkt uit het Trimbos-onderzoek naar de kwaliteit van de langdurige zorg in GGZ Westelijk Noord-Brabant en Zelfstandig Begeleid Wonen Utrecht. De meest zelfstandig functionerende cliënten zijn nog het minst gelukkig: zij geven gemiddeld zelfs minder dan een zes (Tulp, 2005).

Vermaatschappelijking gaat uit van zelfstandige en mondige zorgvragers. De cliënt moet voor zichzelf op kunnen komen en moet zichzelf van informatie over ziekte en behandelingsmogelijkheden kunnen voorzien. Cliënten die niet over deze eigenschappen beschikken of vanuit de naaste omgeving geen hulp hierbij krijgen, kunnen in een sociaal isolement terechtkomen.

### **Sociaal isolement**

Eenzaamheid en sociaal isolement zijn geen verschijnselen die alleen bij de bekende risicogroepen zoals mensen met een slechte gezondheid, ouderen en langdurig werklozen voorkomen. Ongeveer 30% van de Nederlandse bevolking loopt het risico om in een sociaal isolement te komen vanwege eenzaamheidsgevoelens of een klein netwerk. Momenteel leeft 6% van de bevolking al geïsoleerd (Hortulanus et al., 2003).

In de studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland beschouwen bovengenoemde auteurs iemand sociaal geïsoleerd '*wanneer er een onaanvaardbare of ongewenste discrepantie bestaat tussen de kwaliteit en omvang van het sociale netwerk en datgene wat het individu voor zichzelf noodzakelijk acht voor een goed sociaal functioneren*' (Hortulanus et al., 2003). In deze opvatting van sociaal isolement spelen een combinatie van de kwaliteit van sociale contacten in termen van eenzaamheidsgevoelens (subjectief) en de omvang van het netwerk (objectief) een rol. Sociale contacten zijn belangrijk voor het persoonlijk en maatschappelijk welbevinden van mensen.

Personen uit het sociale netwerk kunnen de ander zelfs tot steun zijn, maar ook de toegang zijn tot allerlei maatschappelijke hulpbronnen zoals: werk, opleiding, verenigingsleven, et cetera.

Maatschappelijke ontwikkelingen zijn van invloed op de wijze waarop sociale contacten vorm krijgen. Zo zorgde de ontwikkeling van de 'verzorgingsstaat' na de Tweede Wereldoorlog mede voor *individualisering*. Een uitgebreid pakket van sociale voorzieningen en sociale rechten betekende onafhankelijkheid van persoonlijke relaties

wanneer ziekte, ouderdom, invaliditeit, werkloosheid of overlijden van de kostwinner zich voordeed. Traditionele banden met familie, gemeenschap en religie brokkelden af. Formele instanties zoals het maatschappelijk werk, telefonische hulpdiensten en de thuiszorg kwamen in de plaats voor hulp uit het informele circuit.

Halverwege de jaren tachtig begon men in te zien dat de verzorgingsstaat onbeheersbaar werd: de vergrijzing, de toename van het aantal langdurig werklozen en de groeiende groep WAO'ers maakten de verzorgingsstaat onbetaalbaar. Bezuinigingen betekenen bijvoorbeeld lagere uitkeringen en strengere toepassing van bestaande regels, maar ook een omslag in het beleid van 'bescherming' naar 'participatie'. Mensen moeten zoveel mogelijk voor zichzelf zorgen en in hun eigen levensonderhoud voorzien. Ondersteuning of hulp moet in eerste instantie in de eigen omgeving gezocht worden. Wanneer dit niet voorhanden is, kan men aanspraak maken op overheidshulp.

Men moet weer een groter beroep doen op het persoonlijke netwerk. Maar individualisering zorgt er ook voor dat steeds minder mensen bereid zijn om de zorg van ouders, familieleden en vrienden op zich te nemen. De overheid stimuleert de arbeidsparticipatie van zoveel mogelijk mensen. Men heeft dus minder tijd en is daarnaast gewend aan het leven in een verzorgingsmaatschappij waarin alle zorg geregeld en betaald wordt.

Individualisering betekent eigen keuzes maken en een eigen levenswijze kiezen, maar om een eigen identiteit te ontwikkelen heeft men sociale contacten nodig. Marginalisering ligt op de loer wanneer mensen de noodzakelijke *sociale en cognitieve vaardigheden*, om een (in-/formele) relatie met de omgeving aan te gaan en zo in netwerken te kunnen integreren, missen. De moderne, geïndividualiseerde samenleving kent echter steeds meer mensen die niet over deze vaardigheden beschikken en in een sociaal isolement terechtkomen. Factoren op het *persoonlijke* vlak, ingrijpende levensgebeurtenissen zoals werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, echtscheiding of het overlijden van de partner en *lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen* leiden niet per sé tot sociaal isolement. Het hangt dus vooral af van de manier waarop iemand omgaat (copingsstrategieën) met de gevolgen van zo'n gebeurtenis (Machielse, 2003).

### ***Maatschappelijk- en ruimtelijk isolement***

Naast sociaal isolement valt er *maatschappelijk isolement* en *ruimtelijk isolement* te onderscheiden.

Van maatschappelijk isolement kan men spreken als mensen zeer weinig of zelfs in het geheel niet maatschappelijk participeren: deelnemen aan studie, arbeidsproces, verenigingsleven, mantelzorg, kerkelijke activiteiten, et cetera.

Uit de onderzoeksresultaten van Hortulanus e.a. blijkt echter dat deze maat voor maatschappelijke participatie niet veel zeggingskracht blijkt te hebben voor de eigen beleving van maatschappelijk isolement. Zowel onder maatschappelijk actieven als passieven, komt evenveel ontevredenheid voor over hun maatschappelijk welzijn betreffende werk,

opleiding, inkomen, vrije tijd en wonen.

Een geringe deelname aan het maatschappelijk leven hoeft niet altijd gepaard te gaan met sociaal isolement: zo voelen mensen zich niet sociaal geïsoleerd wanneer zij in hun naaste omgeving een goed functionerend netwerk hebben (Tazelaar & Sprengers, 1984; Hortulanus et al., 2003).

Hortulanus e.a. (2003) stellen dat sociaal isolement wel te maken heeft met maatschappelijke participatie, maar eerder als oorzaak dan als gevolg. De eigen gezondheid en de wijze waarop het eigen persoonlijke netwerk functioneert, zijn doorslaggevende factoren waardoor iemand zich maatschappelijk geïsoleerd kan voelen.

We spreken van ruimtelijk isolement wanneer:

- mensen aangeven behoefte te hebben aan buurtcontacten, maar daar feitelijk niet over beschikken;
- mensen niet beschikken over een steunnetwerk op loopafstand van hun woning;
- mensen zich negatief identificeren met hun woonbuurt, vanwege bijvoorbeeld overlast en onveilig voelen.

Uit onderzoek (Hortulanus et al., 2003) blijkt dat ruimtelijk en sociaal isolement niet samen vallen, maar dat ze wel aan elkaar gerelateerd zijn. Het zijn vooral de sociaal geïsoleerden die wel behoefte hebben aan buurtcontacten, maar ze niet hebben kunnen realiseren. Zij hebben veelal geen *buurtgebonden steunnetwerk* en waarderen hun vaak heterogene (met een diversiteit aan bevolkingsgroepen met verschillende levensstijlen en opvattingen) buurt met een laag rapportcijfer. Het gaat echter te ver te veronderstellen dat iemand die ruimtelijk geïsoleerd is ook altijd sociaal geïsoleerd is.

Wel tonen de onderzoekers aan dat de psychische gezondheid van bewoners nog het meest verbonden lijkt te zijn met ruimtelijk isolement.

### **Het Acomplex**

Het woonvoorzieningsproject bestaat uit 39 ruime driekamerwoningen met elk een eigen voordeur aan de straatzijde. De woningen zijn in een rechthoek gegroepeerd waardoor er een langwerpig hofje is ontstaan, bedoeld als gemeenschappelijke binnentuin. De tuin dient als een ontmoetingsplek (sport en spel) voor de bewoners en is niet vrij toegankelijk voor buitenstaanders. Tussen twee woningen bevindt zich een inloopcentrum waar bewoners 24 uur per dag terecht kunnen. Er is een keuken om gezamenlijk te koken en te eten of elkaar gewoon te ontmoeten. De bewoners bepalen het gebruik.

De Stripheldenbuurt ligt aan de oostkant van Almere. Het is een nieuwe, initiatiefrijke woonwijk in aanbouw waar in de toekomst ongeveer 2600 huur- en koopwoningen gebouwd worden. Naast het Acomplex komen er nog negen woongroepen, verspreid over de Stripheldenbuurt. Dit betreft woongroepen voor onder andere: ouderen, verstandelijk gehandicapten, mensen met een Indische achtergrond en een ecologische woongroep. "Het Acomplex ligt midden in deze woonwijk en dus qua ligging allerminst geïsoleerd", zegt woningstichting Ymere (Ymere, 2005).

In het noorden van de wijk is het nieuwe NS-station 'Oostvaarders' gebouwd. De stadsbus stopt voor het wooncomplex en aan de overkant van de busbaan komt een voorzieningengebied waarin een gezondheidscentrum (huisarts, apotheek, fysiotherapie en dergelijke), een buurtsupermarkt, scholen met opvang, een buurthuis, sportcomplexen en een eetgelegenheid zich zullen vestigen. Hier komt ook een dagactiviteitencentrum (DAC) dat wordt opgezet als een Fountain House, een soort clubhuis waarvoor de gebruikers gezamenlijk verantwoordelijk zijn.

De Stichting Dag Activiteiten Centrum Almere zal hen helpen bij het zoeken naar een zinvolle dagbesteding, zoals studie of (vrijwilligers)-werk. Momenteel zijn in het Acomplex, tijdelijk, twee woningen ingericht als DAC waar bewoners, en andere mensen met een psychiatrische handicap, bij elkaar komen en gebruik maken van een internetcafé en hobbyruimte.

### ***Ouders in actie***

De woonvoorziening is tot stand gekomen op initiatief van ouders van kinderen met schizofrenie vanuit het idee dat ook mensen met schizofrenie recht hebben op een complete eigen woning, ondanks hun behoefte aan ondersteuning. Onvrede bij de ouders over door de GGZ geleverde zorg speelde daarnaast een rol. Subsidies van het ministerie van VROM, de provincie Flevoland, de gemeente Almere, en een aantal particuliere fondsen hebben de realisatie van het project financieel mogelijk gemaakt.

Woningcorporatie Ymere is de eigenaar van het complex en zij verhuurt de woningen aan Stichting TriAde die vervolgens met de individuele bewoners een huurcontract afsluit. TriAde is een van oorsprong op verstandelijk gehandicapten gerichte organisatie die haar werkveld in Flevoland aan het uitbreiden is met het bieden van ondersteuning (op maat) aan mensen met psychiatrische problematiek.

De visie van TriAde laat zich samenvatten in *het leveren van een bijdrage aan de verhoging van de levenskwaliteit van haar cliënten*. Zij gaan uit van het principe 'Gewoon waar mogelijk, speciaal waar nodig'. Het toelatingsbeleid is categoriaal. In de praktijk betekent dit dat mensen alléén in aanmerking komen wanneer zij al lange tijd schizofrenie hebben, in zekere mate de ziekte geaccepteerd hebben en zich bewust zijn van hun mogelijkheden en beperkingen. De minimumleeftijd is daarom gesteld op 30 jaar. Daarnaast zal er gelet worden op een zekere mate van gelijkgestemdheid in de belangstellingssfeer zodat het gemakkelijker wordt om samen activiteiten te ondernemen.

Er is geen verplichte doorstroming dus de bewoners kunnen hun leven lang zelfstandig in het Acomplex blijven wonen.

### **Pilot Stormstraat**

"Dat een gewone woning voor mij is weggelegd", zo reageren veel bewoners volgens Aart Hoogenstrijd, coördinator zorginhoudelijke ondersteuning van TriAde.

Sommige bewoners hebben zelfstandig gewoond, anderen komen uit grote instellingen of vanuit een RIBW. Een van de belangrijkste redenen waarom zij voor het Acomplex kiezen is de ervaren eenzaamheid. Hier vinden zij erkenning en herkenning bij elkaar. Daarnaast zijn er dag en nacht minimaal twee begeleiders aanwezig.

Vrees voor eenzijdige sociale contacten tussen bewoners onderling en de begeleiding van TriAde en DAC is er niet. Een aantal bewoners heeft gewoon nog werk, voor anderen zal de rust en veiligheid van het Acomplex er hopelijk voor zorgen dat zij zich verder zullen ontwikkelen (sport, vrijwilligerswerk, betaald werk et cetera).

De Begeleid Zelfstandig Wonen -begeleiders (BZW) hebben ervaring in de zorg en/ of de psychiatrie. Zij ondersteunen de bewoner bij allerlei dagelijkse zaken. De Ondersteuner Begeleid Zelfstandig Wonen (helpt bij de huishoudelijke taken: samen een planning maken, samen opwerken) en de Inloopwerker (gastheer/ vrouw in het inloopcentrum) komen uit diverse sectoren. "Een tuinman, sportbegeleider of iemand die goed kan koken, past prima in onze filosofie", zeggen initiatiefnemers Anna Zanstra en Dick de Haas. "Het is geen behandelcentrum maar een wooncentrum met extra zorg voor 'wonen en leven'. Bij behoefte aan de specialistische kennis van een psychiater dient men gebruik te maken van de bestaande voorzieningen" (Ypsilon nieuws, 2004). "We zijn geen verlengstuk in de behandeling van GGZ de Meregaard", zegt Hoogenstrijd met enige nadruk, "om een voorbeeld te geven: wanneer een bewoner vergeet zijn depot te halen op de depotpoli van de Meregaard, dan zal de behandelaar contact opnemen met de cliënt/ bewoner en niet met de BZW" (Hoogenstrijd, 2005).

Een, in samenspraak met de bewoner en een belangenbehartiger uit zijn netwerk, opgesteld ondersteuningsplan, wordt met enige regelmaat besproken en aangepast.

De ondersteuningsvraag komt van de bewoner zelf: wil de bewoner bijvoorbeeld jobcoaching inschakelen, maar weet hij niet hoe dit precies aan te pakken, dan kan hij de BZW om ondersteuning vragen.

Daarnaast kan de bewoner een crisis-signaleringsplan hebben en er is een crisiskaart met daarop belangrijke gegevens zoals huisarts, behandelaar en medicatie.

### **Vermaatschappelijking en isolement vs. de wijk en het Acomplex: een verkenning**

Ouders nemen het heft in eigen hand en laten een woonvoorziening voor hun schizofrene kinderen realiseren. Een prachtig voorbeeld van een bottom-up initiatief in het kader van *vermaatschappelijking*.

Aan de, door Kwekkeboom (Van Dijk, 2005) gestelde voorwaarden voor maatschappelijke participatie en integratie wordt grotendeels voldaan.

1 Wonen en zorg is voor zover mogelijk gescheiden: de bewoners hebben een eigen woning. In het gebouw met de gemeenschappelijke ruimtes bevinden zich de werkruimten voor het ondersteunende personeel van TriAde.

2 Lokale instellingen zijn dicht bij huis: GGZ de Meregaard bevindt zich vlak buiten het centrum van Almere-Stad. Huisarts en apotheek in het

gezondheidscentrum, het DAC (dagactiviteitencentrum) en sportcomplexen op loopafstand.

3 Netwerkvorming: samenwerking met woningcorporatie Ymere, eerste lijn voorzieningen, GGZ, vrijwilligerswerk, DAC, reïntegratiebureaus, et cetera.

4 Meer eigen verantwoordelijkheid van de bewoner en een grotere rol van de mantelzorger door participatie in het ondersteuningsplan en daadwerkelijke steun.

5 Acceptatie en tolerantie van de omwonenden: de (potentiële) huizenkopers zijn en worden door het bestuur van het Acomplex en Ymere voorgelicht (Visser, 2005). Men weet dus waar men aan begint. Of en hoe het bureaucontact zal verlopen, zal de toekomst uitwijzen. Het zal nog lange tijd duren eer alle woningen klaar zijn. De bewoners hebben het voordeel dat ze de wijk kunnen zien groeien, hoe het haar samenhang en eigen cultuur krijgt.

In welke mate de bewoners al dan niet te maken gaan krijgen met isolement is nog niet te zeggen.

De volgende factoren zullen hierbij mogelijk een rol gaan spelen:

- *de mate waarin de bewoners beschikken over sociale en cognitieve vaardigheden om contacten met de omgeving aan te kunnen gaan.* De bewoners, met een gemiddelde leeftijd van 38 jaar en ten minste tien jaar kampend met schizofrenie, kunnen de symptomen bij elkaar herkennen en weten veelal wat hun beperkingen en mogelijkheden zijn. De aanwezige praktische steun en gezelschap kunnen *sociale eenzaamheid* voorkomen. *Emotionele eenzaamheid*, het gemis aan een intieme relatie met iemand, is echter een vorm van eenzaamheid die niet zo gemakkelijk op te lossen is (Machielse, 2003).
- *de grootte, de kwaliteit en de bereidwilligheid van het ondersteunende netwerk.* Naast begeleiding vanuit diverse instellingen zijn ouders, familie, vrienden vaak nauw betrokken bij de bewoners.
- *ingrijpende persoonlijke levensgebeurtenissen, lichamelijk en psychische gezondheidsproblemen.* Van bijvoorbeeld begeleid (RIBW) naar zelfstandig wonen, met alle verantwoordelijkheden die dit met zich meebrengt, kan een te grote stap blijken. De bewoner kan decompenseren, opgenomen moeten worden, waardoor maatschappelijk isolement een feit wordt.
- *contact met en vanuit de woonomgeving.* Wanneer men naar de ligging van de woonvoorziening ten opzichte van de wijk kijkt, dan ligt het Acomplex inderdaad allerm minst geïsoleerd zoals Ymere stelt. Het geplande openbaarvervoer en voorzieningenaanbod zijn ruim van opzet. Maar de Stripheldenbuurt ligt wel in het uiterst te bebouwen gebied in Almere, namelijk aan de rand met de gemeente Lelystad, ver van het stadshart van Almere.

Of er straks veel contacten tussen de bewoners van het Acomplex en hun buurtgenoten zal zijn, is de vraag. Het zal een heterogene wijk worden met tal van bevolkingsgroepen zoals mensen van Antilliaanse en Surinaamse afkomst (zij zijn sterk vertegenwoordigd in Almere-Buiten), (zorgwoningen voor Indische) ouderen, jonge gezinnen, tweeverdieners, et cetera. De meeste mensen zullen overdag naar hun werk zijn. Daarom zal een nieuwbouwwijk als deze in dit opzicht weinig mogelijkheden

bieden voor sociale contacten (Reijndorp, 1998; in Hortulanus et al., 2003).

De Stripheldenbuurt zal men hoogstwaarschijnlijk kunnen typeren als een *positief niemandsland* waarin de bewoners minder op elkaar en de buurt georiënteerd zijn maar waar men wel naar volle tevredenheid woont. "Het is in onze samenleving niet gebruikelijk dat men zich zomaar met iemand gaat bemoeien", zegt Rick Kwekkeboom (De Kluis, 2001). Daarnaast weten de omwonenden dat er ondersteuning geleverd wordt door triAde. Dit en het aantal bewoners ( $\pm 40$ ) van het Acomplex kunnen belemmerend zijn voor het ontstaan van een *buurtgebonden steunnetwerk*.

### **(Mogelijke) interventies van de SPV**

Om te voorkomen dat hun sociale leven zich beperkt tot de omgang met medebewoners en hulpverleners, zijn maatregelen nodig op het gebied van o.a. sociale netwerken, arbeid, educatie, vrije tijd en de woonomgeving. Dergelijke complexe problemen kunnen niet door één instelling, instantie of persoon worden aangepakt. Samenwerking tussen burgers, professionals en overheid is hierbij nodig. Gemeenten zouden een regirol moeten hebben bij vermaatschappelijking wat immers een combinatie is van zorg, welzijn en wonen.

De Taskforce Vermaatschappelijking benadrukte in 2002 het belang van het maatschappelijk steunsysteem en pleitte voor de inzet van twee typen professionals:

de *intermediair* tussen de psychisch gehandicapten en organisaties en groeperingen (opbouwwerker nieuwe stijl, niet aan een zorginstelling verbonden) en de *casemanager* (SPV) als steungever dicht bij de cliënt (GGZ-Nederland 2002; Onderwater, 2002).

Gemeente Almere toont zeker betrokkenheid voor wat betreft zorg en hulpverlening getuige de vele projecten in de stad. Van een regirol m.b.t. vermaatschappelijking van mensen met een psychiatrische handicap is echter geen sprake, mede doordat aandacht voor hun persoonlijke netwerk niet de invalshoek is.

Bij gebrek aan een opbouwwerker, werkend vanuit het gemeentehuis als spil tussen wethouders, GGZ en psychiatrische cliënten, zal de SPV het alternatief zijn deze rol te vervullen.

Kijkend naar het, voor Nederland unieke, Acomplex (en denkend aan toekomstige projecten) dan zien we op bovenstaande de volgende variant:

- de BZW begeleider (triAde) ondersteunt de bewoner bij hulpvragen over allerlei dagelijkse zaken met het accent op wonen en leven.
- de SPV (GGZ MFE de Meregwaard) als sturend behandelaar van de cliënt geeft gedoseerd steun en structuur gericht op stabilisatie, zelfredzaamheid en ontwikkeling.

De SPV onderneemt meerdere activiteiten die 'sociaal isolement' en 'uitsluiting' kunnen tegengaan of voorkomen.

Machielse (2003) beschrijft werkwijzen en aangrijpingspunten voor interventies voor (mogelijk) sociaal geïsoleerden. Een aantal van deze

punten vormt de leidraad voor de onderstaande beschrijving van de activiteiten van de SPV.

Een ontmoeting tussen de SPV en de cliënt in zijn *eigen sociale omgeving*, zal een schat aan informatie opleveren. De hulpverlener zal de cliënt dus ook in zijn eigen huis en omgeving moeten opzoeken om de feitelijke omstandigheden waarin iemand leeft te ervaren. De cliënt zal zich thuis meer op zijn gemak voelen en daardoor meer vertellen. Vanuit zijn levensverhaal en eigen leefsituatie (*subjectiviteit*) formuleert de bewoner hulpvragen waar de professional op kan acteren. Elk gesprek met de SPV is voor de bewoner een leerproces waarin hij leert nadenken over zijn eigen mogelijkheden en belemmeringen en zodoende een nieuw perspectief op de toekomst kan ontwikkelen. De bewoner stimuleren/activeren is prima, maar niet vanuit de gedachte dat de SPV wel weet wat goed voor hem is.

Vóórdat de cliënt zijn hele (levens-)verhaal zal vertellen, zal hij de hulpverlener moeten kunnen vertrouwen. *Betrokkenheid* in de vorm van respect tonen, de tijd nemen en aandacht schenken zijn onontbeerlijk om dit vertrouwen te bewerkstelligen.

De SPV inventariseert samen met de cliënt de door hem ervaren tekortkomingen op het gebied van sociale competenties, -contacten en -netwerken. De professional heeft kennis van de sociale kaart en kan de cliënt keuzemogelijkheden geven en/ of gericht verwijzen.

Aandachtsgebieden zijn *educatie* door middel van trainingen en cursussen, (b.v. sociale vaardigheidstraining), *maatschappelijke activering* richting (vrijwilligers-) werk (jobcoaching), *bevorderen van informele steun* (b.v. maatjesproject) en *ontmoetingen* (buren, vereniging, buurthuis, DAC). De hulpvragen en acties worden verwoord in het behandelplan.

Met betrekking tot crisispreventie en interventie is het samen met de cliënt opstellen van een crisissignaleringsplan belangrijk. Dit plan kan terugval en een mogelijke opname (daardoor marginalisering) voorkomen.

Het behandelplan, het crisissignaleringsplan, de psycho-educatie door de SPV (over de diagnose, medicatie, drugsgebruik, netwerkondersteuning, structuur, copingsstrategieën, et cetera) geven de cliënt, het betrokken systeem (wanneer wens van of met fiat van cliënt) en woonbegeleiders de nodige duidelijkheid (40).

De SPV heeft ook een kwartiermakersrol (Kal; Scholtens, 2001): het bevorderen van de betrokkenheid bij de buurtbewoners d.m.v. het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten over psychiatrie, de mogelijkheid scheppen dat de bewoners van het Acomplex en de omwonenden elkaar tegen gaan komen en samen dingen doen (b.v. buurtschoonmaak), het organiseren van een zorgconferentie met als verdere deelnemers o.a. de woningstichting, bewonersorganisatie, buurthuismedewerkers, TriAde, de gemeente, de wijkagent.

## Tot slot

In het huis-aan-huis blad van Almere *De Almare* van 18 juli, 2005: "Angst bij omwonenden van wooncomplex schizofrenen; buurtbewoners plaatsen ijzeren hekken om eigen woning". In korte tijd is er twee keer brand geweest in verschillende woningen van het Acomplex. De schrik zit er bij sommige omwonenden behoorlijk in. TriAde heeft inmiddels actie ondernomen. Zij hebben de buurtbewoners een brief gestuurd met de uitnodiging voor een bijeenkomst in september om kennis te maken, informatie te geven en vragen te beantwoorden. Vermaatschappelijking, uitsluiting, kwartier maken...het blijven hot items.

---

## Literatuur

- *Almare, de*, Angst bij omwonenden van wooncomplex schizofrenen, 18-7-2005.
- Castelijns, S., Jansen, G.J.H., et al, *Zorg voor mensen met schizofrenie – Effectiviteit van interventies bij sociaal isolement*, State-of-the-Art Studie Verpleging en Verzorging, uitgevoerd in het kader van het ZonMw-programma verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen 'Tussen weten en doen', Hoofdstuk 6.1.2, Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit der Medische Wetenschappen, Utrecht, 2003.
- Dijk, M. van, *Crisis en de wijk*. Crisisinterventie: familie en maatschappelijk steunsysteem onmisbaar in de hulpverlening, SP nr. 73, november 2004.
- Dijk, M. van, *Vermaatschappelijking: enclave of integratie?*, SP nr. 74, januari 2005.
- *Door wonen gedreven*, februari 2005, [www.ymere.nl](http://www.ymere.nl)
- GGZ-Nederland, *Eindrapport Taskforce Vermaatschappelijking*, Position paper GGZ Nederland als reactie op presentatie van het rapport van de Taskforce Vermaatschappelijking "Erbij Horen", januari 2002.
- Hortulanus, R., Machielse, A., Meeuwesen, L., *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*, Uitg. Elsevier Overheid, 's Gravenhage, 2003.
- Kal, D., *Kwartiermaken werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*, [www.zetnet.nl](http://www.zetnet.nl)
- Kluis, E. de, *"Werkwijze instellingen staat integratie in de weg"*. SCP-onderzoeker Rick Kwekkeboom over vermaatschappelijking in de GGZ, Zorg + Welzijn 21, december 2001.
- Klumpen, H., *Vermaatschappelijking in de GGZ*, Cliëntenraad Stichting Adhesie, april 2001.
- Langelaan, M., Schoemaker, B., *'Het komt tussen de oren, merk ik'*. Minister Borst over vermaatschappelijking, Psy nr. 12, november 2000.
- Machielse, A., *Niets doen, niemand kennen*. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen, Uitg. Elsevier Overheid, 's Gravenhage, 2003.
- Michon, H., Kroon, H. et al, *Het monitoren van vermaatschappelijking; deel 1 Bericht over de stand van zaken*, Trimboos-instituut, 2003, [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)
- Onderwater, K., *Erbij Horen; Advies van de Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg*, SP nr.64, juli 2002.
- *Ouders bouwen woningen voor schizofrene kinderen in Almere*, Ready4Living, januari 2005, [www.r4l.nl](http://www.r4l.nl)
- Pol, W. van der, *Cliënt krijgt geen kans*, Psy nr. 10, september 2000.

- Puijtenbroek, J., *Meer centra voor mensen met psychische problemen*, Almere Vandaag, 2-2-2005.
- Puijtenbroek, J., *Nu al wachtlijst voor wooncomplex schizofrenen in Stripheldenbuurt*, De Almare, 2-3-2005.
- Rooijen, M. van, *Italië worstelt met sluiting psychiatrische ziekenhuizen*, Psy nr. 2, 2005
- Schoemaker, B., *'Gek' moet buiten blijven*, Psy nr. 10, september 2000.
- Schoemaker, B., *Gewoon leven*, Psy nr. 14, 2001.
- Schoemaker, B., Lourens Henkelman: *'Stop de vermaatschappelijking'*, Psy nr. 5, april 2000.
- Schoemaker, B., *We gaan nog niet naar huis...*, Psy nr. 9, september 2000.
- Scholtens, G., *Kwartiermaken*, SP nr. 61, september 2001.
- Stichting Acomplex, *Nieuwsberichten*, augustus 2003, [www.triade.nu/nieuws/archive.asp](http://www.triade.nu/nieuws/archive.asp)
- Theunissen, J., Duurkoop, P., Metz, G., *Een container vermaatschappelijking*, MGv 56, 2001.
- Tulp, E., *Kwaliteit van leven krijgt mager zesje*, Psy nr. 7, 2005.
- Visser, E. de, *Wonen en niet 'psychiatriseren' voor schizofrenen*, de Volkskrant, 17-01-2005.
- Ypsilon Nieuws. *Een eigen huis*, oktober 2004, [www.schizofrenieplein.nl](http://www.schizofrenieplein.nl)

## Websites

<http://almerespreekt.web-log.nl/log/1914483>  
[www.architectenweb.nl](http://www.architectenweb.nl)  
[www.familieraden-slkf.nl/21MEI2005.doc](http://www.familieraden-slkf.nl/21MEI2005.doc)  
[www.ggzkennisnet.nl](http://www.ggzkennisnet.nl)  
[www.levv.nl](http://www.levv.nl) (Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging)  
[www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/wmo-beleid/default.asp](http://www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz/wmo-beleid/default.asp)  
[www.regioconsult.nl/Dossiers/verm-lokbeleid-wmo/readerWMO/Acomplex.doc](http://www.regioconsult.nl/Dossiers/verm-lokbeleid-wmo/readerWMO/Acomplex.doc)  
[www.spectrum-gelderland.nl/site/publicaties/spectrum\\_signalement](http://www.spectrum-gelderland.nl/site/publicaties/spectrum_signalement)  
[www.vermaatschappelijking.nl](http://www.vermaatschappelijking.nl) (Vermaatschappelijking in de zorg, Reinoud Advies)

## Interview & Correspondentie

Interview met Aart Hoogenstrijd, coördinator zorginhoudelijke ondersteuning, TriAde regio 't Alternatief Lelystad, 13-07-2005.

Vragen en antwoorden per e-mail: spv-en Rob Jorritsma, John Nieuwveen, Gerdien Tempelman, Ad v.d. Ven, Marco v.d. Weijden, de Meregaard Almere, juli 2005.