

---

# PATHWAYS

## EERST WONEN, DAN BEHANDELEN

Ivonne van der Padt, Hoofddocent SPV opleiding Amsterdam

### Inleiding

Het heeft er veel van weg dat verslaggever Douglas McGray (2005) van het Amerikaanse tijdschrift *Mother Jones*, net zo overtuigd moet worden als de dakloze Andre, Muriel of Dolores. In Washington stad is 3% van de bevolking dakloos en Pathways heeft in vier maanden tijd 22 daklozen aan een woning geholpen. Een druppel op een gloeiende plaat zou je zeggen, maar elk warm huis is er een. Het ongeloofwaardige voor zowel de daklozen als de verslaggever, is dat er geen voorwaarden vooraf gesteld worden. De daklozen met psychiatrische en somatische problemen, verslaving en een scala aan sociale ellende kunnen gehuisvest worden in gewone appartementen. Zij hoeven niet af te kicken, geen medische of psychiatrische behandeling te ondergaan, niet eerst een kamertraining programma te volgen, of een ander bewijs van goed c.q. aangepast gedrag te overhandigen. Andre, een van de daklozen in Washington, is gepokt en gemazeld. Hij heeft wel vaker een en ander geprobeerd en weet dus uit ervaring dat er eindeloze wachtlijsten zijn, vooral veel voorwaarden vooraf, en bemoeienis van allerlei hulpverleners tijdens deelname aan een of ander programma. Een herkenbaar gegeven en reden genoeg om af te haken, ook voor veel daklozen in Nederland. Wennink (1998) problematiseerde dit gegeven enkele jaren geleden. Zorgprogrammering leidde volgens hem 'paradoxaal genoeg' tot minder mogelijkheden voor mensen met complexe problematiek. Want hoe stringenter en vaster omljnd de programma's, des te groter wordt de kans dat de drempels die hierdoor ontstaan onoverkomelijk zijn. Nauwkeurig omschreven zorgmodellen vereisen strenge selectie aan de voordeur. Instandhouding van het model is steeds vaker een vereiste waaraan zorginstellingen zich ook committeren en dat betekent dat mensen - die -niet-passen, buiten de boot vallen.

### Recht op huisvesting

In New York wordt voor dak- en thuislozen met psychiatrische en verslavingsproblemen het *Continuum of Care* zorgmodel gebruikt, aanbevolen door de *Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness*. Het model gaat uit van een lineair zorgpad dat stap voor stap bewandeld wordt; outreachend contact, aanbieden van behandeling en tot slot, huisvesting. Desondanks kampt de stad met een groep van + 40.000 daklozen (de cijfers variëren nogal eens in de verschillende publicaties). Sam Tsemberis directeur van Pathways to Housing in New York is van mening, vergelijkbaar met Wenninks' observatie, dat de drempels in de zorgprogrammering debet zijn aan de ogenschijnlijke onoplosbaarheid van het daklozenprobleem. "There is always a line. Every organization and program has a line, and if you cross over the line they don't serve you. That's how you define a program. We do *this* but we don't do *that*. And the minute you take that kind of approach with people who have lived with lifelong rejection and failure, you know they will fail again, and going to find that threshold-that line of yours- and cross it and then end up out on the streets again, thereby confirming their own sense of worthlessness, pain, stigma, and whatever else" (Neugeboren, 1999: 324).

Sam Tsemberis startte in 1992 met *Pathways* in New York City. De missie van Sam Tsemberis: het einde van dakloosheid voor individuen die dakloos zijn en een geschiedenis met psychiatrische handicaps hebben. Dit uitgangspunt komt tegemoet aan het basisrecht van mensen om een eigen woonplek te hebben. Daarnaast blijkt het economisch lucratief te zijn. Onderzoekers van de Universiteit van Californië hebben in 1997 vijftien chronische daklozen, 18 maanden lang gevolgd. Gedurende die periode werd door hen zo vaak gebruik gemaakt van de Eerste Hulp dat de kosten opliepen tot \$1 miljoen. Ander onderzoek wees uit dat gebruik van het Pathways programma de helft goedkoper is dan de daklozen op straat te laten! Dit soort getallen trekken geldschieters of fondsen natuurlijk snel over de streep om het programma te financieren. Dat niet alleen, zelfs de *Bush Administration* heeft het programma uitgeroepen tot Gouden standaard: "The chronic homeless-those who don't have a home for more than a year or find themselves homeless four times over three years- represent about 10% of the nation's homeless population but consume 50 percent of all resources. Pathways is being promoted by the Bush administration as the gold standard for getting the hardest-to-reach chronically homeless, most of them mentally ill, out of shelters and off streets and into productive lives" (Stewart, 2005). In New York wonen sinds de start van het programma vijfhonderd deelnemers in appartementen. Er zijn weinig drop-outs. Volgens berekeningen woont 88% van de deelnemers na vier jaar nog steeds in een woning van Pathways, tegen 47% van het traditionele programma. De sleutel tot succes? Keuzevrijheid van de deelnemers, onvoorwaardelijke acceptatie - jaar in jaar uit- en een attitude van alle hulpverleners waarin respect en gelijkheid centraal staan. "Teams at Pathways to Housing allow clients to choose the frequency and type of services they receive and integrate a harm reduction philosophy to address the complex needs of individuals with dual diagnosis" (Gulcar et al., 2003: 173).

### Theorie en praktijk

Papier is geduldig en in negen van de tien gevallen worden theorieën op schrift mooier voorgesteld dan in de praktijk uitgevoerd. Marije Blauen, 3e jaars student SPV, werkzaam bij het Rehabteam (dak-en thuislozen) van GGZ instelling Mentrum te Amsterdam, ging niet naar New York om de proef op de som te nemen. Zij wilde haar stage gebruiken om werkelijk iets toe te voegen aan haar hulpverleningsarsenaal. Haar teamleider (Rokus Loopik, zie ook Ypsilon Nieuws, april 2004) was haar voorgedaan en zeer enthousiast teruggekomen na een verblijf van drie maanden en deelname aan het ACT team van Pathways to Housing in New York. Marije heeft ook enkele maanden meegedraaid in het team en zodoende kunnen ervaren wat deze vorm van hulpverlening nu 'anders' maakt.

Marije: *"De gelijkwaardigheid vind ik echt het meest opvallende onderscheid tussen de zorg vanuit Pathways en hier in Amsterdam. Ik werk nu 2 ½ jaar bij het Rehab en ben van mening dat ik hier al heel veel geleerd heb om zo gelijkwaardig mogelijk met cliënten om te gaan. Maar wij nemen nog veel over van mensen omdat wij dié zorg willen geven waarvan wij denken dat dit het beste is. Zo hebben we dat geleerd. Daar mag iemand knalpsychotisch in zijn huis zitten, dat is geen probleem. Behalve als je het idee hebt dat hulp écht nodig is. Nooit hulp opdringen en ook niet eisen dat je naar binnen moet. Je vraagt het bij wijze van spreken ook niet, want in principe moet iemand je uitnodigen om binnen te komen, en zo niet, dan ga je weer. In plaats van iemand weghalen, of medicatie opdringen, bied je ter plekke ondersteuning aan. Laagdrempelig, betrokken en nooit opdringerig. Soms betekent dit wel dat je moet doorvragen, bijvoorbeeld als iemand erg veel last van zijn/haar psychose heeft. Dan is het belangrijk om te weten of iemand angstig is en niet alleen wil blijven. Op het moment dat iemand aangeeft niet angstig te zijn, maar zich juist veilig voelt in zijn eigen huis, dan volsta je met te vragen of er iets is dat je kunt doen.*

*In die zin worden risico's genomen die we hier nooit zouden nemen. Natuurlijk wordt er ingegrepen als deelnemers of anderen gevaar lopen, maar het begrip 'gevaar' wordt niet opgerekt ten behoeve van onze eigen gemoedsrust. De ervaring die de hulpverleners met de deelnemers hebben, wordt gebruikt om continu in gesprek te blijven met de deelnemer, te blijven onderhandelen. Er wordt echt heel lang meegegaan op het pad van de deelnemers, en tot opname wordt alleen overgegaan als het echt niet anders kan. Onderhandeling is daarbij een belangrijk middel. De enige regel die gesteld wordt is dat mensen zich moeten gedragen. Ze mogen gebruiken, gebruikt hebben, pillen weigeren, het maakt niet uit, als ze zich in hun huis maar gedragen zoals andere huurders dat ook moeten. Het feit dat er geen drempels worden opgeworpen en zo weinig mogelijk regels worden bedacht, werkt erg goed.*

Uit verschillende onderzoeken (Tsemberis et al., 2004; Gulcur et al., 2003; Tsemberis & Eisenberg, 2000) komt naar voren dat het programma *Housing First* succesvol is. Niet alleen werd dakloosheid teruggedrongen maar ook was een daling in het aantal opnamen, en de duur van de opnamen in psychiatrische ziekenhuizen te zien. Hoewel hiervoor geen bewijs geleverd kon worden, er werd geen direct verband gevonden in de metingen, vonden de onderzoekers het aannemelijk om het succesvol terugdringen van dakloosheid onder andere toe te wijzen aan het feit dat hulpverleners een actieve rol speelden in het beheer van de financiën. Een ander gegeven dat volgens de onderzoekers tot succes leidde, ook dat viel moeilijk aan te tonen, was de keuzevrijheid van de deelnemers om zelf te bepalen welke vorm van hulp gewenst werd. 'Apparently individuals with psychiatric disabilities, and often substance problems, were able to select the treatments they needed to stay out of hospitals and off the streets, when treatments were under their control' (Gulcur et al., 2003). De geciteerde onderzoeken hadden een looptijd van vijf jaar (Gulcur et al 2003, twee jaar) waarin verschillende (vier) meetmomenten waren opgenomen (1993-1997; 1997-2001). Verschillende groepen werden geselecteerd om deel te nemen aan de onderzoeken. Zo werden er groepen samengesteld die niet deelnamen aan enig programma, groepen die deelnamen aan het reguliere Continuum of Care programma en tot slot deelnemers die meededen aan het Housing First programma van Pathways. De deelnemers hadden allen psychiatrische problemen, waarvan meer dan de helft een psychotische stoornis en iets minder dan de helft had een verslavingsprobleem, 41% van hen was zwart -ofwel Afro-Amerikaan, 79% was van het mannelijk geslacht met een gemiddelde leeftijd van 41.3 jaar, en 17% van de deelnemers was al voor het 18e levensjaar dakloos. De meest belangrijke uitkomst van het onderzoek is dat aangetoond werd dat wonen zonder training en behandeling vooraf, wel degelijk succesvol kan zijn. Tot nu toe -in het reguliere programma - werd aan het verkrijgen van eigen woonruimte de voorwaarde tot behandeling gesteld. "Proponents of the Continuum of Care have worried that giving homeless individuals apartments directly from the street before they were 'housing ready' was essentially setting them up for failure. The present study provides no evidence for this perspective" (Gulcur et al., 2003:182). Neugeboren (1999) geeft aan wat precies bedoeld wordt met 'housing ready': dat deelnemers enkele maanden achtereen clean moeten zijn van alcohol en drugs, toestemming gaven en deelnamen aan het 12 stappen- en andere programma's, inname van medicatie en geen voorgeschiedenis met gewelddadig gedrag. Reguliere programma's zijn geënt op het principe dat een privilege als wonen -dat staat in schril contrast met de opvatting van Tsemberis die ervan uitgaat dat wonen een basisrecht van burgers is - alleen verdiend kan worden door het tonen van goed gedrag, houden aan regels en voldoen aan verwachtingen van anderen. Het onderzoek van Tsemberis et al. (2004) toont aan dat er geen correlatie is tussen het hebben van een psychiatrische diagnose en het verkrijgen of behouden van woonruimte:

"Our findings indicate that ACT programs that combine a consumer-driven philosophy with integrated dual diagnosis treatment based on a harm-reduction approach positively affect residential stability and do not increase substance use or psychiatric symptoms."

Jan Dimmers, socioloog en als docent verbonden aan de SPV opleiding van de HVA was docentbegeleider van Marije tijdens haar stage in New York. Hij is vrijwilliger bij een stoelenproject in Amsterdam en spreekt daar regelmatig met dak- en thuislozen. De reis naar New York was in de eerste plaats om zijn student te bezoeken, maar natuurlijk ook om ervaringen rond theorie en praktijk van ACT en Housing First mee terug te nemen naar Amsterdam.

Jan Dimmers: *Het principe van Continuum Care zoals dat gangbaar is in Amerika -maar ook in Nederland- gaat uit van de gedachte dat mensen met een chronisch psychiatrisch probleem stap voor stap moeten aantonen dat zij in staat zijn om een woning te kunnen bewonen. Het vreemde hierbij is dat uitgegaan wordt van een causaal verband tussen het hebben van een psychische handicap en het niet zelfstandig kunnen wonen. Dat verband is nooit eerder onderzocht maar was wel leidraad voor veel behandelingen. In Housing First werd dit van meet af aan losgekoppeld; mensen krijgen eerst een woning, daarna komt de psychiatrie. Vervolgens is onderzoek gedaan, en er blijkt geen verband te zijn. Eigenlijk is het een vrij extreme opvatting van vermaatschappelijking, er is sprake van een burgerrecht, het recht op wonen, zonder voorwaarden vooraf. Als je er als bewoner een potje van maakt dan ga je er uit zoals elke andere bewoner ook zou moeten, je wordt er niet uitgezet omdat je psychiatrisch patiënt bent. Zij maken een vrij radicaal onderscheid tussen bewoner en psychiatrisch patiënt zijn. Ze geven duidelijk wel ondersteuning bij dat wonen maar deelnemers mogen weigeren.*

*Pathways is in 1992 gestart en men werkt met het ACT model. Een groot verschil met de Nederlandse situatie is echter de inzet van ervaringsdeskundigen. In Amerika bestaat de helft van de teams uit ervaringsdeskundigen. Ik vraag me af, als je het hebt over overdraagbaarheid naar de Nederlandse situatie, of je dat hier ook zou kunnen krijgen. Het accent zoals ik dat ook ervaren heb toen ik in New York was, ligt vooral op inzet en betrokkenheid en veel minder op kennis.*

*Tegelijk met de start van het project werd wetenschappelijk onderzoek verricht naar de uitkomsten. Uit deze gegevens blijkt dat het project erg succesvol is. Het aantal dagen dat deelnemers dakloos waren is geringer bij de experimentele groep dan bij de controlegroep. De kosten zijn aanzienlijk minder dan met de regulier aanpak (Continuum of Care). Er is zowel vergelijkend onderzoek gedaan met controle groepen als ook longitudinaal onderzoek. Wat ik opvallend vind aan dit project is de vergelijking met ontwikkelingen in de jaren zestig. Goffman kwam toen met zijn hospitalisatiethese, hij ontdekte dat een ziekenhuis -hospitalisatie- voor mensen met psychiatrische symptomen een slechte plek was om te genezen van die symptomen. Nu, veertig jaar later blijkt de straat ook geen goede plek is om te genezen van psychiatrische symptomen. Dat is ook een soort van hospitalisatie geworden en vaak het alternatief voor mensen die uit de kliniek komen met ernstige psychiatrische problemen. Persoonlijk vind ik de uitgangspunten van dit project erg sympathiek, zeker als ik afga op mijn ervaringen bij het stoelenproject. Ik hoor daar regelmatig hoe ongelooflijk moeilijk het is, vanwege hetzelfde hospitalisatiefenomeen dat op straat optreedt, om uit de situatie van dakloosheid te komen. Dat is dus geen alternatief voor Santpoort. De redenering klopt dat de straat geen goed therapeutisch milieu is. Op straat treedt net zo goed als in het ziekenhuis een vorm van hospitalisatie op. Als dit dan een alternatief is met zulke goede resultaten dan moet je dat zeker overwegen en uitproberen. Wat natuurlijk wel meegenomen moet worden is dat het ACT model in Amerika goed werkt maar in Engeland heel wat minder, de omstandigheden in het land bepalen dus blijkbaar ook het succes of falen van een bepaald model.*

*Wat ik er wel bij moeten zeggen is dat de verschillende publicaties die ik over dit project heb gelezen allemaal wel zijn onderzocht door verschillende mensen maar de oprichter van het project, Sam Tsemberis, participeerde altijd als onderzoeker. Op de keper beschouwd is dat niet conform de wetenschappelijke onafhankelijkheid. Andere minpunten heb ik in de onderzoeken echter niet kunnen ontdekken.*

### **Een lange adem hebben**

Onvoorwaardelijke acceptatie betekent voor de werkers in het Housing First programma dat deelnemers mogen falen. Als het de eerste keer niet lukt om de woonruimte te behouden wil dat niet zeggen dat alles stopt. Integendeel, iemand krijgt opnieuw de kans mee te doen. Er wordt gewoon weer andere woonruimte gezocht. De deelnemer blijft ondersteuning krijgen. Pathways to Housing gaat uit van de volgende uitgangspunten:

1. huisvesting is een basisrecht van burgers;
2. de theoretische achtergronden van rehabilitatie en de keuzevrijheid van gebruikers;
3. het perspectief van gebruikers;
4. ondersteuning vanuit een ACT programma met de toevoeging van een nurse practitioner vanwege de vele gezondheidsproblemen en een specialist van een woningbouwvereniging;
5. wonen en behandelen zijn nauw verbonden maar worden gezien als verschillende domeinen. Gebruikers kunnen het een accepteren (wonen) maar mogen het andere weigeren zonder consequenties voor het andere domein;
6. huurders betalen 30% van hun inkomen aan huur en moeten deelnemen aan een programma voor inkomensbeheer en moeten minimaal 2x per maand contact hebben met een teamlid van het programma;
7. het behandelaanbod is gericht op harm-reduction van drug en alcohol gebruik, psychiatrische symptomen of crises.

Marije:

*Wat ik aanvankelijk opmerkelijk vond, later merkte ik daar niet zo veel meer van, was dat ik eigenlijk alleen maar in zwarte wijken kwam. De deelnemers waren allemaal Afro-Amerikaan. Wij, de hulpverleners, waren overwegend wit. Dat viel me vooral op want dat kende ik niet vanuit Amsterdam. Het uitgangspunt om een deelnemer nooit te laten vallen werd echt in de praktijk opgevolgd. Het waren eigenlijk allemaal crackgebruikers, mensen met een psychotische en persoonlijkheidsstoornis, kwetsbare mensen dus. Dealers maken daar natuurlijk gebruik van. De wijken waar we kwamen waren ontzettend arm! De deelnemers maakten er, wat we in onze termen zouden noemen, vaak een potje van. Zo werden sommige appartementen gebruikt om te dealen, en dat is ten strengste verboden voor iedereen, dus ook voor deelnemers aan Pathways. Dat betekende dan dat iemand uit zijn huis moest. Ik heb wel gehoord dat iemand wel drie, vier keer uit zijn appartement werd gezet. Dat betekende niet dat iemand dan niet meer aan het programma mocht deelnemen. De deelnemer werd gewoon verhuisd naar een andere buurt/wijk. Het principe dat iedereen recht heeft op een huis werd omgezet in daden. Soms gebeurt het wel dat iemand het echt te bont maakt, als iemand tien keer is verhuisd, dan wordt daarover het gesprek aangegaan met de deelnemer. Hem/haar wordt dan verteld dat het geduld, de mogelijkheden en/of de verdraagzaamheid een beetje op raken. Iemand kan dan voor zes maanden geschorst worden en gebruik maken van een inloophuis of shelter. Gedurende die tijd blijft het aanbod om gebruik te maken van andere voorzieningen en gesprekken van en met medewerkers van Pathways. Doel is dan uiteindelijk toch weer om te kijken of vaste huisvesting aangeboden kan worden. Dit proces kan zich verschillende keren herhalen. Dat vind ik nu echt anders! Bij ons zie je dat het maar moeizaam lukt om voor deze bijzondere groep mensen,*

*met zoveel verschillende problemen, maar ook met duidelijk eigen opvattingen over wat ze wel en niet willen, een geschikte woonplek te vinden. Ze voldoen niet aan regels, hebben geen duidelijke hulpvraag, behalve die ene: huisvesting!*

De aanpak van het Pathways programma is gebaseerd op het ACT model. Volgens Tsemberis moeten wonen en behandelen wel als strikt gescheiden domeinen benaderd worden. Als je er als huurder een potje van maakt, dan moet dat dezelfde gevolgen hebben als voor andere huurders. Je bent geen uitzondering omdat je toevallig psychiatrische problemen hebt. Voor die problemen moet er wel altijd hulp zijn, die wordt geboden via het programma, zo vaak en zo lang als nodig is. De hulpverleners moeten toegewijd zijn aan de zorg voor deze specifieke doelgroep. Deelnemers hebben zoveel negatieve ervaringen opgedaan zowel in de samenleving als in zorginstellingen en herstel wordt vaak niet meer mogelijk geacht. Dat betekent dat, om met de woorden van Wennink (1998) te spreken, 'het de hoogste tijd is ons te bezinnen -niet zozeer op preventie van complexe problematiek, maar op de preventie van het risico dat ermee verbonden is. Het risico van marginalisering en criminalisering'. Hulpverleners die zich aan deze groep verbinden zijn niet makkelijk te vinden.

### **Bejegening en attitude**

De leefwereld van burgers is volgens Van der Lans (2005) een no-go-area geworden van professionals. De professionals van de sociale sector zouden vooral te vinden moeten zijn in de huiskamers van burgers. Op een enkele uitzondering na, vind je ze daar echter niet. Ze werken op 'afspraak en op kantoor, in hun eigen spreekkamertjes, achter hun beveiligde loketten of afstandelijke balies'. Nu niet de plek om erachter te komen wat er nu werkelijk leeft onder de mensen, al helemaal niet onder burgers die leven aan de rand van de samenleving. Volgens Van der Lans was die afstand nodig omdat hulpverleners, die nauwelijks het paternalisme-syndroom te boven waren gekomen, niet vereenzelvigd wilden worden met de 'markt van welzijn en geluk idealisten'. Dit leidde tot de ontwikkeling van een tweede syndroom onder professionals: het geiten-wollen-sokken-syndroom, angst voor overidentificatie met de doelgroep. De angst om 'een soort Sjakie-figuur te worden uit de Flodder-films'. Solidariteit met de doelgroep was uit den boze. 'Professionals mochten zich niet boven hun doelgroep verheffen, maar ze mochten er ook niet langer - zelfs niet met de beste bedoelingen - naast gaan staan'. Juist bij die mensen die de controle over hun leven kwijt zijn, onder andere door dakloosheid maar ook door talloze psychiatrische opnames, afgewisseld met behandelingen om van een of andere verslaving af te komen, die geen vertrouwen meer hebben in het zorgsysteem en zich niet willen conformeren aan de eisen die door hulpverleners of zorgprogramma's worden gesteld, zou een Sjakie-figuur niet misstaan. Een dergelijk figuur doet zijn of haar werk vanuit persoonlijke drijfveren, roeping of bezieling. Maar 'hartstocht, passie of roeping' hebben volgens Van der Lans plaats gemaakt voor onpersoonlijke professionele competenties. Jay Neugeboren (1999) sprak met Sam Tseberis en hij suggereerde dat Pathways een belangrijk element in het programma heeft, vergelijkbaar met een soort onvoorwaardelijke liefde. 'No matter what their clients do, it seems, Pathways never gives up on them'. "I'll buy that", zei Tseberis. It is a love thing. Call it what you will, but I think that love is at the heart of it. Otherwise, why are we here? I'm not embarrassed to talk about love. Love is a component. It doesn't conquer all, but if you listen, people will tell you what they need, and what they need- especially if nobody has ever cared for them or about them- is love" (Neugeboren, 1999: 325). Werk in de GGZ wordt allang niet meer geassocieerd met bezieling of passie, laat staan met liefde. Mogelijk is dat een cultureel element, het verschil tussen Nederland en Amerika, maar het raakte me enorm om te lezen wat het betekende voor deelnemers aan

Pathways dat hun hulpverleners onvoorwaardelijk naast hen bleven staan en niet opgaven.

*Marije: Veel hulpverleners kennen de doelgroep niet en weten überhaupt niet wat het betekent om aan deze groep hulp te verlenen. In mijn lesgroep merk ik dat wel. Er zijn maar weinig mensen die professioneel ervaring hebben met deze doelgroep. Onbekend maakt vaak onbemind. Op straat lopen de meeste mensen -ook hulpverleners - met een grote boog om zwervers heen die meestal vies of onverzorgd zijn, en mogelijk zelfs stinken. Het is erg moeilijk om in ons team aan personeel te komen, zeker vrouwen. Ook in New York speelde het personeelstekort. Gelukkig kende ik de doelgroep goed want voor ik het wist ging ik alleen op stap. Liep ik in mijn eentje door Brooklyn mensen te bezoeken. Ik had daar geen moeite mee, ik ben gewend om heel zelfstandig te werken, maar ook om aan anderen hulp te vragen. Dat was ook nodig want ik wilde precies weten wat nu precies hun insteek was. Ik wilde vooral van hun manier van werken leren, anders had ik net zo goed in Amsterdam kunnen blijven. Ik zag al vrij snel dat hun aanpak mij aansprak en ik erachter kon staan. Vooral mijn begeleidster, de drijfveer van het team, was daarin mijn lichtende voorbeeld. De bejegening, de wijze waarop zij met de deelnemers omging vond ik indrukwekkend. Die gelijkwaardigheid zoals zij dat deed heb ik nog nooit bij iemand anders zo gezien. Het voornaamste was om echt interesse te tonen voor de mens als deelnemer. Vervolgens respect te hebben voor het domein, het huis, van de deelnemers. Dat was hun terrein, en zij bepaalden wat daarbinnen wel of niet mocht gebeuren. Ik heb ondanks mijn goede leerschool bij het Rehabteam in Amsterdam, toch nog veel moeten afleren. Vooral dat controlerende, 'gaat het wel goed, is het wel verantwoord' heb ik los moeten laten. Ik ben nog opgeleid vanuit het idee 'ik ben verantwoordelijk' dat leven in een eigen woning betekent dat 'alles in kunnen en kruiken moet zijn'. Die zorg moet je proberen los te laten, in de zin dat je moet checken of die zorg wel reëel is. Er was 24-uurs bereikbaarheidsdienst en als iemands situatie tussentijds veranderde kon er altijd contact gezocht worden. Bovendien is de zorg daar ook zo geregeld dat je de volgende dag (of iemand anders uit het team) weer komt kijken hoe het is. Ik zou er dan ook voor willen pleiten dat er in de opleiding veel meer aandacht komt voor ethische vraagstukken (overigens ook in teambesprekingen) en meer trainingen die erop gericht zijn je in te leven in de persoon van de cliënt -niet louter de cliënt zien- dus veel cliëntgericht leren werken, meer volgen minder opleggen. Toen ik vertrok kwamen deelnemers mij gedag zeggen en dat is, zeker voor deze doelgroep, heel bijzonder. Ik vond dat hartverwarmend.*

### **Eerst wonen, dan behandelen in Nederland?**

Momenteel is Nederland in de ban van de gevolgen van de invoering van het nieuwe zorgstelsel. Huisartsen moeten administratieve krachten inhuren omdat elke handeling verantwoord dient te worden. Dit betekent, veel tijd doorbrengen achter de computer in plaats van patiënten bezoeken of ontvangen. Dat 'de systemen' er nog niet helemaal klaar voor zijn, zoals zij al voorspelden, wordt afgedaan met 'startproblemen'. Hoogervorst heeft zijn politieke loopbaan verbonden aan het falen of slagen van het nieuwe zorgstelsel maar hij neemt nog wel even de tijd om tot een evaluatie te komen. Mogelijk valt deze evaluatie samen met de eventuele invoering van de WMO (Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning). Een ontwikkeling die volgens Tonkens (2005) misschien nog ingrijpender zal zijn dan de zorgstelselherziening, maar waar de media muisstil bij blijft (zie themanummer Sociale Psychiatrie oktober 2005). Kort samengevat stelt Tonkens dat het recht op zorg met deze wet verandert in een gunst omdat de WMO het recht op AWBZ-zorg (care) voor veel mensen afschaft. Alleen die mensen die 24-uurs zorg nodig hebben vanwege hun handicap, behouden dit recht, alle anderen moeten eerst aankloppen bij mensen in hun eigen omgeving. Het leger van 3,4 miljoen mantelzorgers waarvan 40% al zwaar belast is.

Voor de doelgroep dak- en thuislozen met psychiatrische handicaps en verslavingsproblemen, staat geen leger mantelzorgers klaar (de talloze vrijwilligers die zich inzetten voor deze groep, niet te na gesproken). Zij zullen het moeten hebben van bevlogen hulpverleners die zelf vergelijkbare problemen te boven zijn gekomen en met hun kennis, inzicht en betrokkenheid samen met professioneel opgeleide hulpverleners, de ACT teams bemensen. Volgens Cremers en Lohuis (2005) biedt diezelfde WMO echter ook kansen omdat het beleid is gericht op burgers die in de samenleving functioneren. Ook de groep die nu 'een gemarginaliseerd bestaan leidt, zoals dak- en thuislozen, asielzoekers/vluchtelingen en " stille zorgmijders" en niet om hulp vraagt'. Ik acht het niet onwaarschijnlijk dat Wennink de visie van Cremers en Lohuis onderschrijft en blij is met de komst van de WMO. In 1998 (pagina 145) schreef hij immers "Het zal er vooral om gaan de ontwikkeling van een maatschappelijk geïntegreerde asiefunctie ter hand te nemen of - wat op hetzelfde neerkomt - een creatieve OGGZ-benadering, die waarlijk een revival impliceert van de klassieke idealen van de sociale psychiatrie. Een poging om deze cliënten te bereiken, zou betekenen dat de voorzieningen actief moeten gaan werven. Er is immers vaak geen hulpvraag, de cliënten bevinden zich op straat of achter hun eigen voordeur en bepaalde groepen, zoals (allochtone) verslaafden zijn moeilijk toegankelijk voor hulpverlening. De meeste instellingen zijn daarvoor niet uitgerust, de mentaliteit is er niet naar en zo zit het systeem van de gezondheidszorg nu eenmaal niet in elkaar. De gezondheidszorg is een loketgeoriënteerd systeem, pas gelegitimeerd tot handelen na een hulpvraag en een min of meer formele indicatie krachtens de verschillende verzekeringsystemen."

De kansen van de WMO moeten volgens Cremers & Lohuis vooral worden benut in het kader van samenwerking. Zo noemen zij de samenwerking tussen VWS, Aedes (koepelorganisatie woningbouwverenigingen in Nederland) en Arcares om te komen tot een woningaanbod waardoor mensen met beperkingen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, een mooi voorbeeld. Dat mooie voorbeeld werkt echter alleen als wonen ook werkelijk als burgerrecht wordt benaderd en losstaat van behandelvoorwaarden die hulpverleners stellen. Want, zoals we inmiddels weten, is er geen causaal verband aangetoond tussen het een en het ander. In de WMO, zo kunnen we lezen, worden ziekte en de gevolgen daarvan losgekoppeld. De gevolgen worden benaderd als een sociale aangelegenheid en horen derhalve niet meer binnen een medisch zorgstelsel maar binnen een sociaal zorgstelsel thuis. Het is echter de vraag of dakloosheid een gevolg is van ziekte, of ziekte een gevolg van dakloosheid. Beiden gaan vaak hand in hand. Loskoppeling van het een of het ander mag er in elk geval niet toe leiden dat werkers die onder de ene of de andere wet vallen, de verantwoordelijkheid voor het bestrijden van dakloosheid en het aanbieden van hulp om met psychiatrische, somatische en sociale problemen om te kunnen gaan, afschuiven. Het is een zorg van velen, en dat betekent dat we het geiten-wollen-sokken-syndroom maar moeten leren verwerken en de mouwen op moeten stropen. Aan Marije Blauen zal het zeker niet liggen, zij ziet voor de beroepsgroep SPV veel mogelijkheden om de beschikbare expertise in te zetten voor de beschreven doelgroep.

*Marije: In het team waar ik stage liep, werkten ervaringsdeskundigen, een psychiater en social workers. De social workers worden niet specifiek opgeleid om te werken met psychiatrische patiënten, ze mochten eigenlijk ook geen medicatie uitdelen. Als SPV ben je een social worker en verpleegkundige in de psychiatrie. Die combinatie was er niet in mijn team en ik heb de brug tussen psychiater en social worker erg gemist. De vertaling naar het team en de cliënt, de behandel inhoudelijke rode draad, zag je niet. Veel medewerkers vonden de psychiatrie helemaal niet interessant, dat was eerder stigmatiserend en belemmerend.*

*De benadering, zo gewoon mogelijk, daar was ik het zeker mee eens. Maar het gebrek aan kennis, dat niet. Het maken van keuzen en het feit dat je weet wat het betekent als iemand een psychose doormaakt, betekent dat je weet hoe je moet nagaan wat de mogelijkheden, en onmogelijkheden voor die persoon op dat moment zijn. Ik vond het ook niet kloppen, klinische kennis werd niet nodig geacht, maar er werd wel heel veel met medicatie gewerkt. Dat vond ik niet consequent. Medicijnen worden toch gegeven omdat mensen klachten hebben, ziek zijn? Ik vond ook dat men daar erg ver in ging. Het respect voor het domein van de deelnemer werd heel serieus genomen maar men ging wel zo ver dat medicatie in het huis werd gelegd als de deelnemer niet thuis was. Ik vond dat te ver gaan. Als iemand besloot om in te stemmen met een medicamenteuze behandeling en er was geen noodzakelijke reden (fysieke of psychische beperking) waarom moet het dan gebracht worden? Ik vond dat ook haaks staan op het gegeven dat de autonomie van deelnemers zo hoog in het vaandel stond. De zorg ging in die zin gemakkelijk over in betutteling. Het was niet eenvoudig om hierover in gesprek te gaan, ik was er natuurlijk maar kort en ik wilde ook vooral leren van hun benadering. Dat nam niet weg dat ik het gesprek hierover natuurlijk wel ben aangegaan. Ik merkte dat zodra de huisvesting geregeld was en deelnemers aangaven toe te zijn aan een of andere vorm van behandeling, dit nauwelijks mogelijk was. De kennis hiertoe ontbrak gewoonweg bij de medewerkers. Zo werd er geen enkel gesprek gevoerd over de ziekte, de symptomen, wat het betekent voor de deelnemer om stemmen te horen of depressief te zijn. Dat vond ik echt een tekortkoming. Na mijn stage werd me wel gevraagd of ik wilde blijven, maar ik weet nog niet of ik dat wel doe. Want ik vond het knap lastig dat ik mijn psychiatrische kennis daar helemaal niet kwijt kon, en dat dit deel bij de mensen erg verwaarloosd werd. Wel ben ik van mening dat er in Amsterdam ook een project Housing First moet komen. Maar ook en vooral, onvoorwaardelijk voor mensen gaan! Risico's durven nemen met deze doelgroep in de maatschappij zonder alles te willen controleren. Meer inleven in de groep en nagaan wat zij willen. 'Wat vraag je veel, rustig aan'. 'Sta meer stil bij cliënten'. Dat zegt Gijs, de ervaringsdeskundige in ons team tegen ons.*

Op de vraag of het project in Amsterdam evenveel kans van slagen heeft als in New York zegt Jan Dimmers dat initiatieven in die richting alle steun verdienen maar dat men de problemen niet moet onderschatten.

*De situatie in Amerika is natuurlijk heel wat slechter dan in Engeland of Nederland. De voorzieningen zijn anders, zeker als je kijkt naar de omstandigheden in Amerikaanse psychiatrische ziekenhuizen. Dus of een dergelijk project hier even succesvol zal zijn, is moeilijk op voorhand te zeggen.*

*In het licht van de vermaatschappelijking waarin een van de belangrijkste uitgangspunten is het overdragen van verantwoordelijkheden van de GGZ naar maatschappelijke instellingen zoals woningbouwverenigingen en buurtregisseurs, denk ik dat dit project wel past. Per saldo is men goedkoper uit met een model dat minder overlast veroorzaakt, minder opnames mogelijk maakt, minder trammelant met de politie, dan een model waarbij veel mensen op de straat zijn of sprake is van veel draaideurpatiënten. Als de gemeente hier zou zeggen dat ze dit model willen gebruiken, dan zou ik het zeker een goede optie vinden om daar als opleiding in te participeren. Je zou dat kunnen ondersteunen, begeleiding bieden en onderzoek plegen. Ik zou daar zeker voor pleiten want als onderwijsinstelling hebben we daar een verantwoordelijkheid in. Vooral de opleiding tot SPV die deze doelgroep en deze problematiek- kijk naar de Bijlmer - tot speerpunt van het curriculum heeft gemaakt: de grote stadsproblematiek. Het is natuurlijk wel de vraag wat voor hulp er precies geboden moet worden als er eenmaal woonruimte is. De zorg en hulp houden dan niet op, maar beginnen juist. Het is de vraag wat de succesfactoren dan zijn, daar is namelijk nog geen onderzoek naar gedaan.*

Heeft het te maken met 24-uurs beschikbaarheid, de attitude van de hulpverleners die onconventioneel is (de onvoorwaardelijke acceptatie en vraaggerichtheid) het contact met burens c.q. buurtbewoners en de rol die zij spelen, het feit dat er zoveel ervaringsdeskundigen werkzaam zijn? Juist daarin zouden we, zeker als we straks de Master sociale psychiatrie hebben, onderzoek naar kunnen doen. Ik vond het een geslaagd project en Marije heeft een knap staaltje werk laten zien. Ze heeft de taal snel onder de knie gekregen en heeft zich heel makkelijk in het team ingevoegd en zich ingezet voor een moeilijke doelgroep. Een dergelijk voorstel moet altijd ondersteund worden ook als dat iets meer kost aan tijd, organisatie en flexibiliteit.

---

## Literatuurlijst

- Cremers, A. & G. Lohuis (2005) De Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning, *Sociale Psychiatrie*, nr. 77: 9-18.
- Gulcur, L., A. Stefanic, M. Shinn, S. Tsemberis & S.N. Fischer (2003) Housing, Hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13: 171-186.
- Lans, van der J. (2005) De kwelgeesten van professionals: het paternalisme- en geiten-wollen-sokken-syndroom, *Sociale Psychiatrie*, nr. 74: 71-75.
- McGray, D. (2005) Life on the Inside, *Mother Jones* jan/feb. 68-73.
- Neugeboren, J. (1999) *Transforming Madness. New lives for people living with mental illness*. New York: William Morrow & Co.
- Stewart, K. (2005) Adviser's solution: Get homeless into homes, *The Salt Lake Tribune*, 06/29/2005
- Tonkens, E. (2005) De Wet Maatschappelijke Wat? *De Volkskrant*, 28 december, 2005.
- Tsemberis, S. & S. Asmussen (1999) *From Streets to homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model*, New York: The Haworth Press.
- Tsemberis, S. & R.F. Eisenberg (2000) Pathways to housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities, *Psychiatric Services*, april 2000, Vol. 51-no.4 487-493.
- Tsemberis, S. L. Gulcus & M. Nakae (2004) Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With Dual Diagnosis, *American Journal of Public Health*, april 2004, Vol 94, no.4 651-656.
- Wennink, H. J. (1998) *De ongelukkige relatie tussen maatschappij en geestelijke gezondheidszorg*. Een bezinning op 25 jaar rumoer in de (sociale) psychiatrie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom