
MEDIAAN

WMO en het vermaatschappelijkingsproces

Frank Damen, SPV werkzaam bij de Symfora groep te Amersfoort, polikliniek volwassenen. Afstudeerartikel MGZ-GGZ opleiding binnen de Hogeschool Utrecht.

Inleiding

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is onlangs goedgekeurd door de Tweede Kamer. Het wachten is op de goedkeuring door de Eerste Kamer waarna de wet op 1 januari 2007 ingevoerd wordt. Met deze wet wil de regering dat burgers zelf verantwoordelijkheid gaan nemen voor hun eigen zorg en welzijn. De automatische terugval op de overheid, zoals deze jarenlang heeft bestaan, moet veranderen. Iedereen moet zelfstandig mee kunnen doen in de maatschappij, in eerste instantie met hulp van zijn sociale omgeving, pas daarna met hulp van de gemeente (Ministerie van VWS, 2004).

Kernbegrip in de wet is 'Meedoen'. Ondanks handicap dient iedereen in staat te zijn deel te nemen in het maatschappelijk proces.

In dit artikel wil ik nagaan of de doelgroep van de SPV, de psychiatrisch patiënt, gebaat is bij deze nieuwe wet. Is hij in staat zijn eigen ondersteuning te organiseren, of is dit te hoog gegrepen. Ik plaats de WMO hierbij in het kader van het vermaatschappelijkingsproces dat sinds de jaren 80 is ingezet.

De stelling die ik hierbij heb geformuleerd is:

"de WMO benadrukt de eigen verantwoordelijkheid van de psychiatrische patiënt voor zijn eigen welzijn; deze is hier niet altijd toe in staat."

Aan de hand van een casus wil ik de mogelijke ervaring van een psychiatrisch patiënt met de WMO nagaan en deze plaatsen in een vermaatschappelijkingsproces. Hiermee wil ik nagaan wat voor effecten deze wet op het welzijn van de patiënt kan hebben en in hoeverre deze aansluit bij aanwezige vaardigheden. Ook wil ik nagaan wat de tekortkomingen in de wet zijn en wat de SPV, vanuit zijn sociaal psychiatrisch kader, hierin kan betekenen.

Casus

Jan van Boven, 38 jaar, gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis, tijdens de laatste episode (juni 2005) was hij manisch psychotisch. Hij is meerdere malen in Amersfoort opgenomen geweest, laatste keer was een dwangopname van juni - september 2005. Tijdens deze opname is hij opnieuw ingesteld op medicatie.

Jan woont zelfstandig in Amersfoort. Hij krijgt huishoudelijke begeleiding. Daarnaast heeft hij twee keer per maand een gesprek met een SPV. Gesprekken zijn gericht op terugvalpreventie, stabilisatie en oriëntatie op daginvulling / behoud zelfstandigheid.

Jan heeft geen werk en weinig daginvulling. In het verleden heeft hij een reïntegratiecursus gevolgd. Helaas bleek hij dermate gevoelig voor stress dat werken er niet meer in zit.

In een buurthuis in de wijk heeft hij enkele maanden een cursus gevolgd. Toen Jan zich anders dan "normaal" ging gedragen, lieten overige deelnemers hem blijken hier niet mee overweg te kunnen. Jan werd uitgesloten. Hij schaamt zich voor zijn gedrag van toen, wil graag weer beginnen, maar weet niet hoe.

Jan's netwerk is klein. Zijn familie woont in Drenthe, waar hij oorspronkelijk vandaan komt. Wegens werk (als administratief medewerker) is hij in 1990 verhuisd naar Amersfoort, in 1994 volgde de eerste manisch psychotische

decompensatie. Contacten heeft hij - buiten professionals - niet veel. Hij kan het goed vinden met zijn buurvrouw, eet daar iedere week. Andere bureaus laten hem, sinds zijn decompensatie vorig jaar, links liggen. Hij heeft enkele kennissen opgedaan tijdens opname in het ziekenhuis, maar heeft hier nu geen contact meer mee. Sociale uitsluiting dreigt dan ook.

Jan wil, naast zijn rol als psychiatrisch patiënt, die hij heeft geaccepteerd, graag burger zijn en deelnemen aan het maatschappelijk proces.

De in te voeren WMO betekent voor hem dat hij de huishoudelijke ondersteuning die hij krijgt aan moet gaan vragen bij de gemeente. Op termijn zal hij ook andere (begeleidende) ondersteuning aan moeten vragen bij de gemeente. Jan heeft wensen op het gebied van werk, daginvulling, studie en sociale contacten. De stap naar de gemeente vindt hij moeilijk. Het omschrijven van zijn problemen, wensen en hulpvraag kan hij niet alleen. Hij vraagt hulp bij zijn behandelend SPV. Samen spreken ze af een bezoek te brengen aan de gemeente om uit te vinden hoe de WMO in elkaar zit.

Wat is de WMO?

De WMO dient als vervanging van een aantal welzijnswetten en een deel van de AWBZ. Het is een onderdeel van de uitgebreide verandering die plaatsvindt in het stelsel van zorgverzekeringen. De huidige zorgverzekering wordt vervangen door de Zorgverzekeringswet, de WMO en een uitgekilde AWBZ. De WMO wordt uitgevoerd op gemeentelijk niveau, financiering gebeurt door de centrale overheid, op basis van het aantal 75 plussers en het aantal mensen dat een beroep doet op extramuraal AWBZ budget binnen de gemeente. De wet wordt op 1 januari 2007 ingevoerd, mits goedgekeurd door de Eerste Kamer (www.minvws.nl)

Doel van de WMO is 'Meedoen'. Uitgangspunt van de wet is dat iedere burger zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid voor zijn welzijn neemt en waar mogelijk gebruik maakt van zijn sociale omgeving (bureaus, vrienden en kennissen, in de wet wordt dit 'civil society' genoemd). Individuen dienen zolang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen en functioneren in hun eigen omgeving.

De WMO wil de samenhang in de samenleving versterken zodat mensen weer een beroep op elkaar doen voor hulp en ondersteuning. Mensen die te weinig geld of mensen om zich heen hebben, kunnen zich voor ondersteuning tot de gemeente wenden. (Ministerie van VWS, 2004 / www.minvws.nl) .

Kostenbeheersing is een ander doel van de wet. Ook wil de overheid dat instellingen verder gaan met extramuraliseren en zorg aanbieden in de wijk.

De uitgangspunten van de WMO zijn:

- Mensen zijn zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk voor hun eigen welzijn.
- Solidariteit in de samenleving: de sterkeren dragen meer lasten dan de zwakkeren.
- Iedereen kan zo volwaardig mogelijk deelnemen in de samenleving, ondersteuning wordt hierbij geboden.
- Mensen die het echt nodig hebben, krijgen goede zorg
- Minder bureaucratie.

Doelgroep van de WMO:

De WMO bedient een doelgroep bestaande uit mensen met een handicap, ouderen en mensen met financiële problemen. In dit artikel beperk ik me tot de doelgroep van psychiatrisch patiënten.

De visie achter de WMO:

Het kabinetsbeleid van de afgelopen jaren, is gericht op het overdragen van verantwoordelijkheid van de staat aan burger. De burger moet zelf verantwoordelijkheid nemen voor zijn leven, zowel in goede als in minder goede

tijden. Vooral de automatismen ('in tijden van werkloosheid krijg ik een uitkering,' bij ziekte of handicap heb ik recht op hulp') zijn hiermee veranderd. Het is niet meer vanzelfsprekend dat iemand altijd een beroep op de overheid kan doen (Ministerie van VWS, 2004 / www.minvws.nl).

De WMO moet in dit kader gezien worden. De overheid streeft ernaar dat burgers met een handicap eerst aankloppen bij hun civil society. Mocht dit onvoldoende zijn, dan kan er een beroep worden gedaan op de overheid, in deze de gemeente.

Ook Jan van Boven - uit de casus - behoort, gezien zijn (psychiatrische) handicap, tot de doelgroep van de WMO. Ook hij wil 'Meedoen.' De vraag is hoe hij dit, zonder 'civil society', kan realiseren.

Uitvoering van de WMO:

De overheid geeft geen richtlijnen aan gemeenten hoe de wet uit te voeren. Dit is aan gemeenten om zelf te bepalen.

Idealiter biedt de gemeente vanuit één Loket zorg. Cliëntenorganisaties (o.a. Zorgplatform Gelderland, 2005 / de Landelijke Patiëntenraad, 2006) bevelen hierbij aan dat deskundigen en professionals onderdeel zijn van dit Zorgloket. Het Zorgloket moet bestaan uit een frontoffice waar informatie, advies en eventuele ondersteuning gegeven wordt. In de backoffice zit het netwerk achter het frontoffice: de organisaties, verenigingen, gemeentelijke diensten en dergelijke. Ook indicatiestelling moet hiervan onderdeel zijn. Zaak is dat de lijnen zo kort mogelijk zijn en dat het loket zo laagdrempelig mogelijk is. Het moet zorg en ondersteuning bevorderen.

Voor Jan van Boven betekent dit idealiter dat hij bij zijn aanvraag voor het WMO met slechts enkele personen te maken krijgt. Er is een medewerker aan het zorgloket, die Jan informeert over de mogelijkheden. Deze verwijst Jan door naar het backoffice, waar bijvoorbeeld een SPV zijn wensen en problemen verder inventariseert. Vervolgens wordt hij in contact gebracht met instanties op het gebied van onderwijs, zorg en welzijn. Jan kan hierbij kiezen uit meerdere aanbieders, maar ook uit zorg in natura of een persoonsgebonden budget. Jan kiest voor het eerste.

Zijn behandelend SPV ondersteunt Jan bij het formuleren van zijn hulpvraag en begeleidt hem naar het loket. Ook treedt deze op als contactpersoon naar instellingen. Ook gaat hij na waar fricties ontstaan in het traject en kan hier in bemiddelen.

De WMO en het vermaatschappelijkingsproces van de psychiatrische patiënt

Sinds de jaren 80 streeft de overheid naar vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt. Afdelingen van instellingen "in het bos" werden gesloten, patiënten zijn in de stad gaan wonen.

Het doel hiervan was de maatschappelijke integratie en participatie van psychiatrische patiënten en hen medeburgers te laten worden. De Taskforce Vermaatschappelijking, heeft onderzoek gedaan naar de integratie van psychiatrisch patiënten (Erbij horen, 2002). Deze integratie bleek helaas beperkt te zijn. Problemen die psychiatrisch patiënten ervaren liggen vooral op het gebied van werk, zorg, onderwijs, inkomen, het sociale netwerk en vrije tijd. Juist op deze gebieden bestaan er onvoldoende voorzieningen. De hoeveelheid dagbesteding van de psychiatrische patiënt is onvoldoende, er is sprake van eenzaamheid en van een klein sociaal netwerk, vaak bestaand uit familieleden die hierdoor zwaar belast worden (Hoof van, 2004 / Platform GGZ, 2005). Hun kwaliteit van leven beoordelen zelfstandig wonende psychiatrisch patiënten met een zes (Wijngaarden van, 2005).

Maatschappelijke processen bleken ook een belemmerende rol te spelen.

Individualisering, het wegvallen van maatschappelijke steunsystemen,

de angstgevoelens die bestaan t.o.v. de psychiatrie en mogelijke overlast (TNS-NIPO, 2005) maken het de psychiatisch patiënt moeilijk om aan het maatschappelijk proces deel te nemen. Ook de beperkingen door de psychiatrische ziekte, maken het moeilijk voor de patiënt om aan het maatschappelijke proces deel te nemen. Kwetsbare groepen komen hierdoor buiten de maatschappij te staan (Erbij horen, 2002). Daarnaast bestaan er de beperkingen die de psychiatisch patiënt ervaart als gevolg van zijn psychiatrische ziekte.

De Taskforce heeft de overheid dan ook geadviseerd om gemeenten verantwoordelijk te maken voor dit integratieproces. Gemeenten moeten mensen met een psychische handicap deel laten nemen aan het maatschappelijk proces. Samenwerking tussen deelnemende partijen in dit proces (de gemeente, het onderwijs, woningbouwverenigingen, cliëntenverenigingen, burgers, de geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en werkgevers) is daarbij nodig. Taak van de gemeente is hen bij elkaar te brengen en gezamenlijk te komen tot beleid.

Helaas blijkt deze gewenste samenwerking in de praktijk vrijwel afwezig te zijn. Er is onvoldoende samenwerking tussen GGZ-instellingen en maatschappelijke organisaties. Ook ontbreekt specifieke kennis over de psychiatrische doelgroep die betrokken partijen nodig hebben. De gebrekkige samenwerking op gebieden als zorg, arbeid, welzijn en onderwijs vormen hierdoor een belemmerende factor in de verdere integratie. (Hoof van, 2004 / Zorg van velen, 2002).

De wens van de meeste psychiatrisch patiënten is om burger te zijn, dit ondanks het feit dat ze een ziekte en handicap hebben. Bovenstaande oorzaken (slechte beeldvorming, weinig steunsystemen, een beperkt voorzieningenaanbod op het gebied van werk, zorg en welzijn) maken dat integratie moeilijk wordt gerealiseerd. Het doel van het vermaatschappelijkingsproces, integratie en participatie van o.a. psychiatrisch patiënten, is nog lang niet behaald en heeft zelfs tot uitsluiting van groepen geleid (Zorgbelang Gelderland, 2005). Met de WMO streeft de overheid ernaar dat psychiatrisch patiënten 'Mee kunnen Doen' aan de maatschappij. De WMO lijkt te passen in de vermaatschappelijking van de psychiatrische patiënt. Dat er talrijke knelpunten liggen in het bereiken van dit doel, heb ik hierboven geschetst.

Ook Jan van Boven heeft te maken met de problemen van het niet vermaatschappelijk zijn. Hij heeft aan den lijve ervaren hoe de maatschappij neerkijkt op de psychiatrische patiënt. Hij wil graag deelnemen aan 'het leven' in de maatschappij. Zijn behoeften liggen op het gebied van zorg, welzijn, werk en sociale contacten, maar hij weet niet waar hij aan moet kloppen voor hulp. Zelf komt hij niet tot oplossingen, kan door zijn handicap deze verantwoordelijkheid niet dragen. Zijn netwerk is te beperkt om hem hierin te ondersteunen. Wat hij nodig heeft is een bemiddelaar, iemand die hem toe kan leiden naar de juiste personen.

De WMO vanuit cliëntenperspectief

Cliëntenorganisaties zijn tevreden met de WMO zoals deze onlangs is goedgekeurd door de Tweede Kamer. De gemeente dient belanghebbenden al in een vroeg stadium te betrekken bij beleid en hen in de gelegenheid te stellen ook zelf voorstellen te doen. Gemeenten dienen hun beleid te verantwoorden en hier verslag van te doen.

Middels de compensatieplicht verplicht de gemeente zich om mensen met een beperking in staat te stellen tot deelname aan het maatschappelijk leven. Met de motiveringsplicht moet de gemeente per aanvraag motiveren in hoeverre de beschikking bijdraagt aan het doel van de WMO. Ook moet de gemeente cliënten de keuze tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget (PGB) bieden.

Daarnaast bestaan er diverse wettelijke mogelijkheden voor cliëntenorganisaties om invloed uit te oefenen: de kwaliteitswet, het klachtrecht biedt mogelijkheden om invloed uit te oefenen (LPR, 2006).

Knelpunten in de invoering van de WMO

Of de door cliëntenorganisaties gewenste aspecten als keuzevrijheid en voldoende zorgaanbod kunnen worden gerealiseerd moet nog blijken. Momenteel overleggen gemeenten en betrokken zorg- en welzijnsinstellingen met elkaar over de wijze van uitvoering van de WMO. Bij betrokken instanties zal dit de nodige cultuurverandering vragen:

- Gemeenten moeten kiezen voor een bepaalde rol: besteden ze uitvoering van de WMO uit aan een GGD of aan een aantal zorginstellingen? Of behouden ze de coördinatie zelf en werken ze hierbij samen met deze zorg- en welzijnsinstellingen.
- Gemeenten kunnen de rol van zorginkoper op zich nemen. Daarbij worden ze gedwongen om conform Europese regels de zorg middels aanbesteding te kopen. Dit kan leiden tot versnippering van het zorgaanbod, of tot zorgaanbieders die opereren op een markt die ze onvoldoende kennen.
- Welzijnsinstellingen dienen markt- en prestatiegericht te gaan werken, iets wat ze momenteel nog niet kennen.
- Grotere instellingen dienen transparanter te worden en inzicht te geven in hun zorgaanbod en hun beoogde doelgroepen. De tijd zal leren in hoeverre dit realiseerbaar blijkt en of er werkelijk samenwerking komt tussen betrokken partijen. Mogelijk wordt de cliënt hiervan de dupe (LPR, 2006).

De overheid streeft ernaar, door verantwoordelijkheden te verplaatsen naar de burger, dat deze burger zelf zorgt voor zijn welzijn. Deze burger klopt eerst aan bij zijn civil society en vervolgens bij de gemeente. Waar nodig kan hulp ingeroepen worden van de gemeente, deze richten de WMO op plaatselijk niveau in. Hoe ze dit doen, daar zijn ze vrij in, dat wil zeggen dat de overheid hier geen regels in stelt.

Zoals uit mijn probleemstelling blijkt (*"de WMO benadrukt de eigen verantwoordelijkheid van de psychiatrische patiënt voor zijn eigen welzijn; deze is hier niet altijd toe in staat"*) vraag ik me af of de psychiatrisch patiënt zelf in staat is hulp te vragen bij het zorgloket. Ik zie de volgende problemen:

- Een tekort aan adequate sociale vaardigheden van de psychiatrisch patiënt maken dat deelname aan de maatschappij moeilijk is. Vaak belanden psychiatrisch patiënten hierdoor aan de onderkant van de maatschappij.
- Beperkingen t.g.v. de ziekte op cognitief gebied maakt dat het formuleren van wensen en problemen moeilijk kan zijn voor de psychiatrisch patiënt.
- Diverse maatschappelijke problemen maken dat deelname van de psychiatrisch patiënt aan de maatschappij beperkt is of bemoeilijkt wordt.

Om de WMO succesvol te laten zijn, dient deze aan een aantal voorwaarden, uit te voeren op diverse niveaus, te voldoen om het doel van deze wet te bereiken. De SPV kan hier vanuit zijn specifieke deskundigheid een rol in spelen. In het vervolg van dit artikel wil ik deze rol nader toelichten en hierbij gebruik maken van de casus.

Sociale psychiatrie en de WMO, overeenkomsten en verschillen

Als SPV is de sociale psychiatrie mijn referentiekader. Om de raakvlakken tussen de WMO en de sociaal psychiatrische praktijk te ontdekken, plaats ik de uitgangspunten van de sociale psychiatrie en die van de WMO naast elkaar.

Sociale psychiatrie	WMO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Voorkomen dat bepaalde groepen zorgvragers in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgesloten. 2. Aandacht voor sociale en epidemiologische context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt, voordoet en in stand wordt gehouden. 3. Het gaat niet om de individuele cliënt maar altijd om de cliënt in de maatschappelijke en sociaal-culturele context en verhoudingen. 4. Flexibiliteit van aanbod: langdurige en kortdurende hulp met wisselende intensiteit, crisisinterventie, rehabilitatie en psycho-educatie. 5. Aandacht voor praktische problemen en vragen van het zorgvragersysteem op verschillende niveaus van sociaal functioneren. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mensen zijn zo veel mogelijk zelf verantwoordelijk voor hun eigen welzijn. 2. Solidariteit in de samenleving: de sterkeren dragen meer lasten dan de zwakkeren. 3. Iedereen kan zo volwaardig mogelijk deelnemen in de samenleving, ondersteuning wordt hierbij geboden. 4. Mensen die het echt nodig hebben, krijgen goede zorg. 5. Minder bureaucratie.

Bron: Onderwater e.a. (2005) / Ministerie van VWS, 2005

Wat zijn de overeenkomsten?

- Het uitgangspunt dat iedereen deel moet kunnen nemen aan het maatschappelijk proces
- Het pleidooi voor maatschappelijke solidariteit tussen sterkeren en zwakkeren
- De patiënt moet de regie over het eigen leven herkrijgen (empowered worden).
- De garantie van zorg aan iedereen die het nodig heeft
- Ondersteuning is nodig op diverse gebieden (wonen, werk, welzijn, zorg, daginvulling)

Wat zijn de verschillen?

- De WMO gaat uit van eigen verantwoordelijkheid van het individu voor het welzijn. De sociale psychiatrie plaatst welzijn in een sociale en epidemiologische context. De omgeving heeft invloed op het bestaan van welzijnsproblemen.
- De WMO gaat uit van een mondige patiënt die zelfstandig in staat is zijn eigen behoeften te beoordelen en voor zichzelf op te komen. Patiënten die niet over deze eigenschappen beschikken kunnen in een sociaal isolement terecht komen.

In de situatie van Jan zijn WMO en sociale psychiatrie het eens over het uitgangspunt: Jan moet deel kunnen nemen aan het maatschappelijk proces. Ook kan hij een beroep doen op diverse soorten hulp. Vanuit ethisch oogpunt wordt gezegd dat zorg gegarandeerd is en dat er solidariteit tussen sterk en zwak dient te bestaan.

De WMO vraagt echter het individu Jan om zijn benodigde ondersteuning te organiseren; de sociale psychiatrie kijkt meer naar de sociale context waarin Jan zich bevindt. Het betrekken van deze context, in deze helaas afwezig, is een sociaal psychiatrische visie met als doel het mobiliseren van ondersteunende en beschermende factoren en het leren kennen van instandhoudende en belemmerende factoren. Belemmerend in deze is Jan's geringe sociale netwerk, wat maakt dat zijn situatie blijft zoals het is. De SPV in deze is onderdeel van het sociaal netwerk van Jan en dient vanuit professioneel oogpunt een verandering te scheppen door samen met Jan bij de gemeente om hulp te vragen.

De SPV en de WMO

Uitgangspunt van de sociaal psychiatrische praktijk is het voorkomen van uitsluiting en marginalisering (Beroepsdeelfprofiel, 2004). Uitgangspunt van de

WMO is deelname aan het maatschappelijk proces.

Jan moet eerst een beroep doen op zijn civil society. Vindt hij hier onvoldoende ondersteuning, dan kan hij terecht bij de gemeente.

Als geschetst is Jan's netwerk beperkt tot een buurvrouw en familie die ver weg woont. Van hen valt weinig ondersteuning te verwachten. Voor hulp moet Jan een beroep doen op de gemeente. Hoe hij dit moet doen, weet hij niet. De eigen verantwoordelijkheid (lees een hulpvraag vormen, keuzes maken, besluiten nemen) zijn vaardigheden die hij - door zijn psychiatrische kwetsbaarheid - onvoldoende beheerst. Ondersteuning vanuit professionele hoek is hierbij gewenst. De SPV kan dit bieden. Uitgangspunt hierbij is de rehabilitatiebenadering. Uitgaande van deze visie kan de SPV optreden als casemanager en kwartiermaker.

Wat is de rehabilitatiebenadering?

Rehabilitatie is gericht op de psychiatrisch patiënt en zijn omgeving. Doel hiervan kan zijn bevorderen van het herstel van de cliënt en hem om leren gaan met langdurige beperkingen. Een ander doel kan zijn het ondersteunen van de omgeving, van het sociaal netwerk, het bieden van een sociale prothese, of de omgeving om leren gaan met de beperkingen van de cliënt. De psychiatrisch patiënt moet in staat worden gesteld deel te nemen in de sociale omgeving en de maatschappij zodat zijn leven voldoende kwaliteit heeft (Wilken e.a., 2003). De wensen van de patiënt, diens leven, geschiedenis en toekomst staan centraal. De relatie hulpverlener - netwerk / omgeving van de patiënt is hierin belangrijk, zij functioneren als informatiebron en dienen betrokken te zijn bij de behandeling. Ook zij rehabiliteren.

Een voor de SPV passende rol in dit rehabilitatieproces is die van casemanager.

De SPV als casemanager

Casemanagement is het doelgericht alle activiteiten rondom de zorgvrager, die in het kader van een bepaald vraagstuk te maken krijgt met meerdere aanbieders van diensten en waarbij meerdere belangen een rol spelen, op elkaar af te stemmen (Beroepsdeelprofiel, 2004). De SPV als casemanager kan volgens het Beroepsdeelprofiel (2004) optreden vanuit een aantal rollen:

- de rol van zorgcoördinator
- de rol van zorgkoppelaar
- de rol van zorgbemiddelaar
- de rol van belangenbehartiger
- de rol van adviseur

De casemanager levert hierbij een bijdrage aan het maatschappelijk steunsysteem van de patiënt zodat er een integraal en op de wensen van de patiënt aansluitend hulpaanbod ontstaat, gericht op integratie en emancipatie. Dagbesteding (studie en werk zijn hier onderdelen van), ondersteuning bij het zelfstandig wonen, ondersteuning bij de opbouw van sociale contacten, belangenbehartiging en emancipatie vormen hier een onderdeel van (Onderwater e.a., 2005).

De casemanager treedt bij voorkeur in de rol van belangenbehartiger en zorgbemiddelaar op. Hierbij maakt hij gebruik van preventieve en signalerende activiteiten. Dit doet hij op individueel en op sociaal-maatschappelijk niveau. Op individueel niveau gaat de casemanager in gesprek met de patiënt over diens behoeften op het gebied van wonen, dagbesteding, financiën, werk, vrije tijd en welzijn. Op sociaal-maatschappelijk gebied gaat de casemanager op onderzoek uit. Kennis van de sociale kaart is hiervoor een must. De centrale vraag hierbij is in hoeverre het zorg- en welzijnsaanbod aansluit op de wensen van de patiënt. Kwartiermaken kan hierbij een toe te passen werkwijze zijn.

In het kader van de WMO treedt de casemanager op als onderdeel van het sociale systeem van de patiënt. Ik licht dit met behulp van de casus verder toe hoe dit eruit kan zien.

Vervolg van de casus

Jan van Boven wil deelnemen aan het maatschappelijk proces maar weet niet hoe. Zijn behoeften liggen op het weer oppakken van zijn studie die hij vorig jaar afgebroken heeft. Ook wil hij enige dagbesteding, rekening houdend met zijn kwetsbaarheid voor manisch-psychotische decompensatie. Zelf denkt hij hierbij aan werk op een kantoor, maar hij weet niet hoe dit zelf te realiseren.

Hij heeft inmiddels een gesprek gehad bij het Zorgloket van de gemeente. Hij is verwezen naar een medewerker van het backoffice, die met hem nagegaan wat zijn behoeften qua ondersteuning zijn. Jan heeft (samen met zijn SPV) verteld ondersteuning op de gebieden van zorg, sociale contacten, dagbesteding en werk te wensen. De contactpersoon geeft informatie over diverse voorzieningen: buurthuizen, sportverenigingen, zorg- en welzijnsinstellingen in zijn omgeving, waar hij aan kan kloppen voor dagactiviteiten, sociale contacten en welzijn. Jan voelt zich hierdoor gehoord. Ook wordt hij verwezen naar het buurthuis in zijn buurt, waar hij slechte ervaringen mee heeft.

In overleg met zijn casemanager besluit hij dat deze hier gaat overleggen. De SPV gaat kwartiermaken.

Wat is kwartiermaken?

Kwartiermaken betekent het werken aan gastvrijheid in de samenleving voor mensen die anders zijn. Het gaat er hierbij om dat de psychiatrisch patiënt zich thuis voelt in de maatschappij. Dit vraagt iets van de maatschappij. Er dient draagvlak te ontstaan om mensen met een handicap in de maatschappij op te nemen (www.kwartiermaken.nl). Kwartiermaken is ruimte maken voor de ander. Doel hiervan is om het sociale steunsysteem rond de patiënt te vergroten. Gemeentelijke overheden dragen hier verantwoordelijkheid voor en krijgen deze in de WMO ook toebedeeld.

De casemanager wordt kwartiermaker door meer in de samenleving aanwezig en beschikbaar te zijn. Hij kan hier noden signaleren, hulp meer wijkgericht aanbieden. Hiervoor is het nodig dat er samenwerking ontstaat tussen de diverse hulpverleningsinstanties in een wijk. De zorg om de cliënt dient hierbij centraal te staan, waarbij er vanuit specifieke deskundigheid door diverse hulpverleners wordt samengewerkt. Er is hierbij sprake van kwartiermaken vanuit hulpverleners. Een andere wijze van kwartiermaken komt uit de maatschappij; ondanks anderszijn worden psychiatrisch patiënten welkom geheten in buurthuizen, in vrijwilligerswerk, in netwerken en in vriendschap (www.kwartiermaken.nl).

Voor Jan betekent dit dat de casemanager kwartiermaakt door bij het buurthuis - waar hij de studie volgde - te informeren naar mogelijkheden voor Jan om weer mee te doen. Voorlichting over het psychiatrisch ziektebeeld van Jan, het verstrekken van een telefoonnummer voor eventuele vragen, neemt de angst voor 'vreemd gedrag' weg en maakt dat Jan weer kan studeren.

In overleg met de SPV besluit Jan dat kwartiermaken ook zinvol is bij de sportvereniging waar hij lid van wordt. Samen met Jan neemt de casemanager contact op met de club.

Vanuit de maatschappij wordt er kwartier gemaakt door bij welzijnsinstellingen te zorgen voor ondersteuning van de psychiatrisch patiënt. De drempel wordt hierdoor lager. Gezien de ervaringen met Jan besluit het buurthuis om zich opener op te gaan stellen naar mensen met een psychische handicap. De casemanager krijgt hierin een bemiddelende, voorlichtende en ondersteunende rol.

In de WMO dient de gemeente ervoor te zorgen dat buurthuizen, welzijnsverenigingen, sportverenigingen en dergelijke openstaan voor een voor hen vreemde doelgroep. Kwartiermaken, met gebruikmaking van professionals die op de hoogte zijn van de specifieke doelgroep, is een goede wijze om deze openheid te bereiken.

Ook gaat de casemanager met Jan in gesprek over zijn wensen op het gebied van werken en wonen. Hij zegt tevreden te zijn met zijn woning, meer sociale contacten en enkele middagen per week te willen werken. De mogelijkheden die hiervoor bestaan kent de casemanager onvoldoende. Jan wordt verwezen naar een arbeidsrehabilitatieproject, naar een dagactiviteitencentrum, en naar een project specifiek gericht op psychiatrisch patiënten. Jan maakt uit de geboden mogelijkheden enkele keuzes en gaat hiermee verder.

Het gehele WMO traject heeft Jan doorlopen. Hij is samen met zijn casemanager begonnen met het inventariseren van zijn wensen. Vervolgens zijn ze naar het Zorgloket gegaan. Hier zijn ze verwezen naar passende instanties in de backoffice, die hen verwezen naar diverse voorzieningen die aansloten op Jan's wensen. De casemanager is hierbij opgetreden als kwartiermaker, heeft de weg voor Jan geplaveid, zodat deze opgenomen werd binnen deze voorzieningen. Zijn doelen werden hiermee behaald. Ook de doelen van de sociale psychiatrie zijn behaald, evenals de doelen van de WMO. Succes alom!

Samenvatting

Na een korte beschrijving van de WMO, het doel hiervan, de doelgroep en de wijze van uitvoering, heb ik de WMO geplaatst in het kader van de vermaatschappelijking van de psychiatrisch patiënt. De WMO past hierin. Doel van de wet is immers 'Meedoen'. Helaas blijkt dit 'Meedoen' niet zo gemakkelijk te zijn voor de psychiatrisch patiënt. De knelpunten die ik tegen kwam liggen op diverse vlakken:

Op individueel niveau:

- Een tekort aan adequate sociale vaardigheden van de psychiatrisch patiënt maakt dat deelname aan de maatschappij moeilijk is. Vaak belanden zij hierdoor aan de onderkant van de maatschappij.
- Beperkingen op cognitief gebied t.g.v. de ziekte maakt dat het formuleren van wensen en problemen moeilijk kan zijn voor de psychiatrisch patiënt.
- Door deze factoren is de psychiatrisch patiënt niet altijd in staat de verantwoordelijkheid voor zijn eigen ondersteuning te dragen. Hier kan hij hulp bij nodig hebben.
- Het geringe sociale netwerk van psychiatrisch patiënten maakt dat maatschappelijke uitsluiting dreigt. Dit is tegengesteld aan het doel van de WMO, namelijk 'Meedoen' aan het maatschappelijk proces.

Op zorg- en welzijnsniveau:

- Er bestaat onvoldoende samenwerking tussen de diverse instellingen in de zorg. Cliënten moeten een beroep doen op diverse instanties met diverse zorgproducten. Onderlinge afstemming vindt nauwelijks plaats.
- Ketenzorg is in de GGZ nog onvoldoende heeft ontwikkeld (Zorg van velen, 2002 / Onderwater e.a. 2005).

Op maatschappelijk niveau:

- Er zijn te weinig passende voorzieningen op het gebied van werk, vrije tijd, welzijn en wonen voor de psychiatrisch patiënt. Ook bestaat er onvoldoende samenhang tussen deze voorzieningen (Zorgbelang Gelderland, 2005). Hierdoor is maatschappelijke participatie voor veel patiënten onbereikbaar.
- Gemeenten hebben nog onvoldoende regie genomen in het zorg- en welzijnsproces.

Voor deze knelpunten wil ik in een volgende paragraaf aanbevelingen doen.

Voor de psychiatrisch doelgroep kan de SPV in de rol van zorgbemiddelaar en

belangenbehartiger een belangrijke rol spelen. Hij kan de doelgroep motiveren om naar het Zorgloket te gaan, voorzieningen middels kwartiermaken openen voor een nieuwe doelgroep en op deze wijze het 'Meedoen' van de psychiatrisch patiënt in de maatschappij mede realiseren.

De casus was hierbij een voorbeeld voor de wijze waarop de WMO uitgevoerd moet worden.

Conclusie en aanbevelingen

De WMO is te plaatsen in het kader van vermaatschappelijking van de psychiatrie. Patiënten moeten burgers worden. 'Meedoen' is het credo van de wet. Mijn stelling luidde: "de WMO benadrukt de eigen verantwoordelijkheid van de psychiatrische patiënt voor zijn eigen welzijn; deze is hier niet altijd toe in staat."

In mijn artikel heb ik een voorbeeld gegeven op welke wijze een psychiatrisch patiënt, met ondersteuning van een SPV, gebruik kan maken van de wet.

Vaardigheidstekorten maken dat de patiënt zonder - professionele - ondersteuning niet aan het maatschappelijk leven deel kan nemen. Ook maatschappelijke factoren bleken hierin belemmerend te zijn.

Ik wil concluderen dat de WMO kan slagen, mits de patiënt met directe ondersteuning, gebruik kan maken van deze WMO. Een SPV kan deze ondersteuning bieden in de vorm van casemanagement. Het de patiënt begeleiden bij het formuleren van zijn hulpvraag, het bieden van ondersteuning bij het Zorgloket en bij zijn individuele vervolgtraject zijn hier onderdelen van. Daarnaast levert de SPV een belangrijke bijdrage door kwartier te maken, instellingen te 'openen' voor de psychiatrisch patiënt.

De diverse veranderingen die hiervoor gewenst zijn, heb ik onderverdeeld in aanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau.

Micro-niveau:

De individuele SPV kan als casemanager een belangenbehartigende en bemiddelende rol spelen voor de psychiatrisch patiënt. Ook kan hij door kwartier te maken (voorlichtend, ondersteunend) er voor zorgen dat instellingen opener worden voor deze doelgroep.

Meso-niveau:

Rol van de gemeente: gemeenten dienen hun rol als regisseur op zich te nemen. Zij dienen betrokken instellingen uit zorg en welzijn tot samenwerking te bewegen onder het motto 'de cliënt staat centraal.'

Rol van het Zorgloket: laagdrempeligheid is een vereiste. Het frontoffice moet direct toegankelijk zijn. Het back office moet bestaan uit zorg-, welzijn- en andere instellingen. Snelle doorverwijzing is een voorwaarde.

Rol van instellingen: instellingen dienen elkaar bij te staan en aan te vullen qua expertise en kennis. Het bieden van ketenzorg is hiervoor een vereiste.

Instellingen moeten praten vanuit een gezamenlijke visie, niet vanuit een concurrentiemodel. Dit begint met samenwerking binnen het Zorgloket van de gemeente. Korte lijnen, snelle verwijzing, vraaggericht werken is hiervoor nodig. De cliënt moet centraal staan.

Macro-niveau:

De overheid dient door het stimuleren van woon- en zorgprojecten ervoor te zorgen dat de maatschappij zich verder openstelt voor gehandicapten. Zij dienen op hun eigen niveau deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk leven en hierbij zo min mogelijk hindernissen te ervaren. Kwartiermaken is een werkwijze om deze voorzieningen te openen voor deze doelgroep.

Geraadpleegde literatuur

- AVVV, *Beroepsdeelprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige* (2004)
- Hoof van E. e.a., Meedoen, *Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Monitorrapportage vermaatschappelijking, Trimbos-instituut, Utrecht 2004
- Landelijke Patiënten Raad (LPR), januari 2006 Flits 3, *bijlage WMO debat*
- Ministerie van VWS, *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning* (2004)
- Onderwater e.a., *Sociale Psychiatrie*, Lemma, Utrecht, 2005
- Platform GGZ, *Familieleden door nieuwe wet nog zwaarder belast*, 20-04-2005
- Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg, *Erbij horen*, Januari 2002
- TNS-NIPO, *Beeldvorming over psychiatrisch patiënten*, 2005
- Wijngaarden van e.a., *De kwaliteit van langdurige zorg in de SBWU*, De kwaliteit van langdurige zorg in GGZ Westelijk Noord-Brabant, Trimbos instituut 2005
- Wilken J.P. e.a., *Psychosociale rehabilitatie*, SWP, Amsterdam 2003
- Zorgbelang Gelderland, *Nieuwsbrief Wmo / AWBZ nr. 6 november 2005*
- *Zorg van velen*, Eindrapport van de landelijke commissie geestelijke volksgezondheid, Den Haag, februari 2002

websites

www.kwartiermaken.nl
www.minvws.nl

“Sociaal psychiatrische verpleegkunde onder gesternte van ZvW, WMO en DBC”

Onno Kastelein, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en redactielid

De wereld van de financiering en organisatie van de gezondheidszorg is flink in beweging. Als eerste is de Zorgverzekeringswet (ZvW) ingevoerd, daarnaast is er een start gemaakt met de DiagnoseBehandelCombinatie (DBC) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is op komst. Wat betekenen al deze veranderingen voor het werk van de SPV? Komen onze sociaal psychiatrische uitgangspunten nu onder druk te staan of dienen zich ook nieuwe kansen aan om bijvoorbeeld meer cliëntgericht te werken? De NVSPV wil graag de uitgangspunten van de sociaal psychiatrische verpleegkunde behouden in deze veranderende omgeving.

De studiemiddag op 18 mei 2006 is bedoeld als verkenning. Wat gebeurt er zoal in het land? Wat zijn de ervaringen tot nu toe met 'stepped care', DBC's en de SPV in de eerste lijn? Welke ideeën zijn er over de mogelijkheden van de WMO en wat is dan de rol van de SPV?

Veel vragen. Er zijn vier sprekers die deskundig zijn op een van de deelgebieden. Aan de middagvoorzitter **Carla Raben** de taak om de middag gestroomlijnd te laten verlopen.

De maatschappelijke waarde van verplegen

Als eerste spreker kreeg **Aart Eliens**, programmaleider bij de AVVV, het woord. Hij schetste het feit dat de verpleegkunde zich in hoog tempo ontwikkelt. De klassieke professionalisering is op zijn retour. De nieuwe geneesmiddelenwet, bijvoorbeeld, gaat ruimte bieden aan verpleegkundigen om medicijnen voor te schrijven. Daarnaast spelen vergrijzing, multiculturele aspecten, sociale problematiek, de noodzaak van preventie en de mondigheid van burgers mee in de noodzaak van ontwikkelen.

Naast maatschappelijke ontwikkelingen zijn er ook de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Zo is er schaarste bij bepaalde beroepsgroepen, zijn er problemen met de toegang tot de gezondheidszorg, zijn professies complementair ten opzichte van elkaar en is er meer en meer sprake van generalisten versus specialisten. Hoe staat het met de behoeften van cliënten. Eliens verwoordt dat cliënten niet te veel hulpverleners willen zien en de zorgvraag centraal stellen en niet de professie. Er is bij cliënten een behoefte aan een toegankelijke en transparante gezondheidszorg en aan keuze-informatie.

Ook de verpleegkunde is volop in beweging. Meer wetenschappelijke kennis, meer reflectie op eigen beroepsuitoefening, er is sprake van groei van ervaringskennis en meer helderheid in opleidingsstructuren. Jammer genoeg wordt deze ervaring maar mondjesmaat op papier gezet.

Al met al is de gezondheidszorg volop in beweging en zo schetst Eliens zijn er voor de verpleegkunde tot nu toe nog nooit zoveel kansen geweest. Echter een professe dient waarde voor de maatschappij te hebben. Wat is de waarde? Dat is de bijdrage die we als verpleegkundigen leveren aan behoud, herstel en instandhouden van gezondheid van mensen. En de zorg voor kwetsbare groepen zoals verstandelijk gehandicapten, chronisch zieken, daklozen ouderen thuis etc. Eliens geeft zijn toehoorders een aantal opdrachten mee om mee te kunnen in deze ontwikkelingen. Ban het rituele handelen (mythe van het huisbezoek, heteroanamnese), stel de hulpvraag centraal (welke competenties zijn hiervoor nodig?) en laat de inhoud van de opleidingen aansluiten bij de landelijke ontwikkelingen. Daarmee bedoelt hij profilering op het gebied van preventie, binnen verpleeg- en verzorgingshuizen en op het gebied van kwetsbare burgers (werkelozen, minder draagkrachtigen, allochtonen en adolescenten). Opnieuw geeft hij het advies om uit de domeinenstrijd te blijven en je vooral te richten op de zorgvraag van de cliënt.

Vervolgens komt hij met een in mijn oren nieuw idee. Richt verpleegkundige centra op waar cliënten naar toe komen met typisch verpleegkundige vraagstukken. Het idee vloeit voort uit een advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): "breng voorzieningen en regelingen tot stand die zijn toegesneden op de diversiteit aan hulpvragen. Bijvoorbeeld 'walk-in-centra en telefonische hulpdiensten". Eliens is van mening dat 60% van de hulpvragen bij de huisarts van verpleegkundige aard is. Het centrum zou dan geschikt moeten zijn voor o.a. mensen met chronische ziekten, mensen met psychische, sociale, psychiatrische en verslavingsproblemen. Daarnaast voor acute zorg en cliënten die na ontslag intensieve nazorg nodig hebben. Het verpleegkundig centrum zou verschillende functies kunnen herbergen. Je zou kunnen denken aan: telefonische hulpdienst, verpleegkundig spreekuur, verpleegkundige spoedeisende hulp, kortdurende opname, dag-, avond- of nachtopvang en een trainingswerkplaats voor cliënten en mantelzorgers. De Amerikaanse voorbeelden zijn succesvol te noemen. In Amerika is het volledig ingeburgerd met welk soort klachten of problemen je waar naar toe gaat, "dat is gewoon een kwestie van opvoeding en gewenning". De vraag is natuurlijk hoe, wat, wie en wie betaald? De zorgverzekeraars staan open voor een goed concept. "Als jullie besluiten een werkgroep te formeren om hier verder over na te denken geef ik me bij deze op", zo stelt Eliens.

DBC Diagnose Behandel Combinatie

De volgende spreker is **Hans Tiekens**, hij is adviseur Raad van Bestuur Jellinek en zal spreken over de DBC. Hij duikt eerst in de geschiedenis en schetst nog eens de aanleiding voor het project DBC GGZ. Dat was toch vooral de onvrede over de huidige bekostiging. In essentie gaat het erom dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume van DBC's, kortom over prestaties en een taal waarin je met je tegenpartij/partner kunt praten. Er wordt een beweging gemaakt van totaalbudget op basis van landelijk vastgestelde parameters naar een contractenstelsel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Dat betekent dat er onderhandelingsruimte komt tussen genoemde partijen over zowel het aantal als de prijs als de kwaliteit. Bij kwaliteit kun je de vraag stellen of er sprake is van evidence based behandeling, gecertificeerde zorg, gemeten resultaten, deskundig personeel en cliënt satisfactie op afgesproken niveaus? Maar zo hield Tiekens de toeschouwers voor het is altijd resultaat van onderhandeling. We krijgen uitleg hoe de Landelijke Werkgroep DBC-ontwikkeling GGZ te werk is gegaan en met circa dertig professionals uit verschillende circuits en met verscheidene disciplines uit de GGZ een expertgroep heeft gevormd. De opdracht was duidelijk en drieledig: maak een typeringslijst (zorgtype, zorgvraag), een registratielijst activiteiten en verrichtingen (diagnostiek, behandeling, begeleiding etc.) en het moest een productstructuur opleveren. Deze drie bouwstenen hebben een onderlinge samenhang en zijn inhoudelijk verwant. We krijgen verder technische details voorgeschoteld over verschillende productgroepen, ambulante groepen per diagnose en klinische productgroepen. Het werd eigenlijk pas interessant toen er reacties uit de zaal kwamen. Het verwijt dat hij een koopmansverhaal houdt pareerde Tiekens vakkundig. We moeten de DBC-systematiek toch vooral zien als een groeiend systeem wat zich in de loop van de tijd verder zal ontwikkelen. Zijn verhaal werd kritisch beluisterd, sommige mensen vonden er wat te veel aannames in zitten en iemand zei zelfs dat als hij de IT in had gewild hij geen SPV was geworden, met andere woorden het allemaal wel erg technisch geworden is.

INDIGO

Henny van Doremalen, SPV en teamleider bij INDIGO is de volgende spreker. Hij beschrijft op een inspirerende wijze hoe INDIGO als divisie binnen Altrecht is ontstaan en hoe de werkwijze is. Vanaf 1 januari 2006 speelt Altrecht op deze wijze in op een toenemende zorgvraag in de eerste lijn en wil op deze manier de zorg betaalbaar en effectief houden. Door een aparte divisie te vormen waar 80 % SPV-en en 20% GZ-psychologen werken wil INDIGO slagvaardig zijn met een toegankelijk zorgaanbod. Hij stelt dat het zorgaanbod een versterking is van de eerstelijns GGZ en aansluit bij het stepped care model. Dat is ook nodig zegt Doremalen want tenslotte kampt een kwart van de Nederlanders met psychische problemen. Problemen die als ze in een vroeg stadium worden aangepakt vaak goed en snel weer kunnen worden opgelost.

De spreker houdt ons een hele lijst kernwoorden van Indigo voor die kenmerkend zijn voor hun werkwijze. Er is geen lijftijdsgrens, die is er bij de huisarts toch ook niet, stelt Doremalen. De behandeling is kort, probleemgericht en monodisciplinair. Verder vindt de behandeling plaats binnen de gezondheidscentra en in de wijk. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de vraag, doelgroep en de cliënt. Als er blijkt dat langere of specialistische behandeling nodig is wordt er direct doorverwezen. Tenslotte vindt het behandelaanbod plaats volgens de stepped care methode, er zijn naast behandeling en begeleiding ook cursussen, zelfhulpmogelijkheden en voorlichting.

Indigo richt zich op alle mensen ongeacht leeftijd of achtergrond die kampen met psychische problemen, voor het eerst vastlopen of al langer leven met psychische problemen maar die tijdelijk extra steun nodig hebben. In DSM IV termen moeten we dan denken aan mensen met een aanpassingsstoornis, angst- en stemmingsklachten en care cliënten die adequaat behandeld zijn en in een stabiele fase verkeren.

Het aanbod is divers. Er is sprake van consultatie en advies door de SPV die tevens aanspreekpunt en partner is voor het gezondheidscentrum of psychosociaal team. Verder is er een gevarieerd aanbod van voorlichting, zelfhulpmogelijkheden en cursussen. De SPV indiceert en koppelt vraag en aanbod.

Er wordt veel gewerkt met 'problem-solving therapy' en het vijf gesprekken model door de SPV en de GZ psychologen die ook kortdurende behandelingen

doen werken meestal vanuit de Cognitieve Gedragstherapie of Inter Persoonlijke Psychotherapie. Er zit geen dokter in het team maar een psychiater geeft consult en of medicatieadvies aan de huisarts.

Praktisch gezien wordt er gewerkt met drie teams met elk ongeveer twintig medewerkers, vindt er wekelijks een cliëntenbespreking plaats en is er volop ruimte voor (bij)scholing van de medewerkers. De eerste vijf maanden die Indigo nu operationeel is zijn positief ervaren. De huisartsen zijn positief, het is voor cliënten prettig en Doremalen is van mening dat de SPV meer tot zijn recht komt. Belangrijke knelpunten zijn de ICT, dossiervorming en de bureaucratie (dat komt mij niet onbekend voor bij het werken in de huisartsenpraktijk). Al met al een goed verhaal en een goed en inspirerend initiatief!

'De Sociaal Psychiatrische WMO' , mogelijkheden of valkuilen

Als laatste spreker is het de beurt aan **Gerard Lohuis**, hij is naast SPV en verpleegkundedocent ook schrijver van verschillende artikelen en boeken. De lezing begint pakkend met een verhaal over twee muizen 'pieker en peins'. Ze komen voor de keus om wel of niet te veranderen om iets te bereiken. De moraal van het verhaal is dat als je het leuk wilt hebben in het leven je af en toe zult moeten veranderen. Als het gaat om veranderen en hoe mensen daarop reageren stelt Lohuis dat er grosso modo drie typen mensen zijn: 10% betweters, 80% volgelingen en 10% hakken-in-het-zand-zetters.

Er zijn op dit moment teveel specifieke factoren en regels in ons land die verlamd werken, de AWBZ is onhoudbaar en te duur en er is geen sluitend en transparant aanbod van wonen en zorg op lokaal niveau. Het uitgangspunt is dus verandering met minder overheidsregels, betrokkenheid van burgers bij beleidsvorming en de overheidsverantwoordelijkheid komt primair bij de gemeenten te liggen. Maar het belangrijkste uitgangspunt is maatschappelijke participatie en goede zorg voor mensen met beperkingen. De WMO is voor een groep van 2,5 miljoen burgers waarvan 10% blijvend hulp nodig heeft en 5% tijdelijk. We praten over drie groepen burgers: kwetsbare mensen, personen met participatiebehoefte en kwetsbare buurten. Er blijkt een hoop basiskennis omtrent de WMO aanwezig te zijn dus slaat Lohuis de verdere theorie over AWBZ en prestatievelen over en komt uit op de valkuilen en de mogelijkheden die de WMO biedt.

Valkuilen

In de WMO is alleen het eindresultaat afdwingbaar en niet de hulp. Het eindresultaat is overigens niet gedefinieerd. Daarnaast is er een kwetsbare plek omdat belangen van deelpopulaties tegenover elkaar komen te staan en er geen ondergrens voor het niveau van voorzieningen is. Als je als cliënt een goede belangenorganisatie hebt ben je beter af dan bijvoorbeeld een dakloze die dat niet heeft.

Een volgende valkuil is dat een ideologische verwijzing naar zelfzorg of mantelzorg geen dieet mag opleveren voor iemand die steun nodig heeft en gaat de WMO niet teveel uit van het goede in de gemeenten?

Verder heeft niet iedereen een zelfzorgend vermogen en kan concurrentie ook negatief uitpakken. Worden instellingen niet tegen elkaar uitgespeeld? Of gaan instellingen niet oneigenlijke taken uitvoeren? Is de GGZ wel actief genoeg in vermaatschappelijking? Uiteindelijk vindt Lohuis het collectief denken in de GGZ mager ontwikkeld.

Mogelijkheden

Maar wat zijn de mogelijkheden? Lohuis heeft een heel rijtje met een aantal bekende termen en fenomenen. Het gaat om contextuele hulpverlening waarbij we als SPV beschikbaar, bereikbaar en of in de eerste lijn aanwezig zijn. We als SPV een outreachende en actieve houding aan durven nemen en erbij zijn als

het gaat om sociale activering en mensen ook langdurig ondersteunen bij een psychiatrische handicap. Verder kan de SPV actief zijn in buurtondersteuning, samenwerken en coördineren van wonen en zorg en consultatie en dienstverlening bieden aan de netwerkpartners.

Lohuis wenst zijn toehoorders succes, de bereidheid om samen te werken als één van de vele participanten en een scherpe neus voor de ontwikkelingen op lokaal niveau om ons daarbij aan te sluiten en deze zodoende te versterken.

Laat zien wat je kunt

We zijn aan het einde van de middag gekomen. De sprekers komen het podium op voor een bloemetje en de middagvoorzitter nodigt nog uit voor het stellen van vragen.

Het meer ondernemend zijn van de SPV is een terugkerend onderwerp. Een cultuuromslag zowel in het onderwijs als op het GGZ speelveld. Tiekens raadt aan om helder te verwoorden wat je diensten zijn, plannen te maken en onderstreept dat ondernemerschap de toekomst heeft. Lohuis sluit zich daar bij aan: "Laat zien wat je kunt". Maar wel altijd samen oplopen met de patiënten beweging adviseert Eliens. Om te luisteren naar de cliënt om zo maatwerk te kunnen presenteren en ook hij zegt: "Schaam je niet voor je eigen ideeën!" Uit de zaal komen ook ontnuchterende reacties. Het verpleegkundig handelen heeft tenslotte geen zelfstandige bekostigingssystematiek. Hoe komt het geld op de plank? Het antwoord vanaf het podium is wederom in de trant van 'maak plannen, kom met goede ideeën etc' Eliens zegt: "Gewoon doen, niet wachten op anderen, durf!" Raben vindt het mooi geweest en sluit af. Ze onderstreept nog eens dat de huidige ontwikkelingen de SPV kansen geeft om zijn of haar kennis en kunde het verpleegkundig vak te blijven uitoefenen. Daarnaast geeft ze de NVSPV haar complimenten voor het programma en de sprekers. Het applaus klinkt instemmend.