

De Amsterdamse Ontwikkelagenda

voor herstel en participatie

2017 - 2022



HERSTEL & PARTICIPATIE

De Amsterdamse Ontwikkelagenda voor herstel en participatie 2017 - 2022

De Amsterdamse Ontwikkelagenda is tussen 31 mei 2016 en 31 mei 2017 opgesteld vanuit de Taskforce EPA Amsterdam. Het doel? Meer ruimte voor de eigen kracht van cliënten, hun individueel herstelproces en maatschappelijke participatie - en meer oog voor kwaliteit van leven van de psychisch kwetsbare Amsterdammer – in samenhang met zijn omgeving.

De agenda stelt nieuwe eisen aan de vorm, inhoud en structuur van de zorg en maatschappelijke voorzieningen - om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren, actuele knelpunten op te lossen en actief op participatie en inclusie in te zetten. De kanteling betekent voor zorgpartijen soms 'loslaten', voor de samenleving 'includeren'.

Wij onderschrijven als deelnemende partijen de speerpunten en doelstellingen van de Amsterdamse Ontwikkelagenda en committeren ons hieraan. Wij gaan met elkaar zorgen voor een uitstekende uitvoering.

Cliëntenbelang Amsterdam	Ad Warnar (algemeen directeur)
Groot MO/GGZ Overleg	Reinier Schippers (voorzitter)
Ypsilon Amsterdam	Bert van Raalte (voorzitter)
Arkin	Dick Veluwenkamp (lid raad van bestuur)
Cordaan	Marcel Mucek (directeur GGZ/VGZ)
GGD Amsterdam	Jan Woldman (adjunct-directeur publieke gezondheid)
GGZ InGeest	Elsbeth de Ruijter (voorzitter raad van bestuur)
HVO-Querido	Clemens Blaas (bestuurder)
Leger des Heils	Ed Bosma (algemeen directeur)
Centrum de Brouwerij	Lara Stavenuiter (psychiater)
De Regenboog groep	Hans Wijnands (directeur)
Huisartsenkring Amsterdam/Almere	Erik Veenhof (voorzitter HKA werkgroep GGZ)
1 ^e Lijn Amsterdam	Pien van Langen (directeur)
Directeurenoverleg MaDi/MEE van SOMOSA	Else de Wit (voorzitter)
de Volksbond Amsterdam / Streetcornerwork	Bart van Velde (directeur)
Gemeente Amsterdam (opdrachtgever)	Karin Boudewijns (plv. manager afdeling Zorg)
Zilveren Kruis (opdrachtgever)	Leen Goemans (senior manager inkoop Zuid-West Nederland)
De Taskforce werd ondersteund door:	Leen van Leersum (voorzitter)
	Nadira Rambocus (secretaris)

Amsterdam, 31 mei 2017

Inhoud

Levensverhaal: Op het gebied van stigma is nog is nog een wereld te winnen 6

Samenvatting 7

De Amsterdamse Ontwikkelagenda voor herstel en participatie 2017 - 2022

Inleiding 9

Stand van zaken herstel- en participatiebevordering Amsterdam 10

Knelpunten 12

Levensverhaal: Zolang ik geen thuis heb en geen baan heb, herstel ik niet 15

Levensverhaal: Inmiddels heb ik alle dingen gedaan die ik niet meer zou kunnen 16

Wat moet er veranderen? 17

Van ambitie naar uitvoering 20

Levensverhaal: Als mensen geen netwerk hebben moet je daar voor zorgen 23

Levensverhaal: Mijn zoon en dochter maken zich ongerust 24

Sturen en monitoren 25

Het uiteindelijke doel 25

Uitvoering 26

Levensverhaal: Maatschappelijke participatie volgt vanzelf als je je geborgen en geaccepteerd voelt 27



Op het gebied van stigma is nog een wereld te winnen

Peter is 45 jaar, een neerlandicus die naast al zijn vrijwilligersactiviteiten ook parttime werkt. Hij woont zelfstandig en is 'VIP'-lid bij de Brouwerij.

Ik zeg altijd dat ik een gevoeligheid voor psychoses heb. Aan al die labeltjes heb ik een broertje dood. Mijn eerste diagnose werd gesteld in 1999, dat was schizo-affectief. Ik heb toen een second opinion aangevraagd bij het AMC. Daar kwam ik voor een zaal vol artsen terecht, net een tribunaal. Zij concludeerden dat ik schizofreen was. Maar achteraf is die eerste diagnose aannemelijker.

Voordat die eerste diagnose werd gesteld ben ik zeven jaar rand-psychotisch geweest. Tijdens mijn studie stond ik elke avond te schreeuwen in mijn studentenkamer. Ik was al bij therapeuten geweest en uiteindelijk bij een psychiater terecht gekomen voor neurotische dingen. Maar niemand wist wat er aan de hand was. Het was mijn grote geheim dat ik stemmen hoorde. En dat was maar goed ook, anders had ik mijn studie nooit kunnen afmaken.

In 1999 heb ik het uiteindelijk aan die psychiater verteld, dat ik stemmen hoorde. Zo ben ik in de kliniek beland. Eerst vrijwillig intern op de open afdeling en daarna op de dagbehandeling. Het was er heel gezellig. Er zaten allemaal interessante mensen, een archeoloog en een jongen die een vrouw in zijn buik had. En er was veel te doen. Tot vorig jaar ben ik niet meer opgenomen geweest. Mijn ouders vingten me op als het niet goed ging. Lag ik een maand bij mijn ouders op de bank.

Een fulltimebaan zou ik niet kunnen volhouden. Ik moet de middenweg vinden in de schommelingen die bij mijn kwetsbaarheid horen. Als ik de benen uit mijn lijf ren, gaat het niet goed. Of als er iets gebeurt waardoor ik somber word en in bed blijf, dat is ook niet goed. Het belangrijkste is dat ik niet te veel achter elkaar doe. Tegelijkertijd is het voor mij goed om een stok achter de deur hebben. Thuis kan ik me slecht vermaken.

Omdat ik zoveel gedaan heb, kan ik op mijn CV maskeren dat ik iets mankeer. Zo heb ik ook die baan bij het Callcentrum gekregen. Het kan natuurlijk een kracht zijn, vertellen dat je iets mankeert. Bovendien houden ze er op je werk dan rekening mee. Maar vanwege het stigma durf ik dat niet. Op dat gebied is er nog een wereld te winnen. Daarom is het zo goed dat elk bedrijf een percentage gehandicapten in dienst moet nemen. Dan ziet iedereen dat het gewoon aardige lieve mensen zijn, die ondanks hun handicap toch kunnen functioneren. Mensen met een aandoening komen te snel in een eigen kringetje terecht. Ik ben juist voor een mix, zodat gezonde mensen en mensen die iets mankeren met elkaar in aanraking komen.

Ik weet wel dat er mensen zijn voor wie de samenleving te veel pijn doet, mensen die een beschermde omgeving nodig hebben. Ik ben ook gevoelig. Als iemand iets onaardigs zegt of lelijk doet, ben ik drie dagen van slag, dan word ik psychotisch. Je komt gewoon klootzakken tegen, altijd. Daar moet je je tegen zien te wapenen. Ik moet medicijnen slikken zodat ik afstomp en het me niet meer raakt, het leven leefbaarder is. Maar dat is de omgekeerde wereld. Ik moet kwetsbaar kunnen zijn.

Samenvatting

Een andere kijk op zorg en de organisatie hiervan in de samenleving. Dat is waar de Amsterdamse Ontwikkelagenda voor staat. Het doel? Meer inzet op eigen kracht, individueel herstel en participatie van de psychisch kwetsbare Amsterdammer. Meer oog voor veiligheid en kwaliteit van leven voor deze burgers – maar ook voor hun omgeving.

Om dit met elkaar te bereiken, gaan we deels op een andere manier werken. Dit stelt eisen aan de bestaande maatschappelijke voorzieningen.

Waar zetten we op in?

- Persoonsgerichte aanpak. We gaan uit van de vraag, kracht, mogelijkheden en kwetsbaarheden van de individuele cliënt en zijn naasten. De aanpak volgt het herstelproces en het verhaal van de cliënt.
- Een passend arrangement in elke fase van het herstel.
- Gezamenlijke regievoering op uitvoering per expertisegebied. Hierin zijn alle partijen vertegenwoordigd en iedereen geeft vanuit de eigen invloedssfeer vorm aan de noodzakelijke veranderingen.
- Kwalitatieve en kwantitatieve monitoring. Hiervoor benoemen alle betrokken partijen gezamenlijk per speerpunt de indicatoren. Deze indicatoren zijn gebaseerd op landelijke kwaliteitskaders en sluiten zo veel mogelijk aan op lopend onderzoek in Amsterdam.

De speerpunten

- A. Goed en betaalbaar wonen
- B. Individueel verbindende zorg
- C. Goede psychische hulp en behandeling
- D. Werk, onderwijs en inkomen
- E. Ontmoeting, uitwisseling en emancipatie
- F. Client- en familieparticipatie
- G. Gezondheid en somatiek

Ieder speerpunt heeft een uitwerking in verschillende doelstellingen. Om dit met elkaar te realiseren, moet op alle niveaus van hulp- en dienstverlening iets veranderen.

De gemeente Amsterdam draagt op veel vlakken verantwoordelijkheid voor het welzijn van haar burgers. Daarom krijgt Amsterdam de regie op de uitvoering van de Ontwikkelagenda en trekt zij samen op met het Zilveren Kruis. Daarbij kunnen dankzij een aantal nieuwe wetten de betrokken beleidsgebieden beter met elkaar in verbinding worden gebracht.

De Amsterdamse Ontwikkelagenda vormt de basis voor onderlinge afspraken tussen partijen waaronder inkoopafspraken tussen de gemeente Amsterdam, Zilveren Kruis en partijen.

De Amsterdamse Ontwikkelagenda voor herstel en participatie 2017 - 2022

Inleiding

Met de Amsterdamse Ontwikkelagenda bundelen heel uiteenlopende partijen de krachten om tot 30% meer herstel en participatie te komen voor psychisch kwetsbare Amsterdammers. De agenda vormt de komende vijf jaar de leidraad om hier gezamenlijk verder invulling aan te geven. De Ontwikkelagenda is een Amsterdamse vertaling van de adviezen uit het landelijke plan van aanpak *Over de brug* – opgesteld door kenniscentrum Phrenos. De agenda is voor de komende vijf jaar het kompas om ook deze Amsterdammers volwaardig burger te laten zijn.

Door wie?

De agenda is het afgelopen jaar opgesteld vanuit de Taskforce EPA Amsterdam. Deelnemers zijn cliënten- en familieorganisaties, diverse zorgaanbieders, vrijwilligersorganisaties, maatschappelijke partijen, de gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis. Naast de deelnemers aan de Taskforce kwamen ook andere betrokken partijen met waardevolle suggesties, denk bijvoorbeeld aan woningbouwcorporaties, politie, aanbieders van jeugdzorg, diverse experts, een klankbordgroep van cliëntbelangenbehartigers en niet te vergeten de ruim 120 deelnemers aan de drie dialoogsessies.

De deelnemende partijen verbinden zich aan de uitgangspunten en aan de toekomstige uitvoering van de Amsterdamse Ontwikkelagenda. Arkin, GGZ InGeest en HVO-Querido maakten hiertoe reeds een gezamenlijk plan onder de titel *Nieuw Amsterdams Pijl*.

Voor wie?

De Ontwikkelagenda wil handvatten geven om de leefwereld van de psychisch kwetsbare Amsterdammer te verbeteren – in het bijzonder de Amsterdammer met een ernstige psychische aandoening. Deze doelgroep heeft vaak een klein sociaal netwerk. Eenzaamheid, armoede, sociale uitsluiting, discriminatie en stigmatisering zijn onder deze groep vaak aan de orde van de dag. In veel gevallen is er sprake van complexe problematiek. Volledig participeren in de samenleving is voor hen vaak nog een brug te ver. We hebben het over een relatief kleine groep mensen, maar de complexe problematiek is in veel gevallen ernstig. Voldoende aandacht voor etnisch culturele verschillen ontbreekt vaak nog. Het is een groep Amsterdammers die vraagt om goede zorg en begeleiding op vrijwel alle levensdomeinen.

Herstel en participatie: hoe zien we dat?

Ondanks de beperkingen en belemmeringen waar psychisch kwetsbare Amsterdammers mee te maken hebben, mogen we met nadruk niet uit het oog verliezen, wat deze mensen wel willen en kunnen (eigen kracht). De Amsterdamse Ontwikkelagenda sluit hiermee aan bij de brede interpretatie van Herstel in *Over de Brug*. Daarbij wordt met herstel bedoeld: de persoonlijke processen van mensen die proberen hun leven weer op te pakken, ondanks de vaak desastreuze gevolgen van hun aandoening. Ook gaat de Ontwikkelagenda uit van de meerdimensionale benadering van herstel, namelijk vanuit symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk oogpunt, en van herstel van het 'dagelijks leven'. Daarbij beïnvloeden deze dimensies elkaar voortdurend.

Amsterdamse cijfers

Uit het vignettenonderzoek blijkt dat er circa 10.000 volwassen Amsterdammers zijn met een ernstig psychische aandoening:

- In Noord en in Zuidoost zijn psychisch kwetsbare Amsterdammers relatief oververtegenwoordigd.
- In de leeftijd van 18 tot 65 jaar heeft ongeveer een derde van deze mensen te kampen met verslavingsproblematiek.
- 9% van de groep jonger dan 65 jaar krijgt geen specialistische GGZ of MO-woonbegeleiding.
- 4% van deze groep heeft geen contact met de hulpverlening en is zorg mijddend.
- Psychisch kwetsbare ouderen vormen een specifieke groep.

Daarom willen we de volgende doelgroepen extra aandacht geven:

- Amsterdammers met chronische, ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), chronische, ernstige verslavingsaandoeningen (EVA) of een combinatie van beide;
- Amsterdammers met een forensische titel, en inwoners die verward zijn of overlast veroorzaken;
- Jeugd en Jongvolwassenen (23+);
- Amsterdammers die door zorgmijddend gedrag of om andere redenen geen of onvoldoende toegang tot zorg hebben;
- Amsterdammers met chronische, ernstige psychiatrische aandoeningen en/of verslavingsproblematiek met (ernstige) somatische/ouderdomsverschijnselen;
- Amsterdammers met chronische, ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en/of verslavingsproblematiek met een (licht) verstandelijke beperking.

Stand van zaken herstel- en participatiebevordering Amsterdam

Er wordt op dit moment al hard gewerkt aan verbetering van de situatie van psychisch kwetsbare burgers in de stad. Er lopen verschillende initiatieven. Zo wordt meer ingezet op eigen kracht, en waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen. Landelijke ontwikkelingen zoals *Samen Sterk Zonder Stigma*, *Herstel voor Iedereen* en *De Nieuwe GGZ* zijn vertaald naar lokale Amsterdamse initiatieven.

Hieronder de stand van zaken per initiatief:

A. Diverse stedelijke projecten

- Het project Meedoen Werkt bereikt Amsterdammers via de activeringsteams – en wil daarmee nog beter inspelen op de vraag van de Amsterdammer. Meer plekken realiseren, meer mensen matchen en actiever werken aan de hand van onderzoek en monitoring. De activeringsteams zijn sinds januari 2017 aangesloten op de Wijkzorg. Zo zijn er korte lijnen met professionals in de wijk.
- Cliëntenbelang Amsterdam startte in 2016 het project Samen Sterk Zonder Stigma samen met GGZ inGeest en HVO-Querido.

- Er vinden op dit moment twee wijkgerichte proeftuinen plaats, gericht op psychisch kwetsbare Amsterdammers: het project Kwikzilver in stadsdeel Zuid en het project De Nieuwe GGZ in stadsdeel West.
- In het project GGZ in de wijk werken stadsdeel Zuid, de Vliegende Brigade, de Herstelwerkplaats van Team Ed, coaches van GGZ inGeest en coaches vanuit welzijn samen.
- Arkin is bezig met het ontwikkelen van een wijkgerichte ondersteunende e-community in samenwerking met het Ministerie van VWS.
- In het kader van het VWS-programma *Nieuwe wegen GGZ en Opvang* is het project Digitaal Platform Herstel gestart. Hierbij werken dertig initiatieven in het hele land samen aan hervorming van de langdurige zorg. Initiatiefnemers zijn Cordaan en HVO-Querido, in samenwerking met de initiatiefgroep *Herstel werkt!*
- Het *expertisenetwerk Meerzorg* is een initiatief van de gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis en opereert onder de naam *Platform OGGZ en V&V*. Het houdt zich bezig met aanbidding van voldoende zorg, behandeling en plaatsing van mensen die deze vorm van zorg nodig hebben.
- *Vangnet in de wijk*: Een verbetertraject met Vangnet van de GGD Amsterdam en de politie.
- *De Kraaipan Oase*: dit is een ouderinitiatief. Een woonvoorziening voor mensen met EPA bestaande uit 32 zelfstandige woningen en een gemeenschappelijke ruimte. Het (onbezoldigde) bestuur wordt gevormd door ouders. De individuele woonbegeleiding is door het bestuur van de Kraaipan Oase gecontracteerd bij Cordaan. Een vergelijkbaar project wordt momenteel opgezet bij het Staalmanplein in Nieuw-West.
- *Projecten van de Amsterdamse kerken* die zich richten op kwetsbare stadsbewoners. Bijvoorbeeld het project van de Amsterdamse Diaconie *Sociale Kruidenier* – een supermarkt voor deelnemers aan de Voedselbank en een trainings- en ontmoetingsplek. Maar ook de diverse pioniersplekken van de Protestantse Gemeente: *Heilig Vuur*, *Westerwijk* en *Betondorp bloeit*. De Rooms-katholieke Kerk heeft met de *San Egidio-gemeenschap* een nieuwe gastvrije gemeenschap aan Amsterdam toegevoegd.
- *Toeleiding naar zorg & welzijn vanuit publiek domein*: een onderzoek uitgevoerd door de SIGRA in opdracht van de Gemeente Amsterdam en Zilveren Kruis waar op inzichtelijke wijze de huidige toeleiding in beeld is gebracht en een knelpuntenoverzicht is opgesteld.

B. Nieuw Amsterdams Pijl

Een actieplan in het kader van het Actieplatform Herstel voor Iedereen! Dit is een gezamenlijk initiatief van bestuurders en cliëntenraden in GGZ-instellingen om zoveel mogelijk knelpunten weg te nemen die herstelgerichte zorg in de weg kunnen staan om te komen tot 30% meer herstel binnen drie tot vijf jaar. HVO-Querido, GGZ InGeest en Arkin namen het initiatief met als doel: verbetering van de kwaliteit van zorg; knelpunten oplossen voor de Amsterdamse doelgroepen en tot slot komen tot een besturingsfilosofie die organisatiebelangen loslaat ten bate van de gezamenlijke doelstellingen. Ook de GGD Amsterdam participeert hierin.

C. Ontwikkeling landelijke kwaliteitsstandaarden voor de EPA-doelgroep

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (NKO) ontwikkelt kwaliteitsstandaarden voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Deze standaarden zijn goed bruikbaar bij de monitoring van de Ontwikkelagenda. Ook het Trimbosinstituut biedt een instrument voor monitoring van herstel ondersteunende zorg (ROPI-R).

D. Koersbesluit Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen 2016 - 2020

Amsterdam werkt aan een gebiedsgerichte zorginfrastructuur om de participatie van kwetsbare Amsterdammers te bevorderen. De psychisch kwetsbare Amsterdammer maakt hier met nadruk deel van uit. Het onderdeel *Versterken Zelfregie* is hier een belangrijk en relevant onderdeel van.

E. Programma Huisvesting Kwetsbare Groepen 2016-2018

Het streven hierbij is, kwetsbare groepen binnen drie maanden passende huisvesting te bieden. We bereiken deze doelstelling door monitoring en sturing, door beschikbaar stellen van meer woonruimte, door ontwikkeling van passende arrangementen en door het verbeteren en vernieuwen van werkprocessen.

F. Amsterdamse Aanpak Personen met Verward Gedrag 2016 - 2018

De Amsterdamse aanpak volgt zowel het spoor van veiligheid, als dat van de Amsterdamse zorginfrastructuur. Er wordt ingezet op verbetering van bestaande netwerken, voorzieningen en samenwerkingen. Continuïteit van zorg en preventie voor escalatie zijn daarbij belangrijke aandachtspunten.

G. Aanpassing crisisketen

Door de herinrichting van de crisisketen in 2014 is de kwaliteit van zorg voor burgers met acute psychische klachten sterk verbeterd. Door de nieuwe vorm van samenwerking tussen GGZ, Ambulancedienst en politie worden cliënten niet meer in een politiecel ontvangen. Trefwoorden van het herontwerp zijn Effectief, Legitiem, Efficiënt, Humaan en Professioneel.

Knelpunten

De Taskforce inventariseerde niet alleen de verbeterinitiatieven. Dankzij de brede samenstelling kwamen ook de knelpunten uit de praktijk en de urgente noden van de psychisch kwetsbare Amsterdammer boven tafel zoals:

- **Ambulantisering van Zorg.** De laatste jaren is beddenreductie binnen GGZ-instellingen voortvarend opgepakt – om zo een impuls te kunnen geven aan maatschappelijke participatie van kwetsbare mensen. Afbouw van klinische capaciteit hield echter geen gelijke tred met de opbouw van ambulante alternatieven. Gezamenlijk voelen we de urgentie om deze knelpunten op te lossen. Dit vraagt om een heroverweging op inzet van capaciteit. Bijzondere aandacht geven we daarbij aan huisartsenzorg, welzijn en informele netwerken. Overleg met de huisartsenpraktijk volgens de transmurale afspraken is hierbij essentieel.

- **Wonen in de wijk.** Schaarste van woningen is in Amsterdam een groot vraagstuk. Voor kwetsbare burgers zijn er nog onvoldoende woningen of alternatieve woonvormen. Geen goede zaak, want het ontbreken van passende woonruimte of een slechte matching met de individuele woonwensen kan herstel belemmeren of kan leiden tot verergering van de situatie van kwetsbare burgers. Daarnaast lijken systeemknelpunten een vlotte doorstroom naar een passende woning in de weg te staan.
- **Respijt, terugval en crisis.** Steeds meer kwetsbare Amsterdammers wonen zelfstandig in de wijk. Maar er is schaarste aan diensten en voorzieningen waarmee mensen zelf een terugval kunnen voorkomen, of die bij daadwerkelijke terugval een uitkomst bieden. De beschikbaarheid van respijtzorg biedt kwetsbare Amsterdammers de mogelijkheid zelf terugval te voorkomen. In Amsterdam ontbreekt het aan voldoende alternatieven wanneer daadwerkelijk sprake is van terugval of crisis en zijn er onvoldoende mogelijkheden voor onmiddellijke opname – als dat echt noodzakelijk is. De crisisketen lijkt structureel overbelast te zijn.
- **Kwetsbare burgers met een (lichte) verstandelijke handicap.** Een deel van onze psychisch kwetsbare burgers heeft daarnaast een verstandelijke beperking. Kennis van en samenwerking en afstemming rond deze specifieke doelgroep is in de praktijk vaak nog onvoldoende, met name in crisissituaties. Een gemeenschappelijke visie vanuit GGZ- en VG-sector is er op dit moment nog niet.
- **Jeugd met kwetsbaarheden.** Ook kinderen kunnen psychisch kwetsbaar zijn, of behoren tot een risicogroep – wanneer de ouders tot de doelgroep behoren. Meer inzet is nodig op preventie, vroegdetectie en vroege interventie waar het risicogroepen onder jongeren betreft. Daarnaast worden problemen van jongeren vaak ten onrechte niet herkend als psychisch of psychiatrisch. Jongeren identificeren zich nu eenmaal niet graag met ziekten. Dit verschilt per etnisch culturele achtergrond. Een goede samenwerking tussen Jeugdzorg, OKT-teams en Jeugd GGZ is hierbij essentieel. In de continuïteit van zorg voor jeugd met een psychische kwetsbaarheid in de overgang van Jeugdzorg (Jeugdwet) naar volwassenenzorg (zorgverzekeringswet) zijn diverse knelpunten gesignaleerd. Deze hebben te maken met schotten in de financiering, regelgeving en zorgtrajecten.
- **Toegankelijkheid en continuïteit van zorg.** Continuïteit in zorg, begeleiding en ondersteuning staan voorop, waarbij de mate van betrokkenheid kan variëren van zeer intensief tot 'aanwezig op de achtergrond'. Samenwerkende partijen slagen er nog niet altijd in om op adequate wijze tijdig op- en af te schalen. In perioden van stabiliteit ligt de nadruk op informele ondersteuning, het sociaal domein, de huisarts en de basis-GGZ. In perioden van ontstaan en terugval komt de specialistische GGZ meer in beeld. Deze continuïteit is vaak domein overstijgend. Denk aan de veranderende rollen van en samenwerking tussen huisartsenzorg en specialistische GGZ, waarbij informatie uitwisseling en laagdrempelig contact van groot belang is. Daar moeten nog betere afspraken over gemaakt worden. Dat geldt ook voor het privacybeleid, waarbij het voorkomt dat geen informatie wordt uitgewisseld met bijvoorbeeld vrijwilligers - ook als de cliënt daar toestemming voor geeft.

- **Zorgmijdende kwetsbare burgers.** Soms is het ingewikkeld om met deze groep in contact te komen, maar zeker niet altijd. Wel moet meer worden samengewerkt met partijen die deze mensen wel in beeld hebben. Veel Amsterdammers dreigen tussen de wal en het schip te raken. Daarnaast is er een grote groep zorgmijders die zorg ontloopt vanwege het eigen risico bij de zorgverzekering. Met als risico: onderbehandeling. Deze groep blijft ook via het armoedebeleid regelmatig buiten beeld.
- **Veel initiatieven, te weinig afstemming.** Er is een groot aantal pilots en proeftuinen in de stad – maar er ontbreken afspraken over het volgen en waarderen van deze initiatieven. Een praktijkgericht kwaliteitssysteem ontbreekt. Hierdoor hebben we geen volledig overzicht over wat daadwerkelijk bijdraagt aan meer herstel en participatie van de kwetsbare Amsterdammer. Waardevolle inzichten worden nog onvoldoende gedeeld met een grotere groep. Vernieuwende wijkgerichte initiatieven en GGZ zorg mag zich niet te beperken tot enkele pilots, maar moet voor alle psychisch kwetsbare Amsterdammers beschikbaar zijn. Er wordt soms onvoldoende tijd genomen om waardevolle initiatieven te delen en naar een hoger plan te tillen. Soms sneuvelen initiatieven vroegtijdig in een volgende beleidscyclus.



Zolang ik geen huis en geen baan heb, herstel ik niet

Sander is 45 jaar en vader van twee jonge kinderen. Hij runde samen met zijn vriendin een winkel in de binnenstad. In 2015 zette zijn vriendin hem op straat. Vorig jaar zat hij in de Detox vanwege zijn cannabisverslaving. Hij heeft begeleiding vanuit de Jellinek en een postadres bij de Cliënt Service Desk.

Zolang ik geen huis en geen baan heb, herstel ik niet. Dat is gewoon niet te doen. Ik word er moedeloos van. Steeds weer van kamertje naar zoldertje. Ik ben inmiddels 24 keer verhuisd. Nu heb ik een kamertje bij iemand in Uithoorn op een terrein voor Beschermd Wonen. Het is daar heerlijk rustig. Maar de vrouw van wie ik het huur heeft schulden, ze kan elk moment ontruimd worden. Dan moet ik weer iets anders zien te vinden.

Bij mijn zus en vader kan ik ook niet terecht. Mijn zus heeft zelf een burn-out. Die is manisch depressief net als ik, daar heb ik geen contact meer mee. En mijn vader is alcoholist - daar wil ik niet heen. Mijn kennissen en vrienden zijn het na twee jaar beu. Ik loop overal op eieren om mensen maar niet lastig te vallen. Veel mensen kunnen mijn problemen niet aan, die worden er angstig van. Ze hebben zelf alles veilig op orde en willen niet in de buurt komen van zoveel shit.

Ik pas gewoon niet in het plaatje. De opvang kan ook niets voor me doen. Ik ben te zelfredzaam, ik moet mezelf uit de brand helpen. Maar als je alles in een keer kwijt bent zoals ik, dan lukt dat niet. Ik heb in al die jaren nog nooit een beroep op iets gedaan. En nu ik het nodig heb, doen ze niks voor je. Inmiddels is al mijn spaargeld op en heb ik een daklozenuitkering aangevraagd. Zat ik daar vorige week bij de screeningsbalie 2,5 uur te wachten. Komt er zo'n vrouw op me af, die zegt, je hebt vorig jaar genoeg gewerkt voor WW. En toen stuurde ze me weg. Maar ik krijg helemaal geen WW, omdat ik alleen een postadres heb. Dat had ik al uitgezocht.

Goddank heb ik nog op tijd mijn paspoort kunnen verlengen. Dat ging bijna mis, maar de Cliënten Service Desk heeft dat net op tijd voor me geregeld. Als ik dat ook kwijt was geraakt, dan had ik helemaal niet meer bestaan. Mijn paspoort is nog mijn enige houvast.

Weet je, het zou zo fijn geweest zijn als iemand me twee jaar geleden had aangehoord. En als me dan verteld was, wat ik had moeten doen. Je moet eerst daarheen om dat te regelen, en daarna moet je dat doen, etc. Maar ze hebben me van het kastje naar de muur gestuurd, het me juist extra moeilijk gemaakt.

In het begin van deze ellende blowde ik aan de lopende band. Nu ik daarmee ben gestopt, komt alles veel heftiger aan. Het filter is weg. Deze stress hou ik niet meer heel lang vol, dan word ik weer psychotisch. En door alle stress kan ik geen prikkels meer verdragen. Overal die mensen en die drukte. Ik kan ook niet op zo'n slaapzaal in de nachtopvang. Dat trek ik niet, dan ga ik hyperventileren. Ik kan domweg niet meer nadenken, mijn hoofd zit vol.

Ik probeer wel op mijn gezondheid te letten. Ik eet geen suikers en sport 5x per week. Ik zoek ook meer de rust op, zorg dat ik kan ontspannen. Ook alle nazorg na de Detox heb ik gedaan. Op de Detox hadden ze gezegd dat 80% binnen een jaar terugvalt, 80%! Toen dat hoorde, ben ik in huilen uitgebarsten. Sander, zei ik toen, jij gaat niet terugvallen. Ik heb kinderen, die wil ik het beste geven. Ik wil mijn leven weer terug. Dat is mijn motivatie.



Inmiddels heb ik alle dingen gedaan die ik nooit meer zou kunnen

Yael is 37 jaar, ze is ervaringsdeskundige bij een multidisciplinair team en krijgt begeleiding van een SPV-er.

Ik werk als ervaringsdeskundige bij een van de proeftuinen voor de nieuwe wijkgerichte GGz in een *herstelondersteunend* team. Wat dat precies is, zijn we nog aan het uitvinden. Het belangrijkste is dat we naast de cliënt staan en het herstelproces aangaan. De cliënt zelf staat aan het roer: wat wil hij qua opleiding, vrijwilligerswerk, sociale contacten? We gaan vervolgens met cliënt mee de wijk in. De bedoeling is dat iemand het op een gegeven moment zelf kan, zodat wij overbodig zijn.

We volgen de open dialoog werkwijze, dat is bewust geen methodiek maar eerder een *way of working*, een *way of living*. Het gaat om een open gesprek, voordat er een diagnose vastgesteld wordt of medicatie wordt voorgeschreven. De cliënt bepaalt wie er aan tafel komt. Iedereen kan vrijuit praten, niemand wordt veroordeeld om wat hij zegt. Dat is lastig, bijvoorbeeld als de familie wil bepalen wat er gebeurt. Maar wij doen niets zonder dat de cliënt het wil of weet.

Ik wilde dat het bij mij zo gegaan was. Tijdens mijn eerste opname werd me in één keer meegedeeld dat ik manisch depressief was en dat ik medicatie moest slikken. Dat ging op een hele onaangename manier, er was geen enkele dialoog mogelijk. De psychiater begon ons eerste gesprek zelfs met de zin: "Als je het over je medicatie wilt hebben, dan is dit gesprek meteen afgelopen, want daar gaan we niets aan veranderen". En in het exitgesprek heeft ze me alleen maar verteld wat ik allemaal nooit meer zou kunnen: niet meer reizen, niet meer uitgaan, niet meer laat naar bed, etc.

Na die eerste opname heb ik een periode bij mijn ouders gewoond, ben ik weer aan het werk gegaan en heb een huis gevonden. In 2014 kwam ik bij het herstelbureau terecht. Daar ontmoette ik lotgenoten en durfde ik voor het eerst over mijn negatieve gedachten te praten. Een prettige wereld waarin ik me goed voelde. Daarom ben ik in 2015 de Training Opleiding Ervaringsdeskundige gaan doen. Echt geweldig, een soort school of life, heel praktisch.

Voor die opleiding heb ik ook een stage gelopen. Met de cliënten had ik goed contact, dat was leuk. Alleen het FACT-team had geen idee wat ze met me aan moesten. En ik wist niet goed wat mijn rol nou precies was. Er wordt van ervaringsdeskundigen een wereld verwacht. Maar zo is het niet bedoeld, dan val je om. Wat mij toen hielp was het delen van ervaringen met medestudenten in het portfoliogroepje. In die periode heb ik ook mijn eigen verhaal opgeschreven. Twee weken lang, typen, typen, huilen, huilen. Eigenlijk een soort speedtherapie, want alles kwam eruit. Het was een opluchting, een bevrijding van mijn hoofd. En als ik mezelf opnieuw kwijtraak, staat het op papier, is er een back-up.

Nu heb ik een dijk van een SPV-er. De eerste die ik over mezelf durf te vertellen, omdat zij ook dingen over zichzelf vertelt. Heel anders dan de psycholoog waar ik eerder was, die gaf niks van zichzelf bloot. Dat was zo'n statisch perfect mens tegenover mij als abnormaal problematisch persoon.

Op mijn werk gaat het ook goed, omdat ik niet meer met hele team bezig ben. Ik laat los, ga mijn eigen weg. En inmiddels heb ik alle dingen gedaan die ik nooit meer zou kunnen.

Wat moet er veranderen?

De Amsterdamse context valt niet los te zien van onder meer wettelijke kaders, privacywetgeving, beroepsmatige richtlijnen, maatschappelijke opvattingen ten aanzien van drank- en drugsgebruik en de grote etnisch culturele diversiteit van Amsterdam. Het zijn de kaders waarbinnen de veranderingen moeten plaatsvinden om tot een betere zorg te komen: Om gesignaleerde knelpunten op te lossen is een kanteling nodig, waarbij de focus ligt op de burger en zijn sociale omgeving.

Kanteling in zorg

De persoonsgerichte aanpak vergt een andere organisatie van het beschikbare zorg- en ondersteuningsaanbod in de stad. Als het individuele herstelproces het uitgangspunt vormt, moet worden ingezet op persoonlijke levensloopbestendige ondersteuning met wisselende intensiteit. De behoefte aan behandeling, begeleiding en ondersteuning varieert immers per persoon, en ook per moment, per situatie en per levensgebied. Dit vraagt een andere manier van samenwerking tussen betrokken instanties. Deze vorm van ondersteuning vraagt om een kanteling van het Amsterdamse zorgaanbod op de volgende gebieden:

1. Individuele hulpverlening (inhoud, vorm en relaties)

- De behoefte en het verhaal van de psychisch kwetsbare Amsterdammer staan centraal. Hij of zij heeft zoveel mogelijk zeggenschap en waar mogelijk regie over de eigen zorg. De hulpverlener en begeleider hebben daarin met name een coachende rol.
- Zingeving, geloof en aandacht voor culturele aspecten moeten beschikbaar zijn in de zorg, begeleiding en ondersteuning.
- Familie en direct betrokkenen spelen een actieve rol bij het herstel en krijgen in deze rol ook ondersteuning.
- In beginsel wordt een regievoerder of casemanager aangesteld. Deze persoon bewaakt de samenhang en uitvoering van de individuele arrangementen – samen met de cliënt en direct betrokkenen. In deze relatie gaan we uit van gelijkwaardigheid en streven we naar volwaardig burgerschap van cliënten.
- Behandeling, zorg en begeleiding is direct in de wijk voorhanden, dichtbij huis.
- Ervaringsdeskundigheid en familie-ervaringsdeskundigheid worden structureel ingebed (en dus gefinancierd) in de individuele hulpverlening.

2. De instellingen (inhoud, samenwerking en proces)

- We gaan voor maatwerk in behandeling, begeleiding en maatschappelijke ondersteuning. De cliënt beschikt over keuzevrijheid om samen met zijn/haar behandelaar beslissingen te nemen (shared decision making).
- Zorg en begeleiding wordt tijdig ingezet en is toegankelijk – ook digitaal via e-health en via e-communities.
- We staan voor samenhangende regie op het behandel- begeleidings- en ondersteuningsaanbod. Zowel op individueel niveau als op wijk- en stedelijk niveau is dit goed geregeld.

3. De wijk- en stedelijke ketenorganisatie (eisen aan zorg en structuur en verbinding met burgers en maatschappelijke partijen)

- Organisatiebelangen zijn ondergeschikt aan het collectief belang van psychisch kwetsbare Amsterdammers.
- De buurt is vaak een geschikter referentiekader dan de wijk.
- Er is transparantie van aanbod, kwaliteit en de kosten op alle niveaus.

Kanteling in de organisatie van zorg

Alle partijen in Amsterdam maken een principiële keuze voor een integrale wijk- of buurtgerichte benadering.

1. Vanuit het perspectief van het informele domein

Deze kanteling is bedoeld om nadrukkelijk de verbinding te maken tussen formele en informele zorg. Informele zorg is onder meer te vinden in de Huizen van de Wijk, bij vrijwilligersorganisaties en binnen geloofsgemeenschappen. Er wordt ook verbinding gelegd met maatjesprojecten en vriendendiensten, sociale firma's en De Omslag met Je kunt meer als integrerende initiatieven. Ook informeel ondersteuningsaanbod moet georganiseerd worden, zonder af te doen aan het informele karakter ervan. Daarom is hier ook regie op nodig. Zo kunnen we blijvend de verbinding tussen burgers en maatschappelijke partijen faciliteren.

2. Vanuit gemeentelijk perspectief

Het Programma Huisvesting Kwetsbare Groepen introduceert het werken met startgebieden. Binnen deze gebieden faciliteert de gemeente de samenwerking tussen woonbegeleiders, corporatiemedewerkers en welzijnsinstanties. Alle partijen moeten elkaar kunnen vinden. Vanuit het Koersbesluit Maatschappelijke Opvang en Begeleid Wonen bouwt Amsterdam aan een gebiedsgerichte zorg- en begeleidingsinfrastructuur voor alle kwetsbare groepen – en dus ook aan die van de psychisch kwetsbare Amsterdammer. Dit gebeurt onder meer via pilots. Er wordt geïnvesteerd in de versterking van zelfregie van burgers in een kwetsbare positie.

3. Vanuit perspectief van de GGZ

Wijkbehandelteams leveren op basis van wijkscans en wijkvraag basis- en specialistische GGZ ingebed in een netwerk van sociaal domein, thuiszorg, jeugdzorg, politie, stadsdeel (basis) voorzieningen, woningcorporaties en huisartsen. Iedere groep wijkteams beschikt over een flexibele schil om waar nodig op te schalen.

4. Vanuit perspectief van de huisarts

De huisartsen met hun praktijkondersteuners staan dichtbij de burger en midden in de buurt en hebben een vanzelfsprekende rol in de zorg en aandacht voor psychisch kwetsbare Amsterdammers. De informatie uitwisseling en samenwerking met de GGZ, de maatschappelijke dienstverlening en welzijn wordt dan ook verder geïntensiveerd.

5. Vanuit perspectief van het sociaal domein

De ambulantisering op het gebied van maatschappelijke opvang en beschermd wonen geeft een belangrijke impuls aan de kanteling in de woonbegeleiding. Kwetsbare burgers die voorheen in een beschermd wonen of opvangvoorziening woonden, stromen nu door naar

groepswonen of een zelfstandige woning met soms intensieve ambulante begeleiding. Dit vraagt verandering in methodiek en werkwijze van cliënten en hun woonbegeleiders, en brengt voor de woonbegeleider intensieve samenwerking met enerzijds GGZ-partners en anderzijds Wijkzorg en informele zorg met zich mee.

6. Vanuit perspectief van de Jeugdzorg

De psychologische ontwikkeling van een jongere naar volwassenheid is een fase die grofweg de periode van 12-27 jaar beslaat. Uit onderzoek blijkt dat psychische problemen zich juist tussen 17/18 jaar en rond het 23e jaar manifesteren. Er moet verbetering komen in het overgangstraject van 18- naar 18+. Er moet meer specifiek aanbod komen voor adolescenten in de GGZ, en er moet meer deskundigheid komen om de psychische problematiek bij adolescenten te herkennen in de wijkzorg en bij teams in het sociaal domein. Meer continuïteit en kennisdeling draagt bij aan preventie en betere herstelmogelijkheden.

7. Vanuit VG-perspectief en V&V-perspectief

Hiervoor is specifieke expertise nodig uit de V&V-sector en uit de VGZ/LVB-sector. Deze deskundigheid is nodig omdat onze cliënten vaak met meerdere beperkingen te maken hebben.

Kanteling in verantwoordelijkheden ten aanzien van de financieringskaders

Zorg voor de psychisch kwetsbare Amsterdammer wordt gefinancierd uit onder meer ZVW, WLZ, WMO, Justitie en jeugdzorg-gelden. Kanteling van zorg betekent automatisch: verschuiving van verantwoordelijkheden en de daarbij behorende financiële middelen. Amsterdam creëert de randvoorwaarden voor ambulantisering. Daar heeft de gemeente het volgende voor nodig:

- De GGZ moet behandeling blijven bieden aan mensen die zelfstandig wonen in de maatschappelijk opvang of in beschermd wonen.
- De overgang van WLZ en ZVW-behandeling en verblijf richting WMO moet soepel verlopen.
- Partijen bekijken met elkaar hoe de vraag zich ontwikkelt. Gezamenlijk zorgen zij ervoor dat cliënten geen hinder ondervinden bij de overgang van het ene domein naar het andere.

Kanteling in de samenleving

Meer herstel en participatie van psychisch kwetsbare burgers is gebaat bij een andere visie van de samenleving op de kwetsbare medemens. Dit gaat verder dan zorg en het sociaal domein. Burgerschap gaat immers uit van gelijkwaardige rechten en plichten als het gaat om wonen, werk, gezondheid en veiligheid. Het ontwikkelen van een wijkgericht steunsysteem is daarom een belangrijke en urgente maatschappelijke behoefte. Het taboe rond kwetsbaarheid moet worden doorbroken. Hiertoe moeten gastvrije omgevingen worden gecreëerd, waarbij iedereen op zijn eigen wijze betekenis geeft aan zijn rol als burger. Tegengaan van sociale uitsluiting en stigmatisering is daarbij een belangrijk doel.

Van ambitie naar uitvoering

Om uitvoering te geven aan de ambities zijn op zeven speerpunten doelstellingen geformuleerd. Het is de taak van de samenwerkende partijen om hier de komende vijf jaar gezamenlijk uitvoering aan te geven. Het gezamenlijke doel is daarbij leidend – en staat boven individuele organisatiebelangen. De geformuleerde doelstellingen zijn richtingbepalend. Zij worden in afzonderlijke actieplannen verder uitgewerkt.

A. Goed en betaalbaar wonen

- Voor alle psychisch kwetsbare Amsterdammers realiseren we passende en zo zelfstandig mogelijke woonruimte met aandacht voor de juiste matching.
- We zorgen voor goede tijdelijke opvang (zoals respijthuizen) en faciliteren de informele zorg om tijdige op- en afschaling van zorg mogelijk te maken.
- We zorgen voor passende tijdelijke opvang als overbruggingsmogelijkheid.
- We stimuleren en faciliteren samenwerking tussen formele en informele zorg om duurzame nieuwe woonvormen beter van de grond te krijgen.
- We voeren pilots uit met WPI om financiële ondersteuning bij wonen beter mogelijk te maken.
- Snellere doorstroom naar passende woonruimte door analyse van bestaande toewijzingssystematieken en het oplossen van knelpunten hierin.

B. Organiseren van individueel verbindende zorg en begeleiding

- Verbetering van ketensamenwerking die aansluit bij het individueel herstelproces.
- Duidelijke definitie en vormgeving van de rol van de regievoerder/casemanager.
- Transparante gegevensuitwisseling met voor de cliënt belangrijke naasten passend binnen de privacywetgeving.
- Meer inzicht in kennis van signalen van terugval. Duidelijk meldpunt/aanspreekpunt voor naasten en buurtbewoners.
- Aansluiting en informatievoorziening verbeteren tussen uiteenlopende basisvoorzieningen (o.a. huisarts, welzijn, jeugdzorg) en informele netwerken.
- Specifieke aandacht voor de culturele diversiteit in de stad en een hierbij passende aanpak.
- Kwaliteitsverbetering door structurele inzet van ervaringsdeskundigen (vanuit cliënt- en familieperspectief) in de hulp- en dienstverlening.
- Organiseren van sector overschrijdende samenwerkingsverbanden op uiteenlopend gebied (bijvoorbeeld VG, V&V en Jeugdzorg).
- Ontwikkelpraktijk versterken op basis van meer NAP-initiatieven (zoals Kwikzilver en GGZ in de wijk).
- Stimuleren en promoten van onafhankelijke cliëntondersteuning zoals omschreven in de nieuwe WMO. Meer inzet op zelfregie en zeggenschap van cliënten.

C. Psychische hulp: behandeling en begeleiding

- Vroegdiagnostiek bij jongvolwassenen en vroege interventie bij hoog-risicogroepen voor EPA in samenwerking met de (GGZ)Jeugdzorg.
- Focus op kinderen van ouders met psychiatrische problematiek. Inzet op preventie.

- Meer GGZ zorg specifiek voor adolescenten.
- Ontwikkelen aanpak zorgmijders en zorgverlaters.
- Integraal aanbod voor mensen met EPA in combinatie met een licht verstandelijke beperking (LVB).
- In diagnostiek scherper letten op zaken als verslaving, LVB, PTSS en andere diagnoses.
- Het voorkomen van terugval en drang en dwang door respijtoorzieningen en goede en tijdige crisisbehandeling in de crisisketen, bijvoorbeeld High Intensive Care (HIC).
- Vergroten van toegankelijkheid van hulp aan burgers en cliënten met zorgvragen.
- Ruimte voor alternatieve en complementaire vormen van behandeling en begeleiding.

D. Werk, opleiding en inkomen

- Versterking van toeleiding naar werk. IPS inzet voor alle kwetsbare burgers.
- Traceren van geschikte werkgevers die individuele werkplekken kunnen en willen realiseren voor de kwetsbare doelgroep.
- Opsporen en oplossen van belemmeringen die doorstromen van arbeidsmatige dagbesteding naar betaald werk in de weg staan.
- Discretionaire bevoegdheid gemeente rond regelgeving meer toepassen zodat mensen in hun eigen tempo stappen kunnen zetten richting participatie en werk. Meer ruimte voor zinvolle vormen van daginvulling, anders dan werk.
- Verbeteren van financiële positie van cliënt door betere toegankelijkheid en continuïteit van schuldhulpverlening, armoedebestrijding en ondersteuning bij WPI en een nauwe onderlinge samenwerking tussen de maatschappelijke dienstverlening en aanbieders van zorg en begeleiding.
- Inzetten van armoede-ervaringsdeskundigen en hen opleidingsfaciliteiten bieden.
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van opleidingen op MBO- en HBO niveau voor ervaringsdeskundigen vergroten. Doorstroom naar betaald werk vergroten.

E. Ontmoeting, uitwisseling en emancipatie

- Zeggenschap en regie voor de individuele cliënt vergroten door inzet van hulpinstrumenten voor zelfmanagement zoals herstelacademies, eHealth, WRAP en de crisiskaart.
- Meer inzicht in en uitwisseling van inspirerende voorbeelden voor ontmoeting en uitwisseling zoals maatjesprojecten, inloophuizen, eetprojecten en religieuze gemeenschappen.
- Organiseren van stigmabestrijding langs drie pijlers: zelfstigma, stigmatisering door hulpverleners en maatschappelijke stigmatisering.
- Inzet van kwartiermakers voor het scheppen van ruimte voor acceptatie. Aansluiting op collectief welzijn en maatschappelijke dienstverlening via de Huizen van de Wijk. Vrijwilligers/maatjes laten optreden als ogen en oren van de wijk.
- Ondersteuning van zelfhulpinitiatieven.
- Inzet van multiloog bijeenkomsten.
- Versterken van zeggenschap en regie van en door cliënten door inzet van instrumentarium zoals expertteams.

- Aandacht voor laaggeletterdheid en beperkte computervaardigheden bij mensen met psychische kwetsbaarheid. Inzet op betere communicatie.
- Aandacht voor zingeving als belangrijk onderdeel van het persoonlijk herstel.

F. Cliënt en familie- en naastbetrokkenen participatie

- Toezien op implementatie en uitvoering van familiebeleid.
- Brede interpretatie van 'naasten'. Dit kan zowel familie, vriend als vrijwilliger zijn.
- Versteving van de positie van de naaste in behandel- en ondersteuningscontacten en cliënten en naasten hierin optimaal faciliteren.
- Deskundigheidsbevordering van professionals in herstelondersteunend werken en samenwerken met ervaringsdeskundigen vanuit cliënt- en familieperspectief.
- Inzet van individuele cliënten als belangenbehartiger en inzet van GGZ-ervaringsdeskundigheid binnen (gemeentelijke) beleidsdomeinen en besluitvormingsprocessen.
- Ontwikkelen van een stedelijke infrastructuur om cliënt- en familieparticipatie te stimuleren en te financieren.
- Versterken van medezeggenschap van cliënten en naasten.
- Ondersteunen van initiatieven van cliënten en naasten.

G. Gezondheid/somatiek

- Elke cliënt is ingeschreven en bekend bij de eigen huisarts.
- Afname van somatische screening gebeurt altijd in afstemming tussen huisarts en specialistische GGZ.
- Goede aansluiting en informatievoorziening tussen huisarts en andere betrokken specialistische hulp.
- Adequate toegang tot (intramurale) voorzieningen voor ouder wordende mensen met EPA.
- Leefstijlinterventies en preventie (bijwerkingen medicatie, verslaving, diabetes, COPD) onderdeel van de zorg maken.
- Aandacht voor effect stoppen met roken op medicatie. Aandacht voor bijwerkingen van psychofarmaca.
- Voorlichting over en toegang tot tandheelkundige hulp.
- Optimaliseren van gegevensuitwisseling op gebied van gezondheid en medicatie.



Als mensen geen netwerk hebben moet je daar voor zorgen

Mirjam is 58 jaar en bestuurder in de publieke sector. Ze woont met haar man in Amsterdam en heeft 2 kinderen met EPA. Ze is inmiddels een opgeleide familie-ervaringsdeskundige.

Mijn dochter is manisch depressief. Bij mijn zoon was de oorspronkelijke diagnose schizofrenie, later is dat schizo-affectief geworden, gecombineerd met verslaving. In zijn puberteit werd duidelijk dat er iets aan de hand was. Sinds zijn 14^e is hij bij allerlei hulpverleners geweest. Hij werd steeds weggestuurd, omdat hij zijn problemen niet over het voetlicht kon brengen. Pas op zijn 23^e toen hij een psychose kreeg, gebeurde er iets. Het is natuurlijk treurig dat hij eerst in crisis terecht moest komen voordat hij de juiste hulp kreeg. Met vroegtijdige onderkenning is echt nog een wereld te winnen.

Na zijn opname kwam hij weer bij ons in huis. Kort daarna werd onze dochter psychotisch. Ook zij kwam na een opname weer bij ons wonen. Voor mijn man en mij is dat een zware periode geweest. Gelukkig hebben we een goede relatie en ligt het inmiddels achter ons. Mijn dochter vond een woning. Mijn zoon werd door zijn psychiater verwezen naar een woning binnen de Kraaipan Oase*.

Tijdens de intake bij Kraaipan Oase werd ons gezegd dat van ouders een inzet verwacht werd. Ik heb toen samen met een andere moeder invulling gegeven aan de gemeenschappelijke ruimte. We zijn begonnen met activiteiten zoals inloop en koken. Ik merk bij de Kraaipan Oase hoe belangrijk zo'n gemeenschappelijke ruimte is, dat er een community ontstaat van bewoners, familie, begeleiders, vrijwilligers en buurtbewoners. Voor veel bewoners zijn de begeleiders en de medebewoners hun enige sociale contacten. Sommige bewoners haken pas na verloop van tijd aan. Je ziet dan hoe ze zich ontwikkelen, dat is zo positief.

We hebben veel energie gestoken in de buurt en gezamenlijke projecten georganiseerd. Heel succesvol maar daar blijft het ook bij. Ondanks onze herhaalde pogingen komen individuele contacten tussen burens en onze bewoners niet van de grond. Daarom vind ik de kanteling van Beschermd Wonen een illusie. Je kan deze mensen niet zomaar de wijk in sturen, dan komen ze in een isolement terecht. Als mensen geen netwerk hebben moet je daarvoor zorgen, daarmee voorkom je ook terugval en crisis.

Familie wordt door hulpverleners snel als bedreigend, bemoeizuchtig gezien. Vaak zijn hulpverleners bang dat het tijdrovend is, terwijl die aandacht juist een functie heeft. Uiteindelijk zorgt het juist voor betere kwaliteit. Dat merk ik in de Kraaipan Oase. In de GGz is dat nog niet goed geregeld. Iedere instelling heeft familiebeleid op papier, maar de praktijk is dat vaak heel beperkt geïmplementeerd. De familie zou standaard bij het eerste contact betrokken moeten worden. En wat mij betreft zou in elk FACT-team een cliëntvervangersdeskundige én een familie-ervaringsdeskundige moeten zitten. Betaald, want het is toch te gek dat je dat allemaal op vrijwillige basis moet doen.

Op individueel niveau hangt het van de cliënt af of er als triade wordt gewerkt (driehoek cliënt, naasten en begeleider of behandelaar). Een cliënt moet dat willen, en familie hebben natuurlijk. Met mijn zoon is het er tot nu toe niet van gekomen. We hebben wel afgesproken dat ik op de hoogte word gesteld als het niet goed gaat. In periodes van terugval sluit hij zich vaak af. Ik twijfel dan hoe ik me moet opstellen. Ik merk dat het goed is als ik afstand houd, hij is ten slotte een volwassen man met zijn eigen leven. Voor mij is het allerbelangrijkste dat het goed met hem gaat.

** De Kraaipan Oase is een ouderinitiatief: een woonvoorziening voor mensen met EPA bestaande uit 32 zelfstandige woningen en een gemeenschappelijke ruimte. Het (onbezoldigde) bestuur wordt gevormd door ouders en Mirjam is voorzitter van dit bestuur. De individuele woonbegeleiding is door het bestuur van de Kraaipan Oase gecontracteerd bij Cordaan.*



Mijn zoon en dochter maken zich ongerust

Rene is 52 jaar, woont alleen en heeft twee volwassen kinderen. Hij heeft een zoon van 28 en een dochter van 25 jaar. Hij werkte bij de stadsreiniging. Sinds zijn jeugd heeft hij contacten bij de GGz. Ook nu heeft hij weer contact met een psychiater, omdat hij denkt dat hij bedreigd wordt door een groep allochtone jongeren en zijn burens. Hij krijgt thuisbegeleiding van de OGGz Thuiszorg.

Ik woon hier sinds vorig jaar. Daarvoor woonde ik in Slotermeer. Daar had ik een buurman, die steeds op de muren bonkte omdat ik niet stil genoeg was. En die vent had ook jongens achter me aangestuurd. Dat gaf allemaal rottigheid. Dus toen ik dit huis in Noord kon krijgen, wist ik het meteen, weg daar. Maar ze hebben me weer gevonden.

In Slotermeer had ik al begeleiding van het Leger des Heils, daarvoor zat ik bij HVO-Querido. Ik weet niet meer hoe lang dat was en waarom. Het zal wel te maken hebben met depressie en afglijden. Of misschien omdat ik zelfmoord had geprobeerd. Dat heeft mijn moeder toen voorkomen, die lette altijd goed op. Ik was haar zorgenkindje. En ze bleef er altijd voor me, ook toen ik verslaafd was. En dan ben je echt een rat, hoor. Als verslaafde maak je jezelf een gehaat mens.

Ik gebruik nu niets. De laatste keer in de afkickkliniek was voor het blowen. Ik wist niet dat het zo moeilijk was van wiet af te kicken. Het is echt net zo erg als heroïne. Nu blow ik nog maar 4 of 5 joints per dag. Vooral om te kunnen slapen, want die Oxazepam daar ga ik dwars doorheen. Met een jointje slaap ik goed. Ik word er ook niet paranoïde van. Dat beweert de psychiater. Maar die wil me ook aanpraten dat ik al vier jaar een psychose heb. Deze week moet ik er weer heen, dan komen mijn zoon en dochter ook mee. Zij maken zich ongerust, omdat ik ze vertelde dat ik voor een pistool wil sparen. Ja, want als niemand wat aan die lui doet, dan zal ik het toch zelf moeten doen. Ik heb ook antipsychotica gekregen. Dat slik ik nu op de voorwaarde dat er iets aan die gasten en hun getreiter wordt gedaan. Het zou helpen tegen de angst, maar ik merk er niets van.

Ze bedreigen me zo gluiperig dat ik niets kan bewijzen. Daarom denkt iedereen dat ik psychisch niet in orde ben. Ze rijden ook expres hard door de straat, kuchen op een bepaalde manier als ze me zien. Nou zo kucht niemand die verkouden is, echt niet. En laatst hebben ze me hier om de hoek bedreigd. Daarom durf ik niet meer naar de dagbesteding bij Cordaan, want dan moet ik daarlangs.

Op de dagbesteding leer ik met computers werken. Het liefst zou ik vertaler worden, want ik heb een talenknobbel. Frans, Duits en Engels gaat vloeiend. Nu leer ik Russisch van een vriendin, elke week een paar nieuwe woorden. Het is mooi om te zien hoe een taal werkt. In elke taal wordt anders gedacht en zit de grammatica anders in elkaar. Dat moet je aanvoelen om goed te vertalen.

Ik wil gewoon dat het ophoudt. Ik weet niet hoe ik ooit vrij kom, weer gezond van lichaam en geest word. Ik heb af en toe zwarte vlekken voor mijn ogen en ben al een keer tegen de kast gevallen. Dat komt door die hoge bloeddruk, die krijg ik van al die stress.

Zondag ga ik met de buurvrouw mee naar de kerk. Zij zit bij de pinkstergemeente net als mijn zwager. Met hem ben ik weleens mee geweest, Man wat je daar ziet, echt niet te geloven. Ook zoiets raars, mijn zwager was op het foute pad, zwaar alcoholist en hij sloeg mijn zus. Op een gegeven moment is hij terug naar die kerk gegaan. En nu gaat het hartstikke goed, hij drinkt niet meer, is aardig voor mijn zus en werkt weer in de bewaking. Misschien helpt het mij ook.

Sturen en monitoren

Alle betrokken partijen nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de uitvoering en nemen als regisseur en/of actiehouder regie op speerpunten en doelstellingen die passend zijn voor hun perspectief en invloedsfeer. Cliënten- en familieorganisaties zijn in alle uitvoeringstrajecten vertegenwoordigd. Deze organisatievorm stimuleert samenwerking, netwerkend werken en handelen vanuit gezamenlijke visie en veranderdoelen.

Het uitgangspunt is co-creatie in de uitwerking. Vertegenwoordigers van de burgers om wie het gaat, nemen deel in zowel de ontwikkeling, de uitvoering en de aansturing van de speerpunten. De grootschalige en complexe verandering die de Ontwikkelagenda ambieert, kan alleen worden gerealiseerd door mantelzorgorganisaties, vrijwilligersorganisaties, welzijn en organisaties van ervaringsdeskundigen bij de (uitwerking van de) agenda te betrekken.

De gemeente Amsterdam treedt op als regisseur en werkt daarbij nauw samen met Zilveren Kruis en zorgt voor afstemming met de stadsdelen en andere betrokken partijen. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij al bestaande gemeentelijke overlegstructuren. Op bestuurlijk niveau is dat de stuurgroep GGZ en op tactisch niveau het proceshoudersoverleg GGZ. In deze overlegstructuren zijn vertegenwoordigers van cliënten en naasten ruim vertegenwoordigd.

Het uiteindelijke doel

- 1/3 meer gezondheidswinst, in psychiatrische en somatische zin
- 1/3 meer participatie in werk of studie
- 1/3 meer verwezenlijking van individuele doelen
- 1/3 minder stigma

Monitoring vindt zowel op kwalitatief als kwantitatief niveau plaats. Onder andere door aan te sluiten bij het stedelijk onderzoeksprogramma 'Ambulantisering Amsterdam' van GGD Amsterdam, GGZ InGeest, Arkin in opdracht van de gemeente Amsterdam.

Daarnaast vraagt deze Ontwikkelagenda om andere, meer eigentijdse vormen van 'werken aan kwaliteit'. Gangbare kennisbronnen als evidence, big data en lokale data worden 'aangevuld' met *tacit knowledge*, impliciete kennis. Door praktijkverhalen en ervaringen in een lerende praktijk te bundelen en te combineren met expliciete kennis, ontstaat een meer pluriforme kijk op kwaliteit die recht doet aan de complexiteit van de vraagstukken waaraan deze Ontwikkelagenda appelleert.

Uitvoering

Periode juni 2017-december 2017

- Implementeren regiestructuur
- Nadere uitwerking gemeenschappelijk kwaliteits- en toetsingskader en per speerpunt
- Vertalen in prestatie-indicatoren, proces, structuur en uitkomstindicatoren
- Vaststellen monitorinstrumenten
- Vaststellen financieringskaders

Periode 2018-2020

- Ontwikkelen en uitvoeren speerpunten
- Jaarlijkse rapportage voortgang en behaalde resultaten
- Leren en bijsturen

Periode 2020-2022

- Uitvoering speerpunten
- Borgen veranderingen
- Borgen regie in stedelijke kaders
- Eindrapportage voortgang en resultaten ten aanzien van herstel en participatie



Maatschappelijke participatie volgt vanzelf als je je geborgen en geaccepteerd voelt

Maschinka, 47 jaar is ervaringsdeskundige bij een ACT-team en WRAP-facilitator

Aandacht voor het persoonlijke herstelproces moet wat mij betreft altijd het uitgangspunt zijn. Wat beschouwt iemand als een goed leven, wat is daarvoor nodig? Maatschappelijk participatie volgt vanzelf als je je geborgen en geaccepteerd voelt. Dan kan je stappen ondernemen om jezelf op de kaart te zetten en weer in je kracht te komen.

Ik pleit ook erg voor een Herstelacademie in Amsterdam. Je bent met lotgenoten onder elkaar, mensen die dezelfde ontwrichtende ervaring hebben, die snappen hoe dat is. Er wordt niets gevraagd, het is niet belangrijk wat je achtergrond is. Het draait alleen om wat jij wilt. Die sfeer en die veiligheid is nodig om jezelf te kunnen ontwikkelen en het herstelproces aan te gaan. Als dat lukt, kan je weer de verbinding met de samenleving maken. Heel anders dan een DAC waar hulpverleners dingen voor je bedenken.

WRAP* is een goede methode om mensen bij herstel te begeleiden. Het is voor ervaringsdeskundigen een mooi instrument om in handen te hebben. Tegelijkertijd is het een ontmoetingsmiddel voor cliënten, medewerkers en buurtbewoners. Ieder mens streeft immers naar Wellness, alle mensen maken weleens een periode van herstel mee. Dat is niet voorbehouden aan mensen met psychische problemen. Vanuit de projectgroep 'Proeftuin De Nieuwe GGz' is daarom het idee ontstaan om WRAP in te gaan zetten in buurthuizen om mensen, burens met elkaar te verbinden. En dan halen we ook het stigma eraf.

Stigma is zo destructief, dat belemmert echt het herstel. Zelf heb ik dat ook ervaren. Mijn diagnose was in eerste instantie een houvast; ik begreep waar mijn klachten vandaan kwamen, het gaf me richting. Maar andere mensen hadden er moeite mee. Er ontstond snel een afstand. En bij sollicitaties werd ik afgewezen, zodra ik over mijn achtergrond vertelde. Die ervaringen maken je onzeker, je gaat je terugtrekken, je vat alles negatief op. Je krijgt last van zelf-stigma.

Ik dacht dat ik daar overheen was, maar in onveilige situaties kan het toch weer de kop opsteken. Bijvoorbeeld toen ik aan mijn SPH-opleiding begon. Ik ging daar heen met het idee nu ga ik het cliëntenperspectief op de kaart zetten. Maar in de klas was ik de enige met wie iets aan de hand was. Ik durfde in het begin niet te zeggen wie ik was en hoe ik me voelde. Nu gaat het weer goed, doordat ik me uitspreek, mijn verhaal deel en er weer trots op durf te zijn. Ik check nu ook als ik iets negatiefs hoor, of het echt zo bedoeld is. En mijn medestudenten vinden het waardevol dat ik mijn ervaringen met ze deel.

**Wellness Recovery Action Plan is een evidence based methode ter ondersteuning van individueel herstel en eigen regie in een leven met of zonder een psychiatrische aandoening. Ziekte en problemen worden niet ontkend maar vanuit vijf sleutelbegrippen – hoop, persoonlijke verantwoordelijkheid, eigen ontwikkeling, opkomen voor jezelf en steun – in een ander licht geplaatst.*

Uitgave van Taskforce EPA
in samenwerking met
de Gemeente Amsterdam

Vragen of informatie? Mail naar
communicatie.ojz@amsterdam.nl

Mei 2017