

Reactie op onderzoek 'Gewoon gastvrij'

Arthur Hegger

2 maart 2007

Dames en heren,

Het onderzoek '*Gewoon gastvrij, mensen met een psychiatrische handicap in laagdrempelige opvanginitiatieven*' dat vandaag gepresenteerd wordt, levert een schat aan gegevens op. Een van de belangrijkste bevindingen is de toename van het aantal mensen met psychiatrische problemen in de beschreven initiatieven. Daar wil ik me op richten bij mijn opmerkingen.

Het rapport laat duidelijk zien dat deze toename te maken heeft met wat de vermaatschappelijking van de zorg wordt genoemd. Zoals het rapport stelt: 'De gedachte achter de vermaatschappelijking was dat taken die oorspronkelijk aan specifieke sectoren waren voorbehouden mede door algemene instellingen moesten worden uitgevoerd. Dat gold en geldt niet alleen de bakker om de hoek of de kerk in het dorp, ook het buurthuis, de sociale werkplaats en de wijkverpleegster kregen en krijgen steeds meer te maken met mensen die zo gewoon mogelijk, net als ieder ander gebruik moeten kunnen maken van de arrangementen op het gebied van wonen, zorg, werk en welzijn. Maatschappelijke participatie en integratie gelden daartoe als sleutelwoorden' (pag. 7).

Het rapport dat vandaag gepresenteerd wordt, draagt bij aan de bezinning op dit beleid. Er zijn recent nog twee rapporten verschenen die aan deze bezinning bijdragen. Ik wil die gebruiken om uw bevindingen in een context te plaatsen.

In november 2006 verscheen bij het Trimbosinstituut aan de hand van Michon het rapport '*Quickscan eenzaamheid. Inventarisatie 'voorbeeldpraktijken' in het opheffen van eenzaamheid bij mensen met psychiatrische problematiek*'. Geconstateerd wordt dat mensen met een psychiatrische handicap vaak te lijden hebben onder eenzaamheid. Het rapport geeft een inventarisatie en analyse van voorbeeldpraktijken die als doel hebben om eenzaamheid en sociaal isolement te verminderen bij mensen met een psychiatrische achtergrond (Michon 2006). Ik lees in het rapport van Michon dat in Nederland zo'n 60 maatjesprojecten en 125 DAC's functioneren. In vergelijking met het onderzoek '*Gewoon gastvrij*' valt op dat het volume van dit soort van kerkelijk werk met de 180 laagdrempelige opvanginitiatieven

behoorlijk genoemd mag worden. Het telt mee in de initiatieven die werk maken van de vermaatschappelijking van de zorg.

Michon beschrijft vier categorieën praktijken: a. vriendendiensten, b. dagactiviteitencentra (DAC's), c. instanties gericht op lotgenotencontacten en d. antistigma of vermaatschappelijkingsinitiatieven. Ik denk dat uw initiatieven geschaard kunnen worden onder lotgenotencontacten (de smalle doelgroep) of onder antistigma of vermaatschappelijkingsinitiatieven (de brede doelgroep).

Het valt me op dat in het rapport van Michon geen van de kerkelijke laagdrempelige initiatieven genoemd worden. Blijkbaar zijn de wereld van de GGZ en de wereld van de kerkelijke initiatieven behoorlijk gescheiden.

Hoewel de initiatieven meestal niet direct het doel hebben om lotgenotencontact te stimuleren, lijkt daar wel sprake van als bij 50 procent van de initiatieven meer dan de helft, tot zelfs 80 procent van de bezoekers bekend is met psychiatrische problemen. Deze mensen zoeken elkaar op. Het gaat in uw initiatieven om zeer veelzijdige problematiek. Verreweg de grootste groep geldt bezoekers met een psychose en schizofrenie, daarnaast zijn depressie en trauma veel voorkomend. Als ik de aard van deze problematiek op me laat inwerken, dan lijkt het me voor de professionals en de vrijwilligers een zware klus om een veilige sfeer te creëren. Iemand die psychotisch is kan angstaanjagend zijn door oninvoelbaar gedrag. De bezoeker met een trauma kan zich er gemakkelijk door bedreigd voelen.

Het leggen van contact met deze mensen is vaak niet gemakkelijk. Mensen met schizofrenie hebben 50 procent minder sociale contacten dan gezonde mensen. Ook de kwaliteit van de contacten is minder. Mevrouw Castelein (Castelein, Mulder & Bruggeman, 2006; zie ook Castelein & Bruggeman, 2005) doet onderzoek naar lotgenotencontact bij deze mensen. Uit een proefonderzoek naar lotgenotencontact bij deze groep bleek dat opkomst 80 procent was en veel patiënten hielden ook buiten de groep contact met elkaar. Er bleek dus een duidelijke behoefte te zijn aan lotgenotencontact.

Volgens mevrouw Castelein is het belangrijk dat initiatieven worden aangeboden, omdat patiënten niet zelf het voortouw nemen zo'n groep op te zetten. Daarom heeft ze een hulpverlener ingeschakeld die helpt op afstand. Dat wil zeggen: die regelt een tijd en een plaats en laat de groep een onderwerp benoemen waar ze over wil praten. Psychosepatiënten hebben zeer veel behoefte aan structuur.

Opvallend is dat één van de conclusies uit het rapport '*Gewoon gastvrij*' dat een professional nodig is, precies past in de lijn die mevrouw Castelein schetst. Het rapport '*Gewoon gastvrij*'

schetst een beeld dat het lijkt te lukken om contacten te leggen en dat is van grote waarde.

Wat waarschijnlijk goed werkt bij lotgenotencontact en ook bij initiatieven gericht op antistigma en vermaatschappelijking, is dat sociale netwerken gecreëerd worden. Mensen krijgen wat met elkaar. Ze voelen zich aangesproken in hun interesse. Ze krijgen het gevoel ergens weer bij te horen. Ze voelen zich niet langer overbodig, krijgen hoop.

Ik las in een jaarverslag van een buurtpastor een voorbeeld van een man die vereenzaamde en psychiatrische problematiek ontwikkelde. Hij was zijn huis uitgezet. Hij raakt betrokken bij een gesprekskring en door de ervaring dat er mensen om hen heen staan, pakt hij de draad weer op. Hij krijgt een huis toegewezen. Voor de opening van het huis nodigt hij enkele mensen uit. Het huis wordt ingewijd en aan God wordt een zegen gevraagd voor de bewoner en allen die in het huis zullen komen. De mensen zingen samen een lied. Zo vindt deze man een weg terug naar de samenleving. Het is een voorbeeld van iemand uit onze wijk die buiten de psychiatrie contacten krijgt (Schlattman, 2001).

Het is een voorbeeld van wat in de literatuur sociaal-integratieve steun wordt genoemd. Door contact met anderen breidt het sociale netwerk zich uit. Mijn indruk is dat de laagdrempelige opvanginitiatieven dat heel goed aanvoelen en er sterk in zijn.

Alle onderzochte initiatieven zeggen dat mensen met een psychiatrische handicap invloed hebben op de gang van zaken. Bij meer dan de helft van de initiatieven bestaat meer dan 50 procent van de bezoekers uit mensen met een psychiatrische problemen. Je kunt dus vermoeden dat er een grote invloed van deze mensen op de initiatieven uitgaat. Ik vraag me af of de titel van de studie 'Gewoon gastvrij' wel klopt. Goed omgaan met deze mensen is een moeilijke opgave. Vraagt de omgang met deze mensen niet om een buitengewone gastvrijheid?

Als in het onderzoek de omgang met regels aan de orde komt, zie je dat dit extra aandacht vraagt. De invloed van mensen met ernstige problematiek is zodanig dat over het algemeen regels aangescherpt worden. Je gaat niet met je schoenen op tafel zitten, je bent niet agressief tegen elkaar. Het is volkomen begrijpelijk dat dit soort van regels gelden. Het zegt wel iets over de aard van het contact dat de regels gesteld moeten worden. Meestal hoef ik mijn gasten die ik thuis ontvang niet op dit soort van regels te wijzen.

Hier doet zich een probleem voor met de vermaatschappelijking van de zorg. Daar wijst het

tweede rapport op waar ik u op wil wijzen. Het verscheen in januari van dit jaar, in dezelfde maand dus als het rapport '*Gewoon gastvrij*' gereed kwam. Het is een rapport van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling dat onder de titel '*Staf en zorg: een paar apart*' is uitgegeven. Het rapport constateert dat een aanzienlijk deel van de gedetineerden in Nederlandse gevangenissen kampt met psychi(atri)sche problemen, die niet altijd behandeld worden. Ten tweede zijn de recidivecijfers hoog. Binnen vier jaar na ontslag uit de gevangenis is 66 procent opnieuw veroordeeld voor een misdrijf. Ten derde worden knelpunten in het begeleiden van (ex-)gedetineerden bij hun terugkeer naar de maatschappij gevonden. Als beter en langer nazorg zou worden verleend, zou het risico op terugval kunnen worden verkleind. Tot slot komen psychiatrische patiënten die overlast veroorzaken niet altijd tijdig in beeld bij de hulpverlening. Daardoor kunnen zij terechtkomen in situaties waarin zij delicten plegen die mogelijk hadden kunnen worden voorkomen. Het rapport komt met voorstellen om tot een oplossing te komen voor deze onrechtvaardige situatie. Hier is sprake van een paradoxale tendens bij de vermaatschappelijking. Enerzijds vinden we het belangrijk dat mensen met psychiatrische klachten in de maatschappij een plaats kunnen krijgen. Anderzijds kunnen we het niet verdragen als ze lastig worden. Mensen met ernstige psychiatrische problemen worden dan opgesloten en blijven verstoken van noodzakelijke hulp. Ik denk dat die spanning zich laat voelen in uw initiatieven.

Het gaat in uw initiatieven om menslievende zorg (van Heijst, 2005), om zorg met deernis, waarin de hulpverlener geraakt kan worden door het lijden dat hij tegenkomt. Ik gebruik met opzet het woord deernis omdat ik dat vaak mis in de taal van de institutionele zorg. Daar gaat het om efficiënt en effectief en om zorg op maat, om marktgericht werken. Daar is zoals u bekend is binnen de zorg ook onvrede over. Ik zal niet ontkennen dat de institutionele zorg ook een economische kant heeft. Ook denk ik dat zorg waarvan evident is aangetoond dat het werkt, gegeven moet worden. Daar hebben mensen wat aan. Maar er zijn grenzen aan de mogelijkheid van interventies. Zorg die geen oefening is deernis is, blijft kaal, heeft geen oog voor de unieke situatie waarin iemand verkeerd. Ik denk dat die deernis één van de sterke kanten is van uw opvanginitiatieven en voor mensen die in de GGZ werken als voorbeeld geldt.

In het rapport wordt uitgebreid aandacht besteed aan de rol van de religieuze identiteit in de opvanginitiatieven. Die komt vooral in de gesprekken tot uiting. Maar ook godsdienstige handelingen zoals religieuze vieringen en gebed horen erbij. De waarde daarvan zou ik willen

onderstrepen. Het Amsterdams Patiënten / Consumentenplatform (Borsjes e.a. 2001) vroeg mensen met een psychiatrische handicap naar de rol van levensbeschouwing in hun leven. Vrijwel alle mensen hebben belangstelling voor levensbeschouwing, meer dan de helft voor godsdienst. Driekwart ondervindt steun aan de levensbeschouwing. In de reguliere GGZ is daar nauwelijks aandacht voor. Uw werk sluit aan bij de steun die mensen vinden in hun geloof.

In de aanbevelingen die in het onderzoek gegeven worden mis ik de rol die de kerkelijke gemeente kan spelen. De kerkelijke gemeente is een bron voor sociale steun en daarmee een factor die beschermt tegen psychiatrische ziekte. U moet dat niet onderschatten. Natuurlijk moet een gemeente ook leren met dit soort van problematiek om te gaan. Dat kan onwennig zijn. Ik herinner me dat iemand eens onder de voorbede riep: ga weg duivel, ga weg duivel. Hoewel het goed hoorbaar was, werd het geroep genegeerd. Dat zou anders kunnen. Zo'n roep had heel goed in de voorbede opgenomen had kunnen worden. Degene die de voorbede deed, had bijvoorbeeld kunnen zeggen: Ja Heer, we bidden dat deze mevrouw en wij allemaal geen last van de duivel meer heeft en wilt u haar rust geven. Vanzelfsprekend is het belangrijk dat na de dienst aandacht voor zo iemand is. In de kerk is nog veel werk te doen om mensen met psychiatrische problematiek een plaats te geven.

Aanbevelingen

- a. De vermaatschappelijking van de zorg verloopt niet soepel. Het is belangrijk dat u daar aandacht voor vraagt.
- b. Bewaar het sterke punt van de aard van uw werk: de presentiebenadering. U toont aan dat het om kwalitatief goed werk gaat. Bouw dat uit.
- c. Denk na over de betekenis voor het opbouwen van sociale netwerken en sociale steun. Gastvrijheid betekent dat je bij elkaar betrokken raakt, dat je elkaar beïnvloedt. Dat gaat eenzaamheid tegen en het gevoel maatschappelijk overbodig te zijn (zie voor ook een kritische noot bij deze gedachte McKenzie, K. & T. Harpham, 2006).
- d. Bedrijf die gastvrijheid met de kerkelijke gemeente op de achtergrond. Daar ligt op grond van de christelijke levensovertuiging een diepe bron waar een beroep op gedaan kan worden. Leer de christelijke gemeente gastvrijheid voor mensen met psychiatrische problemen te beoefenen.
- e. Zoek contact met initiatieven zoals die ook in de GGZ genomen worden en die

door Michon op het Trimbos instituut beschreven worden. Volgens mij heeft u in de GGZ een veel te weinig onderkende plaats onder initiatieven die de vermaatschappelijking van de zorg waar te maken.

U kunt trots zijn op uw deernisvolle werk. Ik hoop dat het rapport zal bijdragen aan erkenning van uw activiteiten aan het front van de vermaatschappelijking.

Literatuur

- Arwert, H. (2007). *Gewoon gastvrij*. Utrecht: Kerk in Actie.
- Borjes, M, I. Van Eerd, A. Sisselaar, B. Verhaar & M. Vink (2001). *In de geest van ... Cliënten over levensbeschouwing*. Amsterdam: APCP.
- Castelein S., P.J. Mulder & R. Bruggeman (2006). *Draaiboek voor het begeleiden van een lotgenotengroep voor mensen met een psychose*. RGOc-reeks nummer 11. Groningen: Rob Giel Onderzoekcentrum.
- Castelein, S & R. Bruggeman (2005). Lotgenotencontact. In *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2005. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (onder auspiciën van)*, pp 130-133. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Heijst, A. van (2005). *Mensleivende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- McKenzie, K. & T. Harpham (2006). *Social Capital and Mental Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Michon, H. (2006). *Quickscan eenzaamheid. Inventarisatie 'voorbeeldpraktijken' in het opheffen van eenzaamheid bij mensen met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Straf en zorg: Een paar apart*. Amsterdam: SWP.
- Schlattman, T. (2001). *Jaarverslag*. Uitgave in eigen beheer.