

Tussenrapportage Cliëntenmonitor

# Langdurende ggz en maatschappelijke steunsystemen



LPGGz

Anne Walraven en Nic Vos de Wael / Landelijk Platform GGz

Utrecht / 6 oktober 2010

Het onderzoek naar langdurende ggz en maatschappelijke steunsystemen (MSS) maakt onderdeel uit van de cliëntenmonitor Langdurige Zorg. Deze monitor is een gezamenlijke activiteit van landelijke cliëntenorganisaties, op basis van een programmasubsidie van het Ministerie van VWS.

De deelnemende organisaties in dit samenwerkingsverband zijn: CG-Raad, CSO, Landelijk Platform GGz, LOC, NPCF, Per Saldo, Platform VG.

Daarnaast doen mee: Mezzo, Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg, en Zorgbelang Nederland (met regionale zorgbelang-organisaties).

De verschillende rapportages zijn te downloaden op [www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl) (onder publicaties).

Contactgegevens:

- Cliëntenmonitor AWBZ, Postbus 1539, 3500 BM Utrecht. Tel. 030 - 2970303
- Landelijk Platform GGz, Postbus 13223, 3507 LE Utrecht. Tel. 030 - 2363765  
E-mail: [a.walraven@platformggz.nl](mailto:a.walraven@platformggz.nl)

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding.....</b>	<b>6</b>
Langdurende ggz en maatschappelijke steunsystemen.....	6
Verantwoording.....	7
Leeswijzer.....	8
<b>2. De maatschappelijke steunsystemen .....</b>	<b>10</b>
Inleiding.....	10
Het concept.....	10
Doelgroep.....	12
Doel.....	12
MSS Den Haag.....	12
MSS Eindhoven.....	13
Onze Buren Dordrecht.....	13
Werkwijze.....	13
MSS Den Haag.....	13
MSS Eindhoven.....	14
Onze Buren Dordrecht.....	15
<b>3. Netwerken op bestuurlijk niveau.....</b>	<b>16</b>
Inleiding.....	16
De praktijk.....	16
MSS Den Haag.....	16
Resultaten.....	17
Commitment op uitvoerend niveau.....	17
Continuïteit.....	18
Basis samenwerking op bestuurlijk niveau.....	18
<b>4. Netwerken op uitvoerend niveau.....</b>	<b>19</b>
Inleiding.....	19
De praktijk.....	19

MSS Den Haag .....	19
MSS Eindhoven .....	20
Onze Buren Dordrecht .....	20
Resultaten .....	21
Kortere lijnen en betere afstemming .....	21
Meer kennis .....	21
Vernieuwing aanbod .....	22
Overige resultaten .....	23
Basis samenwerking op uitvoerend niveau .....	23
Elkaar op de hoogte houden .....	23
Inzicht bieden in resultaten .....	23
Zichtbaarheid.....	24
Commitment bij medewerkers.....	24
Ervaringsdeskundigheid.....	24
Schaal maatschappelijk steunsysteem .....	24
<b>5. Steunnetwerken op persoonlijk niveau .....</b>	<b>25</b>
Inleiding .....	25
De praktijk .....	25
MSS Den Haag .....	25
MSS Eindhoven .....	27
Onze Buren Dordrecht .....	27
Resultaten .....	28
Doorverwijzing en toeleiding .....	28
Sociale contacten .....	28
Overige resultaten .....	29
Basis ondersteuning op persoonlijk niveau.....	29
Opbouw persoonlijk steunnetwerk .....	29
Zelfstandigheid.....	29
Inzet ervaringsdeskundigheid .....	30

Flexibele en vraagvolgende ondersteuning .....	30
Bekendheid steunsysteem .....	30
Laagdrempelige ondersteuning .....	30
<b>6. Conclusies en beschouwingen .....</b>	<b>32</b>
Inleiding .....	32
Naastbetrokkenen en informele contacten .....	32
Unieke ondersteuning .....	33
Stigma .....	34
Omvattendheid .....	34
Bestuurlijk niveau .....	35
Doelgroepen .....	35
Bekostiging .....	36
Vervolg .....	37
<b>Literatuurlijst .....</b>	<b>38</b>
<b>Afkortingenlijst .....</b>	<b>39</b>

# 1. Inleiding

## Langdurende ggz en maatschappelijke steunsystemen

In Nederland wonen naar schatting 160.000 mensen met een ernstige psychische aandoening. Door de vermaatschappelijking woont een groot deel van hen gewoon 'in de wijk'. Dit betekent niet automatisch dat zij participeren in de samenleving; velen van hen verkeren, in vergelijking met andere burgers, in een achterstandspositie<sup>1</sup>. Zij hebben dan ook niet alleen behoefte aan kwalitatief goede behandeling, maar ook (en vaak vooral) aan goede ondersteuning op gebieden als wonen, werken en sociale contacten.

Gemeenten hebben vanuit de Wmo de taak om zo veel mogelijk mensen te laten participeren in de samenleving. Maar ook andere partijen (zorginstellingen, cliëntenorganisaties, verzekeraars, welzijnsinstellingen, woningbouwcorporaties enzovoorts) zijn verantwoordelijk. Het is van belang dat er tussen deze organisaties verbindingen bestaan om een toegankelijk en samenhangend zorg- en ondersteuningsaanbod te kunnen garanderen. De bezuinigingen in de AWBZ maken de noodzaak tot een samenhangend aanbod nog urgenter.

De verbindingen tussen organisaties kunnen op verschillende manieren tot stand gebracht worden. Sinds de jaren 90 zijn regionale en stedelijke netwerken opgericht waarin relevante organisaties samenwerken om cliënten de levensbrede zorg en ondersteuning te kunnen bieden waar zij behoefte aan hebben. Deze netwerken, die vaak worden aangeduid als maatschappelijke steunsystemen (MSS), staan momenteel flink in de belangstelling. GGZ Nederland en VNG zien de maatschappelijke steunsystemen als "het leidend concept" om mensen te laten participeren in de samenleving.<sup>2</sup> Het project Herstel en Burgerschap richt zich op de zorg en ondersteuning van mensen met ernstige en complexe psychische problemen die langdurig aanhouden. In het kader van dit project wordt een handreiking geschreven over hoe een MSS opgericht en verbeterd kan worden. Verschillende bestaande MSS-en hebben bovendien boekjes gepubliceerd waarin zij de werkwijze van hun netwerk uiteenzetten.

Steunsystemen staan dus volop in de belangstelling; ze passen binnen actuele ontwikkelingen in zorg en samenleving. Dit roept ook vragen op: wat zijn de resultaten van deze netwerken? Lukt het de verschillende organisaties om effectief samen te werken? Hoe pakken ze dit aan? En slagen zij er in om cliënten succesvol te ondersteunen bij het participeren in de samenleving?

Op deze vragen proberen wij in dit project een antwoord te vinden. In twee rondes onderzoeken wij een aantal van deze netwerken. In de eerste ronde, die de eerste helft van 2010 in beslag heeft genomen, hebben we gekeken naar vier netwerken: het Haags maatschappelijk steunsysteem, de maatschappelijke steunsystemen in de regio Eindhoven, het Onze Buren project in Dordrecht en het

---

1 GGZ Nederland, *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen* (2009) 15.

2 VNG en GGZ Nederland, *Intentieverklaring 'psychisch kwetsbare burgers in de Wmo'* (2009) 1.

maatschappelijk steunsysteem Bos en Lommer (Amsterdam). Omdat het door omstandigheden niet gelukt is om in Bos en Lommer alle gegevens op tijd te verzamelen, presenteren wij in deze tussenrapportage onze bevindingen van de drie eerstgenoemde regio's.

Vanaf het najaar van 2010 onderzoeken wij in de tweede ronde, naast MSS Bos en Lommer, ook het maatschappelijk steunsysteem Alkmaar, de maatschappelijke steunsystemen in de regio Breda en het Trefpunt De Bilt.

## Verantwoording

Van februari tot en met juli 2010 hebben we gegevens verzameld in Den Haag en randgemeenten, de regio Eindhoven en Dordrecht. Daarbij zijn we steeds op soortgelijke wijze te werk gegaan. In eerste instantie hebben we gesprekken gevoerd met de coördinatoren en andere centrale personen van het betreffende maatschappelijke steunsysteem. Doel van deze algemene interviews was om meer inzicht te krijgen in de werkwijze en in het netwerk van betrokken organisaties. Ook bood de gesprekken ons meer informatie over welke rol het maatschappelijk steunsysteem vervult in het geheel van beleid en initiatieven voor de doelgroep.

Vervolgens zij we in gesprek gegaan met de belangrijkste samenwerkingspartners binnen het maatschappelijk steunsysteem. Het ging hier om personen van allerlei maatschappelijke organisaties: bijvoorbeeld een gemeentelijk Wmo-ambtenaar, een medewerker van een woningcorporatie of een wijkagent. Doel van deze gesprekken was om meer inzicht te krijgen in welke rol de verschillende organisaties in het netwerk vervullen en hoe de samenwerking vorm krijgt. Ook vroegen wij hen hoe zij het maatschappelijk steunsysteem beoordelen: wat zijn de resultaten, wat gaat goed, en wat kan beter?

Daarnaast hebben we betrokken hulpverleners gevraagd om vragenlijsten in te vullen over individuele cliënten van het MSS. De vragen hadden deels betrekking op het proces: hoe en waarom komt iemand terecht bij het MSS en wat is de vervolgroute? Daarnaast was er aandacht voor het resultaat: welke ondersteuning ontvangt de cliënt en is deze ondersteuning voldoende? Welke hulpverleners deze vragenlijsten het best konden invullen, bleek in de praktijk zeer af te hangen van de inrichting van het netwerk.

Een belangrijk onderdeel van ons onderzoek bestond uit interviews met cliënten van de steunsystemen. Deze interviews vonden soms thuis en soms op een locatie van het MSS plaats. Wij vroegen hen ook hoe zij bij het maatschappelijk steunsysteem terecht waren gekomen en welk traject ze daar gevolgd hadden. Daarnaast vroegen wij naar hun beoordeling van het MSS. Ten slotte zijn we ingegaan op de ondersteuning die cliënten vanuit andere hoeken ontvangen; dit om het complete netwerk in beeld te krijgen.

In elke regio hebben we de resultaten van ons onderzoek eerst in een terugkoppelingsbijeenkomst voorgelegd aan betrokkenen. Medewerkers van het MSS en belangrijke

partners waren hierbij aanwezig. In deze bijeenkomsten hebben we getoetst of onze bevindingen herkenbaar zijn. Bovendien kregen deelnemers de gelegenheid te reageren en dieper in te gaan op relevante thema's. De resultaten van de terugkoppelingsbijeenkomsten zijn verwerkt in de regionale rapportages.

<b>Dataverzamelmethode</b>	<b>MSS Den Haag</b>	<b>MSS Eindhoven</b>	<b>Onze Buren Dordrecht</b>	<b>Totaal</b>
<b>Respondenten algemene interviews</b>	5	10	4	19
<b>Respondenten interviews samenwerkingspartners</b>	8	9	5	22
<b>Vragenlijsten over individuele cliënten</b>	7	10	9	26
<b>Respondenten cliënteninterviews</b>	14	13	12	39
<b>Aanwezigen terugkoppelingsbijeenkomst</b>	12	12	10	34

Tabel 1. Overzicht dataverzameling eerste ronde.

In deze rapportage presenteren wij onze algemene bevindingen tot nu toe. Voor de meer specifieke bevindingen per maatschappelijk steunsysteem verwijzen wij naar de regionale rapportages, die te downloaden zijn op onze website [www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl) (onder publicaties).

## Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op maatschappelijke steunsystemen. Allereerst besteden we aandacht aan het concept MSS. Vervolgens beschrijven wij kort de drie onderzochte maatschappelijke steunsystemen. Daarbij gaan wij in op doel, doelgroep en werkwijze.

Een maatschappelijk steunsysteem bestaat idealiter uit een netwerk op drie niveaus: op bestuurlijk, uitvoerend en persoonlijk niveau. In het derde tot en met vijfde hoofdstuk staat steeds een van deze niveaus centraal. We beginnen bij het bestuurlijk niveau, behandelen vervolgens het uitvoerend niveau en eindigen bij het niveau waar het uiteindelijk om draait: het persoonlijk niveau.

In deze hoofdstukken beschrijven we steeds hoe het netwerk op het betreffende niveau vorm krijgt in de praktijk van de drie onderzochte steunsystemen. Vervolgens gaan we in op de resultaten die

de MSS-en behalen. Aan het eind van elk hoofdstuk benoemen we factoren die de basis vormen van goede samenwerking/ondersteuning op het betreffende niveau.

In het laatste hoofdstuk vindt u een overzicht van de belangrijkste conclusies en een vooruitblik naar het vervolg van het onderzoek.

## 2. De maatschappelijke steunsystemen

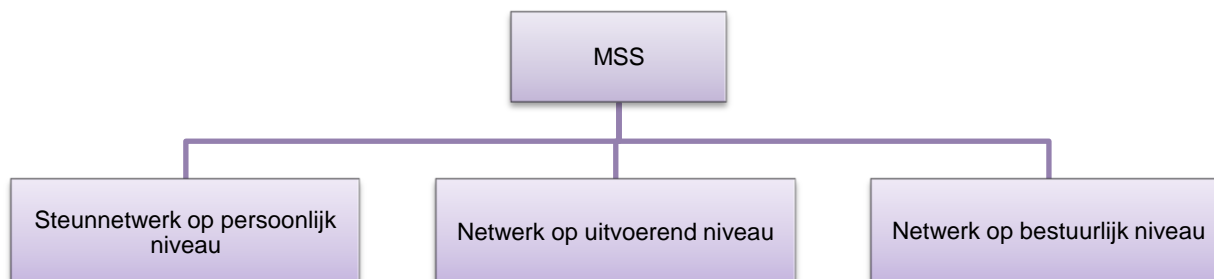
### Inleiding

Maatschappelijke steunsystemen worden gezien als een manier om verbindingen te leggen tussen zorg en samenleving. Maar wat is een MSS? Op deze vraag bieden wij het antwoord in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. In het vervolg van het hoofdstuk gaan we dieper in op de drie onderzochte netwerken. Hierbij besteden wij aandacht aan de doelgroep, de doelen en de werkwijze.

### Het concept

Een maatschappelijk steunsysteem (MSS) is een georganiseerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen rond een cliënt dat hem ondersteunt bij het leven met zijn beperkingen en zijn pogingen om te participeren in de samenleving.

Een MSS bestaat uit een netwerk op drie niveaus: een steunnetwerk op persoonlijk niveau, een netwerk van uitvoerende professionals en vrijwilligers en een netwerk op bestuurlijk niveau (zie figuur 1).<sup>3</sup>



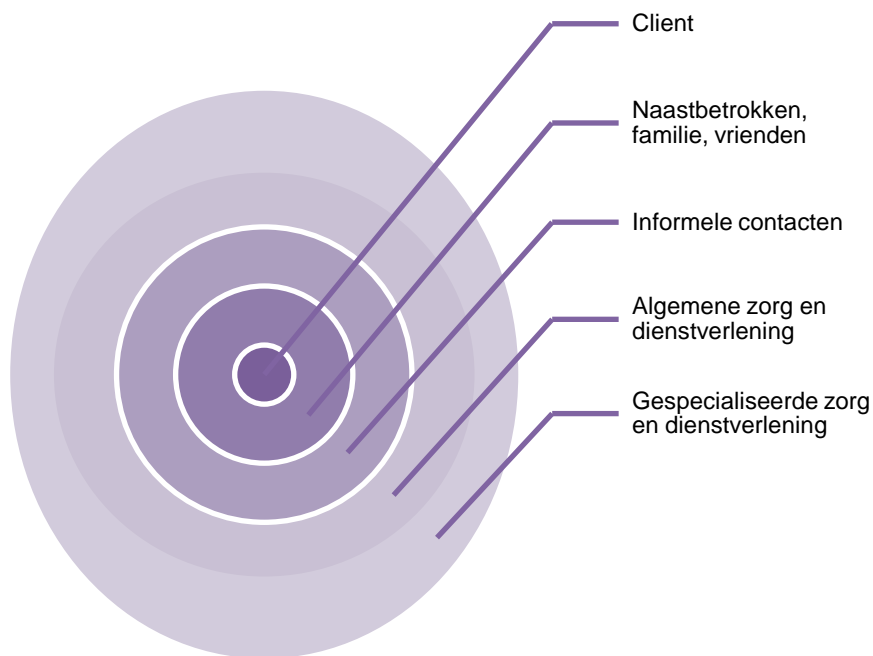
**Figuur 1. Het maatschappelijk steunsysteem: netwerk op drie niveaus.**

Het eerste niveau betreft het netwerk om een individuele cliënt heen. Dit netwerk steunt de cliënt om naar eigen wensen en behoeften te participeren in de samenleving.<sup>4</sup> Het persoonlijk netwerk kan gezien worden als een geheel van ringen (zie figuur 2). Het dichtst bij de cliënt staan de naastbetrokkenen, familieleden en vrienden. De tweede ring bestaat uit informele contacten, bijvoorbeeld met collega's of burens. De derde ring wordt gevormd door instellingen van algemene (gezondheids)zorg of (gemeentelijke) dienstverlening, die hulp en ondersteuning kunnen bieden op verschillende gebieden,

<sup>3</sup> S. van de Lindt en M. Verschelling, *Handreiking Maatschappelijke Steun Systemen, Concept 27 september (2010)* 9-10.

<sup>4</sup> Ibidem, 10.

zoals het vinden van werk of het participeren in de samenleving. De buitenste ring bestaat uit gespecialiseerde zorg en dienstverlening.<sup>5</sup>



**Figuur 2. Het persoonlijk steunnetwerk.**

In het netwerk op uitvoerend niveau werken professionals en soms ook vrijwilligers samen om cliënten ondersteuning op verschillende levensgebieden te bieden. Ze denken na over passende hulp en voorzieningen en leiden cliënten toe naar regulier aanbod.<sup>6</sup>

Binnen het netwerk op bestuurlijk niveau werken besturen en managers van betrokken organisaties samen om sturing te geven aan het maatschappelijk steunsysteem. Deze vertegenwoordigers ondersteunen de lokale netwerken beleidsmatig, dragen zorg voor de financiële dekking van het MSS en creëren ruimte voor de professionals om actief te zijn in het MSS. Partijen die deelnemen, stellen bovendien vaak een convenant op. Deze convenanten zijn van belang om de samenwerking kracht bij te zetten en de partijen te committeren aan de afspraken.<sup>7</sup>

De inkleuring van een maatschappelijk steunsysteem is afhankelijk van de lokale of regionale situatie. Hoe een maatschappelijk steunsysteem in de praktijk vorm krijgt hangt immers samen met het huidige voorzieningenniveau, het gemeentelijk beleid, de populatie (bijvoorbeeld meer ggz of meer oggz;

<sup>5</sup> GGZ Nederland, *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap*, 39.

<sup>6</sup> Van de Lindt en Verschelling, *Handreiking*, 10.

<sup>7</sup> Ibidem.

meer jongeren of juist ouderen) en de wensen en behoeften van cliënten zelf.<sup>8</sup> In de volgende paragrafen beschrijven wij in het kort hoe de MSS-en in Den Haag, Dordrecht en Eindhoven vorm krijgen.

## Doelgroep

In het visiedocument van GGZ Nederland wordt het maatschappelijk steunsysteem gepresenteerd als een model om cliënten, met ernstige en complexe psychische problemen die langdurig aanhouden, te ondersteunen.

In de praktijk blijken de maatschappelijke steunsystemen zich inderdaad op deze doelgroep te richten. Bij Onze Buren gaat het daarbij voornamelijk om de specifieke groep cliënten die zorg ontvangt van Yulius<sup>9</sup>, de ggz-instelling in de regio Zuid-Holland-Zuidoost. Zowel MSS Den Haag als MSS Eindhoven richten zich niet alleen op langdurig ggz-cliënten. In Den Haag worden bijvoorbeeld ook jongeren en ouderen in de ggz, mensen met psychosociale klachten, eenzamen en mensen met een verstandelijke beperking tot de doelgroep gerekend. MSS Eindhoven richt zich in principe op alle kwetsbare mensen.

## Doel

Hoewel er verschillen zijn in focus is een gemeenschappelijke doelstelling van de drie steunsystemen dat zij bij willen dragen aan de participatie van cliënten aan de samenleving. In onderstaande paragrafen gaan we dieper in op het doel van de drie maatschappelijke steunsystemen.

### *MSS Den Haag*

Het Haags MSS wil cliënten ondersteunen bij het komen tot rehabilitatie en herstel. Bij rehabilitatie krijgen mensen met ernstige, langdurige beperkingen hulp bij het beter functioneren. Doel is dat ze met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten kunnen hebben in de omgeving van hun eigen keuze, met zo min mogelijk professionele hulp.

Herstel is een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en rollen veranderen. Herstel leidt tot een leven met meer voldoening, waarin hoop een plaats heeft en men kan geven en nemen ondanks de beperkingen die met de aandoening gepaard gaan. Herstel heeft dan ook te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven.

---

<sup>8</sup> A. van Bergen en K. Sok, *Buitengewoon: kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in maatschappelijke steunsystemen. Beschrijving zorgvernieuwingsproject in Eindhoven en randgemeenten* (2008) 9.

<sup>9</sup> Voorheen RMPI-De Grote Rivieren.

### *MSS Eindhoven*

Het gewenste resultaat van het MSS Eindhoven is dat iedere deelnemende cliënt beschikt over een ondersteunend netwerk (een persoonlijk steunnetwerk). Met steun van dit netwerk kan hij/zij zich naar eigen tevredenheid redden in de wijk en meedoen in de samenleving. Subdoelen om dit resultaat te realiseren zijn:

- Contact leggen: Kwetsbare buurtbewoners met psychische problemen zijn met hun wensen en behoeften, leefsituatie, problemen en sterke kanten bekend, gekend en betrokken.
- Participatie mogelijk maken: Kwetsbare buurtbewoners ervaren binding met de buurt en met elkaar.
- Toegang tot voorzieningen en zorg faciliteren: Het aanbod van maatschappelijke en zorgorganisaties is toegankelijk en afgestemd op de behoeften van de kwetsbare buurtbewoner met psychische problemen. Ook sluit het aanbod onderling goed op elkaar aan en vallen er geen onnodige gaten.

### *Onze Buren Dordrecht*

Onze Buren moet bijdragen aan de inburgering van de psychiatrische cliënt in de samenleving. De missie van Onze Buren is om volwaardig burgerschap te realiseren voor de kwetsbare groep bewoners. Aan de ene kant betekent dit dat anders-zijn een plaats krijgt in de samenleving. Aan de andere kant wordt het sociale isolement van de kwetsbare bewoners doorbroken.

### **Werkwijze**

In onderstaande subparagrafen worden de werkwijzen van de drie maatschappelijke steunsystemen kort uiteen gezet. De activiteiten lijken in de praktijk uiteen te vallen in twee categorieën. Enerzijds ondersteunen MSS-en individuele cliënten bij participatie. Anderzijds proberen zij in samenwerking de randvoorwaarden voor participatie te scheppen; men houdt zich onder andere bezig met kwartiermaken en met ontwikkeling van een geschikt aanbod voor de doelgroep. Voor meer informatie en bronnen verwijzen wij naar de regionale rapportages.

### *MSS Den Haag*

In Den Haag en randgemeenten staat de werktafelmethodiek centraal. In totaal zijn er vijf werktafels die elk een bepaald geografisch gebied bestrijken. Aan de werktafels zitten voornamelijk medewerkers van organisaties die dagbesteding vragen en/of aanbieden. Bij de werktafeloverleggen worden vragen van cliënten ingebracht. Daarbij gaat het meestal om wensen op het gebied van dagbesteding en/of sociale contacten. Samen zoeken de werktafeldeelnemers naar mogelijkheden voor een passend bestaand aanbod, dan wel nieuw te creëren aanbod. De werktafels zorgen er bovendien voor dat organisaties en

cliënten elkaar gemakkelijk weten te vinden. Ook krijgen deelnemers een grotere kennis van het aanbod in de regio, oftewel de sociale kaart.

Daarnaast kent het maatschappelijk steunsysteem in Den Haag werktafelcoördinatoren, vaak sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers), en een programmacoördinator. Zij zorgen dat de werktafels goed functioneren, helpen bij het tot stand komen van nieuwe initiatieven, houden de sociale kaart bij en delen kennis ten aanzien van het aanbod. Ook houden ze zich bezig met kwartiermaken. De coördinatoren gaan regelmatig langs bij relevante organisaties om aandacht te vragen voor de doelgroep. Zij proberen bij reguliere voorzieningen voorwaarden te scheppen waardoor cliënten zich daar welkom, veilig en geaccepteerd kunnen voelen.

De werktafelcoördinator ondersteunt bovendien cliënten bij het formuleren van vragen en wijst hen waar mogelijk op relevant aanbod. Zij kunnen ook zelf een vraag van een cliënt inbrengen aan de werktafel. Bovendien blijkt uit ons onderzoek dat werktafelcoördinatoren incidenteel langduriger contact hebben met een cliënt. Dit contact kan bestaan uit het af en toe langs gaan bij iemand om een praatje te maken maar ook uit het ondersteunen van iemand op verschillende levensgebieden. Hierbij gaat het vaak om cliënten die verder (nog) niet in aanraking zijn met de zorg.

Bij het Haags maatschappelijk steunsysteem ligt de focus op dagbesteding en sociale contacten. Cliënten kloppen ook met andere hulpvragen bij het MSS aan. In dergelijke gevallen wordt zo veel mogelijk doorverwezen naar relevante organisaties, loketten of zorgnetwerken.

### *MSS Eindhoven*

In de regio Eindhoven zijn in verschillende dorpen en wijken maatschappelijke steunsystemen actief. Binnen deze steunsystemen werken kwartiermakers en ervaringsdeskundigen. Kwartiermakers zijn vaak medewerkers met veel ervaring als hulpverlener in de ggz. Het gaat om casemanagers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en trajectbegeleiders. Ervaringsdeskundigen zijn getrainde medewerkers die hun cliëntervaringen gebruiken om anderen tot dienst te zijn.

De kwartiermakers en ervaringsdeskundigen zetten nieuwe overlegvormen op of sluiten aan bij bestaande overleggen die relevant zijn voor de doelgroep. In deze overleggen werken verschillende organisaties samen. De deelnemers signaleren algemene problemen voor de doelgroep en zoeken waar mogelijk naar oplossingen. Ook kijken zij hoe het aanbod beter aan kan sluiten bij de wensen van de doelgroep. In sommige overleggen bespreken deelnemers bovendien specifieke casussen waarbij zij nagaan hoe zij de cliënt in afstemming en samenwerking het best hulp kunnen bieden.

Directe ondersteuning bieden aan kwetsbare personen is een belangrijke taak van de kwartiermakers en ervaringsdeskundigen. Daarbij werken zij volgens de uitgangspunten van de presentiebenadering.<sup>10</sup> Hun inzet is allereerst om er gewoon te zijn voor iemand; luisteren naar het verhaal en de ander laten weten dat hij/zij er mag wezen. Daarnaast pakken kwartiermakers en ervaringsdeskundigen dringende praktische zaken op (denk bijvoorbeeld aan huurschuld of lichamelijke

---

<sup>10</sup> Voor uitgangspunten presentiebenadering zie: Andries Baart, *Een theorie van de presentie* (2001).

verwaarlozing). Hierbij zoeken zij zoveel mogelijk samenwerking met andere organisaties. Als de meest dringende problemen zijn aangepakt, ontstaat er ruimte waarin cliënten andere behoeften kunnen gaan uiten, meer gericht op sociale contacten en participatie. Ook hier kunnen kwartiermakers en ervaringsdeskundigen een rol vervullen. Zij kunnen cliënten bijvoorbeeld wijzen op relevant aanbod. Ook kunnen ze cliënten samenbrengen in zogenaamde bouwgroepen. Dit zijn groepen die bestaan uit kwetsbare buurtbewoners die vergelijkbare vragen of wensen hebben. In een bouwgroep wisselen cliënten ervaringen uit en bespreken wat nodig is om mee te kunnen doen in de wijk. Sommige bouwgroepen richten zich op specifieke activiteiten: bijvoorbeeld bezig zijn met kunst of het opzetten van een ontmoetingsplek.

### *Onze Buren Dordrecht*

Een centraal onderdeel van Onze Buren zijn de twee werkplaatsen in twee Dordtse buurten: de Vogelbuurt en de Noordflank. De werkplaatsen maken deel uit van Werkleerbedrijf 'De Werf', onderdeel van Yulius. Bij beide werkplaatsen is een projectleider actief. Daarnaast zijn er enkele vrijwilligers uit de wijk. De werkplaatsen bieden vier dagen per week een plek voor dagbesteding en ontmoeting. Op en vanuit de werkplaatsen knappen cliënten tuintjes van wijkbewoners op, repareren fietsen, doen kleine klusjes, helpen met verhuizingen, houden de buurt schoon en knutselen. Daarnaast dient de werkplaats in de Vogelbuurt eens per week als distributiepunt van de Voedselbank. De werkplaatsen zijn buurtgericht; cliënten werken letterlijk in de wijk. Vanuit de werkplaatsen neemt Onze Buren deel aan activiteiten in de buurt zoals een kerstmarkt of een Iftar maaltijd. Het idee van de werkplaatsen is dat zij, door het bieden van wijkgerichte dagbesteding en ontmoeting, het stigma ten opzichte van psychiatrische cliënten tegen gaan. Omdat cliënten straten vuilvrij maken en tuintjes opknappen, leveren de werkplaatsen bovendien een positieve bijdrage aan de leefbaarheid van de wijk.

De projectleiders gaan daarnaast aan de slag met signalen van andere organisaties. Het kan hier gaan om klachten of zorgen over cliënten van Yulius maar ook over buurtbewoners die wellicht zorg en ondersteuning nodig hebben, maar nog niet bekend zijn bij de reguliere hulpverlening.

Individuele ondersteuning van cliënten op meerdere levensgebieden is bij Onze Buren minder aan de orde omdat de cliënten in principe allemaal ondersteund worden door een trajectbegeleider van Yulius. Deze trajectbegeleider kan ondersteuning bieden op alle levensgebieden. In die zin is Onze Buren eerder op te vatten als een onderdeel van een maatschappelijk steunsysteem dan als een maatschappelijk steunsysteem op zichzelf.

### 3. Netwerken op bestuurlijk niveau

#### Inleiding

Binnen het netwerk op bestuurlijk niveau werken besturen en managers van betrokken organisaties samen om sturing te geven aan het maatschappelijk steunsysteem. Deze vertegenwoordigers ondersteunen de lokale netwerken beleidsmatig, dragen zorg voor de financiële dekking van het MSS en creëren ruimte voor de professionals om actief te zijn in het MSS. Partijen die deelnemen, stellen bovendien vaak een convenant op. Deze convenanten zijn van belang om de samenwerking kracht bij te zetten en de partijen te committeren aan de afspraken.<sup>11</sup>

In dit hoofdstuk behandelen we de samenwerking op bestuurlijk niveau. In de volgende paragraaf beschrijven we hoe het netwerk op dit niveau vorm krijgt in de praktijk van de drie onderzochte steunsystemen. Vervolgens gaan we in op de resultaten die de MSS-en behalen. Aan het eind van het hoofdstuk benoemen we factoren die de basis vormen van goede samenwerking op bestuurlijk niveau.

#### De praktijk

In de drie onderzochte maatschappelijke steunsystemen blijkt nauwelijks sprake te zijn van structurele samenwerking op bestuurlijk niveau. Zowel in Eindhoven als in Dordrecht is geen sprake van structureel overleg, noch van convenanten. Uit ons onderzoek blijkt in beide regio's wel de wens te bestaan om hier verandering in te brengen. In Dordrecht wil men graag periodiek overleg voeren met gemeente en besturen van belangrijke partners om gezamenlijk opnieuw een gedeelde visie en uitgangspunten vast te stellen. In Eindhoven wil men in de toekomst duidelijkere afspraken maken op bestuurlijk niveau.

Het Haags MSS werkt wel structureel samen op bestuurlijk niveau. Hieronder beschrijven wij hoe deze samenwerking in de praktijk vorm gegeven is.

#### *MSS Den Haag*

In 2004 hebben alle betrokken organisaties een MSS-convenant afgesloten. De belangrijkste punten van dit convenant zijn:

- Het MSS kent overleg op twee niveaus: directie- en beleidsniveau (stuurgroep) en uitvoeringsniveau (de werktafels).

---

<sup>11</sup> Van de Lindt en Verschelling, *Handreiking*, 10.

- Beschrijving van de doelgroep: langdurig zorgafhankelijke cliënten die niet in crisis verkeren en openstaan voor hulp.
- Functie en activiteiten van de stuurgroep.
- Functie en activiteiten van de werktafels.
- Praktische zaken: aanstellen coördinator en vaststellen vergaderfrequentie.
- Eindtermen: afname van individuele en sociale problematiek en betere participatie in samenleving.
- Privacyreglement.
- Prestatieafspraken: elke werktafel MSS verzorgt ten minste 25 toeleidingen naar dagbesteding per jaar.

Het MSS Den Haag werkt bovendien met een stuurgroep. De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de gemeente, directies van de ggz-instellingen, Anton Constandse (stichting voor beschermd en begeleid wonen), Reakt (organisatie voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie), de welzijnsorganisaties en het Platform 'Haagse' Cliëntenorganisaties. Naast de vaste deelnemers zijn er andere organisaties die afhankelijk van de agenda kunnen worden uitgenodigd. Met deze halfopen structuur wil men voorkomen dat de vergadering te log wordt. De gemeentelijke ambtenaar van de Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn is voorzitter. De stuurgroep maakt het beleid voor de werktafels en houdt de ontwikkelingen die van belang zijn voor het MSS in de gaten. Daarnaast ziet de stuurgroep toe op de uitvoering van het beleid en bewaakt ze de koers en de continuïteit van het steunsysteem. De stuurgroep onderneemt waar nodig actie om financiële middelen beschikbaar te krijgen voor de werktafels. Leden van de stuurgroep geven medewerkers van de eigen organisaties hun fiat voor deelname aan de werktafels. Knelpunten in het aanbod worden besproken en er wordt naar oplossingen gezocht.

## Resultaten

Wat zijn de resultaten van samenwerking op bestuurlijk niveau? Vanuit het MSS Den Haag kunnen we een aantal resultaten benoemen.

### *Commitment op uitvoerend niveau*

Samenwerking op bestuurlijk niveau zorgt voor commitment op uitvoerend niveau. Managers en hoofden laten met de samenwerking en een eventueel convenant zien dat zij het maatschappelijk steunsysteem belangrijk vinden. Haagse werktafeldeelnemers hoeven hun deelname niet intern te 'verkopen' en krijgen ook tijd en middelen toebedeeld om een bijdrage te leveren.

In Eindhoven en Dordrecht, waar structurele samenwerking op bestuurlijk niveau ontbreekt, lijkt commitment op uitvoerend niveau minder vanzelfsprekend. Dit kan een zekere vrijblijvendheid in de

samenwerking tot gevolg hebben. Inzet en continuïteit op uitvoerend niveau vallen eerder weg. Zo geeft een betrokkene bij het MSS Eindhoven aan dat een bepaalde organisatie al vier verschillende medewerkers in het overleg heeft afgevaardigd.

### *Continuïteit*

Samenwerking op bestuurlijk niveau draagt bovendien bij aan de continuïteit van een maatschappelijk steunsysteem, zeker als er een convenant gesloten is. De bestuurders beloven immers zich in te zetten voor het voortbestaan van het maatschappelijk steunsysteem en te zorgen voor de bekostiging.

Betrokkenen bij het Haags MSS maken zich dan ook minder zorgen over de toekomst. Betrokkenen bij het MSS Eindhoven en Onze Buren Dordrecht blijken zich wel zorgen te maken. Zij zien bijvoorbeeld veranderingen in de AWBZ en bezuinigingen bij gemeenten als risico's voor het voortbestaan van de steunsystemen.

Daarnaast kan verwacht worden dat vertegenwoordigers op bestuurlijk niveau, meer dan op uitvoerend niveau, oog hebben voor de (politieke) context waarin het maatschappelijk steunsysteem opereert. De vertegenwoordigers kunnen hierdoor sneller en strategischer reageren op relevante ontwikkelingen. Dit is van extra belang in tijden van stelselwijzigingen en bezuinigingen.

### **Basis samenwerking op bestuurlijk niveau**

De basis voor goede samenwerking is een gedeelde visie en een gedeeld gevoel van urgentie. Wanneer men hier onvoldoende in investeert, kan dit het draagvlak voor het maatschappelijk steunsysteem ondermijnen.

Het is wenselijk dat er minimaal duidelijke afspraken zijn over wat de verschillende organisaties bijdragen aan het MSS, in personele zin en in materiële zin. Als die afspraken er liggen, biedt dit een kader waarin op uitvoerend niveau doeltreffend kan worden samengewerkt.

Belangrijk is verder dat organisaties openlijk achter het MSS gaan staan, met andere woorden: dat zij zich er aan committeren. Om te voorkomen dat de samenwerking op bestuurlijk niveau te vrijblijvend blijft, kan het daarnaast handig zijn om te werken met een structureel periodieke overleg en/of convenant.

Investeren in samenwerking op bestuurlijk niveau is dus essentieel, ook voor samenwerking op uitvoerend niveau. Dit uitvoerend niveau komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

## 4. Netwerken op uitvoerend niveau

### Inleiding

In het netwerk op uitvoerend niveau werken professionals en soms ook vrijwilligers samen om cliënten ondersteuning op verschillende levensgebieden te bieden. Ze denken na over passende hulp en voorzieningen en leiden cliënten toe naar regulier aanbod.<sup>12</sup>

In dit hoofdstuk behandelen we de samenwerking op uitvoerend niveau. In de volgende paragraaf beschrijven we hoe het netwerk op uitvoerend niveau vorm krijgt in de praktijk van de drie onderzochte steunsystemen. Vervolgens gaan we in op de resultaten die de MSS-en behalen. Aan het eind van het hoofdstuk benoemen we factoren die de basis vormen van goede samenwerking op uitvoerend niveau.

### De praktijk

In de drie onderzochte maatschappelijke steunsystemen bestaan netwerken van professionals en vrijwilligers. Binnen deze netwerken werken medewerkers op uitvoerend niveau samen om cliënten ondersteuning te bieden. Hieronder beschrijven we hoe deze samenwerking in de verschillende steunsystemen vorm krijgt.

#### *MSS Den Haag*

Binnen het Haags MSS krijgt het uitvoerende netwerk voornamelijk vorm in de vijf werktafels. De werktafels komen eens per maand bijeen. Omdat de werktafels per werkgebied georganiseerd zijn, variëren de deelnemers. Het soort organisaties dat deelneemt, verschilt echter niet zo zeer. Aan tafel zitten over het algemeen ggz-instellingen, instellingen voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang, welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, dagbestedingsorganisaties en organisaties die arbeidsmatige activiteiten voor de doelgroep aanbieden.

Bij de werktafelbijeenkomsten stellen allereerst nieuwe deelnemers zichzelf voor. Daarnaast bespreken de deelnemers vragen van cliënten. Samen proberen ze aanbod te vinden dat aansluit bij de wensen van de cliënt. Ook informeren en adviseren deelnemers elkaar over activiteiten, projecten, regelingen en relevante knelpunten en ontwikkelingen rond de doelgroep. Tevens is er elke bijeenkomst een korte presentatie van een relevante organisatie of initiatief. Daarnaast hebben de deelnemers ook buiten de werktafels contact met elkaar voor afstemming of advies.

Bij elke werktafel schuift minimaal een ervaringsdeskundige aan. De rol van deze ervaringsdeskundige varieert. Een van de ervaringsdeskundigen houdt zich bijvoorbeeld vooral bezig met

---

<sup>12</sup> Van de Lindt en Verschelling, *Handreiking*, 10.

het informeren en stimuleren van medecliënten om vragen in te brengen. Een andere zit juist vooral aan tafel om het cliëntperspectief onder de aandacht te brengen.

### *MSS Eindhoven*

Ook in de regio Eindhoven krijgt het netwerk op uitvoerend niveau vorm in periodiek terugkerende overleggen waarin gesproken wordt over kwetsbare burgers. Welke organisaties deel uitmaken van het overleg en wat besproken wordt, verschilt per wijk of dorp, omdat het MSS aansluit bij de regionale problematiek, cultuur en eventuele bestaande overleggen. In een deel van de overleggen bespreken deelnemers specifieke casussen, terwijl in andere overleggen (ook) in meer algemene zin gesproken wordt over knelpunten en ontwikkelingen rond de doelgroep. Er zijn ook verschillen in wie het overleg voorziet en de deelnemers bij elkaar brengt. Dit kan bijvoorbeeld de kwartiermaker zijn, maar ook een medewerker van een stadsdeel of een gemeentelijk Wmo-loket. De overleggen hebben met elkaar gemeen dat men problemen signaleert en in samenwerking zoekt naar oplossingen.

Daarnaast is er meer ad hoc samenwerking tussen organisaties. In het bijzonder de kwartiermakers hebben een groot netwerk. De personen in dit netwerk kunnen de kwartiermaker bellen als zij iemand tegen komen die wellicht baat heeft bij ondersteuning van het MSS. Soms gaat dit via via; bijvoorbeeld een thuiszorgmedewerkster die de gemeente inschakelt, die vervolgens contact opneemt met de kwartiermaker. De personen in het netwerk kunnen omgekeerd ook iets betekenen voor de cliënten van het maatschappelijk steunsysteem. Zo kan de kwartiermaker de hulp van de woningbouwcorporatie inschakelen als het huis van een cliënt gesaneerd dient te worden.

### *Onze Buren Dordrecht*

Binnen Onze Buren werken organisaties niet samen binnen een bepaalde structuur maar vanuit een gedeelde visie. In de praktijk werken op uitvoerend niveau verschillende organisaties samen. Intern werken de trajectbegeleiders van Yulius en projectleiders van Onze Buren samen. Trajectbegeleiders verwijzen cliënten door naar de werkplaatsen. Indien nodig hebben de projectleiders en trajectbegeleiders contact over specifieke cliënten.

Extern zijn de belangrijkste samenwerkingspartners Yulius en de woningbouwcorporatie. Andere relevante partners zijn onder andere de Dordtse WelzijnsOrganistie, de gemeente en, specifiek voor de Vogelbuurt, het buurtcomité. De organisaties werken op verschillende manieren samen. Om overlast te voorkomen geven de samenwerkingspartners informeel en op ad hoc basis signalen aan elkaar door. Deze signalen hebben enerzijds betrekking op personen die mogelijk zorg en ondersteuning nodig hebben. Maar ook signalen met betrekking tot cliënten die al in zorg zijn bij Yulius worden doorgegeven. Dergelijke signalen kunnen medewerkers van verschillende organisaties overigens ook aan de orde stellen in de lokale zorgnetwerken. Hierin nemen minimaal de woningcorporaties, politie, Bouman GGZ, Yulius, algemeen maatschappelijk werk, het Leger des Heils en de sociale dienst zitting. In de lokale

zorgnetwerken maken de partners afspraken over het bieden van hulp en het ondernemen van actie op signalen van zorg.

Daarnaast werken de organisaties samen om oplossingen voor cliënten te vinden en hen te helpen integreren in de wijk. Medewerkers van Yulius kunnen woningcorporatie Woonbron bijvoorbeeld om hulp vragen bij het vinden van een woning voor een cliënt. Een ander voorbeeld is het buurtcomité van de Vogelbuurt dat cliënten van de werkplaats uitnodigt voor activiteiten in de buurt. De woningcorporatie draagt daarnaast incidenteel financieel bij aan buurtgerichte activiteiten.

Ten slotte werken de organisaties samen om de leefbaarheid in de buurt te vergroten. De werkplaatsen dragen bij aan de leefbaarheid omdat cliënten tuintjes onderhouden en straten vuilvrij maken. De woningbouwcorporaties steunen Onze Buren hierbij door de panden waarin de werkplaatsen gevestigd zijn, gratis beschikbaar te stellen. Een ander mooi voorbeeld van samenwerking om de leefbaarheid te vergroten is een voorlichtingsbijeenkomst van de Dordtse WelzijnsOrganisatie over psychiatrische problematiek, waarbij de projectleiders van Onze Buren gesproken hebben.

## Resultaten

Hieronder beschrijven wij de resultaten die geboekt worden door de netwerken op uitvoerend niveau. Het gaat hier met name om resultaten die ten goede komen aan de professionals. De meerwaarde van samenwerking op uitvoerend niveau voor cliënten zal in het volgende hoofdstuk aan de orde komen.

### *Kortere lijnen en betere afstemming*

Bij alle netwerken zijn resultaten geboekt op het gebied van communicatie en afstemming. Betrokkenen van de verschillende organisaties geven aan elkaar beter te kennen en daarom sneller contact met elkaar op te nemen. De lijnen zijn op deze manier korter. Medewerkers geven aan dat het voorheen ook wel lukte om in contact te komen met andere organisaties, maar dat dit veel moeizamer ging.

Wanneer verschillende organisaties betrokken zijn bij een bepaalde cliënt, maken zij betere afspraken over taken en verantwoordelijkheden. Bovendien maken zij slim gebruik van elkaars rollen. Sommige organisaties signaleren veel problemen, andere komen gemakkelijk bij mensen binnen en weer andere organisaties kunnen als een soort stok achter de deur dienen om dingen voor elkaar te krijgen.

### *Meer kennis*

Binnen een MSS werken medewerkers van verschillende organisaties met elkaar samen. Al deze medewerkers hebben hun eigen ervaring, achtergrond, netwerk en kennis. Dankzij de samenwerking op uitvoerend niveau, leren de medewerkers op verschillende vlakken van elkaar. Zodoende leidt de samenwerking tot meer kennis bij medewerkers.

In Eindhoven geeft één van de geïnterviewden aan dat voorheen het beeld bestond dat er geen ggz-cliënten in het dorp woonden. In Eindhoven en Dordrecht is de doelgroep, dankzij de samenwerking, beter in het vizier. Hierdoor komen ook afzonderlijke cliënten beter in beeld bij de verschillende organisaties. Problemen worden eerder gesignaleerd en zo nodig doorgegeven. De verschillende organisaties herkennen de doelgroep niet alleen beter, ze krijgen ook meer kennis en daarmee begrip voor de doelgroep. Een goed voorbeeld zien wij terug in Eindhoven. Een medewerker van een woningbouwcorporatie vertelde ons dat zij voorheen bij huurachterstand vaak direct de deurwaarder inschakelden. Die werkwijze is inmiddels veranderd. Nu gaat de corporatie eerst na of een huurder wellicht problemen heeft waar hij/zij hulp bij nodig heeft.

Bij het Haags maatschappelijk steunsysteem is in mindere mate sprake van toename van kennis over de doelgroep. Dit is wellicht te verklaren vanuit het feit dat binnen dit MSS voornamelijk organisaties samenwerken die zich al specifiek richten op de doelgroep.

Dankzij de samenwerking op uitvoerend niveau, hebben de samenwerkingspartners in Den Haag en Eindhoven meer kennis over het aanbod voor de doelgroep. Bij de overleggen wisselen ze deze kennis uit. In Den Haag gebeurt dit bijvoorbeeld aan de werktafels, waar medewerkers elkaar op de hoogte houden van nieuw relevant aanbod en waar diverse organisaties en initiatieven presentaties verzorgen over wat zij te bieden hebben. Bovendien wordt de kennis vergroot door de inbreng van vragen. Dankzij de suggesties die op deze vragen komen, weten deelnemers immers waar zij voor bepaald aanbod terecht kunnen.

In Dordrecht lijkt de kennis van het bestaande aanbod bij de verschillende organisaties minder relevant. De doelgroep bestaat hier immers uit cliënten van Yulius. Deze cliënten krijgen van de trajectbegeleiders ondersteuning op verschillende levensgebieden en dus in mindere mate van andere organisaties.

### *Vernieuwing aanbod*

Betrokkenen in zowel Den Haag, Eindhoven als Dordrecht geven aan dat de samenwerking op uitvoerend niveau leidt tot nieuw aanbod en initiatieven. Dit gebeurt als blijkt dat er voor een bepaalde behoefte van de doelgroep geen geschikt aanbod is. Zo zijn dankzij de samenwerking tussen verschillende partijen de werkplaatsen in Dordrecht opgezet. Het Haags MSS organiseert bijvoorbeeld een maandelijks stapavond voor cliënten. En in Eindhoven zijn politie, een woningbouwcorporatie, de gemeente en medewerkers van het MSS gestart met een huiskamerproject in de wijk Stratum. Het huiskamerproject biedt laagdrempelige hulp aan buurtbewoners en wordt gedraaid met behulp van vrijwilligers.

### *Overige resultaten*

Hierboven hebben we de resultaten van samenwerking op uitvoerend niveau besproken die wij in ons onderzoek bij twee of drie regio's tegengekomen zijn. Voor meer netwerkspecifieke resultaten verwijzen wij naar de regionale rapportages.

### **Basis samenwerking op uitvoerend niveau**

Uit ons onderzoek komt een aantal factoren naar voren die de basis vormen voor goede samenwerking op uitvoerend niveau. Hieronder geven we een overzicht.

#### *Elkaar op de hoogte houden*

De medewerkers op uitvoerend niveau verwijzen naar elkaar en geven elkaar signalen door. Het is belangrijk elkaar te blijven informeren over het vervolg. Ten eerste willen medewerkers weten of alles in orde is of dat er nog verdere stappen ondernomen moeten worden. Ten tweede, en dat hangt deels samen met het volgende aspect, houden ze op deze manier zicht op de resultaten en op wat wel en niet werkt.

Medewerkers kunnen elkaar individueel, bijvoorbeeld per telefoon of e-mail, op de hoogte houden. Een andere mogelijkheid is dat medewerkers tijdens overleggen aan elkaar terugkoppelen, zodat ook medewerkers van andere betrokken organisaties op de hoogte zijn. Het laatste heeft als voordeel dat, indien er knelpunten zijn, de medewerkers gezamenlijk op zoek kunnen gaan naar oplossingen.

#### *Inzicht bieden in resultaten*

Inzicht bieden en inzicht krijgen in de resultaten van het MSS is belangrijk. Het gaat hierbij zowel om meer algemene resultaten, zoals cijfers over het aantal bereikte cliënten en hoe lang zij ondersteund worden, als om resultaten bij individuele cliënten. Inzicht in algemene resultaten dient twee doelen. Ten eerste kan men hiermee toetsen of met de huidige werkwijze ook de beoogde resultaten worden geboekt. De resultaten kunnen dan van belang zijn voor de bijsturing van beleid. Ten tweede zijn inzichtelijke resultaten nodig voor verantwoording en legitimatie van het maatschappelijk steunsysteem. Deze informatie is vooral bruikbaar op bestuurlijk niveau

Inzicht in individuele resultaten dient ook meerdere doelen. Als er successen geboekt zijn, werkt dat inspirerend en motiverend. Maar ook de 'missers' zijn leerzaam. Door samen te analyseren wat is misgegaan kunnen valkuilen in de toekomst vermeden worden.

### *Zichtbaarheid*

Het MSS moet zichtbaar zijn voor relevante organisaties en personen. Derden zullen eerder signalen doorgeven en mensen doorverwijzen naar het MSS, als ze weten wat het MSS inhoudt en doet. Zichtbaarheid kan vergroot worden door naamsbekendheid, een helder profiel en goed voorlichtingsmateriaal.

Ook binnen deelnemende organisaties dient het MSS voldoende zichtbaar te zijn. Uit het onderzoek bleek dat medewerkers soms in eigen huis nog zendingswerk moesten verrichten om collega's te informeren over het maatschappelijk steunsysteem en hen te stimuleren ervan gebruik te maken. Dit geldt bijvoorbeeld bij ggz-instellingen waar ook collega's in de wijk werken, zoals ambulante begeleiders of medewerkers bemoeizorg.

### *Commitment bij medewerkers*

Ook voor uitvoerende medewerkers is het van belang regelmatig 'de klokken gelijk te zetten' als het gaat om visie, doelen en uitgangspunten van het maatschappelijk steunsysteem. Uit ons onderzoek blijkt dat soms ook medewerkers van organisaties die samenwerken in het MSS een verkeerd beeld hebben van wat zij kunnen verwachten. Dit leidt tot frustratie en kan er op termijn zelfs voor zorgen dat medewerkers het MSS links laten liggen.

Andersom vergroot een gedeelde visie het enthousiasme bij medewerkers, waardoor zij zich zoveel mogelijk zullen inzetten.

### *Ervaringsdeskundigheid*

De inzet van ervaringsdeskundigheid op uitvoerend niveau kan bijdragen aan goede samenwerking. De aanwezigheid van ervaringsdeskundigen helpt allereerst het stigma van mensen met psychiatrische problemen tegengaan. Daarnaast vertegenwoordigen ervaringsdeskundigen het cliëntperspectief. Zij kunnen helpen voorkómen dat medewerkers te veel "als hulpverleners denken" en "te snel over de hoofden van cliënten heen beslissingen nemen". Zij brengen een eigen kennis mee als het gaat om herstelprocessen. Een ervaringsdeskundige kan er bijvoorbeeld op wijzen dat meedoen aan een bepaalde activiteit voor een cliënt nog een te grote stap is.

### *Schaal maatschappelijk steunsysteem*

Het is van belang een bewuste keuze te maken op welke schaalgrootte een steunsysteem het best kan functioneren. Daarin is ook flexibiliteit gewenst. Als het gaat om integratie in de wijk is het belangrijk om op buurtniveau te werken. Andere voorzieningen daarentegen kunnen het best op stedelijk of regionaal niveau georganiseerd worden, bijvoorbeeld schuldhulpverlening.

In het volgende hoofdstuk zullen wij ingaan op het maatschappelijk steunsysteem op persoonlijk niveau.

## 5. Steunnetwerken op persoonlijk niveau

### Inleiding

Uiteindelijk is het doel van een maatschappelijk steunsysteem dat mensen met een psychische kwetsbaarheid een persoonlijk steunsysteem om zich heen hebben dat hen in voldoende mate steunt om naar eigen wensen en behoeften te participeren in de samenleving. Een dergelijk persoonlijk netwerk kan bestaan uit vrienden, familie, burens enzovoorts. Maar ook professionele hulpverleners kunnen deel uitmaken van dat netwerk. Sommige mensen hebben deze professionals altijd nodig, andere hebben hen tijdelijk in hun netwerk ter ondersteuning.<sup>13</sup>

In dit hoofdstuk gaan wij in op het niveau van de individuele cliënt. In de volgende paragraaf beschrijven wij hoe de individuele ondersteuning er per regio uit ziet. Vervolgens gaan we in op de resultaten die de MSS-en behalen. Aan het eind van het hoofdstuk benoemen we factoren die de basis vormen van goede ondersteuning.

### De praktijk

Cliënten worden niet alleen ondersteund door medewerkers en samenwerkingspartners van het maatschappelijk steunsysteem. Daarom zijn we in de cliënteninterviews en vragenlijsten ook ingegaan op de ondersteuning die cliënten vanuit andere hoeken ontvangen; dit om het complete netwerk in beeld te krijgen. Hieronder geven we een overzicht van deze bredere individuele ondersteuning van cliënten in de drie regio's.

#### *MSS Den Haag*

Een groot deel van de Haagse cliënten waarover wij informatie hebben verzameld ontvangt ondersteuning van een professional. 90% is in behandeling (geweest) bij een ggz-instelling. Maar liefst 95% van de cliënten heeft contact met een hulpverlener. 70% heeft een SPV-er. Een deel heeft meerdere hulpverleners, bijvoorbeeld een SPV-er, woonbegeleider en trajectbegeleider. Maar liefst 75% van de cliënten waarover wij informatie hebben verzameld, neemt bovendien deel aan enige vorm van georganiseerde dagbesteding. Sommige cliënten hebben een behoorlijk vol schema. Zo blijkt dat een cliënt vier dagen in de wijk naar Reakt, een keer in de wijk naar het buurthuis en een keer per maand naar een oriëntatiegroep van Parnassia gaat.

---

<sup>13</sup> Van de Lindt en Verschelling, *Handreiking*, 10.

Voor een groot deel van hun ondersteuningsvragen kunnen de geïnterviewden terecht bij de SPV-er of woonbegeleider. Daarnaast krijgen zij steun vanuit het MSS. Bij het Haags MSS is een onderscheid te maken tussen twee groepen cliënten. Enerzijds zijn er cliënten die incidenteel hulp krijgen van het MSS, anderzijds zijn er cliënten waarmee langduriger contact is.

Voor de eerste categorie cliënten kan een vraag ingebracht worden bij een werktafel. De cliënt kan dit in principe zelf doen maar dit blijkt in de praktijk niet vaak te gebeuren. Meestal brengt een hulpverlener of de werktafelcoördinator een vraag in.

De vragen worden in de regel ingebracht met behulp van een aanmeldformulier. Hierop staan de wensen en relevante beperkingen van de cliënt. Vragen van cliënten worden geanonimiseerd ingebracht. De inbrenger van de vraag geeft een korte toelichting waarna de overige werktafelmedewerkers met suggesties komen. De inbrenger van de vraag is doorgaans degene die deze suggesties vervolgens terugkoppelt aan de cliënt. Samen kunnen zij met de suggesties aan de slag.

Minder dan de helft van de cliënten die wij gesproken hebben, geeft aan dat voor hem/haar een vraag is ingebracht bij de werktafel. Het is mogelijk dat de een deel van hen hulp heeft gekregen buiten de werktafel om. Werktafeldeelnemers kunnen hun contacten en kennis vanuit de werktafel immers ook rechtstreeks aanwenden om de cliënt te helpen. Daarnaast hebben werktafelcoördinatoren een grote kennis van de sociale kaart en kunnen daarom soms mensen zonder inschakeling van de werktafel helpen.

Naast eenmalige of incidentele ondersteuning is er soms sprake van langer durende contacten van cliënten met het MSS. Voor een deel zijn dit cliënten waarvan de SPV-er ook werktafelcoördinator is. In deze gevallen is moeilijk vast te stellen welke steun voortkomt uit het MSS en welke steun onderdeel is van de reguliere SPV-ondersteuning. Maar in enkele gevallen van langdurig contact is de werktafelcoördinator niet tevens de SPV-er van de cliënt. In die gevallen kunnen we met zekerheid spreken van langdurig contact. De contactduur kan oplopen tot anderhalf jaar. De contactfrequentie loopt erg uiteen, van eens in de twee maanden tot eens per week. Dit hangt uiteraard samen met hoe het met een cliënt gaat en het soort vragen dat een cliënt heeft. Ook het soort ondersteuning loopt uiteen. De ene cliënt krijgt vooral praktische hulp, terwijl het bij de andere cliënt meer draait om het maken van een praatje. Bij de cliënten waarmee het MSS langdurig contact heeft, gaat het vooral om mensen die (nog) niet in contact zijn met hulpverleners.

Het MSS biedt voornamelijk ondersteuning op het gebied van vrije tijd, sociale contacten en werk en opleiding. Cliënten kloppen echter ook voor vragen en wensen op het gebied van financiën, administratie en wonen bij het steunsysteem aan. In principe wordt voor dergelijke zaken doorverwezen naar andere netwerken of loketten.

### *MSS Eindhoven*

In Eindhoven heeft een kleiner percentage, namelijk iets meer dan de helft, voor inschakeling van het MSS contact met een hulpverlener. Bij deze groep kan een mogelijke reden voor inschakeling zijn dat de bestaande ondersteuning te kort schiet.

Bij de cliënten waarover wij informatie verzameld hebben, verloopt de ondersteuning van het MSS in grote lijnen als volgt. De kwartiermaker is degene die in eerste instantie contact opneemt met de cliënt. Daarop volgt een huisbezoek waarbij de cliënt zijn verhaal kan doen. In deze fase staat het laagdrempelige contact centraal. De kwartiermaker luistert naar het verhaal en de zorgen van de cliënt. Indien nodig worden vervolgens dringende praktische zaken geregeld. Daarna kan de kwartiermaker of de inmiddels ingeschakelde ervaringsdeskundige ondersteuning bieden bij het aangaan van sociale contacten en participatie. Zo ziet in grote lijnen de ondersteuning van het MSS eruit. Een eenduidig proces is het echter niet want tussen de cliënten over wie wij informatie hebben verzameld bestaan grote verschillen. Bij de ene cliënt is de problematiek zo ernstig dat pas na drie jaar begeleiding langzamerhand nagedacht gaat worden hoe de cliënt meer kan participeren in de samenleving. Terwijl een andere cliënt haar leven, al voor inschakeling van het MSS, redelijk goed op de rails had omdat zij al ondersteuning ontving van verschillende hulpverleners. Hier concentreert de inzet van het MSS zich juist op het aangaan van sociale contacten en het verbeteren van de participatie.

Het MSS Eindhoven concentreert zich niet alleen op bijvoorbeeld sociale contacten maar biedt ondersteuning op alle levensgebieden. Daarbij wordt waar mogelijk samengewerkt met of doorverwezen naar andere organisaties.

### *Onze Buren Dordrecht*

De cliënten over wie wij in Dordrecht informatie hebben verzameld, ontvangen bijna zonder uitzondering ook ondersteuning van een individuele begeleider en/of een behandelaar. Bijna alle cliënten hebben contact (gehad) met een trajectbegeleider. Deze trajectbegeleider kan levensbrede ondersteuning bieden. De contactfrequentie loopt uiteen van eens per jaar tot eens per week. Sommige cliënten hebben daarnaast ook een coach en/of woonbegeleider.

Onze Buren concentreert zich momenteel voornamelijk op sociale participatie en dagbesteding. Op de werkplaatsen en tijdens het werk of activiteiten in de buurt ontmoet de cliënt andere cliënten en in mindere mate buurtbewoners. Alleen een kop koffie drinken op de werkplaats mag, maar cliënten worden ook gestimuleerd actief bezig te zijn. Op en vanuit de werkplaats doet men allerlei klussen (fietsen repareren, tuinen in de wijk opknappen), eens per week is er een creamiddag en eens per week worden de voedselpakketten uitgedeeld aan de buurtbewoners. Een cliënt doet de afwas en maakt schoon. Ook is Onze Buren betrokken bij activiteiten in de buurt, waar dan ook voorbereidende werkzaamheden voor worden gedaan. Cliënten zijn redelijk vrij in het kiezen van activiteiten. Er wordt hierbij natuurlijk ook gelet op wat een cliënt goed kan en wat haar/zijn interesses zijn. Waar nodig worden cliënten bij de werkzaamheden ondersteund door een van de projectleiders of een vrijwilliger uit de buurt. De

projectleider houdt in principe in de gaten of een cliënt tevreden is. Als dat nodig is kan hij/zij ook contact op nemen met de desbetreffende trajectbegeleider.

Daarnaast blijken de projectleiders in de praktijk ook op andere gebieden ondersteuning te bieden aan cliënten van Onze Buren. Deze bredere ondersteuning vindt incidenteel plaats, voornamelijk omdat het overgrote deel van de cliënten contact heeft met een trajectbegeleider die dergelijke ondersteuning ook kan bieden. Cliënten blijken over het algemeen positief te zijn over de ondersteuning van deze trajectbegeleiders: de kwaliteit is goed en ze hebben geen behoefte aan extra ondersteuning.

Ten slotte kunnen ook personen die (nog) niet bij de werkplaatsen komen, ondersteuning krijgen van Onze Buren. Vaak gaat het hier om mensen die nog niet in zorg zijn maar veel problemen hebben en/of veel overlast veroorzaken. Allereerst probeert men het vertrouwen te winnen. Het langsbrengen van een voedselpakket of het repareren van een deur, kan immers een ingang zijn om iemand te bewegen tot het zoeken van hulp. Naar schatting krijgen per week drie unieke personen op deze manieren ondersteuning.

## Resultaten

De cliënten uit ons onderzoek zijn tevreden over de ondersteuning die zij van het maatschappelijk steunsysteem ontvangen. De gemiddelde tevredenheidcijfers van MSS Den Haag, MSS Eindhoven en Onze Buren Dordrecht zijn respectievelijk 8, 8 en 7,7. Maar wat levert de ondersteuning hen feitelijk op? Hieronder gaan we dieper in op de resultaten van het maatschappelijk steunsysteem voor individuele cliënten.

### *Doorverwijzing en toeleiding*

Een deel van de cliënten in Den Haag en Eindhoven geeft aan niet goed te weten waar ze terecht kunnen met allerlei vragen en te veel aan hun hoofd te hebben om zelf zaken te regelen. Dankzij het maatschappelijk steunsysteem worden ze doorgewezen en toegeleid naar de zorg en ondersteuning waar ze behoefte aan hebben. Deze cliënten profiteren dus van de betere coördinatie van het ondersteuningsaanbod die voortkomt uit de samenwerking op uitvoerend niveau. Cliënten profiteren natuurlijk ook van het nieuwe aanbod dat dankzij de samenwerking op uitvoerend niveau tot stand komt.

Dat cliënten in Dordrecht doorverwijzing en toeleiding niet noemen is niet verwonderlijk. Zij hebben immers in bijna alle gevallen contact met een trajectbegeleider die hen praktische ondersteuning biedt en zo nodig doorverwijst naar andere organisaties.

### *Sociale contacten*

In alle drie regio's geven cliënten aan meer sociale contacten te hebben. In Den Haag en Eindhoven betreft het hier voornamelijk het contact met respectievelijk de werktafelcoördinator en de kwartiermaker

en/of ervaringsdeskundige. Met hen kunnen cliënten praten over hoe om te gaan met verlies en rouw en over het accepteren van de situatie. Voor sommige eenzame cliënten is het al genoeg dat iemand af en toe langs komt om een praatje te maken en te vragen hoe het gaat. Cliënten geven aan zich gehoord en begrepen te voelen.

Ook de cliënten in Dordrecht hebben meer sociale contacten. Omdat de werkplaatsen dienen als plekken voor ontmoeting betreft het voornamelijk contacten met andere cliënten en in mindere mate buurtbewoners. De bouwgroepen in Eindhoven beogen een soortgelijke functie te vervullen. Omdat we in ons onderzoek niet met cliënten hebben gesproken die meedoen met een bouwgroep, kunnen we hier echter geen uitspraken over de resultaten doen.

### *Overige resultaten*

Hierboven hebben we de resultaten van ondersteuning besproken die wij in ons onderzoek bij twee of drie regio's tegengekomen zijn. Voor meer netwerkspecifieke resultaten verwijzen wij naar de regionale rapportages.

## **Basis ondersteuning op persoonlijk niveau**

Uit ons onderzoek komt een aantal factoren naar voren die de basis kunnen vormen van goede ondersteuning op persoonlijk niveau. Hieronder geven we een overzicht.

### *Opbouw persoonlijk steunnetwerk*

Een deel van de onderzochte cliënten blijkt langdurig afhankelijk te zijn van hulpverleners. Het is belangrijk dat het MSS cliënten juist ondersteunt bij het opbouwen of versterken van hun eigen persoonlijk netwerk. Dit netwerk zou niet alleen moeten bestaan uit hulpverleners maar ook (en vooral) uit naastbetrokkenen, burens, collega's, vrienden. In ons onderzoek zijn we incidenteel goede voorbeelden tegengekomen van hoe het maatschappelijk steunsysteem hierbij te werk kan gaan. Zo werkt het verbetersteam waarvan het MSS Bladel (regio Eindhoven) deel uitmaakt met de Netwerkcirkel. Dit is een door het Trimbos-instituut ontwikkeld instrument met als doel om het netwerk van een persoon in kaart te brengen en aan de hand daarvan in gesprek te gaan over sociale contacten. Een van de geïnterviewden in Bladel gaf aan dat de kwartiermaker hem had gestimuleerd om contacten met oude vrienden te herstellen.

### *Zelfstandigheid*

De hierboven genoemde ondersteuning bij het opbouwen en versterken van een persoonlijk steunnetwerk is van belang. Maar ook de inzet van zelfhulpgroepen, lotgenotencontact en cliëntinitiatieven kan bijdragen aan de zelfstandigheid van cliënten, waardoor de afhankelijkheid van hulpverleners verkleint. De bouwgroepen in Eindhoven hebben bijvoorbeeld deze functie.

### *Inzet ervaringsdeskundigheid*

Uit ons onderzoek blijkt dat cliënten de inzet van ervaringsdeskundigheid zeer waarderen. Cliënten voelen zich beter begrepen door een ervaringsdeskundige omdat hij/zij “weet waar ik het over heb”. Bovendien kunnen ervaringsdeskundigen als een voorbeeld dienen. Zij laten zien dat het mogelijk is, ondanks een zware geschiedenis en blijvende beperkingen, weer greep te krijgen op het eigen leven. Soms werkt de voorbeeldfunctie direct: we hebben twee cliënten gesproken die aangeven ook graag ervaringsdeskundige te willen worden.

### *Flexibele en vraagvolgende ondersteuning*

Uit ons onderzoek blijkt dat cliënten over het algemeen heel goed weten aan wat voor ondersteuning zij behoefte hebben. Zij vinden het belangrijk dat de hulpverleners gemakkelijk bereikbaar zijn en dat ze snel reageren op ondersteuningsvragen. Ook moet de ondersteuning langdurig beschikbaar blijven, zolang de cliënt daar behoefte aan heeft. (NB: dit hoeft niet te betekenen dat de cliënt constant van die steun gebruik blijft maken.) Goede ondersteuning is met andere woorden flexibele en vraagvolgende ondersteuning.

Vraagvolgendheid stelt enerzijds eisen aan de attitude van de hulpverlener (er zijn voor mensen, aansluiting zoeken bij iemand belevingswereld, presentiebenadering) anderzijds eisen aan de organisatie van het werk (flexibele taakstelling, flexibele inzet van uren).

### *Bekendheid steunsysteem*

Goede ondersteuning is voor iedereen beschikbaar, niet alleen voor mensen die al in contact zijn met de hulpverlening. Het is dus belangrijk dat het MSS toegankelijk is voor een bredere doelgroep. In het hoofdstuk over uitvoerende netwerken hebben wij al uiteengezet dat het van belang is dat relevante medewerkers het MSS weten te vinden. Deze medewerkers kunnen cliënten doorverwijzen naar het MSS.

Maar niet alleen medewerkers maar ook de mensen zelf zouden de weg naar het MSS moeten kunnen vinden. Hiervoor is het van belang dat het MSS bekend is bij de doelgroep. Middelen hiervoor zijn bijvoorbeeld folders of voorlichtingsbijeenkomsten bij beschermde woonvormen.

### *Laagdrempelige ondersteuning*

Bekendheid van het MSS is dus belangrijk, maar het is niet altijd genoeg. Soms weten mensen namelijk wel goed waar ze terecht kunnen voor ondersteuning, maar is de drempel toch te hoog om ergens binnen te stappen en hulp te vragen. Laagdrempeligheid is dus belangrijk. Zo kan het voor cliënten, die al contact hebben met een hulpverlener, prettig zijn als deze hulpverlener een warme overdracht verzorgt.

Ook activiteiten, zoals een maandelijkse stapavond of een inloop, kunnen een goede manier zijn om een MSS laagdrempelig te maken. De cliënt hoeft dan niet meteen zijn problemen op tafel te leggen. Vaak is het nodig dat de hulpverlener de eerste stap zet (outreaching benadering). Zowel in Eindhoven als in Dordrecht zoeken medewerkers van het steunsysteem zelf contact met buurtbewoners, als er

signalen zijn dat het niet goed met iemand gaat. Zo bereiken zij mensen die anders buiten beeld blijven van de hulpverlening.

## 6. Conclusies en beschouwingen

### Inleiding

Het visiedocument van GGZ Nederland geeft een schets van hoe de zorg en ondersteuning voor mensen met langdurige ernstige psychische aandoeningen er uit zou moeten zien. Cliënten hebben op verschillende levensgebieden ondersteuning nodig. Dit brengt met zich mee dat een veelheid aan organisaties een verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de doelgroep. Deze organisaties moeten samenwerken om cliënten alle zorg en ondersteuning te kunnen bieden waar zij behoefte aan hebben. In het visiedocument, dat op een breed draagvlak kan bogen, wordt in dit kader gepleit voor het model van het maatschappelijk steunsysteem. GGZ Nederland en de VNG zien maatschappelijke steunsystemen als dé manier om deze samenwerking vorm te geven en zetten zich in om het aantal steunsystemen in Nederland uit te breiden.

Deze ambitie roept vragen op: wat zijn de resultaten van deze netwerken? Lukt het de verschillende organisaties om effectief samen te werken? Hoe pakken ze dit aan? En slagen zij er in om cliënten succesvol te ondersteunen bij het participeren in de samenleving?

In het jaar 2010 proberen we deze vragen te beantwoorden door onderzoek te doen naar een aantal van deze netwerken. In de eerste helft van het jaar hebben wij onderzoek gedaan naar vier verschillende maatschappelijke steunsystemen. In deze rapportage hebben wij de bevindingen van drie van deze steunsystemen gepresenteerd: MSS Den Haag, MSS regio Eindhoven en Onze Buren Dordrecht. In dit hoofdstuk geven wij een overzicht van onze belangrijkste conclusies en beschouwingen.

### Naastbetrokkenen en informele contacten

Bij het maatschappelijk steunsysteem gaat het om het opbouwen van een persoonlijk steunnetwerk om een cliënt heen. Dit persoonlijk netwerk bestaat als het goed is niet alleen uit hulpverleners maar ook en vooral uit naastbetrokkenen, kennissen, buurtbewoners, enzovoort. De onderzochte steunsystemen onderschrijven dit. MSS Den Haag wil er voor zorgen dat de cliënten “met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten kunnen hebben in de omgeving van hun eigen keuze, met zo min mogelijk professionele hulp.”<sup>14</sup> MSS Eindhoven wil bereiken “dat cliënten een persoonlijk steunsysteem hebben.”<sup>15</sup> En in de publicatie van Onze Buren is te lezen: “Het ontwikkelen van een

---

<sup>14</sup> MSS Den Haag, *Weer meedoen. Ervaringen met het Haags maatschappelijk steunsysteem: de werktafelmethodiek* (2010) 4.

<sup>15</sup> Bergen en Sok, *Buitengewoon*, 9.

maatschappelijk steunsysteem kan alleen succesvol zijn als de omgeving van de cliënt, in de vorm van begeleiders, familie en de buren en buurtbewoners daaraan samenwerking verleent.”<sup>16</sup>

Deze ambities zien we in de praktijk echter nog onvoldoende terug. Het succes van de steunsystemen zit vooral in de betere coördinatie van en toeleiding naar zorg. Dit verklaart ook waarom de cliënten, wanneer hen naar de resultaten van het MSS wordt gevraagd, voornamelijk positief zijn over het feit dat zij dankzij het MSS de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Het hulpverlenernetwerk functioneert over het algemeen goed. Daarentegen zien we minder resultaten als het gaat om versterking van het informele netwerk en steun vanuit de persoonlijke omgeving.

Om te voorkomen dat cliënten langdurig afhankelijk blijven van hulpverleners, bepleiten wij dat de eigen kracht van cliënten en hun eigen netwerk (nog) meer gestimuleerd en benut worden. Hierbij is het allereerst van belang in kaart te brengen hoe het sociale netwerk van een cliënt er uit ziet; vervolgens om te kijken hoe dat netwerk uitgebreid en geactiveerd kan worden. Het herstellen van relaties uit het verleden kan daar onderdeel van zijn. Ook pleiten wij voor de inzet van ervaringsdeskundigheid, zelfhulpgroepen, lotgenotencontact en cliëntinitiatieven.

### Unieke ondersteuning

De werkwijze binnen maatschappelijke steunsystemen wijkt vaak af van die in de ‘reguliere’ hulpverlening. Een essentieel punt volgens cliënten is dat medewerkers van een MSS echt de tijd voor hen nemen en serieus naar hen luisteren. Hun ervaring met andere hulpverleners op dit punt is vaak slechter. Ook hebben de steunsystemen een zekere continuïteit: er is minder verloop van personeel waardoor cliënten niet steeds hun verhaal opnieuw hoeven te vertellen. En ten slotte gaan ze uit van de wensen en vragen van de cliënt. MSS-medewerkers komen niet binnen met de boodschap dat ze een probleem op komen lossen, ze luisteren eerst. En wanneer een cliënt een vraag heeft die de medewerker niet direct kan beantwoorden, gaat hij/zij op zoek naar iemand die dat wel kan.

Medewerkers van maatschappelijke steunsystemen werken dus vraaggestuurd en flexibel. Een dergelijke manier van werken is in de praktijk alleen mogelijk als medewerkers de ruimte krijgen om relatief autonoom te werk te gaan. Zij moeten – niet gehinderd door strakke urenschema’s of taakstellingen – de vrijheid hebben om aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de cliënt. Veel hulpverleners geven echter aan zich beperkt te voelen door hun taakstelling, en door regels en procedures. Uit ons onderzoek hebben wij de indruk dat dit deels een reëel probleem is, maar ook dat hulpverleners soms meer ruimte hebben dan ze beseffen, maar die zelf onvoldoende benutten. Een hoopvolle ontwikkeling is dat zowel in de zorg als in de politiek de roep naar meer ruimte voor de professional steeds luider klinkt.

---

<sup>16</sup> K. Verschure, F. de Boer, P. Overduin en H. Kroon, *Onze Buren, vorm geven aan een maatschappelijk steunsysteem* (2004) 20.

## Stigma

De maatschappelijke steunsystemen waar wij onderzoek naar gedaan hebben, ondersteunen cliënten individueel bij hun participatie aan de samenleving. Daarnaast ontplooiën zij ook activiteiten om deze participatie te faciliteren. Deze activiteiten vallen onder de noemer 'kwartiermaken'. Kwartiermaken heeft twee aspecten: aan de ene kant de toegang tot reguliere voorzieningen vergroten en aan de andere kant burgers helpen met de acceptatie en omgang van mensen met een beperking.

In de praktijk lijkt binnen maatschappelijke steunsystemen voornamelijk aandacht te zijn voor het vergroten van de toegang. Het tweede aspect is echter minstens zo belangrijk. Je kunt cliënten wel ondersteunen, maar als zij niet geaccepteerd worden door de samenleving, blijft het heel moeilijk om werkelijk te participeren. Wij pleiten voor meer aandacht aan initiatieven die het stigma op cliënten tegengaan. Daarbij kan gedacht worden aan mediacampagnes maar vooral ook aan initiatieven die ontmoetingen tussen mensen mogelijk maken. Het concept van Onze Buren in Dordrecht is daar een goed voorbeeld van.

Het tegengaan van (zelf)stigma kan daarnaast door niet alleen te focussen op de problemen van mensen maar vooral ook op hun kwaliteiten en wat zij bij kunnen dragen aan de samenleving.

## Omvattendheid

Volgens de handreiking maatschappelijke steunsystemen die Movisie en Trimbos ontwikkelen dient een MSS allerlei elementen in zich te verenigen. Een MSS ondersteunt cliënten immers "op vele manieren in hun pogingen om in de samenleving te participeren." Als een cliënt bijvoorbeeld geen dak boven zijn hoofd heeft, wordt zijn/haar participatie aan de samenleving belemmerd. Hetzelfde geldt als hij geen enkele vorm van (vrijwilligers)werk, opleiding of dagbesteding heeft.

De drie steunsystemen die wij onderzocht hebben blijken in de praktijk niet alle elementen van een MSS in zich te verenigen. Ook blijken zij zich, meestal bewust, niet te richten op alle levensgebieden. Voor sommige ondersteuning moeten hun cliënten dus gebruik maken van voorzieningen die organisatorisch geen deel uitmaken van het MSS. De drie onderzochte systemen zijn in feite dus slechts een onderdeel van een groter geheel aan voorzieningen, netwerken en organisaties.

Is dit een probleem? Nee. Het is haast onmogelijk om binnen één georganiseerd netwerk alle vormen van ondersteuning voor de doelgroep te verenigen. Het maatschappelijk steunsysteem moet ook geen log of statisch geheel zijn. Het is wel van belang dat zorg en ondersteuning op alle verschillende levensgebieden beschikbaar en toegankelijk zijn in een regio, dat er samenhang is tussen voorzieningen en dat betrokken hulpverleners elkaar goed weten te vinden en naar elkaar doorverwijzen. Het MSS is daarom ook geen gesloten systeem. Medewerkers dienen bereid te zijn over de grenzen van hun MSS heen te kijken en dienen hun interne en externe netwerk regelmatig te toetsen.

De cliënten die wij gesproken hebben, geven aan dat zij alle zorg en ondersteuning ontvangen die zij nodig hebben, maar het gaat hierbij voornamelijk om cliënten die al in het vizier zijn van de hulpverlening. In hoeverre de steunsystemen voldoen voor mensen die nog niet in zicht zijn, is op basis van ons onderzoek moeilijk te zeggen.

## Bestuurlijk niveau

In de literatuur lijkt overeenstemming te bestaan over feit dat samenwerking niet alleen noodzakelijk is op uitvoerend niveau, maar ook op bestuurlijk niveau. Bestuurlijke samenwerking is nodig om regie te kunnen voeren op de samenwerkingsverbanden van hulpverleners en andere medewerkers.

Ons onderzoek bevestigt dat samenwerking op bestuurlijk niveau belangrijke voordelen heeft. Wanneer organisaties zich op hoog niveau committeren aan het doel van het MSS en ook beloven hieraan bij te dragen, komt dit ten goede aan de continuïteit van het maatschappelijk steunsysteem. Bovendien creëert commitment op bestuurlijk niveau meer ruimte voor de inzet van medewerkers op uitvoerend niveau. Zij zullen immers de tijd, de middelen en de steun krijgen van hun leidinggevendenden om bij te dragen aan het maatschappelijk steunsysteem.

In het bijzonder bij de totstandkoming van een MSS in de brede zin van het woord (zoals omschreven in de vorige paragraaf) is het van belang dat er op bestuurlijk niveau een netwerk is dat zicht heeft op witte vlekken en zwakke plekken in het aanbod. De organisaties kunnen deze 'gaten' zo veel mogelijk gezamenlijk opvullen. Waar nodig moet de gemeente de regie nemen.

De voordelen van samenwerking op bestuurlijk niveau lijken evident. Des te opvallender is onze bevinding dat die samenwerking in de praktijk niet vanzelfsprekend blijkt te zijn.

## Doelgroepen

De term maatschappelijke steunsysteem wordt vooral gebruikt voor netwerken rond mensen met een ernstige, langdurige psychiatrische aandoening. In de praktijk is dit ook de kerndoelgroep van de meeste maatschappelijke steunsystemen. Toch beogen de steunsystemen vaak een bredere doelgroep te bereiken: bijvoorbeeld ook mensen met kortdurende psychische problemen, mensen met een verstandelijk handicap of kwetsbare burgers in het algemeen.

Uit ons onderzoek blijkt dat het bereiken van een bredere doelgroep niet altijd gemakkelijk is. De meeste cliënten zijn al in behandeling (geweest) bij de ggz en/of al in het vizier van andere hulpverleners. Het bereik onder mensen die nog niet in zorg zijn is beperkt. Meer promotie en outreachend en laagdrempelig werken kunnen er wellicht voor zorgen dat de 'onzichtbare doelgroepen' wel bereikt worden. In het kader van het Stedelijk Kompas zijn ervaringen opgedaan die in dit verband relevant kunnen zijn.

Uit gesprekken die wij met vertegenwoordigers van gemeenten hebben gevoerd zijn twee tendensen zichtbaar. De eerste is dat gemeente liever geen onderscheid maken tussen specifieke doelgroepen, maar liever algemeen beleid voeren ten behoeve van kwetsbare burgers. De tweede is dat gemeenten steeds meer nadruk leggen op transparantie. Het moet helder zijn wie wel en niet geholpen worden door een MSS; daarbij zijn gemeenten ook alert op eventueel dubbele financiering, bijvoorbeeld vanuit bemoeizorg of vanuit begeleiding uit de AWBZ.

## Bekostiging

In de praktijk blijken organisaties binnen een maatschappelijk steunsysteem voor een groot deel samen te werken 'met gesloten beurzen'. De maatschappelijke steunsystemen dragen immers in veel gevallen bij aan de eigen doelen van de organisaties. Toch is vaak niet eenduidig wie verantwoordelijk is voor de kosten voor bijvoorbeeld coördinatoren, medewerkers en panden. Deze kosten kunnen op uiteenlopende wijzen gedekt worden: via de Zvw, de Wmo of de AWBZ. Maar bijvoorbeeld ook woningbouwcorporaties of bedrijven kunnen een deel bekostigen.

Uit ons onderzoek blijkt dat er zorgen zijn over de toekomstige bekostiging van maatschappelijke steunsystemen. Dit heeft meerdere redenen. Ten eerste operen maatschappelijke steunsystemen op verschillende domeinen. Dit maakt dat zij vaak vanuit verschillende stelsels bekostigd worden. Er is dus geen eenduidige kostendrager wat zorgt voor ingewikkelde constructies. Daar komt nog bij dat de grenzen tussen domeinen regelmatig verschuiven, waardoor de vraag "hoe bekostigen we het MSS?" telkens opnieuw beantwoord moet worden.

De opkomst van maatschappelijke steunsystemen is niet los te zien van de wens om mensen met ernstige psychiatrische problematiek meer in hun eigen sociale omgeving te helpen. Door de inzet van het MSS – in combinatie met ambulante behandeling en begeleiding, bijvoorbeeld via (F)ACT-teams – kunnen mensen die anders in een instelling zouden verblijven nu zelfstandig wonen. Dit levert per saldo ook besparingen op, zo is de verwachting. Deze businesscase is echter nog niet hard gemaakt. Probleem is bovendien dat degene die voor het MSS betaalt niet degene is die profiteert. De besparingen worden in de Zvw gerealiseerd; de extra kosten komen voor rekening van de AWBZ of Wmo. Met de huidige bekostigingsregels is het voor instellingen economisch aantrekkelijker om cliënten op te nemen dan om hen ambulant te helpen.

Ten slotte maken betrokkenen zich zorgen om de gevolgen van bezuinigingen. Zo zijn er de strengere eisen van de AWBZ waardoor een deel van de cliënten de vergoeding voor ondersteunende begeleiding kwijt raakt. Ook de gemeenten zullen naar verwachting de komende tijd veel moeten bezuinigen wat de bekostiging van maatschappelijke steunsystemen vanuit de Wmo onder druk zet. De volledige overheveling van ambulante begeleiding en dagbesteding naar gemeenten die het kabinet Rutte I wil doorvoeren, zal waarschijnlijk ook gepaard gaan met een bezuiniging.

Voor de toekomst van de maatschappelijke steunsystemen is het van belang dat beleid over de grenzen van domeinen vorm krijgt. Dit vereist betrokkenheid van vele partijen, waaronder ggz-instellingen, gemeenten, welzijnsorganisaties, woningcorporaties, zorgverzekeraars en – zolang ze nog bestaan – zorgkantoren.

Maatschappelijke steunsystemen zelf moeten zich erop voorbereiden dat zij in de toekomst meer dan nu aangesproken zullen worden op transparantie: voor wie werk je? Wat zijn resultaten? Hoe is de doorstroming? Hoe verhoudt het MSS zich met andere vormen van zorg en ondersteuning?

## Vervolg

Voorliggende rapportage is het resultaat van onze eerste onderzoeksronde van het onderzoek 'Langdurende ggz en maatschappelijke steunsystemen'. Inmiddels zijn wij begonnen met een nieuwe ronde waarin wij naast het maatschappelijk steunsysteem Bos en Lommer (Amsterdam) ook onderzoek doen naar het maatschappelijk steunsysteem Alkmaar, het Trefpunt De Bilt en de maatschappelijke steunsystemen in de regio Breda. In deze ronde nemen wij de lessen van de eerste ronde uiteraard mee. Zo willen wij in de tweede ronde meer aandacht besteden aan samenwerking op bestuurlijk niveau en ondersteuning van cliënten door naastbetrokkenen.

Begin 2011 zullen wij onze eindrapportage presenteren. In deze rapportage zullen de bevindingen van beide rondes opgenomen worden.

## Literatuurlijst

Bergen, van, A. en K. Sok (2008) Buitengewoon: kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in maatschappelijke steunsystemen. Beschrijving zorgvernieuwingsproject in Eindhoven en randgemeenten, Utrecht: Movisie.

GGZ Nederland (2009) Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, Amersfoort: GGZ Nederland.

Lindt, van de, S. en M. Verschelling (2010) Handreiking Maatschappelijke Steun Systemen, Concept 27 september 2010, Utrecht: Movisie en Trimbos-instituut.

MSS Den Haag (2010) Weer meedoen. Ervaringen met het Haags maatschappelijk steunsysteem: de werktafelmethode, Den Haag: MSS Den Haag.

Verschure, K., F. Boer, P. Overduin en H. Kroon (2004) Onze Buren. Vorm geven aan een maatschappelijk steunsysteem, Amsterdam: Uitgeverij SWP.

VNG en GGZ Nederland (2009) Intentieverklaring 'psychisch kwetsbare burgers in de Wmo', Amersfoort.

## Afkortingenlijst

<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>Ggz</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>MSS</b>	Maatschappelijk steunsysteem
<b>Oggz</b>	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
<b>SPV-er</b>	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
<b>VNG</b>	Vereniging van Nederlandse gemeenten
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet

