



**Verslag Vijfde Conferentie van de
Dokter Wittenberg Stichting**

19 maart 2015

1

Drie presentaties van projecten die in 2014 door de Wittenbergstichting zijn gesubsidieerd

Wenumhoeve, competentiebeleid

De Wenumhoeve heeft in 2003 de factor 'zorg' aan de boerderij toegevoegd. Hier kunnen kwetsbare mensen, met een psychiatrische, verstandelijke of andere beperking, terecht voor een zinvolle daginvulling. De medewerkers heten geen 'cliënten' maar hulpboeren. Iedereen doet werkzaamheden die bij hem of haar passen, naar eigen vermogen. De Stichting Vrienden van de Wenum Hoeve heeft voorgesteld om voor

de hulpboeren te onderzoeken waar hun kansen liggen qua scholing. Hieruit is het competentiebeleid voortgekomen. Elke hulpboer kan nu na een scholing door een vakman (vrijwilliger) een Wenum Hoeve Certificaat of Pluim ontvangen op verschillende onderwerpen. Het gaat hier om deelname en niet om het niveau. Iedere stap op de individuele werkladder telt mee om weer verder te komen. Kijken naar en focussen op de vaardigheden die in iedereen schuil gaan. Eigenwaarde is immers een groot goed.

Beeld&co, Werk- leerbedrijf in de grafische sector

Beeld&co is een onderdeel van geluk&co, een initiatief van Riwis Zorg & Welzijn en De Passerel. Vanuit een brede kijk op 'meedoen naar vermogen' wil deze organisatie kansen voor mensen met een afstand tot de samenleving optimaliseren. Beeld&co is een werk-leerbedrijf in het grafische vakgebied, met als disciplines vormgeving, fotografie, film, websitebouw, textieldruk, print en mailing.

Tijdens de presentatie wordt een flitsende film vertoond van en over medewerkers van het filmteam

van beeld&co. Daarbij is in beeld gebracht wat hun 'droom' is voor een plek op de arbeidsmarkt. De vakmatig coördinator en een coach geven toelichting. Deze begeleiders kijken primair naar de talenten en de 'dromen' van mensen. Wat hun beperking is hoeven ze, als dat niet echt zinvol is, niet te weten. Beeld&co biedt een springplank naar de toekomst en een vangnet als het even niet meezit. Beeld&co biedt de mogelijkheid om in de praktijk een vak te leren. Veel organisaties en bedrijven weten de weg te vinden naar beeld&co.

Stadsakkers, activering door biologische tuinbouw

In het voorjaar van 2013 ging de Stichting Stadsakkers van start als biologisch tuinbouwbedrijf. Het idee: een onderneming die geen winst maakt als het om geld gaat, maar wel winst oplevert voor vrijwilligers, uitkeringsgerechtigden en mensen die gebruik maken van een zorginstelling. Daarnaast levert Stadsakkers gratis groente en fruit aan voedselbanken. En om de kosten te dekken worden ook groenten verkocht aan restaurants en inwoners van Apeldoorn en omstreken. De initiatiefnemers willen vanuit hun verschillende achtergronden en netwerken creatieve verbindingen maken tussen mensen die iets voor elkaar willen betekenen. Van hulpverlening tot bankwereld en van politiek tot bedrijfsleven. Op de Stadsakkers groeien niet alleen de aardappels, ook mensen met een beperking zie je daar groeien in hun eigenwaarde. De transitie betekenen voor de Stadsakkers vooral onzekerheid. Eind maart is nog steeds niet bekend of zij per 1 januari inkomsten zullen krijgen als dagbesteding. Dat leek lange tijd niet waarschijnlijk en daarom waren al personele ingrepen nodig. Nu lijkt het perspectief weer gunstig.



Inleiders presentaties. V.l.n.r. Bart van Uitert (Beeld&Co), GertJan Wensink (Wenumhoeve), Gerrit Bazelier (Stadsakkers), Gregor van den Brink (Vrienden Wenumhoeve), Sanne van der Berg (Beeld&CO)

2.

De eerste ervaringen met de transitie.

De algemene indruk van deze conferentie is dat er brede steun is voor de omslag die met de stelselwijziging wordt gemaakt: mensen niet primair beoordelen en 'sorteren' op hun beperking, maar aanspreken op hun talenten. En mensen met een beperking weer zien als onderdeel van een 'inclusieve' samenleving in plaats van apart zetten. Die ontwikkeling is zeker ook goed voor mensen met een psychiatrische beperking. Bij de uitvoering van de transitie zijn wel veel kanttekeningen gezet, zorgen genoemd en aanbevelingen gedaan, specifiek voor deze doelgroep.

2.1 Inleiding Erik Dannenberg over de ontwikkeling van de zorg en het doel van de transitie

Zorg is ontstaan bij burgers, bij maatschappelijke instellingen, zoals kerken. Niet bij de overheid. Ziekenzorg, reclassering en zorg voor dak- en thuislozen zijn daar voorbeelden van. Pas later is de zorg geprofessionaliseerd. Dat was nodig en goed. Maar geleidelijk is dat doorgeslagen. Zorg werd alleen iets voor zorgverleners, de samenleving speelde steeds minder een rol. In de jaren '60 van de vorige eeuw trad de AWBZ in werking, waarmee de rol van het rijk bij de zorg sterk toenam. Wat begon als een voorziening voor zware gevallen werd in de loop der jaren steeds verder opgetuigd, tot bijvoorbeeld huishoudelijke hulp aan toe. Ook de Wajong versterkte de rol van het rijk bij de zorg. Daarmee werd de zorg sterk in de context van verzekering getrokken. En dat had tot gevolg dat het steeds meer ging om wat mensen níét kunnen, om hun probleem. Dat had een perverse kant: hoe meer de nadruk werd gelegd op iemands beperkingen, hoe meer verzekeringsgeld werd uitgekeerd. Mensen moeten een 'etiket' hebben, zwart op wit, om voor een vergoeding in aanmerking te komen. De taal van deskundigen (bijvoorbeeld ADHD) ging over naar burgers omdat dat nodig was voor de verzekering. En in veel opzichten werden mensen bij behandeling en nazorg volgens die etiketten in hokjes ingedeeld. Mensen werden gesorteerd op hun probleem (mensen met dementie bij elkaar in een zaaltje). De sociale werkvoorziening heeft goede kanten maar is in feite ook het apart zetten van mensen met een arbeidshandicap. Ook in het onderwijs werden kinderen met een probleem steeds meer apart gezet in het speciaal onderwijs. In Canada is 20 jaar geleden het speciaal onderwijs afgeschaft. Alle kinderen zitten weer bij elkaar op school. Voor sommige vakken krijgen kinderen met een beperking les in een apart lokaal, maar voor alle andere schoolse activiteiten valt het onderscheid weg. Zo leren alle kinderen al vroeg dat mensen met een beperking er gewoon bijhoren.

Het werd duidelijk, dat het doorgaan op de ingeslagen weg financieel onhoudbaar is geworden. Bezuinigingen zijn onvermijdelijk. Maar de werkelijke reden voor de transitie ligt dieper, namelijk bij een omslag in het denken over wat goede zorg is.

Er kwamen steeds meer principiële bezwaren tegen het klassieke 'verzekeringsdenken' en het inrichten van zorg op wat mensen niet kunnen. Vooral dat was de voornaamste aanleiding voor de transitie, die nu worden doorgevoerd. Ook de verbroekeling van zorg over steeds meer instellingen en het gebrek aan regie en communicatie daarbij, met enkele ernstige incidenten als gevolg, waren aanleiding tot de transitie en versterking van de regiefunctie. Het denken over de zorg gaat steeds meer uit van een 'inclusieve samenleving', een samenleving waar sterken en zwakkeren bij elkaar horen en verantwoordelijkheid voor elkaar hebben. En waarbij mensen worden beoordeeld op wat ze wel kunnen. Dat betekent zeker niet dat we alles wat bereikt is overboord moeten zetten. In de afgelopen decennia is een enorme deskundigheid opgebouwd in de zorg, waaronder de psychiatrie. Die deskundigheid moeten we ook in de zorg van de toekomst blijven benutten. Maar in sommige opzichten wel op een andere manier inzetten.

De drie projecten die voor de pauze zijn besproken geven mooie voorbeelden van deze omslag in denken. De Wenumhoeve spreekt niet over cliënten maar over hulpboeren. Beeld&co gaat helemaal uit van de talenten van mensen. De Stadsakkers is een goed voorbeeld van het denken in ketens, van de 'inclusieve samenleving', met medewerkers die o.a. produceren voor de voedselbanken in de regio.



Erik Dannenberg

2.2 Groepsgesprekken over “zorgen voor..” en “zorgen over..”

In groepen van 8 à 10 mensen is door alle deelnemers gesproken over hun eerste ervaringen met de transities aan de hand van twee vragen:

- A. Wat is belangrijk bij goede zorg voor mensen met een psychiatrische beperking
- B. Wat zijn uw zorgen bij de invoering van de transities.

De uitkomsten van deze groepsgesprekken zijn hieronder samengevat.



groepsgesprekken

A. Goede zorg voor mensen met een psychiatrische beperking

Veel genoemd:

- Mensen met een psychiatrische beperking moeten trots kunnen zijn op wat ze kunnen. Accent leggen op mogelijkheden in plaats van op beperkingen.
- De maatschappij moet ruimte bieden aan mensen met een beperking. Terugdringen van de verkeerde beeldvorming rond en onbekendheid met psychiatrie. De stigmatisering van mensen met een psychiatrische beperkingen de kop indrukken..
- Acceptatie door de directe omgeving. Ondersteuning in de buurt. Noaberschap. Laagdrempelige ontmoetingsmogelijkheden zijn daarbij van groot belang.
- Zinnige activiteiten bij dagbesteding. Niet de tijd doden, maar werken aan zelfontwikkeling en/of aan concrete producten waar men trots op kan zijn. Maatwerk naar ieders mogelijkheden.
- Een zinvol leven. En: je mag weer ‘dromen’.

Ook genoemd:

- Sociale wijkteams moeten op pad; mensen thuis opzoeken.
- Adequate ondersteuning bij keukentafelgesprekken.
- Dezelfde houding tegenover de cliënt bij behandelaar, begeleider, ondersteuner en familie. Samenwerken vanuit verschillende invalshoeken.
- Goede zelfstandige huisvesting met ambulante zorg; minder verblijf op GGZ-locaties.
- De rol en de betrokkenheid van de familie; die

heeft zicht op het levensverhaal. Familie en zorgverlening moeten oog hebben voor elkaars rol.

- Zelfstandig wonen fasegewijs invoeren; gaat vaak te snel.
- Tijdelijke opvang indien nodig om bij te tanken.
- Persoonlijke aandacht, gericht op de mogelijkheden.
- Kleinschaligheid biedt maatwerk.
- Geld-gedreven zorg moet hand in hand gaan met idealen.
- Voorwaarden scheppen voor burgerinitiatief. Betekent vaak: financiële steun om door te gaan als het eerste vuur gedoofd is.
- Eigen verantwoordelijkheid.
- Een ‘maatje’ .
- Begeleid wonen: huren bij corporaties.
- Ontschotten. Gemengde doelgroepen, ook in de productieketen.
- Financiering richten op integratie.
- Een regionaal platform voor ‘pioniers’ in de zorg voor de doelgroep. Netwerk.
- Een milde, geduldige houding; voor ogen houden dat iedereen in principe goed burgerschap beoogt.
- Gewoon waar het kan, speciaal waar het moet. Waar het kan informele zorg eerst (kan niet altijd)
- Dit is een proces van lange adem; energie in blijven steken. Gewoon doorgaan.

B. Zorgen over de transities

Veel genoemd:

- “Iedereen doet mee!” is een goede intentie. Maar houd alsjeblieft rekening met wie dat - tijdelijk of blijvend - gewoon niet kan (wat je vaak niet aan die mensen af ziet). Die groep kan bevestigd worden in het gevoel steeds te falen. Door te eenzijdige aandacht voor de mogelijkheden worden de moeilijkheden uit het oog verloren. Sommige kwetsbare mensen moeten te veel op hun tenen lopen.
- De overgang naar “eigen regie” of van een zorgomgeving (bijvoorbeeld sociale werkplaats) naar de ‘gewone’ maatschappij gaat voor sommigen te snel.
- Er zijn grenzen aan de informele zorg. Zijn er wel voldoende vrijwilligers en mantelzorgers van voldoende kwaliteit? Overvragen wij vrijwilligers niet?

Ook genoemd:

- Er is geen of te weinig kennis van de psychiatrie in de sociale wijkteams.
- Er is veel onrust onder de doelgroep. Veel onduidelijkheid over wat de veranderingen nu precies voor hen persoonlijk betekenen. Informatie daarover landt bij deze doelgroep soms niet.
- Zijn er wel voldoende plekken voor activering?
- Komen er wel voldoende geschikte stageplekken bij de overgang van leerwerkbedrijven naar gewone bedrijven?

- Het zorg-zwaartepakket bepaalt hoe lang iets mag. De trajecten worden korter, zowel in aantal uren per week als in de totale duur.
- Er ligt te veel macht bij de zorgverzekeraars; hun inzet is primair gericht op wat mensen niet kunnen.
- Toegang tot de zorg moeilijk voor mensen die er alleen voor staan. Voor hen is de drempel hoog.
- De extramuralisatie is al op gang terwijl mensen met een psychiatrische beperking nog vaak niet geaccepteerd worden.
- Het omdenken binnen de instellingen gaat te traag.
- Door de bezuinigingen gaan goede voorzieningen verloren, c.q. zijn al verloren gegaan.
- Vrijwilligers nemen werk van betaalde krachten over.
- De zorg is te afhankelijk geworden van de politiek.
- Het WMO-budget is niet gelabeld.
- Initiatieven van pioniers zijn te afhankelijk van donaties/subsidie en komen niet in aanmerking voor geld uit de zorgbudgetten van de overheid.
- Eind maart wisten veel dagbestedingen nog niet of ze per januari subsidie krijgen. Er zijn uit voorzorg of gebrek aan middelen al mensen ontslagen, wat achteraf misschien niet nodig was.

2.3 Enkele 'statements' uit het forumgesprek

Wat Heico Klumpen het meest opviel is dat er bij deze conferenties van de Wittenbergstichting zoveel mensen met passie voor deze doelgroep in de zaal zitten. Veel "pioniers" die nieuwe wegen zoeken om mensen met een psychiatrische beperking verder te helpen. In deze conferentie leren zij van elkaar. Mensen met een psychiatrische beperking hebben vaak veel faal-ervaringen en hebben last van de stigmatisering. Voor deze mensen is het heel belangrijk dat zij trots kunnen zijn op wat ze doen. Veel van deze projecten dragen daar aan bij. Dit soort initiatieven van burgers moeten beloond en gesteund worden. Hij ziet het 'ontschotten' als een belangrijke winst van de transities.

Hij vindt het een drama dat zorginstellingen nu met heel veel meer contractpartners - gemeenten en zorgverzekeraars - te maken hebben en dat zij door de administratieve ballast die daar het gevolg van is, nu dààrvoor extra personeel moeten aantrekken.

Ernst Klunder: Dimence is een voorstander van de stelselwijziging. Het geeft voor de instellingen wel zorgen, maar het was nodig.

Hij vindt het belangrijk iets te doen aan de stigmatisering van deze groep. Daar ligt nog veel werk; de transities kunnen daar bij helpen. Je bent zoveel meer dan je beperking.

Je kunt de mensen wel uit de verzekering halen, maar krijg je de verzekering wel uit de mensen?

Je kunt de stelselwijziging als zorginstelling aanvliegen vanuit geld of vanuit de inhoud. Dimence kiest voor de inhoud, en wil dus niet alleen bedrijfsmatig denken. Maar dat is wel lastig. Dimence heeft ¾ van de bedden afgeschaft. Financieel is dat heel onlogisch, maar het gaat de mensen bij Dimence ook om de cliënt.

Er wordt ook onder de professionals in de zorg veel nagedacht over de vraag: hoe kunnen we samen het landschap van de zorg beter maken.

Een probleem voor instellingen is, dat alle gemeenten andere contractvoorwaarden stellen. Daar heeft Dimence 2 fte extra voor moeten vrijmaken.

Jan Jaap Kolkman: In Deventer zijn nu sociale wijkteams actief met een aanspreekpunt per buurt. In deze beginfase zijn nog wel verschuivingen in fte's tussen teams op basis van de eerste ervaringen. Er is altijd een persoon met doorzettingsmacht, die ook kan helpen als er bij iemand zaken niet goed gaan. In de sociale teams zit een wijkverpleegkundige. Op de achterhand is iemand aanwezig met kennis van de G.G.Z.

Hij is een voorstander van de stelselwijziging en van de keuze voor een duidelijke regie. Hij noemt als voorbeeld een gezin in de Rivierenwijk waar in het najaar nog 19 hulpverleners bij betrokken waren.

Er zijn in Deventer veel bedrijven die hart hebben voor mensen met een beperking en daar hun best voor doen. Daar moeten gemeenten mee samenwerken.

Uit de zaal komt de vraag hoe je de sociale wijkteams kunt verbinden aan de vrijwilligers die in grote getale aanwezig zijn en veel praktische kennis van de zorg aan kwetsbare mensen hebben. Kolkman zegt dat de gemeente daar nog vormen voor moet vinden. In Deventer zijn gelukkig heel veel (30.000) vrijwilligers. Iemand uit de zaal merkt op dat verschillende geldstromen (zorgverzekeraar, zorgkantoor, WMO) bepalen wat er feitelijk gebeurt. Kolkman zegt dat de gemeente probeert dat beter te coördineren, maar dat dit bijzonder complex is.



Ernst Klunder (Raad van Bestuur Dimence)

Jan Jaap Kolkman (wethouder WMO Deventer)

Heico Klumpen (Cliëntenbond)

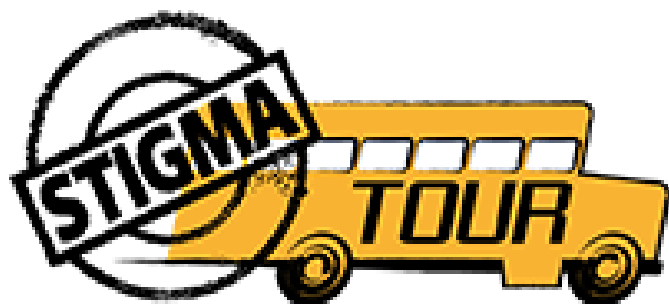
Vanuit de zaal wordt opnieuw gewezen op het grote probleem van stigmatisering bij de psychiatrie. De drie forumleden zien dat als een van de belangrijkste gemeenschappelijke opgaven.

Bij de afsluiting van de conferentie geeft voorzitter Sape Braaksma aan Ellen Spanjers, een goede bekende van de Wittenbergstichting, de gelegenheid kort iets te vertellen over de "Stigmatour".

Ellen Spanjers van Zorgbelang Gelderland, ervaringsdeskundige, is de pionier van veel innovatieve projecten. Een jaar geleden bedacht zij de Stigmatour.

Een opvallende gele Amerikaanse schoolbus (ingegeven door de bus in de film "One flew over the cuckoo's nest" (1975), is op tournee door Nederland. In de bus wordt het leven met psychiatrische aandoeningen bespreekbaar gemaakt en worden bewuste en onbewuste stigma's op een interactieve manier bestreden. Middels spel, theater, filmpjes, foto's, social media en (online) interactieve ontmoetingen tussen ervaringsdeskundigen, hulpverleners, studenten, docenten, wijkbewoners en andere belangstellenden. Zij roept de aanwezigen op daar een kijkje te nemen als de bus in de buurt is. Minister Schippers en de staatssecretarissen van Rijn en Teeven gingen u voor.

Zie voor de plaatsen en data www.stigmatour.nl



Dokter Wittenberg Stichting

De stichting heeft als doel (uitbehandelde) psychiatrische patiënten te (doen) ondersteunen bij hun terugkeer in de samenleving en de arbeidsmarkt. De Dokter Wittenberg Stichting richt zich op organisaties die actief zijn bij de opvang en activering ('empowerment') van uitbehandelde psychiatrische patiënten. De stichting tracht haar doel te verwezenlijken door het financieel ondersteunen van projecten van derden en door bij te dragen aan wetenschappelijk onderzoek. De Dokter Wittenberg Stichting is gevestigd in Deventer.



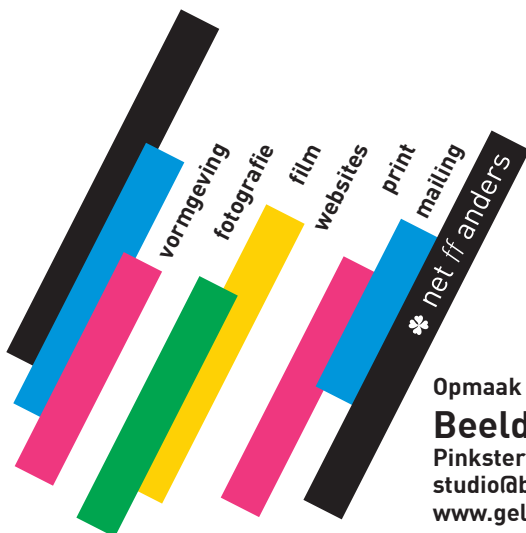
www.dokterwittenbergstichting.nl

info@dokterwittenbergstichting.nl

Dokter Wittenberg Stichting

Postbus 293

7400 HG Deventer



Opmaak en vormgeving:

Beeld&co

Pinksterbloem 25 Apeldoorn

studio@beeldenco.nl

www.gelukenco.nl