

Housing First —

Interview met Rokus Loopik en reactie van Fêdde Bergsma

In Amsterdam zijn twee projecten van start gegaan voor dakloze GGZ-cliënten: het Assertive Community Treatment (ACT)-team en Discus. Ook psychiatrische patiënten hebben woonrecht: behandeling mag niet als voorwaarde voor wonen worden gesteld. Maar dan lopen de meningen uiteen: niet weer breuken maken in begeleiding en behandeling, zegt Rokus Loopik, vanuit de ACT-filosofie. Begeleiding en behandeling horen niet in één hand, zegt Fêdde Bergsma van Discus.

Rokus Loopik, sociaal psychiatrisch verpleegkundige:

‘Het gaat verder dan wat ooit in Nederland gebeurd is. Wat vragen mensen? Een huis en geld. Als je dat geeft, begint het dilemma, want je geeft mensen die gebukt gaan onder allerlei handicaps in feite hun zelfstandig leven terug en dat is voor de meeste hulpverleners in dit land niet eenvoudig. Ik ben in de dagen dat ik bij Discus werkte geen dag naar huis gegaan zonder iets ‘fout’ gedaan te hebben. Toch weer gezorgd, toch weer overgenomen in plaats van de klant het zelf laten uitzoeken.’

Volgens Loopik moet hetzelfde team dat de woonbegeleiding doet juist wel de medische behandeling doen. Belangrijk ACT-principe is dat een multidisciplinair team zich bemoeit met de cliënt, met zo min mogelijk doorverwijzingen. ‘Ze hebben dat bij Discus gescheiden, dat is jammer. Voor het spuiten van depôt wordt het Rehab-team gebeld.

Behandeling moet je niet als voorwaarde voor het verstrekken van een huis stellen, maar je moet het er wel over hebben op het moment dat je klant in het huis geïnstalleerd zit. Niet weer een ander er bij halen. Ik vind dat je als team moet kunnen zeggen: ‘We gaan dat depôt spuiten, want het is weer tijd.’

Nu valt de term *Assertive Community Treatment*.

Wat is Assertive Community Treatment?

Loopik: ‘Bij ACT gaat het om een geïntegreerd aanbod vanuit één team dat multidisciplinair is samengesteld. Mensen hebben complexe en meervoudige problematiek, dus daar heb je een verscheidenheid aan personeel voor nodig.’

In die zin is woonbegeleiding en behandeling binnen één team zeer goed te combineren en gaat ACT niet uit van *sec* een medisch model. Het team heeft sinds 1 juli 2005 van de 44 dakloze mensen, 20 mensen weten te huisvesten in een zelfstandige woonvorm. Het Trimbos Instituut doet vanaf de start onderzoek naar de effectiviteit van ACT versus Bemoeizorg. Dat is Assertive Community Treatment ‘Plus’, zegt Loopik. Het verstrekken van woningen, zonder daaraan voorwaarden vooraf te stellen, zou je dus kunnen zien als een vorm van “ACT +”.

De GGZ is volgens Rokus Loopik toe aan een andere manier van kijken naar behandeling en begeleiding, waarbij je als GGZ-hulpverlener je medische kijk in je hoofd ‘parkeert’ en mensen motiveert door wensen met betrekking tot wonen en werken serieus te nemen.

Volgens hem hoort dat ook bij het New Yorkse model, volgens Bergsma is het ‘er in gesloten.’

Rokus Loopik heeft na 17 jaar besloten Mentrum te verlaten en begint 1 december aan een nieuwe baan bij de stichting Roads in Haarlem. Van daaruit gaat hij ook andere gemeenten in Noord Holland voorlichten over het New Yorkse model.

‘Ik heb nu een woning voor u.’ Dat is de tekst waarmee de medewerkers van *Pathways to Housing* in New York daklozen op straat aanspreken. Geen woning als beloning voor ‘goed gedrag’, maar omdat een mens recht heeft op een eigen onderdak. Een half jaar geleden startte in Amsterdam een samenwerking van GGZ (Mentrum, Jellinek en HVOQuerido) en woningbouwvereniging de Alliantie. Naar New Yorks voorbeeld helpt het project daklozen aan een woning, zonder de voorwaarde vooraf te stellen dat zij zich laten behandelen voor hun verslaving of psychiatrische ziekte.

Eerst een huis

Loopik: 'Weet je wat mensen die jarenlang op straat geleefd hebben doen als ze opeens een huis krijgen? Hetzelfde als jij en ik: onderuit op de bank, zappen voor de tv. Dat doen die mensen van wie iedereen denkt dat ze de zelfstandigheid niet aankunnen. Onderuit, uitrusten, genieten van het comfort.'

En daarna? Op eigen kracht zorgen dat ze de woning houden?

'De enige afspraak is dat zij zich de dag na het betrekken van de woning melden op het kantoor van de organisatie. Dan wordt besproken welke hulp de cliënt nodig heeft. Het tempo en de impact van de hulpverlening bepaalt de klant.' Zorgen dat je de woning kunt houden betekent vooral: de bureaus geen overlast bezorgen. Dat vergt inspanning van de cliënt en van zijn begeleider. Ook in New York lukt dat niet altijd, ondanks de begeleiding van Pathways to Housing. Dan komt er een herkansing in een andere wijk, waar niemand de nieuwe bewoner kent.

'Je leert het meest van je eigen fouten' zegt Loopik. 'Iedereen wil een huis, dat er mensen zijn die liever op straat leven, is een fabeltje. Degene bij wie het mis gaat, weet wat er fout ging en de kans is groot dat hij het in de volgende woning beter doet. Het project in New York bestaat nu dertien jaar en heeft een slagingspercentage van 85 procent. 600 mensen bewonen er momenteel een eigen woning.'

Hoe kwamen jullie op het idee om in New York te gaan kijken?

'Je loopt jaren rond onder daklozen, botst tegen bureaucratie op het gebied van huisvesting en werk. Dan kom je in New York binnen in een gebouw waar een team aan het werk is waar alles vibreert. Hun cliënten zijn dezelfde als de onzen, psychiatrische cliënten die hun leven niet op orde hebben. De sleutel van het succes van dat team is dat ze luisteren naar de cliënt en hem zelf de keuze laten. Dat is het belangrijkste wat ik in New York heb opgestoken: afleren te denken voor de patiënt. En je medische kijk op mensen ombuigen in een praktisch aanbod, wat aansluit



Foto's: Anke Teunissen

bij de wens van de cliënt. Dat is de manier om motivatie af te dwingen. Je moet mensen confronteren met echte keuze: ik heb een woning voor je. Vanaf dit moment kan je leven anders zijn. Als hij zegt: 'Ik wil die woning' is dat een persoonlijke keuze. Daar kun je later op teruggrijpen.'

Moet je psychiatrisch patiënt zijn om op straat te leven?

'Het romantische idee van de zwerver die liever op straat slaapt dan in een huis, is echt achterhaald. Swiebertjes bestaan niet meer. Als je maar ver genoeg teruggaat in het leven van een dakloze, vind je altijd een reden waarom iemand dakloos geworden is. Mensen zeggen natuurlijk wel dat ze liever op straat slapen, maar als je de keuze hebt tussen de goot en het passantenverblijf van het Leger des Heils, is dat te begrijpen. Met z'n twintigen op een slaapzaal, spullen die gejat worden, dat is niet iets om voor te kiezen. Als je daklozen vraagt wat ze willen, zeggen ze de meesten: 'Geld en een huis.' En wat doen we? Een stoelenproject, een passantenverblijf, inloopcentra, sociale pensions. En particuliere pensions waar mensen voor veel geld in een

“kippenhok” wonen. Ik heb veel respect voor mensen die werken in de Maatschappelijke Opvang, ze verrichten noeste arbeid, maar we zitten opgesloten in een systeem dat we zelf gecreëerd hebben en waaruit maar zeer beperkt een uitweg is. Er is onvoldoende uitstroom naar zelfstandige woonvormen.

Het feit dat die instellingen zijn ontstaan, herleidt men vaak tot het sluiten van de psychiatrische ziekenhuizen in de duinen en bossen, maar op die theorie kunnen we ons niet meer verlaten, dat is te lang geleden.’

Wat moet een dakloze in Nederland doen om aan een woning te komen?

‘Om te beginnen vijf nachten in een pasantverblijf doorbrengen. Als hij daar niet door roeien en ruiten gaat, krijgt hij de mogelijkheid aangeboden in een sociaal pension te gaan wonen. Daar zit hij met 60 tot 70 mensen die voor 500 euro per maand een klein kamertje krijgen. Soms alleen, maar vaak moeten ze het delen. Ze krijgen maaltijden en verder niet veel. Er werkt personeel dat opgeleid is, zoals gezegd ze verrichten noeste arbeid en het is beter dan het was, maar het blijft een lapmiddel.

Als iemand met schizofrenie op één kamer zit met een drugsverslaafde, is de persoon met schizofrenie ontzettend kwetsbaar. Als iemand het in een sociaal pension een half jaar volhoudt, dat wil zeggen: zijn medicijnen neemt, niet op bed gaat liggen, geen ruzie maakt, niet openlijk drugs gebruikt, dan krijgt hij het aanbod van beschermd wonen. En uiteindelijk, na jaren van beschermd wonen gloort aan de horizon het zelfstandig wonen. In dit stap-voor-stap model ben je dus een modelpatiënt als je voor zelfstandig wonen in aanmerking komt. Je moet je schikken in alles wat de GGZ wil. De meesten kunnen dat niet.’

In New York, en nu dus ook in Amsterdam, hoeven zij het niet eerst te verdienen.

‘Nee. De boodschap is: je bent weliswaar ziek, verslaafd, het maakt ons niet uit, je krijgt een woning. Dat is veel interessanter dan zeggen: “Je liegt, je bent wel verslaafd.”

Je hoeft niet te liegen om een kans te maken. ‘Je bent verslaafd en het zal heel veel tijd kosten om daar vanaf te komen. Laten we het erover hebben hoe je zo kunt wonen dat de burens er geen last van hebben. Laten we bespreken hoe je verstandig kunt gebruiken. Over het stoppen met gebruiken kunnen we het op een later moment hebben.’

Daklozen hebben vaak slechte ervaringen met hulpverleners. Nu komt er opeens een die hen een huis aanbiedt. Hoe gaat dat precies in z'n werk?

‘Om te beginnen benader ik hen met de vraag welke soort van huisvesting ze zouden willen. Als de dakloze kiest voor de woning, zorg je dat de uitkering met de sociale dienst geregeld wordt. Dan ga je met de cliënt naar een meubelzaak. De basis staat al in het huis: een bed, een magnetron, een televisie. Alles voor de aankleding kiest hij of zij zelf. Een douche-gordijn, pannen, handdoeken enzovoort. Je loopt samen met een karretje de winkel door en daar gaat van alles in, waarbij de wensen van de cliënt voorop staan. Vervolgens ga je samen naar de supermarkt met een bedrag voor een basisvoorraad eten. Ik heb in New York iemand met veertig pizza's naar buiten zien komen. Je probeert natuurlijk bij te sturen, neem wat groente en fruit, maar als hij niet wil dan houdt het op. Het is zijn leven. Je laat de cliënt achter in zijn woning, waar ook een aangesloten telefoon staat. Moet je je voorstellen: twintig jaar dakloos geweest en opeens zit je in een huis waar de telefoon gaat en dat telefoontje is voor jou. Je was naamloos, leefde in een vacuüm.’

Het succes van deze aanpak in New York is dus groot gebleken.

‘Financieel is het ook een overtuigend succes. Een dakloze patiënt waar je niets aan doet, kost de maatschappij erg veel geld. Aan ziekenhuisopnames, gevangenis, overlast, bekeuringen. Ik ken in Amsterdam een jongen met schizofrenie die bijna dagelijks bij mij langskomt. Ik heb zijn boetes eens opgeteld, 7500 euro alleen al voor bedelen op straat. Voor slapen in een portiek word je ook nog altijd bekeurd. Men denkt dat daklozen op straat een feestje vieren, terwijl ze miserabel en eenzaam zijn. Als je hen onderdak geeft en een opgeleide verpleegkundige, iemand anders uit het ACT-team langskomt, desnoods iedere dag, kost het de maatschappij minder dan de helft. In New York namen de kosten voor het gebruik van gezondheidszorg van de groep die op deze manier onder dak is, met 72 procent af.’

✍️ **Toon van der Aa**
Ineke Jungschleger



*Fèdde Bergsma,
projectleider van Discus:*

‘Wat wij doen is: klanten opvangen die tot nu toe niet of ontoereikend bereikt worden door een passend aanbod’ zegt projectleider Fèdde Bergsma. Daklozen met psychiatrische aandoeningen die overlast veroorzaken en zich onttrekken aan iedere opvang.

Wij bieden hen zonder allerlei voorwaarden een eigen woning aan. We hebben er daarbij bewust voor gekozen niet volgens het Assertive Community Treatment (ACT) model te werken maar wonen en behandelen gescheiden houden. We begeleiden de klant bij het wonen en alles wat daar bij hoort. Onze begeleiding richt zich op praktische zaken.’

Maar u wijst hen toch wel de weg naar de dokter?

Bergsma: ‘Zeker, we verwijzen de klant desgewenst naar de psychiater en of psychotherapeut. We proberen ons niet te laten verleiden om steeds maar weer over de “tussen de oren problematiek” te moeten praten. We zijn immers geen behandelaars en willen niet de valse verwachting scheppen dat wij iets aan die problemen kunnen doen. Daar zijn de psychiaters en psychotherapeuten voor. We kunnen onze klanten wel helpen bij het vinden van de juiste behandelaar. We weten de weg. Als zij dat willen, maken we een afspraak met de psychiater. Of met de “prikzuster”. Depôt spuiten bijvoorbeeld is een medische handeling. Daar ga je voor naar de dokter of de verpleegkundige.

Wij zorgen voor wonen. Niet als beloning voor ‘goed gedrag’ tegenover de dokter, nee, gewoon omdat ieder mens recht op wonen heeft. Uiteraard willen we wel mensen herinneren aan hun afspraken, ook die met de “prikzuster” of de psychiater, dat spreekt voor zich.

Iemand die al 28 jaar heroïne gebruikte, hebben we achter de Hemcentrale letterlijk uit de bosjes weggehaald, puur omdat ze graag een woning wilde. Ze bouwde zonder dat wij daarop aandrongen haar heroïnegebruik af maar werd steeds verwarder. Ze leverde daarvoor overlast op in haar woonomgeving en dat kan niet! Stap voor stap motiveerden we haar om toch maar eens antipsychotische medicatie te gebruiken. Sinds een aantal weken accepteert ze medicijnen die door een psychiater van Mentrum werden aangeboden. Het gaat nu een stuk beter met haar en de relatie met de burens is met behulp van ons genormaliseerd.’



Jullie zijn dit najaar in discussie met het ACT-team, waarover?

Bergsma: ‘Het punt is: in het ACT model staat de behandeling volgens het medische model centraal. ACT is feitelijk niets anders dan het klinisch psychiatrische aanbod vertalen naar een ambulante setting. Op alle levensgebieden wordt hulp geboden maar steeds staat de behandeling centraal.

Uiteindelijk is het de dokter die bepaalt wat er met de dakloze gebeurt.

Wij doen het in dit project anders omdat het ACT-model niet voor alle cliënten de oplossing lijkt te zijn. Wij zien bij Discus wonen niet als integraal onderdeel van de behandeling, we willen dat de klant net als andere Amsterdammers gewoon een woning huurt.’

‘Overigens is het ontwikkelen van ACT in Nederland wat mij betreft prima maar er moet ook ruimte zijn en blijven voor andere vormen van aanbod. Het ACT-team van Mentrum is nu ruim een jaar bezig en dat gaat, naar wat ik er over hoor van de hulpverleners, goed. Ons project lijkt daarbij echter niet goed aan te sluiten en we zijn nu in overleg met Mentrum bezig om aansluiting te vinden bij een ander onderdeel van de organisatie.’

‘Het project wordt gefinancierd door zorgkantoor Amsterdam (Agis) en de gemeente Amsterdam. Wij hebben tot 2009 de garantie voor honderd woningen. Woningbouwcorporatie de Alliantie stelt in ieder geval 25 woningen in het vooruitzicht tot 1 april volgend jaar.

Eerlijk gezegd zijn ook wij wel een beetje verrast dat het project zo goed lijkt aan te slaan. Een van de mensen is toch uit zichzelf anti-psychotica gaan slikken en een andere werkt aan opname in de ontgiftings-kliniek van de Jellinek. Een van de klanten werkt ondertussen weer in het reguliere arbeidsproces en een andere werkt een aantal dagen op een zorgboerderij.’

↳ Ineke Jungschleger

