
De GGZ zit steeds meer in 'de wijk' maar zit 'de wijk' wel in de GGZ?

Individuele hulpverlening en publieke gezondheidszorg zijn niet hetzelfde

Dr. Bauke Koekkoek,
Lector Psychiatrische Zorg HAN,
SPV crisisdienst Pro Persona



Al een aantal jaren is de wijk helemaal 'hot' in Nederland. Waarom dat zo is weet eigenlijk niemand precies maar de verwachtingen zijn hoog gespannen: sociale veranderingen moeten daar vandaan komen, burgers moeten daar elkaar vinden en professionals moeten zich daar begeven. Wellicht komt het verlangen naar de wijk voort uit de onoverzichtelijkheid van de rest van de wereld, wellicht uit een nostalgisch verlangen naar vroeger. In dit artikel bespreek ik wat 'de GGZ' in de wijk doet, kan doen en mogelijk (niet) moet doen.

Een selectieve historie van wijk en GGZ

De geestelijke gezondheidszorg heeft met de voor- en nazorgdiensten van Querido en collega's uit andere steden al best een lange historie in 'de wijk'. Al vanaf de jaren 20 van de vorige eeuw gingen dokters en zusters bij mensen op bezoek, overigens vanuit kantoor en altijd op indicatie. In de decennia erna waren het de verpleegkundigen van de sociaal-psychiatrische diensten die bij mensen thuis kwamen. Met de vorming van de RIAGG's in de jaren 80 kregen deze outreachende diensten het lastiger: vaak zat alle 2e lijns geestelijke gezondheidszorg in één groot gebouw, van waaruit het huisbezoek een tijd lang niet zo populair was. Dat kon natuurlijk niet duren en de initiatieven voor zorg aan huis namen weer toe, nu ook sterker vanuit de psychiatrische ziekenhuizen. Tegenwoordig wordt zorg aan huis vooral gegeven door FACT-teams en IHT-teams. De laatste jaren is ook het aantal praktijkondersteuners (POH-GGZ) enorm toegenomen - en zijn er in veel wijken (werkzaam bij huisartsen) GGZ-geschoolde medewerkers aanwezig. Outreachende activiteiten waren er in deze tijden natuurlijk ook van OGGZ-medewerkers en preventiewerkers. Met uitzondering van mogelijk de laatste groep (zie bv. Onderwater, 1996) en enkele anderen (bv. Kal, 2001; Blom, Pols en Swildens, 2012) is de wijk voor de doorsnee GGZ eigenlijk altijd een plek geweest waar je naar toe gaat - niet een plek waar je bent.

Huidige ontwikkelingen

De hang naar de wijk is de GGZ niet ontgaan, en ook onze sector heeft het idee 'de wijk in te moeten'. De meest logische stap lijkt dan dat FACT-teams dichterbij de wijk gaan zitten - en dat gebeurt ook. Dan lopen ze echter wel gelijk tegen een paar andere hulpverleningsspelers aan: de woonbegeleiders en de sociale wijkteams.

In heel Nederland wordt vanuit regionale instellingen voor beschermd wonen ambulante woonbegeleiding gegeven aan mensen met psychische problematiek. Waren die organisaties van oorsprong (jaren 80 vorige eeuw) vooral bezig met intramuraal beschermde woonzorg in wijken, nu komen ze ook erg veel bij mensen thuis. De sociale wijkteams bestaan op sommige plekken al een aantal jaren, op andere korter en zijn in sterk wisselende mate betrokken bij burgers met psychische problemen - maar wel altijd bij de wijk. We zien, in samenwerking met deze aanbieders, dan ook een paar vormen van 'GGZ in de wijk' ontstaan.

FACT en woonbegeleiding

Op veel plekken in Nederland wordt geëxperimenteerd met nauwere samenwerking tussen FACT-professionals en beschermd wonen-professionals. De werkgebieden van FACT-teams ('behandel-GGZ' gefinancierd vanuit Zvw) zijn vaak een stuk groter dan die van de RIBW-teams ('begeleidings-GGZ' gefinancierd vanuit WMO). Woonbegeleiding is dus vaak al dichter bij, frequenter en 'gewoner' dan FACT-begeleiding. In de uitwerking is dat ook zichtbaar: de collega's spreken van een 'tandem-model' waarbij in stabiele tijden de woonbegeleider voorop zit, en in onrustiger tijden de FACT-professional stuurt. Er is overigens wel een belangrijk verschil tussen beide aanbieders: de beschermd wonen-begeleiding moet worden geïndiceerd door het sociale wijkteam (of gemeente), de FACT-begeleiding loopt via een verwijzing van de huisarts en hoeft niet persoonlijk geïndiceerd te worden. Wie wat precies wanneer doet blijkt vaak nog een lastige kwestie.

FACT, woonbegeleiding en sociaal wijkteam

In een aantal wijken gaat de samenwerking nog een stapje verder: in de zogenoemde EPA-proeftuinen (Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht, 2015) werken drie soorten organisaties samen. Dat gaat doorgaans via een klassiek casusoverleg: een bespreking van (potentiële) cliënten door professionals. Uit dat casusoverleg komen wel regelmatig ad-hoc of ook meer structurele samenwerkingsverbanden rond burgers voort. Een FACT-professional gaat dan samen met een sociaal wijkteam-lid langs bij iemand die bij het wijkteam in beeld is gekomen. In veel gevallen leidt deze laagdrempelige samenwerkingsvorm ertoe dat meer mensen met een ernstige psychische aandoening worden herkend - en al dan niet in zorg bij de GGZ komen. Uit een analyse van enkele van deze proeftuinen blijkt dat slechts de helft van het aantal mensen met een ernstige aandoening in beeld is bij FACT - al betekent dat niet altijd dat de andere helft ook altijd zorg wil of nodig heeft.

FACT en sociaal wijkteam

In een aantal gemeenten werken wijkteam en FACT ook samen zonder begeleid wonen. De verschillen zijn groot: vaak is een GGZ-professional deels lid van het team, of op consultbasis beschikbaar. Soms is het FACT-team op meer afstand en kan ingeschakeld worden - wat dan meestal minder gebeurt dan verwacht en mogelijk wenselijk is. Positief hieraan is dat veel wijkteams echt in de wijk zitten en daardoor meer mogelijkheden zien en kennen voor mensen met EPA. Kwesties die vaak spelen gaan over privacy (medisch beroepsgeheim van FACT-professionals beperkt de uitwisseling van informatie met anderen), financiering (voor cliënten die niet in FACT-zorg zijn volgt geen betaling) en onduidelijkheid over wie wat doet.

Uitzonderingen: wijk-GGD'er en wijk-GGZ'er

Mede dankzij een uitspraak van een hoge politiechef, die naast iedere wijkagent een wijk-GGD'er zei te wensen, is er op verschillende plekken in het land interesse voor een soort zelfstandige wijkprofessionals ontstaan die vooral oog zou moeten hebben voor GGZ-problematiek en voor mogelijke 'verwarde personen'. In verschillende wijken/plaatsen in Nederland zijn wijk-GGD'ers actief.

In Vught zijn dat bijvoorbeeld twee (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen met een brede blik, die laagdrempelig bereikbaar en beschikbaar zijn en snel op mensen afgaan die (bemoei)zorg nodig lijken te hebben. De vraag is overigens wat de politiefchef precies bedoelde want in de pers zijn twee versies verschenen: een die spreekt van een wijk-GGZ'er (NU.nl, 2014) en een die spreekt van een wijk-GGD'er (AD, 2014). Als het gaat om alleen het signaleren en ondersteunen van 'verwarde personen' dan zou een wijk-GGD'er mogelijk de betere optie zijn, gezien de zeer diverse oorzaken van verward gedrag waar een generalistische gezondheidszorgprofessional vaak beter mee weg weet dan een reeds specialistische GGZ-professional.

Zit de GGZ in 'de wijk'?

In alle bovenstaande vormen is de variatie in de lokale uitwerking erg groot. Veel blijkt afhankelijk van de bereidheid tot samenwerking, de nabijheid van de samenwerkingspartners en de inschikkelijkheid van professionals (en hun organisaties) om tot andere zorgarrangementen te komen. Er bestaan al prachtige praktijken, maar er zijn ook uiterst moeizame en kwetsbare samenwerkingsverbanden. De mate waarin de GGZ echt in de wijk aanwezig is verschilt sterk en is ook een kwestie van definitie. Natuurlijk 'zitten' begeleid wonen-professionals, FACT-professionals en zeker POH-GGZ regelmatig op locaties in de wijk. Maar zijn ze daar ook werkelijk verbonden met de wijk of doen ze hun geestelijke gezondheidszorg-ding alleen meer dichtbij, maar niet werkelijk anders dan vanaf een centrale locatie (zoals de oude RIAGG of zelfs APZ)?

Zit 'de wijk' in de GGZ?

Een meer principiële vraag is daarnaast in welke mate 'GGZ' en 'wijk' op elkaar passen. Onze huidige gezondheidszorg is sterk individueel georiënteerd, in het bijzonder op mensen met een erkende stoornis. De GGZ houdt zich dus vooral met 'zieke mensen' bezig, ook al vinden we dat dit niet of minder zo zou moeten zijn (RvZ, 2010). De 'wijk' is geen individu maar een geografische eenheid - en regelmatig ook een sociale of culturele eenheid waarin zowel gezonde als zieke mensen wonen. Wie gewend is met individuen te werken, zal in de wijk niet direct aanknopingspunten vinden - behalve in het zoeken en vinden van mensen met psychische problematiek. Maar dat was nu juist niet de bedoeling: het overheidsbeleid is uitdrukkelijk niet gericht op het vinden van méér cliënten maar op het thuis wonen en participeren van mensen met al bekende problematiek. Maar een wijk is veel meer dan een verzameling mensen, gezond of ziek. Het is een geheel van woningen, winkels, bedrijven, scholen, voorzieningen en ook van familieverbanden, burenrudies, straatcultuur en veel meer. Er zijn wijken waar het voor mensen met een psychische stoornis makkelijker wonen is dan elders. Er zijn wijken waar het risico op een slechte gezondheid groter is, bijvoorbeeld omdat het er onveilig is, of de sociale controle zo laag is dat een schadelijke situatie voor jonge kinderen bijvoorbeeld niet snel opvalt. Werken in de wijk betekent ook oog hebben voor dergelijke dingen en is veel meer dan ergens een GGZ-kantoor neerzetten.

Publieke gezondheid

Wie praat over 'de wijk' heeft het in feite over een (klein) deel van de Nederlandse samenleving, en niet over 'patiënten' of over 'ziekte' (al zullen beiden zich zeker in de wijk bevinden). Als gezondheidsprofessional in de wijk gaat het om publieke gezondheid: over beschermende en risicofactoren, over preventieve maatregelen, over sociale vangnetten e.d. De zogenoemde preventiewerkers van vroeger, nu minder talrijk en zelden nog binnen de specialistische GGZ actief, hielden zich hiermee bezig. Maar die vorm van (publieke) zorg heeft het niet makkelijk in Nederland. Tegenwoordig ligt steeds meer nadruk op geïndiceerde preventie - gericht op groepen met een hoog risicoprofiel of mensen die al enige (lichte) klachten hebben. De financiering van preventie neemt al jaren af (van der Stel, 2004) en de 20 miljoen extra die het nieuwe kabinet heeft beloofd is een lachertje - ietsje meer dan een euro per Nederlander.

Kansen in de wijk

Natuurlijk zijn er ook kansen: het is i.i.g. belangrijk dat de GGZ in de wijk niet vooral op zoek gaat naar 'zieke zielen' maar zich focust op een aantal andere dingen. Consultatie aan andere professionals kan erg nuttig zijn (om gericht en snel te helpen, zonder verwijzingen naar de GGZ te doen toenemen). Maar als de GGZ zich dan toch in de wijk begeeft, dan zou het mooi zijn dat ze daar iets collectiefs doet om de publieke gezondheid te verbeteren en de samenredzaamheid van mensen vergroten. De individueel georiënteerde Basis en Specialistische GGZ zijn dan niet direct voor de hand liggende partners - de GGD met haar publieke focus wel. Maar ook burgerinitiatieven ondersteunen, bijvoorbeeld geleid door ervaringsdeskundigen, zou een mooie aanvulling kunnen zijn.

Conclusie

Het is prachtig dat de wijk zo hot is, en de GGZ kan er ook best iets betekenen - vooral in samenwerking met de organisaties die echt op wijkniveau werken. Maar wil de GGZ echt iets betekenen voor burgers in de wijk, en dus niet alleen voor professionals en patiënten, dan is een andere benadering nodig. De GGZ-professional als hoeder van een geestelijke gezondheidsbevorderend klimaat in de wijk - klinkt mooi maar is nog ver weg denk ik.

Literatuur en bronnen

- AD (2014), <https://www.ad.nl/binnenland/stel-naast-wijkagent-ook-wijk-ggd-er-in~a6825367/>
- Blom, A., Pols, J., & Swildens, W. (2012). 'Zorg' in een maatschappelijk steunsysteem: een blik van binnenuit. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 67(6), 311-318
- Kal, D. (2001) *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam, Boom
- NU.nl (2014), <https://www.nu.nl/binnenland/3878773/politie-wil-wijk-ggzer-als-hulp-overlast.html>
- Onderwater, K (1996). Psychiatrie en samenleving. *Sociale Psychiatrie*, 17(43), 13-43. http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp43/sp44_hoofd02.pdf
- RvZ (2010), *Van zz naar gg. Acht debatten, een sprekend verhaal*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid
- Stel, van der, J. (2004). *Handboek Preventie*. Uitgeverij Van Gorcum.
- Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht (2015). Notitie volwaardig burgerschap en psychiatrie. <http://ggzindewijk.nl/wp-content/uploads/2016/05/Notitie-Volwaardig-Burgerschap-en-Psychiatrie-TF-EPA-Midden-Westelijk-Utrecht.pdf>

Meer info

- Wijk en GGZ: Venneman, B., & Onderwater, K. (2012). Sociale psychiatrie als basis voor eigen kracht in de wijk. *Sociale Psychiatrie*, 31(100), 21. <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/indexsp/sp100.html>
- Wijk en GGZ: van Rooijen, S., Knispel, A., van Hoof, F., Kroon, H. (2016). *Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Verkenning van praktijkvoorbeelden*. Utrecht: Trimbos Instituut (online gratis beschikbaar)
- Preventie nieuwe stijl: Ruiters, M., Bransen, E., van der Poel, A., & Boon, B. (2013). *Strategische Verkenning GGZ-en verslavingspreventie in het nieuwe zorglandschap*. Utrecht: Trimbos Instituut (online gratis beschikbaar)