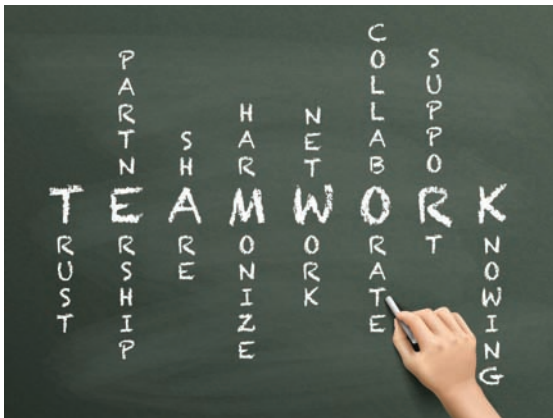


---

## Hoe bedrijf je GGZ in een van de meest zorgbehoevende wijken van Nederland: Overvecht?

Nauw samenwerken, aftasten, vallen. En uiteindelijk verder komen.

---



Christa van Rossum, *SPV*  
Cindy Nesselaaar, *herstelcoach*  
Peter Broere, *verpleegkundig specialist GGZ*  
Jeroen Vogel, *peer supportwerker*  
Janneke Juffermans, *journalist*

---

### Een gewone casus in een moeilijke wijk

*Er komt een melding bij de crisisdienst binnen. De politie is bij mevrouw C. binnengetreden nadat omwonenden zich zorgen maakten en dachten dat ze mogelijk was overleden. Mevrouw C. is in zorg bij het GGZ team. Ze is 63 jaar en woont in een flat in Overvecht. Eerder werd bij haar de diagnose schizofrenie van het paranoïde type gesteld.*

*De politie trof mevrouw en haar woning in zeer verwaarloosde toestand aan. Mevrouw was enkele weken niet gezien door de vaste behandelaren en de situatie was in korte tijd snel verslechterd. De woning was sterk vervuild.*

*Het gasfornuis bleek kapot en niet meer bruikbaar. Er stonden veel dozen met spullen; er was te weinig kastruimte. Het bed was kapot en mevrouw C. was op de bank gaan slapen. Ze had rugklachten vanwege een scoliose.*

In de wijk Overvecht in Utrecht, waar mevrouw C woont, leeft een diversiteit aan mensen met verschillende kwetsbaarheden en daaruit voortvloeiende problemen. Overvecht werd in 2007 door de toenmalige minister Ella Vogelaar betiteld als één van de ergste probleemwijken van Nederland. Nu, tien jaar later, is de situatie ondanks inspanningen nog niet veel beter. Mensen kampen er met schulden, verslavingsproblematiek, armoede, werkloosheid en het aantal geweldsdelicten in de wijk is schrikbarend hoog. Er zijn acculturatieproblemen, taalproblemen, laaggeschooldheid en gezondheidsachterstand.

Er is in de wijk veel zorg aanwezig maar deze is erg versnipperd. De multiple problemen waarmee mensen kampen vragen om afstemming tussen hulpverleners. GGZ hulpverleners in één gebouw, of zelfs in één team, kunnen daarbij het verschil maken. Als dat team laagdrempelig toegankelijk is en aansluit bij de behoeften van mensen, levert dat nog meer op. Bedenk daarbij dat veel cliënten nooit aankomen of afhaken bij GGZ-afdelingen of andere zorginstanties omdat ze te ver weg zitten of omdat ze niet goed aansluiten op wat mensen nodig hebben.

In deze wijk startten verschillende organisaties op 1 januari 2017 in Utrecht Overvecht-Zuid een nieuw GGZ in de Wijk team (proeftuin Overvecht). Hier werken professionals van Altrecht en Lister en WIJ 3. De meesten van hen werken voor een deel ook nog in andere teams binnen hun organisatie.

De proeftuin heeft 'eigen' cliënten. Ervarensdeskundigen maken vast onderdeel uit van het team evenals een vaste teampsychiater. Een teamleider (Lister) is via een volledig dienstverband betrokken.

Het team biedt specialistisch GGZ zorg: geïntegreerde behandeling, begeleiding en activering dichtbij huis, zonder dat mensen er ver voor hoeven te reizen. Alle benodigde kennis en kunde is in het team aanwezig of kan snel georganiseerd worden. De herstellvragen van de cliënt vormen het uitgangspunt. Mensen, hulpverleners en organisaties die aan iemands herstel kunnen bijdragen worden zoveel mogelijk betrokken. 'Volwaardig burgerschap', 'persoonlijk herstel' en 'eigen regie' zijn centrale waarden van waaruit gewerkt wordt.

Hoe ziet dat er nu in de praktijk uit? In dit artikel beschrijven we de tot nu toe opgedane ervaringen met de proeftuin en geven we aan wat er tot nu toe inhoudelijk bereikt is en hoe we met elkaar samenwerken. Bijvoorbeeld aan de hand van de bovenbeschreven casus van mevrouw C.

### **Wat zijn proeftuinen?**

De uitgangspunten voor de proeftuinen staan beschreven in het visiedocument 'Volwaardig burgerschap en psychiatrie', dat namens de deelnemende partijen is opgesteld. De deelnemende partijen zijn; Zilveren Kruis Achmea, Gemeente Utrecht, Altrecht, Buurtteamorganisatie Sociaal Utrecht, Huisartsen Utrecht Stad, Indigo, Kwintes, Leger des Heils, Lister, Platform Volwaardig Burgerschap, Steunpunt GGZ, De Tussenvoorziening, UMCU, Jellinek (Victas) en Wij 3.0. De proeftuinen GGZ in de wijk worden aangestuurd door de "Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht" waarin bestuurders van deelnemende partijen zitting hebben.

In de proeftuin is het doel, het specialistisch behandel- en begeleidingsaanbod zodanig te organiseren in de vorm van netwerkverbanden waarbij de cliënt de regie heeft, dat dit aanbod aansluit op de basiszorg. In de proeftuin kunnen knelpunten opgespoord worden bij pogingen om dit doel te bereiken. Daarnaast kunnen oplossingen worden voorgesteld en op kleine schaal worden uitgetoet. De proeftuinen in Utrecht lopen vooruit op een grote reorganisatie van de (ambulante) zorg in Utrecht. Op termijn zullen de F-ACT teams, de meeste ACT teams en grote delen van de poliklinieken van Altrecht GGZ in het wijkgericht werken worden opgenomen. Ook de specialistische GGZ begeleiding door Lister participeert in deze reorganisatie.

### **Mevrouw C.**

*Als de crisisdienst arriveert bij mevrouw C. thuis, ontkent ze dat ze achterdochtig is of hallucinaties heeft. Er zijn geen aanwijzingen voor desoriëntatie. Mevrouw functioneert vertraagd en heeft een vervlakt affect, stelt de crisisdienst vast. Ze heeft nauwelijks sociale contacten. Er zijn geen aanwijzingen voor middelenmisbruik. Somatisch is er sprake van hypertensie en een hoog glucosegehalte in het bloed.*

*Er wordt een opname op het F-ACT centrum (open afdeling) voorgesteld met de afspraak dat de volgende dag met haar bekeken gaat worden wat ze nodig heeft. Mevrouw gaat hiermee akkoord.*

*Op de afdeling wordt de medicatie iets verhoogd. Een dag later is er zoals afgesproken een zorgafstemminggesprek (ZAG) waarbij de eigen behandelaar (SPV) vanuit het 'GGZ in de Wijk team' aanwezig is. Mevrouw geeft in dat overleg aan snel weer naar huis te willen gaan. Er moet thuis veel veranderen om haar weer naar huis te kunnen laten terugkeren: Het huis moet worden schoongemaakt en opgeruimd. Het bed moet worden gerepareerd of vervangen, het fornuis moet worden gemaakt.*

*Mevrouw weet zelf niet hoe ze dit aan moet pakken. Ze heeft niemand die haar daarbij kan helpen.*

*De SPV bespreekt de situatie met zijn collega's; een ervaringswerker die met mevrouw contact legt, de woonbegeleider/herstelcoach die contact legt met buurtteam, burens, woningbouwvereniging en eventueel andere belanghebbende partijen. Er wordt iemand gevonden die het huis kan schoonmaken en tegelijkertijd wordt er huishoudelijke hulp aangevraagd. Dit alles in overleg met mevrouw.*

*Terwijl ze snel opknapt wordt de woning bewoonbaar gemaakt. Na 5 dagen wordt het ontslag gepland. De SPV regelt alvast wijkverpleging voor het (tijdelijk) benodigde toezicht op medicatie en ADL. Er worden na afstemming met de teampsychiater door de SPV afspraken gemaakt met de huisarts over de aanpak van de somatiek.*

*Mevrouw gaat met ontslag, komt in een schoon en opgeruimd huis, er is thuiszorg en (tijdelijk) wijkverpleging. Ze heeft gesprekken met herstelcoach en ervaringswerker over werken aan herstel en verbeteren van de sociale contacten en het doen van activiteiten. Er worden afspraken gemaakt bij de psycholoog voor nadere diagnostiek naar met name de executieve functies.*

Een casus zoals die van mevrouw C komt veel voor en we hadden dit soort situaties in onze werkzaamheden als SPV, herstelcoach en verpleegkundige, al vele malen gezien. Wat anders was, was onze gezamenlijke reactie op de casus. We merkten nu hoe snel we elkaar als hulpverleners vonden en hoe snel en efficiënt we de benodigde zorg konden realiseren en organiseren. Ondanks de opstartproblemen die er altijd zijn wanneer meerdere organisaties met elkaar samenwerken (waarover later meer), en die ons soms ontmoedigen, zagen we dat we het verschil maakten. Juist de snelheid van passend kunnen reageren: dat is volgens ons de meerwaarde van het GGZ in de wijk team.

### **De wijk Overvecht in Utrecht is een wijk met grote problemen:**

#### **Kerncijfers:**

Overvecht scoort voor sociale cohesie met een 4,5 het laagst van alle wijken in Utrecht.

Overlast en gevoel van onveiligheid zijn in vergelijking tot de rest van Utrecht in Overvecht het grootst.

37% van de inwoners heeft een negatieve verwachting over de toekomst van de buurt. Stedelijk is dat 13%.

Het aandeel huishoudens dat een bijstandsuitkering heeft ligt in Overvecht, met 18,2%, het hoogst van alle Utrechtse wijken.

Inwoners van Overvecht maken de hoogste zorgkosten van Nederland: 2571 euro per persoon per jaar. Dat is 25 procent meer dan mensen van dezelfde leeftijd in de rest van Nederland. Mensen hebben er relatief vaak last van chronische ziektes, zoals diabetes en COPD, en psychische aandoeningen.

### **Hoe ziet een GGZ in de wijk team er volgens ons uit?**

- Het **herstel** van de cliënt staat centraal. De cliënt met zijn/haar naastbetrokkenen hebben zoveel mogelijk de **eigen regie**. We zijn bezig het zorgproces aan te passen om dit waar te maken. Waar voorheen vaak over de cliënt werd gesproken doen we dat nu zoveel mogelijk met de cliënt. We willen de werkprocessen zo inrichten dat optimaal gebruik wordt gemaakt van het netwerk (formeel en informeel) om de cliënt te kunnen laten herstellen. Daar horen bij: een flexibele opstelling, kunnen afwijken van bestaande regels en gewoonten, 'out of the box' denken en handelen en goed bereikbaar zijn.
- Werken op basis van **functionele diagnostiek** (Wat wil de cliënt? Waar heeft hij behoefte aan?) is van belang naast de medisch psychiatrische diagnostiek.

- Nieuwe **aanmeldingen** voor specialistische GGZ behandeling (Altrecht F-ACT, Verslaving F-ACT, Altrecht ACT en OGGZ) worden samen met specialistische begeleiding (Lister) en met trajectbegeleiding (Wij 3.0) in de wijk opgepakt.
- De in de wijk beschikbare specialistische GGZ (behandeling en begeleiding) wordt waar nodig aangevuld met andere **specialismen**, die nu nog zijn ondergebracht bij andere afdelingen van de specialistische GGZ of bij andere zorg aanbieders.
- **consult- en adviesfunctie** is beschikbaar in de wijk en wordt verder ontwikkeld. Zo is er consultatie door de professionals van het team aan huisartsen en praktijkondersteuners maar ook aan de gemeentelijke buurtteams (sociaal en jeugd en gezin) Maar ook de wijkagent die met een lastige casus zit kan bij ons binnenlopen. Eigenlijk geldt dat voor iedereen. Maar er is ook sprake van een wisselwerking: wij vragen anderen ook vaak om advies of consultatie.
- **Peer support** speelt een belangrijke rol binnen GGZ in de wijk. Er werken op dit moment twee peersupporters van Lister in het team en een case-manager met ervaringsdeskundigheid van Altrecht. De betrokken peersupporters zijn hiernaast ook nog actief bij het opzetten van ENIK, een zelfregiecentrum voor cliënten, in Overvecht. Daar worden cursussen gegeven zoals de herstelwerkgroep of de herstelrap cursus. Omdat de cliënt centraal staat is zijn of haar perspectief cruciaal. Ervaringsdeskundigen in het team helpen daarbij. De peersupporters hebben ook veel contact met individuele cliënten. Het is van belang om cliënten te kunnen bieden wat ze nodig hebben voor hun herstel. Het praten met iemand die hetzelfde heeft meegemaakt en snel begrijpt hoe je je voelt en ook mee kan denken over hoe je met bepaalde situaties kan omgaan, wordt door veel cliënten als erg behulpzaam ervaren.

### **Zo'n team opzetten kost tijd en afstemming**

De behandeling van de casus mevrouw C. en de opsomming van de elementen van een GGZ in de wijkteam geven de gewenste situatie aan. Maar bij het begin van een GGZ in de wijk team is die situatie er uiteraard nog niet. Dat vraagt tijd. Na langdurige voorbereiding wisten we gelukkig wie er in het team zouden plaatsnemen en werd er een gemeenschappelijke visie bepaald. Voor slagkracht is het belangrijk dat het team goed op sterkte is met een goede bezetting van alle benodigde disciplines. Dat laatste was lange tijd problematisch. De eerste medewerkers kwamen van de F-ACT teams van Altrecht en van Lister. Ketenpartners waren niet altijd in staat om direct aan te haken. Medewerkers van Jellinek verslavingszorg sloten pas later aan bij casuïstiekbesprekingen (maar leveren nu een waardevolle bijdrage).

In het begin is er bovendien veel overleg nodig om elkaar en elkaars werkwijze goed te leren kennen en om essentiële basisafspraken te maken om te kunnen samenwerken. Een voorbeeld is de informatie-uitwisseling. We moesten afspraken maken ten aanzien van privacy en het medisch-beroepsgeheim. Daarom hebben de organisaties een convenant gesloten en aan cliënten werd gevraagd om een toestemmingsverklaring te ondertekenen.

Ook op ICT gebied moesten er aanpassingen komen. Altrecht en Lister werken met verschillende besturingssystemen en verschillende Elektronische Patiënten Dossiers (EPD's). Computers moesten voor beide systemen geschikt worden gemaakt. Dat lukte niet altijd. Er staat nu zowel een Lister als een Altrecht printer op het kantoor. Dat zou toch anders moeten kunnen.

Een andere werkwijze vraagt ook om veel flexibiliteit van de secretariaten. Medewerkers van het secretariaat werden soms 'gek' van ons omdat we dingen anders deden en daar soms niet goed over hadden gecommuniceerd. De secretariaten zijn centraal georganiseerd en dus op afstand. Het vraagt de nodige inspanning om elkaar goed te blijven vinden.

## **Andere uitdagingen**

Onze grootste uitdaging is om als ggz in de wijk team samen met onze cliënten regie te krijgen over het zorgproces van begin tot eind. Dat betekent automatisch dat die regie bij andere organisaties afneemt, die als ze moeten samenwerken het proces vertragen, bijvoorbeeld door verschillende regelgeving en diverse administratieve systemen van deze organisaties.

Dat laatste willen we niet, één van de doelen van het wijkteam is juist om dit probleem op te lossen. We willen de cliënt centraal blijven stellen en hem/haar regie geven waar dat mogelijk is. In al onze acties moet dat merkbaar zijn. Daarom zijn we bezig om onze werkprocessen nog verder aan te passen en de schotten in de zorg, en de verschillende systemen die daarbij horen, te verminderen. Dan hebben we behalve meer regie meer tijd voor de cliënt. Als een huisarts bijvoorbeeld onze deskundigheid inroept bij een patiënt over wie ze zich zorgen maakt en die ze wil doorverwijzen naar de GGZ, dan geven wij de huisarts nu nog instructies over hoe ze die patiënt kan aanmelden. Maar we zouden liever de patiënt overnemen als onze cliënt. Dat werkt sneller en is effectiever. De cliënt hoeft minder lang te wachten en degenen die haar begeleiden tot ze bij GGZ terecht hebben de juiste deskundigheid.

Om het team beter te laten functioneren zou het om te beginnen al enorm helpen als de betrokken organisaties zoveel mogelijk met dezelfde systemen gaan werken. In de toekomst verwachten we namelijk meer cliënten, zoals ACT-cliënten en alle ambulante cliënten van de poli. Altrecht heeft namelijk besloten dat ook deze afdelingen in de toekomst wijkgericht moeten gaan werken.

## **Volle kracht vooruit**

Nu het team een goede bezetting heeft en veel praktische problemen zijn opgelost, zien we de dadendrang van de teamleden en worden veel nieuwe initiatieven ontwikkeld.

We maken veel werk van teamvorming, elkaar goed leren kennen, leren wat ieders kwaliteiten zijn zodat we daar gebruik van kunnen gaan maken. Intervisie helpt daarbij. We trekken actief de wijk in, sluiten aan bij wijkoverleggen, wijkcentra en andere instanties. We stellen ons voor en houden presentaties.

We houden dialoogsessies, bijeenkomsten waar hulpverleners en cliënten elkaar ontmoeten. Hierbij vragen we aan cliënten wat ze van de zorg door het GGZ team vinden maar ook wat er beter moet. Cliënten merkten op: "Eerst voelde ik me nog weleens tussen mijn hulpverleners (Lister - Altrecht) in staan maar nu zitten we gewoon samen aan tafel" en "Als ik ergens hulp bij nodig heb dan is dat snel geregeld, vroeger moest ik dan veel langer wachten."

## **Successen**

Nu het eerste jaar er bijna opzit, zijn de eerste successen zichtbaar. De samenwerking met de huisartsen, POH's en Buurtteams is verbeterd. Het GGZ in de Wijk team maakt zich de werkwijze (4D-model) eigen die in de wijk door huisartsen is ontwikkeld en ook door Buurtteams wordt gebruikt. Het 4 Domeinenmodel is een communicatie en analysemodel voor professionals in het medische en sociale domein. Het model is te gebruiken in de zorgverlening aan patiënten met complexe problematiek in de gespreksvoering en in de samenwerking.

Huisartsen of POH's nemen in veel gevallen direct contact op met medewerkers van het GGZ-team wanneer een casus complex is en reguliere toeleiding niet aansluit. De SPV kan mee op huisbezoek en denkt mee in de casus. Op deze wijze kan veel sneller zorg geboden worden door bijvoorbeeld de OGGZ en andere partners te betrekken.

In de multidisciplinaire overleggen (MDO 's) is er door de inbreng van herstelcoaches, peer supportwerkers en job coaches meer aandacht voor het maatschappelijk herstel van de cliënt.

De drempel voor cliënten is verlaagd. Cliënten die niet goed in behandeling komen bij de poliklinieken elders in de stad komen wel in zorg bij het GGZ-team. Het GGZ in de Wijkteam vervult ook een brugfunctie naar specialistische behandeling en begeleiding elders. Geprobeerd wordt om de benodigde gespecialiseerde professionals naar de wijk te krijgen wanneer cliënten niet bij hen aankomen. Voor een cliënt geldt nu dat hij of zij niet naar de verschillende loketten moet maar terecht kan bij de persoon bij wie hij is aangemeld.

### **Wensen en dromen**

Onlangs in een bespreking over onze dromen en wensen als team kwamen de volgende wensen naar voren:

- Het realiseren van 24 uren bereikbaarheid; het realiseren van logeer- en BOR-bedden in de wijk. De meeste mensen gaan hiervoor niet graag naar een centraal psychiatrisch ziekenhuis.
- Meer expertise op het gebied van Verstandelijk Gehandicaptenzorg. We merken dat veel van onze cliënten specialistisch VG zorg behoeven. Medewerkers van VG organisaties worden momenteel benaderd om expertise te leveren en deel te nemen aan de casuïstiek besprekingen om de zorg voor deze groep te verbeteren.

### **Meer werkplezier en betere hulp**

Door de proeftuin is er nu veel mogelijk geworden. Muren tussen organisaties brokkelen af. Professionals binnen organisaties, van basiszorg, basis GGZ en gespecialiseerde GGZ vinden elkaar beter door vraaggericht te werken. Zeker in een wijk als Overvecht met zijn meervoudige problemen is dat noodzakelijk. Bij genoemde casus was het mogelijk, door een goed netwerk en korte lijnen, snel de benodigde zorg te realiseren.

Medewerkers van specialistische teams blijken bereid om samen te werken om de benodigde zorg te leveren, om aan te schuiven bij casuïstiek besprekingen of om consultatie te verlenen. Het komt echter geregeld voor dat professionals van specialistische afdelingen aangeven nog te weinig tijd voor dit soort activiteiten te krijgen. Dat moet veranderen.

Op deze manier samenwerken geeft medewerkers veel voldoening en werkplezier.

We staan nog voor vele uitdagingen en zijn nog lang niet klaar. Maar we denken dat we op de goede weg zijn. Een van onze cliënten verwoordde het mooi: "Eerst voelde ik me nog wel eens tussen mijn hulpverleners (Lister en Altrecht) in staan en moest ik lang wachten. Nu zitten we gewoon samen aan tafel en als ik hulp nodig heb dan is dat snel geregeld. Heel fijn."