

---

# BuurtzorgT Groningen Noord-West

---



## Gerard Lohuis

SPV en redacteur SP

---

### Inleiding

De GGZ is een groot bureaucratisch bolwerk waarbinnen institutionele regelgeving en van buitenaf opgelegde controlsystematiek het werk bepalen. Er is een vastgestelde diagnose nodig, er is een zorgpad vastgesteld en daarbinnen wordt de zorg verleend. Bureaucratische regels zorgen er voor dat bezielde hulpverleners veel tijd kwijt zijn aan administratie en niet kunnen doen wat ze het liefst willen, namelijk contact hebben met degene die om hulp vraagt. Er is vernieuwing nodig en dat proces is in gang gezet. BuurtzorgT is hiervan een voorbeeld. Via kleine zelfsturende teams wordt er buurtgericht gewerkt, binnen de context van betrokkene. Geen schotten en tot diagnose gereduceerde hulpvragers maar hulpvragers die er vanuit kunnen gaan dat hun vraag **echt** het uitgangspunt is en geen last hebben van allerlei in te vullen lijstjes. Deze bijdrage beschrijft hoe in de stad Groningen een nieuw specialistisch GGZ team binnen BuurtzorgT van start is gegaan.

### Vantosities

Het Wijkbedrijf is de locatie waar op op 1 september 2018 BuurtzorgT Groningen Noord-West begint. We trekken in een oud schoolgebouw waarin een kindercrèche en activiteitscentrum zijn gehuisvest en waarin regelmatig heerlijk indringende geuren van buitenlandse gerechten de aanwezigheid verraden van andere culturen. Vrouwen van allerlei buitenlandse afkomst, koken enkele keren per week voor degene die wel een extra maaltijd kan gebruiken. De wijkbeheerder met 'zijn mensen' die een reïntegratie-project volgen, heeft er zijn vaste standplaats. Op het plein buiten, staat een oude container waarin mannen fietsen repareren, terwijl achter de container een caravan staat met de naam VANTOSTIES. Hier kunnen mensen uit de buurt lekkere hapjes kopen, waar onder een tostie. In dit gebouw zijn we, één psychiater en 2 SPV'n, in een klein kamertje als BuurtzorgT gestart. De psychiater is als volledig aan ons team verbonden. Een bewuste keuze om hem volledig deel te laten nemen aan het team. Hierdoor is hij meer betrokken bij de cliënten dan wanneer hij op afstand staat en 'op afroep' beschikbaar is zoals doorgaans binnen BuurtzorgT het geval is.

Het bijzondere van deze plek, zo zal na een tijdje blijken, is de gemelleerde groep mensen die er komt. Andere professionals die er rondlopen, waar onder een jobcoach, reïntegratiewerker en projectmedewerker, zijn geïnteresseerd in wat we doen en komen naar ons toe met vragen wat we voor hen en de wijk kunnen betekenen.

Voor we het weten hebben we een consultatieve functie en krijgen we via hen zelfs verwijzingen van mensen die hier doorgaans voor een project of traject hun dagelijkse activiteiten verrichten. Het is één van de redenen waarom we in dit pand zijn gaan zitten en heeft te maken met ons idee dat we in de wijk onderdeel willen uitmaken van een infrastructuur waardoor GGZ dichtbij de mensen komt. Het is wel even wennen om vanuit deze locatie te werken omdat we allen gewend zijn geweest om jarenlang vanuit 'gebouwen op stand' te werken. De studenten van een V-MBO-opleiding die hier stage lopen opereren anders dan professionele schoonmakers of onderhoudsmonteurs van de technische dienst. Het dringt hier goed tot ons door waar het geld in de GGZ-instellingen naar toe gaat. Zeker, nu we als zelfsturend team geen secretaresse of leidinggevende meer hebben, laat staan een duur gebouw. Tegelijk is het een verademing. Terug met de voeten in de klei en verlost van overtollige bureaucratie en nodeloze vergaderingen. We hebben een klein kamertje tot onze beschikking en moeten onze agenda op elkaar afstemmen om niet tegelijkertijd met een cliënt een gesprek te voeren.

### **De start**

We beginnen de voorbereidingen ergens in augustus door alle huisartsen en wijkteams, hier WIJ-team genoemd, middels twee keer een briefing per post op de hoogte te stellen van onze komst. Met de redacteur van Het Dagblad van het Noorden drinken we op het terras een kop koffie en informeren haar over onze start. We leggen uit dat de GGZ zich op een goede manier in Nederland ontwikkeld, dat er zorg op hoog niveau wordt geleverd maar dat er nu een koerswijziging nodig is om wachtlijsten, bureaucratie en zorgverlamming te doorbreken. Een week erna staat er in het Dagblad dat "de psychiater gaat de wijk in" en BuurtzorgT wil directer, kleinschaliger en minder institutioneel werken, aldus het Dagblad. Er wordt in het artikel ook nog gerept over zorgverzekeraars en inspectie die steeds meer eisen en prestatie-indicatoren opleggen waardoor de professional meer tijd kwijt is dan hem lief is aan rapportage en verantwoording afleggen. Vanzelfsprekend is en blijft goede samenwerking met Lentis en andere grote zorgaanbieders van wezenlijk belang. De psychiater en SPV blijven daartoe in avond en nachtelijke uren meedraaien in de crisisdienst bij hun vorige werkgever.

Daarmee is deels het team gepositioneerd binnen het huidige GGZ-aanbod in Groningen. Vanuit het team wordt contact gezocht met Lentis, Interpsy en UMCG zodat we samen optrekken en in elkaars verlengde blijven werken. Geen concurrentie, maar afstemming. Praktisch blijkt het neer te komen op elkaars krachten weten te benutten. Wanneer we een nieuwe cliënt spreken die een eerste ernstige psychose doormaakt, zullen we deze helpen maar tevens verwijzen naar nader onderzoek binnen Lentis of UMCG, waar een team een E(erste) P(sychose)O(nderzoek) kan afnemen. Iemand mag altijd terugkomen, maar we gunnen iemand een degelijk eerste onderzoek wanneer hij of zij bereid is en de meerwaarde hiervan ziet. Ook zien we hoe we de collega-instellingen cliënten naar ons verwijzen op het moment dat ze zelf vastlopen, iemand nog en tijdje GGZ-zorg vanuit contextueel karakter nodig heeft of gewoon omdat ze denken dat kleinschalige GGZ in de buurt voor iemand beter is. We kiezen bewust voor deze positie en zijn ons terdege bewust dat we tegelijk in elkaars vaarwater zitten'. Ons achterliggend motief is het creëren van een kleinschalige GGZ in de buurt, waar mensen direct met hulpverleners in contact komen. We zijn er van overtuigd dat het een grote meerwaarde heeft al moeten we terdege bewijzen dat we betrouwbaar zijn. Daarnaast hebben we het idee dat we onderdeel moeten worden van en vorm moeten geven aan een infrastructuur waarmee we de GGZ een onderdeel laten zijn van alles wat er zich in de wijk afspeelt. Het achterliggende idee is om mensen meer vertrouwd te laten raken met GGZ, mogelijk invloed uitoefenen op voorkomen van (zelf)stigma en waar mogelijk de kennis over geestelijke gezondheid(problemen) te vergroten.

Radar-t.v. blijkt belangstelling te hebben wanneer we een artikel publiceren waarin we de wachtlijsten in de GGZ ter discussie stellen. Ze komen een dag filmen en het biedt ons de kans om de visie van een zelfsturend team binnen BuurtzorgT op de kaart te zetten. De dagen erna krijgen we het druk want allerlei mensen die het op t.v. gezien hebben, melden zich voor informatie of melden zich aan vanwege de manier van werken.

### **Voor wie is BuurtzorgT?**

Onderussen blijven we pionieren en vragen we ons af welke mensen baat hebben bij ons aanbod. de huisarsten, POH en collega's van WIJ-teams worden bezocht en nadat we op een studiedag van de alle WIJ-teams in de stad Groningen hebben uitgelegd wat we proberen te ontwikkelen neemt het enthousiasme wederzijds toe. De Wij-teams omdat ze snel en gemakkelijk kunnen overleggen en wij zijn enthousiast dat de omgeving ons openlijk waardeert. Hierna worden al snel meerdere contacten gelegd op gemeentelijk niveau met de buurtregisseur van de gemeente, iemand die gaat over welzijn van de wijken waarvoor we werken en zelfs het Veiligheidshuis komt met cliënten. Vooral cliënten die binnen de institutionele instellingen naar elkaar worden doorgeschoven omdat een integrale werkwijze vanuit het perspectief van de cliënt ontbreekt. Blijkbaar slagen we er in om beter aan te sluiten bij en mee te manoeuvreren met de hulpvraag van de cliënt. Zou daar onze kracht liggen?

De vrijheid die het werken voor BuurtzorgT ons biedt, lijkt daarbij een belangrijke bron van inspiratie om de GGZ daadwerkelijk de wijk in te brengen. Wanneer we op een ochtend na het teamoverleg nog even naziiten, wordt het idee gelanceerd om met ervaringsdeskundigen een Psychiatrie Café te organiseren. Ergens in een voorziening in de stad willen we burgers uitnodigen om rond een bepaald GGZ-thema een avond aan te schuiven om in een ontspannen sfeer naar een verhaal van een ervaringsdeskundige te luisteren en over het thema van de avond met elkaar in gesprek te gaan. Het plan wordt goed doorgesproken en nog dezelfde ochtend besluiten we om dit initiatief in de praktijk uit te gaan voeren. Dit is een voorbeeld hoe we naast het reguliere contact met cliënten, de basis van ons werk en ons betaansrecht, in de wijk aan de al eerder genoemde infrastructuur werken. We hechten er aan om te kijken in hoeverre ons bestaan van maatschappelijk nut kan zijn. Dat is de reden waarom we enkele keren een lezing geven op verzoek van lokale gemeente-ambtenaren over de psychische gevolgen van de mensen die getroffen zijn door de aardbeving. Het gaat hierbij niet alleen over de angst- en spanningsklachten maar ook om het omgaan met frustratie en hoe ambtenaren het beste kunnen omgaan met mensen die deze klachten ervaren. Hoe ga je om met iemand die angstig is en zich niet gezien voelt door de overheid? Hoe ga je om met boze mensen die daarnaast allerlei psychische klachten hebben?

Om de kennis over geestelijke gezondheid bij burgers in de wijk te vergroten en wat nu eigenlijk GGZ en psychiatrische problematiek is, zoeken we het contact op met de gemeente. Er blijkt behoefte te bestaan aan deze kennis waarop we een training "Basispsychiatrie in de Wijk" opzetten, die deels gefinancierd wordt met subsidie van de gemeente. De training wordt aangepast op basis van de deelnemers. Zo is er een variant waar burgers op in kunnen tekenen, maar is het ook mogelijk dat we de training aanbieden aan wijkbeheerders, bibliotheekmedewerkers of medewerkers van het WIJ-team. Het idee is om deelnemers kennis te laten maken met vragen die ze hierover hebben en hoe ze om kunnen gaan met mensen die psychische problemen hebben.

Daarnaast hebben we een stichting opgezet, Stichting Steuntje, die mensen een (kleine) financiële bijdrage wil geven die aan hun rehabilitatie werken of in kader van herstel een plan hebben opgepakt waar regulier geen financiering voor wordt gegeven.

Denk hierbij aan het volgen van een cursus, aanschaf van materiaal om activiteiten te ondernemen etc. We wille hiermee cliënten een steuntje in de rug geven zodat financiële hobbels niet hun rehabilitatie of herstel in de weg staan.

In enkele maanden tijd hebben de verwijzers hun weg naar het team gevonden. We blijven investeren in samenwerking met huisartsen, POH en medewerkers van de WIJ-teams en andere GGZ-instellingen. Mensen bellen ons zelf met verzoek om geholpen te worden waarbij we ook mensen krijgen die op dat moment nog bij andere hulpverleners in beeld zijn. Het vraagt om afstemming met andere collega's waarbij we soms mensen in zorg nemen maar ook mensen terug verwijzen om het met hun reguliere hulpverlener te bespreken. Waarna deze de hulp toch voortzet. Het blijft zoeken en afstemmen in hulpverlenersland. We worden ook gebeld door mensen die informeren of we iets voor ze kunnen betekenen waarna we ze uitnodigen voor een vrijblijvend kennismakingsgesprek. Dit resulteert nogal eens in een verzoek aan de huisarts om iemand te verwijzen.

Voorlopig blijft het zoeken en ontdekken. Het zoeken betreft met name de plek, onze plek, als GGZ in de wijk en hoe we het best onze functie kunnen uitvoeren. Hoe kunnen we een bijdrage leveren aan goede en bereikbare GGZ in de wijk, hoe gaan we ons verhouden tot grote instellingen, hoe kunnen we bijdragen door ons werk ondersteunend te laten zijn voor andere instellingen en hoe kunnen we er voor zorgen dat cliënten in een wijk optimaal mogelijk kunnen wonen. Het is duidelijk dat we daarin een maatschappelijke functie hebben die aansluit bij het versterken van de wijk. Onze aanwezigheid moet de sociale veerkracht van de wijk vergroten waardoor burgers beter in staat zijn om mensen met psychiatrische problemen te ondersteunen.

### **Querido en Hutschemaekers**

Tegelijkertijd zijn we een kleine schakel in een groter netwerk. We worstelen met de dossiers om die goed ingevuld te krijgen en er voor te zorgen dat al onze inspanningen uiteindelijk declarabel zijn. Tegelijkertijd is het een verademing om met name met de inhoud van ons vak bezig te zijn. Wanneer iemand om hulp vraagt is het bijna een ouderwets gevoel, we zijn alle drie ouder dan vijftig (alleen onze nieuwe collega is nog jeugdig) om te realiseren dat we vanuit een sociaal psychiatisch perspectief werken. We kijken in de volle breedte, integraal, waarbij de vraag en niet het aanbod leidend is voor de structuur van de behandeling. Mensen met mogelijk meerdere diagnoses tegelijk, kunnen gewoon bij ons aan de slag. Zoals in de sociale psychiatrie is de context sterk bepalend en blijft het voorkomen van marginalisering een belangrijk uitgangspunt. Zoals Querido ooit verwoordde dat het gaat om de invloed van maatschappelijke structuren en sociale interacties waardoor mensen in de problemen komen, proberen wij de gevolgen van iatrogene wisselwerking tussen iemand en diens omgeving op een postieve wijze te beïnvloeden. We proberen te kijken naar de epidemiologische context waarbinnen psychiatrische problematiek zich kan ontwikkelen en hebben daarbij aandacht voor praktische problemen die iemand tegenkomt.

Een gesprek met de klachtencommissie van de gemeente is een wezenlijk onderdeel van de behandeling wanneer iemand gemangeld wordt in de bureaucratie, dan dient de omgeving of instituten die verantwoordelijk zijn, hiervoor verantwoordelijk te worden gesteld. Het gaat bijvoorbeeld om een simpel voorbeeld als een dakloze die geen geld heeft waardoor deze zich niet kan inschrijven bij de gemeente omdat hij geen geld heeft om een identiteitsbewijs te kopen. Het is helpend om de intensiteit van de hulp aan te passen bij de behoefte van iemand.

Zo kan de hulp na een maand voldoende blijken en komt iemand na vier maanden alsnog terug omdat hij zich verbonden voelt met BuurtzorgT. Daarmee wordt voorkomen dat iemand na vier maanden niet opnieuw verwezen wordt en op een wachtlijst belandt.

Vanuit de werkwijze zijn we in staat om de stepped care benadering zoals Chiel Hutschemaekers die ooit heeft beschreven, in de praktijk vorm te geven. Stepped care ging bij Hutschemaekers volgens de volgende fasering:

1. Remoralisatie: bieden van hoop en het herstel van vertrouwen in eigen kunnen.
2. Remediatie: faciliteren en mobiliseren van eigen vaardigheden
3. Rehabilitatie: aanpakken van hinderlijke eigenschappen en hertsel van dagelijks functioneren
4. Transmurale hulp: vraag om uitgebreide diagnostiek door meerdere hulpverleners
5. Hoog gespecialiseerde behandeling

### **Persoonlijk krachtgericht werken**

Dat wil niet zeggen dat wij als BuurtzorgT-team dit allemaal zelf doen. Het is wel mogelijk. We hebben gezien hoe mensen kortstondige klachten hadden waarbij een intensieve ambulante behandeling nodig was, waarna iemand binnen en met steun vanuit eigen netwerk, het zelf weer kon oppakken. Dan is het van belang dat er geen wachtlijst is en iemand snel geholpen kan worden. Dit is geen nieuw gegeven. In Utecht heeft Rob Stoffers eind van de vorige eeuw het vijf-gesprekken-model ontwikkeld om de wachtlijsten in de toenmalige RIAGG aan te pakken. Het was bedoeld als pre-therapie voor mensen die op de wachtlijst stonden. Na deelname aan het model, bleek dat voor velen daarna de noodzaak voor behandeling verdwenen was omdat mensen weer vertrouwen hadden gekregen in hun eigen vermogen. En mogelijk beter begrepen hoe ze hun problemen in hun eigen omgeving aan konden pakken.

Het is bijzonder voor ons als team om te merken hoe de visie van Hutschemaekers in ons werk een plek heeft gekregen. Hoe naast het probleemgeoriënteerde denken en werken, het krachtgericht werken een stevige basis heeft gekregen. In een volgend hoofdstuk zal er nader ingegaan worden op het krachtgericht werken. Krachtgericht werken bestaat uit methodische werkvormen die vanuit de positieve psychologie zijn ontwikkeld. Het gaat hierbij om: werken vanuit presentie, werken met narratieven, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken, rehabilitatie, herstelgericht werken, vijf-gesprekken-model, omdenken en positieve gezondheid (Machteld Huber).

Het sluit aan bij de visie van persoonlijke diagnostiek waarbij naast het probleem met name gekeken wordt naar de beleving en betekenis die iemand er aan geeft. Iedere depressie is anders, ondanks overeenkomstige symptomen. Wat het voor iemand betekent, hoe iemand het beleeft, hoe het zich binnen een context voltrekt en welke andere gebeurtenissen er invloed op uitoefenen, maakt dat ieder een eigen verhaal hierbij heeft. Dat verhaal past bij iemands persoonlijkheid en komt voort uit de opvoeding en socialisatie. Het is daarom van belang om te weten binnen welk netwerk iemand leeft, wat hij belangrijk vindt om overdag te doen en wat hij zelf kan doen om de problemen aan te pakken. Het gaat hierbij om wat Ruut Veenhoven in het onderzoek naar welbevinden heeft omschreven als drie essentiële onderdelen: het ervaren van autonomie (zelf sturing geven aan je leven), waardevolle relaties hebben (de meesten hebben 3 tot 5 mensen die belangrijk zijn) en zin kunnen geven aan je leven.

Mocht de indruk na het lezen van dit hoofdstuk ontstaan dat wij niet worstelen met allerlei vraagstukken die op ons pad komen, dan willen we dat graag wegnemen. Ook wij worstelen met de indringende complicaties die psychiatrische problematiek bij mensen teweeg kan brengen. Waar we de een met een behandeling goed kunnen ondersteunen, staan we bij andere mensen soms met een machteloos gevoel te kijken hoe we iemand bij kunnen staan. Ook dat is de werkelijkheid. Wat we wel merken: dat hulpvragers zich daadwerkelijk gehoord voelen en dat we ons best doen om persoonlijk en krachtgericht te werken.