

---

# LITERATUURBESPREKING

## Een nieuwe weg

**Andrea Stehouwer – Tuenter**

Femke van der Roest, *Een nieuwe weg*.

Uitgegeven in eigen beheer, januari 2004, ISBN 90-9017794-9

Te bestellen via de website [www.eennieuweweg.nl](http://www.eennieuweweg.nl)

Door middel van dagboekfragmenten vertelt de schrijfster van dit boek haar strijd tegen anorexia nervosa. Ze vertelt hoe het allemaal begon, over de wanhoop thuis die daarop volgt en over haar ervaringen tijdens opnames in twee klinieken. Centraal in het boek staat de allesbepalende ziekte die een grote wisselwerking met haar omgeving heeft. Eenzaamheid, wederzijds onbegrip en machteloosheid zijn terugkerende thema's in dit boek.

Wat opvalt is dat het een verhaal is van een gewoon meisje uit een gewone straat, ergens in Nederland. Een aantal foto's midden in het boek illustreren dat goed. Hoe kan het dan toch zo mis gaan? Het boek begint in de tijd dat Femke op de middelbare school zit. Haar vader maakt veel overuren en in het gezin wordt een baby geboren. Het blijkt dat dit jongetje veel huilt waardoor het hele gezin op den duur ontregelt raakt. Omdat moeder erg moe is komt veel zorg bij Femke neer, die zich juist in die erg eenzaam voelt. Het probleem wordt van kwaad tot erger. Ze schrijft: 'Om de aandacht te trekken ging ik minder eten'. Ze werkt enorm hard voor school om te laten zien dat ze het VWO aankan. Na ruim een half jaar voelt ze zich totaal op, mede doordat er twee sterfgevallen zijn op school. Ze begint zich steeds meer terug te trekken en herkent zichzelf op een gegeven moment niet meer. Haar vader regelt via de huisarts voor haar een afspraak bij het RIAGG. Ze heeft daar een goed intakegesprek, wat haar enigszins oplucht, maar daarna voelt zij zich niet meer gehoord. De aandacht richt zich op het gezin, waar zij zelf in eerste instantie ook om vraagt. Maar haar teleurstelling is groot omdat haar problematiek niet gezien en erkend wordt. De andere gezinsleden zijn ook niet echt te spreken over de hulp bij het RIAGG en als moeder stopt met de gesprekken, haken de anderen ook snel af. Vervolgens zoekt Femkes vader een therapeute voor haar waar ze wekelijkse gesprekken kan hebben. Het blijkt een goed contact te worden waar zij haar verhaal kwijt kan. Het gaat een jaar lang wat beter met haar. Maar haar stemming blijft erg somber en ook krijgt ze geen grip op haar problemen met het eten. Als ze met VWO 4 begint worden de problemen snel veel ernstiger. Ze gooit haar eten weg, gaat hardlopen met een lege maag en begint ook met braken. Automutilatie wordt ook een probleem. Uiteindelijk moet ze worden opgenomen in een jeugdpsychiatrische kliniek nadat ze daar twee maanden op de polikliniek gesprekken heeft gehad. Ze blijft er slechts een maand en is niet echt gemotiveerd voor de behandeling. Het gaat zelfs slechter met haar en ze gaat daarom uiteindelijk naar huis, waar ze in eerste instantie in gewicht aankomt. Hiervan raakt ze ernstig in paniek, er is geen enkele controle op haar eetstoornis. Ze wordt aangemeld bij de gespecialiseerde afdeling voor eetstoornissen van het UMC. De wachttijd is er zo lang dat ze het zonder hulp, van nogmaals een opname in de jeugdpsychiatrische kliniek, niet redt.

Eindelijk komt de opnamedatum voor de opname in Utrecht in zicht. De overgang naar deze kliniek valt haar erg zwaar omdat ze *moet* gaan eten. Maar tegelijkertijd merkt ze dat de behandelaars en verpleegkundigen veel ervaring hebben met haar problematiek, wat een bepaalde mate van veiligheid biedt. Ze merkt ook veel meer betrokkenheid van personeel dan tijdens eerder opnames. In eerste instantie komt ze nog niet veel vooruit, omdat ze de weekenden thuis nog veel blijft bewegen en niet of nauwelijks eet. De grote omslag komt voor haar nadat ze in het ziekenhuis wordt opgenomen met een blindedarmontsteking. Ze moet met spoed geopereerd worden. Haar conditie is slecht en ze kan totaal geen eigen verantwoordelijkheid aan waardoor haar situatie erg zorgelijk is. Ze valt dus verder af. Omdat ze zoveel afgevallen is, maakt het voor Femke wat gemakkelijker om weer beter haar best te doen als ze terug is op de afdeling voor eetstoornissen. Ze kan er vanaf dat moment ook voor kiezen om er echt voor te gaan. Langzamerhand gaat het beter, ze doorloopt de diverse fasen van de behandeling. Ook kiest ze er voor om naar HAVO 4 te gaan, wat een grote opluchting voor haar is. Ze mag verder gaan in de deeltijdbehandeling, maar ze is bang om naar huis terug te gaan. Daarom wordt besloten dat zij naar een pleeggezin gaat. Voor haar ouders is dat idee wel moeilijk, maar zij zetten zich er hard voor in om een goede plek voor hun dochter te vinden. Femke verblijft door de week bij het pleeggezin en in de weekenden gaat zij naar huis. Het boek eindigt bij de periode dat zij haar deeltijdbehandeling afsluit. Ze weet dat haar eetstoornis niet ineens voorbij zal zijn, maar ze is *een nieuwe weg* in geslagen en met haar positieve ervaringen en goede basis durft zij nu weer naar haar toekomst te kijken.

Het boek is zeer de moeite waard om te lezen. Het geeft een goed inzicht in de strijd van iemand met anorexia nervosa. Treffend wordt de problematische relatie met haar directe omgeving beschreven. De wederzijdse machteloosheid is heel goed voelbaar. Ook wordt in dit boek duidelijk hoe belangrijk het is dat iemand met ernstige psychiatrische problematiek zo snel mogelijk op de goede plek terecht komt. Door de afwisseling van dagboekfragmenten met het verhaal, lijkt de chronologische volgorde soms wat te ontbreken. Verder is het boek heel toegankelijk geschreven. Er zijn nog twee bijlagen aan het einde van het boek toegevoegd, over automutilatie en over huilbaby's. Femke heeft inmiddels ook een eigen website ontwikkelt waar onder andere op te lezen is hoe het inmiddels met haar gaat: [www.eennieuweweg.nl](http://www.eennieuweweg.nl)

---

## Onze burenen

### **Ivonne van der Padt**

Kees Verschure, Fijgje de Boer, Piet Overduin, Hans Kroon  
*Onze Buren*. Vormgegeven aan een maatschappelijk steunsysteem.  
ISBN 90 6665 592 5, Amsterdam: SWP (2004).

### **Verbondenheid in de Vogelbuurt**

Als voormalig inwoner van Dordrecht ken ik de Vogelwijk van verhalen. Het is geen echte achterstandwijk, er wonen wel veel mensen met een laag inkomen en vooral veel alleenstaanden (75%) Er is enige mate van sociale cohesie maar er spelen ook de nodige problemen. Niet zozeer veroorzaakt door de 'gewone' bewoners (Nederlanders, Marokkanen, Turken en Antillianen) maar vooral door die 'anderen'. De mensen met wie het niet pluis is in het hoofd, die voortdurend grenzen overschrijden en problemen binnenhalen door (andere) verslaafden binnen te halen. Het is deze wijk die onderwerp van onderzoek is geworden op een terrein dat ik tot mijn vakgebied reken: de sociale psychiatrie. Verbondenheid

met de stad Dordrecht, en met het onderwerp maatschappelijk steunsysteem, maken een bespreking van deze uitgave tot een waar genoegen. Dan nu het onderzoek: Doel van het project was om de effectiviteit van de zorg én de leefbaarheid in de Vogelbuurt (Dordrecht) te vergroten. De kracht van het project zat hem vooral in het aangaan en onderhouden van verbindingen vanuit persoonlijke betrokkenheid. Het resultaat van het project was dat de leefbaarheid in een buurt in Dordrecht behouden bleef, ondanks behoorlijke problemen vanwege de aanwezigheid van 47 bewoners met een intensief zorgprofiel. Marginalisering en uitstoting van een groep mensen met 'zorgwekkende problemen' werd voorkomen. Cliënten konden hun woning en zelfstandigheid zoveel mogelijk behouden. Een mooi resultaat van een 'best practice' in jaren vijftig wijk, met veel goedkope woningen, 47 mensen met psychiatrische problemen, verslaving en overlast in het heden en in het verleden.

Op initiatief van een medewerkster van een woningcorporatie werd in samenwerking met de politie en de GGZ en later het buurtcomité besloten tot een gezamenlijke aanpak van de toenemende overlast. De GGZ instelling De Grote Rivieren diende een projectvoorstel in bij de zorgverzekeraar om het project Onze Buren, te financieren. Het project moest een belangrijke bijdrage leveren aan de vermaatschappelijking die gevaar liep vanwege de ambulante hospitalisatie. Het project werd onderzocht op effecten voor de omgeving door een particulier bureau en het Trimbos-instituut. Het betreft hier een onderzoek over een langere periode met verschillende meetmomenten.

### **Samen werken om uitstoting te voorkomen**

In het onderhavige rapport worden methodisch en systematisch de verschillende fasen en de deelnemende partijen beschreven. De systeemgerichte aanpak van cliënt en hulpverlener naar het bredere terrein van maatschappelijke organisaties en buurtbewoners wordt zichtbaar. Met behulp van de GGZ wordt eraan gewerkt dat cliënten weer verbinding met zichzelf kunnen maken. Als dat is gelukt dan wordt het systeem uitgebreid en komen allerlei actoren in beeld om verbinding met de burens en andere bewoners in de wijk te maken. Want, zo stellen de auteurs, 'het verlies van verbindingen verwijst naar maatschappelijke problemen'.

Die problemen hebben ertoe geleid dat beleidsmakers zich de laatste drie jaar op wijkniveau zijn gaan afvragen hoe de samenleving georganiseerd moet worden. Voor die tijd werd dit vraagstuk vooral op macroniveau bekeken. Kwekkeboom (2001)<sup>1</sup> stuitte in haar onderzoek veelvuldig op dit fenomeen. Daarnaast signaleerde zij een paternalistische houding van het management van GGZ instellingen. De 'ontcategorisering', het overdragen van verantwoordelijkheden door de GGZ naar lokale overheden en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, verliep niet goed. Regionale samenwerking met de diverse instellingen en organisaties verliep ondanks acceptatie van het beleid zeer moeizaam. Als het aankwam op structurele samenwerking, met bijvoorbeeld cliëntenorganisaties, het ondertekenen van samenwerkingscontracten of het overdragen van verantwoordelijkheden bleef veel bij het oude. Instellingen die vooral het 'zo gewoon mogelijk' kunnen leven in de samenleving zouden kunnen verzorgen (woningbouwcorporaties, arbeidsbureaus' en de lokale overheid) werden nauwelijks in de samenwerking betrokken. Een belangrijk onderdeel van vermaatschappelijking is juist de bijdrage van de leden van de samenleving. Dit impliceert een wisselwerking en daarbij past volgens Kwekkeboom het begrip 'community care' beter. Want hierbij gaat het

---

<sup>1</sup> Kwekkeboom M.H. (2001) *Zo gewoon mogelijk*. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2001/8.

om 'de opvang en begeleiding geboden aan mensen met beperkingen door instellingen en personen die niet primair op het terrein van de zorg actief zijn. Deze opvang en begeleiding zouden mensen met beperkingen in staat moeten stellen om, ondanks deze handicaps, een zo normaal mogelijk leven te leiden'. Uit verschillende onderzoeken is volgens Kwekkeboom gebleken dat er een redelijk breed draagvlak in de samenleving bestaat om opnamen zoveel mogelijk te voorkomen en mensen met psychiatrische problemen zo gewoon mogelijk deel te laten nemen aan de samenleving. Voorwaarde is wel dat er geen overlast wordt veroorzaakt en men zich 'normaal' gedraagt. De bevindingen in de Vogelbuurt wijzen op dezelfde uitkomsten. De bewoners ( $\pm 2480$ ) uit de buurt staan na een jaar positiever (een groei van 15%) tegenover een 'buur' met psychiatrische problemen (totaal 72%). Voorwaarden voor acceptatie zijn dat er goede begeleiding is van deze burens en dat zij geen overlast veroorzaken. Opmerkelijk bij de burens is dat de contacten zich niet beperken tot medewerkers van verschillende instellingen, maar dat bewoners van de wijk een groei in contact met een buur met psychiatrische problemen laten zien (van 21 naar 34%).

De kracht van het project lag vooral in de snelle hulpverlening bij knelpunten in de praktijk. Bij klachten over overlast werden snel voorzieningen en activiteiten opgezet voor de doelgroep. Er werd een wijkwinkel opgezet waar informatie en gegeven wordt onder andere via een spreekuur van verschillende deelnemers aan het project (de woningbouwvereniging Woondrecht, BZW, Het Kasperspad en de ouderenadviseur). Er kwam een werkplaats van waaruit allerlei klussen voor mensen uit de wijk werden uitgevoerd. Er werd een tuinproject gestart vanuit een tuin van een bewoonster die zelf te oude was om haar tuin bij te houden, er ontstond een vriendendienst en er werden allerlei jaaractiviteiten in het leven geroepen. Het is vooral het buurtcomité dat een actieve en verbindende rol heeft gespeeld bij het opzetten van deze activiteiten. Daarnaast krijgen de 100 mensen die in de Vogelbuurt wonen en last hebben van psychiatrische problemen, verschillende vormen van zorg van hulpverleners van de Grote Rivieren. Dit kan bestaan uit rehabilitatie, zorgcoördinatie, Begeleid Zelfstandig Wonen en bemoeizorg. De meeste tijd wordt in beslag genomen door het leven rond de cliënt te regelen en vooral op het gebied van wonen. De verschillende overlegvormen bieden inzicht in de overlast, en de meest effectieve maatregelen daartegen. Zo blijkt de nauwe samenwerking van de GGZ en medewerkers van de woningcorporatie effectief om inwoning en de daarmee samenhangende overlast, te voorkomen. De verslavingszorg, de GGD en, de 1<sup>e</sup> lijnshulpverlening en de schuldhulpverlening, participeren niet in het project terwijl dit wel gewenst is.

Kenmerken van een wijkgerichte benadering zijn:

- men werkt in en met de wijk;
- met kent de wijkstructuur en – cultuur;
- men kent elkaar; de professionele en informele steunstructuur;
- met werkt zelf 'tot achter de voordeur' en staat als het nodig is zelf 'met de voeten in de modder';
- men is direct aanspreekbaar voor wijkbewoners, ook voor vragen en problemen die niet op het eigen vakgebied liggen;
- men reageert direct op signalen;
- men stemt horizontaal met elkaar af, en;
- men probeert problemen zo nodig integraal aan te pakken, waarbij ieder zijn aandeel levert in de onderlinge afstemming.

De onderzoekers signaleren naast kansen ook bedreigingen. Een belangrijke bedreiging zou uit kunnen gaan van de wijzigingen in het zorgstelsel en de bezuinigingen in de zorg. De PGB's gaan uit van individualisering en dat staat haaks op de solidariteitsgedachte waarop de wijkgerichte ketenzorg is gericht.

De nieuwe Wet Maatschappelijke Zorg zou perspectief kunnen bieden volgens de auteurs mits niet alleen gekeken wordt naar 'cijfermatige *output*' maar vooral naar 'cliëntgerichte *outcome*'. Kortom een onderzoek om notitie van te nemen bij het vorm geven aan een maatschappelijk steunsysteem!