

---

# OVER DE GRENZEN

Collega's die geleerd hebben aan de universiteit des levens  
Inspiratie opgedaan in Birmingham UK

**Jet van der Velden**, SPV Rehabilitatieteam dak- en thuislozen Mentrum Amsterdam. Per 1 februari is zij werkzaam bij een nieuw ACT-team voor prostituees die verslaafd zijn en psychiatrische problematiek hebben, eveneens te Amsterdam.

## **Inleiding**

Zoals overal zijn er ook binnen de Amsterdamse sociale psychiatrie vele veranderingen gaande. Zo wordt de samenwerking tussen de verslavingszorg en de GGZ geïntensiveerd en worden er ACT-teams (Assertive Community Treatment teams) voor verschillende doelgroepen opgezet/ gestart. Om inspiratie op te doen, en te leren van ervaringen elders, hebben drie SPV-en van het Rehabteam Mentrum Amsterdam, een werkbezoek gebracht aan Birmingham. Hier werkt men al jaren met ACT- teams en vormt de verslavingszorg een integraal onderdeel van de GGZ organisatie.

We zijn slechts enkele dagen op bezoek geweest. Niettemin was het erg leuk en inspirerend.

Hieronder volgt een verslag van de reis en onze bevindingen.

## **Birmingham**

Birmingham is de tweede stad van Engeland met een miljoen inwoners, waarvan 30 % van allochtone afkomst, en is in die zin enigszins vergelijkbaar met Amsterdam. Wij dachten een grauwe fabrieksstad aan te treffen, maar hebben dit beeld sterk moeten bij stellen: het is een ruim opgezette stad, met veel nieuwbouw in het stadscentrum. Er zijn vrijwel geen historische bezienswaardigheden noch andere toeristische attracties. Van oudsher is Birmingham bekend om zijn auto-industrie, Rover en Austin, en de voedingsindustrie. Daarnaast is Birmingham het bestuurlijk centrum van Midden Engeland en zijn er drie universiteiten.

Onze gastheer Mervyn Morris is een zeer bevlogen hoofddocent Sociale Psychiatrie en hij heeft contacten overal in de stad, maar ook in heel Europa. We werden ontzettend gastvrij ontvangen door hem en eigenlijk door iedereen waar wij op bezoek kwamen.

In dit artikel wordt de organisatie en werkwijze van de zorg voor mensen met ernstig psychiatrische problematiek beschreven. Vervolgens wordt er ingegaan op de positie van de gebruikers van de GGZ in Birmingham, omdat vooral dat voor ons een eye-opener was.

## **Organisatie en werkwijze**

Mervyn Morris gaf in een presentatie een overzicht hoe de GGZ (dat is in Engeland dus altijd inclusief verslavingszorg) in Birmingham georganiseerd is. Tot 1990 waren er 6 zogeheten '*Victorian Hospitals*' in en om de stad. De overheid heeft in samenspraak met cliënten-, mantelzorgorganisaties en professionals een moderniseringsbeleid ontwikkeld, dat vanaf 1998 uitgevoerd wordt. Er zijn specialistische programma's voor onder andere vrouwen, ouderen, mensen met eetstoornissen of cliënten met forensische problemen.

Voor de mensen met ernstige psychiatrische problemen zijn er drie soorten teams opgezet:

- Community Mental Health Teams
- Assertive Outreach Teams
- Home Treatmentteams.

Deze teams zijn per stadsdeel van ongeveer 100.000 mensen opgezet.

De Community Mental Health Teams zijn bedoeld voor mensen die zich goed aan afspraken kunnen houden. In deze teams is er veel aandacht voor herstel en integratie. Men werkt met een individuele caseload, van ongeveer 30 patiënten per werker.

De Assertive Outreachteams zijn bedoeld voor patiënten die niet op afspraken verschijnen en / of bekend staan als draaideurpatiënten ,of veel onrust in veroorzaken in de samenleving. Deze teams werken met een teamverantwoordelijkheid, veelal outreachend en de caseload is 15 patiënten per formatieplaats. De werkwijze van deze teams is geïnspireerd op ACT Teams in de USA.

De Home Treatment teams zijn opgericht om 7x 24 uur per week intensieve crisiszorg te geven. Wanneer iemand in crisis komt worden zij bij het home treatment team aangemeld, zij nemen de zorg over, maar blijven wel in contact met de oorspronkelijke hulpverlener. Door zeer intensieve zorg in te zetten, tot 8 uur per dag, probeert men de crisis in de thuissituatie te overbruggen en op te lossen, eventueel in samenwerking met de mantelzorger. De achtergrond voor zo'n intensieve ambulante crisisopvang is het feit dat juist de stressoren in de thuissituatie in beeld komen die tot de crisis geleid hebben. Wanneer een patiënt en de mensen er om heen zicht krijgen op wat de patiënt uit evenwicht heeft gebracht, kan er in de situatie zelf gehandeld worden en kan iemand leren meer grip op zijn leven te krijgen. Wanneer het thuis echt niet meer gaat dan wordt er overgegaan tot een opname in een zogenaamd Respijthuis. Wanneer dat geen oplossing biedt gaat iemand naar een psychiatrische kliniek.

Wij zijn op bezoek geweest in een Respijthuis, een rijtjeshuis in een woonbuurt, met 4 slaapkamers, een huiskamer, keuken, badkamer. Er is 24 uur per dag een gastheer of gastvrouw aanwezig, die let op de dagelijkse gang van zaken: of iedereen uit zijn bed komt, eet en drinkt, zijn afspraken nakomt en zijn medicijnen inneemt. Deze gastheer kan altijd het hometreatment team inroepen bij spanningen. Mensen verblijven er gemiddeld 4 weken en het is voor velen een goed alternatief voor een opname in een kliniek.

Vervolgens hebben we een opnamekliniek bezocht: het deed ons denken aan onze eigen klinieken: ziekenhuismeubilair, een verpleegpost waar men iedereen in de gaten kan houden, vervuild tapijt met brandgaatjes waar meer en minder psychotische mensen hangen of heen en weer lopen. De ontvangsthall van de kliniek deed vriendelijk aan: er is een koffiehok, een winkeltje, een leestafel, en een biljart te vinden.

### **Users, carers en community support workers.**

Ons eerste bezoek was aan het *consumerrun* project: *Change future*. We moesten natuurlijk aan de Engelse termen wennen om het gesprek vlot te laten lopen. In plaats van patiënten of cliënten sprak men in het algemeen van *service users*. Een mooie vertaling kon ik niet vinden omdat bij ons de term gebruikers geassocieerd wordt met drugsgebruikers. Een ander voor ons nieuw woord was *carers* ofwel mantelzorgers. Wat opviel was dat bij elk beleidsstuk de wensen van patiënten en mantelzorgers expliciet genoemd worden en richtinggevend zijn: Dat is echt vraaggestuurd beleid.

*Change Future* is een project waar men trainingen geeft die reïntegratie moeten bevorderen. Zij hebben enkele mensen in dienst, hetgeen een hele prestatie is omdat het project via fondswerving aan geld moet komen.

Het wordt niet betaald vanuit de reguliere financiering. Veel nadruk wordt in dit project gelegd op stigmabestrijding. Uit onderzoek, met name in Engeland, is gebleken hoe belemmerend een stigma is voor het functioneren van een psychiatrisch patiënt te zijn. Bovendien is er een verkeerde beeldvorming van psychiatrische patiënten is (Van Weeghel, 2005).

In de teams werken naast SPV-en, ambulante verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, een psychiater en 2 tot 4 *community support workers*. Dit zijn mensen die geen hulpverlenersdiploma op zak hebben, maar wel dusdanige levenservaring hebben dat zij veel kunnen betekenen voor de patiënten. Het zijn mensen die zelf psychiatrische problemen hebben gehad of mantelzorger zijn geweest. Het zijn in ieder geval mensen met veel levenservaring. Zowel tijdens crisiscontacten als op andere momenten hebben zij soms veel meer ingang dan gediplomeerde werkers. Volgens onze gastheren hebben deze mensen een meerwaarde.

Ook in de Respijthuizen werken mensen die geen hulpverlener zijn maar gastheer genoemd worden. Zij zijn in dienst van de woningbouwvereniging. Het huis, inclusief de personeelsvoorziening, wordt ingehuurd door de GGZ-organisatie. Het uitgangspunt is dat op moeilijke momenten een luisterend oor het belangrijkste is, en dat het minder uitmaakt of dat oor van een gediplomeerd persoon is. Het maakt wel uit of de mensen er voor je zijn, naar je luisteren.

### **Over dubbele diagnoses**

Een reden voor ons bezoek was dat wij intensiever gaan samenwerken met de Jellinek, de instelling voor verslavingszorg in Amsterdam. In Birmingham hebben we daarom ook een project voor dubbele diagnose bezocht. Al enkele jaren draait er een consultatieteam voor dubbele diagnose problematiek. Omdat een kwart van de patiëntenpopulatie problematisch druggebruik kent, is men van mening dat alle hulpverleners verstand moeten hebben van dubbele diagnoses en hoe je daar aandacht aan kunt besteden in de behandeling. Er worden trainingen gegeven in herkenning en omgaan met dit soort problematiek. Daarnaast kan consultatie aangevraagd worden als hulpverleners er niet uitkomen. Hun methodiekboek zag er heel bruikbaar uit. Wat ons bij dit bezoek opviel, was dat men gericht is op het functioneren van de mens en de invloed van drugs of alcohol op het functioneren. Dit vormt ook het focus bij de behandeling: Wensen rond het functioneren bieden aanknopingspunten om iets aan het gebruik te veranderen. De behandeling is dus niet gericht op stoppen met druggebruik.

### **Conclusie**

Ons werkbezoek aan Birmingham heeft ons geïnspireerd om na te denken wat vraaggestuurd werken in de praktijk kan inhouden. Op politiek niveau, organisatorisch niveau en uitvoerend niveau (macro, meso en micro) zijn de klanten(patiënten en mantelzorgers) van de GGZ aanwezig en laten zij hun stem horen. Hun aanwezigheid maakt verschil uit in de praktijk: het bestaan van Hometreatment teams, Respijthuizen zijn daar mooie voorbeelden van. De aandacht voor stigmabestrijding omdat patiënten het stigma van de gek als een van de grootste belemmeringen ervaren, valt daar ook onder.

De vraag in welke teams, op welke plekken en onder welke voorwaarden wij in Nederland meer ongediplomeerde werkers, die wel veel levenservaring hebben, kunnen inzetten lijkt me belangrijk om te onderzoeken. In Birmingham werd van deze werkers gezegd dat zij een diploma van de universiteit des levens moesten hebben: een beschrijving die meer voldoet en duidelijker maakt wat zij kunnen toevoegen aan de GGZ.

### **Geraadpleegde literatuur**

- Weeghel, J.van (2005), Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen, MGv 394-410