

---

# UIT DEN LANDE

## De zelfstandige SPV

**Marcel van der Waard, Marijke Lenders, Maria van Genugten, Hans Landman en Peter Braem**

We hebben er allemaal wel eens genoeg van om in een grote, bureaucratische organisatie te werken. We hebben allemaal wel eens het idee dat targets onze leidraad zijn en administratie de voornaamste bezigheid. 'Was ik maar eigen baas!', verzuchten velen van ons. Uiteindelijk zetten echter maar weinigen de stap om dat te realiseren. Sociale Psychiatrie spoorde een aantal zelfstandig werkende SPV'en op en vroeg naar hun drijfveren en naar hun werk. Marcel van der Waard is sinds 4 jaar vrij gevestigd en werkt in Zuid-Holland, Marijke Lenders is sinds drie jaar vrij gevestigd en werkt in Noord-Brabant, Maria van Genugten is sinds zes jaar vrij gevestigd en werkt eveneens in Noord-Brabant, Hans Landman is sinds ongeveer twee jaar vrij gevestigd en werkzaam in de zelfde maatschap als Marcel van der Waard.

### **Wat heeft jou doen besluiten je te vestigen als zelfstandig SPV?**

*Marcel van der Waard:*

"Mijn besluit om te komen tot het vestigen van een eigen praktijk heeft alles te maken gehad met de ontwikkelingen bij mijn werkgever. Ik had toen al jaren gewerkt met cliënten met chronische psychotische problematiek binnen een oorspronkelijk uitdagend project, waar ieder trots op was en waar je mee voor de dag kon komen. Dat project verloor na veranderde financiële omstandigheden alle glans en we ondergingen de ene na de andere organisatorische verandering. De productiecijfers gingen een rol spelen, kwantiteit ging praktisch gezien voorrang krijgen boven de kwaliteit van de zorg. Er kwam echter een periode waarin een nieuwe manager met bravour, fantasie en enthousiasme de medewerkers motiveerde om de kleine GGZ vestiging waar ik werkte tot een volwaardig regionaal centrum te laten functioneren om zich te ontworstelen aan het calimero-gevoel: het in de schaduw staan van de grote vestiging elders in de regio. Deze uitdaging had ik al jaren gemist. Ik ging weer fluitend naar mijn werk en liet me door hem inspireren om adequaat met registraties om te gaan. Zijn droom bleek echter niet bewaarheid te worden. De inspirerende manager werd de laan uitgestuurd en een interimmanager werd aangesteld, die financiële orde op zaken moest stellen. Een groter contrast kon er niet zijn. Deze interimmanager wist me in ons eerste gesprek zó te krenken en te demotiveren, dat ik per direct besloot dat ik wat voor mezelf zou gaan doen. Ondanks alle negativiteit van toen, ben ik deze interimmanager er nu wel heel dankbaar voor! Het starten van de eigen praktijk heeft me ook het inzicht gegeven hoe een organisatie met geld en registraties om moet gaan en dus ook dat management veel kost! Ik ben heel voorzichtig begonnen met de praktijk. Via een oud-collega had ik al gehoord van Stichting 1nP [Stichting 1nP is een organisatie die zorgdraagt voor een aantal faciliteiten voor GGZ hulpverleners die zich bij hen aansluiten, red.]. Toen ik besloot zelfstandig een praktijk te gaan voeren, ben ik bij de oud-collega te rade gegaan en hij motiveerde mij om me aan te melden bij 1nP. Er waren nog geen wachtlijsten en ik kon vrij snel erna beginnen. Om te voorkomen dat ik beticht werd cliënten van mijn werkgever te pikken, begon ik in een nabij gelegen stad en kon ik bij 1nP een spreekkamer huren voor de tijd dat ik het nodig had, één dagdeel. Op de website van 1nP kreeg ik een eigen plaats waarop ik mij kon profileren. De eerste cliënten dienden zich al snel aan. Bijna allemaal hadden ze al eerder bij de regionale GGZ hun ervaringen opgedaan."

*Marijke Lenders:*

"Ik had er behoefte aan om een autonome stap te zetten, mezelf te ontwikkelen als professional, en mijn eigen collega's en doelgroep te kiezen. Ik wilde ook een breder werkgebied en mij hierin ontwikkelen. Ook verlangde ik naar korte lijnen met verwijzers en minimaal vergaderen, meer verdienen en mijn eigen tarieven bepalen. Daarnaast had ik ook enkele negatieve motieven: de reguliere GGZ heeft ervaren SPV'en weinig te bieden als je geen managersambities hebt.

Het vak van de SPV is binnen GGZ inmiddels erg uitgekleed en de werkdruk is dramatisch hoog. Agenda's wordt door anderen bepaald, werkzaamheden ook. Daarnaast is de sfeer over het algemeen negatief en mopperig."

*Maria van Genugten:*

"Geen gemakkelijk besluit om helemaal zelfstandig te gaan. Met name de collega's van het team waarin ik werkte zijn me erg dierbaar. Ik besloot toch te vertrekken omdat ik merkte mijn passie voor het werk daar kwijt te zijn. Ik heb al zeven jaar een eigen praktijk naast mijn werkzaamheden bij de GGZ, die langzaam maar gestaag gegroeid is en me nu een volle agenda oplevert. Ik merkte tijdens mijn werk bij de GGZ dat ik meer behoefte kreeg aan vrijheid, zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid. Dit vormde voor mij de hoofdfreden. Daarnaast waren er de bureaucratie van de GGZ, de volle agenda's, de veel te grote caseload: 64 cliënten voor 16 uur, allen met persoonlijkheidsproblematiek. Ik merkte een groot verschil in werkplezier tussen het werken in de reguliere GGZ en mijn eigen cliënten. De problematiek is ook nu vergelijkbaar met die in de tweede lijn, maar wel milder. Ik kan zelf plannen, het geeft me veel meer vrijheid."

*Hans Landman:*

"Ongeveer 5 jaar geleden kwam bij mij het besef dat de bureaucratiesering in de zorg begon toe te nemen, met in haar kielzog naar mijn idee halfslachtige automatisering, productie targets, productontwikkelingen, veel administratie en veel vergaderen. Daar werd ik letterlijk en figuurlijk helemaal ziek van. Na een milde burn-out ben ik mij gaan afvragen waar ik eigenlijk mee bezig was en of dat misschien ook anders kan. Mijn ondernemersbloed begon te stromen en kreeg ik het idee om een eigen praktijk te starten. Toch zou het nog bijna 3 jaar duren voordat ik daadwerkelijk die stap maakte. "

### **Welke acties (materieel, financieel, inhoudelijk) heb je daarvoor gedaan?**

*Marcel van der Waard:*

"Aanvankelijk deed ik het vrijgevestigde werk erbij en deed niets aan reclame! Ik heb een aparte GSM aangeschaft en een aparte bankrekening geopend, zodat ik helder hield wat mijn inkomsten en uitgaven waren. Later heb ik een eigen website ontwikkeld en visitekaartjes laten drukken. Reclame heb ik verder niet gemaakt. Toch kwamen er cliënten op af. De woonwerkkafstand en het feit dat het een grote stad is, maakte dat het doen van huisbezoeken niet economisch was. Uitkijken naar een plek in mijn eigen woonregio was dus zinvol. Ik dacht dat mijn werkgever er wel moeilijk over zou doen, maar er werd me niets in de weg gelegd. Wel ben ik steeds erg open geweest over mijn doelen en bezigheden. Samen met een collega ben ik het afgelopen jaar een gezamenlijke praktijk begonnen. We konden een praktijkruimte huren. We vulden de gaten op: we zagen cliënten op dagen dat de spreekkamer toch niet werd gebruikt en intussen keken we uit naar een eigen onderkomen. Mijn collega had als SPV in de huisartsenpraktijk gewerkt. Hij had, door zijn opgebouwde netwerk, al snel een aanbod. Dit werd mede veroorzaakt door de groeiende wachtlijsten bij onze werkgever en de aanloop van ontevreden ex-clieënten, die het moe waren steeds van behandelaar te moeten wisselen of die de aanpak onpersoonlijk vonden. Ik kon op zijn bekendheid meeliften. We hebben de krachten gebundeld, een gezamenlijke website gemaakt en alle briefpapier, visitekaartjes en dergelijke laten ontwikkelen door mijn enthousiaste zoon die de grafische school heeft doorlopen. Aanvankelijk hebben we ons apart ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, later zijn we als maatschap ingeschreven op ons eigen praktijkadres.

We hebben van SPV-collega's informatie gekregen hoe we een maatschapscontract konden regelen. We hebben per direct een gezamenlijke bankrekening geopend. We hebben elk een verzekering voor beroepsaansprakelijkheid afgesloten en een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

*Marijke Lenders:*

"Ik ben een werkruimte gaan huren, heb een computer en dergelijke aangeschaft en verwijzers gezocht. Ik heb samenwerking met twee psychiaters gevonden, een administratiesysteem georganiseerd en intervisie opgezet. Bij anderen heb ik geïnformeerd welke tarieven zij hanteren. Verder heb ik een website gemaakt en visitekaartjes aangeschaft."

*Maria van Genugten:*

"Ik huur sinds ik een eigen praktijk heb een kamer in een klein gezondheidscentrum. Ik ben begonnen dit naast mijn werkzaamheden in de reguliere GGZ te doen. Het laten drukken van mijn visitekaartjes was eigenlijk de eerste stap. Sinds een aantal jaren worden de gesprekken vergoed door de ziektekostenverzekeraars. Daarmee is mijn populatie substantieel gegroeid en ben ik mijn werkzaamheden bij de GGZ gaan afbouwen tot gisteren mijn afscheid kon worden gevierd. Acquisitie is verder een karwei op zich."

*Hans Landman:*

"Mijn eerste stap was eindeloos fantaseren hoe mijn eigen praktijk er uit zou gaan zien. Ik heb toen eerst een drie daagse cursus bij het RINO in Amsterdam gedaan, waar ik veel informatie kreeg over het opstarten van een eigen praktijk. Dat was heel inspirerend en aanmoedigend! Toch duurde het toen nog bijna twee jaar voordat ik besloot een eigen praktijk te starten. Daarna was het allemaal niet zo ingewikkeld. Een naam voor de praktijk verzinnen, het werkterrein en de doelgroep afbakenen, inschrijving bij Kamer van Koophandel regelen, verklaring arbeidsrelatie opvragen, inschrijven bij een organisatie die het mogelijk maakt DBC financiering te verkrijgen, website maken, folders maken en een praktijkruimte zoeken. Daarna was het vooral doen!

Ik heb er voor gekozen om klein te beginnen, zodat ik het naast mijn bestaande baan kon blijven doen. In die tijd werkte ik drie dagen voor een lokale GGZ instelling. "

## **Hoe komt je aan werk?**

*Marcel van der Waard:*

"Ons cliëntenaanbod is heel divers. Er komen cliënten direct na verwijzing door de huisarts, andere komen via de website of via mond-op-mond reclame bij ons. Met een verwijzing schrijven we hen in bij EuroPsyche (organisatie met eveneens een faciliterend karakter, die zich vooral afficheert met psychotherapie, red.), een concurrerende instelling naast 1nP. We maken gebruik van de sterke kanten van beide organisaties. Daarnaast komen er ook cliënten, die niet ingeschreven willen worden bij een instelling en ons betalen uit eigen zak of via bijzondere regelingen kunnen declareren bij hun ziektekostenverzekeraar. Ook heb ik enkele cliënten gehad met een PGB."

*Marijke Lenders:*

"Via verwijzers: huisartsen melden rechtstreeks aan, psychiaters vragen om deelbehandeling door SPV-en, maatschappelijk werk vraagt consultatie en verwijst ook. Daarnaast doe ik educatief werk en workshops."

*Maria van Genugten:*

"Ik heb contacten met veel huisartsen. Mijn netwerk heb ik opgebouwd in de tijd dat ik als consulente voor hen in de eerste lijn werkte. Omdat we elkaar kennen, vinden we elkaar gemakkelijk. Verder heb ik al een jarenlange samenwerking met een aantal land- en tuinbouworganisaties. Met hen bespreek ik de psychiatrische problematiek van de agrariërs en worden cliënten naar mij verwezen wanneer de pastoraal werkers er niet meer uit komen omdat de psychiatrische stoornis teveel op de voorgrond staat. Daarnaast geef ik cursussen en workshops."

*Hans Landman:*

"We hebben aanmeldingen vanuit de sociale dienst, het bedrijfsleven, re-integratiebureaus, en van particulieren. Vooral positieve mond-op-mond reclame levert ons veel nieuwe aanmeldingen op."

### **Hoeveel uur werkt je als zelfstandig SPV?**

*Marcel van der Waard:*

"Aanvankelijk werkte ik maximaal vier uur erbij. Stap voor stap ben ik nu toegegroeid naar volledige zelfstandigheid. Van 36 uur werknemer, naar 27 en 18 uur, stop ik per juli van dit jaar als werknemer!"

*Marijke Lenders:*

"Per week 20-30 uur."

*Maria van Genugten:*

"Zoals het er nu uitziet ga ik drie dagen per week cliëntenzorg doen en één dag les geven."

*Hans Landman:*

"Met ingang van 1 januari werk ik samen met Marcel van de Waard in een maatschap en per 1 juli dit jaar werken we beiden fulltime in onze eigen praktijk. Een deel daarvan hebben we ons als freelancers verbonden aan een organisatie voor maatschappelijke opvang."

### **Heb je naast je werk als zelfstandig SPV nog andere werkzaamheden?**

*Marcel van der Waard:*

"Naast mijn werk als vrijgevestigd SPV, heb ik nu geen formele andere banen meer."

*Marijke Lenders:*

"Ja, ik werk nog in loondienst, 16 uur per week voor een GGZ-instelling".

*Hans Landman:*

"Nee. Ik heb tot 1 juli 2009 bij een lokale GGZ instelling gewerkt, maar dat was met de sterke groei van de eigen praktijk niet meer te combineren."

### **Wat voor soort casuïstiek behandel je?**

*Marcel van der Waard:*

"De casuïstiek die ik behandel is zeer divers. Ik werk heel generalistisch. De mensen met wie ik werk hebben soms aanpassingsproblematiek, depressies, angstklachten, ADHD, persoonlijkheidsproblematiek, relatieproblematiek en steeds vaker komt ook gezinsproblematiek naar de praktijk. Bij problematiek die eigenlijk door een grote GGZ organisatie behandeld moet worden, doen we ook wachtlijstbegeleiding. We concurreren soms met de 1stelijns psychologen. Soms verwijzen zij cliënten ook naar ons door."

*Marijke Lenders:*

"Ik behandel alle 2elijns casuïstiek maar in principe geen crisisgevoelige cliënten."

*Maria van Genugten:*

"Ik kom in mijn praktijk allerlei soorten casuïstiek tegen. Door de jarenlange ervaring ben ik thuis in problematiek als angst en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek en traumabehandeling. Ik werk veelal met de oplossingsgerichte methode en kan mensen behandelen met EMDR."

*Hans Landman:*

"Ik richt me op een vrij brede doelgroep. Eigenlijk te vergelijken met het reguliere GGZ aanbod. Belangrijk is wel dat de casuïstiek niet te crisisgevoelig is, omdat we in onze praktijk nog geen echte crisisfaciliteiten hebben. Aanmeldingen van te crisisgevoelige cliënten verwijs ik door naar de reguliere GGZ. Tot de intake daar plaatsvindt, verzorgen wij de overbruggingscontacten, zodat cliënten niet tussen was en schip geraken. Sociale psychiatrie heeft mijn voorkeur, maar ik kan ook uit de voeten met arbeidsgerelateerde problematiek en identiteitsontwikkeling."

Relatie problematiek en contextuele vraagstukken zijn niet mijn expertise, maar vind ik wel heel leuk om te behandelen. Recent heb ik een cursus kortdurende psychotherapie gevolgd en daar kan ik vooral goed mee werken bij milde problematiek. "

### **Zie je noodzaak tot samenwerking met andere disciplines en indien ja, hoe realiseer je dit?**

*Marcel van der Waard:*

"Binnen de netwerken van 1nP en EuroPsyche kunnen we multidisciplinair werken. Voor nadere diagnostiek hebben we goede ervaring met een plaatselijk psychologisch diagnostisch centrum. Binnen en buiten het netwerk werken we samen met al dan niet vrijgevestigde psychiaters. Maar ook is het vaak mogelijk om met de huisartsen op te trekken."

*Marijke Lenders:*

"Ja, ik vind samenwerking noodzakelijk, om maatwerk voor de cliënt te kunnen leveren en voor mijn eigen back-up en intervisie. Dit doe ik door actieve benadering van potentiële collega's. Gewoon bellen dus of een afspraak maken."

*Maria van Genugten:*

"Ik vind de samenwerking met anderen erg belangrijk. Het houdt mij op de hoogte van de laatste ontwikkelingen, het helpt mij blinde vlekken te voorkomen. Ik vind het ook nog gezellig! Ik heb een aantal samenwerkingsrelaties met vrijgevestigde therapeuten. Ik werk in de DBC's van een aantal psychiaters. Regelmatig ontmoet ik in diverse samenstellingen vakgenoten. Nu mag dat, anders als in de reguliere GGZ, onder het genot van een drankje en een hapje, roulerend bij iemand thuis. Ik heb intervisie in een EMDR-club, in een oplossingsgerichte club en cliëntenbesprekingen met de psychiaters en andere vrijgevestigde SPV'en."

*Hans Landman:*

"Samenwerking met andere disciplines vind ik heel belangrijk! Met de huidige financieringsstructuur is dat soms lastig vorm te geven. Vooral de samenwerking met psychiaters ervaar ik als een groot probleem. In de praktijk werken we nu vooral samen met anders ZZP'ers in de zorg en met de huisartsen. Voorzieningen als Begeleid Zelfstandig Wonen, Psychiatrische Intensieve Thuiszorg en groepen zijn nog moeilijk toegankelijk voor ons, maar daarin zien we wel positieve ontwikkelingen."

### **Hoe ervaren de cliënten jou hulp?**

*Marcel van der Waard:*

"Clienten ervaren onze hulpverlening als deskundig en persoonlijk. Onze open houding wordt erg op prijs gesteld. De entourage ook als minder zakelijk. Het gaat er luchtiger aan toe. "

*Marijke Lenders:*

"Goed, er zijn nauwelijks no shows! Lijnen zijn kort en contact is wat persoonlijker. Ik maak frequente afspraken, wekelijks of 2-wekelijks. Mensen kunnen mij rechte reeks bellen of mailen, zonder tussenkomst van een secretaresse."

*Maria van Genugten:*

"De cliënten ervaren mijn hulp over het algemeen als erg positief. Voor hen is het belangrijk dat er korte lijnen zijn. Ze kunnen me bellen op mijn gsm of per email bereiken. Geen screening, intake of adviesgesprek bij diverse personen, geen wachtlijst."

*Hans Landman:*

"De meest cliënten ervaren onze praktijk als een verademing, vooral als ze al de nodige ervaringen met grote GGZ instellingen hebben gehad. De persoonlijke ontvangst wordt door veel van hen als een warm bad ervaren. Je eigen hulpverlener opent de deur, heet je hartelijke welkom (neemt zelfs soms je jas nog aan) en biedt je een kop koffie of thee aan."

Dat geeft het gevoel welkom te zijn, niet nummer zoveel van die dag. Ook ervaren ze onze kleine praktijk als veel minder stigmatiserend. Ze hebben er meestal veel mindere moeite om tegen familie of vrienden te zeggen dat zij naar ons toe gaan, dan ze dat hadden toen ze bij een de reguliere GGZ kwamen. Ook de korte lijnen vinden mensen prettig. Het veel directer toegankelijk zijn van de hulpverlener geeft hen vaak een extra gevoel van veiligheid: als er iets is, kom ik meteen bij de juiste persoon. Cliënten geven ook aan dat zij ervaren dat er beter naar hen geluisterd wordt (er is meer tijd om hun verhaal te doen) en dat de behandeling meer op hun persoonlijke situatie wordt afgestemd. Door sommigen wordt de kleinschaligheid van onze praktijk juist als bedreigend ervaren. Zij kiezen dan voor de 'anonimiteit' van de grote organisatie en vaak ook voor het veel bredere aanbod dat deze organisaties kunnen bieden."

### **Welke prestatie-indicatoren gebruik je?**

*Marcel van der Waard:*

"We gebruiken nog geen prestatieindicatoren. Bij de intake maken we gebruik van de 4DKL (De 4DKL heeft als doel stresssymptomen te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie, red.) en OQ45 vragenlijsten (de Outcome Questionnaire is ontwikkeld om het nut van de behandeling te evalueren en te documenteren. Het instrument is geschikt om bijvoorbeeld wekelijks af te nemen zodat veranderingen goed gevolgd kunnen worden, red.). Die gebruiken we aan het einde van de behandeling echter niet. Wel vragen we de cliënten na elk gesprek per email om een evaluatieformulier in te vullen waarop zij kunnen terugblikken op het gesprek. In het volgende gesprek komen we er op terug en na ongeveer 5 gesprekken evalueren we of we nog op de goede weg zijn. Dat valt of staat natuurlijk ook bij een juiste doelstelling, op maat gemaakt, zo passend mogelijk bij de client."

*Marijke Lenders:*

"Ik werk vrijwel altijd samen, behandelingen worden regelmatig geëvalueerd en behandelplannen worden besproken."

*Maria van Genugten:*

"Aan het begin en einde van de behandeling wordt een ROM-meting gedaan. Ik gebruik vragenlijsten zoals bijvoorbeeld de BDI gedurende de behandeling om effecten te meten. Inhoudelijk moet je op de hoogte zijn van een groot scala aan behandelmethodieken, ook de laatste methodes zijn belangrijk om te kennen. Uiteraard vind ik het ook van belang dat ik mijn grenzen ken. Het wordt erg gewaardeerd als ik aangeef er onvoldoende van te weten, maar wel kan doorverwijzen naar iemand die er goed in is. Een goed netwerk is een vereiste en dat vraagt veel onderhoud."

*Hans Landman:*

"We maken gebruik van de metingen die door de organisaties als 1NP en EuroPsyche worden gehanteerd als prestatie-indicatoren. Het zou mooi zijn als er een eigen prestatie-indicator voor de vrijgevestigde SPV praktijken zou komen."

### **Zou je het anderen aanraden zich zelfstandig te vestigen?**

*Marcel van der Waard:*

"Het zelfstandig-zijn is erg uitdagend, maar vraagt ook om visie, doorzettingsvermogen en grenzen verleggen. Je bent niet alleen bezig met de inhoud, maar ook met de administratie, de verzekeringen, de inrichting en wat dies meer zij. De kosten en baten nagaan is dus wel verstandig!"

*Marijke Lenders:*

"Alleen als je houdt van zelfstandig werken, je eigen wiel uitvinden en niet te sterk hangt aan de scheiding werk en privé. Soms moet je lang wachten op je geld, in verband met de DBC'S."

*Maria van Genugten:*

"Zelfstandig werken is naar mijn idee niet voor iedereen weggelegd, gelukkig ook maar."

Het vraagt wel lef, kost veel vrije tijd (veel administratietijd!), moeilijk om je af te grenzen, er is zoveel leuks te doen. Het komt meer binnen in je privé dan een baan op de GGZ."

*Hans Landman:*

"Absoluut! Persoonlijk vind ik het boeiender en meer inspirerend dan het werken bij een werkgever. Doordat veel rompslomp wegvalt - in bepaal nu zelf wat ik (naast de wettelijke kaders) belangrijk vind - heb ik meer tijd om met mijn cliënten bezig te zijn. Ook bepaal ik nu zelf mijn opleidings- en bijscholingstraject, waardoor dat beter aansluit bij mijn persoonlijkheid en wensen. Wat ik ook als positief ervaar is dat als ik nu hard werk, ik er ook zelf de vruchten van pluk."

### **Wat zijn voor- en nadelen?**

*Marcel van der Waard:*

"Betalingen lopen vaak achteraf. Een vast inkomen valt weg. Er valt veel te regelen. Alle lusten en lasten zijn voor jezelf. Je kunt heerlijk kritiek hebben op je manager, want dat ben jezelf!"

*Marijke Lenders:*

"Ik vind het een groot voordeel dat je als zelfstandige all-round wordt. Dus je moet je ook inspannen voor werkruimte, huurcontracten, tarieven, onderhandelen, acquisitie doen, administratie opzetten en uitvoeren of uitbesteden. Je werkt flexibeler en neemt vrij wanneer het je uitkomt. Je kiest je eigen bijscholing dan wel opleiding en je krijgt veel belastingvoordeel hiervoor. Geen managers die aan je hoofd zeuren. Alle problemen moet je echter zelf oplossen zoals computerproblemen. Al deze zaken kun je natuurlijk ook zien als nadeel."

*Maria van Genugten:*

"Geen vast inkomen geeft soms stress. Maar het is vooral leuk om te doen. Het geeft vrijheid, ik heb de mogelijkheid om cliënten elke twee weken te zien, terwijl bij de GGZ ik vaak het gevoel had dat ik zo weinig te bieden had omdat ik de meest ernstig zieke mensen maar één keer per vier a vijf weken een contact kon aanbieden!"

*Hans Landman:*

"De voordelen heb ik hiervoor denk ik al genoemd. Nadeel vind ik vooral dat ik het contact met mijn directe teamcollega's mis. Ik heb met collega's gewerkt waar ik veel van heb geleerd en waar ik graag even binnenstapte om iets te overleggen. Dat kan met ZP collega's ook wel, maar het gaat allemaal net wat minder makkelijk. Natuurlijk heb je ook de meer algemene nadelen (verzekeringen, arbeidsongeschiktheid, pensioen e.d..) van het zelfstandig ondernemer zijn, maar dat geldt denk ik voor elke ondernemer, ik welke branche je ook werkt. Persoonlijk ervaar ik de voordelen veel groter dan de nadelen!"

---

## **De dagelijkse praktijk van de spv in een FACT team**

**Henk-Willem Klaassen**, werkzaam bij wijkteam 5/Alkmaar, daarnaast is hij freelance docent bij de spv opleiding verbonden aan de Hoge school van Amsterdam en bestuurslid van Ypsilon.

### **Inleiding**

Dit jaar werk ik twintig jaar in de langdurende psychiatrie als sociaal psychiatrisch verpleegkundige. In Nederland worden FACT teams geïntroduceerd, in veel regio's wordt op een andere manier de doelgroep begeleid. In de Multidisciplinaire Richtlijnen Schizofrenie (2010) wordt de ACT en FACT-werkwijze aanbevolen en leidt hoogstwaarschijnlijk in de komende jaren, als onderzoeken klaar zijn, tot een Evidence Based werkwijze. Ik heb in die twintig jaar veel ontwikkelingen gevolgd, boeiende ontwikkelingen, waarin het werken in de langdurende zorg interessanter is geworden. Het is een werkterrein dat nooit saai maar juist springlevend is.

Sinds vijf jaar werk ik in het vijfde wijkteam van GGZ Noord-Holland Noord. Dat team werkt volgens het bekende FACT- model.

Het team is gecertificeerd door de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT(CCAF), daarnaast behaalde het team in 2010 een nominatie voor de Ypsilon familiester. Naast het werken in een FACT- team werk ik als freelance docent aan de Hogeschool van Amsterdam en geef de spv studenten een inleiding in de langdurende psychiatrie. Wat mij daarin opvalt is dat een grote meerderheid geen idee heeft hoe het in een FACT-team toegaat, welke werkzaamheden anders zijn dan bijvoorbeeld in een team met kortdurende behandelingen of met ouderen. In dit artikel wil ik een beschrijving geven van de dagelijkse praktijk van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in een FACT-team. Niet per se mijn werkzaamheden, maar de werkzaamheden van mij én mijn collega's.

### **Maandagochtend**

De ochtend begint met het checken van de computer. Alle ingekomen mails nagaan die gaan over mijn klanten en berichten van collega's. Want per slot gaat het werk ook in het weekend door en is er een systeem ontwikkeld waarin collega's van de opnameafdeling "onze"klanten in de gaten kunnen houden middels telefonisch contact en huisbezoek.

Om negen uur begint één van de kernachtige overleggen van het FACT-team: Het FACT-bord overleg. Op dat bord staat ongeveer twintig procent van onze totale caseload. Ons team heeft ongeveer 200 klanten. Uit ervaring blijkt dat ongeveer een vijfde deel van het klantenbestand instabiel functioneert. In dit FACT-bord overleg is dus aandacht voor de probleemsituaties van de klanten.

*Harold is een 27 jarige, alleenstaande jongen. Hij heeft zes weken geleden besloten dat hij geen depot meer wil hebben. Ik begeleid Harold. Het is erg prettig dat al mijn collega's van de situatie op de hoogte zijn. Mocht Harold op een moment in beeld komen (uit zichzelf, door familie een telefoontje, door burens of politie, door de woningbouwvereniging) dan weet een ieder wat er aan de hand is, en in principe wat men moet/kan doen. In het geval van Harold is dat vooral contact aangaan en de situatie beoordelen. Niet wachten tot de eigen hulpverlener terug is.*

*Tineke is 54 jaar. Zij is samenwonend. Zij is al langere tijd bekend met drugsgebruik. De laatste tijd ging het thuis zijn erg moeizaam. In overleg met de familie en haar vriend is besloten dat ze een poos vrijwillig opgenomen zou worden in de dubbele diagnose kliniek. De spv gaat elke week even langs om op de hoogte te zijn hoe het met Tineke gaat en betrokken te zijn bij de behandeling. Transmuraal werken, samenwerken met de opnameafdeling, is een heel belangrijk item. De laatste jaren zijn we in een bijna perfecte staat van samenwerking terecht gekomen. Er vinden Ambulante Zorgafstemmingsgesprekken (AZAG) bij opname, tijdens behandeling en voor ontslag plaats. Beter zou je bijna niet kunnen wensen.*

*Rosa is 37 jaar en heeft zo'n acht jaar geleden haar eerste psychose doorgemaakt. Echter zij heeft zich nooit willen laten behandelen. De afgelopen twee jaar is het wijkteam aan het proberen contact met haar te zoeken. Dat lukt moeizaam. Wel heeft de spv elke maand contact met de ouders om op de hoogte te blijven, om de ouders te steunen. Als team denken we geregeld na op welke manier we contact en vertrouwen met Rosa kunnen krijgen.*

Bij elke cliënt wordt gesproken over de laatste gebeurtenissen, wie er deze week naartoe gaat, in hoeverre het systeem betrokken is. Elke dag kan hulp van het team afgesproken worden.

Niet alleen de spv, maar ook casemanagers, woonbegeleiders, ervaringsdeskundige, psycholoog, psychiater, IPS-er of familieervaringsdeskundige kan een contact aangaan. Het automatisme waarin iedereen bereid is om de cliënt van een ander te zien is een groot goed. Na dit uur van overleg volgen een aantal gesprekken met cliënten uit eigen caseload. Ik werk 28 uur en heb ongeveer 30 cliënten. Dat is een grote variatie van zorgintensief, zorgcomplexe casuïstiek. Naast deze 30 cliënten wordt geregeld een beroep op mij gedaan om mee te gaan naar situaties die in het FACT-bord ter sprake zijn gekomen. Er wordt mij gevraagd om samen met een casemanager naar een man te gaan die vorige week ervan verdacht werd de ramen van zijn bewindvoerder te hebben ingegoooid. We zullen proberen na te gaan of de beste man psychotisch verward of onder invloed is geweest. Om een inschatting te maken hoe we verder kunnen met dit verhaal.

### **Maandagmiddag**

Ik zie twee echtparen achter elkaar. Bij de eerste zijn het ouders van een dochter met schizofrenie. De ouders zijn betrokken bij de behandeling. Dochter is geregeld achterdochtig en doet zodoende nog veel beroep op ouders. Ik spreek de ouders om hun verhaal te horen. Hoe is het met ze? Kunnen ze de situatie zo aan? Kan ik ze nog tips en handvatten geven, uitleg geven van waaruit bepaald gedrag te verklaren is. Blijven de ouders vertrouwen hebben in de gekozen behandeling of moet er iets gewijzigd worden. Is een triadegesprek (een gesprek tussen cliënt, familie en hulpverlener) binnenkort gewenst? Zonder waardeoordeel samen kijken naar de situatie. Geen etikettering, de ouders willen graag hun verhaal doen. Zij zijn immers de oren, ogen en dossierhouders van hun zieke familielid. Ik ben de achtste of zesentwintigste hulpverlener, in de regel hebben zij niet veel individuele gesprekken gehad. Indien familie betrokken is bij de hun zieke familielid is het essentieel om hen te betrekken bij dit herstelproces en hen te begeleiden in hun eigen herstelproces. Ook zij zijn geschokt doordat hun kind ziek, ernstig ziek is geworden. Ook zij moeten leren leven met de beperking van hun kind. Ouders-naastbetrokkenen hebben het recht om betrokken te worden bij de behandeling. Het is een investering die leidt tot samenwerking. Dat is heel erg prettig. Werken in een Triade werkt uiteindelijk ontzettend bevredigend voor alle partijen die daar open voor staan. Menig opname kan op deze wijze worden voorkomen.

Aan het eind van de middag word ik gebeld door een woonconsulent, die te maken heeft met klachten van geluidsoverlast van een van onze cliënten. We denken na hoe we dit samen kunnen aangaan. Een gezamenlijk gesprek waarin we een rolverdeling afspreken waarin de woonconsulent aangeeft wat kan en niet kan en waarin ik kijk hoe ik de cliënt kan steunen.

### **Dinsdagochtend**

De mails blijven binnenstromen. Mijn kerntaken bijhouden, dat betekent bijvoorbeeld: het Elektronisch dossier openen en alle afspraken van de dag invoeren, nagaan of de behandelplannen actueel zijn. Het FACT-bordoverleg wordt weer gehouden, niet iedereen werkt fulltime, daardoor worden alle casuïstieken weer in een uur besproken. Soms is er weer wat meer ruimte om situaties te bespreken die gisteren niet aan bod kwamen. Na het FACT bord overleg zit ik bij de behandelplanbespreking. Samen met mijn twee collega's spv wisselen we deze besprekingen af, zodat we het multidisciplinaire karakter hoog houden. Elke dinsdag en donderdag worden in totaal 4 klanten besproken. Het behandelplan is van tevoren met de klant besproken. Familie proberen we vanaf dit jaar vooraf of achteraf te spreken rond het behandelplan.

*Vandaag wordt Lotte besproken. Zij is 36 jaar. Na haar MAVO en lerarenopleiding raakt zij psychotisch en is een jaar opgenomen. Met heel hoge dosis antipsychotica wordt zij ontslagen en gaat Lotte haar leven in de maatschappij weer proberen te vinden. Zij heeft eerst wat werkzaamheden in de keuken van het dagactiviteitencentrum gedaan. Toen zij steeds meer vertrouwen in zichzelf kreeg, met minder medicatie kon, kwam ze erachter dat zij zich weer wilde richten op haar kwaliteiten: kunstschilder en vrijwillig assistent bij de naschoolse kinderopvang. Met Lotte gaat het steeds beter en is steeds minder afhankelijk van zorg. Eens in de vier tot zes weken bezoek ik haar, of zij mij. We lopen een aantal zaken na, wat haar in het leven bezig houdt, hoe ze zich staande houdt, hoe ze zich voelt, welke wensen ze heeft, hoe ze in haar herstelproces verkeerd, of ze nog medicatievragen heeft. Lotte is door de medicatie wel fors in gewicht toegenomen. Het is een zorg, maar Lotte wil niet direct aan afvallen denken. Het behandelplan heb ik met haar besproken. Ik zorg ervoor dat veel items beschreven worden in de ik-vorm vanuit Lotte's perspectief, zodat het haar eigen behandelplan is. Ik zorg ervoor dat er een aantal items standaard in komen te staan: herstelproces, wensen op gebied van wonen, werken, relatie, etc, haar psychiatrisch toestandbeeld en de begeleiding die dat nodig heeft, en de begeleiding van haar ouders.*

De behandelbespreking vindt plaats in een multidisciplinaire samenstelling. De teamleider zorgt ervoor dat er een psychiater, een psycholoog, een spv en een casemanager of clientervaringsdeskundige deelnemen. Ons streven is om deze bespreking te doen met de klant erbij. In het behandelplan staat per cliënt zoveel mogelijk de hersteldoelen van de cliënt, de begeleiding met de familie en aan welke andere zaken gewerkt moet worden. We kiezen er nu voor om het vooraf met de klant te bespreken door de eigen hulpverlener.

### **Dinsdagmiddag**

Vanmiddag heb ik overleg met de wijkagente. Zij is de oren en ogen van de wijk. Zij heeft geregeld contact met de burens van Jasper. Jasper is een bewoner in haar wijk en zorgt geregeld voor overlast in de buurt. Met name hebben de burens last van zijn geluidsoverlast. Met de wijkagente bespreek ik periodiek hoe de situatie is en welke acties er ondernomen kunnen worden, door mij, door het team. Ik nodig de wijkagente ook wel eens uit in ons team, zodat zij haar verhaal kan doen. Verder nog een paar huisbezoeken. Administratie doen, want ook bij het FACT werken wordt een strikte productie vereist. Door de werkwijze in het FACT team heb ik het gevoel dat er meer ruimte is om toe te komen aan dingen die er toe doen. Het is niet altijd een eeuwige lopende band van de ene na de andere klant. De afwisseling is erg groot.

*Het blijkt dat Tineke weer thuis is en de verleiding niet kon weerstaan om naar haar vriend te gaan en even "wat drugs" te gebruiken. We worden door de afdeling gebeld en samen met een collega ga ik naar haar toe. We luisteren naar haar verhaal en vragen haar de behandeling af te maken op de kliniek. Zij gaat uiteindelijk mee, niet van harte, haar vriend vindt dat de beste oplossing.*

### **Woensdag**

Op deze ochtend werken we met een klein team. We lopen de overdrachten van onze collega's na, of we nog iets van hen moeten overnemen. Als we allen het FACT bord van de vorige dag hebben bijgewoond lopen we het snel na.

Vandaag heb ik overleg met het wijkteam van de buurt. Dit team bestaat uit vertegenwoordigers van politie, gemeente, woningbouwvereniging en andere zorginstellingen.

Tijdens dit overleg komen veel dingen aan bod, zoals de overlast van de hangjongeren en terugrapportages over projecten in de wijk. Ik heb na dit overleg nog een afspraak met de vertegenwoordiger van de woningbouwvereniging. Samen willen we de samenwerking nog beter laten verlopen. Mijn diepste wens is dat de woonconsulent gewoon deel uitmaakt van het FACT team. Maar zover zijn we nog niet. Dan moeten we toch kijken hoe we die samenwerking nog beter kunnen laten verlopen, niet alleen als er overlast is, maar juist kijken hoe we elkaar kunnen vinden in preventieve situaties. De woningbouwvereniging waar wij mee te maken hebben kan meer dan wij wel eens denken. Zij willen graag samen optrekken door vanuit hun optiek de huurder aan te spreken op hun woongedrag. We hebben de afgelopen periode vaker overleg om vooral preventief situaties te bespreken en te kijken wie wat kan doen in de fase voordat het al te erg is.

Ik word gebeld door een casemanager om mee te gaan naar een crisis, zijn klant lijkt ernstig in de war. We willen opname voorkomen en onderzoeken hoe de klant en casemanager verder kunnen. De klant blijkt niet thuis te zijn. We doen wat spuurwerk, zonder resultaat.

Eens in de twee weken geef ik psycho-educatie cursus aan familieleden in de avond. Zo ook vanavond. Onze instelling wil dat we twee keer per jaar dit aanbod doen aan familie. Wat voorheen de afdeling preventie allemaal regelde moet nu ook in mijn pakket erbij. Van persberichten maken, intakes doen, groep inplannen en samen met een collega draaien. Tot nu lukt het elke keer een groep vol te krijgen. Samen met een collega spv geef ik deze cursus. Vanavond gaat het over hoe om te gaan met hulpverleners en doen we de eindevaluatie. De deelnemers kunnen zelf bepalen of zij nog een elfde bijeenkomst willen over drie maanden. Een aantal familieleden heeft periodiek contact met de hulpverlener en zijn tevreden. Door de cursus hebben zij een aantal handvatten gekregen en laten ze het contact niet allen afhangen van de hulpverlener. Zij hebben geleerd om zelf ook aan de bel te trekken of aandacht voor bepaalde situaties te vragen. Weer andere familieleden zijn door de cursus in contact gekomen met de hulpverlener en zijn trots dat zij zelfs bij de behandelplanbespreking betrokken zijn geweest. De cursus wordt door de meesten als zeer nuttig geëvalueerd. Zij hebben meer inzicht gekregen in de situatie rond hun familielid. Zij hebben meer handvatten gekregen en proberen in sommige situaties anders dan normaal gesproken te reageren.

### **Donderdag**

In het FACT-overleg van vandaag hebben we naast de cliënten ook aandacht voor het netwerk. Sinds kort hebben we een FACT-netwerkbord. We bespreken naar aanleiding hiervan welke contacten elk teamlid onderhoudt met welke organisaties, zodat elk teamlid op de hoogte is. Na dit netwerkoeverleg hebben we de behandelplanbespreking. Mijn collega spv zit dit keer bij het overleg. We hebben elke donderdag of een teamvergadering of een refereerlunch of intervisie. Een dag met veel overleg dus. De intervisie is met alle spv collega's uit onze regio (eens in de 6 weken).

*Vanmiddag heb ik een gesprek met Anne. Hij wil heel graag vrijwilligerswerk doen. Anne was vorige week naar de netwerktafel geweest. De Alkmaarse netwerktafel, een levende sociale kaart waar onze doelgroep eens per maand heen kan om hun wensen op het gebied van participatie kunnen uiten. Aan tafel zitten vertegenwoordigers van allerlei maatschappelijke organisaties. Jasper ontmoette daar Wanda, trajectbegeleidster bij de vrijwilligerscentrale. Anne wilde heel graag een afspraak met Wanda om te kijken in hoeverre hij iets kan doen met dieren. Anne had al een paar mislukte pogingen met vrijwilligerswerk gehad en wil dat hij nu meer ondersteuning krijgt. Hij heeft mij gevraagd om mee te gaan naar het gesprek. Het is nuttig dat ik aanwezig ben bij het gesprek. Anne weet niet op alle vragen een antwoord. Samen komen we er beter uit. Wanda krijgt nu een beter beeld welk vrijwilligerswerk Anne zou kunnen doen en welke steun voor hem essentieel is. Waarom het de vorige keren is misgegaan.*

Aan het eind van de dag schrijf ik mijn overdracht aan mijn team. Daarnaast maak ik een formulier in orde waarop Harold gebeld kan worden door de weekendploeg.

### **Tot besluit**

Ik vind de FACT-werkwijze een ideale werkwijze. Vooral omdat het hele team verantwoordelijk is voor alle klanten. Ik kan situaties ook overdragen en hoef niet alles zelf op te lossen. Volgens mij kan aan het model nog verder gesleuteld worden. Mijn ideaalbeeld is dat in het FACT-team ook de wijkagent, de consultant van de woningbouwvereniging, de trajectbegeleidster van de woningbouwvereniging en de coördinator van de vriendendienst aanwezig is. Dat hoeft niet elke dag, maar wel structureel. Dat de oplossingen van bepaalde situaties niet uitsluitend uit de psychiatrische toverhoed hoeft te komen, dat de samenwerking en de krachten uit de wijk veel meer worden aangeboord. Als ik dan hoor van collega's uit het land dat zij 90 klanten met een langdurende psychiatrische beperking begeleiden, dan realiseer ik mij dat de ontwikkelingen lang niet overal zo ver zijn. Als ik van familieleden in het land hoor hoe zij buiten de behandeling worden gelaten, dan voel ik enige schaamte. Ik wens dit model onze doelgroep en mijn collega's van harte toe.

Ik realiseer mij dat het werken anders is dan de jaren dat ik niet in een FACT team werk. Daar waar ik zo'n 5 a zes collega spv had, heb ik er nu twee. Naast mijn spv-collega's heb ik nu casemanagers (b verpleegkundigen met een FACT opleiding) psychologen, psychiaters, verpleegkundig specialisten, IPS coach, een familie-ervaringsdeskundige en een cliënt-ervaringswerker als collega. Het team handelt, er wordt gewerkt met persoonlijke en professionele kwaliteiten. En toch twijfel ik geregeld over mijn precieze taak. Is het nu mijn liefde voor de doelgroep, mijn professionaliteit? Wat wordt er nu precies van mij verwacht? Is het gewoon van hetzelfde dan toen ik twintig jaar geleden begon als spv in de langdurende zorg? Met minder spv-collega's hetzelfde doen? Meer andere disciplines. Ga ik mij nu meer specialiseren?

### **Correspondentie:**

[hw.klaassen@ggz-nhn.nl](mailto:hw.klaassen@ggz-nhn.nl)

## ACT, een praktijkvoorbeeld

**Twiggy Lejeune**, Ik ben op dit moment werkzaam bij Het ACT V&P2 team van Arkin; Jellinek/Mentrum (V&P staat voor verslaving en psychiatrie) er is nog een V&P team vandaar de 2. Ik werk daar als SPV.

In het volgende artikel beschrijf ik de samenwerking met een cliënt dat typerend is voor cliënten waar ik in het ACT V&P team (ACT verslaving en psychiatrie) mee werk: een ernstig zorgmijdende cliënt bij wie "verleiden tot zorg" voorop staat. In het ACT V&P team behandelen we cliënten die problemen hebben op psychiatrisch en op verslavingsgebied. Het gaat vaak gepaard met justitiële problemen en gedragsproblemen. Het artikel start met een korte uitleg over het ACT V&P team en de gehanteerde werkwijze. Aan de hand van 5 aandachtspunten leveren we inspanningen om integrale zorg te bieden: rehabilitatie en herstel, deelname aan arbeid en opleidingen, sociaal netwerk, familierelaties, en vermindering van stigmatisering. Aan de hand van een casus wordt de samenwerking met cliënten beschreven. Om af te sluiten met een reflectie op het zorgproces.

### ACT V&P

Bij de cliënten die aangemeld worden moet er sprake zijn van dubbele diagnose problematiek. Triple diagnose, het hebben van een derde diagnose, is geen contra-indicatie. Het ACT V&P-team bestaat uit: een bureau manager, twee SPV'en, een trajectbegeleider, een woonbegeleider, een maatschappelijk werkster, een verpleegkundige, een arts-assistent, een psychiater en afwisselend een of twee stagiaires/leerlingen. Er is een caseload van 75 cliënten die kan groeien tot 80 cliënten. In principe word er uitgegaan van 10 cliënten per FTE.

Het principe van een ACT team, dat van origine uit Amerika komt, is het 'delen van de caseload' door de teamleden. Niemand heeft een eigen caseload. Het is de bedoeling dat de cliënt door iedereen gezien word waardoor de cliënt van alle geboden diensten, vanuit de verschillende disciplines, gebruik kan maken.

Outreaching werken staat voorop in het ACT team, waarbij cliënten minimaal één keer per week thuis bezocht worden. Vaak zien we ze op kantoor op afspraak. Cliënten kunnen zonder afspraak naar kantoor komen waar ze te allen tijde de medewerker, die bureaudienst heeft, kunnen spreken. Daarnaast bezoeken we cliënten in hun opvanghuizen, klinieken en tijdens detentie.

We werken nauw samen met verschillende instanties waar de cliënten wonen, werken of zorg ontvangen. Omdat de cliëntengroep regelmatig complexe zorg ontvangt is het belangrijk dat dit goed op elkaar afgestemd word.

In de avonduren heeft een teamlid bereikbaarheidsdienst. (in het weekend van 14:00-18:00).

### Hans

*Hans is 43 jaar oud en komt uit een gezin van 3 kinderen Hij heeft twee jongere zussen en is van Nederlandse afkomst. Hij heeft twee dochters (18 en 20 jaar oud) met zijn ex-vrouw, die inmiddels overleden is aan longkanker. Hans leeft al gescheiden van zijn vrouw voordat zij stierf. Er was nauwelijks tot geen contact meer tussen hen. Hij heeft op moment van aanmelding bij ACT geen vaste woon- of verblijfplaats. Hij is zijn woning in 2007 kwijtgeraakt vanwege overlastklachten en daarop heeft hij een tijdje bij een vriend ingewoond. Dit ging niet langer omdat Hans bij hem ook overlast veroorzaakte. Hij lijkt in de war en zorgt voor veel geluidsoverlast. Er waren ook klachten van stankoverlast omdat hij veel spullen verzamelde op de kamer waar hij sliep. De vriend van Hans heeft hem noodgedwongen op straat moeten zetten.*

*Via zijn oudste dochter komt Hans in beeld. Hij komt af en toe bij haar en krijgt daar eten. Beide kinderen maken zich ernstig zorgen. Hans komt nauwelijks tot niet bij de maatschappelijke opvang en slaapt in een tent aan de rand van Amsterdam. Zijn oudste dochter heeft hem twee keer naar de crisisdienst gebracht. Hij heeft er geen IBS gekregen bij gebrek aan direct gevaar waarna ze hem hebben laten gaan omdat hij niet vrijwillig opgenomen wil worden. Hij weigert pertinent medicatie te gebruiken. Beide dochters geven aan dat Hans in de war is en dat hij uit het niets boos kan worden. Hij richt zijn woede met name op materiële zaken. Hij heeft zijn kinderen nooit iets aangedaan. Hans heeft geen inkomsten,, een uitkering wil hij niet, nadat deze is stopgezet door het niet nakomen van afspraken met het DWI (Dienst Werk en Inkomen) Het DWI is volgens hem aangesloten bij de maffia die achter hem aanzit.*

*Blaka Watra is een centrum voor maatschappelijk dagopvang waar Hans af en toe komt. Hier treffen wij hem. We zien een vriendelijke, psychotische man. Hans heeft paranoïde wanen en groothedswanen. In gesprek is hij verhoogd associatief. Hij geeft aan een missie te hebben; de maffia op slinkse manier uit te roeien. Hij beschouwt zichzelf als een aanwinst voor de stad. Hij vertelt geen enkele hulp te kunnen accepteren omdat de maffia hem dan kan traceren waardoor zijn plan zal mislukken.*

*Om met Hans in contact te komen houden we nauw contact met Blaka Watra en zijn twee dochters. Zij bellen ons wanneer ze hem zien. Het contact verloopt moeizaam. Hij is vaak weer weg wanneer wij aankomen en als hij er wel is wil hij soms meteen weg omdat hij druk is met "zaken".*

### **Zorgconferentie**

Er wordt een zorgconferentie georganiseerd met alle betrokkenen om een plan van aanpak te maken. Hierbij zijn de dochters en een zus van Hans aanwezig. Zij uit haar zorgen. Haar broer is altijd al wat "vreemd" geweest maar de laatste tijd kan ze nauwelijks meer met hem praten. Hans is nog nooit opgenomen geweest. Wel is hij twee keer een paar uurtjes op de TOA (Tijdelijke Overbruggings Afdeling) geweest, wachtend op een IBS beoordeling. De begeleiders van Blaka Watra geven aan dat hij veel cocaïne lijkt te gebruiken en via de buurtrechercheur horen we dat hij veel boetes heeft open staan voor hosselen en gebruik van drugs in het openbaar.

### **Hans en ACT**

- Bij Hans kun je met recht spreken van maatschappelijke teloorgang. Hij is zijn woning en logeeraadres kwijt, heeft geen inkomen en het contact komt steeds moeilijker tot stand. Hij is erg vermagerd en maakt een verwaarloosde indruk.
- Hans is zorgmijndend en moet actief benaderd worden. Hij lijkt onder invloed van zijn paranoïde waangedachten zichzelf te verwaarlozen. Hij weigert zorg.
- Er is sprake van psychiatrische en verslavings problematiek, dubbel diagnose; complexe problematiek die leidt tot beperkingen op meerdere levensterreinen.
- Door deze complexe problematiek, op vele levensgebieden, en zorgmijndend gedrag is outreachend werken met veel geduld en volharding vereist. Het voordeel van de werkwijze binnen ACT is dat we het door het delen van de caseload beter kunnen volhouden, waar we individueel gezien zouden afhaken.
- Er zijn meerdere disciplines nodig om goede hulpverlening te kunnen bieden aan deze cliënt (rehabilitatie, maatschappelijk werk, medicatie en systeemgericht werken) Een ACT team heeft al deze functies binnen 'handbereik'.
- Onder invloed van zijn waanideeën staat Hans niet open voor zorg. Het ACT team is erop gericht praktische hulp te bieden wat misschien minder afschrikt. Contact aangaan en praktische ondersteuning bieden in ruil voor een douche, lunch of een nachtdak.
- Hans wil absoluut niet opgenomen worden. Het ACT is erop gericht opnames te voorkomen danwel zo kort mogelijk te houden d.m.v. goede samenwerking met de klinische voorzieningen.

### **Vergroting van de zelfredzaamheid (rehabilitatie en herstel)**

Hans lijkt op dit moment niet goed aan te komen bij de maatschappelijke opvang of welke andere hulpverlening dan ook. Hij is achterdochtig wanneer we hem handreikingen bieden die hem een slaapplek kunnen opleveren. Het is van belang de psychotische symptomen, die een bemoeilijkende factor voor hulpverlening zijn, bespreekbaar te maken. Om de zelfredzaamheid van Hans te vergroten moeten we hem inzicht geven in zijn psychotische denkbeelden waarin er serieus aandacht is voor het drugsgebruik van hem. Dit is onlosmakelijk met elkaar verbonden en inzicht hierin is noodzakelijk (werken aan de hand van IDDT = Integrated Dual Disorder Treatmentmethode). Door te investeren in het winnen van vertrouwen van Hans proberen we toe te werken naar aangepaste psycho-educatie waarbij we met hem in gesprek gaan over zijn psychotische belevingen en hoe hij dat ervaart. Cliënten zoals Hans hebben vaak gehoord dat ze hulp nodig hebben, maar worden niet gehoord in de dingen waar ze zelf mee geholpen willen worden omdat we als hulpverlener het nut er niet van inzien. Deze hulp is vaak gericht op andere zaken dan hulp die wij als hulpverlener voor ogen hebben. Soms is het bieden van praktische hulp nodig om ook de door ons geïndiceerde hulp te kunnen bieden. Een voorbeeld is een cliënt die ervan overtuigd was dat zijn brievenbus te makkelijk open kon waardoor mensen binnen kwamen. De cliënt wilde zijn brievenbus vervangen maar wist niet hoe. Door hem hiermee te helpen kon ik laten zien dat ik hem serieus nam en was hij meer bereid naar mij te "luisteren". In de casus van Hans zijn we samen met onze ervaringsdeskundige aan het werk om het contact op te bouwen en langzaam ziekte-inzicht te creëren. De ervaringsdeskundige kan vanuit eigen ervaringen spreken en makkelijker een opening vinden.

### **Deelname aan arbeid en opleidingen**

Op dit moment is Hans niet klaar voor een hersteltraject, onder begeleiding van onze trajectbegeleider, en zitten we midden in het opbouwen van een vertrouwensband. Onze trajectbegeleider gaat wel bij Hans op bezoek om te proberen te peilen wat hij leuk vindt en wat zijn ervaringen met werk/dagbesteding zijn. Uiteindelijk zal er gekeken worden wat hij graag wil doen en hoeveel dagdelen hij dit wil doen. Hierbij moet rekening gehouden worden met het risico hem niet te overvragen. IPS (individuele Plaatsing en Steun) is bij ons niet modelgetrouw ingevoerd. Onze cliënten gaan voornamelijk naar dagbesteding en vrijwilligersactiviteiten (met een kleine vergoeding in de vorm van shag en dergelijke). Van onze 77 cliënten hebben er op dit moment twee een betaalde baan. De verhalen van deze twee cliënten gebruiken we wel vaak als voorbeeld om andere cliënten, die nog geen baan hebben, te laten zien wat er mogelijk is. Wij kijken naar de mogelijkheden van de cliënt uitgaande van de capaciteiten en voorkeuren van de cliënt (MDRS = Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie).

### **Sociaal netwerk**

Het sociaal netwerk van Hans is beperkt. Zijn dochters en zussen zijn betrokken. Hij ziet ze nog regelmatig. Zijn dochters geven aan dat ze het vertrouwen in hun vader niet verloren hebben. Ze willen hem erg graag helpen maar weten niet goed hoe. Verder zijn er twee vrienden in beeld. Bij een ervan heeft hij tijdelijk gewoond. Het contact met deze laatste is beperkt omdat hij het moeilijk vindt om met het cocaïne gebruik van Hans om te gaan. De andere vriend die in beeld is, is ook een gebruiker die hij op straat en in Blaka Watra ziet. We stimuleren vanuit het team het contact met zijn zussen, dochters en vrienden. Hans lijkt geen moeite te hebben met het contact met zijn beperkte sociale netwerk. Er lijkt sprake te zijn van een vertrouwensrelatie tussen hen. Hans heeft geen achterdochtige gedachten met betrekking tot zijn familie.

## **Familierelaties**

Tussen Hans en zijn zussen en dochters is er sprake van een vertrouwensband. Ze lijken de ziekte van hun vader en broer te accepteren. Hij ziet ze niet wekelijks maar het contact is goed. Zijn familie lijkt veel te tolereren. De familieband is hecht. Het contact met ons is goed, we spreken elkaar nagenoeg wekelijks. Meestal is er telefonisch contact maar er is ook een gesprek geweest met onze psychiater en de familie waarin ze vragen konden stellen ten aanzien van de "behandeling". Zo is er summier psycho-educatie gegeven aan de familie naar aanleiding van hun eigen vragen (aansluiten op behoefte familie). Er is aan de familie een cursus aangeboden ten aanzien van omgaan met een familielid met psychiatrische problemen. Op dit moment hebben ze daar geen behoefte aan. Ze willen liever gericht vragen kunnen stellen aan de directe behandelaren. Wat betreft het onderhouden van contact met naastbetrokkenen in het algemeen kan er binnen ACT team nog wel het nodige verbeterd worden. Het kan mijns inziens een valkuil zijn van de ACT werkwijze waarin je een gedeelde caseload hebt en dus ook niemand echt de eindverantwoordelijkheid heeft wat betreft het onderhouden van contacten met naastbetrokkenen. Op dit moment is er nog geen sprake van een vaste naastbetrokkeneconsulent maar zijn we in samenwerking met de naastbetrokkenenraad bezig met de ontwikkeling hiervan.

## **Vermindering van stigmatisering**

In het zo intensief mogelijk betrekken van de naastbetrokkenen moet er aandacht zijn voor het "normaliseren" van de situatie van hun naaste. Door psycho-educatie te geven en hiermee het gedrag van hun naaste van een verklaring te voorzien zal de stigmatisering bij naastbetrokkenen hopelijk verminderen. Bij Hans is de stigmatisering minimaal maar dit betekent niet dat je er geen aandacht aan moet besteden. Hans zelf staat nog niet echt open voor psycho-educatie maar lijkt af en toe wel dingen op te pikken die ik vertel of die hij van zijn familie hoort. We proberen hem nu uit te nodigen voor de lunchgroep. Uit ervaring heb ik gemerkt dat dit helpt bij het verminderen van de stigmatisering. Hier komen cliënten met vergelijkbare ideeën als Hans heeft, maar die wel (uiteindelijk) een huis of andere verblijfplaats hebben. Tijdens de lunch praten ze met elkaar en moedigen ze elkaar aan hulp te accepteren bij het oplossen van schulden etc. Ook het feit dat de cliënten deze lunch zelf verzorgen en de hulpverleners mee eten zorgt voor een wederkerige sfeer. De lunch is laagdrempelig georganiseerd en word druk bezocht. Het is een goede manier om contact op te bouwen. Cliënten komen er graag.

## **Reflectie zorgproces**

In de huidige samenwerking met Hans is er nog niet veel veranderd. Het "verleiden tot zorg" staat op de voorgrond. Door eerst een vertrouwensband met Hans op te bouwen door het samen oppakken van praktische zaken waar Hans tegen aanloopt wordt het voor Hans steeds makkelijker om ons te benaderen. Dit is op dit moment het voornaamste waar we mee bezig zijn. We zijn er bewust mee bezig dit rustig op te bouwen om hem niet af te schrikken. Dit lijkt zijn vruchten af te werpen. Hans weet ons te vinden en komt vanuit zichzelf langs. Dit gebeurt nog niet erg vaak maar het begin van een daadwerkelijke "samenwerking" is er. Wat op dit moment nog ontbreekt en wat belangrijk is, is een medische screening. Hier wil Hans nog niets van weten. Het aanwijzen van een vaste contactpersoon voor de naastbetrokkenen is iets wat voor Hans en zijn naastbetrokkenen beter lijkt te zijn. We merken dat er vaak naar dezelfde persoon gevraagd wordt en dat het verwarrend is voor de naastbetrokkenen dat ze steeds iemand anders aan de lijn krijgen. De grootste winst tot nu toe is dat hij ons lijkt te vertrouwen en dat hij ons weet te vinden als hij ergens hulp bij nodig heeft.

## Literatuur

- Mulder, N e.a, *Assertive community treatment, bemoezorg voor patiënten met complexe problemen*, 2e druk, Amsterdam, 2009
- Tielens. J, & M, Verster. , *Bemoezorg, enkelvoudige tips voor moeilijke zorg*. De tijdsstroom, Utrecht, 2009
- *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*: MDRS, Trimbos instituut