

Happinez in Utrecht Overvecht – een samenwerkingsverband van eerstelijnsgezondheidszorg en eerste lijn sociaal en welzijnswerk. Een schema met de domeinen ‘lichaam’, ‘geest’, ‘maatschappelijk’ en ‘sociaal’ biedt structuur in de complexiteit van de problematiek van cliënt of klant. De blik verruimd, de zorg verbeterd.



REPORTAGE

TEKST Jelle van der Meer

Visie op

In de ene hoek van de kamer staat een kooi met vijf ratten, in de andere een aquarium en naast de bank een radio-amateurbakke. Daartussen speelt het leven van Bert Dobben* zich af. Met als vierde houvast een pakje shag. Toen Buurteam-medewerker Pieter de Vries anderhalve maand geleden aanbelde, na een melding van het Dienst Werk & Inkomen over een energieschuld, werd de deur van de portiekflat op een kier geopend. Daar stond Dobben in zijn onderbroek. Sindsdien gaat De Vries regelmatig op bezoek. Dobben (51) is getraumatiseerd in zijn jeugd, is afgekeurd voor werk en loopt sinds het overlijden van zijn moeder vier jaar geleden bij een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige op het ziekenhuis. Hij leeft een eenzaam leven. Inmiddels doet hij mee met de activiteitenochtend, bezoekt hij de wekelijkse buurtlunch en neemt hij één keer deel aan het avondeten. Maar gister ging het mis, toen heeft hij stampij gemaakt bij zijn huisarts. Hij eiste voor zijn opspelende maagpijn het kalmeringsmiddel seresta, dat hij vroeger ook slikte. De huisarts, die in zijn systeem kan zien dat het Buurteam met hem aan het werk is, hield aanvankelijk de boot af maar ging toch akkoord. De praktijkondersteuner van de huisarts heeft het Buurteam over het incident ingeseind en nu is De Vries bij Dobben aangewipt, om te horen hoe het is. Dobben houdt de moed erin: ‘Op drie seresta’s kan ik het redden.’ Vooral ’s ochtends heeft hij veel pijn. ‘Dan ga ik hier op de bank zitten en zeg tegen mezelf: je gaat dit overleven Bert, je gaat dit overleven.’

Pieter de Vries laat hem zijn verhaal doen en komt na drie kwartier met een voorstel – samen om de tafel: de huisarts, de praktijkondersteuner, de sociaal-psychiatrisch zorgverlener, Pieter en Dobben. Met elkaar een plan maken. Dat vindt Dobben een heel goed idee. Liefst zo snel mogelijk.

Bord

Zo gaat dat tegenwoordig in Utrecht Overvecht. In de trend naar integrale hulpverlening wordt hier een volgende stap gemaakt: de eerstelijnsgezondheidszorg werkt nauw samen met de eerste lijn sociaal en welzijnswerk. Het initiatief komt van de huisartsen. Overvecht is een flatbuurt uit de jaren zestig; ooit een keurige middenstandswijk, sinds de jaren negentig veranderd in een achterstandswijk, verkleurd en verarmd. De huisartsen liepen aan tegen de grenzen van hun medisch kunnen. ‘Wij kregen steeds meer mensen met klachten waarvoor we geen oplossing hadden en die we toch medisch bleven labelen, uiteindelijk vaak als psychisch of psychiatrisch. Dan stuurden we mensen door, dat liep dan dood en dan kwamen ze weer bij ons terug.’ Jacqueline van Riet is de drijvende kracht achter de samenwerking, samen met het team van Overvecht Gezond, het verband van eerstelijnspraktijken in deze wijk. Van Riet is huisarts en directeur van de Huisartsenkliniek Overvecht op de Kastordreef, tevens bestuurder van Overvecht Gezond. Artsen zouden de mogelijkheid moeten hebben door te verwijzen naar niet-medische hulp,



OVERVECHT GEZOND + BUURTEAM SOCIAAL

heel de mens

zo bedacht ze tien jaar geleden. Ze zocht en kreeg samenwerking met het toenmalige welzijnswerk, met wie een pilot is gedraaid. Dat leverde een visie en een methodiek op die Happinez werd gedoopt. Toen in 2012 in Overvecht een geheel vernieuwd Buurteam Sociaal werd gestationeerd, zocht zij onmiddellijk contact. Het Buurteam is een Utrechts proefproject voor geïntegreerde buurtzorg. Van Riet werd enthousiast ontvangen door de Buurteam-medewerkers die er op hun beurt tegenaan lopen dat de klanten die zij in Overvecht op hun bordje krijgen, zoals Bert Dobben, heel vaak ook lichamelijke klachten hebben.

Jas

Het aantal probleemgevallen neemt alleen maar toe, zegt Van Riet, als we neerstrijken in de huisartsenpraktijk. Er komt een lawine beleidsmaatregelen aan die probleem en oplossing in de wijk leggen. De Wmo, de Participatiewet, de aanpassing van de AWBZ, de verplaatsing van ggz-hulp naar de wijken, de reorganisatie van de verstandelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. En straks de lokalisering van de jeugdzorg. Samengevat: de hulp moet van de tweede lijn naar de eerste lijn in de wijk.

'Mensen gaan vaak als eerste naar de huisarts, die drempel is het laagst, en als die geen oplossing heeft, is dat frustrerend en uitputtend voor patiënt en professional. Mensen met een stapeling van sociale, financiële en gezinsproblemen komen met klachten over hoofdpijn, moeheid, depressie, buikpijn. De dokter kijkt en ziet

geen medische oorzaak.' Van Riet vindt dat artsen van die een-dimensionale blik af moeten.

Ze tovert een plaatje op haar beeldscherm, een assenstelsel, met in de vier verschillend gekleurde vakken 'lichaam', 'geest', 'maatschappelijk' en 'sociaal'. 'In plaats van alleen over "ziekte" spreken we over "gezondheid", en die wordt bepaald door deze vier domeinen.'

Als Van Riet een patiënt krijgt met een pijnklacht en wanneer ze vermoedt dat er meer aan de hand is, dan vraagt ze verder: 'Dan wijs ik op dit plaatje en zeg dat er meer is dan alleen een lichaam.' Ze roept het uit: 'Machteloosheid, ze voelen zo veel machteloosheid! Ze glijden weg en kunnen er niks tegen doen.'

En dan verwijzen jullie nu door naar het Buurteam?

Van Riet: 'Niet altijd. Een gesprek kan leiden tot het inzicht dat de oorzaken elders liggen. En dat verlicht vaak al, geeft grip, nieuwe mogelijkheden.' De huisarts als coach, zegt ze. Knikt bevestigend: 'Ja, ik trek regelmatig mijn witte jas uit.'

De Buurteam-medewerkers Ingrid Horstik en Maryken Simonis, die zijn aangeschoven bij het gesprek, vertellen dat zij in hun hulp aan klanten de medische problemen betrekken. Maar de witte jas die de huisarts uittrekt, trekken zij niet aan. Simonis: 'Nee, wij praten over gezondheid, de ziekte laten we over aan de arts.'

De drie zijn enthousiast, vullen elkaar aan en al pratend worden de uitgangspunten van de samenwerking duidelijk. Eén: heel de mens in het oog houden. Twee: dat betekent niet over alles een

diagnose stellen, ieder is alleen 'specialist' in het eigen vakje, waar nodig verwijst je door. Het betekent wel – en dat is drie – dat de specialistische kennis bijeen wordt gebracht en afgestemd, zodat niet ieder geïsoleerd aan een onderdeel sleutelt. Horstik: 'Voorheen wist de ene hulpverlener vaak niet wat de andere hulpverlener tegen de klant zei. Dan maak je mensen niet gezonder. Bovendien kan je tegen elkaar uitgespeeld worden.'

Flap-over

Het Buurtteam zit een paar blokken verder, onder in een flat van tienhoog. De elf medewerkers hebben zeer uiteenlopende achtergronden – in de ouderenzorg, het welzijnswerk en de financiële hulpverlening – maar ze zijn nu allemaal generalist. Ze helpen klanten bij al hun problemen, dat wil zeggen: ze leren hun die zelf op te lossen, want 'eigen kracht' is naast 'integraal' het leidende motto.

Twee keer per week is er casusoverleg. In de kale vergaderruimte is naast de ovale tafel met stoelen een flap-over het enige meubilair. Met daarop Van Riet's schema met de vier domeinen. Maryken Simonis brengt een nieuwe klant in, een familie met drie kinderen. De moeder is astmatisch, heeft diabetes en is immobiel door een onwillige knie. De vader is depressief en is in behandeling bij een psychiater, maar wil daarmee stoppen omdat hij een eigen bijdrage moet gaan betalen. Ze krijgen het huishouden niet rond. Een Wmo-aanvraag is afgewezen en ten behoeve van het verzet daartegen vragen ze hulp van het Buurtteam. Simonis kan moeilijk inschatten of de Wmo-hulp echt nodig is. Ze sluit niet uit dat de ouders elkaar in hun ellende naar beneden trekken. Haar collega's doen suggesties over een bewegingsmakelaar, bijzondere bijstand en het doorvragen over schulden en het netwerk.

Na afloop, als in een uur tijd een vijftal klanten besproken is, bekent Ingrid Horstik hoe ingewikkeld ze het soms vindt, het zoeken naar de eigen kracht van klanten in de stapeling van problemen. Simonis zegt dat het schema op de flap-over in die complexiteit structuur biedt. Bijvoorbeeld over de rol die de huisarts kan spelen.

Bril

Het Buurtteam meldt nieuwe klanten, de afsluiting van klanten en andere mutaties aan de huisartsenpraktijk op de Kastordreef. Dat loopt via de praktijkondersteuner-ggz, de contactpersoon in de samenwerking. De gegevens worden in het systeem van de praktijk opgenomen.

De huisartsen geven benodigde informatie over patiënten schriftelijk of mondeling door aan het Buurtteam. De patiënten weten van deze uitwisseling. In het allereerste contact tekenen ze voor toestemming. Om privacyredenen kijken Buurtteam en huisartsen niet bij elkaar in het systeem. Maar voor het overige zijn de lijstjes kort. Simonis of collega Pieter de Vries gaat één keer per week bij de huisartsenpraktijk op de koffie of lunch om informeel uit te wisselen wat er speelt. Maar ook tussendoor weten ze elkaar te vinden. Simonis: 'Dan krijg ik een e-mail of een telefoontje van de huisartsenpraktijk: "deze vrouw heeft schulden, ze komt naar jou".' Eenmaal per zes weken hebben Simonis en De Vries, als contactpersonen van het Buurtteam, overleg met de Kastordreef over hardnekkige gevallen. Dat gaat om concreet advies of meer algemeen om deskundigheidsuitwisseling. Simonis: 'We leren van elkaar hoe dingen werken. Je bekijkt de klant en andere zaken door elkaars bril. Ik ga daar altijd weg vol met ideeën.'

In een enkel geval krijgen mensen een uitgebreid consult met een huisarts, de Buurtteam-medewerker en de



GEZONDHEIDSRACE IS HEEL SOCIAAL

Laarbeek heeft zichzelf met de Gezondheidsrace op de kaart gezet. De fusiegemeente van vier Brabantse dorpen organiseert in 2014 alweer de derde editie van een wedstrijd waarbij de vier dorpskernen strijden om de titel 'gezondste kern'. De race is een uiterst originele manier om burgers uit te dagen zelf publieksactiviteiten te organiseren die goed zijn voor gezondheid en sociale cohesie. Het 'participatie'-aspect trekt tot over de grenzen de aandacht, maar opvallend is ook de koppeling van gezondheidsbeleid en sociaal beleid. Vijf jaar geleden werd de Laarbeekse bevolking gevraagd naar prioriteiten voor het lokale gezondheidsbeleid en naar suggesties voor de uitvoering. Een aantal gespreksrondes later lag er een idee voor een afvalrace op tafel. Omdat de GGD 'afvallen' te beperkt vond, maakte een projectgroep, waarin ook burgers, er uiteindelijk een gezondheidsrace van. Vier teams van elk tien bewoners uit de vier kernen – Beek en Donk, Aarle-Rixtel, Mariahout en Lieshout – gaan in een periode van een klein jaar met elkaar in competitie. Ze kunnen punten scoren door zelf 'gezonder' te worden en door gezondheidsactiviteiten voor de bewoners te organiseren. Daarbij gaat gezond niet alleen over gewicht en conditie maar ook over bewegen, eten en ontmoeten. In de editie van 2012, gewonnen door Beek en Donk, werden in totaal door de teams meer dan honderd activiteiten georganiseerd, uiteenlopend van wandelen en kookcursussen tot een voorlichting etiketten lezen. De in totaal ruim 13.000 deelnemers steken iets op over een gezondere levensstijl, zo blijkt uit een evaluatie, maar de reden voor deelname ligt ook in de 'gezelligheid', 'onder de mensen zijn' en 'nieuwe mensen leren kennen'.

Participatie heeft een grillig en onvoorspelbaar verloop, zegt gemeentelijk projectleider Rianne Schwillens. Je begint met niks en via afvallen kom je op gezond samenleven. In de eerste Gezondheidsrace lag de nadruk nog vooral op de fitheid van de teamleden, maar daar is gaandeweg meer en meer het sociale



Team Beek en Donk trakteert op gezond tussendoortje op de ijsbaan.

aspect bij gekomen. Die brede interpretatie van gezondheid past bij de uitkomsten van de gespreksrondes met de bevolking. 'Voor hen is gezondheid veel meer dan conditie, het is ook contacten hebben en lekker in je vel zitten.'

De teams krijgen bij hun competitie opdrachten mee. Schwillens: 'Daarmee en met de puntenwaardering kan je sturen. Bijvoorbeeld door extra punten te geven als activiteiten gericht zijn op eenzamen, of op toegankelijkheid voor gehandicapten. Dat is hier een belangrijk ding. Lastiger ligt dat bij gevoelige thema's als alcoholgebruik in sportkantines.' Bij de vaststelling van de opdrachten en de puntentelling worden burgers betrokken.

Het grote succes van de race trekt de aandacht van gezondheidsorganisaties. Zoals de GGD. Schwillens: 'De GGD is traditioneel erg aanbodgericht. Ze bieden aan wat zij belangrijk vinden. De Gezondheidsrace brengt hen op andere gedachten. Zij nodigen nu de teams uit om te kijken of die met hun activiteiten kunnen helpen in de preventietaak van de GGD.' Dit meeliften wordt gestimuleerd door het kabinetsbeleid dat inzet op een verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerste lijn en de zelfzorg. Opvallend is de veranderende opstelling van de huisartsen. Schwillens: 'Bij de start van de Gezondheidsrace waren de huisartsen heel terughoudend over deelname. Ze hadden scepsis over de aard en het nut van de activiteiten, te weinig *evidence based*, te veel een spelletje. Hun financiering prikkelde ook niet om hieraan mee te doen. Maar dat gaat veranderen. Nu tonen de huisartsen belangstelling. Er is een categorie patiënten die zij vaak op het spreekuur krijgen die baat kan hebben bij de activiteiten van de Gezondheidsrace. Het zijn mensen bij wie lichamelijke klachten en sociale problemen door elkaar lopen.' In plaats van naar de tweede lijn zouden huisartsen deze doelgroeppatiënten kunnen 'doorverwijzen' naar de teams en hun activiteiten. Schwillens: 'Het speelveld van het brede gezondheidsbeleid gaat geheel veranderen.'

praktijkondersteuner-ggz. En als echt alles vastloopt, volgt er een zogenoemd Happezz-overleg. Dan zit iedereen die maar iets met de persoon in kwestie te maken heeft, zowel alle hulpverleners als het eigen netwerk, bij elkaar. Vorig jaar is dat twee keer gebeurd, dit jaar nog niet een keer.

De contacten met de overige huisartsenpraktijken in de wijk lopen nog minder gestructureerd. Simonis formuleert het voorzichtig: er is bij de huisartsen een uiteenlopende bereidwilligheid voor samenwerking. Van Riet: 'De medische cultuur is die van geen pottenkijkers dulden: "wij lossen het zelf op". Er is tijd nodig. We zitten midden in een cultuurverandering.'

Verschillen worden ook zichtbaar in de taal. Waar Van Riet – zoals alle huisartsen – consequent spreekt over de 'patiënt', praten Horstik en Simonis over de 'klant'. En dan hebben ze het over dezelfde persoon. Simonis: 'De aanduiding "patiënt" drukt uit dat de persoon ziek is en dat je voor hem moet zorgen en hem beter moet maken. Wij willen niet zorgen.' Ze begrijpt dat artsen niet snel de term 'klant' zullen overnemen. 'Dat is geen gelukkig woord, het suggereert te veel een dienstverlening.' Voorlopig weten ze geen alternatief.

Winst

De gemeente Utrecht was als opdrachtgever en medefinancier van het Buurteam bij aanvang niet heel happig op de samenwerking met de huisartsen en omarmde de samenwerking niet onmiddellijk. Niet verwonderlijk; de gemeente heeft behalve de GGD geen taak in de gezondheidszorg. De huisartsenzorg wordt betaald door de zorgverzekeraars en bepaald door het Rijk. Van Riet: 'Het zijn financieel geheel gescheiden werelden.' Voor de huidige samenwerking is geen passende vergoeding in de reguliere bekostiging. Van Riet: 'We doen het met tijdelijke subsidies.' Maar 'de beleidsmakers' – ze doelt op de zorgverzekeraars, de gemeente en het ministerie – zijn inmiddels enthousiast en dat biedt perspectief. Er lopen gesprekken.

De samenwerking levert betere zorg op. Idealiter moet dit leiden tot minder doorverwijzing naar de tweede lijn, precies de opdracht die huisartsen vanaf volgend jaar krijgen. Van Riet: 'Onze doelgroep zijn de zorgmijders en zorgovervragers, hun aandeel in de kosten is groot. Op die groep kan je veel winst maken.' En die wordt gemaakt, zegt Van Riet trots. 'Wij kunnen wijzen op een trendbreuk: de zorgkosten in de wijk zijn gedaald.'

Pieter de Vries weet al welke kant hij op wil met Dobben. Activering, voor zover Dobben dat wil en aankan. En weg bij de psychisch hulpverlener van het ziekenhuis. Dobben is uitbehandeld, maar hij heeft wel begeleiding nodig en die moet dichtbij zitten. Een rol voor de praktijkondersteuner-ggz. Van de tweede lijn naar de eerste lijn.

Noot

* Bert Dobben is een gefingeerde naam.

Meer informatie (o.a. een filmpje): www.overvechtgezond.nl/algemeen/hoe-overvecht-gezond-georganiseerd en www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=384184

Jelle van der Meer is
freelance journalist.