

**Audrey van Schaik**

is: psychiater en directeur behandelzaken bij GGZ inGeest in de regio Amsterdam en Haarlem.

werkte: medio 2015 enkele maanden voor het ziekenhuis Fundashon Mariadal en het FACT-team van Stichting Verslavingszorg en Psychiatrie - Caribisch Nederland op Bonaire. Vanuit een samenwerkingsverband tussen het ziekenhuis op Bonaire en het VUmc en AMC worden Nederlandse medisch specialisten uitgezonden om de kwaliteit van de gezondheidszorg van de BES-eilanden verder te verbeteren.

vindt dat: Nederland veel kan leren van Bonaire als het gaat om gezondheidszorg en inspiratie voor innovatieve ggz-concepten.

contact: au.vanschaik@ggzingeest.nl

Innovatie is ver te zoeken

De ggz ontwikkelt en verbetert de zorg continu. Nieuwe concepten zoals *Intensive Home Treatment* (IHT), wijkgerichte zorg, *collaborative care* en *Resource group Assertive Community Treatment* (RACT) volgen elkaar op. Maar zijn al deze zorgconcepten echt zo nieuw? En wat valt te leren van reeds beschikbare zorgconcepten?

Medio 2015 was ik in de gelegenheid te ervaren hoe innovatief de ggz is op Bonaire, sinds 10 oktober 2010 bijzondere gemeente van Nederland. Ik werkte daar enkele maanden als psychiater. Vertaald naar de Nederlandse Zvw-beddencapaciteit zouden op Bonaire, voor de 16.000 eilandbewoners, tien psychiatrische bedden nodig zijn. Die zijn er niet. Terwijl de prevalentie van psychiatrische stoornissen er hoog is, onder meer door veel voorkomende verslavingsproblematiek.

Psychiatrie en verslavingszorg worden er geïntegreerd aangeboden door een FACT-team. Dit bestaat pas kort, maar behaalde in 2014 met vlag en wimpel de CCAF-certificering. Aangezien psychiatrische opnames niet mogelijk zijn op het eiland, is alleen uitvliegen naar Curaçao een optie. Het gevolg is dat ggz-medewerkers en alle betrokkenen bij de cliënt – familie, burens, huisarts, vrienden, collega's en kerkgenoten – proberen op creatieve wijze een opname te voorkomen. Zij voelen een grote verantwoordelijkheid om te voorkomen dat 'het eilandkind' moet worden uitgevlogen, en gelukkig is dat ook zelden nodig. Het laagdrempelig organiseren van een zorgconferentie met betrokkenen is aan de orde van de dag. De gedeelde verantwoordelijkheid maakt dat het organiseren van 24-uurszorg voor een cliënt in crisis weinig moeite kost. FACT-medewerkers die drie keer per dag de cliënt bezoeken vormen geen uitzondering. En de cliënt, hoezeer ook in crisis, voelt zich aangesproken om mee te denken over oplossingen voor bescherming binnen de (ambulante) mogelijkheden.

De verantwoordelijkheid van de ggz-medewerker is zowel professioneel als sociaal-maatschappelijk van aard. Hij/zij wordt altijd ook aangesproken op zijn/haar rol van naaste. Een maaltijd langsbrennen, de kamer een sopje geven, langs de sociale dienst rijden of even

de medicijnen ophalen doet hij/zij vanuit die rol. Misschien ervaren wij dit als rolverwarring of het overschrijden van professionele grenzen. Mijn ervaring is dat door deze rolverruiming het contact meer aansluit bij de individuele behoeftes en context van de cliënt. Ook is het contact tussen cliënt en hulpverlener daardoor gelijkwaardiger.

In een kleine gemeenschap wordt de hulpverlener beoordeeld op wat hij/zij kan betekenen voor de ander. Ondanks het feit dat de ggz op Bonaire zich in een monopoliepositie bevindt, word je dagelijks bij elke actie beoordeeld door de ketenpartners: politie, gezaghebber, justitie, huisartsen, algemeen ziekenhuis en de gemeenschap. 'Ik ben niet van...', of 'Verwijs maar door naar...', is geen optie. Je kan altijd waarde toevoegen. Samenwerken is bepalend voor jouw reputatie.

Het is prettig om te werken in een omgeving met minder bureaucratie, administratieve lasten en noodzaak tot vinkjes. Er is maar één zorgkantoor waarmee korte lijnen bestaan en er is nog ruimte voor groei van de gezondheidszorg. Er wordt meer gewerkt vanuit vertrouwen dan vanuit controle.

Knelpunten zijn er natuurlijk ook. Heeft Bonaire wel of geen psychiatrische bedden nodig? De hulpverleners op Bonaire zijn bang hun creativiteit te verliezen, en minder samen met de gemeenschap en cliënt opnamevoorkomend te werken als eenmaal klinische voorzieningen voorhanden zijn. Wat een dilemma. ←