

De ggz in Bonaire - een inspiratie voor de beweging 'de nieuwe ggz'

J.A. RUIMVELD, M. BOSMA, R. HERMANIDES, J. VAN OS, H. BECKER, M. MAURICIO, E. JANSEN, P. DELESPAUL

ACHTERGROND Sinds oktober 2010 zijn de BES-eilanden in de Antillen een bijzondere gemeente van Nederland. Toen werd beloofd dat de gezondheidszorg op korte termijn op Nederlandse standaard gebracht zou worden. Bonaire, met 15.518 inwoners in 2010 (19.408 in 2016) kreeg haar eigen flexible assertive community treatment(FACT)-team. Het werd daardoor een uniek wijkexperiment voor de beweging 'de nieuwe ggz'.

DOEL Beschrijven van de ontwikkeling van een moderne ggz-infrastructuur in een kleine geografische entiteit.

METHODE Visitatie, interviews en analyse van historische databronnen.

RESULTATEN Het ggz-wijkteam neemt de integrale verantwoordelijkheid voor de psychische noden in Bonaire. Er is geen diagnostische verzuiling. Lijnen zijn kort. Het team is in staat de behoefte aan bedden sterk te verminderen. Samenwerking met de huisartsen en het ziekenhuis verloopt soepel en voorzieningen vullen elkaar aan. Doordat de teamleden geïntegreerd in de wijk wonen, is de maatschappelijke integratie geborgd en kunnen ze laagdrempelig inspringen op signalen. Op een natuurlijke wijze wordt ingezet op drie zorgdomeinen: verminderen van symptomen, maatschappelijke participatie en persoonlijk herstel of doelrealisatie.

CONCLUSIE Geïntegreerde ggz-wijkzorg in een kleine geografische entiteit zoals voorgesteld door 'de nieuwe ggz'-beweging, biedt mogelijkheden tot herstelgerichte zorg.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)7, 462-470

TREFWOORDEN 'de nieuwe ggz', herstelgerichte zorg, integrale zorg, kleine regionale zorgregio's, organisatie van de zorg



Op 10 oktober 2010 werden de Nederlandse Antillen als land opgeheven. De drie kleinste eilanden, Bonaire (toen 15.518 inwoners), St. Eustatius (3583) en Saba (1781), samen de BES-eilanden, kregen een nieuwe constitutionele status als bijzondere gemeente binnen het Koninkrijk der Nederlanden. Vanaf die datum werd de minister van vws direct verantwoordelijk voor de gezondheidszorg op de eilanden. Op korte termijn zou de kwaliteit van de zorg op Nederlandse standaard gebracht worden.

Medio 2011 kregen Novadic-Kentron en vumc/AMC de opdracht om de kwaliteit van de verslavings- en psychiatrische zorg op de BES-eilanden te verbeteren. Doel was om te komen tot een geïntegreerd en samenhangend zorgsysteem. Een van de pijnpunten was dat ambulante out-

reachinge zorg beperkt was en dat klinische opnames moesten gebeuren door dure uitzendingen naar Curaçao, Aruba of Nederland. De zorg moest beter en goedkoper worden, door vliegbewegingen te beperken, overlast te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren. Er werd gestart met de ontwikkeling van intensieve ambulante psychiatrische en verslavingszorg op basis van FACT-principes.

Bij het aannemen van de opdracht door Novadic-Kentron in 2011 werd een aantal uitgangspunten overeengekomen: 1. één regie over meerdere zorggebieden, om versnippering te voorkomen; 2. aansluiten bij de lokaal ervaren zorgbehoeften en cultuur, om draagvlak te creëren (implementeren van Neder-

landse blauwdrukken ligt gevoelig en is niet aangewezen);
3. bouwen aan een integraal zorgnetwerk door aan te sluiten bij bestaande voorzieningen.

In een eerste verkenning van wensen, kansen en mogelijkheden voor de (door)ontwikkeling van geestelijke gezondheidszorg, is met een groot aantal betrokkenen gesproken. Belemmeringen en valkuilen werden geëxploreerd. De bevindingen en voorstellen voor de te ontwikkelen zorg zijn vervolgens met de betrokkenen besproken.

Beeld in 2011

In 2011 beschikte Bonaire niet over epidemiologische gegevens. De omvang van de psychiatrische problematiek was onduidelijk en ook was onbekend hoeveel mensen een ernstige psychische aandoening (EPA) of verslavingsproblematiek hadden (Abel e.a. 2012). De prevalentie van alcohol-, cannabis- of cocaïneverslaving leek groot. Maar veel leed blijft verborgen omdat psychische kwetsbaarheid een maatschappelijk taboe is en de cultuur repressief is voor psychisch lijden. Op Bonaire worden psychiatrische problemen vaak gezien als een straf of een gevolg van bekeksing. De zorg op Bonaire had geen systematische administratie en dus zijn er geen harde gegevens over de zorgconsumptie. Op basis van interviews met medewerkers uit 2010 wordt geschat dat bij de reclassering per jaar ongeveer 200 cliënten met een verslaving en 80 met psychiatrische problematiek zorg kregen. Relatief vaak werd gebruikgemaakt van informele zorg (o.a. van de pastor). Professionele hulp uit de psychiatrie, welzijnssector of justitie wordt vermeden of te lang uitgesteld. Problemen worden pas gedetecteerd bij crises, agressie, overlast of (poging tot) suicide. Problemen zijn dan te groot geworden voor ambulante zorg, hetgeen vaak leidt tot uitstoting van de cliënt via een opname naar een ander eiland met klinische faciliteiten (bijvoorbeeld Curaçao en Aruba). Binnen de groep mensen met psychische aandoeningen zijn mensen met een psychose (zowel niet-affectieve als bipolaire psychosen) het meest zichtbaar. Patiënten met een comorbide verslavingsproblematiek komen het snelst in beeld.

Een niet meer te traceren bron vermeldt een registratie van vws uit 2008 met ruim 100 aanmeldingen van cliënten met een psychiatrische of verslavingsproblematiek. Van hen was 25% kind, 39 patiënten werden als chronisch omschreven en 19 gebruikten depotmedicatie. We weten niet waar deze aanmeldingen hebben plaatsgevonden en op welke wijze ze werden geregistreerd. Dubbele controle is onmogelijk. Maar de cijfers moeten beschouwd worden als een zorgprevalentie en zijn dus eveneens een onderschatting van de populatieprevalentie in Bonaire. Aangezien het zorgaanbod er minder uitgebreid is dan in Nederland, kunnen we aannemen dat het verschil tussen zorg en populatieprevalentie in Bonaire groter is.

AUTEURS

JO-ANN RUIJVELD, gz-psycholoog, Stichting Verslavingszorg & Psychiatrie Caribisch Nederland (SVP-CN); vanaf 2017 is de naam gewijzigd in Mental Health Caribbean (MHC).

MARC BOSMA, beleidsmedewerker, MHC.

ROEL HERMANIDES, adviseur, Novadic-Kentron, Vught.

JIM VAN OS, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie en publieke ggz, divisie Hersenen, UMC Utrecht.

HISKE BECKER, psychiater, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

MARCELINO MAURICIO, eilandmanager Bonaire, MHC.

ERIK JANSEN, directeur, MHC.

PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Zorginnovatie in de ggz, Universiteit Maastricht, Maastricht en Mondriaan, Maastricht-Heerlen.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Philippe Delespaul, Universiteit Maastricht,
Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
E-mail: ph.delespaul@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-1-2018.

ZORGAANBOD IN 2011

De psychiatrische en verslavingszorg op Bonaire werkte vóór 10 oktober 2010 met beperkte middelen. Er was een grote inzet van een beperkt aantal professionals en veel vrijwilligerswerk. Huisartsen vervulden een cruciale rol in de signalering en doorverwijzing van cliënten. Hun aanbod is neutraler en cliënten met psychische problemen komen daarom liever bij hen dan bij de categoriale psychiatrische en verslavingszorg. Ondanks deze kleinschaligheid en beperkte middelen was de ggz op Bonaire sterk versnipperd. Professionals in de sectoren van zorg en welzijn waren slechts in beperkte mate van elkaars aanbod op de hoogte. Er werd langs elkaar heen gewerkt en samenwerkingsmogelijkheden werden gemist. De efficiëntie was beperkt en verschillende aanbieders hadden deels dezelfde cliënten in hun caseload.

Psychiatrische hulpverlening werd geboden door 2 psychiatrisch verpleegkundigen die aangesteld waren bij de Dienst Gezondheid en Hygiëne (DGH, die een GGD-functie had). Zij moesten noodgedwongen prioriteren en richtten zich voornamelijk op crisismanagement bij chronische psychiatrische patiënten. Ze werkten samen met een maatschap van twee consulterende psychiaters van Curaçao, die wekelijks Bonaire bezochten en tevens spreekuur

hadden in het algemene ziekenhuis en op enkele andere locaties. Verder bezocht een kinder- en jeugdpsychiater gemiddeld éénmaal per maand Bonaire.

Wanneer klinische opname nodig was, werden patiënten per vliegtuig overgebracht naar Curaçao, naar Stichting Brasami voor gedwongen verslavingsbehandeling (vaak op grond van ondercuratelestelling en dwangverpleging). Vrijwillige verslavingsbehandeling gebeurde bij Hogar Crea in de Dominicaanse Republiek, de Hoop in Dordrecht en de Schakel in Apeldoorn. Voor de reguliere psychiatrie wordt gebruikgemaakt van Klinika Capriles (algemeen psychiatrisch ziekenhuis; APZ) en de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) van het St. Elisabeth Hospitaal op Curaçao en op Aruba de PAAZ van het Horacio Oduber Hospital. Deze 'offshore'-voorzieningen hielden continu één bed beschikbaar voor Bonaire. Er waren veel vliegbewegingen voor veel korte opnames.

De verslavingszorg bestond uit één maatschappelijk werker aangesteld bij de Stichting Verslavingszorg Bonaire en de Stichting Krusada, die tijdelijk verblijf en inloop bood aan verslaafde mannen. De Stichting Krusada opereerde vanuit een landhuis, op basis van christelijke inspiratie en grotendeels met inzet van vrijwilligers. Twee andere stichtingen, Yabi di Libertat en Stichting Vrije Stad Effata, boden eveneens zorg aan verslaafden vanuit religieuze gronden. In tegenstelling tot de andere voorzieningen konden deze laatste twee niet worden gemotiveerd tot overleg over samenwerking en bleven ze buiten de ontwikkelingen rond de organisatie van verslavings- en psychiatrische zorg op Bonaire.

Naar integrale zorg met lokaal draagvlak

De bewoners van de BES-eilanden staan enerzijds op hun autonomie en er heerst wantrouwen voor Nederlandse oplossingen en blauwdrukken. Men wenst dat geluisterd wordt naar betrokkenen en dat beleid aansluit bij de lokale cultuur, en de specifieke uitdagingen en oplossingsmogelijkheden die de regio zelf biedt. De Caraïben zijn Nederland niet.

Anderzijds stellen zij de Nederlandse daadkracht om besluitvorming in praktijk te brengen wel op prijs. En sinds 10 oktober 2010 ervaart men meer daadkracht. Maar men ervaart ook een groeiende verwarring door de 'verkoeking' vanuit verschillende afzonderlijke ministeriële departementen en men mist de overzichtelijkheid en samenhang die men voor de kleine schaal van het eiland verwacht had.

Een voorbeeld van geslaagde besluitvorming is de organisatie en financiering van de forensische zorg. In Nederland valt deze onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Justitie en Veiligheid, met institutionele verzuiling (en extra stigmatisering) tot gevolg. Echter, op Bonaire is

besloten de financiering van de forensische zorg door het zorgverzekeringskantoor uit te laten voeren. De schaal is immers te klein voor een lokale forensische dienst. Hiermee komt de forensische zorg onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van vws, waardoor meer integratie ontstaat.

INTEGRATIE

Integratie is het sleutelwoord en moet de bestaande versnippering opheffen. Dit vroeg een verheldering van de rolverdeling tussen het eilandsbestuur, dat verantwoordelijk is voor de openbare gezondheidszorg, en het Caribische Zorgkantoor (ZVK-CN), dat verantwoordelijk is voor de verzekerde zorg. Hierbij moest kwaliteitsverbetering gerealiseerd worden binnen de beschikbare middelen.

De opdracht die het ministerie van vws aan Novadic-Kentron verstrekke, betrof naast Bonaire, ook de 2 andere BES-eilanden. Vanuit een goed geplande centrale coördinatie moesten werkvormen ontwikkeld worden die voor het hele gebied passend en duurzaam zouden zijn. Bij de zorgvisie op lange termijn moest men ook rekening houden met de lokale sociaal-maatschappelijke context omdat verschillen relevant zijn voor het ontstaan en voortbestaan van verslavings- en psychiatrische problematiek. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de graad van armoede en het perspectief op scholing en werk. Voor jongeren zijn dit belangrijke stressoren en lokaal beleid op deze domeinen is belangrijk uit het oogpunt van preventie.

UITGANGSPUNTEN

Toen Novadic-Kentron in 2011 bij de plannen betrokken werd, was er wantrouwen op de BES-eilanden omdat Nederland haar beloften voor een passende gezondheidszorg na 10 oktober 2010 (nog) niet was nagekomen. Men voelde zich overvallen door blauwdrukoplossingen die niet aansloten bij de lokale omstandigheden. Daarom werden de volgende uitgangspunten van een gezamenlijke en integrale aanpak geformuleerd:

- De regionale betrokkenen worden in de ontwikkeling en uitvoering van verslavingszorg en psychiatrie gehoord en betrokken.
- Naast cure en care is ook preventiebeleid gericht op sociaal-maatschappelijke risicofactoren voor verslavings- en psychiatrische problematiek noodzakelijk.
- Er wordt geen blauwdruk gemaakt, maar een plan van aanpak op hoofdlijnen, uitgaande van wat al is gerealiseerd op de eilanden en niet van wat mist vanuit een Europees/Nederlands referentiekader.
- Er wordt gestreefd naar behoud van kleinschaligheid: 'micro organiseren in plaats van macro organiseren'.
- De organisatie van de samenwerking met regionale belanghebbenden in integrale zorgnetwerken vereist

een gemandateerde coördinatiekracht met continuïteit voor meerdere jaren.

- Zorg wordt integraal georganiseerd en uitgevoerd, om lokaal meer kwalitatieve, gediversifieerde en inventieve oplossingen te bieden tegen een beheersbare kostprijs.
- Daarbij wordt de kwaliteit van aanwezige voorzieningen voor psychiatrie en verslavingszorg, zoals (crisis-) opvang, verblijf en begeleiding, ambulante en klinische behandeling en resocialisatie, verhoogd. Bestaande en nieuw te creëren voorzieningen worden slim gecombineerd tot integrale oplossingen voor de algemene gezondheidszorg, forensische zorg en reclassering, veiligheid en justitie, zorg voor verstandelijk gehandicapten, maatschappelijk werk, hulp aan jeugd en gezin, opleiding en volwasseneneducatie en toeleiding naar dagbesteding en werk.
- De ‘eilandsraden’ hebben de verantwoordelijkheid voor ggz en preventie. Het integrale ggz-netwerk zoekt nadrukkelijk afstemming met hun voorzieningen om preventie te realiseren.
- Voor de organisatie van verslavingszorg en psychiatrie voor de bes-eilanden wordt gestreefd naar lokale samenhang en synergie en waarbij voor specialistische verwijzingen wordt afgestemd met Curaçao, Aruba, St. Maarten en Suriname; ‘enkelvoudige’ detoxificatie kan op het eiland zelf plaatsvinden;
- Nederlandse voorzieningen blijven op de achtergrond beschikbaar voor hoog specialistische zorg; de verwachting is dat dit minder nodig wordt naarmate de kwaliteit van de verslavingszorg en psychiatrie in Caribisch Nederland toeneemt.
- er wordt primair gewerkt met lokale medewerkers of medewerkers uit Nederland met een Antilliaanse achtergrond (‘landskinderen’), gezien hun kennis van cultuur en taal (Papiamentu op Bonaire). Zo nodig worden ze ondersteund met opleidingstrajecten.
- Een eenvoudig elektronisch patiëntendossier (epd) wordt ingevoerd waardoor geleidelijk systematisch relevante zorggegevens beschikbaar komen voor evaluatie en bijsturing.

VOORBEREIDING EN UITVOERING

In overleg met vws en het lokale zorgverzekeringskantoor werd besloten om de coördinatierol van Novadic-Kentron voor ambulante verslavingszorg, psychiatrie en aanpalende zorgdomeinen samen te laten vallen met de contractering door het Zorgverzekeringskantoor (zvk-cn). De aansturing van andere (keten)partners, bijvoorbeeld maatschappelijke opvang en huisvesting, wordt geregeld via convenanten en de financiering middels onderaannemers. Een centrale verantwoordelijkheid voor het integraal zorgnetwerk dwingt tot transparante verantwoording.

Deze integrale regiofinanciering ondersteunt ambulante zorg en biedt zorgprofessionals vrijheid voor creatieve interventies waardoor opnames vermeden worden, verminderen en flexibeler worden ingezet.

Na diverse raadplegingen is besloten om op Bonaire een FACT-team (*flexible assertive community treatment*) op te zetten. Dit team biedt toegang tot de ambulante psychiatrie en verslavingszorg en biedt intensieve outreachende, multidisciplinaire zorg. Het FACT-team richt zich primair op mensen met de meest complexe en chronische zorgbehoeften (populatie met EPA) en biedt consultatieve ondersteuning aan netwerkpartners en de betrokkenen (o.a. de familie) rond de cliënt.

Oorspronkelijk werd in het lokale somatische ziekenhuis Fundashon Mariadal (FM) een PAAZ gepland voor kortdurende klinische behandelingen, waardoor cliënten op het eiland zouden kunnen blijven. Deze PAAZ zou worden ontwikkeld met inzet van psychiaters van het vumc/AMC en zou opvang bieden voor acute crisissituaties, detoxificatie, behandeling van dubbelediagnoseproblematiek, forensische patiënten en van jeugdigen van 12-18 jaar. Ook zou de PAAZ mogelijkheden gaan bieden voor dagbehandeling en poliklinische zorg. Het FACT-team en de PAAZ zouden elkaar nadrukkelijk aanvullen en continuïteit in het zorgnetwerk garanderen. Om dit te bevorderen zouden de psychiater en de verslavingsarts beiden werkzaam zijn voor de PAAZ van FM en het FACT-team.

Resultaten: situatie medio 2016

Medio 2012 werd het FACT-team onder de naam Stichting Verslavingszorg & Psychiatrie Caribisch Nederland (svpcn) opgericht. Het startteam werd gevormd door de maatschappelijk werker van Stichting Verslavingszorg Bonaire, de twee sociaalpsychiatrische verpleegkundigen (spv's) vanuit DGH en een psychiatrisch verpleegkundige en psychiater vanuit de Stichting Jumelage vumc/AMC. Gaandeweg werden verder een gz-psycholoog, twee forensische casemanagers, een kinder- en jeugd-spv, een lvg-casemanager (voor mensen met een lichte verstandelijke beperking) en een ervaringsdeskundige aangesteld.

Er kwam ook een trainingshuis waar cliënten van het FACT-team met dubbele diagnoses of een verstandelijke beperking werden voorbereid op zelfstandig wonen. Tevens werden samenwerkingsafspraken gemaakt met de Stichting Krusada (onderaannemer voor begeleiding van cliënten richting arbeid) en werd er een preventiedeskundige aangesteld met aandachtsgebied alcohol- en drugsgebruik onder kinderen en jeugdigen.

Het totale personeelsbestand bedroeg op Bonaire, eind 2015, 21 fte, inclusief ervaringsdeskundige, woonbegeleiders, management en administratieve ondersteuning. In het 4de kwartaal van 2015 waren 172 cliënten in zorg. In

totaal zijn vanaf de start in 2010 tot en met 2016 624 unieke cliënten in zorg geweest. Op 6 juni 2014 werd het FACT-team door CCAF Nederland gecertificeerd.

Momenteel ontwikkelt het team resource- of ruggensteungroepen en bouwt aan een maatschappelijk geïntegreerde ggz. Ondertussen is het FACT-team volgens de nieuwe CCAF-normen (Bahler e.a. 2017) opnieuw gecertificeerd. Hierbij werd duidelijk dat de sterke lokale verankering bij uitstek een herstelgerichte zorg faciliteert en de gerichte personele bezetting en bijscholing hebben bijgedragen aan het realiseren van een goede implementatie van evidence-based praktijken op een niveau dat in de Nederlandse ggz zelden gerealiseerd wordt.

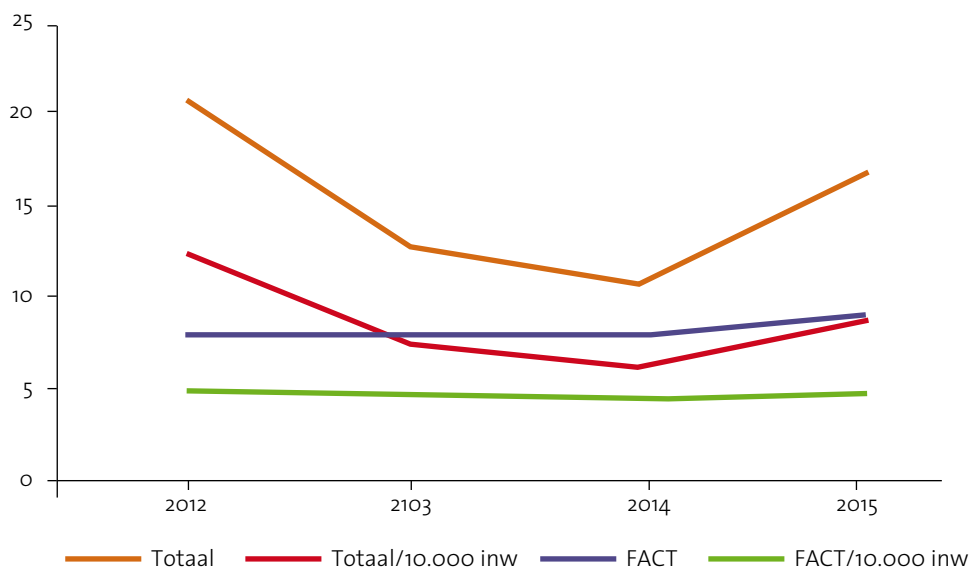
Sinds de start van het FACT-team is het aantal mensen die voor een opname naar Curaçao, Aruba of Nederland moesten worden gevlogen, gedaald. Spijtig genoeg zijn over de periode vóór 2012 geen betrouwbare gegevens beschikbaar. Sinds 2012 registreert de SVP-CN deze wel. De cijfers vertonen, tegen de achtergrond van een groeiende bevolkingsomvang (2010: 15.518 inwoners; 2016: 19.408 inwoners) een stabiel laag beeld voor de geïntegreerde regionale ggz (FIGUUR 1).

Een significant aandeel van de uitplaatsingen worden geïndiceerd door vrijgevestigde psychiatrische praktijken die een eigen beleid voeren, maar ook een clientèle hebben van nieuwe (voornamelijk Europese) bewoners (immigranten of toeristen) die bij een ernstige psychische aandoening of crisis zorg zoeken in het thuisland. Over dezelfde periode is het aantal crisissituaties bij de bewoners op de eilanden zelf verminderd.

Er is in de laatste twee jaar een intensievere inzet met het lokale ziekenhuis gegroeid. Het geplande aantal bedden voor de PAAZ in wording, is vanwege onvoldoende vraag verlaagd (van 18 naar 12 naar uiteindelijk 6). Er blijft behoefte aan een kortdurende observatie- en onderzoekruimte (KOOR), met een beperkte verblijfsduur van maximaal 24 uur. Indicaties zijn: observatie en psychiatrische spoedbeoordeling bij moeilijk te beoordelen patiënten, bij suicidaliteit, alsook ter overbrugging voor een uitplaatsing. Recent is besloten deze plaatsingen zoveel mogelijk op reguliere afdelingen van het algemeen ziekenhuis te realiseren.

SVP-CN ontwikkelt momenteel samen met andere betrokkenen de psychiatrische zorg voor kinderen en jeugdigen, de zorg voor mensen met een LVB en de klinische forensische zorg. De ernstige langdurende problematiek had de prioriteit in de eerste fase. Nu de populatie met EPA kwalitatief goede zorg krijgt, wordt ook gewerkt aan de verbetering van de kortdurende behandelingsinterventies bij 'basale psychische stoornissen'. Bijzondere aandacht krijgt de groep die nu niet of veel te laat hulp krijgt. De Stichting SVP-CN werd verzocht om samen met het ziekenhuis FM de psychiatrische zorg ook uit te breiden naar de hele doelgroep mensen met psychische zorgbehoeften. SVP-CN creëert hiertoe een sluitende keten met enkele vrijgevestigde psychologen en wordt de prioritaire wijkgerichte en geïntegreerde psychiatrische zorgaanbieder voor de brede ggz.

FIGUUR 1 Uitplaatsingen naar buiten Bonaire (2012-2015) voor de totale bevolking inclusief indicaties van vrijgevestigde praktijken en de caseload van het FACT-team (ruwe totalen en gecorrigeerd per 10.000 inwoners); data van voor 2012 waren onsystematisch en onbetrouwbaar



BELEMMERENDE FACTOREN

Systematische verzameling van gegevens over tevredenheid over de zorg en over de kernvraag 'wordt de patiënt er beter van' bevindt zich in de aanvangsfase. Hoewel veel vooruitgang is geboekt, is de ontwikkeling ook gehinderd door een aantal factoren.

Ten eerste biedt leven en werken op een klein eiland niet alleen kansen voor korte lijnen met formele en informele zorg en steun; er zijn ook risico's en nadelen, immers op een 'eiland' kent iedereen elkaar:

- Cliënten en families zijn huiverig om een hulpvraag te formuleren en hiermee de 'vuile was' buiten te hangen.
- Samenwerkingspartners binnen zorg en sociaal domein proberen zich te profileren, hetgeen een sluitende zorgketen bemoeilijkt. Het vraagt een lange adem om vertrouwen op te bouwen.
- Ggz-medewerkers ervaren spanning in hun eigen privacy: het kan soms hinderlijk zijn om op elk moment binnen de publieke ruimte als hulpverlener te worden herkend en aangesproken.

Andere belemmerende factoren zijn:

- Taalproblemen hinderen de samenwerking met de huisartsen. Van de 14 huisartsen op de BES zijn er 5 het Nederlands niet machtig en de meesten van hen beheersen het Engels matig.
- De dagelijkse praktijk wordt gehinderd door het uitblijven (door de hoge investeringskosten) van een netwerk op dat voor alle zorgverleners toegankelijk is.
- De ontwikkeling van de ggz verloopt sneller dan die van het sociaal-maatschappelijk domein (algemeen maatschappelijk werk, schuldhulpverlening en armoedebestrijding, opleidingsmogelijkheden en arbeidstoeleiding); er dient daarom voor gewaakt te worden dat sociaal-maatschappelijke problematiek wordt 'gepsychiatriseerd'.

De commissie-Spies (Spies e.a. 2015) evalueerde de gerealiseerde veranderingen op de BES-eilanden sinds 10 oktober 2010 en constateerde dat de bevolking het meest tevreden is over verbeteringen in de zorg en het onderwijs. We zien dit als een aanmoediging om op de ingeslagen weg verder te gaan. Om een indruk te geven wat de ontwikkelingen voor een individuele patiënten kunnen betekenen, geven wij een gevalsbeschrijving.

Gevalsbeschrijving

Patiënt A, een 31-jarige Boneriaanse man, kwam op jonge leeftijd na een eerste psychose in contact met de psychiatrie bij Dienst Gezondheid en Hygiëne (DGH). De behandeling was poliklinisch en werd uitgevoerd door een psychiatisch verpleegkundige samen met visiterende psychiaters.

De status vermeldde als opeenvolgende werkdiagnoses een angststoornis en vermoedens van neurologische klachten. Deze werden behandeld met tianeptine, paroxetine en uiteindelijk clonazepam. Drie jaar later startte men met olanzapine.

Weer drie jaar later werd hij voor het eerst opgenomen in Nederland (voor ongeveer een maand) en werd de diagnose schizofrenie, paranoïde type gesteld. Hij werd behandeld met quetiapine en haloperidol.

Een maand na de opname in Nederland werd hij opnieuw opgenomen, ditmaal gedwongen met KZ-verklaring (een geneeskundige verklaring op basis van de 'Wet tot Regeling van het Staattoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten' van 1884; de Wet Bopz werd nooit op de BES-eilanden ingevoerd en dus bleef de oude Krankzinnigewet van kracht.)

De opname werd uitgevoerd op de Capriles Kliniek te Curaçao en duurde ongeveer 6 maanden. Patiënt werd er behandeld met olanzapine. Na deze opname werd hij ambulante begeleid door DGH met clozapine.

Vier jaar later werd hij wederom met een KZ-verklaring opgenomen, ditmaal op de PAAZ van Horacio Oduber Hospital te Aruba. Het betrof een psychotische decompensatie na het staken van clozapine.

Na ongeveer 3 weken keerde patiënt weer terug op Bonaire en toen startte de zorg vanuit het FACT-team bij de SVP-CN. Patiënt en zijn steunsysteem kregen psycho-educatie. Voor het eerst werd een gezamenlijk behandelplan opgesteld. Hierin maakte patiënt zijn wens om in Nederland te studeren bekend. Er volgde een aantal gesprekken met patiënt en zijn steunsysteem. Dit leidde tot een plan waarbij hij geleidelijk startte met dagbesteding en de medicatie in eigen beheer kreeg. Hij begon met een leer-werktraject, werd geholpen bij het vinden van een baan en van een mbo-studie (niveau 3 richting ICT) op Bonaire.

Hierna werd patiënt niet meer opgenomen. Hij was medicatie- en therapietrouw en had een beter contact met zijn steunsysteem. Hij bezocht sociale activiteiten, maakte de mbo op niveau 3 af en startte met niveau 4. Hij werkte nog steeds. Geleidelijk zou hij de zorg van het FACT-team kunnen afbouwen.

Patiënt en zijn familie waren tevreden over de geboden zorg. Ze beschouwden de integratie van goede psychiatrische hulp, samen met de ontwikkeling van een maatschappelijk perspectief, zoals dat geboden werd door het FACT-team, als de verklaring voor dit succes.

Discussie

Op Bonaire ontwikkelt zich op kleine regionale schaal een maatschappelijk geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg waarbij zorg geoptimaliseerd wordt in aansluiting op

de cultuur en sociaal-maatschappelijke omstandigheden van het eiland. Er ontstaat met de aanwezige betrokkenen een sluitend zorgnetwerk. Na enkele jaren investering staan de contouren. De uiteindelijke doelstelling is om de psychische gezondheid van de hele bevolking te verbeteren. Psychisch onwelbevinden is immers een breed maatschappelijk probleem dat men het best maatschappelijk geïntegreerd kan aanpakken.

BONAIRE ALS LIVING LAB

Bonaire lijkt daarmee een *living lab* voor 'de nieuwe ggz'-beweging (DNG), een proeftuin waarin de effecten van elementen zoals geformuleerd in *Goede GGZ* (Delespaul e.a. 2016) kunnen worden geobserveerd. Binnen de DNG-beweging verschuift het denken over psychische kwetsbaarheid van 'de maakbare mens' naar het 'gecontextualiseerde individu'. Cultuur en leefomstandigheden bepalen (mede) de betekenisgeving van de wereld voor de persoon en dus ook de stressoren waarmee iemand moet leren omgaan. Psychische hulpverlening moet de persoon behandelen in de voor hem of haar betekenisvolle context en niet, zoals te vaak en te exclusief gebeurt, als een gedecontextualiseerd, maakbaar brein. Er is behoefte aan deskundige ggz-professionals, maar de zorg heeft er ook baat bij wanneer de afstand met de leefwereld van de cliënt verkleint.

Vanzelfsprekend verschilt Bonaire van een Nederlandse gemeente. Maar wanneer we in Bonaire kunnen concluderen dat sociaal-maatschappelijke omstandigheden een belangrijke preventieve factor vormen bij psychische gezondheid, dan beperkt deze observatie zich niet tot de unieke omstandigheden op Bonaire met armoede en druggebruik. Ze geldt voor de hele ggz. Door de lokale integratie van de zorg in Bonaire raken hulpverleners sneller ervan overtuigd dat beleid rond risicofactoren ook de verantwoordelijkheid is van de maatschappelijk geïntegreerde ggz. In Nederland wordt dit weggeorganiseerd in een ander domein en andere voorzieningen. Het resultaat is verzuiilde zorg. De DNG-beweging denkt dat de kleinschaligheid van Bonaire instrumenteel is om anders naar problemen en oplossingen in de ggz te kijken. Naarmate de schaal kleiner wordt, worden problemen gedeelde problemen. Wanneer betrokken partijen elkaar in de ogen kijken, ontstaat een geïntegreerde zorg met meer creativiteit en betrokkenheid. De wijkgerichte zorgschaal (< 20.000 inwoners) is ook een goede keuze voor de ggz in Nederland.

WONEN IN DE WIJK

Op een kleine schaal wordt zorg op een natuurlijke wijze gerealiseerd rond de cliënt en met zijn of haar betrokken omgeving. Dit gebeurt niet (enkel) omdat de gemeen-

schapszin in Bonaire anders is dan in Nederland, maar als expliciete keuze van de hulpverleners die de mensen persoonlijk kennen. Hulpverleners zijn als buurman of klant bij de bakker ook lid van de gemeenschap en worden in hun rol en verantwoordelijkheid voor de ggz op straat aangesproken (Schaik 2015). Bonaire is een eiland en dus ligt het niet voor de hand om als hulpverlener buiten de wijk waarin je zorg verleent te wonen.

De SVP-CN heeft tevens expliciet gekozen om te werken met 'landskinderen', hulpverleners uit de Caraïben die cultuur en taal (maar ook uiterlijk) met de bevolking delen. Deze hulpverleners hebben vaak zelf gekozen om niet te gaan wonen in de toeristische villawijken, maar leven geïntegreerd in de wijken waar de meeste mensen uit de doelgroep wonen.

In Nederland is dit normaal voor huisartsen, maar niet voor ggz-professionals. Toch zijn er ook hier hulpverleners die deze keuze maken. In de Zorgvrijstaat van Rotterdam werken enkele hulpverleners in de wijk waar ze zelf wonen, vaak de wijk waar ze zelf zijn opgegroeid. Dit verlaagt de drempels voor de toegang tot de zorg, maar draagt ook bij tot andere interpretaties van de problemen en ontsluit radicaal andere bronnen voor steun en behandeling. Het resultaat is een psychiatrie met veel minder bedden, waardoor middelen vrijkomen voor een meer responsieve hulpverlening.

Kleinschaligheid en maatschappelijke integratie zijn voorwaarde voor een aanwezige en responsieve psychiatrie die efficiënter is en hulpverlening transparanter maakt (normaliseert).

Conclusie

'De nieuwe ggz' zal uiteindelijk leiden tot minder stigmatisering. Kleinschalige wijkgerichte zorg neemt het psychisch lijden van de burger in diens context (en met diens betrokken omgeving) als uitgangspunt. In de wijk komt geïntegreerde zorg op een natuurlijke wijze tot stand. In de institutionele Nederlandse ggz heeft men hiervoor methodieken en opleidingen nodig (*resource group assertive community treatment* (RACT) en *Open dialogue*) en creëert men de mythe dat een maatschappelijk geïntegreerde en gecontextualiseerde zorg geen keuze of professionele houding is, maar een techniek waarvan personen die hiervoor niet zijn opgeleid, moeten uitgesloten worden. Hierdoor creëren we een artificiële schaarste voor goede zorg.

SVP-CN onderkent het natuurlijk effect van geïntegreerde hulpverlening, maar onderkent ook dat professionals deskundig moeten zijn. Ze investeren veel in bijscholing en verwachten van hun medewerkers kwaliteit. Bij ons bezoek troffen we hulpverleners die geschoold waren in de modernste technieken, cliënten die de herstelliteratuur

volgden, lid waren van Psychosenet en zich voorbereidden op een job als ervaringsdeskundige, familieleden die via internet deel waren van internationale community's en ervaringen en oplossingsstrategieën uitwisselden. Het lijkt erop dat de schaal van de wijkgerichte zorgorganisatie veel slagvaardiger is, zowel in de responsiviteit naar cliënten, betrokkenen en maatschappelijke voorzieningen, als naar de organisatie van zorg en de coaching/trai-

ning van hun professionals. De zorg die ze bieden, is zichtbaar kwalitatief hoogstaande hulpverlening door 'gewone' professionals (geen nationale of internationale experts) die door de zorgcontext top-hulpverleners worden. Cliënten en betrokkenen zijn volwaardige partners. Een vooruitblik op de rehabilitatie van de sector die 'de nieuwe ggz' ambieert.

LITERATUUR

- Abel WD, Baboolal N, Gibson RC. The epidemiology of mental health issues in the Caribbean. In: Pan American Health Organization, Mental health and psychosocial support in disaster situations in the Caribbean: Core knowledge for emergency preparedness and response. Washington: PAHO; 2012.
- Bähler M, Delespaul PAEG, Kroon H, van vugt M, Westen K. FACT-schaal 2017. Utrecht: CCAF; 2017.
- Delespaul PAEG, Milo M, Schalken F, Boevink W, van Os J. Goede GGZ - Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis; 2016.
- Schaik A van. Innovatie is ver te zoeken. De psychiater 2015; 21: 38.
- Spies JWE, Soons AHA, Thodé GAE, Verhey LFM, Weekers FHH. Vijf jaar verbonden: Bonaire, Sint Eustatius, Saba en Europees Nederland. Den Haag: Commissie evaluatie uitwerking van de nieuwe staatkundige structuur Caribisch Nederland; 2015.

SUMMARY

Mental health in Bonaire – an inspiration for the Dutch New Mental Health Movement

J.A. RUIJVELD, M. BOSMA, R. HERMANIDES, J. VAN OS, H. BECKER, M. MAURICIO, E. JANSEN, P. DELESPAUL

BACKGROUND In 2010 the BES-islands in the Caribbean became a special municipality of the Netherlands. Healthcare was upgraded to match Dutch standards over a short period of time. With a population of 15,518 inhabitants in 2010 (19,408 in 2016), Bonaire received its own FACT-team (flexible assertive community treatment). It subsequently became a unique experiment for the Dutch New Mental Health Movement.

AIM To describe the development of a modern mental health care system in a limited geographic area.

METHOD Site visitation, interviews and analysis of historical data sources.

RESULTS The local mental health team takes integral responsibility for all the MH care needs in Bonaire. There is no intricate diagnostic referral system. Consultation access lines are short. The team was able to dramatically reduce the need for hospitalization. Collaboration with the somatic hospital and general practitioners runs smoothly and the facilities offer complementary care. Societal integration is insured due to mental health professionals living interspersed in the neighborhood, the low threshold allowing them to respond to signals efficiently. There is a natural development of the following three domains of care: reduction of symptoms, societal participation and personal remission.

CONCLUSION Integrated mental health services in a geographically small area, as presented by the Dutch New Mental Health Movement, enables the possibility of recovery oriented care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)7, 462-470

KEY WORDS integrated care, mental health services, recovery oriented care, small catchment areas, the Dutch New Mental Health Movement