



Motieven en drijfveren voor opname

Drs. Márian Vink, Pauline Willems, msc, Annelies Faber, Mia Huberts, Mirjam Kohinor, drs. Barbara Groot
Mei 2019

CENTRUM VOOR
CLIËNTERVARINGEN

AANLEIDING

Versterken eerstelijns zorg

De ELAA (Eerste Lijn Amsterdam en Almere) is een onafhankelijke netwerkorganisatie. Als ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur) heeft de ELAA de maatschappelijke opdracht om de eerstelijnszorg voor inwoners in de wijk te versterken.

Integrale aanpak herstel en burgerschap

Vanuit deze opdracht neemt de ELAA onder andere deel aan de *Taskforce EPA Amsterdam* (EPA = ernstige psychiatrische aandoening) waarin de gemeente Amsterdam, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en professionals en cliënten streven naar een integrale aanpak gericht op herstel en burgerschap van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Deze groep mensen heeft de laatste jaren te maken gehad met een verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn en gemeentelijke voorzieningen; de ambulantisering is gepaard gegaan met een afbouw van bedden. GGz-bestuurders zijn van mening dat met name de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen tekort schiet, volgens velen in ernstige mate (Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGz, 2017). Voor mensen met autisme, persoonlijkheidsproblematiek of angststoornissen zijn er lange wachtlijsten (Nza, 2017).

GGz terug in de wijk

De ELAA heeft signalen dat sommige mensen met ernstige psychiatrische aandoening, die vanuit de tweedelijns GGz 'terug in de wijk' zijn gekomen, na verloop van tijd aangeven dat zij toch liever opgenomen worden in de GGz. Professionals geven aan een groot gedeelte van de tijd kwijt te zijn om met cliënten en naasten te bespreken wat het alternatief is voor een opname.

Waardering opname

De vraag die dit oproept is: wat is het voordeel van een opname voor cliënten? Opname heeft voor cliënten niet alleen 'bijwerkingen', maar biedt ook voordelen. Welke elementen 'waarderen' cliënten aan een opname?

Andere redenen voor opname dan gedacht

Uit eerdere onderzoeken van het Centrum voor Cliëntervaringen (Vink et al, 2017) bleek bijvoorbeeld dat cliënten om een vrijwillige opname vragen om weer structuur en goede voeding te krijgen. Als duidelijk is waarom mensen een opname willen, zou nagegaan kunnen worden of dit in de wijk, buiten de instelling, geboden zou kunnen worden. De ELAA heeft het Centrum voor Cliëntervaringen gevraagd om hiernaar onderzoek te doen.

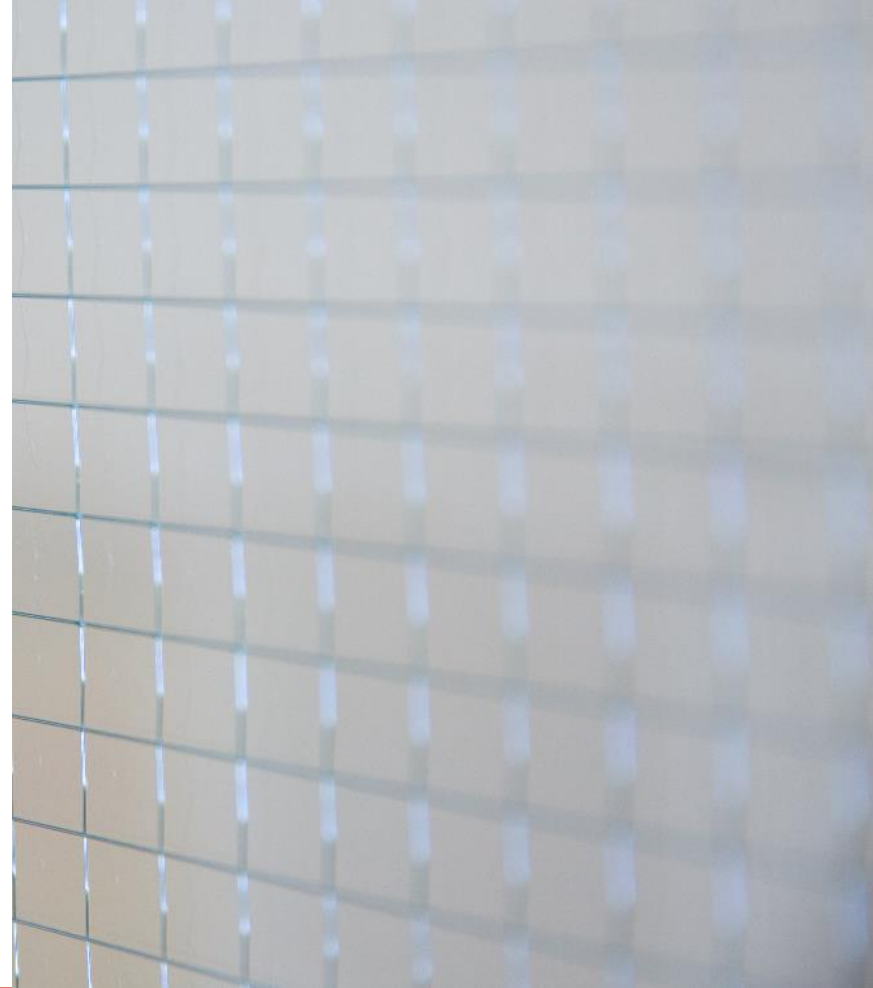
ONDERZOEKSDOEL

Onderzoeksdoel: motieven cliënten

Het onderzoek had het volgende hoofddoel: zinvolle leerervaringen opdoen over (on)bewuste drijfveren en motieven van cliënten om voor een opname in een GGz-instelling te kiezen.

Het project kende meerdere subdoelstellingen:

- Inzicht in de (on)bewuste drijfveren en motieven van cliënten ten aanzien van opname in een GGz-instelling
- Op gang brengen van een dialoog en onderling begrip tussen betrokkenen (cliënten, naasten, professionals) ten einde te komen tot onderling begrip over 'gewenste elementen van GGz-zorg in de wijk' die opname kunnen voorkomen om uiteindelijk de zorg voor EPA cliënten effectiever en goedkoper te maken
- Inzicht in (on)bewuste drijfveren en motieven van professionals om een cliënt al dan niet te laten opnemen.



VRAAG, DOELGROEP EN UITGANGSPUNTEN

Onderzoeksvraag

De volgende vraagstellingen worden in dit rapport beantwoord:

- Welke elementen waarderen cliënten aan een opname?
 - Wat zijn barrières om thuis te worden behandeld/ondersteund?
 - Wat zijn barrières om in een respijthuis te verblijven?
- Hoe kunnen de elementen van een opname die cliënten waarderen buiten de instelling aangeboden (in de wijk) worden?

Onderzoeksgroep

Het onderzoek is uitgevoerd onder:

- Mensen met ernstige psychiatrische problemen (n = 16) die vrijwillig opgenomen zijn geweest in een GGz-instelling, hierna cliënten genoemd
- Professionals (n = 2) die zorg en ondersteuning bieden aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Werving cliënten

De werving van cliënten die aan het onderzoek deelnemen vond plaats via via; via een oproep aan ervaringsdeskundigen; via flyers die opgehangen zijn in verschillende GGz-locaties; via het uitdelen van flyers tijdens psychiatriecafés.

Uitgangspunten onderzoek

Een aantal uitgangspunten die belangrijk waren bij de uitvoering van het onderzoek:

- Verhalen hebben een centrale plek in het traject.
- Ervaringskennis is complementair aan academische kennis en professionele kennis.
- Dialoog brengt perspectieven en verrassende combinaties bij elkaar.
- Voldoende reflectie en flexibele aanpak.
- Ruimte voor creativiteit en informele aanpak.
- Samen leren (niet veroordelen, maar een open gesprek).

Einddoel van het onderzoek was niet, zoals bij traditioneel onderzoek, om te komen met een lijst met aanbevelingen, maar een gezamenlijk leerproces op gang te brengen en door te ontwikkelen.

Eerder vond vanuit het Centrum voor Cliëntervaringen onderzoek plaats naar de ervaringen van cliënten met de crisishulpverlening in Amsterdam (Vink et al., 2017). In overleg met de ELAA zijn ook relevante resultaten uit dit onderzoek gebruikt in het huidige verslag.

ONDERZOEKSDESIGN

Participatief actieonderzoek

Het onderzoeksdesign is participatief actieonderzoek (Abma, et al, 2019). Dit betekent onderzoek met diegene waar het onderzoek over gaat, in dit geval cliënten die ervaring hebben met een vrijwillige opname. Bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek hebben we samengewerkt met ervaringsdeskundigen. Deze ervaringsdeskundigen brachten hun ervaringskennis in in alle fasen van het onderzoek.

Digital ethnography

Bij aanvang van het onderzoek vond online desk research via fora plaats, waaronder de website scholieren.com, Proud2beme.nl en Fok.nl.

Interviews

De data zijn verzameld door interviews met 10 vrouwen en 6 mannen. De interviews vonden plaats bij mensen thuis, op hun werkplek of in de instelling waar zij nog waren opgenomen. De leeftijd varieerde van 23 tot ca. 60 jaar.

Member check

Van alle interviews is een audiotape gemaakt, die is gewist nadat het verslag van het interview getranscribeerd is. Cliënten kregen het verslag van hun interview, met de vraag of ze ermee akkoord konden gaan (member check).

Thematische en creatieve analyse

De onderzoekers van Cliëntenbelang Amsterdam en VUmc hebben de interviews thematisch geanalyseerd. Samen met de co-onderzoekers zijn de data ook via een creatieve methode (Critical Creatieve Hermeneutische Analyse van Van Lieshout & Cardiff, 2011) geanalyseerd.

Dialogoog

Tijdens workshops van een congres over herstel van de EPA Taskforce op 7 februari 2019 werd een dialoog gevoerd over de uitkomsten van dit onderzoek tussen onderzoekers, cliënten en professionals. De workshop diende als validatie van de onderzoeksresultaten.

In totaal namen 32 mensen aan de workshops deel.

Professionals waren afkomstig van Mentrum, GGz inGeest, GGD Amsterdam, Arkin, Cliëntenraad Arkin, Combiwel, HVO Querido, OJZ (gemeente Amsterdam), Afdeling Zorg gemeente Amsterdam, Groot MO/GGz overleg, Muziekcentrum Eiwerk, De Omslag, Team Herstel van Cordaan, Odion, WPI, Ypsilon, Team ED, Familieraad GGzinGeest, Bureau Straatjurist, Centrum voor Cliëntervaringen en Cliëntenbelang Amsterdam.

ONDERZOEKSDESIGN

Onderzoeksteam

Het onderzoek is uitgevoerd door:

- Co-onderzoekers Annelies Faber, Mia Huberts en Annette van Noort (deels);
- Onderzoekers Cliëntenbelang Amsterdam: Márian Vink en Pauline Willems;
- Onderzoeker VUmc: Barbara Groot;
- ELAA: Mirjam Kohinor

RESULTATEN



IK VERLANG NAAR EEN OPNAME (I)

GEPOST OP WOENSDAG 2 OKTOBER 2013 12:37
DOOR SANDRA IN PROUD2LIVE

Hoewel ik de kliniek in het begin echt geen fijne plek vond, veranderde dit door de tijd heen en werd het bijna mijn tweede thuis. Het voelde er heel veilig, iets wat ik thuis nooit had ervaren en op dat moment ook niet vond in mijn studentenhuis. Ik mocht zijn wie ik was, hoe slecht ik me ook voelde, hoe depressief ik ook was. Het was de eerste plek waar ik hardop durfde te zeggen dat ik dood wilde zonder dat dat veroordeeld werd. De verpleging was er altijd en had begrip voor bijna alles. Elke dag werd wel een paar keer oprecht gevraagd hoe het met me ging, door behandelaren maar ook door groepsgenoten. Mensen uit de groep droegen vaak ook bij aan het gevoel van veiligheid en geborgenheid. We zaten allemaal in hetzelfde schuitje en hadden daarom aan twee woorden genoeg. De herkenning was zo fijn, dat had en heb ik thuis niet. Tot slot gaf een kliniek ook structuur door de dagplanning die er was. Ik wist precies wat er die dag zou gaan gebeuren en kreeg daardoor een gevoel van controle. Ik werd eindelijk niet meer 's ochtends wakker met de vraag hoe ik de dag weer moest overleven, dat stond immers al vast. Vreemd eigenlijk dat ik toen dacht controle te hebben, want in feite had ik nergens controle over. Alles werd bepaald: hoe laat ik op moest staan, hoe laat ik de huiskamer moest zitten,

hoe laat de eerste therapie begon, waar ik zat aan tafel en op welke stoel, hoe laat ik ging eten en wat ik ging eten. Dat is alles behalve controle.

Als ik nu thuis ben en weer eens terug denk aan veilige plek in de kliniek, dan probeer ik te bedenken dat de kliniek een hele fijne en omgeving kán lijken, maar het eigenlijk niet echt is. Er zitten behoorlijk wat nadelen aan het opgenomen zijn in een kliniek. Zo wordt je verantwoordelijkheid grotendeels uit handen genomen doordat alles bepaald wordt door de regels van de kliniek. Even kan dat fijn zijn, maar uiteindelijk geeft het je een minderwaardig gevoel als jouw enige verantwoordelijkheid planten water geven is.

Die groepsgenoten zijn echt wel fijn, maar kunnen soms ook mega irritant zijn met al hun problemen. Doordat je allemaal met hetzelfde zit, gaat het alleen maar over ziek zijn en therapie in plaats van over de normale dingen in het leven. Daarnaast ben je nooit echt alleen, behalve op je saaie kamertje met harde bed. Het eten is vaak niet lekker en werkelijk óveral wordt een punt van gemaakt. Als je op een dag besluit zonder bijzondere reden een keer vroeg naar bed te gaan, dan moet dit de volgende dag direct besproken worden tijdens de groepstherapie, want dan zal er wel iets met je zijn. Kortom, alles wordt vertherapeutiseerd. Idealiseer het fijne leventje in de kliniek dus vooral niet, maar kijk ook wat de nadelen ervan zijn.

CONTEXT: HET LEVEN VAN CLIËNTEN

IMPRESSIE UIT DE INTERVIEWS MET CLIËNTEN

Kenmerken uit de leefwereld van cliënten

Een aantal kenmerken die de leefwereld van cliënten uit het onderzoek typeren:

- Veelal alleenwonend. Eén vrouw heeft een kind dat drie dagen in de week bij haar is.
- Het netwerk is over het algemeen klein.
- Overwegend langdurig contact met de GGz (SPV), met vaak meerdere opnames.
- Bij een aantal mensen speelt de familie een belangrijke rol bij de vrijwillige opname.
- Wisselende problematiek: manisch, psychotisch, persoonlijkheidsstoornis en verslaving; slaapproblemen en verstoord dag- en nachtritme, eetstoornis; verslavingen; depressies.
- Sterke oriëntatie op de GGz qua werk, dagbesteding, sociaal leven.

Vrijwillige opname?

- De vraag is in hoeverre mensen daadwerkelijk vrijwillig zijn opgenomen. Bij bijna alle cliënten was voor de opname sprake van een (ernstige) ontwrichting van hun leven, die volgens hen een vrijwillige opname nodig maakte. De term vrijwillig is in die zin vooral een juridische term.
- Twee van de cliënten uit ons onderzoek zijn juridisch gezien vrijwillig opgenomen, maar op verzoek van anderen. Bij één iemand is dat tegen haar wil gebeurd.

MOTIEVEN EN DRIJFVEREN VOOR OPNAME

HET VERHAAL VAN EEN CLIËNT

De heer T. heeft last van wanen en psychoses. Hij is vier keer opgenomen geweest, alle opnames waren vrijwillig.

Rust, weg uit de onveilige situatie

Ik ben, ik zou bijna zeggen, gezegend geweest met de hulpverlening die ik ontvangen heb. Het was heel basic, maar toch dat beetje basic geeft rust. Dat zoek ik dan, dat is de beweegreden om opgenomen te worden. Uit de onveilige situatie waar ik dan in zit. Als jij enkel geesten om je heen ziet dan... ik beleef van alles en nog wat, het is niet leuk. Je hebt wanen, betrekkingswanen dat je op straat loopt en iedereen je lastig valt. Daar wil je niet op reageren, want dan ga je mensen op straat lastig vallen. En religieuze wanen tussendoor. Die zijn minder frequent. Het is een golfbeweging. Bij pieken is het heftig, bij dalen rustig. Je hebt een vrij frequente golfbeweging en een minder frequente golfbeweging daartussen door lopen van religieuze wanen. Je maakt echt van alles mee. Geesten, demonen, duivels, mensen die je lastig vallen. Dan ben je Jezus, dan moet je zijn als Jezus of je moet de weg zoeken als Jezus. Je bent Boeddha.. Mensen waar je om geeft.. Je zit in je waan, helemaal van de wereld, dan weet je niet meer wat je moet doen.

Zo extreem kan het zijn, dat je eigenlijk hulpeloos bent, de weg niet meer weet.. Het wordt erger en erger en erger, tot je een grens bereikt hebt en zegt 'ik heb hulp nodig'. Maar dan zit je al in een totaal andere wereld.

Mijn huis is nogal vol. Ik moet dingen weggooien, wil ik er dingen inbrengen. Normaal gesproken vaar ik daar wel bij, maar in zo'n waansituatie is het veel te druk, veel te chaotisch. Dus dan is zo'n kamertje in de kliniek, waar het basic is, zo'n verademing.

Medicatie

De heer T. geeft aan dat hij bij opname behandeling nodig heeft, bijvoorbeeld het instellen op de juiste medicatie. Dankzij de medicatie kan hij functioneren.

Vertrouwde zorgverlener nodig

Het is sowieso een veilig gevoel iemand, buiten de situatie waar je in zit, te hebben. Mijn bubbel is klein. Ik heb familie, that's it. Als je dan daar buiten iemand hebt, waardoor je toch een veilige plek hebt buiten je bubbel die op dat moment een soort gevarezone gaat worden. Jouw hulpverlener is op dat moment dan een neutraal persoon. Dat zou voor mij niet een aardige buurvrouw of zo kunnen zijn. Iemand moet kennis hebben van mijn problemen.

MOTIEVEN EN DRIJVEREN VOOR OPNAME

HET VERHAAL VAN EEN CLIËNT

De heer J. is 43 jaar, was chef-kok, heeft een dochter van 13 en is gescheiden. Hij is jarenlang verslaafd geweest aan cocaïne, drank, gokken. Daar is hij allemaal vanaf, van de cocaïne zeven jaar, van de drank officieel twee weken.

Niemand wist hoe ik van de antidepressiva af kon komen, zelfs de verslavingsarts niet. Ik heb het allemaal zelf uitgezocht. Op voorhand kon niemand mij helpen. Ik had het zelf bedacht door de capsule open te maken. Daar zitten heel veel kleine balletjes in. Ik haalde er elke dag 3 of 4 balletjes uit. Zo ging ik stapsgewijs minderen. Je zit in een veilige omgeving, dat maakt dat je niet met je hoofd tegen de muur stampst van ongemak of ongeduld of pijn of wat dan ook. Met je klachten kan je daadwerkelijk meteen terecht. Ambulant moet je een week wachten, dat maakt het verschil.

En omdat ik zo positief ontvangen ben bij de Jellinek op de Jacob Obrechtstraat, heb ik het besluit genomen om hier te gaan solliciteren als vrijwilliger. Dat is één van de beste dingen in mijn leven geweest tot nu toe.

Door het grote, verschillende aanbod weet je de weg niet meer, weet je niet waar je heen moet. Ik ben bij de jeugdzorg, ik heb 30 nummers moeten bellen. Ik heb zelfs een crisisnummer moeten bellen, toen werd ik pas geholpen. Al die andere dingen die je op plaatjes bij de huisarts ziet, het is allemaal bullshit. Je moet heel sterk zijn wil je er tussen komen. Daarom zou ik tegen iedereen willen zeggen: 'ga voor een opname, maak gebruik van het systeem'. Als je opgenomen bent, krijg je zorg en aandacht. Ambulant – ik ben het nog niet tegen echt gekomen. Als je eenmaal in die opname zit, dan zit je bij de kern. Dan ben jij het belangrijkste en word je wel geholpen. Door een verpleegkundige, door een psychiater, door een behandelaar, door een verslavingsarts, door iemand die je eten maakt. Daarom raad ik het mensen aan. De cliënt heeft zorg nodig, heeft aandacht nodig. En moet niet steeds moeten zoeken naar de juiste hulp. Hier zit je midden in de kern, en heb je alles wat je nodig hebt op zo'n moment.

MOTIEVEN EN DRIJFVEREN VOOR OPNAME

BEVINDINGEN UIT DE INTERVIEWS MET CLIËNTEN

Bij vrijwel alle cliënten was voor de opname sprake van ontwrichting van hun leven. Ofwel door een psychose, ofwel door eet- of verslavingsproblemen, slaapproblemen of een depressie met suïcide-impulsen. In de beleving van bijna alle cliënten was een opname op dat moment de enige uitweg uit hun problemen; ze gaven aan dat ze te ver heen waren om voor een andere oplossing te (kunnen) kiezen.

Behandeling (medicatie, therapie)

- Voor een deel was specialistische behandeling van de psychose, de manie, de depressie, de verslavingen een beweegreden voor opname. Zij wilden inzicht krijgen of bepaalde doelen behalen (afkicken, anders omgaan met de eetproblemen). Ook instellen op medicatie of juist afkicken van medicatie was een reden.

Hopeloosheid

- Voor anderen: niet meer weten hoe het verder moet; bang zichzelf iets aan te doen; eenzaam zijn; teloorgang en verwaarlozing (geen geld, uitgehongerd en uitgedroogd); geen dag- en nachtritme hebben; op straat zwerven.

- Belangrijk aspect van een opname is dat verwacht wordt dat aan een aantal basisbehoeften wordt voldaan: rust, bijvoorbeeld doordat de omgeving sober is en niet allerlei associaties oproept; veiligheid, omdat je (tegen jezelf) in bescherming wordt genomen), contact, structuur (dag- en nachtritme, eten); begrenzing; een dak boven je hoofd; minder angst; en aandacht en liefde.

Krachtiger worden

- Een aantal mensen ziet een opname als een moment op weg naar herstel. Persoonlijk herstel doordat je weer kracht krijgt, maatschappelijk herstel doordat praktische zaken worden geregeld.

Niet tot last willen zijn

- Verschillende mensen hebben aangegeven dat zij hun naasten niet tot last willen zijn en onder andere daarom een opname willen.

Neveneffecten

- Afleiding, dagbesteding, geen verkeerde mensen tegenkomen, positieve groepsdruk, zijn voor cliënten belangrijke neveneffecten van een opname.

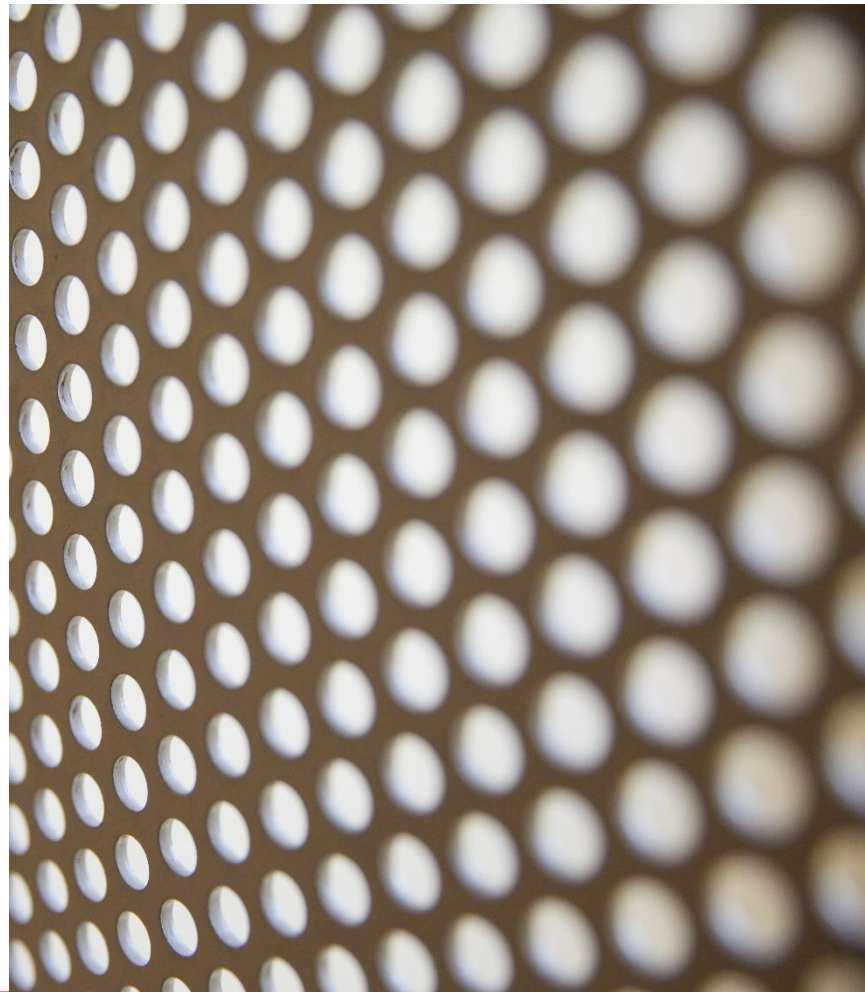
MOTIEVEN EN DRIJFVEREN VOOR OPNAME

BEVINDINGEN UIT DESKRESEARCH EN UIT HET ONDERZOEK NAAR DE CRISISHULPVERLENING

De motieven en drijfveren voor opname komen (deels) overeen met de bevindingen uit de deskresearch en uit het onderzoek naar de crisishulpverlening. Zowel in de deskresearch als het crisisonderzoek (Vink et al., 2017) bleken, net als in dit onderzoek, basisbehoeften een belangrijke reden om (weer) naar een vrijwillige opname te verlangen.

Jongeren op de fora gaven aan heimwee te hebben (gehad) en terug te willen vluchten naar de veilige plek, de contacten, het begrip dat ze kregen en het even geen verantwoordelijkheid hebben. Ook structuur is van belang. Via een opname kregen jongeren structuur die ze in hun eigen leven helemaal kwijt waren. In het crisisonderzoek gaf iemand aan dat vooral de structuur haar op de been helpt, niet de medicatie. Volgens haar zijn gezonde voeding, slaap en sporten de basis van herstel en zijn de antipsychotica 'een extraatje'.

Niet genoemd in ons onderzoek maar wel op fora: dat sommigen de positieve band met therapeuten missen.



NADELEN VAN EEN OPNAME

HET VERHAAL VAN EEN CLIËNT

Ik ben eerder opgenomen geweest, dus ik wist welk een beetje wat ik kon verwachten. Ik had grote angst dat ik weer geïsoleerd zou worden. Daarom wilde ik niet behandeld worden en daardoor heb ik alles tegen zitten houden toen het niet goed met me ging. Want ik ben eerder langdurig opgenomen geweest in de isoleer, ongeveer een half jaar. Daar ben ik stemmen gaan horen en daar ben ik nooit meer vanaf gekomen. Dus ik was met de nieuwe opname heel bang dat dat weer zou gebeuren. Maar omdat ik niet meer verder kon en niet meer te eten had, heb ik me op laten nemen. Ik dacht 'daar hebben ze misschien eten voor me en heb ik een dak boven mijn hoofd'. Al mijn inboedel is met grof vuil meegegaan. Ik zat met kerst in een pension, had helemaal geen geld, heb overleefd met een kerstkrans en een paar koekjes. Dat kregen we van de eigenaar van het pension. Ik had gewoon niets te eten, omdat ik geen pincodes kon onthouden.

Ik hoorde heel erg veel stemmen en zat bijna een jaar alleen in huis, helemaal psychotisch. Ik was tijdens de opname blij dat ik weer onder de mensen was.

Ik zit nu in een lotgenotengroep psychosegevoeligheid. Het valt

me op dat in die groep de meesten het thuis proberen op te vangen, met behulp van de familie. Dan moet je wel een sterke familie hebben, die dat aan kan. Mijn familie vangt me niet op. Als het nu slecht met me zou gaan, zou ik weer voor een opname kiezen. (...)

Niet opgenomen worden is beter voor je eigen zelfbeeld, het is levensreddend dat je niet opgenomen wordt. Want je gaat zo onderuit door een opname. Dat stigma dat er is, je bent ziek, psychotisch in huis en je hebt niet in de gaten wat er aan de hand is. Dan word je opgenomen, dat is een shock. Dan kom je op de afdeling en denk je 'ik ben echt gek'. Doordat je op de opname-afdeling bent, krijg je een stigma – en uiteindelijk zelfstigma. En om je daar uit los te worstelen, dat is zo'n gigantisch gevecht, het duurt jaren om daar weer van los te komen.

NADELEN VAN EEN OPNAME

BEVINDINGEN UIT DE INTERVIEWS MET CLIËNTEN

Cliënten onderling: niet altijd makkelijk

- Op een opname-afdeling heb je te maken met medepatiënten met wie het niet goed gaat. Dat kan confronterend, en vooral ook onrustig zijn.
- Voor sommige mensen voelde de groep waarin zij zaten onveilig. Ook was soms sprake van groepsdruk die als negatief werd ervaren.
- In bepaalde klinieken word je geconfronteerd met drugs en dealers.

Afhankelijkheid

- Op een opname-afdeling bepalen anderen wat goed voor je is. De eigen regie is beperkt.
- Zeker op een therapeutische afdeling, moet je al je gedrag verantwoorden.
- Een diagnose kan het opnameregime bepalen. Met name mensen met persoonlijkheidsstoornissen krijgen beperkte opnametijd (de ervaring van een cliënt: maximaal drie dagen per maand).
- Een vrijwillige opname kan, bijvoorbeeld bij het weigeren van medicatie, omgezet worden in een gedwongen opname.

Niet de gewenste ondersteuning

- Er is niet altijd ruimte voor een gesprek als je daar behoefte aan hebt.
- Als je niet op een therapeutische afdeling bent opgenomen, lijkt het doel vooral stabiliseren te zijn. Je krijgt geen intensieve gesprekken en therapieën.
- Mensen die liefde zoeken lopen aan tegen de beroepshouding van de professionals: professionele distantie.
- Er is onvoldoende kennis van het personeel over medicatie.
- Cliënten vinden dat er niet holistisch wordt gekeken. Er wordt gefocust op het probleem in plaats van op de mens.

Heel hard werken: geen kant-en-klare oplossingen

- Een opname leidt niet tot kant-en-klare oplossingen. Voor degenen die therapie krijgen, is het hard werken om zichzelf/hun gedrag te veranderen.

Negatieve persoonlijke gevolgen

- Stigma en zelfstigma kunnen een belangrijk 'bijeffect' van opname zijn.
- Een opname kan een heel vervelende ervaring zijn, zeker als een juridisch vrijwillige opname tegen de zin van een cliënt gebeurt.

NADELEN VAN EEN OPNAME

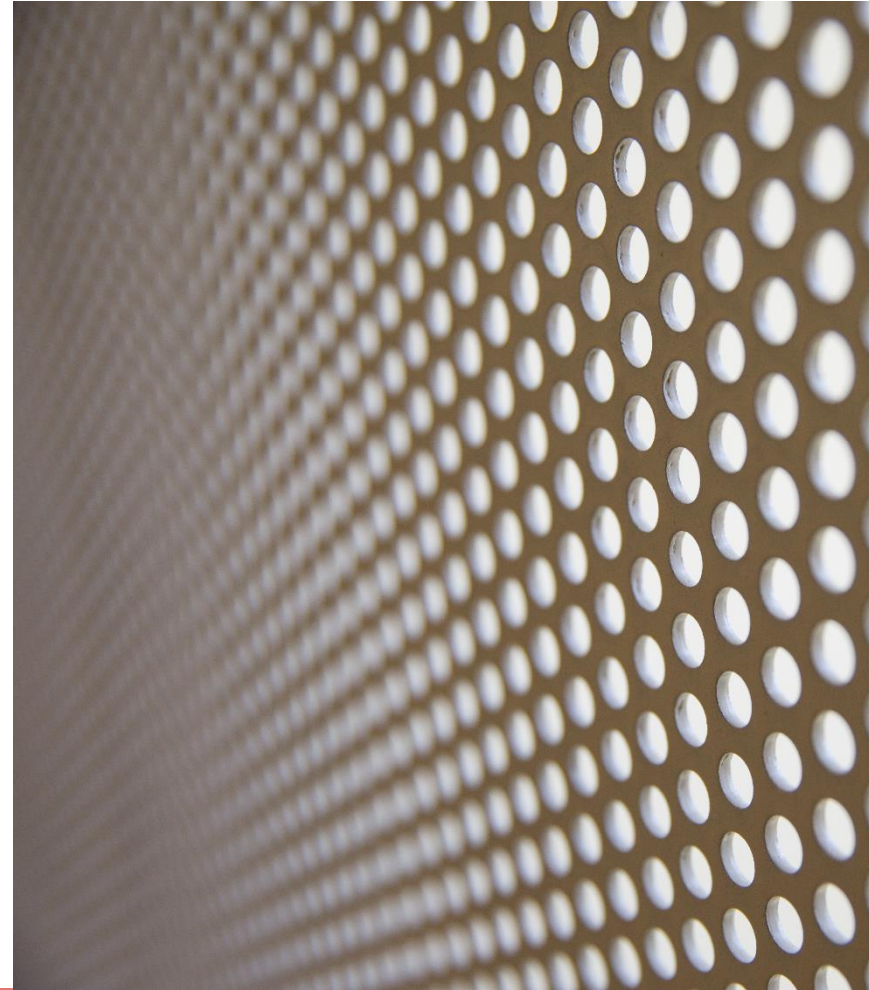
BEVINDINGEN UIT DESKRESEARCH EN UIT HET ONDERZOEK NAAR DE CRISISHULPVERLENING

De nadelen van een opname komen voor deels overeen met de bevindingen uit deskresearch en eerder onderzoek (Vink et al, 2017). Een voorbeeld: op de fora wordt besproken dat tijdens een opname alles bepaald wordt door de regels van de kliniek, waardoor je zelf geen gevoel van controle hebt; dat er sprake is van betutteling, wat tot een gevoel van machteloosheid leidt. In het crisisonderzoek noemden we dit normaliseren van gedrag via het kunnen verdienen van vrijheden.

Het contact met lotgenoten is volgens de jongeren op de fora nogal eens beperkt tot contact over ziek zijn en therapie.

Belangrijk volgens een van de schrijvers is dat je geen deel meer uitmaakt van het maatschappelijk leven.

Overeenkomend met ons onderzoek en met het crisisonderzoek is dat in een kliniek medepatiënten irritaties en onrust op kunnen roepen. Ook een aantal praktische zaken (eten, inrichting kamer) zijn niet altijd naar wens. In het onderzoek naar de crisishulpverlening (de meeste mensen waren gedwongen opgenomen) kwam vooral naar voren dat er te weinig aandacht was voor waar cliënten op dat moment het meest behoefte aan hadden: contact. De crisishulpverlening is, zo bleek uit het onderzoek, gericht op diagnosticeren en stabiliseren, en niet zozeer op het verhaal en de achtergrond van de mensen die worden opgenomen.

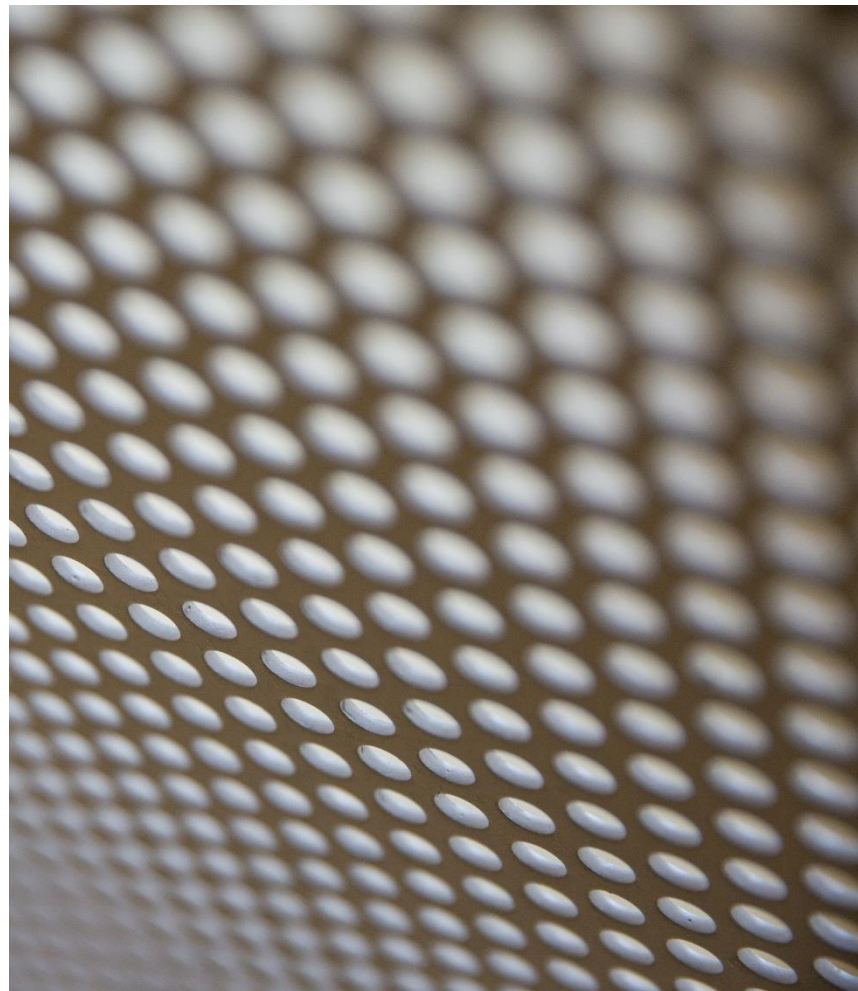


HOE EEN OPNAME TE VOORKOMEN

HET VERHAAL VAN EEN CLIËNT

Man, vier keer gedwongen opgenomen geweest en één keer vrijwillig. De laatste keer lukte het niet om een vrijwillige opname krijgen en heeft hij de crisis, met behulp van zijn psychiater, SPV en broer thuis doorgemaakt.

Ik zie mezelf als iemand die in transitie is. De afgelopen vijf jaar heb ik steeds meer vat gekregen op mijn bipolaire stoornis; ik ben nu ongeveer anderhalf jaar stabiel. Dat is best wel lang als je mijn geschiedenis kent. Dat komt omdat ik mezelf heb ontwikkeld en inzicht heb gekregen door ook veel na te denken en wat ik vaak noem te 'voeldenken'. Ik doe dat door heel goed te kijken wat er in me gebeurt. Ik heb een soort awareness ontwikkeld voor mijn interne processen. En daardoor ben ik nu stabiel en heb ik geen dingen die met mij aan de haal gaan. Een jaar geleden wilde ik opgenomen worden, maar er was geen plek in de locatie die mijn voorkeur had. Samen met mijn broer en mijn SPV heb ik toen besloten om thuis te herstellen. Dat was een goede beslissing. De SPV kwam twee tot drie keer per week thuis om te bespreken hoe het ging. (...) Al die crisisopnames hebben ervoor gezorgd dat dit niet uit de lucht kwam vallen. Het is een heel proces waarvan een vrijwillige opname een stadium naar emancipatie is. Opname is voor mij nu een vrije keuze. Ik zie het niet meer als een deel van mijn identiteit, maar als een van de opties.



HOE EEN OPNAME TE VOORKOMEN

BEVINDINGEN UIT DE INTERVIEWS MET CLIËNTEN

Zelfontwikkeling en zelfinzicht

- De bereidheid en het vermogen om zelf te veranderen/de situatie te veranderen.
- Rekening met jezelf houden en rust nemen.
- Inzicht, je verhaal en geschiedenis kunnen vertellen en ermee kunnen dealen.
- Via cursussen ervaringen delen over hoe om te gaan met je problematiek.

Zingeving, werk, een eigen leven leiden

- (Vrijwilligers)werk of zorgen voor een ander is van belang omdat het structuur biedt en een doel geeft. Er wordt iets van je verwacht, je doet er toe en het geeft zin aan de invulling van je leven.
- Een (min of meer) eigen leven, los van een partner, kan belangrijk zijn.

Gezien en begrepen worden

- Het lukt niet altijd om in de eigen omgeving begrip en ondersteuning te krijgen en/of buiten de GGz contacten te leggen. Activiteiten in de GGz zoeken is een mogelijkheid om wel gehoord/gezien te worden en een veilig gevoel te hebben.

Netwerk/sociale contacten

- Verschillende mensen gaven aan dat een opname niet had plaatsgevonden als zij een netwerk hadden gehad en met iemand hadden kunnen praten over wat hen bezig hield.
- Een netwerk ook van belang om te signaleren en de crisis niet te laten ontstaan en/of te laten escaleren.

Ondersteuning van professionals

- Contact met een vaste SPV, met een huishoudelijke hulp die signaleert, naar een inloop gaan. Als een crisis dreigt: intensiever contact met de SPV, contact met de crisisdienst en organisaties die je in geval van crisis kunt bellen.

Medicatie

- Voor sommige cliënten is medicatie een manier om een crisis te voorkomen of in bedwang te houden.

Snellere inzet gespecialiseerde thuiszorg

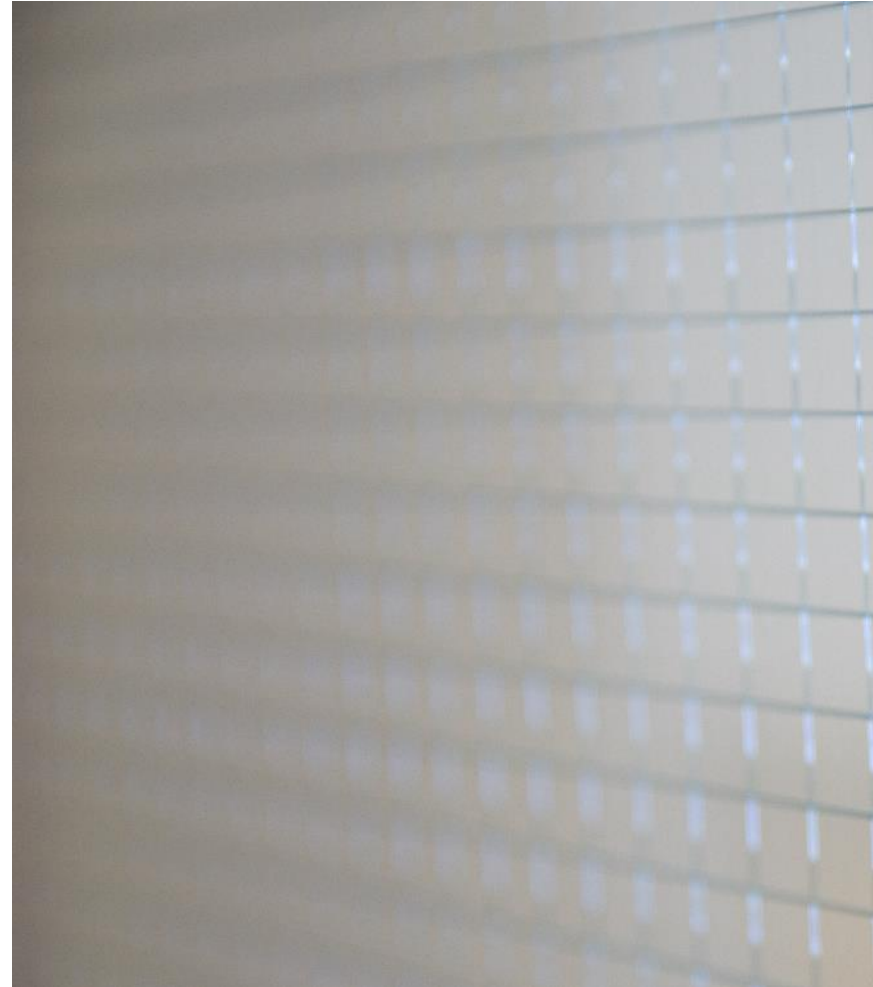
- Om te signaleren en chaos in het huis te voorkomen.

ALTERNATIEVEN VOOR EEN OPNAME

GEPOST OP WOENSDAG 2 OKTOBER 2013 12:37

DOOR SANDRA IN [PROUD2LIVE](#)

De realiteit is wel dat een kliniek echt veel veiligheid en een gevoel van geborgenheid kan geven wat je mist als je eenmaal weer thuis bent. Die overgang kan heel moeilijk zijn. Besef je dan vooral dat je wellicht niet zozeer behoefte hebt aan een opname, maar vooral aan die verschillende aspecten daarvan zoals veiligheid, structuur, een luisterend oor, je begrepen voelen etc. Kijk hoe je dit in je leven thuis kunt voegen zodat je je ook in je eigen omgeving steeds prettiger gaat voelen. Maak van je huis een gezellig en warm plekje waar je graag naartoe gaat en kijk of er mensen in je omgeving zijn bij wie je je verhaal kwijt kan. Misschien zijn dat zelfs wel oude groepsgenoten uit de kliniek die je dan kunt ontmoeten in een veel "gezondere" setting. Bouw een netwerk om je heen van mensen bij je terecht kunt en kijk wat er voor jou nodig is om thuis ook tot een echt thuis te maken, waardoor het leven in een kliniek steeds minder aantrekkelijk zal worden. Vrijheid, onafhankelijkheid, een zelfstandig mens zijn met verantwoordelijkheden, dat zijn zaken die écht veiligheid bieden.



ALTERNATIEVEN VOOR EEN OPNAME

BEVINDINGEN UIT DE INTERVIEWS MET CLIËNTEN

Volgens een aantal mensen in het onderzoek is er beslist geen alternatief voor een opname. Sommigen zijn (verschillende keren) opgenomen geweest en zien nu wel alternatieven.

Rust en liefde, geboden door het netwerk

- Mensen bij wie je je goed voelt en om de beurt komen logeren als het niet goed gaat. Met vrienden mee het bos in, spelletjes doen, boodschappen doen, lekker koken, etc.

Contact met een vrijwilliger

- Een vrijwilliger die indien nodig een paar keer per dag belt op het moment dat het niet goed gaat.

Vaak telefonisch contact met een hulpverlener

- Meermalen per dag contact met een SPV. De mensen die dit willen, hebben een klein netwerk, dat zij niet willen belasten of dat onvoldoende op de hoogte is van/begrip heeft voor hun problematiek.

- Voor mensen die op zoek zijn naar rust en veiligheid of die onder lotgenoten willen zijn is een respijthuis een alternatief. In een respijthuis kunnen mensen hun situatie weer op een rijtje te zetten en aan hun herstel werken. Er worden ook verschillende cursussen en gezamenlijke activiteiten aangeboden die herstel en zelfhulp bevorderen en onderlinge steun stimuleren.
- Een respijthuis is geen alternatief voor mensen die in een opnamesetting behandeling nodig hebben of die veel rust en/of structuur nodig hebben.

Gastgezinnen

- In plaats van een respijthuis zou ook een gastgezin rust en veiligheid kunnen bieden. Voorwaarde is dat de mensen die het onderdak bieden affiniteit hebben met/kennis hebben van GGz-problematiek.

VRIJWILLIGE OPNAME VRIJWEL NIET MEER MOGELIJK

HET VERHAAL VAN EEN CLIENT

Vier tot vijf jaar geleden ben ik voor het eerst opgenomen. Ik ging naar de neuroloog voor insomnia. Hij heeft mij doorverwezen naar de GGz omdat de slaapproblemen ook te maken hadden met stemmen die ik in mijn hoofd hoor en die mij wakker houden. Toen hebben ze me een half jaar aan laten modderen. Ik zat er zo doorheen, toen hebben ze me in behandeling genomen. Ik heb toen een opname gekregen om op de juiste medicatie ingesteld te worden.

Twee jaar geleden kreeg ik weer een inzinking. De slaapproblemen kregen de overhand en mijn dag- en nachtritme was in de war waardoor de problemen erger werden. De SPV gaf aan dat ik naar de acute dagopvang moest. Maar ja, ik was zo van het padje af. Ik moest me er toe zetten om daar heen te gaan. Dat heb ik wel netjes gedaan hoor, maar het werkte niet. Ik ging dan om drie uur 's middags weer naar mijn bed. Ik gaf aan dat ik echt opgenomen wilde worden. Maar dan houden ze heel erg de boot af. De SPV wilde het eigenlijk niet. Die zei 'er zijn nog zo weinig bedden'. Ik ben vol blijven houden dat ik een opname wilde. Uiteindelijk ben ik met de SPV naar de psychiater gegaan die voor een opname heeft gezorgd. Hij gaf aan dat hij het wel weer op instellen van medicatie zou gooien,

waardoor een opname wel mogelijk werd. Dat is de enige reden dat je nog opgenomen kunt worden. Ik snap niet waarom het zo moeilijk is om opgenomen te worden. Mij helpt het heel goed, als je opgenomen bent, dat je vroeg je bed uit moet. Je doet je dingen, je eet op een vast tijdstip enz. Ik ben weer een paar jaar verder.

VRIJWILLIGE OPNAME VRIJWEL NIET MEER MOGELIJK

BEVINDINGEN UIT EEN GESPREK MET EEN PSYCHIATER DIE O.A. BIJ DE CRISISDIENST WERKZAAM IS

Volgens de geïnterviewde psychiater is een vrijwillige opname is op dit moment vrijwel niet meer mogelijk, omdat alle bedden naar gedwongen opnames gaan. Ook als een psychiater ziet dat iemand niet in staat is tot voldoende zelfzorg, aan het vervuilen is, als de situatie voor de cliënt zelf of voor de omgeving onveilig is etc., lukt het hem of haar niet altijd om iemand opgenomen te krijgen.

Het criterium voor opname is dat er dag en nacht gespecialiseerde medische, verpleegkundige zorg nodig is. Dat is volgens de psychiater het geval als de medicatie wordt veranderd en mensen veel toezicht nodig hebben; of als mensen door een psychose een gevaar voor zichzelf zijn. Suïcide is geen opnamecriterium. Suïcide is een medisch probleem als de neiging om suïcide te plegen voortkomt uit een psychose. Als de neiging tot suïcide voortkomt uit wanhoop, is opname niet de aangewezen weg, want dit is niet klinisch op te lossen.

“Ziekenhuizen zijn verpleegplekken en niet meer dan dat. Het zijn geen veilige verblijfsplekken.”

Volgens de psychiater is voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis opname niet de aangewezen weg. Bij mensen met dat soort problemen is psychotherapie en het vergroten van zelfinzicht en zelfredzaamheid de aangewezen weg. Daar zijn tegenwoordig geen klinische plekken meer voor.

Het is volgens de psychiater belangrijk dat goed verteld wordt wat mensen van een opname kunnen verwachten en wat er van hen verwacht wordt. Het is een opname in medische zin, dus er zit een behandeling aan vast. Er worden gesprekken gevoerd, je zult deel moeten nemen aan therapie, je zult als het nodig is medicatie moeten slikken. Als cliënt ben je volgens de psychiater verplicht om hieraan mee te werken.

PERSPECTIEF ACADEMICI

PERSPECTIEF ACADEMICI

Behoeften

Maslow (1943) is bekend vanwege zijn behoeften piramide (zie hieronder). Onmiddellijk na het vervullen van de lichamelijke behoeften (eten, drinken, seks) volgt de behoefte aan veiligheid en zekerheid en de behoefte aan sociaal contact. Deze behoeften zijn voor de mensen uit ons onderzoek de belangrijke beweegredenen voor een opname. Zelfrealisatie (groeimogelijkheden ontwikkelen) staat in de piramide van Maslow bovenaan. In ons onderzoek blijkt zelfrealisatie voor sommige mensen preventief werkt voor een volgende crisissituatie waarin de behoeften uit de eerste lagen centraal komen te staan.



START VOOR DIALOOG



START DIALOOG

Beleidscontext

- De ambulantisering van de GGz heeft geleid tot een afbouw van bedden, met een onvoldoende opbouw van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychiatrisch aandoening. crisisbedden zijn op dit moment alleen nog beschikbaar voor gedwongen opnames..
- Specialistische behandeling van de psychose, de manie, de depressie, de verslavingen is reden voor opname in een kliniek. Ook instellen op medicatie of juist afkicken van medicatie is een reden.
- Met name mensen met persoonlijkheidsproblematiek worden vaak niet opgenomen. Tegelijkertijd zijn de wachtlijsten voor behandeling lang en zijn er vrijwel geen (tussen) voorzieningen waar deze cliënten gebruik van kunnen maken. Vooral deze groep lijkt tussen wal en schip te vallen, ook omdat er geen netwerk is dat hen op kan vangen/in staat is om hen op te vangen.

Welke elementen waarderen cliënten aan een opname?

- Opname biedt cliënten een uitweg uit de ontwrichtende situatie waarin zij verkeren en maakt de eerste stap naar herstel mogelijk.
- Er wordt voldaan aan een aantal basisbehoeften, zoals rust, veiligheid, structuur, contact, aandacht, begrenzing.
- Mensen krijgen inzicht en/of medicatie en handvatten voor herstel.

Wat zijn barrières om thuis te worden behandeld/ondersteund?

- De barrières om thuis behandeld of ondersteund te worden, zijn gerelateerd aan de problematiek waarmee mensen kampen, het ontbreken van een netwerk dat kan ondersteunen (of dat netwerk niet willen belasten) en met het ontbreken van ondersteuning vanuit de GGz. Ook de fragmentatie van de GGz en het ontbreken van gespecialiseerd aanbod (zoals gespecialiseerde thuiszorg) vormen barrières.

START DIALOOG

Wat zijn barrières om in een respijthuis te verblijven?

- Teveel mensen met verschillende problemen, wat onrust en daardoor een gevoel van onveiligheid geeft.
- Te weinig structuur en teveel verantwoordelijkheden voor cliënten.

Hoe kunnen de elementen van een opname die cliënten waarderen buiten de instelling aangeboden (in de wijk) worden?

- Het is van belang dat de ondersteuning zoveel mogelijk geïntegreerd wordt aangeboden. Bij partnerschap met het sociaal netwerk is, indien gewenst, ook ondersteuning van dat netwerk van belang, bijvoorbeeld via psycho-educatie of een cursus *Mental Health First Aid*.
- Via cursussen ervaringen delen over hoe om te gaan met je problematiek.
- Het zou zinvol zijn om in iedere wijk een laagdrempelig meldpunt/voorziening op te starten, waar zowel cliënten als mantelzorgers als eventueel burens een beroep op kunnen doen. Vanuit dat meldpunt wordt ondersteuning door getrainde ervaringsdeskundigen gegeven. Bij het meldpunt is ook een pool van getrainde ervaringsdeskundigen aangehaakt, waarop een beroep kan worden gedaan om in de thuissituatie ondersteuning te bieden. Bij het meldpunt is ook een inloopmogelijkheid.

- Cliënten geven aan inzicht te willen hebben in hun problematiek/geschiedenis en zien dat als een mogelijkheid om zichzelf te ontwikkelen en daarmee een volgende opname te voorkomen. Een mogelijke methodiek is een training die mensen begeleidt in het schrijven van hun eigen levensverhaal en in wat zij belangrijk vinden.

Alternatieven voor opname

- *Respijthuis in ieder deel van de stad*. Voor mensen die geen behandeling of nodig hebben of op medicatie ingesteld moeten worden.
- *Gastgezinnen* waar cliënten 7 tot 14 dagen kunnen verblijven. De gastgezinnen krijgen daarvoor een financiële vergoeding en ondersteuning van professionals.
- *Bed op recept en/of nachtopvang*. Eerdere ervaringen met bed op recept hebben uitgewezen dat dat – eventueel met een strippenkaart – voor mensen een goed alternatief is.
- *Telefoon op recept (24/7), bemenst door professionals*. Cliënten kunnen op dit moment gebruik maken van Sensor, gerund door vrijwilligers. Soms is echter meer ondersteuning nodig.

SAMENGEVAT: IK VERLANG NAAR EEN OPNAME

CONTEXT

Psychose; eet- of verslavingsproblemen;
slaapproblemen; depressie; suïcide-impulsen.



Ontwrichting
leven

Niet meer weten hoe het verder moet; teleurgang en
verwaarlozing (geen geld, uitgehongerd, uitgedroogd);
geen dag- en nachtritme; op straat zwerven; bang
zichzelf iets aan te doen. Anderen niet tot last willen zijn.
Opname gezien als enige uitweg uit de problemen.

BEHOEFTE
DIE AAN
EEN WENS
TOT
OPNAME
TEN GROND
SLAG LIGGEN



SAMENGEVAT: IK VERLANG NAAR EEN OPNAME

VOORWAARDEN VOOR GOEDE ZORG

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening hebben de laatste jaren te maken gehad met een verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn en gemeentelijke voorzieningen (ambulantisering). De ambulantisering is gepaard gegaan met een afbouw van bedden.

Het is voor cliënten bijna niet meer mogelijk om vrijwillig opgenomen te worden.

Tegelijkertijd schiet de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen tekort, volgens velen in ernstige mate (bron: Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, 2017) en zijn er lange wachtlijsten.

Preventie en een aanbod voor mensen die in crisis (dreigen te) raken, is dringend gewenst.

Herstelvisie, dus aandacht voor:

- Heel de mens (holistisch)
- Eigen regie behouden (niet alles wordt bepaald, verantwoordelijkheden uit handen)
- Opbouw van eigen leven (eigen netwerk)
- Overgang na opname naar huis vanaf dag 1 (maatschappelijk herstel, praktische zaken)
- Veerkracht en zelfinzicht in verhaal
- Niet alles vertherapeutiseren

Setting

- 24/7 iemand beschikbaar
- Structuur door dagplanning
- Afleiding / dagbesteding
- Een gezellig en warm plekje
- Geen verkeerde mensen nabij (zoals drugsdealers)

Kennis en vaardigheden betrokkenen:

- Kennis over medicatie
- Luisterend oor
- Mensen die begrip hebben voor bijna alles
- Oprecht vragen: hoe gaat het?
- Aan twee woorden genoeg hebben
- Geen oordelen

Indien een groep:

- Positieve groepsdruk
- Veiligheid en rust in de groep
- Ook gesprekken over het normale leven (niet alleen over therapie en ziek-zijn)
- Niet teveel confrontatie met medepatiënten (waar het niet goed mee gaat)

PREVENTIE EN GEWENST AANBOD VOOR MENSEN DIE IN EEN CRISIS (DREIGEN TE) RAKEN

Persoonlijke ondersteuning

- Iemand die 1 keer per dag opbelt als het niet goed gaat
- Vrijwilliger: telefoonnummer (Sensor)
- Inzet professionals thuis ter preventie van chaos in huis
- Intensiever contact (meerdere malen per dag) met SPV in crisistijd

Medicatie om crisis te voorkomen / in bedwang te houden

Cursussen/activiteiten/lotgenotengroepen om:

- Je ervaringen te delen
- Zelfinzicht te krijgen
- Onderlinge steun te stimuleren
- Herstel en zelfhulp te bevorderen

Een netwerk

- Dat afleidt en dingen met je doet
- Dat signaleert
- Dat niet laat escaleren
- Iemand waar je mee kunt praten over wat je bezighoudt
- Rust en liefde van mensen die je kent

Mental Health First Aid voor netwerk

24 uren opvang

- Gastgezin dat rust en veiligheid biedt (met affiniteit GGZ) voor 7-14 dagen
- Bed op recept (evt. met strippenkaart)
- Nachtopvang (evt. met strippenkaart)
- Respijthuis

Meldpunt/inloop

- Laagdrempelig meldpunt / voorziening met inloopmogelijkheid
- Contactpunt voor crisisdienst/organisatie in geval van dreigende crisis

Preventie

- Iemand die signaleert in huis (huishoudelijke hulp)

Ondersteuning netwerk

- Psycho-educatie voor netwerk

VALIDATIE ONDERZOEKSRISULTATEN

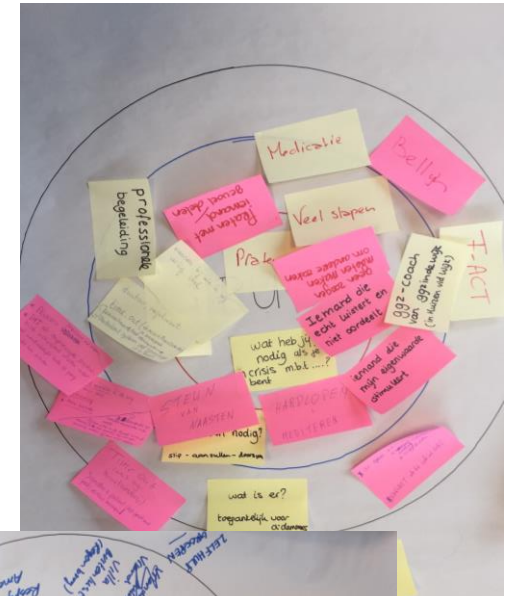
Werkbijeenkomst Hoezo herstel?

Op 7 februari 2019 vond de werkbijeenkomst 'Hoezo herstel?' plaats. Georganiseerd door de gemeente Amsterdam in het kader van de ontwikkelagenda herstel en participatie voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening in Amsterdam.

Tijdens de werkbijeenkomst hebben de ELAA en het Centrum voor Cliëntervaringen gezamenlijk een workshop georganiseerd waarin de resultaten van het onderzoek besproken en bediscussieerd werden. In twee sessies werden de thema's 'Contact' en 'Veiligheid' besproken, in de tweede sessie ook nog het thema 'Rust'. De deelnemers aan de workshop werd gevraagd om de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat heb jij nodig als je in crisis bent?
- Wat heeft een cliënt nodig als hij of zij in crisis is?
- Wat is er in de stad dat die behoefte bevredigt?

In de workshop werden de onderzoeksresultaten herkend en bevestigd. Ook het feit dat er in de stad relatief weinig aanbod is voor mensen die behoefte hebben aan een vrijwillige opname, werd bevestigd.



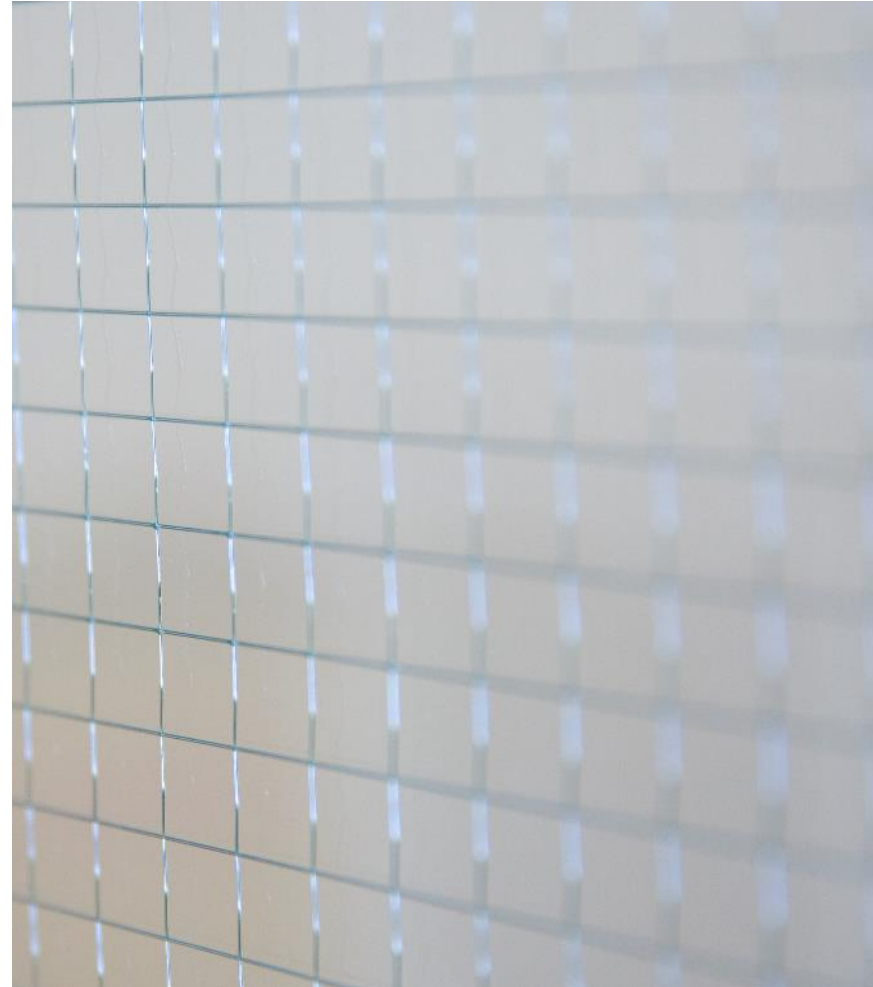
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Met de ambulantisering van de GGz is de noodzaak voor een plek voor mensen in crisis blijven bestaan. Er is wat dat betreft een gapend gat.
- In het onderzoek zijn de motieven en drijfveren van cliënten voor een vrijwillige opname verbeeld via de piramide van Maslow. De piramide is een nuttig vehikel en kan een denkrichting geven om aanbod in de wijk te vergroten. Tegelijkertijd versimpelt de piramide de complexiteit.
- Dit rapport laat de motieven en drijfveren voor opname zien van mensen in crisis. Deze motieven stroken kunnen door hulpverleners gezien worden als oneigenlijke argumenten. Echter, het aanbod in de stad lijkt niet te voldoen in de behoefte van mensen in crisis. Daarom presenteren we de motieven en drijfveren in dit onderzoek vooral als handvatten om een aanbod te creëren in de buurt dat aansluit op de behoeften van mensen in crisis. Aanbod dat relevant en aantrekkelijk voor mensen in crisis is, kan leiden tot minder vraag en noodzaak van opname.
- Echt cliëntgericht werken betekent serieus kijken naar de drijfveren van mensen. We roepen mensen die verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen van aanbod op de in dit rapport genoemde drijfveren te gebruiken als de basis voor innovaties, en een instrument om nieuwe initiatieven te toetsen. We denken hierbij bijvoorbeeld aan een initiatief als De Vluchtheuvel, dat per stadsdeel opgezet zou kunnen worden.
- Soms hebben mensen in crisis andere behoeftes dan respijt. Ons advies is daarom om open te blijven staan voor differentiatie in aanbod. Daarbij denken we bijvoorbeeld aan een buurtgerichte GGz, waardoor behandelaars mensen beter kennen.
- We roepen verantwoordelijke ambtenaren op om ervaringsdeskundigen in te zetten bij het samen ontwikkelen en toetsen van nieuwe initiatieven, en spelen daar als Centrum voor Clientervaringen en Eela graag een rol in. Onze reeds opgebouwde kennis op het gebied van cliëntervaringen in crisis en in co-creatie samenwerken met cliënten in crisis in zorgverbetering kan hierbij behulpzaam zijn.

LITERATUUR

Bronnen

- Abma, T., Banks, S., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., & Springett, J. W., M. (2019). *Participatory Research in Health and Social Well-being*: Springer.
- Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGz (2017)
- van Lieshout, F., & Cardiff, S. (2011). Innovative ways of analysing data with practitioners as co-researchers. In D. Bridges, D. Horsfall, Higgs, et al. (Eds.), (2011) *Creative spaces for qualitative researching* (pp. 223–234). Dordrecht: Sense Publishers.
- Maslow, A.H. (1943). *A Theory of Human Motivation*. Black Curtain Press, 2013.
- Nza (2017) NZa blij met 'meldactie wachtlijsten ggz'. Gevonden op www.nza.nl.
- Tronto, J.C. (2010). *Creating Caring Institutions: Politics, Plurality and Purpose*. *Ethics and Sociale Welfare* 4:2, 158-171
- Vink, M., Groot, B.C., Schout, G. & Abma, T.A. (2017). *Goede zorg bij crisis: het belang van contact*. Amsterdam: Centrum voor Cliëntervaringen. Te vinden op: <https://centrumvoorcliëntervaringen.files.wordpress.com/2016/07/rapport-7-7-2017-2.pdf>



CONTACT EN FOTOGRAFIE

Contactadres

Jacob Bontiusplaats 9

1018 LL Amsterdam

T (020) 75 25 100

m.vink@clienbenbelangamsterdam.nl

b.groot@vumc.nl

www.centrumvoorclientervaringen.com

Fotografie in dit document is van

Janine Schrijver (fotograaf)

bro bono t.b.v. rapportages binnen de GGz van het Centrum voor Cliëntervaringen

**CENTRUM VOOR
CLIËNTERVARINGEN**