



# GOEDE ZORG BIJ CRISIS: HET BELANG VAN CONTACT

13 juli 2017

DRS. MÁRIAN VINK, DRS. BARBARA GROOT, DR. GERT SCHOUT, PROF.DR. TINEKE ABMA  
IN SAMENWERKING MET ONDER ANDERE CO-ONDERZOEKER MIA HUBERTS

**CENTRUM VOOR  
CLIËNTERVARINGEN**

## **Goede zorg bij crisis: het belang van contact**

13 juli 2017  
Centrum voor Cliëntervaringen  
In opdracht van Arkin en GGz inGeest

Drs. Márian Vink  
Drs. Barbara Groot  
Dr. Gert Schout  
Prof. Dr. Tineke Abma

In samenwerking met onder andere co-onderzoeker  
Mia Huberts

Voice-overgroep  
Annelies Faber  
Marieke Klasing  
Rita Loholter  
drs. Nico de Louw

Fotografie  
Janine Schrijver (pro bono)

## VOORWOORD

Graag blikken we kort met u terug op de aanleiding voor het onderzoek naar het functioneren van de Crisisdienst vanuit cliëntenperspectief.

Op 17 juni 2015 vond een Ambtswoninggesprek plaats over de Herijking Spoedeisende Psychiatrie (Crisisketen Volwassenen). Aanwezig waren onder andere GGz-aanbieders, politie, gemeente, en Cliëntenbelang Amsterdam. Dit onder leiding van wethouder Eric van der Burg. In diverse presentaties werd geëvalueerd hoe de Crisisdienst functioneerde na diverse aanpassingen en de introductie van de Psycholance. Uit deze presentaties kwam een positief beeld naar voren. De crisisketen was verhelderd, afspraken waren beter belegd en beter bij de diverse partijen in de keten bekend. Voorts was de doorlooptijd voor een cliënt die in de crisisketen werd opgenomen aanmerkelijk verkort. Dit stemde de aanwezigen hoopvol en tevreden.

Echter, desgevraagd bleek dat het perspectief van de cliënt ontbrak in de evaluatie van de herijking. Cliënten was niet gevraagd hoe zij de aanpassingen en huidige werkwijze beleefden. Door bestuurder Jeroen Muller van Arkin en wethouder Eric van der Burg werd onmiddellijk ter plekke toegezegd om een onderzoek te entameren naar de perceptie en beleving van cliënten die gebruik maken van de Crisisdienst. Een mooie geste waaruit bleek hoe serieus de stem van de cliënt wordt genomen.

In de weken daarna was er overleg tussen Cliëntenbelang en de manager van de Crisisdienst, Jeroen Zoeteman over dit onderzoek. In de vervolgesprekken werd ook de bestuurder van GGz inGeest, Elsbeth de Ruijter betrokken, omdat Arkin en GGz inGeest samen verantwoordelijkheid dragen voor de Spoedeisende Opvang. Dat heeft uiteindelijk geleid tot een onderzoeksopdracht voor het Centrum van Cliëntervaringen, een initiatief van Cliëntenbelang Amsterdam en VUmc, afdeling Metamedica.

Centraal in het onderzoek stonden de ervaringen van cliënten, hun evaluatie van de Crisisopvang en mogelijkheden ter optimalisering van de zorg en ondersteuning. Daarnaast zijn ook de perspectieven van andere betrokken stakeholders in de crisisketen meegenomen in de evaluatie, waaronder psychiaters, verpleegkundigen, politie en ambulancepersoneel.

Dan komen we nu bij de kern van de onderzoeksbevindingen. Cliënten benadrukken het belang van bejegening. Het gaat hen om daadwerkelijk gezien en gehoord worden. Kortom, naast het bieden van deskundige hulp en ondersteuning in hele keten, gaat het cliënten vooral om persoonlijk contact van mens tot mens, aandacht voor persoonlijke behoeften, samen verantwoordelijkheid nemen voor herstel, en regelmatig nagaan of de zorg en ondersteuning nog aansluiten op de steeds veranderende behoeften. Hier is vanuit cliëntenperspectief nog veel winst te boeken.

Dit perspectief proberen wij in dit rapport te verbinden met de ervaringen van andere stakeholders en de mogelijkheden en beperkingen die zij ervaren in een systeem dat gefragmenteerd en gericht is op problemen, symptomatologie, efficiency en productiviteit. Alle betrokkenen pleiten in dat opzicht voor verbeteringen in de randvoorwaarden voor goede zorg bij crisis en een oriëntatie op herstel.

We hopen dat deze bevindingen gehoor vinden bij betrokken organisaties en deze als een aanmoediging gevoeld zullen worden om de zorg nog beter te maken.

Ad Warnar (directeur Cliëntenbelang Amsterdam) en Tineke Abma (hoogleraar VUmc)

## SAMENVATTING

Goede zorg bij crisis is volgens cliënten en andere betrokkenen:

- ... een zoektocht naar aansluiting. Cliënten hebben behoefte aan werkelijk contact, omstandigheden waar ze gezien worden als mens en vanuit wederzijdse dialoog gezocht kan worden naar goede zorg voor hun specifieke situatie. Niet alleen binnen één contact, maar door het gehele traject. Een omgeving waarin compassie en liefdevolle zorg zich kan ontwikkelen.
- ... dat signalen in de aanloop naar de crisis worden opgepikt en serieus genomen. Een team vaste hulpverleners die betrokken zijn op het hele leven van de cliënt, mensen die het partnerschap tussen cliënt en sociaal netwerk invulling geven. Partnerschap is van belang voor het bereiken van signalen dat het misgaat en om in partnerschap risico's te nemen. Dit kan voorkomen dat de spoedeisende psychiatrie vaker in actie moet komen, soms met zwaardere middelen dan nodig. Bekwaam ervaren personeel in de nacht en in het weekend is essentieel voor goede zorg en het nemen van risico's buiten kantooruren.
- ... het bevorderen van zelfredzaamheid en eigen regie van cliënten zodat ze klaar gestoomd worden voor de verwachtingen die de zogeheten participatiemaatschappij van hen heeft. De nadruk op het normaliseren van gedrag bevordert dit niet.

Om te komen tot goede zorg bij crisis is het volgende nodig:

- Stel contact met de cliënt centraal. Breng de systeemwereld en de leefwereld dichter bij elkaar en veranker dit in de cultuur van de organisaties. Bekijk, samen met ervaringsdeskundigen, alle protocollen vanuit het perspectief van cliënten en hun behoefte aan contact, verbinding en herstel.
- Verbeter ambulante zorg om ervoor te zorgen dat er minder mensen met gedwongen maatregelen opgenomen hoeven te worden. Dat kan door het creëren van werkomstandigheden waarin een continuïteit in de hulpverlening ontstaat. Dit is noodzakelijk voor vertrouwen en persoonsgerichte kennis. Handelingsruimte is nodig om dit vertrouwde team van cliënt, het sociale netwerk en de GGz vorm te geven en vanuit die nabijheid contact te maken.
- Investeer in (door ervaringsdeskundigen gerunde) time-out voorzieningen waar cliënten op adem kunnen komen en een crisisopname vermeden kan worden.
- Investeer in dwangpreventie. Zet in op participatief actie-onderzoek waarin teams van ex-clieënten, ervaringswerkers, hulpverleners en onderzoekers samenwerken om dwang te voorkomen. Werk stimulerend en motiverend in de kliniek. Dit sluit aan bij het bevorderen van eigen regie en herstel.
- Zet vanaf het begin af aan een actief, persoonsgericht beleid in om te voorkomen dat de crisis zich herhaalt. Investeer in herstel ondersteunende zorg, dat wil zeggen in zorg die ook gericht is op persoonlijk en maatschappelijk herstel en eigen regie.

Stel met alle betrokken partijen een programma op om bovenstaande aanbevelingen uit te voeren. Maak hiervoor gebruik van participatief actie-onderzoek, een werkwijze waarin we samen leren en verandering voorop staan. Alle betrokkenen, zoals cliënten, naasten en professionals kunnen hier een aandeel aan leveren. Gedacht kan worden aan thema's waarover in gesprek gegaan kan worden, zoals onveiligheid, macht en machteloosheid en compassie.

# INHOUDSOPGAVE

## 1. Inleiding

Veranderingen in de psychiatrie  
Knelpunten in de GGz  
Opdracht onderzoek  
Doel: kwaliteitsverbetering  
Onderzoeksvragen

## 2. Context: leven van cliënten

### 3. Zien, (h)erkennen en opvang

Zien dat het fout dreigt te gaan  
Signalen serieus nemen  
Laagdrempelige plek voor vrijwillige opname  
Thuis met vertrouwd team  
(te) Veel instanties  
Inzicht in thuissituatie  
Samenwerking FACT-teams & professionals

### 4. Verbinding maken

Naar het politiebureau i.p.v. naar de SPOR  
Met psycholance naar de SPOR  
Direct behandelen  
Deskundigheid in de nacht  
Continuïteit in hulpverleners in crisis  
Meer mensgericht, minder op veiligheid

### 5. Geen dwang

Vrijheden krijgen  
Boosheid mag  
Motiverende benadering  
Privacy  
Dagbesteding voelt als vrijheid  
Verklaringen voor het gevoel 'vrijheden verdienen'  
Uit het hart benaderen  
Vertrouwen, ontmoeten en veiligheid

### 6. Betrokken omgeving

Familie en naasten en burens  
Openheid naar de omgeving  
Overlast in de buurt  
Naasten serieus nemen

## 7. Contact

Gezien en gehoord worden  
Mensgericht  
Contact is het begin van herstel  
Ervaringsdeskundigen  
Voorwaarden voor contact

## 8. Academisch perspectief

Zorgethiek  
Vervreemding

## 9. Conclusies & aanbevelingen

### *Conclusies*

Algemeen  
Zien dat het fout gaat  
Verbinding  
Geen dwang  
Betrokken omgeving  
Kweken van vertrouwen

### *Aanbevelingen*

Meer contact door cultuurverandering  
Meer partnerschap voor, in en na crisis  
Meer time-outvoorzieningen  
Meer dwangpreventie  
Meer crisispreventie en (na)zorg  
Actie

## 10. Methodologie

## 11. Literatuur

## 12. Met dank aan...

### **Bijlage 1: crisishulpverlening Amsterdam**

Organisatie van de crisishulpverlening  
Om hoeveel mensen gaat het?

### **Meer weten?**

# 1. INLEIDING

## VERANDERINGEN IN DE PSYCHIATRIE

De psychiatrie is de afgelopen jaren onderhevig geweest aan vele veranderingen. Eén van de belangrijkste veranderingen betreft de afbouw van het aantal ligdagen in de intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (GGz), het versterken van de Basis GGz en het bieden van meer ambulante zorg. Gespecialiseerde GGz-instellingen zagen zich als gevolg hiervan de afgelopen jaren genoodzaakt om fors te bezuinigen; ze moesten de opnamecapaciteit terugbrengen, soms wel tot 30 procent. De cliëntenbeweging juichte de ambulantisering toe. Tegelijkertijd was er de zorg over afname van de kwaliteit van zorg en cliënttevredenheid.

## KNELPUNTEN IN DE GGZ

Parallel aan de veranderingen in de GGz lijkt er de afgelopen periode sprake te zijn van een groei van het aantal verwarde mensen op straat en in de wijk. Op 3 september 2015 hebben de ministeries van VWS, VenJ en de VNG het Aanjaagteam Verwarde Personen geïnstalleerd. Het Aanjaagteam heeft als doel het bevorderen van een sluitende aanpak van verwarde personen. Op basis van een literatuurreview door de Universiteit van Amsterdam concludeert het Aanjaagteam voorzichtig een trend te zien die een toename suggereert van verwarde personen, mogelijk gerelateerd aan de afbouw van residentiële zorg en het onvoldoende op gang komen van geschikte alternatieve (ambulante) zorg. (Aanjaagteam Verwarde Personen, 2016)

## OPDRACHT ONDERZOEK

Ook bestuurders en professionals werkzaam in de psychiatrie en gemeente Amsterdam constateren dat de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden. Bestuurders van Arkin en GGz inGeest hebben het Centrum voor Cliëntervaringen, een platform dat middels participatief actieonderzoek de kwaliteit van leven van kwetsbare burgers wil verbeteren, opdracht gegeven onderzoek te doen naar de ervaringen van cliënten met de crisiszorg in Amsterdam.

## DOEL: KWALITEITSVERBETERING

Het onderzoek heeft het volgende hoofddoel: Op participatieve wijze, d.w.z. samen met alle betrokkenen, de kwaliteit van het proces van opname op de afdeling en het proces daaraan voorafgaand verbeteren.

Dit houdt in: van contact huisarts/hulpverlener/politie, eventueel vervoer met de politie/ambulance/psycholance naar de crisisdienst, eerste contacten in de onderzoeksruimte, eventueel vervoer naar een opnameafdeling of plaatsing op de TOA (Tijdelijke Overbruggingsafdeling), tot opname-afdeling.

Subdoelen waren:

1. In kaart brengen van de cliëntervaringen met betrekking tot de kwaliteit van zorg bij de opname op de afdeling en het proces daaraan voorafgaand.

2. In kaart brengen van ervaringen van naasten en professionals (in de psychiatrie, bij de politie en bij de ambulance) met betrekking tot de kwaliteit van zorg bij de opname op de afdeling en het proces daaraan voorafgaand.
3. Op gang brengen van een dialoog tussen betrokkenen (cliënten, naasten, professionals en bestuurders) ten einde te komen tot onderling begrip over wat 'goede' zorg is.
4. Gezamenlijk met alle betrokkenen een lijst opstellen met suggesties voor kwaliteitsverbeteringen, benodigde acties en randvoorwaarden om het proces van de opname op de afdeling en het proces daaraan voorafgaand te verbeteren.

## ONDERZOEKSVRAGEN

In dit verslag geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe beleven cliënten en de verschillende andere stakeholders (naasten en professionals in de psychiatrie, bij de politie en bij de ambulance) de kwaliteit van zorg tijdens het proces van de opname op de afdeling en het proces daaraan voorafgaand?
2. Hebben zij spanningsvolle momenten en morele dilemma's in dit proces ervaren en zo ja, welke en hoe gaan zij daar mee om?
3. Hebben zij bevorderende (helpende) en belemmerende (niet-helpende) factoren voor de kwaliteit van zorg in dit proces ervaren en zo ja, welke?
4. Hoe definiëren de partijen 'goede zorg' en welke suggesties hebben zij (cliënten, naasten, professionals) om de kwaliteit van zorg (waaronder beperkte gender-sensitiviteit) gedurende het gehele proces te verbeteren?
5. Welke acties moeten er volgens alle betrokkenen ingezet worden om te komen tot kwaliteitsverbeteringen in de praktijk?
6. Welke randvoorwaarden zijn nodig om de kwaliteitsverbetering van het gehele proces in de praktijk mogelijk te maken?

## 2. CONTEXT: LEVEN VAN CLIËNTEN

### IMPRESSIE UIT DE INTERVIEWS MET CLIËNTEN

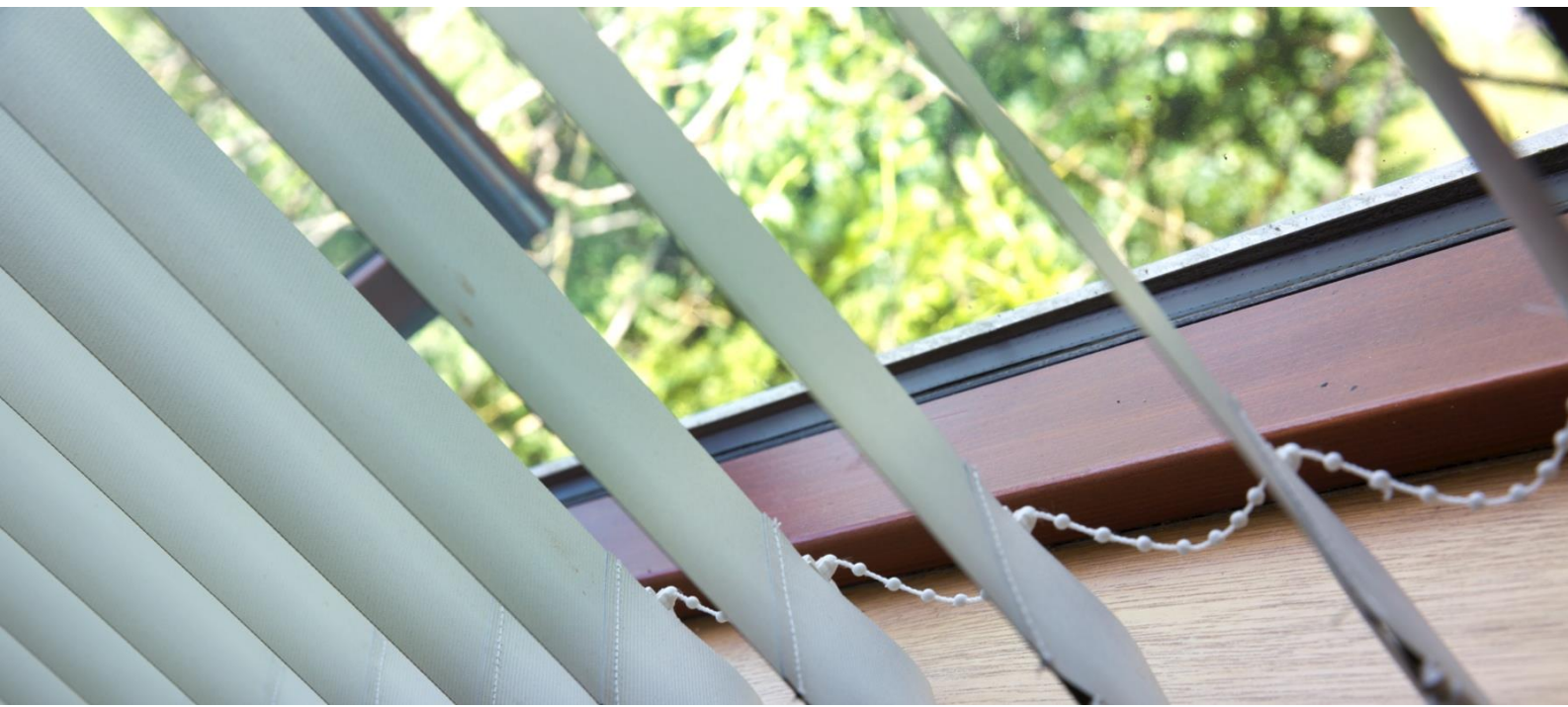
Een aantal kenmerken die de leefwereld van cliënten in de periode van crisis typeren:

- Veelal wonen cliënten alleenstaand en zelfstandig.
- Maatschappelijke participatie verschilt sterk: de één werkt en leidt een actief bestaan, de ander is daar niet toe in staat en heeft geen dagbesteding.
- Overwegend langdurig contact met de GGz.
- Veelal bij een (psychiater en) SPV of behandelaar, maar sommigen (nog) niet.
- Er is veel boosheid bij cliënten. Vaak ook over (eerdere) diagnoses.
- Crisis is voor velen een regelmatig terugkerend iets. Sommigen eens in het jaar, de ander krijgt na 20 jaar psychose-vrij te zijn geweest weer een psychose en wordt gedwongen opgenomen.
- Hoe een crisis eruit ziet, verschilt van persoon tot persoon.
- Een groot deel van de mensen is meerdere keren (vrijwillig) opgenomen geweest.
- Niet iedereen vertoont in hun verwarring gedrag dat leidt tot politiecontact en een gedwongen opname.

### DIALOOGSESSIE

In de dialoogsessie werd duidelijk gemaakt dat toeristen een substantieel deel van de populatie is in de Amsterdamse crisisopvangketen. Deze zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

- Een professional: *“Wat moeten en kunnen we met de 20% toeristen in de keten? Daar hebben we niet over gesproken...”*





## 3. ZIEN, (H)ERKENNEN EN OPVANG

### EEN VERHAAL VAN EEN CLIËNT

#### Opnames bieden structuur

Mevrouw H is al 10 jaar cliënt van de GGz. De diagnose die zij heeft gekregen is paranoïde schizofrenie. *“Dit komt omdat ik stemmen hoor.”* Mevrouw H is meer keren opgenomen geweest, meestal op vrijwillige basis. De opnames bieden haar weer structuur. Zij geeft aan dat vooral die structuur haar op de been helpt, niet de medicatie. *“De basisdingen: gezonde voeding, slaap en sporten. Dat helpt meestal. De antipsychotica zijn een ‘extraatje’.”* Mevrouw H vindt het jammer dat zij langzamerhand vast zit in het systeem en dit keer uiteindelijk gedwongen is opgenomen.

#### Vraag om vrijwillige opname

Zowel haar ouders als zij zelf merkten dat het niet goed ging. Mevrouw H heeft – ook via haar ouders - gevraagd of zij vrijwillig opgenomen kon worden. *“Maar ik kon niet opgenomen worden.”* Reden hiervoor was dat er geen bed vrij was. *“Ik voelde me niet serieus genomen.”*

#### Conflicten over medicatie

Met haar woonbegeleider had de mevrouw H conflicten over het medicatiebeleid. Dat conflict escaleerde. *“In een psychose valt wel contact met me te maken. Ik kan ook gekalmeerd worden. De begeleiding belde echter de politie en het FACT team, omdat ik bedreigende taal gebruikte.”*

#### Afgevoerd met handboeien

*“Uiteindelijk stond een groep van 6-10 SPVs in de gang om eventueel op me te springen. Ik vond het zelf ook bedreigend dat ze daar allemaal stonden. Toen ben ik weggerend. De deur uit.”* De politie ging achter me aan. Ik ben afgevoerd met handboeien naar de ambulance. *“Jammer.”* (..) *“Ik vond dit heel traumatisch.”* (..) *“Ik zat te janken.”* (..) *“Dat het zo moet gaan om een plek te krijgen. Dat is erg. Dat zie ik ook bij anderen.”*



## BEVINDINGEN

### Zien dat het fout dreigt te gaan

Zelf kunnen cliënten achteraf vaak goed aangeven wat de triggers tot een crisis zijn geweest. Ook geven ze aan dat ze dit (tijdelijk) kunnen verbloemen. Cliënten geven aan dat in de ideale situatie een crisis ook wordt herkend door hulpverlening en/of naasten. Zicht op de thuissituatie is hierin cruciaal.

### Signalen serieus nemen

Erkenning van signalen van cliënten (en mantelzorgers) is belangrijk. Dit gaat soms goed, maar vaak kan het beter. SPV's, huisartsen en huisartsenposten en de SPOR kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Naasten ervaren dat het niet altijd gemakkelijk is om gehoor te vinden. Er zijn cliënten in het onderzoek die zelf signaleerden dat een crisis dreigde en aan de bel trokken bij de huisarts, de huisartsenpost of direct bij de SPOR. Er zou ook oog moeten zijn voor 'stille crises'.

Hoewel familiebeleid bij instellingen bestaat, geven professionals aan dat het soms lastig is om signalen van naasten op te pakken. Ook juridisch zijn er beperkingen in wat mag. Uit de dialoogsessie kwam een aanbeveling naar voor betere samenwerking met de FACT teams en met naasten.

### Laagdrempelige plek voor vrijwillige opname

Voor cliënten is het essentieel om een plek te hebben waar ze vrijwillig opgenomen kunnen worden, of waar cliënten die behoefte hebben aan een gesprek of aan rust even terecht kunnen. In de huidige crisisketen is regelmatig geen capaciteit voor vrijwillige opname of een gesprek.

Cliënten (en mantelzorgers) die zelf om een vrijwillige opname hebben gevraagd, maar niet kregen door gebrek aan capaciteit, voelden zich niet serieus genomen. Zeker als dit uiteindelijk leidde tot een gedwongen opname. *"Je wordt niet serieus genomen als je vraagt om vrijwillig opgenomen te worden. Ze dachten: 'het zal wel meevallen'. Of: hij heeft geen goed inzicht. Maar ik herken wanneer het eraan komt."* Professionals voegen hieraan toe dat signalen soms niet serieus genomen kunnen worden, omdat er geen plek op de SPOR is om mensen in een voorstadium van crisis op te nemen. Professionals voelen wel voor een laagdrempelige voorziening waar GGz-cliënten in crisis twee of drie nachten kunnen verblijven. Een soort time-out plek. Bijvoorbeeld een 'Respijthuis', een logeerkamer voor mensen die zorg nodig hebben en het tijdelijk thuis niet (goed genoeg) redden. Ervaringsdeskundigen zien het als een gemiste kans dat er geen vrijwillige opname mogelijk is. *"Dat is op de lange termijn dure zorg."*

### Thuis met vertrouwd team

Thuis een crisis doormaken is een alternatief. Succesfactor is een deskundig en vertrouwd team. Een ervaringsverhaal van een cliënt die noodgedwongen thuis zijn crisis doormaakte en hier zeer positief over was: *"Na een gesprek op de Constantijn Huygensstraat was er geen plek voor opname. Na overleg met de psychiater hebben we gekeken of ik bij Mentrum of in het BovenIJ opgenomen kon worden. Daar was ook geen plek. Ik was een beetje teleurgesteld. Maar daarna hebben we met z'n allen (verpleegkundige, psychiater, broer) besloten dat het wel beter was. Ik had een beetje een gedesoriënteerd gevoel, maar snel het gevoel dat het in mijn belang was dat je thuis kan herstellen. Dat is mooi om je eigen broer erbij te hebben. En de psychiater en de SPV. Dat groepje mensen is een belangrijke factor."*

## (te) Veel instanties

Professionals geven aan dat ze zelf niet altijd een helder overzicht hebben van de sociale kaart. Er zijn veel instanties die zich bezighouden met cliënten in de crisiszorg: GGD, GGz-organisaties, talrijke welzijnsorganisaties als de MADI's (MADI = maatschappelijke dienstverlening) en Samen Doen, zorgorganisaties, meldpunten zorg en overlast, wijkagenten, etc. Per stadsdeel is er veel variatie in aanbod.

## Inzicht in thuissituatie

Zicht op thuissituatie is belangrijk volgens professionals, maar ontbreekt soms. Ambulancepersoneel geeft een voorbeeld. *“Vooral bij poliklinieken hebben de behandelaren geen idee. Wij hebben laatst iemand met PTSS die in de herbelevingen is geschoten en die gewoon regulier in behandeling is tot drie keer toe afgeleverd bij de SPOR. De volgende dag zat hij al weer thuis in exact dezelfde baggerzooi. De laatste keer zijn we als ambulancedienst maar gaan opruimen thuis. We signaleren wel en geven dat wel door. Maar een van de klachten van de ambulancedienst is dat de informatie heel slecht bij behandelaren terechtkomt.”*

## Samenwerking FACT-teams en professionals

Samenwerking tussen FACT-teams en de crisiszorg kan beter volgens professionals. Dit kan leiden tot meer kleinschalige en op maat gerichte zorg. *“Ik kan me voorstellen dat als de zorgverleners in de wijk goed op elkaar zijn afgestemd, dat de contacten met de huisarts, met de POH (praktijkondersteuner huisartsen), met de buurtcentra, met alle maatschappelijke voorzieningen, met de burens goed zijn, dat er dan heel veel in de wijk zelf gedaan kan worden. Overkoepelend kan er een crisiscentrum voor als mensen wilsonbekwaam zijn.”* Uit de dialoogsessie kwam de aanbeveling dat de nog steeds bestaande schotten tussen organisaties moeten verdwijnen voor ‘Goede Zorg bij Crisis’

## 4. VERBINDING MAKEN

### EEN VERHAAL VAN EEN CLIËNT

#### Opname

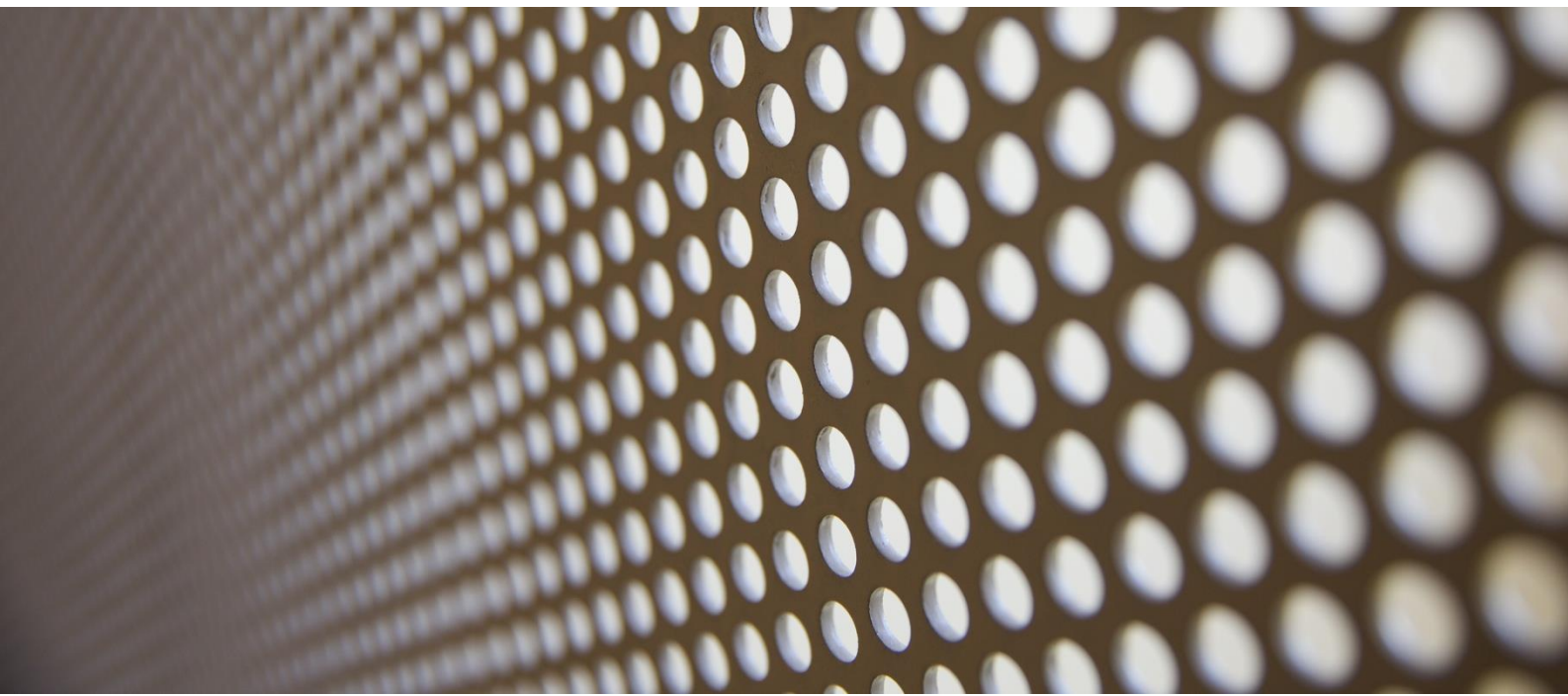
Mevrouw V heeft op dit moment ambulante begeleiding. Ze heeft verschillende periodes gehad waarin ze manisch en psychotisch was. In 2014 had ze weer zo'n periode. Na contact met haar zoon en psychiater heeft mevrouw V zich op laten nemen in een instelling in Amsterdam. *"Het gekke vond ik dat ze geen contact met me maakten. Ik wilde wel. Ik sliep niet. Om drie uur 's nachts was ik nog wakker. Ik ging dan een praatje maken met de begeleiding. Maar die zei: als je geen medicijnen slikt, krijg je dwangmedicatie." (...) "Ik zei: ik ga weg. De groep keerde zich tegen me, ik had angst voor dwangmedicatie. Er zijn drie gesprekken met de artsen geweest, maar ik ben toch gegaan. Ik heb de taxi genomen."*

#### Het hele buurthuis keek hoe ik afgevoerd werd

Mevrouw V is naar een kennis vertrokken en drie dagen later naar haar huis. Daar woonde tijdelijk een nieuwe buurman. Mevrouw V dacht dat hij haar wilde vermoorden en had angsten dat hij allemaal microfoons en camera's in haar huis had geplaatst. *"Ik ben gaan lopen door de straten."* Uiteindelijk kwam mevrouw V in het buurthuis (waar ze normaal altijd komt) terecht, waar ze contact met haar SPV legde. De SPV heeft haar gedwongen laten opnemen. *"Het hele buurthuis keek hoe ik afgevoerd werd."*

#### Er moet meer gepraat worden

Mevrouw V geeft aan dat de situatie heel anders was geweest als ze hadden geprobeerd om door te dringen bij haar. *"Ze zeggen niet: 'je bent in de war'. Als ze oprecht tegen me hadden gesproken. Ook met mijn familie. Het is zo'n ongebruikelijke plek om me in de kraag te laten pakken door de politie. Doe het even NA de lunch en niet IN het buurthuis met al die mensen om me heen."* (...) *"Ik ben de hele middag in het crisiscentrum geweest. Ik heb uren zitten wachten en niemand had in de gaten dat ik hyperventileerde. Er was een bel, maar in mijn herinnering kwamen ze niet als ik drukte. Ik kan me de gesprekken niet meer herinneren. Ik was dichtgeslagen, over mijn toeren."* Mevrouw wil dat er meer gepraat wordt. *"Het is niet oprecht. Alsof het over iemand anders gaat."*



## BEVINDINGEN

### Naar het politiebureau i.p.v. naar de SPOR

In principe komen mensen met psychiatrische problemen sinds 2014 niet meer op het politiebureau terecht, maar direct op de SPOR. In de praktijk komt het voor dat alle ruimtes op de SPOR bezet zijn en dat mensen toch (geboeid) op het politiebureau terecht komen. Mensen met een psychiatrisch probleem voelen zich hierdoor gecriminaliseerd. De ervaringen met de politie zijn wisselend: van ongeduldig en hardhandig tot goede bejegening. *“Volgens mij had ik wel het besef dat de politie was en dat ik dacht ‘wat moet die hier’. Waar ik nog echt van kan volschieten is dat die agent contact maakte. Dat was de eerste. Die man ging rustig zitten en zei ‘Mevrouw, hoe gaat het met u?’”*

Die cliënten met ervaringen op het politiebureau, vinden dat ze lang moesten wachten op het bureau. Goede zorg bij crisis is volgens cliënten dat een cliënt zo snel mogelijk naar de SPOR gebracht. *“Hierdoor word je minder ontregeld.”* Enkele professionals geven aan dat de politie en de GGz meer samen kunnen werken, zodat mensen niet ten onrechte op het politiebureau terechtkomen of juist ten onrechte op de SPOR.

### Met Psycholance naar SPOR

Goede zorg bij crisisvervoer is voor cliënten de Psycholance. Cliënten prefereren de Psycholance of ambulance boven de politie. Er is één Psycholance in Amsterdam en deze is regelmatig op drukke tijden bezet. *“Politie? Moet er buiten blijven. Als je opgepakt door de politie en in een celletje wordt gestopt.. Daar hoor je niet. Je bent geen crimineel, je bent een verward persoon die dingen heeft meegemaakt waardoor je verward bent. Ze hebben er ook geen begrip voor, ze proberen zich niet in te leven in wat er in je omgaat.”*

### Direct behandelen

Cliënten ervaren dat bij het Acut Behandelteam de nadruk ligt op stabilisatie in plaats van behandelen. *“Ik snap wel dat het acute hulp is. Zodra zij geen gevaar meer zien, dan snap ik ook wel dat ik weg moet en dat de frequentie omlaag gaat. Ik ben nu bezig om toch een aantal sessies bij een psycholoog te doen, zodat ik daar weg kan. (...) De rode draad van de gesprekken is dat ze proberen uit te vissen of je nog suïcidaal bent. Er is vooral een planning gemaakt: wat ga je straks doen, wat ga je morgen doen, wat vind je leuk om te doen? Er wordt niet specifiek op de problemen ingegaan. Het is pappen en nathouden. Zodra ik daar binnenkom en zeg ‘ik ben niet meer suïcidaal maar voel me nog wel klote, is het ‘o.k., volgende week laatste gesprek’. Ik begrijp dat wel.”*

### Deskundigheid in de nacht

Goede zorg bij crisis is volgens professionals hoog gekwalificeerd personeel, juist in de nacht, want dan komen de meeste cliënten in crisis. In de nacht werken veel arts-assistenten. *“Dat betekent dat op het moeilijkste tijdstip van de dag de meest onervaren en jongste mensen de moeilijkste klussen krijgen. Daar zijn wel eens zorgen over.”* Ervaringsdeskundigen geven aan dat de SPOR beter op andere manieren geld kan besparen dan door in de nachtelijke uren geen ervaren artsen te hebben. *“Je wilt de mensen met het hoogste kennisniveau (specialisten) als eerste zien.”*

Professionals geven aan dat er weinig personeel op de SPOR aanwezig is. *“Er is in de nacht één verpleegkundige die regelmatig de telefoon moet opnemen, en één cliëntbegeleider [portier].”*

Advies van professionals: *“Geen één op één beoordeling met een beetje ‘pappen en nathouden’, maar een team – inclusief een ervaringsdeskundige – dat mensen opvangt.”*

Professionals onderstrepen de behoefte om niet meteen te classificeren en stigmatiseren. *“Je hebt waarschijnlijk een heel ander mens tegenover je als hij uit crisis is.”* Je moet iemand zien als persoon. *“Ik zag laatst een crisisaanmelding van een jonge, hele slimme Marokkaanse man. Daarin stond ‘schizofrene man, heeft extra contact nodig, alcoholmisbruik, etc.’ Er stond niet in dat hij slim is, heel goed in contact is, dat het niet nodig is om hem te fixeren etc.”*

#### Continuïteit in hulpverleners in crisis

Cliënten vinden continuïteit belangrijk voor goede zorg bij crisis. Een voorbeeld: het Acut Behandelteam biedt geen continuïteit. *“Je hebt met wisselende hulpverleners te maken en het plannen van afspraken gaat moeilijk. Dan is het ‘oh dan zit ik helemaal vol, we hebben het druk’. Of: ‘dan heb ik nachtdienst’. Je vertelt je hele hebben en houwen aan een persoon, en als je dan wilt komen, krijg je een collega. Die is dan toch niet helemaal op de hoogte. Het zijn kleine klachten, maar ze irriteren.”*

#### Meer mensgericht, minder op veiligheid

Goede zorg bij crisis is voor cliënten minder dwang in de crisisketen en écht contact. In beleving van cliënten ligt een grote nadruk op veiligheid in de crisiszorg. Een voorbeeld: cliënten die niet van criminele zaken worden verdacht, worden per definitie geboeid als ze met de politie in aanraking komen. Cliënten snappen vaak niet wat er aan de hand is als ze zijn opgepakt, waar ze naar toe zijn gebracht en waarom ze op die plek terecht zijn gekomen.

Een groep cliënten ervaart dat hun situatie onnodig is geëscaleerd. Zowel thuis, op de SPOR als in de kliniek. In de beleving van cliënten had ‘contact maken’ een escalatie of optreden van de politie kunnen voorkomen. Cliënten geven aan dat het gebruik van dwang escalatie vaak verergerde. Escalatie betekent vanuit cliënten schoppen, slaan, (verbaal) agressief gedrag vertonen. Cliënten geven aan dat de oorzaak van het gebruik van dwang angst en onervarenheid van betrokken professionals was.

Er zijn professionals zijn die kritische kanttekeningen stellen bij de vraag voor wie de acute crisisketen bedoeld is. De acute crisisketen *“houdt zich nu bezig met acute onveiligheid, niet met acute psychiatrie”*. De vraag die - als je het hebt over een goede crisishulpverlening - gesteld moet worden is of het om een acut gezondheidsprobleem gaat of om iemand die acute onveiligheid creëert. Professionals geven aan dat helaas niet alle acute gezondheidsproblemen terecht komen bij de acute psychiatrie. Daarentegen komen in de acute psychiatrie soms mensen terecht die geen gezondheidsprobleem hebben.

Een ander voorstel van professionals: *“Het aanhaken van de SPOR bij een algemeen ziekenhuis. Er is dan één ingang, triage bij binnenkomst. Het is voor cliënten minder stigmatiserend om naar een algemeen ziekenhuis te worden gebracht. En de SPOR loopt geen risico met betrekking tot de somatische zorg.”* Ervaringsdeskundigen belichten de scheve verdeling van hoe er met mensen met lichamelijk letsel omgegaan wordt en mensen met psychiatrisch leed. In hun ogen krijg je met lichamelijk letsel op de intensive care de duurste behandeling met monitoren en bewaking, terwijl bij psychiatrische behoefte aan intensive care niet op die manier ingevuld wordt. *“Je wordt in een cel gesmeten... Als je nu gewoon een goede behandeling kreeg, dan word je geen draaideur klant.”*

## 5. GEEN DWANG

### EEN VERHAAL VAN EEN CLIËNT

#### Crisis na overlijden partner

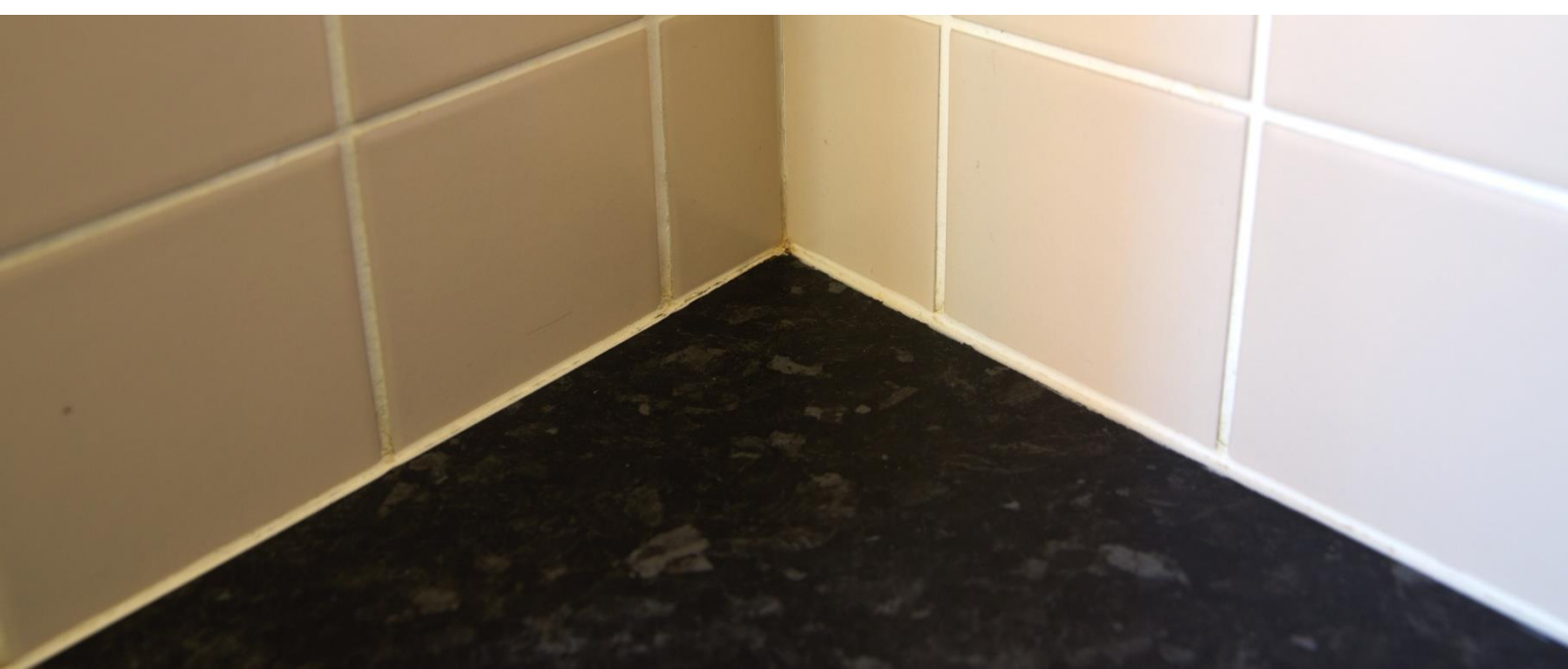
G is iets korter dan een jaar geleden in een crisis terecht gekomen nadat haar partner, na een relatie van 18 jaar, is overleden. Zij werd naar de SPOR gebracht nadat zij in het water was gevallen. *“Ik was met mijn bezopen kop op de rand gaan lopen.”*

#### Vraag waarom je handelt zoals je handelt

Op de SPOR is G *“in de isoleer gestopt”* en beoordeeld door een psychiater; zij is op een opname-afdeling terecht gekomen. *“Daar behandelen ze je alsof je een klein kind bent. Je moet op een bepaalde tijd naar bed, verplicht medicatie slikken. Ik heb één keer gezegd ‘dat wil ik niet’. Toen ging ‘s nachts de knop om en brachten ze me naar de separeer. Ik was een beetje boos en toen kwamen ze met acht man de separeer binnen en kreeg ik een spuit in mijn kont. Ze zouden gewoon met je moeten praten, niet meteen de separeer en dwangmedicatie. Vragen waarom je dat doet, waarom je de medicatie niet wilt slikken, wat je dwars zit. Ik was daar kwaad over, maar dacht ‘laat ik me maar rustig houden, anders moet ik nog een dag in de separeer blijven.’”*

#### Je moet gewenst gedrag vertonen

In januari 2016 is G opnieuw op de SPOR terechtgekomen, nadat zij door haar zwager met een plastic zak over haar hoofd was gevonden. G. denkt dat ze vanaf de SPOR op een gesloten afdeling is geplaatst. *“Op de gesloten afdeling kan je om een gesprek vragen. Als er wat is, moet je wel naar hun toegaan, ze komen niet naar jou toe. Er is wel afleiding. En als je wat verder was en je had je vrijheden mocht je naar boven of begeleid naar buiten. Je moet je vrijheden verdienen, je moet bewijzen dat je jezelf niets aandoet, dat je afspraken kunt maken. Je moet gewenst gedrag vertonen, wat er in je bol omgaat is niet belangrijk. (...) Op de open afdeling mocht ik gewoon mezelf blijven.”*



## BEVINDINGEN

### Vrijheden krijgen

Goede zorg bij crisis is géén dwang. Cliënten ervaren dat ze nogal eens in een isoleercel geplaatst en daar alleen gelaten worden met hun verwarring en boosheid. *“In de isoleer stond op het raam dat je bent opgenomen. Ik geloofde het niet. Ik dacht ‘dat heeft vast en zeker die man gedaan die me dat heeft aan gedaan. Je gelooft niemand meer, je bent heel wantrouwend. (...) Omdat ik nog steeds heel kwaad was, ging ik bonken tegen de muren en schreeuwen. Er kwam iemand langs die zei dat ik rekening moest houden met andere mensen.”* Cliënten hebben het gevoel dat de nadruk ligt op het normaliseren van gedrag. Voor hun gevoel moeten ze ‘vrijheden verdienen’.

Hoe cliënten op separeren of isoleren reageren, verschilt. Het kan een (zeer) traumatische ervaring zijn. Een enkeling heeft geleerd er mee om te gaan. *“Ik heb niks meer met de isoleercel. Op de Oude Valerius mocht ik twee weken onafgebroken in de isoleercel... Het doet mij niets meer. Het was wel een marteling, maar als je daar doorheen bent, maakt een dag je echt niet meer uit.”* Een cliënt legt uit hoe hij de isoleercel ervaart: geen besef van tijd en eenzaam. *“Niet prettig, opgesloten. Ze liepen soms wel langs. Keken door het raampje, deden niets met mijn signalen. Dat is eenzaam. De eenzaamheid ontstaat doordat ze lang niet naar je komen kijken.”*

### Boosheid mag

Een cliënt legt de oorzaak van het normaliseren van gedrag in het feit dat boosheid (in de psychiatrie) niet getolereerd wordt, ook niet als je in afzondering zit. Boosheid wordt volgens een ervaringsdeskundige al snel als agressie gezien. Cliënten zelf vinden dat gevraagd moet worden waarom ze boos zijn, in plaats van gelijk separeren en dwangmedicatie. *“Ze zouden gewoon met je moeten praten, niet meteen separeren en dwangmedicatie.”* Ervaringsdeskundigen geven aan dat boosheid vaak niet getolereerd wordt in de keten. *“Boos zijn is ook een emotie, waar je recht op hebt, net als verdriet. Echter daar mag niet over gesproken worden. Je moet je boosheid onderdrukken om niet gesepareerd te worden.”* Een ervaringsdeskundige geeft aan dat haar ervaring is dat het vooral voor vrouwen *not done* is om boos te worden.

### Motiverende benadering

Een motiverende benadering van cliënten is goede zorg bij crisis, aldus cliënten. Cliënten willen zich niet hoeven te bewijzen dat ze zichzelf niets aandoen of dat ze hun afspraken kunnen nakomen. *“Als je een beetje meewerkt, gaat het best wel soepel eigenlijk. Meewerken is in principe heel kinderachtig. Stel je zit op de gesloten afdeling ze vragen ‘help je mee tafel dekken’, dan doe je dat. Niet omdat je er zin in hebt, maar omdat je je coöperatief op wilt stellen omdat je dan eerder een soort mini-privileges krijgt, die zich weer langzaam kunnen uitbreiden tot vrijheden. Dat gaat ergens tegen je ego-karakter in, maar het doen is wel heel effectief.”*

Sommige mensen zijn kritisch op de huidige manier van motiveren. *“Vrijheden kreeg je als je een bepaalde periode rustig was. Of bewees dat je dat aankon. Dat vind ik een hele gekke, vervelende situatie. Je zit in een afhankelijke positie. Je bent gevangene in tijd en ruimte. Is niet goed voor het herstel. Is ook een gebrek aan vertrouwen. Mensen die daar werken zitten ook met dilemma's. Ze moeten eigenlijk ook kiezen uit twee slechten.. Zij zijn niet de kwaaië pieren.”* Anderen vinden deze manier juist te ‘vrij’. Een cliënt mocht, terwijl ze nog psychotisch was, alleen de straat op. *“Als iemand psychotisch is, kan hij of zij gewoon iets uit een winkel meenemen, waardoor hij of zij in een situatie met de politie belandt.”*



Goede zorg bij crisis is voor ervaringsdeskundigen 'snel weer eigen regie en herstel'. *“De cultuur van ‘vrijheden verdienen’ staat haaks op de visie in de maatschappij en herstel. In de maatschappij gaat het over ‘zelfredzaamheid’ en bij herstel over ‘eigen regie’. In beide gevallen over ‘empowerment’. De cultuur van straffen en belonen staat hier haaks op.”* De ervaringsdeskundigen vergelijken de cultuur met opvoeding: *“Dit is de opvoeding voor aangepaste volgers en niet voor creatieve weldenkende geesten.”*

## Privacy

Goede zorg bij crisis is privacy en veiligheid. Cliënten ervaren dat ze op de gesloten afdeling in de gaten gehouden worden. Het is van tevoren niet helder wanneer iemand langskomt. Dit kan een gevoel van onveiligheid oproepen bij sommige cliënten. *“Ze kwamen om de haverklap in mijn kamer kijken. Ze klopten op de deur ‘ik kom’ en kwamen gelijk binnen. Je kon geen ja of nee zeggen, want ze waren meteen al binnen. Je had ook zo’n luikje, daar keken ze constant door. Dus je had totaal geen privacy. Dat voelde angstig, eng. Ik wist gewoon niet waar ik aan toe was.”*

## Dagbesteding voelt als vrijheid

Goede zorg bij crisis is dagbesteding in de kliniek. Uit de verhalen van cliënten blijkt dat er een verschil is tussen de klinieken wat betreft het aanbod aan dagbesteding. Op de 1ste Constantijn Huygensstraat is er, voor de cliënten die vrijheden hebben, veel te doen. Er zijn mogelijkheden om creatief bezig te zijn, te bewegen, aan yoga te doen etc. Ook worden met cliënten activiteiten buiten de deur gedaan. *“We zijn zelfs naar Artis geweest. En ze varen hier met een sloep.”* Cliënten waarderen de dagbesteding.

In de Valerius is het aanbod dagbesteding in beleving beperkt. Verschillende mensen hebben aangegeven dat ze aanbod missen. *“Er was tijdens de opname geen enkele dagbesteding. Dagbesteding, dagstructuur is ontzettend belangrijk. Als je in een psychose zit, kan je meestal niet lezen of tv kijken, je kunt je niet concentreren. Maar de hele dag opgesloten zitten op je kamer is ontzettend moeilijk, met name vanwege de bijwerkingen van de medicijnen. Haldol bijvoorbeeld heeft als bijwerking dat je onrustig wordt. Je hebt juist beweging nodig om de spanning een beetje los te laten.”* Deze mevrouw geeft aan dat zich in de buurt van de kliniek een aantal tuinen bevinden. *“Je kunt een afspraak maken dat patiënten daar bijvoorbeeld tijd doorbrengen. Of gewoon gaan wandelen met patiënten.”*

Er is ook wat dagbesteding betreft maatwerk nodig, volgens cliënten. Een aantal mensen heeft juist behoefte aan rust. Dat is op een afdeling vaak lastig te krijgen, alleen al door het feit dat je met allemaal vreemde mensen zit die ook in de war zijn.

## Verklaringen voor het gevoel ‘vrijheden verdienen’

In de dialoogsessie riep het woord ‘verdienen’ van ‘vrijheden verdienen’ bovenal weerstand op bij professionals. *“Dit mag niet. En dit gebeurt ook niet hier.”* Het gesprek onder professionals gaat over een aantal verklaringen voor ‘het moeten verdienen van vrijheden’:

- Bij alle partijen (professionals, cliënten en naasten) is angst, door agressie of onwetendheid.
- Er is vaak een voorzichtige houding van professionals. Dat kan een negatieve start betekenen.
- De verantwoordelijkheid voor de groep cliënten, de ‘andere’ cliënten op de afdeling moeten ook beschermd worden. Het groepsgerichte in de kliniek draagt bij aan hoe gewerkt wordt.
- Sommige cliënten zijn niet uitnodigend om contact te maken.
- Een afdeling in een kliniek is net een mini-maatschappij, en cliënten moeten hierin proefdraaien voordat ze weer ‘terug’ kunnen. Hier horen ook correcties en aanbevelingen bij. Het gaat om een soort ‘wisseleconomie’. *“Ook de cliënt mag hierin eisen stellen.”*

- Als 10 mensen in crisis zijn en bij elkaar zitten, heb je te maken met dilemma's: wie bescherm je en wat moet je verbieden?

### Uit het hart benaderen

In de dialoogsessie komt ook naar voren dat cliënten veel meer vanuit het 'hart' benaderd willen worden en minder vanuit kaders. Professionals geven echter ook aan dat er soms 'claimgedrag van cliënten' ingewikkeld is. Een cliënt reageert hierop met: *"Dit gedrag moet niet gestopt worden, maar er moet gekeken worden waar gedrag een gevolg van is."* Een geïnterviewde professional geeft aan dat ze zich bewust is van het 'verborgen curriculum' in de organisatie. Er moet intern aandacht komen voor de huidige cultuur op dit vlak.

### Vertrouwen, ontmoeten en veiligheid

Uit de dialoogsessie komen een aantal voorstellen:

- Vertrouwen is cruciaal: vertrouwen in elkaar (cliënten en professionals).
- Je moet elkaar 'ontmoeten'.
- Voor alle partijen moeten SPOR en kliniek een veilige plek zijn.
- Uiteraard wil iedereen liever ergens waar hij vertrouwd is zijn crisis doormaken... thuis, of elders... maar als dat niet kan...
- Werken aan cultuurverandering binnen de organisatie.

## 6. BETROKKEN OMGEVING

### EEN VERHAAL VAN EEN CLIËNT

#### Ik kan de crises steeds beter zelf oplossen

K heeft een bipolaire stoornis. Hij noemt het zelf bipolair verschijnsel, om ook het positieve te benadrukken. Door zijn verschijnsel is meneer K heel creatief en beeldend. *“Het is verweven met mijn persoon. Je moet ermee om leren gaan. Jezelf accepteren, omarmen. De creativiteit die je hebt is heel waardevol.”* K is voor langere tijd opgenomen geweest op de Constantijn Huygensstraat. Daarna zat hij in een kliniek en in een begeleid wonen-project. Vanaf dat moment is heel veel vooruitgang geboekt en kan hij crises, met behulp van zijn broer en een vertrouwde SPV en psychiater, steeds beter zelf oplossen.

#### Thuis de crisis doormaken

Tijdens een opname in 2015 is K na een week naar huis gegaan. De omgeving was te prikkelrijk. *“Je functioneert op één afdeling met mensen die allemaal hun eigen problemen en interactie met het personeel hebben. En al die impulsen en wat ze vertellen aan elkaar. Dat zijn prikkels die je niet wilt hebben. En je voelt je niet op je gemak. Te weinig privacy, geen plek om tot rust te komen. Je eigen kamer is zo klein en kaal. Daar zit je weer zonder de dingen waar je normaal van op je gemak wordt.”* Dit jaar heeft meneer besloten om de crisis thuis te doen. *“Na een gesprek op de Constantijn Huygensstraat was er geen plek voor opname. Toen besloten we samen: vorig jaar ook thuis hersteld. Laten we dat nu ook doen. Het was dus deels toeval en deels beleid.”* (...) *“Het is mooi om je eigen broer bij je te hebben. Dat geeft het diepste vertrouwen. En de psychiater en de SPV. Dat groepje mensen is een belangrijke factor. (...) In het begin kwam mijn broer iedere dag, de SPV twee keer in de week. Ik deed geen prikkelrijke dingen, geen tv kijken of teveel muziek draaien. Alleen muziek zonder tekst. Geen geld uitgeven, ik kreeg maar een beetje geld van mijn broer. Langzamerhand ging ik weer zelf dingen doen. (...) Er zijn drie succesfactoren: mijn broer, het signaleringsplan en dat men luistert.”*



## BEVINDINGEN

### Familie en naasten en buren

Cliënten hebben de ervaring dat ten gevolge van de crisis vriendschappen teloor zijn gegaan of veranderd zijn. Zowel cliënten als naasten kunnen soms harde en/of noodzakelijke beslissingen nemen. Cliënten kunnen naasten afwijzen omdat ze (tijdens een psychose) geen bemoeienis van naasten willen. Naasten nemen soms harde beslissingen omdat ze zich bedreigd voelen door degene voor wie zij zorgen. *“Uit huis gezet, sleutel afgenomen. Hij kreeg alleen toegang tot de woning met een schone test. Ook al ga je naar de MO, de route naar ons is ‘niet blowen’. Want je sleept ons mee in de ellende.”*

Cliënten willen soms geen betrokkenheid van de omgeving, bijvoorbeeld omdat naasten overbezorgd zijn of er andere ideeën (over de toestand van de cliënt of over de behandeling) op na houden dan de cliënt zelf.

Professionals geven aan dat bij crises nog beperkt gebruik gemaakt van het sociale netwerk van cliënten. In de dialoogsessie geven naasten echter aan dat ze vinden dat ze betrokken moeten worden. *“De naaste moet gehoord worden.” (...)* *“Naasten herkennen signalen snel.” (...)* *“Door signalen van naasten op te pikken kun je veel escalatie voorkomen.” (...)* *“Naasten worden machteloos als er niet naar ze geluisterd wordt.” (...)* *“Gebruik onze ervaringskennis.”*

### Openheid naar de omgeving

Cliënten hebben ook te maken met een taboe op psychische klachten. *“Ik ben niet heel open over het feit dat ik nog steeds gesprekken voer en me nog steeds belabberd voel. Het is nog steeds een taboe. En mensen weten ook niet goed hoe ze je moeten benaderen.”* Ervarende deskundigen herkennen dit en geven aan dat ze willen dat de omgeving en buurt er pas bij betrokken wordt als de cliënt dat wil. Hun ervaring is dat de buurt hier vaak nog niet aan toe is, door stigmatisering en uitsluiting van bewoners met een psychiatrische kwetsbaarheid. *“Daar is een taboe op.”*

In ons onderzoek is stigmatisering vooral gemeld door mensen die thuis of op een plaats waar mensen ze kennen door de politie zijn opgepakt. De mevrouw die is opgepakt in het buurthuis waar zij altijd komt, had moeite de stap naar het buurthuis weer te maken. Zij zit ook nog steeds met de vraag of zij niet opener moet zijn over haar situatie. *“Op mijn werk heb ik gezegd dat ik een burn-out heb gehad. Verwarde mensen zijn zo slecht in het nieuws, alsof ze je zo vermoorden.”*

### Overlast in de buurt

Professionals geven aan dat er soms veel klachten over een cliënt zijn van de buurt. Opname is dan niet altijd een oplossing, omdat iemand soms binnen één of twee dagen weer terug is. *“Dat is zowel voor de cliënt, maar ook voor de buurt en voor de familie vervelend.”*

### Naasten serieus nemen

In de dialoogsessie kwamen we tot de conclusie dat we naasten serieuzer moeten nemen en idealiter voor goede zorg bij crisis moeten betrekken bij herstel, nazorg en preventie van nieuwe crises. Voorbeelden van methodieken waardoor naasten een betere plek krijgen zijn WRAP, Eigen Kracht Conferenties en signaleringsplannen.

## 7. CONTACT

### EEN VERHAAL VAN EEN CLIËNT

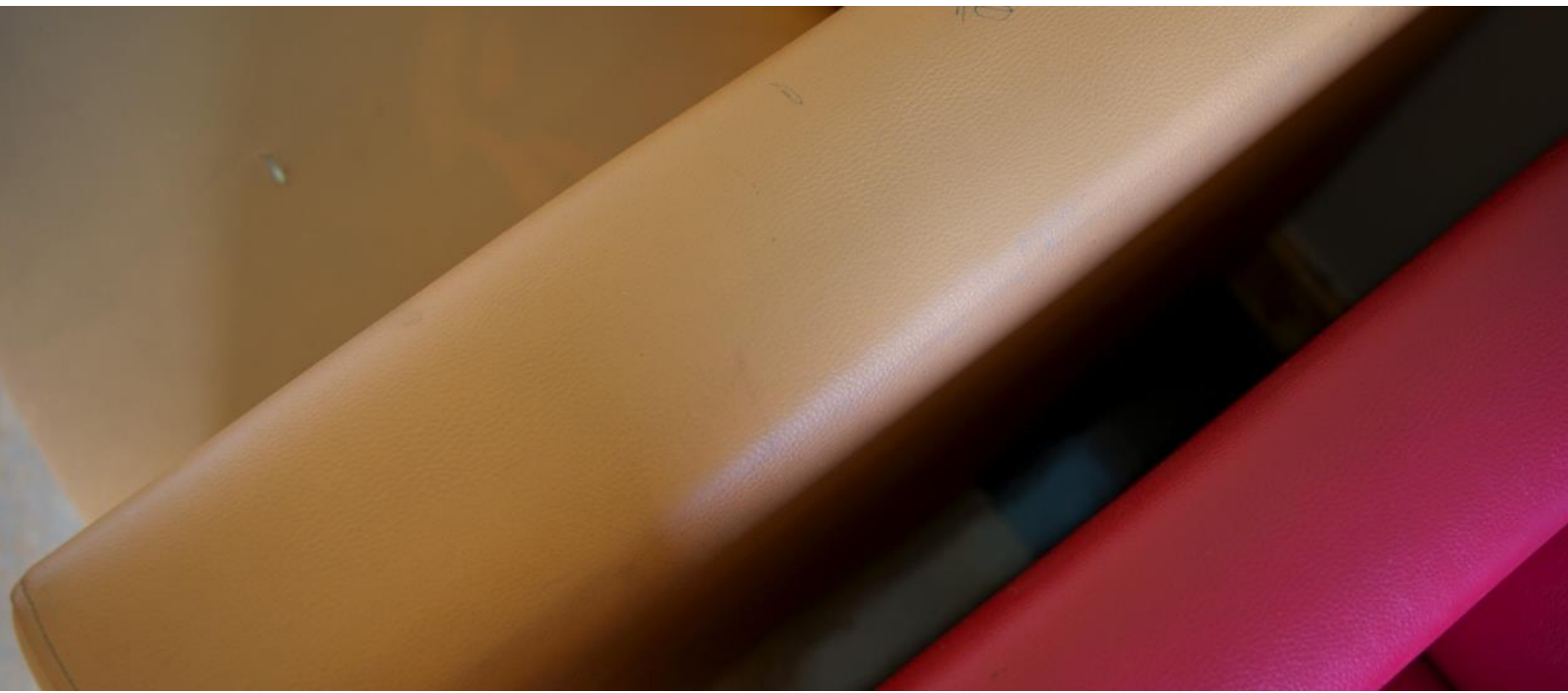
#### Gevoel van onrecht: stoppen doorgeslagen

Z is 42 jaar. Via de huisarts en een voormalig behandelaar is zij bij de crisisdienst terecht gekomen, bij een Acut Behandelteam. Daar werd afgesproken dat ze over een week nog een langs zou komen. *“Ik had erop gerekend dat ik die week bij vrienden zou kunnen logeren. Mijn gedrag was kennelijk zodanig dat vrienden mij niet in huis wilden hebben. (...) Toen is in mij iets geknapt. Ik dacht ‘als iedereen mij nou in de steek laat, zoek ik het ook echt alleen uit.’ Ik heb me een paar dagen opgesloten, gordijnen omlaag, ik liet de telefoon rinkelen.”*

#### Contact maken

Vrienden hebben de crisisdienst ingeschakeld. *“Ik weet niet meer hoe de crisisdienst hun bezoek door de intercom uitlegden, maar ik weet wel dat ik erg boos op ze werd. Je moet eerst aansluiten en verbinding vinden, pas dan laat je iemand toe en doe je de deur open.”* Ze zijn onverrichter zake vertrokken. Vrienden waren later toch binnengekomen. *“Ik ben toen echt heel fel geweest. Ik was echt woedend, heb een vriend eruit geduwd. (...) Op een gegeven moment stond de politie aan de deur. Ze hadden de melding gekregen van ‘zeer agressief persoon’. Waar ik echt nog van kan volschieten is dat die agent contact maakte. Dat was de eerste. Die man ging rustig zitten en vroeg ‘mevrouw, hoe gaat het met u?’”*

Z is eerst naar het politiebureau gebracht en daarna per ambulance naar het crisiscentrum. De bejegening van politie en ambulance was prettig. Ook op de SPOR was de bejegening aanvankelijk goed. *“Ik weet nog dat ik niet in een kartonnetje wilde plassen, ik vind dat zo laag en mensonterend. Ik weet nog dat ik van het gewone toilet gebruik mocht maken. Dat vond ik zo menselijk.”* Wat misging was het contact met de psychiater op de SPOR. *“Een hele jong meid. Wat ze uitstraalde was een mengeling van neerkijken op, autoriteit, vooroordeel... Ik flipte helemaal, ging tegen haar schreeuwen, werd boos. Daar werd zij denk ik bangig van. Ze zei ‘ik wil dat je medicatie gaat nemen, en zo niet, dan gaan we je platspuiten, dan kom ik hier met vier man terug.’”*



## BEVINDINGEN

### Gezien en gehoord worden

Cliënten hebben behoefte aan écht contact. Een vraag als 'hoe het gaat, wat is er gebeurd?' *“Als er wat is, moet je naar hun toe gaan, ze komen niet naar jou toe. Ze zitten meestal gewoon in het aquarium, ofwel gewoon op kantoor. Ze moeten zich wat meer onder de cliënten mengen, vind ik. Vragen ‘zit je wat dwars, wil je een gesprekje’ of zo. Ik denk dat een heleboel mensen zich dan snel beter voelen.”* Contact betekent voor cliënten vragen waarom iemand zich gedraagt zoals hij of zij zich gedraagt; vragen wat er gebeurd is, vragen waar iemand mee zit. Met de beleving meegaan. Maar ook rustig naast iemand gaan zitten, een schouderklopje, een hand pakken... Zoals een mevrouw het formuleerde: *“Je verdwaalde ik wil gezien en gehoord worden.”*

### Mensgericht

Goede zorg bij crisis is voor cliënten dat ze gezien worden als mens. De beleving van cliënten is dat men in de SPOR vooral gericht is op het beoordelen op eventuele psychiatrische symptomen. *“Ik ben in een panieksituatie, ik weet niet waar ik heen moet, de eerste de beste boerenlul kan mij helpen. Hij hoeft alleen maar te zeggen: ‘jongen er is niet zoveel aan de hand’. (...) Het was eerder een diagnostisch gesprek. Ik had geen Correlatiegevoel. Ik wilde vooral mijn ei kwijt en weten dat er een soort vangnet is voor zo'n moment. En geruststelling. Dat is min of meer gelukt.”*

Door de nadruk op symptomatologie ervaren sommige cliënten zich als onteigend: ze worden niet meer als persoon gezien, maar als stoornis. *“Eerst worden alle tekorten/stoornissen op een rij gezet voordat het luikje van de verzorgingsstaat open gaat. Iedereen zit daarin gevangen.”*

De portier is een goed voorbeeld van mensgericht werken. De portier rookt samen met iemand een sigaretje en laat iemand van het gewone toilet gebruik maken. Professionals van de ambulancedienst geven aan dat zij investeren in contact. *“We proberen mensen rustig te maken en voor te bereiden.”* Cliënten geven aan dat 'geen contact' voor hen 'gekmakend' is. Ook associëren cliënten de onderzoeksruimte met 'traumatische' isoleercellen. Professionals van de ambulance achten de onderzoeksruimten in veel gevallen niet nodig, maar het lijkt een standaardprocedure te zijn.

In de dialoogsessie werd gezamenlijk beschreven: *“Contact is... Ook en veelal non-verbaal. Niet makkelijk .... Ook uitstraling. Een warm gevoel.”*

### Contact is het begin van herstel

Contact maken is het begin van de behandeling, het begin van de weg naar herstel. Contact zou in iedere schakel van de crisishulpverlening gemaakt moeten worden, ook al omdat het volgens cliënten dé manier is om escalatie te voorkomen. Cliënten zijn tevreden als er op een voor hen goede manier contact wordt gemaakt. *“Eerst had ik een gesprek met een psychiater van de afdeling. Daaruit bleek dat ik best goed door had wat ik doormaakte. Wat er gebeurde in mijn hoofd. Die man had ook gevoel voor humor. Hij ging op mijn grapjes in. Sympathiek. Luisterde ook. Daardoor won hij snel mijn vertrouwen. De verpleegkundigen waren ook humoristisch en open. Daardoor voelde ik me op mijn gemak op de afdeling.”* Een professional haakt hierop aan: *“Een van de meest effectieve middelen in een crisissituatie is vrolijkheid en humor. De crisis moet beperkt blijven. Ik denk dat de ambulance of Psycholance weleens een heel goede rol in kunnen vervullen.”*

## Ervaringsdeskundigen

Het werken met ervaringsdeskundigen zou volgens cliënten een mogelijkheid zijn om contact te krijgen. Ervaringsdeskundigen bieden meer erkenning en herkenning, waardoor cliënten makkelijker hun verhaal kwijt kunnen. Ook zouden ze ingezet kunnen worden als intermediair tussen cliënt en behandelaar. Eén van de mensen die is geïnterviewd, geeft aan dat ze de discussie over wel/niet ervaringsdeskundigheid wil overstijgen. Het gaat haar vooral om 'hoe maakt iemand contact mij?' *“Wat mij betreft kan dat ook door goede verpleegkundigen zonder ervaringsdeskundigheid. De een weet omdat hij een psychose heeft gehad, vanuit die ervaring contact te leggen. Maar ik heb gelukkig ook te maken gehad met goed personeel zonder ervaringsdeskundigheid. Die weten van nature goed hoe je contact kan leggen. Ik wil echt wel een lans breken voor die mensen.”*

Goede zorg bij crisis is volgens een professional de inzet ervaringsdeskundigen. *“Als je de ontwikkeling van de nieuwe GGz ingaat, kijk je naar wijkgerichtheid en kleinschaligheid en transdiagnostisch werken. En naar digitalisering en ervaringsdeskundigheid. Eigenlijk kan je in deze tijd niet meer om ervaringsdeskundigen heen.”*

## Voorwaarden voor contact

In de dialoogsessie werden gezamenlijk belemmeringen voor 'echt contact' benoemd. Als professional merk je soms dat je 'professionele norm' in de weg zit. Of dat je geremd bent (omdat het je laatste dienst is voor het weekend en je straks toch moet overdragen...). Of dat je tijdsdruk ervaart. Of dat er meningsverschillen zijn over wat 'goed' is. Gezamenlijk leerpunt is dat het vooral gaat om HOE je het doet.

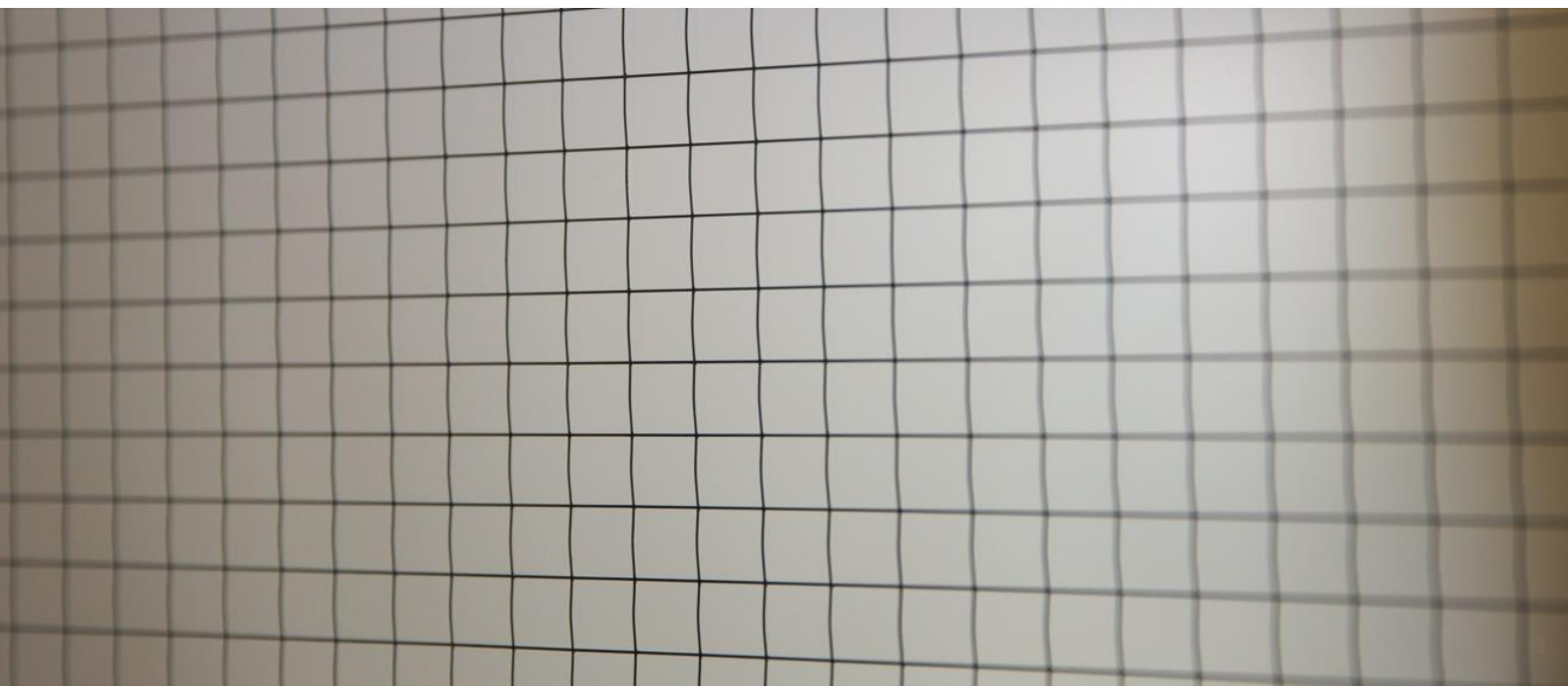
## 8. ACADEMISCH PERSPECTIEF

### ZORGETHIEK

Het gebrek aan contact en betrokkenheid op het hele leven van cliënten wordt in deze studie in verband gebracht met een overweldigende institutionele context waarin fragmentatie, grootschaligheid en hiërarchie leiden tot procedureel gedrag en morele vervlakking. De zorgethiek gaat over de vraag of mensen hun leven zodanig vorm kunnen geven dat dit ook als een goed leven gezien kan worden. Vanuit de zorgethiek worden autonomie en afhankelijkheid niet als tegengesteld aan elkaar gezien. De autonomie kan juist vergroot worden in een relatie van afhankelijkheid, vanuit zorgethisch perspectief. (MacKenzie en Stoljar, 2000) Cliënten kunnen juist doordat zij afhankelijk en verbonden zijn met anderen en ondersteuning van anderen ontvangen min of meer autonoom zijn.

Volgens ethicus Tronto is zorg te begrijpen als een proces van antwoord geven op de vraag van de ander. (Tronto, 2013) Dit impliceert dat men de zorgvraag onderkent (aandacht), zich aangesproken voelt (verantwoordelijkheid), met de vraag weet om te gaan (competentie) en in het antwoord geven beseft dat het niet om éénrichtingsverkeer gaat, maar om een gezamenlijke onderneming (responsiviteit van de ander), en dat zorg gebaseerd is op vertrouwen.

Juist deze aandachtigheid, verantwoordelijkheid, responsiviteit en vertrouwelijkheid staan onder druk waardoor de competenties van cliëntsystemen en hulpverleners zich moeilijk kunnen ontwikkelen. Tronto erkent dat zorg paternalistisch (wij weten wat u mankeert en wat goed voor u is) en parochiaal (voorkeur voor mensen die dicht bij ons staan) kan worden en dat zorgrelaties altijd asymmetrisch zijn (ongelijke machtsbalans tussen gever en ontvanger). Zij bepleit daarom een communicatieve ethiek waarbij gezocht wordt naar horizontale relaties waarin zorgzaamheid zich kan ontwikkelen.





## VERVREEMDING

Het beeld dat hiervoor is beschreven over de ervaren crisisketen willen we begrijpen en verklaren. We doen dit met behulp van het begrip 'vervreemding'. Dit ontstaat volgens Zijderveld als er een groot en institutioneel kader is. Individuele integriteit en individuele talenten komen dan lastig tot ontplooiing. Een strikte scheiding tussen het persoonlijke en het functionele bemoeilijkt het aanboren van talenten; de persoon wordt een functionaris. (Zijderveld, 2002)

Vervreemding komt voor bij abstracte, logge, over-bureaucratische organisaties. De Amsterdamse crisiszorg bestaat uit vele schakels tussen politie, vervoer (ambulance), GGD, geestelijke gezondheidszorg; schaalvergroting en verzakelijking met lange lijnen tussen werkvoer en top, bepalen het beeld. Tekenen die wijzen op vervreemding bij medewerkers zijn subtiel: een overmaat aan professionele distantie, formalistische gedrag, het mijden van risico's, gerichtheid op richtlijnen (ook als dat niet functioneel is), gerichtheid op symptomatologie in plaats van op de persoon.

Cliënten in de crisiszorg hebben naast psychiatrische problemen vaak ook problemen op andere gebieden zoals huisvesting, financiën, verslaving, dagbesteding en zingeving. Ze hebben in de thuissituatie en in het traject van een crisisopname te maken met veel verschillende schakels: professionals met allemaal hun eigen beroepen, taken, verantwoordelijkheden, rollen, organisatieculturen, ook buiten de GGz.

De zorg in de spoedeisende psychiatrie vormt een keten van professionals die zich bezighouden met het signaleren, aanmelden, opzoeken, vervoeren, inventariseren, doorverwijzen en opvangen. Deze ketens zijn storingsgevoelig. Daarnaast komt van het werken aan ontwikkelingsgerichte doelstellingen of aan maatschappelijk herstel door deze versnippering weinig terecht. Als hulpverleners het totaal niet kunnen overzien, dan is het moeilijk om verantwoordelijkheid te zien en te nemen. Deskundigheid op deelgebieden gaat gepaard met verlies van inzicht in de wijze waarop deelproblemen elkaar versterken.

Als daarbovenop de hoeveelheid zorgprogramma's, voorschriften en protocollen toeneemt en de handelingsruimte afneemt, kunnen professionals vervreemd raken van zichzelf en vervreemd van hun creativiteit, en kunnen vervallen in morele vervakking (Bauman, 1998; Schuyt 1994). Dit bemoeilijkt de betrokkenheid en het begaan zijn met het lot van de ander. Het institutionele kader kan bemoeilijken dat hulpverleners de leefwereld kennen, het vermogen ontwikkelen om aan te sluiten, continuïteit kunnen bieden en betrokken zijn op het hele leven van cliënten.

Deze subtiele vormen van vervreemding zijn niet verwonderlijk. Het is niet alleen de regeldruk, de lange lijnen tussen werkvoer en top, de economisering en de verzakelijking van de zorg die vervreemding in de hand werkt, het is ook de verregaande differentiatie en specialisatie in de zorg. Walraven wijst erop dat door de invoering van het hoofdbehandelaarschap demoralisatie dreigt voor andere disciplines als ze niet langer verantwoordelijkheid mogen dragen voor behandelbeleid. (Walraven, 2013)

## 9. CONCLUSIES & AANBEVELINGEN

De conclusies en aanbevelingen zijn het resultaat van een responsief evaluatieonderzoek, waarin cliënten, ervaringsdeskundigen, naasten, professionals en bestuurders zijn betrokken. Gezamenlijk met de deelnemers van de dialoogsessie zijn de conclusies aangescherpt en de aanbevelingen getoetst en uitgewerkt door alle betrokken partijen in de crisishulpverlening.

### CONCLUSIES

#### Algemeen

- Cliënten vinden 'contact maken' essentieel. Ze willen niet het gevoel hebben onderdeel te zijn van een traject, een procedure. Een vast hulpverlenersteam, met betrokkenheid op het hele leven van de cliënt, iemand die het partnerschap tussen cliënt en sociaal netwerk invulling helpt geven, is van belang. Zo kunnen signalen dat het misgaat de hulpverlening goed bereiken en durven partijen samen risico's te nemen. De kern van de zorg: 'licht als het kan, zwaar als het nodig is'. Bij cliënten die tevreden zijn over (elementen van) de crisishulpverlening, is er sprake van contact en partnerschap. Contact maken is het begin van de weg naar herstel.
- Volgens cliënten is de crisisketen er voor mensen met een crisis door hun psychische kwetsbaarheid. Niet voor mensen die overlast veroorzaken of op een of andere wijze ontsporen.
- Partnerschap tussen cliënt, team van hulpverleners en naasten is cruciaal om geen 'vaste klant' van de spoedeisende psychiatrie te worden.
- Verantwoordelijkheid nemen is belangrijk voor goede zorg bij crisis. Veel voorzieningen met daarbinnen vele (soorten) professionals en gedeelde verantwoordelijkheden bemoeilijken dit.

#### Zien dat het fout gaat

- Goede zorg bij crisis is serieus nemen van signalen en oppikken, om escalatie en dwang te voorkomen.
- Vroegsignalering en vrijwillige opname is wenselijk, echter de wijze waarop de bestaande opnamecapaciteit nu gebruikt wordt maakt dat voor deze vrijwillige opnamen maar beperkt ruimte is.
- Voorwaarde voor het goed doormaken van de crisis in de eigen omgeving, is partnerschap tussen cliënt, hulpverlener en naasten. Als dat laatste slaagt, hoeven cliënten minder vaak en minder lang opgenomen te worden.

#### Verbinding

- Goede zorg bij crisis betekent écht contact met cliënten en geen dwang. Vertrouwen is hiervoor belangrijk en acceptatie dat cliënten boos kunnen zijn.
- De Psycholance en ambulance kunnen verbinding en contact bewerkstelligen. Idealiter komt politie niet van pas bij een crisis. De politie kan een criminaliserend en stigmatiserend effect op cliënten hebben.
- Idealiter zitten cliënten nooit lang in de cel. Bij gebrek aan ruimte op de SPOR gebeurt dit nu wel.
- Gekwalificeerd en ervaren personeel 's nachts op de SPOR is belangrijk. Ervaring leert dat risico's nemen soms nodig is. Weinig personeel 's nachts kan betekenen dat cliënten in hun verwarring en met hun boosheid opgesloten en alleen worden gelaten.

## Geen dwang

Goede zorg bij crisis kent geen dwang. Mensen worden nu echter, vergeleken met de jaren '80, eerder gedwongen opgenomen. Motiveren van cliënten is meer wenselijk dan het normaliseren van gedrag. Geen dwang, contact maken en privacy zijn cruciaal.

## Betrokken omgeving

In de nieuwe GGz wordt uitgegaan van wijkgerichte zorg. Om cliënten heen zou een netwerk geformeerd moeten worden, dat voorkomt dat ze opnieuw in een crisis raken. Dat vereist een fundamenteel andere organisatie van de GGz. Voor cliënten is het belangrijk dat tijdens crisis zo snel mogelijk wordt gevraagd hoe iemand zijn of haar leven weer op de rit wil krijgen. Het leven weer op de rit krijgen, vereist ook inspanningen van het netwerk en van de omgeving. Er zijn cliënten in ons onderzoek die een sterk netwerk (inclusief psychiater en SPV) hebben dat signaleert en cliënten ondersteunt op de weg naar herstel. Terugkeer naar de woning zou een onderdeel van het behandelplan moeten zijn.

## Kweken van vertrouwen

De oorspronkelijk gedachte was het kweken van vertrouwen tussen de ketenpartners in de crisishulpverlening. In deze studie zijn we tegen dieperliggende problemen aangelopen, die niet via groepsbijeenkomsten op te lossen zijn.

## AANBEVELINGEN

Allereerst zou ingezet moeten worden op het reduceren van het grote aantal terugkerende cliënten in de crisisketen. Signalering dat het fout gaat is cruciaal om dit terug te dringen, en voorkomt escalaties en trauma's ten gevolge van opnames.

Op basis van ons onderzoek doen we een aantal aanbevelingen om dit te bereiken.

### Meer contact door cultuurverandering

Stel contact met de cliënt centraal in alle handelen van hulpverleners (en niet de procedures en protocollen). Breng de systeemwereld en de leefwereld dicht bij elkaar en veranker dit in de cultuur van de organisaties. Die cultuur, die nu veelal gericht is op veiligheid en macht en wantrouwen in zich draagt, zou juist gericht moeten zijn op wederzijds respect, warmte en vertrouwen.

### Meer partnerschap voor, in en na crisis

Creëer omstandigheden waarin cliënten die te maken hebben met de spoedeisende psychiatrie een vaste hulpverlener krijgen, die het vertrouwen verwerft van de cliënt, op de hoogte is van de leefwereld en handelingsruimte heeft om waar nodig 'door het vuur' te gaan voor de cliënt. Doel hiervan is het creëren van partnerschap tussen cliënten, naastbetrokkenen en GGz, waardoor cliënten hun crisis meer thuis of in een voor hen vertrouwde omgeving kunnen doorkomen. Partnerschap betekent in dit geval wederkerigheid en horizontale relaties. Maak bij het vormgeven van partnerschap gebruik van de kennis die aanwezig is van de communicatieve ethiek waarbij gezocht wordt naar horizontale relaties waarin zorgzaamheid zich kan ontwikkelen. Beproefde methoden zijn *open dialogue* en Eigen Kracht Conferenties (EKC's).

## Meer time-outvoorzieningen

Investeer in (door ervaringsdeskundigen gerunde) time-out voorzieningen waar cliënten op adem kunnen komen en een crisisopname vermeden kan worden. Dit zijn voorzieningen die naast de SPOR kunnen bestaan.

## Meer dwangpreventie

Investeer in dwangpreventie. Zet in op participatief actie-onderzoek waarin teams van ex-clieënten, ervaringswerkers, hulpverleners en onderzoekers samenwerken om dwang te voorkomen. Ga op zoek naar alternatieven voor de wisseleconomie in de kliniek, die meer aansluiten bij het bevorderen van eigen regie en herstel.

Neem hierin het volgende mee:

- Aandachtige interactie in de eerste 5 minuten. Toepassing van 'de eerste 5 minuten regel', waarin de interactie tussen cliënt en hulpverlener centraal staat. De interactie start bij elke eerste 5 minuten in een nieuw contact en volgt daarmee de keten van zorg waar cliënten mee te maken krijgen.
- Rekening houden met geformuleerde wensen door de cliënt. Idealiter heeft iedere cliënt zijn of haar wensen beschreven in de crisiskaart en wordt hiermee rekening gehouden tijdens een crisis.
- Ervaringskennis benutten in de crisisketen. Ervaringsdeskundigen hebben ervaringskennis over wat het betekent om psychische problemen te hebben, welke strategieën wel en niet werken, wat herstelondersteunend is. De beroepsmatige kennis van ervaringsdeskundigen kan ook worden ingezet bij het coachen van reguliere begeleiders en behandelaren en andere betrokkenen.
- Opname zonder dwang. Zet in op de verdergaande ontwikkeling van High Intensive Care Units (HIC's), waarin mensen die in crisis worden opgenomen in een prettige ruimte verkeren, niet geïsoleerd worden en altijd samen met een vertrouweling is tijdens de crisis.

## Meer crisispreventie en (na)zorg

Zet een actief beleid in om te voorkomen dat de crisis zich herhaalt. Investeer in herstelondersteunende zorg, dat wil zeggen in zorg die ook gericht is op persoonlijk en maatschappelijk herstel en eigen regie. Dit betekent dat contact nodig is tussen de crisis hulpverlening, de eigen hulpverlener en het netwerk van cliënten. Kijk ook naar welzijnsvraagstukken en nodige praktische ondersteuning (woning, buurt, dagbesteding, schuldenproblematiek).

## Actie

Stel met alle betrokken partijen een programma om bovenstaande aanbevelingen uit te voeren. Maak hiervoor gebruik van participatief actie-onderzoek, een werkwijze waarin leren en verandering voorop staan en waarbij cliënten, naasten en professionals betrokken zijn. Gedacht kan worden aan thema's waarover in gesprek gegaan kan worden, zoals onveiligheid, macht en machteloosheid, de positie van ervaringsdeskundigen en compassie.

## 10. VERANTWOORDING

### Centrum voor cliëntervaringen

Het Centrum voor Cliëntervaringen is een platform dat een wezenlijke bijdrage levert aan de kwaliteit van bestaan van mensen in kwetsbare situaties door middel van participatief onderzoek. Wij willen de toekomstige kwaliteit van beleidsvorming en evaluatie van zorg en ondersteuning op een hoger plan brengen. Dat willen wij doen vanuit duurzaam partnerschap in co-creatie en samenwerking tussen maatschappelijke partners in de regio. Met de mensen in kwetsbare situaties als volwaardig partner.

### Uitgangspunten onderzoek

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

- Verhalen hebben een centrale plek in het traject.
- Ervaringskennis is complementair aan academische 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).

### Responsieve evaluatie

In dit onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van de responsieve methodologie. (Abma, 2005; Guba & Lincoln, 1989; Abma et al., 2014). Co-creatie of participatie, en zeggenschap staan hierbij centraal. Niet 'voor u, maar zonder u', zoals traditionele onderzoek veelal uitgevoerd wordt, maar 'voor u en met u'. Centraal in het onderzoek staan de verhalen van cliënten over hun ervaringen met de zorg in de wijk. Einddoel van het onderzoek is 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.

Het onderzoek is opgezet in diverse fasen in vier fasen :

1. Sociale condities creëren.
2. Verkenning issues van (diverse) stakeholders(groepen).
3. Bewustwording door verdieping, validering en agendering van issues per stakeholdergroep.
4. Dialoog waarin perspectieven uitgewisseld worden en wederzijds begrip ontstaat.

### Stakeholders

Voorafgaand aan de uitgebreide verkenning van issues onder cliënten (n = 17) zijn stakeholders (n = 18) bevestigd naar issues met betrekking tot het functioneren van de crisishulpverlening in Amsterdam. De gesprekken vonden plaats met vertegenwoordigers van de GGD, de Spoedeisende Psychiatrie, de politie, de ambulancedienst, de familieraad GGz inGeest, het Acut Behandelteam van GGz inGeest, de cliëntenraad van GGz inGeest, de afdeling zorgtoeleiding van Arkin, de onderzoeksafdeling van Arkin, de cliëntencommissie van de SPOR. Ook spraken we met Louk van der Post, deskundige en ex-psychiater van de crisisdienst in Amsterdam.

### Focusgroepen

Verdieping, validering en agendering van issues per stakeholdergroep vond plaats met afzonderlijke focusgroepen van naasten (n = 3) en professionals (n= 7).

## Dialogsessie

In oktober 2016 vond een dialogsessie plaats met genodigden, waarin de perspectieven zijn uitgewisseld.

## Interviews met cliënten

Aan dit onderzoek hebben cliënten deelgenomen die te maken hebben gehad met de crisishulpverlening in Amsterdam. De meeste mensen hadden die ervaring in of na 2014. De interviews vonden plaats bij mensen thuis, in een café en op de open afdeling van de opnamekliniek op de Eerste Constantijn Huygensstraat.

De herinnering aan een crisissituatie kan nare gevoelens oproepen. Dat maakte dat het soms moeilijk was om cliënten bereid te vinden een interview te geven. Ook was de inzet van (cliënten)organisaties om cliënten te werven niet altijd optimaal. Uiteindelijk hebben we met 17 mensen een langdurig gesprek gehad. We kwamen met de cliënten in contact via via, middels het Acut Behandelteam van GGz inGeest, via de opnamekliniek (open afdeling) op de Eerste Constantijn Huygensstraat, en via een advertentie in de Echo.

Omdat cliënten zijn gevraagd of zichzelf voor het onderzoek aanmeldde, kan er mogelijk een bias in het onderzoek zitten.

## Kenmerken geïnterviewde cliënten

We interviewden 17 personen, onder wie één naaste. Van de cliënten waren er 9 vrouw, 7 man. 12 van de 17 waren van Nederlandse herkomst. De leeftijd varieerde van 32 tot ca. 65 jaar.

## Uitvoering onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd door het kernteam van:

- Co-onderzoeker (o.a. Mia Huberts)
- Onderzoekers VUmc (drs. Barbara Groot, dr. Gert Schout en prof. dr. Tineke Abma)
- Onderzoeker Cliëntenbelang Amsterdam (drs. Márian Vink)

## Voice-overgroep

Binnen het onderzoek is de voice-overgroep betrokken bij het onderzoek. Deze groep bestond uit GGz-cliënten en naasten. Zij zorgt ervoor dat het cliëntenperspectief behouden blijft in de analyses en rapportage. De voice-overgroep bestond uit Annelies Faber, Marieke Klasing, Rita Loholter en drs. Nico de Louw.

## Klankbordgroep

Gedurende het traject kwam een klankbordgroep bijeen, bestaande uit een afvaardiging professionals in de GGz. De groep is samengesteld uit mensen die overstijgend kunnen denken. Helaas waren tijdens de bijeenkomst van deze groep slechts twee mensen aanwezig.

## 11. LITERATUUR

- Aanjaagteam Verwarde Personen (2016). *Samen doorpakken. Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak voor en met mensen met verward gedrag*. Tussenrapportage.
- Abma T.A. (2005) *Responsive evaluation: its meaning and special contribution to health promotion*. Evaluation and Program Planning, 2005; 28: 279–289.
- Abma, T. & Widdershoven, G. (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Abma, T.A., Pittens, C.; Elberse, J.; Visse, M. & Broerse, J. (2014). *Patient Involvement in Research Programming and Implementation*. A Responsive Evaluation of the Dialogue Model for Research Agenda Setting, Health Expectations, 30 May 2014, DOI:10.1111/hex.12213.
- Bauman, Z. (1998) *Leven met veranderlijkheid, verscheidenheid en onzekerheid*. Boom: Meppel.
- Guba EG & Lincoln Y S (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Herzfeld, M. (1993). *The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*. Chicago IL: University of Chicago Press.
- MacKenzie, C, Stoljar, N. (2000). *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford, University Press.
- Planije, F., M. van Hoof (2016). 'Verwarde personen' of 'mensen met acute zorgnood?' Factsheet. Utrecht, Trimbosinstituut.
- Schuyt, C.J.M. (1995). *Tegendraadse werkingen Sociologische opstellen over de onvoorziene gevolgen van verzorging en verzekering*. Amsterdam University Press.
- Stringer, B., Welleman, R., Berkheij, E. & Keppel, P. (2008). *De eerste vijf minuten: het halve werk*. Eindverslag project Vermindering dwangtoepassingen. Haarlem, GGz inGeest.
- Tronto, J. C. (2010) *Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose*. Ethics and Social Welfare, 4:2, 158-171.
- Walraven, J. (2013). *Noodkreet: van Evidence Based naar Insurance Based behandelen in de GGZ*. [Http://walpsy.blogspot.nl](http://walpsy.blogspot.nl).
- Werf, B. van der (2002). *Reflections on the Trondheim meeting*. Privé-uitgave.
- Zijderveld, A.C. *The Institutional Imperative, the Interface of Institutions and Networks*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2000.

## 12. MET DANK AAN...

Op deze plaats willen we iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan het onderzoek. Op de eerste plaats de cliënten en naasten die bereid waren zich te laten interviewen over een onderwerp dat voor hen vaak pijnlijk en moeilijk was. Vanwege privacyoverwegingen noemen we geen namen, maar: bedankt!

Daarnaast danken we alle professionals die we voor en tijdens het onderzoek hebben kunnen spreken:

- Pieter Jaap Aalbergsberg, Commissaris politie Amsterdam.
- Martin Baars, Afdelingsmanager ABT GGz inGeest.
- Mark van Bommel, SPV, ABT GGz inGeest en SPOR.
- Annette Boenink, Directeur behandelingen/hoofd ziekenhuispsychiatrie GGz inGeest.
- Maarten Bonger en Fred van Ede, Cliëntencommissie SPOR.
- Jack Dekker, Hoogleraar VU, Hoofd onderzoek Arkin.
- Doep van Dijk, Integraal manager zorgtoeleiding.
- Frans van Gelderen, Regionaal coördinator problematische personen regiopolitie Amsterdam-Amstelland.
- Ronald van Gool, Verpleegkundig specialist GGz inGeest.
- Tim Kreuger, Ervaringswerker GGz inGeest.
- Ardan Miedema, Psychiater, Hoofd cluster MGGZ GGD Amsterdam.
- Hans van de Moosdijk, SPV, Ambulance Amsterdam en Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
- Jeroen Muller, CEO Arkin.
- Hans Nusselder, Psychiater, Hoofd Behandelingen Mentrum Kliniek 1e Constantijn Huygensstraat.
- Kim Parker, SPV, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en Acut Behandelteam.
- Jan Pierik, Directeur-bestuurder Ambulance Amsterdam.
- Louk van der Post, Psychiater en Onderzoeker Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (gepensioneerd).
- Huig van der Plas, Ondersteuner cliëntenraad GGz inGeest.
- Elsbeth de Ruijter, Raad van Bestuur GGz inGeest.
- Jan Theunissen, Onderzoeker GGz inGeest.
- Michael Willemsen, SPV, cluster MGGZ GGD Amsterdam.
- Ad Warnar, Directeur Cliëntenbelang Amsterdam.
- Jan Woldman, Adjunct directeur Publieke Gezondheid, GGD Amsterdam.
- Jeroen Zoeteman, Psychiater, Clustermanager behandelingen Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

Jaap Peen, senior onderzoeker Arkin, bedanken we voor het aanleveren van cijfermateriaal.

En *last but not least*: dank aan beide co-onderzoekers, en de leden van de voice-overgroep (Annelies Faber, Marieke Klasing, Rita Loholter, Nico de Louw).



# BIJLAGE 1: CRISISHULPVERLENING AMSTERDAM

## ORGANISATIE VAN DE CRISISHULPVERLENING

### Crisishulpverlening in Amsterdam

- Mensen die in de war zijn of depressief of suïcidaal zijn, krijgen in Amsterdam te maken met de Spoedeisende Psychiatrie.
- Tot de Spoedeisende Psychiatrie (SPA) wordt gerekend de SPOR (Spoedeisende Psychiatrie Onderzoeksruiimte, 1ste Constantijn Huygensstraat), het Mobiele Crisisteam en de twee Intensieve Behandelteams Thuis.
- De SPA is er voor acute crises. Er vindt alleen een beoordeling plaats, het doel is snel te verwijzen. Er is dus geen opnamemogelijkheid.
- Daarnaast zijn er vier Acuuut Behandelteams (ABT's) die elk een specifiek deel van de stad bedienen.

### Spoedeisende Psychiatrie

- De SPA biedt voor OGGz-cliënten 24 uur per dag, 7 dagen in de week, consulten (OGGz = Openbare Geestelijke Gezondheidszorg). Bij de OGGz gaat het om mensen die de openbare orde verstoren, vermoedelijk als gevolg van een psychiatrische aandoening, en die via de politie bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam terechtkomen. In principe vinden alle OGGz consulten plaats in de onderzoeksruiimte van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.
- Na kantoor tijd komen ook mensen die vallen onder de AGGz (de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg) bij de spoedeisende psychiatrie terecht. Deze mensen worden over het algemeen door huisartsenposten verwezen.

### SPOR

- De SPOR is een gesloten unit met beveiligde kamers en spreekkamers.
- Op de SPOR vindt een beoordeling plaats van de (psychiatrische) toestand van de cliënt.
- De SPOR heeft 4 onderzoeksruiimtes en 2 gesprekskamers. Als cliënten rustig zijn, kunnen ze in de gesprekskamer zitten. Er zijn dus zes plekken, waarvan er niet meer dan vier bezet mogen zijn. Dit heeft te maken met de menskracht op de SPOR.
- De tijd die iemand doorbrengt op de SPOR verschilt. Voor mensen die moeten worden opgenomen, kan het vier tot zes uur duren. Al die tijd zitten zij in de beveiligde ruimte.
- Als iemand laat in de middag een Inbewingstelling (IBS) krijgt en er voor 10 uur 's avonds geen plek gevonden is, zit iemand ook 's nachts nog in de onderzoeksruiimte; de ambulance rijdt 's nachts geen gepland vervoer.
- Bij de beoordelingen in de vier onderzoeksruiimtes op de SPOR is - voor de veiligheid van zowel de cliënt als de professional - altijd een cliëntbegeleider aanwezig.
- Deze heeft een andere rol dan de overige professionals, omdat hij uit de beoordelende sfeer blijft. Hij kan iemand koffie aanbieden of een sigaretje met iemand roken.
- De cliëntbegeleider is uit de beveiliging afkomstig; doel van zijn aanwezigheid is agressiereductie.

### Acuuut Behandelteams

- Mensen die vallen onder de AGGz komen, als er crishulp nodig is tijdens kantooruren, terecht bij de Acuuut Behandelteams (ABT's).

- De hoofdmelders voor de ABT's zijn huisartsen, maatschappelijk werk, de GGz, vrijgevestigde psychologen. Er is dus een hele reeks van mensen die aan mogen melden. De ABT's doen ook kortdurende behandelingen, als er meer/andere zorg nodig is, vindt verwijzing plaats. Soms wordt als iemand psychotisch is ook een behandeling opgestart.
- Er zijn vier ABT-locaties: Centrum/Oud-West (1ste Constantijn Huygensstraat); Noord; Oost/Zuidoost/Diemen en Zuid/Nieuw-West. Buiten kantoor tijden wordt vanuit één locatie gewerkt: de locatie Centrum/Oud-West.

### Mobiel crisisteam

- Het Mobiel Crisisteam biedt 24 uur per dag, 7 dagen in de week hulp aan gezinnen met kinderen en aan jeugdigen/kinderen in crisissituaties.

### Intensief Behandelteam Thuis

- Het Intensief Behandelteam Thuis maakt sinds 2014 onderdeel uit van de SPA. Dit team voorkomt of verkort opnames door middel van intensieve thuiszorg.

### Rol GGD

- Tot 2014 werden cliënten die met de politie in aanraking kwamen eerst naar het politiebureau gebracht en bepaalde de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD) wat de oorzaak van verwardheid was. De GGD beoordeelde of een cliënt al dan niet naar de SPOR gebracht zou moeten worden.
- Vanaf 2014 worden cliënten door de politie of de ambulance rechtstreeks naar de SPOR gebracht. De GGD beoordeelt nog wel op verzoek van de politie.
- Verschillende partijen hebben verschillende meningen over deze verandering. Met name het feit dat de GGD voorheen veel mensen weghield bij de SPOR, wordt betwist.
- De GGD is verwijzer naar de SPOR. Bij zorg- en overlastmeldingen in de wijken beoordeelt de GGD (samen met de buurtregisseur van de politie) of iemand een gevaar is voor zichzelf of voor de omgeving. Als dat zo is, wordt de betreffende persoon naar de SPOR gebracht.

### Zelfmelding

- In principe kan een cliënt zichzelf niet aanmelden bij de Spoedeisende Psychiatrie. Aanmelding moet altijd via de huisarts, omdat somatische problemen moeten worden uitgesloten.
- Opname
- Mensen die (gedwongen) worden opgenomen kunnen terecht komen in de kliniek in de 1ste Constantijn Huygensstraat (Arkin) of in de Nieuwe Valerius (GGz inGeest). Maar er vinden ook elders opnames plaats, zoals in het AMC of, als er in Amsterdam geen plaats is (ver) buiten de stad.

## 2.2 OM HOEVEEL MENSEN GAAT HET?

### Opvallende zaken uit de cijfers<sup>1</sup>

- Er worden jaarlijks ongeveer 3.000 mensen geholpen in de SPOR. Opvallend is dat ongeveer één vierde (26,6%) binnen een jaar terugkomt.
- Wat verder opvalt is dat meer dan de helft (55%) van de mensen die op de SPOR komen al bekend was bij de GGz in A'dam.

---

<sup>1</sup> Cijfers afkomstig van Jaap Peen, senior onderzoeker bij Arkin

- Hieruit kunnen we afleiden dat het kennelijk moeilijk is om voortekenen van een nieuwe crisis vroegtijdig op te pikken en er iets mee te doen of goede nazorg te bieden.

Noot bij tabel 2:

- *Cliënten die niet bekend zijn bij GGZ' betreft hier Spoed gedurende de 1e inschrijving van cliënt bij Arkin, exclusief toeristen, exclusief de regio Amsterdam Zuid/Nieuw-West.*
- *De gevonden verhouding is ook van toepassing op de cliënten van GGZ*

*InGeest die gebruik maken van de SPOR.*

Jaar	Aantal geholpen mensen	Herhaald contact binnen een jaar na einde zorg (aantal)	Herhaald contact binnen een jaar na einde zorg (procenten)
2010	2971	748	25,2%
2011	3287	901	27,4%
2012	3526	1059	30,0%
2013	3284	904	27,5%
2014	2889	711	24,6%
2015	3308	810	24,5%
2016	1562	404	25,9%
<b>Gemiddelde</b>			<b>26,6%</b>

Tabel 1: aantal geholpen mensen en herhaalde contacten SPOR van 2010-2016

Jaar begin toewijzing	Cliënten reeds bekend bij GGZ	Cliënten die niet bekend zijn bij GGZ	Totaal aantal cliënten SPOR
2010	1310	816	2126
2011	1519	806	2325
2012	1735	802	2537
2013	1527	841	2368
2014	1318	720	2038
2015	1610	844	2454
2016	747	403	1150
<b>Totaal</b>	<b>9766</b>	<b>5232</b>	<b>14998</b>

Tabel 2: wel/niet bekend in GGz, cliënten SPOR van 2010- 2016

## Overlast

- In de afgelopen jaren lijkt er – parallel aan de ambulantisering in de GGz – een groei van het aantal verwarde mensen op straat te zijn. In de media en maatschappelijk is er onrust over deze ontwikkeling.
- In Amsterdam wordt het aantal E33-meldingen (een code in het politieregistratiesysteem dat 'overlast door verwarde of overspannen personen' aangeeft) geschat op 6.000 per jaar.
- Onder de E33-code worden volgens het Trimbosinstituut echter heel verschillende problemen geregistreerd. Lang niet altijd is er sprake van overlast en verwardheid. De schatting van het Trimbosinstituut is dat maximaal 20-25% van het landelijk aantal van 65.000 meldingen onder de E33-code valt. (Planije en van Hoof, 2016)
- Extrapolatie naar Amsterdam zou betekenen dat er circa 1.500 meldingen van overlast door verwarde personen per jaar zouden zijn.
- Het aantal meldingen op de SPOR blijft al jaren ongeveer gelijk. Ook daaruit kunnen we afleiden dat het aantal mensen met psychiatrische problemen dat overlast veroorzaakt, niet toeneemt.

**Meer informatie of contact?**

Centrum voor Cliëntervaringen

Márian Vink

[m.vink@clienbelangamsterdam.nl](mailto:m.vink@clienbelangamsterdam.nl)

Barbara Groot

[b.groot@vumc.nl](mailto:b.groot@vumc.nl)

Jacob Bontiusplaats 9

1018 LL Amsterdam

(020) 75 25 100

[www.centrumvoorclienervaringen.com](http://www.centrumvoorclienervaringen.com)