



# Cliëntervaringen met de acute crisisketen

Dorine van Lennep, Narita Derks, Matty de Wit en de respondenten

April 2024

## Colofon

Opdrachtgever: Bestuurlijk Overleg GGZ Amsterdam Amstelland

Opdrachtnemer: Centrum voor Cliëntervaringen (CvC)

Onderzoekers CvC: Dorine van Lennep, Narita Derks, Archie de Ceuninck

Onderzoeker GGD Amsterdam: Matty de Wit

Moment van uitgave: 30 april 2024

Copyright © 2024 Centrum voor Cliëntervaringen

*Niets uit dit rapport mag worden gepubliceerd zonder vermelding van de naam van het onderzoeksinstituut en een verwijzing (link) naar het totale rapport.*

## Inhoud

Samenvatting van de resultaten .....	3
1 Inleiding .....	8
2 Doel.....	8
3 Onderzoeksvraag.....	8
4 Doelgroep .....	9
5 Methodiek .....	9
6 Steekproef.....	9
7 Dataverzameling.....	10
8 Algemene observaties .....	11
9 Cliëntroutes .....	13
10 Ervaringen met de politie.....	14
11 Ervaringen met ambulance-assistentie .....	16
12 Ervaringen met de SPA.....	17
13 Ervaringen met de kliniek .....	20
14 Nazorg .....	23
15 Dialoogsessie met respondenten.....	24
16 Dialoogsessie met respondenten en professionals .....	25
17 De belangrijkste conclusies.....	28
18 Hoe verder? .....	29
Bijlage 1 Gespreksleidraad.....	30
Bijlage 2 Informatieblad.....	29



## Opgenomen

Een enkele muur beplakt met berkenbosbehang,  
mooi afgewerkt rondom het stopcontact.

Ter compensatie misschien voor het systeemplafond,  
het meedogenloze licht op de gang  
en de asbak buiten, overvol en natgeregend.

'Krijgen we nog wat binnen vandaag?'  
hoor ik een verpleegkundige zeggen.

*Xander van der Drift - Ontsnappingspogingen en andere gedichten - uitgegeven door [www.tobivroegh.nl](http://www.tobivroegh.nl)*



## Samenvatting van de resultaten

We hebben onderzocht hoe mensen in een acute psychische crisissituatie (waarbij de politie betrokken werd) de hulpverlening hebben ervaren.

De belangrijkste uitkomsten van dit kwalitatieve onderzoek hebben we hier op een rij gezet.

### **Als mens benaderen**

Het belangrijkste punt dat cliënten hulpverleners willen meegeven is: Behandel ons als mens en niet als nummer, object of crimineel. Spreek ons aan op gelijkwaardig niveau, neem ons serieus, ga het gesprek aan en luister naar ons verhaal. Te vaak ervaren cliënten dat ze lomp bejegend worden, genegeerd worden, of dat er niet naar hen geluisterd wordt. Menselijk contact voelen en oprechte belangstelling werken helend.

### **Behoeftte gerustgesteld te worden**

De helft van de respondenten zat in grote angst in hun crisis en wilde vooral gerustgesteld worden. Ze wilden horen dat ze veilig waren, dat er hulp geregeld zou worden, dat het goed zou komen. Een paar geruststellende woorden kunnen voor cliënten in crisis al heel veel betekenen.

### **Informatie**

Ongevraagd informatie verstrekken over wat je als hulpverlener doet en van plan bent, wat je ziet en hoe je de situatie beoordeeld wordt erg gewaardeerd. Praat ook met

mensen als ze psychotisch zijn of niks lijken te begrijpen of op te nemen. Ze nemen meer op dan het soms lijkt.

### **Schaamte**

Mensen schamen zich als ze in het openbaar of voor hun huis door medewerkers van de politie of ambulance aangesproken of aangehouden worden. Als het al moet, dan liefst buiten het zicht van de burens. Meerdere respondenten gaven aan zich te schamen als hulpdiensten met zwaailichten en sirenes aankomen.

Ook is er schaamte als mensen in onverzorgde staat van huis of straat opgehaald worden. Hoe in de war mensen ook lijken, ze zijn zich vaak bewust van hun uiterlijk en persoonlijke verzorging en zouden zich graag willen opfrissen tijdens het wachten op hulp of beoordeling in de onderzoeksruimtes bijvoorbeeld). Bied douche en schone kleren aan.

### **Separeren**

Het overgrote deel van de cliënten vindt het verblijf in een isoleercel verschrikkelijk. Vaak worden mensen daar nog angstiger en wanhopiger van. Probeer deze maatregel zo min mogelijk in te zetten en zoek naar alternatieve interventies.

### **Missend aanbod**

Er mist hulpaanbod terwijl men op een wachtlijst staat voor behandeling of wanneer de vraag naar een opname afgewezen wordt. Pas bij escalatie wordt er mogelijk iets geregeld. Bied hulp aan vóór dat de situatie escaleert.



### **Opname**

Veel mensen met zware psychiatrische klachten zouden een tijdje opgenomen willen worden, ze willen dan graag de veiligheid van een klinische opname. Waarom word je naar huis gestuurd als je suïcidaal, bent? Professionals zeggen dat je niet beter wordt van een opname en dat ze in een kliniek suïcides niet altijd kunnen voorkomen. Maar waar het om gaat is dat sommige mensen zich wel suïcidaal kunnen voelen maar in die toestand toch sterk de wens hebben daartegen beschermd te worden. Ze willen tegengehouden worden en vragen daar hulp bij.

### **Time out**

Sommige mensen zijn zo moe van het lijden, strijden en het leven managen dat ze de regie, beslissingen en zorg graag even aan een ander willen overlaten, om bij te komen. Het is dan ook fijn als iemand even de regie overneemt en de juiste zorg regelt. Daar zouden ook voorzieningen voor moeten komen, wellicht in de vorm van een warme helende prikkelarme omgeving in de bossen.

Er zijn verschillende soorten voorzieningen nodig, met ook verschillende mogelijkheden tot psychiatrische zorg en medicatie, en een verschillende mate van eigen regie. Ook om de naasten te ontlasten. Veiligheid betekent in dit geval vaak juist de regie/controlle uit handen geven, beschermd worden tegen je eigen impulsen en beslissingen.

### **Medicatiebeleid**

Luister naar de wensen en ervaringen van cliënten. Zij weten vaak uit ervaring wat helpt en welk middel de situatie verergert. Ga zorgvuldig om met het toedienen van medicatie.

Voor dat je dwang toepast, vraag of iemand zonder dwang bereid is medicatie te accepteren.

### **Knokken om hulp**

In sommige schrijnende situaties moesten cliënten heel hard knokken en alles uit de kast halen om opgenomen en behandeld te worden. Anderen denken dat de crisis voorkomen had kunnen worden als ze op een eerder moment, toen ze om hulp vroegen, de juiste hulp hadden gekregen.

### **Van de kliniek weer naar huis**

Mensen vinden het heel moeilijk en beangstigend om na een opname weer naar huis te gaan. Ze willen wel naar huis maar vinden het een grote stap, zijn bang. Ze hebben daar hulp bij nodig. De overgang is groot. Ook bij ontslag uit een kliniek, zou een tussenfase of meer ondersteuning (eventueel door ervaringsdeskundigen) voor het naar huis gaan welkom zijn.

### **Behoeftte om na crisis(interventie) erop terug te kijken en na te praten, verwerken**

Cliënten die een crisissituatie hebben meegemaakt hebben duidelijk behoefte om hun ervaringen te delen en terug te blikken. Soms al kort na de crisis, soms pas jaren later, als ze eraan toe zijn. Enkele respondenten hadden graag met hun hulpverlener teruggeblikt, maar zo een gesprek was niet tot stand gekomen, soms niet aangeboden en een keer zelfs ontmoedigd. Cliënten missen vaak een heel deel van hun leven waarin ze ernstig ontregeld waren, hebben vragen over wat er toen gebeurde en willen betekenis geven aan die tijd en ervaringen.



### **Ervaringsdeskundigen**

Een aantal mensen gaf aan dat ze in hun crisis veel aan het contact met ervaringsdeskundigen hadden gehad. Ze kregen bruikbare feedback over hun gedrag of tips hoe om te gaan met een paniekaanval. Ze vertrouwden ervaringsdeskundigen soms meer dan professionals als het gaat om nut en noodzaak van medicatie.

Ervaringsdeskundigen zaten met een kop thee de cliënt thuis op te wachten na terugkeer van een opname. Dat werd erg gewaardeerd.

Organisaties als de Waterheuvel en de Brouwerij, waar veel lotgenoten te vinden zijn, worden helpend en zelfs levensreddend genoemd. Dit komt door de interactie met en de ervaren steun van lotgenoten, de dagbesteding en activiteiten die structuur bieden en de welkome sfeer, waar je jezelf mag zijn en je eigen weg naar herstel mag kiezen.

Wij hebben in het kader van dit onderzoek gezien dat er onder lotgenoten mooie betekenisvolle vriendschappen zijn ontstaan waarbij men elkaar steun en troost biedt. En elkaar opzoekt en plezier maakt.

### **Resultaten per beroepsgroep**

De meeste respondenten kregen met politieagenten, ambulancemedewerkers en medewerkers van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) te maken. Een aantal resultaten hadden betrekking op een specifieke beroepsgroep:

#### **Politie**

De helft van de mensen die met de politie te maken kreeg was tevreden over hun optreden en bejegening. De andere helft vond dat de agenten te weinig geruststelden, communiceerden, informeerden over wat er ging gebeuren, of te lomp waren in hun bejegening. Een aantal vond dat er te veel agenten ter plekke verschenen en vrouwen gaven aan dat ze moeite hadden met het feit dat er alleen mannelijke agenten aanwezig waren. Dat voelde extra bedreigend.

Het zou goed zijn als agenten in hun opleiding en tijdens hun loopbaan leren dat iemand met psychische problematiek vaak kwetsbaar en angstig is, al komt dat misschien anders over. Cliënten hebben veel baat bij geruststellende woorden, praktische hulp en informatie over wat er gaat gebeuren.

#### **Ambulancemedewerkers**

Over het algemeen waren de respondenten erg tevreden over het optreden van de ambulancemedewerkers. Als de ambulance voorrijdt heeft men het gevoel dat er daadwerkelijk hulp aankomt, dit stelt gerust. Men ervaart dat er kennis aanwezig is over psychiatrie. De bejegening is goed.



Het feit dat men in de ambulance moet liggen en ook gefixeerd wordt werd als minpunt genoemd. De meesten zouden veel liever zittend vervoerd willen worden. Vermijdt in ieder geval om iemands armen en buik te fixeren, dit roept associaties op met een dwangbuis. In situaties waar dit niet kan, dan in ieder geval goed uitleggen dat het om verkeersveiligheid gaat. Daarnaast is het belangrijk om uit te leggen waar je iemand heen vervoert.

### Spoedeisende psychiatrische hulp

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (**SPA**) verzorgt de acute psychiatrische zorg in de regio Amsterdam en is een samenwerkingsverband van de GGZ instellingen Arkin en GGZ inGeest.

De SPA heeft onderzoeksruidtes (**SPOR**) waar mensen in crisis (meestal met een ambulance) naar toe gebracht kunnen worden voor een psychiatrische beoordeling. De ruidtes zijn sober ingericht, kunnen afgesloten worden en zijn van camerabewaking voorzien, met het doel medewerkers en cliënten een veilige omgeving te bieden waarin onderzocht kan worden welke zorg er nodig is.

### De onderzoeksruidte (SPOR)

Mensen in crisissituaties worden vaak naar de Spoedeisende Psychiatrie Onderzoeksruidte (SPOR) vervoerd om daar beoordeeld te worden. Deze onderzoeksruidtes worden als zeer negatief ervaren. Bijna alle respondenten die naar de SPOR gebracht werden hadden daar (zeer) slechte

herinneringen aan. De fysieke locatie werd als kil ervaren en met name de isoleercel waar velen meteen in opgesloten werden werd als een nare plek beschreven.

Er zou een alternatieve en humanere locatie gevonden moeten worden voor de beoordelingen in crises. Ook vanuit de SPA zelf bestaat deze wens. De politie merkt ook dat cliënten die de SPOR kennen, daar niet graag naar toe gebracht worden.

### Bejegening en hulpverlening

Cliënten moesten bij de SPOR lang wachten op een hulpverlener die hun situatie zou beoordelen. Ze waren verbaasd dat er soms niet eens gevraagd werd naar wat er in hen omging, dat er nauwelijks met ze gepraat werd, niet naar hun verhaal geluisterd werd en ze dat ze amper werden geïnformeerd over wat er ging gebeuren.

Mensen verlangen in hun noodsituatie naar hulp maar worden vaak onverrichter zaken naar huis gestuurd. Weleens met de toezegging dat ze volgende dag gebeld zouden worden maar dat gebeurde in een enkel geval dan niet. Voor naasten is dit ook zwaar want zij moeten dan de hulp en bescherming bieden, maar weten vaak niet hoe.

Daarbovenop voelt de cliënt zich op zo een moment nog meer schuldig ten opzichte van de naasten die hij/zij sowieso al denkt tot last te zijn.

Mensen die suïcidaal zijn, beschermd willen worden en de zorg(en) even aan een ander willen overlaten vragen om een opname, maar die wordt zeer zelden toegekend.

Vertegenwoordigers van GGZ-instellingen gaven aan dat de





opname waar mensen naar verlangen, niet de veiligheid garandeert waarop gehoopt wordt. Ook binnen de muren van een kliniek zijn manieren te vinden om jezelf te beschadigen of te doden. Volgens de GGZ moet er dan ook naar andere vormen van zorgopschaling gekeken worden dan (enkel) opname op een bed. Voor cliënten gaat het niet enkel om de veiligheid: ook het ontlasten van naasten speelt een rol, of het verlangen om een paar dagen niet zo hard te hoeven vechten als nodig is in de buitenwereld.

Er is een kloof tussen wat cliënten aangeven nodig te hebben en wat de GGZ in de regio Amsterdam kan bieden of beoordeelt als helpend voor de cliënt.

#### *Zorgen om huisdieren en huissleutel*

Soms maken mensen zich zorgen over het welzijn en de verzorging van hun huisdieren of het beheer van de huissleutel als ze (ongepland en mogelijk onvrijwillig) van huis opgehaald worden. Deze zorgen vergroten de paniekgevoelens die mensen in een noodsituatie toch al voelen als ze bij de SPOR aankomen. Informatie of geruststelling bieden over deze vragen kan erg helpend zijn.

#### *Persoonlijke hygiëne*

Enkelen hadden graag het aanbod gekregen om zich tijdens het wachten even op te kunnen frissen. Ze hadden al dagen niet gedoucht, voelden zich vies en schaamden zich daarvoor.



# 1 Inleiding

In de regio Amsterdam/Amstelland komen elk jaar veel mensen door een acute psychiatrische crisis in aanraking met verschillende hulpdiensten. Met de Kwantitatieve Monitor Acute Crisisketen wordt al jaren data verzameld over aantallen meldingen, registraties en cliëntroutes van mensen die te maken kregen met de acute crisisketen. Maar het ontbrak aan actuele en kwalitatieve informatie over hoe mensen de spoedeisende (psychiatrische) hulp hebben ervaren.

Daarom werd het Centrum voor Cliëntervaringen (CvC) gevraagd om in 2023 een kwalitatief onderzoek te starten naar deze cliëntervaringen. Het idee was om structureel ervaringsverhalen over de acute crisisketen op te halen en te monitoren om zo na te kunnen gaan of het aanpassen van zorg ook daadwerkelijk leidt tot een ervaren verbetering van de zorg voor de cliënt.

Deze rapportage doet verslag van de resultaten die in het eerste jaar van de monitor - 2023 - zijn opgehaald.

## **Betrokken partners en samenwerking**

Dit onderzoek werd uitgevoerd door twee ervaringsdeskundige onderzoekers van Cliëntenbelang Amsterdam, een onderzoeker van Amsterdam UMC en een onderzoeker van GGD Amsterdam. Al deze onderzoekers werken samen in het Centrum voor Cliëntervaringen.

Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het bestuurlijk overleg GGZ van Amsterdam Amstelland.

# 2 Doel

Met dit onderzoek willen we de acute crisiszorg voor cliënten verbeteren. We willen van mensen die met een acute psychische crisis te maken hebben gehad, te weten komen welke acties en interventies voor hen prettig en helpend waren, en welke niet. Het doel is om verbeterpunten te identificeren en wijzigingen aan te brengen in de zorgketen. Op langere termijn kunnen we dan monitoren wat de effecten zijn van deze aanpassingen.

# 3 Onderzoeksvraag

Hoe heeft de persoon in crisis de eerste hulpacties ervaren? Hoe tevreden was de cliënt met de hulp, acties, beslissingen en bejegening door alle betrokken partners in de keten (politie, ambulance, SPA, GGD, GGZ)? Het gaat om de acute respons op een crisis.



## 4 Doelgroep

Mensen uit Amsterdam/Amstelland die tussen 2021 en 2023 in een acute psychische crisissituatie zijn beland waarbij 112 werd gebeld of direct de politie werd ingeschakeld.

## 5 Methodiek

Het betreft een kwalitatieve studie, waar we met individuele diepte-interviews cliëntervaringen met de acute crisisketen in kaart hebben gebracht. We hebben in totaal 17 mensen geïnterviewd tussen september 2023 tot januari 2024. De face-to-face gesprekken met voornamelijk open vragen werden aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst gevoerd (Bijlage 1).

We hebben de deelnemers van dit onderzoek twee keer gesproken. In een tweede interview stelden we verdiepende vragen op uitspraken van het eerste interview zodat we waar nodig nog nadere informatie of duiding konden verkrijgen.

De resultaten van het onderzoek werden voorgelegd aan een groep respondenten om deze te helpen duiden en prioriteren. Als laatste stap werden de uitkomsten in een dialoogsessie met respondenten en professionals voorgelegd aan vertegenwoordigers van de politie, ambulancedienst, Crisisdienst en GGD.

## 6 Steekproef

We hebben 17 mensen tussen de 32 en 64 jaar (gemiddeld 47 jaar oud) geïnterviewd waarvan 10 mannen en 7 vrouwen. De meerderheid van de respondenten was gevoelig voor psychoses, maar er waren ook mensen met autisme, PTSS, borderline, angststoornis, depressie en dissociatieve stoornissen, soms gecombineerd. Allen behalve één waren bekend met de GGZ. De meerderheid had al jarenlang ambulante zorg vanuit de GGZ, GGD, en/of de huisarts.

Het is belangrijk om stil te staan bij de selectie van de groep mensen die we bevroegd hebben om zo ook de resultaten in het juiste perspectief te zien en te kunnen duiden. We zochten mensen die in de afgelopen 2 jaar een psychische crisis had meegemaakt waarbij de politie betrokken was. We hebben dus mensen gesproken die niet alleen een crisis meegemaakt hadden, maar waarbij de persoon zelf (in 2 gevallen) of omstanders (in alle andere gevallen) de politie of 112 hadden gebeld.

Dit onderzoek zegt dus niets over het totaal van mensen die in een psychische crisissituatie terecht komen en daarvoor wellicht hun hulpverlener, huisarts of de crisisdienst hadden gebeld. In onze steekproef zaten alleen mensen waarbij in eerste instantie de politie te hulp geroepen werd. We wilden namelijk onderzoeken hoe de hulpvraag, die begon met een melding bij de politie of 112-meldkamer in eerste instantie beantwoord werd, welke ketenpartners eventueel daarna



ingeschakeld werden en hoe de cliënten deze hulpverlening hebben ervaren.

Men kon alleen deelnemen aan het onderzoek als men genoeg hersteld was van de crisis zodat het mogelijk was erop terug te blikken en erover te kunnen vertellen.

We hebben relatief veel mensen geïnterviewd die regelmatig bij de herstelgerichte gemeenschap van de Waterheuvel (3) en de Brouwerij (2) kwamen en die actief waren in de belangenbehartiging van mensen met onbegrepen gedrag (3).

Alleen mensen die Nederlands of Engels (1x) spraken konden deelnemen aan het onderzoek. In onze steekproef was het aandeel van mensen met een migratieachtergrond ondervertegenwoordigd (2 van de 17). Er had zich wel nog een aantal mensen met een migratieachtergrond gemeld voor het onderzoek maar het lukte vervolgens niet een afspraak met hen te maken of ze voldeden niet aan de criteria (crisishulp was te lang geleden, ze waren niet in staat hun verhaal te vertellen, of ze zaten nog te veel in hun psychotische leefwereld).

De groep respondenten zou je grofweg kunnen indelen in twee even grote groepen:

- a. Mensen die op het moment van crisis emotioneel uitgeput, wanhopig en/of vaak heel angstig waren, en heel graag gerustgesteld en geholpen wilden worden.
- b. Mensen die zich minder bewust waren van hun gedrag omdat ze psychotisch waren, en eerder

verrast waren dat de politie erbij gehaald werd. Deze mensen wilden vooral veel uitleg over wat er gaande was en wat de bedoeling was.

## 7 Dataverzameling

### 7.1. Werving

De respondenten zijn op verschillende manieren geworven: via nieuwsbrieven, oproepen in ons netwerk, voorlichtingsactiviteiten bij De Waterheuvel en de Brouwerij, verspreiden van folders bij GGz instellingen, herstelwerkplaatsen, Ypsilon, HVO Querido, SCIP etc.

Mensen die zich aanmeldden belden we voor een check of ze aan de selectiecriteria voldeden. Als dat het geval was stuurden we ze een informatieblad (Bijlage 2) en een toestemmingsformulier toe. Daarna maakten we een afspraak voor het eerste interview op een locatie naar keuze van de respondent.

Dit was

11 x bij Cliëntenbelang Amsterdam

2 x bij de Waterheuvel

2 x bij iemand thuis (beschermd wonen locatie)

1 x in een Café

1 x via online videobellen.



## 7.2 Analyse

De interviews werden op geluidsband opgenomen en zijn letterlijk uitgetypt en gecodeerd in MAXQDA. Met een thematische analyse konden we patronen en thema's identificeren en interpreteren. Met de uitkomsten van de verdiepende tweede interviews checkten we of we de uitspraken van de respondenten op een juiste manier hadden geïdentificeerd en gecodeerd. Met die aanvullende informatie konden we de resultaten verrijken en de analyse aanscherpen.

Na deze eerste analyse van de interviews werden vijf respondenten in februari 2024 uitgenodigd voor een groepsbijeenkomst om de analyse en resultaten te bespreken, duiden en te prioriteren.

In maart 2024 hebben we een eindsessie georganiseerd met vier respondenten en vijf professionals om de conclusies met elkaar te bespreken.

# 8 Algemene observaties

## Emotionele belasting

Het viel op dat de respondenten over het algemeen helder en gedetailleerd over hun ervaringen konden vertellen. Ze waren ook in staat om te reflecteren op hun ervaringen en te vertellen wat ze prettig vonden, wat niet helpend was en wat ze gemist hadden bij de hulpverleners.

We hadden de deelnemers vooraf gewaarschuwd dat het vertellen over hun crisissituatie emotioneel belastend zou kunnen zijn en gezorgd voor professionele nazorg voor wie dat nodig zou hebben. Sommige respondenten werden ook geëmotioneerd tijdens het interview, maar waren na afloop, toen ze naar huis gingen, weer tot rust gekomen en gaven aan op dat moment geen extra steun of hulp nodig te hebben. Eén respondent vond het heel belangrijk om zijn verhaal te delen maar schrok toch van de heftige herbeleving in de dagen na het interview. Hij wilde dit hoofdstuk in zijn leven nu achter zich laten en niet meer benaderd worden voor een dialoogsessie of iets dergelijks. Hij had hulp gezocht en gevonden bij zijn psychiatrisch verpleegkundige.

## Behoeftte terug te kijken

Vaak zeiden de respondenten na afloop dat het fijn was geweest hun ervaringen in alle rust (geen tijdsdruk) aan iemand te mogen vertellen. Er leek een behoefte te zijn om verhalen te delen en terug te kijken. Sommige respondenten hadden dat ook graag met hun hulpverlener gedaan maar zo een gesprek was niet tot stand gekomen, soms niet aangeboden en een keer zelfs ontmoedigd (Psychiater: "Niet terugkijken, kijk vooruit!"). Eén respondent die al vele malen was opgenomen en zelf nooit behoefte had gevoeld om zijn vragen en ongenoegen met de crisisdienst te bespreken zei dit nu toch voor het eerst in de nabije toekomst te willen doen.



### Knokken om hulp en zorg

Een aantal respondenten is teleurgesteld over het feit dat er in de aanloop naar de crisis om hulp werd gevraagd of intakes waren gedaan met de vraag naar therapie maar dat die werden afgewezen. Het gaat dan o.a. om psychosegevoelige mensen met PTSS, mensen met autisme, dubbele diagnoses of mensen met dissociatieve stoornissen.

Zelfs gedurende de crisisinterventie moesten sommigen enorm voor zichzelf opkomen om serieus genomen te worden en knokken om hulp, met wisselend succes (enkelens werden tegen hun zin naar huis gestuurd).

Een man vertelde dat hij herhaaldelijk bij de GGZ en crisisdienst gevraagd had om geholpen of opgenomen te worden, maar alleen met medicatie naar huis gestuurd werd, wat voor hem en zijn naasten heel moeilijk was.

Een andere respondent kan na jarenlang knokken maar zonder de juiste hulp te hebben ontvangen nu eindelijk aan haar herstel werken, nadat zij een woning toegewezen heeft gekregen en sinds kort geholpen wordt door een FACT-team. Deze hulp kwam alleen tot stand nadat ze standvastig weigerde naar huis te gaan na een lichamelijke check up in het ziekenhuis (waar ze in haar crisis met de ambulance naartoe gebracht werd) en bleef benadrukken dat ze psychische hulp nodig had. Zonder haar doorzettingsvermogen was ze onverrichter zaken en zonder beoordeling en hulp naar huis gestuurd.

### Steun van ervaringsdeskundigen

Een aantal mensen gaf aan dat ze in hun crisis veel aan het contact met ervaringsdeskundigen hadden gehad. Ze kregen bruikbare feedback over hun gedrag of tips over hoe om te gaan met een paniekaanval, en zaten met een kop thee de cliënt thuis op te wachten na terugkeer van een opname. Dat werd erg gewaardeerd.

Organisaties als de Waterheuvel en de Brouwerij, waar veel lotgenoten te vinden zijn en er een gelijkwaardige relatie met de staf ervaren wordt, worden helpend en zelfs levensreddend genoemd. Dit komt door de interactie met en de ervaren steun van lotgenoten, de dagbesteding die structuur biedt en de welkome sfeer, waar je jezelf mag zijn en je eigen weg naar herstel mag kiezen.

### Behoeftte aan crisis-, respijtbedden

Een aantal respondenten had heel graag opgenomen willen worden of een crisisbed gekregen, al was het maar voor één nacht omdat ze zich thuis niet veilig voelden (bij paranoia, of bijkomen op veilige plek na dissociatie) of tegen zichzelf in bescherming genomen wilden worden (bij zware suïcidale gedachten).

*"Ik heb nog steeds geen crisisopvang. Vroeger had ik een bed op recept. Dat was wel heel goed. Het zou voor mij helpen als ik ergens buiten mijn huis kon schuilen."*



## 9 Cliëntroutes

Eén selectie criterium voor deelname aan dit onderzoek was dat de politie of 112 in de crisissituatie gebeld werd. Daarom kregen alle respondenten - behalve één - als eerste te maken met de politie. Eén keer kwam de politie niet ter plaatse omdat uit de melding duidelijk werd dat er geen veiligheidsprobleem speelde, maar het alleen om psychiatrische spoedhulp ging. Deze persoon werd met de ambulance naar de spoedeisende psychiatrische onderzoeksruimte (SPOR) van de spoedeisende psychiatrie (SPA) gebracht.

Tabel 1 laat zien via elke hulpverleners en instanties cliënten uiteindelijk weer naar huis (of een opvang) konden gaan.

10 van de 17 respondenten werden door de ambulance of politie naar de crisisdienst (SPA) gebracht. Van daar werd de meerderheid voor een paar weken tot maanden in een kliniek opgenomen. De ervaringen met de crisisdienst en de kliniek beschrijven we in hoofdstukken 12 en 13.

Drie personen werden door de politie meteen naar het politiebureau gebracht. Eén persoon omdat hij in het bezit was van een wapen, een andere omdat ze dakloos was en niet wist waar ze terecht kon en een derde omdat ze verdacht werd haar buurvrouw te mishandelen. De politie wist van alle drie personen dat ze in een psychose verkeerden, en wilden ook zorg vanuit het bureau regelen. Ze contacteerden de GGD en de crisisdienst.

Tabel 1

POLITIE	POLITIEBUREAU	AMBULANCE	ZIEKENHUIS	SPA	KLINIEK	NAAR HUIS
X		X	X		X	X
X		X		X		X
X						X
X		X	X	X	X	X
X		X	X		X	X
X		X	X			X
X		X		X	X	X
		X		X	X	X
X		X	X		X	X
X		X		X	X	X
X		X		X		X
X	X			X	X	*
X	X	X		X	X	X
X		X		X	X	X
X						X
X	X				X	X
X		X			X	X
X		X		X	IHT	X

\* Politie belde GGD, die verwees naar nachtopvang Rustenburg  
GGD regelde 3 dagen later opname via politie en ambulance  
IHT = Intensive Home treatment

De crisisdienst van de SPA had de persoon die in zijn psychose een pistool gekocht had (en inmiddels door zijn medicatie weer rustig en helder was) beloofd hem snel uit de cel naar zorg toe te leiden. Maar de cliënt heeft nooit meer wat van de crisisdienst vernomen en heeft toen 7 weken in de cel gezeten, voordat hij in een kliniek opgenomen werd. Deze respondent was zeer teleurgesteld over de gang van zaken want hij was duidelijk ziek en geen crimineel. Daar waren de agenten en de rechter ook van overtuigd. De



respondent was erg te spreken over de bejegening van de politie.

De tweede persoon werd op een rustige manier via de GGD naar de crisisdienst geleid en de derde is "helemaal doorgedraaid" toen ze in de boeien naar het politiebureau gebracht werd. Ze begreep niet wat er aan de hand was en waarom ze opgepakt werd. Het was voor haar een hele nare ervaring om via een politiecel bij de crisisdienst terecht te komen. Al beseft ze nu dat het goed was dat de politie had ingegrepen. "Maar de manier waarop het is gegaan is werkelijk met geen pen te beschrijven, zo stuntelig en onnodig kwetsend".

Vijf cliënten werden met de ambulance naar de eerste hulp van een ziekenhuis gebracht omdat ze gewond waren, lichamelijk onderzocht moesten worden of daar mochten uitslapen na een dissociatie. In sommige gevallen werd in het ziekenhuis weinig rekening gehouden met de mentale toestand van de cliënten. Eén vrouw werd door het ziekenhuis na het lichamelijke onderzoek meteen weer naar huis gestuurd, zonder aanvullende hulp voor haar zware psychische problemen. Daar heeft ze zich heftig tegen verweerd, waardoor ze uiteindelijk toch in een kliniek opgenomen kon worden en aan haar herstel kon werken.

## 10 Ervaringen met de politie

### Positieve ervaringen

Van de 16 mensen die met de politie te maken kregen, waren 7 (zeer) tevreden over hun optreden en bejegening. Ze vonden de agenten professioneel en adequaat optreden, zodat de situatie ook niet verder escaleerde. De agenten waren vriendelijk en begripvol.

De respondenten waren gedeeltelijk opgelucht, voelden empathie voor hun situatie en gemoedstoestand. Ze voelden zich correct behandeld en werden goed geïnformeerd over wat er aan de hand was en wat er ging gebeuren.

*"De politieagent was vriendelijk en ik voelde me serieus genomen toen ik over mijn diagnose vertelde."*

### Negatieve ervaringen

Voor 8 respondenten die met de politie te maken kregen waren de ervaringen onprettig tot intimiderend. Dit had vooral te maken met de bejegening (stuntelig, onnodig kwetsend, grof, geen communicatie). Maar ook met het feit dat er buitenproportioneel veel agenten en vaak alleen mannelijke aanwezig waren. Ook voelden personen schaamte als ze in het openbaar, voor hun huis of in de hal door agenten aangesproken of aangehouden werden. Buiten het zicht van de bureaus was het fijner geweest.





Meerdere personen gaven aan zich te schamen toen de politie met zwaailichten en sirenes aankwam of toen ze in het openbaar in de boeien werden geslagen.

Drie respondenten gaven aan dat er heel veel (6-8) agenten ter plaatse kwamen. Dit werd als intimiderend en onnodig ervaren. Er was volgens hen geen sprake van een onveilige situatie, ze waren alle drie nog nooit agressief geweest. Eentje was zelfs fysiek zo zwak dat ze nauwelijks op haar benen kon staan. Het was in die situatie fijn geweest als de overbodige agenten meteen waren vertrokken of zich buiten het zicht hadden begeven.

Een aantal vrouwen gaf aan dat ze het vervelend vonden dat er alleen mannelijke agenten aanwezig waren. Ze voelden zich daar niet veilig bij omdat ze eerder in hun leven trauma's hadden opgelopen met mannen. Een vrouw koos uiteindelijk de minst intimiderende man met klein postuur, waarmee ze het gesprek aandurfde.

De meerderheid gaf aan dat de agenten te weinig communiceerden, en als ze dat deden dan grof en kortaf waren. Terwijl een persoon in psychische nood vaak erg angstig is, zich onveilig voelt en vooral behoefte heeft aan vriendelijkheid, gerustgesteld worden, een gesprekje en informatie over wat er gaat gebeuren.

*"De politie is nooit van het praten. En als iemand niet tegen mij praat, dan denk ik altijd dat hij het kwaad bedoelt."*

Eén keer stuurde een agent een man die psychotisch was het huis van zijn moeder uit. Hij had toen graag psychische hulp

aangeboden gekregen, of een verwijzing, maar dat gebeurde niet.

Eén persoon was het er vooral niet mee eens dat men op grond van een melding in het politieregistratiesysteem zomaar van de straat opgepakt kan worden en naar de SPOR gebracht kan worden, zonder dat er ter plekke goed gekeken wordt wat er met de persoon in kwestie aan de hand is.

*"Qua bejegening zou ik meer gelijkwaardigheid en een lerende houding van de politie wensen. Dat ze denken: We hebben als jongetjes van 6 jaar naast elkaar in de schoolbanken gezeten".*

### **Wensen en verlangens ten opzichte van de politie**

- Stel gerust, luister, geef informatie, bied veiligheid
- Creëer ruimte voor gesprek op gelijkwaardig niveau
- Zet minder zwaar in op het aantal agenten en boei niet als het niet nodig is
- Zet meer vrouwelijke agenten (of mannen met klein postuur) in
- Zet politie in met meer medische kennis en kennis over psychiatrie
- Bied excuses aan als er iets misgaat
- Schakel (GGD) hulp in, en stuur mensen niet alleen weg zonder vervolgzorg



*Als ik zo wanhopig ben, dan wil ik horen: "We gaan u helpen. We gaan er alles aan doen om u te helpen".*

## 11 Ervaringen met ambulance-assistentie

### Positieve ervaringen

Over het algemeen waren de respondenten erg tevreden over het optreden en de hulp van de ambulance-medewerkers. Als de ambulance voorrijdt heeft men het gevoel dat er daadwerkelijk hulp aankomt, dit stelt gerust.

*"De ambulance, daar werd ik rustig van. Balsem voor de ziel voor iemand met een psychische aandoening, voor mij tenminste. Begrip en kalmte."*

Ambulancemedewerkers nemen de taken professioneel over van de politie, sturen de politie soms weg. Dat wordt gewaardeerd. Men ervaart dat er kennis aanwezig is over psychiatrie. De bejegening is goed.

*"De ambulance brengt zachtheid doordat medewerkers meer kennis van psychiatrie hebben."*

### Negatieve ervaringen

Wat vaak genoemd werd is het feit dat men in de ambulance moet *liggen* en dat dat onprettig of intimiderend is, vooral als men vastgebonden wordt (de armen en het bovenlijf). De meeste mensen willen liever zittend vervoerd worden.

Veel respondenten gaven aan dat ambulancemedewerkers niet altijd vertellen waar je naar toe gebracht wordt. Men zou meer informatie willen krijgen over waar de rit naar toe gaat en over wat er überhaupt gaat gebeuren.

Aanzetten van sirenes kan paniek oproepen en brengt schaamte met zich mee.

### Wensen en verlangens ten opzichte van ambulancemedewerkers

- Zittend vervoerd worden.
- Meer informatie over waar je naartoe vervoerd wordt.
- Liefst geen sirenes aanzetten.

## 12 Ervaringen met de SPA

10 van de 17 respondenten werden met de ambulance naar de Spoedeisende Onderzoeksruimte (SPOR) van de Crisisdienst (Constantijn Huygenstraat) gebracht.

Eén respondent was blij dat ze zich daar veiliger voelde dan thuis, en dat ze daar even tot rust kon komen.

De rest vond de opvang bij de SPOR onprettig tot verschrikkelijk en traumatisch.

### Negatieve ervaringen

Mensen in psychische nood waarvoor 112 wordt gebeld beleven vaak een van de moeilijkste dagen van hun leven, waarin sterke gevoelens van wanhoop, angst en desoriëntatie heersen. Op zo een moment hunker je naar veiligheid, hulp, begrip en vriendelijkheid. En naar een warme, welkome en geruststellende locatie waar je opgevangen wordt.

### Locatie

De respondenten die naar de SPOR gebracht worden reageerden daar slecht op. De spreekruimte grenst aan een hal waar zich verschillende isoleercellen bevinden. Sommigen vonden het angstaanjagend als ze daar langsliepen, vooral ook als de begeleider dreigde met "Als je gekke dingen doet, dan kom je daarin terecht".

Sommigen moesten na aankomst meteen de isoleercel in. Dat is een ruimte die in zijn geheel grijs geverfd is, met daarin een grijze matras, een stoel en een grijs kartonnen wc'tje. De mensen die in deze kamers opgesloten werden vonden het heel vervelend ("akelig", "afschuwelijk" "traumatisch"). Vooral de kille ruimte, het lange wachten, niet geïnformeerd worden over wat er gaat gebeuren, de angstgevoelens die in die kamer toenamen, de medicatie die je gedwongen werd in te nemen, en die vaak als veel te sterk bevonden werd. Zo kreeg een cliënt die meerdere keren in zijn leven naar de crisisdienst gebracht werd, telkens onder dwang zulke hoge doseringen van een medicijn dat hij zijn bewustzijn verloor of in een diepe slaap werd gebracht. Hij kwam dan weer bij op een andere afdeling en wist niet hoe hij daar terecht was gekomen.

*"Ze hebben me daar zo godsgrouwelijk lang laten wachten. En zo laten doordraaien mijn hoofd. Veel te lang in dat kamertje."*

*"Er zit gewoon een camera op je gezicht en je zit in de isoleercel. Volgens mij ging je me helpen en nu word ik gewoon bestraft. Dat is wel het gevoel dat ik krijg. En vervolgens word je niet geholpen. De isoleercel was voor mij traumatisch. Dus daarom wou ik er ook niet in".*

*"Dat is heel naar, heel erg, als je meteen de isoleercel in moet. En als je verward bent, dan word je dat daar echt nog*



*tien keer erger. Waardoor je daar nog langer blijft. Dus dat is niet helend."*

*"Ik zit liever in een politiecel dan op het SPOR. De SPOR is echt de hel."*

*"Het ergste wat je kan overkomen in de GGZ is in mijn ogen de SPOR"*

Twee van de bevroegde personen, die zwaar suïcidaal waren werden tegen hun zin naar huis gestuurd. Ze hadden juist behoefte aan een beschermde omgeving, aandacht en hulp, maar kregen dat niet. Hun wanhoopgevoelens werden daardoor nog groter, en ook de naasten hadden daar veel moeite mee omdat zij ook niet meer wisten hoe ze de persoon in kwestie konden helpen en beschermen. Eén van hen verlangde juist naar een prikkelarme plek zoals een isoleercel omdat hij wist dat hij daar veilig was en zichzelf niets kon aandoen, maar hij werd weggestuurd.

*"Toen ze me daar met suïcidale klachten wegstuurden, heb ik mijn geloof in de hulpverlening verloren."*

## **Bejegening en hulpverlening**

De cliënten vonden dat ze lang moesten wachten op een hulpverlener die hun situatie zou beoordelen. Ze waren verbaasd dat er soms niet eens gevraagd werd naar wat er in hen omging, dat er nauwelijks met ze gepraat werd, niet naar hun verhaal geluisterd werd en ze amper werden geïnformeerd over wat er ging gebeuren. Verschillende mensen maakten mee dat bij aankomst op de SPOR meteen gezegd werd dat men zich rustig moest gedragen omdat men anders in de prikkelarme ruimte opgesloten zou worden. Dit voelde als een dreigement en was beangstigend.

*"Ja, dat was wel een shock. Ik kwam daar binnen en ze lieten me meteen een isoleercel zien. Ze zeiden dit is een prikkelarme ruimte. Als je je rustig houdt dan hoef je hier niet in."*

Wat ook frustrerend was voor sommige mensen is dat ze in hun noodsituatie hulp verwachtten maar dan onverrichter zaken naar huis gestuurd werden. Weleens met de toezegging dat ze volgende dag gebeld worden maar dat gebeurde in een enkel geval ook niet. Voor naasten is dit ook zwaar want zij moeten dan de bescherming en hulp verlenen, maar weten vaak niet hoe en zitten dan ook in angst over het verdere beloop. Daarbovenop voelt de cliënt zich op zo een moment nog meer schuldig ten opzichte van de naasten die hij/zij sowieso al tot last denkt te zijn.

Mensen die suïcidaal zijn en voor zichzelf beschermd willen worden en de zorg(en) even aan een ander willen overlaten



vragen om een opname, maar die wordt zeer zelden toegekend. Er is een kloof tussen wat cliënten aangeven nodig te hebben en wat de GGZ in de regio Amsterdam kan bieden of beoordeelt als helpend voor de cliënt.

*“Normaal gesproken als ik vrijwillig naar de crisisdienst ga, dan moet ik naar Haarlem. Maar als je dan agressief bent laten ze je niet binnen. En als je suïcidaal bent ook niet. Dan denk ik waar is de crisisdienst dan voor? Een crisisdienst moet er toch voor crisissituaties zijn? Niet voor dingen die met een diazepammetje op te lossen zijn.”*

*“Mijn grootste pijnmoment was dat als je suïcidaal bent, dat ze je dan niet aannemen. Je moet beschermd worden tegen jezelf. En dan leggen ze het dus terug in de handen van de mensen die om je heen staan”.*

### **Zorgen om huisdieren en huissleutel**

Een ander punt dat een paar keer genoemd werd, zijn de zorgen en preoccupatie over het welzijn en de verzorging van huisdieren of beheer van de huissleutel die sommige mensen hebben als ze (ongepland en deels onvrijwillig) van huis opgehaald worden. Deze zorgen vergroten de paniekgevoelens die mensen in een noodsituatie toch al voelen als ze bij de SPOR aankomen. Informatie of geruststelling bieden over deze vragen kan erg helpend zijn.

### **Persoonlijke hygiëne**

Eén respondent die bij de SPOR en een andere die bij het ziekenhuis gebracht werden, hadden heel graag het aanbod gekregen om zich tijdens het wachten even op te kunnen frissen. Ze hadden al dagen niet gedoucht, voelden zich vies en schaamden zich daarvoor. Ze kregen daar ook ter plekke reacties op of lazen later in het dossier dat ze een onverzorgd uiterlijk hadden en/of stonken. Hoe wanhopig en angstig deze twee mensen ook waren, ze beseften ter plekke wel degelijk dat ze geen verzorgd uiterlijk hadden en schaamden zich daarvoor.

*“De opnameprocedure bij de SPOR zelf vond ik wel heel erg lang. Ze lieten me echt verschrikkelijk lang zitten. Misschien was het wel langer dan zes uur. Vervelend ook dat ik me niet kon wassen ofzo. In de rapporten stond dat ik niet fris rook. Maar ik had natuurlijk ook al vier dagen niet gedoucht. Ik had ook al vier dagen dezelfde kleren aan. En dat ik een slecht verzorgde persoon was. Dat is logisch natuurlijk.” (Quote van een persoon die van huis werd opgehaald, geen gevaar voor zichzelf of een ander was en ook niet door de politie begeleid werd).*

### **Wensen en verlangens ten opzichte van de crisisdienst**

- Gesprek, gehoord worden
- Informatie krijgen
- Uitleg en overleg over medicatie
- Minder lang wachten, zo kort mogelijk opgesloten



- Douchen, schone kleren
- Vriendelijke woorden, geruststellen, veiligheid
- Afspraken nakomen
- Informatie over situatie thuis (huisdieren, sleutel)
- Respijtbedden, vrijwillige opname

## 13 Ervaringen met de kliniek

De helft van de mensen die beoordeeld werden bij de crisisdienst of in een algemeen ziekenhuis, werd daarna in een psychiatrische kliniek opgenomen, meestal op een gesloten afdeling.

Een aantal was tevreden met de behandeling en bejegening in de kliniek. Anderen hadden slechte ervaringen met de bejegening, medicatiebeleid en isoleercel.

### Positieve ervaringen

Respondenten vertelden dat het fijn en gezellig was op de afdeling en dat er vriendelijke verplegers waren. Het instellen op de juist medicatie heeft hen uiteindelijk uit de crisis geholpen.

Een paar citaten die de positieve ervaringen illustreren:

*Dat heeft me er voornamelijk ook uitgeholpen. Dat ze me daar op medicatie hebben gezet, want ik heb eerder altijd aversie tegen medicijnen gehad. Ik wou dat allemaal niet. Dus ik heb ook wel vaak gedacht... dit had ik allemaal tien jaar geleden al moeten doen.*

*Er waren een aantal zeer liefdevolle mensen waar ik steeds bij terecht kon, dat vond ik heel fijn. Dat je steeds in je angsten toch kon praten met iemand.*

*Ik vond het sowieso fijn dat ik een kamer voor mezelf had en douche. Ik vond het een zegen dat er een psychiater op een gegeven moment kwam vragen, die interesse had.*

*Het geduld wat mensen hebben of de compassie die mensen hebben. En er werkte ook een heleboel lieve mensen.*

*Ik heb dus ook ietsje langer in opname gezeten, zodat ik meteen door kon stromen hierheen. Dat is mooi, dus niet tussentijds op een verkeerde plek of op straat of weet ik veel. Nee, dat is ook goed geregeld.*

*Dat ik uiteindelijk weer op de pillen ben ingesteld. Dat is het enige positieve, dat ik gewoon weer terug ben, en te weten dat ik er nooit meer van af moet.*

*Ik vind het heel goed, eigenlijk goede service. Het is echt goed gegaan. Ik vind dat ze heel goed hebben gehandeld,*



*ook op mijn paranoia. Ik was echt nog in de war toen ik daar was. En ik vind het heel knap hoe mensen daar toch mee om kunnen gaan. Uiteindelijk ben ik daar toch goed uitgekomen.*

*Per toeval kreeg ik in de kliniek de diagnose autisme, na jarenlang het label borderline te hebben gehad. Dat was positief.*

*Het laatste exitgesprek met de twee psychiaters was een fantastisch goed gesprek en daar heb ik hartstikke veel aan gehad. Het waren gewoon hartstikke goede mensen.*

*De medicatie werkte goed, boven verwachting, daarom was het een goede ervaring.*

*Ik kreeg daar (Inforsa) een buddy, die toevallig ook personal trainer was. Dat was geweldig, samen sporten. Ik werd fitter en mentaal weerbaarder. Goed oor mijn herstel.*

### **Negatieve ervaringen**

Het verblijf in een kliniek wordt door een aantal omschreven als een afschuwelijke, pijnlijke of zelfs traumatische ervaring. Vooral als je daar hoge doses gedwongen medicatie moet innemen of tijdelijk in de separeercel moest.

### **Bejegening en behandeling**

Enkelen hadden opmerkingen over het personeel, dat cynisch overkwam, mensen als objecten benaderden ("Komt er nog wat binnen vandaag?") en kwetsende opmerkingen maakten ("Kan je eindelijk stoppen met dat hysterische gehuil!" of "Je hebt een schop onder je kont nodig!"). Medewerkers die dreigen met angstaanjagende dwangmaatregelen enz.

*"Veel verpleegkundigen zijn cynisch geworden omdat ze lang in de zorg hebben gewerkt. De bejegening doet pijn."*

Soms wordt er ook een behandelplan gemist of doel waar je naartoe werkt, en zou men meer persoonlijke aandacht en zorg willen of gesprekken met een psycholoog.

*'Had iemand maar gevraagd: wat is er precies gebeurd?'*

*'Idealiter zou het natuurlijk zo zijn dat er iemand zou zijn één op één.'*

*'Een psycholoog eerder inschakelen was wel handig is geweest.'*

*Er wordt niets gedaan, er is geen doel, geen behandeling. Dat maakt het zwaarder om op zo'n heftige plek te zitten."*



## **Medicatie**

Een groot deel klaagde over te hoge doseringen medicatie, die ze gedwongen werden in te nemen. Een aantal wist op welke medicatie ze wel en niet goed reageerden en maakten dat kenbaar maar er werd niet geluisterd naar medicatiewensen.

Twee mensen die een maatregel kregen voor dwangmedicatie zeiden dat ze vooraf geen aanbod of vraag hadden gekregen over medicatie, die ze dan wel vrijwillig hadden willen innemen. Eén persoon had daar ook een klacht over ingediend, die gegrond verklaard werd. De arts had geen medicatie aangeboden "omdat cliënt dat sowieso geweigerd zou hebben".

Enkele quotes:

*Ik ben 20 kilo aangekomen en bewoog als een zombie. Ik mocht alleen blijven als ik de maximale dosering antipsychotica nam, ze wilden niet afbouwen.*

*'Ze hadden me op Haldol gezet, maar daar reageerde ik heel slecht op. Ik had het wel een paar keer aangegeven, maar ze wilden niet in een keer terug op mijn oude medicatie.*

## **En dan weer naar huis**

Het viel op dat veel mensen met gemengde gevoelens weer naar huis gingen, omdat die gedachte veel angst oproep. Men ervaart de overgang naar huis als plotseling en als een erg grote stap: je staat er weer alleen voor.

*"Ik moest naar huis. Maar ik vond het doodeng."*

*"Het ergste? Op het moment dat je naar huis gaat, dan sta je er weer helemaal alleen voor. Je krijgt geen hulp."*

*"Ik ben wel trots dat ik op een gegeven moment dan toch dat lef heb om naar huis te gaan."*

## Wensen en verlangens

- Wanneer iemand vrijwillig opgenomen wil worden, is dit vaak niet mogelijk. Het moet eerst escaleren en tot een (gedwongen) opname komen. Er is behoefte aan crisis- en respijtbedden en vrijwillige opname wanneer men aangeeft dat nodig te hebben, i.p.v. gedwongen opname bij escalatie
- Aandacht voor de overgang van kliniek naar huis. Ondersteun daarin, zet eventueel ervaringsdeskundigen in die je thuis opvangen.
- Overleg rondom medicatie: veel mensen hebben al ervaring met bepaalde soorten medicatie en weten





op voorhand wat zeker niet en mogelijk wel gaat helpen.

- Aandacht en ruimte voor gesprek, menselijk contact, gelijkwaardig contact met hulpverleners
- Geïnformeerd worden over situatie thuis (Waar zijn de huisdieren? Wie heeft de sleutel? Enz.)
- Herstellingsoord in een bos, dieren, warm interieur.

*“Een ervaringsdeskundige en een haardvuur ter compensatie van die tl-buizen”.*

*“Het gaat alleen om compassie en luisteren.”*

*‘Meer openstaan voor feedback en ervaringswijsheid’*

## 14 Nazorg

Aandacht voor napraten, verwerken van de ervaringen en zorg na een heftige crisis(interventie) is belangrijk, blijkt uit de verhalen van de respondenten.

### **FACT-team**

Daarbij viel op dat veel respondenten erg tevreden waren met de opvang en steun van de hulpverleners uit hun FACT-team. Deze lijken echt te voldoen aan de vragen en

behoefte van cliënten na een crisisperiode. Menigeen wordt zelfs angstig bij de gedachte dat die FACT-hulp eens zou stoppen. Cliënten doen er alles aan om deze hulp te behouden. Zo zei een respondent dat ze een extra wens (naar het verkrijgen van een crisishulpnummer) niet durfde te uiten omdat ze bang was om afgewezen te worden door haar FACT-hulpverlener. Een andere respondent was naar Utrecht verhuisd maar had geregeld het Amsterdamse FACT-team te kunnen behouden, een derde respondent maakt zich zorgen dat ze te zelfredzaam overkomt waardoor de hulp stopgezet zou worden). Een enkeling had graag al voor de crisis FACT-hulp ontvangen.

*“Uiteindelijk maakte ik kennis met het FACT-team. Die zei, je gaat naar huis, maar wij zijn er voor je. Wij komen, we gaan met jou mee. We komen bij jou thuis, we gaan jou op alle levensgebieden helpen”.*

### **Behoeftte terug te kijken en te reflecteren op crisisperiode en -opvang**

Sommige respondenten hadden graag met een hulpverlener teruggekeken naar de crisissituatie maar dat werd niet aangeboden, kwam niet tot stand of werd afgeraden.

*Psychiater: “Kijk vooruit, niet achteruit”.*

Cliënten missen vaak een heel deel van hun leven waarin ze ernstig ontregeld waren, hebben vragen over wat er toen gebeurde en willen betekenis geven aan die tijd en



ervaringen in de plaats van het doodzwijgen van die episode in hun leven. Erover praten met iemand die de tijd heeft te luisteren en samen antwoorden te zoeken op vragen die nog leven, blijkt een behoefte te zijn. Waarbij het tijdstip wanneer ze dat willen doen kan variëren van kort na de crisisperiode tot jaren later, wanneer ze er pas aan toe zijn, omdat het daarvóór te pijnlijk was om aan die episode terug te denken. De meesten geven aan dat ze graag met de hulpverlener die bij de crisishulp betrokken was zouden willen terugblikken, of met een hulpverlener waar ze nu vertrouwd mee zijn. Anderen gaven aan ook graag met lotgenoten hun ervaringen te (willen) delen omdat ze daar meer begrip en erkenning krijgen.

Een aantal mensen heeft nog vragen over de medicatie en behandeling die ze in de crisis hebben gekregen. Daarom zou het in ieder geval goed zijn als er standaard een nazorg- en evaluatiegesprek aangeboden zou worden, na ontslag uit de SPOR of kliniek.

## 15 Dialoogsessie met respondenten

De resultaten van het onderzoek hebben we voorgelegd aan een groep van vijf respondenten om te kijken of ze zich herkenden in de uitkomsten en om de resultaten nader te duiden en te prioriteren.

De groep respondenten kon zich goed vinden in de analyse en benadrukte dat voor hen de volgende vragen en wensen met betrekking tot crisishulp vooropstaan:

- Hoe kunnen we het menselijke contact weer in de hulpverlening krijgen? We willen als mens bejegend worden en niet als nummer, object, crimineel, etc.
- Bied zo snel mogelijk contact met ervaringsdeskundigen aan.
- Hoe kan opsluiten (separeren) ingericht worden zodat schade aan beide kanten van de hulpverlening beperkt blijft?
- Er mist hulpaanbod terwijl men op een wachtlijst staat, of hulp/opname afgewezen wordt. Pas bij escalatie gebeurt er wat.
- Medicatiebeleid in crisissituatie: luister naar wensen en ervaringen van cliënten.
- Proportionele (lees: minder) politie inzet en -optreden plus graag vrouwelijke agenten
- Wens om na crisis(interventie) erop terug te kijken en na te praten.

## 16 Dialoogsessie met respondenten en professionals

De laatste stap in dit onderzoek, vóór het schrijven van het eindrapport, was om de resultaten van het onderzoek en de vragen van de respondentengroep voor te leggen en te bespreken met professionals uit de crisisketen. We organiseerden een dialoogsessie waar vier respondenten en vijf professionals (crisisdienst, politie, ambulance en GGD) aan deelnamen. Doel was dat men in gesprek ging met elkaar, naar elkaars standpunten en ervaringen luisterde, vertelde wat je raakte en verraste, en vanuit die uitwisseling relevante thema's met elkaar besprak.

De dialoogsessie vond plaats in een ruimte van de Waterheuvel, (clubhuis voor mensen met psychische problemen) een voor cliënten laagdrempelige locatie. De beperkte groepsgrootte en het evenwicht tussen het aantal cliënten en professionals zorgde voor een intieme en veilige sfeer, waarin iedereen zich vrij kon uitspreken. Het werd een mooie, open en eerlijke uitwisseling van zowel cliënten en professionals, die aandachtig naar elkaars standpunten luisterden.

### De thema's die nader besproken werden

#### Moet de politie als eerste naar de cliënt?

Bij 16 van de 17 respondenten werd de politie als eerste naar de crisissituatie gestuurd, waarbij niet elke keer een veiligheidsrisico aanwezig was. Zou men bij een melding niet beter kunnen uitzoeken of politie daadwerkelijk nodig is, en zo niet, dat dan de ambulance of GGD als eerste ter plaatse kan gaan?

#### SPOR

Veel beoordelingen zouden op een humanere plek dan de SPOR plaats moeten kunnen vinden. Nu zijn de onderzoeksruimtes van de SPOR de norm, terwijl dit als zeer negatief ervaren wordt. Ook vanuit de SPA zelf bestaat deze wens. Men zou kunnen denken aan beoordelingen in de kliniek, of een prettiger ruimte binnen (of buiten) de SPOR. De politie merkt ook dat cliënten die de SPOR kennen daar niet graag naartoe geleid worden. Ze komen in weerstand of raken in paniek als ze horen dat ze naar de SPOR gebracht worden.

#### Bejegening

Cliënten willen als mens, gelijkwaardig en vriendelijk benaderd worden. Dat begrijpt iedere hulpverlener en is ook hun intentie maar door de druk, het personeelstekort, etc. raken hulpverleners dit soms kwijt. Bij de politie is dit misschien in mindere mate de basisintentie, omdat zij ook



het beroep kiezen om boeven te vangen. Leer hun dan in dit soort situaties om aan de cliënt duidelijk te maken dat ze er niet zijn omdat iemand iets fout heeft gedaan, maar om te helpen.

De huidige opleidingen zijn verkort en bejegening en kennis over psychiatrie is uit het curriculum geschrapt. Er komt nu wel een training voor politie met een VR-bril om te ervaren hoe het is om in een psychose te zitten. Daarnaast zullen de door dit onderzoek opgehaalde bejegeningadviezen in de trainingen van het project Samen Leren (waar de hulpverleners in de crisisketen aan deelnemen) een plek krijgen.

### Liggend in de ambulance

Liggend en gefixeerd in de ambulance vervoerd worden is de norm: kan dit anders? Bij voorkeur zittend met een autogordel. Vermijdt in ieder geval om iemands armen en buik te fixeren, dit roept associaties op met een dwangbuis. In situaties waar dit niet kan, dan in ieder geval goed uitleggen dat het om verkeersveiligheid gaat. Daarnaast is het belangrijk om uit te leggen waar je iemand heen vervoert.

### Hulp in aanloop naar de crisis en vrijwillige opnames

Veel mensen trekken al in aanloop naar de crisis aan de bel, willen dan graag hulp thuis of de veiligheid van een klinische opname. Maar die hulp of opname komt vaak niet tot stand,

tot de situatie escaleert. Er heerst onder cliënten de indruk dat een vrijwillige opname niet mogelijk is. Sommige professionals waren verbaasd dat er behoefte is aan vrijwillige opnames omdat zij menen dat een cliënt daar vaak niet beter van wordt. Maar cliënten zeggen dat ze soms even een paar dagen willen kunnen loslaten, de strijd even willen opgeven, zich willen overgeven aan zorg en tegen zichzelf in bescherming genomen willen worden.

### Het aanbod aan respijt- of time out bedden

Het aanbod aan respijt- of time out bedden *met professionele zorg* ontbreekt in Amsterdam. Sommige cliënten verlangen naar een helende prikkelarme omgeving buiten de stad, in de bossen. Een breed aanbod aan respijtvoorzieningen met ook verschillende mogelijkheden tot psychiatrische zorg en medicatie, en verschillende mate van eigen regie zou erg welkom zijn. Ook om de naaste te ontlasten.

### Hulp voor mensen die zwaar suïcidaal zijn

Waarom word je bij de crisisdienst naar huis gestuurd als je suïcidaal bent, vragen cliënten zich af. Professionals zeggen: Omdat je daar met een opname niet beter van wordt en als je echt een einde aan je leven wilt maken dan kan je dat ook in de kliniek doen. Maar waar het om gaat is dat sommige mensen zich wel suïcidaal voelen maar in die toestand toch nog de wens hebben daartegen beschermd te worden. Ze willen tegengehouden worden en vragen daar hulp bij.



### Moet de psychiatrie alle problemen oplossen?

Tot slot ging de discussie ook over de vraag of de psychiatrie alle problemen en lacunes in opvang- en steunsystemen moet oplossen. Zouden er alternatieven in het sociaal domein, informele of ervaringsdeskundige circuit te vinden of te creëren zijn?



## 17 De belangrijkste conclusies

1. Blijf hulpverleners, agenten en ambulancemedewerkers trainen op bejegeningaspecten en benadruk het belang van gelijkwaardig menselijk contact met cliënten.
2. Ga het gesprek aan met cliënten in een crisissituatie, stel ze gerust en vertel wat je ziet en van plan bent te doen.
3. Stuur niet alle cliënten in crisis standaard naar de SPOR. Zoek naar alternatieve en vriendelijkere locaties voor beoordeling en opvang.
4. Psychiaters en verpleegkundigen: luister naar medicatiewensen van cliënten. Stem goed met hen af, informeer ze over je medicatieplan en vraag of ze vrijwillig instemmen met medicatie voor dat je dwang toepast.
5. Beperk zo veel mogelijk het gebruik van separeercellen. Vaak worden mensen daar nog angstiger, furieuzer of wanhopiger van. Probeer deze maatregel zo min mogelijk in te zetten en zoek naar alternatieve interventies.
6. Crisisketen-, GGZ- en welzijnspartners: Zoek samen met ervaringsdeskundigen naar nieuw in te richten locaties voor tijdelijke noodopvang, respijtbedden. Zorg ook voor plekken waar mensen die suïcidaal zijn opgevangen kunnen worden.
7. Zorg na een opname voor een goede begeleiding terug naar huis. Die stap boezemt veel cliënten angst in. Betrek daar ervaringsdeskundigen bij.
8. SPOR en klinieken: bied standaard nazorg- en evaluatiegesprekken aan. Cliënten hebben behoefte terug te blikken en hebben vragen n.a.v. wat er in de crisis gebeurd is.
9. Crisispreventie: Veel mensen trekken al in aanloop naar de crisis aan de bel, willen dan graag hulp thuis of de veiligheid van een klinische opname. Bied hulpmogelijkheden voor dat de situatie escaleert. Betrek ervaringsdeskundigen daarbij.



## 18 Hoe verder?

De 17 mensen die we uitgebreid geïnterviewd hebben voor dit onderzoek zijn zo moedig en open geweest om hun ervaringen met de crisisopvang met ons te delen. Een grootdeel had de motivatie hiertoe omdat ze iets wilden bijdragen aan het verbeteren van die opvang. Uit de analyse van hun verhalen hebben we tal van verbeterpunten opgehaald.

Samen met professionals hebben we in een dialoogsessie een begin gemaakt aan het bedenken van oplossingen voor de beschreven knelpunten (zie hoofdstuk 16).

Dit is maar een begin. Er moeten vervolgstappen komen en er moet aandacht komen voor alle vraagstukken die we opgehaald hebben.

Wij vragen het bestuurlijk overleg GGZ om in de komende maanden alle knelpunten uit dit verslag te agenderen bij de desbetreffende beleidsmakers om er zo voor te zorgen dat verschillende aspecten van de crisisopvang verbeterd kunnen worden.

Wij als onderzoekers zijn gevraagd om presentaties, workshops en webinars te geven aan bezoekers van conferenties (EPA en spoedeisende psychiatrie), medewerkers van de klinieken van Arkin en onderzoekers van crisispreventie bij HVO Querido. Zo willen we onze input leveren voor leer- en verbetertrajecten in de GGZ en crisiszorg.

Ook zullen we de resultaten delen bij relevante overlegtafels in de regio en met de belangenbehartigers GGZ en Personen met Onbegrepen Gedrag van Cliëntenbelang Amsterdam.

De opbrengsten en bejegeningstips zullen een plek krijgen in het trainingsprogramma SAMEN LEREN voor medewerkers van de verschillende hulpdiensten. Dit trainingsprogramma zal in het tweede semester van 2024 vorm krijgen.

Samen moeten we ervoor zorgen dat de crisishulp en GGZ humaner wordt. Dat is de urgente boodschap van onze respondenten. In de komende jaren, wanneer we cliënten regelmatig zullen spreken in het kader van deze kwalitatieve monitor acute crisisopvang, zullen we te weten komen in hoeverre dit gelukt is.



# Bijlage 1 Gespreksleidraad

## Gespreksleidraad eerste hulp bij crisissituaties

1. Interviewers stellen zich voor en vertellen ook iets over hun eigen persoonlijke ervaring met crisishulp/GGZ en dat ze onafhankelijk zijn van de verschillende GGZ en andere instellingen. Ze proberen respondent op zijn/haar gemak te stellen en vertellen over vertrouwelijk behandelen van de informatie, dataopslag en mogelijkheid van nazorg. We vertellen over de stappen die we in het onderzoek gaan doorlopen en vragen toestemming voor audio-opname.
2. We willen voor dit onderzoek ervaringen verzamelen van mensen die met een crisissituatie te maken hebben gehad. Het gaat specifiek om de ervaringen over **de eerste hulp ter plaatse**. Kan je ons meenemen in wat er gebeurde, waardoor politie en eventueel andere hulpverleners erbij gehaald werden destijds? Wat was er aan de hand, kan je dat beschrijven?

*Interviewer: Zorg dat je alle informatie verzamelt over wat er in de crisissituatie gebeurde, in welke volgorde, zodat je de situatie zoals in een film voor je kunt zien. Vraag na bij onduidelijkheden. Probeer het verhaal tot op het moment dat de hulpverleners vertrekken en de cliënt op zijn (tijdelijke) plek is helder te krijgen. Haak nog niet in op emoties en meningen, zeg dat je begrijpt dat hij/zij daar allemaal gevoelens over heeft maar dat je het daar zo meteen uitgebreid over wilt hebben.*

3. Als we teruggaan naar het begin, wat vond je van het feit dat er op dat moment hulp ingeschakeld werd?
4. Hoe was het eerste contact met de 1. hulpverlener\* ter plaatse? Hoe werd je aangesproken en bejegend? Wat voor gevoel kreeg je daarbij? En van de vervolgacties en beslissingen van die 1. hulpverlener? Werd je voldoende geïnformeerd over wat er ging gebeuren? Kreeg je voldoende ruimte om jouw verhaal te vertellen en voelde je je begrepen? Werd er gevraagd naar wat jij wilde op dat moment? Werd er gevraagd of je naasten kon bellen, of een Crisiskaart bij je had?
5. Wat vond je goed gaan en wat was helpend bij die 1. hulpverlener? Wat vond je vervelend, wat kon beter, zou anders moeten?
6. Werd je geïnformeerd dat en waarom er een 2. hulpverlener# bijgehaald werd (of je daar naartoe gebracht werd)?
7. Hoe was het eerste contact met de 2. hulpverlener ter plaatse? Hoe werd je aangesproken en bejegend? Wat voor gevoel kreeg je daarbij? En van de vervolgacties en beslissingen van die 2. hulpverlener? Werd je voldoende geïnformeerd over wat er ging gebeuren?  
  
Kreeg je voldoende ruimte om jouw verhaal te vertellen en voelde je je begrepen? Werd er gevraagd naar wat jij wilde op dat moment? Werd er gevraagd of je naasten kon bellen, of een Crisiskaart bij je had?





8. Wat vond je goed gaan en wat was helpend bij die 2. hulpverlener?
9. Wat vond je vervelend, wat kon beter, zou anders moeten (bij 2. hulpverlener)? Wat had je beter geholpen, achteraf gezien?
10. Hoe was de samenwerking/communicatie tussen de 1. en 2. hulpverlener?
11. Herhaal de vragen voor eventueel 3. en 4. hulpverleners ter plekke.
12. Wat vond je van de omstanders, naasten die erbij waren? Was dat prettig, helpend, of juist niet?
13. Wat vond je van de eventuele wachttijden?
14. Hoe, waar en met wie werd je uiteindelijk achtergelaten? En met welke vervolgspraken?
15. Hoe tevreden was je met die oplossing en met de vervolgspraken (zijn die nagekomen?)
16. Was de situatie op die dag – qua eerste hulp – voor jou goed opgelost?
17. Hoe ging het met je *na afloop* van die dag, toen je op je (tijdelijke) plek was?

18. Wat voor tips heb je voor de hulpdiensten?
19. Hoe gaat het nu met je?
20. Is er nog iets wat je kwijt wilt?

\*Noem de functie van de 1 hulpverlener zoals respondent die omschreef

#Noem de functie van de 2 hulpverlener zoals respondent die omschreef



## BIJLAGE 2 Informatieblad

### INFORMATIE voor deelnemers aan het onderzoek naar acute crisishulp

Je wilt deelnemen aan het onderzoek naar cliëntervaringen in de acute crisishulp. In dit informatieblad kan je lezen hoe we dit onderzoek uitvoeren.

#### Doel

Met dit onderzoek verzamelen we ervaringen van mensen die met een acute crisis te maken hebben gehad, waarbij iemand de politie heeft gebeld voor hulp. We willen weten hoe mensen in crisis de eerste hulpacties hebben ervaren. Hoe tevreden waren ze met de hulp, acties en beslissingen ter plekke?

#### Interviews

Een onderzoeker zal een afspraak met je maken voor een eerste interview van maximaal 1 uur op een plek naar jouw keuze. Dat kan bij ons op kantoor, bij jou thuis of op een andere plek zijn.

Daarna maken we nog een afspraak met je voor een tweede, korter interview waarbij we je dan vragen een aantal punten uit jouw verhaal nog eens toe te lichten of te duiden.

#### Vertrouwelijkheid en anonimiteit

We gaan vertrouwelijk met jouw verhaal en gegevens om, hebben geheimhoudingsplicht en houden ons aan de regels van de AVG (privacywet). De resultaten koppelen we los van jouw persoonsgegevens waardoor ze nooit herleidbaar zijn naar jouw persoon.

#### Dataopslag

Aangezien het om een meerjarig onderzoek gaat willen we de data het liefst 10 jaar bewaren, zodat we de geanonimiseerde ervaringen kunnen vergelijken met de ervaringen van andere respondenten die later of eerder zijn opgetekend. Zo kunnen we het effect van een vernieuwede aanpak meten. Je kunt uiteraard op elk moment vragen jouw data te laten verwijderen, zonder opgaaf van redenen.

#### Nazorg

Aangezien we je zullen bevragen over de eerste opvang tijdens jouw crisis, is het mogelijk dat je vaker denkt aan nare ervaringen die je hebt gehad, of deze herbeleeft. Mocht je je naar aanleiding daarvan slecht voelen en hulp of ondersteuning nodig hebben, dan raden we je aan om een bekende hulpverlener of vertrouwenspersoon te contacteren. Je kunt ook gebruik maken van een hulpverlener van de GGD, die wij voor dit project betrokken hebben, als dat jouw voorkeur heeft.



Als wij ons zorgen maken om jouw gemoedstoestand zullen wij je vragen een vertrouwenspersoon te bellen of nemen wij contact op met de GGD voor hulp.

We gaan er niet van uit dat dit nodig zal zijn, maar weet dat we kunnen helpen bij het vinden van ondersteuning, mocht dat nodig zijn.

### **Wat doen we met de resultaten?**

Het Centrum voor Cliëntervaringen voert dit onderzoek uit met het doel de crisisopvang te verbeteren. De geanonimiseerde resultaten worden gepresenteerd aan het Overleg Acute Crisisketen Amsterdam-Amstelland. Het Centrum voor Cliëntervaringen is een samenwerkingsplatform van verschillende organisaties zoals Cliëntenbelang Amsterdam, GGD Amsterdam, Amsterdam UMC, Arkin etc. dat participatief onderzoek uitvoert. Daarin werken we vanaf onderzoeksopzet, dataverzameling tot analyse samen met ervaringsdeskundigen.

Meer informatie en aanmelding: Neem contact op met Dorine van Lennep, tel 06 20307855 of [d.vanlennep@clientenbelangamsterdam.nl](mailto:d.vanlennep@clientenbelangamsterdam.nl)

