

EIGEN REGIE IN CRISIS?

CLIËNTEN OVER DE ONDERZOEKSRUIMTE EN TIJDELIJKE
OVERBRUGGINGSAFDELING
VAN DE SPOEDEISENDE PSYCHIATRIE AMSTERDAM



CLIËNTENBELANG AMSTERDAM
AMSTERDAM, SEPTEMBER 2012
DRS. GEORGETTE GROUTARS, FOSFOR

COLOFON

Onderzoek en verslag:	Georgette Groutars
Projectmedewerker:	Saskia Kooger (tot 1-5- 2012)
Werkgroep:	Mia Huberts Ellen Drent Annette Bruyns Irene Scholten Ron van Gompel
Begeleidingscommissie:	Jeroen Zoeteman Jan Theunissen Marian Reus Anne Marie Kamevaar (tot 1-12- 2011) Wouter van de Graaf (vanaf mei 2012)
Illustratie voorpagina:	Sile Groutars
Druk:	Paswerk Grafisch
Financiering:	Gemeente Amsterdam

Eigen regie in crisis?

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING.....	7
HOOFDSTUK 1 INLEIDING.....	11
HOOFDSTUK 2 De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.....	13
2.1 Voorgeschiedenis.....	13
2.2 De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.....	14
2.3 De organisatie.....	16
2.4 Cliëntencommissie.....	17
2.5 Naastbetrokkenenraad.....	17
2.6 Wat wil Spoedeisende Psychiatrie ten aanzien van cliënten bereiken?.....	18
2.7 Praktische gang van zaken.....	18
2.8 Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA).....	20
HOOFDSTUK 3 DWANG EN DRANG.....	23
3.1 Gedwongen opnames.....	23
3.2 Reductie van dwang en Best Practices.....	25
3.3 De inrichting van de ruimte.....	27
3.3.1 Comfortroom.....	27
3.3.2 Open balie en laptops in de huiskamer.....	28
3.4 Evaluatie en de inzet van ervaringsdeskundigen.....	29
3.4.1 Ervaringsdeskundigen bij opzetten of uitvoeren van best practices.....	29
3.4.2 Ervaringsdeskundigen op de afdeling.....	29
3.5 Signaleren en voorkomen.....	30

3.5.1 Signaleringsplan voor de cliënt	30
3.5.2 Crisiskaart.....	31
HOOFDSTUK 4 ONDERZOEKSOPZET.....	33
4.1 Cliëntenperspectief.....	33
4.2 Onderzoekspopulatie: afbakening van het onderzoek	34
4.3 Onderzoeksvragen	36
4.4 De centrale vraag	36
4.5 Onderzoeksmethode	37
HOOFDSTUK 5 RESULTATEN	39
5.1 Ervaringen met de interviews	39
5.2 Onvolledige enquêtes.....	40
5.3 Interviews met medewerkers en cliëntencommissie	42
5.4 Algemene gegevens.....	42
5.5 De onderzoeksruiimte	44
5.6 Informatie	45
5.7 Eigen regie.....	49
5.8 Dwang en drang.....	54
5.9 Cijfers.....	55
5.10 Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA)	56
5.11 Verschillen tussen eerder en niet eerder opgenomen cliënten ...	58
HOOFDSTUK 6 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	61
BIJLAGEN.....	71
Enquêtevragen.....	71
Geraadpleegde bronnen.....	79

SAMENVATTING

Cliëntenbelang Amsterdam heeft van september 2011 tot september 2012 een onderzoek gehouden onder cliënten van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA). De Spoedeisende Psychiatrie met de onderzoeksruimte en de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) is in 2003 opgericht om de crisishulpverlening in Amsterdam te verbeteren. Zij werkt samen met de politie, de GGD en vier ambulante wijkteams. Mensen die bij de onderzoeksruimte van de Spoedeisende Psychiatrie worden binnen gebracht, krijgen binnen zes uur een psychiatrisch consult. Daarna gaat men naar huis, naar een opnameafdeling of (als er geen plek is) tijdelijk naar de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA).

In het onderzoek is aan cliënten gevraagd wat zij vinden van het onderzoek in de onderzoeksruimte van de Spoedeisende Psychiatrie en van het verblijf op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling.

Wat vinden cliënten van de informatievoorziening?

Hoe beleven zij (het ontbreken van) de eigen regie?

Welke rol speelt de toepassing van dwang en drang en hebben cliënten suggesties voor de reductie daarvan?

Hoe beoordelen cliënten de onderzoeksruimte en de TOA en de verschillende personeelsleden?

Om antwoord te krijgen op deze vragen is een gestructureerde vragenlijst afgenomen bij 55 cliënten van de TOA die daar via de onderzoeksruimte terecht waren gekomen. Voor een goede respons zijn de interviews persoonlijk afgenomen. Het onderzoek beperkte zich tot cliënten die na het onderzoek in de onderzoeksruimte in de TOA werden geplaatst. Cliënten die na het onderzoek doorverwezen werden naar ambulante hulp, een opnameafdeling of naar huis zijn dus niet meegenomen in het onderzoek.

Ook heeft er een selectie van deelnemers plaatsgevonden door het personeel van de TOA. Het personeel maakte een inschatting of een cliënt in staat was om deel te nemen. Vervolgens werd aan de cliënten zelf gevraagd of zij mee wilden doen. Van de aanwezige cliënten op de TOA hebben we een derde deel kunnen spreken.

Het is de eerste keer dat deze groep cliënten geraadpleegd is over hun ervaringen vlak na binnenkomst bij de Spoedeisende Psychiatrie. Het idee is meestal dat de cliënten op dat moment ofwel niet toe in staat zijn om over hun ervaringen te vertellen of dat ze liever met rust gelaten willen worden. Daarom is dit een bijzonder onderzoek geworden. Op het moment van het interview is voor de meeste cliënten de binnenkomst en het onderzoek in de onderzoeksruijnte nog heel vers.

Het onderzoek is opgezet en uitgevoerd vanuit cliëntenperspectief. Een werkgroep van vier ervaringsdeskundigen is betrokken geweest bij alle fasen van het onderzoek: de opzet, het opstellen en afnemen van de vragenlijsten en tenslotte het trekken van conclusies en doen van aanbevelingen. De vragenlijsten zijn telkens in duo met minstens één ervaringsdeskundige afgenomen. De inzet van ervaringsdeskundigen is een doorslaggevende succesfactor geweest bij het afnemen van de interviews. Ze wisten een goede sfeer neer te zetten waardoor cliënten graag meewerkten. Naast de interviews met cliënten zijn, voor aanvullende informatie, interviews met enkele medewerkers en met de cliëntencommissie gehouden. Voor verwerking van de resultaten van de interviews met cliënten is SPSS gebruikt.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat een groot deel van de cliënten die net in een crisissituatie zijn binnengebracht goed in staat zijn om mee te werken aan een onderzoek en daartoe ook bereid zijn.

De algehele beoordeling van de onderzoeksruijnte en de TOA is voor een crisis onderzoeksruijnte en afdeling met dwang en beperkte mogelijkheden niet slecht. De TOA wordt beter beoordeeld dan de onderzoeksruijnte. Dit is niet verwonderlijk omdat cliënten op de TOA veel meer bewegingsvrijheid hebben. De portier in de onderzoeksruijnte krijgt een opvallend goede beoordeling. Zijn gecombineerde functie waarin hij ook de rol van gastheer vervult is een werkt gunstig in de onderzoeksruijnte.

De informatievoorziening wordt beoordeeld als onvoldoende en onduidelijk. Cliënten willen weten wat er met hun aan de hand is welke behandeling ingezet zal worden. Hier krijgen ze niet voldoende informatie over terwijl dit voor hen van groot belang is om (enige) grip op hun situatie te houden. De informatievoorziening kan verbeterd worden

door gebruik te maken van schriftelijke informatie, te controleren of de informatie is aangekomen en door de informatie duidelijk te verwoorden.

Cliënten geven aan dat ze niet naar hun visie gevraagd worden op de in te zetten behandeling. Als ze meer betrokken worden bij hun behandeling zijn ze eerder geneigd om mee te werken. Een crisiskaart kan voor sommigen daarbij een goed middel zijn. Nu wordt daar weinig gebruik van gemaakt.

Cliënten hechten belang aan meer eigen regie, ook bij kleine handelingen. Het is dus belangrijk om te zoeken naar mogelijkheden om cliënten meer zeggenschap te geven over hun eigen behandeling. Ook moeten we blijven zoeken naar mogelijkheden om dwang te reduceren. Een aanpassing van de ruimte die meer contact tussen medewerkers en cliënten mogelijk maakt bewerkstelligd wordt zou daarbij helpen. Ook kunnen ervaringsdeskundigen door gesprekken (meer) ruimte geven aan het eigen verhaal van cliënten.

HOOFDSTUK 1 Inleiding

In deze inleiding wordt uiteengezet hoe en waarom gekozen is voor dit onderzoek. De achtergrond van het onderwerp wordt geschetst en de indeling van dit verslag wordt weergegeven.

Eén keer in het jaar kiest het cluster GGZ en MO van Cliëntenbelang Amsterdam een onderwerp voor onderzoek vanuit cliëntenperspectief. Dit jaar is gekozen voor een onderzoek naar de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

Tien jaar geleden was er ontevredenheid over de crisishulpverlening in Amsterdam, onder andere omdat cliënten te lang in politiecellen verbleven. Om de crisishulpverlening te verbeteren, is in 2003 de Spoedeisende Psychiatrie met onderzoeksruimte aan de 1e Constantijn Huygenstraat opgericht. Mensen die hier binnen gebracht worden, krijgen binnen zes uur een psychiatrisch consult en er wordt eventueel een behandeling gestart. Na een verblijf in de onderzoeksruimte gaat iemand naar huis, naar een opnameafdeling of hij/zij wordt geplaatst op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA). Cliënten worden in principe in hun eigen regio of opgenomen bij de instelling waar ze in behandeling zijn. Alleen als daar geen plek is gaan ze voor een gastplaatsing naar de Tijdelijke Overbruggingsafdeling.

De onderzoeksruimte bevindt zich op de begane grond van het pand in de 1^e Constantijn Huygensstraat. De Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) bevindt zich op de eerste verdieping van hetzelfde pand. Bij de oprichting van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam is de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) ingericht zodat er altijd voldoende bedden beschikbaar zijn. In Amsterdam is er namelijk al jaren lang een chronisch tekort aan opnameplekken. Het streven is om cliënten twee tot vier dagen op de TOA te laten verblijven om vervolgens elders naar een opnameafdeling te gaan.

Het lijkt erop dat organisaties tevreden zijn over deze constructie. Maar hoe beoordelen cliënten het onderzoek van de Spoedeisende Psychiatrie en hoe vinden zij het verblijf op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling? Een werkgroep van ervaringsdeskundigen heeft vanuit eigen ervaringen aangegeven welke onderwerpen

belangrijk zijn in het geval van een crisis. Zij hebben vervolgens zelf middels gestructureerde vragenlijsten interviews afgenomen bij cliënten op de TOA die daar via de onderzoeksruijnte terecht waren gekomen. Het resultaat van deze interviews, aangevuld met enkele interviews met hulpverleners en met informatie uit literatuur, is te lezen in deze publicatie.

In het tweede hoofdstuk wordt de geschiedenis en de werkwijze van de Spoedeisende Psychiatrie uiteengezet. Hoofdstuk drie beschrijft het belangrijke fenomeen van dwang en drang in de psychiatrie en verwoordt enkele best practices in het reduceren van dwang en drang. Hoofdstuk vier zet de onderzoeksopzet en de onderzoeksvragen uiteen en in hoofdstuk vijf worden de resultaten beschreven. In hoofdstuk zes komen conclusies en aanbevelingen aan de orde.

HOOFDSTUK 2 De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam

In dit hoofdstuk wordt de Spoedeisende Psychiatrie in Amsterdam beschreven. De ontstaansgeschiedenis, de cliënten die binnen en buiten kantoortijden komen, de organisatie, de cliëntencommissie en de naastbetrokkenenraad. De uitgangspunten van de dienst komen aan de orde, de praktische gang van zaken en tenslotte de tijdelijke overbruggingsafdeling (TOA).

2.1 Voorgeschiedenis¹

In de periode 1980- 1990 was de Amsterdamse spoedeisende psychiatrie het domein van een afdeling voor acute psychiatrie voor volwassenen (VAP) van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD)- ook wel de 'rijdende psychiater' geheten. De afdeling hield zich bezig met de 7x24-uur-dienst, de opvang van 'psychiatrische' dak- en thuislozen en het uitvoeren van klinische (dwang)opnames. Het merendeel van de consulten werd uitgevoerd op politiebureaus bij mensen met ernstige gedragsstoornissen, van wie de meerderheid niet in reguliere behandeling was.

Eind jaren tachtig werd de VAP opgeheven en ondergebracht in de Centrale Riagg Dienst (CRD) die in 1995 op haar beurt werd opgeheven. Elk van de drie Amsterdamse GGZ- instellingen tuigde toen haar eigen crisisdienst op en bediende daarmee de eigen regio. Daarmee werd een functionerende stedelijke crisisdienst ontmanteld. Al snel bleken de regiogrenzen, een gebrek aan samenwerking en vasthouden aan bepaalde principes een goede uitvoering van de spoedeisende psychiatrie in de weg te staan.

Pas in 2003 ontstond er weer één stedelijke Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA). Het zogenoemde Amstelzorgakkoord uit 2000 en een kort geding dat in 2001 door de gemeente werd aangespannen (en gewonnen) teneinde een cliënt met een inbewaringstelling (IBS) vanuit een politiecel opgenomen te krijgen, stonden aan de basis van nieuwe

¹ Deze informatie is afkomstig uit een artikel van Ewijk e.a. (2008)

afspraken over samenwerking tussen de GGZ, politie en GGD. Als antwoord op protesten van de politie over langdurig verblijf van cliënten op politiebureaus kwam er een onderzoeksruimte. Plaatsingsproblemen door een schaarste aan acute (opname)bedden, loste men op door een Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) op te richten met een stedelijke bufferfunctie.

2.2 De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam²

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam opereert anno 2012 in samenwerking met de GGD en vier acute behandelteams die elk een specifiek deel van de stad verzorgen. De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam is een onderdeel van Arkin en een samenwerkingsverband van de twee Amsterdamse GGZ-instellingen: GGZ inGeest en Arkin. De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam is gehuisvest in een kliniek aan de 1^{ste} Constantijn Huygensstraat en biedt zorg aan mensen met acute problemen, variërend van ernstige psychosociale problematiek tot zeer ernstige psychopathologie, al dan niet in combinatie met verslavingsproblematiek. De kerntaak is het op korte termijn uitvoeren van een consult met betrekking tot psychiatrische toestandsbeelden en psychosociale crises bij jeugdige en volwassen patiënten. Zo nodig wordt direct gestart met de behandeling. Het werkgebied strekt zich uit over heel Amsterdam.

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam maakt onderscheid tussen Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) en Algemene Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ).

- Bij de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) gaat het om mensen die de openbare orde verstoren, vermoedelijk als gevolg van een psychiatrische aandoening, en die via de politie of de GGD bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam terechtkomen. Cliënten die in contact komen met de politie worden eerst gescreend door de dienstdoende SPV van de afdeling Vangnet & Advies van de GGD. Deze verpleegkundige selecteert cliënten die een consult van de

² De informatie is afkomstig uit het jaarverslag 2011 van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam

Spoedeisende Psychiatrie nodig hebben (ongeveer 30%³). Soms meldt iemand zich vrijwillig bij de politie.

Bijna alle OGGZ consulten worden in de onderzoeksruijnte van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam gedaan. Slechts een klein percentage vindt plaats op het politiebureau. Dit betreft situaties waarvoor de strafrechtelijke procedure nog loopt.

- Mensen die vallen onder de AGGZ (Algemene Geestelijke Gezondheidszorg) of onder de jeugdzorg komen, als er crishulp nodig is tijdens kantooruren, terecht bij de Acut Behandelteams van Arkin en GGZ Ingeest en Bureau Jeugdzorg. Na kantooruren worden deze mensen, meestal door de huisarts, doorverwezen naar de Spoedeisende Psychiatrie. De hulpverleners komen dan zoveel mogelijk naar de persoon toe: bij iemand thuis of op de EHBO van een ziekenhuis.
- Het Mobiel Crisisteam Jeugd van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam is een team van hulpverleners dat acute hulp biedt aan jeugdigen/kinderen wanneer het kind zelf in crisis is of wanneer een van de ouders of verzorgers in crisis is en er voor de kinderen opvang moet worden geregeld.

Van de meldingen bij de Spoedeisende Psychiatrie betreft:

- 45% OGGZ consulten die 24 uur per dag, 7 dagen per week binnenkomen via politie en de GGD, Vangnet & Advies.
- 55% AGGZ consulten en jeugdhulpverlening zaken die buiten kantooruren binnenkomen via verwijzers zoals huisartsen, EHBO posten en/of andere hulpverleningsinstanties.

In 2011 waren er 5.844 consulten bij de Spoedeisende Psychiatrie en 2.868 unieke cliënten⁴.

³ Dit cijfer is terug te vinden in een artikel van Van der Post e.a.: veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005, Tijdschrift voor Psychiatrie, 51 (2009) 3, p. 142

⁴ 44% van de cliënten waren de afgelopen 12 maanden niet in zorg bij Arkin of Ingeest; 8% van de cliënten waren t.t.v. het consult niet in zorg maar wel de afgelopen 12 maanden; 33% van de cliënten waren t.t.v. het consult in zorg bij Arkin of GGZ Ingeest; 7% van de cliënten was reeds bekend bij Arkin en GGZ Ingeest.

In onderstaande tabellen zijn cijfers weergegeven over de locatie en het tijdstip van het consult.

Tabel 1

Locatie consult	
Onderzoeksruijnte	42%
Politiebureau	2%
Huisbezoek	11%
Spreekkamer Spoedeisende Psychiatrie	6%
Bij GGZ instellingen	25%
EHBO	4%
Elders	9%
Totaal	100%

Tabel 2

Tijdstip consult	
Binnen kantooruren	14%
Buiten kantooruren	86%
Op weekdagen	64%
In het weekend	36%

2.3 De organisatie

De hulpverleners van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam zijn afkomstig uit de twee Amsterdamse GGZ-instellingen.

Gedurende kantooruren handelt het Acuut Behandelteam

Centrum/Oudwest dat onderdeel is van Arkin de OGGZ-consulten af.

De hulpverleners van GGZ inGeest zijn standby (voor als het extreem druk is).

Buiten kantooruren werken medewerkers van beide instellingen in de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. De hulpverleners vanuit de Ambulante Behandel Teams draaien diensten in de Spoedeisende Psychiatrie.

2.4 Cliëntencommissie

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam heeft een cliëntencommissie, bestaande uit drie leden afkomstig uit de beide GGZ-instellingen. Een cliënt die in de onderzoeksruimte is geweest, ontvangt binnen enkele weken na het verblijf een brief van de commissie met de uitnodiging contact op te nemen en over de ervaringen te praten. Ongeveer 10% van de cliënten die een brief ontvangen, neemt contact op met de cliëntencommissie. Op jaarbasis krijgt de cliëntencommissie ongeveer 300 telefoontjes. Voor de oprichting van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam was er een dergelijke cliëntencommissie verbonden aan een SPDC. Het percentage cliënten dat daarmee contact opnam was twee maal zo hoog. De cliëntencommissie denkt dat deze stijging een gevolg is van verbeterde dienstverlening. De manager van de Spoedeisende Psychiatrie voert iedere maand overleg met de cliëntencommissie. Tijdens deze besprekingen informeren het management en de leden van de commissie elkaar aangaande cliënt gerelateerde ontwikkelingen. Bovendien wordt de mogelijke implementatie besproken van initiatieven die de ervaring van de cliënten positief beïnvloeden.⁵

2.5 Naastbetrokkenenraad

De Naastbetrokkenenraad, die deel uitmaakt van Arkin, behartigt de collectieve belangen van de naastbetrokkenen van mensen die bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam in zorg zijn. De raad is de advies- en gesprekspartner vanuit het perspectief van naastbetrokkenen voor beleidsmakers, leidinggevenden en hulpverleners binnen de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en werkt ook samen met de cliëntencommissie. Zij Naastbetrokkenenraad heeft geen direct contact met het management van de Spoedeisende Psychiatrie.

⁵ Spoedeisende Psychiatrie 2011

2.6 Wat wil de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam ten aanzien van cliënten bereiken?⁶

De Spoedeisende Psychiatrie wil gastvrij, deskundig en bereidwillig zijn en veiligheid bieden. Er wordt – zo staat in de missie – zo min mogelijk dwang toegepast en er wordt rekening gehouden met de sociale en culturele achtergrond van de cliënt en de naastbetrokkenen. Het doel is om continuïteit van zorg te waarborgen of zorg te initiëren. De omgeving, waaronder de eventuele eigen behandelaar, wordt hierbij zoveel mogelijk betrokken.

Huisartsen kunnen cliënten buiten kantooruren rechtstreeks naar de Spoedeisende Psychiatrie sturen voor een consult. Ook kunnen (ex)-cliënten en hun naastbetrokkenen sinds 2009 buiten kantooruren rechtstreeks naar de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam bellen. In 2011 vonden gemiddeld 108 telefonische contacten met bekende cliënten of hun naastbetrokkenen buiten kantooruren per maand plaats.

De kernwaarden van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, die naar eigen zeggen het uitgangspunt van de werkwijze vormen, zijn:

- Niet kletsen maar doen, discussie achteraf;
- Iedereen is welkom;
- 24/7 management;
- Veiligheid en gastheerschap;
- Duidelijk product en signatuur;

2.7 Praktische gang van zaken

De onderzoeksruijnte van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam beschikt over vier beveiligde kamers. Deze zijn sober ingericht en kunnen van buitenaf gesloten worden. Er is een matras aanwezig, een papieren plaskom en er kan worden getekend of geschreven op een schoolbord. Met behulp van een camera wordt gesignaleerd of er aanvullende zorg nodig is. Naast de vier beveiligde onderzoekskamers

⁶ Deze informatie is afkomstig uit het jaarverslag van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam 2011

beschikt de afdeling over een spreekkamer die is ingericht met schuimmeubelen in vrolijke tinten.

Mensen die onder politiebegeleiding worden binnengebracht, worden bij voorkeur in een spreekkamer geplaatst. Als toch wordt besloten iemand in een beveiligde kamer te plaatsen, dan wordt dit besluit onderbouwd met argumenten. Uit cijfers van het jaarverslag 2011 blijkt dat de meeste mensen die een consult krijgen in de (beveiligde) onderzoeksruimte verblijven. Eén op de zeven mensen die in de onderzoeksruimte komen verblijft in de spreekkamer (zie ook tabel 1).

Mensen die naar de onderzoeksruimte worden overgebracht, worden ontvangen door een team van portiers en B- verpleegkundigen.

De portier heeft een gecombineerde rol van gastheer en portier. Hij moet de cliënt een welkom gevoel geven maar hij moet ook duidelijk maken dat hij verantwoordelijk is voor de veiligheid.

Het onderzoek wordt over het algemeen uitgevoerd door twee hulpverleners, meestal een arts en een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. Zij bespreken ook met de cliënt welk type zorg eventueel nodig is. Dat kan een opname zijn. Bij een gedwongen opname krijg de cliënt – voor het vervoer naar het ziekenhuis – standaard kalmerende medicijnen toegediend. Dit is een voorwaarde van het ambulancevervoer.

Als een opname niet nodig is kan men een afspraak krijgen bij een van de Acut Behandelteams. Als de persoon al ergens in behandeling is, wordt contact opgenomen met de eigen behandelaar.

Afhankelijk van de situatie worden cliënten na screening in de onderzoeksruimte of spreekkamer van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam :

- opgenomen (34%) - eventueel met een maatregel⁷- of
- krijgen een afspraak bij een van de Acut Behandelteams in de verschillende regio's gedurende kantooruren (21%) of
- worden terugverwezen naar hun vaste behandelaar of de verwijzer die de melding heeft gedaan (22 %) ⁸ .

⁷ in 2011 werd 52 % gedwongen en 48 % vrijwillig opgenomen, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, jaarverslag 2011

⁸ De resterende 23% valt onder de categorie 'overig' :Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam jaarverslag 2011

2.8 Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA)

De Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) is een gesloten afdeling van de Spoedeisende Psychiatrie. Als er elders geen plek is, kunnen cliënten in geval van een acute opname daar gedwongen (met een IBS, RM) of vrijwillig worden opgenomen. De opname op de TOA is altijd tijdelijk; het streven is 2 tot 3 dagen. Vanuit de TOA wordt er vervolgens een opnameplek georganiseerd waar cliënten gedurende hun verdere behandeling verblijven.

De TOA is een essentieel onderdeel van de crisisketen omdat zo voor cliënten die acuut opgenomen moeten worden, altijd direct een bed beschikbaar is.

Bij de oprichting van de TOA was het doel van de voorziening een buffer te vormen voor de opvang van acute dwangopnames om daarmee het verblijf van cliënten in politiecellen te bekorten en het aantal gastplaatsingen terug te dringen. Uit een onderzoek gedaan in 2005⁹ blijkt dat de TOA grotendeels aan haar doelstelling voldoet. Voor een deel van de cliënten is een korte opname afdoende. Zij worden niet doorgeplaatst naar de Amsterdamse GGZ (door drugs geïnduceerde beelden, gerepatrieerde toeristen en cliënten van buiten de regio). De wachttijd op de politiebureaus is teruggebracht en het aantal gastplaatsingen is afgenomen¹⁰. Naast deze voordelen zijn er volgens Mulder e.a. ook nadelen aan de TOA. De TOA is een zeer gesloten, extreem beveiligde afdeling waar beheersing en diagnostiek prevaleren boven behandeling. Een dagactiviteitenprogramma ontbreekt bijvoorbeeld.¹¹

Uitgangspunt is dat de TOA altijd twee bedden beschikbaar heeft voor acute opnames vanuit de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

In de TOA is intensieve en gespecialiseerde zorg beschikbaar voor cliënten die acuut opgenomen moeten worden. Deze zorg is een apart specialisme en het aantal medewerkers per cliënt is hoger dan gemiddeld.

⁹ Mulder e. a. (2005)

¹⁰ De onderzoekers plaatsen als kanttekening bij de cijfers dat alhoewel het plausibel lijkt dat deze daling toe te schrijven is aan de oprichting van de TOA ook andere factoren meegespeeld kunnen hebben.

¹¹ Mulder e. a. (2005)

De doelgroep van de TOA bestaat voornamelijk uit volwassenen tussen 18 en 65 jaar. Voor cliënten van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam waarbij verslavingsproblematiek voorop staat, is de afspraak dat op de Intensive Care afdeling van Jellinek iedere dag een bed wordt vrijgehouden. Deze cliënten worden daar vaak direct geplaatst door Vangnet en Advies. Met de directie Ouderenzorg van GGZ inGeest en Arkin zijn afspraken gemaakt over opname van ouderen met IBS. Er is een inspanningsverplichting vanuit de verpleeg- en verzorgingshuizen-sector om cliënten van 65 jaar of ouder met psychogeriatrische beelden snel over te nemen na afgifte van een IBS. Zo komen deze cliënten binnen 24 uur op de juiste plek terecht. In de praktijk blijkt dat er toch vaak ouderen aanwezig zijn op de TOA¹².

¹² Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, jaarverslag 2010

HOOFDSTUK 3 DWANG EN DRANG

Dit hoofdstuk gaat over dwang en drang, een belangrijk onderwerp in de acute psychiatrie. In de literatuur wordt een toename van gedwongen opnames in Amsterdam beschreven evenals andere veranderingen in de acute psychiatrie. De toenemende belangstelling voor het reduceren van dwang en drang komt aan de orde met de beschrijving van enkele Nederlandse best practices.

3.1 Gedwongen opnames

In de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) zijn de criteria en procedures vastgelegd op grond waarvan in Nederland iemand tegen zijn of haar wil kan worden opgenomen. Op hoofdlijnen kunnen twee soorten dwangmaatregelen worden onderscheiden: de rechtelijke machtiging en de inbewaringstelling. De rechtelijke machtiging (RM) is een verzamelnaam voor diverse soorten machtigingen: de voorlopige machtiging, de voorwaardelijke machtiging, de machtiging op eigen verzoek en de machtiging tot voortgezet verblijf. In spoedeisende gevallen beslist de burgemeester of een gemandateerde wethouder, op advies van een onafhankelijke psychiater of een inbewaringstelling (IBS) moet worden afgegeven¹³. Beide maatregelen moeten door een rechter bekrachtigd worden. De rechter hoort ook de cliënt. Bij een IBS gebeurt dit binnen drie dagen tijdens een bezoek van de rechter aan de cliënt. Bij een RM vindt er een hoorzitting plaats bij de rechtbank tenzij de cliënt niet in staat is daarnaar toe te gaan. In dat geval komt de rechter naar de kliniek.

In Nederland worden jaarlijks 17.611 cliënten gedwongen opgenomen (GGZ Nederland, 2010) waarvan 8.118 mensen met een IBS (een Inbewaringstelling) en 9.493 met een RM (een Rechterlijke Machtiging). In 2011 werden volgens het jaarverslag van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam 744 IBS'en aangevraagd in Amsterdam (tegenover 813 in 2010). 79% hiervan werd vanuit de Spoedeisende

¹³ Wierdsma e.a. (2010)

Psychiatrie Amsterdam gedaan.¹⁴ De positieve constatering is dat het erop lijkt dat er geen verdere stijging van IBS' en meer is sinds 2006. Een volgens de spoedeisende dienst aannemelijke oorzaak hiervan is gelegen in de verbeterde psychiatrische zorg in Amsterdam, bijvoorbeeld via bemoeizorg (ACT). Een andere verklaring is dat veel meer cliënten een RM hebben. Als deze cliënten in een crisissituatie worden opgenomen is er geen IBS nodig maar kan men het voorwaardelijke ontslag intrekken of de voorwaardelijke machtiging converteren.

Eerder was er sprake van een toename van het aantal IBS'en sinds 1979 – een toename die in Amsterdam hoger was dan in Nederland¹⁵. Van der Post e.a. hebben onderzoek verricht om een beeld te krijgen van *veranderingen in de acute psychiatrie* die hebben bijgedragen aan de stijging van het aantal dwangopnames met IBS.

Zij vergeleken daartoe consulten uit 1983 en uit 2005. In 1983 werden die nog uitgevoerd door de afdeling acute psychiatrie van de GGD, in 2005 door de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. In deze periode is veel veranderd: de maatschappij (bijvoorbeeld een verminderde tolerantie t.o.v. afwijkend gedrag en een toenemende roep om veiligheid), de GGZ (sluiten psychiatrische ziekenhuizen, verkorten van de gemiddelde opnameduur en de zorg snel weer overdragen aan ambulante teams), de diagnostiek, etc. Bovendien is de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) geïntroduceerd. Ook de werkwijze van de stedelijke crisisdienst is in deze periode veranderd. De dienst is van een rijdende psychiater volgens Van der Post e.a. veranderd in een psychiatrische EHBO, die – samenhangend met het aantal gedaalde verwijzingen door de huisarts - 60% van de consulten op kantoor afhandelt. De consulten worden ook meer buiten kantoortijden gedaan, waarschijnlijk omdat de vier acute behandelteams een groot deel van de consulten overdag hebben overgenomen. Een belangrijke verschuiving is volgens Van der Post e.a. dat de politie verhoudingsgewijs een veel grotere rol is gaan spelen bij de consultaanvragen. Zij neemt nu 2/3 (was 1/3) van de aanmeldingen voor haar rekening. Patiënten die door de huisarts worden verwezen en

¹⁴ Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, jaarverslag 2011

¹⁵ in Nederland steeg het aantal ibs-opnames van 22,2 per 100.000 inwoners in 1979 naar 53,2 per 100.000 in 2004. In Amsterdam steeg het aantal ibs'en in die periode met 319% naar 86 per 100.000 inwoners

minder ernstige gevallen komen (tijdens kantooruren) bij één van de vier Acute Behandelteams terecht i.p.v. bij de Spoedeisende Psychiatrie. Bovenstaande betekent volgens Van der Post e.a. ook dat veel meer cliënten worden verwezen bij wie al enige vorm van dwang is toegepast (vlak) voor het consult. Het zijn volgens de auteurs tegenwoordig vooral de zeer ernstige, vaak gevaarlijke situaties die tot opname leiden. Dat heeft er mede toe geleid volgens Van der Post e.a. dat dwang dominant is geworden in het opnamebeleid van de crisisdienst. In het verlengde daarvan wordt ook het klimaat in de psychiatrische klinieken steeds meer door dwang bepaald.¹⁶

3.2 Reductie van dwang en Best Practices

Ondanks of misschien wel door de toename van het aantal IBS-en staat het reduceren van dwang hoog in het vaandel binnen de psychiatrie. De roep om minder dwang en drang is de afgelopen jaren dan ook niet alleen vanuit de cliëntenbeweging te horen. Ook GGZ-instellingen en de overheid bepleiten het reduceren van dwang en drang. Hulpverleners binnen de sector zijn nog steeds op zoek naar manieren om het gebruik van dwang terug te dringen. Veel GGZ-instellingen hebben hiertoe inmiddels initiatieven genomen. Ook de Amsterdamse GGZ-organisaties waaronder de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam hebben dwangreductie in hun missie beschreven. Vanuit de overheid en de brancheorganisatie GGZ Nederland is in 2011 een onderzoek afgerond om best practices rondom dwang en drang te inventariseren en om inzicht te krijgen in knelpunten bij de invoering van dwang en drang¹⁷.

In het onderzoek wordt geconcludeerd dat een ingewikkelde transitie als een dwangreductie pas succesvol kan zijn als deze gepaard gaat met een systeemtransitie. Complexe systemen worden in stand worden gehouden door ten eerste een eigen cultuur met breed gedeelde waarden en normen die het denken structureren, ten tweede door vaste en gedeelde werkwijzen die het handelen aansturen, en ten derde door een structuur die de werkwijzen en cultuur bestendigt. Werkelijke

¹⁶ Van der Post, 2012

¹⁷ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

veranderingen van complexe systemen dienen plaats te vinden op drie niveaus: werkwijzen (doen), structuur (organisatie) en cultuur (denken). Alleen dan is er sprake van een breed gedragen en goed verankerde transformatie¹⁸.

Gebruik van de separeercel is de meest duidelijke dwangmethode. Terugdringen van het aantal separaties is dan ook een belangrijke factor in de reductie van dwang. Om het aantal separeermomenten terug te dringen en dwang te reduceren werken instellingen met “de eerste 5 minuten interventie” bij binnenkomst, waarbij bejegening door de hulpverlener het middel is om de cliënt te tonen dat ze betrouwbaar en respectvol te werk gaan. (Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011) Ook de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam heeft hierop ingezet met de ‘Eerste vijf minuten methode’. Volgens deze methode zijn de eerste vijf minuten van elk contact bepalend voor het verdere verloop. Het idee is dat steeds weer bewust wordt nagedacht bij het aangaan van een contactmoment. Hoe wordt de patiënt bejegend? Hoe gaan de hulpverleners met elkaar om en hoe is de houding naar verwijzers? De houding die wordt aangenomen in de eerste vijf minuten van een contact is belangrijk. Een ‘can do’ houding zet de toon voor het verdere contact en heeft zijn weerslag op de kwaliteit van de zorg. Het belangrijkste doel van de ‘Eerste vijf minuten methode’ is een cultuuromslag te realiseren. Cliënten worden bijvoorbeeld in een spreekkamer te woord gestaan in plaats van in de beveiligde kamer. De methode is een hulpmiddel om meer bewust te kunnen handelen en te zien wanneer en hoe misverstanden, mogelijke irritatie en vervolgens eventuele agressie ontstaan. Het is ook een hulpmiddel om deze momenten te keren.¹⁹

In het rapport van Voskes e.a. wordt niet alleen het belang van bejegening en contact *bij de opname* beschreven maar ook het belang van contact en bejegening *tijdens de opname*. Separeren wordt gezien als het verbreken van contact. Het schaadt het vertrouwen van de cliënt in de hulpverlening hetgeen niet bijdraagt aan de behandeling. Het herstellen van contact (na een separatie) met de cliënt vraagt veel tijd. De cliënt heeft vaak het vertrouwen in de hulp verloren. Behoud van

¹⁸ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

¹⁹ Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, jaarverslag 2011

contact tijdens separatie wordt als belangrijk hulpmiddel gezien om dwang te voorkomen.²⁰

Wanneer cliënten in een crisissituatie binnenkomen bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam gaan de hulpverleners - volgens het jaarverslag 2011- ervan uit dat cliënten in de spreekkamer kunnen verblijven. De spreekkamer is een vriendelijker kamer dan de beveiligde onderzoeksruimte, maar zit wel op slot. De praktijk laat echter zien dat de meeste cliënten in de onderzoekskamer terecht komen²¹.

3.3 De inrichting van de ruimte

De-escalerend werken draagt ook bij aan dwangreductie. Ook hier zijn diverse interventies voor beschreven door Voskes e.a. De-escalerend werken vraagt niet alleen om vaardigheden van de medewerker. Ook is het van belang dat er prettige ruimtes zijn waar de cliënt tot rust kan komen of een gesprek kan voeren. Een voorbeeld is de comfortroom.

Ook op de Spoedeisende Psychiatrie en TOA is aandacht voor de fysieke omgeving. Met name de spreekkamer van de onderzoeksruimte is ingericht om het verblijf zo aangenaam mogelijk te maken. Een comfortroom is binnen de Spoedeisende Psychiatrie niet aanwezig.

3.3.1 Comfortroom

Een comfortroom is een prettig ingerichte kamer die op vrijwillige basis gebruikt kan worden door cliënten wanneer zij zich angstig, onrustig of boos voelen. Een comfortroom is geen alternatief voor separatie maar een ruimte waar cliënten tot rust kunnen komen en zich even af kunnen zonderen van de drukte van de afdeling. Een comfortroom draagt bij aan de cliëntvriendelijkheid op de afdeling en kan ook ondersteunend zijn in het voorkomen van een crisis of escalatie. Hoe de kamer ingericht wordt, is onder andere afhankelijk van de doelgroep. Een afdeling voor ouderen zal de ruimte anders inrichten dan een afdeling met voornamelijk jongeren. Op afdelingen voor volwassenen en ouderen zijn

²⁰ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

²¹ Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, jaarverslag 2011

comfortrooms vaak ingericht met comfortabel meubilair (bankstel, zitzak), rustgevend licht en geluid, rustgevende kleuren of behang. Sommige instellingen maken gebruik van aromatherapie. De comfortrooms op afdelingen voor jongeren zijn ingericht met comfortabel meubilair en een spelcomputer. Het concept van de comfortroom is afkomstig uit de Verenigde Staten en is daar onlosmakelijk verbonden met het engagement model.²²

Om de-escalerend te werken is het volgens Voskes e.a. belangrijk dat verpleegkundigen contact onderhouden met cliënten en dus veel op de groep aanwezig zijn. Hiertoe heeft een aantal instellingen het verpleegkundig kantoor afgebroken en een open balie gemaakt. Een open balie draagt (indirect) bij aan het vermogen om de-escalerend te werken.²³

3.3.2 Open balie en laptops in de huiskamer

Er is de afgelopen jaren veel aandacht uitgegaan naar het aanwezig zijn op de afdeling en het behouden van het contact met de cliënt. Hierdoor worden signalen van een crisis of mogelijk escalatie eerder opgepikt door verpleegkundigen. Echter “kantoorverpleging” was en is een probleem in de GGZ. Verpleegkundigen verblijven vaak en lang op kantoor, enerzijds om administratieve taken uit te voeren, anderzijds om te praten. Het kantoor heeft vaak een grote aantrekkingskracht. Om ervoor te zorgen dat verpleegkundigen de administratieve taken in de huiskamer van de afdelingen kunnen doen, hebben veel instellingen laptops aangeschaft. Een aantal instellingen heeft op de plek van het kantoor een open balie gecreëerd. Hierdoor kunnen verpleegkundigen zich niet meer terugtrekken op kantoor en zijn goed bereikbaar voor cliënten.²⁴

Hoewel veel instellingen zich bewust zijn van het belang van contact tijdens de opname is er binnen veel instellingen nog sprake van “kantoorverpleging” waardoor de mate van contact beperkt blijft. Hierdoor wordt de omslag van beheersen naar contact maar ten dele gemaakt. Aldus het rapport van Voskes e.a.

²² Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

²³ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

²⁴ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

Een andere belangrijke interventie als het om de bejegening van de cliënt gaat is het afschaffen van afdelingsregels. Algemene afdelingsregels zorgen vaak voor spanningen en conflicten. Vaak zijn algemene regels overbodig als de algemene fatsoensnormen gehanteerd worden en de cliënt meer individueel benaderd wordt.²⁵

3.4 Evaluatie en de inzet van ervaringsdeskundigen

Evaluatie en reflectie over het gebruik van dwang werkt dwang reducerend. Bovendien geeft het de cliënt de gelegenheid te praten over de ervaringen in de separeer. De Spoedeisende Psychiatrie heeft door installatie van een cliëntencommissie de mogelijkheid gecreëerd voor cliënten om over hun ervaringen te praten met onafhankelijke ervaringsdeskundigen. De cliëntencommissie is ook betrokken bij de inrichting van de onderzoeksruimte .

3.4.1 Ervaringsdeskundigen bij het opzetten of uitvoeren van best practices

Binnen een aantal instellingen zijn ervaringsdeskundigen betrokken bij het opzetten of uitvoeren van best practices in dwangreductie.

Het voordeel is dat ervaringsdeskundigen vaak onafhankelijk zijn en zich goed kunnen inleven in de cliënt. Hierdoor voelt de cliënt zich sneller en beter begrepen (“aan een woord genoeg hebben”).

Veel instellingen betrekken ervaringsdeskundigen bij het vormgeven en inrichten van comfortrooms.²⁶

Binnen een aantal instellingen die meededen aan het onderzoek van Voskes e.a. gaat de inzet van ervaringsdeskundigen nog verder. Daar werken ervaringsdeskundigen op afdelingen als zorgverlener.

3.4.2 Ervaringsdeskundigen op de afdeling

Ervaringsdeskundigen kunnen op een afdeling werkzaam zijn in de zorg aan cliënten. Doordat zij een ander perspectief op zorg inbrengen, komt er reflectie op gang bij medewerkers. Tevens kunnen

²⁵ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

²⁶ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

ervaringsdeskundigen laagdrempelig contact aangaan met cliënten, kunnen ze cliënten hoop bieden en kunnen ze feedback geven op de zorg die verleend wordt op een afdeling. Dit zorgt voor een verandering in cultuur en werkwijzen bij professionals (Voskes, 2009).

Het aantal ervaringsdeskundigen dat werkzaam is op een afdeling verschilt per instelling evenals de randvoorwaarden waaronder zij werkzaam zijn. Bij sommige instellingen zijn ervaringsdeskundigen volwaardige werknemers. Hiervoor zijn bepaalde randvoorwaarden gecreëerd zoals een functieomschrijving. Deze ervaringsdeskundigen zijn vaak betaalde krachten en ze worden begeleid en ondersteund in hun werkzaamheden.

Bij andere instellingen worden ervaringsdeskundigen ingezet als “extraatje”. Randvoorwaarden zijn dan vaak afwezig. De wijze waarop ervaringsdeskundigen werkzaam zijn, is sterk afhankelijk van de cultuur en de visie van management en Raad van Bestuur. Om ervaringsdeskundigheid binnen een instelling tot een succes te maken is het van belang dat zij hierin stelling nemen²⁷.

Volgens de inventarisatie van Voskes e.a. kan de aanwezigheid van naastbetrokkenen ook rustgevend werken voor de cliënt in een crisissituatie. Naastbetrokkenen zijn dan ook steeds vaker welkom op de afdeling en in de separeer. Om het bezoek van naastbetrokkenen te vereenvoudigen schaffen veel afdelingen bezoeken af. Ook op de TOA zijn reguliere bezoeken afgeschaft.

3.5 Signaleren en voorkomen

In het rapport is ook aandacht voor interventies die ontwikkeld zijn om een naderende crisis op tijd te signaleren en te voorkomen. Een signaleringsplan is een belangrijk middel als het gaat om vroeg signaleren.

3.5.1 Signaleringsplan voor de cliënt

Een signaleringsplan wordt ingezet om terugval van een cliënt te voorkomen tijdig, voordat er sprake is van terugval, adequate hulp te

²⁷ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

*starten. Het plan wordt samen met de cliënt opgesteld en ordent de signalen die de cliënt afgeeft wanneer hij zich goed voelt, dreigt te decompenseren of is gedecompenseerd.*²⁸

Een ander preventief instrument is de crisiskaart.

3.5.2 Crisiskaart

De crisiskaart is een kaartje waarop cliënten aan kunnen geven wat ze belangrijk vinden in een crisis, wat ze nodig hebben en wie er bijvoorbeeld benaderd kan worden. De cliënt is de eigenaar van de kaart en bepaalt wat erop komt te staan. De crisiskaartconsulent, die bij voorkeur een ervaringsdeskundige is, ondersteunt de cliënt bij het opstellen van de crisiskaart. Hij/zij voert gesprekken over wat de cliënt belangrijk vindt in crisissituaties en verwerkt deze informatie op de crisiskaart.

*Cliënten ontvangen door de crisiskaart vaak eerder de zorg die ze nodig hebben. Dit voorkomt veel misverstanden, frustraties, conflicten en eventueel dwang. Door de crisiskaart krijgt de cliënt de regie over zijn eigen behandeling, ook in tijden van crisis.*²⁹

In Amsterdam wordt de crisiskaart gemaakt door Cliëntenbelang Amsterdam. In het onderhavige onderzoek is aan de geïnterviewde cliënten van de TOA gevraagd of zij in het bezit waren van de crisiskaart.

Medicatie is ook een belangrijke preventieve interventie aldus Voskes e.a. Met name op acute opnameafdelingen wordt door veel instellingen gezocht naar de, voor de cliënt, beste wijze om met behulp van medicatie zo snel mogelijk het ziektebeeld te stabiliseren en het risico op escalerende situaties te verkleinen. Binnen veel instellingen is er meer aandacht gekomen voor de wensen van de cliënt ten aanzien van medicatie. Wensen worden opgenomen in de crisiskaart of in een crisisplan.³⁰

²⁸ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

²⁹ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

³⁰ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

HOOFDSTUK 4 ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven: de gekozen onderzoekspopulatie, de afbakening van het onderzoek en de voor- en nadelen van de gekozen opzet. Ook de onderzoeksvragen komen aan de orde evenals de onderzoeksmethode.

4.1 Cliëntenperspectief

Onderzoek door Cliëntenbelang Amsterdam wordt gekenmerkt door het cliëntenperspectief. Ook het onderhavige onderzoek is vanuit het perspectief van cliënten opgezet en uitgevoerd. Daarbij is de werkgroep van ervaringsdeskundigen een belangrijke schakel. De werkgroep bestaat bij dit onderzoek uit vier ervaringsdeskundigen waarvan het merendeel ervaring heeft met een crisisopname. Zij zijn betrokken bij alle fasen van het onderzoek: de opzet van het onderzoek, het bepalen van de onderzoeksonderwerpen en naar aanleiding daarvan het opstellen van de vragenlijsten, het afnemen van de vragenlijsten en tenslotte het trekken van conclusies en doen van aanbevelingen naar aanleiding van de resultaten.

Met de werkgroep is in meerdere sessies besproken wat belangrijk is voor cliënten die in een crisissituatie opgenomen zijn. Vanuit een brede opsomming aan onderwerpen is toegewerkt naar meerdere thema's van waaruit uiteindelijk gezamenlijk gekozen is voor de vijf thema's van het onderzoek:

- informatievoorziening
- contact hulpverleners
- dwang en drang
- eigen regie
- voorzieningen

Deze thema's zijn verwerkt in de enquêtevragen. Het onderwerp voorzieningen is in de vragenlijsten niet uitgebreid aan de orde gekomen. Omdat de vragenlijst te lang dreigde te worden is prioriteit gegeven aan de andere thema's.

De ervaringsdeskundigen uit de werkgroep en de projectmedewerker zijn (met de vragenlijst) gedurende een dagdeel getraind in interviewvaardigheden alvorens daadwerkelijk aan de slag te gaan.

Voor de duur van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld van deskundigen die vanuit verschillende invalshoeken met de crisisopvang of met onderzoek te maken hebben. De begeleidingscommissie dient als klankbord en adviseert over het onderzoek.

4.2 Onderzoekspopulatie: afbakening van het onderzoek

De werkzaamheden van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam zijn verdeeld over werkzaamheden van de ambulante teams en werkzaamheden in de onderzoeksruimte op de 1^e Constantijn Huygensstraat. Het onderzoek is geconcentreerd op de onderzoeksruimte met de vier beveiligde onderzoekskamers en de spreekkamer.

We wilden graag de mening van zoveel mogelijk cliënten van de Spoedeisende Psychiatrie meten met behulp van gestructureerde vragenlijsten. We vonden het daarbij cruciaal de vragenlijsten persoonlijk af te nemen omdat het opsturen van een vragenlijst vermoedelijk weinig resultaat op zou leveren. Een rondgang langs huisadressen, afdelingen van GGZ-instellingen en woonvormen om voormalig cliënten van de onderzoeksruimte te spreken zou echter te tijdrovend zijn. Besloten is daarom om een gestructureerde vragenlijst af te nemen bij cliënten van de TOA. Het grootste deel van de cliënten van de TOA is afkomstig van de onderzoeksruimte. 52 % van het aantal mensen dat na een IBS wordt opgenomen komt op de TOA.

Dit is een bijzonder onderzoek geworden. Deze groep cliënten is namelijk nooit eerder middels een onderzoek gevraagd naar hun ervaringen terwijl ze nog op de TOA verbleven. De cliëntencommissie spreekt wel met cliënten van de onderzoeksruimte over hun ervaringen maar dat is op het moment dat de cliënten de onderzoeksruimte en/of TOA inmiddels verlaten hebben.

Naast de vragen over de ervaringen van cliënten op de TOA en in de onderzoeksruijnte zijn ook enkele vragen over de TOA zelf toegevoegd aan het onderzoek.

De duur van het verblijf in de onderzoeksruijnte is gemiddeld 6 uur. Cliënten verblijven op de TOA gemiddeld 6 dagen, aldus de Spoedeisende Psychiatrie³¹. Op het moment van de enquête heeft voor de meeste cliënten de binnenkomst en het onderzoek in de onderzoeksruijnte nog niet lang geleden plaatsgevonden. Veel cliënten zijn op dat moment nog in de war. Dat is vermoedelijk de reden waarom deze groep cliënten nooit eerder gedurende hun opname middels een onderzoek gevraagd is naar hun tevredenheid en ervaringen. “Laat mensen eerst tot rust komen voordat je ze lastig valt met een onderzoek” is een veel gehoord argument. Ook wordt er wel verondersteld dat cliënten (nog) niet in staat zijn mee te werken aan een interview.

Het voordeel van de gekozen opzet is dat de enquêtes allemaal op dezelfde afdeling (TOA) afgenomen worden op het moment dat het bezoek aan de onderzoeksruijnte nog recent is. Er zijn ook nadelen aan deze opzet. Het onderzoek is beperkt tot cliënten die onvrijwillig bij de Spoedeisende Psychiatrie terecht zijn gekomen. De groep cliënten die vrijwillig naar de Spoedeisende Psychiatrie komen zijn niet opgenomen in het onderzoek. Zij komen immers niet in de onderzoeksruijnte maar worden gezien in spreekkamers aan de voorkant van het gebouw. Deze groep ook meenemen in het onderzoek zou de omvang van het onderzoek te groot maken.

Enquêtes afnemen op de TOA betekent ook dat de groep cliënten die na het onderzoek doorverwezen zijn naar ambulante hulp³² niet mee heeft gedaan. Ook heeft er een selectie plaatsgevonden door het personeel van de TOA wie geschikt was om deel te nemen aan het onderzoek en wie niet. Het personeel maakte een inschatting of een cliënt in staat was om deel te nemen. Aan de cliënten zelf werd vervolgens gevraagd of zij mee wilden doen.

³¹ Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam jaarverslag 2011

³² Volgens het jaarverslag 2011 van de Spoedeisende Psychiatrie zijn de doorverwijzingen in 2011 als volgt geweest: 43% naar ambulante hulp en 33% al dan niet vrijwillig opgenomen, 1% naar verslavingszorg en 23% overig.

4.3 Onderzoeksvragen

Het onderzoek draait om de ervaringen van cliënten met de hulpverlening in de onderzoeksruimte, in de spreekkamer en op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam aan de Constantijn Huygenstraat.

Een belangrijk onderwerp bij hulpverlening in spoedeisende situaties in de psychiatrie is het toepassen van dwang en drang. De onderzoekspopulatie is onvrijwillig terechtgekomen op de onderzoeksruimte. Daar is dus sprake van dwang. Hoe bepalend is het element dwang voor hun ervaringen tijdens het verblijf in de onderzoeksruimte? En hebben cliënten binnen de Spoedeisende Psychiatrie nog dwang en/of drang gevoeld? De werkgroep van ervaringsdeskundigen maakte duidelijk dat daarnaast ook het krijgen van duidelijke informatie heel belangrijk is voor een cliënt in een crisissituatie. Evenals het behouden van (gedeeltelijke) eigen regie. De twee onderwerpen zijn ook met elkaar verbonden. Het hebben van informatie is een eerste voorwaarde voor het hebben van eigen regie. Wat vinden cliënten in dit onderzoek van de informatie die zij gekregen hebben? Wisten zij wat er ging gebeuren? En hoe is dit op de TOA?

De enquêtevragen gaan grotendeels over de onderzoeksruimte en voor een klein deel over de TOA. De onderwerpen van de vragen zijn voor beide afdelingen hetzelfde. Bij de onderzoeksruimte wordt er echter meer gedetailleerd naar ervaringen gevraagd dan bij de TOA omdat de focus van het onderzoek op de onderzoeksruimte ligt.

4.4 De centrale vraag

De centrale vraag in het onderzoek is: Wat vinden cliënten van het onderzoek en hun verblijf bij de Spoedeisende Psychiatrie in de 1e Constantijn Huygenstraat?

De volgende deelvragen dragen bij aan het beantwoorden van de centrale vraag:

1. Wat vinden cliënten van de informatie die wordt gegeven in de onderzoeksruimte en de TOA? Is het voldoende en helder? Hebben ze behoefte aan (meer) schriftelijke informatie?
2. Hoe beleven cliënten (het ontbreken van) de eigen regie in de onderzoeksruimte en in de TOA? Bij welke handelingen vinden cliënten regie belangrijk?
3. Hebben cliënten ervaring met de toepassing van dwang en drang? Welke rol speelt de toepassing van dwang en drang? Hebben cliënten suggesties voor het reduceren van het gebruik van dwang en drang?
4. Hoe beoordelen cliënten de verschillende personeelsleden van de onderzoeksruimte?
5. Hoe beoordelen cliënten de onderzoeksruimte en de TOA?

4.5 Onderzoeksmethode

De onderzoeksvragen worden beantwoord middels het afnemen van enquêtes bij cliënten van de TOA die via de onderzoeksruimte daar terecht zijn gekomen. De enquêtes werden telkens in duo afgenomen: door een ervaringsdeskundige met de projectmedewerker of door twee ervaringsdeskundigen. De interviewers zijn gemiddeld twee maal per week in de middag naar de TOA gegaan. Aldaar vertelde het personeel welke cliënt die dag beschikbaar was voor het afnemen van de enquête. Het afnemen van een enquête duurde gemiddeld 20 minuten (inclusief kennismaking). Eén persoon stelde de vragen en de ander noteerde de antwoorden.

Naast de enquêtes met cliënten zijn interviews gehouden met enkele medewerkers van de onderzoeksruimte en van de TOA: een portier, een psychiater, een verpleegkundige en een leidinggevende van de TOA. Ook is de cliëntencommissie geïnterviewd. In deze interviews is dezelfde vragenlijst gebruikt als bij de cliënten. Het doel van deze interviews was aanvullende informatie te verkrijgen.

Voor de verwerking van de enquêtes van cliënten is SPSS gebruikt. De toelichtingen door de geïnterviewde cliënten bij de enquêtes zijn, evenals de resultaten van de interviews met de medewerkers en de

cliëntencommissie beschreven bij de analyses uit SPSS. De resultaten van de interviews met de medewerkers en de cliëntencommissie zijn (vanzelfsprekend) niet meegenomen in SPSS.

Het gehele onderzoek duurde van september 2011 tot september 2012.

Het afnemen van de enquêtes vond plaats van maart 2012 tot en met begin juli 2012.

HOOFDSTUK 5 RESULTATEN

Dit hoofdstuk over de resultaten begint met een beschrijving van de ervaringen met de interviews en een uitleg waarom niet alle enquêtes volledig zijn ingevuld. Vervolgens worden de resultaten van de enquêtes weergegeven: de algemene gegevens van de geïnterviewden; hun oordeel over de informatievoorziening, de eigen regie en dwang en drang in de onderzoeksruimte en op de TOA. Deze resultaten worden soms aangevuld met informatie uit de interviews met medewerkers en de cliëntencommissie. Ook worden cijfers voor de afdelingen en het personeel weergegeven.

5.1 Ervaringen met de interviews

De verblijfsduur van cliënten op de TOA is zeer wisselend. Het streven is cliënten twee à drie dagen, maximaal zes dagen (144 uur) op de TOA te laten verblijven. De gemiddelde verblijfsduur in 2011 was 4,5 dag (110 uur)³³. Het is in de ochtend nooit duidelijk wie er 's middags aanwezig zullen zijn omdat zowel de instroom als de uitstroom niet te voorspellen is. De uitstroom naar vervolgafdelingen is afhankelijk van beschikbare plekken. Ook moeten er soms mensen gerepatriëerd worden hetgeen de nodige, tijdrovende handelingen vergt (visa, reisdocumenten, verzekering etc.). Voor de interviewers was het iedere keer weer afwachten hoeveel mensen er aanwezig waren en hoeveel van de aanwezige cliënten in staat of bereid waren tot meewerken aan het onderzoek.

De TOA heeft 10 bedden. Omdat deze afdeling altijd plek moet hebben voor een nieuwe cliënt zijn nooit alle bedden bezet.

Gedurende de onderzoeksperiode waren er gemiddeld zes cliënten op de afdeling. Om verschillende redenen wilden of konden niet alle cliënten ons te woord staan. De medewerkers vroegen aan beschikbare cliënten of ze geïnterviewd wilden worden. Aan cliënten die in de separeer cel verbleven, afgezonderd zaten op hun eigen kamer, erg in de war of in

³³ Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, jaarverslag 2011

gesprek waren met een hulpverlener werd dit niet gevraagd. Het kwam ook voor dat cliënten net weg gingen van de afdeling of net aangekomen waren, waardoor het niet het goede moment was om een enquête af te nemen. Het gemiddeld aantal cliënten dat mee kon werken aan de interviews was twee per bezoek. Dit betekent dat gemiddeld een derde van de aanwezige cliënten op de TOA heeft meegedaan aan het onderzoek.

Het streven was om 50 cliënten die via de onderzoeksruijnte op de TOA terecht waren gekomen te interviewen. Uiteindelijk zijn we erin geslaagd 59 interviews af te nemen, waarvan 55 interviews bruikbaar waren. Enkele van de geïnterviewde cliënten waren niet via de onderzoeksruijnte op de TOA terechtgekomen maar waren rechtstreeks op de TOA geplaatst. De reden dat zij toch geïnterviewd zijn, is dat de beoogde onderzoeksgroep niet bij alle personeelsleden duidelijk was en dat een enkele cliënt zichzelf meldde bij de interviewers.

De geïnterviewde cliënten waren over het algemeen blij om mee te kunnen doen met het onderzoek. Ze vonden het fijn hun verhaal te kunnen vertellen. Daarbij was het belangrijk voor de geïnterviewden dat het onderzoek anoniem werd afgenomen en dat de interviewer niet verbonden was aan de kliniek. Dat de interviews zijn afgenomen door ervaringsdeskundigen maakte het voor cliënten makkelijker om hun verhaal te vertellen. De ervaringsdeskundigen wisten een goede sfeer neer te zetten bij het interview. Het inlevingsvermogen van de ervaringsdeskundigen maakte dat cliënten het prettig vonden hun verhaal te vertellen. Voor de interviewers was het soms zwaar of verdrietig de verhalen te horen. De verhalen riepen soms (onprettige) herinneringen op bij de ervaringsdeskundigen of schetsten een triest levensbeeld van de cliënt dat niet makkelijk vergeten werd. Daarom was het goed voor de interviewers om niet meer dan twee interviews per bezoek te houden.

5.2 Onvolledige enquêtes

Het aantal geïnterviewden dat een bruikbaar antwoord heeft gegeven op de gestelde vragen verschilt per vraag. Dit heeft verschillende redenen. Een aantal cliënten is rechtstreeks op de TOA geplaatst en is dus niet op

de onderzoeksruimte geweest. Zij hebben dus geen antwoord kunnen geven op vragen over de onderzoeksruimte. Daarnaast bleek tijdens de interviews dat sommige vragen niet voor iedereen even makkelijk te beantwoorden waren. Sommige cliënten wisten het niet meer, of weigerden om wat voor reden dan ook antwoord te geven. Ook is het voorgekomen dat een antwoord geen betrekking had op de gestelde vraag. Soms werd de vraag dan herhaald; soms werd doorgegaan met de volgende vraag.

Bij de resultaten is per vraag aangegeven hoeveel personen een bruikbaar antwoord gaven. Er zijn 55 personen geïnterviewd. Bij de algemene vragen en de vragen over de TOA zou het aantal respondenten daarom 55 moeten zijn. Het aantal gemiste antwoorden is bij die vragen de aftreksom van 55. Van het totaal aantal geïnterviewde cliënten zijn er 43 in de onderzoeksruimte geweest. Bij de vragen over de onderzoeksruimte zou het totaal aantal respondenten daarom 43 moeten zijn. Het aantal gemiste antwoorden is bij de onderzoeksruimte de aftreksom van 43. Enkele vragen zijn een vervolgvraag op een andere vraag. Daar is het aantal respondenten afhankelijk van de antwoorden op de eerdere vraag.

Om de interviews zo kort mogelijk te laten duren, hebben we ervoor gekozen om de vragen over algemene gegevens zoals de ruimte waarin de cliënt verbleef en de duur van het onderzoek aan medewerkers te stellen. Een enkele keer bleek het dossier van een cliënt niet of onduidelijk te zijn ingevuld of hadden we geen geboortedatum van de geïnterviewde waardoor bepaalde gegevens niet meer te achterhalen waren. We hebben de interviews anoniem afgenomen. Na afloop van het interview kregen mensen de gelegenheid wel hun naam door te geven om de presentatie bij te wonen, de onderzoeksresultaten toegestuurd te krijgen en/of eventueel deel te nemen aan een vervolgonderzoek. Het merendeel van de geïnterviewden wilde dat wel.

5.3 Interviews met medewerkers en cliëntencommissie

We hebben de vragenlijst ook voorgelegd aan de cliëntencommissie en aan enkele medewerkers: een verpleegkundige en een portier van de onderzoeksruijnte, een teamleider van de TOA en een psychiater die zowel in de onderzoeksruijnte als op de TOA werkt. Antwoorden uit deze interviews die bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn toegevoegd aan de resultaten van de interviews met cliënten. We geven dus niet de volledige antwoorden weer van de medewerkers en de cliëntencommissie.

5.4 Algemene gegevens

In totaal zijn 59 enquêtes afgenomen. Daarmee hebben we bijna 10% van het aantal opgenomen cliënten op jaarbasis op de TOA geïnterviewd. In 2011 werden op de TOA 642 personen opgenomen. Er hebben 36 mannen (66%) en 19 vrouwen (34%) meegedaan aan het onderzoek. Van de geïnterviewden zijn 31 personen (62%) wel en 19 personen (35%) niet in Nederland geboren. Van de overige vijf personen was dit niet meer te achterhalen.

Tabel 3 Geslacht (n=55)

Man	36 (66%)
Vrouw	19 (34%)

Tabel 4 Geboren in Nederland? (n=50)

Nederland	31 (62%)
buiten Nederland	19 (38%)

De leeftijd van de geïnterviewden varieert; de meeste geïnterviewden zijn geboren tussen 1961 en 1990 (26 personen, 47%).

Tabel 5 Leeftijd (n=54)

Tot en met 1940	1 (2%)	1941- 1950	4 (7%)
1951 – 1960	7 (13%)	1961 – 1970	15 (27%)
1971 – 1980	12 (22%)	1981 – 1990	11 (20%)
1990 en later	4 (7%)		

45 personen (82%) wonen wel en 10 personen wonen niet in Amsterdam (18%). Het merendeel van de geïnterviewden woont alleen: 32 personen (75%).

Tabel 6 Woonachtig in Amsterdam

Ja	45 (82%)
Nee	10 (18%)

Tabel 7 Woonsituatie

alleen	32 (75%)
in gezin	9 (16%)
met partner	4 (7%)
anders	9 (16%)

Eerdere opnames

35 geïnterviewden (67%) waren al eens eerder opgenomen geweest in een crisissituatie. Van deze cliënten wisten er 29 nog waar ze opgenomen waren geweest: 18 op de 1e Constantijn Huygensstraat en 11 (20%) elders.

Tabel 8 Eerdere opname? (n=52)

Ja	35 (67%)
Nee	17 (33%)

Tabel 9 Eerder bij SPA? (n=29)

ja	18 (62%)
Elders	11 (38%)

Een conclusie in het onderzoek van Van der Post³⁴ is dat mensen die alleen wonen een verhoogde kans hebben op een heropname. Dit zien we, weliswaar met geringe aantallen, in onze resultaten bevestigd. Van de geïnterviewden die eerder opgenomen zijn geweest woont 59% (20 personen) alleen en 41 % (14 personen) niet alleen.

Aan ons onderzoek hebben meer mannen dan vrouwen meegedaan en veel cliënten die al een eerdere opname achter de rug hebben. Het merendeel van de geïnterviewde cliënten is geboren in Nederland tussen 1961 en 1990 en woont alleen in Amsterdam.

Uit de cijfers van de Spoedeisende Psychiatrie zelf blijkt dat de verhouding mannen en vrouwen vrijwel gelijk is bij de consulten en dat

³⁴ Van der Post 2012

de meeste cliënten van de Spoedeisende Psychiatrie de afgelopen 12 maanden niet in zorg waren bij een Amsterdamse GGZ-instelling en dat het merendeel niet in Nederland geboren is. In Nederland geboren cliënten en cliënten die al een eerdere opname achter de rug hadden, zijn bij dit onderzoek bereidwillig gebleken om mee te doen aan een interview. We weten niet of niet in Nederland geboren cliënten en voor de eerste keer opgenomen cliënten zelf niet mee wilden doen met het onderzoek, afgezonderd waren of niet geselecteerd werden door TOA-medewerkers.

5.5 De onderzoeksruimte

Van de op de TOA geïnterviewde cliënten zijn 43 personen in de onderzoeksruimte geweest; acht geïnterviewden zijn rechtstreeks op de TOA geplaatst en zijn dus niet in de onderzoeksruimte geweest. De meeste geïnterviewden, 38 personen (88%) verbleven in een onderzoekskamer; slechts 5 personen (12%) verbleven in de gespreksruimte.

Alhoewel volgens het officiële beleid iedereen naar de spreekkamer gaat tenzij, geven de cijfers uit dit onderzoek en ook de cijfers van de Spoedeisende Psychiatrie zelf een ander beeld. Of zoals een medewerker het zei: “Ons uitgangspunt is dat iedereen naar de spreekkamer gaat, ‘TENZIJ’ en in de onderzoeksruimte is er heel vaak een ‘TENZIJ’.

De gemiddelde verblijfsduur van de geïnterviewde cliënten in de onderzoeksruimte is 4,3 uur.

Tabel 10 Waar in onderzoeksruimte (n=43)

onderzoekskamer	38 (88%)
spreekkamer	5 (12%)

Tabel 11 Hoe lang in onderzoeksruimte

Gemiddelde tijdsduur	4,3 uur
----------------------	---------

Het zou kunnen dat het hoge percentage van cliënten in de onderzoekskamer gekleurd is omdat veel geïnterviewden uit dit

onderzoek onvrijwillig op de TOA terecht gekomen zijn (78%, zie ook gegevens verderop in dit verslag over de TOA) en omdat de groep cliënten die vanuit de onderzoeksruimte weer naar huis gaat of meewerkt aan een vrijwillige opname elders, buiten deze onderzoekspopulatie vallen.

Uit het jaarverslag 2011 van de Spoedeisende Psychiatrie blijkt echter dat in 2011 van alle cliënten die de Spoedeisende Psychiatrie gezien hebben (dus in de onderzoeksruimte en daarbuiten) 6% in de spreekkamer is geweest en 42% in de onderzoekskamer. (De overige cliënten zijn buiten de onderzoeksruimte gezien). Het merendeel van de cliënten die voor onderzoek in de 1^e Constantijn Huygensstraat gezien worden, verblijven dus in de onderzoekskamers (die eruit zien als separeercellen) en niet in de spreekkamer.

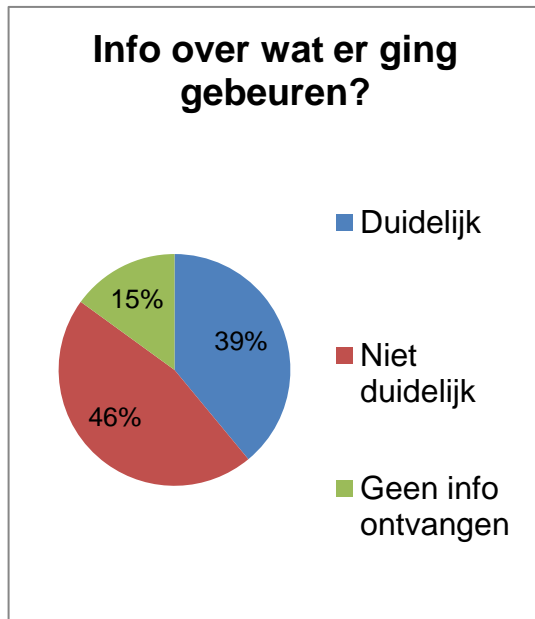
5.6 Informatie

Informatie over wat er gaat gebeuren als je binnenkomt bij de Spoedeisende Psychiatrie is belangrijk. Eigen regie is ook alleen mogelijk als je weet welke keuzes er zijn. Aan de geïnterviewden zijn diverse vragen gesteld over de informatievoorziening in de onderzoeksruimte van de Spoedeisende Psychiatrie. Over verschillende belangrijke onderwerpen (wat gaat er gebeuren, wanneer komt de arts, wat is er met u aan de hand en welke behandeling wordt ingezet) is aan de geïnterviewden gevraagd of zij wel of geen informatie hebben gekregen en of deze informatie wel of niet duidelijk was.

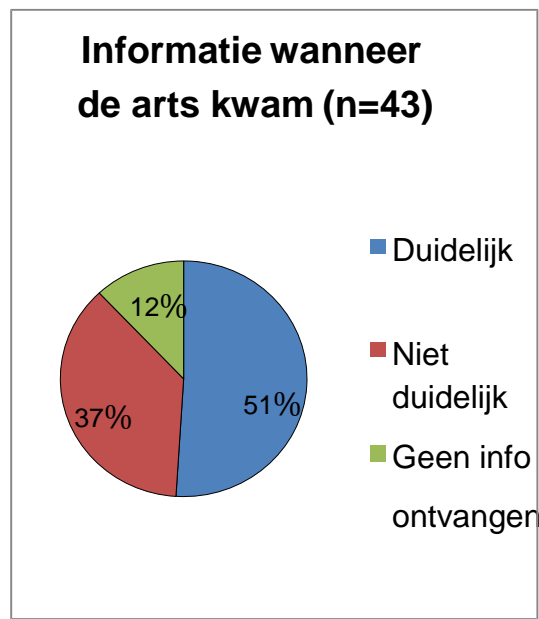
Gevraagd is aan cliënten of het duidelijk was wat er ging gebeuren toen ze binnen werden gebracht bij de Spoedeisende Psychiatrie: 41 personen hadden een antwoord op deze vraag. 16 personen (39%) vonden het duidelijk, 19 personen vonden het niet duidelijk (46%) en 6 personen (15%) gaven aan geen informatie gekregen te hebben.

Een volgende vraag ging over de informatie betreffende het bezoek van de arts. Voor 22 geïnterviewden was het duidelijk wanneer de arts zou komen (51%), voor 16 personen was het niet duidelijk (37%) en 5 personen (12%) zeiden hierover geen informatie gekregen te hebben.

Tabel 12



Tabel 13

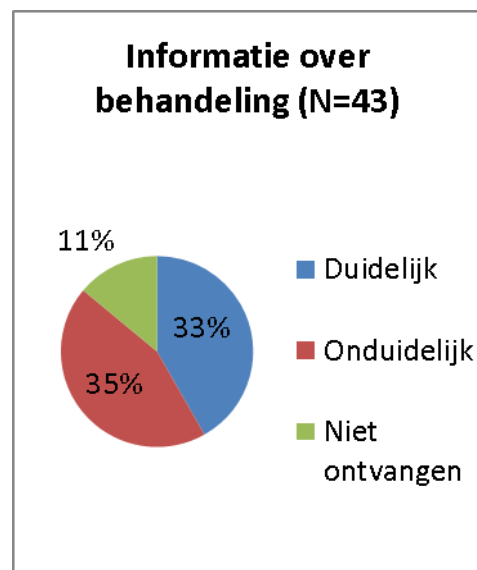


Aan de geïnterviewden is ook gevraagd of zij informatie gekregen hebben over wat er met hem/haar aan de hand was. 13 personen gaven aan dat zij duidelijke informatie hierover gekregen hebben (32%), 24 personen vonden de ontvangen informatie niet duidelijk (58%) en 4 personen vertelden geen informatie gekregen te hebben (10%).
 Hebben de geïnterviewden informatie ontvangen over de in te zetten behandeling? 18 geïnterviewde cliënten gaven aan duidelijke informatie hierover gekregen te hebben (33%), 19 geïnterviewden gaven aan geen duidelijke informatie hierover gekregen te hebben (35%) en 6 geïnterviewden gaven aan geen informatie ontvangen te hebben (11%).

Tabel 14

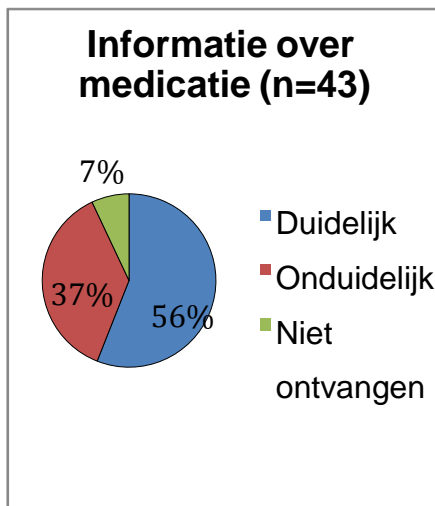


Tabel 15

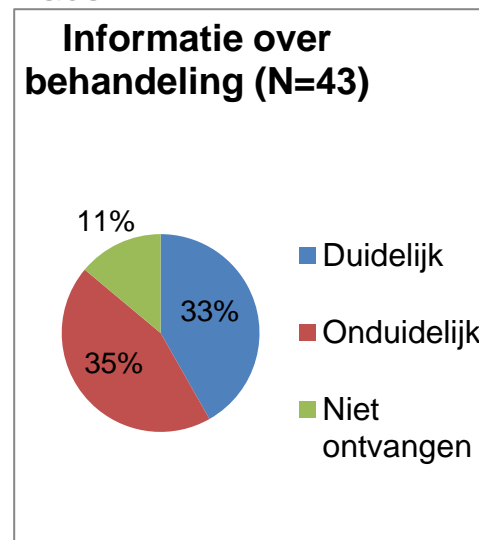


Tenslotte is gevraagd hoe de informatie over de medicatie was. 24 geïnterviewden gaven aan duidelijke informatie ontvangen te hebben over hun medicatie (56%), 16 geïnterviewden vonden deze informatie niet duidelijk (37%), 3 geïnterviewden zeggen geen informatie ontvangen te hebben (7%).

Tabel 16



Tabel 17



Aan de geïnterviewden is tevens gevraagd of zij het prettig vonden als informatie vaker herhaald zou worden. 19 geïnterviewden gaven aan dat prettig te vinden (46%), 22 geïnterviewden zouden dat niet prettig vinden (54%). Zij gaven vaak aan met rust gelaten te willen worden.

Ook is gevraagd of zij schriftelijke informatie zouden willen ontvangen. 19 geïnterviewden zou dat prettig vinden (49%), 20 geïnterviewden (51%) niet. Een psychiater vertelt “Bij binnenkomst ontvangen de portier en de verpleegkundige de cliënt en vertellen de cliënt wie ze zijn en waar ze zijn en wanneer de arts ongeveer langs komt. Helaas weten we zelf niet altijd wanneer deze zal komen. Vroeger hadden ze in de onderzoeksruijnte een A4 hangen met informatie over de instelling waar cliënten verbleven. Nu hangt dit er niet meer, dat is jammer want het is niet voldoende voor de cliënt als de hulpverleners maar één keer zeggen waar de cliënt is. Het is fijn om dit na te kunnen lezen. De arts informeert de cliënt over medicatie, over de in te zetten behandeling en brengt eventueel slecht nieuws”.

Tabel 18 Vaker herhaling van informatie gewenst? (n=41)

Ja	19 (46%)
Nee	22 (54%)

Tabel 19 Schriftelijke informatie gewenst? (n=39)

Ja	19 (49%)
Nee	20 (51%)

Bij de vragen over de informatie kunnen we niet achterhalen of er daadwerkelijk geen informatie gegeven is of dat de cliënten de informatie vergeten zijn. Maar voor de cliënt zelf was het bij sommige onderwerpen in ieder geval onduidelijk. Er zijn verschillen te zien tussen onderwerpen waarover de informatie vaker duidelijk gevonden wordt (bezoek arts en medicatie) en onderwerpen waarbij aangegeven wordt dat de informatie onduidelijk of niet gegeven is (de gang van zaken, wat er met cliënt aan de hand is en de in te zetten behandeling).

Alhoewel er bij veel van de informatie aangegeven wordt dat deze onduidelijk of niet gegeven is, geeft een minderheid van de cliënten aan te willen dat de informatie vaker herhaald wordt. Bij de vraag of schriftelijke informatie gewenst zou zijn is het verschil tussen de voor- en tegenstanders minimaal.

In de toelichting bij de interviews gaven sommige cliënten aan dat zij het prettig vinden als ze met rust gelaten worden en dat ze verder niets willen. Anderen zouden het wel prettig vinden als er meer informatie gegeven zou worden. Enkele cliënten gaven aan dat ze de informatie pas achteraf kregen terwijl ze liever vooraf zouden horen wat er ging gebeuren, hoe lang het zou duren of wat een bepaald medicijn zou doen. Ook zouden sommigen het prettig vinden bepaalde informatie rustig na te kunnen lezen, bijvoorbeeld over de gang van zaken in de onderzoeksruijmt. Cliënten die al eerder bij de Spoedeisende Psychiatrie waren geweest gaven vaak aan dat ze nog van eerdere bezoeken wisten hoe het ging.

We hebben gekeken of er verschillen zijn tussen cliënten die voor de eerste keer opgenomen zijn en cliënten die al eens eerder zijn opgenomen. De verwachting was dat cliënten die voor de eerste keer opgenomen waren meer behoefte zouden hebben aan herhaling van informatie. In de cijfermatige resultaten waren deze verschillen te klein om daar een uitspraak over te doen. In de toelichting geven cliënten wel

vaak aan dat ze nog weten wat er gaat gebeuren door eerdere bezoeken.

We hebben ook gekeken of er verschillen zijn tussen wel en niet in Nederland geboren mensen. We zien een lichte trend (ook hier zijn de aantallen te klein om harde conclusies te trekken) dat mensen die in Nederland geboren zijn de informatie duidelijker vinden dan mensen die niet in Nederland geboren zijn. De laatste groep vindt het prettiger als de informatie herhaald wordt.

5.7 Eigen regie

Overleg over de aanpak?

Op de vraag aan de geïnterviewden of aan hun gevraagd is wat volgens hen zelf de beste aanpak zou zijn om uit de crisissituatie te komen antwoordden 33 geïnterviewden (77%) dat aan hun die vraag niet gesteld is, 10 geïnterviewden (23%) gaven aan dat hun dat wel gevraagd is.

Tabel 20



Aan de geïnterviewden is tevens gevraagd of er naar hun geluisterd is. Volgens 18 personen (47%) was dit het geval en volgens 20 personen (53%) was dit niet het geval.

En als er geluisterd is, is er dan ook iets gedaan met de suggestie? 20 geïnterviewden hadden hier een antwoord op: 9 mensen (45%)

bevestigden dat er iets gedaan is met hun suggestie, 11 mensen (55%) gaven aan dat er niets met hun suggestie gedaan is.

Tabel 21 Is er naar u geluisterd? (n=38)

Ja	18 (47%)
Nee	20 (53%)

Tabel 22 Is er iets gedaan met uw suggestie? (n=20)

ja	9 (45%)
Nee	11 (55%)

Volgens een medewerker is er wel een kopje “hulpvraag cliënt” op het door de Spoedeisende Psychiatrie gebruikte registratieformulier. Maar kennelijk wordt dit niet gehoord door de cliënt, of wellicht niet (expliciet genoeg) gevraagd.

De meeste geïnterviewde cliënten geven aan dat aan hun niet gevraagd is wat zij zelf de beste aanpak zouden vinden om uit de crisis te komen. Een kleine meerderheid geeft aan dat er niet naar hen geluisterd is. In de toelichting zei iemand "zij bepalen het en ik zit vol verbazing". Een geïnterviewde wilde rust en dat hebben ze ook gerespecteerd, volgens een ander hebben ze hun best gedaan alles te negeren. Een geïnterviewde gaf aan dat hij het prettig zou vinden als overleg over hem in zijn kamer in zijn bijzijn zou plaats vinden. Er is bij deze vraag een verschil te zien tussen wel en niet in Nederland geboren mensen. Niet in Nederland geboren geïnterviewden geven vaker aan dat er niet naar hun geluisterd wordt. De aantallen zijn ook hier weer te klein om er harde uitspraken over te doen.

Crisiskaart

Aan de geïnterviewden is gevraagd of zij de crisiskaart kennen: 8 geïnterviewden (17%) kenden de crisiskaart, 39 geïnterviewden (83%) hadden er nog nooit van gehoord.

Aan 3 geïnterviewden is door de medewerkers gevraagd of zij een crisiskaart hadden, aan 22 geïnterviewden is dit niet gevraagd.

Tabel 23 Kent u crisiskaart? (n=47)

Ja	8 (17%)
Nee	39 (83%)

De crisiskaart is slecht bekend bij de geïnterviewde cliënten en er wordt ook weinig naar gevraagd door de medewerkers. Cliënten die eerder opgenomen zijn geweest, zijn vaker bekend met de crisiskaart. Na het interview werd door de interviewers informatie gegeven over de crisiskaart en er werd een flyer uitgedeeld. Veel cliënten waren na deze uitleg wel geïnteresseerd in de kaart.

Zelf bepalen

In de vragenlijst zijn enkele vragen opgenomen waarmee getracht wordt een beeld te krijgen van wat cliënten zelf mogen bepalen in de onderzoeksruijnte.

In onderstaande tabel is te zien of de respondent zelf mocht bepalen of hij/zij ging eten, drinken, gebruik maken van toilet buiten de kamer, douchen, roken, bellen, medicijnen gebruiken, personeel de kamer inkwam en of er familie en/of vrienden ingelicht zou worden.

Tabel 24 Zelf bepalen (n=43)

Mocht u zelf bepalen of u ging	JA
eten	22 (51%)
drinken	32 (74%)
naar toilet buiten de kamer	11 (25%)
douchen ³⁵	
roken	14 (32%)
bellen	8 (19%)
medicijnen zou gebruiken	15 (35%)
personeel kamer inkwam	17 (39%)
familie en/of vrienden ingelicht zou worden	22 (51%)

³⁵ De douche was gedurende de onderzoeksperiode niet bruikbaar

Vervolgens is aan de geïnterviewden gevraagd welke drie van de genoemde onderwerpen zij het belangrijkste vinden om zelf te bepalen. Uit de antwoorden is af te lezen dat door de meeste geïnterviewden het zelf kunnen bepalen wanneer zij eten (38%) en drinken (33%) als belangrijkste worden gevonden, vervolgens vinden geïnterviewden het belangrijk om zelf te kunnen bepalen wanneer zij gaan roken (18%) en of ze medicijnen gebruiken (18%).

Tabel 25 Drie belangrijkste zaken om zelf te bepalen (n=43)

Eten	21 (48%)
Drinken	18 (42%)
Roken	10 (23%)
Medicijnen gebruik	10 (23%)
Bellen	9 (21%)
Toilet buiten kamer	9 (21%)
douchen	8 (19%)
Personeel in kamer	8 (19%)
Inlichten familie/vrienden	7 (16%)

Een medewerker vertelt: “Cliënten mogen zelf weten wanneer zij willen eten en drinken. Gebruik van het toilet op de gang mag alleen als de cliënt heel rustig is en als het veilig is voor beide partijen. Roken mag officieel niet maar wordt wel toegestaan mits de cliënt op een stoel blijft zitten. Meestal blijft de portier dan bij de cliënt in de onderzoeksruimte. Cliënten mogen niet zelf familie inlichten, ze mogen wel kiezen welke familie/vrienden worden ingelicht, vervolgens belt de verpleegkundige. In de onderzoeksruimte is geen telefoon, in de spreekkamer wel. In overleg kan er wel eens vanuit de onderzoeksruimte gebeld worden. Hulpverleners bepalen zelf wanneer zij binnenkomen. Wel kloppen ze op de deur en kijken daarna door het raampje voordat ze binnenkomen. Dit is mede voor hun eigen veiligheid, om te zien of cliënten niet vlak voor de deur staan en weg willen vluchten of agressie willen gebruiken. Cliënten kunnen zelf op het belletje drukken. Dan komt de portier langs of spreekt met de cliënt via de intercom/telefoon.

“Er is een vast protocol, dat moet er ook zijn. Maar wij proberen hier van af te wijken naar aanleiding van hoe de cliënt zich gedraagt. Afwijken doe je alleen als je individueel beoordeelt wat er wel en niet kan. Hierdoor worden cliënten inderdaad ongelijk behandeld, maar dat is juist in hun voordeel.” aldus een andere medewerker. In het overzicht van best practices in het reduceren van dwang worden afdelingsregels als contraproductief ervaren.³⁶

De meerderheid van de cliënten geeft aan dat ze zelf mochten bepalen of ze gingen eten of drinken. Dat zijn ook de zaken die ze belangrijk vinden om zelf te bepalen. Ook of er familie of vrienden ingelicht zouden worden mochten de meeste cliënten volgens eigen zeggen zelf bepalen. Iets minder dan de helft van de mensen gaf aan dat ze mochten bepalen wanneer het personeel binnen kwam. Dit heeft te maken met de bel bij de onderzoekskamer.

Meer dan een derde van de geïnterviewde cliënten geeft aan dat ze zelf mochten bepalen of ze medicatie zouden gebruiken. Voor veel cliënten behoorde dit ook bij de drie belangrijkste onderwerpen om zelf te mogen bepalen. Een kwart van de cliënten mocht bepalen of ze gebruik maakten van het (echte) toilet op de gang. Dit onderwerp hoort samen met douchen voor een vijfde van de cliënten tot de drie meest belangrijke onderwerpen om zelf te bepalen.

“Ik wil eigenlijk alles zelf kunnen bepalen” zei een geïnterviewde cliënt in de toelichting. Een ander gaf aan dat hij het liefst niet in de separeer maar in een open kamertje zou praten. Een ander wilde liefst zo min mogelijk personeel in de kamer maar wilde wel graag naar buiten kijken. Ook werd een paar keer de behoefte aan halal vlees uitgesproken.

Veel cliënten geven aan dat ze het niet prettig vonden dat ze niet of weinig zelf mochten bepalen. Op de vraag hoe dat voor hun was, gaven geïnterviewden duidelijke antwoorden: ze vonden het zwaar, werden boos, wantrouwig, teleurgesteld of onzeker en verleenden soms geen medewerking meer. Ook zei iemand niets meer te vragen en een ander bleef maar stil observeren en vertrouwde niemand meer. “Je wordt als een klein kind behandeld”. “Ik vind dit lastig om te begrijpen want ik ben

³⁶Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

dit niet gewend”. “Intimiderend dat er telkens iemand anders kwam”. Een enkeling gaf aan dat het geen effect op hem had.

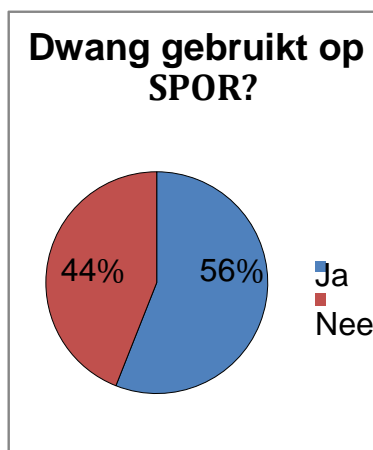
5.8 Dwang en drang

Gevraagd is of er in de onderzoeksruijnte dwang en/of drang is gebruikt. Interviewers legden het verschil tussen beide uit aan de hand van voorbeelden zoals: “vastgepakt worden en tegen je zin medicatie krijgen is dwang” en “pas mogen roken nadat je medicatie geslikt hebt, is drang”.

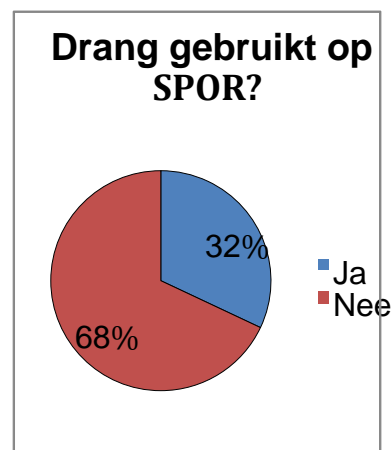
22 geïnterviewden (56%) gaven aan dat er dwang is gebruikt, 17 geïnterviewden gaven aan dat er geen dwang is gebruikt.

10 geïnterviewden zeiden dat er wel drang is gebruikt (32%), 21 geïnterviewden zeiden dat er geen drang is gebruikt (68%).

Tabel 26



Tabel 27



Volgens medewerkers wordt er zeker dwang gebruikt in de onderzoeksruijnte: “Er komen/zijn is al dwang. Het is onvrijwillig, de kamers zijn dicht, je schoenen moeten uit, je wordt gefouilleerd, je persoonlijke spullen worden afgepakt en in een kluis gedaan.”

De meeste geïnterviewde cliënten geven aan dat er wel dwang maar geen drang is gebruikt in de onderzoeksruijnte. Als voorbeelden noemen ze gebruik van dwang en soms ook drang bij de inname van medicatie. “Als je de medicatie niet slikt moet je de straat weer op”. “Als je medicatie niet slikt word je opgenomen”. “Roken wordt als machtsmiddel

in gezet bij medicatie”. “Binnen zonder te kloppen”.

Als suggestie geven cliënten een paar keer mee: “Meer uitleg over wat de medicatie met je doet.” Een cliënt vertelt dat hij wel begrijpt dat hij vastgepakt werd vanwege de veiligheid omdat hij erg onrustig was maar hij zou graag meer respect willen.

5.9 Cijfers

Aan de geïnterviewden is gevraagd enkele rapportcijfers te geven. In onderstaande tabellen zijn de cijfers te zien die de geïnterviewden gaven voor de onderzoeksruimte in het algemeen en de gemiddelden van de verschillende rapportcijfers.

Tabel 28 Rapportcijfers onderzoeksruimte (n=41)

cijfer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keer gegeven	2x	6x	1x	2x	3x	2x	6x	7x	2x	5x	5x

Tabel 29 Gemiddelde rapportcijfers

onderzoeksruimte	5,7
arts	5,9
verpleegkundige	6,6
portier	7,7
TOA	7,3

Gemiddeld krijgt de onderzoeksruimte net geen voldoende van de geïnterviewde cliënten. De portier krijgt een ruime voldoende, de verpleegkundige een voldoende en de arts net geen voldoende. Het hogere cijfer voor de portier is wel te verklaren door zijn functie. Hij is verantwoordelijk voor de orde maar fungeert ook als gastheer en geeft cliënten eten en drinken en de mogelijkheid tot het bezoeken van de douche en/of toilet op de gang. De portier is daarbij gekleed in een gewoon T-shirt van de Spoedeisende Psychiatrie en geeft de cliënt altijd een hand. Uit cijfers van de Spoedeisende Psychiatrie zelf blijkt dat er in 2011 veel minder vaak de assistentie van de politie is ingeroepen (1%)

dan bij de oprichting in 2003 (14%). Dat is voor een deel te danken aan de houding van de portier.³⁷

In de toelichting geven cliënten regelmatig aan dat ze niet weten wie de arts en wie de verpleegkundige was. “Ik moest zelf uitvogelen wie de arts was.”

Als suggestie voor de onderzoeksruimte geven cliënten mee dat ze graag een dikker matras zouden willen. Ook zei iemand dat hij/zij niet wist dat er een klok was in de onderzoeksruimte. Hij had het fijn gevonden als iemand dat had gezegd, dan had hij niet steeds op de deur hoeven kloppen. Van de stem uit het kastje naast het bed was iemand erg geschrokken. “Lampen zelf kunnen dimmen als je wilt slapen”. “Iemand rustig benaderen en blijven herhalen tot de angst minder wordt”. “Een tolk”. “Meer serieus genomen worden en vragen stellen waarom iemand iets doet, minder in hokjes denken.”

5.10 Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA)

Op het moment van de enquête waren de geïnterviewden gemiddeld 3,2 dagen op de TOA. We weten niet hoe lang ze uiteindelijk op de TOA verbleven voor ze overgeplaatst of ontslagen werden.

Tabel 30 Hoe lang op TOA tijdens interview (n=52)

1 dag	2 dgn.	3 dgn.	4 dgn.	5 dgn.	6 dgn.	7 dgn.	8 dgn.	dgn. ≥ 10
13 p.	13 p.	3 p.	12 p.	3 p.	4 p.	2 p.	1 p.	1 persoon

31 geïnterviewden (66%) waren voor de eerste keer op de TOA; 16 geïnterviewden (34%) waren al eens eerder op de TOA geweest. De meeste geïnterviewde cliënten (40 = 78%) waren niet vrijwillig op de TOA; 11 geïnterviewden (22%) waren vrijwillig op de TOA.

Ook over de TOA is gevraagd of men voldoende informatie heeft gekregen. 37 geïnterviewden zeiden dat ze voldoende geïnformeerd werden (73%); 14 geïnterviewden (27%) vonden dat ze op de TOA niet voldoende geïnformeerd werden.

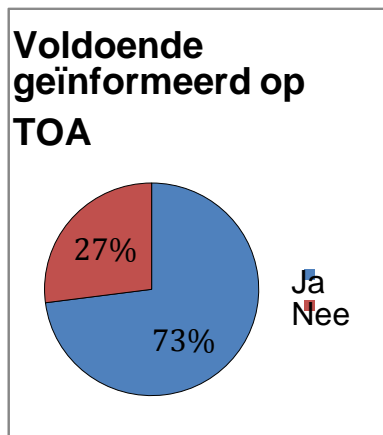
Een medewerker van de TOA vertelde: “Bij binnenkomst krijgen cliënten uitleg over waar ze zijn, wanneer het etenstijd is en wat de dagstructuur

³⁷ Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, jaarverslag 2011

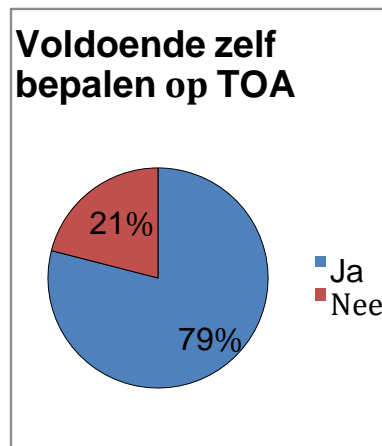
is. Ook krijgen zij een rondleiding over de afdeling. Op de kamer van cliënten ligt een boekje over de TOA.”

40 personen (75%) vonden dat er op de TOA naar hen geluisterd werd; 13 personen (25%) vonden dat er niet geluisterd werd. Ook is gevraagd of men voldoende zelf mocht bepalen op de TOA . 40 geïnterviewden (73%) vonden van wel, 11 geïnterviewden (20%) vonden van niet.

Tabel 31



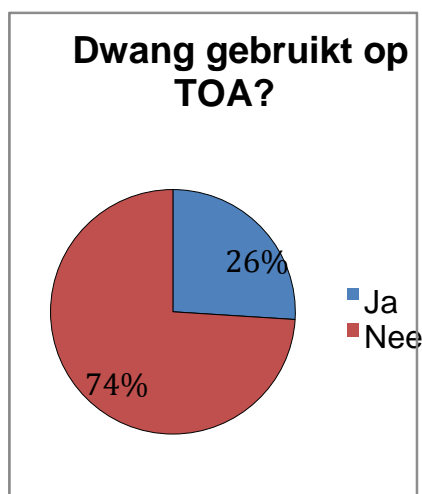
Tabel 32



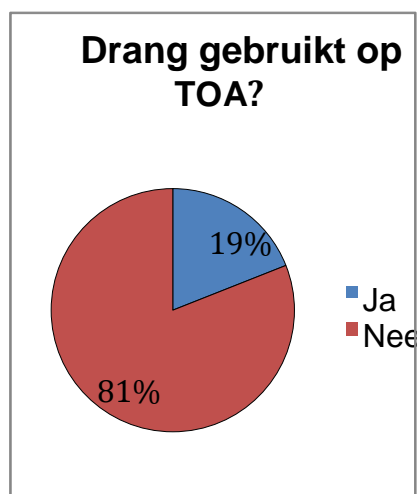
Op de vraag of er dwang gebruikt is op de TOA geven 12 geïnterviewden (26%) aan dat er dwang gebruikt is; 34 geïnterviewden (74%) geven aan dat er geen dwang gebruikt is. Drang is volgens 7 geïnterviewden (19%) gebruikt op de TOA terwijl er volgens 29 geïnterviewden (81%) geen drang gebruikt is op de TOA.

Een medewerker van de TOA vindt dat er wel dwang gebruikt wordt op de TOA: “Het is wel verminderd door de komst van extra personeel maar het kan nog altijd minder”. Om het gebruik van dwang te verminderen geeft de medewerker als suggestie mee de familie erbij te betrekken als iemand in een separeercel zit, mits de familie daartoe in staat is. “Het kan een goed middel zijn om iemand uit een separeer te krijgen.”

Tabel 33



Tabel 34



5.11 Verschillen tussen eerder en niet eerder opgenomen cliënten

Bij de vragen over dwang en drang en bij de cijfers is gekeken of er verschillen zijn tussen wel en niet eerder opgenomen geïnterviewden. In de onderzoeksruijtte hebben enkele nooit eerder opgenomen geïnterviewden (3) dwang ervaren maar niemand heeft drang ervaren. Op de TOA heeft niemand van de nooit eerder opgenomen cliënten dwang of drang ervaren. Daarentegen ervaart van de cliënten die wel eerder opgenomen zijn geweest de meerderheid dwang (18 tegen 10) in de onderzoeksruijtte en een kleine minderheid drang (9 tegen 12). Sommigen ervaren dwang (12 tegen 16) en drang (7 tegen 13) op de TOA. Ook bij de cijfers over de onderzoeksruijtte is een verschil te zien tussen geïnterviewden die wel en niet eerder opgenomen zijn geweest. De meeste geïnterviewden geven een voldoende voor de onderzoeksruijtte. Bij de groep geïnterviewden die eerder opgenomen zijn geweest is dit aantal verhoudingsgewijs lager (55%) dan bij de groep geïnterviewden die nooit eerder opgenomen zijn geweest (73%). Bij de TOA is de algehele beoordeling van de groep eerder opgenomen cliënten verhoudingsgewijs nagenoeg gelijk aan de groep niet eerder opgenomen cliënten.

De meeste geïnterviewden waren onvrijwillig en voor de eerste keer op de TOA. De meeste onderwerpen worden op de TOA beter beoordeeld dan in de onderzoeksruijtte. Driekwart van de geïnterviewden vindt dat ze voldoende geïnformeerd zijn, dat er voldoende naar hen geluisterd wordt en dat ze voldoende zelf mogen bepalen op de TOA. Ook vindt slechts een kwart van de cliënten dat er dwang of drang gebruikt is op de TOA. Het cijfer voor de TOA is gemiddeld een 7,3.

De resultaten over de TOA zijn wel enigszins vertekend omdat cliënten die op de TOA in een separeercel geplaatst werden of die opgesloten waren op hun kamer niet mee hebben gedaan aan dit onderzoek.

We hebben gekeken of er een verschil is tussen wel of niet de eerste keer op de TOA. De meerderheid van de geïnterviewden die de eerste keer op de TOA waren, vonden de verstrekte informatie op de TOA voldoende terwijl de meerderheid van de geïnterviewden die al eerder op de TOA waren geweest, aangaven dat de informatie onvoldoende was.

In de toelichting bij de interviews vragen sommige cliënten wel om meer herhaling van de informatie op de TOA. Ook weten sommigen niet waar ze aan toe zijn en wie er bepaalt wat er met hen gaat gebeuren.

Een geïnterviewde cliënt wil graag meer bezoek van de verpleging:

“Ze geloven eerder wat er op het papier staat dan wat de cliënt vertelt”.

“Ik wil graag een gesprek maar krijg het niet”. Meerdere cliënten geven aan meer vrijheden te willen en velen willen de mogelijkheid hebben om naar buiten te gaan.

Op de vraag wat voor dwang er gebruikt wordt vertelde iemand dat de deur van zijn kamer dicht werd gehouden, een ander moest naar bed.

Als algemene tips voor de TOA wordt meegegeven: betere koffie, betere wederzijdse communicatie waardoor mensen ook minder agressief zijn, meer aan cliënten zelf overlaten, donkerdere kamers, andere handvatten op de deur, automatische sigarettenaansteker buiten, een tweede computer, bankstel, meer gesprekken met artsen waarin duidelijkheid wordt gegeven over de diagnose, niet meer geboeid weggebracht van huis terwijl de burens het zien, toiletartikelen zoals kam op afdeling, meer frisse lucht.

HOOFDSTUK 6 conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord.

Per onderzoeksvraag worden conclusies en aanbevelingen beschreven.

Het onderzoek heeft plaats gevonden onder cliënten van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam op de 1^e Constantijn Huygenstraat. Conclusies en aanbevelingen uit dit onderzoek zijn echter ook bruikbaar voor andere plekken voor spoedeisende psychiatrie.

De beschreven conclusies zijn in de vorige hoofdstukken getrokken naar aanleiding van de resultaten van interviews met cliënten en de informatie uit interviews met medewerkers en cliëntencommissie.

De aanbevelingen komen voort uit de conclusies en zijn samen met de werkgroep ervaringsdeskundigen opgesteld. Hierbij is ook kennis uit ander onderzoek gebruikt. Aan het eind van het hoofdstuk worden de aanbevelingen nogmaals kort op een rijtje gezet.

De cliënten die hebben meegewerkt aan het onderzoek zijn zeer bereid gebleken tot medewerking en zij waren goed in staat om mee te werken aan het onderzoek. Zij konden goed hun mening geven en konden goed hun wensen verwoorden. Zij vonden het prettig om hun verhaal te kunnen doen bij een ervaringsdeskundige. Daarbij was het voor hen belangrijk dat de interviewer onafhankelijk was, dus niet verbonden aan de instelling.

Er is gebleken dat het merendeel van de cliënten die voor onderzoek in de 1^e Constantijn Huygensstraat gezien worden, verblijven in de onderzoekskamers en niet in de spreekkamer. Hoewel volgens het officiële beleid iedereen naar de spreekkamer gaat 'tenzij', geven de cijfers uit dit onderzoek en ook de cijfers van de Spoedeisende Psychiatrie zelf een ander beeld. Dat is jammer. De spreekkamer is veel vriendelijker ingericht dan de onderzoekskamer die eruit ziet als een separeerruimte. Het zou dan ook goed zijn cliënten vaker in de spreekkamer te plaatsen dan nu het geval is.

Wat vinden cliënten van de informatie die wordt gegeven? Is het voldoende, helder, willen ze (meer) schriftelijke informatie?

Het is heel belangrijk voor cliënten in een crisissituatie om goed geïnformeerd te zijn. De situatie is vaak verwarrend en beangstigend. Zeker voor cliënten die voor de eerste keer in aanraking zijn met spoedeisende psychiatrie.

In dit onderzoek is gebleken dat cliënten de informatie bij veel onderwerpen onduidelijk vinden. Bij sommige onderwerpen is dat meer het geval dan bij andere.

We weten niet in welke bewoordingen de informatie gegeven wordt en of gecheckt wordt of de informatie begrepen is. De cliënten in de onderzoeksruijme zijn vaak in de war, gegeven informatie wordt vaak weer vergeten. Dat de ene soort informatie duidelijker gevonden wordt dan de andere soort informatie kan ook te maken hebben met het belang dat de cliënt hecht aan bepaalde informatie zoals bijvoorbeeld het bezoek van de arts.

Goede informatie over de plek waar een cliënt terecht is gekomen, wie je bent, wat er aan de hand is en wat er gaat gebeuren is belangrijk.

Schriftelijke informatie over de organisatie en de werkwijze inclusief een tijdsindicatie wordt nu niet gegeven. Dergelijke informatie op een A4tje aan de muur zou cliënten die daar behoefte aan hebben de mogelijkheid bieden om de informatie (herhaaldelijk) nog eens door te lezen.

Medewerkers moeten inschatten of een cliënt vooral met rust gelaten wil worden of dat hij of zij behoefte heeft aan (veel) herhaling van informatie. Beide type cliënten zijn aanwezig. Ook is het belangrijk te controleren of de informatie begrepen is door de cliënt.

Een belangrijke conclusie in dit onderzoek is dat veel cliënten niet weten wat er met hun aan de hand is en ook niet weten welke behandeling ingezet zal worden. Deze informatie is van groot belang is voor cliënten. Meer weten geeft ook meer kans (enige) grip op de situatie te houden. Essentieel is om in duidelijke bewoordingen uit te leggen wat een bepaald ziektebeeld inhoudt en wat een behandeling en medicatie met iemand doet. Verpleegkundigen moeten in staat zijn om deze informatie die in eerste instantie door de psychiater gegeven wordt, indien gewenst te herhalen voor de cliënt. Misschien vinden sommige medewerkers het niet eenvoudig om ziektebeelden, medicatie en behandelingen goed uit te leggen aan cliënten. Daar moet aandacht aan geschonken worden. Medewerkers en/of ervaringsdeskundigen kunnen elkaar hier tips over

geven. Bijvoorbeeld in eenvoudige bewoordingen uitleggen wat een psychose is.

We weten niet of het gebeurt maar het is wenselijk dat medewerkers informatie bij cliënten die voor de eerste keer in aanraking komen met Spoedeisende Psychiatrie vaker herhalen. De cijfermatige verschillen in dit onderzoek zijn te klein om conclusies te trekken maar het was opvallend dat als cliënten weten wat er gaat gebeuren dat vaak komt omdat ze het zich herinneren van eerdere bezoeken.

Dat er rekening gehouden dient te worden met taalbarrières is in een stad als Amsterdam een bijna vanzelfsprekende conclusie. De grote groep niet in Nederland geboren cliënten van de Spoedeisende Psychiatrie plus het belang van communicatie bij een psychiatrische crisis onderschrijven die noodzaak.

Op de TOA wordt de informatie, net als de meeste andere onderwerpen, beter beoordeeld dan in de onderzoeksruijtte. Opvallend is het verschil tussen wel of niet voor de eerste keer op de TOA opgenomen cliënten. De meerderheid van de eerste groep vond de informatie voldoende en de laatste groep vond deze onvoldoende. Wordt de informatie minder goed gegeven als een cliënt al eerder geweest is of verlangt een cliënt meer informatie als hij niet voor de eerste keer op de TOA is? Hoe dan ook moeten cliënten ook bij een herhaalde opname op de TOA goed geïnformeerd zijn. Medewerkers van de TOA dienen hier alert op te zijn en aan cliënten te vragen of ze meer of andere informatie wensen.

Hoe beleven cliënten (het ontbreken van) de eigen regie? Bij welke handelingen vinden cliënten regie belangrijk?

Aan cliënten wordt te weinig gevraagd wat volgens hen de beste aanpak zou zijn om uit de crisis te komen. Deze vraag betekent voor cliënten dat zij betrokken worden bij hun behandeling en een stukje eigen regie houden. Zeker cliënten die al eerder in een crisis waren, hebben zelf ideeën over wat wel en niet werkt in hun crisis. De cliënt betrekken bij de in te zetten behandeling is een goed uitgangspunt. Cliënten moeten de mogelijkheid krijgen gesprekken tussen medewerkers over hun in te zetten behandeling bij te wonen.

De crisiskaart kan ook een middel zijn om de visie van de cliënt te betrekken bij de in te zetten behandeling. De kaart is echter slecht bekend bij de geïnterviewde cliënten. Ook door medewerkers wordt er nauwelijks aandacht aan geschonken. Bij meer gebruik van de kaart kan onderzocht worden of dit de meest effectieve manier is om de mening van cliënten in het onderzoek naar en de behandeling van hun crisis te betrekken.

Cliënten vinden het niet prettig dat ze niet of weinig zelf mogen bepalen. Ze zijn daardoor minder geneigd om medewerking te verlenen. Het blijft belangrijk om voortdurend te evalueren of een cliënt meer eigen regie kan krijgen in de onderzoeksruimte.

De onderwerpen waar cliënten in het onderzoek het meeste belang aan hechten om zelf zeggenschap over te hebben in de onderzoeksruimte mogen ze in de praktijk ook zelf bepalen (eten en drinken). Vervolgens vinden zij roken en medicatie belangrijk om zelf te bepalen. Eigen regie over het roken is voor een deel afhankelijk van de inschatting van het personeel. Vinden zij iemand rustig genoeg om een sigaret (in bijzijn van een medewerker) te roken? Datzelfde gaat op voor het gebruik van toilet en/of douche op de gang. Veel cliënten weten niet van het bestaan van deze mogelijkheden. Dat het personeel zo'n bepalende factor is bij het wel of niet zelf dingen mogen bepalen en doen is niet per definitie verkeerd. Standaardregels voor iedereen zou individuen tekort doen en zou afbreuk doen aan de sfeer. Persoonlijke voorkeuren van medewerkers mogen hierbij echter geen rol spelen.

Het percentage cliënten dat aangeeft dat zij zelf mogen bepalen of/hoe zij medicatie innemen is opvallend en gezien het onderwerp vrij hoog. Weliswaar een minderheid, maar meer dan een derde, geeft aan dat zij dit zelf mogen bepalen. Medicatie wordt in de onderzoeksruimte vaak gebruikt om iemand tot rust te laten komen. Eventueel gebeurt dat onder dwang waarbij een cliënt dus helemaal niets zelf te bepalen heeft.

Slechts de helft van de cliënten geeft aan dat zij zelf mochten bepalen of familie ingelicht werd. We weten niet of een deel van de cliënten vergeten is dat deze vraag gesteld is maar in principe moeten alle cliënten hierover eigen regie hebben op een enkele uitzondering (bijvoorbeeld minderjarigheid) na.

Op de TOA mogen cliënten meer zelf bepalen. Maar ook hier is het van belang te blijven evalueren op welke manier er nog meer eigen regie gegeven kan worden.

Hebben cliënten ervaring met de toepassing van dwang en drang? Welke rol speelt de toepassing van dwang en drang? Hebben cliënten suggesties voor het reduceren van het gebruik van dwang en drang?

Opvallend is dat niet alle cliënten ervaren dat er dwang is gebruikt in de onderzoeksruimte terwijl dit wel bij alle cliënten het geval is geweest. Iedereen zit immers in een afgesloten ruimte, wordt gefouilleerd en moet zijn spullen afgeven. Het gebruik van drang wordt door nog minder cliënten genoemd. Een positieve conclusie die we daaraan kunnen verbinden is dat het gebruik van dwang kennelijk op een zodanig vriendelijke manier uitgevoerd wordt dat niet iedereen het als dwang ervaart. Een negatieve conclusie is dat dwang zo vaak en zo structureel wordt ingezet.

Op de TOA ervaart een kwart van de cliënten dwang of drang. Dat is geen slecht resultaat. Toch is minder dwang mogelijk en wenselijk, ook volgens de medewerkers.

In het inventariserend onderzoek naar best practices in het reduceren van dwang³⁸ wordt meer contact tussen medewerkers en cliënten genoemd. Een manier om dat te bewerkstelligen is geen aparte ruimte meer voor de medewerkers maar laptops waarmee medewerkers administratieve handelingen tussen de cliënten kunnen verrichten. Een (gedeeltelijke) wegbreken van de ruimte voor het personeel en het plaatsen van een raam kan bij de TOA meer contact tussen medewerkers en cliënten opleveren en daarmee een reductie in het gebruik van dwang.

Een andere manier om dwang te reduceren volgens de best practices van Voskes e.a.³⁹ is het gebruik van comfortrooms. Deze zijn (nog) niet aanwezig op de TOA. Voorbeelden van andere organisaties hebben de voordelen van comfortrooms bewezen⁴⁰. Ook op de TOA zou dit voor een aantal cliënten een goede plek zijn om tot rust te komen.

³⁸ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

³⁹ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

⁴⁰ Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

Er zijn verschillen tussen wel en niet eerder opgenomen geïnterviewden in de beleving van dwang en drang. Eerder opgenomen cliënten ervaren meer dwang en drang in zowel de onderzoeksruimte als in de TOA. Dit is opmerkelijk. Misschien is een eerste aanraking met de spoedeisende psychiatrie zo overweldigend dat het onderscheid tussen wel of geen dwang of drang niet te maken is.

Ook bij de algehele beoordeling van de onderzoeksruimte geeft de groep geïnterviewden die eerder opgenomen zijn geweest een slechtere beoordeling voor de onderzoeksruimte dan de groep geïnterviewden die nooit eerder opgenomen zijn geweest.

Een voorzichtige conclusie is dat mensen die eerder opgenomen zijn geweest meer dwang en drang ervaren en de onderzoeksruimte in zijn geheel slechter beoordelen. Het is interessant deze conclusie te koppelen aan bevindingen van Van der Post⁴¹. Het in 2011 gepubliceerde onderzoek van Van der Post is uitgevoerd bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam en bij het Acuuut Behandel Team Centrum Oud West. Hij concludeert dat een geschiedenis van dwangopnames grote invloed uitoefent op de kans om (opnieuw) een gedwongen opname te krijgen. Hij heeft ook sterke aanwijzingen gevonden dat de mate van tevredenheid over voorafgaande zorg en behandeling een rol speelt bij de kans op nieuwe gedwongen opnames. Eerdere dwangopnames en/of ontevredenheid over de behandeling verhogen de kans op een nieuwe dwangopname volgens van der Post. Uit ons onderzoek blijkt dat mensen bij een nieuwe opname meer dwang ervaren en de onderzoeksruimte slechter beoordelen.

Leidt ontevredenheid over de onderzoeksruimte tot een verhoogde kans op een nieuwe opname?

Belangrijk is om hoe dan ook bij de groep eerder opgenomen cliënten aandacht te hebben voor hun ontevredenheid. Waar is deze op gebaseerd en hoe is deze ontevredenheid te verminderen.

⁴¹ Van der Post, 2012

Hoe beoordelen cliënten de onderzoeksruimte en TOA?

Gemiddeld krijgt de onderzoeksruimte net geen voldoende van de geïnterviewde cliënten. Gezien de aard van de afdeling is deze nipte onvoldoende niet verwonderlijk, je zou een nog lager cijfer kunnen verwachten. De beoordelingen voor de medewerkers zijn redelijk tot goed. Met name de beoordeling voor de portier is goed. We kunnen concluderen dat de gecombineerde taak van de portier waarbij hij zowel verantwoordelijk is voor de veiligheid maar ook als gastheer fungeert goede resultaten oplevert. We kunnen dit bestempelen als goede praktijk van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. Deze wordt niet genoemd in het onderzoek van Voskes e.a.⁴² Wel genoemd wordt de inzet van ervaringsdeskundigen. Bij de Spoedeisende Psychiatrie vormen dezen een cliëntencommissie die cliënten de mogelijkheid biedt om na te praten over een onderzoek bij de Spoedeisende Psychiatrie en naar aanleiding van deze gesprekken verbeterpunten aandraagt voor het management. Ook dit is een goede praktijk.

Uitbreiding van de inzet van ervaringsdeskundigen zou goed zijn. De interviews in dit onderzoek laten zien dat cliënten van de TOA het fijn vinden hun verhaal te kunnen doen. Deze rol van aanbieder van een luisterend oor kunnen ervaringsdeskundigen goed vervullen op de TOA. Essentieel is dat de randvoorwaarden en de begeleiding van de ervaringsdeskundigen daarbij goed geregeld worden. In de onderzoeksruimte zouden ervaringsdeskundigen ook een rol kunnen spelen. Hoe deze rol eruit kan zien en wanneer deze ingezet kan worden vraagt nadere bestudering. Een pilot waarin ervaringsdeskundigen (met begeleiding) een periode meekijken bij het onderzoek en de besprekingen over de cliënt kan een duidelijker antwoord geven. Na de observatieperiode kunnen ervaringsdeskundigen aan het team advies geven over het contact met de cliënt (o.a. over de informatieverstrekking en over het betrekken van de cliënt bij de behandeling) en over een eventuele structurele inzet van ervaringsdeskundigen in de onderzoeksruimte.

⁴² Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011

Het cijfer voor de TOA is gemiddeld ruim voldoende. De meeste onderwerpen worden op de TOA beter beoordeeld dan in de onderzoeksruimte.

De verschillende resultaten voor de onderzoeksruimte en de TOA zijn niet verrassend. De onderzoeksruimte is de plek waar mensen als eerste binnen gebracht worden, meestal geboeid door de politie. Een nare binnenkomst die nog na zal werken in de onderzoeksruimte. Cliënten die iets vertelden over de manier waarop ze binnengebracht zijn, waren daar ook allemaal negatief over. Het zou een grote verbetering zijn voor cliënten in een crisissituatie als het vervoer naar (geboeid) en uit de onderzoeksruimte (met verplichte medicatie) anders geregeld zou worden. Er zijn plannen om hiervoor een speciale ambulance met gespecialiseerd personeel “een psycholance” in te zetten. Dit zou een goede ontwikkeling zijn.

In de onderzoeksruimte zitten de meeste mensen in één van de beveiligde onderzoekskamers. Als ze vervolgens naar de TOA gebracht worden is het verschil groot. Cliënten krijgen een eigen kamer, mogen rondlopen en zelf koffie en thee pakken. Om een sigaret te roken moeten ze wel nog een vuurtje vragen aan het personeel. Dat vinden veel cliënten vervelend. Liever hebben ze dat zelf in de hand door bijvoorbeeld een aanstekerpaal in de rookruimte.

Door geïnterviewden zijn enkele suggesties gegeven over de inrichting van de onderzoekskamers die navolging verdienen: zelf lichten kunnen dimmen en muziek kunnen aanzetten. En voor de spreekkamer eigen voorzieningen als een rookpaal, een toilet en een bed.

AANBEVELINGEN OP EEN RIJTJE

- Meer cliënten naar de spreekkamer in plaats van de onderzoekskamers.
- Duidelijke informatie geven over waar iemand is en wat er gaat gebeuren. Voorstellen met functie. Stappenplan aan de muur
- Check of informatie begrepen is door de cliënt. Informatie indien nodig herhalen.
- In duidelijke bewoordingen uitleggen wat er aan de hand is met de cliënt. Bespreek in het team wat duidelijke bewoordingen zijn.
- Betrek de cliënt bij de behandeling. Vraag naar zijn ideeën

- Bied de cliënt de mogelijkheid om bij het overleg over hem/haar aanwezig te zijn.
- Houd er rekening mee of het al dan niet het eerste contact van de cliënt met spoedeisende psychiatrie is.
- Houd rekening met taalbarrières.
- Maak meer gebruik van de crisiskaart.
- Blijf zoeken naar manieren om cliënten meer regie te geven en dwang te reduceren.
- Zorg voor meer contact tussen personeel en cliënten door de ruimte voor verpleegkundigen op de TOA deels weg te halen en een raam te plaatsen.
- Richt comfortrooms in.
- Zet ervaringsdeskundigen in op de TOA om cliënten hun verhaal te laten vertellen.
- Start een pilot met ervaringsdeskundigen in de onderzoeksruiimte.
- Start een 'psycholance' voor het vervoer naar en van de Spoedeisende Psychiatrie.

BIJLAGEN

Enquête nr.

Enquêtevragen

Algemene vragen 1 t/m 6 vooraf invullen m.b.v. personeel TOA

1. Is de cliënt in Nederland geboren?

0 ja

0 nee, namelijk in

2. Hoe lang was de cliënt in de SPOR?

.....uur

3. In welke ruimte van de SPOR zat de cliënt?

0 de onderzoeksruijnte

0 de gesprekskamer

4. Hoe lang is de cliënt op de TOA?

.... dagen

5. Is de cliënt voor de eerste keer op de TOA?

0 ja

0 nee

6. Is de cliënt vrijwillig op de TOA?

0 ja

0 nee

0

opmerkingen.....

.....

Enquêtenr.

VRAGEN OVER DE AFDELING BENEDEN

Spoeisende Onderzoeksruimte (SPOR)

Ik ben ervaringsdeskundige en stel u de vragen. Mijn collega zal uw antwoorden opschrijven in de vragenlijst. Wij komen van **Cliëntenbelang Amsterdam**. Dat is een onafhankelijke organisatie die opkomt voor de belangen van cliënten in zorginstellingen en daarbuiten. Cliëntenbelang doet regelmatig onderzoek om te horen wat cliënten van een bepaald soort hulpverlening vinden. Dit jaar doet Cliëntenbelang een onderzoek naar de crisishulpverlening. In het kader van dat onderzoek praten wij met cliënten die hier zijn opgenomen om te horen wat zij vinden van de hulpverlening beneden (op de Spoeisende Onderzoeksruimte) en hierboven (op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling).

Uit de gesprekken die we aan de hand van een vragenlijst voeren willen we een beeld krijgen van de kwaliteit van de hulpverlening op deze afdelingen en aanbevelingen doen voor verbetering. De resultaten zullen we samenvatten in **een boekje**.

De vragenlijsten worden **anoniem** verwerkt. U kunt alles zeggen, we vertellen niets verder. Als we alle vragen hebben afgenomen krijgt u **5 euro**.

Het afnemen van de vragenlijst duurt ongeveer **20 minuten**.

Als er achter een antwoord een + staat, betekent dit dat er een vervolgvraag is. De vragen met een + ervoor zijn de vervolgvragen.

8. Wanneer bent u geboren?
geboortedatum.....

9. Woont u in Amsterdam?

0 ja

0 nee

10. Hoe woont U?

0 alleen

0 met partner

0 gezin

0 anders

11. U bent hier opgenomen in een crisissituatie. Bent u eerder in een crisissituatie opgenomen geweest?

0 ja +

0 nee

12. + Waar bent u eerder opgenomen geweest in een crisissituatie?

0 hier (bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam op de Constantijn Huygenstraat)

0 elders

U BENT TOEN U BINNEN GEBRACHT BENT EERST EEN TIJD BENEDEN GEWEEST. WE WILLEN NU EEN PAAR VRAGEN OVER DE AFDELING BENEDEN STELLEN (SPOR). DAARNA ZULLEN WE EEN PAAR VRAGEN OVER DE AFDELING HIER (TOA) STELLEN.

13. Wij zijn benieuwd of u VOLDOENDE GEÏNFORMEERD bent beneden.

Was het voor u duidelijk, hebben ze u verteld:

	ja duidelijk	nee niet duidelijk	geen info gekregen
0 wat er ging gebeuren door wat ze u vertelden toen u binnenkwam	0	0	0
0 wanneer de arts langs zou komen	0	0	0
0 wat er met u aan de hand is	0	0	0
0 welke behandeling u zou krijgen	0	0	0

0 welke medicijnen u zou krijgen 0 0 0

14. Had u het prettig gevonden als sommige informatie vaker mondeling HERHAALD was?

0 nee

0 ja, informatie

over.....
.....

15. Had u over sommige onderwerpen graag SCHRIFTELIJKE INFORMATIE gewild?

0 nee

0 ja, informatie

over.....
.....

16. U bent binnengekomen in wat ze een crisissituatie noemen. Is er beneden aan u gevraagd wat VOLGENS Ú DE BESTE AANPAK is om uit uw crisissituatie te komen?

0 ja +

0 nee

0 weet niet meer

17. Is er naar u geluisterd?

0 ja +

0 nee

18. + Is er iets gedaan met uw suggestie?

0 ja mijn suggestie is opgevolgd

0 nee mijn suggestie is niet opgevolgd

19. Kent u de crisiskaart?

0 ja +
0 nee

20. + Is er door iemand gevraagd of u een crisiskaart heeft?

0 ja +
door.....(politie/beneden)

0 nee

21. + Hebben de medewerkers beneden gedaan wat er op de crisiskaart staat?

0 ja
0 nee, namelijk

.....

22. Wij zijn benieuwd wat u zelf mocht bepalen beneden. Ik ga wat dingen noemen. Kunt u KORT JA OF NEE ZEGGEN of u de dingen die ik noem zelf mocht bepalen?

0 of u ging eten
0 of u ging drinken
0 of u naar het toilet ging buiten uw kamer
0 of u ging douchen
0 of u ging roken
0 of u ging bellen
0 of u medicijnen zou gebruiken
0 of personeel uw kamer binnenkwam
0 of uw familie en/of vrienden ingelicht zouden worden

23. Welke drie van de net genoemde dingen vindt u het belangrijkste om zelf te bepalen?
(eventueel kort de dingen opnoemen)

0 eten
0 drinken

- 0 naar toilet buiten uw kamer
- 0 douchen
- 0 roken
- 0 bellen
- 0 medicijn gebruik
- 0 personeel in uw kamer
- 0 inlichten van familie of vrienden

24. Hoe was dat voor u dat u dingen zelf niet mocht bepalen? (*welk effect had dat op u, begreep u het wel, of was u er boos over*)

.....
.....

25. Werd er beneden DWANG gebruikt?

.....

Wanneer en hoe? (*b.v. medicatie inname, opsluiten in de kamer, binnenkomen zonder kloppen*)

.....

Werd er DRANG gebruikt (*b.v. mag pas roken nadat pil is geslikt*)

.....

Hoe was dat voor u ? Was het te voorkomen dat er dwang of drang werd gebruikt?

Heeft u suggesties voor de hulpverleners?

.....

26. Wat voor cijfer geeft u de afdeling beneden?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Wat voor cijfer geeft u de arts?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Wat voor cijfer geeft u de verpleegkundige?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Wat voor cijfer geeft u de portier/patiëntbegeleider?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Heeft u nog suggesties voor verbetering of andere opmerkingen voor de afdeling beneden?

.....
.....

We gaan nu een paar korte vragen stellen over de afdeling hier Tijdelijke OverbruggingsAfdeling (TOA)

31. Wordt u op deze afdeling voldoende geïnformeerd?

0 ja
0 nee

32. Wordt er op deze afdeling naar u geluisterd?

0 ja
0 nee

33. Mag u op deze afdeling voldoende zelf bepalen?

0 ja
0 nee

34. Is er op deze afdeling bij u dwang gebruikt?

.....
.....

Wanneer en hoe? (medicatie inname, opsluiten in kamer, isoleercel)

.....
.....

Is er bij u drang gebruikt? (bijvoorbeeld mag pas roken nadat pil geslikt)

.....
.....

Hoe is dat voor u ? Is het te voorkomen? Suggesties?

.....
.....

35. Wat voor cijfer geeft u deze afdeling (TOA)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

36. Heeft u nog suggesties ter verbetering of andere opmerkingen over deze afdeling?

.....
.....

De enquête hebben we anoniem afgenomen. Misschien dat we in de toekomst nogmaals met u zouden willen praten om te horen hoe u dan terugkijkt op deze periode. Wilt u daarvoor uw naam en (e-mail)adres geven aan Cliëntenbelang zodat wij u kunnen bereiken?

Wilt u de resultaten van dit onderzoek ontvangen?

DANK VOOR HET MEEWERKEN AAN DE ENQUÊTE

OVERHANDIGEN 5 EURO, TEKENEN VOOR ONTVANGST

Geraadpleegde bronnen

- Bernardt, C. van Oenen, F.J. Dekker, J., Mulder, W. (2006) Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam. De organisatie van een psychiatrische eerstehulp post. *MGv*, 10, 61, 827-837.
- Mulder, W., Dekker, J., Gijsbers van Wijk, C.M.T., (2005) *De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam. Ervaringen met grootstedelijke acute opnames*. Tijdschrift voor Psychiatrie 47,6.
- Post, L. v. (2012). *Proefschrift IBS admission as an outcome: Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission*.
- Van der Post e.a. (2009): *veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005*, Tijdschrift voor Psychiatrie, 51, 3, p. 142
- Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. Jaarverslag 2010 en jaarverslag 2011
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011, december). *Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg*.
- Welles. A., (2006). *pvp*. Onderzoek naar dwangmiddelen.
- Wierdsma, A.I., Van Marle, P.D. , Mulder C.L., (2010): *Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechtelijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam*, Tijdschrift voor psychiatrie 52,3.

Clïentenbelang

A M S T E R D A M

Plantage Middenlaan 14 – 1
1018 DD Amsterdam
020 – 7525100
info@clïentenbelangamsterdam.nl
www.clïentenbelangamsterdam.nl