

Integrale aanpak in combinatie met crisiszorg

Açelya Yener

Sociaal Werk

Academiejaar 2024-2025

Inhoud

Inhoud	1
Inleiding	2
Integrale aanpak in crisiszorg	3
Nadelen	3
ZAG: middel voor een integrale aanpak	3
Open afdeling	3
Bepalende factoren	4
Eigen ervaring	4
ZAG-werkwijze	5
Ontstaan	5
Screening	5
Zorgafstemmingsoverleg	5
Zorgafstemmingsgesprek	5
ZAG-werkwijze in crisiszorg	6
Methode	6
Toepassing Vlaanderen	6
Resultaat	6
Triadekaart	7
Aanleiding	7
Familie	7
Ontstaan triadekaart	7
Toepassing triadekaart	8
Doel	8
Wat als we dit toepassen in Vlaanderen voor het ambulante netwerk?	8
Resultaat	8
Invloed crisiszorg op patiënten	9
Perspectief patiënt	9
Getuigenissen	9
Zorg zonder dwang	9
Ervaring patiënten	9
Ervaring stage	10
Verschillende ervaringen	10
Conclusie	10
Uitdaging	11
Literatuur	12

Inleiding

Als mensen worden opgenomen onder een beschermende observatiemaatregel worden ze op een crisisafdeling opgenomen. Dit is een gesloten afdeling waar mensen in de meeste gevallen voor een periode van minimaal twee weken en maximaal 40 dagen verblijven.

De Zorggroep Guislain heeft een psychiatrisch ziekenhuis, Dr. Guislain, met een crisiszorg afdeling in Gent. Mensen die een ernstige psychiatrische crisis doormaken, kunnen op deze afdeling terecht. (PC Dr. Guislain, s.d.) Binnen deze afdeling is de doelgroep heel divers: patiënten variëren in hun leeftijd, problematiek en achtergrond. In de meeste gevallen worden patiënten opgenomen onder een beschermende observatiemaatregel (BOM), maar er is ook ruimte voor vrijwillige opnames. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

In het begin van de opname zijn de patiënten voor een bepaalde periode onstabiel. In sommige gevallen blijven de patiënten onstabiel tot het einde van hun opname, maar dat zijn uitzonderlijke situaties. Wanneer de patiënten stabiel zijn, bij de meesten gebeurt dit sneller dan bij de anderen, begint de taak van de sociaal werker. Wij zitten in het begin vaak samen met de patiënt, als dit mogelijk is, voor een kennismakingsgesprek. In deze gesprekken bevragen we alles wat relevant is, zoals hun familiesamenstelling, justitiële voorgeschiedenis, middelengebruik, psychiatrische voorgeschiedenis en het netwerk dat betrokken is. Vervolgens informeren we het netwerk over de opname. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

In een crisisopname ben je beperkt in tijd. In de meeste gevallen verlaten de patiënten de afdeling op de ontslagdatum. Deze datum wordt wettelijk bepaald door de vrederechter na de zitting die heeft plaatsgevonden. Bij vrijwillige opnames is er een termijn van 2 tot 3 weken. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Als je beperkt bent in tijd, ben je ook beperkt in je hulpverlening. Vaak geraken bepaalde zaken niet opgelost binnen de termijn die afgesproken is voor de opname van de patiënt. Dit hoor je vaak ook van de patiënten die op een crisisafdeling opgenomen waren. Dit wordt veroorzaakt door de tijdsdruk die er is op een afdeling die enkel korte opnames voorziet. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Een integrale aanpak vereist zeker tijd en ruimte om verschillende aspecten in samenwerking te kunnen aanpakken. Deze voorwaarde botst met het principe van een crisisafdeling, waar mensen voor een beperkte periode verblijven.

Dit roept natuurlijk de vraag op of een integrale aanpak combineerbaar is met crisiszorg.

Integrale aanpak in crisiszorg

Om meer inzicht te krijgen in hoe een integrale aanpak wordt ervaren op een crisisafdeling heb ik een interview afgenomen. Dit interview vond plaats op de afdeling, samen met de maatschappelijk werker van de afdeling. Tijdens het interview hebben we stilgestaan bij de nadelen van integrale aanpak op een crisisafdeling, hoe de aanpak wordt uitgevoerd, een korte vergelijking met een andere afdeling, en tot slot bespraken we welke elementen een invloed hebben op een integrale aanpak.

Nadelen

De eerste opvatting die ik te horen kreeg tijdens dit interview was dat men beperkt is in tijd op een crisisafdeling. Er is wel een aanzet voor het oplossen van de problematieken, maar het verloop ervan is onschatbaar. Een aanzet geven voor een integrale aanpak is natuurlijk positief, maar wat heb je eraan als je het einde ervan niet in zicht hebt? Je weet niet wat er verder mee gebeurt, juist omdat de tijd dit niet toelaat. (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

Een ander nadeel van een integrale aanpak op een crisisafdeling is dat het evalueren ervan vaak niet mogelijk is. Je hebt nauwelijks tijd om stil te staan bij de aanpak, laat staan om deze nog te evalueren en eventueel aan te passen op basis van de evaluatie. Met andere woorden: er is geen tussenstand. (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

ZAG: middel voor een integrale aanpak

De maatschappelijk werker sprak tijdens dit interview over het Zorgafstemmingsgesprek (ZAG). Het ZAG is een overleg van ongeveer een half uur, waarin verschillende partijen samenkomen om naar de bezorgdheden en noden van de patiënt en betrokkenen te luisteren. Later in dit artikel zullen we verder ingaan op dit concept, maar ik wilde toch graag horen wat de maatschappelijk werker ervan ervaaarde. (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

De maatschappelijk werker vertelde dat door dit concept heel snel zicht kunt krijgen op de verschillende problematieken. Het ZAG is een ideaal middel waarbij er kort wordt samengezeten aan het begin van de opname om eens te luisteren naar de bezorgdheden en noden van de patiënt, maar ook van het netwerk. (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

In het ZAG wordt er afgesproken welke taken er opgenomen moeten worden tijdens de opname en wie deze taken kan opnemen. De maatschappelijk werker vertelde hierbij dat het ideaal zou zijn om iemand te hebben met een bewaakfunctie, zoals een casemanager. Zo kan die persoon het overzicht bewaken en een correcte taakverdeling toepassen. Het is dan makkelijker om bij te houden wie zijn of haar rol oppakt en wie niet, zodat de aanpak op een correcte manier verloopt. (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

Open afdeling

Tijdens het interview wilde ik even stilstaan bij het verschil tussen een crisisafdeling en een afdeling waar patiënten langdurige trajecten volgen. De maatschappelijk werker maakte een vergelijking tussen de crisisafdeling en tussen de afdeling Vadem. Vadem is een afdeling voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid. (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

Op de crisisafdeling kan een aanzet geboden worden voor een integrale aanpak. De maatschappelijk werker is het er ook mee eens dat er weinig tot geen definitieve oplossingen kunnen worden bereikt. Het enige wat tijdens een opname op een crisisafdeling kan gebeuren, is nagaan of alles dat opgenomen kon worden, is opgenomen (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

Op Vadem is er meer ruimte en tijd voor evaluatiemomenten, volgens de maatschappelijk werker van de crisisafdeling. Tijdens een opname op Vadem wordt gewerkt richting het ontslag, waarbij er meer kans is voor de ontwikkeling van een aanpak omdat er meer tijd beschikbaar is. Op Vadem hebben ze de tijd om voor het ontslag van de patiënt de stand van zaken in kaart te brengen. Zij hebben ook de

mogelijkheid om stil te staan bij zaken die eventueel na de opname geregeld kunnen worden.
(Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

Bepalende factoren

Tijdens dit interview heb ik ook een andere visie ontwikkeld. De maatschappelijk werker benadrukte dat een integrale aanpak sterk afhankelijk is van de problematiek en de patiënt zelf. Het is belangrijk dat de patiënt gestabiliseerd is om te kunnen meewerken aan deze aanpak, en ik ben het daar ook mee eens. Motivatie is ook een factor die een grote invloed heeft op het proces. Als de patiënt geen hulpvraag en of motivatie heeft, wordt het proces moeilijker. (Persoonlijke communicatie, 16 januari 2025)

Het is belangrijk om na dit interview stil te staan bij het feit dat het soms onmogelijk is om bepaalde problemen op te lossen. Soms laten we onbewust zaken liggen. Soms zijn oplossingen afhankelijk van andere oplossingen, waardoor een onlogische volgorde kan ontstaan.

Ik denk bijvoorbeeld aan een niet-gepubliceerde casus van een patiënt die was opgenomen op de crisisafdeling onder een beschermende observatiemaatregel. Deze patiënt woonde bij haar moeder, maar het was moeilijk voor de moeder om voor haar te zorgen. De patiënt vroeg om enorm veel nabijheid en begeleiding. In het team werd besproken om haar aan te melden voor een psychiatrische verzorgingstehuis (PVT). (Casus patiënt 1, persoonlijke communicatie, 2024)

We konden haar wel aanmelden, maar er zijn wachtlijsten die maanden duren. Het probleem was dat de patiënt stabiel genoeg moest zijn om daar terecht te kunnen, en niet in crisis. Bij deze patiënt kwamen crisismomenten onregelmatig en onvoorspelbaar. Het is belangrijk dat ze stabiel is als ze daar terecht kan of wordt uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek. Als dit niet het geval is, kan dit haar zorgtraject beïnvloeden, en daarmee ook de oplossing die wij hadden voor haar problematiek. (Casus patiënt 1, persoonlijke communicatie, 2024)

De maatschappelijk werker was van mening dat sommige (onoplosbare) problemen andere problemen veroorzaken. Tijdens mijn stage heb ik ervaren dat er vaak voorwaarden zijn die barrières vormen. Bijvoorbeeld wanneer ik iemand wilde aanmelden bij een afdeling voor alcoholproblematiek. Ik kreeg te maken met de voorwaarde dat de persoon niet dakloos mocht zijn, wat in dit geval wel zo was. Hierdoor kon ik de alcoholproblematiek niet aanpakken, omdat de patiënt dakloos was. Dakloosheid oplossen kan jaren duren, onder andere door de lange wachtlijsten. (Casus patiënt 2, persoonlijke communicatie, 2025)

Eigen ervaring

Tijdens mijn stage-ervaring bij PC Dr. Guislain (2024) merkte ik dat je voornamelijk acute situaties kunt oplossen, zoals bijvoorbeeld het rechtzetten van een dossier bij de ziekenkas. Soms heb ik ook een leefloon moeten aanvragen voor patiënten zonder inkomsten. Ik heb ook een aantal keren aangemeld bij andere ziekenhuizen voor specifieke behandelingen, maar dit is een oplossing die pas later een effect zal hebben. Dat is natuurlijk als de opname zal plaatsvinden, soms missen patiënten een intakegesprek of schrijven zichzelf uit van de wachtlijst. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Het is dus mogelijk om acute situaties op te lossen, maar sommige problematieken eisen tijd en ruimte. Dit is dan bijna onmogelijk op een crisisafdeling, omdat je geen tijd hebt om de problematiek op te lossen.

ZAG-werkwijze

Ontstaan

Het Zorgafstemmingsgesprek is een ontwikkeling die al geruime tijd wordt toegepast in Nederland (Peeters, Westen, & Van Veldhuizen, 2019). Het wordt onder andere ook gebruikt op de crisisafdeling van het psychiatrische ziekenhuis Dr. Guislain in Vlaanderen. Het is een interessante werkwijze omdat het een aanzet creëert voor een integrale aanpak. Dit roept echter de vraag op hoe het precies is ontstaan en met welk doel.

In 1983 gaf de Geneeskundige Hoofdingspectie in Nederland de opdracht aan de Geestelijke Volksgezondheid om verantwoorde alternatieven voor opname in de geestelijk gezondheidszorg te onderzoeken. In 1984 werd in Assen, Nederland, het Substitutieproject Drenthe uitgevoerd om te onderzoeken of residentiële opnames vervangen konden worden door dagbehandeling en andere vormen van ambulante begeleiding. Hiermee was de Opname Vervangende Deeltijd Behandeling (OVDB) geboren in Nederland (Jacobs, Lamers, & Peeters, 2019). OVDB is bedoeld om na opname deel te nemen aan dagdelen therapie (Bravis ziekenhuis, s.d.).

Screening

Het eerste contactmoment bij een OVDB vergde veel inspanning: er moest een kennismakingsgesprek plaatsvinden om informatie uit te wisselen en afspraken te maken. De patiënt en diens familie moesten hun verwachtingen uiten en akkoord gaan met de nieuwe vorm van dagbehandeling.

Om dit proces te structureren, werd 'de screening' ontworpen. Dit was een overleg aan de hand van een checklist, waaraan de hulpverleners, het netwerk en de patiënt deelnamen om te onderzoeken hoe een gevraagde opname omgevormd kon worden tot dagbehandeling. Mede door het gebruik van deze screening bleek de dagbehandeling voor 40% van de patiënten een nuttig alternatief. (Jacobs et al., 2019)

Zorgafstemmingsoverleg

De Opname Vervangende Deeltijd Behandeling kreeg een andere vorm in Nederland: de Acute Dagbehandeling. Dit is een intensieve dagbehandeling die wordt ingezet als aanvullende behandeling naast hulp die thuis wordt geboden (GGZ Rivierduinen, s.d.). Hierbij kwam ook een nieuwe variant van de screening, namelijk het zorgafstemmingsoverleg. Het doel van dit overleg was om de patiënt en diens naasten te informeren en afspraken vast te leggen. Tijdens zo'n overleg was er ook ruimte om aandacht te besteden aan de zorgen van naasten en hen waar nodig te ondersteunen. (Jacobs et al., 2019)

De aanwezigheid van het ambulante netwerk was een cruciaal onderdeel van een zorgafstemmingsoverleg. Het zorgde voor een betere afstemming van de behandeling. Na het overleg werd een behandelplan opgesteld voor de cliënt, waarin de gemaakte afspraken werden vastgelegd. (Jacobs et al., 2019)

Zorgafstemmingsgesprek

Tot slot werd het zorgafstemmingsoverleg verder ontwikkeld tot het zorgafstemmingsgesprek (ZAG). Dit kwam voort uit het streven naar transmuraal werken. Het ging over de samenwerking tussen ambulante teams en de crisisafdeling. (Jacobs et al., 2019)

Er waren verschillende observaties die het succes van het ZAG onderstreepten. Het werd een middel om verwachtingen en verantwoordelijkheden te bespreken vóór, tijdens en na opname met de patiënt en het netwerk. (Jacobs et al., 2019)

Het doel van het ZAG is de samenwerking tussen de verschillende partijen om de zorg optimaal op elkaar aan te laten sluiten. Tijdens het ZAG worden de behandelvraag, zorgen en behoeften van alle betrokkenen besproken. Uiteindelijk worden afspraken gemaakt over wie welke taken uitvoert. (Jacobs, Lamers, & Peeters, 2017)

ZAG-werkwijze in crisiszorg

Methode

Zoals tijdens het interview is aangegeven, is het ZAG een zeer interessant middel om een integrale aanpak te bevorderen. Het is zeker een middel dat we kunnen inzetten om een casus integraal aan te pakken. Zo'n gesprek biedt het juiste moment om alles op tafel te leggen en te bekijken wie wat kan doen. Het helpt ook om een overzicht te creëren. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Toepassing Vlaanderen

Een ZAG is echter niet altijd succesvol. Soms is de patiënt niet stabiel genoeg, heeft geen hulpvraag of geen motivatie. Er kan niet altijd voor elke patiënt een ZAG gepland worden. Soms lukt het niet voor het netwerk voor aan te sluiten. In sommige gevallen is er geen netwerk betrokken, terwijl in andere gevallen is er juist te veel hulpverleners betrokken zijn. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Als de patiënt een hulpverlenersnetwerk heeft dat betrokken is, is het makkelijker om samen te zitten en te kijken wat en hoe we bepaalde zaken kunnen aanpakken. Soms is het netwerk aanwezig, maar niet actief betrokken. In bepaalde casussen heb ik ervaren dat er veel betrokkenen zijn, maar dat er geen concrete stappen worden ondernomen. Er worden wel dingen onderling besproken maar er worden geen concrete stappen gezet. Dit zorgt er natuurlijk voor dat bepaalde stappen en oplossingen uitgesteld worden of zelfs verloren gaan. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Soms heeft de patiënt bijna geen netwerk; dit heeft zeker een groot nadeel. Als de patiënt verschillende problemen heeft die aandacht nodig hebben, is er een netwerk nodig om die aan te pakken. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Recent had ik een patiënt die vrijwillig was opgenomen. Hij was dakloos, had een alcoholprobleem en een lopende justitiële achtergrond. Als netwerk had hij enkel een buddy, die niet wordt gezien als een professioneel hulpverlener. X stond er dus eigenlijk alleen voor. Uit deze ervaring heb ik duidelijk ondervonden hoe belangrijk het is om professionele hulpverleners betrokken te hebben in jouw casus. (Casus patiënt 2, persoonlijke communicatie, 2025)

Resultaat

Een ZAG biedt geen garantie op succes, maar kan zeker worden ingezet als een aanzet tot een integrale aanpak. In sommige gevallen heeft het geleid tot succes, terwijl het in andere gevallen weinig impact heeft gehad. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Triadekaart

Aanleiding

Een psychische aandoening heeft niet alleen invloed op de patiënt, maar ook op zijn of haar omgeving. Het gedrag van de patiënt beïnvloedt de betrokkenen, en omgekeerd geldt dit uiteraard ook. Om deze reden bestaan er familie-interventies, die bedoeld zijn om deze beïnvloeding positief te stabiliseren. Familie speelt een belangrijke rol in de zorg voor de patiënt. Het is dus belangrijk om ook aandacht te besteden aan de zorg voor de familie. (Tiemens & Van Meijel, 2012)

“Ondanks de sterke rol die de familie kan hebben in het leven van patiënten met een ernstige psychische aandoening, is de samenwerking in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) met de familie nog zeer beperkt.” (Moree & Van Lier, 2006, geciteerd in Tiemens & Van Meijel, 2012, p9)

De familie heeft de taak om diverse verantwoordelijkheden van de patiënt over te nemen of hierbij te ondersteunen. Tegelijkertijd ontvangt de patiënt directe steun van zijn of haar familie. Een psychische aandoening kan echter ook de relaties met de betrokkenen beïnvloeden. (Tiemens & Van Meijel, 2012)

Familie

Als we spreken over de invloed van de familie op de patiënt, wordt het begrip expressed emotion genoemd. Dit begrip omvat de volgende componenten: kritiek, vijandigheid, emotionele overbetrokkenheid, positieve opmerkingen en warmte. Wanneer familieleden overbetrokken zijn, trekken ze zich terug en zijn ze zeer beschermend en bezorgd richting de patiënt. Dit gebeurt wanneer de patiënt als een stressfactor wordt ervaren. (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012, geciteerd in Tiemens & Van Meijel, 2012)

Uit onderzoek is gebleken dat deze negatieve componenten invloed kunnen hebben op het verloop van de psychische kwetsbaarheid van de patiënt. (Bebbington & Kuipers, 1994, geciteerd in Tiemens & Van Meijel, 2012)

Ontstaan triadekaart

In Nederland zijn er effectieve interventies ontwikkeld voor familieleden. Het doel is enerzijds om de familie te ondersteunen en anderzijds om te focussen op de thuissituatie om psychoserecidieven te voorkomen. (Tiemens & Van Meijel, 2012)

Een van deze interventies is de Triadekaart. Deze kaart richt zich op de triade van de patiënt, zijn of haar naasten en de hulpverlener(s). In 2010 riep GGZ Nederland op om de Triadekaart te gebruiken. (Tiemens & Van Meijel, 2012)

De triadekaart is een instrument om een gesprek aan te gaan of te onderhouden. Tijdens het gesprek kunnen de verschillende partijen de kaart doorlopen om na te gaan waar verbetering mogelijk is. Zo beschikken ze ook een concreet hulpmiddel om het overleg te organiseren. Als er een taak niet wordt uitgevoerd, is het ook beter dat dit wordt opgemerkt met een verwijzing naar de kaart. Zo kan er samen naar een oplossing worden gezocht, in plaats van een persoon rechtstreeks te belasten. (Similes, 2012)

Toepassing triadekaart

Doel

De Triadekaart is bedoeld voor de familie van de patiënt. Familie speelt een belangrijke rol; dit heb ik ervaren tijdens mijn stage. Familie biedt steun en ook motivatie. Wanneer de patiënt geen motivatie had, was er vaak wel een familielid dat deze motivatie bood aan de patiënt. Soms was het ook anders: de patiënt vond motivatie door zijn of haar familie. Bijvoorbeeld, een vader die behandeld wilde worden voor zijn dochter, of een partner die beter wilde worden om hun relatie niet te schaden. Er waren verschillende casussen waarin het belang van de familie duidelijk naar voren kwam. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Sommige patiënten hadden echter geen familie, en bij hen was het niet altijd zichtbaar dat ze daar behoefte aan hadden. Vaak ging het om patiënten die al ver in hun leven stonden en bewust besloten hadden om zonder familie verder te gaan. Sommige hadden hun familie losgelaten omdat deze een negatieve invloed op hen had. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Ik kan eindeloos praten over het belang van familie, maar ik zou graag focussen op het middel dat wordt gebruikt bij familie-interventies: de Triadekaart. Tijdens mijn stage op de crisisafdeling van het psychiatrische ziekenhuis Dr. Guislain werd de Triadekaart niet toegepast (stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024).

De Triadekaart is vooral bedoeld voor familie en minder gericht op het hulpverlenersnetwerk. Het is een praktische tool om in kaart te brengen wie welke taken kan of wil opnemen. Zo wordt er duidelijkheid gecreëerd over de rolverdeling tussen de patiënt, zijn naasten en de hulpverlener.

Wat als we dit toepassen in Vlaanderen voor het ambulante netwerk?

De Triadekaart biedt een overzicht van wie welke taken op zich neemt. Er is dan ook minder kans dat bepaalde zaken verloren gaan of worden uitgesteld. Bovendien weet je bij wie je terecht kan als er iets niet in orde is. Het zou voor een betere samenwerking kunnen zorgen.

Het ambulante netwerk is eigenlijk net zo betrokken als een familie, ook al is er geen bloedverwantschap. Tijdens mijn stage kwam ik heel veel casussen tegen waarin ambulante hulpverleners betrokken een rol speelden die vergelijkbaar was met die van familie.

Ik heb nauwelijks casussen gezien waarin een hulpverlener zich helemaal terugtrok. Soms is er wel een netwerk maar is in het begin al niet betrokken, en daar kan je natuurlijk weinig aan doen. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Resultaat

Desondanks kan deze tool effectief worden ingezet om het netwerk van de patiënt te betrekken om zo een efficiënte integrale aanpak te bevorderen. Door het netwerk te betrekken, ontstaat er een betere samenwerking. Dit leidt uiteraard tot een snellere en effectievere aanpak van de problematieken van de patiënt.

Invloed crisiszorg op patiënten

Perspectief patiënt

In dit artikel hebben we stilgestaan bij verschillende elementen vanuit het perspectief van de hulpverlener. Echter, is het ook belangrijk om het perspectief van de patiënt te bekijken. We moeten begrijpen wat zij ervaren tijdens een opname, aangezien zij het middelpunt van alles zijn. Het is de patiënt die centraal staat, zeker tijdens een integrale aanpak. We mogen ook niet vergeten dat hun ervaring anders is dan die van de hulpverleners.

Tijdens mijn zoektocht naar bronnen heb ik verschillende artikels gevonden waarin er verschillende ervaring werd gedeeld uit de psychiatrie. Uiteindelijk vond ik een bron waarin getuigenissen van ex-patiënten uit Vlaanderen en Nederland werden beluisterd, die een gedwongen opname hebben meegemaakt.

Getuigenissen

Het artikel biedt een kort overzicht van de stijging van gedwongen opnames in Vlaanderen en Nederland en geeft uitleg over de procedure van gedwongen opname. Daarna worden de ervaringen van de twee ex-patiënten besproken. Dit is interessant, omdat we uit deze getuigenissen kunnen achterhalen wat een opname werkelijk met de mensen doet. (Debusschere & Smid, 2017)

De meeste patiënten hebben niet zo echt een goede ervaring met crisiszorg. De ex-patiënt vertelde dat ze onmenselijk werd behandeld en dat ze geen voorstander was van de medicatie die ze kreeg (Debusschere & Smid, 2017).

De ex-patiënt vond dat de psychiaters weinig aandacht hadden voor haar persoonlijke geschiedenis bij het opstellen van haar zorgplan. Er werd niet gekeken naar de aanleiding van haar problematiek. Ze vertelde dat ze zelfs meer trauma's ontwikkelde in plaats van zich beter te voelen. (Debusschere & Smid, 2017)

Zorg zonder dwang

In het artikel wordt er verwezen naar ambulante begeleiding als alternatief. In Nederland en in Vlaanderen wordt steeds meer ingezet op re-integratie van mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid. Door ambulante begeleiding te bieden, wordt er geprobeerd om zorg dichterbij te zetten, zonder dat deze dwangmatig is. (Debusschere & Smid, 2017)

De ex-patiënt uit Vlaanderen vindt gedwongen opnames niet passen in de participatiebeweging. Volgens haar worden patiënten steeds vaker beschouwd als iemand die toch beslissingen kunnen nemen, ondanks hun psychische kwetsbaarheid. (Debusschere & Smid, 2017)

Beide ex-patiënten zijn ervaringsdeskundigen geworden. Toch blijft hun geschiedenis met de psychiatrie nooit reuskleurig. De ex-patiënt uit Nederland heeft het nog moeilijk. Ze vertelt in het artikel dat ze vaak ruzie had met de psychiaters en dat ze gedwongen een inspuiting kreeg wanneer ze medicatie weigerde. (Debusschere & Smid, 2017)

Ervaring patiënten

Ik heb verschillende artikelen gelezen over de ervaringen van mensen in de psychiatrie. Ik denk dan ook aan Brenda Froyen, die verschillende boeken en artikelen heeft geschreven over haar ervaring in de psychiatrie. Ze heeft veel mensen beïnvloed.

Vanheule geeft het volgende aan: *“Het positieve is dat onze geestelijke gezondheidszorg wel degelijk opschoof in de goede richting, mede dankzij haar.”* (Detombe, 2024, Kwetsbaar).

Ervaring stage

Het is belangrijk om stil te staan bij de beleving van de patiënt. De gedwongenheid speelt vaak een rol bij veel patiënten. Veel patiënten zijn niet eens bezig met hun zorgtraject of het aanpakken van hun problematiek. Voor de meeste patiënten is een gedwongen opname een erg negatieve ervaring. Zeker als het een eerste keer is, patiënten hebben dan vaak geen inzicht in hun problematieken.

(Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Als ik terugkijk op mijn stageperiode, heb ik ook patiënten gekend die totaal niet tevreden waren met hun opname en deze als een negatieve ervaring beschouwden. Ik heb vooral gezien dat de aanpak van de problematieken vooral vanuit ons, de team, of het netwerk kwam. Wij legden de problematieken op tafel en gingen na hoe we het konden aanpakken. Soms bracht de patiënt zelf zijn problematiek in, maar dit was niet vaak het geval. Wat ik wel begrijp, is dat het een gedwongen procedure is en dat de patiënt niet zelf heeft gekozen om gedwongen opgenomen te worden. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Verskillende ervaringen

Als ik de ervaringen las van de ex-patiënten was ik wel verschoten hoe traumatiserende situaties zij meegemaakt hebben. Ik heb niet echt situaties meegemaakt waar ik zag dat de patiënt onmenselijk werd behandeld. Als de patiënt gevaarlijk was voor zichzelf of de omgeving werd dit wel aangepakt, maar niet op een onmenselijke manier. Er werd altijd aandacht besteed om voorzichtig om te gaan met de patiënten. Ik kan wel snappen dat de patiënten het anders ervaren maar ik ben nog nooit tijdens mijn stage een onmenselijke gedrag gezien tegenover een patiënt. (Stage-ervaring bij PC Dr. Guislain, 2024)

Conclusie

Hoewel mijn ervaring anders is dan die van de patiënt, blijft het belangrijk om beide invalshoeken te onderzoeken. Dit kan er ook voor zorgen om de zorgt en dus de integrale aanpak te verbeteren. Als we luisteren naar de ervaring van de patiënt kunnen we kijken hoe we de zorg kunnen verbeteren. Dit draagt bij aan een betere samenwerking, minder weerstand en meer ruimte voor de patiënt om met zijn of haar problematiek aan de slag te gaan. Als er geen samenwerking is, kan er geen effectieve zorg plaatsvinden en blijven de problematieken onopgelost.

Uitdaging

In het begin benadrukte ik het beperkte tijdsbestek voor een integrale aanpak. Na het interview met de maatschappelijk werker van de crisisafdeling kwamen we echter tot het inzicht dat er in de crisiszorg wel degelijk een aanzet wordt gegeven tot een integrale aanpak. Vaak is er geen tijd en ruimte voor verdere evaluatie, waardoor de aanpak niet volledig wordt afgerond.

Een aanzet tot een integrale aanpak is al waardevol; het is een start. De ZAG-werkwijze is zeker een instrument dat de integrale aanpak efficiënter maakt. Het bevordert een betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende betrokken partijen.

Daarnaast hebben we kort stilgestaan bij externe factoren die een invloed kunnen hebben op integrale aanpak, zoals bijvoorbeeld wachtlijsten. Netwerk bleek ook een belangrijk element, omdat het de samenwerking rond de problematieken deels mogelijk maakt.

Naast de ZAG-werkwijze hebben we ook de Triadekaart besproken. Het is een middel die oorspronkelijk bedoeld is voor familieleden, maar we hebben ook bekeken wat de meerwaarde zou kunnen zijn als we deze tool inzetten voor ambulante hulpverleners.

Tot slot hebben we ook aandacht besteed aan het perspectief van de patiënt, zodat hun visie en ervaring meegenomen kunnen worden binnen deze aanpak.

We hebben veel elementen gezien die een rol spelen bij een integrale aanpak binnen de crisiszorg. Er zijn verschillende factoren die de aanpak beïnvloeden. Dit roept de vraag op hoe we de elementen die een rol spelen bij een integrale aanpak in de crisiszorg beter kunnen vormgeven om de aanpak te optimaliseren.

Literatuur

- Bravis ziekenhuis. (s.d.). *Opname vervangende deeltijd behandeling (OVDB)*. bravis.nl. <https://www.bravis.nl/afdelingen/folders/opname-vervangende-deeltijd-behandeling-ovdb>
- Debusschere, J. (2019, 16 mei). *Steeds meer gedwongen opnames*. Sociaal.Net. <https://sociaal.net/achtergrond/steeds-meer-gedwongen-opnames/>
- Detombe, T. (2024, 26 november). *'Brenda Froyen beïnvloedde me sterk. Nog steeds voel ik haar meekijken over mijn schouder'*. Sociaal.Net. <https://sociaal.net/verhaal/brenda-froyen-beïnvloedde-me-sterk/>
- GGZ Rivierduiven. (s.d.). *Acute dagbehandeling voor volwassenen*. rivierduiven.nl. <https://www.rivierduinen.nl/zorgaanbod/acuut/acute-dagbehandeling/>
- Jacobs, R., Lamers, D., Peeters, P., Van Veldhuizen, R., & Westen, K. (2019, 11 maart). *Beter worden doe je thuis*. GGZ Totaal. https://www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-3712555/nieuws/beter_worden_doe_je_thuis.html
- Jacobs, R., Lamers, D., Peters, P., Westen, K., & Avans Hogeschool. (2017). *De ZAG-werkwijze*. <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/2017/02/Werkwijze-ZAG-Jacobs-R.-Lamers-D.-Peeters-P.-Westen-K..pdf>
- Open AI.(2023). *ChatGPT (maart versie)* [large language model]. <https://chatgpt.com/>
- Peeters, P., Westen, K., & Van Veldhuizen, R. (2019). *De ZAG-werkwijze - editie - Nurse Academy*. https://www.nurseacademyggz.nl/leermodules/leermodules_artikel/t/de_zag_werkwijze
- Psychiatrisch Ziekenhuis Dr. Guislain. (s.d.). *Crisis zorg (HIC)*. <https://www.pzdrguislain.be/zorgaanbod/crisiszorg-hic>
- Similes. (2012). Familie als partner in de GGZ. In *werkenmetfamilies.be* (p. 3). https://familieplatform.be/wp-content/uploads/2021/06/Werken_met_families.pdf
- Tiemens, B., & Van Meijel, B. (2012). Familie-interventies bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. *Nederlands Tijdschrift Voor Evidence Based Practice*, 10(4), 9–11. <https://doi.org/10.1007/s12468-012-0033-4>