AdSearch
ADVIES & RESEARCH
IN GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN

DAG VOL LEDIGHEID

Kwaliteit van dagbesteding in de verblijfssector van GGZ inGeest

Onderzoek in opdracht van de
Cliëntenraad GGZ inGeest Amsterdam

Mark Janssen
Wouter van de Graaf

Amsterdam
14 mei 2009

© AdSearch / Cliëntenraad GGZ inGeest Amsterdam

Janssen, M.A. & Graaf, W. van de (2009). Dag vol ledigheid. Kwaliteit van dagbesteding in de verblijfssector van GGZ inGeest. Amsterdam: AdSearch.

ISBN: 978-90-809530-9-3

Opdrachtgever:	Cliëntenraad GGZ inGeest Amsterdam
Begeleidingscommissie:	Goris van de Langenberg Pien Borghouts (tot 1/1/2009) Chantal Caes John Timmer
Projectleiding:	Mark Janssen
Projectuitvoering	Wouter van de Graaf Mark Janssen

AdSearch
ADVIES & RESEARCH
IN GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN

T: 020-6794443 / 06-41579776
E: MA.Janssen@inter.nl.net
Website: www.adsearch.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding …… 5
1.1 Aanleiding …… 5
1.2 Doelstelling …….. 5
1.3 Vraagstelling …… 5
1.4 Aanpak en methode …….. 6
1.5 Verloop van het onderzoek …….. 6
1.6 Leeswijzer ……..… 7

2. Begrippen en criteria …… 9
2.1 De Focusgroep ……. 9
2.2 Rehabilitatie en herstel ……..…….. 10
2.3 Herstelondersteunende zorg ……. 12

3. Resultaten ……. 15
3.1 Wat doen cliënten? …….. 15
3.2 Kwantitatieve gegevens over dagbesteding ……. 20
3.3 Kwalitatieve gegevens over dagbesteding ……23

4. Rehabilitatie en herstel …… 27
4.1 Rehabilitatie in GGZ Buitenamstel …….. 27
4.1.1 Tekorten in rehabilitatie ……. 28
4.1.2 Vrijwilligers …… 32
4.1.3 Overplaatsingen …….. 33
4.1.4 Successen in de rehabilitatie ……... 33
4.2 Herstel …….. 34
4.2.1 Herstelondersteunende zorg …… 36
4.2.2 Organisatorische belemmeringen …… 38

5. Conclusies ……. 43

6. Aanbevelingen …….. 47

Bijlage 1. Samenstelling en werkwijze van de Focusgroep ……. 51
Bijlage 2. Berekening van het aantal uren dagbesteding …… 52
Bijlage 3. Representativiteit van de steekproef …… 53

Literatuur ……. 55

Lijst van gebruikte afkortingen …….. 58

Dankwoord

Dit onderzoek zou niet mogelijk geweest zijn zonder de hulp van: Marion Ammeraal, Pien Borghouts, Bart Bulthuis, Chantal Caes, Maria Dekkers, Mandy Dikkes, Saskia van Dorp, Liesbeth van Eijndhoven, Yvonne van Honschoten, Doortje Kal, Goris van de Langenberg, Ine Menke, Gerry Metz, Doppy den Ouden, Karin Petersen, Jeannette Pols, John Timmer, Koos Timmermans.
Allen willen wij hierbij nogmaals hartelijk bedanken.
Ook danken we de geïnterviewde cliënten en medewerkers die we niet bij naam kunnen noemen omdat we hen anonimiteit hebben toegezegd.

Mark Janssen en Wouter van de Graaf

Hoofdstuk 1. Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek naar de kwaliteit van de dagbesteding in de langdurige zorg van GGZ Buitenamstel. Dit onderzoek heeft zich afgespeeld op twee locaties: Walborg en Bocholtstraat. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de aanleiding, de doelstelling, de vraagstelling, de aanpak en het verloop van dit onderzoek beschreven. Tijdens het onderzoek fuseerde GGZ Buitenamstel met De Geestgronden onder de nieuwe naam 'GGZ inGeest'.

1.1 Aanleiding

De Cliëntenraad van voormalig GGZ Buitenamstel heeft in de loop van 2007 signalen opgevangen over de kwaliteit van de dagbesteding in de klinieken voor langdurige zorg. Al eerder was aangetoond dat dagbesteding in verblijfsafdelingen tekortschiet en dat cliënten zich alleen maar vervelen (in het rapport 'Keten van lange zondagen'). Intern in de organisatie speelden zich discussies af of er wel voldoende rehabilitatie werd gerealiseerd en of dagbesteding niet teveel naar binnen of juist teveel naar buiten gericht zou zijn.
Een complicerende factor was daarbij de herpositionering van DATE[1] als zelfstandige eenheid, die nu aan de teams levert op grond van een inkooprelatie. Tegen de achtergrond van toenemende marktwerking, nieuwe wet- en regelgeving, fusies en reorganisaties ontstond de zorg dat de kwaliteit van de dagbesteding van de meest kwetsbare cliënten in het gedrang zou komen.
De Cliëntenraad zag mogelijkheden voor het doen uitvoeren van een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief en overlegde met bureau AdSearch over een mogelijke opzet daarvan. In verschillende overlegrondes in het najaar van 2007 is een onderzoeksplan gemaakt, waarmee begin 2008 de betrokken Clusters, de Raad van Bestuur en het Zorgkantoor instemden.

1.2 Doelstelling

Doel van het onderzoek is om vanuit cliëntenperspectief een oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de dagbesteding in de langdurige klinische zorg en om voorstellen ter verbetering te doen. Bovendien moet het onderzoek bijdragen aan de plaatsbepaling van de Eenheid D&A. De onderzoeksresultaten moeten aanbevelingen voortbrengen op grond waarvan de Cliëntenraad gerichte beleidsadviezen kan geven ter verbetering of ter bescherming van ontwikkelde werkwijzen.

1.3 Vraagstelling

De centrale vraag in dit onderzoek werd als volgt geformuleerd:

> *Wat is, vanuit cliëntenperspectief gezien, de kwaliteit van de dagbesteding in de langdurige klinische zorg van GGZ Buitenamstel en welke verbeteringen zijn hierin mogelijk?*

[1] Zie voor de verklaring van de helaas onvermijdelijke afkortingen de lijst aan het eind van dit rapport. DATE is de dienst Dagbesteding, Arbeid, Training en Educatie en heet officieel D&A.

1.4 Aanpak en methode

In dit kwaliteitsonderzoek worden eerst kwaliteitscriteria ontwikkeld vanuit cliëntenperspectief. Vervolgens worden gegevens verzameld om die criteria te toetsen. Omdat het veld sterk in beweging is en allerlei variabelen niet bij voorbaat vaststonden, is gekozen voor een verkennende en globale aanpak.
Kwaliteitscriteria zijn (na een literatuurverkenning) ontwikkeld in een Focusgroep van (ervarings)deskundigen op het gebied van dagbesteding, rehabilitatie en herstel.
De dataverzameling op de twee locaties, Walborg en Bocholtstraat, is voorbereid door interviews met sleutelpersonen en gesprekken met leidinggevenden. Op elke locatie zijn 10 cliënten geïnterviewd en (met hun toestemming) hun activiteitenbegeleider, hun persoonlijk begeleider en soms ook hun behandelaar. Tijdens deze interviews, en in de voorbereiding ervan, zijn observaties verricht. Ook zijn alle relevante documenten opgevraagd en bestudeerd.
De gevolgde methode is die van kwalitatief onderzoek (Taylor & Bogdan, 1984; Wester e.a., 2000; Wester & Hak, 2003). Daarbij wordt teruggegrepen op Glaser & Strauss (1976) als het gaat om de begrippen *voortdurende vergelijking* en *triangulatie*: de analyse vangt aan bij het begin van de dataverzameling en de onderzoeker legt zijn tussentijdse inzichten vast in *memo's*. Door informatie uit verschillende soorten bronnen te vergelijken, wordt de validiteit van de bevindingen verhoogd.
Bij dit alles is ook goede notie genomen van de methodische aanwijzingen voor kwaliteitsonderzoek en panelonderzoek (zie ook Janssen, 2006).

1.5 Verloop van het onderzoek

Om verschillende redenen heeft dit onderzoek langer geduurd dan voorzien. Op 28 maart 2008 werd de opdracht tot het onderzoek bevestigd. In de eerste bijeenkomst van de Begeleidingscommissie medio mei werden de concrete aanpak en de planning vastgelegd. In juni begon het onderzoek met literatuurstudie, oriënterende gesprekken en voorbereiding van de Focusgroep. De bijeenkomst van de Focusgroep moest over de vakantietijd worden heen 'getild' naar 10 september.
In oktober ging de dataverzameling van start op de Walborg en in de Bocholtstraat, na diverse kennismakingen, rondleidingen en oriënterende gesprekken. Het bleek echter tijdrovend om de medewerking van cliënten te verkrijgen. De gekozen insteek om ons door medewerkers te laten introduceren op dagopeningen en groepsvergaderingen bleek niet goed te werken: slechts enkele cliënten meldden zich daarbij aan. De foldertjes die we op de prikborden bevestigden, leidden ook tot weinig respons. Wat beter werkte was veel aanwezig te zijn in de ontmoetingsruimtes en de rookhokken om praatjes aan te knopen en het ijs te breken. Het voordeel daarvan was wel dat er meer observaties konden worden verricht. In december en januari liep het onderzoek vertraging op door ziekte en verplichtingen elders. In februari en maart werd hard gewerkt en half april 2009 werd de dataverzameling afgesloten.
Zodoende duurde het project langer dan was voorzien. Dat kwam het onderzoek ten goede, doordat er meer observaties konden worden verricht, maar ook doordat cliënten over langere tijd konden worden gevolgd. Elke geïnterviewde cliënt is tijdens observaties nog drie tot zes keer gesproken: dat droeg bij aan een beter begrip van hun uitingen en omstandigheden, maar gaf soms ook zicht op de vorderingen van hun rehabilitatie. In de

langdurige zorg zijn de processen langzaam, door lang aanwezig te zijn kregen we daarop soms een beter zicht.
Oorspronkelijk was het de bedoeling om in de Kernteams aanwezig te zijn en daarin een groepsinterview te arrangeren met cliënt, activiteitenbegeleider, persoonlijke begeleider en behandelaar. Om verschillende redenen is daarvan afgezien: soms had een cliënt heel weinig contactuele en verbale vermogens, en zou zo'n groepsinterview alleen maar vervreemding hebben opgeleverd. In andere situaties werden Kernteams bijeengeroepen omdat er een conflict of probleem moest worden opgelost. Als onderzoekers wilden we geen inbreuk maken op de toch al schaarse tijd. In één conflictsituatie voelde de cliënt zich gesteund door de aanwezigheid van een onderzoeker (die immers werkt voor de Cliëntenraad), maar leek dat de medewerkers weer geen goed idee (en de onderzoeker ook niet). Voorts bleek dat de planning van Kernteams aanzienlijk wordt bemoeilijkt door agendaproblemen en ook dat vergrootte onze terughoudendheid.
In plaats van groepsinterviews in de Kernteams zijn daarom afzonderlijke interviews gehouden met de betrokkenen. Dat betekende wel meer werk: in totaal zijn 24 interviews gehouden met cliënten, 13 met activiteitenbegeleiders, 14 met PB-ers en 5 met behandelaars (interviews met cliënten werden soms 'opgeknipt', in interviews met medewerkers konden soms meerdere cases besproken worden). Van de 20 cliënten in de steekproef weigerden 4 toestemming te geven om hun behandelaars, PB-ers en/of activiteitenbegeleiders te benaderen.
Nog eens 14 interviews hebben plaatsgevonden als voorbereiding en als aanvulling op het onderzoek. Het totale aantal interviews bedroeg derhalve 70. De tijdsduur daarvan kon variëren van 30 minuten tot ruim anderhalf uur.
Van alle betrokkenen werd een uitstekende medewerking verkregen. Medewerkers waren altijd bereid om ons te woord te staan en om zonodig aanvullende informatie aan te leveren. Wij willen hierbij allen nogmaals hartelijk danken.

1.6 Leeswijzer

De opbouw van dit rapport is als volgt: in Hoofdstuk 2 worden de gehanteerde begrippen en criteria toegelicht. In Hoofdstuk 3 geven we onze bevindingen over dagbesteding. In Hoofdstuk 4 plaatsen we de bevindingen over dagbesteding in het licht van rehabilitatie en herstel. Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en dit hoofdstuk laat zich ook goed als samenvatting lezen. In Hoofdstuk 6 geven we tenslotte onze aanbevelingen.
Een aantal details is in de bijlagen verwerkt. Op de laatste bladzijde van dit rapport worden de gebruikte afkortingen verklaard.

Hoofdstuk 2. Begrippen en criteria

In dit hoofdstuk definiëren we de kernbegrippen van dit onderzoek en expliciteren we de kwaliteitscriteria waaraan goede dagbesteding zou moeten voldoen. Een belangrijke bijdrage aan dit hoofdstuk werd geleverd door de Focusgroep. De inzichten en adviezen van de Focusgroep over rehabilitatie, herstel en herstelondersteunende zorg zijn verder uitgewerkt aan de hand van de literatuur.

2.1 De Focusgroep

De Focusgroep kwam bijeen op 10 september 2008. In Bijlage 1. zijn de samenstelling en werkwijze van de Focusgroep beschreven. Het doel was om kwaliteitscriteria te formuleren waaraan goede dagbesteding op GGZ-verblijfsafdelingen dient te voldoen. Daarbij werd uitgegaan van het cliëntenperspectief.
De Focusgroep stelde unaniem de volgende definities en uitgangspunten vast:

1. Dagbesteding is een achterhaalde term. Waar het om gaat is de begeleiding en facilitatie van activiteiten van langdurig zorgafhankelijke cliënten om hun kwaliteit van leven te verhogen.[2] *Deze cliënten komen vaak veel tekort. Daarbij moet gedacht worden aan het hele scala van menselijke behoeften.*
2. Dagbesteding dient ook op verblijfsafdelingen geleid te worden door inzichten over rehabilitatie en herstel.
3. Bij dagbesteding (in het licht van rehabilitatie en herstel) is individuele begeleiding nodig en worden er individuele plannen gemaakt en individuele trajecten uitgezet (een vast aanbod van groepsactiviteiten en is hieraan ondergeschikt).

Deze gedachten en uitgangspunten werden door de Focusgroep als volgt geconcretiseerd:

- Rehabilitatie en herstel moeten niet beperkt blijven tot de activiteitenbegeleiding, maar dienen het *uitgangspunt te vormen voor alle behandeling, bejegening en organisatie* op verblijfsafdelingen. Behandelaars werken *herstelondersteunend*. Stabilisatie en risicovermijding zijn niet het hoogste doel. Medicatie wordt afgestemd op de rehabilitatie. *Rehabilitatieplannen* worden opgesteld op grond van de door de cliënt zelf gekozen doelen. Daartoe wordt methodisch *navraag* gedaan naar de wensen, dromen en behoeften van cliënten. De eigen regie en het eigen initiatief worden zoveel mogelijk gestimuleerd. Er is een *casemanager* die de diverse hulpverleners en instanties coördineert in samenspraak met de cliënt.
- De behoeften van de individuele cliënt kunnen *op alle vlakken* liggen, ook bijvoorbeeld seksualiteit en intimiteit, nachtrust, voeding. Bij dagbesteding kan dus ook aan nachtbesteding worden gedacht. Hulp bij zelfverzorging of huishouden kan aangewezen zijn als dat betekent dat de cliënt zijn energie kan bewaren voor zinvoller activiteiten.
- De beweging wordt op gang gezet *van binnen naar buiten*: bewoners nemen zoveel mogelijk deel aan activiteiten buitenshuis, zoals educatie, recreatie en sport,

[2] Dagbesteding kan men van twee kanten bezien: als datgene wat een cliënt aan activiteiten onderneemt en als datgene wat een voorziening doet om de activiteiten van de cliënt te faciliteren. In dit onderzoek is van deze tweede betekenis sprake.

zelfhulpgroepen, cliëntenorganisaties, vrijwilligerswerk of betaald werk (en alle voorbereidingen en trainingen daartoe).

- De beweging wordt op gang gezet *van buiten naar binnen*: ervaringsdeskundigen worden uitgenodigd en ingeschakeld, vrijwilligers worden geworven en aan het werk gezet, familieleden worden gevraagd een bijdrage te leveren, buurtbewoners worden uitgenodigd, faciliteiten binnenshuis worden beschikbaar gesteld aan buurtbewoners, vriendendiensten worden ingeschakeld om met cliënten activiteiten te ondernemen.
- Het klakkeloos accepteren van *passiviteit* van cliënten is geen 'respect voor autonomie', maar is mensen in de steek laten. Bij passiviteit is het nodig om goed uit te zoeken waarvoor de cliënt wel gemotiveerd is, om het verleidelijke aanbod te doen, om drempels te verlagen, om te stimuleren en desnoods wat aandrang uit te oefenen. Systematisch dwang uitoefenen werkt echter averechts.
- Er is menskracht en vaardigheid nodig om *kwartier* te maken in, en cliënten te begeleiden naar maatschappelijke verbanden.
- *Vrijwilligers* worden ingezet bij het organiseren van activiteiten en bij het vergezellen of begeleiden van cliënten.
- *Vrijwilligersrollen* worden geschapen voor cliënten die een aandeel leveren aan werkzaamheden binnens- of buitenshuis. Alle vrijwilligers hebben recht op werkbegeleiding, vrijwilligersvergoeding en liefst ook onkostenvergoeding.
- Er is aandacht voor en begeleiding bij het vinden van *betaalde arbeid* en bij de voorbereiding daarop. Mogelijkheden tot incidentele bijverdiensten worden geboden.
- Er wordt ruimte geboden voor *creativiteit en spontaniteit* die buiten de dagelijkse routines vallen. Evenementen, vakanties en verwenzorg worden georganiseerd, maar gelegenheid wordt ook geboden voor eigen initiatief, ongeplande activiteiten en 'regelvrije ruimtes'.
- Er is aandacht voor de bijzondere behoeften van *specifieke groepen*, zoals vrouwen, mannen, migranten, ouderen en jongeren. De behoefte aan rehabilitatie en herstel is niet leeftijdgebonden.

2.2 Rehabilitatie en herstel

Over rehabilitatie en herstel doen vele opvattingen de ronde. Een eerste verduidelijking is die van Boevink (1997): rehabilitatie is het bevorderen van herstel; rehabilitatie is daarbij wat de hulpverlener doet, herstel is wat de cliënt doet.
Ook Van Wel e.a. (2002) vinden rehabilitatie een vorm van hulpverlening. Zij onderscheiden die van behandeling. Behandeling is gericht op problematische afwijkende of afwezige psychologische functies. Rehabilitatie is gericht op activiteiten en participatie.
De auteurs benadrukken dat meer duidelijkheid over rehabilitatie geboden is: "Als emancipatiebeweging probeert rehabilitatie een plaats te verwerven naast de reguliere psychiatrie en dat is mede een politiek proces. Het ontbreken van een gezamenlijke definitie is een slechte zaak. Het roept verwarring op bij professionals, terwijl deze bij een nieuwe hulpverleningsvorm juist behoefte hebben aan een duidelijke positionering."
De auteurs stellen vervolgens een algemene definitie van rehabilitatie voor:

> *"Rehabilitatie is het proces waarbij men directe hulpverlening aan de cliënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel de activiteiten en participatie zoveel mogelijk te vergroten en aanwezige capaciteiten zo*

goed mogelijk te gebruiken, in een zo normaal mogelijk sociaal kader." (Van Wel e.a., 2002, p. 197)

De auteurs zien verschillende uitwerkingen van rehabilitatie zoals de ontwikkelingsgerichte en de milieugerichte rehabilitatie. Deze verschillen volgens hen gradueel en niet principieel:

> *"Ontwikkelingsgerichte rehabilitatie is het ondersteunen van de cliënt bij het kiezen, verkrijgen en behouden van zijn doelen waarbij gestreefd wordt naar succes en tevredenheid met zo min mogelijk professionele hulp." (Id., p. 199)*

In de ontwikkelingsgerichte rehabilitatie staan de doelen van de cliënt centraal, waarbij benadrukt wordt dat deze daadwerkelijk stoelen op de individuele keuzen van de cliënt. In de milieugerichte rehabilitatie vormt het beïnvloeden en normaliseren van de omgeving van de cliënt de ingang:

> *"Milieugerichte rehabilitatie is het begeleiden en beïnvloeden van de directe omgeving van de cliënt als ook het beïnvloeden van culturele en maatschappelijke factoren waarbij gestreefd wordt naar succes en tevredenheid in een zo normaal mogelijk sociaal kader." (Id., p. 201)*

In een veelgeciteerd artikel noemen Dröes en Van Weeghel (1994) de voornaamste methodische elementen van rehabilitatie. Vrij samengevat:

- biedt hoop, perspectief en ontwikkeling aan cliënten;
- bedenk dat het belangrijk is dat er mensen zijn die in de cliënt geloven;
- streef naar een meer insluitende samenleving door antistigmastrategieën en door kwartiermaken;
- streef naar lotsverbetering, ontvoogding en *empowerment* (macht teruggeven);
- zorg voor vaardigheidstrainingen, maar ook voor omgevingsverbeteringen;
- werk aan de door de cliënt zelf gekozen doelen op belangrijke levensgebieden;
- bedenk dat de bijkomende consequenties van de psychiatrie soms erger zijn dan de ziekte zelf (bv. zelfrespect, stigma, bevoogding).

Ook de laatstgenoemde auteurs benadrukken dat rehabilitatie dient om het herstel van cliënten te bevorderen. Herstel is het Nederlandse equivalent van *recovery*, dat door Anthony als volgt is gedefinieerd:

> *"... een intens persoonlijk, uniek proces van verandering in iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich mee brengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de catastrofale gevolgen van de psychische aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven." (Anthony, 1993)*

"In publicaties van GGZ-cliënten over hun eigen herstelpogingen en -proces (Boevink, 1997; Deegan, 1995; Deegan, 1998; Kole, 2003; Spaniol en Koehler, 1994) wordt herstel als een subjectief, natuurlijk proces beschreven dat (ook) onafhankelijk van de geboden hulp kan plaatsvinden (zie ook: Henkens, 1996; Van Weeghel, 1995). Herstel is een proces dat zich grotendeels in het innerlijk van de persoon voltrekt." (Boevink, 2005). Daarbij wordt het onderscheid gemaakt tussen herstel en genezing/psychische stabiliteit: herstellen sluit niet uit dat bepaalde beperkingen blijven bestaan of dat zich psychische crises blijven voordoen. Omgekeerd garandeert de afwezigheid van symptomen en stabiliteit niet het herstel.

Herstel is gebaat bij een samenwerkingsrelatie met behandelaars (en niet bij een bevelshuishouding). Herstel heeft alles te maken met het herwinnen van de eigen kracht en macht (*empowerment*), want dat betekent ook herwinnen van de regie over het eigen leven en over de eigen behandeling. De steun van ervaringsdeskundigen speelt daarbij vaak een cruciale rol. Het terugvinden en vertellen van het 'eigen verhaal' is voor velen een keerpunt. Accepteren van en leren omgaan met de psychische handicaps gaat vaak samen met het inwisselen van een patiëntidentiteit voor die van gelijkwaardige medemens.[3]

2.3 Herstelondersteunende zorg

Psychiater Jos Dröes heeft als een van de eersten nagedacht over de consequenties die het herstelbegrip heeft voor de psychiatrische behandeling. Op de conferentie 'Van verblijf naar herstel' op 31 januari 2008, benadrukte hij dat herstel ook op verblijfsafdelingen het richtinggevende principe dient te zijn (wellicht niet voor iedereen op hetzelfde niveau op hetzelfde moment in alle aspecten, maar toch zonder twijfel als principe richtinggevend). Hij schetste de volgende elementen van herstelondersteunende behandeling:

- de hulpverlener is *present* (aandachtig aanwezig);
- hij gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en *bescheiden* wijze;
- hij reageert *persoonlijk* op gevoelens en emoties;
- hij maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het *eigen verhaal* van de cliënt;
- hij herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (*empowerment*) zowel individueel als collectief;
- hij erkent, benut en stimuleert de *ervaringsdeskundigheid* van de cliënt;
- hij erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door *belangrijke anderen*;
- hij richt zich op het *verlichten van lijden* en het *vergroten van eigen regie / autonomie*. (Dröes, 2008)

Dröes onderscheidt tenslotte een aantal *belemmeringen,* die zich in de praktijk voordoen. Er is gebrek aan tijd en geduld, de verblijfsmilieus zijn te gesloten en eenduidig, er is teveel professionele distantie en er zijn persoonlijke beperkingen in het omgaan met emoties:

- het maken van een eigen verhaal vraagt tijd en geduld, hulpverleners moeten meer aandacht hebben voor langzame processen en de betekenis van bijzondere momenten;
- verblijfsafdelingen zijn vaak naar binnen gekeerd en rechtlijnig. Moedigen niet aan tot het uitbouwen van autonomie, zelfstandigheid en eigen regie. Hechten geen belang aan ervaringsdeskundigheid. Er komen geen vrijwilligers. Er komen geen belangrijke anderen. Er is geen makkelijke verbinding met plekken voor dagbesteding, ontspanning of werk;

[3] Tijdens de onderzoeksperiode werd in februari 2009 het begrip herstel ingevoerd als leidend principe in GGZ inGeest. De RvB accepteerde het visiedocument van Ammeraal e.a. (2009). Speerpunten bij de implementatie hiervan zijn: de inzet van ervaringsdeskundigen, attitude van behandelaars, maatschappelijke participatie en familiebeleid. Helaas ontbreekt in het visiedocument een duidelijke definitie van herstel.

- de cultuur rond het omgaan met gevoelens en emoties is een probleem. Het niet emotioneel gehoord of begrepen worden is in alle herstelinterviews van cliënten een algemene en prominente kritiek. Distantie is het probleem: hulpverleners reageren vanuit protocollen, theorieën en aangeleerde patronen. Dat brengt hulpverleners in een bekijkende en objectiverende modus: ze gaan mensen zien als gevallen: "Dat is wat cliënten ons kwalijk nemen. (…) Ik ben ervan overtuigd dat dit de voornaamste barrière is bij het invoeren van herstelondersteunende zorg." (Dröes, 2008)

Hoofdstuk 3. Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de dagelijkse bezigheden van cliënten op de Walborg en de Bocholtstraat en het aandeel daarin van het activiteitenaanbod. Uit de cijfers blijkt dat dit aanbod onder de norm ligt. De mening van cliënten en medewerkers stemt hiermee overeen: er is te weinig te doen. Daarnaast zijn sommige activiteiten onvoldoende interessant. Activiteitenbegeleiders kunnen onvoldoende individuele aandacht geven, maar enkele gunstige uitzonderingen doen zich voor. De maatschappelijke aansluiting is vaak gering of afwezig.

3.1. Wat doen cliënten?

De belangrijkste bezigheden van de cliënten op de Walborg en de Bocholtstraat zijn: slapen, roken, eten, zitten, tv-kijken, muziek luisteren en met elkaar omgaan. Daarnaast neemt men soms deel aan activiteiten.

Slapen

Het bed is de plek waar cliënten de meeste tijd doorbrengen. Iedereen wordt 's ochtends gewekt (vaak zijn het medecliënten die de wekdienst verzorgen) en met enige aandrang gestimuleerd om op te staan. Vaak is ontbijt en ochtendbespreking dan de eerste activiteit. Waarna vele cliënten weer het bed opzoeken. Na het middageten wordt er ook veel gerust. En 's avonds gaan de meesten weer vroeg naar bed. Naar schatting besteden cliënten bijna de helft van hun dag in of op bed.

Op wisselende manieren wordt geprobeerd om mensen uit bed te houden, door een vroeg activiteitenaanbod dat min of meer verplicht wordt gesteld. In de Bocholtstraat is geprobeerd om 's ochtends een *warming up* te houden. Dat bleek niet goed te werken en is afgeschaft. Op de Walborg wil men nu 's ochtends een verplichte wandelgroep organiseren voor de besloten afdeling.

Roken

De Walborg heeft zes rookruimtes, de Bocholstraat zeven. Op elk moment van de dag en de avond zijn daarin cliënten te vinden, soms een enkeling per ruimte, soms wel tien. De rookhokken vormen daarmee veruit de meest gebruikte activiteitenruimtes. In de rookruimtes wordt gepraat en de gezelligheid is dusdanig dat ook niet-rokers worden aangetrokken. In het fotoproject over Walborg wordt dit ook opgemerkt (Cliëntenraad GGZ Buitenamstel, 2006).

Dit ondanks de kale inrichting en de rommel die al snel ontstaat. In sommige rookruimtes is een CD-speler en een radio aanwezig, maar geen televisie. In de rookserre van de Walborg zet men zijn koffiekopjes in de asbak, bij gebrek aan een bijzettafeltje.

> *Ik ga in het rookhok zitten, waar een oudere heer zit. Hij rolt een shagje. 'Roken, roken en maar roken', zegt hij. Zijn rookvinger is zwart verkleurd, bijna over de hele lengte. Of ik opgenomen ben. Nee, ik ben onderzoeker. 'O, ik ook', zegt hij. We wisselen informatie uit. Hij komt tot niets, zegt hij. Hij kan niet werken met zijn voet. Met zijn hoofd wel, maar wat dan? Computeren doet hij niet. Hij steekt nog een shagje op. Of ik opgenomen ben, vraagt hij opnieuw. (Observatie)*

In een rookhok zijn sinds kort mooie schilderijen opgehangen van een van de cliënten. Het lijkt een eerste erkenning dat roken ook gezellig mag zijn (alle andere rookhokken hebben kale muren, soms mogen er geen stoelen naar binnen). Een energieke jongeman komt binnen en vertelt dat hij tijdens zijn opname verslaafd is geraakt aan het roken:

> *"Je moet wel roken, want er is gewoon niets anders te doen." (Observatie)*

Driekwart van de langdurig zorgafhankelijke cliënten rookt en zij hebben niet meer symptomen, maar wel een groter netwerk, melden Theunissen e.a. (2008). Het feit dat zij niet-rokers aantrekken kan hiermee te maken hebben. Het onderzoek op Walborg verloopt een stuk vlotter sinds de onderzoeker weer is gaan roken.

Zitten en niks doen

Veel tijd wordt door de cliënten zittend doorgebracht. In veel gevallen praat men met elkaar of kijkt men TV, maar sommige cliënten lijken in volstrekte passiviteit te zitten. In de ontmoetingsruimte van de Walborg zitten altijd wel enkele cliënten langs de muur, in een houding die weinig uitnodigt tot contact (maar soms komt er iemand langs die hen aanspreekt). In de rookruimtes zitten sommige mensen urenlang, zonder enige aanspraak. Enkelen van hen spreken in het geheel niet.

In de Bocholtstraat zitten er bij alle weertypes mensen buiten te roken voor De Vraag. Er wordt wat gebietst en gehosseld en men let op de mensen die voorbijkomen: het is een knooppunt waar iedereen langs komt.

Zodra er zon is zitten mensen met genoegen in de prachtige binnentuin van de Walborg. Een opvallend verschil doet zich voor met de binnentuin van de Bocholtstraat, die veel minder wordt gebruikt en die waarschijnlijk te besloten is.

Op het eerste gezicht lijkt het dat er veel wordt gezeten en niks wordt gedaan. Maar op het tweede gezicht is dat misschien helemaal niet het geval. Nogal wat cliënten denken, sommigen hardop; soms hele gesprekken met de stemmen die zij horen, en anderen niet. Hardop nadenken met eigen hoofd; dat zou best eens kunnen. Allemaal mensen die veel meegemaakt hebben, nog veel meemaken en dat in een omgeving waar ze niemand zelf hebben uitgekozen. Waar, door anderen, van alles wordt bedacht en aangeboden en waar de tijd verstrijkt. Waar iedereen medicatie gebruikt, die aan de en kant helpt en aan de andere kant extra problemen veroorzaakt, waar affectie, genegenheid soms handelswaar lijkt te worden, waar, al dan niet legale, drugs volop voorhanden zijn.

De lichamelijke inactiviteit zegt dus weinig over de geestelijke activiteit, die moeilijk valt te bepalen. Sommige cliënten mediteren en zeggen daarbij baat te hebben:

> *"Ik zit uren te ademen. Persoonlijke gedachten, geschiedenis, lichamelijke toestand. Ik heb de indruk dat het helpt." (Interview)*

Een cliënt brengt urenlang zittend door in een rustige huiskamer, meestal met gesloten ogen. Hij lijkt te mediteren. Op andere momenten is hij alert, vrolijk en vol leven. De onderzoeker noteert:

> *Ik krijg het idee dat de rust en het stilzitten voor hem een oase vormen, een soort kluizenaarsschap wellicht, maar iets dat tegemoet komt aan zijn behoefte. De maatschappelijke norm van activiteit, beweging en productiviteit kan voor sommige cliënten meer behoren tot het probleem, dan tot de oplossing. (Memo)*

Eten

Er wordt 'ontkoppeld gekookt', dat wil zeggen dat de warme maaltijd iedere dag wordt aangeleverd en ter plekke wordt opgewarmd. In de regel eten cliënten 's middags warm,

hoewel velen de voorkeur geven aan een warme maaltijd 's avonds (Cliëntenraad GGZ Buitenamstel, 2008). Bij één afdeling is de voorkeur voor de warme maaltijd 's avonds gehonoreerd.
De maaltijden worden georganiseerd als een groepsgebeuren. Dit is mede om structuur aan de dag te geven. Het is niet de bedoeling dat men zijn dienblad meeneemt naar de eigen kamer.
In de Bocholtstraat kunnen cliënten en medewerkers op De Vraag eten.
Bij het eten op de afdeling hebben de cliënten om beurten corvee: dekken, afruimen en afwassen.
Op sommige dagen wordt er op de afdelingen gekookt door de cliënten zelf. Hiervoor is altijd veel animo. De zelfbereide maaltijden zijn gezelliger en duren langer dan de ontkoppelde kook, zo wordt gerapporteerd.
Naast het eten wordt er ook flink wat gesnoept. Mogelijk draagt dat bij aan het overgewicht van veel cliënten.

Televisie-kijken
In elke huiskamer staat een televisie. Overdag's staan de meeste televisies uit, in tegenstelling tot veel andere instellingen, waar het scherm non-stop aanstaat. Kennelijk wordt het TV-kijken ontmoedigd. Op afdeling KOZ van de Walborg is dit jaar de regel gesteld dat de TV niet voor 16.00 uur aan mag, om de cliënten te stimuleren om activiteiten te ondernemen. Enkele cliënten van de besloten afdeling protesteren tegen deze maatregel, die ze als betuttelend ervaren ("waarom zou je om 12 uur niet naar het journaal mogen kijken"). Vaak worden 's avonds DVD's gedraaid en besproken op initiatief van de activiteitenbegeleiders. Op de gesloten afdeling is er weinig te doen en daar wordt de TV soms gemist. Ook DVD's mogen overdag's niet worden gedraaid.

Muziek luisteren
Muziek speelt een belangrijke rol in het leven van veel cliënten. Sommigen hebben continu een walkman op. Velen hebben stereoapparatuur op hun kamer of luisteren muziek in de huiskamer of rookruimte. DVD's met muziek zijn populair. Sommigen hebben een uitgebreide muziekcollectie en één cliënt is een wandelende encyclopedie die vaak geraadpleegd wordt. Muziek is soms een uitgebreid onderwerp van gesprek:

> *We zitten met zijn vijven in de rookserre. Gisteren is op Schiphol een vliegtuig neergestort. 'Fly like an eagle', zingt A. 'Eigenlijk mag je vandaag niet zingen over vliegtuigen', zegt B. 'Maar van wie is dat nummer eigenlijk', vraagt C. 'Toch niet van de Eagles? Led Zeppelin?' 'Allman Brothers', opper ik. 'Fleedwood Mac?' 'Nee, het is van een band die genoemd is naar de zanger', zegt D. Dezelfde band die ook zingt van 'I'm a sinner, I'm a grinner', weet ik te vertellen. 'Weet je wel wat dat is, een sinner', vraagt B. En of we dat weten. E. komt binnen en we leggen haar de vraag voor. We zingen nog eens 'I'm a sinner'. 'Oh, dat is de Steve Miller Band', roept E. Probleem opgelost, iedereen is het er mee eens. (Observatie)*

Een activiteitenbegeleider wil concerten organiseren in de avond, als de ontmoetingsruimte van de Walborg leeg staat.

> *"Zonde dat die ruimte zo weinig gebruikt wordt.." (Interview)*

Hij heeft een aanbod van muzikanten om te komen spelen en mikt op de vroege avonduren. Wellicht willen er ook buurtbewoners komen.

Met elkaar omgaan
Sommige cliënten vermijden contact. Ze zitten of lopen met een blik op oneindig en een uitstraling van 'ik ben er niet'. Dit is het gedrag dat men ook kan waarnemen bij metroreizigers. Maar de meeste cliënten zijn wel in voor een praatje.
Veel cliënten zijn oude bekenden. Zij zoeken elkaar op in de ontmoetingsruimten, ook als ze buiten de instelling zijn gaan wonen. Sommigen zijn vrienden geworden, waarbij de leeftijdsgrenzen soms vervallen. Zo vertelt een jonge cliënt:

> *"Ik ga elke avond even naar een mevrouw op de ouderenafdeling. Dat is een heel bijzonder mens." (Interview)*

In de ontmoetingsruimte van de Walborg kunnen oudere cliënten in contact komen met jongeren. Maar veel van het contact tussen cliënten ontstaat omdat men nu eenmaal in het zelfde schuitje zit. De onderlinge omgang is vriendelijk en tolerant, ook ten opzichte van degenen die zich afwijkend gedragen. Alleen als men er veel last van heeft zal men elkaar corrigeren:

> *Een oudere mevrouw loopt altijd hardop te zingen. In de rookruimte wordt ze soms gecorrigeerd. 'Toe nou Marie, nu even niet zingen!' (Observatie)*

De sfeer is gemoedelijk en er is met name op de Walborg weinig agressie. In de Bocholtstraat is er wat meer (verbale) agressie en angst voor elkaar, vaak in samenhang met drugsproblematiek.
Bij onbegrijpelijke uitingen gaat men niet in discussie, maar ontwijkt men de inhoud met vage antwoorden, terwijl men non-verbaal interesse en vriendelijkheid blijft uitstralen. In termen van Watzlawick (1974) heeft het betrekkingsniveau dan voorrang op het inhoudsniveau. Dat draagt bij aan de prettige sfeer die meestal aanwezig is.
Maar soms is de communicatie op de inhoud recht voor de raap:

> *Ik zit in de rookruimte met twee heren en twee dames. 'O, jij doet hier interviews? Vertel nou eens, wat vind je van ons gekken?', vraagt de ene heer. De twee dames reageren gegeneerd. 'Nou ik vind dat er heel veel lieve mensen zijn', zeg ik.*
> *'O', zegt de eerste dame 'Ik kan best een bitch zijn hoor'.*
> *'Jij bént gewoon een bitch', grapt de heer.*
> *'Ik ben best lief, maar ze moeten me niet in de zeik nemen', zegt dame twee. (Observatie)*

Soms echter is de sfeer om te snijden, en zijn de onderzoekers blij om zich uit de voeten te kunnen maken:

> *Het is vrijdag de dertiende, misschien ligt het daaraan. Als ik binnenkom tref ik Bep geheel over haar toeren, in het zwart gekleed met punkerige doodskoppen. 'Ze hebben mijn weekendverlof ingetrokken, nu kan ik niet naar mijn vriend.' Willem staat er bij en begint boos een eigen verhaal af te steken: 'Ik was bij een hoer die heeft me afgetrokken, en toen bleek het een man te zijn, ik kan mezelf toch wel aftrekken, daar heb ik geen vent voor nodig.' Ik vraag Bep om even een sigaretje te gaan roken. Willem loopt mee. 'Nee, ik wil jou niet mee', schreeuwt Bep, die geen behoefte heeft aan ook nog ongewenste intimiteiten. Willem gaat toch mee naar het rookhok en doet daar opnieuw zijn beklag. Daar hoest de bejaarde Aleid haar longen uit haar keel en steekt ondertussen nog een peuk op. Claar bietst een sigaretje dat ze na twee slurpende halen weer uitdrukt. Daan zit er niet te zijn, ik heb hem nog nooit een woord horen zeggen, iedereen negeert hem ook. Els zit naast hem met glazige ogen in de verte te kijken en praat voor zich uit. Tijdens dit alles blijft Bep tieren: 'Het zijn racisten, het zijn varkens, ze eten varkens en het zijn varkens. Ik ga heroïne*

kopen. Ik ga me snijden.' 'Rustig nou', zegt Hella, maar Bep is niet voor rede vatbaar. Ze loopt weg. Hella maakt van de gelegenheid gebruik om het negatieve doopceel van Bep door te lichten. Willem vertrekt. Hans begint een apert onzinverhaal tegen Gerda, die vriendelijk glimlachend naar hem blijft kijken en wat vage antwoorden geeft. Aleid is uitgerocheld en begint te dragonderen: 'Ik ben de enige normale hier'. De onderzoeker ontvlucht het gebouw met een barstende hoofdpijn en denkt: 'Mijn God, wat is dit een gekkenhuis, ik zou dit geen halve dag volhouden. Je moet er toch niet aan denken dat je hier de hele tijd zou moeten zitten.' (Observatie)

Het 'metrogedrag' van sommige cliënten zou wel eens een heel begrijpelijke overlevingsstrategie kunnen zijn.

Grappen maken

De grappen zijn soms niet van de lucht. Vaak met duidelijke verwijzing naar het onderscheid tussen gek en normaal. Een onderscheid dat bij een ieder goed bekend lijkt te zijn. Uit de observaties blijkt dat men zich sterk bewust is van het 'psychiatrisch patiënt-zijn' en van een buitenwereld die dat afwijst. Soms krijgen de grappen dubbele bodems:

Ik vertel dat ik interviews doe. X vraagt me naar mijn opleiding. 'Psychologie', zeg ik. Hij haalt nog een kopje koffie, voegt daar diverse overdoses creamer en suiker aan toe. Stilte. Ik probeer het gesprek te forceren. 'Vertel eens een mop', vraag ik. Hij kijkt me glazig aan. Ik herhaal mijn vraag. Geen respons. ' Zal ik dan maar een mop vertellen?' (Ik meen instemming te bespeuren, zeker ook van de geïnteresseerde lieve mevrouw die naast ons zit).

'OK, twee psychologen komen elkaar tegen. Zegt de een tegen de ander: met jou gaat het goed, hoe gaat het met mij?'

Lieve dame kijkt gepuzzeld, X geeft geen sjoege en vraagt: 'vertel hem nog eens?'

'OK, twee psychologen komen elkaar tegen. Zegt de een tegen de ander: met jou gaat het goed, hoe gaat het met mij?'

Lieve dame lijkt hem te snappen. Maar X vraagt: 'vertel hem nog eens?'

(zucht) 'OK, twee psychologen komen elkaar tegen. Zegt de een tegen de ander: met jou gaat het goed, hoe gaat het met mij?'

'Hahahaha', lacht X, die nog geen enkel teken van humor heeft laten blijken: 'nou ben jij psycholoog en heb ik jou er lekker in laten stinken'. (Observatie)

Praten over de dood

Doodgaan is een thema dat op de Walborg soms onverbloemd wordt besproken. Vaak zetten cliënten van de ouderenafdeling hierbij de toon:

In de rookserre zit een oudere dame die naar zeggen vroeger filmster is geweest. Ze is 70 en neemt geen blad voor de mond. Ze vertelt over alle bekenden die al onder de groene zoden liggen. Vandaag is ze in rouw wegens mevrouw Z. Niemand anders heeft verdriet over haar. Op de ouderenafdeling ligt nog iemand op sterven, maar niemand bekommert zich daarom. Een buikgriepje, heet dat, maar zij weet wel beter. Zij ziet dat, als iemand de pijp uitgaat. Als een bejaarde mevrouw hoestend binnenkomt om nog een peuk op te steken, zegt ze dat ze haar zal missen als ze dood is. (Observatie)

Jongere cliënten haken hierop in zonder al te veel scrupules:

In de rookserre klaagt een dame: 'O, ik ga dood'. Als ze weg is becommentariëren anderen haar gedrag. Ans: 'Als je haar even geen aandacht geeft, gaat ze zeiken over dat ze dood gaat.' Bep: 'Nou ik zal een bloemetje op haar graf zetten.' Ans: 'Da's zonde van het geld. Zet het bloemetje liever in een vaas op je kamer.' (Observatie)

Direct voor de ouderenafdeling van de Walborg staat tijdens de onderzoeksperiode bijna elke dag een zwarte rouwlimousine geparkeerd. De onderzoeker noteert:

"Als ik op deze psychogeriatrische afdeling zou zitten, dan hoefde ik niet eens heel erg in de war of paranoia te zijn om heel nare ideeën te krijgen bij die rouwauto voor de deur. Niemand anders schijnt zich hierom te bekommeren." (Memo)

Wellicht vergeten veel cliënten om hiertegen te protesteren.

Deelnemen aan activiteiten

Op de Walborg zijn diverse activiteitenruimten beschikbaar: de ontmoetingsruimte met koffiebar, pingpongtafel, biljart en voetbalspel, waar dagelijks de kranten op tafel liggen. Er is een fitness-ruimte, een multifunctionele ruimte waarin het documentatiecentrum is gevestigd, een houtbewerkingsruimte, een creatieve ruimte, een grote keuken (die ook voor zangbijeenkomsten wordt gebruikt), een textielruimte, een computerruimte met 15 computers. Er werken 12 activiteitenbegeleiders.

In de Bocholtstraat is de Vraag de ontmoetingsruimte, waar dagelijks de kranten in een rek liggen. Er is een goed geoutilleerde gymzaal, een houtbewerkingsruimte, een creatieve ruimte, een keuken, een kapsalon, een computerruimte met 15 computers. Daarnaast zijn er activiteiten buitenshuis: sport, yoga, computeren, tuin, catering en de brouwerij. Er werken 12 activiteitenbegeleiders.

Wie een traject wil volgen naar educatie, vrijwilligerswerk of betaalde arbeid kan terecht op het Trajectbureau. Daar werken 9 trajectbegeleiders.

Op papier klinkt dit activiteitenaanbod riant. Maar de meeste activiteitenruimtes staan het grootste deel van de tijd leeg. De geïnterviewde cliënten maken slechts enkele uren per week gebruik van het activiteitenaanbod.

De tijdsbesteding van de klinische cliënten op de Walborg en in de Bocholtstraat bestaat voornamelijk uit slapen, zitten, roken, eten, TV-kijken en onderling contact. Het activiteitenaanbod speelt daarbij een ondergeschikte rol.

3.2. Kwantitatieve gegevens over dagbesteding

In de interviews met 20 cliënten en hun begeleiders is nagegaan hoeveel tijd aan activiteiten wordt besteed. Ook is gevraagd of de omvang van het activiteitenaanbod voldoende is. Alles wijst erop dat er forse tekorten bestaan.

Dagbestedingsuren blijven ver onder de norm

De 20 geïnterviewde cliënten hebben 0 tot 6 activiteiten per week, met een gemiddelde van 2,5 (het gemiddelde op de Walborg is 3, op de Bocholtstraat 2). In de grote meerderheid spelen deze activiteiten zich af in groepen: de krantengroep, de creatieve groep, de computergroep, de bakgroep, fitness en koken worden het meest genoemd.

De 20 ondervraagde cliënten hebben gemiddeld 3,9 uur dagbesteding per week (zie Bijlage 2. voor de wijze van berekening). De situatie van de cliënten van de Walborg (5 uur per week) is hierbij gunstiger dan die van cliënten van de Bocholtstraat (2,8 uur per week).

De bevindingen op de Walborg komen overeen met de productieafspraken die DATE heeft gemaakt, namelijk gemiddeld 3 activiteiten van gemiddeld 1,5 uur per week. In de Bocholtstraat is dit duidelijk minder. Leidinggevenden wijzen er op dat in de Bocholtstraat minder dagbesteding is ingekocht dan op de Walborg (zie Bijlage 3.). Wijngaarden e.a. (2001) stelden de norm voor passende zorg op 7,5 uur dagactiviteiten per LZA-patiënt per week. We moeten constateren dat de gemiddelde dagbesteding van de geïnterviewde cliënten 48% onder deze norm blijft.

In de Zorgzwaartepakketten GGZ (VWS, 2008) is vastgelegd op welke hoeveelheid dagbesteding verblijfscliënten recht hebben in termen van uren individuele begeleiding per week. We berekenden de uren individuele begeleiding die cliënten van de Bocholtstraat en de Walborg krijgen volgens dezelfde systematiek (zie Bijlage 2.).
De 20 ondervraagde cliënten krijgen gemiddeld 2,3 uur individuele begeleiding per week (Walborg 3, Bocholtstraat 1,7). In dit cijfer zijn overleguren (b.v. Kernteams) en indirecte cliëntgebonden uren (b.v. administratie en rapportage) meegerekend.
De meeste cliënten van Walborg en Bocholtstraat hebben Zorgzwaartepakket 4B.[4] Dat betekent dat zij recht hebben op 3 tot 4 uur individuele begeleiding, of 11,7 uur activiteiten in een groep van gemiddeld 5 deelnemers.[5] We moeten constateren dat het gebruik van individuele begeleiding door de geïnterviewde cliënten 34% lager is dan waar zij recht op hebben. Omgerekend naar groepsactiviteiten krijgt men 67% minder dagbesteding dan waar men recht op heeft.

De representativiteit van de 20 ondervraagde cliënten ten opzichte van de hele populatie van 128 is niet geheel zeker. De steekproef is klein (bij een foutenmarge van 15% is het betrouwbaarheidsniveau 85%). Ook is de steekproef niet geheel aselect. Toch zijn er verschillende aanwijzingen dat een redelijke representativiteit is bereikt (zie Bijlage 3.).

Cliënten vinden dat er te weinig activiteiten zijn
Van de 20 geïnterviewde cliënten zeggen 9 dat er te weinig activiteiten zijn:

> *"Far below the level. Er is veel te weinig te doen. There's not enough. Ik ben daarom gaan roken. Uit verveling." (Interview)*

Een cliënt van de gesloten afdeling meldt:

> *"Het is vreselijk. Mensen liggen de hele dag op bed. Komen uit bed om te eten, laten hun vieze bord staan en gaan weer naar bed. Ze mogen wel deelnemen aan activiteiten, maar ze willen het niet. Misschien omdat ze de activiteiten niet leuk vinden, dat kan zijn. Maar er zijn veel te weinig activiteiten." (Interview)*

Een cliënt heeft zijn onvrede daarover naar buiten gebracht in een klacht aan het management:

---

[4] Mededeling van de Plaatsingscoördinator van GGZ inGeest.
[5] In de Zorgzwaartepakketten sector GGZ (VWS, 2008) staat vermeld dat men in pakket 4B gemiddeld 4 dagdelen dagbesteding mag krijgen (in een groep van gemiddeld 5 leden) dus 16 uur. De individuele tijd voor dagbesteding bedraagt 3 tot 4 uur. Hierbij wordt echter niet de indirect cliëntgebonden tijd verdisconteerd. Als de individuele tijd 3,5 uur is en 2/3 daarvan direct cliëntgebonden, dan komt de omrekening naar een groep van 5 neer op 11,7 uur. Onbegrijpelijk is hoe daarmee een "vervangende activiteit voor een vergelijkbare duur als een reguliere werkweek" kan worden geboden. Ook de geraadpleegde Helpdesk ZZP snapte hier niets van.

"Ik ben sinds een jaar of 8 hier opgenomen. Zoals je weet heb ik klachten over het teruggaan in dagbesteding. Iedereen vindt de klachten terecht. Met het verleden, met de tijd, hebben ze geleerd. Doordat er vroeger veel therapie was, werden mensen hier lui: 'ik heb vandaag geen zin, dus ga ik nu niet naar therapie'. Nu kun je veel minder doen. Als ik geen therapie heb, dan heb ik geen afleiding. Dan zit ik op m'n kamer, heb last van stemmen enz. En ik wil van alles doen, heb energie genoeg. Maar er is niks te doen." (Interview)

Het is deze cliënt gelukt om, met steun van zijn eerste behandelaar, het aantal uren dagbesteding te krijgen waar hij volgens de indicatie recht op had. Deze behandelaar had zich sterk gemaakt voor een verhoging 'op medische gronden'.

Niemand van de andere geïnterviewde cliënten uit zich tevreden over het aantal activiteiten: eigenlijk laat het activiteitenaanbod hen onverschillig. Die onverschilligheid komt soms voort uit een onvoldoend interessant aanbod. Men vindt de activiteiten kinderachtig of te weinig uitdagend (zie onder). Enkele cliënten hebben hun eigen hobbies en gaan hun eigen gang, zodat ze minder behoefte hebben aan de reguliere activiteiten. Bij sommige cliënten lijkt er vooral sprake van passiviteit, maar dat kan ook een wisselwerking zijn doordat er te weinig tijd is om cliënten individueel te stimuleren en te verleiden tot actie (weinig stimulans leidt tot passiviteit, passiviteit leidt tot minder interesse in activiteiten).

Tijdens de observaties wordt veel onvrede beluisterd over het activiteitenaanbod. Door bezuinigingen zijn de activiteiten teruggelopen, zeggen cliënten. Verschillende groepen zijn opgeheven, zoals de wandelgroep. Je mag nu nog maar drie activiteiten doen, wordt door velen gemeld. Veel cliënten klagen over de inkrimping van de activiteiten in het najaar van 2008:

"Vroeger had ik elke dag een activiteit. Nu mag ik nog maar drie dingen per week doen. Ik moet nu kiezen tussen het popkoor en de fitness." (Observatie)

Ook het aantal feesten loopt terug, merken verschillende cliënten op:

"Er zijn nu minder feesten dan vroeger. Dat komt door de bezuinigingen. Maar dat is jammer, want die feesten zijn zo gezellig: wat muziek, wat dansen, mensen ontmoeten." X, die naast haar zit, toont hier geen enkele interesse of herkenning. (Observatie)

Activiteitenbegeleiders bevestigen dat het aantal festiviteiten ter discussie staat.

Een leidinggevende van DATE schat in dat men vroeger gemiddeld 5 activiteiten had en tegenwoordig 3, wat neerkomt op een teruggang van ruwweg 40%.

Ook volgens hulpverleners te weinig activiteiten

Er zijn te weinig activiteiten, vinden ook de hulpverleners. In de avonden en weekends is er niets te doen, want de medewerkers van DATE werken in principe binnen kantooruren. Een verpleegkundige zegt:

"De activiteiten zijn mager. In de avonden en de weekends is er niets te doen. We hebben een soos, maar die is 's avonds en in de weekenden helemaal dood. Waarom niet een filmvoorstelling op een groot scherm? Waarom niet een paar vrijwilligers inzetten? Er zijn zoveel faciliteiten, maar die staan de meeste tijd ongebruikt." (Interview)

Op de Walborg zijn sommige activiteitenruimtes nog wel toegankelijk buiten kantooruren, maar op de Bocholtstraat zitten ze op slot met een onverbiddelijk alarm. Eén activiteitenbegeleider, die in dienst is van een afdeling, meldt echter:

"Ik werk veel in de avonden en de weekends, omdat er dan gaten in het aanbod vallen. Het is maar een druppel op de gloeiende plaat, maar toch vind ik het belangrijk om te doen." (Interview)

Cliënten bevestigen dat vooral 's avonds en in de weekends de verveling toeslaat.

3.3. Kwalitatieve gegevens over dagbesteding

Naast kwantitatieve tekorten doen zich ook kwalitatieve tekorten voor. Soms is hier een direct verband: weinig tijd betekent vooral ook weinig individuele aandacht.

Belangstelling voor activiteiten

De creatieve groep, de textiel, kookcursus, bakgroep en het zangkoor zijn vooral populair bij de dames; houtbewerking, fietsenreparatie en sport vooral bij de heren. Fitness is populair bij iedereen, er komen vrij veel jongeren. Dat geldt ook voor het computeren. Er zijn maar twee cliënten van de 20 die een activiteit buiten de deur hebben (sport en De Prael). Een cliënt zou wel yoga willen doen, maar niet in het buurthuis, dat is te ver weg. Een aantal cliënten wil niet meedoen aan activiteiten omdat die 'te kinderachtig' zijn. Een te laag niveau, zeggen vier cliënten:

"Van de hersens van cliënten wordt onvoldoende gebruik gemaakt." (Interview)

Sommige cliënten geven aan dat ze de confrontatie met medecliënten in de groepen als belastend of stigmatiserend ervaren.

Enkele verpleegkundigen bekritiseren het in hun ogen stereotiepe en ouderwetse activiteitenaanbod:

"Sommige mensen hebben helemaal geen zin meer in de activiteiten. Dat hebben ze nu al zo lang gedaan, het komt ze de neus uit." (Interview)

Verschillende cliënten zouden graag willen studeren, maar komen hier niet aan toe:

"De activiteiten zijn voor mij niet interessant. Wat ik heel graag zou willen doen als ik de kans kreeg? Ik zou graag willen studeren, maar ik zie hier geen enkele leraar, bijvoorbeeld voor Nederlands." (Interview)

Eén cliënt is echter met de steun van zijn activiteitenbegeleider bij het Trajectbureau in begeleiding, omdat hij een dagopleiding wil beginnen.

Individuele activiteitenbegeleiding

Het geringe aantal uren dagbesteding dat cliënten hebben, wordt voornamelijk in groepen gegeven. Daarbinnen zijn de mogelijkheden voor individuele aandacht minimaal. Tot de (officiële) individuele aandacht behoort ook de registratie:

"Het systeem is dol en onzinnig. Niemand van de hulpverleners heeft er een goed woord voor over. Individuele aandacht moet geregistreerd worden in minuten. In minuten godbetert." (Interview)

De administratieve druk is de laatste jaren toegenomen, bevestigen alle ondervraagden. De tijd die daaraan besteed wordt gaat af van de tijd die men voor contact met individuele cliënten heeft.

Verpleegkundigen ondernemen soms individuele activiteiten met cliënten, en gaan bijvoorbeeld wandelen met cliënten, om boodschappen te doen of kleren te kopen. Maar de afdelingsstructuur stelt beperkingen:

"Je kan niet zomaar weggaan en de afdeling alleen achterlaten." (Interview)

Maar een activiteitenbegeleidster heeft kritiek op deze houding:

"Je kan een uur van de afdeling om met je leidinggevende te spreken. Dan kun je ook een uur van de afdeling met een cliënt. Gewoon even afstemmen met je collega's." (Interview)

Activiteitenbegeleiders van DATE zijn weinig in staat om naar buiten te gaan met een individuele cliënt.

"Het treurigste van mijn 32-jarige carrière is dat je steeds minder tijd hebt voor cliënten. De activiteitensectoren boden vroeger veel meer, je kon met de cliënt op stap gaan. Nu kom je niet meer buiten de deur." (Interview)

Maatschappelijke aansluiting

Opvallend is dat de maatschappelijke aansluiting van de meeste cliënten zeer klein is. De meeste cliënten hebben voornamelijk relaties met medecliënten en hulpverleners:

"Ik ken alleen maar mensen uit de psychiatrie. En twee die daar zijn weggegaan. Heel soms komt mijn moeder me opzoeken." (Interview)

Vrienden van vroeger haken af en contact met familie is gering: vaak gaat het om een enkel familielid.

"Ik ga wel eens naar mijn moeder. Ik heb zes zussen en een broer. Met hen heb ik weinig contact. Ze komen hier niet zo graag. Psychiatrie schrikt af." (Interview)

Contact met de 'buitenwereld' is er soms alleen in winkels. Van fiets of openbaar vervoer wordt weinig gebruik gemaakt. Niemand heeft betaald werk, een enkeling heeft vrijwilligerswerk. Hoewel sommige cliënten graag meer scholing zouden willen, zijn er maar enkelen die een cursus of opleiding volgen.

Deelname aan maatschappelijke activiteiten buitenshuis is laag. Niemand is lid van een vereniging. Bezoek aan theaters is zeer zeldzaam (geldgebrek speelt hier mede een rol). Soms worden uitjes georganiseerd door de activiteitenbegeleiders. Maar een cliënt die al lang verblijft, merkt op:

"Ik ben in Amsterdam geboren. Ik ben al 25 jaar niet meer in de stad geweest." (Interview)

De meeste cliënten lijken te leven in een soort ggz-getto, waar het contact beperkt blijft tot mede-ggz-cliënten en ggz-personeel en men zelden de ggz-voorziening verlaat.

Er zijn een paar uitzonderingen van cliënten die er actief op uit trekken, relaties hebben buitenshuis, vrijwilligerswerk doen, bijeenkomsten en manifestaties bezoeken. En daarnaast zijn er enkele activiteitenbegeleiders die de cliënten op sleeptouw nemen, bijvoorbeeld naar de conferentie van het CBB, naar de buurtvergadering of naar de actie in het kader van de buurtintegratie. Toch doet het isolement weinig onder voor dat van de in de duinen en bossen weggestopte voorzieningen.

Activiteitenbegeleiders op de afdeling: it's the focus, not the locus

In discussies wordt vaak de mening gehoord dat activiteiten niet op de behandelafdelingen thuis horen, maar daar buiten georganiseerd moeten worden. Zo worden cliënten gestimuleerd om naar buiten te gaan en kan hospitalisatie tegengegaan worden. Op de Walborg werken twee activiteitenbegeleiders op de afdeling KOZ in dienst van het behandelteam. Opvallend is dat zij veel meer met cliënten naar buiten gaan dan de activiteitenbegeleiders van DATE. Dit komt omdat zij voornamelijk individueel werken. Daardoor zijn ze ook erg flexibel, zodat ze tegemoet kunnen komen aan vragen en behoeften van cliënten op het moment dat ze zich voordoen. Ze kunnen aansluiten bij

gebeurtenissen en omstandigheden die zich voordoen en de mensen stimuleren in hun directe situatie. Koken voor de groep is bijvoorbeeld een populaire activiteit:

> *"De zelf bereide maaltijden zijn gezelliger en duren langer dan de bezorgde. Koken is een van de weinig manieren om zelf iets aan je omgeving bij te dragen, in een situatie waarin alles voor je wordt gedaan, behalve het verguisde corvee natuurlijk. Het koken is volstrekt vrijwillig, als er niemand iets doet aan de maaltijd dan doe ik het zelf. Grappig is dat iedereen graag wil." (Interview)*

Maar waar mogelijk gaan deze activiteitenbegeleiders de afdeling af, ze verzorgen samen met cliënten de contacten met de buurt ('Wal in de Wijk') of bezoeken bijeenkomsten. Een voordeel is ook dat zij voor een kleine groep werken en die beter leren kennen. Zij hebben geen productiedwang en zijn (bewust) present. In vergelijking tot de activiteitenbegeleiders die buiten de afdeling een groepsaanbod doen heeft hun werkwijze dus duidelijke voordelen.

Werk is zelden aan de orde

Van de twintig geïnterviewde cliënten is er één die vrijwilligerswerk doet en vroeger ook wel betaald werk heeft gedaan. Bij alle anderen is werk of vrijwilligerswerk niet aan de orde. Er worden geen voorbereidingen getroffen, er wordt niet over nagedacht en er zijn geen aspiraties. Kennelijk ligt werk te ver weg. Voor één jonge cliënt geldt dit niet: hij wil na zijn opname een eigen bedrijf beginnen; verzuimd wordt om hier tijdens de opname werk van te maken (zowel de cliënt als de activiteitenbegeleiding laten het hier afweten).

Wel zeggen sommige cliënten desgevraagd dat ze behoefte hebben aan bijverdiensten. Er is daartoe echter weinig gelegenheid.

Weinig ontwikkeldoelen

Aan de activiteiten van cliënten liggen weinig ontwikkeldoelen ten grondslag. Soms zien de activiteitenbegeleiders geen mogelijkheid voor ontwikkeling. In sommige situaties worden wel ontwikkeldoelen gesteld maar zijn die bijzonder bescheiden, zoals 'haar wat meer eigenwaarde geven'.

Sommige cliënten bekritiseren hierom het activiteitenaanbod:

> *"Mensen worden niet vooruit geholpen. Het lijkt erop dat mensen worden vastgehouden. Sommige activiteiten zijn meer bezigheidstherapie." (Interview)*

Natuurlijk hoeft niet elke activiteit een ontwikkeldoel te hebben, iets mag ook gewoon leuk, gezellig, prettig of bevredigend zijn. Waar het hier om gaat is dat er maar weinig voorbeelden zijn gezien van ontwikkelingsgerichte rehabilitatie.

In het volgende hoofdstuk wordt hier dieper op ingegaan.

4. Rehabilitatie en herstel

In dit hoofdstuk bezien we de dagbesteding in het licht van rehabilitatie en herstel. Rehabilitatie was tot voor kort onvoldoende ontwikkeld in GGZ Buitenamstel. Door het Project Rehabilitatie is hier de afgelopen jaren verbetering in gekomen. Toch blijven er tekorten bestaan. Dat geldt nog meer voor het begrip herstel. Herstelondersteunende zorg komt niet goed van de grond en wordt beperkt door allerlei organisatorische belemmeringen. Naast tekorten zijn er echter ook successen waargenomen.

4.1. Rehabilitatie in GGZ Buitenamstel

De afgelopen decennia heeft GGZ Buitenamstel weinig vooropgelopen bij de ontwikkeling van rehabilitatie. Verschillende respondenten stellen dat de organisatie lange tijd 'in zichzelf gekeerd' is geweest. Achterstanden wat betreft rehabilitatie zijn gesignaleerd in de Nota Rehabilitatie (Werkgroep Rehabilitatie, 2004) en het rapport Rehabilitatie in het kruispunt (GGZ Buitenamstel, 2005). Ook in het rapport Vlees noch Vis (Janssen, 2006) zijn tekorten gesignaleerd.
Sinds 2006 is er werk gemaakt van het inhalen van de achterstanden. Op 1 januari 2007 ging het Project Rehabilitatie van start voor een duur van twee jaar. In plaats van een aparte 'module rehabilitatie' koos men ervoor om rehabilitatie te integreren in alle behandelteams. Niet alleen in de langdurige zorg maar ook in de kortdurende behandeling worden voortaan alle levensdomeinen 'uitgevraagd'. Elk team kreeg een aandachtsfunctionaris rehabilitatie en per circuit werd een rehabilitatiecoach aangesteld. Methodisch voorbeeld was de Individuele Vraaggerichte Benadering, afgekort als IVB (Combo, 2006).
Critici merken op dat het Project Rehabilitatie een wat magere invulling kreeg met slechts 16 uur projectleider en 6 coaches met elk 4 uur. Aandachtsfunctionarissen werden in de teams aangewezen binnen de bestaande formatie, dus de totale investering kwam neer op 40 uur per week voor de duur van twee jaar.
Naast het Project Rehabilitatie zijn er de afgelopen jaren andere stimulansen geleverd aan de langdurige zorg van GGZ Buitenamstel, onder meer door het Doorbraakproject Schizofrenie en het project Herstelgerichte Zorg.

Vorderingen bij rehabilitatie

De afgelopen drie jaar zijn er op allerlei vlakken vorderingen geboekt in de behandeling en in de activiteitenbegeleiding:
- alle behandelaars zijn getraind in het afnemen van de CAN (Camberwell Assesment of Need);
- alle medewerkers van DATE zijn geschoold in de IVB (Individuele Vraaggerichte Benadering);
- studiemiddagen rehabilitatie zijn georganiseerd door de aandachtsfunctionarissen;
- projecten naar buiten zijn opgezet gericht op de buurt rond de Walborg ('Wal in de wijk') en de Bocholtstraat;

- de buurt komt nu ook naar binnen: in de Bocholtstraat wordt de sportzaal soms door de buurt gebruikt. Op de Walborg worden buurtbewoners soms uitgenodigd op bijeenkomsten;
- bij DATE is een omslag gemaakt van groepsgericht werken naar individuele benadering: in plaats van diverse groepen die dagelijks openstaan voor deelnemers, wordt nu elke cliënt een individueel programma geboden;
- er is meer aandacht gekomen voor scholing en activiteiten met maatschappelijke aansluiting (naast de DAC's en categorale ggz-projecten). Een goed voorbeeld daarvan wordt gegeven in de film van Poerwoatmodjo (2009);
- activiteiten worden steeds meer op maatschappelijke locaties aangeboden, buiten de kliniek en dichter bij de woonomgeving van de cliënt;
- verschillende websites geven overzicht over dagbestedingsmogelijkheden;
- cliënten die een traject willen volgen richting betaalde arbeid, vrijwilligerswerk, scholing of dagbesteding kunnen terecht op het Trajectbureau.

4.1.1 Tekorten in rehabilitatie

Ondanks de verbeteringen die dankzij het Rehabilitatieproject zijn doorgevoerd, zijn er nog tekorten waarneembaar wat betreft rehabilitatie: er is sprake van gebrekkige visie, verwarring over methodiek, ontbrekende rehabilitatieplannen, coördinatieproblemen en onvoldoende kwartiermaken.

Visie op rehabilitatie

De visie op rehabilitatie is weinig ontwikkeld en vertoont tussen medewerkers een grote variatie. Gevraagd naar visie antwoordt men bijvoorbeeld:

"Het gaat er om dat de cliënt zelf weer regie krijgt of neemt." (Interview AB-er)

"Mensen in hun waarde laten. En dat stimuleren. Niet werken vanuit een afhankelijkheidsrelatie." (Interview PB-er)

"Terug naar de maatschappij in alle facetten."(Interview PB-er)

"We zijn hier bezig met rehabilitatie. Met wat mensen kunnen." (Interview PB-er)

"Rehabilitatie is een mooie gedachte, maar je moet tevreden zijn met hele kleine stapjes. Bijvoorbeeld dat iemand op tijd komt op zijn afspraak." (Interview AB-er)

"Rehabilitatie? Gewoon dat je kijkt naar de gezonde kant van iemand (in tegenstelling tot de behandelaars die naar de zieke kant kijken). Wat iemand nog wel kan, en dat proberen te versterken." (Interview AB-er)

"De rehabilitatie van Piet? Dat hangt af van je visie. Als je zegt maatschappelijke integratie, dan is dat te hoog gegrepen. Maar op de afdeling het leven zo leefbaar mogelijk maken en kleine verbeteringen nastreven, in die zin is rehabilitatie wel mogelijk." (Interview AB-er)

"Plannen, de cliënt praat mee, heeft zoveel mogelijk de regie, doelen stellen, evalueren, registreren (daardoor beter bewaken), kijken wat iemand wil (soms door in de praktijk uit te proberen), planmatig werken." (Interview AB-er)

"In het ambulant team is er vooral aandacht voor werk. Vrijwilligerswerk of betaald werk, dat is belangrijk voor de reïntegratie." (Interview PB-er)

Elk van de ondervraagden heeft gelijk, maar vrijwel iedereen beschrijft slechts een deelaspect. Niemand lijkt het geheel te overzien.

Soms lijkt de visie op rehabilitatie niet te verschillen van de verouderde opvattingen over resocialisatie, waarin eerst behandeling plaats vindt en pas daarna wordt nagedacht over het vervolg:

> *"Hij heeft een stappenplan en zit nu in stap 6. Bij stap 10 mag hij weg van de gesloten afdeling. Het behandelplan is nu gericht op stap 10, dan zien we wel verder." (Interview PB-er)*

Bij de overplaatsingen, die in paragraaf 4.1.3 worden beschreven, lijkt dezelfde sequentie behandelen - resocialiseren aan de orde te zijn..
Het probleem is niet alleen een gebrekkige visie, maar ook een gebrek aan gezamenlijke visie:

> *"Rehabilitatie leeft niet onder sommige verpleegkundigen. (...) Er is meer coördinatie nodig, meer gezamenlijke visie, gezamenlijk beleid en informatie-uitwisseling." (Interview AB-er)*

Methodiek

In verschillende projecten zou iedereen geschoold zijn in specifieke rehabilitatie-methodieken, zo werd ons verteld. Maar in onze interviews zien we weinig eenheid.
De meeste van de geïnterviewde hulpverleners weten niet te melden volgens welke rehabilitatiemethodiek zij werken. Een aandachtsfunctionaris rehabilitatie zegt:

> *"Methodiek? Bedoel je milieugericht en ontwikkelingsgericht en zo? Ik weet niet precies welke methode nu is afgesproken. De IVB? Ja, dat zou kunnen. Maar het is gewoon niet duidelijk." (Interview)*

In het Project rehabilitatie zijn de teams vrijgelaten om een eigen invulling te geven:

> *"Ja, dat is het probleem in deze organisatie." (Interview)*

Het lijkt er op dat de vrijheid door de teams wordt gebruikt om de eigen opvattingen over rehabilitatie te blijven volgen, zelfs waar deze weinig met rehabilitatie te maken hebben.
Een typische reactie die in het Project Rehabilitatie in verschillende teams werd gehoord is:

> *"Dan wordt gezegd 'ach, dat doen we toch al lang.' Maar als je dan doorvraagt wat ze dan precies doen, kunnen ze geen goed antwoord geven. In sommige teams zijn we daar keihard tegen opgelopen." (Interview)*

Rond de CAN bestaat eenzelfde verwarring. Sommigen passen de CAN toe. Anderen zijn van plan om hem toe te gaan passen. Sommigen geven de voorkeur aan de methodiek van het vliegwiel van de IVB. Sommigen doen het weer anders:

> *"Ik gebruik de CAN niet. Die is wel door de hoofdbehandelaar geïntroduceerd. Maar het wordt toch een andere opzet. Bovendien is er een student die nog een scriptie gaat maken, die heeft weer een andere methodiek, en dus gebruiken we die nu." (Interview).*

Ook wordt ten aanzien van de CAN melding gemaakt van weerstanden op de werkvloer:

> *"Soms krijg ik reacties als 'waarom nu alweer een nieuwe vragenlijst'. Ze zien niet in dat de vragenlijst een hulpmiddel is in een nieuwe werkwijze." (Interview)*

In de 20 bestudeerde cases is er één positieve uitzondering :

> *"Ja, de CAN heb ik met haar afgenomen. Ze antwoordde daar heel adequaat op, begreep de bedoeling, heel gestructureerd. Kwam wel wat uit. Samen dingen doen, samen praten. Meer 1 op 1 dus. Yoga wil ze doen, misschien op les als ze geld heeft." (Interview)*

Het resultaat is dat de meeste cliënten niet worden gevraagd naar hun diepere wensen en dromen. En als ze er naar gevraagd worden gebeurt er weinig mee. In de interviews met cliënten hoorden we soms wensen als 'Ik zou graag een huisdier willen hebben', of 'Ik zou zo graag een keer seks willen hebben' of 'Ik zou graag aan het werk willen'. Soms kennen hulpverleners deze wensen wel, maar huisdieren zijn nu eenmaal niet toegestaan, seks binnenshuis kan niet en werk is vaak een onhaalbaar perspectief. Bij geen enkele geïnterviewde cliënt konden we waarnemen dat er planmatig werd gewerkt om een perspectief te scheppen op het realiseren van hun dromen. Overigens hoeft een droom niet automatisch tot realisatie te leiden:

> *"In de voorlichting door ervaringsdeskundigen was dit een eyeopener: één van hen vertelde dat hij een droom had om naar Thailand te gaan. De volgende dag kwam zijn begeleider met allerlei folders over Thailand. Aardig bedoeld, maar nu was hem zijn droom afgepakt. Hij had nog even willen blijven dromen." (Interview)*

Rehabilitatieplannen

Rehabilitatieplannen worden voor de geïnterviewde cliënten meestal niet opgesteld. Dit stemt overeen met de uitkomst van het Project Rehabilitatie, waarin men de noodzaak van rehabilitatieplannen heeft laten vervallen, onder meer wegens technische problemen en weerstanden. Uitgangspunt in nu dat rehabilitatie wordt gepland in het behandelplan of de behandelovereenkomst.

> *"Het maakt eigenlijk niet uit welk naampje je het beestje geeft, als het maar wordt gedaan." (Interview)*

Maar het risico van deze vrijblijvendheid is dat rehabilitatie niet wordt gepland, en dat men niet bewust wordt gemaakt van de elementen waaruit een goed rehabilitatieplan zou kunnen bestaan:

> *"Er is anderhalf jaar geen vordering geweest met rehabilitatieplannen. Eerst was het verhaal dat die in het EPD moesten komen. Toen bleek dat dat problemen gaf. Toen kwam Geestgronden met hun eigen EPD dat veel beter zou zijn. Maar met de fusieperikelen sneeuwde dat weer onder. Mijn idee is dat je rehabilitatiedoelen kunt stellen en opnemen in je behandelplan. Het gaat om de inhoud, niet om de vorm. Maar nu zijn de behandeldoelen in het EPD uitermate vlak. Stabilisatie komt het meestal op neer. Er zijn geen rehabilitatie- of hersteldoelen. (Interview AB-er)*

Soms echter worden er wel rehabilitatieplannen opgesteld. Helaas konden de hulpverleners die hier melding van maakten, niet aangeven waar het plan was of wat er in het betreffende plan stond:

> *"Volgens mij is er een rehabilitatieplan. (OC: zoekt in de computer). Het is hier niet te vinden. Het kan goed zijn dat het er wel is, maar dat het nog niet is ingescand." (Interview behandelaar)*

In dit onderzoek zijn geen dossiers geraadpleegd, in tegenstelling tot een vorig onderzoek (Janssen, 2006). Hierin luidde een van de conclusies over de Behandelovereenkomst: "op de verblijfsafdelingen springt de afwezigheid van rehabilitatiedoelen in het oog."

Casemanagement

Bij rehabilitatie is het nodig dat de functie van casemanagement wordt vervuld om te voorkomen dat de cliënt verdwaalt in het oerwoud van hulpverleners en instanties. Er bestaan talrijke modellen van casemanagement, maar de essentie is steeds dat de casemanager de zorg coördineert in een steunende relatie met de cliënt (Kroon, 1996).

In de praktijk van de langdurige zorg is het vaak onduidelijk wie de coördinerende functie vervult: soms lijkt het de behandelaar te zijn, soms de Persoonlijk Begeleider (PB-er), soms de contactpersoon van DATE en soms wordt verwezen naar het Kernteam. Het Kernteam lijkt echter geen goede coördinerende functie te kunnen hebben, omdat de coördinatie dient te liggen bij één persoon (met liefst een ander als backup). Bijeenkomsten van het Kernteam worden bovendien belemmerd door agendaproblemen:

> *"De rehabilitatie van Y. loopt voor geen meter. Hij zit de hele dag te blowen en komt tot niets. Maandag is het Kernteam, het eerste sinds zijn opname 4 maanden geleden. Waarom zo laat? Ja, dat zit mij ook dwars. De PB-er was ziek. Die coördineert en moet het Kernteam bijeenroepen." (Interview)*

Volgens een ervaren activiteitenbegeleider is de PB-er de meest aangewezen casemanager:

> *"De PB-er is de casemanager. Het probleem is dat sommigen zich niet geroepen voelen om zo te werken. Dus dan doe ik het soms maar." (Interview)*

Als er voor de dagbesteding van een cliënt een traject moet worden gestart kan beroep gedaan worden op het Trajectbureau, maar ook daar is het onduidelijk wie de coördinerende functie heeft:

> *"Wij coördineren het hele traject. Hoe de afstemming tot stand komt met andere hulpverleners? Als het nodig is in het traject plegen we overleg. Maar een echte casemanager is er denk ik niet. Dat is een goede vraag, ik zou het antwoord niet weten." (Interview)*

De noodzaak van casemanagement doet zich steeds sterker gelden, omdat de hulpverlening, de activiteitenbegeleiding en de externe instanties steeds gedifferentieerder en complexer worden. De dagbesteding is bijvoorbeeld losgekoppeld van de behandelteams en in een zelfstandige eenheid opgegaan:

> *"Vroeger zat ik in het behandelteam. Daarin waren de lijnen heel kort. Nu zit ik in een apart team van de activiteitenbegeleiders. Ik weet niet wie de aandachtsfunctionaris is in het behandelteam waarvan ik de contactpersoon ben. Ik wordt niet uitgenodigd op studiemiddagen over rehabilitatie of bij teamuitjes. Allerlei projecten worden opgestart waarvan ik niets weet, enzovoorts. Deze instelling is soms een doolhof." (Interview)*

Door de nieuwe individuele werkwijze van DATE is het houden van overzicht moeilijker geworden:

> *"Vroeger was er een vast aanbod van groepen waar iedereen naar toe ging. Nu gaat alles individueel. Het is minder overzichtelijk, cliënten kunnen zich makkelijker onttrekken en verpleegkundigen moeten veel meer opletten op elke persoon afzonderlijk. Dat doen ze niet allemaal." (Interview)*

Met de vorming van het Trajectbureau is een nieuwe onderverdeling in de organisatie van de dagbesteding ontstaan. Daarnaast hebben het UWV en de DWI nu ook elk zelf reïntegratietrajecten en activeringsplaatsen, maar is het de vraag of de klantmanagers en arbeidsdeskundigen weten met wie ze kunnen coördineren. Ook hebben allerlei maatschappelijke regelingen rond belasting, zorgverzekering, huisvesting, onderwijs, inkomen en zorg de neiging om steeds complexer te worden. Het risico dat de langdurige cliënt verdwaalt, omdat niemand het overzicht houdt, wordt door deze ontwikkelingen steeds groter. Onder de geïnterviewden lijkt soms weinig bewustzijn te bestaan van dit gevaar.

Kwartiermaken
Tijdens het onderzoek hebben we maar twee voorbeelden van kwartiermaken kunnen waarnemen. In één situatie wil een cliënte op Nederlandse les. De activiteitenbegeleidster gaat eerst naar het buurthuis om de mogelijkheden te verkennen, overlegt met de cliënte en gaat dan samen met haar naar het buurthuis.
In het tweede voorbeeld wordt kwartiergemaakt bij de onderzoeker:

> *"O, doe jij onderzoek? Misschien kan je me helpen. Ik heb een cliënt die graag onderzoek wil gaan doen. Ze heeft op de universiteit gestudeerd en heeft haar problematiek al behoorlijk goed verwerkt." De onderzoeker kent vijf organisaties waar ervaringsdeskundige onderzoekers worden ingezet en biedt aan een gesprek te hebben met deze cliënt. (Observatie)*

Verschillende geïnterviewden hebben geen goed idee van de betekenis van de term 'kwartiermaken': een verwart het buurtproject, gericht op stigmabestrijding in de buurt met kwartiermaken.
Kwartiermaken wordt niet alleen belemmerd door onvoldoende kennis en vaardigheid, maar ook door tijdgebrek. In veel gevallen ontbreekt de tijd om naar buiten te gaan voor een individuele cliënt.

4.1.2 Vrijwilligers
Er zijn in Amsterdam nauwelijks vrijwilligers werkzaam in de langdurige zorg van GGZ inGeest. Op de Walborg assisteert een vrijwilliger de begeleiding van de computergroep. Op de Bocholtstraat werkte vroeger een vrijwilliger in De Vraag. Er worden geen familieleden of buren als vrijwilliger ingeschakeld.
Cliënten worden heel weinig ingezet als vrijwilligers. Op Walborg werken zeven ambulante cliënten als vrijwilliger. Zes doen bardienst in de ontmoetingsruimte (2 tot 6 uur in de week) en een beheert het documentatiecentrum (3 uur in de week). Op de Bocholtstraat werkte vroeger een cliënt achter de bar in De Vraag, maar tot zijn spijt is deze functie afgeschaft.
De vrijwilligers die bardienst doen krijgen een vrijwilligersvergoeding van € 0,75 per uur. De vrijwilligster in het documentatiecentrum, die dit werk al jaren doet, krijgt echter geen vrijwilligersvergoeding:

> *"Ik heb er wel eens naar gevraagd, toen zeiden ze dat mijn werk onbetaalbaar was."*

Niemand krijgt reiskostenvergoeding, wat kan betekenen dat de opbrengst van het werk wegvalt tegen de reiskosten:

> *"Ik betaal 40 euro per maand aan vervoer met Connexxion, dus per saldo verdien ik er niets mee. Maar het is goed om onder de mensen te zijn en om wat om handen te hebben."*

De vrijwilligers op de Walborg krijgen begeleiding van een medewerker van DATE.

Vrijwilligersbeleid
Bij de Geestgronden zijn 350 vrijwilligers werkzaam, maar bij GGZ Buitenamstel zijn er vrijwel geen vrijwilligers actief. Vele respondenten signaleren deze discrepantie. Sinds eind 2007 is er een coördinator vrijwilligersbeleid. Zij is ex-P&O-adviseur en werkt zelf als vrijwilliger. Zij schreef in korte tijd een vrijwilligersbeleid geënt op de ervaring van de Geestgronden. In april 2008 werd dit beleid geaccordeerd. Deze coördinator werft vrijwilligers, selecteert ze, bespreekt de arbeidsvoorwaarden, stelt het

vrijwilligerscontract op en regelt de vrijwilligersvergoeding (€ 5 per dagdeel). Door het contract is ook de verzekering van de vrijwilliger geregeld. Reiskosten worden niet vergoed, wel hebben vrijwilligers recht op een kerstpakket. De afdelingen moeten zorg dragen voor de begeleiding van de vrijwilligers.
Het vrijwilligersbeleid begint nu langzaam te werken en mondjesmaat komen er aanvragen vanuit de afdelingen. Toch zijn nog niet bij alle medewerkers de afspraken bekend. Samen met het CBB wordt nu ook nagedacht over de rol en mogelijke inzet van ervaringsdeskundigen als vrijwilliger.

4.1.3 Overplaatsingen

Tijdens een psychiatrische behandeling kunnen overplaatsingen soms abrupt plaatsvinden. Cliënten worden daar soms maar weinig op voorbereid:

> *"Ik zat zes weken op de Valeriuskliniek, toen werd ik overgeplaatst naar de Walborg. Dat ging wel raar, want elke maardag kreeg ik mijn activiteitenrooster, en toen stond daar opeens in 'woensdag overplaatsing naar Walborg'. Ik wist van niets." (Interview)*

Het lijkt erop dat deze werkwijze van overplaatsingen (die waarschijnlijk over meerdere bureaucratische schijven loopt) ook in de langdurige zorg gebruikelijk is. Zo staan zes van de geïnterviewde cliënten op een wachtlijst voor beschermd wonen, maar hebben zij geen idee van wanneer zij gaan verhuizen. Ook zijn ze nog niet wezen kijken in hun nieuwe woonsituatie (een uitzondering deed zich voor). De verhuizing leeft niet bij hen (wel is er een gevoel van onzekerheid, je verblijf hier kan zomaar beëindigd worden, je hebt immers geen woonrecht). Maar of het hen gaat bevallen in de toekomstige woning of buurt weten zij niet. Zij worden (nog) niet voorbereid op verhuizing en zij hebben geen activiteiten of trainingen die daarop zijn afgestemd (in de Bocholtstraat vonden we één uitzondering hierop). De toekomstige woon- en leefsituatie is een belangrijk levensdoel voor rehabilitatie, maar hier lijkt in de praktijk dus weinig nadruk op te worden gelegd. Een geïnterviewde hulpverlener bevestigt dit, maar wijst op de lange wachtlijsten die er bestaan:

> *"De termijn waarop een plek vrijkomt is onzeker. Het kan over zes maanden zijn, maar het kan ook over een week zijn. Het is daarom erg moeilijk om met iemand ergens naar toe te werken. Liefst zou je langzaam het perspectief opbouwen, en er naar toe werken. Maar je moet ook geen valse verwachtingen scheppen. En soms moet je iemand overvallen met een overplaatsing, waar je langer de tijd voor zou willen hebben." (Interview)*

4.1.4 Successen in de rehabilitatie

Ondanks de waargenomen tekorten in de rehabilitatie zagen we ook concrete successen op dit vlak. Van de 20 geïnterviewde cliënten stroomden er tijdens de onderzoeksperiode drie (15%) door naar een zelfstandiger woonsituatie. Twee van hen betrokken een eigen woning en één verhuisde naar een beschermende woonvorm. Voor het eerst sinds 10, 8, respectievelijk 6 jaar beschikken deze drie cliënten nu over een eigen bed.
Een doorstroming van 15% in 6 maanden tijd is een succes, zeker als men bedenkt dat de verblijfsafdelingen in een niet te ver verleden als louter eindstation fungeerden. In de interviews bevestigen medewerkers dat doorstroming en woonrehabilitatie sterk verbeterd zijn in de afgelopen jaren.

Voor de betrokken cliënten betekent een eigen woning een grotere macht over de eigen leefsituatie (empowerment).
De waargenomen successen zijn echter niet gemakkelijk te verklaren. Ze zijn niet eenduidig terug te voeren op het beleid: persoonlijke factoren (eigen initiatief van de cliënt), omgevingsfactoren (steun van derden) of toevalsfactoren (iets klikt op het juiste moment) lijken belangrijker. En nog moeilijker is de vraag hoe al deze verschillende factoren op elkaar hebben ingewerkt.
Minder spectaculair, maar wel indringend waren enkele voorbeelden van succesvolle activiteiten van de geïnterviewde cliënten:

> *"Een school in de Bijlmer had gebeld of een cliënt van hier voorlichting wilde geven over schizofrenie. Ze vroegen het aan mij. Ik heb dat gedaan en het ging hartstikke goed. Ze hingen aan mijn lippen." (Interview)*

Deze ervaring draagt voor deze cliënt niet alleen bij aan het zelfvertrouwen, maar ook aan een mogelijk arbeidsperspectief als ervaringsdeskundige.
Sommige activiteiten lijken alledaags, maar hebben voor cliënten een bijzonder belang:

> *"Cliënt was op 30 februari voor het eerst in de bakgroep. Hij zei tijdens de introductie dat hij gedroomd had een taart te hebben gemaakt die heel groot was en heel lekker, iedereen was er over te spreken. Dat zegt m.i. toch iets over hoeveel belang cliënt hecht aan deze werkzaamheden." (Rapportage AB-er)*

Deze successen vormen een contrast met de mislukkingen en stagnaties die tijdens het onderzoek zijn geconstateerd. Eén van de 20 cliënten valt terug en wordt overgeplaatst naar de veel slechtere afdeling waar hij vandaan kwam. En bij zes of zeven cliënten lijkt er vooral sprake te zijn van een patstelling: het lukt niet om doelen af te spreken, de partijen voeren een loopgravenoorlog, het lukt haast niet om de cliënt ergens aan te houden, een beleid op langere termijn is ver te zoeken en de energie gaat vooral uit naar het zoveel mogelijk leefbaar houden van de status quo.

4.2 Herstel

Herstelprocessen lijken zich weinig voor te doen op de twee onderzochte afdelingen. Bij de drie cliënten die verhuizen naar een eigen woning of beschermde woonvorm lijkt wel een aanzet voor herstel te bestaan. Andere cliënten lijken te profiteren van de cursus 'Herstellen doe je zelf', die tweewekelijks op de Walborg wordt gegeven door ervaringsdeskundigen. Maar de meeste cliënten komen weinig toe aan een eigen initiatief of aan een eigen verhaal. Behandelaars bieden weinig herstelondersteunende zorg en allerlei organisatorische belemmeringen staan dat in de weg.

Eigen initiatief

Cliënten nemen weinig initiatief op de Walborg en de Bocholtstraat. Soms wordt initiatiefloosheid toegeschreven aan negatieve symptomen, maar de medicatie kan hier ook van invloed zijn. Een voorbeeld is dat vrijwel niemand de moeite neemt om de eigen rommel op te ruimen. In de rookkamers is de troep vaak niet om aan te zien:

> *Ik zit in de rookkamer in een enorme troep van peuken, as en omgevallen koffiebekertjes. Niemand doet er iets aan. Mijn handen jeuken om wat op te ruimen. Dan komt met veel aplomb een schoonmaker met een karretje. Hij zegt niet 'wat een troep', maar begint heftig schoon te maken en verstoort daarbij onze conversatie.*

Aha, denk ik, zo werkt dat dus. Je hoeft niet op te ruimen, want dat wordt voor je gedaan. (Observatie)

De initiatiefloosheid vormt wellicht een deel van een gevestigd rollenpatroon in een verzorgingscultuur: de verzorgde zit er om verzorgd te worden, de verzorgende loopt rond om te verzorgen. Het negatieve symptoom is wellicht niet alleen medisch van aard, maar ook cultureel. Een activiteitenbegeleider bevestigt het waargenomen patroon:

"De cliënten zijn gewend dat alles voor hen georganiseerd wordt, het personeel is gewend om alles voor hen te organiseren… Wat ik het liefst zou willen is een mentaliteitsverandering op dit vlak." (Interview)

We zagen een paar voorbeelden waarin cliënten wel initiatief namen. Een cliënt heeft verzonnen om elke week de tuin schoon te maken, en wordt daarin gesteund door een activiteitenbegeleider. Een groepje Islamitische cliënten dient een petitie in bij de Raad van Bestuur om te vragen om een bidruimte en Halal-eten. Een cliënt maakt het zijn dagtaak om toezicht uit te oefenen en levert positieve bijdragen aan het leefklimaat (door nieuwkomers te verwelkomen, op te ruimen, informatie op te hangen, e.d.).

In een geval hoorden we dat eigen initiatief van een cliënt niet op prijs werd gesteld:

"Ik had een vakantie geboekt naar Turkije. Dat was voor het eerst dat een patiënt zoiets had gedaan. Ik moest op het matje komen bij de arts-assistent. Die zei dat ik die reis moest annuleren. Ik zei van sorry die reis is al betaald en bovendien pieker ik er niet over om die te gaan annuleren." (Interview)

Er zouden meer faciliteiten denkbaar zijn om de zelfwerkzaamheid van cliënten te faciliteren. Bijvoorbeeld een eigen ruimte om samen te komen, een bewonerscommissie, vrij toegankelijke computers op de afdelingen, gratis strippenkaarten, etc. Een kleine verbetering zou ook zijn om tafeltjes in de rookserre te zetten, zodat men zijn koffie niet in de asbak hoeft te plaatsen.

Eigen verhaal

Cliënten vertellen vaak hun verhaal, maar dat komt niet altijd over. Opvallend is dat wat zij aan de onderzoekers vertellen over hun geschiedenis soms niet bij de hulpverleners bekend is. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over trauma's, die voor de huidige behandeling en begeleiding relevant zijn:

"Is hij kindsoldaat geweest? Dat weet ik eigenlijk niet of dat klopt." (Interview)

Soms is er onduidelijk over het verleden van een cliënt en biedt ook het dossier geen uitsluitsel:

"Heeft hij een hoge opleiding en een belangrijke functie bekleed? Ik weet eigenlijk niet of dat klopt. Nee, er staat niets over in het dossier. Ooit zal vroeger wel een anamnese zijn gemaakt, maar die is niet meer te vinden. Misschien is dat dossier ondertussen wel vernietigd. Maar als ik ergens geen tijd voor heb dan is dat voor het opsnuffelen van oude dossiers." (Interview)

Op de Walborg is nu het project van start gegaan 'Schrijf je eigen verhaal'. Vanuit de herstelvisie worden cliënten aangemoedigd om hun eigen verhaal op schrift te stellen.

Geen huisdieren

Huisdieren zijn niet toegestaan op de Walborg en in de Bocholtstraat. Enkele uitzonderingen komen soms voor: een cliënt heeft een aquarium met vissen, in een woonhuis van de Walborg werd geruime tijd een poes gedoogd en naar verluidt was er vroeger een papegaai op de Walborg:

"Joeri heette die. Hij zat hier in de soos. Hij zei 'koppiekrauw' en 'aardappel'. Een lief beest, ik mis hem." (Observatie)

Toen we geïnterviewde cliënten vroegen om een wens te doen, werd het verlangen naar een huisdier diverse keren genoemd. Tijdens observaties kwam het thema 'dieren' soms spontaan op:

"Ik heb sinds kort een eigen woning. Met mijn eigen keuken en douche en TV. En ik heb een poes. Die geeft me een reden om thuis te komen. En ook een verantwoordelijkheid. Ik houd heel veel van dat dier." (Observatie)

Huisdieren vormen vaak een factor bij herstel, zo bleek uit het proefschrift van Topor (2001). De therapeutische werking van huisdieren vindt steeds meer wetenschappelijke onderbouwing (Janssen & Bakker, 2007). Sommige hulpverleners zien dit al lang in en zouden hier graag meer mee doen, maar de weerstanden zijn groot. Het belangrijkste bezwaar lijkt de overlast te zijn die de dieren op zouden kunnen leveren.

4.2.1 Herstelondersteunende zorg

Herstellen doen cliënten zelf. Maar behandelaars kunnen dit proces ondersteunen, zo werd in hoofdstuk 2 opgemerkt. Dit lijkt echter nog niet optimaal te verlopen.

Bejegening en attitude van behandelaars

De bejegening en attitude van behandelaars hebben we niet diepgaand kunnen onderzoeken (we waren immers niet aanwezig bij de interacties). Wel hebben we enkele signalen opgevangen en indrukken opgedaan.

Op de Walborg viel het op dat hulpverleners op een respectvolle en begripvolle manier praten over hun cliënten, zonder veroordeling, denigrering of etikettering. In de Bocholtstraat was dit soms minder en enkele cliënten toonden zich gekwetst:

"De psychiater vergeleek me met een spier die jaren lang niet is gebruikt. Ik ben daar erg boos over." (Interview)

Hoop en perspectief bieden

Belangrijk voor herstel is dat hulpverleners hoop en perspectief bieden en dat er mensen zijn die in je geloven. Natuurlijk doet het personeel er alles aan om lijden te verlichten en perspectieven te scheppen. Over wat er in behandelkamers en hulpverleningscontacten gebeurt weten we weinig, omdat we hiernaar geen onderzoek hebben gedaan. Wel hoorden we enkele voorbeelden waarin meer hoop en perspectief geboden had kunnen worden:

"Mijn psychiater zei dat hij slecht nieuws had. Ik zal altijd stemmen blijven horen." (Interview)

Deze boodschap had ook positiever gebracht kunnen worden, bijvoorbeeld dat het mogelijk is om met stemmen om te leren gaan en dat je daar op den duur steeds minder last van zult hebben. Herstel is immers niet afhankelijk van het verdwijnen van symptomen.

"De begeleiding richt zich op de overplaatsing naar de open afdeling. Een verder doel is niet gesteld. Ze komt zeker in aanmerking voor beschermd of begeleid wonen, maar er is nog geen actie in die richting ondernomen. Maar waarschijnlijk valt ze weer terug en dan kan je overnieuw beginnen." (Interview)

Impliciet in deze houding is een gebrek aan hoop. De positievere boodschap zou kunnen zijn dat terugval hoort bij herstel, maar dat het geen reden is om geen toekomstplannen te maken.

> *"De psychiater zei tegen me: kijk om je heen, de mensen die drugs gebruiken die blijven hier. De mensen die geen drugs gebruiken stromen door. "(Interview)*

De positievere boodschap had kunnen zijn dat gecontroleerd drugsgebruik mogelijk is, of dat je soms eerst je sociale situatie moet verbeteren, voordat je stopt met drugs (zoals bijvoorbeeld in 'Housing First').

Presentie

Het personeel is altijd bereid om even tijd te maken als we daarom vragen, maar meestal heeft men het druk met allerlei taken. Vaak is men bezig op de kantoortjes, in gesprekskamers of vergaderzalen (zie hieronder). Er is weinig presentie in de zin van ongerichte aanwezigheid. In de ontmoetingsruimte is er altijd gelegenheid om een activiteitenbegeleider aan te spreken en de rokende hulpverleners tref je soms in een rookhok of op de stoep, en dat is er altijd ruimte voor een praatje. De twee activiteitenbegeleiders die verbonden zijn aan de afdeling KOZ zijn zich bewust van het belang van presentie en zijn daar ook toe in staat.

Hulpverleners geven hun beperkingen aan

De verpleegkundigen lijken soms weinig geneigd om hun opvattingen ter discussie te stellen of hun twijfels of beperkingen aan te geven:

> *"Veel verpleegkundigen hebben iets van 'ik heb altijd gelijk'. Ik heb minder last met de behandelaars dan met de verpleegkundigen." (Interview AB-er)*

Maar ook behandelaars lijken soms teveel overtuigd van hun eigen gelijk:

> *"Het is mijn taak om te weten wat goed is voor anderen." (Interview)*

En de onderzoeker verzucht aan het eind van dit interview:

> *"Deze psychiater is duidelijk dol op discussiëren, lijkt soms te zien dat zijn positie een bijzondere is, maar is mijns inziens soms op of over het randje van zelfverzekerd. Ruimte voor twijfel heb ik niet erg kunnen bespeuren." (Observatie)*

Medicijnen

Rehabilitatie en herstel worden gediend met een terughoudend en kritisch gebruik van medicijnen. We hebben geen diepgaand onderzoek naar het medicatiebeleid kunnen verrichten (en dat was ook niet de onderzoeksopdracht), maar we vingen wel enkele signalen op. Vrijwel alle cliënten van Bocholtstraat en de Walborg krijgen medicijnen, soms in grote variëteit:

> *"Ik krijg Leponex, Cisordinol, Anafranil en Depakine. Vroeger kreeg ik Lithium, maar daar ging mijn schildklier van kapot. En ik werd er impotent van. Met de Depakine heb ik weer een seksleven. Dankzij de medicijnen kan ik weer denken. (Interview)*

Overigens worden niet alle medicijnen even trouw ingenomen:

> *'Ik heb thuis een hele zak met Zyprexa staan. Wat zal ik er mee doen?' ' Naar het chemisch afval', suggereer ik. Ze reageert geschokt: ' Nee joh, die pillen zijn hartstikke duur. Ik ga ze verkopen.' (Observatie)*

Een geïnterviewde behandelaar signaleert dat medicijnen soms worden 'gestapeld':

"Na verloop van tijd heb ik eens goed naar de medicatie gekeken. Ze bleek twee anti-psychotica te hebben. Waarom twee? Waarom antipsychotica? Ze was niet psychotisch. En twee stemmingsstabilisatoren. Goed, ze heeft de diagnose bipolaire stoornis, maar waarom twee? Mijn theorie is dat ze niet werd gehoord. In de loop der tijd heeft ze iedere keer weer met een andere assistent te maken gehad. En iedere assistent reageerde op haar klachten over medicatie met meer medicatie. Stapelen? Ja, stapelen. Nu zijn we aan het minderen. En het gaat goed, beter dan verwacht zelfs." (Interview)

De dosering van de medicijnen is soms dusdanig hoog dat normale artsen daarvan schrikken:

'Op vakantie ging ik een keer naar een huisarts, omdat mijn medicijnen op waren. Die huisarts wilde me niet mijn normale dosering meegeven, hij vond die onverantwoord hoog.' (Observatie)

En de onderhandeling over medicijnen is soms niet goed mogelijk:

'Ik krijg Leponex en Cisordinal en Cipramil, een antidepressivum. De Cipramil bevalt niet, daar wilde ik van af, maar dat was onbespreekbaar voor mijn psychiater. Ook wilde ik wat minderen met de Leponex. Niet dus.' (Observatie)

De bijwerkingen van de medicatie zijn zichtbaar: gewichtstoename, moeheid, sloomheid, trillen, onwillekeurige bewegingen. Andere bijwerkingen worden gerapporteerd: suikerziekte, impotentie of libidoverlies. Theunissen e.a. (2008) wijzen bovendien op de verontrustende afname van de levensverwachting. Elk van deze bijwerkingen belemmert de rehabilitatie. Daar staat tegenover dat sommige cliënten wel degelijk de voordelen ervan kunnen aangeven.

Een conclusie moet hier met alle voorzichtigheid worden getrokken: er is wellicht meer sprake van overmedicatie dan van ondermedicatie. Met het oog op de rehabilitatie en het herstel van de betrokken cliënten lijkt meer terughoudend en kritisch medicatiebeleid geboden.

4.2.2 Organisatorische belemmeringen

In de Focusgroep is genoemd dat de organisatie van de zorg een belangrijke factor is die het herstel van de cliënten kan bevorderen of belemmeren. In dit onderzoek kwamen verschillende organisatorische aspecten naar voren die een belemmering lijken te vormen.

Presentie: kantoortjesverpleging en gangbehandeling

De verplegers bevinden zich voornamelijk in hun kantoren. In de Walborg zijn de kantoren van SPZ en KOZ voortdurend bemenst door twee tot zes medewerkers, terwijl op de afdelingen hooguit een of twee medewerkers aanwezig zijn en soms zelfs niemand. Een cliënt van de gesloten afdeling klaagde zelfs dat er een verpleger in de huiskamer zat:

"Laatst kwam een cliënt van de gesloten afdeling klagen dat er een verpleger in de huiskamer zat. 'Die werkt hier toch? Dan hoort ie op het kantoor te zitten'." (Interview)

Op het kantoor wordt veel tijd besteed aan rapportage en administratie:

In de onderzoeksperiode kom ik twaalf tot vijftien keer op het kantoor van KOZ. Altijd zitten er medewerkers te typen. Vaak zijn alle vier de computers bezet. Het primaire proces op deze afdeling lijkt voornamelijk digitaal van aard. (Observatie)

Meestal zit de deur van het kantoor op slot. Als cliënt of bezoeker moet je aankloppen:

Ik klop op de deur van het kantoor. Geen reactie. Nog een keer. Idem. Dan komt van de afdeling een verpleegster die met haar sleutel de deur opent. Direct achter de deur bevinden zich twee mensen die het dus niet nodig vonden om voor mij open te doen. Dit is het verhaal dat ik van cliënten uit talrijke instellingen heb gehoord. Vaak wordt er trouwens direct open gedaan, maar het is dat ene voorbeeld van ongastvrijheid dat je bij blijft. (Observatie)

Maar er zijn ook positieve uitzonderingen. Sommigen laten de deur van het kantoor uitnodigend openstaan en reageren belangstellend en gastvrij.

De deur van het SPZ-kantoor staat wagenwijd open. 'Stabilisatie' staat met grote letters boven de ingang. Wat betekent dat motto, vraag ik me af. Een sympathieke verpleegster staat me te woord en informeert belangstellend naar mijn onderzoek. Ze neemt me ongevraagd mee naar de afdeling en stelt me voor aan verschillende mensen. Ik heb soms last van verlegenheid, maar bij haar is dat meteen weg. (Observatie)

Het ligt niet zozeer aan de mensen, maar aan het systeem. De meeste medewerkers zijn welwillend en makkelijk aan te spreken, het probleem is dat je eerst over de drempel van dat kantoor moet zien te komen. En het tweede probleem is dat de medewerkers het druk hebben met organisatie en administratie.

De behandelaars zitten vooral in hun kamers, gegroepeerd aan weerszijden van een (afgelegen) gang. Op de Walborg spreekt men van de 'behandelaarsgang'. Je ziet de behandelaars weinig. In de ontmoetingsruimte zijn ze afwezig. Soms komen ze wel voorbijlopen. Je herkent ze aan hun gehaaste en doelbewuste loop en de dikke agenda onder hun arm. Honderden keren konden we met cliënten een praatje aanknopen in de ontmoetingsruimten of in de rookhokken, zelden of nooit kregen we de gelegenheid om informeel contact te maken met een behandelaar.

Presentie (Kal, 2001) is het overkoepelende begrip dat hier van toepassing lijkt. Contact dat niet louter op basis van afspraak, regels en vaste procedures tot stand komt, maar toevallig, spontaan en naar behoefte. Gekoppeld aan een gastvrije en uitnodigende houding. Sommige verpleegkundigen lijken dat van nature te hebben. Zij worden door de cliënten op handen gedragen. De activiteitenbegeleiders zijn makkelijk aanspreekbaar in de ontmoetingsruimte, mede doordat hun werkruimtes direct daaraan grenzen en zij vaak heen en weer lopen. Sommige activiteitenbegeleiders zijn bewust present:

"Ik ga naar het woonhuis zonder vooropgezet doel. Gewoon om er te zijn. Ik ben aanspreekbaar en zie wel wat er gebeurt. Ja, presentie, dat is het woord." (Interview)

Conclusie: aan de open attitude, welwillendheid en contactuele vaardigheden ontbreekt het de meeste medewerkers niet. Maar het systeem van kantoortjes, behandelkamers, vaste regels en procedures vormt een barrière voor presentie.

Groepsbenadering

De behandeling in de Walborg en de Bocholtstraat is georganiseerd in groepen. Op de gesloten afdelingen, de besloten afdelingen, de open afdelingen en de woonhuizen leeft men in groepen. De meeste activiteiten worden groepsgewijs aangeboden. Men eet in

groepen, recreëert in groepen, gaat op vakantie in groepen. De dagopeningen en weekafsluitingen zijn in groepen.
Dit neemt niet weg dat de behandelcontacten individueel zijn, dat activiteitenbegeleiders zich inspannen om een individueel aanbod te doen en dat verplegers aandacht hebben voor het individu. Maar de organisatorische basis van de behandeling is de groep.
Een geïnterviewde verpleegkundige bekritiseert deze organisatie:

> *"Alles is op groepsvorming gericht, maar de mensen hebben elkaar niet uitgekozen. Allerlei conflicten over eten bijvoorbeeld zijn volstrekt overbodig. Laat mensen een dienblad pakken zodra ze daar zelf zin hebben. En dat geldt voor veel meer dingen." (Interview)*

Cliënten ervaren steun en gezelschap van hun medegroepsleden, maar soms kan de groep ook nogal ziekmakend zijn (zie paragraaf 3.1). Nogal eens zijn de onderzoekers blij dat ze het pand kunnen ontvluchten, soms met forse hoofdpijn.
Een hulpverlener signaleert het nadeel van de groepsaanpak voor haar cliënt:

> *"Belangrijk is dat ze haar eigen ruimte krijgt, niet meer in een groep woont. Want nu worden aan de prikkels die ze vanuit zichzelf heeft, ook nog de prikkels van anderen toegevoegd." (Interview)*

De groep kan op nog meer manieren schadelijk uitpakken voor het individu. Met name in de Bocholtstraat helpen de cliënten elkaar soms aan hard drugs en aan de verkeerde vrienden die daarmee samengaan:

> *"Via mensen hier ben ik in aanraking gekomen met hard drugs. Die gebruik ik nu ook, maar ik wil er van af." (Interview)*

Het bezwaar van het in groepen bij elkaar zetten van moeilijke mensen is dat er meer moeilijkheden zullen ontstaan.

Wonen of verblijven

De geïnterviewde cliënten verblijven vaak langdurig op de Walborg en de Bocholtstraat. De meerderheid verblijft meer dan 5, 10 of zelfs 20 jaar. In feite wonen zij in de instelling. Maar formeel worden zij langdurig verpleegd.
Dat heeft een groot aantal gevolgen: als patiënt heb je geen eigen douche, toilet, keuken, televisie, telefoon, computer(aansluiting), maar moet je gebruik maken van de ziekenhuisvoorzieningen.[6] Je hebt geen eigen huisnummer en geen eigen brievenbus. Je meubilair is van het ziekenhuis. Je moet je houden aan allerlei (zieken)huisregels (geen seks met medepatiënten, geen logé's, geen huisdieren, opstaan, eten, etc). De privacy is aan allerlei beperkingen onderhevig en ontbreekt volgens sommigen:

> *"Je hebt hier helemaal geen privé." (Interview)*

Je hebt als patiënt geen huurcontract en geen woonrecht en sommigen voelen de dreiging van het zomaar overgeplaatst kunnen worden:

> *"De Walborg wordt afgebroken in de toekomst. Ik ben bang dat ik dan ergens naar toe wordt gestuurd." (Interview)*

Als patiënt betaal je eigen bijdrage voor de AWBZ en hou je maar een klein bedrag aan zak- en kleedgeld over (dat bovendien beheerd wordt door de staf).
Dit alles betekent dat degenen die verblijven op de Walborg een patiëntenidentiteit krijgen opgedrongen, hoewel men het gevoel heeft er te wonen. In de praktijk blijken

[6] Een uitzondering moet gemaakt worden voor de appartementen in de Bocholtstraat, waar men wel een eigen brievenbus, keuken en TV heeft. Maar de staf benadrukt dat men woont in een ziekenhuis en de (zieken)huisregels blijven er onverkort van kracht.

velen moeite te hebben met het benoemen van hun leefsituatie. Vaak zegt men in gesprekken zowel 'ik woon hier' als 'ik ben hier opgenomen' (en steeds bespeurt de onderzoeker hierbij een dubbel gevoel).
In de klinische afdelingen van de Walborg zijn huisvesting en behandeling niet gescheiden, en dit levert belemmeringen op voor rehabilitatie en herstel. Om precies deze redenen werd al lang geleden in het 'Amsterdamse Model' gepleit voor het scheiden van wonen en behandelen (Pries, 1985). Sommige geïnterviewden zien hiervoor mogelijkheden:

> *"Je zou het wonen kunnen organiseren in aanleunwoningen of in huurwoningen in de buurt. Dat de cliënten huurder kunnen worden van hun eigen woning." (Interview)*

Mogelijk zouden dergelijke inzichten bij de opzet van het nieuwe Walborg betrokken kunnen worden.

Inrichtingsmodel

De organisatie van de Walborg en de Bocholtstraat loopt langs de traditionele intramurale lijnen: gesloten afdeling, half-open ('besloten') afdeling, open afdeling, woonhuizen en appartementen, ambulante behandeling. Wie op de gesloten afdeling begint heeft geen 'vrijheden'. Een van de geïnterviewde cliënten bekritiseert deze dwangtoepassing:

> *"Ik let voortdurend op ongeoorloofde dwangtoepassing…Je krijgt 'vrijheden', alleen het woord al! Daar zou een streep door moeten door dat woord." (Interview)*

Naarmate men stabieler is herwint men 'vrijheden' en kan men naar een vrijere afdeling. Maar ook in ambulante behandeling kunnen er onvrijheden blijven bestaan. De paradox is dat men de autonomie van cliënten wil bevorderen in een organisatie die stelselmatig beperkingen stelt aan de autonomie. Cliënten beseffen daarbij dat de 'vrijheden' voorwaardelijk zijn:

> *"Ik slik vrijwillig medicijnen. Als ik ermee zou stoppen zou dat gevolgen hebben. Dan wordt ik bijvoorbeeld naar de gesloten afdeling gestuurd." (Interview)*

In feite is dit organisatiemodel niet anders dan dat van de traditionele psychiatrische inrichtingen. In het buitenland is aangetoond dat ook heel andere organisatieprincipes mogelijk zijn.[7]

Een intern activiteitencentrum

In essentie zijn de Walborg en de Bocholtstraat klinieken met een intern activiteitencentrum. In de loop der tijd hebben deze klinieken steeds meer een ambulant aanbod ontwikkeld. Cliënten zijn bijvoorbeeld gaan wonen in beschermde, begeleide of zelfstandige huisvesting, maar komen voor hun behandeling en activiteiten naar de kliniek.
Waar enerzijds een vermaatschappelijking plaatsvindt door een maatschappelijker of genormaliseerde woonsituatie, blijven anderzijds cliënten gebonden aan de psychiatrische kliniek voor hun dagbesteding en sociale contacten.
Cliënten zoeken hun oude kennissen op, waarmee ze vaak zoveel lief en leed hebben gedeeld. Wat begrijpelijk is. Maar waarom niet een andere plaats georganiseerd? Dat de oude vrienden elkaar opzoeken in een maatschappelijke situatie, in plaats van in de kliniek?

---

[7] Bijvoorbeeld 'Durchmischung' in Duitsland (De Wit & Janssen, 1995), 'open door policy' in Engeland (Gostin, 1985) of deïnstitutionalisering in Italië (Janssen e.a., 1995).

DATE is zich dit probleem bewust, en biedt steeds meer activiteiten aan buiten de kliniek. Activiteitenbegeleiders van de Walborg verzorgen bijvoorbeeld groepen in verschillende buurthuizen.

Hoofdstuk 5. Conclusies

Gedurende ruim zes maanden deden wij onderzoek naar de dagbesteding van de klinische cliënten op de locaties Walborg en Bocholtstraat. Wij kregen daarbij een uitstekende medewerking van alle betrokkenen: cliënten, activiteitenbegeleiders, verpleegkundigen, behandelaars en leidinggevenden. We kwamen onder de indruk van de zorgvuldigheid en de toewijding waarmee de medewerkers zich inzetten voor de cliënten. Met de kritische noten in dit rapport willen wij het betrokken personeel geen onrecht doen: de kritiek richt zich niet zozeer op personen, maar vooral op de voorwaarden in de organisatie. De kritiek is bovendien opbouwend bedoeld: de opdracht van dit onderzoek was immers om verbetermogelijkheden aan te geven.

De centrale vraag in dit onderzoek is: *wat is, vanuit cliëntenperspectief gezien, de kwaliteit van de dagbesteding in de langdurige klinische zorg van GGZ Buitenamstel en welke verbeteringen zijn hierin mogelijk?* Tijdens de onderzoeksperiode ging GGZ Buitenamstel op in GGZ inGeest, maar de twee onderzoekslocaties bleven gelijk: de Walborg en de Bocholtstraat.

In een Focusgroep werden de begrippen en criteria verhelderd. Dagbesteding is een achterhaalde term, beter kan gesproken worden van het faciliteren en begeleiden van activiteiten. Dit dient ingebed te zijn in een praktijk van rehabilitatie en herstel. De planning en begeleiding van activiteiten en trajecten dient voornamelijk individueel te zijn, zo oordeelde de Focusgroep. Dit werd geconcretiseerd in een aantal criteria, waarmee de Focusgroep richting heeft gegeven aan dit onderzoek.

Een eerste conclusie is dat de onderzochte cliënten veel te weinig dagbesteding krijgen. In het rapport 'Een keten van lege zondagen' werd 7,5 uur per week als (voorzichtige) norm voor passende zorg gesteld. De onderzochte cliënten krijgen gemiddeld 3,9 uur, dat is 48% onder de norm. De cliënten krijgen 67% minder dagbesteding dan waar zij recht op hebben volgens hun Zorgzwaartepakketten (kennelijk wordt het budget ingezet voor andere zaken, maar de cliënten worden hier niet in gekend). Cliënten in de Bocholtstraat krijgen duidelijk minder dagbesteding dan op de Walborg.
Dit betekent dat cliënten de meeste tijd op hun bed liggen. De rookhokken vormen veruit de meest gefrequenteerde activiteitenruimtes. Uren worden zittend, rokend of tv-kijkend doorgebracht. Contact met medecliënten geeft gezelligheid, maar is vaak belastend en (in de beleving van de onderzoekers) ziekmakend. Opstaan, koffie en eten vormen de onderbrekingen in dit bestaan, naast gemiddeld 2,5 activiteiten per week, waarmee de dagactiviteiten een ondergeschikte rol spelen in de tijdbesteding van cliënten. Sommige cliënten, met name in de Bocholtstraat, hebben in het geheel geen activiteiten.
De situatie verslechtert met de tijd: leidinggevenden schatten dat het activiteitenaanbod de afgelopen jaren met circa 40% is teruggelopen. Tegelijkertijd zijn activiteitenbegeleiders steeds meer tijd kwijt aan administratie.

De ondervraagde cliënten vervelen zich. De ene helft wil veel meer activiteiten aangeboden krijgen. De andere helft toont zich onverschillig. Soms komt die onverschilligheid voort uit het feit dat men zichzelf bezighoudt met eigen hobbies, soms lijkt die onverschilligheid veroorzaakt te worden door passiviteit. Een aantal cliënten

noemt de bijwerkingen van medicatie als oorzaak van de inactiviteit. Sommige cliënten nemen naast de voorgeschreven medicatie ook andere geestveranderende middelen, waardoor men niet per se actiever wordt. Maar meestal is men onverschillig omdat het aanbod niet aansluit bij de behoefte (en dit kan soms mede de oorzaak zijn van het ontstaan van passiviteit). Cliënten vinden de activiteiten vaak te kinderachtig, te weinig uitdagend en soms stigmatiserend. Zij hebben behoefte aan computers op de afdeling en aan meer recreatie. Gevraagd naar wensen en dromen noemen sommigen een huisdier, een leraar, een eigen woning of seksualiteit en intimiteit. De realisering van deze wensen stuit op allerlei barrières.

Cliënten hebben vrijwel geen contact met mensen buiten de GGZ. Vrienden laten het afweten, van de familieleden komt slechts een enkeling nog op bezoek. De maatschappelijke participatie is gering. Van arbeid of vrijwilligerswerk buitenshuis is zelden of nooit sprake. Uitstapjes worden belemmerd door geldgebrek. Kortom, de verblijfsafdeling is een soort ggz-getto.
Hulpverleners hebben weinig tijd voor individuele begeleiding. Medewerkers van DATE kunnen weinig naar buiten gaan met cliënten. Een positieve uitzondering vormen hier de activiteitenbegeleiders die in dienst van de afdeling zijn, en die individueel en flexibel kunnen werken. Zij gaan vaak naar buiten met cliënten.

Een volgende conclusie is dat de dagbesteding op de Walborg en de Bocholtstraat te weinig geleid wordt door rehabilitatie. De volgende tekorten doen zich voor:
- Activiteitenbegeleiders hebben te weinig tijd voor individuele aandacht (en dit stelt grenzen aan het stimuleren en motiveren van cliënten, het nagaan van hun wensen, het verleiden, begeleiden, kwartiermaken, overleggen met familie of vrienden).
- Er worden vrijwel geen vrijwilligers ingeschakeld, geen familieleden en geen vriendendiensten.
- Er worden weinig of geen vrijwilligersrollen voor cliënten geschapen (waar dit wel gebeurt, verzuimt men het vrijwilligersbeleid toe te passen).
- Meer in het algemeen valt waar te nemen dat de implementatie van het vrijwilligersbeleid stagneert.
- Er worden weinig ontwikkeldoelen gesteld (dagbesteding heeft daardoor vaak het karakter van bezighouden).
- Er is soms een tekort aan coördinatie (bijvoorbeeld waar verpleegkundigen vergeten de cliënt voor activiteiten te stimuleren).
- Overplaatsingen komen soms abrupt tot stand, zonder veel voorbereiding van de cliënt. Velen staan, soms jaren achtereen, op een wachtlijst voor beschermd wonen, maar zijn nog niet gaan kijken in hun toekomstige woonsituatie. Men verzuimt zo om de cliënt te helpen nadenken over het toekomstperspectief.

Rehabilitatie was tot voor kort onderontwikkeld in GGZ Buitenamstel, maar heeft de afgelopen jaren een impuls gekregen door het Project Rehabilitatie. Op meerdere punten is er duidelijke vooruitgang geboekt, maar de situatie is nog niet optimaal. Onder het personeel is er onvoldoende visie op, en onvoldoende eensluidendheid over rehabilitatie. Discussies over vernieuwingen stuiten op weerstanden, waarbij het argument vaak is ‘dit doen wij allang’. Rehabilitatieplannen zijn niet ingevoerd. In de praktijk blijkt weinig uniformiteit te bestaan over de methodiek. Elk team wil het op zijn eigen manier doen en

binnen de teams zijn er nog talrijke variaties. Dit blijkt ook bij de toepassing van de CAN en aanverwante instrumenten. De functie van *casemanagement* komt onvoldoende van de grond, terwijl in de steeds complexere organisatie en omgeving meer coördinatie nodig is. *Kwartiermaken* (het organiseren van gastvrije plekken in de samenleving) komt niet of nauwelijks voor, door tijdgebrek maar ook door gebrek aan visie en vaardigheid.

Hetzelfde geldt - wellicht nog in hogere mate - voor het begrip 'herstel'. Enkele medewerkers hebben daarop een uitgesproken visie, maar de meeste medewerkers tasten hierover vooral in het duister. Door het ontbreken van een gezamenlijk gedragen visie op herstel en rehabilitatie wordt het schier onmogelijk om cliënten op een eenduidige manier te benaderen, en bij hen de voorwaarden voor een herstelproces te scheppen.

Als het gaat om *herstelondersteunende zorg* lijken zich tekorten voor te doen (waarbij moet worden aangetekend dat deze aspecten niet diepgaand onderzocht konden worden):
- De bejegening en attitude van behandelaars kwam vaak als respectvol en persoonlijk over, maar in de Bocholtstraat deden zich enkele uitzonderingen voor.
- Men verzuimt soms om hoop en perspectief te bieden aan de cliënt (een voorbeeld zijn ook de overplaatsingen).
- Behandelaars zijn onvoldoende present.
- Behandelaars geven soms onvoldoende hun beperkingen aan.
- Bij het voorschrijven van medicijnen wordt soms weinig terughoudendheid in acht genomen. Er is wel eens sprake van het 'stapelen' van medicijnen.

Wel is duidelijk dat allerlei organisatorische aspecten het herstel belemmeren:
- Kantoortjesverpleging en gangbehandeling. Verpleegkundigen zitten vooral in kantoortjes en behandelaars in kamers in afgelegen gangen. Zij zijn daardoor weinig present (maar positieve uitzonderingen doen zich voor).
- Groepsbenadering. Alles is georganiseerd in groepen van cliënten die elkaar niet hebben uitgekozen. Er is weinig of geen privacy. De groep vormt soms een belasting en veel cliënten zouden gebaat zijn bij een meer individuele woonsituatie.
- Wonen of verblijven. Cliënten verblijven langdurig (vaak wel 10 of 20 jaar) op de afdelingen. Toch wonen zij er niet, hoewel het er soms op lijkt. Dit verblijven leidt tot allerlei praktische beperkingen die het herstel belemmeren.
- Een inrichtingsmodel waarbij afdelingen zijn gevormd op grond van de mate van toezicht die cliënten nodig hebben. Geleidelijk aan krijgen cliënten meer 'vrijheden', maar ze beseffen dat die voorwaardelijk zijn.
- Een intern activiteitencentrum belemmert de maatschappelijke aansluiting: het bindt ambulante cliënten aan de kliniek en het vormt voor klinische cliënten geen stimulans om naar buiten te gaan.

Tenslotte willen wij wijzen op de beperkingen van dit onderzoek. Het is vooral kwalitatief van aard en bestrijkt meer de 'breedte' dan de 'diepte'. Dit betekent onder meer dat de gevonden gegevens een wisselende betrouwbaarheid hebben. Sommige aspecten konden onderzocht worden in de steekproef van 20 geïnterviewde cliënten, waarbij hun informatie werd aangevuld door die van hun behandelaars, PB-ers en activiteitenbegeleiders. Deze steekproef is weliswaar klein, maar er zijn verschillende

aanwijzingen dat een behoorlijke representativiteit is bereikt. De conclusies uit deze steekproef bijvoorbeeld over het aantal uren dagbesteding zijn stevig onderbouwd.
Bij andere variabelen kon geen systematisch onderzoek plaatsvinden. Behandelcontacten zijn bijvoorbeeld niet geobserveerd en alles wat wij daarover weten is uit de tweede hand en meestal via cliënten vernomen. Dat leidt tot indrukken die soms zo indringend zijn dat ze waarschijnlijk op meer wijzen dan een incident; maar toch blijven het indrukken die met voorzichtigheid beschouwd moeten worden. Ook heeft er geen dossieronderzoek plaatsgevonden. Daardoor is het bijvoorbeeld niet zeker of er inderdaad geen rehabilitatieplannen zijn (veel ondervraagden dachten van niet) en ook is het onzeker in hoeverre rehabilitatiedoelen en -plannen worden opgenomen in behandelplannen of behandelovereenkomsten (de ondervraagden wisten hier meestal weinig over te vertellen). Een laatste beperking van het onderzoek is dat we er niet in geslaagd zijn om Kernteams bij te wonen, wat aanvankelijk wel de bedoeling was. Allerlei praktische problemen stonden dit in de weg. Het alternatief was om de teamleden afzonderlijk te spreken.

In het volgende hoofdstuk zullen wij onze aanbevelingen geven om verbetering te brengen in de geconstateerde en vermoedde tekorten.

Hoofdstuk 6. Aanbevelingen

1. Verhoog het aantal uren voor activiteiten en activiteitenbegeleiding
- Het aantal uren dagbesteding per cliënt moet op zijn minst verdubbeld worden;
- De norm van de Zorgzwaartepakketten (ZZP) dient te worden toegepast;
- Bij substitutie tussen uren behandeling en dagbesteding dient vaker de mogelijkheid te worden overwogen dat behandelingsuren worden omgezet in dagbestedingsuren;
- Cliënten moeten kunnen kiezen bij dergelijke substituties. Deze keuzen dienen dit jaar officieel in Zorgplannen te worden vastgelegd, volgens de ZZP;
- De Cliëntenraad moet zich voorbereiden op de invoering van deze Zorgplannen en op de behoefte aan ondersteuning die veel cliënten zullen hebben;
- In situaties waarbij managers dagbesteding inkopen voor groepen cliënten dient de Cliëntenraad deel te nemen aan de onderhandelingen om de collectieve belangen van cliënten te behartigen.

2. Verbeter de kwaliteit van de dagbesteding
- Geef veel meer individuele aandacht aan cliënten, stimuleer en motiveer ze voor activiteiten, vraag hen naar hun wensen en dromen, schep perspectieven op de realisering daarvan, ga na welke drempels en barrières er zijn en probeer die weg te nemen;
- Verminder het voorgevormde en traditionele activiteitenaanbod, ga meer uit van individuele behoeften en probeer daarvoor een aansluiting in algemene voorzieningen en gelegenheden te realiseren;
- Verminder het getto-karakter van de verblijfsafdelingen en bevorder integratie door de buitenwereld naar binnen te halen en de cliënten aan activiteiten buiten te laten deelnemen;
- Ontwikkel methodieken om cliënten te leren om niet alleen consument, maar ook producent te zijn van de eigen en de gezamenlijke dagbesteding;
- Plaats een computer met internetverbinding in elke huiskamer en belast systeembeheer met het onderhoud ervan (dus niet de activiteitenbegeleiders);
- Zorg voor een draadloze internetverbinding in elk gebouw, zodat cliënten op hun kamer kunnen inloggen;
- Organiseer veel meer activiteiten buiten kantoortijden: in de avonden, in de weekends en op feestdagen;
- Benut veel meer de bestaande activiteitenruimtes (die nu de meeste tijd leeg staan). Organiseer concerten, filmavonden, bijeenkomsten en manifestaties in de ontmoetingsruimtes die ook voor buurtbewoners, vrienden en verwanten aantrekkelijk zijn;
- Vorm de computerruimte om tot een internet-café, waar buurtbewoners toegang hebben en waar werkgelegenheid ontstaat voor cliënten.

3. Verbeter de rehabilitatie
- Het Project Rehabilitatie heeft een goede aanzet gegeven, maar het dient stevig doorgepakt te worden;
- Er is onder medewerkers meer visie en ook meer gedeelde visie nodig op rehabilitatie;

- Duidelijkheid is nodig over de aangewezen inhoud van rehabilitatieplannen en de wijze waarop die eventueel in behandelingsovereenkomsten of –plannen kunnen worden geïntegreerd;
- Teams en afdelingen dienen zich te beraden op de te volgen en expliciete rehabilitatiemethodiek en de toe te passen instrumenten en moeten daarin duidelijke keuzes maken. Aan de vrijblijvende veelvormigheid moeten beperkingen worden gesteld;
- Prioriteit moet worden gegeven aan de verbetering van de functie van *casemanagement*: één persoon moet de coördinatie verzorgen van alle bij de cliënt betrokken hulpverleners, verwanten en instanties (met een *back-up* bij afwezigheid of ziekte). In principe is dit de PB-er, maar het kan ook de behandelaar of de activiteitenbegeleider zijn. Waar het om gaat is dat het duidelijk is wie coördineert en dat diegene zijn taak ook serieus neemt;
- In de functie van *kwartiermaken* moet veel meer worden geïnvesteerd: er is meer visie nodig op maatschappelijke aansluiting en er zijn meer vaardigheden nodig om die te bevorderen;
- Bewaak dat rehabilitatie in de scholing, bijscholing en nascholing van medewerkers serieus genomen wordt. Bewaak dat hierin accreditatie-punten verworven worden of zorg voor een vergelijkbare stimulans;
- Stel in de sollicitatie-eisen van behandelaars verplicht dat zij aantoonbare opleiding, kennis en visie hebben op het gebied van rehabilitatie (en zorg voor deskundigheid in de sollicitatiecommissie om die te toetsen).
- Implementeer het vrijwilligersbeleid en werf veel meer vrijwilligers in Amsterdam (denk daarbij aan familieleden, buurtbewoners, cliënten en ex-cliënten). Schep vrijwilligersbanen voor cliënten in de eigen organisatie.

4. Geef inhoud en consequentie aan het begrip herstel
- Ontwikkel een concretisering van het herstel-begrip en bevorder dat die door alle medewerkers begrepen en gedragen wordt. Voorkom dat herstel een nieuw containerbegrip wordt waarin een ieder kan projecteren en zich achter kan verschuilen;
- Stel een adviesgroep in van ervaringsdeskundigen die adviseert bij de concretisering van het herstel-begrip en bij de inzet van ervaringsdeskundige medewerkers;
- Licht behandelaars voor dat het ondersteunen van herstelprocessen een andere bejegening en attitude vergt;
- Behandelaars moeten meer hoop en perspectief bieden aan cliënten, en moeten daarbij hun professionele referentiekader leren relativeren en hun maatschappelijke inzichten verbeteren;
- Behandelaars moeten veel meer present zijn. Kennis van de presentiebenadering dient in opleidingseisen en selectieprocedures opgenomen te worden;
- Behandelaars moeten terughoudender zijn bij het toepassen van hun referentiekader en bij het voorschrijven van medicijnen. Ze moeten eerlijker hun beperkingen aangeven.

5. Verbeter en hervorm de organisatie
- Verwijder alle deuren uit verpleegkantoren en behandelkamers om duidelijk te maken dat een ieder te allen tijde welkom is en voorrang heeft;

- Beperk het verblijven in een ziekenhuis-milieu tot een minimum en zorg dat langdurige cliënten zoveel mogelijk kunnen wonen (met alle rechten en voorzieningen die daarbij horen);
- Organiseer de behandeling en zorg op basis van individuen in plaats van groepen;
- Zorg daarbij voor een individuele woonsituatie of voor een groepswoning voor cliënten die elkaar hebben gekozen;
- Zorg voor een wezenlijke vernieuwing in de plannen voor een nieuw Walborg (en op termijn een nieuwe Bocholtstraat). Overstijg het 19^{e} eeuwse inrichtingsmodel en ga uit van de autonomie van cliënten in een consequente visie op herstel en rehabilitatie;
- Organiseer de activiteitencentra buiten de woon- en verblijfsvoorzieningen. Maar stationeer activiteitenbegeleiders zonodig op de afdelingen om de overgang te faciliteren.

Bijlage 1. Samenstelling en werkwijze van de focusgroep

Aan de kandidaten voor de Focusgroep werden de volgende eisen gesteld: ervarings-deskundigheid, kunnen vertegenwoordigen van het cliëntenperspectief, kennis en ervaring op het gebied van rehabilitatie en herstel, kennis en ervaring op het gebied van dagbesteding in de GGZ.
In de zomer van 2008 werden in samenspraak met de opdrachtgever de volgende leden van de Focusgroep uitgenodigd:

Pien Borghouts	Cliëntenraad GGZ Buitenamstel
Saskia van Dorp	Ex-regiomanager van ROADS; medewerker van Jan Arends GGZ
Liesbeth van Eijndhoven	Ex-beleidsmedewerker GGZNL, regiodirecteur van Reakt
Wouter van de Graaf	Onderzoeker Fragile; redacteur Tijdschrift voor Rehabilitatie
Doortje Kal	Onderzoeker, publiciste, Landelijk Steunpunt Kwartiermaken
Annette Plooy	Onderzoeker Trimbos-instituut, Hoofdredacteur Tijdschrift voor Rehabilitatie
Jeannette Pols	Onderzoeker medische ethiek AMC

Aan de hand van gesprekken met de kandidaten en de literatuur[8] werd een discussiestuk opgesteld met de belangrijkste contouren, waaronder een begripsomschrijving van dagbesteding en een aantal voorlopige kwaliteitscriteria. Dit discussiestuk werd besproken op de bijeenkomst van de Focusgroep op 10 september 2008. Mark Janssen zat de bijeenkomst voor. Helaas waren Annette Plooy en Saskia van Dorp verhinderd. Deze laatste heeft wel in een afzonderlijk gesprek haar mening over het discussiestuk gegeven. De discussie werd toegespitst op dagbesteding in verblijfsafdelingen en de betreffende twee klinieken (Walborg en Bocholtstraat) werden aan de aanwezigen beschreven. Het gesprek in de Focusgroep werd opgenomen op minidisc en is later integraal uitgetypt. Op basis hiervan zijn topiclisten vervaardigd ten behoeve van de observaties en interviews.

[8] De lezingen op het congres 'Van verblijf naar herstel' waren hierbij belangrijk, met name de bijdragen van Dröes (2008) en Plooy (2008). Daarnaast is goede notie genomen van Boevink e.a. (2002), Dröes (2005), Kal & Koldijk (2006) en Smoor (2005).

Bijlage 2. Berekening van het aantal uren dagbesteding

A. Totaal aantal uren dagbesteding
Er is naar gestreefd om een vergelijking te maken met de gegevens uit het rapport 'Keten van lange zondagen'. Hierin werd het aantal uren dagactiviteiten geteld. Daarom is meegerekend:
-het gebruik van het groeps- en individuele aanbod van DATE;
-het gebruik van het aanbod van het Trajectbureau;
-de begeleiding door activiteitenbegeleiders in dienst van de behandelafdelingen;
-de cursus 'Herstellen doe je zelf';
-uitjes en bezoeken begeleid door activiteitenbegeleiders of verpleegkundigen.

Niet is meegerekend:
-de feesten georganiseerd door DATE;
-recreatie op de afdelingen begeleid door verpleegkundigen (spelletjes, tv-kijken, e.d.);
-dagstructurering door verpleegkundigen: dagopening, koffiedrinken, samen eten, contactmomenten, e.d.;
-wandelingen of boodschappen begeleid door verpleegkundigen;
-alles wat de cliënt op eigen initiatief en/of zonder begeleiding onderneemt.

B. Aantal uren individuele begeleiding bij dagbesteding
De systematiek van de Zorgzwaartepakketten is gevolgd. Dagstructurering en recreatieve activiteiten die behoren tot de functie verblijf zijn niet meegeteld.
De volgende berekeningswijzen zijn toegepast:
-De uren die men in een activiteitengroep heeft besteed zijn gedeeld door de groepsgrootte om een cijfer voor het aantal uren individuele begeleiding te krijgen;
-Daarbij zijn opgeteld de uren die men feitelijk individuele begeleiding heeft gekregen;
-Daarbij zijn opgeteld als direct cliëntgebonden individuele uren het overleg tussen activiteitenbegeleider en cliënt (oriëntatie, planning, evaluatie) en de bijdrage van de activiteitenbegeleider in het Kernteam. Er is vanuit gegaan dat dit gemiddeld twee uur per maand betreft;
-Vervolgens zijn hierbij de indirect cliëntgebonden uren opgeteld (cliëntbesprekingen, rapportage, administratie, voorbereiding van groepen, overleg met derden, e.d.). Daarbij is uitgegaan van de schatting[9] dat op elk direct cliëntgebonden uur een half uur indirect cliëntengebonden tijd nodig is;
-Niet zijn meegeteld de uren voor de overige overhead (bijscholing, nascholing, supervisie, intervisie, personeelsvergaderingen, personeelsuitjes, e.d.).

[9] Geschat is dat de verhouding tussen direct cliëntgebonden tijd, indirect cliëntgebonden tijd en overige overhead 60 : 30 : 10 is. Deze schatting werd gemaakt op basis van de literatuur, de informatie van verschillende geïnterviewden en werd ook bevestigd door een leidinggevende.

Bijlage 3. Representativiteit van de steekproef

Twee substeekproeven van 10 cliënten zijn getrokken uit de populatie van klinische cliënten van de Bocholtstraat (n=72) en de Walborg (n=56).
Bij de procedure is een gestratificeerde aanpak gevolgd: het streven was om van elke afdeling van de twee instellingen een aantal cliënten te werven dat in overeenstemming was met de grootte van die afdeling. Dit is redelijk goed gelukt: van 10 van de 16 afdelingen zijn cliënten geïnterviewd in een redelijke verhouding tot de grootte van de afdeling. Het zijn vooral de cliënten in de verschillende Woonhuizen die niet zijn bereikt.
De steekproeven zijn niet aselect getrokken, maar wel is zoveel mogelijk geprobeerd om selectiviteit bij de werving te voorkomen:
-medewerkers van de twee instellingen hebben weinig invloed gehad op de wervingsproces: bijna altijd hebben de onderzoekers zelf het contact gelegd;
-het contact met cliënten werd gelegd in rookruimtes, in dagopeningen, groepsbesprekingen en in de ontmoetingsruimten. Soms werden de onderzoekers daarbij geïntroduceerd door hulpverleners;
-door vaak aanwezig te zijn hebben de onderzoekers geprobeerd om niet alleen de meest actieve en aanwezige cliënten te spreken, maar ook de meer teruggetrokken en passieve cliënten;
-door een beloning van € 15 te bieden zijn waarschijnlijk meer actieve en winkelende cliënten geworven;
-door vaak in de rookruimtes aanwezig te zijn, zijn waarschijnlijk meer rokende cliënten geworven;
-door de keuze tot medewerking aan het onderzoek volledig bij de cliënten te leggen zijn waarschijnlijk de meer coöperatieve cliënten geworven.

In de steekproeven zijn zodoende waarschijnlijk de meer actieve, sociale en coöperatieve cliënten oververtegenwoordigd. Ten opzichte van hun behoefte aan en gebruik van dagactiviteiten valt daardoor echter geen duidelijke vertekening te signaleren. Enerzijds hebben zij een grotere behoefte aan dagbesteding, maar anderzijds vullen zij dat vaker in door eigen hobby's en activiteiten te ontplooien.

De 20 ondervraagde cliënten hadden de volgende kenmerken:

	n	Vrouwen	Autochtonen	Leeftijd	Verblijfsduur
Walborg	10	5 (50%)	7 (70%)	45 jaar	5,1 jaar
Bocholtstraat	10	3 (30%)	3 (30%)	40 jaar	3,6 jaar
Totaal	20	8 (40%)	10 (50%)	43 jaar	4,3 jaar

Deze kenmerken van de totale steekproef komen goed overeen met wat bekend is over de populatie van alle langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten in Amsterdam: 42% is vrouw, 48% is autochtoon en de gemiddelde leeftijd is 44 jaar (Theunissen e.a., 2008). Daarbij is het bekend dat in de Bocholtstraat relatief veel jonge allochtone mannen verblijven, wat het verschil tussen de substeekproeven verklaart. Dit alles maakt het aannemelijk dat de getrokken steekproef een goede representativiteit heeft, hoewel dit niet als bewijs daarvan mag worden gezien.

Er is nog een aanwijzing voor de representativiteit van de steekproef. De gevonden cijfers over het gebruik van dagbesteding lopen sterk uiteen tussen de Walborg en de Bocholtstraat: in de Walborg wordt gemiddeld 1,79 meer uren dagbesteding gebruikt dan in de Bocholtstraat. Aanvankelijk was het vermoeden dat deze discrepantie veroorzaakt werd door een vertekende steekproef. Uit cijfers van de Dienst DATE blijkt echter dat de discrepantie feitelijk bestaat. In de Walborg is duidelijk meer dagbesteding ingekocht, namelijk voor € 180.000 voor 50 cliënten, terwijl de Bocholtstraat voor € 146.892 inkocht voor 70 cliënten. Omgerekend per cliënt komt het verschil neer op een factor 1,72. Dit komt nauw overeen met het gevonden cijfer van 1,79 in de steekproef.

Literatuur

Ammeraal, M. (2009). *De mens en zijn maatschappelijke omgeving. Een mens is meer dan zijn klacht. Verslag project 'Rehabilitatie integraal in de zorg GGZ Buitenamstel'*. Amsterdam: GGZ inGeest.

Ammeraal, M., Burger, M., Metz, G., Ruyter, E. de & Vliet, N. van (2009). *Herstel als leidend principe in GGZ inGeest. Visiedocument 2009-2012, op hoofdlijnen*. Concept. Amsterdam: GGZ inGeest.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal,* 16(4), 11-23.

Boevink, W. (1997). Over leven na de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52(3), 232-240.

Boevink, W., Beuzekom, J. van, Gaal, E., Jadby, A, Jong, F., Klein Bramel, M., Kole, M., Loo, N. te, Scholtus, S. & Wal, C. van der (2002). *Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boevink, W. (2005). Herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 13(4).

Cliëntenraad GGZ Buitenamstel (2006). *Walborg in beeld*. Amsterdam: Cliëntenraad GGZ Buitenamstel.

Cliëntenraad GGZ Buitenamstel (2008). *Baas op eigen bord! Eten in de psychiatrie, hoe doe je dat?* Amsterdam: Cliëntenraad GGZ Buitenamstel.

Combo (2006). *Uitgangspunten van een Individuele, Vraaggerichte Benadering*. Utrecht: Combo Consultancy.

Deegan, P. (1995). Herstellen van schizofrenie. *Deviant*, 2(5), 18-21.

Dröes, J. (2005). *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel*. Amsterdam: SWP.

Dröes, J. (2008). Lezing 'Herstel buiten beeld!?'. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 17(2), 20-28.

GGZ Buitenamstel (2005). *Rehabilitatie in het kruispunt. Rehabilitatie in GGZ Buitenamstel*. Amsterdam: GGZ Buitenamstel.

Glaser, B. & Strauss, A. (1976). *De ontwikkeling van gefundeerde theorie.* Alphen a/d Rijn: Samson Uitgeverij.

Gostin, L.O. (Ed) (1985). *Secure provision. A review of special services for the mentally ill and mentally handicapped in England and Wales*. Londen: Taylor & Francis Books.

Graaf, W. van de & Janssen, M.A. (2008). *Naar een fijner plan. Vervolgonderzoek naar behandel- en begeleidingsplannnen in HVO-Querido en AMC de Meren*. Amsterdam: Fragile/AdSearch.

Janssen, M.A. (2006). *Vlees noch vis. De Behandelovereenkomst in GGZ Buitenamstel: een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief*. Amsterdam: AdSearch.

Janssen, M.A. & Bakker, F.A. (2007). *De therapeutische werking van huisdieren bij psychiatrische problemen. Een literatuurstudie*. Amsterdam: AdSearch.

Janssen, M.A., Jonge, M. de & Pols, J. (1995). *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Amsterdam: Babylon-De Geus.

Janssen, M.A. & Onrust, J. (2005). *Een fijn plan. De praktijk van behandelplannen en begeleidingsplannen in de ogen van bewoners die met beide te maken hebben*. Amsterdam: AdSearch.

Janssen, M.A. & Van Weeghel, J. van (1990). *Bezigheden buitenshuis. Arbeidsrehabilitatie en dagbesteding in Den Haag*. Utrecht: NcGv.

Kal, D. (2001). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. [Proefschrift]. Amsterdam: Boom.

Kal, D. & Koldijk, G. (2006). Het *beste van iemands mogelijkheden waar laten worden. Tussentijdse rapportage onderzoek Beschut Wonen Heerenveen*. Amsterdam: D. Kal.

Plooy, A. (2008). Ontsnapt uit de verblijfsafdeling. *Deviant*, 14(57), 4-6.

Plooy, A., Rooijen, S. van & Weeghel. J. van (2008). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*. Amsterdam: SWP.

Plooy, A. (2009). *Lezing op het symposium 'Geleerd door ervaring. Naar meer ervaringsdeskundige medewerkers in de GGZ!*'. Amsterdam: CBB.

Poerwoatmodjo, J. (2009). *Op eigen kracht. Rehabilitatie in de zorg*. DVD gemaakt in opdracht van Project Rehabilitatie Integraal in de zorg. Amsterdam: GGZ inGeest.

Pries, H., Poel, E. van der, Laak, A. ter & Kal, D. (Red) (1985). *Het Leven na de Inrichting. Onderzoek naar de uitgangspunten voor de ontwikkeling van Beschermd Wonen Nieuwe Stijl*. Amsterdam: Platform GGZ Amsterdam.

Roosenschoon, B.J. (2008). Rehabilitatie en herstelondersteunende zorg. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 17(1), 65-69.

Smoor, J. (2005). *"Je kunt het toch gewoon vragen". Verslag onderzoek naar het rehabilitatiegericht werken binnen de RIBW Flevoland en Vindicta RIBW*. Amsterdam: J. Smoor.

Spaniol, L. & Koehler, M. (Red) (1994). *The experience of recovery*. Boston: Boston University, CPR.

Taylor, S. & Bogdan, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods.* 2e druk, New York: Wiley & Sons.

Theunissen, J.R., Kikkert, M.J., Duurkoop, W.R.A., Peen, J., Resnick, S. & Dekker, J.J.M. (2008). *Vermaatschappelijking van de chronische patiënt in de grote stad*. AMC de Meren, Amsterdam: GGZ Buitenamstel, HVO-Querido, Jellinek en Mentrum.

Tilburg, W. van (2007). Herstel en behandeling: huwelijk of onenightstand? *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 16(3), 4-17.

Topor, A. (2001). *Managing the contradictions. Recovery from severe mental disorders*. Edsbruck: Stockholm University.

VWS (2001). *Brief van de minister van volksgezondheid, welzijn en sport*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, 25424, nr. 37, Den Haag: SDU.

VWS (2008). *Zorgzwaartepakketten sector GGZ, Versie 2009*. Opgehaald op 1-3-2009 uit: www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging/.

Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1974). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. [Proefschrift]. Utrecht: SWP.

Wel, T. van, Persoon, J., Felling, B., Valk, G. de & Schijven, G. (2002). Wat is rehabilitatie? Een voorstel om tot consensus te komen. *Passage,* 11(4), 196–206.

Werkgroep Rehabilitatie (2004). *Nota Rehabilitatie (concept).* Amsterdam: GGZ Buitenamstel.

Wester, F., Smaling, A. & Mulder, L. (2000). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Wester, F. & Hak, A. (2003). De methodologie van kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, 23(8), 7-17.

Wijngaarden, B. van, Bransen, M.E.M., Wennink, H.J. (2001). *Een keten van lege zondagen. Tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard*. Utrecht: GGZNederland.

Wit, E. de & Janssen, M.A. (1995). Duitse kliniek heft zichzelf op. *Deviant,* 2(5), 28-31.

Lijst van gebruikte afkortingen

AB-er	Activiteiten begeleider
AMC	Academisch Medisch Centrum (Amsterdam)
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
CAN	Camberwell Assessment of Need (meetinstrument)
CBB	Cliënten Belangen Bureau
CD	Compact Disk
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CPR	Center for Psychiatric Rehabilitation (Boston)
D&A	Dagbesteding en Arbeid (Eenheid van GGZ Buitenamstel)
DAC	Dagactiviteitencentrum
DATE	Dagbesteding, Arbeid, Training en Educatie (Dienst van GGZ Buitenamstel)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVD	Digital Video Disk
DWI	Dienst Werk en Inkomen (voorheen: Sociale Dienst)
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
FACT	Functionele Assertive Community Treatment
HVO	Hulp voor Onbehuisden (voorheen zelfstandig, nu gefuseerd)
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGPB	Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid
IRB	Individuele Rehabilitatie Benadering
IVB	Individuele Vraaggerichte Benadering
KOZ	Klinische Opname Zuid (Afdeling van de Walborg)
LZA	Langdurig Zorgafhankelijk
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke gezondheidszorg
OC	Observer's Comment
P&O	Personeel en Organisatie
PB-er	Persoonlijk begeleider
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RvB	Raad van Bestuur
SDU	Staatsdrukkerij en Uitgeverij
SPZ	Sociale Psychiatrie Zuid (Afdeling van de Walborg)
SWP	Naam van uitgeverij
UWV	Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van)
ZZP	Zorgzwaarte Pakketten