

Waarom is er behoefte aan de BOR/TOR en wat zijn alternatieven?

Onderzoek naar de behoefte aan en gelijkwaardige alternatieven voor de BOR en de TOR, vanuit het perspectief van cliënten.

Esther van den Reek Jorine de Muijnck



bureau EEVAA



voor onderzoek in opdracht

bureau EEVAA in het kort:

- **zorgthema's**
- **streetlevel research**
- **moeilijk bereikbare doelgroepen**
- **onderzoek vanuit cliëntvisie**
- **flexibele schil aan expertise**

bureau EEVAA – voor onderzoek in opdracht

info@EEVAA.nl

www.EEVAA.nl

Het onderzoek is in het kader van het 10-jarig bestaan van bureau EEVAA uitgevoerd in opdracht van de Centrale Cliëntenraad GGZ Rivierduinen.



© 2015 bureau EEVAA

Wat betreft het verspreiden van kennis het volgende: het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij (digitale) artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits bureau EEVAA als bron wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	1
2 Rivierduinen en de BOR/TOR	3
Over doelstellingen vanuit behandelaarsperspectief, over het protocol, over de TOR/BOR-telefoon, en over ontwikkelingen relevant voor de BOR/TOR	
3 Het onderzoeksscenario	7
Over de onderzoeksvraag, de onderzoeksdoelgroep en de werkwijze	
4 Bevindingen en aanbevelingen	11
Over kenmerken van respondenten, over de behoefte aan de BOR/TOR, over mogelijke gelijkwaardige alternatieven vanuit cliëntperspectief, en over informatievoorziening en ambulante ontwikkelingen	
5 Tot slot: aanbevelingen	25
Aanbevelingen rondom de stand van zaken, rondom alternatieven. En de relevantie van de onderzoeksresultaten voor huidige ontwikkelingen	
Bijlage A: voorbeeld aanvraagformulier BOR/TOR	31
Bijlage B: protocol	33

woord van dank

Dank namens bureau EEVAA aan alle cliënten die tijd namen voor deelname aan een interview.
Dank aan professionals die bijdroegen aan de cliëntwerving en daarmee aan een vlotte uitvoering van het veldwerk.

Hoofdstuk 1

Inleiding

Voor u ligt het rapport “Waarom is er behoefte aan de BOR/TOR en wat zijn alternatieven?”, met bevindingen van het onderzoek vanuit cliëntbeleving.

Deeltijdcliënten of poliklinische cliënten die een aankomende crisis proberen te voorkomen hebben de mogelijkheid op zo'n moment een persoonlijke crisisregeling in te zetten. Deze 'op-recept'-regeling wordt in overleg met een behandelaar vastgesteld en wordt in het behandelplan en in het crisissignaleringsplan opgenomen.¹ Het doel van zo'n 'op-recept'-voorziening is het voorkomen van een crisis met tegelijkertijd het behoud van zoveel mogelijk zelfbeschikking. Er zijn verschillende vormen van de OR-regeling, zoals bed op recept (BOR) en telefoon op recept (TOR).²

De BOR-regeling is eind jaren negentig ontstaan in een tijd dat cliënten niet veel inspraak hadden in hun behandeling en de behandelaar alles bepaalde. Het gaf een minimale vorm van eigen regie aan cliënten. De BOR-voorziening werd in de jaren na de introductie ingekaderd door onder meer striktere afspraken, een beperktere looptijd of een soort strippenkaart.³

De BOR is een crisisinterventie die uit een korte opname bestaat. De BOR wordt binnen een lopende behandeling ingezet met steeds een indicatie voor een bepaalde periode (van bijvoorbeeld zes maanden) en een bepaalde frequentie (van bijvoorbeeld drie keer per week).⁴ De BOR wordt individueel en in een klinische setting ingezet voor/door ambulante cliënten die kortdurende ondersteuning vanuit de kliniek nodig hebben. De TOR is een interventie die bestaat uit telefonisch contact met een verpleegkundige bij een dreigende crisis.⁵ Het aantal sessies en de frequentie van BOR en TOR is conform afspraken in het crisissignaleringsplan.

De achtergrond van het onderzoek is de voortschrijdende afbouw van klinische bedden en de daarmee gepaard gaande druk op de beschikbaarheid van BOR-bedden. Het is niet zeker dat de regeling de huidige ontwikkelingen binnen GGZ Rivierduinen overleeft. Tegelijkertijd melden

¹ <http://www.rivierduinen.nl/uw-hulpvraag-ons-zorgaanbod/opname-in-kliniek/Meer%20informatie%20over-opname-in-ee-kliniek/bed-stoel-of-telefoon-op-recept> [geraadpleegd op 1 november 2015]

² Ook bestaat de stoel op recept (SOR): gebruik van een stoel voor een verblijf van maximaal vier uur (één dagdeel) www.rivierduinen.nl/uw-hulpvraag-ons-zorgaanbod/opname-in-kliniek/Meer informatie over opname in een kliniek/bed-stoel-of-telefoon-op-recept [geraadpleegd op 13 juli 2015]

³ Interview Verpleegkundig specialist, programma-manager, bestuursadviseur Rivierduinen, dd. 2 november 2015.

⁴ Het aanvraagformulier BOR/TOR met daarin onder meer het aantal sessies en frequentie is opgenomen als bijlage A van dit rapport

⁵ Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen. Rivierduinen. BOR (Bed Op Recept) aanvullende module.

(sommige) cliënten nu al geen gebruik te kunnen maken van een BOR, omdat er geen plek is – signaleert de Centrale Cliëntenraad.

Cliënten melden zich uit eigen beweging voor een BOR. De Centrale Cliëntenraad vraagt zich af wat de meerwaarde is van de BOR en of er andere (goedkopere) manieren te bedenken zijn om aan deze behoefte tegemoet te komen en waar die aan zouden moeten voldoen om een evenwaardig alternatief te bieden.

leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt ingegaan op Rivierduinen en de BOR/TOR. Hoofdstuk drie beschrijft het onderzoeksscenario met de onderzoeksvraag, de afbakening van de onderzoeksdoelgroep en de werkwijze. De bevindingen per onderzoeksvraag worden beschreven in hoofdstuk vier, gevolgd door slotaanbevelingen in hoofdstuk vijf.

Hoofdstuk 2

Rivierduinen en de BOR/TOR

doelstellingen vanuit behandelarsperspectief

Vanuit het perspectief van de behandelaar heeft de BOR twee doelstellingen.⁶ Een algemene doelstelling: crisispreventie door het bieden van een kortdurende opname. En een specifieke doelstelling: het bevorderen van de autonomie van de cliënt door het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid bij oplopende spanning. De BOR biedt de mogelijkheid om in een veilige omgeving tot rust te komen, afleiding te vinden, afstand te nemen en gesprekken te voeren. Mogelijk gevaar voor de cliënt zelf en/of voor anderen kan hiermee worden afgewend en een grotere crisis en terugval kan worden voorkomen.⁷ De module dient in het crisissignaleringsplan te zijn opgenomen. Een BOR wordt binnen Rivierduinen beschreven als een module van het programma Persoonlijkheidsstoornissen, maar kan als zelfstandige eenheid (dagopname) geboekt worden en is daarmee in principe voor elke diagnose inzetbaar.

Doelstellingen BOR:

Crisispreventie
Autonomie-bevordering

protocol

Rivierduinen hanteert een protocol rondom de BOR/TOR-regeling (opgenomen als module voor het programma Persoonlijkheidsstoornissen). Zie daarvoor bijlage B van dit rapport. Kort samengevat is de werkwijze bij de BOR⁸: Als een cliënt gebruik wil maken van de BOR-regeling belt hij het daartoe verkregen telefoonnummer en maakt een afspraak over tijd van aankomst. Een verpleegkundige van de kliniek waar de BOR plaats gaat vinden, gaat aan de hand van het crisisplan en de BOR-afspraken na of de vraag van de cliënt hierin past en of de afdeling deze BOR op het gevraagde moment kan bieden. Mocht er geen bed beschikbaar zijn op de afdeling, dan wordt samen met de cliënt gekeken of er elders binnen Rivierduinen een oplossing geboden kan worden. Bij aankomst vindt er een gesprek plaats tussen verpleegkundige en cliënt en wordt de aanleiding van de BOR besproken en samen gekeken hoe de BOR zinvol is in te zetten. Door een verpleegkundige wordt de aankomst van de cliënt gemeld bij de dienstdoend arts. De duur van een BOR is maximaal één nacht tenzij met instemming van dienstdoend arts anders is besloten.

⁶ Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen. Rivierduinen. BOR (Bed Op Recept) aanvullende module. [geraadpleegd 30 augustus 2015]

⁷ Interview Psychiater PTSS Rivierduinen, dd. 20 juli 2015.

⁸ Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen. Rivierduinen. BOR (Bed Op Recept) aanvullende module.

de TOR/BOR-telefoon

Cliënten met oplopende spanningen die zelfstandig een crisis willen voorkomen en daartoe een BOR/TOR willen inzetten, moeten zich telefonisch aanmelden. Voor Leiden/Voorhout en voor Zoetermeer/Haagstreek dient het nummer van de kliniek te worden gebeld, dit nummer staat op het aanvraagformulier. Voor Gouda en Alphen is een 06-nummer beschikbaar gesteld. Buiten bepaalde uren krijgt de cliënt een voicemail met onderstaande cursief gedrukte tekst te horen:

Dit is de TOR/BOR telefoon van het IHT⁹ van Midden Holland, Gouda en Alphen. Op werkdagen kunt u bellen tussen 17 en 18 uur en tussen 21 en 22 uur. In het weekend zijn onze tijden van 11 tot 12 uur en van 19 tot 20 uur. Als u buiten deze tijden iemand wilt spreken, kunt u contact opnemen tijdens kantooruren met uw eigen behandelaar.

Verder wijzen we u op de mogelijkheid om een gesprek aan te gaan met de medewerkers van Sensor. 018xxxxxx is het nummer waar op u hen kunt bereiken.

Verder bestaat er nog de mogelijkheid om contact op te nemen met de Stichting 113 online. Dit nummer is 0900-0113.

Verder wijzen we u er op dat de berichten niet afgeleest worden. Einde bericht.

aantal BOR-bedden

GGZ Rivierduinen heeft drie basiscentra¹⁰ met op meerdere locaties een aantal BOR-bedden. Op het moment van schrijven¹¹ zijn er tien bedden beschikbaar.

In regio Midden Holland/Rijnstreek (locaties Gouda, Alphen) is de open afdeling, met een aantal BOR-bedden, opgeheven. Cliënten spreken over de open afdeling als “BOR-afdeling” alsof die louter uit BOR-bedden bestond. Er zijn in Gouda twee bedden die aangemerkt kunnen worden als BOR-bed. Deze bedden bevinden zich op de ouderenafdeling. Wanneer deze bedden bezet zijn, worden cliënten doorverwezen naar Alphen. In Alphen weet men -bij navraag- niet precies hoe het in Gouda geregeld is ten aanzien van het aantal beschikbare BOR-bedden, terwijl de twee locaties al meer dan een jaar één centrum zijn. In Alphen zijn ook twee BOR-bedden beschikbaar.

In regio Haagstreek/Zoetermeer zijn in de medium care kliniek Zoetermeer twee slaapkamers ten behoeve van de BOR-regeling geormerkt. Dat wil zeggen dat bovenop twintig reguliere opnamebedden twee bedden speciaal voor cliënten met een BOR-overeenkomst zijn aangewezen. Daar wordt zo'n twee keer per maand gebruik van gemaakt.¹²

In het centrum Duin en Bollenstreek/Leiden bestond tot voor vijf jaar geleden het kliniekgebouwen uit drie afdelingen (gesloten, besloten, open met oplopende vrijheden). De BOR-bedden waren

⁹ IHT = Intensive Home Treatment

¹⁰ GGZ Rivierduinen heeft drie basiscentra: Duin- en Bollenstreek/Leiden, Haagstreek/Zoetermeer, Midden-Holland/Rijnstreek.

¹¹ 1 november 2015

¹² Communicatie manager MC Zoetermeer, dd. 9 augustus 2015.

toen op de open afdeling, die door de ambulantisering en daarmee gepaard gaande beddenreductie is komen te vervallen. De huidige twee BOR-bedden in Leiden zijn op de voorheen besloten afdeling, die tegenwoordig medium care heet (in Rijnveste).¹³ Er zijn twee bedden die in principe voor BOR worden vrijgehouden, maar in geval van hoge nood wordt er wel eens één opgeofferd. Er is contact met de kliniek in Voorhout waar ook twee BOR-bedden zijn en waar, aangezien Leiden en Voorhout tot één centrum behoren, in principe hetzelfde wordt gewerkt. Cliënten maken het liefst gebruik van een BOR in de hen bekende kliniek. In de praktijk wordt er maar zelden uitgewisseld. Het gehele jaar rond zitten er in Leiden ongeveer dertig cliënten in de map van potentiële BOR-gebruikers en zo'n vijftien in de TOR-map. Als een cliënt zich aanmeldt, wordt in de map gekeken of de persoon nog recht op BOR of TOR heeft. Soms is het recept verlopen (in principe maximaal zes maanden geldig) en wordt er naar bevind van zaken gehandeld. Dat wil zeggen: is de cliënt bekend, maakt hij/zij regelmatig gebruik van BOR, hoe hoog lijkt de nood. Als er tijd voor is wordt navraag bij de behandelaar gedaan, maar die mogelijkheid is er niet altijd. Een persoon met een BOR heeft ook een crisissignaleringsplan, dat in het EPD is opgenomen en de inhoud daarvan is derhalve ook op de afdeling bekend.¹⁴

ontwikkelingen binnen Rivierduinen in relatie tot BOR

De Acute Psychiatrie heeft een ambulante kant en een klinische kant. Binnen die ambulante tak had Rivierduinen voorheen enkel de crisisdienst. In ontwikkeling zijn nu, naast de crisisdiensten, ook Intensive Home Treatment (IHT) en acute dagbehandeling (ADB). De crisisdiensten zijn er alleen voor crisistoestanden (bijvoorbeeld een persoon in een psychose op het station) in tegenstelling tot de IHT waarbij er een behandelsetting is met een verpleegkundige aan huis, een SPV-er op de achtergrond, en ook een psychiater op het outreachend team. De IHT-teams opereren sinds kort ook in de zuidelijke regio's van Rivierduinen. In de ambulante tak is alles erop gericht om een klinische opname te voorkomen. Ingezet wordt daarbij op landelijke best practices als: zorgen voor korte opnames, organiseren van een frontdesk, veel meer ondersteunen in de thuissituatie, herstellen in eigen omgeving.

Wanneer de ambulante varianten (crisisdienst, IHT, ADB) niet toereikend zijn, dan is er een opnamemogelijkheid. Deze klinische tak van de acute psychiatrie wordt de -in de nabije toekomst te bouwen- High and Intensive Care (HIC) met een korte opname duur van maximaal zes weken en daarop volgend de Medium Care (MC) met een maximale duur van drie maanden. Wanneer de IHT, de behandeling in de thuissituatie, goed georganiseerd is, dan kan dit de uitstroom versnellen en een lange ziektegeschiedenis voorkomen.

Samen met deze ambulantiseringontwikkelingen wordt ook een nieuwe uitvoeringsregeling voor de BOR ontwikkeld. In de business case Acute Psychiatrie worden enkele D-bedden omgeruild voor een BOR-bed. Het BOR-bed blijft daarmee bestaan, maar een toegangsregeling is er nog niet voor de nieuwe situatie. Dat wil zeggen: het is nog niet duidelijk wie er toegang zal krijgen tot een BOR-bed. Nu is een BOR-regeling nog mogelijk ongeacht de diagnose. Vragen waar de instelling nog aan werkt, zijn bijvoorbeeld: Wanneer is een cliënt geschikt voor een BOR-bed? Wie

¹³ Communicatie voorzitter CCR, dd. 8 november 2015.

¹⁴ Communicatie verpleegkundige MC Rijnveste Leiden, dd. 20 november 2015.

bepaalt dat met wie? Rivierduinen wil de toegang tot een BOR-bed formaliseren en standaardiseren.¹⁵

¹⁵ Interview projectmanager Acute Psychiatrie Rivierduinen, dd. 27 september 2015.

Hoofdstuk 3

Het onderzoeksscenario

De zorg ambulantisceert en vóór 2020 dient het aantal bedden in de GGZ in Nederland met een derde te zijn teruggebracht. Afspraken zijn gemaakt om de beschikbare middelen voor de GGZ anders in te zetten: minder intramurale zorg en meer en betere ambulante zorg.¹⁶ Dit streven en de praktische uitwerking van deze beddenreductie laat een aantal daaraan gerelateerde ontwikkelingen zien. Door de afbouw van bedden zijn de mogelijkheden voor de BOR-regeling verminderd, terwijl er frequent gebruikt wordt gemaakt van het bed op recept. Waarom maken cliënten gebruik van de BOR-regeling, wat is voor hen de toegevoegde waarde ervan, wat zijn alternatieven daarvoor?

Dat beeld *vanuit cliëntperspectief* ontbreekt nog.

§ 3.1 de onderzoeksvraag

De volgende onderzoeksvragen zijn daarom geformuleerd:

- **Waarom hebben cliënten behoefte aan de BOR?**
- **Zijn er evenwaardige alternatieven, volgens cliënten, en waar moeten deze eventuele alternatieven aan voldoen?**

Gaandeweg kwam ook de TOR in beeld als aan de BOR gelinkte module, zodat ook die in het onderzoek is meegenomen.

§ 3.2 de onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep is met de volgende criteria afgebakend. Het gaat om cliënten:

- die een BOR/TOR-regeling hebben binnen GGZ Rivierduinen en daar al dan niet gebruik van maken,
- die als doelgroep voldoende gevarieerd zijn wat betreft variabelen 'ziektebeeld' en 'centrum' (geografische spreiding),
- die volwassen zijn.

¹⁶ Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017.

Omdat er weinig bekend is over hoe de BOR/TOR gewaardeerd wordt, waarom er behoefte aan is en wat eventuele evenwaardige alternatieven zijn volgens de gebruikers ervan, is het onderzoek exploratief en beschrijvend van aard. Afsproken is om twintig cliënten te interviewen waarbij de onderzochte groep voldoende gevarieerd is wat betreft ziektebeeld en centrum¹⁷. De onderzochte groep is een gepaste vertegenwoordiging van de groep waarover het onderzoek handelt.

§ 3.3 de werkwijze

In een doorlooptijd van drie maanden is een kwalitatieve onderzoeksmethode uitgezet. De focus van het onderzoek is het cliëntenperspectief: de beleving en visie van de cliënt. Daarom zijn twintig cliënten geïnterviewd. Het onderzoek is kwalitatief van aard, maar is waar mogelijk geïllustreerd met cijfermatige achtergrondgegevens. Een inventarisatie van documentatie en cijfermatig materiaal is uitgezet door de Centrale Cliëntenraad en dient voor dit onderzoek als spiegel- en achtergrondinformatie.

- 20 cliëntinterviews
- inventarisatie documentatie en cijfers

werving cliënten

Via verschillende kanalen zijn voor dit onderzoek cliënten geworven.

Behandelaren werkzaam binnen Rivierduinen op verschillende zorgprogramma's hebben aan hun deeltijdcliënten en poliklinische cliënten aan wie een BOR/TOR is voorgeschreven, gevraagd of zij mee willen werken aan een interview. Ook is in hun wachtkamers een wervingsposter opgehangen.

Rivierduinen heeft vijf cliëntenraden.¹⁸ De cliëntenraadsleden van de drie basiscentra en de twee specialistische centra spreken zo nu en dan cliënten die gebruik maken van de BOR en hebben hen gevraagd of zij deel willen nemen aan een interview.

Stichting ZON¹⁹ heeft in het kader van het project Crisiskaart samen met cliënten ruim zeventig crisiskaarten opgesteld. ZON heeft de methodiek overgedragen aan Rivierduinen, waarbij het format van de crisiskaart en de kwaliteitscriteria zijn geborgd en ZON de scholing voor ervaringsdeskundige consulenten en hulpverleners binnen Rivierduinen heeft verzorgd. De dossiers van de crisiskaarthouders zijn nog niet overgedragen. Een consulent van ZON heeft

¹⁷ GGZ Rivierduinen heeft drie basiscentra: /Duin- en Bollenstreek/Leiden, Haagstreek/Zoetermeer, Midden-Holland/Rijnstreek.

¹⁸ Er zijn drie basiscentra (o.b.v. regio): Leiden/Duin- en Bollenstreek, Zoetermeer/Haagstreek en Midden Holland/Rijnstreek met elk een cliëntenraad. Daarnaast zijn er twee raden vanuit specialistische centra: één gezamenlijke vanuit Centrum Eetstoornissen Ursula /Centrum Autisme én een vanuit Kinder en Jeugd. (Informatie dd. 22 juli 2015 voorzitter Centrale Cliëntenraad)

¹⁹ Stichting ZON is de regionale cliëntenbelangenorganisatie geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang.

nagegaan of binnen deze dossiers cliënten zijn met een BOR en heeft hen benaderd met de vraag of ze mee willen werken aan een interview.

Het GGZ Informatiepunt²⁰ wordt bezocht door onder meer cliënten die wellicht gebruik maken van de BOR/TOR-regeling. Door een voorlichter van het GGZ Informatiepunt is aan hen gevraagd of ze deze regeling hebben en of ze mee willen werken aan een interview.

wervingskanalen

- behandelaren
- wachtkamerposter
- cliëntenraden
- Stichting ZON
- GGZ Informatiepunt

Vooraf aan het werven vond hierover afstemming plaats tussen bureau EEVAA en de betrokken wervers. Het werven van cliënten en het plannen van een interview is gebeurd op verschillende manieren: of er is vooraf aan het interview door de werver met de ingestemde cliënt een afspraak gemaakt die is doorgegeven (voornaam en locatie) aan de onderzoeker, of de ingestemde cliënt stemde toe in het uitwisselen van telefoonnummers tussen cliënt en onderzoeker -en de onderzoeker belde vervolgens de cliënt voor het maken van een afspraak. Bij het werven van cliënten speelden de wervers een cruciale rol. Zij dienden als vindplaats voor respondenten die instemmen met deelname aan een anoniem interview. Op deze manier vormden privacy-aspecten geen beperkende rol.

interviews cliënten

De cliëntinterviews zijn door bureau EEVAA uitgevoerd gedurende drie weken in oktober en november. In totaal is aan de hand van een topiclist met twintig cliënten²¹ gesproken. Vier cliënten zijn face-to-face gesproken en veertien personen zijn telefonisch geïnterviewd. Twee respondenten gaven de voorkeur aan contact via e-mail en beantwoordden digitaal de onderzoeksvragen. Benadrukt werd de anonimiteit van de respondent zelf en van de professionals waarover eventueel gesproken werd. Het afnemen van het interview gebeurde één-op-één door één van de onderzoekers en duurde minimaal dertig minuten²² per cliënt. Het interview had de vorm van een informeel gesprek, was anoniem (soms met bekendheid van voornaam en/of telefoonnummer) en is zonder hulpverlener of andere aanwezigen uitgevoerd. Aan interviewdeelname is geen vergoeding verbonden.

Het interview is gebaseerd op de tweeledige onderzoeksvraag. De behoefte aan de BOR/TOR is bevestigd, evenals de mogelijkheid van evenwaardige alternatieven. Elk interview startte met de vraag "Kun je me vertellen over jouw laatste ervaring met de BOR/TOR?". Respondenten werd vervolgens gevraagd dieper in te gaan op die ervaring, de behoefte eraan, en mee te denken over mogelijke alternatieven. Op elke vraag is door de onderzoekers uitvoerig doorgevraagd -om

²⁰ Het GGZ Informatiepunt Holland Rijnland verstrekt informatie en geeft advies over verschillende onderwerpen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie. Het Informatiepunt is een laagdrempelig, herkenbaar en centraal gelegen locatie en functioneert onafhankelijk van hulpverleners en instellingen in de zorg.

²¹ Wanneer we spreken van 'respondenten' in dit hoofdstuk kan ook 'cliënten' gelezen worden en andersom.

²² Dertig minuten is de ondergrens. Er zijn respondenten waarmee veel langer gesproken is.

bijvoorbeeld een toelichting, een uitleg, een argument, een voorbeeld, een aanbeveling of een verbeteringsuggestie.

Tijdens het veldwerk zijn van de respondent tevens enkele achtergrondvariabelen (diagnose, leeftijd, geslacht, leefsituatie, centrum, frequentie van BOR/TOR-gebruik) verzameld. Op de variatie binnen de variabelen is tijdens het veldwerk -nadat vijftien interviews waren ingepland- bijgestuurd op variabele 'centrum' (omdat locatie Zoetermeer nog ondervertegenwoordigd was). Data-saturatie²³ werd bereikt na zo'n vijftien interviews; dat wil zeggen dat toen geen nieuwe behoeften, nieuwe alternatieven e.d. meer werden ingebracht.

inventarisatie BOR/TOR documentatie en cijfers

Gedurende het onderzoek is door de Centrale Cliëntenraad bestaand foldermateriaal, memo's, protocollen en werkwijzen rondom de BOR/TOR verzameld. Tevens is met enkele managers, behandelaren en verpleegkundigen gesproken over het aantal BOR-bedden, het uitgeschreven aantal BOR-en en TOR-en, het aantal gebruikte BOR-en en TOR-en en recente ontwikkelingen in relatie tot de BOR.

Door het onderzoeksbureau is een gesprek gevoerd met de projectmanager Acute Psychiatrie over ontwikkelproject Acute Psychiatrie en de relatie met BOR-bedden.

Delen van deze inventarisatie dienden als een achtergrondoverzicht en spiegelinformatie voor de onderzoekers, ter voorbereiding op de cliëntinterviews.

²³ In kwalitatief onderzoek spreekt men van saturatie wanneer bij de analyse van de gegevens geen nieuwe vaststellingen meer naar voor komen. Dat wil zeggen dat het onderzoek de gegevens tot zover bevestigt, maar niets nieuws meer aan brengt.

Hoofdstuk 4

Bevindingen en aanbevelingen

De open antwoorden uit de twintig cliëntinterviews werden a) gestructureerd (ordening naar overeenkomende antwoorden) en b) geanalyseerd (beschrijven, duiden, verbanden leggen). Om de betrouwbaarheid (intersubjectiviteit) van het onderzoek te waarborgen bij de betekenisgeving van de antwoorden vond duiding (structurering en analyse) van deze kwalitatieve data gelijktijdig plaats door twee onderzoekers.²⁴

In dit hoofdstuk worden eerst de respondentenbevindingen (§ 4.1), dan de antwoorden op de beide onderzoeksvragen (§ 4.2 en § 4.3) en bijvangst (§ 4.4) beschreven. Tussen aanhalingstekens en cursief gedrukt staan citaten van cliënten.

§ 4.1 kenmerken van respondenten²⁵

Respondenten werd gevraagd naar enkele achtergrondvariabelen, zoals geslacht, leeftijd, leefsituatie, diagnose, centrum en frequentie van BOR/TOR-gebruik.

geslacht, leeftijd, leefsituatie, diagnose

Drie mannen en 17 vrouwen werden geïnterviewd. Vier personen vermeldden hun exacte leeftijd niet (twee van hen noemden wel een leeftijdscategorie). De leeftijd van deze zestien respondenten varieert van 19 tot 59 jaar.²⁶ Achttien cliënten noemen zichzelf alleenstaand; drie keer is er sprake van een partner die elders woont en in vier andere gevallen zijn er huisgenoten (in een vorm van begeleid wonen). Twee cliënten wonen samen; eentje heeft een gezin met kinderen. Vier respondenten hebben een betaalde (deeltijd)baan.

Respondenten hebben naar eigen zeggen één (7x), twee (11x) of drie (2x) diagnoses gekregen. De volgende diagnose(s) zijn naar eigen zeggen gesteld bij de cliënten: persoonlijkheidsproblematiek (13 keer als eerste diagnose + 3 keer genoemd als tweede diagnose), psychose (2 keer als eerste, en tevens enige diagnose), PTSS (3 keer als eerste diagnose + 2 keer genoemd als tweede diagnose), SAS (2 keer als eerste (angst-, paniek-, dwangstoornis), 2 keer als tweede). Chronische depressie wordt als tweede diagnose vier keer genoemd. Eetstoornis wordt als derde diagnose twee keer

20 cliënten
3 mannen
17 vrouwen

leeftijd 19 - 59 jaar

90% alleenwonend
20% betaalde baan

persoonlijkheidsprobl. 16x
PTSS 5x
SAS 4x
psychose 2x

²⁴ Een vorm van onderzoekstriangulatie is dit, waarbij een term als 'betekenisgeving' een rol speelt en er wordt gekeken naar hoe een verschijnsel door verschillende betrokken onderzoekers wordt gezien.

²⁵ Wanneer we spreken van 'respondenten' in dit hoofdstuk kan ook 'cliënten' gelezen worden en andersom.

²⁶ De centrummaten (gemiddelde (38,4 jaar), mediaan (41,5 jaar)) zijn gebaseerd op N=16 vanwege een onbekende leeftijd of een leeftijds *categorie*-aanduiding i.p.v. een exacte leeftijd.

genoemd. Het aantal is meer dan twintig vanwege een combinatie van diagnoses bij ruim de helft van de respondenten.

centrum

Van de twintig respondenten hebben er twaalf een BOR/TOR-regeling vanuit de regio Midden Holland/Rijnstreek (Gouda, Alphen) en acht vanuit de regio Leiden/Duin en Bollenstreek (Leiden, Voorhout). De regio Haagstreek/Zoetermeer is niet vertegenwoordigd in het veldwerk.

In alle regio's zijn bedden aangemerkt als BOR-bed; in Alphen, Gouda, Leiden, Voorhout en Zoetermeer zijn telkens twee bedden in de Medium Care kliniek beschikbaar. Over Gouda en Leiden wordt door cliënten gerapporteerd dat deze bedden meestal bezet zijn. Over Alphen wordt gezegd dat men daar vanuit Gouda een enkele keer naar wordt doorverwezen. Ondanks extra inspanningen in Zoetermeer (de werving daar is langer doorgegaan en cliënten zijn nagebeld) zijn hier én weinig BOR-gebruikers én is deze enkeling niet bereid gevonden voor een interview. Navraag bij het management leert dat er ondanks PR en uitleg grote onbekendheid met de behandelmodule BOR in het zorgprogramma PP²⁷ is op deze locatie. Er wordt *“niet zoveel, zo'n twee maal per maand”* gebruik gemaakt van de twee cliëntenkamers die als BOR geormerkt zijn op de Medium Care in Zoetermeer.²⁸

BOR/TOR frequentie

De twintig respondenten hebben allen een BOR/TOR-module. *“Het is een geheel, soms ook met de SOR²⁹, je krijgt het in één pakket”*, zegt een respondent. Het aantal malen dat de BOR en de TOR ingezet kunnen worden, berust op individuele afspraken tussen behandelaar en cliënt conform afspraken in het crisissignaleringsplan. Ondanks afspraken die hierover gemaakt zijn, kunnen elf personen niet met zekerheid aangeven hoe vaak ze van de BOR gebruik kunnen maken (het meest gegeven antwoord is drie maal per week voor de BOR en twee per week of onbeperkt voor de TOR). Eén persoon weet niet van het bestaan van de TOR.

Vijftien van de twintig respondenten hebben in het afgelopen halfjaar de BOR ingezet. Negen van hen maakten vijf keer gebruik van de BOR regeling; drie personen zo'n vier keer per maand (waarvan één persoon aangeeft regelmatig twee keer per week de BOR in te zetten). Twee respondenten gebruikten de BOR *“ongeveer drie jaar geleden”* en één respondent *“heeft de BOR in de huidige vorm inmiddels opgezegd”*³⁰.

Tien van de twintig respondenten hebben in het afgelopen halfjaar minimaal één keer de TOR-lijn gebeld (waarvan zeven ook de BOR gebruikten). Bij twee van hen was het gebruik van de TOR-lijn eenmalig, de rest (acht personen) belde maandelijks en allen minimaal twee keer.

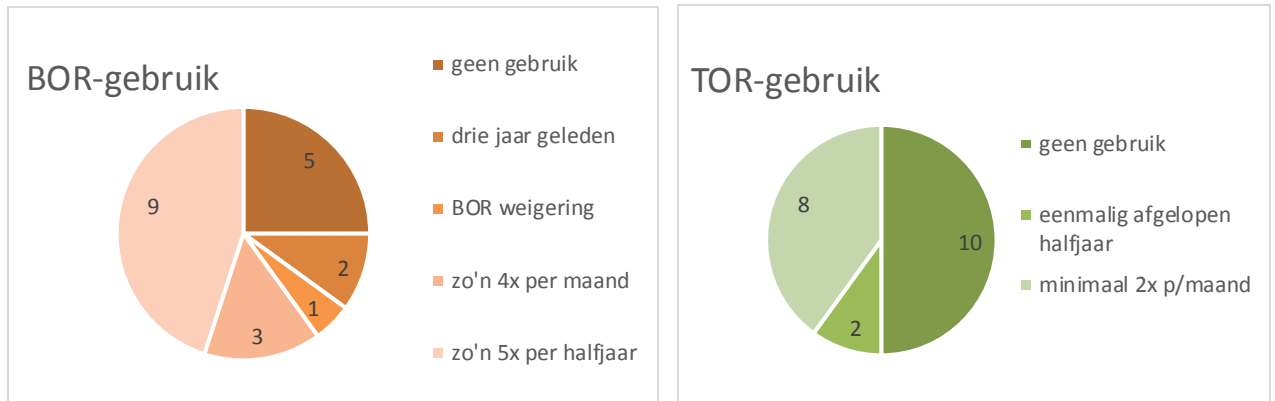
²⁷ PP = Persoonlijkheden Problematiek

²⁸ Communicatie manager MC Zoetermeer, dd. 9 augustus 2015.

²⁹ SOR = Stoel op recept: een stoel in de kliniek, overdag voor max 4 uur.

³⁰ Eén respondent maakte regelmatig gebruik van de BOR en heeft deze regeling recent *“opgezegd”* omdat *“die niet meer 24/7 is en niets meer te maken heeft met het oorspronkelijke idee van crisisvoorkoming”*.

Twee respondenten hadden de week vooraf aan het interview nog een BOR ingezet; één van hen voor drie nachten achter elkaar. Zeven van de vijftien BOR-gebruikers belden het afgelopen halfjaar ook meerdere malen voor het gebruik van een TOR.



BOR/TOR gebruik en verband met diagnose

Het gebruik van de BOR heeft een verband met de gestelde diagnose.³¹ Nagenoeg alle respondenten met een PP³²-diagnose en alle respondenten met een PTSS³³-diagnose hebben afgelopen jaar gebruik gemaakt van de BOR. Respondenten met PTSS-diagnose benoemen een paar keer dat ze verwachten dat de BOR een middel is dat tijdelijk is en in deze fase van de ambulante behandeling goed kan werken. Dat heeft te maken met het inzetten van bepaalde interventies die *“voorspelbaar tot gevolg konden hebben dat je je extra onveilig zou gaan voelen”*. Enkele respondenten hebben een SAS-diagnose. Geen van de respondenten met een Psychose-diagnose (2 personen) maakte gebruik van de BOR.

verband tussen BOR-gebruik en diagnose

geen verband tussen BOR-gebruik en geslacht, leeftijd, leefsituatie

Bij het gebruik van de TOR zit meer variatie wat betreft diagnose: ongeacht de gestelde diagnose wordt er wel eens tot zeer regelmatig gebruik van gemaakt. De diagnose PTSS is een uitzondering daarop: alle respondenten met deze diagnose maakten gebruik van de TOR (en ook van de BOR).

Er zijn geen verbanden gevonden tussen frequenties van BOR/TOR-gebruik en de variabelen geslacht, leeftijd, en leefsituatie.

³¹ De richting van deze relatie kan ook andersom zijn: de BOR wordt vaker voorgeschreven bij bepaalde diagnoses.

³² PP = Persoonlijkheids Problematiek

³³ PTSS = Post Traumatische Stress Stoornis

§ 4.2 waarom hebben cliënten behoefte aan de BOR/TOR?

De eerste onderzoeksvraag, waarop we in deze paragraaf een antwoord geven, luidde: Waarom hebben cliënten behoefte aan de BOR/TOR en -in het verlengde daarvan- hoe wordt de huidige BOR/TOR gewaardeerd?

doel en functie van de BOR

De BOR voorkomt erger, voorkomt een escalatie. Met de inzet van een bed op recept:

- is een opname voorkomen in een kliniek of in het ziekenhuis,
- is zelfbeschadiging in veel mindere mate of niet gebeurd,
- heeft “*het niet hoeven knallen in de thuissituatie*”,
- zijn suïcidale plannen niet in praktijk gebracht,
- heeft middelengebruik (alcohol of drugs) niet plaatsgevonden,
- heeft -via de Huisartsenpost- de crisisdienst niet in actie hoeven komen,
- is het gebruik van meer medicijnen niet gebeurd,
- en heeft de politie niet op hoeven treden.

Het doel van de BOR is, volgens respondenten, door een combinatie van eigen initiatief en professionele kracht, regieondersteuning krijgen en veiligheid vinden. Mogelijk gevaar voor de cliënt zelf en soms ook voor anderen wordt hiermee afgewend en een grotere crisis en terugval wordt vermeden. Het is een time-out om erger te voorkomen.

Respondenten zijn tamelijk eensgezind over de korte termijn functies van het bed op recept: rust, contact en structuur. “*Op zo’n moment moet ik een omgeving hebben die voor mij veilig is en voelt. Dat is niet thuis. Daar ben ik alleen, met gevaar voor zelfbeschadiging.*”

Cliënten die een crisis voelen naderen, hebben behoefte aan een andere omgeving dan die waarin ze “*met hun crisis zijn*”. Cliënten spreken van het nodig hebben van rust en vertrouwen, van “*een ander bed*”, “*vertrouwde gezichten die je geruststellen*”, “*mensen die toezicht houden zodat je veilig voor jezelf blijft*”.

Zeker de helft van de cliënten zegt dat contact en daarmee een veilig gevoel de belangrijkste component is van de bed op recept regeling. De BOR draagt bij aan het gevoel er toe te doen, dat er iemand is waarmee men zich mee verbonden voelt, dat men zich niet in de steek gelaten voelt. “*Dat dat contact er is, geeft me een geborgen gevoel.*” Twee personen voegen toe dat ze zich verlaten voelen en de BOR soms om die reden inzetten.

Het merendeel van de respondenten rapporteert dat bij een dreigende crisis structurering van gedachten en gedrag nodig is.

Deze cliënten zijn op zo’n moment niet zelf in staat om “*na de praktische oplossingen zoals een warme douche nemen of muziek gaan luisteren*” gedachten te ordenen. Een professionele hulpverlener kan spiegelen en relativeren. Dat zorgt voor de nodige

doel BOR:

- time-out, voorkomt erger, veiligheid
- regieondersteuning

functies BOR:

- rust, contact, structuur

op langere termijn:

- controle leven hervatten
- stapje richting autonomie

structuur om “*voorbij de crisis te kunnen denken*”. “*Het is verminderen van chaos in mijn hoofd zodat ik niet ga snijden*”.

Respondenten die van de BOR gebruik maken, voelen zich (op twee personen na die zich onfijn bejegend voelen) gezien en gehoord en er is na de time-out weer voldoende rust, structuur en bevestiging om verder te kunnen gaan na een dreigende crisis. De BOR draagt volgens hen bij aan het beoogde lange termijn doel ervan: controle over het eigen leven hervatten en een kleine stap gegroeid zijn in autonomie. De BOR “*zelfstandig inzetten*” bevordert de autonomie van de cliënt. Met een time-out, “*een reset*” kunnen cliënten weer verder zonder een terugval, een crisesescalatie en de gevolgen daarvan.

doel en functie van de TOR

De BOR en de TOR zijn als “*een tweeling*”, in die zin dat ze, aldus cliënten, samen worden voorgeschreven. “*Daar wordt niet echt naar gevraagd, het één komt met het ander.*”

Het doel van de TOR is, volgens respondenten, een aankomende achteruitgang te kunnen voorkomen, wanneer er tekenen zijn dat het wat slechter gaat maar het signaleringsplan hiervoor geen oplossing biedt. De TOR wordt door respondenten ingezet, omdat de BOR nog of inmiddels “*een te zwaar middel is*”.

De korte termijn functie van de telefoon op recept is vooral zich even kunnen uiten, structuur krijgen en gerustgesteld worden. Die geruststelling kan een bevestiging van een professional zijn dat dit een goed moment is om voorgeschreven medicatie te gebruiken, en - door de meeste cliënten genoemd - de geruststelling dat er een luisterend oor is, dat iemand gehoord wordt, dat “*er iemand voor je is wanneer de spanning stijgt*”.

De TOR draagt volgens respondenten op lange termijn bij aan het behouden van de controle over het eigen leven.

doel TOR:
- achteruitgang voorkomen

functies TOR:
- structuur, uiten, geruststelling

op langere termijn:
- controle leven behouden

meerwaarde van de BOR/TOR

De extra meerwaarde van de BOR is de laagdrempeligheid “*het is gemakkelijk even in te zetten*” en de achtervang-waarde “*het is een vangnet*”. De BOR draagt bij aan zelfstandigheid, voor sommige cliënten niet eens zozeer door de BOR ook daadwerkelijk te gebruiken, maar “*enkel al het feit dat er een vangnet is, dat werkt mee aan om kunnen gaan met m'n naderende crisis*”. Een respondent zegt over de BOR: “*Ik verleng 'm al jaren, en gebruik 'm niet vaak. Het is het idee dat er iemand voor je kan zijn. Dat idee alleen maakt me zekerder.*”

De TOR heeft diezelfde vangnet-meerwaarde, zei het in veel lichtere mate.

meerwaarde BOR/TOR:

- laagdrempelig
- vangnet

Cliënten hebben behoefte aan de BOR/TOR omdat:

De BOR en de TOR zijn twee de-escalatie stations, laagdrempelige mogelijkheden om een crisis en de consequenties daarvan te voorkomen.

De BOR is een time-out buitenshuis die met behoud van zelfstandigheid redelijk laagdrempelig is, veiligheid biedt, en waarbij contact de belangrijkste component is. Dit contact met een (helpende, aanhoudende, begripvolle) verpleegkundige brengt structuur en zorgt voor orde in de “*gedachten- en gevoelschaos*”. Het brengt rust en het vertrouwen buiten de thuissituatie ergens terecht te kunnen én (maar dat ontbreekt volgens enkelen) zorgt voor begrip. Niet door het aanreiken van praktische oplossingen (thee drinken, warm douchen), maar door uit te spreken dat de cliënt zich niet aanstelt. Belangrijk is daarbij ook de actieve rol van de verpleegkundige, omdat het onder woorden brengen van gevoel en gedachte als moeilijk wordt ervaren wanneer een crisis nabij is. Cliënten die van de BOR gebruik kunnen maken doen dat om op termijn de controle over hun leven te kunnen hervatten en een stap richting zelfstandigheid te kunnen zetten. De BOR is daarmee regieondersteunend en een belangrijk vangnet waarmee erger wordt voorkomen.

De TOR zorgt ervoor dat cliënten zich kunnen uiten, structuur krijgen, zich gehoord voelen en gerustgesteld worden. Cliënten die van de TOR gebruik maken doen dat omdat zij van een -bij voorkeur bekende- professional willen horen wat ze het beste kunnen doen en/of het goed doen, en zo de regie over hun eigen leven kunnen behouden.

behoefte aan vaker of anders kunnen inzetten van BOR/TOR

De helft van de cliënten geeft aan vaker gebruik te willen maken van de BOR dan mogelijk is. Dat heeft bijvoorbeeld te maken met het overschrijden van het maximaal aantal afgesproken keren (van zoveel keer per week). Vaak ook is het inzetten van een BOR wel gewenst, maar onmogelijk omdat de cliënt te horen krijgt dat er geen BOR-bed vrij is (In Gouda en in Leiden). “*En dan zit je er helemaal tegenaan en krijg je te horen: Je kunt morgenochtend terugbellen dan weten we of er een BOR-bed vrij komt.*” Maar meestal willen respondenten de BOR inzetten op een moment dat de afdeling niet bereikbaar is voor aanvragen, omdat het al avond of nacht is.

Respondenten geven aan vooral in de avonduren en 's nachts behoefte te hebben aan een bereikbare Op-recept-crisisinterventie.

Alle TOR-gebruikers hebben in de vastgestelde beluren wel eens gebeld zonder dat er contact was met een verpleegkundige. Respondenten die daar navraag naar doen bij verpleegkundigen krijgen te horen dat deze het druk hebben, “*of nauwelijks aan hun eigen werk toekomen als ze zoveel mensen via de TOR te woord moet staan*”.

Nagenoeg iedereen met een TOR-regeling (ook de niet-gebruikers) zouden op een andere manier (niet per se vaker, maar op een ander tijdstip én langer) gebruik willen maken van de TOR-lijn. Dat heeft vooral te maken met de beperkte beltijd (2x per dag een uur op vaste tijdstippen en tien minuten, daarbuiten is er een voicemail of kan de afdeling niet bereikt worden). *“Ik moet een crisis voelen aankomen binnen kantooruren, anders kan ik niet meer bellen. Dat op zich al zorgt voor onrust”*, zegt een respondent.

Enkele BOR-gebruikers merken op waarom de TOR (soms) voor hen niet afdoende is. In een situatie die onhoudbaar dreigt te worden, is *“even ventileren met een telefoongesprek”* niet genoeg en zijn de oplossingen uit het crisissignaleringsplan meestal al ingezet. De oplossingen die in het telefonisch gesprek geboden worden, zijn veelal van diezelfde praktische aard en bieden soms niet de houvast die nodig is om de crisis niet te laten escaleren. Bovendien is het contact, *“het onder de mensen zijn en daarmee het gevoel te hebben er toe te doen”*, met een TOR beperkt tot zo'n tien minuten bellen op gezette tijden. Dat wordt als te kort ervaren. Enkele cliënten vinden het telefoneren op zich een lastig punt.

Een andere reden waarom er minder vaak gebeld wordt dan gewenst, heeft van doen met het - recent- *“duurdere”* (voor Gouda en Alphen) ingevoerde 06-nummer. *“Dat voelt ongastvrij”*.

kritiek op minder BOR-bedden en op ingeperkte beltijd

Het idee achter de BOR is zelfstandig een beslissing te mogen nemen die ervoor zorgt dat terugval wordt voorkomen en een crisis achterwege blijft. Om zo'n idee op een veilige locatie ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren, zijn volgens cliënten wel bedden nodig. **In Rivierduinen zijn in de huidige situatie tien BOR-bedden beschikbaar. Driekwart van de respondenten is van mening dat de BOR in de huidige vorm (met minder BOR-bedden, ingeperkte beltijden) niet de waarde van regievergroterend middel, laagdrempeligheid en vangnet heeft.**

“Het was ooit de bedoeling dat je op tijd je eigen keuze kon leren maken, je eigen regie kon hebben. De BOR als leermiddel. Dat is 'n geslaagde methode. Het is ook een confrontatie, het helpt je dan weer verder. Je voorkomt een opname. Blijkbaar wordt er nu getwijfeld aan dat leermiddel.” Een aantal respondenten merkt op dat de huidige BOR-vorm (met tien bedden, die regelmatig bezet zijn) weinig te maken heeft met het oorspronkelijk idee van crisisvoorkoming en autonomiebevordering. De voorwaarden voor het kunnen inzetten van een BOR zijn gewijzigd, vinden respondenten. *Vergeleken met “een jaar of wat geleden, moet je er nu erger aan toe zijn”*. Cliënten benoemen dat de zelfstandigheid rondom het inzetten van de BOR is ingeperkt: *“je belt omdat jij dat nodig acht en je aanvraag wordt afgewezen omdat hun [de instelling] idee van wanneer het nodig zou zijn anders is...je moet half dood of gevaarlijk zijn, dan mag je komen.”* De BOR is niet onnodig, vinden respondenten. *“Die is hard nodig. Maar de BOR zoals ie er nu uitziet, op deze manier, nee.”* En ook: *“Zo heeft het weinig zin. Een opname is een stap die je leven overhoop gooit. Een BOR zou laagdrempeliger kunnen zijn. Je kunt het zelf makkelijker regelen en*

het voorkomt veel”, zegt een respondent. Een cliënt licht de ingeperkte (“regieverlagende”) tijden toe. *“Wanneer je nu een crisis aan voelt komen, dus overdag, dan kun je ook een beroep doen op je eigen hulpverleningsnetwerk, je behandelaar bellen of je pb-er bellen. De BOR is een laatste redmiddel, als er niemand anders meer is, dus buiten de kantooruren.”*

En ook: *“Zoals ie nu is ingericht... is het geen echte BOR, omdat ie niet 24/7 inzetbaar is als regeling. Dat je het zelf mag regelen, maar dan wel binnen kantooruren graag. Dit is zo’n circusding, een trapeze waar maar soms een vangnet onder hangt.”*

Hetzelfde geldt voor de TOR. *“Ik gebruik deze vorm van de TOR niet. Die dekt het doel niet, de eigen keuze mogen maken.”* Respondenten bedoelen met “deze vorm” de ingeperkte beltijden. Een andere cliënt zegt daarover: *“De TOR? Maak ik geen gebruik van. Die crisis dient zich niet aan precies in die telefoonsprekuren maar eigenlijk altijd ‘s nachts.”*

§ 4.3 wat kunnen alternatieven zijn?

De tweede onderzoeksvraag, waarop we in deze paragraaf een antwoord geven, luidde: Zijn er evenwaardige alternatieven voor de BOR en waar dienen deze eventuele alternatieven aan te voldoen, vanuit cliëntperspectief? Hieronder worden eerst de reacties en handelingen weergegeven van cliënten, wanneer de BOR/TOR niet inzetbaar was.

wat toen de BOR niet inzetbaar was?

De voortgaande afbouw van klinische bedden gaat gepaard met de druk op de beschikbaarheid van BOR-bedden.

Negen respondenten (van de 15 BOR-gebruikers) melden dat zij in de afgelopen zes maanden de BOR-module wilden gebruiken en dat niet mogelijk was, omdat er geen bed beschikbaar was—in Leiden en in Gouda. Cliënten voelen zich alleen gelaten, boos, vol onbegrip en/of teleurgesteld. “De vraag om hulp voelt als vergeefs. Er komt pas iemand in actie als je een gevaar bent of bijna dood, zo voelt het. Nee, zo is het.”

Deze cliënten schetsen een aantal scenario’s van wat ze dan deden toen³⁴ de BOR niet kon worden ingezet.

- Drie personen vertellen dat ze naar buiten gaan en anoniem willen verblijven op een openbare plek, *“’s Avonds meestal, wel waar mensen of camera’s zijn, voor bescherming, tegen jezelf”*. Voorbeelden die genoemd worden zijn publieke ruimtes als het treinstation, de laatste shoarmazaken die open zijn, zonder echte bestemming meerijden in de bus.
- Eén persoon is op zo’n avond op het station vanwege geluidsoverlast verscheidene malen opgepakt door de politie.
- Twee respondenten hebben een zelfmoordpoging gedaan en zijn in het ziekenhuis opgenomen.

³⁴ Dit zijn meerdere scenario’s per respondent, van het afgelopen half jaar.

- Eén persoon heeft een familielid opgezocht maar is daar weer vertrokken uit angst anderen te beschadigen.
- Eén persoon heeft de buurman geslagen, waarna de politie kwam om de “zaak te sussen”.
- Eén persoon heeft zichzelf op zolder “zonder middelen of mogelijkheden” opgesloten.
- Zes respondenten die vergeefs de BOR wilden inzetten, hadden regelmatig daarna contact met de huisartsenpost (HAP). Respondenten bellen zelf met de HAP en “langs deze lijn komt er dan crisis hulp”. *“Ik moet iets doen dan. Ik bel met de HAP. Die assistente heeft het meteen door en zegt wil je dat ik de crisisdienst voor je bel. Ze vraagt het. Ze brengt het alsof ik nog iets te kiezen heb. Ik ben meerdere keren zo opgenomen. Terwijl je eigenlijk geen opname maar een BOR wil.”*
- Twee personen bellen met “de wijkagent wiens nummer ik heb” en verblijven een nacht op het politiebureau. Soms leidt dat tot een opname, die wordt ervaren als een ongewenste onderbreking (want men wenst een BOR-bed, geen klinische opname).
- Sommigen doen niets en bellen de volgende ochtend voor “een nieuwe poging de BOR in te zetten”.
- Meer dan de helft rapporteert zelfbeschadiging.

wat toen de TOR niet inzetbaar was?

Alle TOR-gebruikers (tien personen) vermelden dat ze het afgelopen half jaar wel eens hebben gebeld en niet het gewenste contact krijgen om de volgende redenen:

- Een ingesproken bandje tijdens het beluur³⁵
- Geen doorschakeling mogelijk naar afdeling
- Verpleegkundige heeft 't te druk
- Wel contact en de melding: geen tijd i.v.m. een overdracht

Voor Gouda/Alphen rapporteren cliënten dat ze tijdens het beluur wel eens een ingesproken bandje kregen. Dat wordt als “erg ongestvrij” ervaren. Voor Leiden geeft men aan dat gezegd wordt dat er niet kan worden doorgeschakeld naar de afdeling of naar een “drukke” verpleegkundige. *“Ik was erg bang en overstuur. Ik had twee knuffelbeesten gekocht. Voor wanneer ik me zo bang voel. Het hielp niet meer. Ik ben het nummer gaan bellen... blijven bellen. 38x. Toen werd er opgenomen.”*

Zes personen hebben wel eens gebeld bij een aankomende crisis en kregen verscheidene keren te horen van een verpleegkundige dat het te druk is voor een gesprek of er “eigenlijk geen tijd was” of kregen het verzoek later terug te bellen. Respondenten zijn dan boos en/of teleurgesteld daarover.

³⁵ Zie pagina 4 voor de tekst op het bandje dat cliënten horen wanneer ze Gouda of Alphen bellen.

Wanneer hulp niet kan worden bereikt (tijdens beluren geen doorschakeling, geen tijd, een bandje, of wanneer cliënten buiten de TOR-beltijden, meestal 's nachts, een crisis voelen naderen) dan zijn de volgende bel-alternatieven gebruikt:

- Sensor³⁶,
- naastbetrokkenen
- de Huisartsenpost (HAP).

Op de (Gouda/Alphen)voicemail van de BOR/TOR-lijn wordt doorverwezen naar Sensor en 113online³⁷. Niemand van de respondenten heeft de afgelopen zes maanden met 113online gebeld. Sensor wordt wel eens gebeld door vier respondenten (twee van hen belden het afgelopen halfjaar vier keer, één persoon belde “*elke maand een keer of twee, altijd 's nachts*”, één respondent belt “*elke week wel, vooral laat*”). Respondenten zijn wisselend enthousiast over Sensor. Dat heeft te maken met de vrijwillige krachten, de onbekendheid met de hulpverleners en met de reactietijd (bij de chatfunctie). Respondenten bellen wanneer er tekenen zijn dat het slechter gaat en het crisissignaleringsplan hiervoor geen oplossing biedt. De vraag waarmee gebeld wordt, vinden zij eigenlijk “*te heftig voor een vrijwilliger die jou en je diagnose niet kent*”. Respondenten die met Sensor bellen voor contact en structuur vinden dat de hulp wat meer geprofessionaliseerd en afgestemd zou kunnen worden op een crisissituatie (en noemen in dat verband ook de trage reactietijd bij de chatfunctie). TOR-gebruikers die Sensor niet bellen, wijten dat aan de onbekendheid met de hulpverleners. Anderen zijn juist positief over Sensor omdat “*ze benadrukken wat je wel kan*” en “*het belangrijk is dat er iemand luistert, dat er even iemand naar je omkijkt en meedenkt*”.

Behalve met Sensor wordt door enkele andere respondenten in een naderende crisissituatie gebeld met de HAP of met naasten. Overigens zegt een minderheid van de respondenten een beroep te kunnen doen op familie. “*Daar is niemand mee geholpen. Kijk, het is een wat lastige vraag. Er is een crisis. Mijn familie weet het juist dan ook niet.*” De HAP wordt gebeld met medicatie-vragen die voor geruststelling moeten zorgen (twee personen) óf om “*via een ander kanaal de crisisdienst te kunnen bereiken, want zij leggen dat contact dan en dan is er wel plek*”.

zijn er alternatieven?

Aan respondenten is de vraag gesteld of er andere manieren te bedenken zijn om aan de behoefte die de BOR vervult, tegemoet te komen. **Alle cliënten die gebruik maken van een bed op recept, vinden dat er niets vergelijkbaars is als crisisondersteuning en autonomievergrotend vangnet.** “*Het is een unieke formule. Even weg uit je omgeving vol spanningen. Ik mis de BOR. Het gemis wordt alleen maar meer. Ik ben net een snelkookpan, bij wie de druk er niet meer afgehaald kan worden.*”

³⁶ Sensor is online hulpverlening via e-mail, telefoon of chat. Sensor werkt met vrijwilligers en is 24/7 en 365 dagen per jaar bereikbaar.

³⁷ 113online is een onafhankelijke GGZ-instelling. Het is een platform voor zelfmoordpreventie met online therapie, zelfhulp en acute hulpverlening als drie pijlers. 113online biedt online hulpverlening via crisischat, groepschat en crisistelefoon. 113online werkt met vrijwilligers en is dagelijks tot 22:30u bereikbaar.

Twaalf van de vijftien BOR-gebruikers hopen dat de BOR staande blijft en noemen slechts enkele evenwaardige alternatieven. *“De BOR voorkomt een opname. Dat moet worden erkend.”*

belangrijk elementen

Respondenten benadrukken de elementen die een gelijkwaardig alternatief voor de BOR volgens hen zou moeten bevatten. Dit zijn:

- 24/7 bereikbaarheid,
- de betrokkenheid van een professional,
- kortdurende en
- laagdrempelige ondersteuning
- die buitenshuis is
- met behoud van zelfstandigheid.

Die combinatie van kenmerken vinden respondenten van belang voor het doel dat met de inzet van de BOR bereikt wordt. Dat doel is: door middel van rust, contact en structuur een time-out nemen die veiligheid biedt en een grotere crisis en terugval voorkomt, zodat op termijn de controle over het leven kan worden hervat.

Verreweg het grootste deel van de respondenten vindt het belangrijk dat (a) het alternatief 24/7 bereikbaarheid heeft. Dat er (b) professionele hulpverleners bij betrokken zijn. Dat kan, benadrukt de helft, met daarnaast ook de inzet van (getrainde) ervaringsdeskundigen. Belangrijk is, menen sommigen, *“dat zij niet een soort lotgenoten zijn, ze moeten wel professionele hulp kunnen aanreiken”*. Een minderheid vindt dat ze tijdens het gebruik van een BOR steun heeft aan lotgenoten, *“de andere BOR-gebruikers”*. *“Buiten de afdeling zeg ik niets tegen een mede-cliënt. Je doel is toch een eigen leven hebben, buiten die GGZ.”*

Een ander belangrijk element is, volgens respondenten, dat (c) de onderbreking kortdurend is. Respondenten hebben ervaring met een opname en vinden dat een ongewenste onderbreking van de ambulante behandeling.

Daar sluit (d) laagdrempeligheid en (e) zelfstandigheid bij aan. Zo zou de tussenkomst van een dienstdoend arts onnodig zijn (*“er verandert toch niets aan je behandelplan of je medicijnen”*) en zou de bemoeienis van de zorg zich kunnen beperken tot het creëren van veiligheid (door middel van een structurend gesprek, een rustige omgeving). *“Dat past dan ook beter bij de gewenste zelfregie.”*

Van belang is ook, vinden respondenten, dat zij bij een naderende crisis (f) thuis weg zijn, weg uit de omgeving die werkt *“als een trigger”* in een crisissituatie. En ook: *“Dat hele idee van je eigen netwerk inzetten is wat lastig, mijn netwerk bestaat uit hulpverleners en thuishulpen. Alles moet thuis opgelost worden is het nieuwe idee. Maar juist in die thuissituatie voel ik me onveilig.”*

Een alternatief voor de BOR met de gewenste werkzame elementen is er volgens respondenten eigenlijk (nog) niet. Cliënten benadrukken de BOR in de oude vorm te behouden, omdat het erger voorkomt en de veiligheid biedt die noodzakelijk is om een

escalatie in de vorm van zelfbeschadiging, een (ziekenhuis)opname of inmenging van politie te voorkomen.

aangereikte alternatieven

Alternatieven die cliënten aanreiken, lijken sterk op elkaar en zijn:

- een time-out huis op het ggz-terrein
- een nachtopvang vergeleken met die van het Leger des Heils
- een zorghotel

Een alternatief dient een onderkomen te zijn dat tijdelijk is, en los kan staan van de klinieken, waar professionals voorhanden zijn en waar (eventueel) ook ervaringsdeskundigen werken. De zes elementen die hierboven genoemd worden, dienen daaraan te worden toegevoegd.

Respondenten noemen als alternatief een opvang op het terrein van de ggz. Sommigen herinneren zich een *“niet helemaal goed geregeld”* time-out huis dat georganiseerd was op het ggz-terrein in Noordwijkerhout waar men minimaal een nacht en maximaal drie weken kon verblijven. *“Het was binnen, maar toch ook buiten.”* Er hoeft volgens respondenten geen directe band met de MC³⁸ of de HIC³⁹ te zijn, omdat die beide voor een opname zijn en *“dit is een time-out, even er tussenuit, dat is wat anders, ook met de eigen keuzes leren maken enzo”*. Anderen opereren als alternatief een onderkomen vergelijkbaar met de nachtopvang van het Leger des Heils, maar dan exclusief voor psychische problemen. Dat kan een verblijf zijn *“waar je weg bent van de triggers van thuis”*, voor een zeer kort verblijf (maximaal een paar dagen) én specifiek voor de nacht. 's Nachts, omdat wat ruim de helft betreft overdag een beroep kan worden gedaan op het bestaande hulpverleningsnetwerk (als SPV-ers, therapeuten bij deeltijdbehandeling, psychiatrische woonbegeleiders, casemanagers). Zo'n onderkomen zou ook de vorm van een zorghotel kunnen hebben (Pitstop in Haarlem⁴⁰ wordt door een paar mensen vermeld).

Een respijthuis wordt door niemand op eigen initiatief genoemd. Respondenten associëren een dergelijk huis met *“een lange tijd van huis, dat wil je niet”*. Een meerderheid zegt liever *“niet al te lang met anderen met soortgelijke psychische problematiek”* in een woning te zijn, maar wil het liefst na een korte time-out weer snel naar huis en daar veilig zijn.

³⁸ MC = Medium Care

³⁹ HIC = High and Intensive Care

⁴⁰ Het Zorghotel Pitstop in Haarlem is een 'hotel' dat wordt gerund door ervaringsdeskundigen. Het biedt werkervaringsplaatsen voor mensen met een GGZ of psychosociale achtergrond. De doelgroep zijn volwassenen die met psychiatrie te maken hebben of hebben gehad.

Drie cliënten die Beschermd Wonen opperen als alternatief een slaapdienst om veiligheid 's nachts te borgen.

Iedereen verkiest overigens de BOR boven de geschetste alternatieven.

Eén concreet alternatief, dat niet zozeer de BOR/TOR kan vervangen, maar dat wel voldoet aan de behoefte van twee cliënten met psychose-diagnoses, is een MOR (Mail op recept). Dat heeft te maken met behoefte aan contact.

§ 4.4 bijvangst

Aan respondenten is gevraagd of er nog iets van belang is rondom BOR-ervaring en ontwikkelingen. Cliënten noemen twee punten: onduidelijke informatieverstrekking en onduidelijkheid over verschuiving naar ambulante hulp.

onduidelijke informatieverstrekking

De wijze waarop tot nu toe informatie is verstrekt aan cliënten blijkt verwarring op te wekken.

“Er wordt weinig gecommuniceerd over allerlei veranderingen. Je weet niet waar je terecht kunt. De communicatie met het wijkteam loopt nog niet optimaal. De crisiskaart die niet is bijgewerkt. De casemanager adviseert me de BOR in te zetten, er is ook nog iemand via de gemeente, dat soort dingen”, zegt een respondent.

De twintig interviews leveren minstens tien verhalen op over verschillende vermeende variaties van de BOR in de nabije toekomst. Respondenten komen op allerlei manieren aan informatie over de toekomstige BOR, deels formeel vanuit de instelling, deels informeel. Ze halen informatie uit een groot aantal brieven met nieuws over het blijven bestaan van enkele BOR-bedden en wisselende data over het kunnen gebruiken ervan die zijn toegestuurd door verschillende functies vanuit Rivierduinen. Daarnaast is er (mondelijke, soms afwijkende) informatie van verpleegkundigen en informatie van medecliënten. Bovendien is er geen harmonie binnen de BOR op de verschillende locaties van Rivierduinen wat betreft data, werkwijze en nieuws rondom de BOR-voorziening.

De informatievoorziening rondom organisatieontwikkelingen die van invloed zijn op de BOR/TOR wordt als onduidelijk ervaren. De onduidelijkheid rondom de BOR-ontwikkelingen veroorzaakt onrust bij respondenten. Dit is, juist voor deze groep mensen die met een BOR-regeling werkt aan zelfstandigheid en behoefte heeft aan een (betrouwbaar) vangnet daarbij, een factor die voor onrust zorgt.

onduidelijkheid over verschuiving naar ambulante hulp

Bijna de helft van de cliënten maakt een opmerking over “*het accent op hulp thuis*”. Er is onbekendheid met de IHT, de intensive home treatment waarbij crisisbehandeling in de thuissituatie plaatsvindt of gaat vinden (deze ambulante crisistak is in opbouw) en over de rol van FACT teams en wijkteams. Respondenten merken op dat de beddenreductie is ingezet, maar niet nauw aansluit bij ambulante ontwikkelingen.

Zo merkt een respondent op dat “*in ene de nadruk is komen liggen op alles in je thuissituatie op te lossen, daar hulpverlening bieden. Maar dat staat nog in de kinderschoenen. Degene die bij me thuis komt, zegt me de BOR in te zetten, maar die is dan vol. De mevrouw van de gemeente adviseert weer wat anders. Het is onduidelijk*”. En een ander zegt: “*Ik heb de BOR-regeling nog steeds. Maar het is in de praktijk een soort van afgeschaft denk ik. Dat sluit niet netjes bij elkaar aan: een stukje zelfregie bieden en dat op de achtergrond afschaffen. En dat terwijl je de thuishulp met zo'n wijkteam voor crisis nog niet geregeld hebt.*”

De uitbreiding van de ambulante kant van de acute ggz waaronder de opbouw van IHT, intensieve trajecten aan huis, het ondersteunen in de thuissituatie, is op papier bedacht maar loopt in de praktijk langzaam en niet gelijk op met de afbouw van bedden. Cliënten signaleren een hulpverleningsgat.

Respondenten willen over het algemeen graag in de thuissituatie veilig zijn en zorg krijgen (met eventueel een heel korte crisis de-escalatie onderbreking elders). Maar op twee personen na vindt iedereen dat tijdens een naderende crisissituatie familie of vrienden beter niet ingezet kunnen worden, omdat zij “*soms ook de angel zijn*” of “*thuis is dwang en dat is de trigger*”. Een respondent merkt over naasten op: “*Zij staan te dicht bij de problemen en hun oplossing is niet professioneel*”. Bovendien zegt een meerderheid van de respondenten geen steunsysteem te hebben of daar niet op terug te kunnen vallen. “*Ik zie m'n familie niet*” en “*Ik heb zeg maar niet echt een close sociaal netwerk*”.

Hoofdstuk 5

Tot slot: aanbevelingen

De BOR en de TOR voorzien in een behoefte. Er zijn cliënten waarvoor de bed op recept formule onvervangbaar is. Zij hebben veel baat bij de regeling en voelen zich echt geholpen door deze voorzieningen.

de stand van zaken

Er wordt gebruik gemaakt van de BOR-regeling omdat deze regeling een reset, een veilige timeout biedt. Rust, contact en structuur zijn belangrijke functies van de BOR. De BOR helpt om escalatie van een crisissituatie te voorkomen. Wanneer er geen bed beschikbaar is, zijn de gevolgen heftig.

Dat betekent dat met de inzet van een bed op recept:

- een ziekenhuisopname of een opname in een kliniek is voorkomen,
- zelfbeschadiging in veel mindere mate of niet is gebeurd,
- de thuissituatie niet geëxplodeerd is,
- suïcidale plannen niet in praktijk zijn gebracht,
- middelengebruik (alcohol of drugs) niet heeft plaatsgehad,
- de crisisdienst -via de Huisartsenpost- heeft niet in actie hoeven komen,
- het gebruik van meer medicijnen niet is gebeurd,
- en de politie niet op heeft hoeven treden.

De BOR draagt, door een combinatie van eigen initiatief en professionele kracht, bij aan het beoogde lange termijn doel ervan: controle over het eigen leven hervatten juist door even een stap uit de thuissituatie te kunnen doen en wat te groeien in zelfstandigheid. Met de BOR is een mogelijk gevaar voor de cliënt zelf of voor anderen afgewend en is een grotere crisis en terugval voorkomen. Crisisondersteuning en een autonomievergrotend vangnet: dat is het belang van een voorziening zoals de BOR.

Het doel van de TOR is achteruitgang voorkomen. Structuur krijgen, zich kunnen uiten en gerustgesteld worden zijn belangrijke functies van de TOR. Op langere termijn draagt de TOR bij aan de controle over het eigen leven te behouden.

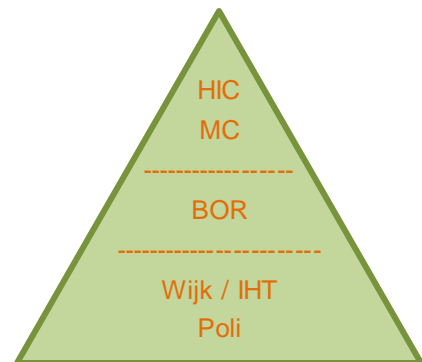
Belangrijke toegevoegde waarden van BOR en TOR zijn de laagdrempeligheid en de positie van vangnet.

De beschikbaarheid van een BOR-bed ligt onder druk. Het afgelopen half jaar hebben meerdere cliënten tevergeefs een beroep gedaan op een BOR: bedden waren bezet of de nood voor een bed werd door een professional anders beoordeeld dan door een cliënt. De consequenties daarvan kunnen zeer ernstig zijn.

In Rivierduinen zijn in de huidige situatie tien BOR-bedden beschikbaar. Voor de TOR kan twee maal daags gedurende een uur gebeld worden. Deze vorm - met minder BOR-bedden dan voorheen en een ingeperkte beltijd - heeft niet de waarde van regievergroterend middel, laagdrempeligheid en 24/7 vangnet. Hetzelfde geldt voor de TOR. Vooral in de avonden en 's nachts is er veel behoefte aan een bereikbare Op-recept-crisisinterventie.

de plek van de BOR op het zorgpad

Er wordt in de ggz gesproken over een ambulante en een klinische kant alsof er daartussen geen andere opties of zorgtredes zouden zijn. Zorg in de wijk, in de thuissituatie zorgt ervoor dat mensen met psychische problemen zoveel mogelijk hun dagelijkse leven thuis behouden en biedt mensen kansen om hun eigen leven zoveel mogelijk te continueren. Dat is een goede ontwikkeling. Tegenwoordig hebben wijkteams wellicht eerder in de gaten dat iemand tegen een crisis aanzit, dan in een wekelijks poliklinisch contact mogelijk is. Misschien wordt er vanuit die gedachte minder BOR voorgeschreven, maar soms is een hele korte onderbreking *elders* nodig: “om de druk van de ketel te halen, om even een zware tas neer te kunnen zetten, om weg te zijn van de prikkels thuis”. En ook omdat zo'n zelfstandige crisisinterventie voor bepaalde cliënten een leermodule is die therapeutische waarde heeft. De BOR is daarom een belangrijke zorgstap tussen kliniek en ambulante in (zie figuur 1⁴¹), in het benodigde zorgaanbod voor mensen in naderende crisis, omdat *buiten de thuissituatie*, even weg van triggers een veilig vangnet wordt geboden dat verergering van een noodsituatie voorkomt.



FIGUUR 1 zorgpad

aanbevelingen

Aanbevelingen van cliënten:

- Cliënten wordt een vangnet geboden waarbij geoefend kan worden met het ontwikkelen van autonomie en met het zelf keuzes leren maken om zo een crisis te voorkomen. Dat vangnet wordt op de achtergrond ingeperkt (minder bedden, beperkte beltijd). Overdag kan het merendeel van cliënten een beroep doen op hun bestaande hulpverleningsnetwerk (zoals een SPV'er, een casemanager of een woonbegeleider). De ambulante tak van de acute psychiatrie bij Rivierduinen bestaat nu vooral uit de crisisdiensten en binnen die acute psychiatrie zijn de Intensive Home Treatment (IHT) en de acute dagbehandeling nog in opbouw. Wanneer mensen 's avonds of 's nachts een crisis voelen aankomen, kunnen ze vaak geen contact leggen met de ggz, zonder dat het contact laagdrempelig en met behoud van eigen regie is. **Zorg ervoor dat wanneer een Op-recept-regeling wordt aangeboden, die regeling in de (nachtelijke) praktijk ook**

⁴¹ Bron zorgpad: Interview Verpleegkundig specialist, programma-manager, bestuursadviseur Rivierduinen, dd. 2 november 2015.

als zodanig gebruikt kan worden. Juist 's avonds en 's nachts doen cliënten met hun BOR-regeling bij een naderende crisis tevergeefs een beroep op hulpverlening. Een en ander sluit nu niet goed op elkaar aan. **Zorg voor 24/7 laagdrempelige bereikbaarheid en beschikbaarheid in de acute ggz.**

- Niet iedereen voelt zich -bij het inzetten van een BOR of TOR- gastvrij behandeld en aangenaam bejegend (gezien of gehoord) door verpleegkundigen. Een ingesproken bandje op de TOR/BOR-lijn is een voorbeeld van die ervaren ongestuurdheid. Het is evident dat dat niet mag niet gebeuren wanneer een cliënt in aankomende crisis een beroep doet op hulp.

Aanbevelingen van de onderzoekers:

- Er is geen harmonisatie binnen de BOR/TOR in Rivierduinen. Dat betekent dat er onbekendheid is op afdelingen over BOR-opties op andere afdelingen op andere locaties; er is geen standaardisatie wat betreft (telefonische) aanmelding; er zijn in praktijk diverse uitvoeringen. Zorg voor één instellingsrichtlijn en uniformiteit in de uitvoering van de Op-Recept-regeling.
- Nu is een BOR-regeling een module die gekoppeld is aan het programma PP⁴² maar als zelfstandige eenheid geboekt kan worden en daarmee inzetbaar is ongeacht de diagnose. Rivierduinen ontwikkelt een uitvoerings- en een toegangsregeling voor de BOR. Vragen die gesteld kunnen worden -met de extra cliëntbelevingsinformatie uit dit onderzoek- zijn bijvoorbeeld: Sommige mensen maken vaak gebruik van de BOR, dekt de BOR voor hen dan (kortdurend juist) wel de lading? Voor wie is een BOR-bed een (tijdelijke) geschikte crisisinterventie en om welke reden? De BOR vervult bij verschillende diagnoses grofweg dezelfde functies, maar kan ook ingezet worden omwille van de therapeutische rol (zoals bij Persoonlijke Problematiek waarbij een belangrijk behandeldoel is leren groeien in autonomie, ook wanneer er een crisis is. De BOR creëert een mogelijkheid daartoe). Ook kan de BOR een meerwaarde hebben en een middel zijn voor een tijdelijke periode (als fase in een behandelplan, direct na een interventie, zoals bij PTSS of SAS). **Houd bij het vaststellen van de uitvoeringsregeling (het aantal BOR-bedden) rekening met de rol van de BOR bij verschillende diagnoses en stel in de nieuwe toegangsregeling vast wie er waarom (ook tijdelijk) baat heeft bij de BOR.**
- De BOR is een preventieve actie om crisis te voorkomen. Door vrijwel alle cliënten wordt het belang van zelfregie daarbij aangehaald. Men wil de regie niet helemaal uit handen geven, maar moet wel op een vangnet kunnen vertrouwen. **Onderschat het gewicht van zelfregie niet.**

⁴² Persoonlijke Problematiek

alternatieven voor de BOR en de TOR

De bed op recept regeling is voor een kleine groep cliënten een uniek regieondersteunend vangnet en dient binnen Rivierduinen te worden ingepast in de lopende ontwikkelingen en nieuwe uitvoerings- en toegangsregeling van het bed op recept. Gebruikers van een BOR vinden dat er niets vergelijkbaars is als crisisondersteuning en autonomievergrotend vangnet.

Elementen die belangrijk zijn binnen de BOR en waaraan eventuele evenwaardige alternatieven zouden moeten voldoen zijn:

- 24/7 beschikbaarheid
- de betrokkenheid van de professional
- kortdurend
- laagdrempelig
- behoud van zelfstandigheid
- en een faciliteit buitenshuis.

Een alternatief voor de BOR kan een time-out vorm zijn die een zorgstap is tussen klinische zorg (HIC, MC) en ambulante hulp (waaronder in de toekomst IHT) in, mét elementen uit de BOR. Deze voorziening is in de huidige overgangsfase naar ambulantisering bovendien een extra vangnet.

Een gelijkwaardig alternatief dient een onderkomen te zijn dat tijdelijk is, los kan staan van de klinieken, waar professionals voorhanden zijn en waar ook ervaringsdeskundigen werken. De betrokkenheid van ervaringsdeskundigen dient nog extra aandacht te krijgen. De zes elementen die hierboven genoemd worden, dienen daaraan te worden toegevoegd. Bij evenwaardige alternatieven dient de crisiszorg tevens 's nachts te zijn gewaarborgd. Voorbeelden zijn:

- een time-out huis op het ggz-terrein
- een nachtopvang vergeleken met die van het Leger des Heils
- een zorghotel

Ook wanneer de IHT opgebouwd is en in de ambulantiseringpraktijk goed functioneert, is zo'n voorziening met die elementen belangrijk en biedt de BOR of een alternatieve vorm een meerwaarde.

Gebruikers van de telefoon op recept vinden dat deze crisisinterventie of een alternatief vierentwintig uur per dag beschikbaar zou moeten zijn. Vaak is er juist 's avonds en 's nachts behoefte aan deze voorziening.

aanbevelingen ten aanzien van alternatieven

Aanbevelingen van cliënten:

- **Behoud de BOR omdat het erger voorkomt.** Het voorkomt een opname en biedt de veiligheid die (tijdelijk) noodzakelijk is om een escalatie in de vorm van zelfbeschadiging, een (ziekenhuis)opname of inmenging van politie af te wenden.
- Vaak is er 's nachts behoefte aan een veilige situatie. Cliënten die begeleid wonen opperen als oplossing een slaapdienst daarvoor.
- Overweeg om naast professionals ook ervaringsdeskundigen te betrekken bij de uitvoering van de BOR/TOR of bij alternatieven.

Aanbevelingen van de onderzoekers:

- Een aantal elementen bepalen voor cliënten de waarde van de BOR. **Neem bij de vaststelling van de aankomende uitvoerings- en toegangsregeling voor de nieuwe BOR of voor een alternatief deze elementen mee.**
- Van de TOR wordt regelmatig gebruik gemaakt, maar de bereikbaarheid is beperkt. Deze module is wellicht wat lastiger in te passen in dagelijkse werkzaamheden, omdat er op een afdeling niet iemand speciaal voor is aangesteld en dagelijkse werkzaamheden op een onverwacht moment hiervoor (voor kortere of langere tijd) onderbroken moeten worden. **Voor 24/7 TOR-bereikbaarheid kan een taak liggen voor het IHT (met ruime werktijden tot 22u 's avonds en ook in de weekends) en de crisisdienst.**
- De IHT wordt momenteel opgebouwd, deze kan gaan functioneren als crisisthermometer mét een BOR-mogelijkheid, maar deze teams opereren niet 24/7. Zorg dat de crisisdienst buiten kantooruren volledig integreert met IHT én dat de rol van de BOR duidelijk is daarbij.

aanbevelingen ten aanzien van bijvangst

Aanbevelingen van cliënten:

- Wees tijdig duidelijk over aankomende organisatieveranderingen in relatie tot de BOR/TOR-regeling die cliënten aangaan. Cliënten bemerken dat de intrekking van een stuk zorg zich niet beperkt tot de BOR en de TOR, maar zorgbreder is. Deze ontwikkelingen en onduidelijke informatie daarover maakt hen ongerust.

Aanbevelingen van de onderzoekers:

- De beddenreductie is ingezet. **De uitbreiding van de integrale, ambulante kant van de ggz waaronder de acute hulp met de opbouw van IHT, met intensieve trajecten aan huis en met het ondersteunen in de thuissituatie, loopt in de praktijk langzaam en niet gelijk op met de afbouw van bedden.** Cliënten signaleren een gat. Zorg bij de transitie van een oud naar een nieuw beleid/systeem voor overlap.
- De sociale wijkteams van de gemeente en de FACT teams zijn bekend bij sommige cliënten. De afstemming tussen verschillende thuishulpvormen (via de gemeente, via GGZ) is gefragmenteerd. Er is onduidelijkheid over wie er in crisis voor hulp zorgt en wat

de BOR daarin betekent. Er wordt geen samenwerking ervaren. De verschillende teams moeten aansluiten bij elkaar. Bekijk goed en informeer cliënten hoe de BOR zich verhoudt tot de IHT, de FACT wijkteams (voor cliënten in deze wijkteams is ook een BOR-regeling beschikbaar) en de sociale wijkteams van de gemeente.

de relevantie van de onderzoeksresultaten voor huidige ontwikkelingen

De achtergrond van het onderzoek is de voortgaande ambulantisering: mensen worden minder vaak opgenomen in een GGZ-instelling en gaan vaker in de eigen thuissituatie zorg ontvangen. Binnen de ambulante kant van de acute psychiatrie bij GGZ Rivierduinen zijn enkele bewegingen, soms nog op papier, gaande rondom de ambulantisering. Naast de al bestaande crisisdiensten wordt ook IHT en acute dagbehandeling opgebouwd. Binnen de ambulantiseringontwikkelingen wordt door Rivierduinen momenteel een nieuwe uitvoeringsregeling voor de BOR vastgesteld.

Het gaat in dit onderzoek minder om de feiten, wel om de beleving en de visie van cliënten. In het belang van een goede ggz, een optimale zorg voor de doelgroep, een formele cliëntenparticipatie en het centraal stellen van de cliënt is het vanzelfsprekend essentieel om te weten waarom cliënten behoefte hebben aan de BOR/TOR-regeling, wat de meerwaarde is en waar volgens hen eventuele alternatieven aan dienen te voldoen.

Er zijn veel ontwikkelingen bezig die cliënten direct aangaan, maar het beeld *vanuit cliëntperspectief* ontbrak nog. Met extra cliëntbelevingsinformatie uit dit onderzoek kan worden meegestuurd in deze ontwikkelingen.

Bijlage A

voorbeeld aanvraagformulier BOR/TOR

Het aanvraagformulier voor een BOR/TOR ziet er als volgt uit:

Aanvraagformulier Bed Op Recept (BOR)

	Datum:
Voor- + achternaam	: Dhr./Mevr.*
Geboortedatum	:
Eigen huisadres+woonplaats	:
Telefoonnummer	:
Familie/direct betrokken contactpersoon van de patiënt+ tel.nr.:	
(in geval van nood te bellen)	
Behandelaar/aanvrager B.O.R.:	
locatie + tel.nr. :	
Afdeling waar patiënt nu onder behandeling is:	
Deeltijd / Ambulant *	
Persoonlijk begeleider/zorgcoördinator/verpleegk.contactpersoon * :	
Naam:.....	
Datum opname huidige behandelvorm:	
Medicatie voorgeschreven door:	
Patiënt kan maximaal keer per week/ maand * gebruik maken van een Bed Op Recept voor een periode van 6 maanden tot (vul einddatum in). Als de patiënt gebruik wil maken van de BOR regeling belt hij het daartoe verkregen telefoonnummer en maakt afspraken over tijd van aankomst. Dit kan tot uiterlijk 20:00 uur.	
Aantal sessies en frequentie dienen vermeld te zijn in het crisissignaleringsplan van de patiënt.	
Actueel plan altijd meesturen bij deze aanvraag.	

De patiënt kan een afspraak maken met de afdeling om kennis te maken.	
De aanvraag kan via de mail worden gestuurd aan:	
Voorhout:	
Mail: xxx@ggzduinenbollenstreek.nl	
Tel: xxxxxx	

Adres: xxxxxxx

Leiden:

Mail: xxxxxxxxxx

Tel: xxxxxxx

Adres: xxxxxxx

Specifieke afspraken die de behandelaar nodig acht voor de nacht:

* doorhalen wat niet van toepassing is

Als de voorziening “**Telefoon op recept**” door de behandelaar, in overleg met de patiënt, gewenst is, loopt de aanvraagperiode liefst zoveel mogelijk parallel met de aanvraag voor BOR.

Noteer hieronder welke afspraken met patiënt gemaakt zijn, naast de eventuele Bed Op Receptafspraken.

Telefoon Op Recept (TOR):

Ingangsdatum:

Voor- + achternaam : Dhr./Mevr.*

Geboortedatum :

Eigen huisadres+woonplaats :

tel.nr. :

Familie/direct betrokken contactpersoon van de patiënt + tel.nr.:

(in geval van nood te bellen)

Behandelaar/aanvrager TOR :

locatie + tel.nr. :

Patiënt kan maximaal keer per week/ maand * gebruik maken van een Telefoon Op Recept voor een periode vanweken/maanden* tot (vul einddatum in)

Doel en functie van de telefoon op recept moet terug te vinden zijn in het meegestuurde crisissignaleringsplan van de patiënt.

Het doel is over het algemeen: kort spui gesprek van 5 tot max. 10 minuten.

Zijn er speciale vragen aan de besloten afdeling deze s.v.p. hieronder noteren.

Specifieke afspraken die de behandelaar nodig acht bij telefoon op recept:

Bijlage B

Protocol BOR

Het protocol rondom het opstellen en voorbereiden van de BOR is als volgt⁴³:

1. De behandelaar indiceert of iemand in aanmerking komt voor een BOR. BOR is onderdeel van het behandelplan en wordt op de daarvoor bestemde plek in het behandelplan en crisisplan vastgelegd, incl. de specificaties voor gebruik. Besluitvorming over BOR vindt plaats in de multidisciplinaire behandelplanbespreking conform de Algemene Behandelprincipes.
2. Als een BOR-regeling in het crisissignaleringsplan van de cliënt is opgenomen, komt de cliënt als voorbereiding daarop z.s.m. kennismaken op de afdeling waar indien nodig een BOR beschikbaar is. Er worden afspraken gemaakt hoe de verpleegkundigen op de afdeling de cliënt het beste kunnen helpen. Het initiatief ligt bij de cliënt.

Bij gebruik van BOR gelden de volgende regels:

1. Als de cliënt gebruik wil maken van de BOR regeling belt hij het daartoe verkregen telefoonnummer en maakt afspraken over tijd van aankomst. Cliënt meldt uiterlijk om 20.00 uur dat hij van BOR gebruik wil maken.
2. Verpleegkundige van de kliniek waar BOR plaats gaat vinden, gaat aan de hand van het crisisplan en de BOR afspraken na of de vraag van de cliënt hier in past en of afdeling deze BOR nu kan bieden.
3. Voor cliënten bij wie een van de exclusiecriteria van toepassing is, is er geen sprake meer van preventie maar van daadwerkelijke crisis. In zo'n geval kan de cliënt conform de afspraken in het eigen crisisplan beroep doen op de crisisdienst.
4. Verpleegkundige en cliënt maken afspraak over de komst van de cliënt. Mocht er geen bed beschikbaar zijn op de afdeling, dan wordt samen met de cliënt gekeken of er elders binnen Rivierduinen een oplossing geboden kan worden.
5. Bij aankomst vindt er een gesprek plaats tussen verpleegkundige en cliënt. Bij aankomst wordt de aanleiding van de BOR besproken en samen gekeken hoe de BOR nu zinvol in te zetten.
6. Verpleegkundige meldt de aankomst van cliënt bij de dienstdoend arts. Tijdens de opname is de psychiater van de afdeling eindverantwoordelijk. De dienstdoend arts/psychiater wordt ingeschakeld als de verpleegkundige het (medisch) noodzakelijk acht.
7. Gedurende de opname vinden er geen wijzigingen plaats in het behandelbeleid, tenzij hiervoor een uitdrukkelijke en acute aanleiding bestaat.
8. Gedurende de opname schakelt de verpleegkundige de dienstdoend arts/psychiater in wanneer: (a) er betekenisvolle verandering is in het psychiatrisch ziektebeeld en er (her)diagnostiek vanuit deskundigheid van een psychiater nodig is, (b) de afspraken vermeld in de BOR-regeling niet nagekomen kunnen worden door cliënt, (c) bij calamiteiten aangaande de zorgverlening, waaronder (tentamen) suïcide, (d) bij een indicatie voor en complicatie bij farmacotherapeutische behandeling, (e) bij acute somatische problematiek.
9. Bij ontslag, na de afgesproken duur van het verblijf, vindt een kort gesprek plaats met een verpleegkundige van de afdeling waarin kort bezien wordt of de regeling het beoogde doel bereikt heeft en wordt vooruitgekeken naar de thuiskomst.

⁴³ Protocol en werkwijze BOR. Uit: Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen. Rivierduinen. BOR (Bed Op Recept).