Ankie Lempens, Aafje Knispel, Aniek de Lange, Marianne van Bakel,
Lex Hulsbosch, Hans Kroon

Trimbos instituut

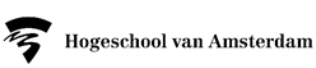
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

‘Voor mij is contact zuurstof. Het voelt nu wat zuurstofarm’

Impact van sociale isolatie op mensen met ernstige psychische aandoeningen

Eindrapportage april-juni 2020

www.coronatijden.nl



Ankie Lempens, Aafje Knispel, Aniek de Lange, Marianne van Bakel,
Lex Hulsbosch, Hans Kroon

‘Voor mij is contact zuurstof. Het voelt nu wat zuurstofarm’

Impact van sociale isolatie op mensen met ernstige psychische aandoeningen

Eindrapportage april-juni 2020

Trimbos-instituut, Utrecht, 2020

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
Hans Kroon

Auteurs
Ankie Lempens
Aafje Knispel
Aniek de Lange
Marianne van Bakel
Lex Hulsbosch
Hans Kroon
Mmv Anneke van Wamel

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
Gettyimages.nl
Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer AF1794.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 - 297 11 00

© 2020, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

1 Inleiding **5**

2 Methoden **7**

3 Bevindingen **9**

3.1 Impact op psychische klachten en problemen die mensen ervaren 9
3.2 Dynamiek door de tijd; het longitudinaal perspectief 10
3.3 Positieve aspecten (en wat helpt mensen er doorheen?) 12
3.4 Welke gezondheidseffecten worden ervaren? 14
3.5 De maatregelen en hun invloed op de continuering van zorg (zorginfrastructuur) 15
3.6 Zorg die niet mogelijk was en mensen buiten beeld 16
3.7 Digitalisering en digitale zorg 17

4 Conclusies **19**

5 Aanbevelingen **21**

1 Inleiding

'Dat er nu onderling begrip komt, onder de mensen, hoop ik. Ook verharding maar ook veel meer begrip. Dat je geconfronteerd wordt met moeilijke dingen. We zitten allemaal maar in hetzelfde schuitje.. Dat is best wel positief. Een rare verbondenheid, op anderhalve meter afstand, maar toch soort verbinding.'

De coronacrisis is een uitdaging voor iedereen: thuiswerken, beperkte sociale contacten, even geen festiviteiten en leven met een gezondheidsrisico. Het beperkt en brengt zorgen met zich mee. Hoe is dat voor mensen met ernstige psychische aandoeningen? Mensen die in het leven van alledag al extra worden uitgedaagd vanwege hun psychische kwetsbaarheid. Daarover gaat dit verslag.

In Nederland wonen ongeveer 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. We spreken van ernstige psychische aandoeningen wanneer er sprake is van een aanhoudende psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat. Ongeveer driekwart van de mensen is in zorg[1].

Op basis van gesprekken met 26 personen met een psychische kwetsbaarheid en 18 GGz-professionals, waaronder ook ervaringsdeskundigen, geven we een indruk van de impact van de coronamaatregelen. Een deel van de mensen is door de tijd heen gevolgd zodat ook de dynamiek in beeld komt: hoe vergaat het mensen met een psychische kwetsbaarheid tijdens deze coronacrisis?

Context

Dit verslag biedt de resultaten van het onderzoek naar de impact van social distancing voor mensen met ernstige psychische problematiek, zoals uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Het betreft een deelonderzoek van een project dat de impact op zeven verschillende doelgroepen onderzocht: *Social Impact of Physical Distancing on Vulnerable Populations during COVID-19*. Doel van deze mixed-method social science studie is het documenteren van de uitdagingen, ervaringen en creativiteit van de sociaal kwetsbare Nederlandse populatie tijdens de sociale isolatie. Tegen welke problemen lopen mensen aan? Welke oplossingen vinden zij? Hoe kan beleid deze oplossingen ondersteunen? Doel is het leveren van toepasbare lessen over de maatregelen van sociale afstand.

In mei 2020 verscheen het tussenverslag van dit onderzoek (Trimbos-instituut, 2020). Een brief met een samenvatting van de resultaten uit deze fase is in mei aangeboden ter advisering aan het Outbreak Management Team (OMT). De studie werd uitgevoerd door een consortium van zeven partijen, te weten: de UvA, VU, HvA, Ben Sajet centrum, MEE, Pharos en het

1 Delespaul, Ph. en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie, juni 2013.

Trimbos-instituut en werd mogelijk gemaakt door ZonMW. Voor meer informatie zie: www.coronatijden.nl

Dank

We bedanken alle geïnterviewden en 'dag/logboekers' voor hun deelname; geweldig dat zij in deze roerige tijd bereid waren ons een inkijk te geven in hun dagelijks leven en werk en daarbij zo openhartig hun ervaringen en gevoelens met ons wilden delen.

2 Methoden

Interviews en follow up onderzoek

Voor het onderzoek naar de sociale gevolgen van de ccoronamaatregelen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn 26 personen met een psychische kwetsbaarheid geïnterviewd, allen lid van het panel Psychisch Gezien[2]. Ook zijn er 18 professionals vanuit verschillende typen zorgvoorzieningen geïnterviewd, werkzaam in 7 verschillende instellingen. Onder de professionals zijn 6 mensen die werken als ervaringswerker/peer support werker.
Naast de interviews werkten 15 mensen (7 professionals en 8 mensen met een psychische kwetsbaarheid) mee aan follow up onderzoek: via een log/dagboek of via telefonische updates. Zij werden wekelijks of tweewekelijks opnieuw bevraagd of leverden hun eigen notities aan. Gemiddeld werd van hen nog steeds driemaal informatie verkregen, als laatste in week 24.

Peilstation	Mensen met een psychische kwetsbaarheid*	Professionals/ belangenbehartigers
FACT	5	5
Beschermd Wonen	4	6
Zelfregie	1	3
Kliniek	3	4
Ambulante woonbegeleiding/Wmo/huisarts/ POHGGz	8	
Geen hulpverlening	2	
Overig (oa wachtlijstzorg)	3	
Totaal aantal respondenten	26	18
Aantal respondenten in follow up onderzoek	8	7

* *Een aantal mensen ontvangt meerdere vormen van zorg en ondersteuning. Zij zijn ingedeeld naar primaire zorgsoort.*

Het werven van respondenten en de interviews vonden plaats tussen 24 april en 12 juni. Alle interviews zijn telefonisch afgenomen, door onderzoekers met ervaring met dataverzameling onder mensen met een psychische kwetsbaarheid. De cliëntinterviews duurden circa 30 tot 45 minuten, de professionalinterviews 45 tot 60 minuten. Het betreft half open interviews op basis van een semigestructureerde checklist. Centraal stonden de onderwerpen: impact van de

2 Het panel Psychisch Gezien is een landelijk panel van en voor mensen met langdurige psychische aandoeningen. Het bestaat momenteel uit ruim 1500 leden die periodiek bevraagd worden over verschillende thema's. Het doel van het panel is meer zicht krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen.

maatregelen op het dagelijks leven, op de kwaliteit van leven (sociale relaties, wonen, mentale en fysieke gezondheid, dagbesteding, financiën), toegang tot algemene en zorgvoorzieningen en digitalisering. Bij de professionals werd daarnaast nog ingegaan op het beleid van de instelling en continuering van de zorg. Bij het follow up-onderzoek lag de nadruk op de dynamiek door de tijd en op de eerder besproken aspecten van het dagelijks leven, de kwaliteit van leven en de toegang tot voorzieningen.

Werving en Informed consent

De mensen met een psychische kwetsbaarheid zijn geworven via een peiling van het panel Psychisch Gezien midden april 2020. In deze online vragenlijst over de impact van de coronacrisis werd hen ook gevraagd of zij wilden deelnemen aan een telefonisch interview in het kader van vervolgonderzoek over corona. Van degenen die positief reageerden, is een selectie[3] per email benaderd met informatie over inhoud en duur van het onderzoek, de vrijwilligheid van deelname, omgang met gegevens en contactgegevens voor vragen of klachten. De mensen die hierop aangaven mee te willen doen, zijn benaderd voor het interview. Vóór de start van het interview is nogmaals het doel van het onderzoek en de overige informatie toegelicht.
Er werden in totaal 30 professionals benaderd - veelal contacten uit lopende projecten - via telefoon en per email - met informatie over het project en het verzoek om deelname aan een interview en/of om een collega hiervoor aan te dragen. Bij de afspraakbevestiging per mail ontvingen zij vervolgens het toestemmingsformulier en de informatiebrief volgens het projectformat. De retour ontvangen foto of scan van het ondertekende formulier is opgeslagen. Alle interviews zijn geanonimiseerd verwerkt en bij de opslag van persoonsgegevens is gebruik gemaakt van versleuteling. Bij de dataverwerking en analyse is gebruik gemaakt van MAXQDA 18.2.3.

3 Toelichting selectie: met de gegeven antwoorden in de vragenlijst is een selectie gemaakt op basis van (een spreiding van) de impact van de coronacrisis. Ook is rekening gehouden met een goede vertegenwoordiging van diverse zorgsoorten (bijv. FACT, Beschermd Wonen, herstelacademies / zelfregiecentra).

3 Bevindingen

3.1 Impact op psychische klachten en problemen die mensen ervaren

- *'Ik verzuip sowieso al, daar hoeft geen crisis voor bovenop te komen. Was ik maar dood denk ik soms. Ik heb toch geen leven meer'.*
- *'(Ik) heb ook geen angst voor het virus. Nee. Ik vermaak me eigenlijk heel erg goed.'*
- *'Chronisch ongelukkig maar wel stabiel.'*

Zoals bovenstaande citaten aangeven, verschilt de impact van de coronacrisis op mensen met een psychische kwetsbaarheid van persoon tot persoon. Mensen proberen op verschillende wijzen hun weg te vinden in deze nieuwe en steeds veranderende situatie. Dit gaat de een makkelijker af dan de ander. Na de eerste weken van de maatregelen gingen de reacties grofweg twee kanten uit: een deel leek wel te varen bij het noodgedwongen luwere bestaan: er waren minder prikkels, het was rustiger op straat, werk of dagbesteding gebeurde vanuit huis of stopte en sociale activiteiten vielen stil, waardoor er ook verplichtingen wegvielen. Vooral mensen voor wie een overdaad aan prikkels tot mentale problemen kan leiden, gaven aan dat ze dit prettig vonden. Ook ervaarde een deel van de mensen een gevoel van solidariteit in de maatschappij, wat soms ook leidde tot een ervaring van 'normalisering': plots was er een gedeelde angst, verkeerde iedereen in sociale isolatie en hadden alle burgers te maken met beperkingen in het dagelijks leven. Veel geïnterviewden toonden zich krachtig, soms tot eigen verbazing. Met andere mensen ging het juist slechter: zij voelden zich opgesloten, geïsoleerd en vlogen tegen de muren op door het wegvallen van hun dagbesteding en sociale contacten. Eenzaamheid en het gemis van fysieke nabijheid worden genoemd; de ander niet even kunnen vastpakken. En daarbij het gevoel door de maatschappij te worden vergeten.

' Wat haar ook opvalt: als het over eenzaamheid gaat het altijd over bejaarde mensen. Dat is wat haar betreft een enorme misvatting. Eenzaamheid is voor haar wel het belangijkste negatieve punt. Ze is altijd al eenzaam, maar dat is nu nog heftiger geworden. Het steekt ook dat de maatschappij nauwelijks oog lijkt te hebben voor mensen die eenzaam. Het lijden van mensen met een psychische aandoening komt zo dus niet aan het licht.'

Bij sommige mensen sloeg de angst voor besmetting en ziekte op hol wat angstklachten of dwanggedachten triggerde. En er waren ook mensen voor wie het dagelijks leven zonder veel deining voortging. Voor mensen die gewoonlijk al weinig sociaal contact en geen of een beperkte daginvulling buitenshuis kennen, veranderde er niet zoveel in het dagelijks leven, op het contact met de hulpverlening na.

3.2 Dynamiek door de tijd; het longitudinaal perspectief

Naarmate de tijd vordert en de coronamaatregelen versoepelen, blijkt dat de psychische gezondheid en de ervaren kwaliteit van leven niet statisch is, maar mee verandert bij een groot deel van de geïnterviewden. De mate waarin dit gebeurt, de volgorde waarin en duur van de pieken en dalen verschillen. Ondanks dat deze dynamiek van persoon tot persoon verschilt, wijzen de verhalen van de geïnterviewden wel op profielen van patronen. We onderscheiden er vier:

A. Een groep die relatief stabiel is, zonder duidelijke pieken en dalen (het gaat hierbij enerzijds om mensen met wie het stabiel relatief goed gaat, en anderzijds om mensen die zich 'stabiel' in een situatie bevinden met relatief veel klachten en een lage kwaliteit van leven);
B. Een groep waarmee het steeds slechter gaat, naarmate de tijd vordert;
C. Een groep waarmee het in eerste instantie slechter ging en daarna weer beter (tot het niveau of richting het niveau van voor de coronacrisis);
D. Een groep waarmee het in eerste instantie beter ging en daarna weer minder goed (tot het niveau of richting het niveau van voor de coronacrisis).

We illustreren de profielen aan de hand van vier korte beschrijvingen:

A. Stabiel

Met de start van de coronacrisis vielen veel activiteiten weg en werd de hulpverlening telefonisch gedaan. Er waren mogelijkheden om te gaan wandelen met begeleiders, maar mevrouw wil zelf liever telefonisch contact. De impact bestempelt ze als *'het valt me mee'*. De angst voor besmetting en besmetting van mensen in haar omgeving speelt wel een rol. *'Het enige wat ik ook heb, dat ik toch angstig ben dat ik het toch krijg. Ooh ik zal het toch niet krijgen. Als ik een kuchje heb, of een beetje verkouden, als ik maar enigszins iets voel, dan komt de angst opzetten. Dat zullen veel mensen hebben.'* Na een eerste fase van isolement onderneemt ze gaandeweg steeds meer, met inachtne-ming van de maatregelen. *'Ik ben nu minder bang om corona te krijgen. En in het begin was ik echt bang, nu minder, ik durf meer aan te gaan'*.

Het leven van deze deelgroep lijkt zich voort te zetten zonder veel deining vanuit de coronamaatregelen. Na de aanvankelijke schok van de situatie, gaan de mensen in deze deelgroep voort zonder dat er veel verandert in hun psychische gesteldheid. Het gaat hierbij zowel om mensen met wie het (redelijk) goed gaat, als om mensen met wie het psychisch – al langere tijd - relatief slecht gaat. Soms is er sprake van een ernstig ontwricht bestaan en/of van een sterk geïsoleerde situatie, waaraan de coronamaatregelen niets (positief danwel negatief) hebben veranderd.

B. Gestaag slechter

Als gevolg van de coronacrisis veranderde alles: de werksituatie, contacten, vrijetijdsactiviteiten vielen weg en mensen gedroegen zich anders: *'Normaal ben ik degene die verward is, maar nu is iedereen verward'*. Mevrouw vertelt dat ze het in de eerste maand vol hield door zich vast te houden aan een structuur, waarbij ze door ging met werk. Ze hield telefonisch contact met naasten, *'maar op een bepaald moment krijg je daar ook genoeg van. Het gaat ook alleen maar over corona. […] Alle normaliteit was weg. En ik houd er juist van dat de dingen voorspelbaar zijn, dat er een vast ritme is.'* Haar psychische klachten namen toe en mevrouw werd ruim een week (gedwongen) opgenomen. Anticiperen op continue veranderingen rondom (versoepeling van) coronamaatregelen en onzekerheid maken het zwaar: *'Ik begrijp de wereld vaak niet meer. Alles is zo ongrijpbaar. De statistieken, welke risico's er werkelijk zijn. Wanneer dingen weer wel kunnen of mogen.'*

Deze deelgroep wordt getroffen door de maatregelen, probeert daarin het hoofd boven water te houden, maar glijdt steeds verder weg. De continue verandering van de omstandigheden en het daarin steeds maar weer de balans moeten zoeken, eist zijn tol. De onzekerheden stapelen zich op, brengen mensen steeds verder uit evenwicht. De angst voor de ziekte wordt steeds groter en kan buiten proporties raken. Het verlies van structuur, contact en perspectief worden steeds moeilijker te hanteren. Enkele geïnterviewde cliënten raakten tijdens de periode dermate in disbalans dat een (crisis)opname nodig was.

C. Van slechter naar beter

Door de coronacrisis kwamen vrijwilligerswerk, andere activiteiten en face-to-face contact met naasten stil te liggen. Mevrouw kreeg paniekaanvallen door het vele thuis zitten. Op een gegeven moment ging de knop om, vertelt mevrouw: *'Ik keek in de spiegel en zag er grauw uit. Dat moet veranderen, de knop moet om, je wil kwaliteit van leven. Dit hou ik geen twee jaar vol.'* Mevrouw benoemt behoefte te hebben aan structuur in haar dag en houdt dat aan door verschillende activiteiten te ondernemen (bijvoorbeeld boodschappen doen, koken, tv-kijken, contact onderhouden met anderen, lezen, wandelen). Ook helpt het om inmiddels weer naasten te kunnen ontmoeten: *'Heerlijk gewandeld, zo anders dat je elkaar even ziet.'*

Na een aanvankelijke terugval in psychisch welbevinden door het plotseling wegvallen van activiteiten en contacten en verandering van leefomstandigheden, maken de mensen uit deze deelgroep een herstelslag. Zij zoeken en vinden een manier om de weggevallen structuur en breuken in het netwerk te herstellen of weten er een nieuwe invulling aan te geven. Ze vinden nieuwe bezigheden, een nieuw ritme en nieuwe structuur en/of zoeken op alternatieve wijze het contact met anderen weer op. Dat zij onder deze omstandigheden de veerkracht in zichzelf met succes weten aan te spreken, werkt op zichzelf ook weer versterkend.

D. Van beter naar slechter

Door de coronamaatregelen ontstond er een situatie met minder prikkels in verband met thuiswerken, boodschappen laten bezorgen en minder omgevingsgeluiden. Dit had een tijdelijke positieve uitwerking. *'Eerst voelde ik me energieker, door minder prikkels. Ik vind het fijn om alleen te zijn. Net als met een gebroken been. Maar dat effect wordt minder. Psychisch ging het eerst veel beter. Als een luchtballon die opstijgt, maar die ballon zakt nu meer. Meer nu de sombere, angstige, piekerende ik die ik daarvoor was'*.

Een deel van de geïnterviewden ervaart in de eerste weken van de coronamaatregelen voordelen van de rust en het verminderen van prikkels door het wegvallen van sociale en andere verplichtingen. Maar naarmate de situatie langer duurt en het toekomstperspectief onzeker blijft, nemen bij deze deelgroep de onrust en angst allengs toe. De gevolgen van het wegvallen van zekerheden, structuur en contact beginnen voelbaar te worden. Tegelijkertijd nemen - met het versoepelen van de maatregelen - de prikkels ook weer toe. Er kan weer meer, wat ook de druk van het 'moeten' opvoert. De drempel om weer naar buiten te treden, is nu voor hen juist hoger geworden. Want 'buiten' is alles nu anders, terwijl tegelijkertijd ook het gevaar van besmetting nog bestaat.

3.3 Positieve aspecten (en wat helpt mensen er doorheen?)

- *'Wat helpt.. Over de dingen vertellen, dat vind ik fijn. En de muziekdocent belt ook en komt ook langs, even zingen samen, dat is fijn. En toch structuur aanhouden. Op tijd eruit. Dat is belangrijk. De bewoners worden ook uit bed gehaald, en we hebben vaste etenstijden.'*

- *'Het is nog steeds raar op straat, ik vind dat moeilijk ik ben afhankelijk van anderen om mezelf waar te nemen. Als er geen andere mensen zijn dan verdwijn ik. Ik ben er niet als er geen interactie is. Wat dan helpt is structuur in mijn leven organiseren. Roeien helpt ook, het is fijn dat dat nu weer kan. Als ik ga roeien dan voel ik mijn lichaam. Dat doet mij goed. Ook het weer naar mijn werk gaan, de structuur van vaste tijden en werk te doen hebben. De gesprekjes met collega's.'*

- *'Een jonge buurvrouw, met een kindje, ik kan er goed mee. Die vroeg of ik het leuk vind om af en toe een praatje te maken. En dat doet ze elke week, endje weg op de stoep. Heel leuk, doet ze uit zichzelf.*

- *'Wij kregen allemaal een bos bloemen in het ouderencomplex (van AliB). En van studenten kregen we allemaal een tompouce. Ik kan me onmogelijk verwaarloosd voelen.'*

- *'Ik probeer mezelf ook wat af te leiden; door bezigheden in huis, in de tuin of lezen. Door bezig te zijn met iets in mijn omgeving, kan ik wegblijven uit binnen (de angsten en andere vervelende gevoelens).'*

De rust en vermindering van prikkels als gevolg van de coronamaatregelen doet veel geïnterviewden goed. Een ander positief bijeffect van de coronacrisis dat soms wordt genoemd, is dat een vermindering aan hulp ook tot een toename van zelfvertrouwen en groei van eigen regie kan leiden. Daarnaast helpt het gevoel dat 'we allen in hetzelfde schuitje zitten', wat normaliserend werkt.
Wat heeft de geïnterviewden tot nu toe door de crisis heen geholpen, of wat verminderde negatieve gedachten en gevoelens? Alle bezigheden die de dag structuren en afleiding bieden, worden als helpend genoemd tijdens de coronaperiode. Veel mensen noemen het hebben van een hond of kat, vanwege het gezelschap en de afleiding. Dit helpt mensen bovendien in het behouden van structuur. Het uitlaten van de hond biedt bovendien beweging en geeft gelegenheid tot het ontmoeten van anderen. Contact met anderen, buiten de hulpverlening om, wordt sowieso als zeer helpend ervaren, zowel in levende lijve als via de telefoon. Zorgen kunnen worden besproken en gedeeld en dit werkt relativerend. Verder helpt het hebben van (vrijwilligers)werk, ook vaak weer mede vanwege de contacten. Het beoefenen van hobby's, muziek maken en bewegen/sporten zijn helpend. Sommige mensen noemen hun geloof als steunend in deze periode, soms vanuit contact met de kerkgemeenschap. Het (opnieuw) aanbrengen van structuur in de dag en week biedt veel mensen houvast. Een aantal mensen noemt hierbij de ondersteuning die vanuit de hulpverlening is geboden. Velen noemen het contact met een hulpverlener als ruggensteun, vooral wanneer er geen of weinig andere contacten zijn. Ook geven veel mensen aan dat ze bewust positief denken, hun zegeningen tellen en genieten van de mooie dingen van het leven, zoals de natuur. Dat het de afgelopen periode overwegend zonnig was buiten, helpt daarbij enorm. Verder wordt vanuit de omgeving steun ervaren: men merkt maatschappelijke initiatieven op waarbij er extra aandacht is voor mensen die eenzaam zijn of thuis moeten blijven en sommige mensen ontvangen ook individueel ineens extra aandacht vanuit hun omgeving.

Naarmate mensen weer meer naar buiten kunnen, er weer bezoek kan worden ontvangen en werk en dagbesteding weer meer toegankelijk worden, brengt dat vanzelfsprekend meer afleiding, structuur in de dag en meer gelegenheid tot sociaal contact. Daar vaart een groot aantal geïnterviewden wel bij. Het zorgt er tegelijkertijd voor dat eerder genoemde positieve effecten van de coronamaatregelen afnemen: het wordt weer drukker op straat, er kan en 'moet' daarmee ook weer meer en de normaliserende werking ('iedereen zit nu gedwongen thuis') neemt af. Mensen die erg bang zijn voor besmetting, zien hun angst toenemen. De maatregelen zijn buiten de deur veel meer zichtbaar en lijken daarmee het potentiële gevaar te onderstrepen: de mondkapjes in het openbaar vervoer, de ontsmettingsmiddelen in winkels en overal de anderhalve meter-regel. Wie thuis zit, wordt daar niet mee geconfronteerd. Ook ervaren sommige mensen – nu ze weer meer buiten komen – dat de oplettendheid van anderen aan het afnemen is. Sommige mensen trekken zich daarom juist weer meer terug naarmate de maatregelen verder versoepelen, of blijven langer buiten het sociaal verkeer dan (vanuit de richtlijnen) nodig is. Dit geldt voor mensen die (ook buiten coronatijd) angstklachten ervaren, maar nog sterker voor mensen met een kwetsbare gezondheid.

3.4 Welke gezondheidseffecten worden ervaren?

Een klein aantal van de geïnterviewden met een psychische kwetsbaarheid heeft een coronabesmetting doorgemaakt of vermoed dit. De angst om corona op te lopen, leeft bij veel mensen sterk, hoewel er ook mensen zijn die zich er weinig zorgen over maken. Het is uit onderzoek bekend dat mensen met ernstige psychische aandoeningen gemiddeld gesproken een slechtere lichamelijke gezondheid hebben, dan mensen zonder die problemen. Een van de effecten van een kwetsbare gezondheid in coronatijd is dat mensen extra risico lopen bij besmetting. Veel mensen zijn zich daarvan bewust en nemen zichzelf extra in acht. Dit leidt tot een gemiddeld grotere mate van sociale (zelf)isolatie. De directe gezondheidseffecten van thuisisolatie zijn een gebrek aan beweging en als gevolg daarvan soms ook een toename van gewicht.

Mevrouw vertelt dat ze voorafgaand aan de corona-crisis net wilde starten met meer bewegen. Dat is door de coronacrisis blijven liggen, waardoor het gewicht en de suiker wat omhoog zijn gegaan. Doordat ze in een relatief klein huis woont, kan ze binnen weinig bewegen. 'Die drempel, daar moet ik nog overheen. Vanmorgen is het toevallig gelukt. Toen heb ik een ommetje gemaakt.' Ze vindt het soms lastig om niet teveel op bed te blijven liggen.

Ook komt het voor dat mensen slecht slapen of hun dagritme omdraaien. Daarnaast blijven sommige mensen tijdens de maatregelen doorlopen met lichamelijke klachten of onbehandelde aandoeningen, vanwege angst om naar buiten te gaan, angst om besmet te worden bij de arts of in het ziekenhuis. Geïnterviewde professionals zien een ondermelding van lichamelijke klachten. Daarbij geldt dat sommige geplande reguliere behandelingen en controles wegens corona-drukte zijn afgezegd. Mensen lopen bovendien aan tegen beperkingen in het vervoer.

'Naast mijn psychische klachten heb ik ook hartklachten. [..] Voor medicatie moeten er regelmatig hartfilmpjes worden gemaakt. Dat kan nu niet altijd. In het begin werd het ook afgeraden om naar de huisarts of ziekenhuis te gaan als het niet heel erg noodzakelijk was.'

Tegelijkertijd wordt er gezondheidswinst gezien. Zo is een aantal mensen gestopt met roken, vanwege de extra risico's die dit oplevert bij een besmetting. Ook zijn sommigen, ter vervanging van andere activiteiten, juist meer gaan bewegen of sporten. Qua middelengebruik rapporteren professionals bij sommige cliënten een toename van het alcoholgebruik. Mensen die harddrugs gebruiken en in een kliniek verblijven, zijn doorgaans plots gedwongen clean. Omdat de onthouding niet voortkomt uit vrije keuze, is de verwachting dat deze abstinentie niet blijvend is. Bij zelfstandig wonende mensen die harddrugs gebruiken, lijkt er in het gebruik weinig veranderd te zijn. Hooguit ervaren zij iets meer moeite in het verkrijgen van de middelen en is er soms sprake van minder inkomsten omdat werk of dagbesteding is gestopt.

- *'Sommigen gaan meer gebruiken. Een cliënt met alcoholgebruik [..] Die drinkt meer, door de structuur van drie dagen per week naar de dagbesteding, dronk hij op die drie dagen niet of later: begon dan om 16 uur met een biertje kopen. Maar die is nu al om 10 uur aan het drinken. Bij crack is het dubbel; de dagbesteding zorgde ook voor geld [..]. En je hebt iets anders te doen, je leidt je geest af. Nu slaat de verveling toe.'*

- *'Ik heb eigenlijk een goede gezondheid. Ik ben niet meer depressief. Ik gebruik wel een en ander. [..]. Ik gebruik nog steeds heroïne, maar ook ander spul. Ik krijg nu weer methadon, dat gebruik ik ook als een drug. Dus als ik iets nodig heb weet ik precies wat ik moet nemen. En ook als ik een feestje wil bouwen.'*

3.5 De maatregelen en hun invloed op de continuering van zorg (zorginfrastructuur)

'Een andere maatregel die wij hebben getroffen is dat je niet bij elkaar op de kamer mocht. Dat bleek al snel onhoudbaar, de bewoners reageerden daar fel op, allemaal onzin vonden ze dat. Ik snap dat ook wel. Je moet ook oog voor de vereenzaming en uitzichtloze verveling hebben. De regel is bijgeschaafd [..] Dat hebben wij als team besloten.'

Toen de eerste coronamaatregelen ingingen, werden in de GGz in eerste instantie de bepalingen vanuit de RIVM-richtlijnen strikt aangehouden. Deze waren primair gericht op bescherming van zowel cliënten als personeel tegen besmetting. De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen en toegang tot testen waren toen nog zeer beperkt. De instellingen hadden de handen vol aan het vertalen van de richtlijnen naar de verschillende zorgpraktijken, het inrichten van corona-afdelingen en een noodplan bij ernstig personeelstekort. Dit resulteerde in eerste instantie in een eenzijdig bepaald beleid, waarbij face-to-face contacten in principe niet meer werden gedaan – alles ging over op telefonisch of videobelcontact. Vooral in de intramurale setting waren de regels aanvankelijk ingrijpend: men moest zoveel mogelijk alleen op de kamer blijven, gezamenlijk koken en eten lag stil, naar buiten mocht alleen onder begeleiding en groepsbehandelingen werden gestaakt.
Dat beleid werd her en der al snel versoepeld, zo blijkt uit de rondgang onder professionals. Het aantal besmettingen binnen de intramurale GGz is (dd. medio juni) laag gebleven. Speciale corona-afdelingen bleken vaak niet nodig en zijn in veel instellingen alweer ontmanteld. Het accent is in de afgelopen weken daarom verschoven van risicominimalisering naar verantwoorde voortzetting van de zorg. In veel gevallen bleken de strikte voorwaarden binnen de intramurale setting bovendien onhoudbaar. Dit veelal door de aard van de leefsituatie, waarbij men in een soort gezinssituatie met elkaar leeft. Verder zijn er beperkingen in de fysieke ruimte waardoor het simpelweg niet uitvoerbaar is. Daarnaast kwam er ook 'protest', of cliënten hielden zich er simpelweg niet aan. Veel professionals vonden de regels niet houdbaar, niet werkbaar of niet redelijk. Daarbij kwam dat een aantal mensen – met name met een misbruik- of mishandelingsverleden – mentale problemen ervaarde (herbelevingen, nachtmerries, terugval) vanwege de situatie van 'opsluiting'. Professionals rapporteren dat een aantal mensen uit de kliniek is vertrokken zodra de maatregelen werden aangekondigd en anderen een opname om die reden uitstelden. Al binnen twee weken, en soms eerder, worden versoepelingen in de leefsituatie in intramurale settings ingevoerd en groepsbehandelingen weer opgestart. Ook werden er al snel uitzonderingen gemaakt op de bezoekregel. Toch zijn er ook locaties, waar de restricties ook in juni nog steeds vergaand zijn. Met weinig tot geen vrijheden voor bewoners om mensen te ontvangen of om naar een winkel te gaan. Dit zou samenhangen met de extra lichamelijke kwetsbaarheid van (sommige van) de bewoners.
Enerzijds vinden bewoners van intramurale voorzieningen het positief dat er wordt versoepeld en/of dat er uitzonderingen op de regels mogelijk zijn. Anderzijds leidt het tot verwarring en

onduidelijkheid, want meer maatwerk en uitzonderingen betekent ook dat er meer verschillen zijn. Dat leidt tot vragen: waarom mag de een wel naar buiten en de ander niet? Die verschillen in beleid gelden ook voor de ambulante zorg. Waar aanvankelijk face-to-face contact – buiten crisissituaties om – werd stopgezet, deden zich in de praktijk al snel situaties voor waarbij cliënten vroegen om huisbezoek of face-to-face contact en/of waarbij hulpverleners dit nodig vonden. Sommige hulpverleners gingen vanaf de start door met huisbezoek, anderen stapten over op 'wandelcontacten', gingen in de tuin of bij de voordeur staan of nodigden hun cliënten toch weer 1-op-1 uit in de kantoorlocatie, op 1,5 meter afstand.
Inmiddels zijn face-to-face hulpverlening en huisbezoeken weer deels op gang gekomen. Maar dit gebeurt nog niet voluit en hulpverleners binnen dezelfde zorgonderdelen acteren hierin soms verschillend. Sommige cliënten wachten nog steeds op een gewenst 'eerste' fac -to-face contact. Het komt ook voor dat de cliënt zelf het face-to-face contact afhoudt, uit angst voor besmetting. Of dat een hulpverlener het – om dezelfde reden – nog niet wil. Dat betekent ook dat de wijze waarop het contact plaatsvindt, niet altijd in onderling overleg tussen cliënt en hulpverlener tot stand komt (shared decision making). Dit veroorzaakt bij cliënten ten minste onbegrip, maar ook teleurstelling en soms boosheid. Het kan ook leiden tot het afhouden van hulp.

'Bij de RIBW had ze meerdere begeleiders en die kwamen 3 keer per week. Omdat ze geen eigen netwerk heeft zijn deze hulpverleners eigenlijk de enige mensen die ze spreekt doordeweeks. Maar deze RIBW-hulpverlening is van de ene op de andere dag stop gezet. Daar is ze heel erg boos over geworden [..] Maar er wordt alleen maar gezegd "ja, dat krijgen we van hogerhand door...". [..] Daarna heeft ze zich wat teruggetrokken en kenbaar gemaakt dat het beeldbellen voor haar niet hoefde.'

Ook tussen hulpverleners onderling leidt het verschil in aanpak tot spanningen, waarbij de ene hulpverlener graag strikte instructies en regels vanuit de organisatie wenst, terwijl de ander de voorkeur geeft aan ruimte voor individueel maatwerk. De cliënt zit daar tussen. Verder geldt dat de keuzevrijheid in de contactvorm wordt begrensd door fysieke beperkingen vanuit de zorgverlener: door de afstand regels is er beperkt plaats in kantoorgebouwen en vergaderruimtes. Daardoor kan nog maar een deel van de face-to-face contacten of groepsbehandelingen daadwerkelijk fysiek plaatsvinden: er zijn simpelweg onvoldoende vierkante meters. Zelfregiecentra, die grotendeels werken met vrije inloop en groepen, lopen hier in het bijzonder tegenaan.

3.6 Zorg die niet mogelijk was en mensen buiten beeld

In veel gevallen kon de hulpverlening doorlopen, zij het in sterk gewijzigde vorm. Vaak nam de frequentie van contacten aanvankelijk wel af, vooral in het begin toen er veel uitval van zorgpersoneel was. Maar in andere gevallen, en vooral ook later in de tijd, nam het aantal contactmomenten soms juist toe: het (beeld)bel contact maakte dit mogelijk. Sommige vormen van hulp zijn echter niet of moeilijk op afstand te geven, zoals medicatie, hulp bij huishoudelijke taken, maar ook een behandeling als EMDR[4]. Nieuwe intakes zijn gedurende de

4 Het wordt wel gedaan.

gehele periode in de meeste gevallen wel gedaan, maar vonden dan veelal telefonisch plaats. In hoeverre zijn er cliënten 'zoek' geraakt voor de hulpverlening? De meeste professionals geven aan dat zij nog contact hebben met al hun vaste cliënten. En waar dat contact stokt, geven ze aan meer moeite te doen om het contact weer te leggen. Bij mensen die de zorg (soms) mijden is dat in coronatijd extra moeilijk.

Bij de zelfregiecentra zijn veel mensen buiten beeld geraakt. Deze 'open' centra, veelal bemenst door vrijwilligers, drijven grootdeels op inloop, waarbij bezoekers niet standaard worden geregistreerd. De bezoeklocaties gingen in de eerste weken helemaal dicht, maar startten al snel weer op met een alternatief (beeld)belaanbod, zoals digitale 'koffie-uurtjes' ter vervanging van de inloop en een praatlijn. Toch zien de ervaringswerkers bij het alternatieve aanbod aan online inloop en zelfhulpgroepen en via het telefonisch contact nog geen fractie van de 'oude bezoekers' terug. En ook bij het recent (kleinschalig) herstarten van de (fysieke) inloopvoorziening wordt in deze eerste weken nog maar een zeer beperkt aantal van de bezoekers teruggezien. Via sociale media en nieuwsbrieven proberen de zelfregiecentra hun bezoekers op de hoogte te houden van het gewijzigde aanbod en van de mogelijkheid om contact op te nemen. Ook gaan sommige ervaringswerkers over tot 'belrondes' onder hen bekende bezoekers. Zij geven aan daarbij wel aarzelingen te hebben, omdat het actief benaderen van mensen indruist tegen het uitgangspunt van eigen regie dat het werk van zelfregiecentra typeert. Ook het werk van de cliëntenraad (verbonden aan een kliniek) en van een familie-ervaringsdeskundige was in de eerste weken van de coronacrisis moeilijk voort te zetten, omdat men niet naar de locatie toe kon gaan en dit werk deels stoelt op presentie en (spontane) ontmoeting.

3.7 Digitalisering en digitale zorg

Door de coronacrisis heeft beeldbellen, bellen, appen en ander online contact van het ene op het andere moment een hoge vlucht genomen (in dit verslag samengevat met de term digitale zorg). Al het voorheen face-to-face hulpverleningscontact[5] verliep ineens via digitale zorg. Alle geïnterviewden hebben met digitalisering te maken, in privé-contacten en/of met hulpverleners. Men zet sociale contacten deels via deze digitale wegen voort ; soms voor het eerst in hun leven en in elk geval vaker dan voor de crisis. De meeste geïnterviewden zijn blij dat er via deze weg nog tenminste contact mogelijk is, maar zij zien de digitale zorg niet als een gelijkwaardige vorm van hulpverlening vergeleken met face-to- face contact. Hoogstens als een aanvulling daarop. Technische problemen maken digitale hulpverlening lastig, mensen hebben moeite hun aandacht erbij te houden (ze zien ineens een onbekende achtergrond en privé-situatie van de hulpverlener), angst voor aantasting van de privacy speelt mee (wie hoort het gesprek nog meer?) en er is geen nazorg.

'Je bent meteen weer alleen als het gesprek is afgesloten en dan ben je kwetsbaar'.

Het belangrijkste bezwaar is misschien wel dat mensen aangeven minder open te zijn en minder te vertellen via de digitale weg, met alle gevolgen van dien.

5 Voor zover het niet geheel werd stopgezet, wat aanvankelijk vooral bij groepsbehandelingen het geval was.

‘Ik spreek ze via de telefoon en beeldbellen maar dat is heel anders, dan ga je niet alles vertellen.’

Wat meespeelt is dat de abrupte overgang naar een lange periode van digitale hulpverlening niet altijd begrepen wordt. Mensen horen tegengestelde geluiden over wat de richtlijnen zijn en wat de instelling praktiseert. Dit geeft spanning en maakt de digitale zorg negatief beladen. Professionals zijn eveneens onvoorbereid de digitale zorg in gekatapulteerd. Daar is meer enthousiasme, vooral over de efficiencywinst in het contact tussen collega’s onderling en met netwerkpartners. Ook kan familie gemakkelijker aanhaken bij een gesprek en merken sommige professionals dat het indirect contact ook drempelverlagend kan werken. Bij de zelfregiecentra ziet men een (kleine) toeloop van nieuwe contacten die zijn afgekomen op de berichtgeving over digitale koffie-uurtjes en lotgenotengroepen: men durft de digitale stap wel te zetten, waar ze de fysieke drempel als te hoog ervaren.

Maar ook professionals ervaren verlies van diepgang in het contact, door het wegvallen van de non-verbale communicatie en merken dat het online moeilijker is een vertrouwensband te smeden.

‘Wat ik zelf zie op het zelfregiecentrum als een essentieel stuk van ons werk, is nu anders. Alles is nu doelgericht. Je hebt nooit meer dat praatje van: lekker weer enzo. Ik denk dat je op die manier veel van het vertrouwen opbouwt. En dat maakt veel uit voor mensen die zich sociaal zich niet zo sterk voelen, veel angst hebben. Dat het extra moeilijk wordt om nu te gaan beeldbellen, want daarbij zie je jezelf. De geruststelling is er uit. En de anonimiteit. [..] Sommigen willen graag stil zijn. Alleen maar luisteren, dat aanvoelen is nu weg. Dat gelijkwaardige.’

Behandelaren die hun cliënten gewoonlijk op kantoor zien, zijn blij met de extra informatie die het inkijkje in de woonomgeving biedt. Hulpverleners die normaliter over de vloer komen, missen juist dit inzicht. Daarbij geldt ook dat veel digitale zorgcontacten in de praktijk toch zonder beeld verlopen, omdat de cliënt of hulpverlener dit liever zo wil, of omdat er technische problemen zijn. Veel professionals zijn wel vastbesloten het digitaal werken meer te gaan toepassen in hun dagelijks werk, maar geven aan dat hierin dan wel professionalisering nodig is en dat er met de cliënt goed moet worden afgestemd, iets wat in het begin van de coronacrisis vaak niet mogelijk was.

4 Conclusies

"Voor mij is contact zuurstof. Het voelt nu wat zuurstofarm."

De geïnterviewde mensen met een psychische kwetsbaarheid laten verschillende reacties zien op de coronamaatregelen. Het wegvallen van werk, dagbesteding of andere activiteiten buitenshuis en daarmee het verlies van structuur en contact met anderen, leidt bij sommige mensen tot gevoelens van hopeloosheid en somberheid en tast de kwaliteit van leven aan. Met een gemiddeld slechtere lichamelijke gezondheid zijn velen zich bewust van hun verhoogde kwetsbaarheid voor het virus en slaat de angst voor besmetting en ziekte bij sommigen toe. Angstklachten en negatieve gedachten worden getriggerd. Bovenal worden het contact en de fysieke nabijheid van familie, vrienden en anderen node gemist en wordt eenzaamheid ervaren. Aan de andere kant is er een aantal mensen die zich relatief goed voelt bij de rust en afname aan prikkels die social distancing met zich meebrengt. Ook positieve maatschappelijke aandacht en een normaliserend effect van het feit dat ieders leven op dit moment beperkingen kent, dragen bij aan een veerkrachtige respons op de situatie die veel mensen met een psychische kwetsbaarheid laten zien.

Dit beeld is niet statisch. De voortschrijdende versoepeling van de maatregelen brengt steeds weer nieuwe uitdagingen met zich mee, vergt constante aanpassing en het steeds weer hervinden van balans. De gedeelde situatie van isolatie – met een normaliserende en destigmatiserende werking -, is weer aan het verdwijnen. Er 'moet' weer meer, in een omgeving die sterk veranderd is, met nieuwe regels die blijven veranderen, wat tot nieuwe onrust en angst kan leiden. De versoepelingsmaatregelen blijven het abnormale van de situatie onderstrepen: mondkapjes, ontsmettingssprays, waarschuwingsborden, afstand. Op verschillende plekken gelden verschillende regels. Een aantal mensen blijft nog steeds thuis, ook waar het niet meer per se nodig is. De hoeveelheid prikkels buiten is voor sommigen juist nu verhoogd. Sommigen vrezen onveilig gedrag van anderen. Voor mensen die ook voor de coronatijd verstoken waren van een sociaal netwerk en toch al een geringe daginvulling hadden, is er soms weinig veranderd: hun relatief geïsoleerde leven zet zich voort terwijl het leven van anderen weer op gang komt. Anderen zien hun kwaliteit van leven verbeteren nu ze hun contacten en werkzaamheden buitenshuis weer langzaamaan kunnen hervatten.
Er is sprake van een dynamiek in de impact die corona heeft op de kwaliteit van leven. Zo zijn er door de tijd heen enkele patronen te zien in de ontwikkeling die de geïnterviewden tijdens corona tijd doormaken. We zien vier hoofdprofielen: 1) mensen met wie het eerst dankzij de maatregelen beter ging, maar die gaandeweg verslechteren, 2) mensen die een gestage verslechtering van hun situatie laten zien, waarbij soms ook opname(n) nodig zijn, 3) mensen bij wie juist het omgekeerde het geval is: zij veren sterk terug na een aanvankelijke aanslag op hun kwaliteit van leven, 4) de mensen wier leven en psychische gesteldheid door de coronamaatregelen niet noemenswaardig veranderd is: hun situatie is stabiel gebleven; dat kan stabiel slecht of stabiel goed zijn.
De geïnterviewden zetten in de afgelopen maanden diverse coping strategieën in om overeind te blijven, zoals positief denken en bewust genieten van natuur en stilte. Ook lukt het sommige

mensen goed om een nieuwe dagstructuur aan te houden, wordt er veel gewandeld en gesport (mede mogelijk vanwege het goede weer) en is het hebben van een huisdier, het geloof, werk of een liefhebberij voor velen een belangrijke houvast gebleken. Veel mensen halen telefonisch, via beeldbellen of whatsapp bestaande contacten aan en soms ervaren zij dat er in hun omgeving meer naar hen wordt omgezien. Veel anderen hebben nu ook iets meer tijd, wat gaandeweg de maatschappij weer op gang komt, weer zal afnemen.

De contacten met de hulpverlening zijn in de meeste gevallen in de periode van lockdown doorgelopen, maar in veranderde vorm en frequentie. Bij de vormen van ondersteuning die deels drijven op inloop en ongeplande ontmoeting (zelfregiecentra, cliëntraadswerk) was dit lastiger en is een deel van de doelgroep buiten beeld geraakt. Het digitaal contact in de reguliere GGz-zorg was in veel situaties een uitkomst in die eerste periode en sommige mensen zien de voordelen en passen het ook privé toe. Zij zien dit echter vooral als een aanvulling van face-to-face contact en niet als vervanging. Er kan vaker en korter contact plaatsvinden. Soms kan het online contact dienen als opstap naar hulpverlening en dus drempelverlagend werken. De beperkingen van digitaal contact overheersen echter: de technische problemen zijn (aan beide zijden) nog groot en bepaalde zorg vereist fysieke nabijheid. Het belangrijkste bezwaar schuilt in de diepgang en aard van het contact, waarbij digitaal het verbale en doelgerichte overheerst en het overbrengen van gevoelens en emoties en het opbouwen van vertrouwen – vooral bij nieuwe contacten – maar beperkt mogelijk is. Het wordt niet ervaren als 'echt contact'. Professionals zien digitale zorg vooral als helpend in het contact met collega's en netwerkpartners vanwege efficiency winst. Ook zien zij voordelen in het betrekken van familie en naasten. Voor behandelaren die normaliter niet achter de voordeur komen, biedt de inkijk via het beeld meerwaarde. Maar ook bij professionals overheerst de opvatting dat het vooral een aanvullende tool is en dat nadere kwaliteitsontwikkeling nodig is.

Het aantal besmettingen binnen de doelgroep is beperkt gebleven. Mede als gevolg daarvan is het accent in het GGz-beleid al na enkele weken verschoven van het – koste wat kost – beschermen tegen besmetting naar een beleid waarbij er weer meer oog is voor wat nodig is aan zorg, voor de leefbaarheid en kwaliteit van leven. Wat daarbij echter opvalt is dat de zorg aan mensen met een psychische kwetsbaarheid haar normale 'loop' nog niet heeft hervat. Wat in principe weer mogelijk zou zijn, wordt in de praktijk nog lang niet altijd gepraktiseerd: het face-to-face contact en de huisbezoeken zijn (tot begin juni) nog maar ten dele opgestart. Zorgaanbieders draaien nog niet op volle capaciteit afspraken vanwege het gebrek aan fysieke ruimte (voor afspraken op kantoor of groepsbehandeling) en sommige hulpverleners zijn vanuit privéomstandigheden nog terughoudend in fysieke ontmoeting. Er is voor de cliënten dus nog steeds minder te kiezen en soms loopt men daarbij tegen onduidelijkheid en ongelijkheid in uitvoering van beleid aan. Tegelijkertijd houden ook sommige cliënten huisbezoek of face-to-face contacten af (zowel binnen als buiten de zorg om). Vaak uit angst voor besmetting, omdat men 'buiten' de controle niet heeft. Dat betekent ook dat in sommige gevallen er nog steeds sprake is van 'corona-stilstand' in het herstel/de behandeling van mensen, omdat een overstap naar een nieuwe ondersteuningsvorm, een verhuizing, een nieuwe therapie, voorgenomen afbouwen van medicatie of het oppakken van dagbesteding niet kan worden gerealiseerd. De impact van de maatregelen is dus nog volop voelbaar: corona is op meerdere manieren niet uitgewoed. De sleutel lijkt te liggen in 'contact' en individuele afstemming op de behoeften van de zorgvrager.

5 Aanbevelingen

Er zijn vijf kernaanbevelingen[6] af te leiden uit het onderzoek naar de impact van corona. Aanbevelingen 1 t/m 3 richten zich op bestuurders, managers en – op uitvoeringsniveau - professionals van GGz-instellingen en RIBW's, sociale wijkteams en andere partijen die ondersteuning en zorg bieden aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Aanbeveling 4 is daarnaast ook bedoeld voor cliëntenraden, familieraden, managers en medewerkers van inloopvoorzieningen, zoals zelfregiecentra. Aanbeveling 5 richt zich tot de Rijksoverheid en samenleving.

Voor de realisatie van de aanbevelingen kan een stappenplan worden ontwikkeld met tools als een gespreksleidraad (voor het opstart- en evaluatiegesprek), een keuzehulp voor interventies gericht op coping en een handreiking voor het verkennen van 1) de toepassingsmogelijkheden/ de mogelijke meerwaarde van digitale zorg, en 2) de continuïteit van cliëntraden, familieraden en (de inloopvoorziening van) zelfregiecentra.

1. Hervat de face-to-face zorg

- Bied daarin individueel maatwerk op basis van shared decision making (en vraag de cliënt steeds opnieuw wat nu gewenst is).
- Wees transparant en duidelijk over het beleid van de instelling hierin.
- Zorg binnen de instelling dat alle niveaus en betrokken partijen (cliënten- en naasten-vertegenwoordigers, bestuur, management, zorgverleners, vrijwilligers) hierbij worden betrokken.
- Dit hoeft niet te betekenen dat de situatie van de pre-coronatijd ongewijzigd wordt voorgezet. Evalueer met de cliënt hoe de veranderde hulpverlening in deze periode is beleefd en heb daarbij ook oog voor wat er goed beviel. Wat betekent dit voor het vervolg van de hulpverlening (is aanpassing van vorm, frequentie, duur gewenst?).

2. Versterk coping en heroverweeg invulling ondersteuning

- Ga het gesprek aan met de cliënt over hoe de periode is beleefd, welke copingstrategieën zijn met succes toegepast en waarin komt men tekort?

6 Bij alle aanbevelingen geldt: hierbij voortbordurend op/aansluitend bij wat al is ontwikkeld en goed werkt.

- Richt de aandacht op het versterken van deze copingstrategieën[7]:
  - op het gebied van (wegvallen of ontbreken van) **contact**;
  - op het gebied van (wegvallen of ontbreken van) **structuur**;
  - op het gebied van het toekomstperspectief en omgaan met **veranderlijkheid/onzekerheid.**

3. Verken binnen de instelling de (mogelijke) meerwaarde van digitale zorg (als aanvulling)

- Zorg ervoor dat elke cliënt (die dat wil) en elke professional kennismaakt met digitale contactmiddelen.
- Stel hiervoor de technische middelen *en* een laagdrempelige vaardigheidstraining ter beschikking en een 'helpdesk'.
- Experimenteer hiermee – als **aanvulling** op het reguliere zorgcontact onderzoek en evalueer dit (individueel en collectief).
- Vertaal dit in een (lokaal) plan van toepassing.

Voor vertegenwoordigers vanuit cliëntenraden en naastenraden en voor bestuurders, managers en medewerkers van zelfregiecentra geldt de aanbeveling:

4. Verken samen de mogelijkheden voor continuering van het werk van cliëntenraden, familieraden en open inloopvoorzieningen (o.a. van zelfregiecentra)

- Ga samen het gesprek aan over hoe in tijden van social distancing het werk kan doorlopen en op welke wijze dit aan bezoekers, cliënten en familieleden kan worden gecommuniceerd.
- Ontwikkel hiervoor informatiemateriaal en een verspreid dit onder de verschillende doelgroepen.

Richting de Rijksoverheid en samenleving (maatschappelijk debat) geldt:

5. Besteed (meer) maatschappelijke aandacht aan de positie van mensen met een psychische kwetsbaarheid

- Besteed in overheidscommunicatie nadrukkelijk aandacht aan de moeilijkheden van de doelgroep in deze tijden, richt je daarbij 1) direct tot de mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf en 2) tot de maatschappij in de breedte.
- Deze erkenning is van groot belang om ervoor te zorgen dat de mensen zich niet vergeten/ weggezet voelen *en* dit ook niet worden.

7 Er hierbij van uitgaand dat er in de behandeling/begeleiding überhaupt – waar dat nodig en gewenst is – nadrukkelijk aandacht is voor het concreet versterken / opbouwen van een solide sociale en maatschappelijke inbedding van de cliënt.

Trimbos instituut