

Ervaren veiligheid in de buurt en het risico op psychose

Een fenomenologisch onderzoek naar beschermende en risicofactoren voor de mentale gezondheid in de leefomgeving van volwassenen met een kwetsbaarheid voor psychose

De praktijk

Bart, een 43-jarige man met een kwetsbaarheid voor psychose, woont in een middelgrote stad en krijgt wijkgerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz). Hij zegt dat het zo'n herrie is bij zijn burens en dat hij niet over straat durft, vanwege groepen mensen bij zijn flat die in drugs handelen.

Bart is een voorbeeld van een cliënt met *Flexible Assertive Community Treatment (Flexible ACT)* in een ggz-wijkteam. Deze teams geven multidisciplinaire, wijkgerichte zorg. Zij bieden individuele begeleiding gericht op rehabilitatie en herstel en intensieve begeleiding gericht op het verminderen van instabiele situaties (Van Veldhuizen, Polhuis, Bähler, Mulder, & Kroon, 2015). Meerdere cliënten in Flexible-act teams geven bij hulpverleners aan dat zij last hebben van bepaalde factoren in hun buurt. Dit vormde de aanleiding om onderzoek te doen naar factoren in de buurt die van invloed zijn op de mentale gezondheid van deze cliënten.

Risicofactoren voor psychose in de buurt

Kwetsbaarheid voor psychose is beschreven als stoornis in het aanpassen aan de sociale context, waarbij genetische factoren van invloed zijn. Omgevingsfactoren zoals blootstelling aan vroegkinders trauma en cannabisgebruik leiden tot een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychotische symptomen (Van Os, Kenis, & Rutten, 2010). Een andere risicofactor is het opgroeien in een stedelijk gebied, urbaniciteit genoemd. Psychoses komen vaker voor bij mensen in een stedelijk gebied dan bij mensen in een landelijk gebied (Oher *et al.*, 2014; Pedersen & Mortensen, 2006; Szöke, Charpeaud, & Galliot, 2014; Van Os *et al.*, 2010; Van Os, Hanssen, Bak, Bijl, & Vollebergh, 2003; Van Os, Hanssen, Bijl, & Vollebergh, 2001; Van Os, Rutten, & Poulton, 2008), maar de precieze oorzaak hiervan is onbekend. Er zijn aanwijzingen dat factoren zoals blootstelling aan toxi-

Tabel 1
Beschermende en risicofactoren urbanisatie

Risicofactoren	Genoemd door
Urbaniciteit	Lederborgens et al. (2013); Oher et al. (2014); Pedersen et al. (2006); Sariaslan et al. (2015); Szöke et al. (2014); Van Os et al. (2010); Van Os et al. (2008); Van Os et al. (2003); Van Os et al. (2001); Veling et al. (2014)
Specifieke factoren van urbaniciteit:	
<i>Blootstelling aan toxische stoffen</i>	Lederborgens et al. (2013); Mortensen (2000)
<i>Infecties</i>	Lederborgens et al. (2013); Mortensen (2000)
<i>Selectieve migratie</i>	Lederborgens et al. (2013); Mortensen (2000)
<i>Deel uitmaken van een etnische minderheid in een buurt</i>	Selten (2012); Van Os et al. (2010)
<i>Sociale stress, het idee een buitenstaander of verliezer te zijn</i>	Lederborgens et al. (2013); Mortensen (2000); Selten (2012)
<i>Lagere sociaaleconomische klasse</i>	Veling et al. (2014)
<i>Meer verhuizingen in de buurt</i>	Veling et al. (2014)
<i>Een hogere bevolkingsdichtheid</i>	Lederborgens et al. (2013); Sariaslan et al. (2015); Veling et al. (2014)
<i>Een hogere etnische diversiteit</i>	Veling et al. (2014)
<i>Meer criminaliteit</i>	Veling et al. (2014)
<i>Lage opkomst bij verkiezingen</i>	Veling et al. (2014)
<i>Wonen in een achtergestelde wijk</i>	Lederborgens et al. (2013); Sariaslan et al. (2015); Veling et al. (2014)
<i>Luchtvervuiling en geluidsoverlast</i>	Lederborgens et al. (2013)
Beschermende factoren	Genoemd door
Beter onderwijs	Lederborgens et al. (2013)
Werkgelegenheid	Lederborgens et al. (2013)
Toegankelijkheid tot zorg	Lederborgens et al. (2013)

sche stoffen, infecties, stress of selectieve migratie een rol spelen (Lederborgens, Haddad, & Meyer-Lindenberg, 2013; Mortensen, 2000). Het deel uitmaken van een etnische minderheid in een buurt is een beschreven risicofactor (Van Os et al., 2010). In een stedelijk gebied hebben mensen meer last van sociale stress, waarbij het idee een verliezer of buitenstaander te zijn een rol speelt (Selten, 2012). Andere risicofactoren die genoemd worden zijn een lagere sociaaleconomische klasse, meer verhuizingen in de buurt, een hogere bevolkingsdichtheid, een hogere etnische diversiteit, meer criminaliteit en een lage opkomst bij verkiezingen (Sariaslan et al., 2015; Veling, Susser, Selten, & Hoek, 2014). Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat goed

onderwijs, werkgelegenheid en toegankelijkheid tot zorg beschermende factoren kunnen zijn (Lederborg *et al.*, 2013). In tabel 1 staan de beschermende en risicofactoren samengevat.

Clëntenperspectief op buurtfactoren

Clënten met een psychotische kwetsbaarheid vinden het van belang om in een eigen huis te wonen. Dit geeft hen het gevoel de regie in handen te hebben en de mogelijkheid om een veilige plek te creëren. Daarnaast noemen zij dat drugsgebruik van medebewoners belemmerend is voor hun mentale gezondheid (Browne & Courtney, 2005). Naast bovenstaand kwalitatief onderzoek is er weinig literatuur over het perspectief van cliënten op hun buurt. Naar aanleiding van het praktijkprobleem en de bestaande literatuur zijn de volgende onderzoeksvragen gesteld: hoe ervaren volwassenen met een psychotische kwetsbaarheid hun buurt? Welke factoren in de buurt zien zij als helpend dan wel belemmerend voor hun mentale gezondheid?

Onderzoeksdesign

De onderliggende wetenschapsopvatting is de fenomenologie, een interpretatieve stroming (Boeije, 2014). De reflectieve leefwereldbenadering heeft als achterliggende visie een rol gespeeld tijdens de data-verzameling, waarbij de nadruk lag op doorleefde ervaringen van mensen in een specifieke setting en de betekenis die zij daaraan geven (Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2011). Een voordeel van het design is dat een rijk aantal data verzameld kan worden. Een nadeel is een beperkt aantal respondenten, wat effect kan hebben op de overdraagbaarheid. De onderzoeker heeft hier rekening mee gehouden door te streven naar datasaturatie (Polit & Beck, 2012).

Onderzoekspopulatie

Een doelgerichte steekproeftrekking met maximale variatie selecteerde respondenten uit twee ggz-wijkteams (zie tabel 2 en 3 voor de selectiecriteria en individuele kenmerken van de respondenten). De wijkteams werken volgens Flexible-ACT met gemiddeld 360 mensen per jaar in zorg met ernstige psychiatrische problematiek in een stad in Nederland met circa 120.000 inwoners en 140 nationaliteiten. In Nederland zijn 307 gecertificeerde Flexible-ACT teams actief (Centrum Certificering ACT en FACT, 2017). Gezamenlijk werken zij met circa 51.300 cliënten, die een vergelijkbare kwetsbaarheid voor psy-

Tabel 2
Selectiecriteria respondenten

1 Inclusiecriteria steekproef

Woonachting in een stedelijk gebied
Psychotische stoornis als diagnose in het dossier
Leeftijd: 18 tot 65 jaar
Redelijke beheersing van de Nederlandse taal

2 Exclusiecriteria steekproef

In behandeling zijn bij de onderzoeker
Licht verstandelijke beperking
Ernstige psychotische symptomen tijdens inclusie

3 Criteria maximale variatie

Diversiteit in:
Leeftijd
Geslacht
Etnische achtergrond
Ernst van psychotische symptomen
Soort huis
Samenstelling gezin
Wijken

4 Geselecteerde respondenten

Vijftien respondenten
Acht vrouwen, zeven mannen
Acht respondenten van niet-Nederlandse afkomst
Zeven respondenten van Nederlandse afkomst
Negen respondenten wonen alleen
Zes respondenten wonen met gezinsleden
Leeftijd tussen 26 en 63 jaar
Voorkomende diagnoses:
Schizofrenie
Schizo-affectieve stoornis
Kortdurende psychotische stoornis
Psychotische stoornis niet anders omschreven
Waanstoornis

chose hebben. In Flexible-ACT teams zijn ook cliënten met ander psychiatrie problematiek in zorg. Dit onderzoek beperkt zich tot cliënten met een psychotische stoornis zoals beschreven in de DSM-IV. Vijftien van de negentien benaderde respondenten zijn geïnterviewd en geïnterviewd. Zij namen vrijwillig deel en tekenden voor deelname een verklaring van *informed consent*¹. De instelling gaf toestemming voor het onderzoek. Er is geen belang van derden.

¹ De onderzoeker heeft aan de respondenten gevraagd of zij een terugkoppeling van de uitkomsten op prijs stellen. Met hen is de afspraak gemaakt dat dit artikel via hun behandelaar wordt opgestuurd en zij een toelichting vragen bij de onderzoeker indien gewenst.

Dataverzameling, data-analyse en geldigheid

De onderzoeker hield diepte-interviews met topics vanuit de literatuur over urbanisatie met aansluitend een focusgroep. Diepte-interviews passen bij de fenomenologie, vanwege de ruimte om te vertellen over eigen ervaringen en vanwege bracketing, waarbij de onderzoeker bekende informatie voorafgaand aan de interviews opzij zette in haar hoofd (Mortelmans, 2013). De ervaringen hebben centraal gestaan tijdens het interviewen, passend bij de reflectieve leefwereldbenadering (Dahlberg *et al.*, 2011).

De onderzoeker screende samen met behandelaars de respondenten op de in- en exclusiecriteria (Polit & Beck, 2012). De respondenten zijn benaderd via de behandelaars. De onderzoeker selecteerde per week twee nieuwe respondenten die na telefonisch contact werden ingepland voor een interview. Per week zijn één tot drie interviews afgenomen door de onderzoeker. De geluidsfragmenten zijn in dezelfde week verbatim uitgetypt tot transcript. Na elk interview schreef de onderzoeker een methodologisch verslag in een logboek. Bij het interviewen is gestart met brede open vragen naar ervaringen. Daarna vond inkadering plaats naar aanleiding van wat de respondent vertelde en met behulp van de topics.

Na elke twee interviews is er gecodeerd door de onderzoeker, waarbij het model van Colaizzi (Boeije, 2014; Polit & Beck, 2012; Shosha, 2012) is toegepast. De opnames werden beluisterd, de transcripten gelezen en herlezen en er werd open, axiaal en selectief gecodeerd. Dit werd afgewisseld met literatuuronderzoek (constante vergelijking) en het gebruik van memo's. De resultaten zijn verwerkt in het softwareprogramma NVivo, waarbij tijdens het coderen onderscheid gemaakt is tussen beschermende en risicofactoren voor de mentale gezondheid.

Eén peer reviewer heeft los van de onderzoeker alle transcripten mede gecodeerd en nam deel aan een tweewekelijks overleg met de onderzoeker over totstandkoming en clustering van de thema's. Een tweede peer reviewer discussieerde mee over de thema's. Na elf interviews kwamen er geen nieuwe thema's bij. Tot en met het vijftiende interview is de datasaturatie vastgesteld. Na alle interviews vond een member check plaats in een focusgroep met de onderzoeker en peer reviewer ter toetsing of de onderzoeker de gevonden thema's beschreef zoals bedoeld door de respondenten (Mortelmans, 2013). De respondenten voor de member check zijn doelgericht geselecteerd op basis van bereidheid tot deelname en de inschatting van de onderzoeker dat zij gelijkwaardig met elkaar in gesprek konden gaan

Tabel 3

Overzicht respondenten en individuele kenmerken

Respondent	Leeftijd	Diagnose	Ernst van de klachten (geclassificeerd volgens DSM-IV)	Wijk
1 vrouw	31	Schizofrenie, paranoïde type	Lichte klachten in de vorm van stemmen	A
2 man	26	Psychotische stoornis NAO	Dagelijks visuele hallucinaties	B
3 vrouw	43	Schizo-affectieve stoornis	Dagelijks last van akoestische hallucinaties	C
4 man	28	Psychotische stoornis NAO	Dagelijks last van akoestische hallucinaties	A
5 man	51	Schizofrenie	Stabiel, soms nog akoestische hallucinaties	C
6 man	41	Schizofrenie, paranoïde type	Last van achterdocht, akoestische hallucinaties	D
7 vrouw	33	Kortdurende psychotische stoornis met duidelijke stress veroorzakende factoren	Geen klachten op dit moment	E
8 man	38	Schizofrenie, paranoïde type	Last van achtervolgings ideeën en hallucinaties. Op moment van interview klachten, geen stabiel beeld	F
9 vrouw	41	Schizofrenie, paranoïde type	Lichte paranoïde klachten	B
10 vrouw	51	Schizo-affectieve stoornis	In wisselende mate klachten, jaarlijks een periode meer last van achterdocht en/of hallucinaties	D
11 man	46	Schizofrenie, paranoïde type	Stabiel, aantal opnames in verleden	E
12 vrouw	38	Waanstoornis	Psychose anderhalf jaar geleden, nu restsymptomen	F
13 vrouw	63	Schizo-affectieve stoornis	Laatste psychotische episode in juni 2015	G
14 vrouw	46	Schizofrenie, paranoïde type	Aantal weken per jaar heviger psychotische belevingen, soms dagelijks achterdocht	D
15 man	61	Schizofrenie, paranoïde type	Dagelijks last van stemmen	E

Sociaal-economische categorie per wijk ² (CBS, 2012)	Procentueel verschil ten opzichte van stad gemiddelde (CBS, 2012)	Soort huis, samenstelling gezin	Ethnische achtergrond
29,2	-6,1%	Flat, alleenwonend	Nederland
36,4	+17,0%	Rijtjeshuis, eengezinswoning, woont bij ouders	Hindoestaans-Surinaams (geboren in NL)
35,7	+14,8%	Rijtjeshuis, eengezinswoning Alleenwonend, 3 kinderen	Nederland
29,4	-5,5%	Flat, alleenwonend	Iraniër ('98 gevlucht naar NL)
35,7	+14,8%	Appartement, alleenwonend	Nederland
29,3	-5,8%	Flat, alleenwonend	Nederland
29,2	-6,1%	Appartement, alleenwonend	Indonesië (3 weken na geboorte adoptie en verhuizing naar NL)
36	+15,8%	Rijtjeshuis, samenwonend met vrouw en kinderen	Marokko (sinds 22ste in NL)
36,4	+17,0%	Rijtjeshuis, samenwonend met partner en zoontje van 8 maanden	Nederland
29,3	-5,8%	Rijtjeshuis, woont met partner	Nederland
29,2	-6,1%	Flat, alleenwonend	Suriname (geboren in NL)
36	+15,8%	Hoekhuis, eengezinswoning, samenwonend met man en dochter	Curaçao (sinds 1998 in NL)
32,4	+4,2%	Rijtjeshuis, samenwonend met man, 2 volwassen zoons	Nederland
29,3	-5,8%	Appartement, alleenwonend	Aruba (20 jaar in NL)
29,2	-6,1%	Alleenwonend, sinds 2 jaar gescheiden, 2 volwassen dochters	Nederland

² Het gemiddeld persoonlijk inkomen (x €1000) is gekozen als representatie van de sociaaleconomische status van de wijk. In de aangrenzende kolom wordt dit getal afgezet tegen het gemiddeld persoonlijk inkomen over de hele stad (€31.100).

(Boeije, 2014). Drie respondenten waren bereid tot deelname. In de focusgroep zijn de thema's op een flipover geschreven, waarna discussie volgde over aanvullingen en wijzigingen. De respondenten waren het eens met de geformuleerde thema's en vulden de inhoud van de thema's aan. Deze resultaten zijn verwerkt door de aanvullingen van de respondenten toe te voegen aan de bestaande codes.

Wat betreft de geldigheidscriteria (Smaling, 2010) is geloofwaardigheid (*credibility*) aanwezig, vanwege constante toetsing van de resultaten aan bestaande literatuur. Over de overdraagbaarheid (*transferability*) kan gezegd worden dat hulpverleners in Flexible-act-teams de informatie in hun praktijk kunnen toepassen, doordat datasaturatie bereikt is bij het vullen van de thema's, de resultaten zo beschreven zijn dat zij zelf een conclusie kunnen trekken en er sprake is van een representatieve steekproef. Er is sprake van consistentie (*afhankelijkheid/dependability*), vanwege een uitgebreide beschrijving van de werkwijze, de inzet van twee peer reviewers en het gebruik van geluidsopnamen, memo's en een logboek. Om tot vulling van de thema's te komen zijn meerdere databronnen gebruikt: interviews, discussie in de focusgroep en literatuur. De *member check*, waarbij de resultaten van de onderzoeker bevestigd zijn door de respondenten, versterkt de overtuigingskracht (*confirmability*). De authenticiteit is gewaarborgd, vanwege het centraal staan van de ervaringen van respondenten, door hen te interviewen in hun natuurlijke omgeving. Daarnaast werd er bracketing en peer reviewing ingezet om objectief te blijven en het opgaan in de wereld van de respondenten te voorkomen.

Resultaten

De mate van ervaren veiligheid in de buurt is een belangrijke factor voor de respondenten in het bevorderen of verslechteren van de mentale gezondheid. Als resultaat van de analyse is de hoofdcategorie veiligheid beschreven met twee uitstroomvarianten: ervaren veiligheid als hoofdthema bij beschermende factoren (77 codes³ geclusterd in drie thema's) en onveiligheid als hoofdthema bij risicofactoren (63 codes⁴ geclusterd in drie thema's), zie figuur 1. Beide kanten waren voor alle respondenten van belang.

³ Voorbeelden van codes beschermende factoren: vrienden zien, contact met buren en praktische hulp.

⁴ Voorbeelden van codes risicofactoren: zich alleen voelen en onbegrip ervaren.

Figuur 1
Hoofdcategorie en thema's

Hoofdcategorie Veiligheid	
Hoofdthema beschermende factoren Ervaren veiligheid	Hoofdthema risicofactoren Onveiligheid
Subthema's Ervaren autonomie Mensen als steun Rustige en prettige buurt	Subthema's Ervaren kwetsbaarheid Afwezigheid van anderen Drukte en stress in de buurt

Ervaren kwetsbaarheid versus ervaren autonomie

*Quote*⁵

R: Het was zo dat een paar jongens mij gebruikten om hier te komen, ze namen alle vrienden mee en ik had geen enkele kracht, dit is mijn huis, gewoon uit mijn huis, ik had niets meer te zeggen, zij domineerden het hele huis. En ik zat gewoon in mijn kamer. Hij zat met zijn vriendin hier, ik had er geen controle over.

De respondenten ervaren kwetsbaarheid als belemmerende factor: geen grenzen aan kunnen geven, zich niet in staat voelen om iets in de buurt te veranderen en weinig energie hebben om iets te doen in de buurt. Het ervaren van schaamte veroorzaakt dat mensen minder makkelijk naar buiten gaan en contact met burens vermijden.

Respondenten beschrijven dat het zelf kunnen bepalen wat ze willen in hun huis en in de buurt belangrijk is. Eigen regie hebben, zelfstandig zijn en alle voorzieningen bereiken die je wilt, zijn voor hen van belang in het ervaren van autonomie.

Quote

R: Ja, dat ik zelfstandig ben, dat ik ehh, onafhankelijk ben, dat vooral.

⁵ Bij de quotes geldt: I is de interviewer, R is de respondent. De quotes zijn van verschillende respondenten.

Autonomie is een belangrijke factor voor de mentale gezondheid. Het is een proces waarbij iemand zijn eigen visie op zijn situatie en op zijn leven kan houden en daarnaar kan handelen (Van de Kar, Van Keijzerswaard, & Van Wel, 2003). Volwassenen met een kwetsbaarheid voor psychose vinden het belangrijk om in een eigen huis te wonen. Dit geeft hen een gevoel de regie in handen te hebben en de mogelijkheid een veilige plek te creëren (Browne & Courtney, 2005).

Quote

I: Wat geeft het voor gevoel dat je een eigen plek hebt? Wat is er het meest belangrijk aan?

R: Nou, dat je nog zeggenschap over jezelf hebt en dat je niet continu hoeft aan te passen aan iemand anders binnen je eigen woning, laat ik het zo zeggen.

Afwezigheid van anderen versus mensen als steunende factor

Quote

I: En zijn er dingen die helpen vanuit de buurt als je psychotische klachten hebt?

R: Nee, niet direct, ik kan niet bij iemand aankloppen van joh, ik heb het even moeilijk, kan ik even bij je schuilen?

De respondenten noemen als belemmerend: zich alleen voelen, te weinig mensen en vrienden zien en het ervaren van desinteresse, gebrek aan steun en onbegrip van anderen.

Hier tegenover staat dat respondenten steun van anderen, zoals huisgenoten, burens, vrienden, hulpverleners en huisdieren, als helpend ervaren.

Quote

I: En met je naaste burens heb je meer contact?

R: Ja, klopt, die houden ook de boel in gaten als ik er niet ben of als ik er juist wel ben of als ineens de deur openstaat dan denken ze van hé, is er wat aan de hand ofzo, dan zijn ze wel paraat. Er is toch iemand op wie je kan terugvallen.

De respondenten ervaren woonbegeleiding, zoals hulp bij de administratie, als bevorderend voor de mentale gezondheid. Interesse en begrip van hulpverleners zien zij als beschermende factoren, waarbij goed luisteren, het idee dat ze op iemand terug kunnen vallen en hun verhaal kwijt kunnen van belang is, zoals genoemd in de presentiebenadering, waarbij het belang van betrokkenheid, nabijheid en het klaarstaan voor anderen centraal staat (Baart & Van Heijst, 2003).

Alle respondenten geven aan dat zij zich niet gediscrimineerd voelen vanwege etniciteit.

Zij ervaren dit, omdat de nationaliteiten in de stad zo divers zijn, waardoor het niet voelt alsof men anders is of buitengesloten wordt.

Onrust en stress in de buurt versus een rustige en prettige buurt

Quote

R: Nou de, eh de bouw van hoe de buurt, zeg maar, fysiek gebouwd is. En ook eh, eh, wel rondhangende jongeren. Want op die dekkenwoningen, daaronder gingen altijd jongeren staan. En daar moest je dan langs in je eentje met je kleine kind. En dan voel je je toch bedreigd.

Bepaalde gebeurtenissen in de buurt, zoals drugsgebruik van anderen of het meemaken of zien van geweld, geven de respondenten een gevoel van angst en onveiligheid. Zij beschrijven drukte in de buurt als risicofactor. Door geluidsoverlast en hectiek nemen psychotische klachten toe. Ook een gebrek aan slaap is een genoemde risicofactor voor een psychose. Niet kunnen slapen door geluidsoverlast is een belemmerende factor vanuit de buurt. Geluidsoverlast is in de literatuur genoemd als risicofactor voor psychose (Lederborg *et al.*, 2013; Mortensen, 2000). In eerder onderzoek ervaren cliënten drugsgebruik van medebewoners in een gezamenlijke woonvorm als belemmerend (Browne & Courtney, 2005). De respondenten beschrijven dat bij stress de kans op psychotische klachten toeneemt. Dit komt overeen met literatuur waarin stress als risicofactor voor psychose is beschreven (Lederborg *et al.*, 2013; Mortensen, 2000). Een te rustige buurt wordt als niet prettig ervaren door de respondenten, want een gevoel van eenzaamheid speelt daarbij een rol. Een te drukke buurt wordt gezien als risicofactor voor een psychose.

Rust, aanwezigheid van natuur en de mogelijkheid te kunnen wandelen in de buurt zien de respondenten als bevorderend voor de mentale gezondheid.

Quote

I: De factoren in je buurt, dragen die bij aan je gezondheid?

R: Jawel, zeker wel. Ik eh...het zou anders zijn als je bijvoorbeeld echt een woning had waar alles hectisch is om je heen. Dan zou het minder gezond zijn. Maar nu voornamelijk ja, is het, slaat het wel positief aan. Voornamelijk tot rust enne uiteindelijk te komen tot een herstel.

I: Want wat doet die rust met jou?

R: Eh ja, eh normaal heb ik snel dat ik toch in een stressfase beland en dan ga je hyperventileren en eh, ja nu zit de stress meer op afstand en kun je meer genieten van rust, enne dat is gewoon prettiger.

Een kwalitatief betere buurt, een schone uitstraling van de buurt en zich veilig voelen op straat zijn thema's die de respondenten als be-

vorderend ervaren. Het goed kunnen bereiken van voorzieningen en mogelijkheden tot sporten vinden zij hierbij van belang.

Quote

R: Belangrijk is dat je hier geen drempel hebt om naar buiten te gaan.

Discussie

Vanwege de steekproef met maximale variatie is diverse informatie naar voren gekomen uit de interviews. Hulpverleners krijgen meer zicht op factoren die van belang zijn voor de mentale gezondheid door specifiek te vragen naar buurtfactoren. Daarbij kunnen de gevonden thema's behulpzaam zijn als onderwerp van gesprek. De factoren kunnen verwerkt worden in het behandelplan van cliënten, om een toename van psychotische klachten door buurtfactoren te voorkomen en helpende factoren ten aanzien van veiligheid in te zetten. Dit bevordert autonomie, doordat vanuit het perspectief van de cliënt situaties beschreven worden (Van de Kar *et al.*, 2003). Het vermindert stress vanuit de buurt en terugvalpreventie is mogelijk, gericht op interactie tussen de cliënt en buurtfactoren. Dit sluit aan bij het idee om personen als onderdeel van hun context te zien en de opvatting dat je hen tekort doet als je omgevingsaspecten, zoals in dit onderzoek de buurt, niet meeneemt in de ggz-hulpverlening (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, & Van Os, 2016). Sociale interventies zijn van belang, waarbij wensen en mogelijkheden van een kwetsbare doelgroep centraal staan, zoals kwartiermaken (Fountain-Hardick & Rensen, 2011). Een belangrijke taak van de verpleegkundig specialist ggz is om als belangenbehartiger samen met de cliënt en ervaringswerkers vorm te geven aan individuele en sociale interventies, waarbij beschermende en risicofactoren in de buurt vanuit cliëntenperspectief betrokken worden. Een zwakte van dit onderzoek is dat niet alle aspecten van de thema's gedetailleerd uitgediept zijn, vanwege een beperkte tijdsduur en beperkte omvang van het onderzoek. Daarnaast krijgen 50.000 – 100.000 cliënten in Nederland vanuit Flexible-act-hulp, die allemaal een unieke aanvulling kunnen hebben op de gevonden thema's.

Voor gemeentes, wijkteams en woningbouwverenigingen is samenwerking raadzaam om de mentale gezondheid van stadsbewoners met psychische klachten te bevorderen. Meer onderzoek is nodig om interventies te ontwikkelen, die gericht zijn op het vergroten van ervaren veiligheid in de buurt en daarnaast is meer onderzoek nodig om de inzet van individuele en groepsgerichte interventies met betrekking tot de buurt te kunnen evalueren.

Conclusie

Cliënten met een kwetsbaarheid voor psychose ervaren veiligheid in de buurt als een beschermende factor en onveiligheid als een risicofactor voor hun mentale gezondheid. Belangrijke thema's bij onveiligheid zijn: ervaren kwetsbaarheid, afwezigheid van anderen en een drukke en onrustige buurt. Belangrijke thema's ten aanzien van ervaren veiligheid zijn: ervaren autonomie, steun van anderen en een rustige en prettige buurt. Meer aandacht voor de buurt in behandelingen van cliënten door beschermende en risicofactoren in kaart te brengen, kan helpen bij het bevorderen van de mentale gezondheid en het beperkt risico's aanwezig in buurt die kunnen leiden tot een psychose. De resultaten van dit onderzoek vullen eerder onderzoek naar urbanisatie aan. Vervolgonderzoek voor bevestiging van de resultaten en verdieping van de thema's is aanbevolen.

Literatuur

- Baart, A., & Heijst, A. van (2003). Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie. *Sociale interventie*, 12(2), 5-7.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Browne, G., & Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: a grounded theory study comparing boarding houses and private homes. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 311-326.
- Centraal bureau voor de statistiek (CBS). (2012). *Regionaal inkomensonderzoek*.⁷
- Centrum Certificering ACT en FACT. (2017). *Fact Facts*. Verkregen van <http://ccaf.nl/fact-facts/> op 23 januari 2017.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2011). *Reflective lifeworld research*. Sweden: studentlitteratuur.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalke, F., Boevink, W., & Os, J. van (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Fountain-Hardick, C., & Rensen, P. (2011). *Methodebeschrijving Kwartiermaken*. Movisie.
- Kar, A. van de, Keijzerswaard, A. van, & Wel, T. van (2003). *'Rehabilitatie, dat is toch normaal!?!'* Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Lederborg, F., Haddad, L., & Meyer-Lindenberg, A. (2013). Urban social stress-risk factors for mental disorders. The case of schizophrenia. *Environmental pollution*. doi: doi.org/10.1016/j.envpol.2013.05.046
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Mortensen, P. B. (2000). Urban-rural differences in the risk for schizophrenia. *International Mental Health Journal*, 29, 101-10.
- Oher, F. J., Demjaha, A., Jackson, D., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Doody, Murray, R. M., Bentall, R. P., Jones, P. B., & Kirkbride, J. B. (2014). The effect of the environment on symptom dimensions in the first episode of psychosis: a multilevel study. *Psychological Medicine*, 21, 1-12.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. (2003). Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *American Journal of Psychiatry*, 160, 477-482.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of general Psychiatry*, 58, 663-668.
- Os, J. van, Kenis, G., & Rutten, B. P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 11. doi: 10.1038/nature09563
- Os, J. van, Rutten, B. P. F., & Poulton. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1066-1082. doi: 10.1093/schbul/sbn117
- Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2006). Are the cause(s) responsible for urban-rural differences in schizophrenia risk rooted in families or in individuals? *American Journal of Epidemiology*, 163, 971-978.
- Polit, D. F., & Beck, C. H. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins.
- Sariaslan, A., Larsson, H., D'Onofrio, B., Långström, N., Fazel, S., & Lichtenstein, P. (2015). Does population density and neighborhood deprivation predict schizophrenia? A nationwide Swedish family-based study of 2.4 million individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 494-502. doi: 10.1093/schbul/sbu105
- Selten, J. P. (2012). *De social defeat-hypothese. Inaugurale rede*. Maastricht: Maastricht University.
- Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: a reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, 8(27).
- Smaling, A. (2010). *Constructivisme in soorten*. *Kwalon*, 43(15).

⁷ Verkregen van de website van de betreffende gemeente van de respondenten, gezien de anonimiteit is deze website niet opgenomen in de literatuurlijst.

- Szöke, A., Charpeaud, T., Galliot, A., Vilain, J., Jean-Romain, R., Leboyer, M., Llorca, P., & Schürhoff, F. (2014). Rural-urban variation in incidence of psychosis in France: a prospective epidemiologic study in two contrasted catchment areas. *BMC psychiatry*, 14(78).
- Veldhuizen, J. R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Kroon, H., & Mulder, N. (2015). *Handboek (Flexible) ACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Veling, W., Susser, E., Selten, J. P., Hoek, H. W. (2014). Social disorganisation of neighborhoods and incidence of psychotic disorders: a 7-year first-contact incidence study. *Psychological Medicine*, 17, 1-10.

Samenvatting

In deze fenomenologische studie is vanuit cliëntenperspectief onderzocht welke beschermende en risicofactoren in de buurt van invloed zijn op de mentale gezondheid van volwassenen met een kwetsbaarheid voor psychose. Het overkoepelende begrip dat voortkomt uit deze studie is 'ervaren veiligheid' als belangrijke factor voor de mentale gezondheid. Beschermende factoren hierbij zijn: ervaren autonomie, mensen als steun en een rustige en prettige buurt. Risicofactoren zijn: ervaren kwetsbaarheid, afwezigheid van anderen en drukte en stress in de buurt. Om beschermende en risicofactoren per persoon in kaart te brengen, is aandacht voor de buurt van de cliënt tijdens de behandeling aanbevolen. Interventies gericht op de interactie tussen de cliënt en factoren in de buurt zijn van waarde om de gezondheid te optimaliseren en risicofactoren voor psychose vanuit de buurt te beperken. Sociale interventies waarbij belangenbehartiging voor de cliënt in de maatschappij centraal staat, zijn een goede aanvulling op de inzet van individuele interventies.

Trefwoorden Buurt, psychose, veiligheid