

Module Kortdurende Klinische Crisisinterventie

Inhoudsopgave

Introductie

Rationale van de module	4
Onderzoeksbevindingen	6
Positionering van de module	7
Doelen	7
Instreamcriteria	8
Duur en aantal individuele contactmomenten	8
Groep/individueel/systeem	9
Materialen bij ontvangst, opname en ontslag	9

Protocollen

Inleiding	10
Ontvangst van de cliënt	11
Opnamegesprek	13
Medisch opnamegesprek en vervolgsconsult	19
Vorbereiding en afhandeling van het medisch consult	20
Monitoring: observatie en verpleegkundige controle	26
Richtlijnen voor observaties	26
Voortgangsgesprek	30
Individueel gesprek	33
10-minutengesprek bij medicijnontwenning	36
Afrondingsgesprek	38
Medisch ontslaggesprek	39
Ontslag	41

Literatuurstudie

Crisis and crisisinterventie bij verslaafden: een literatuuronderzoek	42
Inleiding	43
Methode	51
Resultaten	54
Beperkingen	57
Suggesties voor praktische richtlijnen	58
Algemene conclusie	60
Referenties	61
Bijlagen	66

Introductie

RATIONALE VAN DE MODULE

De module "Kortdurende Klinische Crisisinterventie" is een intensieve interventie voor cliënten in een crisissituatie. De interventie is intensief in de zin dat het een klinische opname betreft, waarbij cliënten constante medische zorg krijgen.

De module is gebaseerd op de omschrijving van een crisis als een tijdelijke toestand waarin een persoon onvoldoende bestand is tegen de ervaren problemen (Slaiku 1990, in Dattilio & Freedman, 1994). Door verschillende auteurs wordt gepleit voor crishulpverlening die zich richt op het herstel van deze balans (Brinkman & Van den Berg, 1992; Hillard, 1990). In het belang van het herstel wordt tijdens de crisisopname rust en structuur geboden. De cliënt wordt tijdelijk ontlast van dagelijkse verantwoordelijkheden en taken. De begeleiding van de cliënt is hierbij steunend en weinig confronterend. De crisisinterventie richt zich niet alleen op herstel van de persoonlijke balans, maar benut de crisis ook als een moment om in te grijpen en een positieve wending te bereiken (Kaiser & Pyngolil, 1995). In deze module worden (medische) zorg, diagnostiek en de mogelijkheid tot vervolghandeling ingezet om dit moment optimaal te benutten.

De crisisinterventie is gelimiteerd in tijd en doel (Hobbs, 1984; Brinkman & Van den Berg, 1992): met een klinische interventie wordt in korte tijd de balans ten minste teruggebracht naar de situatie voor het ontstaan van de crisis. De module beschrijft dan ook een opname van maximaal vijf tot zeven aaneengesloten dagen, die is gericht op het herstel van de cliënt. Daarnaast moet de crishulpverlening gericht zijn op het onmiddellijk in kaart brengen van de problematiek en het nauwkeurig registreren van veranderingen in de situatie (Townsend 1990, Kaiser & Pyngolil, 1995). De constante aanwezigheid van de verpleegkundige/groepswerker op de groep en het nauwkeurig 'monitoren' van de individuele cliënt is dan ook van cruciaal belang. Het 'monitoren' bestaat uit het observeren van het algemeen functioneren en van het toestandsbeeld van de cliënt en uit het uitvoeren van verpleegkundige controles.

Het algemeen functioneren wordt systematisch geobserveerd aan de hand van de volgende categorieën: inname van voedsel en vocht, dag- en nachtritme, hygiëne en verzorging, communicatie, nakomen

van afspraken en houding van de cliënt. Wat betreft het toestandsbeeld worden woede en boosheid, angst, somberheid, waarneming en realiteitsbesef en gedachten onderscheiden. Met name in de eerste dagen van de opname en bij afwezigheid van de staf, kan sprake zijn van agressie (Nijman, Allertz & à Campo, 1995). In deze module gaat hier specifieke aandacht naar uit. In de richtlijnen wordt voorgeschreven dat gedurende de hele dag ten minste één groepswerker op de groep aanwezig is. Hierbij wordt agressie constant geobserveerd en geregistreerd en worden grote incidenten meer uitgebreid gerapporteerd. De systematische registratie vergroot onder de staf het gevoel van veiligheid, bevordert het zelfvertrouwen en lijkt effectief te zijn om een afname van het aantal agressieve incidenten te bereiken (Van Rixtel, Nijman & Jansen, 1997). De verpleegkundigen voeren controles uit waaronder meting van de bloeddruk, polsfrequentie en de BAC-waarde. De aard en frequentie van de controles stelt de arts per cliënt vast. Medische bijzonderheden zoals tremoren en ademfrequentie, worden eveneens geregistreerd.

Na de eerste crisisopvang zal de eigen verantwoordelijkheid voor de dagelijkse activiteiten geleidelijk teruggegeven worden en wordt zelfstandigheid ten aanzien van het functioneren gestimuleerd. De begeleiding richt zich in toenemende mate op het mobiliseren van de cliënt (Brinkman & Van den Berg, 1992; Loth e.a., 1999; Aguilera & Messick, 1978 in Hobbs, 1984). De cliënt wordt geacht zich tijdens de crisisopname aan de regels te houden, zelfstandig te functioneren en uitspraken te doen met betrekking tot het vervolg na de crisisopname. In de module wordt beschreven dat verpleegkundigen/groeps werkers hiertoe grenzen stellen, aanspreken op gedrag en individuele gesprekken voeren. De verpleegkundigen/groeps werkers maken daarbij gebruik van de principes en technieken voor motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991).

Er is een vast aantal individuele gesprekken waarin de wensen ten aanzien van het vervolgtraject worden besproken en de cliënt wordt gemotiveerd tot deelname aan diagnostiek tijdens de opname. Tevens wordt het verblijf op de afdeling met de cliënt geëvalueerd en wordt de beeldvorming op basis van diverse diagnostiek (observatie, (semi-)gestructureerde vragenlijsten, aanvullende consulten) besproken. Tijdens de crisisopname wordt ook het sociale netwerk met de cliënt besproken. De cliënt wordt aangespoord om contact met (niet-gebruik-

kende) systeemleden te leggen of te houden en de mogelijkheid wordt geboden om een systeemgesprek aan te vragen. Het inventariseren en mobiliseren van het sociale netwerk verdient specifieke aandacht, omdat de kans op hervatting van de crisissituatie na beëindiging van de crisisopname groot is (Brinkman & Van den Berg, 1992; Loth e.a., 1999).

ONDERZOEKSBEVINDINGEN

De literatuurstudie (De Fuentes-Merillas & Schippers, 2000; opgenomen in deel drie van de module) heeft zich gericht op de volgende vraag: welke soorten crisis zijn karakteristiek voor verslaving? Een secundair doel van de studie was het verzamelen van richtlijnen ter ondersteuning van de crisisprotocollen.

Een crisis wordt gedefinieerd als een tijdelijke toestand van verwarring en ontregeling, die wordt gekenmerkt door het toepassen van gebruikelijke copingstrategieën met een uiterst gunstige of ongunstige uitkomst.

Uit studies komt naar voren dat na een medische crisisinterventie vaak niet verwezen wordt naar de gespecialiseerde verslavingshulpverlening. Daarnaast wordt het belang van middelengerelateerde diagnostiek binnen psychiatrische en medische crisisbegeleiding benadrukt. Tot slot tonen verschillende studies aan dat drank- en drugsverslaafden een verhoogde kans op suicide hebben. Het aantal studies naar de effectiviteit van crisisinterventies bij alcohol- en drugsverslaving is beperkt en biedt geen empirische ondersteuning voor ontwikkeling van protocollen.

Op basis van een aantal handboeken kunnen verschillende richtlijnen voor crisisinterventie geformuleerd worden. Crisisinterventie richt zich op de zelfredzaamheid van de cliënt en betreft daar waar mogelijk, het sociale netwerk bij. Crisisinterventie bestaat uit een onmiddellijk en krachtig begeleiden van de cliënt die tijdelijk onvoldoende bestand is tegen de door hem/haar ervaren problemen. Tijdens de crisisinterventie dienen problemen op medisch, psychologisch en sociaal vlak direct in kaart te worden gebracht. De crisisinterventie is beperkt in duur en doel, waarbij herstel tot het niveau van het functioneren voor het ontstaan van de crisis, wordt nagestreefd. Crisisinterventie bij excessieve gebruikers van alcohol of drugs vraagt om specifieke medische, psychologische en sociale begeleiding.

Naast bovengenoemde literatuurstudie is geïnventariseerd welke handboeken van waarde konden zijn voor de ontwikkeling van protocollen en observatiemethodieken (zie lijst met aanbevolen literatuur in literatuurstudie). De handboeken leverden informatie voor de taakomschrijving en standaarden voor verpleegkundigen c.q. crisisbegeleiders. Dit is in de module verwerkt bij de rationale en is terug te vinden in de observatiecategorieën en de beschrijving van de werkwijze. Tot slot zijn verschillende instellingen voor verslavingszorg en crisisbegeleiding benaderd met vragen over de observatietechnieken en de gehanteerde werkwijze bij de overdracht van cliëntinformatie. Hierbij kwam naar voren dat de overdracht tussen de diensten is gescheiden van het cliëntoverleg waar een aantal keren per week individueel beleid ten aanzien van cliënten wordt gemaakt. Deze besprekingen zijn niet geprotocolleerd.

In de instellingen verloopt de observatie van cliënten aan de hand van brede observatiecategorieën, die uitgebreid kunnen worden met individuele aandachtspunten. Over het algemeen is er overeenstemming over de gedragingen die geobserveerd worden, maar de uiteenlopende interpretaties van de categorieën levert zeer diverse rapportages op. In deze module zijn de gedragingen die van belang worden geacht om een crisis te volgen (op basis van beschikbare literatuur, intern overleg en navraag bij verschillende instellingen) ondergebracht in helder omschreven kerncategorieën en wordt het observatieformulier vergezeld van een instructieblad.

POSITIONERING VAN DE MODULE

Door het acuut optreden van een crisis en de noodzaak tot snelle interventie, is de module onmiddellijk inzetbaar. In het geval van een crisis behoren patiënten binnen een dag op de afdeling te worden opgenomen. Dit geldt voor cliënten die reeds in behandeling zijn en in een crisis geraken, maar ook voor cliënten zonder behandeltraject of zorgkader. Op basis van diagnostiek tijdens de opname wordt vastgesteld of een vervolgetraject gewenst is.

DOELEN

De primaire doelstellingen van de klinische crisisinterventie zijn het bezweren (begeleiden) van de crisis en het uitvoeren van diagnostiek. De crisisinterventie is voornamelijk gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de cliënt en niet persé op ontgiftig. Het

motiveren van de cliënt tot een vervolgbehandeling vormt het secundaire doel.

INSTROOMCRITERIA

De crisisopname is geïndiceerd voor verslaafde cliënten met:

- een crisis van medisch-psychiatrische problematiek en/of
- een crisis van medisch-somatische problematiek

De volgende contra-indicaties worden voor de crisisopname gehanteerd:

- Somatische problematiek die vraagt om bedverpleging, intensieve diagnostiek of (medische) bewaking.
- Psychiatrische problematiek die om continu toezicht, intensieve begeleiding of separatie vraagt.
- Acute suicidaliteit.
- Acute psychose.
- Ernstige lichamelijke handicaps waardoor de cliënt niet meer zelfredzaam is.
- Alcoholmisbruik met pathologische roes of zich ontwikkelend delirium.
- Ernstig besmettingsgevaar.

Een arts of psychiater hanteert de instroomcriteria en is verantwoordelijk voor de instroom van cliënten op de crisisafdeling.

Buiten kantoor tijden kunnen cliënten door de ggz-crisisdienst worden aangemeld en vindt overleg plaats alvorens cliënten aan de arts worden overgedragen. Overleg tussen verschillende instellingen is noodzakelijk wanneer sprake is van een of meerdere contra-indicaties.

DUUR EN AANTAL INDIVIDUELE CONTACTMOMENTEN

De crisisopname bestaat uit een aaneengesloten periode van maximaal 5 tot 7 werkdagen (zie overzicht van opnamedagen in deel 2). Binnen deze opname vindt standaard een viertal individuele gesprekken plaats: het opnamegesprek, het medisch consult, het voortgangsgesprek en het afrondingsgesprek. Het voortgangsgesprek wordt door de toegewezen verpleegkundige/groepswerker gevoerd. In dit gesprek wordt geïnventariseerd welke overige individuele contactmomenten (waaronder diagnostiek door de afdeling intake / aanmelding, systeemgesprek, psychiatrisch en/of artsconsult) bij de betreffende cliënt gewenst zijn. Deze informatie wordt in de eerstvolgende casuïstiekbespreking ingebracht.

Naast bovenstaande procedure kan op verzoek van de leiding of de cliënt een individueel gesprek of een artsconsult plaatsvinden.

GROEP/INDIVIDUEEL/SYSTEEM

Tijdens de opname bevindt de cliënt zich in een groep van bij voorkeur maximaal tien tot twaalf personen. De cliënten hebben een eigen kamer of delen deze met een andere cliënt. Naast het verblijf op de groep met twee of meer verpleegkundigen/groepswerkers, heeft de cliënt een vast aantal individuele gesprekken met een van de verpleegkundigen/groepswerkers. De mogelijkheid bestaat om extra individuele gesprekken of medisch consulten aan te vragen.

Tijdens de crisisopname wordt aandacht besteed aan het sociale netwerk van de cliënt. Schriftelijk of telefonisch contact met familie en/of vrienden wordt ondersteund en indien gewenst kan een systeemgesprek worden aangevraagd.

BENODIGDE MATERIALEN BIJ ONTVANGST EN OPNAME

- Box voor de bezittingen van de cliënt
- Formulier voor de ingenomen bezittingen (Marloes, zie ook pag. 8)
- Stevige handschoenen
- Inschrijfformulieren
- Contractformulieren
- Cliëntenfolder

BENODIGDE MATERIALEN GEDURENDE CRISISOPNAME

- Observatieformulieren
- Cliëntdossier
- Afdelingsmap

BENODIGDE MATERIALEN BIJ ONTSLAG

- Ontslagformulieren

Protocollen

INLEIDING

Doel van deze module is het begeleiden van de crisis door middel van medische zorg, begeleiding, diagnostiek (systematische observatie en registratie) en structuur op de afdeling. De module is geschreven vanuit de aanname dat de cliënt vrijwillig is opgenomen.

De afdeling is verantwoordelijk voor de dagelijkse uitvoering en/of begeleiding van de volgende onderdelen:

- Ontvangst
- Opnamegesprek
- Observaties
- Voortgangsgesprek
- Individueel gesprek
- 10-minutengesprek bij medicijnontwenning
- Medisch consult tijdens opname
- Voorbereiden en afhandelen van medisch consult
- Afrondingsgesprek
- Medisch ontslaggesprek
- Ontslag

Bovengenoemde onderdelen staan in de module beschreven als aparte protocollen.

De cliënt en de verpleegkundige/groepswerker hebben de mogelijkheid om naast het bovenstaande programma extra individuele gesprekken en psychiatrisch en/of artsconsulten aan te vragen.

De verpleegkundige/groepswerker motiveert de cliënt tot deelname aan diagnostiek. Daarnaast biedt de verpleegkundige/groepswerker uitdrukkelijk de mogelijkheid om in het kader van crisisbegeleiding een systeemgesprek of psychiatrisch consult aan te vragen. De verpleegkundige/groepswerker spoort de cliënt aan om contact met (niet-gebruikende) systeemleden te leggen of te houden.

Ontvangst van de cliënt

DOELEN

- De cliënt informeren over de gang van zaken
- De cliënt rondleiden en kennis laten maken met de andere cliënten
- Veiligheid op de afdeling waarborgen

UITVOERENDE

Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Stevige handschoenen
- Box voor de bezittingen van de cliënt
- Formulier voor de ingenomen bezittingen

DUUR

60 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

24 uur per dag

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

KORTE INTRODUCTIE EN DOUCHE

- Heet de cliënt welkom en vertel dat de cliënt zich eerst gaat douchen en dat daarna met de cliënt verder zal worden gesproken.
- Begeleid de cliënt naar de douche.
- Laat de cliënt zich ontkleden en fouilleer de kleding (zie hieronder).
- Geef de cliënt zo nodig kleding uit de leenkast. Laat de cliënt niet alleen.

FOUILLEREN VAN KLEDING (TIJDENS DOUCHEN VAN CLIËNT)

- Vraag aan de cliënt of zich scherpe voorwerpen en/of naalden in de zakken of voering bevinden. Laat naalden door de cliënt zelf uit de kleding halen en laat deze door de cliënt in de naaldencontainer deponeren.
- Fouilleer de kleding van de cliënt nauwkeurig en draag hierbij stevige handschoenen.
- Kijk eerst in de zakken voordat deze gefouilleerd worden en/of schudt de inhoud uit de zakken om verwondingen te voorkomen.

- Wanneer de cliënt wapens en/of drugs bij zich draagt, geef de cliënt dan de keuze om hier afstand van te doen of anders de crisisdienst te verlaten.
- Wanneer de cliënt afstand doet van wapens: schakel de politie in om deze op te komen halen en houd hierbij de identiteit van de cliënt geheim.
- Wanneer de cliënt afstand doet van drugs: laat kleine hoeveelheden in het bijzijn van een groepsleider door het toilet spoelen, laat grote hoeveelheden door de politie ophalen en houd hierbij de identiteit van de cliënt geheim.

FOUILLEREN VAN BEZITTINGEN

- Controleer de bagage van de cliënt.
- Vraag aan de cliënt of zich scherpe voorwerpen en/of naalden in de bagage bevinden. Laat naalden door de cliënt zelf uit de bagage halen en laat deze door de cliënt in de naaldencontainer deponeren.
- Neem medicatie in bewaring en adviseer de cliënt om waardevolle bezittingen en papieren op te laten halen of op eigen risico in bewaring te geven. Noteer dit zorgvuldig op het formulier voor in bewaring genomen bezittingen.
- Laat de cliënt ondertekenen dat deze bezittingen vrijwillig en op eigen risico zijn afgegeven.
- Selecteer benodigde bezittingen en laat overige bagage ophalen of neem deze in bewaring.

INFORMEREN OVER VERVOLG

- Vertel de cliënt wanneer het opnamegesprek zal plaatsvinden.
- Vertel kort wat in dit gesprek besproken zal worden en geef aan dat de cliënt in dit gesprek ook vragen kan stellen.
- Vraag de cliënt of hij/zij urgente vragen heeft en beantwoord deze.

RONDLEIDING EN KENNISMAKING MET DE GROEP

- Begeleid de cliënt met zijn/haar bezittingen naar de toegewezen kamer.
- Laat de cliënt de afdeling zien en benadruk daarbij de plaats van de nooduitgangen.
- Stel de cliënt voor aan de andere cliënten en laat de cliënt plaats nemen in de huiskamer.

Opnamegesprek

DOELEN

- Crisisbezweering starten (heldere start van de opname).
- Het bespreken van de verwachtingen.
- Het in kaart brengen van het sociale systeem en de directe hulpbehoeften.
- De cliënt informeren over het opnameverloop en de regels.
- Het bespreken van het behandelplan.

UITVOERENDE

Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Inschrijfformulieren
- Beschikbare cliëntenfolders
- Behandelplan
- Cliëntdossier

DUUR

30 - 45 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Zo snel mogelijk na ontvangst (tenzij de cliënt niet aanspreekbaar is, ontvangst 's nachts plaatsvindt o.i.d.).

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

INTRODUCTIE

- Geef aan wat er in dit gesprek besproken zal worden (kennismaking, informeren over opname en huisregels, inschrijving en het in kaart brengen van het sociale systeem en van de directe hulpbehoeften).
- Geef aan dat de cliënt tussentijds vragen kan stellen.

Voorbeeld

"In dit gesprek wil ik graag nader kennis met u maken. Verder bespreken we wat u van de opname verwacht en welke van uw problemen directe aandacht nodig hebben. Vervolgens zal ik een aantal dingen over de afdeling vertellen. Tot slot zal ik u inschrijven en met u een aantal formulieren invullen. Het gesprek zal ongeveer 30 tot 45 minuten duren. Wanneer u vragen hebt, kunt u deze meteen stellen. Tijdens het gesprek zal ik aantekeningen maken die in uw dossier worden opgeborgen. Het dossier wordt alleen door medewerkers gelezen en is niet toegankelijk voor medecliënten."

TIP

Beoordeel of het nuttig is om een vraag direct te beantwoorden of om hier op een later moment in het gesprek op terug te komen. Benoem bij uitstel duidelijk voor de cliënt wanneer deze vraag beantwoord zal worden.

VERWACHTINGEN INVENTARISEREN

- Laat de cliënt vertellen wat zijn/haar verwachtingen zijn van de opname.
- Geef de kern van het verhaal weer en vraag of dit juist is.
- Vraag de cliënt naar zijn/haar relatie met het systeem. Bemoedig initiatieven om contact met (niet-gebruikende) systeemleden te leggen of te onderhouden en bied de mogelijkheid om een systeemgesprek aan te vragen.
- Geef indien een systeemgesprek gewenst is aan, dat in de eerstvolgende casuïstiekbespreking bepaald zal worden wanneer dit gesprek plaats kan vinden.
- Vraag de cliënt of er problemen zijn die directe hulp vereisen, zoals schulden en huisvesting.
- Geef indien er problemen zijn waarbij directe hulp geboden is aan, dat in de eerstvolgende casuïstiekbespreking bepaald zal worden welke activiteiten er zullen worden ondernomen.

INFORMEREN OVER DE OPNAME

- Geef informatie over het doel, de inhoud en de duur van de crisisopname. Verwijs hierbij naar de reële verwachtingen die de cliënt heeft genoemd en corrigeer de irreële verwachtingen.

Voorbeeld

"Op deze afdeling krijgt u inderdaad de verzorging en begeleiding die u op dit moment nodig heeft. U kunt hier, zoals u zelf al zegt, 'even op adem komen'. Tijdens de opname let de groepsleiding op uw medische conditie en op uw gedrag. Om te zorgen dat de groepsleiding u goed kan begeleiden, worden hier aantekeningen van gemaakt.

De opname duurt vijf tot zeven dagen en wordt dan afgesloten. U vertelde dat u hier graag uw problemen wilt oplossen. De ervaring leert dat de meeste problemen niet tijdens deze korte opname opgelost kunnen worden. Ik begrijp dat het belangrijk voor u is om aandacht aan uw problemen te besteden. Morgen staat een gesprek gepland waarin u uw problemen nader kunt bespreken. Om te zorgen dat het ook na de opname beter met u gaat, wordt in een later gesprek samen met u gekeken of er zaken zijn waar u na de opname aan zou willen werken. Dit gesprek verloopt aan de hand van een lijst met vragen. Uw eigen inbreng is bij deze gesprekken heel belangrijk."

- Geef praktische informatie over het rooster op de afdeling en benadruk hierbij de vaste programmaonderdelen (m.n. voortgangsgesprek, diagnostiek, afrondingsgesprek en het medisch ontslaggesprek).
- Stel de cliënt op de hoogte van de huisregels en vraag de cliënt of hier vragen over zijn.
- Overhandig de beschikbare cliëntenfolders (met daarin opgenomen de huisregels).
- Geef korte uitleg over de toestemmingsformulieren voor het verstrekken en opvragen van informatie.
- Laat de cliënt de toestemmingsformulieren ondertekenen.

BEHANDELPLAN BESPREKEN

- Neem het behandelplan (verblijfscontract: indicatie, ontslag en verblijfsduur) met de cliënt door.
- Vraag de cliënt of er nog onduidelijkheden zijn.
- Laat de cliënt de contracten (zoals het verblijfscontract en het huisreglement) ondertekenen.

INSCHRIJVEN

- Vul de opnamepapieren en inschrijfformulieren met de cliënt in en berg de formulieren op in het cliëntdossier.

AFSLUITING

- Herhaal wanneer het voortgangsgesprek (en het eventuele systeemgesprek) plaats zal vinden.
- Geef de cliënt de gelegenheid om vragen te stellen en rond het gesprek af.

ADMINISTRatieve AFHANDELING

- Noteer bijzonderheden en/of gemaakte afspraken op het observatieformulier.
- Geef in het cliëntdossier aan of de cliënt uitleg heeft gekregen over de huisregels. Noteer duidelijk welke contracten de cliënt heeft ondertekend.
- Geef in het cliëntdossier aan of de mogelijkheid is geboden om een systeemgesprek aan te vragen.
- Noteer gemaakte afspraken in het cliëntdossier.

Medisch opnamegesprek en vervolgconsult (verslavingsarts/psychiater)

DOELEN

- Monitoring door de arts van de medische situatie van de cliënt (op initiatief arts of verpleging).
- Instellen van de medicatie.
- Bespreken van de uitslagen van verrichtte onderzoeken (op initiatief arts).
- Consult op verzoek van de cliënt.
- Indien gewenst: een psychiatrische screening.
- Eventueel bijstellen van het medisch beleid.

UITVOERENDE

Verslavingsarts/psychiater

MATERIALEN

- Cliëntdossier
- Diverse aanvraagformulieren voor extern onderzoek en verwij斯卡arten
- Medicatiekaart

DUUR

- Gesprek: 15-20 minuten
- Administratie: 10 minuten

Bij psychiatrisch consult:

Gesprek: 45 minuten

Administratie: 10 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Op indicatie tijdens het dagelijkse spreekuur van de arts.

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

- Bespreek met de cliënt het doel van het consult.
- Doe eventueel noodzakelijk onderzoek.
- Leg uw bevindingen en de consequenties daarvan uit aan de cliënt.
- Vraag of de cliënt nog vragen heeft en beëindig het consult.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Schrijf uw bevindingen bij de medische gegevens in het cliëntdossier.
- Vraag zo nodig aanvullend onderzoek aan.
- Maak zo nodig nieuwe afspraken betreffende de observaties door de verpleegkundigen/ groepswerkers.
- Noteer wijzigingen in de medicatie op de medicatiekaart.
- Maak een schriftelijke overdracht naar de staf op het daartoe bestemde formulier. Geef indien nodig, een mondelinge toelichting op uw bevindingen (bijvoorbeeld bij dringende of gecompliceerde acties).

Voorbereiding en afhandeling van het medisch consult (verpleegkundige)

DOELEN

- Monitoring door de arts van de medische situatie van de cliënt (op initiatief arts of verpleging).
- Bespreken van de uitslagen van verrichtte onderzoeken (op initiatief arts).
- Consult op verzoek van de cliënt.
- Eventueel bijstellen van het medisch beleid.

UITVOERENDE

Verpleegkundige

MATERIALEN

- Cliëntdossier
- Medicatiekaart

DUUR

15 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Dagelijks rond het spreekuur van de arts

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

VOOR CONSULT

- Inventariseer welke cliënten zich willen opgeven voor een consult.
- Inventariseer welke cliënten door de arts of de verpleegkundige worden uitgenodigd.
- Maak voor elke cliënt een afspraak.
- Stel de cliënt op de hoogte van de tijd en de plaats waar(op) hij verwacht wordt.
- Schrijf wanneer er een vraag van de verpleging aan de arts is deze op de consultaanvraag aan de arts.
- Leg het cliëntdossier en de medicatiekaart klaar voor de arts.

NA CONSULT

- Zet eventueel nieuwe medicatie uit.

Monitoring: observatie en verpleegkundige controle

A. OBSERVATIE

Er worden twee observatiegebieden onderscheiden:

1. Algemeen functioneren
 - inname voedsel en vocht
 - dag- en nachtritme
 - hygiëne en verzorging
 - communicatie
 - afspraken nakomen
 - houding

2. Toestandsbeeld
 - woede en boosheid
 - angst
 - somberheid
 - waarneming en realiteitsbesef
 - gedachten

DOELEN

- Diagnostiek op basis van systematische registratie van gedrag.
- Eenduidig beleid hanteren.

UITVOERENDE

- Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Observatieblad

DUUR

Gehele dienst

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

- 24 uur per dag

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

OBSERVEREN

- Verblijf gedurende de dienst zoveel mogelijk in de gezamenlijke ruimte. Overleg met collega's zodat ten minste één groepswerker op de groep aanwezig is.
- Observeer het gedrag van de verschillende cliënten wat betreft alle observatiecategoriën.

REGISTREREN

- Vul de eigen initialen op een observatieblad in en de cliëntnaam, de datum en de opnamedag.
- Geef per observatiecategorië aan in welke mate het gedrag van de cliënt problemen heeft gegeven.
- Geef per observatiecategorië een korte toelichting waarin het gedrag en indien van toepassing de acties van de groepswerker, worden beschreven.
- Beschrijf het gedrag dat is geobserveerd, hoe frequent dit is waargenomen en hoe het verloop gedurende de dienst is geweest.
- Beoordeel of het wenselijk is om het gedrag met de cliënt te bespreken. Maak bij bespreking van het gedrag de keuze om dit ter plaatse te doen, de cliënt apart te nemen of een individueel gesprek met de cliënt te voeren.

Voorbeeld van een observatieblad voor de eerste categorie

Problemen met:	Geen						Veel						Toelichting per dienst:	paraaf
Inname voedsel en vocht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	V.	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L.	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	N.	

Indien wenselijk

GEDRAG BESPREKEN MET DE CLIENT

- Kies een geschikt moment om de cliënt aan te spreken. Ga na of het gedrag eerder is geobserveerd en overleg eventueel met collega's.
- Geef de cliënt een objectieve beschrijving van het geobserveerde gedrag en vermijd hierbij een bestraffende houding. Herinner zo nodig aan de regels die bij het opnamegesprek zijn genoemd. Houd de periode tussen de observatie en deze bespreking beperkt.
- Vraag zo nodig of er specifieke aanleidingen waren voor het gedrag.

Voorbeeld

De cliënt had bij binnenkomst slaappillen bij zich en deze zijn ingeleverd. In overleg met de arts is besloten dat zij tijdens de opname geen slaappillen krijgt. De cliënt verwijt de groepsleiding dat zij niet goed heeft geslapen en is meerdere malen teruggekomen op het feit dat haar slaappillen in beslag zijn genomen. De cliënt verheft haar stem, uit verwijten en scheldt op de groepsleiding.

"U heeft nu verschillende keren genoemd dat u het niet eens bent met de beslissing. Ik merk dat u hier boos over bent. Ik denk dat het goed is als we hier nog eens over praten. Ik wil u graag uitleggen waarom deze beslissing is genomen, maar zolang u blijft schreeuwen, kan ik geen gesprek met u voeren.

Denkt u dat we er nu rustig over kunnen spreken of zullen we later een gesprek hebben? U kunt dan eerst even tot rust komen, bijvoorbeeld op uw kamer of op de gang."

TIP

- Spreek rustig en duidelijk.
- Geef aan dat de cliënt ongewenst gedrag (schreeuwen, schelden enz.) moet stoppen.
- Geef de cliënt de gelegenheid om rustig te worden en help hem/haar daarbij.
- Geef de cliënt de keuze tussen een beperkt aantal gewenste gedragingen.

AFSPRAKEN MAKEN

- Maak duidelijke afspraken met de cliënt wanneer het gedrag herhaaldelijk wordt geobserveerd.
- Beoordeel of het wenselijk is om een individueel gesprek met de cliënt te voeren.
- Overleg eventueel met collega's, arts en/of leidinggevende.
- Stel collega's op de hoogte van de gemaakte afspraken en noteer dit in het dossier.

Voorbeeld

De cliënt verblijft sinds drie dagen op de crisisafdeling. De cliënt neemt 's ochtends plaats in de huiskamer zonder zich te douchen en aan te kleden. Op de tweede dag heeft de groepsleiding hem hier terloops op gewezen en is hij alsnog gaan douchen. Op de derde dag zit hij 's ochtends in zijn nachtkleding met twee andere cliënten in de huiskamer. De verpleegkundige/groepswerker vraagt of de cliënt even wil meelopen naar het groepswerkkantoor.

"Bij de opname is u verteld dat iedereen zich voor het ontbijt zelfstandig doucht en aankleedt. Er is gisteren ook gevraagd of u zich wilde gaan douchen. Is er een bepaalde reden dat u dit niet doet? U vertelt dat u 's ochtends niet zo helder denkt en dat u dan vergeet om te douchen. Wij willen u graag helpen om zelfstandig op te staan. Ik zou nu graag met u willen afspreken dat u zich in het vervolg, direct nadat wij u hebben gewekt, zelfstandig doucht en aankleedt. Bent u bereid om dit te doen? Als u nog vragen heeft over de huisregels in het cliëntenboek, dan kunt u deze aan ons stellen."

BELEID MAKEN

- Maak indien specifiek beleid gewenst is, een duidelijke notitie over de betreffende cliënt die in de eerstvolgende casuïstiekbespreking kan worden ingebracht.

B. VERPLEEGKUNDIGE CONTROLES

1. De arts stelt per cliënt de aard en de frequentie van de verpleegkundige controles vast. Verschillende controles zijn hierbij mogelijk:
 - Temperatuur
 - Polsfrequentie

- Bloeddruk
- Bloedsuiker
- BAC-waarde
- Urinecontrole

DOELEN

- Systematische registratie ten behoeve van de medische begeleiding.

UITVOERENDE

Verpleegkundige

MATERIALEN

- Verpleegkundig registratieformulier

DUUR

Enkele minuten (afhankelijk van het benodigde aantal controles)

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Door de arts per cliënt te bepalen

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

VERPLEEGKUNDIGE CONTROLES

- Vraag de cliënt of deze lichamelijke klachten heeft.
- Vertel de cliënt welke verpleegkundige controles door de arts zijn voorgeschreven.
- Voer de verpleegkundige controles uit.
- Vertel de cliënt welke waarden zijn gemeten en informeer de cliënt over de bijbehorende consequenties voor zijn/haar medicatie.

REGISTRATIE

- Controleer of het verpleegkundig registratieformulier volledig is ingevuld (naam en geboortedatum van de cliënt).
- Noteer de datum, de tijd en de eigen initialen op het verpleegkundig registratieformulier.
- Noteer de waarden van de controles.
- Maak een notitie van medische bijzonderheden op het verpleegkundig registratieformulier.
- Beoordeel of het wenselijk is de verpleegkundige controles met de cliënt te bespreken of een medisch consult aan te vragen.

Indien wenselijk:

MEDISCHE CONDITIE BESPREKEN MET DE CLIENT

- Kies een geschikt moment om de medische conditie van de cliënt te bespreken.
- Geef de cliënt een objectieve beschrijving van de medische conditie. Houd de periode tussen de observatie en deze bespreking beperkt.
- Geef de cliënt de gelegenheid om vragen te stellen.

AFSPRAKEN MAKEN

- Overleg eventueel met collega's, arts en/of leidinggevende.
- Maak duidelijke afspraken met de cliënt.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Noteer gemaakte afspraken op het observatieblad en stel zo nodig collega's op de hoogte.
- Maak indien specifiek beleid gewenst is, een duidelijke notitie over de betreffende cliënt, die in de eerstvolgende casuïstiekbespreking kan worden ingebracht.

Richtlijnen voor observatie

ALGEMEEN FUNCTIONEREN

1. Inname voedsel en vocht

Geef aan of de cliënt tijdens de maaltijden voldoende, regelmatig en gecontroleerd voedsel en vocht inneemt.

Voorbeeld: "Cliënt drinkt weinig (2-3 glazen per dag). Hij is hieraan herinnerd."

2. Dag- en nachtritme

Beschrijf het patroon van de cliënt wat betreft inslapen, doorslapen en ontwaken. Beschrijf de activiteiten van de cliënt in de nacht en gedurende de dag.

- *Voorbeeld:* "Cliënt sliep bij wekronde en was gemakkelijk te wekken. De cliënt loopt overdag veel rond over de afdeling en is onrustig."

3. Hygiëne en verzorging

Geef aan hoe de cliënt zichzelf verzorgt wat betreft douchen en wassen, aankleden en uiterlijke verzorging.

- *Voorbeeld:* "Cliënt heeft zich zelfstandig gedoucht en gekleed."

4. Communicatie

Beschrijf hoe de cliënt communiceert met de omgeving. Beschrijf de mate waarin de cliënt in verschillende situaties het woord voert. Geef aan of de cliënt initiatief neemt tot interactie met zijn/haar omgeving en beschrijf hoe hij/zij dit doet.

- *Voorbeeld:* "Cliënt zoekt weinig contact met medecliënten en groepsleiding; zij vermijdt oogcontact en vragen. Cliënt blijft in nabijheid van groepsleiding."

5. Afspraken nakomen

Beschrijf hoe de cliënt omgaat met afdelingsregels en individuele afspraken. Geef aan of de cliënt afspraken nakomt en hoe frequent de cliënt hieraan herinnerd moet worden. Beschrijf of de cliënt de regels openlijk of verdekt overtreedt.

- *Voorbeeld:* "Cliënt is op tijd voor maaltijden en afspraken. Hij is herinnerd aan zijn corveetaak en weigerde in eerste instantie zijn medicatie. Hij wilde niet vertellen waarom en heeft vervolgens de medicatie ingenomen."

6. Houding

Noteer in hoeverre de cliënt initiatief en bereidwilligheid toont op de afdeling. Beschrijf hoe de cliënt betrokken is bij gebeurtenissen en bijeenkomsten op de afdeling. Geef aan wat voor de cliënt de voornaamste objecten van aandacht zijn (zelf, anderen, groepsleiding) en of er sprake is van verzet.

- *Voorbeeld:* "Cliënt let nauwkeurig op het gedrag van medecliënten; hij vertelde dat anderen meer eten en langer mogen bellen. Er is benadrukt dat de regels voor iedereen gelijk zijn."

TOESTANDSBEELD

7. Woede en boosheid

Beschrijf of de cliënt boosheid en/of ongenoegen ervaart en welke gedragingen en uitspraken hierop wijzen. Geef aan of sprake is van agressief gedrag jegens zichzelf, anderen of objecten. Wanneer sprake is van een agressief incident (zelfbeschadiging, suicidaliteit, bedreiging of beschadiging van anderen of objecten) dient het incidentenblad ingevuld te worden.

- *Voorbeeld:* "De cliënt toonde geladen, sprak luid en maakt lawaai bij de dingen die hij deed. Hij reageerde fel op een medecliënt tijdens de maaltijd, was daarna rustig en keek met medecliënten naar de televisie. Er was geen directe aanleiding aan te wijzen."

8. Angst

Geef aan of de cliënt angsten ervaart en waar deze angsten op gericht zijn. Beschrijf of de cliënt in staat is zich te ontspannen en noteer opmerkingen die wijzen op het bestaan van angsten.

- *Voorbeeld:* "Cliënt is gespannen en onrustig. Hij stelt veelvuldig vragen over zijn medische toestand en is na beantwoording van de vraag korte tijd rustig. Er is een doktersconsult gepland (zie afspraken)."

9 Somberheid

Beschrijf de stemming van de cliënt.

- *Voorbeeld:* "Cliënt spreekt weinig en neemt geen initiatief. Hij reageerde nauwelijks op de omgeving. In het individuele gesprek gaf hij aan lusteloos te zijn. Hij zal aan vaste onderdelen meedoen (zie afspraken)."

10. Waarneming en realiteitsbesef

Beschrijf of de cliënt dingen ziet, hoort of voelt die niet met de werkelijkheid overeenkomen.

- *Voorbeeld:* "Cliënt vertelt dat zij stemmen hoort die haar vertellen dat ze zwak is en dat zij de afdeling beter kan verlaten. Er is een psychiatrisch consult geweest (zie afspraken)."

11. Gedachten

Beschrijf de inhoud en vorm van gedachten die de cliënt benoemt. Geef aan wanneer gedachten suïcidaal, verward, gepreoccupeerd of negatief zijn.

- *Voorbeeld:* "Cliënt sprak in wisselend tempo en maakte ongestructureerde zinnen. Na 20 minuten werden zijn gedachten minder verward en sprak hij vooral over zijn wens om naar zijn geboorteland te gaan. De arts is geraadpleegd en de medicatie is gewijzigd."

Notities

1. Afspraken

Noteer de afspraken die gedurende de dag, in individuele gesprekken, en artsconsulten zijn gemaakt.

- *Voorbeeld:* "Cliënt zal tijdens groepsbijeenkomsten niet door anderen heen praten. Indien nodig zal de groepsleiding hem hieraan herinneren."

2. Beleid

Geef aan welke besluiten in de casuïstiekbespreking zijn genomen wat betreft de verzoeken van de cliënt en het beleid voor begeleiding en vervolg.

- *Voorbeeld:* "Weigering van vaste onderdelen individueel bespreken, discussie vermijden."

3. Consult en individueel gesprek

Maak een notitie wanneer een consult of een individueel gesprek is aangevraagd. Geef kort de inhoud weer wanneer het consult of het individuele gesprek heeft plaatsgevonden.

- *Voorbeeld:* "Individueel gesprek: Cliënt was nog boos omdat hij geen bezoek kan ontvangen. Onderbrak vaak uitleg, werd snel rustig."

4. Gepland individueel gesprek of programmaonderdeel (indien van toepassing)

Maak een korte notitie over individuele gesprekken met de cliënt.

- *Voorbeeld:* "Voortgangsgesprek: Cliënt is drie weken geleden ontslagen en ziet dit als aanleiding voor de opname. Zijn gebruik is sindsdien sterk toegenomen en lichamelijk is hij verzwakt. Hij verwacht tijdens de opname aan te sterken en te stoppen met drinken."

Voortgangsgesprek

DOELEN

- De voortgang van de opname en de observaties bespreken (tussen-evaluatie van het verblijf).
- Cliënt motiveren tot deelname aan diagnostiek.
- Bespreken van de wensen en verwachtingen van de cliënt ten aanzien van het vervolgtraject.
- Bespreken van het systeem en de problemen indien dit nog niet gebeurd is tijdens het opnamegesprek.

UITVOERENDE

Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Cliëntdossier

DUUR

30 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Gedurende de tweede opnamedag

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

INTRODUCTIE

- Geef een korte beschrijving van het doel en de opbouw van het gesprek.

Voorbeeld

“ In dit gesprek wil ik graag met u bespreken hoe u het verblijf op de afdeling tot nu toe ervaart. U kunt bijvoorbeeld aangeven hoe u zich voelt of welke wensen u ten aanzien van de resterende dagen heeft. Wanneer we het verblijf hebben besproken, kunt u aangeven wat u na afloop van de opname zou willen doen. Misschien heeft u hier al over nagedacht en anders kunnen we hier eens naar kijken. Mocht u wensen hebben die voorbereid moeten worden, dan zouden wij u hier alvast bij kunnen helpen.

AANLEIDING VOOR OPNAME BESPREKEN

- Bespreek met de cliënt wat de aanleiding is geweest voor de opname en de situatie waarin de cliënt zich voor de opname bevond.
- Geef de kern van het verhaal weer en vraag of dit juist is.

TIP

- Luister rustig naar het verhaal van de cliënt en houd de bespreking beperkt in tijd.
- Ga niet in discussie over de punten die de cliënt als aanleiding voor de opname noemt.

BESPREKEN VAN HET VERBLIJF OP DE AFDELING

- Herinner de cliënt aan de huisregels die in het opnamegesprek zijn besproken en vraag of hier nog onduidelijkheden over bestaan.
- Vraag hoe de cliënt zich voelt en hoe hij/zij het verblijf op de afdeling ervaart.
- Geef een neutrale beschrijving van de observaties die tijdens het verblijf zijn gemaakt en vraag naar een korte reactie.
- Vraag op welke punten de cliënt ervaart dat hij/zij gedurende de opname vorderingen heeft gemaakt. Geef zo nodig een aanvulling en bekrachtig de vorderingen.
- Vraag naar de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de resterende opnamedagen en bekrachtig reële verwachtingen.
- Vraag de cliënt naar zijn/haar relatie met het systeem. Bemoedig initiatieven om contact met (niet-gebruikende) systeemleden te leggen of te onderhouden en bied de mogelijkheid om een systeemgesprek aan te vragen.
- Geef indien een systeemgesprek gewenst is aan, dat in de eerstvolgende casuïstiekbespreking bepaald zal worden wanneer dit gesprek plaats kan vinden.
- Vraag de cliënt of er problemen zijn die directe hulp vereisen, zoals schulden en huisvesting.
- Geef indien er problemen zijn waarbij directe hulp geboden is aan, dat in de eerstvolgende casuïstiekbespreking bepaald zal worden welke activiteiten er zullen worden ondernomen.

BESPREKEN VAN HET VERVOLGTRAJECT

- Bespreek de wensen en verwachtingen ten aanzien van het vervolgtraject en noteer deze op het observatieformulier.

- Geef aan dat deze wensen in de eerstvolgende casuïstiekbespreking worden ingebracht en worden overgedragen aan de diagnostieksectie.
- Benadruk het belang van de diagnostische gesprekken en vraag expliciet naar de bereidheid van de cliënt om hieraan mee te werken.

Voorbeeld

“ U heeft nu aangegeven dat u in de komende dagen verder tot rust wilt komen en dat u alles op een rijtje wilt zetten. Om u tijdens uw verblijf op de afdeling goed te kunnen begeleiden is het belangrijk dat wij zicht krijgen op de situatie waar u zich in bevindt en de problemen die hierbij spelen. Wij vormen een beeld door u elke dag te zien en met u te spreken, maar er zijn ook aparte (diagnostische) gesprekken. Deze gesprekken worden gevoerd door mensen die hier veel ervaring mee hebben en ook kunnen aangeven welke mogelijkheden er na de opname voor u zijn. Als u daar behoefte aan heeft, kunt u naar aanleiding van deze gesprekken nog nader met ons bespreken hoe wij u tijdens het verblijf kunnen ondersteunen. U heeft zelf al een goed begin gemaakt door te denken over de periode na de opname. Het is belangrijk dat u zelf aangeeft hoe uw situatie er uitziet en wat u daar aan zou willen veranderen. Bent u bereid om aan deze diagnostische gesprekken mee te werken?”

TIP

Stel open vragen en spoor de cliënt aan om zelf te vertellen over zijn ervaringen en wensen.

AFSLUITING

- Herhaal wanneer de diagnostische gesprekken (en indien van toepassing het systeemgesprek) plaats zullen vinden.
- Geef de cliënt de gelegenheid om vragen te stellen en rond het gesprek af.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Noteer bijzonderheden en/of gemaakte afspraken in het cliëntdossier.
- Geef in het cliëntdossier aan of de cliënt de mogelijkheid is geboden om een systeemgesprek aan te vragen.

Individueel gesprek

DOELEN

- Crisisbegeleiding.
- Mogelijkheid om niet-voorzien onderwerpen en/of problemen te bespreken.
- Mogelijkheid voor de cliënt om individuele behoeften te bespreken.
- Terugkoppelen van besluiten ten aanzien van verzoeken en beleid.

UITVOERENDE

Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Dossier

DUUR

15-30 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Gedurende de dag (optioneel)

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

INTRODUCTIE

- Geef een korte beschrijving van het doel en de opbouw van het gesprek.

Voorbeeld

Een cliënt is drie dagen opgenomen en is sinds een dag zeer zwijzaam. Hij onttrekt zich aan de groep en blijft tijdens het ontbijt op zijn/haar kamer. Cliënt vertelde dat hij zich niet goed voelde en stemde in met het voorstel om hier in een individueel gesprek over te praten.

“ In dit gesprek zullen wij eens rustig met elkaar bespreken hoe het met u gaat. Het kan vaak opluchten om te praten over onderwerpen waar je mee zit. Daarnaast zouden naar aanleiding van dit gesprek afspraken gemaakt kunnen worden om de situatie voor u te verbeteren. Als het nodig is, kunnen we een vervolgesprek plannen. Ik zal soms een paar dingen van het gesprek opschrijven, zodat de andere groepswerkers ook weten hoe het met u gaat.”

ONDERWERP BEPALEN

- Vraag de cliënt wat deze wil bespreken of breng zelf het onderwerp in.
- Maak een inschatting of het genoemde onderwerp binnen het gestelde tijdsbestek besproken kan worden.
- Kies indien nodig, het onderwerp met de hoogste prioriteit of maak een afspraak voor een vervolgesprek. Benoem duidelijk de keuze van het onderwerp.

TIP

- De cliënt kan aangeven liever met een man of vrouw te spreken of de voorkeur voor een bepaalde groepswerker uitspreken. Vermijd echter exclusieve contacten tussen een cliënt en een groepswerker.
- Hanteer de technieken voor motiverende gespreksvoering.

ONDERWERP BESPREKEN

- Geef indien van toepassing op het onderwerp, een neutrale beschrijving van de observaties die tijdens het verblijf zijn gemaakt en vraag naar een korte reactie.
- Vraag de cliënt om zijn/haar inbreng wat betreft het oplossen van de problemen en de manier waarop de leiding hierbij kan ondersteunen.

Voorbeeld

"Als we de afgelopen dagen bekijken, dan hebben we gezien dat u de eerste twee dagen overdag op de groep verbleef. U was aanwezig bij alle maaltijden en sprak regelmatig met de medecliënten. Sinds gisteren is ons opgevallen dat u wat stiller bent en weinig contact heeft met medecliënten. Vanmorgen bent u tijdens het ontbijt op uw kamer gebleven. Kunt u aangeven of u deze verandering in uw gedrag herkent en of hier misschien een bepaalde reden voor is."

"U vertelt dat u de groep sinds de komst van een aantal medecliënten erg druk vindt. Ik begrijp dat er op dit moment veel zaken zijn die u bezig houden en dat u niet constant op de groep wilt zijn. Ik denk dat het niet verstandig is wanneer u zich op dit moment afsluit van de medecliënten en de groepsleiding. De groepsleiding moet in staat zijn om te volgen hoe het met u gaat. Verder is het belangrijk om in moeilijke situaties een vaste dagindeling te volgen en zich niet geheel af te zonderen. Heeft u zelf ideeën over hoe we ervoor kunnen zorgen dat u de mogelijkheid heeft om zich terug te trekken, maar u ook contact met de groep houdt?"

AFSPRAKEN MAKEN

- Maak duidelijke afspraken en vraag expliciet naar de bereidheid van de cliënt om deze afspraken na te komen.

Voorbeeld

"U heeft uw behoeften aangegeven en goede ideeën aangedragen om de situatie voor uzelf te verbeteren. Ik hoop dat we een aantal afspraken kunnen maken die u helpen tijdens het verblijf op de afdeling. U geeft aan dat u vooral 's ochtends en later op de avond behoefte heeft om even alleen te zijn. Ik wil graag met u afspreken dat u bij alle maaltijden en groepsbijeenkomsten aanwezig bent. Kunt u aangeven hoe lang u zich per dag zou willen terugtrekken? U geeft aan dat het voor u voldoende is om per dag twee keer een half uur naar uw kamer te gaan. Wat zouden we kunnen afspreken om ervoor te zorgen dat u niet langer dan de afgesproken tijd op uw kamer blijft?"

Laten we afspreken dat u bij de groepsleiding meldt wanneer u naar uw kamer gaat en dat u binnen een half uur zelfstandig terugkeert naar de groep. Wanneer u langer op uw kamer blijft, wordt u door de groepsleiding gehaald. Denkt u dat deze afspraken haalbaar zijn en gaat u hiermee akkoord?"

TIP

Stimuleer de cliënt om zelfstandig ideeën aan te dragen die bij de wensen van de cliënt aansluiten en die haalbaar zijn.

AFSLUITING

- Geef de cliënt de gelegenheid om vragen te stellen.
- Rond het gesprek af.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Noteer bijzonderheden en/of gemaakte afspraken in het cliëntdossier.

10-minutengesprek bij medicijnontwenning

DOELEN

- Herkennen, bespreken en monitoren van ontwenningklachten bij afbouw van benzodiazepines.
- Voorlichting en structuur bieden aan de cliënt.

UITVOERENDE

Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Cliëntdossier

DUUR

10 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Op indicatie van de arts: een- tot tweemaal daags in de ochtend en de avond.

Start: op indicatie bij aanvang van de ontwenning of bij aanvang van de afbouw.

Stop: bij afname van de klachten of bij beëindiging van de crisisoname.

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

INTRODUCTIE

- Leg het doel van het gesprek uit aan de cliënt.

Voorbeeld

“ In dit gesprek wil ik graag samen met u kijken hoe het gaat met de ontwenning van de kalmerende middelen. We weten dat deze ontwenning vaak andere verschijnselen met zich meebrengt dan een ontwenning van alcohol of drugs. Het kan zijn dat u zich daardoor wat eenzaam voelt binnen de groep. De klachten van een medicijnontwenning zijn vaak aan de buitenkant niet goed zichtbaar en daarom is het belangrijk dat u ons goed op de hoogte houdt over hoe het met u gaat.

Weet u iets over de verschijnselen die te verwachten zijn bij een ontwenning van kalmerende middelen?”

BESPREKEN VAN DE KLACHTEN

- Nodig de cliënt uit zijn eigen klachten te beschrijven.
- Vraag in het ochtendgesprek altijd hoe de cliënt geslapen heeft.

TIP

- Houd het gesprek in het hier en nu.
- Ga niet in op andere problemen dan de ontwenning en beperk het gesprek in duur tot de 10 minuten die hiervoor zijn gereserveerd.

- Leg uit welke klachten bij ontwenning kunnen horen. Benadruk dat deze verschijnselen 'normaal' zijn en vanzelf weer overgaan.
- Observeer of er objectieve ontwenning zichtbaar is (bijvoorbeeld spiertrekkingen of prikkelbaarheid).
- Geef zo nodig wat simpele adviezen.

TIP

U kunt de volgende adviezen geven:

- Terugtrekken in een prikkelarme omgeving.
- Een warme douche nemen.
- Ademhalings- of ontspanningsoefeningen doen.

AFSLUITING

- Prijs de cliënt voor zijn doorzettingsvermogen en/of maak duidelijk dat bekend is dat het een hele klus is. Benadruk nogmaals dat hij/zij op de voet gevolgd zal worden ter ondersteuning van dit proces.
- Herinner de cliënt aan de eerstvolgende afspraak en rond het gesprek af.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Rapporteer bijzonderheden in het cliëntdossier.
- Overleg bij ernstige ontwenning en aanhoudende slapeloosheid (langer dan drie nachten) met de arts.

Afrondingsgesprek (verpleegkundige/ groepswerker)

DOELEN

- Evalueren van het verblijf.
- Motiveren voor het vervolgtraject.

UITVOERENDE

Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Cliëntdossier

DUUR:

20 - 30 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Dag voor het ontslag

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

EVALUEREN VAN VERBLIJF

- Geef kort aan wat in dit gesprek besproken zal worden.
- Vraag hoe de cliënt het verblijf op de afdeling heeft ervaren.
- Bespreek met de cliënt de observaties die tijdens het verblijf zijn gemaakt en bekrachtig de vorderingen die de cliënt heeft gemaakt.

BESPREKEN VAN HET VERVOLGTRAJECT

- Bespreek kort het vervolgtraject met de cliënt en vraag of er onduidelijkheden zijn.
- Laat de cliënt ter bevordering van de motivatie benoemen wat het traject hem/haar kan opleveren en ondersteun de cliënt daarbij.
- Geef aan wanneer het medisch ontslaggesprek en het ontslag gepland is.

AFSLUITING

- Geef de cliënt de gelegenheid om vragen te stellen.
- Rond het gesprek af.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Noteer bijzonderheden en/of gemaakte afspraken in het cliëntdossier.

Medisch ontslaggesprek (verslavingsarts/ psychiater)

DOELEN

- Medische afronding van de crisisopname.
- Afspraken maken met betrekking tot de medicatie en/of de vervolcontacten.
- Urgente gegevens naar de verwijzer terugkoppelen.

UITVOERENDE

Arts/psychiater

MATERIALEN

- Cliëntdossier
- Medicatiekaart
- Receptpapier
- Verwijsformulier en/of ontslagbrief

DUUR:

15 - 20 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Dag van het ontslag (ochtend of middag)

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

VERPLEEGKUNDIGE CONTROLES BESPREKEN

- Evalueer ontweningsverschijnselen (indien dit niet eerder al gebeurd is).
- Bespreek (bloed)uitslagen welke nog niet bekend zijn bij de cliënt.

VERVOLGBEHANDELING BESPREKEN

- Informeer naar de plannen van de cliënt voor vervolgbehandeling.
- Informeer naar de behoefte aan ondersteunende medicatie tijdens het vervolgtraject. Geef uitleg over de werking en bijwerkingen van de medicatie. Motiveer zo nodig bij twijfel.
- Motiveer zo nodig tot inname van medicatie en inventariseer de mogelijkheden voor inname van verslavingsmedicatie onder toezicht.
- Schrijf een recept of een medicatiekaart en zorg indien van toepassing, dat de cliënt een bijsluiter van de nieuw te gebruiken verslavingsmedicatie krijgt.

- Vertel de cliënt bij interne verwijzing wie de behandelend arts zal zijn en maak eventueel een afspraak.
- Geef bij externe verwijzing uitleg over het verloop. Schrijf in geval van urgentie (bijvoorbeeld ernstige leverfunctiestoornissen of belangrijke wijzigingen in de medicatie) een voorlopige ontslagbrief die u meegEEft aan de cliënt.

AFSLUITING

- Geef de cliënt de gelegenheid om vragen te stellen.
- Rond het gesprek af.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Vul de ontslagbrief aan indien er wijzigingen of aanvullingen zijn.
- Onderteken de ontslagbrief en berg deze op in het cliëntdossier.
- Laat binnen 24 uur (uiterlijk 72 uur) een kopie van de ontslagbrief naar de verwijzer en/of het reguliere zorgkader versturen.

Ontslag

DOELEN

Afhandelen van de ontslagprocedure.

UITVOERENDE

Verpleegkundige/groepswerker

MATERIALEN

- Cliëntdossier
- Ontslagformulieren
- Formulier voor de ingenomen bezittingen

DUUR

15 minuten

PLAATS IN HET DAGPROGRAMMA

Overdag op de dag van het ontslag (ook bij vroegtijdig ontslag bij voorkeur niet 's nachts)

INHOUDELIJKE BESCHRIJVING

- Controleer of de kamer leeg en opgeruimd is achtergelaten.
- Geef tot slot persoonlijke eigendommen en in bewaring genomen medicijnen terug aan de cliënt. Laat de cliënt tekenen voor ontvangst van de eigendommen. Indien de cliënt niet al zijn bezittingen kan meenemen, noteer dan de datum en tijd waarop deze worden opgehaald en wat er gebeurt als deze dan niet worden opgehaald.
- Begeleid de cliënt naar de uitgang.

ADMINISTRATIEVE AFHANDELING

- Voeg de formulieren toe aan het cliëntdossier en controleer of het cliëntdossier volledig is.
- Stuur de ontslagbrief naar de verwijzer.

Literatuurstudie

Inleiding

Het doel van deze studie is het beoordelen van wetenschappelijk materiaal over crisis en crisisinterventie bij verslaafden, dat als basis kan dienen voor het herformuleren van procedures voor crisisinterventie in behandelcentra voor verslaafden. Er zullen bewijzen worden aangevoerd en suggesties voor richtlijnen worden gedaan.

Dit zijn de vragen die moeten worden beantwoord:

1. Wat wordt verstaan onder crisis en crisisinterventie bij verslaafden?
2. Wat zijn effectieve methoden van crisisinterventie bij verslaafden?
3. Welke richtlijnen kunnen aan de hand van de literatuur worden vastgesteld voor goede klinische handelwijzen bij crisisinterventie?

Omdat detoxificatie van alcohol en drugs in een afzonderlijk literatuuronderzoek zal worden behandeld, besteden wij aan dit onderwerp hier weinig aandacht. Voor de beantwoording van de eerste en derde vraag maken we gebruik van een selectie boeken over verslavingsvormen die in de bijlage worden besproken. Om de tweede vraag te beantwoorden, wordt in dit deel de beschikbare empirische literatuur systematisch besproken.

WAT IS EEN CRISIS EN WAT ZIJN DE KENMERKEN ERVAN?

DEFINITIE VAN EEN CRISIS

Het begrip crisis wordt op vele verschillende manieren gedefinieerd. Wij geven de voorkeur aan de definitie van Slaiku (1990, in Dattilio & Freedman, 1994, pag. 2) vanwege het synthetische karakter: 'een tijdelijke toestand van verwarring en desorganisatie, die voornamelijk wordt gekenmerkt door de gebruikelijke wijze van coping en probleemoplossing van het individu en door een potentieel uiterst positieve of uiterst negatieve uitkomst'. Deze definitie bevat de belangrijkste elementen van een crisis: tijdelijkheid, staat van verwarring, nieuwe methoden van probleemoplossing enzovoort. Behalve met deze elementen wordt ook rekening gehouden met de mogelijkheid van een positieve uitkomst van een crisis, zoals het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedragingen door zowel gezonde als psychiatrische patiënten. Bovendien herbergt deze definitie zowel de 'klassieke'

Samenvatting

Dit literatuuronderzoek op het terrein van crisis en crisisinterventie bij verslaafden is uitgevoerd met de bedoeling de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden: Welke soorten crisis zijn kenmerkend voor verslavingsvormen? Welke methoden van crisisinterventie zijn rendabel? Welke protocollen zijn beschikbaar en bruikbaar? Wat zijn de doelstellingen en indicatoren om de oogmerken van crisisinterventie te realiseren? Een secundaire doelstelling van het onderzoek was het verzamelen van regels of richtlijnen voor crisisinterventie die kunnen worden meegewogen bij de ontwikkeling van protocollen. Het ontbreken van goed opgezette studies maakt het moeilijk om op deze vragen definitieve antwoorden te geven. Desondanks kunnen sommige van de algemene handboeken voor crisisinterventie worden gebruikt als richtlijn bij het ontwikkelen van protocollen en bij het formuleren van doelstellingen en uitgangspunten voor crisisinterventie.

benadering van een crisis als een mogelijkwijs gezonde reactie op een indrukwekkende gebeurtenis in het leven van een verder gezond individu, als de reactie op min of meer stressvolle gebeurtenissen in het leven van mensen die al in de war of gestoord zijn. Het begrip crisis heeft een bijzondere betekenis voor mensen met psychiatrische aandoeningen, waaronder alcohol- of drugsverslaving. Deze mensen beschikken wellicht in het algemeen over kwetsbare copingmechanismen, die het op momenten van excessieve stress (die kan worden veroorzaakt door overmatig alcohol- of drugsgebruik) begeven. De crisis kan zich manifesteren in de vorm van een delirium, ontwenningverschijnselen, een overdosis enzovoort. Zaken die zich moeilijk laten onderscheiden van een onderliggende verergering van de psychiatrische aandoening (Joy e.a. 1998). In dit verslag richten wij ons op andere aspecten van crisisinterventie dan detoxificatie en het omgaan met ontwenningverschijnselen, omdat deze onderwerpen in een afzonderlijk onderzoek worden behandeld.

Crisisinterventie biedt een kader voor het onmiddellijk en krachtadig omgaan met de acute reacties van een patiënt op overweldigende persoonlijke gebeurtenissen. De term wordt vaak gebruikt als synoniem voor een noodbehandeling. Ook verwijst de term naar een reeks voorzieningen, variërend van vrijwillige telefonische hulpverlening (zoals door de Britse organisatie *Samaritans*) tot conventionele psychiatrische noodopvang met kortdurende ziekenhuisopname. De methoden van crisisinterventie lopen uiteen van acute medische en psychiatrische hulp tot het aanleren van copingvaardigheden.

THEORETISCHE CRISISMODELLEN

Er zijn veel modellen ontworpen om te verklaren wat een crisis is en hoe een persoon deze blootstelling aan excessieve stress ervaart. De oorsprong van de crisistheorie ligt in het klassieke onderzoek van Lindeman naar verdrietreacties (1944). Voor Lindeman bestond een juiste interventie uit het helpen van het individu bij het aanduiden, begrijpen en beheersen van de specifieke psychologische taken die door de stresssituatie worden opgelegd. Ericksons psychologische ontwikkelingstheorie (1950) werd ook ontwikkeld als een "crisistheorie" waarbij ervan uit werd gegaan dat crises niet noodzakelijkerwijs negatieve ervaringen zijn die het individu beschadigen of vernietigen,

maar ook tot groei kunnen leiden. Deze groei kan een individu sterker maken of manieren verschaffen om met dingen om te gaan en zo helpen om op alle gebieden van het leven te slagen. Het ontbreken van oplossingen voor crises kan daarentegen juist leiden tot slechte copingmethoden. In Ericksons model wordt gesteld dat een individu in de loop van zijn of haar leven een aantal crises doormaakt. Afhankelijk van de aard van deze crises en de mate waarin zij (niet) worden opgelost, ontwikkelt het individu zich in een bepaalde richting. Rapoport (1962) merkt op dat een crisis weliswaar een emotionele reactie is op een actuele dreiging, maar zijn oorsprong kan hebben in of ten minste gedeeltelijk kan worden beïnvloed door, eerdere ervaringen van het individu met bedreigingen van elementaire behoeften.

Het crisismodel van Caplan – *emotionele zelfregulering - balans-onbalans*- (1964) is het meest bekende crisismodel. Het gaat ervan uit dat iedereen een emotioneel evenwicht heeft dat regelmatig wordt verstoord door bedreigingen. Meestal zijn dit kleine bedreigingen die een korte en dikwijls onmerkbaar verhoging van de spanning veroorzaken (fase 1), waardoor automatisch reacties in gang worden gezet die het probleem oplossen en het emotionele evenwicht herstellen. Maar als de bedreigingen groter zijn, werken de automatische reacties niet en neemt de spanning verder toe, die dan wordt ervaren als een ongemakkelijk of angstig gevoel (fase 2). Er worden nu bewuste pogingen ondernomen om het probleem op te lossen. Dit kunnen ongerichte, lukrake pogingen zijn. Een grote bedreiging die niet door de mechanismen in fase 2 is opgelost, leidt tot een verdere toename van de spanning, waardoor geheel nieuwe manieren van coping worden aangesproken (fase 3). De overtuigingen waar het individu zich aan vasthoudt, kunnen aan het wankelen worden gebracht, of het probleem moet opnieuw worden gedefinieerd waardoor het slechts ten dele wordt opgelost. Als het probleem voortduurt, doet zich een grote desorganisatie voor en begint de ontwikkeling van psychiatrische symptomen (fase 4). In dit model is een crisis een subjectieve ervaring, een reactie op omstandigheden, die niet naar de veroorzakers verwijst. Voor deze auteur bestaat de crisis uit de emotionele reactie en niet uit de bedreigende situatie zelf. (Zowel figuur 1 als de uitleg van het model zijn overgenomen uit Brown, Scott & Pullen (1990).)

Hoewel Caplan de noodzakelijke theoretische basis heeft gelegd waarop de meeste crisisinterventiemethoden vandaag de dag zijn gebaseerd, noemde Taplin het emotionele zelfreguleringsmodel simplistisch en "oppervlakkig" (zie Aguilera & Messick, 1986). Deze auteur vindt dat de crisistoestand moet worden beschouwd op basis van wat hij "cognitieve" voorwaarden noemt. De persoon die zich in een crisis bevindt, reageert niet op een voorspelbare manier op een bedreigende stimulans, maar wordt geconfronteerd met een tijdelijke onderbreking van de cognitieve processen, waaronder de capaciteit tot "denken, begrijpen, onthouden, situaties inschatten, op mensen reageren, besluiten nemen", enzovoort. Het succesvol oplossen van een crisis kan dan worden gezien als het herstel van deze processen tot het punt dat weer normaal kan worden gefunctioneerd te midden van gezonde mensen. Voor mensen met chronische psychische aandoeningen geldt als doel van de crisisinterventie het terugbrengen van de persoon op het niveau van vóór de crisis en het voorkomen van nieuwe crisisperiodes of acute verergering van de chronische aandoening.

KENMERKEN VAN CRISISINTERVENTIE

Joy e.a. (1998) wijzen erop dat de modellen voor crisisinterventie die worden gebruikt voor mensen met ernstige psychische afwijkingen meestal, maar niet altijd, een multidisciplinair team van gericht opgeleide hulpverleners vereisen. Deze teams zijn soms 24 uur per dag beschikbaar. Zij pleiten voor het onmiddellijk vaststellen van verergering van ernstige psychische afwijkingen gevolgd door een snelle, kortdurende en intensieve behandeling die in groepsverband wordt toegepast. Problemen worden onmiddellijk beoordeeld en benoemd, waarna een eerste implementatie van de behandeling volgt. Deze behandeling bestaat doorgaans uit een combinatie van medicatie, counseling of therapie, praktische hulp voor dagelijkse (leef-)vaardigheden en ondersteuning voor naaste familieleden. Als de crisis eenmaal is gestabiliseerd, begint een voorzichtige behandeling met andere zorgmodellen die meer zijn gericht op de chronische fasen van de psychiatrische stoornis. Doel van de modellen voor crisisinterventie die deze benadering volgen, is het voorkomen van: I. ziekenhuisopname; II. verdere verergering van de symptomen; en III. stress bij familieleden of anderen die bij de crisissituatie betrokken zijn (Thomas, 1970).

Er zijn verschillende intensieve crisisgerichte behandelingen ontwikkeld voor ernstig psychisch gestoorde in verschillende ambulante verbanden. Dit zijn programma's voor mobiele crisisteams, crisisafdelingen in ziekenhuizen, crisiscentra voor dagbehandeling en crisisbehandeling in een beschermde woonomgeving. Het aantal programma's voor crisisinterventie is enorm toegenomen. In landen als Australië en de Verenigde Staten is crisisinterventie nu de belangrijkste behandelmethode die in programma's voor geestelijke gezondheidszorg wordt toegepast (Weisman, 1989; Finch, 1991, in Joy, Adams & Rice, 1998).

Crisisinterventie op psychologisch niveau betekent dat hulp wordt geboden om:

- Communicatie mogelijk te maken.
- Erkenning en de juiste beoordeling van het probleem mogelijk te maken.
- Het uiten van gevoelens te vergemakkelijken.
- Het zelfvertrouwen te vergroten.
Hulp in te schakelen.
- Effectieve probleemoplossing te stimuleren.
- Kenmerken van de geestelijke gesteldheid te beoordelen:
 - zelfmoordgedachten (recente en vroegere pogingen, zelfmoord(pogingen) in de familie)
 - geweld (in welke mate vormt de persoon een bedreiging voor anderen?)
 - algemeen voorkomen en gedrag
 - stemming en houding
 - spraak- en denkprocessen
 - waarneming
 - oriëntatie
 - aandacht en concentratievermogen
 - geheugen
 - intellectueel functioneren in het algemeen
 - moorddadige gedachten

Crisisinterventie op sociaal niveau impliceert dat de clinicus op de hoogte is van de sociale behoeften en mogelijkheden van de patiënt. In dit verband omvat het begrip "sociaal" zowel economische, intermenselijke als culturele componenten (Brown, Scott & Pullen, 1990).

Naast ziekenhuisopname bevatten sociale interventies zoals die regelmatig door psychiatrische noodhulpdiensten worden uitgevoerd, de volgende elementen:

- Bevestigen van de rol van zieke door de cliënt tijdelijk te ontheffen van verplichtingen zoals werk.
- Inschakelen van de beschikbare hulp zoals familie, vrienden, arts, therapeut enzovoort.
- Inschakelen van familieleden om een meer positieve omgeving te scheppen.
- Regelen van tijdelijke huisvesting.
- Inschakelen van andere hulpbronnen (bijv. case management, sociale voorzieningen, hulpgroepen, juridische bijstand).

Op deze manier moet crisisinterventie aan de volgende eisen voldoen:

- Direct en met een beperkte tijdsduur.
- Multidisciplinair georiënteerd met specifiek op crises getraind personeel dat te allen tijde beschikbaar is.
- Beperkte doelstellingen (herstel van een evenwicht bij de cliënt).
- Niet alleen betrekking hebbend op het individu, maar ook op zijn of haar familie.
- Hoop en verwachtingen van de patiënt in kaart brengen.
- Ondersteunend.
- Gericht op het oplossen van problemen.
- Stimuleren van zelfredzaamheid, niet van afhankelijkheid.
- Benaderen van het individu als iemand met problemen en niet met een ziekte.

Enkele kenmerken van crisissituaties die zowel aan acuut als aan chronisch alcohol- en/of drugsgebruik zijn gerelateerd, worden besproken in de volgende paragrafen. Deze zijn gebaseerd op overzichten van Brown, Scott & Pullen (1990), Newman & Wright (1994), Zull (1994) en Kaiser & Pyngolil (1994).

CRISIS EN CRISISINTERVENTIE BIJ VERSLAAFDEN

Mensen die overmatig drugs of alcohol gebruiken, lopen een sterk vergroot risico om tijdens hun leven serieuze problemen te krijgen, ofwel voorafgaand aan het beginnen met therapie of herhaaldelijk tijdens behandelingen die gericht zijn op stopzetting van het gebruik (Newman & Wright, 1994). Galanter en Kleber (1999) hebben er ook

op gewezen dat veel verslaafden op zoek gaan naar therapie in reactie op een crisis, ongeacht of dat nu een fysieke of emotionele crisis is dan wel een paniekaanval veroorzaakt door het drugsgebruik. De clinicus moet in staat zijn deze individuen te behandelen met gebruikmaking van vaardigheden voor crisisinterventie. Net als bij chronische psychiatrische patiënten is het doel van crisisinterventie bij verslaafden het oplossen van de acute crisis en het herstel van de patiënt tot ten minste het niveau van functioneren van vóór de crisisperiode. Volgens Galanter & Kleber (1999) is een Rogeriaanse benadering met werkelijke betrokkenheid gewenst. De clinicus moet kalm zijn en de patiënt op zijn of haar gemak stellen op basis van de ervaring met crises gerelateerd aan *gebruik van verdovende middelen*. Na het beoordelen van eventuele zelfmoordneigingen zou een drugstest moeten worden uitgevoerd. Over het algemeen bagatelliseren patiënten hun drugsgebruik en de resultaten van een test kunnen ook waardevol zijn als de crisis eenmaal voorbij is. Veel patiënten geven het gebruik van de minst "schokkende" drug toe. Zij beschrijven hun recente alcohol-, tabak- of cannabisgebruik, maar noemen niet de heroïne of XTC die zij hebben genomen. Na een eerste beoordeling kan opname in een behandelcentrum of op een detoxificatie-afdeling nodig zijn als er sprake is van andere drugs of van significante medische of psychiatrische problemen. Als de patiënt medisch stabiel is, moet de clinicus onmiddellijk aandacht besteden aan het probleem dat de reden is voor het hulpverzoek. Met gebruik van luistervaardigheden en door de patiënt de kans te geven tijdens de crisis te blijven praten, zal de situatie in veel gevallen verbeteren. Troost bieden, op het hart drukken dat "ook dit overgaat" en het gebruik van cognitieve en gedragsvaardigheden kunnen bijzonder effectief zijn.

Een bijkomend probleem is dat verslaafde cliënten de neiging hebben om crises aan te grijpen om hun therapeuten te ontlopen in plaats van hulp te zoeken als de problemen nog beheersbaar zijn. Dit probleem is met name waarneembaar als de crisis zich voordoet op het moment dat de cliënt al in therapie is. Drugsgebruikende cliënten hebben vaak de neiging hun problemen te ontkennen (Frances & Miller, 1991, in Newman & Wright, 1994). Er is een aantal algemene waarschuwingsignalen waaruit therapeuten kunnen afleiden dat hun cliënten zich mogelijk in een crisis bevinden. Enkele van deze signalen zijn bijvoorbeeld dat de cliënt er een gewoonte van maakt te laat of helemaal

niet te verschijnen op therapeutische afspraken, een duidelijke verandering vertoont in stemming of gedrag enzovoort.

Zoals in de voorgaande paragrafen beschreven, kan een crisis zich zowel tijdens als buiten een behandelingstraject voordoen. Naar onze mening moet een crisis die zich voordoet tijdens het behandelingsproces worden beschouwd als onderdeel van dat proces. Zelfs wanneer er sprake is van een terugval moet deze eerder worden beschouwd als een deel van de behandeling, dan als een op zichzelf staande crisis. Daarom willen we onze aandacht in dit onderzoek richten op de eerste betekenis van het begrip crisis.

In het algemeen vindt crisisinterventie bij verslaafden plaats op drie niveaus: medisch, psychologisch en sociaal. Op medisch niveau zal crisisinterventie in de meeste gevallen bestaan uit detoxificatie, een onderwerp waaraan een apart onderzoek wordt gewijd. Om deze reden richt dit literatuuronderzoek zich op de psychologische en sociale niveaus van crisisinterventie (Brown, Scott & Pullen, 1990; Kaiser & Pyngolil, 1994; Amon-Cavanaugh, von & Gilmer, 1999).

Wel dient in dit verband de volgende opmerking te worden gemaakt. Detoxificatie is niet altijd een noodzakelijk element van crisisinterventie op medisch niveau. Hoewel onthouding voor veel (Amerikaanse) auteurs een sine qua non bij de behandeling van verslavingsvormen is, geldt dat niet voor een schadebeperkende benadering. De voortzetting van het gebruik van alcohol en drugs hoeft de doelstellingen van interventie in een crisis niet per definitie onmogelijk te maken. Zelfs het voorschrijven van drugs, of dit nu vervangende drugs zoals methadon zijn of de drugs waarnaar de voorkeur van de gebruiker uitgaat (zoals heroïne), kan een onderdeel vormen van de behandeling. Deze kan namelijk gericht zijn op crisisinterventie zonder het doel van detoxificatie.

Crises bij chronische excessieve gebruikers van alcohol- en/of drugs hebben een aantal medische, psychologische of sociale kenmerken. Enkele van deze kenmerken zijn:

MEDISCH

- Fysieke intoxicatie (overdosis)
- Ongelukken

- Ontwenningsverschijnselen (trillen, lichtgeraakt zijn, slapeloosheid, waanvoorstellingen, delirium tremens)
- Infecties (hepatitis)

PSYCHOLOGISCH

- Depressies
- Angstaanvallen
- Zelfmoord en zelfmoordgedachten
- Psychoses (a.g.v. drugsgebruik)

SOCIAAL

- Relatieproblemen
- Schulden
- Juridische problemen
- Verlies van huis en/of verdwijnen uit huis

METHODE

Wat zijn effectieve methoden voor crisisinterventie bij verslaafden? Om tot een antwoord op deze vraag te komen, hebben wij een systematisch overzicht gemaakt van de beschikbare empirische literatuur.

ZOEKSTRATEGIE, SELECTIECRITERIA EN METHODOLOGISCHE CONTROLE

De volgende stappen zijn uitgevoerd om voor dit overzicht geschikte onderzoeken op te sporen en te selecteren:

- (A). Er zijn verschillende elektronische zoekopdrachten uitgevoerd in de volgende databases: PsycLIT (1967 - 2000/3), MEDLINE (1966 - Advanced April 2000/01-2000/04), OVID (1966 - April 2000), en in de Cochrane Library. Hierbij werden de volgende zoekleutels gebruikt: crisis, cris*, crisis intervention, emergency, emergen*-mental-health, alcohol, substance abuse, dependence, use disorder, substance-related disorders, narcotics, cocaine, cocaine-related disorders, opiate, heroin, heroin dependence, cannabis, meta-analysis, review, literature reviews.
- (B). Wij hebben de websites geraadpleegd van internationale instituten als het National Institute on Drug Abuse, de American Council for Drug Education, Alcoweb enzovoort.

(C). Wij hebben de bibliografieën doorzocht van een aantal onderzoeken die met bovenstaande stappen zijn gevonden.

CRITERIA VOOR OPNAME VAN ONDERZOEKEN IN DIT OVERZICHT

De criteria voor het beoordelen van onderzoeken kunnen worden onderverdeeld in soorten onderzoeken, soorten deelnemers en soorten interventies.

Soorten onderzoeken: alle relevante meta-analyse, systematische literatuuronderzoeken, overzichten, gerandomiseerde klinische proefnemingen, semi-experimentele onderzoeken of naturalistisch ontworpen onderzoeken naar crisisinterventie bij verslaafde patiënten en/of op aanverwante terreinen zoals schizofrenie, zelfmoord enzovoort.

Soorten deelnemers: iedereen die verslaafd is aan verdovende middelen of deze misbruikt of die aan andere ernstige psychische afwijkingen leidt waarvoor werd doorverwezen naar een sociale, psychiatrische, verzorgings- of eerstehulpvoorziening of verslavingskliniek nadat zich een crisissituatie had voorgedaan.

Soorten interventies

- 1 Crisisinterventie in verslavingsklinieken: elke vorm van crisisgerichte behandeling in een situatie van acuut drugsmisbruik, door personeel dat de specifieke taak heeft met zulke situaties om te gaan, binnen en buiten "kantooruren".
- 2 Reguliere zorg: de normale hulp die bij noodsituaties in ziekenhuizen wordt geboden aan mensen die kampen met acute psychiatrische crises en/of crises als gevolg van gebruik of misbruik van verdovende middelen.

De aangetroffen onderzoeken werden gecontroleerd en geïnclassificeerd in de volgende methodologische kwaliteitscategorieën:

Selectiecriteria onderzoeken

- Beoordelingen (R - reviews):
 - R(a) Meta-analyse
 - R(b) Systematisch overzicht
 - R(c) Algemene beoordeling
- Afzonderlijke onderzoeken (IS – individuele empirische studies):

IS(a) Gerandomiseerde klinische proefnemingen

IS(b) Semi-experimentele onderzoeken

IS(c) Naturalistisch ontwerp

EMPIRISCHE STUDIES

In de Cochrane Library werden twee systematische literatuuronderzoeken gevonden over onderwerpen die verwant zijn aan crisisinterventie: "Psychosocial interventions following suicide attempts" (Sande van der, R., Buskens, E., Allart, E., Graaf van der, Y. & Engeland van, H., 1997), en "Crisis intervention for those with severe mental illnesses" (Joy, C. B., Adams, C. E. & Rice, K., 1999).

Er werden 17 afzonderlijke empirische studies gevonden naar crises in relatie tot verslaving. Al deze studies zijn geïnclassificeerd volgens onze criteria voor methodologische kwaliteit zoals uiteengezet in paragraaf 2.1. Een van de onderzoeken was een gerandomiseerde effectiviteitsproef [IS(a)] met gegevens van verslaafde vrouwen in de setting van noodhulp in een ziekenhuis. Van de onderzoeken werden er 16 geïnclassificeerd als semi-experimenteel [IS(b)] of als onderzoeken met een naturalistisch ontwerp [IS(c)]. De rapportage in de meeste van deze onderzoeken was gebaseerd op voorbeelden uit eerstehulpafdelingen van reguliere ziekenhuizen of andere eerstelijns zorginstellingen (15 van de 16 onderzoeken). Alle bevindingen en conclusies worden uiteengezet in paragraaf 3.2 en in tabel 1.

ANDERE ONDERSTEUNENDE LITERATUUR VOOR HET OPSTELLEN VAN RICHTLIJNEN VOOR CRISISINTERVENTIE

Aangezien wij geen systematisch literatuuronderzoek naar crisisinterventies bij verslaafden hebben gevonden, hebben we naar algemene richtlijnen en handboeken gezocht die op deze combinatie kunnen worden toegepast. Er werden verschillende handboeken of algemene boeken van de laatste tien jaar gevonden over crisisinterventie bij verslaafden. Van deze boeken waren er vijf verkrijgbaar. De selectiecriteria voor deze literatuur waren als volgt: het werk moest van recente datum zijn, beschouwingen over crisisinterventie bij verslaafden bevatten en zowel theoretische als praktische suggesties doen voor daadwerkelijke crisisinterventie.

Resultaten

RELEVANTIE VAN DE STUDIES

Het beschikbare onderzoek naar crisisinterventie in relatie tot verslaving levert slechts in beperkte mate wetenschappelijke bewijsvoering op. Twee systematische overzichten besteden slechts gedeeltelijk aandacht aan het onderwerp crisisinterventie en nog minder aan crises bij verslaafden. Hetzelfde geldt voor het enige gerandomiseerde effectiviteitsonderzoek dat we hebben gevonden. De overige afzonderlijke empirische onderzoeken die werden geclassificeerd als semi-experimenteel of als naturalistisch ontwerp bevatten bruikbare informatie, maar besteden ook slechts zijdelings aandacht aan het onderwerp crisisinterventie. Als gevolg hiervan kunnen we maar in beperkte mate met bewijs onderbouwde conclusies trekken.

CONCLUSIES UIT META-ANALYSE EN SYSTEMATISCHE OVERZICHTEN

Joy, Adams & Rice (1999) hebben de effectiviteit bekeken van een crisisinterventiemodel voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die een acute crisis doormaken, en dit vergeleken met 'reguliere hulp' (waarbij geen crisisinterventiemodel werd toegepast). Bij geen van de (vijf) proeven uit hun overzicht was onderzoek gedaan naar crisisinterventie in 'zuivere' vorm. Bij alle proeven werd een vorm van thuiszorg toegepast op acuut zieke mensen, waarbij gebruik werd gemaakt van aspecten van crisisinterventie. De onderzoekers komen tot de conclusie dat crisisbehandeling op basis van thuiszorg, in combinatie met een voortgezet thuiszorgtraject, een goede manier is om mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen te behandelen.

Sande Van der, Buskens, Allart, Graaf Van der & Engeland Van (1997) brachten de effectiviteit in kaart van interventies bij mensen die een zelfmoordpoging hadden gedaan. Zij deden dit door een systematische beoordeling van gerandomiseerde effectiviteitsonderzoeken. Alleen cognitieve gedragstherapie leek het aantal herhalingen van zelfmoordpogingen drastisch te verminderen. Meer informatie over deze onderzoeken is te vinden in tabel 1 van de bijlage.

CONCLUSIES UIT EMPIRISCHE STUDIES

Gerandomiseerd effectiviteitsonderzoek

Andersen (1986) kwam tot de conclusie dat de methode van 'per-

soonlijke verpleging' van verslaafde vrouwen op een eerstehulpafdeling, die hulp zochten voor hun gezondheidsproblemen maar niet voor hun drugsverslaving, effectief was. Deze methode leidde na acht weken en na zes maanden tot lagere kosten per dag voor medicijnen en heroïne, verminderde gevoelens van stress en minder emotionele spanningen. Een tweede conclusie was dat de effectiviteit van 'persoonlijke verpleging' groter werd als familieleden of andere naasten van de patiënt tegelijkertijd werden behandeld. Ten slotte ondersteunde dit onderzoek de noodzaak van specifiek opgeleid personeel om het resultaat van crisisinterventie bij verslaafden te vergroten. Naast deze gevolgtrekkingen kon uit de onderzoeksgroep van Andersen duidelijk worden afgeleid dat verslaafde patiënten in een noodsituatie niet altijd van hun verslaving afwillen, maar juist hun gezondheidssituatie willen verbeteren.

Semi-experimentele en naturalistische onderzoeken

De bevindingen en conclusies van deze onderzoeken kunnen onder de volgende koppen worden geschaard: *behandeling en verwijzing naar specialistische behandeling, controle en zelfmoord*. Zie voor verdere details tabel 3 in de bijlage. Er dient te worden opgemerkt dat de meeste onderzoeken (tenzij anders aangegeven in deze bespreking) niet werden uitgevoerd in gespecialiseerde behandelcentra voor verslavingsvormen, maar in reguliere of psychiatrische ziekenhuizen en dan meestal op eerstehulpafdelingen.

Behandeling en doorverwijzing naar specialistische behandeling

Cook e.a. (1998) hebben aangetoond dat, hoewel het sterftecijfer als gevolg van acute overdoses opiaten laag is, 67% van de patiënten niet werd doorverwezen naar enig therapeutisch programma voor drugsverslaafden. De gemiddelde duur van het verblijf was 20,1 uur, maar in 41% van de gevallen bleef het beperkt tot minder dan 8 uur.

Seidler e.a. (1996) vermelden in hun onderzoek naar ziekenhuizen dat na een overdosis opiaten 64% van de gevallen het ziekenhuis tegen het medisch advies in na een gemiddeld verblijf van minder dan 6 uur verliet. Dagelijks gebruik van drugs werd door 46% ontkend. De helft van de gevallen leek geïnteresseerd in begeleiding (vooral de jongere gebruikers). De klinische behandeling van de overdosis bleek niet gestoeld op duidelijk omschreven procedures, maar op ervaring, pragmatisme en overtuiging.

Al deze bevindingen onderschrijven de conclusie van Andersen (1986) dat verslaafde patiënten in een eerstehulpcontext op zoek zijn naar een verbetering van hun fysieke gesteldheid of een oplossing van andere problemen die zij op dat moment hebben, maar niet van hun verslaving afwillen. Dit is vooral een belangrijk gegeven bij het formuleren van de doelstellingen van crisisinterventie en/of doorverwijzing voor verdere behandeling.

Over het geheel genomen maken de onderzoeken duidelijk dat er redelijk goed met overdoses wordt omgegaan, maar dat doorverwijzing achteraf naar specialistische behandeling het zwakke punt is.

Screening en assessment

Verschillende onderzoeken hebben het belang aangetoond van het vaststellen van alcohol- en drugsproblemen bij noodopvang op psychiatrische afdelingen. Een van de meest gebruikte methoden voor alcoholtests is de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), waarmee gevaarlijk alcoholgebruik, afhankelijkheidssymptomen en schadelijk gebruik kunnen worden vastgesteld. (Bergman e.a., 1998 en Lapham e.a., 1998). Olshaker e.a. (1997) concluderen dat het meeste misbruik van medicijnen en verdovende middelen kan worden vastgesteld aan de hand van de eerste duidelijke signalen en basis-onderzoeken.

Cherpitel (1995) ontdekte dat gewonde patiënten op eerstehulpafdelingen van ziekenhuizen vaak in verband worden gebracht met overmatig alcoholgebruik. Het gegeven dat alcohol- en drugsproblemen oververtegenwoordigd zijn in (Amerikaanse) ziekenhuizen kan aan de andere kant het gevolg zijn van statistische vertekening, bijvoorbeeld doordat meer arme en achtergestelde mensen gebruikmaken van dit soort voorzieningen (Cherpitel, 1999).

Zelfmoord

Verschillende onderzoeken bevestigen dat verslaafden een grotere kans op zelfmoord lopen dan de bevolking in het algemeen en dat voorgeschreven medicijnen, in het bijzonder antidepressiva en methadon, van invloed zijn op dit verhoogde risico. De meest voorkomende zelfmoordmethode was een overdosis drugs, die werd gebruikt in ongeveer de helft van de gevallen (Oyefeso e.a., 1999; Hall e.a., 1999, Wolfersdorf, M., 1997). In aansluiting hierop concludeert Neale (2000) dat een dodelijke overdosis dikwijls niet werd genomen vanuit een helder en onvoorwaardelijk verlangen om te sterven. Suïcidale handelingen werden ingegeven door een reeks psychosociale factoren, waaronder: (1) voorwaardenscheppende persoonlijke omstandigheden; (2) voorwaardenscheppende gebeurtenissen; en (3) zwakke persoonlijke copingstrategieën. Taylor e.a. (1999) benadrukken hoe belangrijk het is dat er bij opleidingen voor eerstehulpafdelingen op wordt gewezen dat alcohol een op zichzelf staande risicofactor voor zelfmoord is.

Beperkingen

Dit literatuuronderzoek heeft verschillende belangrijke beperkingen. Ten eerste toont het aan dat er een gebrek is aan empirische literatuur over het onderwerp crisisinterventie in het algemeen en crisisinterventie bij verslaafden in het bijzonder. Het is opvallend dat zelfs in handboeken over alcohol- en drugsgebruik die pretenderen zeer uitgebreid te zijn, nauwelijks aandacht wordt besteed aan crisisinterventie anders dan bij ontwenning of intoxicatie.

Ten tweede verschillen de geraadpleegde empirische onderzoeken wat betreft ontwerp, soorten interventies, resultaatmetingen, onderzoeksgroepen enzovoort. Slechts enkele hadden betrekking op crisisinterventie bij gespecialiseerde behandelingen van alcohol- en drugsgebruik. Daardoor bevat de beschikbare literatuur helaas **weinig onderzoeksbewijs** op het gebied van crisisinterventie bij gespecialiseerde behandelingen van alcohol- en drugsgebruik. Dit onderzoek was daarom afhankelijk van kennis uit de klinische praktijk, zoals die in handboeken en algemene studieboeken beschreven is.

Ondanks deze beperkingen hebben we een aantal richtlijnen kunnen opstellen voor de ontwikkeling van een protocol en een behandelmethodode voor crisisinterventie, waarin uiteraard de lessen zijn verwerkt die uit eerdergenoemde literatuur werden getrokken.

Suggesties voor praktische richtlijnen

Wij hebben niet alleen gezocht naar empirische, maar ook naar op de praktijk gebaseerde richtlijnen voor crisisinterventie. Er werd daarbij gebruikgemaakt van tien relevante publicaties. Waar mogelijk zijn deze boeken gecontroleerd op doelstellingen, kenmerken en conclusies (zie bijlage). De Nederlandse handboeken hebben we gebruikt omdat deze waarschijnlijk nuttig zijn bij de praktische toepassing van crisisinterventie en de ontwikkeling van protocollen.

De belangrijkste onderdelen voor de richtlijnen kunnen als volgt worden samengevat:

KENMERKEN VAN DE DOELGROEP

Mensen in een crisissituatie kunnen over het algemeen worden onderverdeeld in twee groepen: gezonde mensen in een overweldigende situatie en chronische psychiatrische patiënten in algemene stressomstandigheden. De meeste mensen met verslavingsproblemen behoren tot de tweede groep. Verslaafden hebben meestal niet te kampen met een enkele crisis, maar bevinden zich herhaaldelijk in crisis (terugkerende kwetsbaarheid). Het doel van crisisinterventie bij mensen met verslavingsproblemen is daarom het wegnemen van de onmiddellijke crisis en herstel tot ten minste het functioneringsniveau dat men had voordat de crisis zich voordeed. Mensen met verslavingsproblemen die zich in een crisis bevinden, zijn over het algemeen geneigd hun alcohol- of drugsgebruik te onderschatten en velen onder hen willen hun verslavingsgedrag niet veranderen. Veel verslaafden die zich in een crisis bevinden, lopen een verhoogd risico op zelfmoord.

KENMERKEN VAN CRISISINTERVENTIE

- Onmiddellijk, kort en met een beperkte tijdsduur.
- Onmiddellijke beoordeling en identificatie van problemen op medisch, psychologisch, en sociaal niveau maakt normaal gesproken deel uit van de behandeling.
- Multidisciplinair georiënteerd met personeel dat specifiek op crises is getraind en dat te allen tijde beschikbaar is.
- Met beperkte doelstellingen (om de cliënt terug in evenwicht te brengen).
- Ondersteunend en met oog voor de wensen en verwachtingen van de patiënt.
- Probleemoplossend georiënteerd.
- Stimulering van zelfredzaamheid, niet van afhankelijkheid.
- Benaderen van het individu als iemand met problemen, niet met een ziekte.
- De crisis stabiliseert zich door een combinatie van medicatie, begeleiding en/of therapie met praktische hulp bij dagelijkse vaardigheden (en tevens ondersteuning voor familieleden), en begrip voor de sociale behoeften en mogelijkheden van de patiënt.
- Waar mogelijk gezins- of familieleden van de patiënt bij de behandeling betrekken als sociale steun voor de patiënt.
- Na stabilisatie van de crisis worden patiënten bekend gemaakt met en verwezen naar andere behandelingen- en zorgmogelijkheden die aansluiten op hun chronische psychiatrische klachten en die herhaling van de crisis kunnen voorkomen.
- Effectieve crisisinterventie zal verdere verergering van de symptomen voorkomen en de stress verminderen bij familieleden of anderen die zijn betrokken bij de crisissituatie, opname, zelfmoord enzovoort.

CRISISINTERVENTIEVAARDIGHEDEN VAN CLINICI

- Beoordelingsvaardigheden.
- Luister- en communicatievaardigheden.
- Cognitieve gedragsvaardigheden (probleemoplossend vermogen, weigervermogen, sociale en copingvaardigheden enzovoort).

Algemene conclusie

Algemeen kan worden geconcludeerd dat crisis bij verslaafden, gesteld dat deze geregeld terugkeren en dat er sprake is van dominante fysieke en/of medische aspecten, anders moet worden benaderd dan de incidentele, psychosociale crisis die weliswaar wordt beschouwd als een situatie waarin hulp is vereist, maar die mogelijk een keerpunt kan markeren naar verbetering. Crisisinterventie bij verslaafden zou direct, kort en medisch goed ondersteund moeten worden, waarbij de nadruk wordt gelegd op een koppeling met verdere behandelingen. Het verhoogde zelfmoordrisico vereist speciale zorg en expertise.

Referenties

- Aguilera, D., & Messick, J. (1986). Crisis intervention: Theory and methodology, (5th ed.), St. Louis: Mosby.
- Andersen, M.D.(1986). Personalized nursing: An effective intervention model for use with drug-dependent women in an emergency room. International Journal of the Addictions, 21, 105-122.
- Amon-Cavanaugh, S. von, & Gilmer, W. S. (1999). 120 emergency department psychiatric emergencies. In G. R. Schwartz (ed) (4th ed.), Principles and practice of emergency medicine (pp.1360-1371). Baltimore, Williams & Wilkins.
- Bergman, H., Kallmen, H., Rydberg, U., & Sandahl, C.(1998). Tio fragor om alkohol identifierar beroendeproblem. Psykometrisk provning pa psykiatrisk akutmottagning. [Tien vragen over alcohol als aanduider van verslavingsproblemen. Psychometrische tests op een afdeling voor psychiatrische noodhulp]
- Breslow, R. E., Klinger, B. I., and Erickson, B. J. (1993). Crisis hospitalization on psychiatric emergency service. General Hospital Psychiatry, 15, 307-315.
- Brinkman, F., & Berg, R. van den (1992). Crisishulpverlening. Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brooker, C., Peters, J., McCabe, C., & Short, N. (1999). The views of nurses to the conduct of a randomised controlled trial of problem drinkers in an accident and emergency department. International Journal of Nursing Studies, 36, 33-39.
- Brown, T. M., Scott, A. I. F., & Pullen, I. M. (1990). Crisis intervention. In T. M. Brown, A. I. F., Scott, I. M. Pullen (eds), Handbook of emergency psychiatry (pp. 147-155). London: Longman Group.
- Brown, T. M., Scott, A. I. F., & Pullen, I. M. (1990). Drug-related problems. In T. M. Brown, A. I. F., Scott, I. M. Pullen (eds), Handbook of emergency psychiatry (pp. 147-155). London: Longman Group.
- Brown, T. M., Scott, A. I. F., & Pullen, I. M. (1990). Handbook of emergency psychiatry. New York, Longman Group.
- Brown, T. M., Scott, A. I. F., & Pullen, I. M. (1990). Problem drinkers. In T. M. Brown, A. I. F., Scott, I. M. Pullen (eds), Handbook of emergency psychiatry (pp. 147-155). London: Longman Group.
- Catalano, R., & McConnell, W. (1999). Psychiatric emergencies: The check effect revisited. Journal of Health and Social Behavior, 40, 79-86.
- Cherpitel, C. J.(1995). Alcohol and casualties: Comparison of county-wide emergency room data with the county general population. Addiction, 90, 343-350.
- Cherpitel, C. J.(1999). Emergency room and primary care services utilization and associated alcohol and drug use in the United States general population. Alcohol and Alcoholism, 34, 581-589.

Cherpitel, C. J. (1999). Screening for alcohol problems in the U.S. general population: A comparison of the CAGE and TWEAK by gender, ethnicity, and services utilization. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*, 705-711.

Cook S., Moeschler O., Michaud K., & Yersin B. (1998). Acute opiate overdose: characteristics of 190 consecutive cases. *Addiction*, *93*, 1559-65.

Dattilio, F. M., & Freeman, A. (1994). Introduction. In F.M. Dattilio, & A. Freeman (ed.) *Cognitive-behavioural strategies in crisis intervention*. New York, Guilford Press, pp.1-21.

Dhossche, D. M. (1999). Aggression and recent substance abuse: Absence of association in psychiatric emergency room patients. *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 343-346.

Ferson, R., VanHoeck, K., Vermeiren, W. (1998). *Handboek ambulante crisisinterventie: Methodiek en praktijk*. Leuven: ACCO.

Galanter, M., & Kleber, H. D. (1999). *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment* (p. 177 and p. 548). Washington: American Psychiatric Press.

Gersons, B. P. R. (1986). *Acute Psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Gilling, P. (1990). Alcohol. In J. R. Hillard (ed.), *Manual of Clinical Emergency Psychiatry* (pp. 193-205). Washington: American Psychiatric Press.

Gilling, P. (1990). Drug Abuse. In J. R. Hillard (ed.), *Manual of Clinical Emergency Psychiatry* pp. 207-227). Washington: American Psychiatric Press.

Hall, R. C. W., Platt, D. E., & Hall, R. C. W. (1999). Cocaine use and abortion Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics*, *40*, 18-27.

Hillard, J. (1990). *Manual of clinical emergency psychiatry*. New York. American Psychiatric Press.

Hser, Y. I., Maglione, M., & Boyle, K. (1999). Validity of self-report of drug use among STD patients, ER patients, and arrestees. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *25*, 81-91.

Joy, C. B., Adams, C. E., Rice, K. (1999). Crisis intervention for those with severe mental illnesses (Cochrane Review). In *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software. *Lakartidningen*, *95*, 4731-5.

Kaiser, J., & Pyngolil, M. J. (1994). Psychiatric emergencies. In Kitt, S. (ed.), *Emergency nursing: a physiologic and clinical perspective*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, pp. 455-481.

Lapham, S. C., Skipper, B. J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P., Paisarnsilp, S. (1998). Prevalence of alcohol problems among emergency room patients in Thailand. *Addiction*, *93*, 1231-1239. **IS(c)**

Maylath, E. & Seidel, J. (1997). [Analysis of psychiatric hospital cases in Hamburg 1988-1994 – developmental trends, health care deficiencies and prospects].

Gesundheitswesen, *59*, 423-433. (Duitstalig artikel) **IS(c)**

Miller, N. S., Owley, T., & Eriksen, A. (1994). Working with drug/alcohol-addicted patients in crisis. *Psychiatric Annals*, *24*, 592-597.

Muetzell, S. (1996). The use of narcotic drugs in Stockholm County, Sweden. A follow-up after 17 years. *International Journal of Adolescence and Youth*, *6*, 245-259. IS(c)

Neale, J. (2000). Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose. *Addiction*, *95*, 85-93.

Newman, C. F., & Wright, F. D. (1994). Substance Abuse. In F.M. Dattilio, & A. Freeman (ed.) *Cognitive-behavioural strategies in crisis intervention*. New York, Guilford Press, pp.119-136.

Olshaker, J. S., Browne, B., Jerrard, D. A., Prendergast, H., & Stair, T. O. (1997). Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, *4*, 124-128. **IS(c)**

Oyefeso, A., Ghods, H., Clandy, C., & Corkery, J. M. (1999). Suicide among drug addicts in the UK. *British Journal of Psychiatry*, *175*, 277-282.

Peters, J., Brooker, C., McCabe, C., & Short, N. (1998). Problems encountered with opportunistic screening for alcohol-related problems in patients attending an accident and emergency department. *Addiction*, *93*, 589-94

Sajiv, J. (1997). Treatment of acute emergencies. In N. S. Miller, M. S., Gold, et al. (Ed.), *Manual of therapeutics for addictions*. (pp. 133-148). New York: Wiley-Liss.

Sande van der, R., Buskens, E., Allart, E., Graaf van der, Y. and Engeland van, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempts: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*, 43-50.

Seidler, D., Stuehlinger, G. H., Fischer, G., Woisetschlaeger, C. et-al (1996). After antagonization of acute opiate overdose: A survey at hospitals in Vienna. *Addiction*, *91*, 1479-1487.

Serper, M. R., Chou, J. C.Y., Allen, M. H., Czobor, P., Cancro, R. (1999). Symptomatic overlap of cocaine intoxication and acute schizophrenia at emergency presentation. *Schizophrenia Bulletin*, *25*, 387-394. IS(c)

Smith, W. G., Kaplan, J., & Siker, D. (1914). Community mental health and the seriously disturbed patient. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 693-696.

Taylor, C., Cooper, J., & Appleby, L. (1999). Is suicide risk taken seriously in heavy drinkers who harm themselves? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 309-311. **IS (c)**

Witkin, J. M., Gasior, M., Heifets, B, Tortella, F. C. (1999). Anticonvulsant efficacy of N-methyl-d-aspartate antagonists against convulsions induced by cocaine. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, *289*, 703-711.

Woltersdorf, M. (1997). [Suicide prevention—Recognizing and treating acute suicidal behavior]. *Fortschritte Der Medizin*, *20*, 38-40, 43-44. (Duitstalig artikel) **IS(c)**

Zull, D. N. (1994). Poisoning ad drug overdose. In Kitt, S. (ed.), *Emergency nursing: a physiologic and clinical perspective*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, pp. 495-513.

BIJLAGEN

Tabel 1. Systematische overzichten met aandacht voor crisisinterventie in de Cochrane Library.

Auteurs en jaar	Soort onderzoek en voorbeeld	Onderzoeksdoel	Resultaten en conclusies
<p>Sande van der, R., Buskens, E., Allart, E., Graaf van der, Y. en Engeland van, H. (1997)</p>	<p>R (b) Onderzoeken die melding maken van zelfmoordpogingen. 15 gerandomiseerde effectiviteitsonderzoeken (op een totaal van 2019 deelnemers). Psychiatrische omgang met geringe deelname aan nazorg: 6 onderzoeken gevonden (n = 1023 patiënten). Gegarandeerde interne opvang: 2 onderzoeken (n = 317 patiënten). Psychosociale crisisinterventie: 2 onderzoeken (n = 480 patiënten). Cognitieve gedragstherapie: 4 onderzoeken (n = 122 patiënten).</p>	<p>Het beoordelen van de effectiviteit van interventies bij mensen die een zelfmoordpoging achter de rug hebben, door middel van een systematische beoordeling van gerandomiseerde effectiviteitsonderzoeken.</p>	<p>Er werd geen duidelijk bewijs gevonden voor een vermindering van het aantal herhaalde zelfmoordpogingen door interventies die tot doel hadden deelname aan/naleving van de nazorg te vergroten of die interne opvang garandeerden in het geval van een noodsituatie of psychosociale crisis. Alleen cognitieve gedragstherapie leek het aantal herhaalde zelfmoordpogingen merkbaar te verminderen. Sommige aspecten van de beschikbare proefnemingen bij deze interventie bieden ruimte voor twijfel over de reikwijdte van dit effect en over de mate waarin de onderzoeksresultaten kunnen worden geëxtrapoleerd naar andere subgroepen of patiënten. Deze cognitieve gedragstherapieën waren gericht op cognitieve achterstanden die het onmogelijk maakten interpersoonlijke problemen op te lossen of emoties te reguleren.</p> <p>De psychosociale crisisinterventie bestond onder meer uit twee interventies bij mensen die getracht hadden zelfmoord te plegen. De interventies werden uitgevoerd door psychiatrisch verpleegkundigen en sociaal werkers (Hawton, McKeown e.a. 1987; Gibbons e.a. 1987). Beide programma's hadden een beperkte tijdsduur (3 maanden) en bestonden uit geplande poliklinische afspraken, ongeveer eens per week. De behandeling was gericht op het verminderen van duidelijk afgebakende problemen door de manier te bespreken waarop de patiënten met hun problemen waren omgegaan en andere manieren aan te dragen waarop problemen kunnen worden opgelost.</p>
<p>Joy, C. B., Adams, C. E., Rice, K. (1999)</p>	<p>R(b) Alle gerandomiseerde effectiviteitsonderzoeken van crisisinterventiemodellen (hoe ook omschreven) zijn tegenover de reguliere zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (hoe ook vastgesteld) gezet.</p>	<p>De beoordeling van de effectiviteit van een crisisinterventiemodel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen die zich in een crisis bevinden, vergeleken met 'reguliere zorg'.</p>	<p>Geen van de vijf onderzoeken betrof crisisinterventie in een 'zuivere' vorm. Alle maakten gebruik van een vorm van thuiszorg voor acuut zieke mensen, die elementen van crisisinterventie bevatte.</p> <p>De conclusie is dat crisisbehandeling in de vorm van thuiszorg, gekoppeld aan een pakket doorlopende thuiszorg, een werkbare en acceptabele manier is om mensen met ernstige psychische aandoeningen te behandelen. Crisisinterventie is wellicht al naar de achtergrond gedrongen door klinisch effectievere pakketten, maar het uitvoeren of implementeren van een crisisinterventiebeleid kan alleen worden gerechtvaardigd binnen een eenvoudige, goed ontworpen testomgeving. Onderwerpen als tevredenheid en burnout onder het personeel zijn ook van belang.</p>

Tabel 2. Onderzoeksdetails van het gerandomiseerde effectiviteitsonderzoek.

Auteurs en jaar	Soort onderzoek en voorbeeld	Onderzoeksdoel	Resultaten en conclusies
Andersen, M.D.(1986)	<p>IS(a)</p> <p>155 verslaafde vrouwen op de eerstehulpafdeling van een ziekenhuis die hulp zochten voor de gezondheidsproblemen die zij op dat moment hadden, maar niet voor hun drugsverslaving. De vrouwen werden verdeeld over een controlegroep en een experimentele groep die werd behandeld met persoonlijke verpleging, waaronder wekelijkse huisbezoeken van de verpleegkundige voor hulp bij de problemen van de cliënt.</p>	<p>Het testen van 'persoonlijke verpleging' bij drugsverslaafde vrouwen op een eerstehulpafdeling tijdens een drie jaar durend veldonderzoek.</p>	<p>Uit interviews die voorafgaand aan het onderzoek werden afgenomen, bleken geen verschillen tussen beide onderzoeksgroepen. Bij de controle na 8 weken gaf de experimentele groep per dag minder geld uit aan medicijnen, minder aan heroïne en werd minder stress en persoonlijke spanning ervaren dan binnen de controlegroep. Bij de controle na 6 maanden ervoer de onderzoeksgroep ook minder stress dan de controlegroep.</p> <p>Ontdekt werd dat de resultaten verder verbeterden als tegelijkertijd mensen binnen de sociale netwerken van de cliënten uit de experimentele groep werden behandeld en als de verpleegkundigen het model op de juiste wijze toepasten. Implicaties voor behandeling van drugsmisbruik worden besproken.</p>

Tabel 3. Details van de gebruikte semi-experimentele and naturalistische onderzoeken.

Auteurs en jaar	Soort onderzoek en voorbeeld	Onderzoeksdoel	Resultaten en conclusies
Bergman, H., Kallmen, H., Rydberg, U. & Sandahl, C (1998)	IS(c) Een voorbeeld van patiënten die werden opgenomen op een psychiatrische crisisafdeling.	In het artikel wordt een Zweedse versie van AUDIT besproken die psychometrisch is getest.	Interne samenhang, betrouwbaarheid en geldigheid bleken voldoende nauwkeurig en specifiek voor het voorspellen van alcoholisme volgens het DSM (Diagostic Statistical Manual) op een psychiatrische noodafdeling.
Catalano, R. & McConnell, W. (1999).	IS(c) Het onderzoek werd uitgevoerd bij 35.500 psychiatrische noodgevallen in San Francisco (VS) over een periode van 1551 dagen.	Er werden 2 hypothesen getest. De eerste was dat het aantal psychische noodgevallen groter was tussen de 4e en de 8e dag van de maand als mensen hun (aanvullende) uitkering ontvingen. De tweede hypothese was dat het grote aantal noodgevallen tijdens deze dagen aanmerkelijk terugliep zodra de uitkeringen werden stopgezet.	De resultaten bevestigen de eerste, maar niet de tweede hypothese. De implicatie is dat er een algemeen 'betaaldag-effect' is, maar dat dit niet wordt weggenomen door stopzetting van de uitkering aan mensen met alcohol- en drugsproblemen.
Cherpitel, C.J. (1995)	IS(b) Vergelijking van 3731 patiënten op eerstehulpafdelingen van ziekenhuizen met 2101 mensen uit een steekproef onder reguliere huishoudens in hetzelfde district.	Het in kaart brengen van kenmerken van eerstehulppatiënten. Mensen binnen de onderzoeksgroep waren vaker zwart en jonger dan 30 dan in de controlegroep. Gewonden binnen de onderzoeksgroep waren vaker geheelonthouders dan gewonden in de controlegroep, en de drinkers, maakten vaker melding van sociale gevolgen van het drinken, maar niet van ervaringen die verband hielden met alcoholverslaving. Vergelijkbare verschillen deden zich voor tussen gewonden en niet-gewonden in beide voorbeeldgroepen, waarbij de gewonden vaker man waren, jong en nooit getrouwd geweest en melding maakten van extreme dronkenschap, sociale gevolgen van drinken, en het ervaren van afhankelijkheid van alcohol.	Uit de gegevens komt naar voren dat verbanden tussen alcohol en verwondingen zoals aangetroffen bij de onderzoeksgroep, vergelijkbaar zijn met verwondingen onder de algemene bevolking.
Cherpitel, C. J. (1999)	IS(c) 754 mannelijke en 882 vrouwelijke blanken, 648 mannelijke en 935 vrouwelijke zwarten, en 767 mannelijke en 817 vrouwelijke Latijns-Amerikanen.	Het onderzoek gebruikt algemene bevolkingsgegevens uit het Nationale Alcoholonderzoek 1995 over het verband tussen alcohol, drugsgebruik en demografische kenmerken, die werden verzameld op eerstehulpafdelingen en bij andere primaire zorginstellingen tijdens het voorafgaande jaar.	De gegevens bevestigen conclusies van klinische onderzoeken dat oververtegenwoordiging van problemen als gevolg van verdovende middelen in klinische omgevingen wordt veroorzaakt door de sociaal-demografische kenmerken van de mensen die gebruikmaken van de klinische voorziening. Verder bevestigen de gegevens dat eerstehulpafdelingen en andere primaire zorginstellingen bruikbare omgevingen kunnen zijn voor het opsporen van mensen met alcohol- en drugsproblemen onder specifieke etnische groepen of onder de seksen.

Cook S., Moeschler O., Michaud K. & Yersin B. (1998)	IS(c) 134 gevallen van acute overdoses opiaten werden behandeld, van de 184 patiënten. De dossiers vermelden nog eens zes overlijdensgevallen.	Het omschrijven van de groep drugsgebruikers die de eerstehulpafdeling bezocht en vaststellen welk percentage van deze groep werd doorverwezen naar een gespecialiseerd behandelprogramma.	Dit onderzoek geeft weer hoe weinig mensen aan een overdosis overlijden, mits deze wordt behandeld, maar geeft ook de noodzaak weer van psychosociale evaluatie en van doorverwijzing van verslaafden die met een overdosis zijn binnengekomen.
Dhossche, D. M. (1999)	IS(c) Een retrospectieve beoordeling van 311 opeenvolgende bezoekers van een psychiatrische crisisafdeling (gemiddelde leeftijd 32 jaar).	Het vaststellen van de rol die het gebruik van verdovende middelen speelt bij agressieve patiënten op een psychiatrische crisisafdeling en het vaststellen van het verband tussen agressie en opname.	Het is belangrijk om de risicofactoren voor agressief gedrag vast te stellen, om dit gedrag te kunnen voorkomen en beheersen op de psychiatrische crisisafdeling.
Hall, R. C. W., Platt, D. E. & Hall, R. C. W. (1999).	IS(c) 100 patiënten die een serieuze zelfmoordpoging achter de rug hadden.	Het beoordelen van risicofactoren voor zelfmoord bij 100 patiënten die een serieuze zelfmoordpoging achter de rug hadden.	Diepe angsten, paniekaanvallen, een gedeprimeerde stemming, diagnose van een ernstige emotionele stoornis, recent verlies van een interpersoonlijke relatie, recent overmatig gebruik van alcohol of verdovende middelen in combinatie met gevoelens van hopeloosheid, hulpeloosheid, waardeloosheid, gehele of gedeeltelijke slapeloosheid, onvermogen om plezier te beleven, onvermogen tot behoud van baan en een recente aanval van impulsieve gedragingen, vormden uitstekende indicatoren van suïcidaal gedrag.
Lapham, S. C., Skipper, B. J., Brown, P., Chadbunchachai, W., Suriyawongpaisal, P., Paisarnsilp, S. (1998)	IS(c) Opeenvolgende opnames van personen van 14 jaar en ouder op eerstehulpafdelingen tussen 18.00 en 02.00 uur. Risicofactoren voor alcoholproblemen bij de onderzochten waren: mannelijk geslacht, leeftijd tussen 20 en 49 jaar, hoger maandinkomen, opleiding op minder dan academisch niveau en opname in de noordoostelijke regionale eerstehulp.	Onderzoek naar de prevalentie van alcoholproblemen bij eerstehulppatiënten.	De vragenlijst bevatte de Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) om te controleren op schadelijk of gevaarlijk alcoholgebruik. De lijst bevatte ook vragen met betrekking tot de belangrijkste klachten en factoren die tot de opname hadden geleid. De geschatte totale invloedsfactor van alcoholproblemen bij deze groep, aangepast aan leeftijd en diagnostische classificatie, was 0.39 bij mannen en 0.08 bij vrouwen.
Miller, N. S., Owley, T. & Eriksen, A. (1994)	IS(c) Patiënten met verslavingsstoornissen op de eerstehulp.	Gericht op manifestaties van psychiatrische problemen bij patiënten met verslavingsstoornissen op de eerstehulp. Bespreking van beoordelingen en indicaties voor detoxificatie en behandeling voor verschillende verdovende middelen.	Alcohol, cocaïne, hallucinogenen, opiaten en kalmeringsmiddelen worden besproken. Ook wordt de kans op onthouding en detoxificatie beoordeeld. Doorverwijzingen voor zulke patiënten en behandeling van bijkomende psychiatrische stoornissen.

<p>Neale, J. (2000)</p>	<p>Er werden min of meer gestructureerde gesprekken gevoerd met 77 drugsgebruikers (tussen 15 en 47 jaar oud) die een niet-dodelijke overdosis hadden genomen en de eerstehulpafdelingen van 6 ziekenhuizen in 2 Schotse steden bezochten in 1997 en 1998.</p>	<p>Onderzocht werd de zelfmoordwens onder drugsgebruikers die een niet-dodelijke overdosis hadden genomen. Er werd gekeken naar de gradatie van de zelfmoordwens en naar de motieven voor het bewust nemen van een overdosis.</p>	<p>De zelfmoordwens kwam veel voor, met 38 respondenten (49%) die aangaven zelfmoordgedachten of -gevoelens te hebben gehad voorafgaand aan de overdosis. Suïcidale handelingen werden duidelijk geassocieerd met een naar eigen zeggen levenslange geschiedenis van geestelijke problemen en met het niet gebruiken van heroïne voorafgaand aan toediening van de overdosis. Maar niet met andere demografische gegevens of met het verleden van drugsgebruik. Kwalitatieve gegevens wezen erop dat bewuste toediening van een overdosis dikwijls niet was ingegeven door een duidelijk en onweerlegbaar verlangen tot sterven. Voorts werden suïcidale handelingen veroorzaakt door verschillende psychosociale factoren, waaronder: (1) voorwaarden-scheppende omstandigheden; (2) voorwaarden-scheppende gebeurtenissen; en (3) zwakke persoonlijke copingstrategieën.</p>
<p>Olshaker, J. S., Browne, B., Jerrard, D. A., Prendergast, H., & Stair, T. O. (1997).</p>	<p>IS(c) 345 psychiatrische patiënten werden onderzocht op basis van persoonlijke geschiedenis, fysieke keuring, essentiële signalen, bloedonderzoek, biochemisch onderzoek, en gevoeligheid en aanleg voor gebruik van verdovende middelen en ethanol.</p>	<p>Onderzocht werd de frequentie van medische symptomen en de noodzaak van standaard medische, toxicologische en laboratoriumcontrole van patiënten bij wie de belangrijkste klachten van psychiatrische aard zijn.</p>	<p>Onder de patiënten die positief op een drugstest reageerden, resulteerde zelfrapportage in percentages van 92% gevoeligheid, 91% specificiteit en 88% positieve en 94% negatieve aanleg. Zelfrapportage kwam uit op 96% gevoeligheid, 87% specificiteit en een 73% positieve en 98% negatieve aanleg voor een positief ethanolniveau.</p> <p>De meeste problemen met gebruik van medicijnen en verdovende middelen kunnen worden ontdekt aan de hand van de eerste essentiële signalen en basisonderzoek. Algemeen onderzoek levert weinig resultaat op.</p>
<p>Oyefeso, A. A. N., Ghodse, H. Clancy, C., & Corkery, J. M. (1999).</p>	<p>IS(c) Overlijdensgegevens van gekende verslaafden (leeftijd tussen 15 en 54 jaar oud) in Groot-Brittannië bij wie zelfmoord als officiële doodsoorzaak werd opgegeven.</p>	<p>Het onderzoeken van zelfmoordtrends onder geregistreerde verslaafden in Groot-Brittannië over een periode van 25 jaar.</p>	<p>De onderzoeksresultaten bevestigen dat verslaafden nog altijd een verhoogd risico lopen op zelfmoord en dat voorgeschreven medicijnen, met name antidepressiva en methadon, van invloed zijn op dit verhoogde risico. De meest gebruikte methode van zelfmoord was toediening van een overdosis, namelijk in 45% van de gevallen.</p>

<p>Seidler, D., Stuehlinger, G. H., Fischer, G., Woisetschlaeger, C. e.a. (1996)</p>	<p>77 onderzochte patiënten die na een acute overdosis opiaten in het ziekenhuis werden opgenomen na adequate neutralisatie door de eerstehulp. Er werden gegevens verzameld over een periode van 4 maanden (september-december 1993).</p>	<p>Onderzoeken van de klinische omgang met en kenmerken van 77 patiënten die waren opgenomen na een overdosis opiaten. De uitkomsten werden geverifieerd door middel van een retrospectieve beoordeling van gegevens van voor de opname en forensische gegevens.</p>	
<p>Serper, M. R., Chou, J. C.Y., Allen, M. H., Czobor, P., Cancro, R. (1999)</p>	<p>IS(c) 32 patiënten met een combinatie van recent cocainegebruik en acute schizofrenie (CA+SZ), 30 patiënten met cocaine-intoxicatie zonder schizofrene aandoening (CA) en 54 met acute schizofrenie zonder bijkomend drugsgebruik (SZ).</p>	<p>Het onderzoek had tot doel een verschil te vinden tussen cocainepsychose en schizofrene psychose.</p>	<p>Multivariate analyse van verschillen toonde aan dat er overeenkomsten zijn tussen het klinische profiel van CA+CZ patiënten en CA patiënten op het gebied van stemmingen en negatieve symptoomdimensies en overlap met de CZ patiënten op de meeste positieve symptomen. CA+SZ patiënten verschilden echter van beide groepen door de aanwezigheid van aanzienlijk meer hallucinogene ervaringen. Ondanks substantiële overeenkomsten vertoonde elke groep patiënten een waarneembaar representatief symptoompatroon.</p>
<p>Taylor, C., Cooper, J. & Appleby, L. (1999).IS (c)</p>	<p>Onderzoek van standaard beoordelingsformulieren van 909 opeenvolgende patiënten van 16 jaar en ouder.</p>	<p>Onderzocht werd of een bekend verleden van <u>zwaar drinken</u> een nadelig effect had op de manier waarop eerstehulp personeel oordeelde over en omging met opzettelijke zelfverwonding.</p>	<p>Onderzoek bracht naar voren dat niet het alcoholgebruik zelf, maar risicofactoren die vaker voorkomen bij zware drinkers de grootste invloed hebben op het klinisch management. De resultaten wijzen erop dat van zware drinkers over het algemeen wordt ingeschat dat zij tot de risicogroep voor zelfmoord behoren en dat zij daarom als zodanig worden behandeld.</p> <p>Opleidingen voor personeel van eerstehulpafdelingen zouden er sterker de nadruk op moeten leggen dat alcohol een belangrijke, op zichzelf staande risicofactor voor zelfmoord is.</p>
<p>Wolfersdorf, M. (1997)</p>	<p>IS (c) Een groot aantal instellingen, variërend van telefonische noodhulpdiensten tot afdelingen voor crisisinterventie.</p>	<p>Inzicht krijgen in de onderliggende oorzaken van zelfmoord door het presenteren van modellen en hypothesen in combinatie met gegevens over de frequentie van bepaalde risicofactoren.</p>	<p>Het zelfmoordcijfer is nog altijd alarmerend hoog, met name bij risicogroepen zoals chronisch depressieve patiënten en verslaafden.</p> <p>Medici zouden te allen tijde rekening moeten houden met de afzonderlijke risicofactoren en risicogroepen.</p>

INTERESSANTE HANDBOEKEN EN ALGEMENE INLEIDINGEN

Brown, T. M., Scott, A. I. F. & Pullen, I. M. (1990). Crisis intervention. In T. M. Brown, A. I. F. Scott, I. M. Pullen (eds), Handbook of emergency psychiatry (pp. 147-155). London: Longman Group.

Doelstellingen en conclusies: Doel van dit hoofdstuk is de lezer te laten kennismaken met theorie en kenmerken van crisis en crisisinterventie, en met het crisisinterview. De schrijvers stellen zich bovendien ten doel het hele systeem effectiever met crises te laten omgaan.

Karakterisering: Dit hoofdstuk legt op eenvoudige, heldere en beknopte wijze uit wat de belangrijkste onderdelen zijn van zowel crisis als crisisinterventie. De theorie wordt onderbouwd met korte 'praktijkpunten'. De auteurs beoogden een praktisch en probleemgericht boek te schrijven voor mensen met weinig ervaring in eerste-hulp situaties. Zij hopen tevens dat hun praktische richtlijnen het zelfvertrouwen in noodsituaties vergroten. Tijdens het schrijven van de inleiding van dit literatuuronderzoek hebben wij veel gebruikgemaakt van dit boek.

Brown, T. M., Scott, A. I. F. & Pullen, I. M. (1990). Problem drinkers. In T. M. Brown, A. I. F. Scott, I. M. Pullen (eds), Handbook of emergency psychiatry (pp. 147-155). London: Longman Group.

Doelstellingen: Het onderstrepen van de talrijke manieren waarop alcohol een rol speelt en de specifieke complicaties van alcoholmisbruik in noodsituaties. Ook het illustreren van de medische, psychosociale en sociale gevolgen van het drinken van alcohol.

Karakterisering: Dit hoofdstuk legt op zeer eenvoudige, heldere en beknopte wijze uit hoe alcoholmisbruik uitwerkt op medisch, psychologisch en sociaal niveau, hoe het kan worden vastgesteld en - zeer in het kort - hoe de omgang met patiënten verloopt (bijvoorbeeld: doelen stellen, partner bij de behandeling betrekken en de behandeling van ontwenningverschijnselen). De theorie wordt onderbouwd met korte 'praktijkpunten'. Ook dit hoofdstuk is gebruikt tijdens het schrijven van de inleiding van dit literatuuronderzoek.

Brown, T. M., Scott, A. I. F. & Pullen, I. M. (1990). Drug-related problems. In T. M. Brown, A. I. F. Scott, I. M. Pullen (eds), Handbook of emergency psychiatry (pp. 147-155). London: Longman Group.

Doelstellingen en conclusies: Het doel van dit hoofdstuk is de kennis

te vergroten van de omgang met drugsgerelateerde problemen die zich vaak voordoen in noodsituaties.

Karakterisering: Dit hoofdstuk behandelt op eenvoudige, heldere en beknopte wijze de beoordeling van en complicaties bij drugsgebruik, door drugs veroorzaakte psychoses, en de omgang met overmatig drugsgebruik. De theorie wordt onderbouwd met korte 'praktijkpunten'. Dit hoofdstuk is eveneens gebruikt tijdens het schrijven van de inleiding van dit literatuuronderzoek.

Dattilio, F. M. & Freeman, A. (1994). Introduction. In F.M. Dattilio & A. Freeman (ed.) Cognitive-behavioural strategies in crisis intervention. New York, Guilford Press, pp.1-21.

Doelstellingen: Het presenteren van de theoretische en conceptuele basis en grondgedachte voor een cognitief-gedragstherapeutische opzet ten behoeve van crisisinterventie in het algemeen.

Karakterisering: Omschrijving van algemene crisisinterventie met een CBT-oriëntatie. Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de volgende onderwerpen: behandeling, crisispatiënten en crisisthema's die worden ondersteund door praktijkvoorbeelden over: vertrouwelijkheid, cognitief functioneren, rouwverwerking, premorbide persoonlijkheid, levensstijl, interesses, discrepantie tussen werkelijke en gevoelde moeilijkheden bij coping, obstakels voor het sterker maken van de patiënt, en drempels en kwetsbaarheid.

Conclusies: In dit hoofdstuk worden de verschillende stappen en therapeutische taken bij crisisinterventie besproken. Het is gericht op de cognitief-therapeutische benadering van crisisinterventie, die vijf stadia telt: (1) Ontwikkeling van een relatie met de patiënt en het opbouwen van een rapport. (2) Evaluatie van de ernst van de crisissituatie. (3) Opstellen van een lijst. (4) Ontwikkelen van een positief actieplan. (5) Het testen van ideeën en nieuwe gedragingen.

Hillard, J. R. (1990). Manual of Clinical Emergency Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press.

Doelstellingen: Dit handboek geeft uitgebreide en consistente richtlijnen voor de beoordeling en behandeling van psychiatrische crises en biedt klinisch bruikbare aanbevelingen voor diagnose en behandeling. Ook wordt de eerste hulp clinicus gewezen op controversiële terreinen van het klinisch management. Verder worden juridische en ethische problemen behandeld.

Conclusies: Het eerste deel van dit boek behandelt de algemene beginselen van spoeddiagnose en –behandeling bij crisisinterventie (geestelijke gesteldheid, fysieke en laboratoriumcontrole in combinatie met biologische, psychologische en sociale behandelmethoden alsmede juridische en ethische kwesties). Het tweede gedeelte van het boek is gericht op specifieke problemen zoals zelfmoord en geweld. In het bijzonder zijn van belang de hoofdstukken over alcoholisme (hfdst. 14) en drugsgebruik (hfdst. 15). (Zie de hoofdstukverwijzingen bij Gillling, P.)

Galanter, M. & Kleber, H. D. (1999). The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment (p. 177 & p. 548). Washington: American Psychiatric Press.

Doelstellingen: In dit tekstboek wordt zeer in het kort een crisisinterventie geschetst in het hoofdstuk over cannabis (p. 177) en opnieuw onder de 'Treatment Innovations' (p. 548-9) van het hoofdstuk over 'Substance abuse treatment under managed care: a provider perspective'.

Karakterisering: Zeer weinig, uitsluitend beschrijvende informatie over crisisinterventie.

Conclusies: Uit het eerste deel zou de conclusie kunnen worden getrokken dat veel verslaafden behandeling zoeken in reactie op een crisis, of die nu fysiek of emotioneel is, of een door drugs veroorzaakte paniekaanval. De clinicus zou in staat moeten zijn om te reageren met crisisinterventievaardigheden (beoordeling van zelfmoordneigingen, controleren op drugsgebruik, eventuele opname in een behandelcentrum of detoxificatie-afdeling, gericht zijn op de problemen die de crisis veroorzaakten enzovoort). Uit het tweede gedeelte zou kunnen worden geconcludeerd dat snelle toegang tot poliklinische crisisvoorzieningen, zoals persoonlijke evaluatie, poliklinische medische detoxificatie, en poliklinische psychiatrische interventie, de kans op een kostbare ziekenhuisopname verkleint.

Gilling, P. (1990). Alcohol. In J. R. Hillard (ed.), Manual of Clinical Emergency Psychiatry (pp. 193-205). Washington: American Psychiatric Press.

Doelstellingen: Het beschrijven en vaststellen van alcoholproblemen binnen de psychiatrische crisisopvang.

Karakterisering: Het is een beschrijvend en zeer algemeen hoofdstuk dat op theoretische wijze het volgende behandelt: vaststelling van

alcoholintoxicatie, diagnose van pathologische intoxicatie, ontweningsverschijnselen van alcohol en de juiste vorm van doorverwijzing. Bevat geen praktijkvoorbeelden.

Conclusies: Alcoholintoxicatie is de meest voorkomende oorzaak van acute veranderingen in de geestelijke gesteldheid. Hoe kan dit probleem worden vastgesteld in een psychiatrische noodsituatie?

Gilling, P. (1990). Drug Abuse. In J. R. Hillard (ed.), Manual of Clinical Emergency Psychiatry (pp. 207-227). Washington: American Psychiatric Press.

Doelstellingen: Het beschrijven van crisisdiagnose en –behandeling van patiënten die verdovende middelen gebruiken.

Karakterisering: Het is een beschrijvend en zeer algemeen hoofdstuk dat de volgende onderwerpen behandelt: eerste evaluatie, het omgaan met specifieke, door drugs veroorzaakte psychiatrische noodgevallen en verwijzingen voor verdere behandeling. Geen praktijkvoorbeelden.

Conclusie: Geen.

Newman, C. F. & Wright, F. D. (1994). Substance Abuse. In F.M. Dattilio & A. Freeman (ed.) Cognitive-behavioural strategies in crisis intervention. New York, Guilford Press, pp.119-136.

Doelstellingen: Dit hoofdstuk beoordeelt en bespreekt enkele van de meest voorkomende cruciale incidenten in de omgang met acute crises bij cliënten die verdovende middelen gebruiken. Ook is een verkorte versie opgenomen van een case study van de behandeling van een verslaafde cliënt die een crisis doormaakt.

Karakterisering: Dit hoofdstuk is de inleiding van het boek en beschrijft crisisinterventie bij drugsgebruikers met een CBT-oriëntatie, maar op een algemene en oppervlakkige wijze. Met enkele praktijkvoorbeelden.

Conclusies: Geeft advies aan therapeuten over het omgaan met de volgende crisissituaties: overdosis en zelfmoordneigingen, verlies van/verdwijnen uit huis, verlies van werk, onenigheid in en verlies van belangrijke persoonlijke relaties, medische noodgevallen en juridische crises.

Sajiv, J. (1997). Treatment of acute emergencies. In N. S. Miller, M. S., Gold, et al. (Ed.), Manual of therapeutics for addictions. (pp. 133-148). New York: Wiley-Liss.

Dit hoofdstuk gaat in op de manifestatie van en de omgang met ontwenings- en overdosiscrises als gevolg van drugs- en alcoholgebruik, een aantal complicaties van misbruik, en de schadelijke interactie tussen drugs, verslaving en medicatie. Het hoofdstuk bespreekt de behandeling van noodgevallen/crises als gevolg van de volgende drugs: alcohol, opiaten, stimulantia, kalmerings- en slaapmiddelen, phencyclidine, marihuana en hallucinogenen. Ook behandelt het onderwerpen die aan alcohol- en drugsgebruik gerelateerd zijn, waaronder zelfmoord en geweld.

RELEVANTE HANDBOEKEN EN ALGEMENE INLEIDINGEN

Bassuk, E. L. & Birk, A. W. (1984). Emergency Psychiatry: Concepts, methods, and practices. New York: Plenum Press.

Brinkman, F. & Berg, R. van den (1992). Crisishulpverlening. Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Clercq, M. de, Andreoli, A., Lamarre, S. & Forster, P. (1999). Emergency Psychiatry in a changing world. Verslag van het 5e Wereldcongres van de International Association for Emergency Psychiatry, Brussel, België, 15-17 oktober 1998.

Ewing, C. P. (1978). Crisis intervention as psychotherapy. New York: Oxford University Press.

Ferson, R., VanHoeck, K., Vermeiren, W. (1998). Handboek ambulante crisisinterventie: Methodiek en praktijk. Leuven: ACCO.

Gersons, B. P. R. (1986). Acute Psychiatrie. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Jenner, J. A. (1995). Directive interventies in de acute en sociale psychiatrie. Assen: Van Corcum & Comp.

