

Praktijkboek 'Crisisinterventie'

Deel 1: Achtergronden en principes:

Theoretisch model: SSKK-model

- Steun, Stress, Kracht, Kwetsbaarheid:

Crisissituaties vereisen veel vaardigheden van de behandelaar en voor crisissituaties zijn er geen protocollen. Vaak is er sprake van machteloosheid bij de behandelaar, je wordt onder druk gezet, er is sprake van weerstand bij de patiënt en vaak ernstige gecombineerde problematiek. Dat kan leiden tot de volgende reacties bij behandelaren: willekeurig handelen, apathie of fatalisme, formalisme.

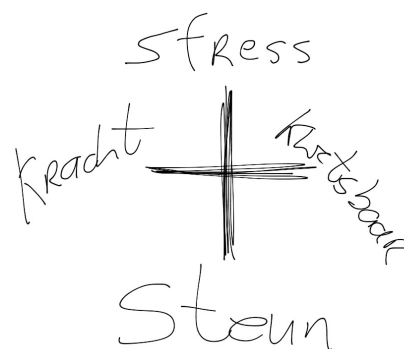
Juist op crisismomenten is het van groot belang systematisch te analyseren welke interventie steun en ruimte biedt. Daarbij moet er aandacht zijn voor de eigen hulpbronnen en oplossingsstrategieën vd patiënt.

Het succes van een interventie hangt af van:

- Relatie patiënt met hulpverlener
- Vertrouwen in hulpverlener

Aanbevelingen:

- Gebruik hulpbronnen en veranderingstheorie vd patiënt
- Focus op gerealiseerde veranderingen verbeteringen
- Benadruk aandeel vd patiënt zélf hierin
- Vraag geregeld feedback over beloop vd interventie



Algemene Principes:

Een crisis biedt kansen die zonder die druk er níet zouden zijn.

Definitie van 'Crisis':

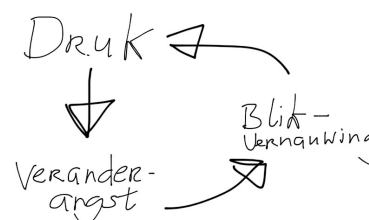
- Een crisis bestaat/ontstaat als de mogelijkheden (van een individu/groep) om een doel te bereiken uitgeput, geblokkeerd of ontoereikend zijn.

Drie belangrijke factoren die een rol spelen bij crisissituaties:

- Druk
- Veranderhuiver/angst
- Blikvernauwing

ad 'Druk':

- Verandering gewenst cq. geëist op zéér korte termijn (door aanmelder, betrokkene of naaste)!
- Hectische omstandigheden, beperkte tijd, heftige emoties.
- Vaak een korte termijnoplossing afwegen tegen lange termijnoplossing



ad 'Blikvernaauwing'

- Gefixeerd op probleem, niet meer 'vrij' kunnen denken
- Catastrofaal denken: als nú niet dán.....!!
- Overbetrokkenheid van hulpverleners (door schokkend verhaal), soms leidend tot 'meer-van-het-zelfde'-oplossingen.
- Taak vd crisis-manager:
 - Waar is men zo bang voor?
 - Waarom is het zo erg? Zo catastrofaal?
 - Is een andere ontwikkeling ook denkbaar? (Meegaan of confronteren??)

ad 'Verander-angst':

- Weerstand = Angst voor het onbekende, voor verandering.
- Systeem heeft neiging tot homeostase, tot zelfbescherming, tot bekende patronen.
- De vraag bij een crisis is dan ook: 'Help metéén, maar verander níks!!'
- Dat vereist dus zorgvuldig balanceren tussen veranderen en alles bij het oude laten.

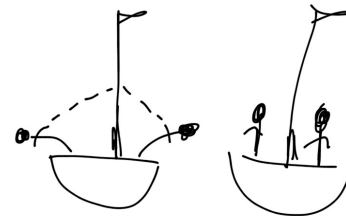
Crisis is besmettelijk: een dialectische benadering

De uitingen van het cliëntsysteem zijn vaak heel heftig. Pas op dat je als hulpverlener daar niet in meegezogen wordt. Er wordt grote druk op je uitgeoefend, dat betekent ook een grote verantwoordelijkheid.

Er is een voortdurende interactie tussen patiënt, 'de crisis' en de hulpverlener. Een mooi beeld is een bootje dat dobbert en aan beide zijden hangt iemand overboord.

De dialectische benadering houdt in dat de interventie (door de hulpverlener) gericht is op, bedoeld is voor zowel patiënt als behandelaar/hulpverlener.

De allerbelangrijkst vraag daarbij is: 'Wat is buiten beschouwing gebleven, dat ons zou kunnen helpen cq. ons begrip zou kunnen vergroten?'



Probleemdefinitie bij crisis:

- Als er een medische reden is voor acuut ingrijpen: dan de verantwoordelijkheid overnemen. In alle andere gevallen de verantwoordelijkheid mooi bij de patiënt laten....
- Probleem en persoon loskoppelen => probleem externaliseren => 'het piekeren houdt u uit de slaap', 'de last die iemand veroorzaakt' (dat impliceert dat er twee betrokkenen zijn in het probleem... en niet dat er één persoon het probleem is) of 'waar verleidt het voortdurende geruzie u toe'
- Probleemformulering vd patiënt staat centraal, niet die vd professional.
- Het is belangrijk, maar lastig en soms ondankbaar om de probleemdager te benoemen, vooral als het niet degene is die het veroorzaakt (denk aan thuiszorg-personeel die zeggen 'zo kan het niet langer'... of familie die de druk/probleem ervaren vd psychose of suicidaliteit vd patiënt)
- Niet altijd is de patiënt (de enige) probleemdager (degene die de overlast vd situatie het meest ervaart). Machteloos toe moeten kijken (van familie bv) is óók een probleem.....
- Een goede probleemdefinitie helpt zowel de patiënt, de familie als de hulpverlener. Hij haalt onproductieve druk weg bij iedereen.

- Samengevat: Probleem, druk, urgentie kunnen leiden tot verwarring over het probleem(dragerschap). Dat leidt op zijn beurt tot gebrekkige definiëring van verantwoordelijkheden, rollen, posities resulterend in een herhaling van zetten. Daarom is een zorgvuldige probleemdefiniëring zo belangrijk.

Hypothese-vorming om blikvernaauwing te voorkomen:

- Positivistisch perspectief (medisch-psychiatrische bril): Onderzoek naar biologische, cognitieve en gedragsmatige factoren als veroorzakers van ziekte/leed.
 - => de expert formuleert een diagnose, vertelt wat de oorzaak is en hoe de behandeling/oplossing er uit ziet cq. schrijft die voor. (Causaliteit en controle).
- Postmodern perspectief: een probleem wordt vooral bepaald door de betekenis die de betrokkene er aan toekent. Behandeling behelst vooral het vinden van andere betekenissen die heilzamer zijn. Er is geen (verborgen) 'waarheid' die door de therapeut/dokter gevonden dient te worden. Er is in strikte zin géén sprake van pathologie.
 - => verschillende sporen mogelijk:

Verschillen tussen de twee perspectieven:

- Positivistisch: logisch, medisch, diagnostisch: hier staan cognitie, controle en causaliteit centraal.
- Post modern: geen absolute waarheid, iedere verklaring telt/mag, als ie maar helpt of werkt.
 - Verschillende sporen mogelijk:
 - Coalities en (terugkerende) interactiepatronen in gezin/familie
 - Loyaliteiten en oud zeer
 - Overtuigingen en ervaringen
 - Hier staan contingentie en consensus centraal.

Een goede post-moderne interventie is wel degelijk gebaseerd op logische analyse en systematische aanpak. Maar de toetsing is altijd achteraf....

- Interpretatie: de gegeven feiten, observaties zijn op meerdere manieren op te vatten
- Hypothese: zijn altijd speculatief, doel is de blik vd client (in crisis) te verruimen, de proef op de som zit id interventie! Een hypothese dient een aanknopingspunt voor verandering te bieden!
- Doelstelling: prioriteren vd verschillende doelstellingen, veelal gaan korte termijn doelen voor.
- Interventie: plaats feiten en observaties in een positief kader (positief heretiketteren), deel de hypothese en stel veranderingen voor. Het is van belang om systematisch te werk te gaan: Het is een cyclisch proces, steeds terugkerende feedback-lussen, met steeds weer bijstellen vd hypothese, de doelen en de interventie.

De noodzaak van systeemgericht werken:

- De direct betrokkenen kunnen belangrijke informatie geven.
- Systeem informeren en steunen helpt uitputting te voorkomen.
- Systeem moet meewerken, anders verandert er niks....
- Omgeving van belang voor directe en praktische steun.

Er is ook evidence dat het beter werkt.... Ook morele rechten voor familie/betrokkenen.

Dilemma vd privacy:

De wet op de privacy gebied ons de wensen vd client te respecteren, terwijl we als hulpverlener soms denken dat het beter is de familie cq. naasten wél (volledig) op de hoogte te brengen. Hoe ga je om met dit dilemma???

De volgende richtlijnen/adviezen worden gegeven:

- Als de patiënt geen toestemming geeft en er is geen direct gevaar => paar gesprekken er voor uit trekken de patiënt te overtuigen cq. de tijd te geven.
- Is er wél gevaar, dan overrulen we (openlijk) de wil vd patiënt en nodigen we de naasten uit voor een gesprek met de patiënt er ook bij.....
- Wees heel helder in wat er wél en níet met de familie gecommuniceerd zal worden, overleg dat evt. tevoren.

Uitzonderingen hierop:

- Als de naaste de patiënt mishandelt.
- Als de familie cq. naaste niet in staat is enige bijdrage te leveren (bv door verstandelijke beperking).

Deel 2: Intervenieren:

De context vd aanmelding:

De GGZ-instelling:

- Groot, log, gespecialiseerd, tussenpersoon/telefoniste, etc

De beller: een patiënt, een naast of een professional?

- Een patiënt: Vele variabelen die aanmelding beïnvloeden: de emotionele toestand, een psychiatrische stoornis, de verstandelijke/communicatieve vermogens, de cultuurverschillen.
- Een naaste: Privacy, autonomie, weet de patiënt ervan? Luistert die mee? Kan hij niet zelf ad telefoon komen?
- Een professional: Kan ook geëmotioneerd zijn, of klem zitten en dus ín de crisis beland zijn. Huisartsen willen vaak liever een psychiater om te overleggen dan een SPV-er.

Attitude bij aanmeldgesprek:

Bijna alle verwijzingen dmv 'verwijzer' (HA, politie, hulpverlener). Eerste punt van aandacht is: hoe staat de verwijzer er in? Is de verwijzer zélf óók in crisis? zo ja, dan oppassen:

- De verwijzer heeft het moeilijk, maar lijdt ook aan blikvernauwing en veranderangst. Dit kan besmettelijk zijn.... Vereist heel nauwkeurig manoeuvreren.....
- Geen mogelijkheid om rustig een aantal opties door te nemen....
- Maar tóch gewoon de lijst met standaardvragen langslopen al zal de verwijzer dat misschien lastig vinden..... Tóch doen!! In het belang vd patiënt!!

Het vraagt dus de nodige tact om enerzijds alle informatie te verzamelen en tegelijk het gevoel te geven dat je wat zult gaan doen....

(Mooie parallel in deze is het doen van telefonische consulten op de HAP: soms wordt iets als heel acuut/crisis aangekondigd... Hoe ga je dan te werk, Bij POB of hartkloppingen....)

Een ander lastig aspect is: néé kunnen verkopen... Sommige problemen zijn niet (door een crisismedewerker) op te lossen, sommige eisen zijn écht onredelijk.... Verwijzen of overleg zijn dan 2 manieren om het 'néé' te versluieren.....

Structuur aanmeldgesprek:

- Informatie verzamelen
- Steun en medewerking toezeggen
- Hulpvraag ontrafelen

Ad Informatie verzamelen:

- Om wie gaat het, woont hij in werkgebied, is patiënt wellicht al bekend, etc (kost tijd, maar kan in 2e instantie een hoop gedoe besparen).
- Wie is het, wat is bekend, diagnoses, medicatie, etc (net als bij de somatiek).
- Begin open, maar vervolg met gerichte vragen. Gebruik gestructureerde vragenlijst, dan vergeet je niks.
- Vraag naar herkomst informatie, naasten? Wie, wanneer? Recent? Oud?
Doorvragen, heel concreet en precies.
- Agressie, gevaar, somatiek, etc?

Ad Steun en medewerking toezeggen:

- Zodra de basale informatie er is: zeggen dat de beller ah juiste adres is, dat het heel goed is dat hij belt en toezeggen dat je bereid bent te helpen..... Dat opent de deur naar de uitgebreidere hulpvraag verkenning.

Ad Hulpvraag ontrafelen:

- Wat vraagt/verwacht de aanmelder? Reële verwachting?
- Moeten we probleem/crisis overnemen? Of is consultatie voldoende?
- In overleg met aanmelder dit afspreken.

Afspraak maken:

Waar, wanneer en met wie spreken we af?

- Plaats hangt mede af overwegingen op betrekkningsnivo:
 - Wie is en blijft hoofdbehandelaar? Zn op praktijk vd hoofdbehandelaar.
 - Neigt de patiënt tot afhankelijkheid? Dan laten komen....
 - De patiënt naar de instelling laten komen geeft ook het signaal af: U kunt zelf in actie komen en een begin maken met het oplossen vd crisis. (Denk aan pseudocroup of ontroostbaar huilende kinderen: als mensen naar de post komen is het vaak al over, door de koude lucht cq. afleiding)
 - Maar niet aarzelen zn huisbezoek te brengen.
- Ook het tijdstip is afhankelijk van een aantal overwegingen op betrekkningsnivo:
 - Chronische recidiverende problemen hoeven zelden onmiddellijk gezien te worden.
 - Hierbij is het van belang de onderhandelingsruimte te onderzoeken....
- Aanmelder, behandelaar, familie, naasten: overweeg goed wei je er wel en niet bij wilt hebben.
- Veiligheid: Zorg voor de veiligheid, laat iemand evt. bewaken door de politie, laat een naaste er bij blijven, de verantwoordelijkheid ligt bij de aanmelder, todat je er zelf bent.

Het 'Consulentschap - Consultverlener:

Realiseer je dat in het algemeen:

- Een crisis niet een volstrekt op zichzelf staand iets is... Het komt voort uit, past bij, hoort bij (een aandoening/probleem en) een bepaald behandelverloop.
- De aanmelder kan dus op (tenminste) 2 manieren betrokken zijn:
 - aanbrengrer/melder vd crisis
 - de (falende) behandelaar
- Niet alleen de diagnose, maar óók het verloop van de behandeling, de behandelsituatie, de hulpvraag van belang zijn
- Rang, discipline, hiërarchie etc een rol spelen bij (het al dan niet geaccepteerd worden als) consultverlener.

De consultvrager is de probleemdruager:

- Maar soms willen ze alléén maar zo snel mogelijk er van af....
- Daarom is het belangrijk uit te zoeken, samen vast te stellen wat de consultvrager nodig heeft, wat hij wil....
- Het is daarom erg belangrijk goed aan te sluiten, evt. 'judo' toe te passen, vertrouwen te krijgen om te kunnen samenwerken.

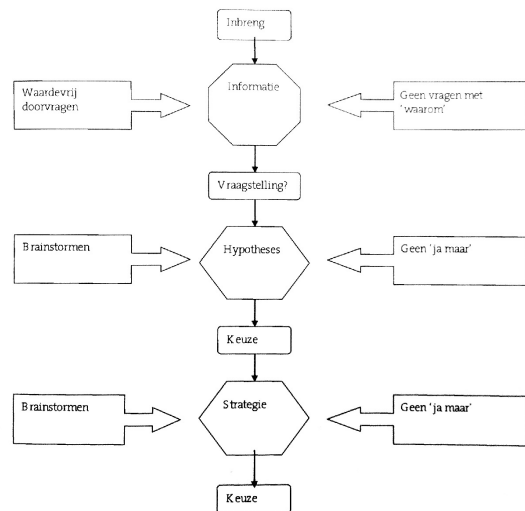
Crisis past (op de een of andere manier) in de lopende behandeling:

- Soms is er een heel duidelijke aanleiding voor: vakantie van hulpverlener, medicatieverandering, belangrijke/pijnlijke momenten in de behandeling
- Soms is een crisis gewoon nodig: de noodzaak tot veranderen wordt in alle hevigheid zichtbaar.

Taak/rol vd consultverlener:

- Belangrijk taak is: de gedachtengang cq. werkwijze structureren en daarmee de (mogelijke) blikvernauwing van de consultvrager opheffen.
- Eerst informatie verzamelen: waardevrij.
- Dan hypothese vormen, liefst meerdere en deze tegen elkaar afwegen. Geen ja, maar! Brainstormen dus, samen.
- Strategie bedenken hoe de hypothese aan te pakken, de interventie toetst de houdbaarheid cq. effectiviteit vd hypothese.....

Figuur 3.1 Gespreksmodel consultatie



Het drie-stappen-model:

Stap 1: Organiseren van een systeem/familie-beraad

Stap 2: Probleeminventarisatie

Stap 3: Hypothese-vorming en doelen stellen

Ad stap 1: Organiseren van een systeem/familie-beraad

- Betrek het natuurlijke steunsysteem erbij, maak daartoe eerste en netwerk-analyse
- Bel actief, nodig uit, geef aan dat hun aanwezigheid van groot belang is, patiënt voelt zich vaak alleen en onbegrepen.
- De essentie is: Jij (de hulpverlener) hebt ze hard nodig om deze crisis op te kunnen lossen. Benadruk de crisis (= patiënt voelt zich gehoord), maak er écht een crisis van.
- Vraag jezelf wel tevoren goed af wat je van ze wil, waar je ze voor nodig hebt. Ga niet in op oplossingen maar benadruk de noodzaak van aanwezigheid.
- Vaak zijn er ambivalente gevoelens bij patiënt en naasten

Kortom.

- 1 Zorg dat u zelf degene aan de telefoon krijgt die u wilt uitnodigen.
 - 2 Zeg wie u bent en wat de aanleiding is van uw telefoontje
 - 3 Geef tijd voor verwerking van uw mededeling en het geven van een reactie
 - 4 Geef uitleg maar gebruik 'gewone' taal, geen psychiatrische etiketten of diagnoses.
 - 5 Geef geen uitgebreide uitleg over ziektebeelden aan de telefoon.
 - 6 Ga niet in op direct voorgestelde oplossingen voor het probleem, verwijst hiervoor naar het geplande gesprek
 - 7 Toon begrip en respect, maar houd het kort.
- Het motto is: houd de handen vrij en het kruut droog.

Stap 2: Probleeminventarisatie

- Komt neer op de 4 'W-tjes':
 - Wat is er aan de hand?
 - Wat is er al geprobeerd?
 - Wat moet er nú gebeuren?
 - Wat te doen als dat niet werkt?
- Als hulpverlener werken van principe 'Meervoudige gerichte partijdigheid'.
- De 4e 'W' is bedoeld om de haalbaarheid van de 3e 'W' niet ter discussie te stellen maar een alternatief scenario klaar te hebben liggen.

Stap 3: Hypothese-vorming en doelen stellen

- De hypothese is bedoeld om het (aangemelde) probleem begrijpelijk en verklaarbaar te maken.
- Het stoelt op concrete informatie en concrete observaties.
- Mbt de te stellen doelen:
 - Korte termijn doelen: aanpakken van het aangemelde probleem
 - Langere termijn doelen: aanpakken wat tot het probleem geleid heeft.
- Voorbeelden hiervan:
 - Bij psychose en suicidaliteit: korte termijn: IBS en medicatie langere termijn: afspraak psychiater
 - Bij psychosociale crisis: Korte termijn: afleiding zoeken in sport en langere termijn: afspraak bij Stadsbank voor schulden.

De interventie:

- Beoordeling:
 - Door psychiater: Gevaar: +/-? Oordeelsbekwaam: +/-? Medicatie: +/-?
- Behandeling/Start interventie:
 - Zie onderstaand schema:
 - 1 Benoemen van de 'dramatische lading' ('Het gaat niet goed met je.').
 - 2 Blijk geven van medeleven ('Je zit klem').
 - 3 Vaststellen concrete gegevens ('Je hebt je studie gestopt, enzovoort.').
 - 4 Krachtige en positieve elementen noemen of heretiketteren ('Je bent aardig, je hebt power.').
 - 5 Veranderperspectief introduceren ('Het kan beter met je gaan als je medicijnen gebruikt.').
 - 6 Advies geven ('Neem deze pil in.').
- Cave: Als beoordelaar en behandelaar kun je conflicterende belangen en rollen hebben.
 - De beoordelaar geeft soms een vervelende boodschap (u zoon is schizofreen, uw vader is niet toerekeningsvatbaar, dit probleem bestaat wrsch. al jaren, etc) die men liever niet hoort en die schuldgevoel kunnen oproepen bij de naasten.
 - De behandelaar moet juist de naasten meekrijgen in zijn aanpak, moet een bondje met ze kunnen sluiten, naast ze kunnen gaan staan, meeleven.
 - Als je het weet en goed kunt scheiden en benoemen kun je deze rollen (soms) combineren. Maar het is vaak beter om ze te scheiden en te verdelen voor twee hulpverleners.
- Timing vd interventie: Wil de patiënt wel wat???
 - Denk aan concept van 'bezoekers, klagers en klanten'...
 - Denk aan de fases van gedragsverandering uit de Motiverende gespreksvoering...