

# Dubbele diagnose in de crisisdienst

“water naar de zee dragen  
of complexe zorg die om  
deskundigheid vraagt”



Studiemiddag NVSPV 15 mei 2003

# Dubbele problematiek in de crisisdienst

- Tineke Posthuma
- 3e jrs. GGZ-VS
- D.D. problematiek
- Geïntegreerde zorg



Goedemiddag,

Ik ben Tineke Posthuma, ik ben werkzaam bij het circuit verslavingszorg van Parnassia in Den Haag. Ik heb veel affiniteit met dubbele diagnose problematiek in de verslavingszorg en in de psychiatrie.

In 2001 ben ik begonnen met de opleiding verpleegkundig specialist in de geestelijke gezondheidszorg. Met als doel mijn bagage te vergroten om een bijdrage te kunnen leveren aan wat men nu vaak geïntegreerde zorg noemt voor de dubbele diagnose patiënten.

Onder geïntegreerde zorg wordt verstaan dat er nauwe samenwerkingsverbanden bestaan tussen een psychiatrie-instelling en een verslavingszorgkliniek met als doel naadloze zorg te verlenen t.a.v. psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. Geïntegreerde zorg gaat er vanuit dat beiden probleemgebieden worden aangepakt in de kliniek waar de patiënt zich aanmeldt en er van elkaars deskundigheid gebruik gemaakt wordt bij de behandeling. Soms kan de patiënt bepaalde behandelmodules volgen bij de andere instelling of kan er gebruik gemaakt worden van wederzijdse collegiale consultatie op het gebied van advies, medebehandeling en / of deskundigheidsbevordering t.a.v. verslavingsproblematiek in de psychiatrie of psychiatrische problematiek in de verslavingszorg. Is sommige gevallen kan het een (tijdelijke) overplaatsing betekenen naar de andere instelling.

# De zorg voor d.d. patiënten

- Jaren een probleem
- Veel onderzoek
- Cijfers slecht vergelijkbaar
- Verschillende methoden en populaties



De zorg voor dubbele diagnose patiënten vormt al jaren een probleem zowel in de psychiatrie als in de verslavingszorg. Er is al veel onderzoek naar gedaan maar de wetenschappelijke gegevens die hierover bekend zijn geven echter maar een beperkt inzicht op het probleem omdat alle onderzoekers andere populaties, andere instrumenten en andere methoden gebruiken zodat cijfers maar slecht verkrijgbaar zijn gebleken. Toch is er wel iets over te zeggen:

# Prevalentie van misbruik en afhankelijkheid van middelen

- Alg. bevolking 16%
- Psych.stoornis 29%
- Schizofrenie 47%
- Bipolair 56%



“Aan middelen gebonden stoornissen gaan vaak samen met ernstige psychiatrische stoornissen. Volgens een grootschalig onderzoek in Amerika blijkt dat de prevalentie van misbruik en afhankelijkheid van middelen binnen de algemene bevolking 16% bedraagt. Voor mensen met een psychiatrische stoornis komt dit uit op 29%. Personen met een ernstige psychiatrische stoornis lopen nog meer risico om tevens verslavingsproblemen te ontwikkelen. Bij schizofrenie is dit 47% en bij een bipolaire stoornis zelfs 56% (Regier et al., 1990).

# Schatting Nederlandse situatie

- 20 – 50% van de GGZ populatie kampt met verslavingsprobl.
- 60 – 80% van de cliënten in de verslavingszorg kampen met psych.probl.



Er zijn schattingen voor de Nederlandse situatie gedaan door het Trimbos instituut (Rooijen, 2001). Deze schattingen laten zien dat 20 tot 50% van de GGZ populatie kampt met verslavingsproblemen en 60 tot 80% van de patiënten in de verslavingzorg met psychiatrische problemen. Stoornissen door het gebruik van middelen bij patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis worden vaak over het hoofd gezien en hierdoor ondergediagnosticeerd (Ananth et al., 1990, Shaner et al., 1993).

Als gevolg hiervan wordt er binnen de behandeling onvoldoende rekening gehouden met dit middelengebruik. Inadequate diagnostiek kan leiden tot een onjuiste behandeling. Wanneer het middelengebruik niet binnen de behandeling wordt meegenomen kan dit leiden tot slechtere resultaten, zoals terugval en heropnames (Drake et al., 1998), meer dak- en thuislozen (Caton et al., 1994), geweld (Lindqvist en Allebeck, 1989) en in algemene zin grotere psychologische - en economische kosten (Bartels et al., 1993, Safer, 1987, Shaner et al., 1995).”

# Geen nieuwe diagnose

- Hulpverleners-probleem
- Paradigma verschuiving
- Acceptatie
- Adequate hulp
- Onmacht
- Weinig aanbod



Het dubbele diagnose probleem is voor alles een hulpverlenerprobleem. Om te kunnen omgaan met het fenomeen van de dubbele diagnose problematiek is een paradigma verschuiving nodig in het denken van behandelaars in de psychiatrie en in de verslavingszorg. Acceptatie van de problematiek is een stap in de goede richting. In de crisisdienst kan daartoe een goede aanzet gegeven worden. Een kenmerk van de dubbele diagnose patiënt is dat hij vaak op de verkeerde momenten bij de verkeerde personen en op de verkeerde wijze om hulp vraagt. Een hulpverlener in de crisisdienst krijgt daarmee te maken en moet zich hiervan bewust zijn en kunnen voorzien dat de onhandige, vaak afstotende manier van hulp zoeken ook een serieuze noodkreet kan betekenen die adequate hulp verdient. Wat vaak gebeurt is dat de patiënt om hulp vraagt op een wijze die de hulpverlener in de war brengt en een persoonlijk appèl op hem doet. Voor werkers in de crisisdienst is dit geen onbekend fenomeen maar wanneer een patiënt daarnaast verslaafd of dronken is roept dat vaak een bepaalde weerstand op bij de hulpverlener. Een gevoel die niet te maken heeft met de oprechte wens de patiënt te helpen. Het gaat daarbij om half bewuste en half onbewuste gevoelens. Het is niet zo dat de hulpverlener een hekel heeft aan de dubbele diagnose patiënt. Bij dubbele diagnose problematiek wordt dit gevoel vaak veroorzaakt door onmacht. Vooral in situaties waar geen IBS criteria zijn, heeft de hulpverlening nog zo weinig aanbod voor de dubbele diagnose patiënt. Het gevolg daarvan is dat de crisisdienst soms uren aan het onderhandelen is om een patiënt, voor bijvoorbeeld een time-out, op een afdeling te plaatsen. Want in de psychiatrie wil men de patiënt niet vanwege de verslaving en in de verslavingszorg willen ze de patiënt niet vanwege de psychiatrische stoornis.

# Wat is een crisis

- Tijdelijke situatie
- Binnen en netwerk
- Hulp door direct betrokkenen
- Symptomen van tijdelijke aard
- Minimale hulp, maximaal effect



Voor de dubbele diagnose patiënt zijn de dezelfde criteria van een crisis van toepassing net als bij elke andere patiënt:

- Het is een tijdelijk gebeuren en dus een in de tijd beperkt proces.
- Een crisis vindt plaatst binnen een netwerk van personen.
- Hulp en steun komen van directe betrokkenen in dit netwerk. (bij verslaafden, ook vaak vanuit de dienstverlening zoals EHBO's van ziekenhuizen, of politiebureau's)
- Optredende (psychiatrische) symptomen tijdens de crisis zijn vaak van tijdelijke aard en staan in directe relatie tot de crisissituatie.
- Tijdens de crisis is een minimum aan hulp voldoende voor een maximum aan effect.

# Bejegening van de patient

- Aanspreekbaarheid
- Hulpvraag
- Serieus en respectvol
- Hulpvraag losweken van de verslavingsproblematiek



Ik heb niet de pretentie dat alle patiënten, met een dubbele diagnose in de crisisdienst komen, te helpen zijn. Het kan wel veel beter dan dat wij het nu doen.

Het belangrijkste is dat wanneer een patiënt onder invloed is, te wachten totdat hij weer goed aanspreekbaar is. Dat is bij elke patiënt zo, maar wanneer iemand onder invloed is willen instanties (politie, EHBO) de patiënt zo snel mogelijk weer kwijt. En wordt de crisisdienst vaak onder druk gezet om snel te komen en te handelen. Als de crisisdienst zijn werk goed wil doen dan moet de patiënt de gelegenheid krijgen om zijn verhaal te kunnen doen.

Alle patiënten, ook de dubbele diagnose patiënt of verslaafde, hebben recht op een serieuze en respectvolle bejegening. Dit is de eerste aanzet tot een succesvolle crisisreductie, laat de patiënt zijn verhaal doen en luister er naar.

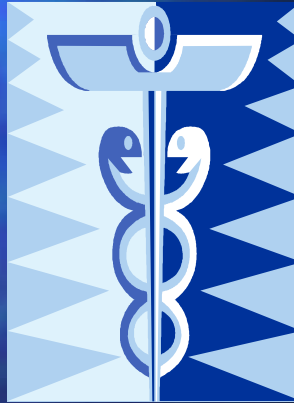
Probeer er achter te komen waarom de crisisdienst ingeschakeld werd. De psychiatrische patiënt is mogelijk al jaren verslaafd: "wat is dan de reden dat er nu op dit moment een crisis is?" Door te luisteren en door te vragen is het mogelijk om de hulpvraag los te weken van de verslavingsproblematiek.

Was er al sprake van bepaalde problematiek voordat het middelengebruik begon of zijn de problemen juist begonnen door het middelengebruik. Dit is belangrijke informatie omdat het iets zegt over de insteek van een eventuele behandeling.



# Basishouding

- Respectvol
- Patiënt is verantwoordelijk
- Acceptatie
- Empathie
- Samenwerking



Omdat mensen met een alcohol en / of drugsprobleem nogal eens geconfronteerd worden met een afwachtende, confronterende en / of moraliserende houding van een hulpverlener, waarbij deze er vanuit gaat dat de patiënt niet gemotiveerd is voor veranderingen roept dit weerstand op bij de patiënt tegen de hulpverlening.

Een hulpverlener in de crisisdienst dient zich hiervan bewust te zijn en zijn strategie hierop aanpassen door te letten op zijn basishouding en zijn wijze van vraagstelling.

Een vertrouwenwekkende houding uit zich door:

- Een respectvolle benadering
- De patiënt zien als een verantwoordelijke volwassene
- Onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt
- Oprechte empathie
- En samenwerking met de patiënt (de patiënt weet nl. zelf vaak heel goed wat hij wel of beslist niet nodig heeft)

# Persoonsgericht

- Zelfwaardering
- Zelfredzaamheid
- Sociale vaardigheden

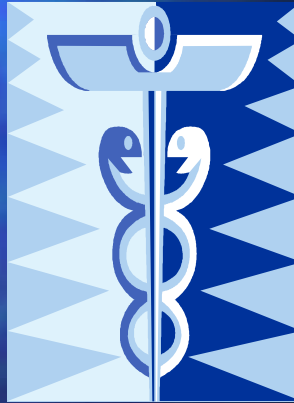


De benadering is persoonsgericht en de hulpverlener zal een beroep doen op:

- Het gevoel van zelfwaardering van de patiënt
- De zelfredzaamheid van de patiënt
- De sociale vaardigheden van de patiënt.

# Gericht op gezond gedrag

- Open vragen
- Reflecteren
- Samenvatten
- Concretiseren
- Positief heretiketteren
- Advocaat van de duivel
- Relevante informatie



Om te voorkomen dat voorgaande op een te directe wijze gebeurd kan de hulpverlener, vanuit zijn basishouding, de patiënt te uitlokken tot het doen van uitspraken op het gebied van gezond gedrag, door:

- Open vragen te stellen (vraag naar wat iemand ergens van weet of vindt)
- Reflecteren (uitspraken van de patiënt herhalen stimuleert tot door vertellen)
- Samenvatten (geeft structuur aan het verhaal)
- Concretiseren (om een helder beeld te krijgen van de situatie)
- Positief heretiketteren (niet gewenste uitspraken in een andere context plaatsen voorkomt dat de patiënt steeds meer van deze uitspraken doet)
- Advocaat van de duivel spelen (door soms enige “provocerende” vragen te stellen of opmerkingen zal de patiënt de hulpverlener gaan overtuigen dat hij echt iets aan zijn problemen moet gaan doen).
- Goede en objectieve informatie verschaffen (over bijv. relatie tussen de klachten en gebruik) Het is opmerkelijk dat dubbele diagnose patiënten weinig weten over de negatieve effecten van een verslaving.

# De crisisdienst

- Werken in koppels
- De melding
- Vooronderzoek
- Verwijzer
- Cliënt
- Beraad
- Interventie



Bij Parnassia werkt de crisisdienst altijd in koppels. Een arts en een verpleegkundige. In het “Stedelijk bureau” wachten zij op de meldingen. De meldingen worden door een telefoniste aangenomen en aan het koppel doorgegeven.

Het koppel neemt de melding aan en doet vooronderzoek.

1. Wie is de verwijzer?
2. Is het een bekende patiënt, en zo ja welke informatie hebben wij en kunnen wij nog krijgen?

Vervolgens wordt de verwijzer benaderd om de situatie aan het koppel uit te leggen. Van belang zijn de volgende feiten:

1. Is er een huisarts bij de patiënt langs geweest voor een (somatische) beoordeling?
2. Zijn somatische problemen uitgesloten?
3. Is er sprake van een acute situatie en zo ja waaruit blijkt dat dan?
4. Zijn er gevaarscriteria? Voor de patiënt en / of hulpverlener.
5. Is er sprake van middelengebruik (misbruik)?
6. Weet de patiënt dat de crisisdienst wordt in geschakeld?

Als de crisisdienst en de verwijzer het eens zijn over de ernst van de crisis en de tot dan toe ondernomen interventies dan neemt de crisisdienst contact op met de patiënt waarin het volgende aan de orde komt.

1. De patiënt krijgt gelegenheid zijn verhaal te doen.

2. Wanneer de patiënt zijn of haar gevoelens of problemen voldoende geventileerd heeft zal iemand van het koppel doorvragen om het probleem duidelijk te krijgen. Men wil weten wat er nu precies aan de hand is.
3. Wanneer het koppel denkt te weten wat er aan de hand is, wordt gevraagd welke hulp de patiënt denkt nodig te hebben.
4. Het koppel maakt afspraken met de patiënt, vertelt dat het wil overleggen en maakt een afspraak dat de patiënt binnen een half uur wordt terug gebeld.

Met de verkregen informatie zal het koppel zich eerst beraden. Eventueel wordt de psychiater die achterwacht heeft ingeschakeld, de opname functionaris kan worden benaderd of er een bepaalde plaats vrij is. Als het koppel een plan van aanpak heeft dan wordt de patiënt terug gebeld en gaat het koppel in de meeste gevallen op bezoek bij de patiënt en probeert een zo charmant mogelijke oplossing te vinden om de crisis het hoofd te bieden.

In veel gevallen kan een crisissituatie tot tevredenheid van de patiënt en de hulpverlener worden aangepakt. Vooral als het gaat om een zuivere psychiatrische stoornis. De komst van het crisisdienstkoppel kan een crisisreducerende interventie zijn. Maar dat treffen we niet altijd, vaak is er drank - of drugsgebruik in het spel of er is geen harde psychiatrische stoornis aanwezig. Soms is er sprake van een sociaal probleem of een huisvestingsprobleem. En dan wordt het veel moeilijker om tot een goede oplossing te komen waar alle partijen tevreden over zijn. Vooral bij dubbele diagnose patiënten en verslaafden kan dat een groot probleem zijn omdat zij vaak geen netwerk hebben om op terug te vallen.

Hoe herkennen we de dubbele diagnose patiënt? En welke hulp bieden we de dubbele diagnose patiënt?

Dit is heel moeilijk zomaar even één, twee, drie te zeggen.

Wanneer men de algemene regels van crisisinterventie hanteert. En men in staat is neutraal te kijken naar de situatie waarin de patiënt op dat moment verkeert dan wordt er al een eerste goede stap gedaan in de richting van goede zorg voor de dubbele diagnose patiënt. (dan heb ik het niet over het eventuele plaatsingsprobleem dat mogelijk daarop zal volgen).

Dubbele diagnose is geen nieuwe ziekte of diagnose. We hebben er al jaren mee te maken. Alleen wordt er in deze tijd een andere aanpak verwacht in de hulpverlening. De medische literatuur is er heel duidelijk over: "Middelengebruik en middelenmisbruik verslechteren de prognose van de psychiatrische aandoening en een psychiatrische aandoening kan het gebruik van middelen doen toenemen".

Als adequate hulp uitblijft, is het niet meer duidelijk welk probleem het eerste was, maar komt een patiënt in een vicieuze cirkel terecht waarin hij alleen maar slechter wordt en er op eigen kracht geen verbetering in kan brengen.

# Is er veel verschil???

- Niet in de werkwijze
- Wel in de acceptatie
- Kennisgebrek
- Deskundigheid
- Praktische hulp



Op zich verschilt de hulp niet van alle andere crisisinterventies. Het is belangrijk dat de hulpverlener in de crisisdienst is staat is om aan middelengebruik niet gelijk een voor de patiënt negatief oordeel te plakken. Blijf neutraal en beoordeel de actuele crisis van dat moment. Bevooroordeelning heeft te maken met onwetendheid of kennisgebrek. Om neutraal te kunnen zijn is het raadzaam dat verpleegkundigen en spv'n zeker in de crisisdienst aan deskundigheidsbevordering doen op het gebied van dubbele diagnose problematiek en verslavingsproblematiek. Daar kom ik later nog op terug.

Net als bij alle patiënten is het bij dubbele diagnose patiënten van belang dat de patiënt zijn verhaal mag doen. Zijn leed kan vertellen van dat moment en een hulpvraag mag hebben zonder dat dit door een negatief vooroordeel van een hulpverlener minder serieus genomen wordt dan het verhaal van de nette dame die zich suïcidaal uit en een hoop zorg oproept.

Door actief naar het verhaal van de dubbele diagnose patiënt te luisteren. Door respect te tonen en door het aanbieden van praktische hulp kan houvast gegeven worden aan een dobberend bestaan waarbij de patiënt tot nu toe steeds van het kastje naar de muur gestuurd is. Waardoor het vertrouwen, door de dubbele diagnose patiënt, in de hulpverlening steeds minder wordt.

# Dubbele diagnose in de praktijk

- Crisis anamnese
- Bewust van effect van de middelen
- Verslavingsgedrag
- Herkenning problematiek
- Start behandeltraject



Als een verpleegkundige in de crisisdienst een crisisanamnese maakt zal zij zich ervan bewust moeten zijn dat een verslavende stof andere medicaties kan tegenwerken en / of versterken. Medische onderzoeken kunnen worden bemoeilijkt door acuut gebruik en / of afkicken. Bij vermoeden van een verslaving en / of dagelijks gebruik van verslavende stoffen moeten zij doorvragen en doordenken. Zeker als de persoon in kwestie zelf aangeeft verslavende middelen te gebruiken, moet men stilstaan bij de consequenties die dit kan hebben voor de medische, psychiatrische en verpleegkundigezorg. Het stilzwijgen van middelengebruik geeft alleen maar problemen voor de patiënten. Verpleegkundigen vergeten door het verslavingsgedrag van een verslaafde patiënt nogal eens dat verslaafden gewone mensen zijn die normale gevoelens van angst, onzekerheid en dergelijke kunnen hebben. (loth ea, 1999).

Herkennen van dubbele problematiek is in de crisisdienst van belang. Wanneer een patiënt zich meldt bij de crisisdienst is veelal het behandeltraject begonnen. Een goede verpleegkundige diagnose die alle aspecten van het gedrag, sociaal functioneren, lichamelijk klachten, psychiatrische klachten en middelengebruik bevat is van belang voor de goede insteek in het behandeltraject.

# Behandelaanbod

- Crisisbed Alcohol
- Crisisbed Drugs
- Gesloten opname afd.
- Open opname afd.
- D.D. Kliniek
- Spoedzorg
- Regulier ambulant



Parnassia beschikt over de volgende mogelijkheden om dubbele diagnose patiënten in crisis te plaatsen. Het voordeel is dat de psychiatrie en verslavingszorg gefuseerd zijn. Op het gebied van ontschotting binnen de instelling is nog veel werk te verrichten. Daar wordt hard aan gewerkt.

**Een crisisbed alcohol.** Die gebruikt wordt voor patiënten om hun roes uit te slapen en waarbij geen direct levensgevaar dreigt, maar waarbij het ook niet raadzaam is de patiënt thuis te laten. Een crisisbed is op vrijwillige basis. Vanaf het crisisbed kan de patiënt op vrijwillige basis ook op de detox-afdeling worden opgenomen.

Het zelfde geldt voor het **crisisbed Drugs**.

**Gesloten opname:** Daar plaatsen wij dubbele diagnose patiënten waarbij het gevaar voor eigen leven in het geding is. Deze patiënten krijgen een IBS als zij zich niet vrijwillig laten opnemen. Eigenlijk is de interventie dan niet verschillend met die van de niet verslaafde suïcidale patiënt die door overmatig alcoholgebruik labiel is en wilsonbekwaam geacht wordt.

**Open opname:** Een dubbele diagnose patiënt kan op deze afdeling worden opgenomen als de crisis duidelijk van psychiatrische aard is en er afspraken gemaakt kunnen worden over het middelengebruik. Middelengebruik is op deze afdeling een contra-indicatie tijdens de behandeling. Er wordt tijdens de behandeling helaas nauwelijks aandacht aan het middelengebruik besteedt.



### **De dubbele diagnose kliniek:**

De dubbele diagnose kliniek is er voor drugsverslaafden waarbij tevens sprake is een ernstige psychiatrische stoornis. Als er sprake is van een crisissituatie is het mogelijk dat een patiënt direct daar kan worden opgenomen.

Helaas is de dubbele diagnose kliniek er alleen nog maar voor drugspatiënten. Het is een zeer volledig programma die de patiënt begeleidt van de voordeur tot de achterdeur, een resocialisatie traject en nazorg.

### ***Spoedzorg psychiatrie en spoedzorg verslavingszorg***

Het circuitverslavingszorg en volwassenenzorg in de psychiatrie kennen spoedzorg. Wanneer de crisisdienst een opname niet noodzakelijk vindt, of als de patiënt niet wil worden opgenomen maar er is toch wel sprake van ernstige problematiek zonder direct levensgevaar dan wordt de patiënt doorverwezen naar spoedzorg. Afhankelijk van de problematiek die op dat moment actueel is kiest de crisisdienst voor spoedzorg verslavingszorg of spoedzorg psychiatrie. De patiënt wordt dan direct de volgende dag benaderd door een hulpverlener voor een herbeoordeling en het uitzetten van een behandeltraject. Dit kan telefonisch zijn, maar ook Out reachend.

### **Reguliere ambulante behandeling voor de psychiatrie en de verslavingszorg:**

In veel gevallen is de komst van de crisisdienst al een crisisreducerende interventie en soms is opname of vervolgbehandeling niet noodzakelijk. Als er toch wel sprake is van een enigszins zorgvragende situatie kan de patiënt voor een reguliere ambulante behandeling worden aangemeld. Ook hier bij is de klacht die op de voorgrond staat van belang. Maar over het algemeen wordt bij meer dan normaal drankgebruik en / of regelmatig drugsgebruik eerst naar het verslavingscircuit verwezen. Daar wordt de aard en de ernst van de verslaving beoordeeld. Dit zal uiteindelijk bepalend zijn voor waar de patiënt het behandeltraject zal in gaan.

# Afspraken

- Sociale pensions
- Politie
- EHBO's
- Ambulance dienst
- Samenwerking dokters avond en weekenddienst



Voor een goede communicatie met maatschappelijke en dienstverlenende instellingen zijn er door de crisisdienst van Parnassia verschillende afspraken gemaakt met:

1. De sociale pensions
2. De Politie
3. De EHBO's
4. De ambulancedienst
5. En sinds kort is er een intensieve samenwerking met de doktersnacht en weekenddienst.

Het belang van de verschillende afspraken is dat in crisissituaties de communicatie vaak paniekerig en moeilijk verloopt. Men verwacht direct hulp. Wanneer de crisisdienst constateert dat er geen sprake is van psychiatrie dan ontstaat er onvrede en onbegrip. Het gebeurt vaak dat deze onvrede en het onbegrip een eigen leven gaan leiden. We ontvangen dan meldingen van een instantie op een toon van: "jullie zullen wel weer niets willen doen maar.....". Dat is natuurlijk niet zo want elke melding wordt serieus genomen en zorgvuldig uitgevraagd. Maar het doorvragen wordt door een geïrriteerde melder weer opgepikt als: "Ze geloven me niet". Dit kan weer leiden tot allerlei lastige niet terzake doende discussies die niets meer met de melding te maken hebben.

Daarom is het van belang om in gesprek te blijven met de verschillende instanties en uitleg te geven over de werkwijze van de crisisdienst en waarom bepaalde beslissingen genomen worden. Waarom de crisisdienst niet klakkeloos naar iedere melding toe gaat. Hoe het komt dat het soms zo lang duurt eer de

crisisdienst eindelijk aanwezig is, en dat even wachten soms ook positieve effecten kan hebben in een crisissituatie.

Bovendien geven een aantal medewerkers cursussen over veiligheid en hoe de medewerkers van de crisisdienst hun werk zo veilig mogelijk kunnen uitvoeren en waarom er dan bepaalde afspraken nodig zijn.

Een voorbeeld. Het is een regel dat de politie die het koppel van de crisisdienst naar het cellenblok begeleidt zijn wapen af doet. Dit is een regel die ook bij de politie geldt maar die regelmatig overtreden wordt. Het is een keer voor gekomen dat een patiënt het wapen uit de holster haalde en het koppel en de agent bedreigde.

De politie weet nu, dat wanneer hij zijn wapen niet aflegt bij het betreden van het cellenblok de verpleegkundige of de arts van het crisisdienstkoppel hem zal verzoeken om dit wel te doen.

Vroeger had dit als gevolg dat de politie bozig deed, en een rare opmerking maakte van: "zijn jullie bang of zo", of: "wat doen we weer moeilijk". Nu door de betere communicatie over en weer hoeft deze vraag nauwelijks meer gesteld te worden en blijkt het toch nodig dan is het antwoord: "o ja, sorry".

Een andere belangrijke ontwikkeling is de samenwerking met de doktersnacht en weekenddienst. Vroeger was er veel onvrede over en weer. De crisisdienst wilde dat er eerst een huisarts ging kijken wanneer er een melding binnen kwam. De huisarts had het druk en als hij telefonisch kon constateren dat er geen somatische problematiek aanwezig was dan was zijn mening dat de crisisdienst maar naar de melding moest gaan. De crisisdienst had het ook druk en zo ontstonden er dan weer vervelende discussies die eigenlijk niets meer te maken hebben met de patiënt in crisis maar meer over verantwoordelijkheden.

Dit is nu niet meer nodig. Parnassia en de doktersnacht en weekenddienst zijn een samenwerking aangegaan. Parnassia levert op bepaalde tijden een SPV of een ervaren crisisdienst verpleegkundige die geen dienst heeft in de crisisdienst maar bij de doktersnachtdienst op bepaalde tijden.

Deze verpleegkundige ziet de patiënt als eerste, zij zit op de post van de doktersnachtdienst en ontvangt daar de patiënten die zich melden met een crisis of zij neemt telefonische contact op met patiënten die zich telefonisch melden met een crisis bij de doktersnachtdienst. De taak van de verpleegkundige is om te beoordelen wie zorg gaat verlenen. Dat kan de huisarts zijn wanneer zij denkt dat de klacht ook door somatische aandoeningen veroorzaakt kan zijn. Of de crisisdienst zijn wanneer zij denkt dat er sprake is van harde psychiatrie in de thuissituatie. Zij doet zelf aan crisisinterventie bij de patiënten die instaat, zijn om zelf naar doktersnachtdienst post toe te komen.

De verpleegkundige werkt onder de verantwoordelijkheid van de arts die dienst heeft bij de crisisdienst en overlegt gemaakte beslissingen met deze arts. De crisisdienst arts kan dus ook besluiten de patiënt zelf te willen zien.

Herhalende informatieve contacten met de verschillende instanties is belangrijk voor het begrip over en weer voor elkaars werkwijzen. Met de ambulance dienst is bijvoorbeeld afgesproken dat een ritje voor een patiënt met een IBS altijd spoed is en zijn er afspraken gemaakt over het op tijd toedienen van sederende medicatie om er voor te zorgen dat het ambulance personeel zijn werk ook goed kan uitvoeren. Met de sociale pensions wordt de eis van eerst moet een huisarts de beoordeling gedaan hebben wat soepeler opgevat als iemand van de medische dienst een crisis meldt. Dan wordt de situatie telefonische uitgevraagd en kan de crisisdienst besluiten langs te gaan zonder tussenkomst van een huisarts. Soms wordt geadviseerd toch eerst langs een EHBO te gaan en evt. later nog eens te bellen.

# Deskundigheidsbevordering

- Scholing
- Specialisatie
- Ervaring
- Collegiale consultatie
- Samenwerkingsverbanden.
- Leren van de cliënt zelf.



Het is al benoemd, dubbele diagnose problematiek is geen nieuwe ziekte, het is een hulpverlenerprobleem. Jarelang heeft de hulpverlening, in de psychiatrie en in de verslavingszorg de ogen gesloten voor co-morbiditeit van middelengebruik en een psychiatrische stoornis. Dit is geen specifiek onderwerp voor een SPV in de crisisdienst, maar dit geldt voor alle behandelaren in de GGZ.

Het gevoel van “water naar de zee dragen” bij patiënten met een dubbele diagnose komt voort uit onmacht en onwetendheid hoe om te gaan met de problematiek. Het gaat om een hoge complexiteit van problemen die een benadering vraagt waarvoor nog onvoldoende middelen tot onze beschikking staan.

Het is noodzakelijk dat in de medische en verpleegkundige opleidingen voldoende aandacht besteed wordt aan verslaving en dubbele diagnose problematiek (loth, 1999).

De nationale gezondheidsraad zegt in een adviesrapport hierover onder andere: “Dat het vanzelfsprekend moet zijn dat hulpverleners die een beroep uitoefenen dat valt onder de Wet BIG adequaat voor hun specifieke taak zijn opgeleid. Dit zelfde geldt voor alle andere medewerkers die met verlaafde patiënten in aanraking komen.”

Ik noem dit omdat SPV'n in de crisisdienst zovaak een voordeurfunctie vervullen. Een goede observatie en diagnostiek die alle aspecten van de problematiek van een patiënt in crisis behelst is noodzakelijk.

Verandering in denken en bevoordeling ten aanzien van de verslaafde patiënt is noodzakelijk en scholing op het gebied van verslavingsproblematiek en dubbele diagnose problematiek is een must.

En wat natuurlijk in de crisisdienst heel belangrijk is, voldoende behandelaanbod voor de dubbele diagnose patiënt zodat men niet onnodig uren kwijt is om de patiënt met dubbele problematiek te kunnen plaatsen.

## Gelegenheid tot vragenstellen



## Literatuurverwijzing.

1. Bartels, S.J., G.B. Teague, R.E. Drake, P.W. Bush, D.L. Noordsy; 1993; *Substance abuse in schizophrenia: Service utilization en costs*; Journal of Nervous and Mental Disease, 181, 227-232
2. Drake R.E., M.F. Brunette; 1998; *Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders*; In Calander, M., ed.; *Recent developments in alcoholism*; vol 14, The consequences of alcohol; Plenum Press, 285-200; New York.
3. Geerlings P.J., W. v.d. Brink; 1995; *Verslaving en psychiatrische co-morbiditeit*; Handboek verslaving; Bohn Stafleu, Van Lochem; Deventer.
4. Gersons B.P.R.; 19 ; *Acute Psychiatrie*; Van Loghum Slaterus ; Deventer.
5. Gezondheidsraad; 2002; *Medicamenteuze interventies bij drugsverslaving*; Health Counsel of the Netherlands.
6. Jonge M. de; 1999; *Balanceren op de grenzen van de hulpverlening*; uit: *Dubbel en Dwars*; Stichting ambulante verslavingszorg; Groningen.
7. Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging; 2001; *herregistratie van basisverpleegkundigen: een literatuurstudie*; LCVV; Utrecht.
8. Lindqvist P., P. Allebeck; 1989; *Schizophrenia an assaultive behavior, The role of alcohol and drugs*; Acta Psychiatrica, 82, 191 – 195.
9. Loth C, R. Rutten, Huson-Anbeek, Linde L.; 1999; *Verslaving en de verpleegkundige praktijk*; Elsevier /De Tijdstroom; Maarsen.
10. Nes J.C. v.; 1999; *Klinische behandeling van drugsverslaafden met een psychiatrische stoornis*; Handboek verslaving.
11. Nes van H; V. Hendriks; 2003; *Brede intensieve zorg voor patiënten met ernstige dubbele problematiek*; Parnassia; Den Haag
12. Noorlander E.A.; 1999; *Waar zitten nu eigenlijk de knelpunten*; uit: *Dubbel en Dwars*; Stichting ambulante verslavingszorg; Groningen.
13. Regier, D.A., M.E. Farmer, D.S. Rae, B.Z. Locke, S.J. Keith, L.L.. Judd, T.F. Goodwin; 1990; *Comordity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*; Result from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study; Journal of the American Medical Association; 21, 2511-2518
14. Rooijen M. van; 2000; *Dubbele diagnose kliniek: zendingswerk*; Psy (14, 24 – 29)
15. Shaner, A., T.A. Eckman, L.J. Roberts, J.N. Wilkins, D.E. Tucker, J.W. Tsuang, J. Mintz; 1995; *Disability income, cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenia cocaine abusers*; New England Journal of Medicine, 333, 777 – 783.
16. Shaner, A., M. Khalsa, L.Roberts, J. Wilkins, D. Anglin, S. Hsieh; 1993; *Unrecognized cocaine use among schizophrenia patients*; American Journal of Psychiatry, 150, 758 - 762
17. Stel J. v.d.; 2001; *Geïntegreerde zorg voor mensen met een psychiatrische en een verslavingsdiagnose*; De Geestgronden.