
MEDIAAN

Het effect van Non-Suicide Contracten op suïcidaal gedrag

Jolanda Stobbe, SPV, Ouderen en crisisdienst, RIAGG Rijnmond Zuid

Recente cijfers uit de praktijk van de crisisdienst van RIAGG Rijnmond Zuid in Rotterdam, tonen aan dat 35,5% van de contacten uit suïcidebeoordelingen bestaan. 73% van deze patiënten wordt na dit contact ambulant behandeld. Naar voren kwam dat met deze patiënten vervolgsafspraken werden gemaakt, al dan niet met non-suicide afspraken.

Binnen de dagelijkse praktijk valt op dat non-suicide afspraken ad-hoc gebruikt lijken te worden. Theoretische onderbouwing of richtlijnen lijken niet aanwezig te zijn. Deze bevindingen hebben geleid tot een literatuurstudie waarin de volgende vraagstelling centraal staat:

Wordt suïciderisico gereduceerd als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen gebruik maken van non-suicide contracten bij de begeleiding van suïcidale patiënten?

Om deze vraag te beantwoorden wordt ingegaan op theoretische achtergronden van het non-suicide contract (NSC) en worden aanwezige wetenschappelijke onderzoeken geanalyseerd.

Het non-suicide contract

Een NSC is een mondelinge of schriftelijke overeenkomst tussen de suïcidale patiënt en de hulpverlener. Het wordt gebruikt als hulpmiddel om suïcidaal en zelfdestructief gedrag te voorkomen (Kleespies et al 2000, Shea 2002). Het is een therapeutische interventie dat onderdeel uitmaakt van een behandelproces. In dit proces worden verantwoordelijkheden, (praktische) mogelijkheden en doelen omschreven die anticiperen op een mogelijke suïcidepoging vanuit een crisissituatie (Kleespies et al 2000, Drew 2001, Shea 2002). De patiënt moet bij contractlegging bereid zijn de overeenkomst met zichzelf aan te gaan, de patiënt wordt zo (mede)verantwoordelijk gemaakt voor de behandeling (Mothersole 1997, Range et al 2002).

Voordat een NSC opgesteld wordt moet eerst het suïciderisico worden ingeschat. De ernst van het suïciderisico bepaald of er al dan niet wordt overgegaan tot het opstellen van een contract. Daarnaast moet ingeschat worden in hoeverre de patiënt competent is om een verbintenis aan te gaan. Dit houdt in dat beoordeeld wordt in hoeverre de patiënt in staat wordt geacht om een beslissing te nemen over de aangebode behandel mogelijkheden. Het gaat naast autonomie en het recht hebben om een eigen keuze te maken, ook om het kunnen begrijpen, overzien en inschatten van eigen risico's en mogelijkheden. Het hebben van bepaalde psychiatrische ziekten kan de mate van competentie beïnvloeden. Als een suïcidale patiënt ambulant behandeld wordt, mag men er van uitgegaan dat de patiënt in staat geacht wordt afspraken na te komen (Jenner 1992). Een algemeen geldende norm is dat een NSC nooit onder drang of dwang afgesproken mag worden.

Non-suicide contracten vanuit verpleegkundig perspectief

Volgens McCloskey et al (2002) is het maken van non-suicide afspraken een verpleegkundige interventie bij suicidepreventie. Het NSC wordt hier gezien als een belangrijke interventie om de suïcidale crisis onder controle te krijgen.

Wordt er specifiek gekeken naar het gebruik van NSC door verpleegkundigen in de Nederlandse praktijk, dan zijn er twee kwalitatieve onderzoeken gevonden over verpleegkundigen en omgang met suïcidale patiënten. Het NSC komt hierbij zijdelings aan bod.

Uit een onderzoek door Brunenberg e.a. (1996) bij opgenomen suïcidale patiënten blijkt dat met 35% van deze patiënten afspraken waren gemaakt. Deze afspraken gingen over omgang met suïcidaal gedrag. De vorm en inhoud van deze afspraken werd niet inzichtelijk. Sporadisch werd er gebruik gemaakt van het NSC (Brunenberg et al 1996).

Broers et al (2000) hebben kwalitatief onderzoek gedaan onder verpleegkundigen die suïcidale patiënten begeleidden. Zij constateerden dat het NSC werd gehanteerd, doch exacte cijfers werden niet duidelijk. Het NSC werd door verpleegkundigen gebruikt om veiligheid aan patiënten te bieden en werd gebruikt in het kader van een crisisplan, maar niet als een opzichzelfstaande interventie (Broers et al 2000).

Uit een kwalitatief onderzoek onder psychiatrische verpleegkundigen in Nieuw Zeeland bleek dat deze interventie werd gebruikt om (juridische) bescherming te krijgen, verantwoordelijkheid bij henzelf weg te halen, of om angst en stress te reduceren. Ook bleek dat verpleegkundigen gebruik maakten van het NSC omdat andere interventies ontbraken. Deze interventie werd zonder enige vorm van scholing gebruikt. Daarnaast bleek de interventie voornamelijk ad-hoc gebruikt te worden (Farrow 2002). Opvallend was dat verpleegkundigen niet op de hoogte bleken van het ontbreken van evidence rondom de effecten van het contract. Daarnaast bleken ze niet op de hoogte van de juridische ongeldigheid van het NSC (Farrow 2002). Naar voren kwam dat verpleegkundigen zich zeer verantwoordelijk voelden voor de veiligheid van de patiënt. Dit zorgde regelmatig voor een hoog stressniveau (Farrow 2002). Nadeel van dit onderzoek is dat de geïnterviewde verpleegkundigen in één en dezelfde stad werkzaam waren en het aantal geïnterviewde verpleegkundigen niet omschreven was.

Non-suicide contracten vanuit patiënt perspectief

Davis et al (2002) hebben de ervaringen van 153 opgenomen suïcidale patiënten met NSC in kaart gebracht. Conclusie was dat de onderzochte patiëntengroep overwegend positief tegenover het gebruik van NSC stond. De meerderheid van de patiënten beleefden het maken van non-suicide afspraken als werkzaam en als steunend. Het zorgde daarnaast voor vermindering van chaos en verwarring. Sceptisch stonden ze tegenover het idee dat het contract suïcidegedachten zou verminderen. Kritiek op dit onderzoek is dat het NSC gehanteerd werd naast andere therapievormen waardoor de werkelijke invloed van het contract niet duidelijk wordt. Ook kunnen de uitkomsten niet gegeneraliseerd worden naar ambulante patiënten gezien het verschil in behandelmogelijkheden (Davis et al 2002).

Buelow et al (2001) onderzochten 112 scholieren met suïcidaal gedrag die gebruik maakten van NSC. De studenten gaven aan dat angst voor de dood, een verandering in de levenssituatie, sterkere copingtechnieken en de relatie met de therapeut er mede voor zorgden dat zij geen suïcide pleegden. Het non-suicide contract werd als minst behulpzaam genoemd (Buelow et al 2001).

Farrow et al (2003) constateerde dat patiënten een druk ervaren om in te stemmen met het NSC. Patiënten bleken niet altijd op de hoogte te zijn van

alternatieve behandeling. Daarnaast bleek dat patiënten geen nee durfden zeggen omdat ze bang waren voor mogelijke consequenties.

Voordelen van gebruik van non-suïcide contracten

Het gebruik van NSC kan leiden tot het reduceren van angst bij zowel de hulpverlener als de patiënt. Angstreductie kan zorgen dat contact met de patiënt beter verloopt (Range et al 2002). Als angstreductie het doel op zich wordt, werkt dit nadelig omdat angst het contact juist kan verstoren (Farrow 2002). Een ander voordeel is dat de patiënten meer controle over hun gevoel en gedrag kunnen krijgen, door de afspraken specifiek op de patiënt af te stemmen (Range et al 2002).

Het NSC verhoogt de kans op open communicatie over suïcidaliteit, dit leidt tot verdieping van therapeutisch contact. De patiënt voelt zich hierdoor vaker serieus genomen (Jenner 1992, Range et al 2002).

Nadelen van gebruik van non-suïcide contracten

Patiënten kunnen zich klemgezet voelen omdat de verantwoordelijkheden voor het slagen van de behandeling bij hen neergelegd wordt. Hierdoor kan afstand in de therapeutische relatie kan ontstaan wat juist risico verhogend kan werken (Range et al 2002, Farrow et al 2003). Daarnaast kan het de hulpverlener een gevoel van (schijn) veiligheid geven omdat ze blindelings op de belofte van de patiënt vertrouwen (Jenner 1992, Farrow 2000, Weiss 2001). Volgens Range et al (2002) kunnen patiënten het gevoel hebben juist niet open over hun suïcidegedachten te kunnen spreken. Zij beschouwen de afspraak als het niet mogen denken aan suïcide, waardoor er remming ontstaat om open over het onderwerp te spreken. Ook kan dwang of drang in de therapeutische relatie een rol gaan spelen, wat een ongunstige invloed heeft op de therapeutische relatie (Farrow et al 2003). Wensen van patiënten worden in het contract soms genegeerd dit heeft een negatief effect op de motivatie van de patiënt (Mothersole 1997, Weiss 2001, Farrow 2002). Een ander gevaar is dat de hulpverlener teveel focus legt bij het contract in plaats van bij de therapeutische relatie waardoor ze het contact met de patiënt dreigen te verliezen (Jenner 1992, Weiss 2001, Range et al 2002).

Uit de omschreven voor- en nadelen blijkt hoe complex het proces is om af te wegen in welk geval er al dan niet veilig gebruik kan worden gemaakt van NSC.

Onderzoekresultaten

Kroll (2000) heeft via een schriftelijke enquête 267 psychiaters gevraagd of ze gebruik maken van NSC en wat hun ervaring hiermee is. Uit deze enquête bleek dat 57% van de onderzochte psychiaters NSC hanteerden. Negenentwintig procent hanteerde bij alle suïcidale patiënten een contract omdat zij er vanuit gingen dat NSC behulpzaam zou zijn. De meerderheid maakte gebruik van verbale NSC. Van de psychiaters die gebruik maakten van NSC bleek bij 41%, ondanks het gebruik van NSC, dat patiënten suïcide pleegden of een suïcidepoging ondernamen (Kroll 2000). Er bleek geen bewijs is dat het contract preventief werkt (Kroll 2000).

Drew (2001) heeft onderzocht of NSC invloed heeft op zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag van opgenomen psychiatrische patiënten. Conclusie is dat er een empirische relatie bestaat tussen zelfdestructief gedrag en contracthantering, doch contracthantering lijkt geen veroorzakende rol te spelen. Vermoeden hierbij is dat verpleegkundigen geneigd zijn om NSC te hanteren bij patiënten met een hoog suïciderisico. Dit verklaart volgens de auteur de gevonden relatie. Uit dit onderzoek kwamen aanwijzingen naar voren dat het waarschijnlijk is dat consistentie in de verpleegkundige zorg voor vermindering van het suïciderisico zorgt. De onderzoeker adviseert om het accent van preventief suïcide onderzoek

te richten op de relatie tussen verpleegkundige en de patiënt. Daarnaast zouden verpleegkundige interventies bij suïcidale patiënten onderzocht moeten worden. Dit omdat verpleegkundigen het dichtst bij de patiënt staan en deze het meeste zien. Hierdoor spelen zij een belangrijke rol in het evalueren van suïcidaal gedrag (Drew 2001).

Het minimale aantal onderzoeken dat aan bod is gekomen, laat zien dat onderzoek naar het effect van NSC op suïcidaal gedrag schaars is.

Conclusie

Er is geen evident bewijs dat suïciderisico afneemt als NSC worden gehanteerd. De geformuleerde vraagstelling kan hierdoor niet worden bevestigd of ontkracht. Onderzoek naar effecten van het NSC op suïcidaal gedrag is schaars. NSC worden in de praktijk, als onderdeel van een behandelproces, frequent door verpleegkundigen gebruikt. Het doel is om suïcidaal en zelfdestructief gedrag te voorkomen. Of er overgegaan wordt op het gebruik van een NSC hangt af van de ernst van het suïciderisico en de competentie van de patiënt om afspraken te maken (Jenner 1992, Weiss 2001, Range et al 2001). Verpleegkundigen leren in de praktijk het NSC te gebruiken zonder dat er scholing aan te pas lijkt te komen (Farrow 2002).

Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van het NSC in bepaalde gevallen een negatieve invloed kunnen hebben op de behandeling van suïcidale gedrag (Farrow 2000, Range et al 2002). Deze aanwijzingen tonen aan dat de afweging in welk geval er gebruik gemaakt kan worden van NSC zeer belangrijk is.

Aanbevelingen

Verder onderzoek naar het effect en het gebruik van het NSC is noodzakelijk, dit omdat het in de praktijk frequent als interventie wordt toegepast zonder dat het effect empirisch duidelijk is.

Het artikel is een samenvatting van een literatuurstudie gemaakt in het kader van de opleiding tot Master of Sciences in Nursing.

Reacties naar: j.stobbe@planet.nl

Literatuur

- Broers, E., Weeghel, J. van (2000) *Afzien van suïcide: hoe verpleegkundige suïcidale mensen begeleiden*: Trimbos Instituut in samenwerking met Bohn Stafleu Van Loghem: Houten.
- Brunenberg, W., Kruijts, S., Schnabel, P. (1991) *Doodsoorzaak: Suïcide*: NcGv in samenwerking met Bohn Stafleu Van Loghem: Houten.
- Brunenberg, W., Bijl, R. (1996) *Een ongewenst einde*: NcGv: Utrecht.
- Buelow, G., Range, L.M. (2001) No-Suicide Contracts among college students: *Death Studies*: Vol.25: 583-592.
- Davis, S.E., Williams, I.S., Hays, L.W. (2002) Psychiatric Inpatients Perceptions of Written No-Suicide Agreements: An Exploratory Study: *Suicide and Life-Threatening Behaviour*: Vol.32: No.1: 51-66.
- Drew, B.L. (1999) No-suicide contracts to prevent suicidal behaviour in inpatient psychiatric settings: *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*: Vol.5: 23-28.
- Drew, B.L. (2001) Self-harm behaviour and No-suicide contracting in psychiatric inpatient settings: *Archives of Psychiatric nursing*: Vol.15: No.3: 99-106.

- Farrow, T.L. (2000) No suicide contracts are potentially dangerous: *Kai Tiaki Nursing New Zealand*: Vol.6 No.9: 3-4.
- Farrow, T.L. (2002) Owning their expertise: Why nurses use no-suicide contracts rather than their own assessments: *International Journal of Mental Health Nursing*: Vol.11: 214-219.
- Farrow, T. L. (2003) No suicide contracts in community crisis situations: a conceptual analysis: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*: Vol.10: 199-202.
- Farrow, T.L., O'Brien, A.J. (2003) No-suicide Contracts and Informed Consent: an analysis of ethical issues: *Nursing Ethics*: Vol.10: No.2: 199-207.
- Jenner, J.A. (1992) Het non-suicide contract: een vormkeus: *Tijdschrift voor Psychiatrie*: Vol.34: No.1: 54-58.
- Kleespies, P.M., Dettmer, E.L. (2000) An Evidence-based Approach to Evaluating and Managing Suicidal Emergencies: *Journal of Clinical Psychology*: Vol. 56: No.9: 1109-1130.
- Kroll, J. (2000) Use of No-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota: *American Journal of Psychiatry*: Vol. 157: No.10: 1684-1686.
- McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. (2002) *Verpleegkundige interventies*: Elsevier Gezondheidszorg: Maarssen (NIC).
- Mothersole, G. (1996) Existential realities and no-suicide contracts: *International Transactional Analysis Association*: Vol.26: No.2: 151-159.
- Mothersole, G. (1997) *Contracts and Harmful Behaviour* in: Sills, C. Ed. (1997) *Contracts in Counselling*: Sage Publications: London.
- Range, L.M., Campbell, C., Kovac, S.H., Jones, M.M., Aldridge, H., Kogos, S., Crump, Y. (2002) No-suicide Contracts: an overview and recommendations: *Death Studies*: vol.26: 51-74.
- Shea, S.C. (2002) *The Practical Art of Suicide Assessment, A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counsellors*: John Wiley & Sons: USA.
- Weiss, A. (2001) The No-suicide Contract: Possibilities and Pitfalls: *American Journal of Psychotherapy*: Vol.55: No.3: 414-419.
- Interne rapportage RIAGG Rijnmond Zuid over cijfers in de Acute Dienst (juni 2004)

Crisis en de wijk

Crisisinterventie: familie en maatschappelijk steunsysteem onmisbaar in de hulpverlening

Michel van Dijk, SPV en journalist

Het is een druk jubileumjaar voor de NVSPV. De studiemiddagen rijgen zich in een lange rij aan elkaar. Woensdag 29 september was het de beurt aan de MGZ-opleiding van de Hogeschool van Amsterdam, of zoals de opleiding sinds kort heet: de 'AMC School of Nursing'.

Het zal vast geen toeval zijn dat de hoofdstedelijke opleiding koos voor het thema 'Crisis in de wijk'. In de oude en minder oude wijken van Amsterdam, van Bos en Lommer tot Indische Buurt, en van De Pijp tot Bijlmer, gaat een grote groep mensen schuil met ernstig psychiatrische problemen. In het dit voorjaar verschenen rapport Noodgedwongen van de Gezondheidsraad kwam aan het licht dat 24.000 mensen kampen met psychiatrische problemen, zonder dat zij daarvoor adequate hulp zoeken. Bij een derde van hen is regelmatig sprake van acute nood vanwege psychiatrische en sociale problemen. Veel van deze zorgwekkende zorgmijders leven in de meer of minder verpauperde wijken van de grote steden.

De crisis kan dus alleen maar bestreden worden door de wijken in te trekken, was

de boodschap van de Amsterdams studiemiddag. Aandacht voor de oude wijken begint al tijdens de opleiding, benadrukt Ivonne van der Padt, hoofd opleidingen en SP-redactielid, en eerste spreekster tijdens de studiemiddag. Dat gaat niet vanzelf. Opleiding, studenten gezondheidszorg moeten hierop voorbereid zijn. Zo dient er een aparte SPV-opleiding te blijven bestaan, ook al wordt de subsidie daarvoor stopgezet. Een HBO-V opleiding met een sausje psychiatrie is in haar ogen volstrekt onvoldoende. De toekomst lijkt eerder voorbehouden aan een duale SPV-opleiding, met werkende studenten die een schat aan ervaringen meenemen naar de opleiding.

De opleiding dient ervoor te zorgen dat aankomende SPV'en zich niet beperken tot de aangemelde cliënt, maar getraind worden in outreachend werk, met oog voor alle praktische problemen, en werkend volgens een systeemgerichte aanpak. Een crisis vindt immers altijd plaats in een systeem, een context, een buurt. Het lijken vanzelfsprekende sociaal-psychiatrische principes, maar het risico dat opleiding en hulpverlening niet uit hun bureaustoel vandaan komen is volgens Van der Padt levensgroot. Ze leest de laatste column van Paul Hemels (zie de vorige SP, juli 2004) voor om te accentueren wat dan kan gebeuren. Een hulpverlener die geen contact legt met de mensen in de wijk, mist steun en informatie, en ontbeert onmisbare hulpmiddelen om adequate hulp te bieden. Met instemming haalt Van der Padt de woorden aan van Arie Querido, grondlegger van de sociale psychiatrie. 'De omvang van een crisis kan nooit beoordeeld worden op basis van het contact met één persoon: de patiënt in crisis. Nee, de gehele situatie moet onderzocht en beoordeeld worden.'

Eenvoudig is dat natuurlijk niet. Al was het maar omdat zorgmijders vooral wonen in oude, anonieme wijken, waar de burgers genoeg hebben aan zichzelf. Probeer maar eens te integreren in wijken die daarvoor niet zomaar open staan. Van der Padt verschilt op dit punt van mening met de schrijvers van het rapport Noodgedwongen, die stellen dat de GGZ er niet is om alle problemen in de wijk op te lossen. Zeker, 'oplossen' is moeilijk, weet ze, maar preventie is wel het minste dat een buurt van de SPV mag verwachten. Hoe? Door familie en burens te ondersteunen, door financiën, huisvesting en woonbegeleiding op orde te brengen, door rehabilitatie. Aandacht voor de context dus, met als uitgangspunt: respect voor de cliënt, maar wel in samenwerking met de buurt. De SPV behoort volgens Van der Padt de spin in het web te zijn die in de wijk én met de wijk psychiatrische crises helpt te voorkomen. Daar ontbreekt het volgens haar nog steeds aan, alle goede bedoelingen ten spijt.

Daarna is het de beurt aan Walter Kamp, beleidsmedewerker Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Amsterdam. Kamp, die zelf werkzaam bij Mentrum (een GGZ instelling) in Amsterdam, spreekt over de traditioneel moeizame verhouding tussen de gemeente Amsterdam en de GGZ. De vraag wat de gemeente merkt van de GGZ beantwoordt hij door te wijzen op de vele psychiatrische patiënten die op straat en in de maatschappelijke opvang leven, en de oververtegenwoordiging van mensen met een psychiatrische aandoening onder de Amsterdamse dak- en thuislozen. Tot voor kort had meer dan de helft van alle tweeduizend personen die jaarlijks aanspoelden op de Amsterdamse politiebureaus een psychiatrische handicap. Pas met de komst van één stedelijke crisisdienst, volgens Kamp tot stand gekomen onder druk van de gemeente, is dat veranderd.

Dit soort feiten kleuren volgens hem het 'karikaturale' beeld dat de gemiddelde Amsterdamse ambtenaar én politicus van de GGZ heeft. De GGZ is volgens hen een in zichzelf gekeerde instantie, vol mensen in witte jassen die alleen gemotiveerde cliënten behandelen, en die de lastige klanten op het bordje schuiven van de gemeente. Een discipline dus die niet genoeg betrokken bij de

maatschappelijke problemen.

Gelukkig verhindert deze kritische blik de gemeente niet om zaken te blijven doen met de GGZ. Zo zullen de stedelijke Meldpunten Overlast, waarover elk van de veertien Amsterdamse stadsdelen beschikt, volgend jaar zijn omgebogen tot Meldpunten Zorg en Overlast. Ook burgers en maatschappelijke instellingen kunnen daar dan melden. Volgens Kamp zullen de Meldpunten de samenwerking tussen gemeente en hulpverlening ongetwijfeld bevorderen. Al is hij nog voorzichtig. 'Investeren in samenwerking is in eerste vooral leuk voor instanties, we moeten echter nog zien of ook de psychiatrische patiënt er wijzer van wordt.'

Kamp eindigde zijn bijdrage met de presentatie van een 'boodschappenlijstje' voor SPV'en. De SPV behoort zich volgens hem te richten op care, en niet op cure, dient outreachend de dagelijkse behoeften van cliënten te ondersteunen, en behoort ook niet-professionals, zoals burens en familie, bij de hulpverlening te betrekken. Ook mag de SPV meer gebruik maken van evidence based methoden, zoals ACT, iets dat volgens Kamp te weinig gebeurt. Open oog voor hoe collega's in het buitenland werken (Verenigde Staten, Engeland), kan hierbij helpen. Kamp pleit er ook voor dat de SPV wat vaker de psychiater opzij zet. De chronisch psychiatrische zorg is volgens hem te medisch georganiseerd, en werkt onvoldoende vanuit onderhandeling met de cliënt. Dat kan pas veranderen, als SPV'en vaker het beleid van de psychiaters overnemen, en minder blijven hangen in het primaire proces. Een appél tot emancipatie van de beroepsgroep, nota bene uit de mond van een gemeenteambtenaar. Het klonk althans deze toehoorder prettig in de oren.

Dini Glas, medewerkster van het Amsterdamse Patiënten en Consumenten Platform (APCP), spreekt vervolgens over de Crisiskaart. Deze is het directe gevolg van een enquête onder cliënten in de psychiatrie, halverwege jaren 90, waaruit bleek dat zij bij een psychiatrische crisis de regie meer in eigen hand wensen te houden.

In de Crisiskaart, die inmiddels door 120 Amsterdamse cliënten gedragen wordt, staat hoe de crisis van de betreffende cliënt zich manifesteert, en hoe cliënt in geval van crisis behandeld wil worden. Bovendien bevat de kaart informatie over zaken die tijdens de crisis belangrijk zijn, zoals opvang van de kinderen, van huisdieren, of het regelen van praktische en financiële kwesties.

De cliënten die naar Glas toekomen met het verzoek een Crisiskaart te helpen opstellen, hebben volgens haar slechte ervaringen met de psychiatrische crisisopvang. Een verzoek om een Crisiskaart is daarmee volgens haar ook een aanklacht tegen de GGZ. Temeer daar cliënten niet snel voor een Crisiskaart zullen kiezen. Werken aan een Crisiskaart is voor veel van hen immers een zware last, merkt Glas. Het 'dwingt' hen om donkere perioden in hun leven onder ogen te zien. 'Bij deze gesprekken valt regelmatig een traantje.'

Glas kan moeilijk inschatten hoe effectief de Crisiskaart is. Zelden hoort ze hoe de Crisiskaart in geval van crisis wordt gebruikt. Behalve dan die keer dat een psychiater weigerde om de Crisiskaart van een cliënte in crisis te lezen. 'Dat was een klap in haar gezicht, ze had er immers hard aan gewerkt.' In Groot-Brittannië is inmiddels onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de Crisiskaart. Uit een onderzoek van Claire Henderson onder 160 mensen met een Crisiskaart blijkt dat het aantal dwangopnames onder hen is verminderd.

Voor de Nederlandse context durft Glas de stelling aan dat de kaart helpt bij de emancipatie van cliënten, doordat het hen steunt in hun onderhandelingen met hulpverleners, familie of burens. 'Dat geeft ze een gevoel van zekerheid en zelfredzaamheid.' Daarnaast is het volgens haar een uitstekende gebruiksaanwijzing hoe de cliënt in crisis geholpen wenst te worden.

Glas heeft de indruk dat SPV'en de Crisiskaart van cliënten serieus nemen. Haar 'boodschappenlijstje' voor de SPV is daarom korter dan dat van Kamp, grinnikt

ze. 'Cliënten willen ook in crisis serieus genomen worden, en een deel van de regie vasthouden. Als daaraan is voldaan, is mijn werk overbodig geworden.'

In de laatste voordracht voor de pauze spreken SPV'en José Bossers, Hanneke Houniet en Margot van Lingen van Mentrum over samenwerking tussen GGZ en 0^e - en 1^e lijn. Bossers neemt het Diabolo-project in Amsterdam-West onder de loep, waarin zij als SPV werkzaam is. Medewerkers aan dit project streven naar betere samenwerking tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn, signaleren vragen en problemen van familie, burens, en ook van werkgevers, en bevorderen deelname van cliënten aan maatschappelijke activiteiten.

Bossers boekt vooral resultaat, doordat ze als SPV is gedetacheerd bij 0^{de} lijns voorzieningen als buurthuizen en schuldhulpverlening. Daardoor ziet ze cliënten die ze in de tweede lijn anders nooit zou zien. Ter illustratie beschrijft ze een casus van een moeder die ze in het buurthuis ontmoet, en die psychotherapeutische hulp zoekt voor haar zoon. Bij verdere exploitatie blijkt dat haar zoon ernstige psychiatrische problemen heeft, en zelfs bedreigend is. Bossers weet moeder ervan te overtuigen dat opname van haar zoon het meest wenselijk is, zowel voor hem als voor haarzelf. Na instemming van moeder kan Bossers een vooraanmelding doen bij Hanneke Houniet en Margot van Lingen, haar collega's van de Crisisdienst. Zij weten zoon vervolgens met een IBS op te nemen, zodat een zorgcontinuüm van buurthuis naar 2^e lijn is doorlopen, voor een cliënt die anders nooit door de GGZ gezien zou zijn. Het Diabolo-project is daarmee volgens de SPV'en een mooie illustratie van nut en noodzaak van een wijkgelerichte aanpak. De SPV blijft niet hangen in haar spreekkamer, maar trekt de wijk in, op zoek naar de cliënten die zij behoort te helpen.

In de pauze konden de ruim honderd toehoorders onder genot van koffie, thee, en cake elkaar de hand schudden, in vogelvlucht werk en privé uitwisselen, en de lezingen voor de pauze nabespreken. Na de pauze is het de beurt aan Grietje Santing, voorzitter van het Amsterdamse regiobureau van Ypsilon. Zij sprak over de familie als eerste schakel van het maatschappelijk steunsysteem bij crisisinterventie. Santing, van wie zowel haar echtgenoot als een van haar zoons door psychosen zijn getroffen, constateerde dat in de psychiatrie de familie nog taboe is, in tegenstelling tot in de rest van de samenleving. 'Toen mijn man overleed, mede aan de gevolgen van zijn psychiatrische ziekte, verzuchtte mijn oudste zoon: 'Was hij maar gestorven aan een hartaanval, dan hadden we meer contact met hem gehad.'

Wanneer een familielid in crisis is, mag de familie niet meedoen van de GGZ, stelt Santing. Als voorbeeld beschrijft ze de casus van een moeder die vier weken lang op zoek was naar haar verwarde zoon, en hem uiteindelijk, mishandeld en verwaarloosd, aantreft in het Amsterdamse Vondelpark. Door haar inspanningen wordt hij opgenomen, waarna moeder daags na opname de afdeling belt met de vraag hoe het met hem gaat. 'Daar doen we geen uitspraken over', is het antwoord van de hulpverlener. Ook later in het behandeltraject hanteren hulpverleners regelmatig de principes van opperste geheimhouding, merkt Santing. 'Je hoort zelden of nooit wanneer je kind van de gesloten naar de open afdeling gaat, of het een RM heeft gekregen enzovoort.' Santing geselt de zaal met de retorische vraag waarom je een moeder zo kapot moet maken, als ze al zo kapot is door de ziekte van haar kind. 'Is dat soms goed voor het contact met de familie?'

De Wet op de privacy is volgens Santing de grote boosdoener. Een hulpverlener is immers verplicht de cliënt te volgen, als deze geen contact wenst met zijn familie. Santing is het hier niet mee eens. Ze wijst op het vorig jaar verschenen handboek 'Betrokken Omgeving, een modelregeling relatie ggz-instelling en naastbetrokkenen', samengesteld door cliënten- en familieorganisaties en GGZ-Nederland, dat hier iets aan wil veranderen.

Daarnaast merkt ze op dat er vele redenen zijn waarom een cliënt nee zegt tegen het contact met de familie. 'Hij kan boos op hen zijn, omdat ze hem hebben laten opnemen, het kan het typische rebelse gedrag zijn van een adolescente jongere, en soms houden cliënten hun moeder er liever buiten, omdat ze weten hoe verdrietig ze is over zijn ziekte en opname.' Meer aandacht voor de motieven achter dit 'nee' van de cliënt zou de hulpverlening sieren, concludeert Santing.

Ab Zijp, als SPV i.o. werkzaam bij het Jellinek Mentorenteam in Amsterdam, spreekt als laatste over verslavingszorg in de wijk. De verslavingszorg maakt een cultuuromslag door, stelt hij. Vroeger moesten cliënten naar de Jellinek toe, en dienden ze gemotiveerd te zijn voor behandeling. Veel cliënten haakten daardoor af, de behandelresultaten waren matig, en bovendien werden veel potentiële cliënten niet bereikt.

Vandaar dat de Jellinek een outreachend Mentorenteam in het leven riep, dat de straat op gaat, en naar de verslaafden toekomt. Volgens Zijp zijn dit meestal cliënten die, zonder blijvend resultaat, al veel behandelingen hebben doorstaan, weinig vertrouwen hebben in de hulpverlening, in slechte materiele omstandigheden leven, en door hun verslaving veel lichamelijke en sociale schade hebben opgelopen.

Volgens de principes van het intensief casemanagement werkt het Mentorenteam vooral aan de kwaliteit van leven van deze verslaafden. De verslaving zelf is volgens Zijp bijna bijzaak geworden. Natuurlijk trachten de mentoren deze onder controle te houden, maar aspecten als huisvesting, financiën, somatiek (HIV en hepatitis B) en dubbele diagnose problematiek staan in feite meer op de voorgrond. Pas als deze omstandigheden enigszins zijn verbeterd, kan behandeling van de verslaving aan de orde worden gesteld.

En dus gaat Zijp op zijn fiets de Amsterdamse Wallen op, naar de verslaafden toe, zich her en der introducerend met de woorden; 'hallo, ik ben je mentor'. En het werkt. Zoals met die vrouwelijke junk, die met een longontsteking was weggerend uit het ziekenhuis, en door speurwerk én mobilisatie van het inmiddels opgebouwde netwerk op De Wallen, door het Mentorenteam gevonden kon worden. Het aardige is, merkt Zijp, dat medeverslaafden nu ook spontaan bij hem aan de bel trekken, wanneer het volgens hen niet goed gaat met een medeverslaafde.

Om dit te kunnen doen, moet je de taal van de straat kunnen spreken, weet Zijp. 'Doe je dat niet, dan wordt je als vijand gezien.' Samenwerking met de straat, de burens, de omwonenden is essentieel. Velen van hen zijn oprecht betrokken bij de junk of de verslaafde dakloze in de buurt. 'Mensen schelden wel op zwervers, maar als je ze spreekt dan hoor je plotseling heel andere verhalen.'

Samenwerking met andere instellingen is cruciaal. 'De samenwerking tussen Jellinek en GGZ-instellingen was vroeger slecht. Nu zitten Mentorenteam en het Rehabilitatieteam van Mentrum in één pand.' Goed contact met belangenorganisaties van verslaafden, zoals De Regenboog, maar ook met de Thuiszorg, en de Sociale Pensions, is tenslotte eveneens noodzakelijk. Al was het maar om door consultatie de attitude van medewerkers van de Thuiszorg en de Sociale Pensions jegens de verslaafde te verbeteren. Voor Zijp, kortom, staat één ding vast: zonder netwerk voorkom je geen enkele crisis.

Dagvoorzitter Jan Dimmers, docent van de Amsterdamse SPV opleiding, vat afsluitend de rode draad van de studiemiddag samen. In alle bijdragen signaleert hij een verschuiving in aandacht van overlast naar zorg, een verweer tegen het medische model, en een antibureaucratische tendens, die met name wordt geuit in de wens om de behandelkaders uit te komen, en de wijken in te trekken. Dimmers vraagt zich tenslotte af hoe menselijke noties als humor, en een kop koffie aanbieden als crisisinterventie, zijn in te passen in de verdere professionalisering van de SPV. Een mooie taak voor de opleiding, wat hem betreft.

In de daaropvolgende slotdiscussie krijgt vooral Walter Kamp het zwaar te verduren. SPV Jeanine Kraaijenbroek bestrijdt zijn visie dat de GGZ onvoldoende maatschappelijk betrokken zou zijn. Ze kaatst de bal terug door op te merken dat juist instanties als de Sociale Dienst, en de woningcorporaties hun maatschappelijke verantwoordelijkheid verwaarlozen. 'Wij zijn graag maatschappelijk betrokken,' stelt ze, 'maar dan moeten de anderen wel meewerken.'

De laatste vraag wordt gesteld aan Grietje Santing. Hoe zou ze het vinden als hulpverleners bij de burens informeren hoe het met haar zoon gaat? Is dat geen inbreuk op zowel haar zoons als haar eigen privacy? Jazeker, antwoordt Santing. 'Maar het alternatief is veel erger, namelijk dat mijn zoon door de hulpverlening in de steek gelaten wordt.'