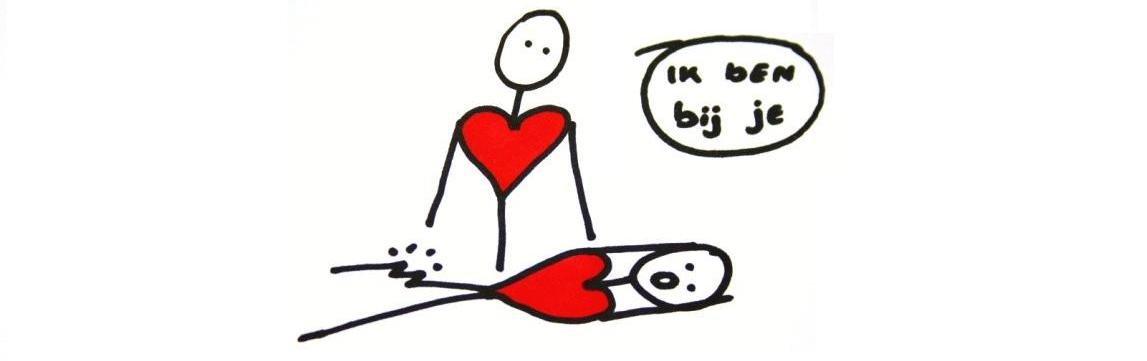
Crisiszorg

[](http://www.google.nl/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjK6qziuaTKAhUHfw8KHZWsBJ0QjRwIBw&url=http://zorgenvoormorgen.org/tag/goede-zorg/&psig=AFQjCNExeGBQLoqfSlBQngb3Dd98AN0WvA&ust=1452694183431871)

*Shelley Roby Kruiver*  
Klas: *LD15-GGZ4*  
Studentnummer: *500230749*  
Docent: *Mark Vermaat*

*Opleiding Verpleegkunde Duaal*

**Inhoudsopgave:**

**Deelopdracht 1 )** *pagina 2*

**Deelopdracht 2)** *pagina 3*

**Deelopdracht 3)** *pagina 4*

**Deelopdracht 4)** *pagina 5*

**Deelopdracht 1**

**Casus:**Cliënte is een jonge vrouw van 26 jaar oud, bekend met manische depressies. Zij komt na een korte overdracht van de crisisarts druk, onder invloed *(gebruikte middelen onbekend)* binnen onder begeleiding van haar moeder en ruikt ontzettend naar een chemische brandlucht. Via de overdracht weten wij dat zij gevonden is in een brandend huis, door haar joint is haar matras in de brand gevlogen. Cliënte is hoogbegaafd en er wordt onderzoek gedaan naar autistisch spectrum. Cliënte is bekend met GHB, heroïne, alcohol en cannabis gebruik, maar door manische ontremming en spierkrampen van de ontwenning is er geen touw aan het verhaal vast te knopen. Moeder kan informatie geven over cliënte, maar geen exacte informatie over gebruik. Wel heeft zij een kalmerend effect op cliënte, die erg angstig is en één op één begeleiding nodig heeft.

**Verpleegkundige taken:**Op de High intensive care *(HIC)* hebben de cliënten vaak een ernstige aandoening en verkeren zij in crisissituatie. De behandelaar vervult een tijdelijke, maar essentiële rol op de HIC en doet datgene wat noodzakelijk is, zodat de cliënt weer gaat functioneren op een niveau waarbij hij of zij zelf weer de regie kan nemen over het leven. Van geen regie, naar een beetje regie, naar steeds meer regie. Het gaat hierbij om diagnostiek, bestrijding van symptomen en vermindering van het lijden door het toepassen van (medicamenteuze) psychiatrische en eventueel somatische behandeling volgens de gangbare richtlijnen en het toepassen van drang en drang indien dit noodzakelijk is *(1,2).*

Binnen het persoonlijk begeleiding schap van een cliënt in crisis is het contact altijd direct gekoppeld aan attitude en bejegening. Als hulpverlener heb je een belangstellende en niet-veroordelende houding. Om de eigen regie te bevorderen en het herstel van cliënt te ondersteunen, wordt een duidelijk structuur, gerichte (dag)activiteiten in combinatie met bescherming, professionaliteit en goede multidisciplinaire samenwerking vereist *(2)*. Bij de bovengenoemde casus in combinatie met de HIC afdeling waarop zij is opgenomen zouden dit de volgende verpleegkundige taken inhouden:

* Door het meten/observeren en interpreteren van haar vitale functies.
* Veiligheid bieden door continuïteit in begeleiding en aanwezigheid en structuur op de afdeling.
* Regels van de afdeling toepassen met gevoel voor situatie, zonder te beheersen.
* In stand houden van gezonde functies en vergroten van de eigen regie.
* Eén op één begeleiding bieden.
* Behandeldoelen-wens bespreken met cliënte.in een zorgafstemmingsgesprek *(ZAG).*
* Haar naasten / steunsysteem in haar behandeling betrekken.
* Nauw multidisciplinair werken met artsen en collegae op de afdeling voor transparantie.

**Deelopdracht 2**

**Inschatting agressie:**Om het risico op agressie in te schatten heb ik gebruik gemaakt van de Checklist Risico Crisisdienst *(CRC)*, gezien mijn cliënte binnen is gekomen via de crisisdienst en er vooraf erg weinig bekend was over haar opname. Op de afdeling is nu gebleken dat er geen sprake is van agressie, ook in het verleden niet dus een agressie risico taxeren lijkt mij overbodig in deze casus. Door de CRC te gebruiken kan ik de opname reconstrueren, zodat ik de geschiktheid en de plaatsing op de afdeling ook goed kon beoordelen.

De CRC is door Penterman en Nijman op basis van literatuuronderzoek samengesteld om het agressierisico bij cliënten op de crisiszorg vooraf te kunnen inschatten. Uit onderzoek is gebleken dat de sensitiviteit van deze checklist (het percentage waarbij agressie correct voorspeld werd) 74 procent is *(3)*.

* *Door wie is de crisisdienst ingeschakeld?* Politie/huisarts
* *Eerste inschatting toestandsbeeld/diagnose?* Manisch ontremd/ suïcidaal.
* *Risico verhogende patiëntgebonden factoren?* Onvoorspelbaarheid door drank en drugs.
* *Risico verhogende omgevingsfactoren?* Onbekendheid met woonsituatie van cliënt.
* *Hoe hoog schat u op basis van de beschikbare informatie de kans dat patiënt agressief zal reageren?* Middelmatig
* *Zijn er preventieve maatregelen genomen ter voorkomen van de gevaarlijke situatie? Patiënt naar locatie brengen.*

**Geschiktheid tool:**Wat mij qua gebruik in deze vragenlijst erg opviel is het subjectief inschatten van het risico van agressie, waardoor je een soort self-fulfilling-prophecy kunt krijgen voor degene die de crisis-opname gaat doen. Bovendien kan het beeld in mijn casus ook wat vertekenen omdat cliënte via de politie aan is gemeld, maar deze er eigenlijk alleen bij betrokken was door het brandende huis waarin zij gevonden is. In mijn casus was de informatie dus eigenlijk te gering ingevuld om een goed beeld te krijgen van cliënte. Zij zou nu agressiever ingeschat kunnen worden dan zij daadwerkelijk blijkt te zijn.

**Inschatting risico suïcide:**Voor deze deelopdracht heb ik meegekeken met de arts bij een opnamegesprek bij een cliënte die na een TS poging bij ons op de afdeling kwam. Zij had onder invloed van alcohol een overdosis aan benzodiazepines ingenomen. De arts vroeg in gesprek op een niet-veroordelende wijze naar haar suïcide-gedachten, de aanleidingen- en omstandigheden. Hierdoor werd het taboe ervan weg genomen en kon er openlijk over gesproken worden, omdat het niet veroordeeld werd. Cliënte kon vertellen dat zij voornamelijk onder invloed suïcidaal wordt omdat zij het dan niet meer ziet zitten. Daarnaast legde de arts de verantwoording erg terug bij cliënte door aan haar te vragen hoe zij haar toekomst zag en welke hulp zij daarbij nodig had. Hij maakte geen gebruik van een specifiek tool of meetlijst. De arts schatte het risico in door middel van zijn opnamegesprek, cliënte haar hulpvraag en haar geschiedenis *(1)*.

**Gebruik en geschiktheid tool:**Bij bovenstaande cliënte heb ik de Suicide Intentie Schaal *(SIS)* af kunnen nemen. Dit is een 20-item schaal die door de behandelaar wordt afgenomen en vraagt naar verbaal-en non-verbaal gedrag rond een suïcidepoging die reeds heeft plaatsgevonden. Cliënte scoorde 10, waarbij bij 13 het suïcide recidief verhoogd is. Ik vond het prettig om deze vragenlijst niet-gestructureerd te gebruiken, maar gewoon in een verhalend verhaal met cliënte te bespreken, omdat ik haar zo het gevoel kon geven dat ik echt naar haar luisterde en met haar beleving mee kon gaan *(1,4)*.

Het was prettig om de suïcide zo uitgebreid uit te kunnen vragen. Dit gaf erg veel inzicht en enige voorspelling, in hoeverre dat mogelijk is bij suïcide, voor de toekomst. In het begin voelde het ontwenning om er zo openlijk over te spreken, maar dit voelde al snel goed omdat cliënte zich zichtbaar begrepen voelde en zelf ook graag aan zichzelf en haar abstinentie wilde werken, om een volgende TS onder invloed te voorkomen. Ik heb het als een prettige vragenlijst om de TS te analyseren ervaren.

**Deelopdracht 3**

**Competenties HIC verpleegkundige:**De behandelvisie van de HIC combineert *herstel ondersteunende zorg* en het *medisch model* *(de behandeling van de psychiatrische crisis en bescherming en veiligheid).*Herstel betekend het leren omgaan met symptomen en kwetsbaarheid, het terugwinnen van zelfvertrouwen en het, ondanks blijvende klachten, weer participeren in het leven. De vier domeinen van herstel zijn het herstel van gezondheid, dagelijks functioneren, maatschappelijke rollen en identiteit. Goed hulpverlener schap binnen de herstel ondersteunende zorg is in dit verband gerelateerd aan attitude en het contact, maar ook aan aandacht en openheid voor de betekenissen van de crisis voor een cliënt. Dit kan worden samengevat in de volgende kenmerken *(2)*:

* Present zijn (aandachtig aanwezig)
* Het professionele referentiekader gebruiken op terughoudende en bescheiden wijze.
* Persoonlijk reageren op gevoelens en emoties.
* Ruimte maken voor het eigen verhaal van cliënt en hierbij ondersteunen en aansluiten bij dit eigen verhaal.
* Herkennen en stimuleren van eigen kracht van de cliënt (empowerment), zowel individueel als collectief.
* Erkennen, benutten en stimuleren van ervaringsdeskundigheid van cliënt.
* Erkennen, benutten en stimuleren van ondersteuning van cliënt door belangrijke anderen.
* Gericht zijn op het verlichten van lijden en het vergroten van de eigen regie en autonomie.

Tijdens behandeling op de HIC is er maximale inzet om dwang- en drangtoepassingen te voorkomen. Hierbij worden diverse hulpmiddelen gebruikt, zoals het *digibord* met alle opgenomen cliënten en hun belangrijke gegevens. Elke dienst wordt begonnen door dit bord multidisciplinair te bespreken met als functie de dag te structureren en ordenen en de scores van de risicotaxaties in zicht te houden. Ook wordt er tijdens de opname op de HIC *een signaleringsplan* samen met cliënten en naasten gemaakt, zodat er duidelijk is wat de strategie is bij preventie van crisis en escalatie. Daarnaast is het de-escalerend werken van groot belang binnen alle hulpverleners, hier worden zij ook op getraind.

Om daadwerkelijk herstel ondersteunende zorg te kunnen bieden op een HIC, moeten er aan een aantal voorwaarden zijn voldaan, namelijk:

* *Investeren in contact;* een van de beste interventies hiervoor is ervoor te zorgen dat het contact bij binnenkomst zo goed mogelijk wordt gelegd. Hiervoor is de *‘eerste vijf minuten bij opname’ (Welleman e.a. 2011).* Dit model gaat uit van het belang van investeren in de eerste ontmoeting en het opbouwen van vertrouwen. Is het contact eenmaal gelegd dan bied dit een basis voor het samenwerken in de herstel ondersteunende zorg. Het model wordt vertaald in heldere afspraken over de gang van zaken. De eerste 5 minuten worden niet alleen bij opname gebruikt, maar elke keer als de hulpverlener en cliënt een interactie met elkaar aangaan.
* *Een gastvrije bejegening en attitude;* Een passende attitude bestaat uit geduld, respectvolle en een gastvrije bejegening, welke expliciet opgenomen is in het personeelsbeleid.
* *Het betrekken van naasten;* de betrokkenheid van naasten bij- en tijdens opname op de HIC is belangrijk voor herstel en continuïteit van zorg.
* *Een herstel bevorderend behandelklimaat;* het behandelklimaat dient voorwaarden te scheppen waardoor de eigen regie kan worden bevorderd en het herstel ondersteund. Het team verricht standaard bij elke cliënt een taxatie van de risico’s op suïcide en op gewelddadig gedrag.
* *Een supportief therapeutisch milieu:* Het supportieve model waarbij gerichtheid op het individu een van de belangrijkste kenmerken is, sluit het beste aan bij de HIC methodiek.

**Deelopdracht 4**

**Casus:**Client is een 44 jarige vrouw die twee kinderen (11 en 16 jaar) thuis heeft wonen. Wegens alcoholmisbruik heeft zij in het verleden meerdere opname gehad. In die opnameperiode was zij nog samen met haar huidige partner. Client is één jaar abstinent geweest en inmiddels weer teruggevallen in matig alcoholgebruik na het overlijden van haar partner. Een opname ziet zij niet zitten, gezien zij haar twee kleine kindjes thuis heeft wonen en haar systeem het niet toelaat de complete langdurige zorg voor de kinderen over te nemen. Zij wil er ook zelf graag zijn voor haar kinderen, gezien het rouwproces maar vind dit erg zwaar. Gelieve wil zij ondersteuning bij het stoppen met drinken en het zorgen voor de kinderen.

**IHT, HOZ en ervaringsdeskundigen:**Een intensive home treatment-team *(IHT)* lijkt hier op zijn plaats. Op deze manier hoeft er geen opname in een kliniek plaats te vinden, maar kan cliënte thuis blijven wonen. Met de mogelijkheid om er enkele dagen tussenuit te gaan naar een logeerhuis om tot rust te komen de eerste dagen van het , wanneer de kinderen bijvoorbeeld bij oma slapen. Daarnaast kan er door gesprekken thuis of cursusgroepen gewerkt worden aan het rouwproces waar cliënte doorheen gaat en aan haar abstinentiewens. Ook biedt het IHT team ondersteuning bij de zorg voor de kinderen indien dit nodig is. Eigenlijk zorgt een IHT team ervoor dat het leven doorgaat, met alle zorgen die cliënte heeft.

De herstel ondersteunende zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid richt zich niet alleen op de problemen. Een andere belangrijke doelstelling is om cliënten te helpen bij het realiseren van hun persoonlijke doelen. Binnen de herstel ondersteunende zorg *(HOZ)* wordt er een eigen unieke inhoud aan het leven gegeven. Een belangrijk aspect van het herstelproces is *empowerment.* Dat wil zeggen dat cliënten de kracht terugvinden om de regie over hun leven te hervinden. Zij maken eigen keuzes en bepalen zelf zoveel mogelijk de wijze waarop zij willen leven. Cliënte zou bijvoorbeeld wel wat dichter bij haar ouders willen wonen nu haar partner is weggevallen. Maar ook de rouw van haar man willen verwerken door middel van een zelfhulpgroep. Bij dit soort regelzaken zou de HOZ kunnen ondersteunen.

Daarnaast zou een ervaringsdeskundige binnen het IHT team haar kunnen ondersteunen betreft haar abstinentiewens en alcoholgebruik. Ervaringsdeskundige medewerkers zijn vanuit hun eigen ervaring van ernstig psychisch lijden en substantieel rol verlies geschoold in het onderkennen en ondersteunen van herstelprocessen. Deze ervaringsdeskundige kan een gids zijn in het herstelproces van cliënte. Een van de werkzaamheden zou kunnen zijn het coachen van deze herstelprocessen. Herstel is zelfsturing, zelfbepaling, ruimte voor het eigen proces, ontwikkeling en het proces van gelijkgestemden en lotgenoten. De ervaringsdeskundige brengt verandering in de bewustwording op twee niveaus; de bewustwordingen van de eigen bejegening, attitude en visie en de bewustwording van de behandel- en begeleidingsmethodieken *(1,2)*.

**Literatuur:**

1. Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM, Handboek spoedeisende psychiatrie. 2e druk. Amsterdam; Bernicke; 2011.
2. Van Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y, Mulder N, Werkboek HIC High en intensive care in de psychiatrie. Eerste druk: De Tijdstroom, Utrecht; 2013.
3. <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2788pdf.pdf> geraadpleegd op 19 maart 2016.
4. <http://www.gerdierx.nl/wp-content/uploads/2012/02/Suicide-intent-scale.pdf> geraadpleegd op 19 maart 2016.