
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 Iyonne 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.'