

# Het maken van een Crisiskaart

Werkblad beschrijving interventie

# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Cliëntenbelang Amsterdam/Dorine van Lennep  
Adres PlantageMiddenlaan 14/1  
  
Postcode 1018 DD  
Plaats Amsterdam  
Email Crisiskaart@clienbelangamsterdam.nl  
Telefoon 020 5777976  
Website van interventie [www.crisiskaartggz.nl](http://www.crisiskaartggz.nl)

## Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam Klik hier als u tekst wilt invoeren.  
Adres  
Postcode  
Plaats  
Email  
Telefoon  
Website van interventie Klik hier als u tekst wilt invoeren.

## Referentie

Naam auteur Wouter van de Graaf/René Poland  
Titel interventie Klik hier als u tekst wilt invoeren.  
Databank Klik hier als u tekst wilt invoeren.  
Plaats, instituut Amsterdam  
Datum **14.08.2014**

Het Werkblad is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties



# Inhoud

Samenvatting.....	4
<i>Uitgebreide beschrijving</i> .....	6
1. <i>Probleemomschrijving</i> .....	6
2. <i>Beschrijving interventie</i> .....	7
3. <i>Onderbouwing</i> .....	13
4. <i>Uitvoering</i> .....	19
5. <i>Onderzoek naar praktijkervaringen</i> .....	24
6. <i>Onderzoek naar de effectiviteit</i> .....	25
<i>Aangehaalde literatuur</i> .....	27
<i>Geraadpleegde literatuur</i> .....	29

# Samenvatting

---

## **Doelgroep**

Mensen die eerder een psychische/psychiatrische crisis hebben meegemaakt en/of bang zijn om die in de toekomst mee te zullen maken. De Crisiskaart is bedoeld voor mensen met min of meer ernstige psychische problemen (veelal met de DSM 4 diagnose bipolaire stoornis, schizofrenie c.q. psychotische aandoeningen) die gevoelig zijn voor een psychische crisis.

---

## **Doel**

De Crisiskaart beschrijft hoe er bij een (dreigende) crisis gehandeld moet worden en heeft tot doel het voorkomen van crisissen en (gedwongen) opnames en verbetering van de kwaliteit van de acute zorg. De Crisiskaart bevat een samenvatting van het crisisplan en is daar onlosmakelijk mee verbonden. In het crisisplan staat uitgebreide informatie over hoe een crisis er bij de betreffende persoon uit ziet en wat er wel en niet moet gebeuren als er een crisis optreedt.

---

## **Aanpak**

Na een gesprek met een onafhankelijke consulent wordt een crisisplan opgesteld. De cliënt overlegt over dit plan met de personen waarvan hij wenst dat ze een rol spelen bij een eventuele crisis: vertrouwenspersonen uit de directe omgeving, behandelaar, huisarts en/of anderen. Nadat de betrokkenen akkoord gaan met de inhoud, ondertekenen zij het crisisplan. Hiermee geven partijen aan dat zij instemmen met de in het crisisplan vermelde afspraken. Alle partijen ontvangen een kopie. Hierna ontvangt de cliënt een Crisiskaart; deze bevat een samenvatting van de gegevens en afspraken in het crisisplan. Het crisisplan wordt op een centraal punt in de regio bewaard (adres is op de kaart aangegeven) en is zeven maal 24 uur opvraagbaar.

---

## **Materiaal**

Het uitvouwbaar kaartje met landelijk logo erop. Voorlichtingsmateriaal, achtergrondmateriaal zoals website, DVD, flyers, folders, verslagen van individuele ervaringen, conferenties en onderzoek

---

## **Onderbouwing**

De ervaring leert dat de cliënt tijdens de totstandkoming van de Crisiskaart meer inzicht krijgt in zijn crisissituatie en hierop kan anticiperen. Daarnaast is de sociale omgeving en hulpverlening op de hoogte van waar de cliënt mee worstelt en wanneer hij wat voor hulp nodig heeft. Het feit dat er afspraken gemaakt zijn met familie, vrienden en hulpverleners zorgt ervoor dat het besproken plan niet vrijblijvend ter zijde geschoven kan worden, maar een verbindend en verplichtend karakter heeft. Hierdoor is de kans groter dat de beschreven maatregelen ook daadwerkelijk ingezet zullen worden in geval van een crisis. Sommige cliënten hebben al meerdere crises meegemaakt en weten goed wat bij hen wel en niet werkt om uit die crises te komen. Ze zetten daarmee hun eigen ervaring in om adequate maatregelen te treffen voor een goed crisisplan. Een maatregel werkt immers beter als je hem zelf bedacht hebt en daar met anderen afspraken over gemaakt hebt, dan als een ander die oplegt. De informatie op het kaartje beschrijft kort en simpel wat er moet gebeuren (tijdwinst). Het is prettig dat er een draaiboek is van wat te doen als de crisis zich voordoet (zoals wie er voor de kinderen en huisdieren zorgt en wie de post afhandelt bij een opname).

## **Onderzoek**

In Nederland is een RCT uitgevoerd onder 212 patiënten naar de effecten van de crisiskaart met of zonder inschakeling van een Crisiskaart consultant op het aantal (gedwongen) opnames. Hieruit komt naar voren dat het gebruik van de crisiskaart een gunstig effect heeft op het aantal gedwongen opnames met een rechterlijke machtiging. De groep patiënten met een crisiskaart kreeg significant minder vaak een rechterlijke machtiging dan de controlegroep zonder kaart. Het gebruik van de crisiskaart had geen effect op andere (dwang)opnames. Verder kwam naar voren dat de crisisplannen die door Crisiskaartconsultanten opgesteld werden, kwalitatief beter waren dan de plannen die door behandelaren werden opgesteld. Buitenlands effectonderzoek naar vergelijkbare interventies laat geen eenduidige resultaten zien. Uit sommige studies blijkt dat het gebruik van crisisplannen het aantal (dwang)opnames helpt voorkomen, andere studies tonen op dit terrein weinig tot geen effecten.

# *Uitgebreide beschrijving*

---

## *1. Probleemomschrijving*

---

### **Probleem**

Veel cliënten voelen zich niet in staat om in crisissituaties goed te verwoorden welke aanpak bij hun het beste werkt. Op dergelijke momenten is er vaak geen tijd om uitgebreid te overleggen over wat er aan de hand is. Dit kan dan tot beslissingen leiden die, achteraf bezien, niet ideaal zijn geweest en hadden kunnen worden voorkomen. In een crisissituatie weten omstanders, hulpverleners en politie vaak niet wie ze voor zich hebben, wat er aan de hand is en wat ze het beste kunnen doen.

---

### **Spreiding**

De groep mensen die in aanmerking komt voor een Crisiskaart betreft personen met een beperking op grond van min of meer ernstige psychische problemen die in meerdere of mindere mate zelfstandig in de samenleving leeft, maar zich zonder een vorm van compensatie voor die beperkingen niet in redelijke mate staande kan houden. Delespaul en de consensusgroep EPA schatten de groep mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) in Nederland op 160.000 patiënten (tussen 18 en 65 jaar, inclusief verslavingszorg en forensische zorg). Over alle leeftijden inclusief kinderen en jeugdigen (< 18 jaar) en ouderen (> 65 jaar) is het totaal 216.000 patiënten (1,3%). De consensusgroep is van mening dat de schattingen in dit consensusdocument de best mogelijke zijn voor de populatie met EPA in Nederland. [Tijdschrift voor Psychiatrie 55(2013)6, 427-438].

Uit kerncijfers van GGZ Nederland (oktober 2010) bleek dat er in Nederland in 2009 999.100 patiënten in de totale GGZ waren. Daarvan waren er 64.200 opgenomen en 43.600 in deeltijdopname (< 50% opname). GGZ Nederland schat het aantal crisisgevoelige mensen anno 2012 op meer dan 110.000. In 2007 waren er 17.611 onvrijwillige opnames (Trimbos, Bpozis-4). Een belangrijk deel (globaal 30%) van het aantal opnames in Nederland is derhalve onvrijwillig. Crises en (gedwongen) opnames zijn ingrijpend voor patiënten en hun omgeving. In sommige landen, waaronder Nederland, is het aantal crises en (gedwongen) opnames de laatste tijd sterk gestegen.

De Crisiskaart is gericht op het voorkomen van crisissituaties en (gedwongen) opnames en heeft dan ook voor een groot deel betrekking op patiënten die al in zorg zijn. Globaal blijkt dat rond de helft van alle crisissituaties betrekking heeft op bij de instellingen bekende patiënten. Als we het totaal aantal opnames in de GGZ relateren aan de crisisopnames van de bij de GGZ instellingen bekende patiënten, blijkt dat aandeel rond de 15% uit te komen. Globaal heeft derhalve tenminste 15% van de opgenomen patiënten van de GGZ aantoonbaar belang bij het gebruik van een crisisplan gekoppeld aan een Crisiskaart. Het aandeel dat er belang bij heeft/ervaart is in de praktijk veel hoger, omdat niet iedere patiënt die een kaart maakt/gebruikt in de loop der jaren wordt opgenomen. Gaan we uit van de helft van de totale crisissituaties die zich voordoen, dan heeft een nog veel grotere groep belang bij een plan en kaart. Relateren we de berekening van 15% aan de totale groep in Nederland opgenomen patiënten dan hadden in 2009 (64.200) tenminste rond de 10.000 patiënten belang bij het beschikken over een crisisplan en bijbehorende Crisiskaart (Smulders, 2011).

---

### 1.3 Gevolgen

*Onnodig leed:* zie ook onder 1.1. Het is zowel persoonlijk als maatschappelijk niet efficiënt om geen gebruik te maken van kennis die wel aanwezig was. Persoonlijk leed en trauma's kunnen met behulp van een Crisiskaart voorkomen worden, daar de cliënt zijn crisissituatie van tevoren (voor zover dat mogelijk is) heeft kunnen regisseren.

*Meer kosten:* In veel situaties, wanneer de cliënte zelf inbreng heeft in de hoe er wordt omgegaan met zijn of haar crisis, kunnen kosten (van opname, ambulancevervoer etc.) worden voorkomen. Het kost meer geld wanneer uit onwetendheid naar de verkeerde middelen wordt gegrepen om een crisis te couperen. Ook het verlies van tijd kan worden voorkomen: signalen en gedragingen die voortekenen kunnen zijn van een crisis zijn niet bekend zonder gebruikmaking van een Crisiskaart, waardoor niet tijdig maatregelen genomen kunnen worden om erger te voorkomen.

*Minder kwaliteit van leven in dagelijkse situatie:* cliënten maken meer traumatische opnamesituaties mee, gedwongen medicatie en separatie komen vaker voor. Client en betrokkenen voelen zich onveiliger en angstiger in het dagelijkse leven, omdat een crisissituatie zomaar kan ontstaan en niets geregeld is. Er kunnen vervelende situaties ontstaan voor de kinderen en huisdieren van de cliënt waarvoor zorg niet geregeld is als de cliënt niet meer in staat is voor ze te zorgen. Het herstelproces na een traumatisch verlopen crisis is vele malen zwaarder dan na een crisis die goed opgevangen is.

*Verlies van aansluiting met de cliënt:* wanneer dit belangrijke communicatiemiddel niet gebruikt wordt, kennen behandelaars de wensen van cliënten niet. Hierdoor zal de onderlinge relatie geen kans hebben om te verbeteren, daardoor de kans op een gunstig effect van de behandeling ook kleiner wordt. Ook kunnen bepaalde signalen vanuit patiënten (bijvoorbeeld afkeer van een bepaald medicijn of over het effect van een separatie) over het hoofd worden gezien wanneer men geen gebruik maakt van de Crisiskaart.

---

## 2. Beschrijving interventie

### 2.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

Mensen die eerder een psychische/psychiatrische crisis hebben meegemaakt en/of bang zijn om die in de toekomst mee te zullen maken.

---

#### **Intermediaire doelgroep**

Naastbetrokkenen, belangrijke anderen: sociaal netwerk (partner, kinderen, burens, vrienden); beroepskrachten die voor deze kaarthouder een rol (kunnen)spelen, zoals: huisarts, ervaringsdeskundige in FACT-team, behandelaar, maatschappelijk werk, ambulancemedewerkers en politie (professioneel netwerk).

## **Selectie van doelgroepen**

Selectie vindt plaats door zelfselectie. Als iemand met GGZ-achtergrond bang is in een crisissituatie terecht te komen en hij/zij wil een Crisiskaart maken, dan is dat mogelijk. Contra-indicatie: wilsonbekwaamheid, druk van buiten, geen zelfreflectievaardigheden van de cliënt.

---

### **2.2 Doel**

#### **Hoofddoel**

Een betere crisisopvang van mensen met psychiatrische aandoeningen door de cliënt meer eigen regie te bieden. Ervoor zorgen dat aanleiding voor een crisis ook voor anderen dan de persoon in crisis/kaarthouder bekend zijn, zodat zij een crisissituatie kunnen herkennen en weten wat wel en wat niet te doen in een crisissituatie. Zo kan een toekomstige crisis voor alle partijen op een soepeler manier verlopen, en eventueel voorkomen worden.

---

#### **Subdoelen**

Bevorderen van gevoel van veiligheid, waardoor minder vaak crisissituaties ontstaan of er eerder iets aan gedaan kan worden, waardoor 'doorschieten' wordt voorkomen (preventieve werking). -Inzicht van cliënt en omgeving in opbouw naar en verloop van een crisissituatie teneinde een crisissituatie in een vroeg stadium te voorkomen. Bevorderen van zorgcoördinatie tussen informele en formele zorg.

---

### **2.3 Aanpak**

#### **2.3.1 Opzet van de interventie**

##### **Stappen om een Crisiskaart op te stellen**

###### **Stap 1: Het eerste contact**

Het eerste contact vindt plaats op initiatief van de kaartaanvrager. Hij/zij neemt contact op met de consulent Crisiskaart. Er wordt een afspraak gemaakt, in eerste instantie op de werkplak van de consulent Crisiskaart. Indien dat niet mogelijk is voor de cliënt, dan gaat de consulent Crisiskaart naar de cliënt toe.

###### **Stap 2: Het eerste gesprek**

Het eerste gesprek staat in het teken van kennismaking en vertrouwen winnen, soms hebben cliënten er behoefte aan eerst hun verhaal te vertellen om daarna hun wensen in kaart te kunnen brengen.

De consulent Crisiskaart:

- vertelt wat de Crisiskaart is: een crisisplan, samengevat op een Crisiskaartje, formaat bankpas; vertelt, als zij een ervaringsdeskundige is, dat zij dat is en weet hoe het is om in een psychische crisis te zijn en zelf ervaren heeft hoe belangrijk een Crisiskaart kan zijn; (de meeste Crisiskaartconsulenten zijn ervaringsdeskundigen, alle consulenten werken vanuit cliëntenperspectief en nauw samen met cliëntenorganisaties)
- laat zien hoe het crisisplan eruit ziet en geeft het plan mee naar huis, zodat de cliënt dit thuis in kan vullen. Mocht de cliënt dit niet zelfstandig kunnen, dan helpt de consulent Crisiskaart met het invullen.



### Stap 3: Opstellen concept-crisisplan

Vervolgens wordt aan de hand van het vorige gesprek een concept-crisisplan opgesteld. Tijdens het uitwerken zal vaak blijken dat er toch nog een paar dingen niet duidelijk zijn, bijvoorbeeld praktische zaken zoals de bereikbaarheid van hulpdiensten buiten kantoor tijden. Ook als lijkt dat dit niet relevant is voor een cliënt, is het wel belangrijk om er naar te vragen.

### Stap 4: Kaartaanvrager bespreekt het concept-crisisplan met omgeving

De kaartaanvrager leest het concept-crisisplan nauwkeurig door en brengt eventuele wijzigingen en aanvullingen aan. Hij/zij bespreekt het concept met de in het crisisplan genoemde personen. Dit is een waardevolle fase, zowel voor de kaartaanvrager als zijn/haar omgeving. Contactpersonen leveren vaak voor de kaartaanvrager nieuwe informatie op met betrekking tot eerste signalen. Daarnaast levert het bespreken van het crisisplan vaak meer begrip op voor de kaartaanvrager bij de vertrouwenspersonen. Deze fase is arbeidsintensief en neemt behoorlijk wat tijd in beslag.

Vervolgens wordt samen het concept-crisisplan doorgenomen. Wijzigingen en/of aanvullingen van de kaartaanvrager en de opmerkingen van de in het crisisplan genoemde personen worden besproken (contactpersonen, behandelaar, begeleider, huisarts, en eventuele anderen).

De kaartaanvrager en zijn/haar ervaringen vormen het uitgangspunt voor de Crisiskaart.

### Stap 5: Aanpassen concept-crisisplan

De consulent Crisiskaart brengt eventuele aanpassingen aan in het crisisplan. De wensen van de kaartaanvrager moeten natuurlijk duidelijk in het crisisplan worden verwoord. De wijze van formuleren is een kunst. Enerzijds moet het duidelijk zijn wat de kaartaanvrager wil en anderzijds moet het zodanig geformuleerd worden dat het voor o.a. hulpverleners duidelijke en haalbare wensen zijn. Daarnaast is het voor de consulent belangrijk om tijdens het schrijven voortdurend voor ogen te houden dat de Crisiskaart en het crisisplan overzichtelijk zijn, belangrijke informatie bevatten, uitnodigen tot lezen en dat er geen tegenstrijdigheden in staan.

Gaat de kaartaanvrager nog niet akkoord met de gewijzigde versie van het crisisplan, dan volgen weer stap 4 en 5 net zo lang tot er duidelijkheid en overeenstemming is over de inhoud van het crisisplan en er een definitief crisisplan kan worden opgesteld.

### Stap 6: Definitief crisisplan en verzamelen handtekeningen

De consulent stuurt de gewijzigde versie van het concept-crisisplan naar de kaartaanvrager ter goedkeuring. Indien deze akkoord gaat is het crisisplan definitief en moet hij/zij de benodigde handtekeningen gaan verzamelen. Als de kaartaanvrager de handtekeningen heeft bemachtigd, bezorgt hij/zij het formulier bij de consulent Crisiskaart. Bij hoge uitzondering verzamelt de consulent de handtekeningen door het crisisplan naar de diverse personen te sturen. De laatste die het crisisplan heeft ondertekend, stuurt dit dan terug naar de consulent Crisiskaart.

### Stap 7: Opstellen definitieve Crisiskaart

Nu het crisisplan door alle betrokkenen is goedgekeurd en ondertekend is de Crisiskaart een feit. De definitieve Crisiskaart wordt door de consulent Crisiskaart en de cliënt opgesteld. Vervolgens ontvangt de kaartaanvrager het crisisplan en de Crisiskaart en is hij/zij daarmee Crisiskaarthouder.

### Stap 8: Verspreiden crisisplan

Betrokkenen die het crisisplan hebben getekend krijgen hiervan een kopie. De consulent Crisiskaart draagt hiervoor zorg.

### Stap 9: Jaarlijkse check

Elk jaar belt de consulent de kaarthouder om te vragen of er nog wijzigingen zijn en of de kaart gebruikt is. Dit kan, als de kaarthouder wijzigingen heeft, soms veel werk opleveren, maar het is natuurlijk van groot belang om de gegevens in het crisisplan en Crisiskaart te actualiseren.

Daarnaast is het belangrijk om bij het jaarlijkse contact de ervaringen te horen van mensen die een Crisiskaart bij zich dragen.

Hierboven is beschreven hoe het proces van de totstandkoming van een Crisiskaart verloopt. De Crisiskaart is echter een uniek document dat gekoppeld is aan een persoon en soms onder hectische omstandigheden en grote tijdsdruk tot stand komt. Dat betekent dat niet altijd alle genoemde stappen in voldoende mate uitgevoerd kunnen worden.

Bij iedere cliënt verloopt het opstellen weer op een iets andere manier, maar steeds vormt de wens van de cliënt de leidraad.

---

## 2.3.2 Locatie en uitvoerders

Het eerste contact vindt plaats op initiatief van de kaartaanvrager. Hij/zij neemt contact op met de consulent Crisiskaart. Er wordt een afspraak gemaakt, in eerste instantie op de werkplek van de consulent Crisiskaart. Indien dit niet mogelijk is voor de cliënt, dan gaat de consulent Crisiskaart naar de cliënt toe. De cliënt kan thuis aan zijn crisisplan werken, maar bijvoorbeeld ook op locatie van de behandelaar als zij met de behandelaar het plan wil bespreken.

---

## 2.3.3. Inhoud van de interventie

Een Crisiskaart bestaat uit een crisisplan, ook wel Crisiskaartplan of crisisdossier genoemd, waarin afspraken staan opgeschreven, en een samenvatting daarvan op een Crisiskaartje, samengevouwen tot het formaat van een bankpas. De diverse stappen worden omschreven onder 2.3.1. Een crisisplan bestaat in ieder geval uit:

- een beschrijving van de psychische klachten die de kaarthouder heeft;
- een beschrijving van hoe de kaarthouder in zijn gewone doen is, en de voortekenen van een crisis;
- een beschrijving van wat wel en juist niet moet gebeuren bij een (dreigende) crisis;
- aanwijzingen hoe hij benaderd wil worden door hulpverleners, welke medicatie hij gebruikt en/of welke medicatie hij beslist niet wil ontvangen;
- aanwijzingen waar de kaarthouder in geval van crisis wel, of juist niet wil worden opgenomen;
- aanwijzingen wie er gewaarschuwd moet worden, wie er een sleutel heeft van de woning en wat er geregeld moet worden in de werk/thuissituatie.

Een samenvatting van een crisisplan staat op een crisiskaart. Op een crisiskaart staat informatie die in geval van een crisis direct nodig is, zoals: het adres van de opslagplaats van een crisisplan; contactgegevens van de behandelaar; de (wettelijk) vertegenwoordiger; evt. advies voor benadering van de kaarhouder; evt. crisismedicatie. Het doel is dat met een crisiskaart op de door de kaarhouder gewenste wijze eerste 'crisishulp/contact' kan worden verleend.

Belangrijk is nog op te merken dat het maken van een persoonsgebonden Crisiskaart alleen goed kan werken in een omgeving die goed op de hoogte is van, betrokken wordt bij en bereid is mee te werken aan het maken, zo nodig effectueren/uitvoeren en regelmatig evalueren van de Crisiskaart. Daarvoor is het nodig alle belangrijke partijen, zowel telkens in individuele gevallen als wel in algemene zin, te betrekken bij een project Crisiskaart.

---

## 2.4 Ontwikkelgeschiedenis

### Betrokkenheid doelgroep

Vanaf de introductie van het fenomeen Crisiskaart in Nederland zijn zowel mensen met eigen crisiservaring als naastbetrokkenen en hulpverleners, betrokken bij het ontwikkelen van de Crisiskaart, sterk ondersteund door onderzoek m.b.v. cliëntenpanel naar crisishulpverlening in Amsterdam (1996).

---

### Buitenlandse interventie

#### Achtergrond

Bijna altijd wordt ervan uitgegaan dat iemand zelfstandig zijn/haar leven bepaalt, op basis van de eigen wilsbeschikking. Het recht op zelfbeschikkingsrecht is een belangrijk uitgangspunt voor veel "maatschappelijk verkeer". Er zijn veel omstandigheden bekend waarin de afwezigheid van een eigen wilsuiting duidelijk is. Een bekend voorbeeld is de dood. Na het overlijden is het niet meer mogelijk om aan iemand te vragen wat iemand wil. Een situatie die daar enigszins op lijkt is bewusteloosheid. Ook als iemand bewusteloos is, dan is het niet mogelijk om met iemand na te gaan wat hij/zij wil. Toch willen nogal wat mensen graag dat hun wens gerespecteerd wordt, ook in situaties als de hiervoor beschreven omstandigheden. Daarvoor stellen ze een wilsverklaring op het moment 'dat er nog niets aan de hand is' op, voor een 'situatie waarin niet met iemand kan worden overlegd over wat iemand graag zou willen dat er gebeurt, of juist niet gebeurt'. Bekende voorbeelden hiervan zijn het testament, ook wel "laatste wil" genoemd, de non-interventieverklaring, of de S.O.S. verklaring die sommige mensen bij zich hebben met daarop aanwijzingen voor omstanders om iets te doen, of juist na te laten.

#### Psychiatrische wilsverklaringen

Dit soort manieren om ervoor te zorgen dat iemand in een crisissituatie volgens de eigen opvatting behandeld/bejegend wordt, is in de laatste jaren ook door mensen die als cliënt met psychiatrische hulpverlening van doen hebben (gehad) ontwikkeld. In Nederland zijn ondermeer bekend het Psychocodiceil (1982), de Verklaring tegen Electroshock (1992). In Duitsland heeft de cliëntenbeweging in de jaren 80 de Psychiatrische Wille, of Psychiatrisch Testament (Lehmann, 1994) ontwikkeld, op basis van de Living Will/het Psychiatric Testament van Thomas Szasz (1982).

In 1989 gaf het International Self-Advocacy Network in Wales een Crisiscard uit. Op dit handzame kaartje wordt door de eigenaar/eigenaresse ingevuld wie er gewaarschuwd dient te worden in geval van een mental health crisis (een crisis in de geestelijke gezondheid van iemand, wellicht beter te vertalen als een 'psychische crisis'), wat er gedaan en nagelaten dient te worden. Sinds de publicatie van de eerste Crisiscard zijn er veel kaarten in Engeland en Wales verstrekt en gebruikt (Sutherby et al 1999). Ook is het idee in andere landen ontwikkeld, onder meer in Zwitserland, Italië en Nederland.

Naast de crisiscard, die zich beperkt tot de situatie die omschreven wordt als een crisis, d.w.z. een situatie met een veelal kortdurend karakter, waarin vaak getwijfeld wordt aan de wensen van de persoon die in crisis is, is een aantal andere vormen van 'precedente autonomie' tot stand gekomen. Bekende voorbeelden zijn ondermeer de zelfbindingsverklaring (Stichting Pandora, 1996/1998;) Hunsche, 1996, crisis/behandelsscenario's, self-directed care planning enz.

---

## **2.5** *Vergelijkbare interventies*

### **In Nederland uitgevoerd**

In Nederland zijn vergelijkbare instrumenten ontwikkeld en uitgevoerd, zoals: de behandelovereenkomst volgens WGBO, signaleringsplan, crisisprotocol, zelfbindingsverklaring, Rechterlijke Machtiging op eigen verzoek, zelfbindingsmachtiging, de psychiatrische wilsverklaring, crisisplan, WRAP, Triadekaart, non-reanimatieverklaring, euthanasieverklaring, testament. Bij een aantal van deze instrumenten is de rol van de wettelijk vertegenwoordiger geregeld, die vervangende toestemming kan verlenen voor wel/niet doen.

---

### **Overeenkomsten en verschillen**

De Crisiskaart is uniek in zijn soort omdat hij door de cliënt gemaakt wordt en gericht is op herstel en adequate opvang in een psychische crisis. En voor omstanders direct in te zien omdat de cliënt de kaart bij zich draagt. Je hoeft niet eerst digitaal ergens in te loggen om te zoeken en lezen wat je moet doen. De Crisiskaart is een cliëntgestuurd instrument en onderscheidt zich van andere documenten in de acute zorg zoals signaleringsplannen en crisispreventie plannen, in het bijzonder op de volgende aspecten:

- Het crisisplan en de Crisiskaart zijn altijd opgesteld op initiatief van en door de cliënt zelf, met ondersteuning van een onafhankelijke consulent. Deze consulent is in dienst bij een cliëntenorganisatie of bij een GGZ aanbieder en is bij voorkeur een ervaringsdeskundige.
  - In het crisisplan worden aanwijzingen gegeven op alle belangrijke levensterreinen van de cliënt.
  - Met de ondertekening van het crisisplan door alle betrokken partijen wordt instemming verkregen voor alle noodzakelijke handelingen tijdens een (dreigende) crisis.
- Vanwege dit unieke karakter rust op de Crisiskaart copyright.
- 

### **Toegevoegde waarde**

De samenvatting van het crisisplan kan altijd worden meegenomen, omdat het een klein kaartje is (formaat bankpas). De Crisiskaart heeft betrekking op aanloop naar en verloop van een crisissituatie. Veel praktische zaken kunnen op de Crisiskaart worden geregeld, waardoor die bredere werking heeft dan uitsluitend de

directe hulpverlening. De Crisiskaart is een schriftelijke, door betrokkenen ondertekende, lijst afspraken over wat wel en wat niet te doen in een crisissituatie.

De Crisiskaart bevordert de bewustwording van de aspirant-kaarthouder en diens omgeving. Het heeft daardoor ook een preventieve werking.

De Crisiskaart bevordert de mogelijkheid het eigen levensverhaal te vertellen. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan het vormen van de narratieve identiteit.

De crisiskaart betekent winst voor de:

Cliënt:

- o meer grip op eigen situatie: zelf kunnen kiezen voor eigen oplossingen;
- o meer inzicht in eigen situatie en factoren die mogelijk tot crisis leiden;
- o rust in hoofd omdat er overzicht is;
- o voorkomen van crisis;
- o betrokkenheid omgeving en informeel steunsysteem;
- o aandacht voor praktische zaken/problemen bij acute opname (zorg voor huisdieren, planten, baan etc.).

Instelling:

- o sluit aan op interne signaleringsplannen;
- o leidt tot minder crisisopnames en in geval van opname weet men de wensen/behoefte van de patiënt;
- o ondersteunt eigen kracht cliënten;
- o houvast voor hulpverleners.

Maatschappij:

- o minder crisissituaties;
- o houvast voor politie en crisisdiensten;
- o actieve inzet omgeving en versterking emancipatie, burgerschap en eigen kracht.

Financiers:

- o minder crisissituaties; en daardoor minder (gedwongen) opnames;
- o hogere kwaliteit zorg;
- o meer patiëntgerichte en doelmatige zorg.

### 3. *Onderbouwing*

---

#### **Oorzaken**

Er is sprake van een aantal factoren: onbekendheid met (voor)geschiedenis van betrokkenen, tijdsdruk om snel tot handelen over te gaan, onbekendheid met de wensen van de betrokkene.

Tijdens een crisis is er vaak te weinig informatie beschikbaar om adequaat te handelen. De noodzaak van deze interventie is dat tijdens een crisis, door de aard hiervan, er altijd een tekort aan informatie bij de

omstanders is. Er is bij omstanders vaak sprake van handelingsverlegenheid. Wat is de beste aanpak? Wat wil de cliënt in nood, die op dat moment niet helder kan denken en communiceren?

De cliënt heeft juist behoefte om ook tijdens een crisis de regie bij zichzelf te houden en invloed uit te oefenen op de manier hoe hij opgevangen wordt. Daar heeft hij in een eerder stadium goed over nagedacht, en afspraken over gemaakt met formele en informele zorg. Met een crisiskaart wordt gebruik gemaakt van reeds aanwezige hulpbronnen, de omgeving wordt betrokken en er wordt zorg gedragen voor zaken die niet primair met medische zorg te maken hebben (zoals het opvangen van kinderen, huisdieren en het verzorgen van planten, afhandelen van post etc).

Het ontbreken van een handleiding met aanwijzingen van hoe er gehandeld moet worden in een crisis is de rede voor het vervaardigen en met zich meedragen van een Crisiskaart.

---

## **Aan te pakken factoren**

### **Hoofddoel**

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Een betere crisisopvang van mensen met psychiatrische aandoeningen door de cliënt meer eigen regie te bieden. Ervoor zorgen dat aanleiding voor een crisis ook voor anderen dan de persoon in crisis/kaarthouder bekend zijn, zodat zij een crisissituatie kunnen herkennen en weten wat wel en wat niet te doen in een crisissituatie. Zo kan een toekomstige crisis voor alle partijen op een soepeler manier verlopen, en eventueel voorkomen worden.

---

### **Subdoelen**

Wat zijn de subdoelen van de interventie?

Duidelijkheid, eigen regie, emancipatie, tijds winst voor de hulpverlener, betere kwaliteit van de hulpverlening, betere relatie cliënt-naastbetrokkenen, duidelijker taken voor naastbetrokkenen.

Client:

- Heeft meer inzicht in zijn eigen crisis;
- Kan vaker (eventueel met behulp van omgeving) preventief ingrijpen voordat de crisis een feit is;
- Komt minder vaak in crisissituatie terecht;
- Wordt prettiger opgevangen in een crisissituatie;
- Wordt zo opgevangen zoals hij dat zelf van tevoren aangegeven heeft;
- Herstelt sneller van een crisis;
- Houdt regie in crisis al kan hij wellicht in de noodsituatie niet goed communiceren;
- Krijgt een positievere band met de hulpverlening;
- Krijgt een positievere band met naastbetrokkenen, daar hij zelf inspraak heeft over wie welke taken uitvoert.

Naastbetrokkene:

- Is meer betrokken bij dit aspect van het leven van de cliënt;
- Kan mantelzorg op maat bieden wanneer dat nodig is;
- Is in de gelegenheid om mee te denken over de te leveren haalbare mantelzorg;

- Ervaart minder zorgen om cliënt omdat er niet overhaaste beslissingen genomen moeten worden in een crisissituatie;
- Krijgt een positievere band met cliënt daar overbelasting minder snel op de loer ligt omdat de taken gelijkmatig verdeeld zijn.

Hulpverlener (SPV/psychiater/B-verpleegkundige):

- Kan meer professionele hulp op maat bieden in crisissituaties;
- Krijgt een meer gelijkwaardige relatie met cliënt;
- Ervaart minder machteloosheid tijdens een crisissituatie;
- Heeft meer tijd voor de echte hulpverlening omdat de randvoorwaarden al geregeld zijn.

Huisarts:

- Heeft duidelijkheid over de gewenste gang van zaken bij een crisis;
- Heeft aanknopingspunten tot evaluatie met cliënt na de crisis.

Politie:

- Krijgt duidelijke informatie over hoe te handelen;
- Hoeft minder vaak verwarde mensen naar een politiecel te vervoeren;
- Hoeft minder vaak dwangmaatregelen toe te passen;
- Is meer betrokken bij GGZ-cliënten.

## Verantwoording

GGZ Nederland schat het aantal crisisgevoelige mensen anno 2012 op meer dan 110.000.

In 2007 waren er 17.611 onvrijwillige opnames (Trimbos, Bpozis-4). Een belangrijk deel (globaal 30%) van het aantal opnames in Nederland is derhalve onvrijwillig.

Crisis en (gedwongen) opnames zijn ingrijpend voor patiënten en hun omgeving.

In sommige landen, waaronder Nederland, is het aantal crisis en (gedwongen) opnames de laatste tijd sterk gestegen. Ook is er gebrek aan effectieve interventies om ze te voorkomen.

De Crisiskaart is gericht op het voorkomen van crisissituaties en (gedwongen) opnames en heeft dan ook voor een groot deel betrekking op patiënten die al in zorg zijn. Globaal blijkt dat rond de helft van alle crisissituaties betrekking heeft op bij de instellingen bekende patiënten. Als we het totaal aantal opnames in de GGZ relateren aan de crisisopnames van de bij de GGZ instellingen bekende patiënten, blijkt dat aandeel rond de 15% uit te komen. Globaal heeft derhalve tenminste 15% van de opgenomen patiënten van de GGZ aantoonbaar belang bij het gebruik van een crisisplan gekoppeld aan een Crisiskaart. Het aandeel dat er belang bij heeft/ervaart is in de praktijk veel hoger, omdat niet iedere patiënt die een kaart maakt/gebruikt in de loop der jaren wordt opgenomen. Gaan we uit van de helft van de totale crisissituaties die zich voordoen, dan heeft een nog veel grotere groep belang bij een plan en kaart.

Relateren we de berekening van 15% aan de totale groep in Nederland opgenomen patiënten dan hadden in 2009 (64.200) tenminste rond de 10.000 patiënten belang bij het beschikken over een crisisplan en bijbehorende Crisiskaart.

## Theoretische onderbouwing

De Crisiskaart is niet voortgekomen uit een uitwerking van een theoretisch model. De Crisiskaart is ontstaan uit de praktische behoefte van een aantal mensen die een crisis hadden doorgemaakt en de

behoefte hadden om daar in de toekomst iets aan te veranderen. Dit bleek een behoefte te zijn die op grote schaal werd gedeeld. Directe aanleiding voor het eerste project crisiskaart waren bevindingen van het onderzoek Crisishulpverlening in Amsterdam (Haaster en Vink,1996), waarin het ontwikkelen van de crisiskaart wordt aangekondigd. In het eerste verzoek om subsidie bij het Nationaal fonds Geestelijke volksgezondheid (NfGv), juni 1997, werkten het Amsterdams Patiënten en Consumenten Platform (APCP, later opgegaan in Cliëntenbelang Amsterdam), Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid (IGPB) en Trimbosinstituut samen aan twee projecten: het opzetten van een project crisiskaart (APCP, Jet Vesseur en IGPB, Wouter van de Graaf), en het maken van een brochure rond psychiatrische wilsverklaringen (Trimbos-instituut, Karel Geelen en Petra Hunsche en IGPB). De brochure werd uiteindelijk geschreven door Petra Hunsche (journaliste en een van de pioniers op het gebied van zelfbinding in Nederland).

Zoals eerder aangegeven is de Crisiskaart ontstaan vanuit een praktische behoefte. In het eerste subsidieverzoek voor het project psychiatrische wilsverklaringen (juni 1997) in Nederland voor het opzetten van de Crisiskaart in Amsterdam werd een drietal beoogde doelen geformuleerd:

- Preventie
- Precedente autonomie
- Zelfstuurbevoegdiging (empowerment)

In het Advies Noodgedwongen (Gezondheidsraad, 2004) wordt gewag gemaakt van de verschuiving in besluitvorming van informed consent naar negotiated consent (pag. 57). Ook wordt aandacht besteed aan de crisiskaart en zelfbinding (pag.71 – 75). De commissie concludeert dat er in Nederland nog weinig onderzoeksgegevens over zelfbeschikking beschikbaar zijn en dat de bruikbaarheid van de zelfbindingsverklaring en de crisiskaart nog kan worden vergroot. Daarbij acht de commissie het van belang dat de discussie over zelfbinding niet beperkt blijft tot de mogelijkheid van zelfbinding voor opname, maar ook voor ambulante behandeling.

---



## Werkzame elementen

### Inzicht in ontstaan van eigen crisis

1. Cliënt en mensen in zijn/haar omgeving worden zich bewust van signalen die tot crisis kunnen leiden.

Als de cliënt een crisiskaart maakt komt deze in een proces waarin hij gedwongen wordt na te denken over welke signalen een eventuele crisis bij hem aankondigen. De ervaring leert dat de cliënt tijdens het maakproces van de Crisiskaart daadwerkelijk zelf meer inzicht krijgt en hierop kan anticiperen (preventieve werking) (Bijvoorbeeld: "Nu ik met mijn partner de vroege signalen van mijn crisis heb doorgenomen, heb ik afgesproken dat mijn partner mij erop attendeert wanneer ik draai met mijn ogen. Ik ga dan vroeg naar bed en bel mijn behandelaar, zoals ik heb afgesproken met mijn behandelaar.")

Samen te vatten als: bewustwording, zelfreflectie.

Ook lijkt de crisiskaart de empowerment en de autonomie van cliënten te bevorderen. Cliënten kunnen hun eigen wensen en voorkeuren ontdekken en optekenen. Hierdoor krijgen ze meer controle over wat er met hen gebeurt in situaties waarin ze deze wensen zelf niet meer kenbaar kunnen maken (Van der Ham et al, 2011).

### Betrokkenheid steunsysteem

2. Toegevoegde waarde transparantie voor cliënt en familie

De omgeving wordt betrokken bij het crisisplan; dit betekent dat de beschreven afspraken niet vrijblijvend zijn. Door het ondertekenen stemmen de betrokkenen in met de toebedeelde rol en krijgt het crisisplan de status van een contract.

De omgeving en hulpverlening zijn op de hoogte van waar de cliënt mee worstelt en wanneer hij wat voor hulp nodig heeft. Het is effectief als de aanwijzingen op de Crisiskaart opgevolgd worden en bijvoorbeeld medicatie toegediend wordt waarvan de cliënt en behandelaars van tevoren aangegeven hebben dat die het beste werken. Het feit dat er afspraken gemaakt zijn met familie, vrienden en hulpverleners werkt dat het besproken plan niet vrijblijvend ter zijde geschoven kan worden maar heeft een verbindend en verplichtend karakter, waardoor de kans groter is dat de beschreven maatregelen ook daadwerkelijk ingezet zullen worden in geval van een crisis. (Bijvoorbeeld: "Ik vind het een prettig idee dat er is vastgelegd dat mijn dochter naar haar opa en oma gaat wanneer ik in crisis ben. Nu maak ik mij minder zorgen. Mijn ouders maken zich nu ook minder zorgen om mij en om mijn dochter.")

3. Familie en steunsysteem wordt optimaler ingezet

Omdat er in de rustige situatie over de crisis nagedacht is, is de kans groot dat er voor goede oplossingen gekozen kan worden en zo het steunsysteem niet overbelast hoeft te worden. Bijvoorbeeld: "Vroeger deed mijn moeder automatisch alles: de planten, mijn huisdieren en mijn financiën. Nu we er beter over nagedacht hebben, hebben mijn twee zussen ook taken gekregen. Het is nu rustiger voor mijn moeder waardoor zij ook tijd heeft om op bezoek te komen."

### Inzet ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid

4. Inzet eigen ervaring en eigen gezond verstand

Sommige cliënten hebben al meerdere crises meegemaakt en weten heel goed wat er bij hun wel en niet werkt om uit die crises te komen. Ze zetten daarmee hun eigen ervaring in om adequate maatregelen te treffen voor een goed crisisplan. Een maatregel werkt immers beter als je hem zelf bedacht hebt en daar met anderen afspraken over gemaakt hebt dan als een ander die oplegt. Wanneer iemand niet in crisis is,

en helder kan nadenken, komt hij vaak op de beste oplossingen. Wanneer hij deze zelf laat vastleggen is de kans groot dat hij er ook in crisis de waarde van inziet (bijvoorbeeld: “Check de informatie die ik u geef, ik kan u niet garanderen dat ik eerlijke antwoorden geef tijdens een crisis.”) (Campbell, 1995; Lawson, 1991; Lehmann, 1994; Mahlke et al, 2014; Van der Ham et al, 2011)

#### 5. Inzet ervaringsdeskundige consulent; extra kennis uit een andere hoek

Een ervaringsdeskundige consulent doorloopt samen met de cliënt het proces van het opstellen van de Crisiskaart. De consulent weet uit eigen ervaring wat het betekent een crisis door te maken en van hulpverleners afhankelijk te zijn. De consulent is onafhankelijk van de hulpverlening waardoor de cliënt open en vrij kan nadenken over eerdere positieve en negatieve ervaringen bij crisissituaties, hoe hij zijn opvang het liefst geregeld wil hebben, wie daar een rol bij kan spelen enz. Vaak komen aspirant-kaarthouder en consulent samen op creatieve oplossingen waar een professionele hulpverlener niet op zou komen. Mahlke et al (2014) geven aan dat peer support workers gemakkelijker een goede werkrelatie ontwikkelen met cliënten dan behandelaars.

### **Snel en adequaat handelen**

#### 6. Informatie snel beschikbaar, want altijd voorhanden

Het feit dat je het kaartje (met de ‘handleiding’) steeds bij je draagt en dus altijd beschikbaar is voor omstanders. En dat de informatie op het kaartje kort en simpel, zonder jargon, in alledaagse taal, beschrijft wat er moet gebeuren. Je hoeft geen dikke dossiers te zoeken en door te lezen voor dat je weet wat er juist wel, en wat juist niet, moet gebeuren. Het is prettig dat er een draaiboek is van wat te doen als de crisis zich voordoet, waarbij er aandacht is voor belangrijke onderdelen van het dagelijks leven van de persoon in crisis (zoals wie er voor de kinderen en huisdieren zorgt en wie de post afhandelt bij een opname). Daarnaast bespaart de Crisiskaart de behandelaar ook tijd, omdat er in situaties wanneer er gehandeld dient te worden een ‘draaiboek’ voorhanden is waar vooraf goed over nagedacht is, samen met de behandelaar (Thornicroft et al; 2013, Van der Ham et al, 2011).

### **Zelfsturing**

#### 7. Zelfsturing, zelfregie, emancipatie

De cliënt voert zelf regie en krijgt de mogelijkheid om zelf te regelen wat er moet gebeuren in een crisis. Het maken van de Crisiskaart stimuleert cliënt (en betrokkenen) tot nadenken over wat te doen in een crisissituatie, dit heeft een emanciperend effect. De cliënt neemt zelf de leiding over zijn leven en pakt, met de kwetsbaarheid die hij heeft, zijn eigen verantwoordelijkheid. Het proces dat een Crisiskaart-aanvrager moet doorlopen is een belangrijk instrument gebleken in het herstellen van het (vaak scheefgegroeide) evenwicht in de relatie tussen hulpverleners en cliënten. De Crisiskaart gaat zoals eerder gezegd niet uit van bestaande hulpaanbod, maar heeft de wens van de cliënt centraal te stellen. Het onderhandelingsaspect brengt partijen op voet van gelijkwaardigheid met elkaar (Gezondheidsraad 2004; Henderson et al, 2004; Ruchlewska et al, 2012).

### **Betrokkenheid van beroepskrachten**

#### 8. Betrokkenheid beroepskrachten

Doordat beroepskrachten bij het opstellen van de crisiskaart vanaf het begin worden betrokken, is het voor hen mogelijk kennis te nemen van voorheen vaak onbekende kanten van een cliënt. Bovendien horen zij wat deze persoon, deze individuele cliënt, binnen én buiten de reguliere hulpverlening, helpt én tegenwerkt bij het opmerken van signalen, voorkomen van crisissituaties. (Van der Ham (2011). Uit

onderzoek wordt duidelijk dat de betrokkenheid van beroepskrachten erg belangrijk is voor het succes of falen van het opstellen van een crisiskaart (Thornicroft et al, 2013). Doordat hulpverleners een crisiskaart (en het achterliggende plan) mede ondertekenen, kunnen zij vooraf ja/nee zeggen tegen voor hen onuitvoerbare wensen. Daardoor zijn zij mede-eigenaar van crisisplan/kaart. De uitvoerbaarheid van de crisiskaart wordt daardoor groter. Campbell (1995), Kempker en Lehmann(1994) wijzen erop dat hierin ook een gevaar in schuilt.

## 4. Uitvoering

---

### **Materialen**

Voorlichtingsmateriaal, achtergrondmateriaal zoals websites, DVD, flyers, folders, verslagen van individuele ervaringen, conferenties en onderzoek. Ook het format van het uitvouwbaar kaartje met het landelijke logo is beschikbaar.

---

### **Type organisatie**

Cliëntenorganisaties, zoals Regionale Cliënten Organisaties (RCO's), Steunpunten GGz, Zelfregiecentra, CliëntenBelangenBureaus; binnen GGz organisaties werkzame ervaringsdeskundigen en/of hulpverleners, waarbij een consulent Crisiskaart het proces afrondt, zodat onafhankelijkheid én samenwerking met de hulpverlening zo veel mogelijk wordt gewaarborgd.

---

### **Opleiding en competenties**

Sinds 2008 wordt een landelijke cursus consulent Crisiskaart aangeboden. Hierin krijgen deelnemers informatie over de (juridische) achtergrond van de Crisiskaart, het doel van een crisisplan en Crisiskaart en het proces om tot een Crisiskaart te komen. Deelnemers krijgen gereedschappen aangereikt en oefenen in vaardigheden om de Crisiskaart effectief met cliënten te kunnen invullen. Na het volgen van de cursus voldoet de cursist aan de volgende prestatie-indicatoren:

#### **Kennis:**

Hij/zij heeft kennis van:

- wet- en regelgeving van belang bij crisisplan en Crisiskaart (Ook situaties met betrekking tot afspraken)
- de sociale en professionele netwerken van de cliënt
- belangrijke randvoorwaarden, nodig om effectief met de Crisiskaart te kunnen werken.

#### **Houding:**

- stelt zich open en uitnodigend op naar de cliënt en toont betrokkenheid
- is respectvol en niet oordelend naar de cliënt toe.

#### **Vaardigheden:**

Hij/zij kan:

- zelfstandig met de cliënt een bij de cliënt passend crisisplan invullen en Crisiskaart maken.
- omgaan met de specifieke ervaringen die cliënt inbrengt

- gebruik maken van effectieve gespreksvaardigheden die aansluiten bij de cliënt,
- verschil in inzicht in het uitwerken van de Crisiskaart en crisisplan hanteren.
- onderhandelen met cliënt en belanghebbenden bij het crisisplan en de Crisiskaart
- voorlichting geven en een presentatie over de Crisiskaart maken en geven.

### **Certificaat**

Aan iedere cursist die actief aan alle bijeenkomsten heeft deelgenomen, wordt in de afsluitende bijeenkomst een certificaat uitgereikt.

---

### **Kwaliteitsbewaking**

Er zijn vier keer per jaar bijeenkomsten waar alle consulenten Crisiskaart aan deel (kunnen) nemen, evenals vier bijeenkomsten per jaar van projectcoördinator. Daarnaast functioneert een Kerngroep van ter zake ingevoerde mensen. Eens per jaar vindt, idealiter, een terugkombijeenkomst plaats voor werkzame consulenten Crisiskaart. Alle consulenten Crisiskaart hebben de cursus consulent Crisiskaart gevolgd en afgerond met een certificaat.

Ieder project Crisiskaart krijgt, idealiter eens per jaar, te maken met toetsing door een visitatiecommissie die bestaat uit elders werkzame consulenten en coördinatoren Crisiskaart. De toetsing vindt plaats aan de hand van de binnen LCIO afgestemde criteria voor een project Crisiskaart en de daarbij behorende gedragscode voor consulenten Crisiskaart.

---

### **Randvoorwaarden**

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

- Opgeleide Crisiskaart consulenten
  - Werkplek met omgeving die een consulent en project Crisiskaart ondersteunt, door o.a. voldoende privacy voor gesprekken met aspirant-kaarthouders, adequate omgang met opslag van en toegang tot privacygevoelige gegevens, steunende aanwezigheid /supervisie van medewerkers bij moeilijke gesprekken (luisterend oor).
  - Voldoende financiële middelen.
- 

### **Implementatie**

Onder de vleugels van het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) onderneemt Crisiskaart Nederland initiatieven die zijn gericht op structurele financiering en landelijke implementatie van de Crisiskaart. Bij het opsporen en toegankelijk maken van de aanwezige expertise oriënteert Crisiskaart Nederland zich op de kennis en ervaring van de lopende crisiskaartprojecten en het LOCO (Landelijk Overleg Crisiskaart Ontwikkeling). Binnen het LOCO zijn 30 crisiskaartconsulenten landelijk actief en zij volgen de ontwikkelingen van de crisiskaart nauwlettend.

Crisiskaart Nederland ondersteunt het opzetten van nieuwe Crisiskaartprojecten in het land. Er is een uitgebreid implementatiestappenplan beschikbaar.

Als eerste is het aan te raden een begeleidingsgroep in te stellen, die kan bestaan uit:

- leden van de georganiseerde cliëntenbeweging GGZ (cliëntenraad, Regionale Cliëntenorganisaties, cliëntenbelangenbureau, etc.)
- familieorganisaties
- mantelzorgers
- hulpverleners
- medewerker crisisdienst van de instelling in de regio
- medewerker maatschappelijke gezondheidszorg bv. huisarts, maatschappelijk werk enz.
- vertegenwoordigers RPCP

De begeleidingsgroep heeft tot doel een antwoord te geven op de vraag of er belangstelling in een regio is voor het invoeren van de crisiskaart vanuit cliëntenperspectief en het creëren van voldoende draagvlak voor het invoeren van de crisiskaart. Het creëren van draagvlak is een belangrijke strategie die je kunt inzetten om je plannen en de gekozen middelen kracht bij te zetten. Om een crisiskaartproject te realiseren ben je (deels) afhankelijk van andere partijen zoals behandelaren, huisartsen, politie, zorgverzekeraars, crisisdiensten, naasten/andere betrokkenen. Als deze partijen het Crisiskaartproject steunen (lees: er is draagvlak voor) is de kans van slagen hoger dan wanneer je slechts “een roepende in de woestijn bent.”

Het **implementatiestappenplan** omvat

Stap 1: Opstellen van een crisiskaart- projectplan

- a. Werkplan
- b. Begroting
- c. Tijdspad

Stap 2: Presenteren van het crisiskaart- projectplan

Stap 3: Invoering crisiskaart

Stap 4: Evaluatie

### **Stap 1: Opstellen projectplan**

Een projectplan bestaat uit een werkplan, begroting en tijdspad

#### Werkplan

Hierin kunnen worden opgenomen:

- › het doel en het belang van de crisiskaart vanuit cliëntenperspectief,
- › belang voor de cliënten
- › belang voor de organisaties zoals, behandelaren, politie, huisartsen, naasten en andere betrokkenen
- › wijze van aanpak invoering
- › organisatie van het project
- › verwachte resultaten
- › samenwerking/overeenkomst

#### Begroting

Een sluitende begroting met bijbehorende toelichting.

De begroting dient qua opbouw aan te sluiten bij het werk- of projectplan en kan omvatten:

1. Kosten beroepskrachten

- Loonkosten consulent
  - Overige personeelskosten
2. Overhead (vaste kosten)
- Huisvesting
  - Administratieve kosten
  - Organisatiekosten
3. Activiteiten
- Voorlichting aan betrokkenen
  - Vrijwilligersvergoedingen reiskosten vrijwilligers
  - Projectgroepen
  - PR-materiaal (b.v. brochures en folders)
  - Presentatie

### Tijdpad

Hoeveel tijd is er nodig en beschikbaar?

Maak een berekening over het aantal mensen die zich met het project bezig houden, de tijd die zij kunnen investeren in je project en benoem de tijd die nodig is voor de opbouwen en onderhouden van je netwerk.

### **Stap 2: Presenteren projectplan**

Organiseer een startdag om je crisiskaartproject te presenteren.

Organiseer diverse activiteiten die te maken hebben met je crisiskaartproject om hier aandacht voor te vragen. Bijvoorbeeld: instappen in b.v. een lokale politieactiviteit, een open dag organiseren voor cliëntenorganisaties of organiseer een, op je eigen wijze, ludieke activiteit. Organiseer een workshop (b.v. voor een zorgverzekeraar/gemeente) of een themadag om samen ideeën uit te wisselen over het belang van je crisiskaartproject (kennisoverdracht). Het belang van het presenteren van je projectplan is dat je contacten legt, niet alleen op lokaal terrein maar ook op regionaal niveau. Hiermee investeer je in je eigen regio en je regionale draagvlak.

### **Stap 3. Invoeren van de crisiskaart**

Voor het invoeren van de crisiskaart onderscheiden we de volgende fasen:

1. Voorbereidingsfase
2. Uitvoeringsfase

#### **3.1. Vorbereidingsfase**

Vorm een werkgroep van tenminste vijf actieve cliënten/ervaringsdeskundigen die gezamenlijk de invoering ervan willen realiseren.

#### **Taak van de werkgroep:**

##### Voorlichting en randvoorwaarden creëren

- a. Mensen benaderen die van de crisiskaart op de hoogte moeten worden gesteld. Dat zijn alle mensen die de cliënten kunnen vinden (politie, buschauffeurs, huisartsen, woonoverlast projecten, maatschappelijk opvang), alle mensen die een rol spelen in de zorg en ondersteuning tijdens een crisissituatie (hulpverleners, maatschappelijke opvang, crisisdiensten, acute zorgposten, huisartsenposten, familie, vertrouwenspersonen, etc.)

- b. Gesprekken aangaan met de betreffende personen/organisaties en maken van nadere afspraken. Bijvoorbeeld over: het verspreiden van kennis en informatie over de crisiskaart, de locatie waar men terecht kan voor meer informatie, vragen en advies, de werkwijze van de crisiskaart en het bijbehorende crisiskaartdossier.
- c. Het sluiten van een convenant tussen de organisatie die de crisiskaart uitgeeft en de crisisdienst. Het convenant bevat in elk geval afspraken over:
  - De status van de crisiskaart, zie onderdeel juridische status.
  - Het centrale coördinatiepunt. Het crisiskaartdossier dat bij de crisiskaart hoort ligt op een vindbare, veilige en 24 uur toegankelijke plaats. Bij voorkeur bij de crisisdienst. (de cliënt bepaald uiteindelijk waar zijn crisiskaartdossier wordt opgeborgen)
  - Waar klachten gemeld kunnen worden en hoe de klachtenprocedure werkt.
- d. Voorlichtingsfolder en materiaal maken over de crisiskaart en het crisiskaartdossier en dit breed verspreiden
- e. Startbijeenkomst organiseren waar het initiatief en de officiële start onder de aandacht wordt gebracht van cliënten en alle andere betrokkenen.

#### Inhoudelijke en logistieke zaken:

- a. De werkgroep crisiskaart kijkt op welke punten de vragenlijst crisiskaart en het formulier crisiskaartdossier op elkaar afgestemd moeten worden. Gezamenlijk wordt besloten hoe de vragenlijst er precies uit komt te zien en welke werkwijze gehanteerd wordt.
- b. Afspraken maken over verantwoordelijkheden:
  - Wie is daarvoor het aanspreekpunt.
  - Hoe wordt omgegaan met verschil van mening als cliënt wat anders op zijn crisiskaart wil dan de hulpverlener in het crisiskaartdossier wil opschrijven, etc.
  - Wie is het aanspreekpunt voor de zorg dat alle crisiskaartdossier bij de crisisdienst terecht komen en de crisisdienst er ook naar handelt.
  -
- c. Afspraken over de invoering van de crisiskaart:
  - Invoering: op welke locaties kunnen cliënten terecht voor het maken van een crisiskaart
  - Hoe kan een cliënt zich aanmelden etc.

### **3.2. Uitvoeringsfase**

De crisiskaartconsulent gaat met cliënten die zich melden de crisiskaarten op stellen.

Eens in de vier maanden vindt er een afstemmingsoverleg plaats tussen de consulent, medewerkers van instellingen en de crisisdienst over de invoering van de crisiskaart en crisiskaartdossier. De werkgroep signaleert wat wel en niet goed gaat bij het gebruiken van de crisiskaart. Zij verzorgen voorlichtingsactiviteiten voor nieuwe afdelingen/organisaties, hulpverleners en overig betrokkenen.

#### **PR- activiteiten voor invoering crisiskaart**

- Maak een public relations plan
- Ontwikkelen en drukken/publiceren PR materiaal
- Maak een medialijst
- Continu investeren in netwerken

## Kosten

In de notitie Raamwerk beleidskader en kwaliteitscriteria Crisiskaart, concept 1 ( Renee Smulders, LCIO, 2011) wordt berekend dat de kosten € 1850,- all in per kaart bedragen. De volgende berekening kan een richtlijn zijn: Op basis van 26 kaarten per jaar, opgesteld met een consulent voor 25 uur CAO GGZ FWG 50, kost een Crisiskaart € 1850. Dit is inclusief alle overheadkosten. De gemiddelde tijd voor het afmaken van een Crisiskaart is zeer divers en is gerelateerd aan de behoefte van de cliënt en zijn/haar problematiek. Het aantal door 7 projecten aangegeven uren varieert van 3 tot 30 uur en is gemiddeld afgerond 13 uur per kaart. Het aantal uren is exclusief de jaarlijkse evaluatie van de werking van de Crisiskaart. De kosten zijn natuurlijk afhankelijk van de infrastructuur van het project. Bij een project dat alleen werkt met vrijwilligers zijn de kosten gemiddeld lager per kaart. Bij een project dat werkt met een consulent in CAO-GGZ schaal 50 kost een Crisiskaart gemiddeld € 2000.

## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoek praktijkervaringen

Van der Ham e.a. (2011a,b) hebben een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de effecten van de Crisiskaart bij de GGZ-instelling Pro Persona. Er werden interviews afgenomen bij cliënten, consulenten, familieleden, hulpverleners van Pro Persona, politie en huisartsen. Het onderzoek had drie doelen, het in kaart brengen van: ten eerste de effecten van de crisiskaart vanuit het perspectief van de verschillende partijen; ten tweede de ervaringen van betrokkenen met het gebruik van de crisiskaart; ten derde knelpunten bij het opstellen en gebruiken van de crisiskaart. Uit het onderzoek blijkt dat de crisiskaart helpt om rekening te houden met de wensen van de cliënt bij een opname. Dit kan gaan over zaken zoals de locatie van de opname, het regelen van praktische zaken rondom de opname en de wijze van bejegening door zorgverleners. Ook lijkt de crisiskaart de empowerment en de autonomie van cliënten te bevorderen. Cliënten kunnen hun eigen wensen en voorkeuren ontdekken en optekenen. Hierdoor krijgen ze meer controle over wat er met hen gebeurt in situaties waarin ze deze wensen zelf niet meer kenbaar kunnen maken.

Een aantal hulpverleners vraagt zich af hoeveel cliënten voldoende inzicht in en acceptatie van hun ziekte hebben om de crisiskaart adequaat te gebruiken. Een consulent crisiskaart geeft aan dat inzicht en acceptatie geen voorwaarden zijn voor het maken en gebruiken van de crisiskaart. Het belangrijkste is dat cliënten zelf de crisiskaart willen.

Uit onderzoek van Van de Graaf (2005) [http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/ervaringsverhalen/kracht\\_in\\_crisis\\_tien\\_ervaringsverhalen](http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/ervaringsverhalen/kracht_in_crisis_tien_ervaringsverhalen) komt naar voren dat de verhalen van cliënten over de crisiskaart tot nu toe positief zijn. Cliënten laten weten meer greep te krijgen op hun problemen; ze leren voortekenen herkennen en kunnen hier op in spelen, zodat erger wordt voorkomen. Cliënten melden ook dat ze zich veiliger voelen met een kaart op zak. Een citaat van een preventieve Crisiskaarhouder:

*"Vandaag heb ik helaas de kracht van de Crisiskaart moeten ervaren. Niemand heeft hem uiteindelijk gelezen, maar in een gruwelijke paniekaanval dacht ik volledig psychotisch te worden. Ik was verstijfd van angst en kon ook niet praten, alleen het kaartje geven zou me lukken. Dat ze mij zouden kunnen traceren, als ik, zoals ik dacht, alle controle zou verliezen, was in de nachtmerrie van de paniek een cruciaal punt waardoor verlichting kwam. In ieder geval dankte ik God dat ik de Crisiskaart bij mij had vanmiddag".*



## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

---

### Onderzoek in Nederland

- A. Ruchlewska A., A. I. Wierdsma, A. M. Kamperman, M. v.d. Gaag, R. Smulders, B.-J. Roosenschoon, C.L. Mulder (2014). Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. PLoS ONE 9(3): e91882. doi:10.1371/ journal.pone.0091882.
  - B. Gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effecten van de crisiskaart met of zonder inschakelen van een Crisiskaart consulent op het aantal crisiscontacten en (gedwongen) opnames. In totaal zijn 212 patiënten geïncludeerd, waarvan 69 met crisiskaart begeleid door een Crisiskaart consulent (PACP), 70 met crisiskaart begeleid door een behandelaar (CCP) en 73 in de controlegroep.
  - C. Uit het onderzoek komt naar voren dat het gebruik van de crisiskaart een gunstig effect had op het aantal gedwongen opnames met een rechterlijke machtiging. De groep patiënten met een crisiskaart kreeg significant minder vaak een rechterlijke machtiging dan de controlegroep zonder kaart (16% (11/69) in de PACP groep, 10% (7/70) in de CCP groep en 26% (19/73) in de controle groep. Het gebruik van de crisiskaart had geen effect op het aantal (dwang)opnames: (17% (12/69) in de PACP groep, 10% (7/70) in de CCP groep en 19% (14/73) in de controlegroep.
- 
- A. Ruchlewska, A. ,C. L. Mulder, R. Van der Waal, A. Kamperman, M. Van der Gaag (2012). Crisis Plans Facilitated by Patient Advocates are Better than those Drawn up by Clinicians: Results from an RCT. Adm Policy Ment Health, DOI 10.1007/s10488-012-0454-4.
  - B. Gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de kwaliteit van de crisisplannen met ondersteuning van een Crisiskaart consulent (PACP) vergeleken met die ondersteund worden door de behandelaar van de patiënt (CCP).
  - C. Uit het onderzoek komt naar voren dat wanneer de Crisiskaart werd opgesteld in samenwerking met een onafhankelijk Crisiskaart consulent (PACP), de kwaliteit van de kaart significant beter was dan wanneer de kaart werd opgesteld met de behandelaar van de patiënt (CCP) (Cohen's d = 0.78 totale score kwaliteit checklist). Geconcludeerd wordt dat de inzet van Crisiskaart consulenten belangrijk is voor een succesvolle ontwikkeling van crisisplannen.

Zie ook: Waal, R. van der (2010). *Kwaliteit van de Crisiskaart, Onderzoek naar de factoren die bijdragen aan een hogere kwaliteit van de Crisiskaart*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut voor Psychologie en Erasmus Medisch Centrum Rotterdam Afdeling Psychiatrie.

---

### Onderzoek naar vergelijkbare interventies in het buitenland

- A. Henderson C., C. Flood, M. Leese, G. Thornicroft, K. Sutherby, G. Szmukler (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans. Single blind randomized controlled trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2009) 44:369–376.
- B. Gerandomiseerde gecontroleerde studie naar het oordeel van patiënten en casemanagers over de crisiskaart.
- C. Uit het onderzoek komt naar voren dat patiënten het hoogst scoren op de items dat ze de kaart ook aan anderen zouden aanbevelen en dat de kaart hen meer gevoel van controle over hun psychische problemen

geeft. Over het geheel genomen waren de casemanagers na 15 maanden iets positiever in hun oordeel over de kaart dan patiënten, met een gemiddelde score van 5 vs. 7.8 (difference  $-2.8$ , 95% CI  $4.5, 1.2$ ,  $P = 0.002$ ).

- A. Flood C, Byford S, Henderson C, et al (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333: 729.
  - B. Gerandomiseerde gecontroleerde studie in Zuid-Engeland bij 160 mensen met een diagnose psychotische stoornis of een bipolaire stoornis, die ten minste één keer waren opgenomen in de voorgaande twee jaar.
  - C. Gebruik van een gezamenlijk crisisplan leidt tot minder zorggebruik en lagere gemiddelde kosten dan bij de controlegroep, maar de verschillen zijn niet significant. Totale kosten gedurende de onderzoeksperiode bedroegen £7264 (€10610) voor mensen met een crisisplan, en £8359 (€12217) voor mensen uit de controlegroep. Secundaire analyse wijst uit dat er meer dan 78 % kans is dat gezamenlijke crisisplannen meer kosteneffectief zijn dan standaard procedures van de instelling bij het terugdringen van het aantal opnames.
- 
- A. Campbell, L.A. & S.R. Kisley (2010). Advance treatment directives for people with severe mental illness. Published in The Cochrane Library, 2013.
  - B. Systematische review (Cochrane review). In de review zijn twee gerandomiseerde gecontroleerde studies geïncludeerd met een totale onderzoeksgroep van 321 patiënten.
  - C. Uit de review komt naar voren dat patiënten met een crisis plan een kleinere kans hebben om onvrijwillig te worden opgenomen dan patiënten uit de controlegroep. Er zijn geen verschillen tussen experimentele en controlegroep in het aantal vrijwillige opnames. Geconcludeerd wordt dat meer onderzoek nodig is om harde uitspraken te kunnen doen over de werkzaamheid van het gebruik van crisisplannen.
- 
- A. Farrelly S, Brown GE, Flach C, Barley E, Laugharne R, Henderson C (2013). User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness (Cochrane Review). Published in The Cochrane Library 2013, Issue 10.
  - B. Systematische review (Cochrane review). In de review zijn vier gerandomiseerde gecontroleerde studies geïncludeerd met een totale onderzoeksgroep van 607 patiënten.
  - C. Uit de beschikbare onderzoeken (van redelijk kwalitatief niveau) blijken geen duidelijke effecten van het gebruik van crisisplannen op het aantal vrijwillige en onvrijwillige opnamen. Geconcludeerd wordt dat er meer, grootschaliger en kwalitatief beter onderzoek nodig is om harde uitspraken te kunnen doen.
- 
- A. Thornicroft G., S. Farrelly, G. Szmukler, M. Birchwood, W. Waheed, C. Flach, B. Barrett, S. Byford, C. Henderson, K. Sutherby, H. Lester, D. Rose, G. Dunn, M. Leese, M. Marshall (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans (JCP) to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1634–41.
  - B. Gerandomiseerde gecontroleerde studie bij 569 mensen met een psychose die het afgelopen jaar minimaal één keer opgenomen zijn geweest. Het onderzoek is uitgevoerd binnen 64 ggz-teams in vier ggz-instellingen in Engeland.
  - C. Uit het onderzoek blijkt dat er geen significant effect is van het gebruik van crisisplannen op het aantal gedwongen opnames (56 [20%] in de controlegroep en 49 [18%] in the JCP groep; odds ratio 0.90 [95% CI 0.58–1.39,  $p=0.63$ ]) noch op secundaire uitkomstmaten, met uitzondering van een positief effect op de therapeutische relatie (17.3 [7.6] vs 16.0 [7.1]; adjusted difference  $-1.28$  [95% CI  $-2.56$  to  $-0.01$ ,  $p=0.049$ ]). Kwalitatieve data ondersteunen deze dit resultaat.

## Aangehaalde literatuur

---

- Boer, N. de, R. Mol, L. van der Post, W. van de Graaf (1984). Het bestaansrecht van de electroshock. Een analyse van het advies van de Gezondheidsraad inzake ECT. *Metamedica* 63/4, pag.258 – 273. Lochem: De Tijdstroom.
- Campbell, L.A. & S.R. Kisley (2010). Advance treatment directives for people with severe mental illness. *The Cochrane Library*, 2010.
- Farrelly S, Brown GE, Flach C, Barley E, Laugharne R, Henderson C (2013). User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2013, Issue 10.
- Flood C, Byford S, Henderson C, et al (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 333: 729.
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad
- Graaf, W. van der (1982). Herinvoering van electroshock in Vught. *Gek'ooit*, 1982/3, pag.-. Amsterdam: Stichting Gek'ooit.
- Graaf, W. van der (2005). *Kracht in crisis, 10 interviews over de Crisiskaart*. Rotterdam/ Amsterdam: Basisberaad Rijnmond, APCP.
- Haaster, H. van, M. Vink (1996). *Crisishulpverlening in Amsterdam anno 1996*. Amsterdam: Amsterdams Patiënten – en Consumenten Platform/insituuut voor Gebruikersparticipatie en Beleid.
- Ham, van der, L., Voskes, Y., van Kempen, N. & Widdershoven, G. (2011a). Effecten van de crisiskaart. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 66 (12), 916-928.
- Ham, van der, L., Voskes, Y., van Kempen, N. & Widdershoven, G. (2011b). The Implementation of Psychiatric Advance Directives: Experiences From a Dutch Crisis Card Initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2013, 36, 2, 119–121.
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 136.
- Henderson C., C. Flood, M. Leese, G. Thornicroft, K. Sutherby, G. Szmukler (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans. Single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2009) 44:369–376.

Hunsche, P., K. Geelen, W. van de Graaf (1998). *Een haalbare kaart. Wilsverklaringen en zelfbinding in de psychiatrie*. Utrecht/Amsterdam: Trimbosinstituut in samenwerking met Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid.

Koetsier, L., B. Al, W. van de Graaf (1983). Psychocodicil. Gek'ooit 1983/3, pag.35, 36. Amsterdam: Stichting Gek'ooit.

Lawson, M. (1991) A recipient's view. In: Beyond Community Care. Normalisation and Integration Work. Edited by Shulamit Ramon, p. 62-84. Houndmills Basingstoke/London: MacMillan Press Ltd and Mind Publications.

Lehmann, P. (1994). Formal previous-consent and previous rejection of psychiatric drugs and electroshocks: theory and practice of the psychiatric will. Lezing 'Le testament psychiatrique' gepresenteerd op conferentie Responsabilité, droits et protection dans le champ de la santé mentale en Europe door Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie, Spaanse sectie)CEDEP. Madrid (1994)

Mahlke, C. I., U. M. Krämer, T. Becker, T. Bock (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion Psychiatry* 27: 276-281.

Mol, R., W. van de Graaf (1982). Een discussie in drie bedrijven. Gek'ooit 1982/4, pag-. Amsterdam: Stichting Gek'ooit.

Ruchlewska, A., C. L. Mulder, R. Van der Waal, A. Kamperman, M. Van der Gaag (2012). Crisis Plans Facilitated by Patient Advocates are Better than those Drawn up by Clinicians: Results from an RCT. *Adm Policy Ment Health*, DOI 10.1007/s10488-012-0454-4

Ruchlewska A., A. I. Wierdsma, A. M. Kamperman, M. v.d. Gaag, R. Smulders, B.-J. Roosenschoon, C.L. Mulder (2014). Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 9(3): e91882. doi:10.1371/ journal.pone.0091882.

Sutherby K, Szmukler GL, Halpern A, et al (1999). A study of 'Crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100: 56-61.

Szasz, T.S. (19982). The psychiatric will: A new mechanism for protecting persons against "psychosis" and psychiatry. *American Psychologist*, 1982, 37, 762-770.

Thornicroft G., S. Farrelly, G. Szmukler, M. Birchwood, W. Waheed, C. Flach, B. Barrett, S. Byford, C. Henderson, K. Sutherby, H. Lester, D. Rose, G. Dunn, M. Leese, M. Marshall (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1634-41.

Waal, R. van der (2010). *Kwaliteit van de Crisiskaart, Onderzoek naar de factoren die bijdragen aan een hogere kwaliteit van de Crisiskaart*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut voor Psychologie en Erasmus Medisch Centrum Rotterdam Afdeling Psychiatrie.

## *Geraadpleegde literatuur*

Autar, Asha Chandeni Autar, Hanneke Boonstra, Jan Douwe Kronemeijer. *Onderzoeksrapport Crisiskaart AanZet. De crisiskaart in Friesland*. Leeuwarden: NHL Hogeschool Leeuwarden, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Bakker, H. (1999). Een wenskaart voor een crisis. *Psy, 1999 nr.5, pag. 25 -27*. Utrecht: GGz Nederland

Bolt, Adri (1999). Liever crisiscontract dan zelfbinding. *De Psychiater 7,1*.

Dietz, A. (1998). *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Massnahmen in de Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Dorn, R.A. van, A. Scheyett, J. Swanson, M. Swartz (2010). Psychiatric advance directives and social workers: an integrative review, *Social Work, 00378046, April 1, 2010, Vol. 55, Issue 2*

Esselink R. e.a. *Tien jaar psychiatrische tegenbeweging in Nederland: een samenvattend verslag van een inventarisatie van organisatievormen, acties en tegenpraktijken in de periode 1970-1980*. Amsterdam: Stichting Pandora, 1982.

Faver, Netty (2008). *Een pleidooi voor het gebruik van de crisiskaart*. [www.psychopraxis.nl](http://www.psychopraxis.nl)

Fiouw, de Miranda & Johannes Daalmans (2011). *WRAP en de crisiskaart*. Crisiskaart Nederland: Cursusmap Consulent Crisiskaart

Flood C, Byford S, Henderson C, et al (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ 2006; 333: 729*.

GGz Nederland (2009). *Visiedocument 'naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, voor mensen met ernstige psychische aandoeningen'*. Amersfoort: GGZ Nederland..

Graaf, W. van de (1995). Contribution 'Mentally ill's experience of legislation'. Paper gepresenteerd op EUFAMI 2<sup>nd</sup> European Conference Relatives of the Mentally ill, Barcelona, Spanje, 8-11 maart 1995.

Graaf, W. van de (1995). Viva La Differenza. Paper gepresenteerd op Conferentie 'Self Help e Salute Mentale', Inmola(BO), Italië, 18 april 1995.

Graaf, W. van de (2009). Elke dag opnieuw het wiel uitvinden. Persoonlijke bespiegelingen over dwang. In: *Bewogen Beweging*, Amsterdam: Uitgeverij Tobi Vroegh. *MGv 64/500-509*. Utrecht: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*

Haaster, Harrie van, Marian Vink (1996). *Crisishulpverlening in Amsterdam anno 1996*. Amsterdam: Amsterdams Patiënten – en Consumenten Platform/insituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid.

Haaster, H. van, M. Janssen, A. van Wijnen (2012). *Persoonsgebonden Budget, Eigen regie en Empowerment*. Amsterdam:Exterveen: IGPB, Ad Search, Visie in Uitvoering

IGZ (2012). Brief aan Raden van Bestuur GGZInstellingen, LPGGz, Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon. Toetsingskader terugdringen dwang in de geestelijke gezondheidszorg, a.1. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg

Katsakou,C., D. Rose, T. Amos, L. Bowers, R. McCabe, D. Oliver, T. Wykes, S. Priebe (2011) Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalization was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol DOI 10.1007/s00127-011-0427-z 2011*.

Manni, Paul (1996). Vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid. *PlusMinus zomer 1996, pag. 22-23*. Utrecht: Vereniging Manische Depressieven en Betrokkenen.

Nederveen, Arieta. Jacky Nieuwboer, Marian van der Steen, Renée Smulders, Adriaan Spaans (2007). *De Crisiskaart in Rijnmond, Verslag van een proces naar volwassenheid en professionaliteit*. Rotterdam: Basisberaad Rijnmond.

Ravenhorst, J. (2008). Jaarverslag 2007 Crisiskaart GGZ Utrecht MWU. Utrecht: Steunpunt GGZ Utrecht

Sutherby K, Szmukler G. (1998). Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatric Bulletin 1998; 22: 4–7*.

Varekamp, I. (2004). Ulysses directives in The Netherlands: opinions of psychiatrists and clients. *Health Policy 70 (2004) 291-301*

Voskes, Y, Theunissen en Widdershoven (2011). *Best practices bij Dwangreductie*. Amsterdam: VUmc, Amsterdam.

## **Websites**

[www.crisiskaartggz.nl](http://www.crisiskaartggz.nl)

[www.platformggz.nl](http://www.platformggz.nl)

[www.clientenbelangamsterdam.nl](http://www.clientenbelangamsterdam.nl)

[www.ervaringswijzer.nl](http://www.ervaringswijzer.nl)

[www.igpb.nl](http://www.igpb.nl)

[www.adsearch.nl](http://www.adsearch.nl)

[www.tijdschriftrehabilitatieenherstel.nl](http://www.tijdschriftrehabilitatieenherstel.nl)