

Sociale psychiatrie

Vakblad sociaal psychiatrische verpleegkunde

Mei 2025



SP



151



➔ **Van De kracht van lotgenotencontact bij een psychose promoten**

Marlies Overmulder-Dirksen, SPV

➔ **Lichtverstandelijke beperking en psychiatrie, “dubbele problematiek”, wat zijn de gevolgen als deze niet herkend worden?**

Julio Peres, SPV i.o. en José de Boer, SPV i.o.

➔ **De Maastrichtse benadering toegepast in de huisartsenpraktijk**

Peter Oud, SPV

➔ **De SPV zo trots als een pauw: de levenslijn van de SPV**

Petra Meijer SPV i.o. en Patricia Vierhuis, SPV i.o.

... en nog veel meer

Redactioneel	3
Artikelen	5
De kracht van lotgenotencontact bij een psychose promoten <i>Marlies Overmulder-Dirksen, SPV</i>	5
Lichtverstandelijke beperking en psychiatrie, “dubbele problematiek”, wat zijn de gevolgen als deze niet herkend worden? <i>Julio Peres, SPV i.o. en José de Boer, SPV i.o.</i>	11
De Maastrichtse benadering toegepast in de huisartsenpraktijk <i>Peter Oud, SPV</i>	21
De SPV zo trots als een pauw: de levenslijn van de SPV <i>Petra Meijer SPV i.o. en Patricia Vierhuis, SPV i.o.</i>	27
Memmetaal?! - ‘De meerwaarde van het voeren van de eigen taal in de sociale psychiatrie.’ <i>Iris Leijstra SPV i.o. en Lineke Griepsma, SPV i.o.</i>	33
Van slachtoffer van het zorgsysteem naar dader in een moordzaak Kan de SPV een rol spelen om deze systematiek te doorbreken? <i>Jolanda Teerenstra & Tjitske Veenstra, SPV i.o.</i>	39
De Geschiedenis van de Sociaal Psychiatisch Verpleegkundige in Nederland <i>Antje Oevering, SPV i.o. en Inge Waiboer-Donk, SPV i.o.</i>	45
Uit den lande	53
Verdragen – Coping-mechanismen bij psychische pijn <i>Frans van der Lem en Godelieve van Zijl</i>	53
Literatuur	56
Verdragen – Over de hulp helpt-mythe, <i>Flip Jan van Oenen</i>	56
Openstaan voor overweldigende ervaringen, <i>Peter Jurgens</i>	58
Dichterbij	62
Een schreeuw om erbij te horen, <i>Gerard Lohuis</i>	62
Spiegel zonder gezicht ((On)zichtbaar), <i>Gerard Lohuis</i>	63
Mediaan	65
Crisiskaart – voor mensen met een licht verstandelijke beperking <i>Lorraine Lambert, SPV</i>	65

Colofon

Sociale Psychiatrie is een uitgave van de V&VN - Afdeling Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Jaargang 44

Redactie Sociale Psychiatrie

Dhr. G. Lohuis, eindredactie
Dhr. F. van Vugt
Mw. G.B.M. van Zijl
Dhr. F. van der Lem
Mw. I. Warmerdam, eindredactie
Mw. S. van Erp
Mw. R. Beliën
Contact opnemen met redactie leden, onder vermelding van naam: redactie@venvn-spv.nl

Technische uitvoering

Ontwerp en opmaak: ik-ook.nl
Coördinatie: Frans van Vugt
Druk: Skrid Media

ISSN nummer: 1386-3541

Opplage: 2100
Dit tijdschrift wordt geïndexeerd in INVERT

Abonnement Sociale Psychiatrie

Kosten € 33,00 ex 9% BTW per jaar (2025)

Distributie Sociale Psychiatrie

Hosingenhof 5, 5625 NJ Eindhoven
Telefoon (040) 29 26 044
E-mail: redactie@venvn-spv.nl

Informatie V&VN-SPV

De vereniging kent leden afdeling SPV. Zij ontvangen alle stukken van de vereniging, het blad Sociale Psychiatrie en hebben gratis toegang tot de ALV en (regionale)studiemiddagen van de afdeling SPV. Aantal leden V&VN-SPV: 1950

Bestuur

Mw. M. Zuiderveld, voorzitter
Dhr. H.J. van Essen, vice-voorzitter
Mw. L. De Vries, lid
Mw. S. Nijen Twilhaar, lid
Dhr. W. Slobbe, aspirant-lid
Dhr. T. Borremans, aspirant-lid

Email bestuur: postbus@venvn-spv.nl

Website: www.venvn-spv.nl
www.archief-spv.nl

Richtlijnen voor het insturen van artikelen

Algemeen:

Het vakblad Sociale psychiatrie is een driemaandelijks tijdschrift van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Doel van dit tijdschrift om elkaar en andere geïnteresseerden op de hoogte te houden van belangrijke ontwikkelingen op het gebied van de sociaal psychiatrische verpleegkunde en de GGZ in het algemeen. Bij inzendingen wordt vooral gekeken naar de relatie met de praktijk van de sociaal psychiatrische verpleegkunde. Dat wil niet zeggen dat artikelen die een andere strekking hebben, niet geplaatst worden.

Werkwijze:

Artikelen kunnen aangeboden worden, mits zij volgens de richtlijnen voor het schrijven van artikelen zijn opgesteld, dus goed beargumenteerd, en vanuit de theorie onderbouwd, met duidelijke literatuurverwijzingen. Plaatsing is niet gegarandeerd. Iedere inzending wordt beoordeeld door de redactieraad, die vier keer per jaar bijeenkomt. Na inzending (per e-mail) krijgt u bericht van ontvangst, en de datum van de eerst volgende redactievergadering door. Binnen twee weken na de redactievergadering, ontvangt u een reactie op uw inzending. Indien gewenst kunt u ook vooraf redactieleden benaderen, over het onderwerp, de opzet en eventuele begeleiding bij het schrijven.

De tekst moet overzichtelijk zijn opgebouwd met een inleiding, kopjes voor de uitwerking van het thema, een samenvatting of conclusies tot besluit. Vervolgens een -volgens de richtlijnen- opgestelde lijst met bronvermelding. Maak zo min mogelijk gebruik van puntsgewijze opsommingen, dit gaat ten koste van de leesbaarheid. Vermijd zoveel als mogelijk is vakjargon en buitenlandse termen.

Leidraad voor de lengte van hoofdartikelen bedraagt 8 A4 (4000 woorden). Voor kortere artikelen in een van de rubrieken (Mediaan en Uit den Lande) is een lengte 2000 woorden gewenst en voor de rubriek Dichterbij en Literatuurbesprekingen wordt van circa 1200 woorden uitgegaan.

Kopij per e-mail aanleveren, liefst in DOC-formaat, naar de redactieleden (zie colofon). Geef duidelijk aan wat uw naam, functie en werkplek is en eventuele andere gegevens die u belangrijk vindt om te vermelden in geval van plaatsing.

Copyright

We verwachten van door auteurs aangeboden artikelen dat deze niet op andere plaatsen gepubliceerd worden voordat plaatsing in SP heeft plaatsgevonden of is afgewezen.

De wereld is nog steeds volop in beweging en nieuw ontwikkelingen volgen elkaar razendsnel op. Zo ook binnen het vakgebied van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Het 'LKS 4.0' is eind januari opgenomen in het register van het zorginstituut Nederland. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (LKS) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan ggz-zorgaanbieders moeten voldoen om de zorg en behandeling voor de individuele cliënt in de curatieve ggz te organiseren (www.zorginzicht.nl). Na jarenlange inspanningen staat het nu zwart op wit, de SPV als regiebehandelaar. Dit brengt meer dan ooit de uitdaging met zich mee om ons als SPV goed op de kaart te blijven zetten in de diversiteit van het werkveld en in te zetten op verbinding. Zoals **Marlies Overmulder-Dirksen** beschrijft in haar artikel *"De kracht van lotgenotencontact bij een psychose promoten"*. Lotgenotencontact is belangrijk. *"Het biedt cliënten de mogelijkheid om ervaringen te delen, sociale steun te ontvangen en zich meer verbonden te voelen, wat hun welzijn en herstelproces aanzienlijk kan bevorderen"*, aldus de auteur. De SPV weet als geen ander dat verbinding met anderen bijdraagt aan herstel.

Verbinding ontstaat eveneens doordat SPV-en al lang niet meer enkel in de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg, 'de GGZ', werkzaam zijn. Het geestelijk welzijn van onze cliënten, waar dan ook, is het uitgangspunt van ons handelen. Als SPV-en willen we voorkomen dat mensen buiten de boot vallen. SPV-en werken bijvoorbeeld in de zorg voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB), binnen Justitie en in huisartsenpraktijken. Of op een polikliniek. **Julio Peres** en **José de Boer** beschrijven hoe bij 40% van de cliënten sprake is van een psychische klachten in combinatie met een verstandelijke beperking of verminderde intelligentie. Dat dit tot veel onduidelijkheid kan leiden en uitdagingen kent, wordt beschreven in hun artikel *"Lichtverstandelijke beperking en psychiatrie, "dubbele problematiek", wat zijn gevolgen als deze niet herkend worden"*. **Lorraine Lambert** vult elders in dit nummer van Sociale Psychiatrie aan hoe het gebruik van een *"Crisiskaart voor mensen met een licht verstandelijke beperking"* een goed hulpmiddel is om verschillende zorgsystemen beter op elkaar af te kunnen stemmen.

In de diversiteit van verschillende werkzaamheden en diverse locaties waar SPV-en werken is het goed elkaar als SPV niet de maat te nemen. Onlangs viel de opmerking dat SPV-en die op een polikliniek werkzaam zijn, 'therapeutje aan het spelen zijn'. Dat zou niks meer met het 'SPV zijn' te maken hebben, omdat een SPV dan niet meer bij de mensen thuis komt en niet 'echt ziet' hoe het eraan toe gaat. De SPV kijkt vanuit verschillende perspectieven en vanuit verschillende contexten naar de mens (en alle facetten van diens leven). Iemand 'echt zien' kan zowel op een polikliniek, in een huisartsenpraktijk of bij iemand thuis. Niet door letterlijk te zien, maar door als SPV 'te kijken' en te luisteren en verhalen te verbinden. **Peter Oud** laat in zijn artikel zien hoe de expertise en waarden van de SPV methodisch gebruikt kan worden. Een methode die van oorsprong een andere context kent en zelfs een andere visie aanhangt dan tot nu toe gebruikelijk is. Dit doet hij in *"De Maastrichtse Benadering, toegepast in de huisartsenpraktijk"*.

Deze uitgave van de Sociale Psychiatrie laat door de diversiteit van de artikelen zien dat we trots mogen zijn op ons vak. **Petra Meijer** en **Patricia Vierhuis** nodigen ons uit als trotse pauwen met onze veren te pronken. In het artikel *"De SPV zo trots als een pauw, de levenslijn van de SPV"*

beschrijven zij hoe SPV-en toegejuicht en opzij gezet zijn, maar nooit verdwenen. Het is inmiddels een lange geschiedenis waar SPV-en op kunnen teren en daarin geeft elke SPV nog een eigen kleuring aan het SPV zijn. **Iris Leijstra** en **Lineke Griepsma** pleiten in *“Memmetaal?! ‘De meerwaarde van het voeren van de eigen taal in de sociale psychiatrie”* voor eigenheid door het gebruik van de moedertaal in het hulpverleningscontact. Wellicht kan dit eveneens behulpzaam zijn op maatschappelijk gebied. Politie, Justitie en GGZ-instellingen zijn regelmatig met elkaar in samenwerking waar het personen met verward gedrag betreft schrijven **Jolanda Teerenstra** en **Tjitske Veenstra**. In het artikel *“Van slachtoffer van het zorgsysteem naar dader in een moordzaak? Kan de SPV een rol spelen om deze systematiek te doorbreken?”* leggen ze uit hoe de rol en positie in de samenwerking tussen politie en hulpverlening eruit zou moeten zien. *“Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan een cruciale rol spelen in de behandeling en ondersteuning van verwarde personen; voor, tijdens en na een crisissituatie. De SPV zou positie kunnen krijgen in de sociale wijkteams van de gemeente. De expertise van de SPV ligt op het snijvlak van psychiatrie, sociale ondersteuning en crisisinterventies”*, aldus de auteurs.

Antje Oevering en **Inge Waiboer-Donk** beschrijven in het afsluitende artikel *“De geschiedenis van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in Nederland”*. Deze geschiedenis gaat ver terug, al in 1850 viel op dat *‘iedereen die niet mee kon komen in de maatschappij of een bijdrage kon leveren, werd uitgestoten’*. Toen heerste nog het *‘medisch model en het beheersen van de uiterlijke symptomen’*. De eerste sociale initiatieven werden in die tijd ontplooid. Zoals de ‘Maatschappij van Weldadigheid’ het voor ogen had om armoede uit te bannen, door mensen kansen te bieden op het Drentse platteland in wat later ‘De Koloniën van Weldadigheid’ is gaan heten. Het achterliggende idee was dat mensen het beter zouden hebben wanneer in de context van het mens zijn verbetering werden aangebracht. Niet alleen arbeid, maar ook ontspanning, goede voeding en *‘zelfvoorzienendheid’* dreef de Maatschappij in hun idealen. Het raakte de grondbeginselen van de sociale psychiatrie. Arie Querido pakte 130 jaar later de handschoen op om psychiatrie eveneens vanuit het zien van de mens in zijn of haar context, vorm te geven. Waarmee we inmiddels zijn aangekomen bij de SPV als regiebehandelaar, vastgelegd in ‘LKS 4.0’.

Naast dat we trots als pauwen mogen zijn, is sociale psychiatrie ook veel verdragen. **Frans van der Lem** en **Godelieve van Zijl** bezochten het symposium *“Verdragen”* en geven een impressie van deze dag. Een studiedag waarbij de presentatie van het nieuwe boek van **Flip Jan van Oenen** plaatsvond. Het boek heeft eveneens de titel *“Verdragen”* en een recensie van dit boek van de hand van **Gerard Lohuis** treft de lezer elders in dit tijdschrift. **Frans van der Lem** heeft een recensie geschreven van het boek *“Openstaan voor overweldigende ervaringen”* van Peter Jurgens.

Hiermee is de lezer aan het eind van deze uitgave van Sociale Psychiatrie aangekomen en resten enkel nog de overwegingen van **Gerard Lohuis** in de rubriek Dichterbij. Twee beschouwingen uit de praktijk van alledag, beschreven in *Een schreeuw om erbij te horen* en *Spiegel zonder gezicht*.

Gerard Lohuis
Ingelien Warmerdam

De kracht van lotgenotencontact bij een psychose promoten

Marlies Overmulder-Dirksen, SPV

Lotgenotencontact is een belangrijke interventie binnen de huidige centrale visie van zorg, zoals beschreven in de GGZ Standaarden, waarin eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact via gezamenlijke besluitvorming centraal staan. Lotgenotencontact biedt cliënten met een psychische aandoening de mogelijkheid om in contact te komen met anderen die vergelijkbare ervaringen hebben, wat bijdraagt aan hun gevoel van erkenning, verbondenheid en empowerment (GGZ Standaarden, 2017).

Deze benadering wordt ondersteund door Machteld Huber's definitie van gezondheid als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Huber, 2011). Landelijke verenigingen zoals PsychoseNet en Anoikis organiseren maandelijks lotgenotenbijeenkomsten.

Het doel van deze bijeenkomsten is om cliënten met een psychose(gevoeligheid) met elkaar in contact te brengen zodat ze ervaringen kunnen delen, ondersteuning kunnen ervaren, sociale integratie kunnen bevorderen en copingstrategieën kunnen delen.

In de praktijk blijkt het soms lastig om voldoende deelnemers te vinden wanneer een GGZ-instelling zelf daarvoor iets wil organiseren, ondanks het nut van deze bijeenkomsten op het herstelproces van cliënten. In dit artikel wordt ingegaan op het belang van promotie van lotgenotencontact. In de context van dit artikel wordt lotgenotencontact als interventie beschouwd.

Contextanalyse

Per jaar krijgen ongeveer 3.000 Nederlanders voor het eerst een psychose (Veling et al., 2013), en ongeveer 3% van de Nederlandse populatie voldoet aan de criteria van een psychotische stoornis (Van Os et al., 2008). In de zorgstandaard voor psychose (2017) wordt een psychose beschreven als "een veranderde beleving van de werkelijkheid die waarnemen, denken en emoties beïnvloedt". Hierin wordt tevens vermeld dat het precieze aantal mensen dat een psychose krijgt niet bekend is, maar er wordt geschat dat zo'n 120.000 tot 150.000 mensen in Nederland worden behandeld voor een psychotische stoornis.

Volgens de zorgstandaard voor psychose (2017) bestaat goede zorg bij psychose uit het aansluiten bij de zorgbehoeften en hulpvraag van patiënten waarbij zelfmanagement altijd het uitgangspunt is. De behandeling van psychotische stoornissen bestaat vrijwel altijd uit een combinatie van interventies omdat er meestal zorgvragen op meerdere terreinen zijn.

Lotgenotencontact, ook wel peersupport genoemd, is één van die interventies en valt onder de zorgstandaard herstelondersteuning. In deze zorgstandaard staat beschreven dat herstel persoonlijke en maatschappelijke aspecten heeft en dat ze beide aandacht nodig hebben. Psychische problemen gooien het leven ondersteboven en laten het zelfvertrouwen wankelen en dit heeft invloed op de verschillende rollen die een persoon inneemt. Herstel is een individueel proces en onderdeel van het normale leven. Het gaat om het ontwikkelen van veerkracht en om het omgaan met – en het leven weer oppakken na – ontwrichtende ervaringen. Een veel gehanteerde definitie van herstel is die van Anthony: ‘een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven’ (1993). Lotgenotencontact is een manier van zelfmanagement en vermindert de afhankelijkheid van zorg. Lotgenotencontact is gebaseerd op de veronderstelling dat mensen die vergelijkbare ervaringen delen elkaar emotionele, beoordelings- en informatieve steun en hoop kunnen bieden (Dennis, 2003; Davidson et al., 2006).

Uit een systematische review en meta-analyse gericht op het beoordelen van de effectiviteit van peer support interventions (PSIs) voor individuen met een psychische aandoening (Smit et al., 2023), is gebleken dat PSIs geassocieerd zijn met kleine maar significante effectgroottes voor klinisch en persoonlijk herstel, maar niet voor functioneel herstel. Dit blijkt uit het feit dat deelnemers die PSIs hebben ondergaan, op verschillende fronten baat lijken te hebben bij deze interventie; zij rapporteerden naast een afname van klachten en een toename van hoop en verbondenheid, ook meer sociale steun (maatschappelijk herstel). Hoewel verder onderzoek nodig is om deze resultaten te bevestigen en verder te verfijnen, suggereren de bevindingen dat peersupport effectief kan zijn.

Uit een gerandomiseerd gecontroleerde studie over peersupport groepen voor mensen met psychose blijkt dat peersupport effectief is in het verbeteren van hun sociaal netwerk door het stimuleren van wederzijdse relaties en het verbeteren van hun waarderingsteun (Castelein et al., 2008). Deelnemers die frequent deelnamen vertoonden significant verbeteringen in sociale steun, zelfeffectiviteit en kwaliteit van leven. De conclusie uit dit onderzoek luidt dat deelname aan lotgenotengroepen een nuttige interventie is voor mensen die lijden aan psychose door hun sociaal netwerk te verbeteren.

Een zelfredzame cliënt draagt bij aan efficiënter zorggebruik, voorkomt onnodige afhankelijkheid van gespecialiseerde zorg en maakt een overgang naar minder intensieve zorgvormen mogelijk. Dit streven kan kostenbesparingen in de gezondheidszorg opleveren, aangezien minder intensieve zorg vaak kosteneffectiever is (Van Hoof et al., 2014). Daarnaast bevordert autonomie empowerment en zelfbeschikking, waardoor individuen actief kunnen deelnemen aan besluitvorming over hun eigen zorg en behandeling, wat bijdraagt aan eigenwaarde en controle (Meinema, 2017). Het ontbreken, verminderde deelname of verlies van lotgenotencontact kan leiden tot een verminderd zelfmanagement, een grotere afhankelijkheid van zorg en een verminderde sociale verbondenheid, wat uiteindelijk de autonomie en het herstelproces van cliënten negatief beïnvloedt.

Hoe kan lotgenotencontact zo optimaal mogelijk ingezet worden?

Cliënten met een psychose (gevoeligheid) hebben specifieke behoeften voor ondersteuning en herstel. Ze zoeken vaak informatie over hun aandoening, steun van hun omgeving, positieve interacties met medepatiënten, empathische begeleiding, en willen hun welzijn en zelfstandigheid verbeteren.

Voordelen van lotgenotencontact

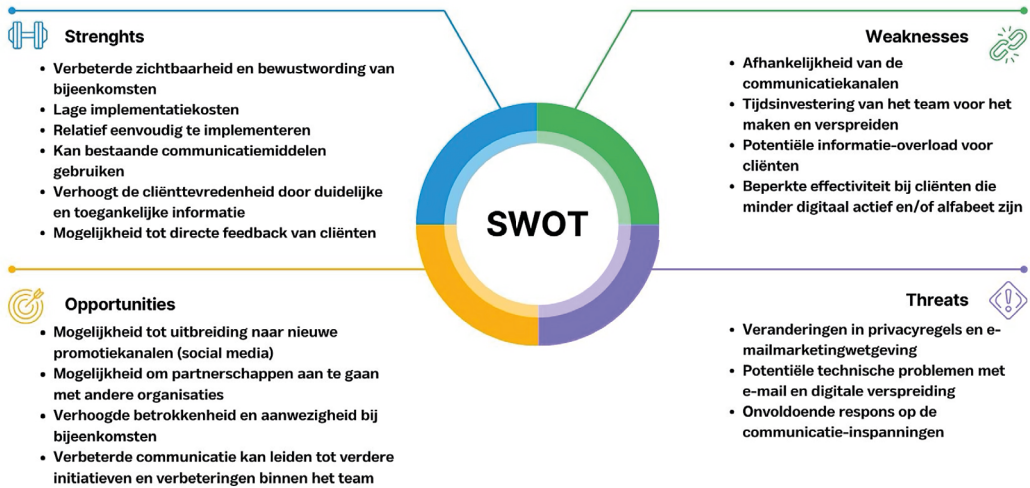
Cliënten	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterd welzijn en herstel doordat cliënten zich gesteund voelen en erkend worden door anderen met vergelijkbare ervaringen. wat bijdraagt aan hun emotionele welzijn. En een toename in zelfvertrouwen en empowerment, doordat cliënten actief deelnemen aan hun eigen herstelproces. • Ervaren een sociale verbondenheid en hebben meer mogelijkheden om ondersteunende netwerken te ontwikkelen. Tevens zal er een afname zijn in gevoelens van isolatie en eenzaamheid door regelmatige interactie met lotgenoten. • De zelfredzaamheid en autonomie van de cliënt zal worden vergroot doordat cliënten vaardigheden en strategieën ontwikkelen voor zelfmanagement, wat de afhankelijkheid van professionele zorg zal verminderen.
Team	<ul style="list-style-type: none"> • Ervaart voldoening doordat ze zien dat cliënten profiteren van de lotgenotenbijeenkomsten. • Er is een toename in de motivatie en betrokkenheid van het team doordat ze werken met een interventie die duidelijk positieve resultaten oplevert. • Door de toegenomen zelfredzaamheid van cliënten kan het team de zorg effectiever organiseren en verdelen, wat leidt tot een betere benutting van de beschikbare middelen. • Er is minder noodzaak voor intensieve zorginterventies, wat de werkdruk voor het team verlaagt.
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Ziet een afname in de kosten van gespecialiseerde zorg doordat cliënten minder intensieve zorg nodig hebben en sneller herstellen. • Er is een verhoogde cliënttevredenheid, dit draagt bij aan een beter imago en reputatie. • Er is een duurzame aanpak ontwikkeld voor het continu aanbieden van lotgenotencontact.

Om zoveel mogelijk cliënten te bereiken, deelname aan lotgenotencontact te verhogen en annuleringen van de bijeenkomsten te voorkomen, zijn verschillende strategieën mogelijk:

1. Promotie van lotgenotencontact: het verspreiden van informatie over lotgenotenbijeenkomsten via verschillende kanalen zoals flyers in de wachtkamer, informatiefolder, directe e-mails naar cliënten zodat cliënten beter voorgelicht worden.
2. Samenwerking aangaan met sociaal domein zodat het bereik vergroot wordt en meer cliënten kunnen deelnemen.
3. Herstelondersteunende interventies, waaronder lotgenotencontact, in het behandelplan laten opnemen zodat het een formeel en erkend onderdeel wordt van de zorgverlening. Dit kan de perceptie van het belang van deze interventie bij zowel cliënten als zorgverleners verhogen.
4. Frequentie van bijeenkomsten wekelijks laten plaatsvinden zodat cliënten meer verbondenheid voelen met de groep. Wekelijkse bijeenkomsten kunnen de sociale verbondenheid en cohesie binnen de groep versterken. De regelmatige bijeenkomsten bieden cliënten een vaste structuur, dit kan bijdragen aan hun stabiliteit en welzijn (Castelein et al., 2008).

Een sterkte/zwakte analyse (SWOT-analyse: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) voor het verbeteren van promotie van lotgenotencontact via verschillende kanalen laat dit als volgt zien:

VERBETERDE PROMOTIE VAN LOTGENOTENCONTACT



Deze SWOT-analyse toont aan dat verbeterde promotie een effectieve en uitvoerbare strategie is om de deelname aan lotgenotenbijeenkomsten te verhogen. Hoewel te verwachten is dat dit niet voor alle cliënten opgaat. Door de sterke punten te benutten en kansen te grijpen, kunnen mogelijke zwaktes en bedreigingen worden vermindert. Het is belangrijk om de communicatie goed te monitoren en aan te passen op basis van feedback en resultaten om de gewenste opkomst en tevredenheid te bereiken.

Tot slot:

Lotgenotencontact is een waardevolle interventie binnen de herstelgerichte zorg, met bewezen voordelen voor cliënten met psychosociale (gevoeligheid). Het biedt cliënten de mogelijkheid om ervaringen te delen, sociale

steun te ontvangen en zich meer verbonden te voelen, wat hun welzijn en herstelproces aanzienlijk kan bevorderen. Voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) ligt hier een belangrijke taak in het promoten, implementeren en borgen van deze interventie binnen de GGZ-praktijk.

Door nauw contact met cliënten kan de SPV lotgenotencontact actief onder de aandacht brengen en cliënten motiveren om hiervan gebruik te maken. Met behulp van herstelondersteunende principes kunnen zij lotgenotencontact integreren in behandelplannen en cliënten begeleiden bij het benutten van deze interventie. Dit helpt niet alleen bij het bevorderen van eigen regie en empowerment, maar ondersteunt ook het herstelproces op persoonlijk, maatschappelijk en klinisch niveau.

Lotgenotencontact sluit naadloos aan bij de herstelgerichte werkwijze van de SPV, waarin eigen regie, zelfmanagement en autonomie centraal staan. Door lotgenotencontact verder te integreren in de zorg, draagt de SPV niet alleen bij aan de autonomie van cliënten, maar ook aan de verbetering van hun kwaliteit van leven.

Hiermee speelt de SPV een rol in het versterken van de persoonlijke veerkracht van cliënten en het ondersteunen van hun weg naar herstel.

- *Marlies Overmulder-Dirksen is als SPV werkzaam bij het team Vroege Interventie Psychose (VIP) van GGNet, regio Apeldoorn/Zutphen.*

Referentielijst

- Anoiksis.- (2015, 20 november). *Vereniging voor en door psychosegevoelige mensen*. Geraadpleegd op 3 mei 2024, van <https://www.anoiksis.nl>
- Anthony, W. A. (1993). Defining and measuring recovery from mental illness: Principles and practice. *Community Mental Health Journal*, 29(6), 569–583
- Castelein, S., Bruggeman, R., van Busschbach, J. T., van der Gaag, M., Stant, A. D., Knegetering, H., & Wiersma, D. (2008). The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 64–72. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01216.x>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults with Serious Mental Illness: a Report from the Field. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 443–450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Dennis C. L. (2003). Peer Support within a Health Care Context: a Concept Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321–332. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00092-5)
- GGZ Standaarden. (2017, 26 oktober). *Psychose*. Geraadpleegd op 20 april 2024, van <https://www.ggzstandaarden.nl>
- GGZ Standaarden. (2017, 14 november). *Herstelondersteuning*. Geraadpleegd op 11 mei 2024, van <https://www.ggzstandaarden.nl>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Meinema, T. (2017, 13 november). *Wat werkt bij eigen regie*. Movisie. Geraadpleegd op 17 april 2024, van <https://www.movisie.nl/publucatie/wat-werkt-eigen-regie>
- Smit, D., Miguel, C., Vrijzen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(11), 5332–5341. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>
- Van Hoof, F., Van Erp, N., Boumans, J., & Muusse, C. (2014). Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. In *Trendrapportage GGZ*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 16 mei 2024, van <https://www.trimbos.nl/docs/83ffad0a-cf73-4447-aecc-d5dd3033ceff.pdf>
- Van Os. (z.d.) *Psychosenet*. Geraadpleegd op 3 mei 2024, van <https://www.psychosenet.nl>
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). A Systematic Review and Meta-analysis of the Psychosis Continuum: Evidence for a Psychosis Proneness–Persistence–Impairment Model of Psychotic Disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/s0033291708003814>
- Veling, W., Selten, J.-P., Veen, N. D. van der, Laan, W., Schols, D., Hoek, H. W. (2013). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: A four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*, 113(2–3), 231–236. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.04.019>



Lichtverstandelijke beperking en psychiatrie,

“dubbele problematiek”, wat zijn de gevolgen als deze niet herkend worden?

Julio Peres,
SPV i.o en
José de Boer,
SPV i.o.

Karin, 41 jaar

Patiënte wordt aangemeld bij de praktijkondersteuner (POH) met klachten van overprikkeling, vermoeidheid, en het gevoel zichzelf te moeten bewijzen. Ze loopt vast op het werk, wat resulteert in het niet halen van deadlines vanwege onduidelijke verwachtingen van de werkgever. Daarnaast heeft patiënte moeite om te schakelen tussen werk en privé, waardoor ze werk mee naar huis neemt en privé-zaken naar het werk.

Ten tijde van de intake werkt patiënte meer dan 40 uur per week. Naast haar werk geeft ze les bij de plaatselijke turnvereniging, is ze getrouwd en heeft ze twee kinderen van 5 en 6 jaar oud. Haar partner ondersteunt haar deels bij de opvoeding en het huishouden, maar de meeste zorg ligt bij haar. Het steunsysteem van patiënte is beperkt.

De POH heeft op meerdere vlakken ondersteuning geboden, maar kreeg geen grip op de situatie van patiënte. Of dit door meervoudige problematiek komt, of doordat patiënte niet begrijpt wat er van haar verwacht wordt, is onduidelijk. In overleg met patiënte en de huisarts wordt besloten om haar door te verwijzen naar de generalistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Patiënte is drie maanden bij de POH in zorg geweest en moest vervolgens zes maanden wachten voordat de zorg bij GGZ kon starten. Bij de GGZ heeft patiënte meerdere gesprekken gevoerd en is er een behandeling gestart. De gezondheidspsycholoog liep echter vast met patiënte. Het leek alsof patiënte niet in staat was om de aangeleerde vaardigheden tijdens de behandeling op te slaan en toe te passen, waardoor er geen vooruitgang werd geboekt. De behandelaar besloot daarom diagnostiek aan te vragen, inclusief een intelligentietest. Dit traject nam wederom zes maanden in beslag.

Uit de diagnostiek bleek dat patiënte een licht verstandelijke beperking (LVB) heeft. Dit resultaat kwam als een schok voor patiënte; ze had niet verwacht dat haar score zo laag zou zijn. Voor de GZ-psycholoog werd hiermee duidelijk waarom eerdere behandelingen niet aansloegen. Patiënte werd doorverwezen naar het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie. Voordat deze zorg kon worden opgestart, waren er opnieuw vier maanden verstreken. Al met al heeft patiënte een jaar en zeven maanden moeten wachten op de juiste zorg.



Inleiding

In dit artikel bespreken we het herkennen van een LVB en de invloed hiervan op psychiatrische problematiek. We onderzoeken de complexe relatie tussen psychiatrische aandoeningen en LVB en belichten hoe behandelingen effectief kunnen worden aangepast om het gewenste resultaat te behalen. Voor hulpverleners is het essentieel om zich bewust te zijn van de impact die een LVB kan hebben op de psychische gesteldheid van een patiënt en op de effectiviteit van interventies. Met deze kennis kunnen zij psychische en niet-psychische problemen beter signaleren, hierop anticiperen en de behandeling en begeleiding afstemmen op het niveau van de patiënt.

In de reguliere GGZ heeft naar schatting 20% van de patiënten een IQ onder de 85, wat hen plaatst in de categorie zwakbegaafdheid (ZB) of IQ onder de 70 LVB. In de specialistische GGZ ligt dit percentage hoger, met ongeveer 40% van de patiënten die vermoedelijk een LVB hebben. Binnen intensieve behandelingen of long-stay afdelingen stijgt dit zelfs naar ruim 60% (Nieuwenhuis, 2017; Kenniscentrum LVB, 2023).

Als sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) in opleiding vervullen wij hierbij een cruciale rol. De SPV werkt op het snijvlak van psychiatrie en sociaal functioneren en kan door een integrale blik bijdragen aan vroegtijdige herkenning van een LVB bij patiënten met psychiatrische klachten. Daarnaast is de SPV in staat om als schakel te fungeren tussen de verschillende disciplines in de zorgketen en de patiënt. Hierdoor kan de behandeling beter worden afgestemd op de individuele mogelijkheden en behoeften van deze doelgroep (V&VN-SPV, 2019).

Hoewel er reeds veel over dit onderwerp geschreven is, willen wij dieper ingaan op de herkenning en behandeling van patiënten met een LVB en psychiatrische klachten. Daarnaast verkennen we de grenzen van wat mogelijk is in de behandeling van deze doelgroep. Hiermee willen we situaties voorkomen zoals bij Karin, waar een patiënt meerdere ineffectieve behandelingen ondergaat voordat de juiste zorg wordt geboden. Dit soort ervaringen kan leiden tot gevoelens van afwijzing, falen en frustratie, terwijl de weg naar passende hulpverlening onnodig wordt verlengd.

Onze onderzoeksvraag is dan ook: “Hoe kan de SPV tijdens de behandeling binnen de GGZ herkennen of er sprake is van een LVB, en hoe kan de behandeling en communicatie effectief worden aangepast aan de behoeften van deze doelgroep?”

Wat houdt LVB in?

LVB is een beperking die wordt gekenmerkt door een lager dan gemiddeld cognitief functioneren, vaak in combinatie met beperkingen in adaptieve vaardigheden. Bij LVB spelen naast intellectuele beperkingen ook sociale, emotionele en praktische problemen een rol (Kenniscentrum LVB, 2023).

“Cognitief functioneren bij LVB”

Mensen met een LVB kunnen uitdagingen ervaren in hun cognitieve functioneren. Dit kan zich uiten in moeite met abstract denken, het oplossen van complexe problemen of het verwerken van nieuwe informatie. Daarnaast kan ook het geheugen en concentratievermogen beperkt zijn, wat invloed heeft op hun dagelijks functioneren.

“Beperkingen in adaptieve vaardigheden”

Op het gebied van adaptieve vaardigheden kunnen er eveneens belemmeringen zijn. Deze beperkingen kunnen zich manifesteren in het zelfstandig functioneren, zoals bij communicatie, zelfzorg of het omgaan met financiën. Sociale vaardigheden kunnen eveneens onder druk staan, waardoor het onderhouden van relaties vaak lastig is.

“Sociaal-emotionele uitdagingen”

Mensen met LVB kunnen daarnaast sociaal-emotionele moeilijkheden ervaren. Ze raken sneller overprikkeld, hebben moeite met het beheersen van impulsen of het hanteren van frustraties. Ook zijn ze vaak kwetsbaarder voor manipulatie of beïnvloeding door anderen, wat hen extra vatbaar maakt voor sociale en emotionele problemen (Kenniscentrum LVB, 2023).

“Ongeveer 40% van de cliënten in de reguliere GGZ heeft LVB-problematiek of ZB.”

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een aanzienlijk percentage van patiënten in de reguliere GGZ functioneert op het LVB-niveau. Het promotieonderzoek van Jeanet Nieuwenhuis (2022), getiteld *“A Blind Spot?”*, benadrukt dat ongeveer veertig procent van de cliënten in de reguliere GGZ een LVB of ZB heeft. Dit percentage neemt zelfs toe tot zevenenzestig procent in intensievere behandelsetting, zoals klinische afdelingen of afdelingen voor forensische psychiatrie, waar patiënten vaak complexere problematiek hebben.

Waarom hebben mensen met LVB vaak ook psychische klachten?

Mensen met een LVB hebben drie tot vier keer meer kans op het ontwikkelen van psychische problematiek. Wat hierin meespeelt is dat mensen met een LVB risico lopen om langdurig overvraagd te worden, wat kan leiden tot faalervaringen, frustraties en een negatief zelfbeeld. Deze negatieve gevoelens kunnen zichtbaar worden in emotionele en gedragsproblemen (Kenniscentrum LVB, 2023).

Kijk bijvoorbeeld naar de beschreven casus. Karin heeft een tot dan toe on(der)kende LVB. Ze draagt de verantwoordelijkheid voor twee jonge kinderen, het huishouden, een fulltime baan en een bijbaan als turntrainer. Al deze taken samen vormen een enorme belasting. Nu speelt er ook nog een LVB, waardoor Karin meer tijd en ondersteuning nodig heeft om informatie te begrijpen en nieuwe vaardigheden aan te leren. Dit wordt echter niet herkend door de hulpverlening.

De behandelingen hebben geen effect, omdat deze niet zijn afgestemd op het niveau en de mogelijkheden van Karin. De communicatie en aangeboden interventies zijn te complex, en de hulpverleners gaan voorbij aan haar LVB. Hierdoor begrijpt Karin de adviezen niet goed en kan ze het geleerde niet toepassen in haar dagelijks leven. Ze raakt uitgeput, omdat ze steeds meer hooi op haar vork neemt zonder de juiste begeleiding. Doordat de behandeling niet aanslaat, wordt Karin telkens doorverwezen naar een andere hulpverlener. Ze wordt hierdoor



overvraagd, voelt zich afgewezen en krijgt het idee dat ze niet beter wordt. Dit leidt tot gevoelens van mislukking, hopeloosheid en uitzichtloosheid. Als gevolg hiervan stapelen de problemen zich verder op. Pas na gedegen onderzoek, waarin de LVB bij Karin wordt vastgesteld, kan er gepaste zorg worden ingezet. Dit onderstreept het belang van het vroegtijdig signaleren van een LVB, zodat behandelingen vanaf het begin afgestemd kunnen worden op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

Hoe kun je een LVB herkennen?

Het herkennen van een LVB kan moeilijk zijn op basis van alleen een gesprek. Mensen met een LVB kunnen sociaal gewenst gedrag vertonen of bepaalde vaardigheden hebben ontwikkeld om hun beperking te compenseren en te verbloemen. Hierdoor kan de problematiek onzichtbaar blijven, terwijl de patiënt wel vastloopt in het dagelijks leven. Daarom is vaak een gedetailleerde screening of diagnostische test nodig om zekerheid te krijgen of er sprake is van een LVB. Wanneer je als POH, verpleegkundige, SPV of andere hulpverlener twijfelt, maar niet direct toegang hebt tot diagnostiek, kun je zelf de SCIL (Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking) afnemen. De SCIL biedt een snelle en effectieve manier om inzicht te krijgen in de intelligentie van een cliënt. Er is een versie beschikbaar voor jongeren (14-17 jaar) en volwassenen (18+).

Het feit dat LVB vaak niet wordt herkend binnen de GGZ heeft meerdere oorzaken. Een aanzienlijk deel van de patiënten met LVB wordt niet als zodanig gesignaleerd door behandelaren, ondanks dat onderzoek aantoont dat dit veel voorkomt. Wanneer de LVB over het hoofd wordt gezien, kan dit ernstige gevolgen hebben voor de effectiviteit van behandelingen en het welzijn van de patiënt. Dit benadrukt het belang van vroege signalering.

Het herkennen van een LVB tijdens een gesprek blijft een uitdaging, vooral omdat niet iedereen met een LVB dezelfde kenmerken vertoont. Toch zijn er signalen en aanwijzingen die kunnen wijzen op een mogelijke LVB. Deze kenmerken hebben vaak betrekking op moeilijkheden op het gebied van taalbegrip, sociale interactie en probleemoplossend vermogen (Kenniscentrum LVB, 2023).

De rol van de SPV bij het herkennen van LVB

De SPV speelt een cruciale rol in het signaleren van een LVB binnen de GGZ. Door hun brede blik op zowel psychische klachten als sociaal-maatschappelijke factoren kunnen SPV-en eerder vermoeden dat een patiënt mogelijk moeite heeft met het begrijpen van informatie, communicatie of het toepassen van adviezen.

De SPV is vaak intensief betrokken bij het leven van de patiënt, zowel tijdens gesprekken als in het observeren van gedrag in verschillende contexten. Dit stelt hen in staat om knelpunten in het dagelijks functioneren sneller te signaleren, een laagdrempelige screening, zoals de SCIL, in te zetten bij twijfel, communicatie en begeleiding aan te passen aan het begripsniveau van de patiënt, een brug te slaan tussen de patiënt en andere professionals, waardoor tijdig aanvullende diagnostiek of gespecialiseerde zorg kan worden aangevraagd.

Door deze vaardigheden kan de SPV niet alleen helpen bij het vroegtijdig herkennen van een LVB, maar ook de behandeling beter laten aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Dit verkleint de kans dat behandelingen ineffectief zijn of dat de patiënt zich overvraagd en onbegrepen voelt (kenniscentrum LVB, z.d)

Belangrijke signalen om op te letten

Mensen met een LVB ervaren verschillende uitdagingen in het dagelijks leven die zich uiten op verschillende gebieden. Zo hebben ze vaak moeite met het begrijpen van abstracte of complexe informatie, waardoor ze bijvoorbeeld sarcasme of metaforen lastig vinden. Hun voorkeur gaat uit naar concrete en eenvoudige taal, en ze hebben vaak meer tijd nodig om informatie te verwerken. Dit kan betekenen dat ze regelmatig om herhaling of verduidelijking vragen, omdat ze niet altijd alles in één keer begrijpen.

Op het gebied van communicatie valt op dat ze eenvoudig taalgebruik hanteren, met korte en eenvoudige zinnen, en dat ze woorden vaak letterlijk nemen. Uitdrukkingen zoals “het regent pijpenstelen” kunnen daarom verwarrend zijn. Lange gesprekken kunnen ook lastig zijn om te volgen, waarbij ze soms de draad kwijtraken.

In sociale situaties voelen ze zich vaak onzeker en hebben ze moeite met het interpreteren van sociale signalen zoals lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen. Dit kan leiden tot onhandige of soms ongepaste reacties. Om conflicten te vermijden of goedkeuring te krijgen, stemmen ze bovendien vaak snel in, zelfs als ze iets niet volledig begrijpen.

Wanneer het gaat om planning en organisatie, hebben mensen met een LVB moeite met het structureren en organiseren van taken. Ze kunnen impulsiever handelen en hebben soms de neiging om voor de snelste oplossing te kiezen, zelfs als die niet de meest effectieve is. Kijk bijvoorbeeld naar de casus aan het begin van het artikel waarin Karin ook moeite heeft om de taken op haar werk te begrijpen en te volbrengen. Abstracte onderwerpen vermijden ze meestal en richten zich liever op gesprekken en thema's die binnen hun directe ervaringswereld vallen. Ten slotte zie je soms dat ze zichzelf herhalen, wat kan wijzen op moeite om nieuwe, complexere ideeën onder woorden te brengen (expertisepuntvb, z.d).

Uitdagingen in de behandeling van patiënten met een LVB binnen de GGZ

Patiënten met een LVB ervaren vaak uitdagingen in de behandeling, zoals moeite met het begrijpen van lange uitleg, complexe taal en abstract denken. Daarnaast hebben zij vaak moeite om hun gevoelens en gedachten te verwoorden en vinden ze het lastig om verbanden te leggen tussen oorzaak en gevolg. Deze beperkingen kunnen leiden tot overvraging, aangezien hulpverleners vaak onbewust te veel verwachten van de aanpassingsvermogen en zelfredzaamheid van de patiënt. Dit kan op zijn beurt leiden tot frustratie of terugtrekking bij de patiënt (Kenniscentrum LVB, 2023).

De SPV is specifiek opgeleid om de zorg af te stemmen op de individuele behoeften van de patiënt en diens systeem. Dit gebeurt door contextgericht werken en vanuit een systeemgericht perspectief, waarbij de SPV voortdurend de zorg aanpast om de juiste ondersteuning te bieden. Een belangrijke eigenschap van de SPV is het vermogen om meerzijdig partijdig te werken, waarbij de belangen van de patiënt en het systeem gelijkwaardig worden meegenomen. Doordat de SPV nauw samenwerkt met de patiënt en diens systeem, kan zij snel ontdekken welke zorg het beste aansluit bij de behoeften van de patiënt. Wanneer er onduidelijkheden zijn over de verwachtingen van de patiënt, zal de SPV dit snel opmerken en actief zoeken naar manieren om beter aan te sluiten bij de situatie van de patiënt. Door goed te luisteren, door te vragen en regelmatig te checken of de patiënt de uitleg begrijpt, kan de SPV er zeker van zijn dat de communicatie effectief is. Het aanpassen van de communicatie aan de specifieke behoeften van de patiënt is een kernaspect van de SPV-rol (Expertisegebied SPV, 2023).

Aanpassingen in de Behandeling van Patiënten met LVB en Psychiatrische Klachten

In de behandeling van patiënten met een LVB en psychiatrische klachten is het essentieel om de aanpak aan te passen aan de specifieke behoeften van de patiënt. De behandeling moet zorgvuldig worden afgestemd, omdat deze patiënten vaak moeite hebben met het verwerken van informatie en het begrijpen van complexe situaties. Een SPV heeft een sleutelrol in het ondersteunen van deze patiënten door de juiste aanpassingen te maken in zowel communicatie als de algehele houding. Hieronder worden de belangrijkste aanpassingen besproken, met de nadruk op hoe de SPV deze aanpassingen effectief kan inzetten.

1. Aanpassen van de communicatie

De communicatie met patiënten met LVB moet duidelijk, beknopt en eenvoudig zijn. Dit is van groot belang om misverstanden te voorkomen en de patiënt niet te overweldigen.

→ *Eenvoudige en concrete taal gebruiken:* De SPV is goed in het vertalen van complexe informatie naar begrijpelijke, duidelijke taal. Dit voorkomt verwarring en zorgt ervoor dat de patiënt de informatie beter kan verwerken.

- *Pauzes toestaan en niet forceren:* De SPV weet dat patiënten met LVB meer tijd nodig hebben om informatie te verwerken. Door pauzes in gesprekken in te lassen en de patiënt niet te dwingen snel te reageren, kan er ruimte worden gecreëerd voor begrip.
- *Regelmatig checken of de patiënt het begrijpt:* De SPV vraagt regelmatig of de patiënt de besproken informatie begrijpt. Dit zorgt ervoor dat er geen belangrijke informatie gemist wordt en dat de patiënt zich gehoord voelt.
- *Visuele ondersteuning bieden:* De SPV maakt gebruik van visuele hulpmiddelen zoals schema's of tekeningen. Dit maakt de communicatie visueel en tastbaarder, wat helpt bij het verwerken van informatie.
- *Samenvatten en herhalen:* De SPV vat regelmatig samen wat er besproken is, zodat de patiënt weet wat er van hem of haar verwacht wordt, en zorgt ervoor dat de patiënt volledig begrijpt wat er gezegd is.

2. Aanpassen van de houding

De houding van de behandelaar is cruciaal voor het opbouwen van vertrouwen bij patiënten met LVB, vooral wanneer eerdere ervaringen in de hulpverlening negatief zijn geweest. De SPV kan een veilige en ondersteunende omgeving bieden door specifieke gedragingen en benaderingen toe te passen.

- *Respectvolle en nieuwsgierige houding aannemen:* De SPV kan zich opstellen met een open en niet-oordelende houding, waarbij het uitgangspunt is dat de patiënt zijn of haar eigen ervaringen en perspectieven heeft. Dit zorgt ervoor dat de patiënt zich begrepen en gerespecteerd voelt.
- *Positieve en optimistische grondhouding:* De SPV is getraind om niet alleen te kijken naar de problemen, maar ook naar de krachten en mogelijkheden van de patiënt. Dit helpt het zelfvertrouwen van de patiënt op te bouwen en moedigt hen aan om actief deel te nemen aan hun behandeling.
- *Consistentie en voorspelbaarheid:* De SPV biedt structuur en zekerheid door consequent te zijn in haar handelingen en communicatie. Dit helpt de patiënt zich veilig en ondersteund te voelen, wat essentieel is voor het herstelproces.
- *Meer tijd nemen:* De SPV begrijpt dat patiënten met LVB vaak meer tijd nodig hebben om informatie te verwerken en om te reageren op vragen. Het nemen van extra tijd voorkomt dat de patiënt zich gehaast of overweldigd voelt.
- *In het hier-en-nu blijven:* De SPV helpt de patiënt zich te concentreren op de huidige situatie, zodat deze zich niet overweldigd voelt door de complexiteit van de toekomst. Dit helpt de patiënt stap voor stap vooruit te gaan.
- *Duidelijke verwachtingen stellen:* De SPV is bedreven in het stellen van concrete en haalbare doelen. Dit voorkomt verwarring en helpt de patiënt te begrijpen wat er van hen verwacht wordt.

3. Aanpassen door aan te sluiten bij de persoon

Elke patiënt met LVB heeft zijn of haar eigen unieke behoeften en uitdagingen. Daarom is het belangrijk om de zorg af te stemmen op de persoonlijke situatie van de patiënt. Dit kan de SPV als volgt doen:

- *Afgaan op wat de patiënt doet, niet wat hij of zij zegt:* De SPV observeert het gedrag van de patiënt en stemt daarop de zorg af. Dit helpt om realistische en haalbare doelen te stellen die aansluiten bij de capaciteiten van de patiënt.
- *Kijken naar haalbare stappen:* Wanneer de patiënt wensen of behoeften heeft die buiten hun mogelijkheden liggen, helpt de SPV de patiënt kleine, haalbare stappen te zetten richting die doelen. Dit voorkomt gevoelens van falen en frustratie.
- *Regie bij de patiënt houden:* De SPV zorgt ervoor dat de patiënt zoveel mogelijk regie heeft over zijn of haar behandeling. Dit bevordert zelfredzaamheid en empowerment, wat belangrijk is voor het zelfvertrouwen en de motivatie van de patiënt.

4. Aanpassen van de ondersteuning

Mensen met LVB hebben vaak meer structuur en concrete begeleiding nodig dan anderen. De SPV kan hierbij helpen door de behandeling gestructureerd en concreet aan te bieden:

- *Vaste structuur in de sessie:* De SPV zorgt voor een vaste opbouw van de sessies, zodat de patiënt weet wat hij of zij kan verwachten. Dit biedt rust en helpt de patiënt zich veilig en ondersteund te voelen.
- *Concrete tips geven:* De SPV biedt praktische en concrete tips die de patiënt direct kan toepassen in het dagelijks leven. Dit vergroot de effectiviteit van de behandeling en helpt de patiënt om positieve veranderingen door te voeren.
- *Kleine stappen en succeservaringen:* De SPV werkt met de patiënt aan kleine, haalbare doelen die regelmatig succeservaringen opleveren. Dit versterkt het gevoel van eigenwaarde en motivatie van de patiënt.
- *Oefenen van vaardigheden:* De SPV oefent samen met de patiënt specifieke vaardigheden, zodat de patiënt deze kan toepassen in zijn of haar dagelijks leven. Dit verhoogt de kans op succes en maakt de behandeling meer praktisch en relevant. Pauzes inlassen en niet te lang doorgaan: De SPV zorgt ervoor dat de sessie niet te lang duurt, zodat de patiënt niet overbelast raakt. Dit zorgt voor een beter leerklimaat en voorkomt dat de patiënt zich overbelast of uitgeput voelt (V&VN-SPV, 2020).



Conclusie

Mensen met een LVB hebben specifieke behoeften die een zorgvuldige benadering vereisen om effectieve zorg te bieden. Het niet herkennen van een LVB binnen de GGZ kan ernstige gevolgen hebben voor de effectiviteit van behandelingen en het welzijn van de patiënt. Wanneer de LVB niet wordt onderkend, kunnen patiënten onterecht faalervaringen opdoen, wat hun gevoel van eigenwaarde en herstel kan ondermijnen. Daarom is het essentieel dat hulpverleners zich bewust zijn van de kenmerken van LVB en hun behandelmethoden hierop afstemmen.

De SPV speelt een cruciale rol in het leveren van passende zorg aan deze patiënten. Door haar kennis en ervaring met het aanpassen van communicatie, houding en ondersteuning, kan de SPV bijdragen aan het herstel van patiënten met zowel LVB als psychiatrische klachten. De SPV creëert een veilige, gestructureerde en ondersteunende omgeving waarin de patiënt zich gehoord en begrepen voelt, wat essentieel is voor herstel.

Om de zorg te verbeteren, is het belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van de signalen van LVB en hun benadering aanpassen. Dit kan onder meer door beter te luisteren naar het verhaal van de patiënt, door te vragen naar de context van hun leven (zoals school, werk en familie), en door expliciet te controleren of de patiënt informatie heeft begrepen. SPV-en zijn goed opgeleid om deze benaderingen toe te passen en kunnen collega's of andere instanties ondersteunen wanneer dat nodig is.

- *Julio Peres is werkzaam als SPV i.o bij GGZ centraal. José de Boer is werkzaam als SPV i.o. bij GGZ Drenthe.*

Bronvermelding

- Archief SPV. (2023). Expertisegebied SPV. Geraadpleegd op 17 december 2024, van https://www.archief-spv.nl/pdfs/publicatiespdf/Epertisegebied_SPV_2023.pdf
- BPSW. (z.d.) dossiers/licht-verstandelijke-beperking/herkennen-van-een-lvb. Geraadpleegd op 9 december 2024, van <https://www.bpsw.nl>
- Expertise punt vb. (z.d.) expertise-licht-verstandelijke-beperking/bewustwording-en-herkenning/wat-is-een-licht-verstandelijke-beperking/hoe-herken-ik-een-lvb-eerder. Geraadpleegd op 9 december 2024, van <https://www.expertisepuntvb.nl>
- Kenniscentrum LVB. (2023). Factsheet LVB en GGZ. Geraadpleegd op 9 december 2024, van <https://www.kenniscentrumlvb.nl>
- Kenniscentrum LVB. (z.d.). *Signaleren, screenen en diagnostiek*. Geraadpleegd op 8 januari 2025, van <https://www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb/signaleren-screenen-en-diagnostiek/>
- Kenniscentrum LVB. (2023). aansluiten-bij-een-lvb-hoe-doe-jij-dat . Geraadpleegd op 9 december 2024, van <https://www.kenniscentrumlvb.nl>
- Nieuwenhuis, J. (2017). A blind spot: On the underdiagnosis of mild intellectual disabilities in mental health care. GGNet. Geraadpleegd op 9 december 2024, van <https://www.ggz totaal.nl>
- Proscop. (2022). Onderzoek naar de aanwezigheid van LVB in de GGZ. Geraadpleegd op 9 december 2024, van <https://www.proscop.nl>
- Proscop. (2022). Onderzoek naar de aanwezigheid van LVB in Nederland. Geraadpleegd op 9 december 2024, van <https://www.proscop.nl>
- V&VN-SPV. (2019). *De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) als schakel tussen disciplines en patiënt*. Vakblad SP, 130, 4-9.
- V&VN-SPV. (2020). *LVB benadering tenzij?*. Vakblad SP, 132, 20-25.
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem: Verbetersignalement*. Geraadpleegd op 8 december 2024, van <https://www.zorginstituutnederland.nl>



De Maastrichtse benadering toegepast in de huisartsen- praktijk

Peter Oud, SPV

In 2011 werkte ik grotendeels als SPV bij een grote GGZ-organisatie en tevens als POH-GGZ. In de huisartsenpraktijk kreeg ik contact met een 41-jarige Turkse vrouw. Zij kwam sinds anderhalf jaar bij mijn voorganger in de huisartsenpraktijk vanwege depressieve klachten. Daarnaast bleek zij stemmen te horen. In deze casus zag ik een mooie kans de Maastrichtse benadering te praktiseren.

De Turkse vrouw spreekt zeer gebrekkig Nederlands. Zij is somber en gebruikt sinds anderhalf jaar antidepressiva, vooralsnog zonder beoogd resultaat. Na twee gesprekken met haar, heb ik vanwege het taalprobleem nog geen idee wat haar klachten zijn. Ik vraag me af wat haar bezig houdt en wat ik voor haar kan doen. De volgende gesprekken verlopen uitsluitend via de tolkentelefoon.

In de voorafgaande periode had een collega mij gevraagd, of ik een keer een kennisuitwisseling voor het wijkteam wilde verzorgen, hoe om te gaan met stemmen. In voorbereiding hierop, meende ik eerst nog een boek hierover te moeten lezen, om zo over meer theoretische kennis te beschikken. Zo kwam ik het boek van Gail Hornstein tegen: 'Stemmen in je hoofd'. Tijdens het lezen ervoer ik schaamte: 'Hoe kan het dat ik dit niet weet? Ik werk al ruim 25 jaar in de psychiatrie en ben deze informatie niet eerder tegen gekomen.'

Deze mevrouw woont al tien jaar in Nederland. Voor die tijd woont zij bij haar ouders in een gesloten cultuur in de binnenlanden van Turkije. De enige mannen die ze heeft gezien zijn haar ooms, neven en broers. Zij is de jongste van het gezin, de belhamel. Over de

relatie met haar vader, geeft ze aan dat wanneer ze als kind verdrietig was, hij haar op schoot nam en troostte. In haar jeugd heeft ze met het gezin een auto-ongeluk gehad, waarbij haar oudere zus om het leven kwam. Haar man ontmoet ze op een feest, waarna ze vervolgens snel trouwen en zich vestigen in Nederland. Haar vader is dan al overleden. Maar voor haar moeder is het een schok dat haar dochter naar Nederland vertrekt. Als gevolg hiervan is moeder ziek geworden en opgenomen in het ziekenhuis. Cliënte is hier erg verdrietig onder. Cliënte benoemt dat trouwen en verhuizen min of meer een vlucht voor haar is geweest. Haar zwager heeft haar zus namelijk met een mes bedreigd, waardoor zij dacht: "Ik moet hier weg". Haar echtgenoot is gescheiden en heeft uit het eerste huwelijk drie kinderen. Zij is van haar man gaan houden en is hem in de loop van de tijd gaan waarderen.

Tot voor anderhalf jaar geleden spreekt zij de Nederlandse taal nauwelijks. Zij leeft in een beperkt wereldje ver van haar familie en voelt zich wanhopig. Zij wil scheiden en een eind aan haar leven maken. In die periode krijgt ze beelden en stemmen van haar overleden vader. Ze spreekt met hem, ziet

hem zoals ze andere mensen ziet. Hij spreekt haar bemoedigend toe en steunend. Hij geeft haar de raad om haar man niet te verlaten. Ze is enigszins blij met zijn bezoeken maar het maakt haar ook angstig. Ze denkt dat ze gek is geworden. Daarnaast ziet ze een poes (een hallucinatoir beeld) door haar huis lopen en hoort ze dierengeluiden. Ze loopt met een plantenspuit met water door het huis om de poes te verjagen.



Ze is niet graag alleen. Ze sluit altijd de gordijnen, knipt uit wanhoop haar kleren kapot en vlucht vaak het uit huis. Omdat ze zich niet meer kan concentreren heeft ze de verplichte inburgeringscursus afgebroken. Haar schoonmaakwerk in het gemeentehuis waar ze werkte, is ze vanwege frequente ziekmeldingen kwijt geraakt. Na ons eerste gesprek met de tolk erbij, wordt duidelijk dat ze psychotische symptomen vertoont. Ik heb haar zoals toen gebruikelijk was, naar de psychiater doorverwezen om antipsychotica voor te schrijven.

De maand daarvoor had ik dus het boek "Stemmen in je hoofd" van Gail Hornstein gelezen. Ik heb vervolgens contact opgenomen met de Stichting Weerklank. Tevens heb ik gebeld met een psychiater uit Maastricht, die bekend is met de Maastrichtse methodiek. Omdat ik geïntrigeerd raakte door deze werkwijze, wilde ik deze graag doorgronden en toepassen.

In het kader hiervan heb ik cliënte hierover verteld. Tijdens haar behandeling, geef ik aan dat ze niet ziek is, maar een bepaalde gevoeligheid heeft ontwikkeld. Zij heeft een bijzondere ervaring, omdat zij stemmen hoort van haar overleden vader. Ik weet tijdens de behandeling indertijd dat ik hiermee een risico neem. Deze interventie staat immers haaks op de biologische-medische psychiatrie opvattingen zoals wij gebruikelijk binnen de grote GGZ-organisatie waarbij ik tevens werkzaam ben. Achteraf is deze interventie de beste stap geweest, die ik heb gezet.

Bij het afnemen van het Maastrichtse interview "Stemmen horen" heb ik drie gesprekken nodig van anderhalf uur. Hierbij krijg ik veel informatie over de stemmen, de invloed van de stemmen op haar leven en hoe zij er mee om gaat. Tevens krijg ik informatie over haar voorgeschiedenis en jeugd.

Middels deze informatie kan er gemakkelijk een relatie gelegd worden tussen de voorgeschiedenis en het ontstaan van de stemmen. Ik geef in de gesprekken aan dat ik het als mijn taak zie, haar te leren om op een andere manier met de stemmen om te gaan zodat zij niet hoeft te vluchten voor de stemmen. Mijn verwachting is dat haar angst dan zal afnemen. Vergelijk het met bijvoorbeeld angst voor dominante mensen. Ook met hen kan men leren omgaan, door over de angst heen te stappen. Dit vraagt lef, vaardigheid en oefening. Uiteindelijk krijgt cliënte hiermee de regie over haar leven terug. Middels deze oefeningen kan zij uit haar slachtofferrol stappen.

Na het interview heb ik de Turkse vrouw samen met haar echtgenoot gesproken, zodat ik hem ook kon betrekken bij de behandeling. Na het interview, start ik de behandeling. Als eerste vraag ik haar hoe ze met de vreemde poes in haar huis omgaat. Ik heb haar uitgelegd dat als er bijvoorbeeld een poes van de burens in haar huis komt, ze de deur open kan zetten om de poes naar buiten te sturen.

Bij het volgende bezoek vertelt cliënte geen poes meer in haar huis te zien en geen dierengeluiden meer te horen. Ik ben dan verbaasd en verwonderd: "Gaaf dat zo makkelijk?". Vervolgens heb ik haar voorgesteld om de stem van haar vader niet te negeren, maar om juist met zijn stem in gesprek te gaan. Tevens stel ik voor te onderhandelen met de stem middels vragen te stellen. Dit is lastig voor haar. Daarnaast heb ik gevraagd de gordijnen open te laten en niet op de vlucht te gaan. De volgende keer dat ik haar zie, gaat het beter met haar, maar blijft zij ook wat vluchtgedrag vertonen.

Na twee-drie van dit soort coaching gesprekken, komt ze huilend op het spreekuur omdat haar overleden vader boos op haar is. Hij wil niet meer met haar praten omdat zij tegen mij verteld heeft dat ze contact met hem heeft. Ik stel haar voor een brief aan haar vader te schrijven, waarin ze zegt dat ze van hem houdt en dat hij een lieve, goede vader is geweest. Dat zij hem bedankt voor zijn warmte en steun in haar jeugd en dat ze zich veilig bij hem voelde. Dat zij hem dankbaar is, dat hij er weer voor haar was op het meest cruciale moment in haar leven. Want anderhalf jaar geleden wilde zij scheiden van haar man en een eind aan haar leven wilde maken. Dat ze hem nu kan schrijven dat het beter met haar gaat en hem niet meer nodig heeft. Zij nu verder wil gaan met haar leven in Nederland en hier gelukkig wil zijn met haar man en zoontje.

Na het schrijven van de brief leest ze deze drie maal in het park voor aan haar vader. Na een paar dagen verschijnt hij in haar slaapkamer en zegt haar dat hij de vorige keer in de war was, maar nu goed geluisterd heeft naar wat zij schrijft en dat hij haar niets liever gunt dan een gelukkig leven met haar man en zoontje.

In de volgende sessie vertelt zij mij weer blij te zijn. Ze straalt en hoort nu geen stemmen meer. Sinds de laatste keer heeft ze haar vader niet meer gezien of gehoord. Hij is

nog wel een paar keer in haar dromen terug gekomen. Wij bespraken dat haar vader, door te verschijnen in haar dromen, toch nog contact met haar kan hebben.

Ze heeft nu weer werk en spreekt veel mensen. Het gaat heel goed met haar. En ik ben blij. Als hulpverlener realiseer ik mij eindelijk een werkwijze te hebben gevonden die herstel ondersteunend is, en die niet stigmatiserend is. Deze behandelwijze blijkt effectief om mensen van stemmen af te helpen of te ondersteunen anders met de stemmen en emoties om te gaan.

In verband met kennisoverdracht binnen ons team (ik dacht er aan hierover een presentatie te geven), heb ik haar gevraagd om de brief aan haar vader voor mij te vertalen in het Nederlands.

Een paar weken later spreek ik haar en vertelt ze mij de brief in kleine stukjes te hebben verscheurd en deze in een potje te hebben gedaan. Zij is samen met haar man en zoontje naar het IJsselmeer gegaan om haar vader nogmaals te bedanken en te zeggen dat ze veel van hem houdt. Daarbij heeft ze de snippets in het IJsselmeer gestrooid.

Ik vraag haar terloops of ze de brief nog voor mij heeft vertaald (denkend aan de presentatie welke ik nog moest houden). Zij geeft aan dat ze dit niet gedaan heeft, omdat dit een stukje privé voor haar is, iets tussen haar en haar vader. Mijns inziens toont ze hiermee respect naar haar vader en dit kan ik natuurlijk alleen maar toejuichen.



Hoe gaat het nu met deze cliënte?

De psychiater vraag ik de antipsychotica te stoppen. Het antidepressivum wordt langzaam afgebouwd. Na de behandeling heb ik cliënte uitgenodigd op het werk om mijn collega's over de behandeling te vertellen. Een van de collega's vroeg wat haar het meest had geholpen in de behandeling. Zij antwoordt hierop dat zij zich gehoord heeft gevoeld, mede doordat ze gelooft werd en ze te horen kreeg dat ze niet gek was. Cliënte durft vanaf eind 2011 weer deel te nemen aan het sociale leven. Ze is weer vrolijk en is een nieuwe baan begonnen. Inmiddels heeft ze samen met haar man een eettentje geopend met Turkse specialiteiten. Ze wilde destijds weer starten met de Nederlandse les, de inburgeringscursus. Omdat cliënte weer volop meedoet in het sociale leven, vervalt de verplichting om aan de cursus deel te nemen.

Discussie

Stichting Weerklank is een cliëntenorganisatie die opkomt voor belangen van volwassenen en kinderen die stemmen horen. En wil graag dat zoveel mogelijk hulpverleners kennis maken met de Maastrichtse methode. Cliënten die stemmen horen, voelen zich niet altijd voldoende geholpen door behandeling met antipsychotica en enkelvoudige protocollaire behandelingen.

De Maastrichtse benadering is sinds 2017 opgenomen in de GGZ Standaarden Stemmen horen.

Bij de behandeling en begeleiding van deze kwetsbare doelgroep hechten wij er belang bij naasten te betrekken. Het vraagt van hulpverleners hun denkkader over het horen van stemmen los te laten. Te luisteren naar het verhaal. Binnen de GGZ hebben we lang gedacht dat bij het horen van stemmen sprake is van een hersenstoornis, of dachten we dat er een schizofrenie gen is, of dachten we dat er een harde relatie is met een verhoogd dopaminegehalte en het horen van stemmen. Hier is de afgelopen twee-drie decennia geen wetenschappelijk bewijs voor gevonden. Het zijn slechts aannames geweest, waar we m.i. stemmenhoorders mee te kort hebben gedaan. Bij deze werkwijze komt steeds opnieuw de nadruk te liggen op empowerment en herstel van de cliënt. De interventies die zich daarop richten zijn vaak moeilijk te bestuderen in onderzoeksprotocollen, maar blijken in praktijk uiterst zinvol.

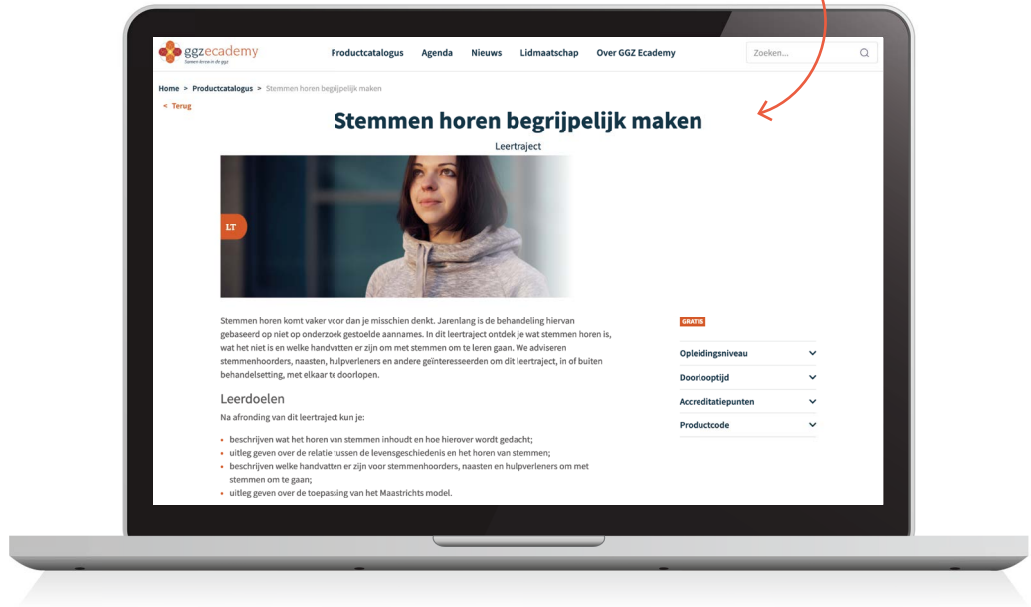
- ▶ *Peter Oud, Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam op de Stemmenpoli in Alkmaar, Buurtzorg T Dijk en Waard en voorzitter van Stichting Weerklank*
- ▶ *Ron Verbrugge, illustratie.*

Literatuur:

- Marius Romme, Sandra Escher & Dirk Corstens: *Stemmen horen begrijpelijk maken*. Een praktische handreiking.
- Robin Timmers: *Leren omgaan met stemmen horen*. Een op herstel en emancipatie gerichte benadering.
- Gail Hornstein: *Stemmen in je hoofd*. Twee procent van alle mensen hoort een of meer stemmen in zijn hoofd. Dit verschijnsel wordt meestal behandeld met medicatie; soms leidt het tot opname in een psychiatrische instelling. Zo wordt het horen van stemmen hanteerbaar gemaakt, maar niet begrepen. De Amerikaanse psycholoog Gail Hornstein bespreekt op briljante wijze vele egodocumenten over het horen van stemmen en over andere uitingen van waandenkbeelden.
- *Stichting Weerklank: Stemmen horen; Wat is het? Wie overkomt het? Hoe er mee om te gaan?* Brochure: uitgave Stichting Weerklank
- Rufus May en Elisabeth Svanholmer: *Zelfhulp gids over praten met stemmen*. Ideeën voor mensen die stemmen horen en die met hun stemmen in gesprek proberen te gaan. Brochure: uitgave Stichting Weerklank

Wie meer wil weten over de Maastrichtse benadering kan terecht op de website van stichting Weerklank of de website van de stemmenpoli in Alkmaar.

Men kan ook de geaccrediteerde elearning bij GGZ Ecademy volgen.



E-learning 'Stemmen horen begrijpelijk maken'

De e-learning is voor iedere hulpverlener, stemmenhoorder en naaste kosteloos te volgen op de GGZ Ecademy via ggzacademy.nl.



De SPV zo trots als een pauw: de levenslijn van de SPV

*Petra Meijer
SPV i.o. en
Patricia Vierhuis,
SPV i.o.*

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) speelt al jaren een essentiële rol in de geestelijke gezondheidszorg, door cliënten te ondersteunen bij het omgaan met complexe psychische problemen in hun dagelijks leven. Wat nu misschien zo vanzelfsprekend is, is niet altijd het geval geweest. Wanneer er gekeken wordt naar de levenslijn van de SPV, zie je als eerste een daverende start die na een aantal decennia drastisch veranderde (Brouns, 2010) Echter valt deze op een gegeven moment in een diep dal waarin het zelfs even leek alsof de SPV ten onder ging. De SPV was eens de onmisbare schakel in de geestelijke gezondheidszorg, maar door verschillende externe invloeden kwam de positie van de SPV onder druk te staan.

SPV en pauwen, wat hebben zij gemeen?

Wanneer je googelt welke eigenschappen een pauw heeft dan kom je op het volgende uit: “Hij is nieuwsgierig en heeft een goed geheugen. De pauw is lawaaiërig en je herkent hem vanaf een afstand aan zijn roep. Hij is erg hartstochtelijk en deze opgewekte pronker is trots.” Kenmerken die niet meteen overeenkomstig zijn met die van een SPV. Een gemiddelde SPV staat niet graag in de belangstelling, schreeuwt het niet van de daken en beschouwt zijn werk als vanzelfsprekend. Toch zijn er parallellen, vooral in hun hartstocht en toewijding. SPV-en zijn nieuwsgierig en hebben hart voor de medemens. Ze lopen vaak een stapje harder, maar lopen er niet mee te koop. In welk opzicht zou de SPV meer op de pauw mogen lijken?

Om hier antwoord op te krijgen moet er eerst gekeken worden naar de levenslijn van de SPV. Tijdens ons onderzoek naar dit onderwerp hebben we gesprekken gevoerd met Jeanne Derks en Gerard Lohuis, beiden expert op het gebied van de sociale psychiatrie. Hun inzichten en ervaringen vormen de kern van dit artikel.

Politiek

Al jarenlang is de zorg voor de geestelijke gezondheid een terugkerend thema in de politiek. In de jaren '80 vroeg de toenmalige minister-president Lubbers zich al af of Nederland ziek is en tien jaar later vroeg staatssecretaris Simons van het ministerie Volksgezondheid zich af of het niet tijd werd voor een nieuw geestelijk volksgezondheidszorgbeleid. In die periode waren er al zorgen over de toename van cliënten met psychische klachten die een hulpvraag hadden voor de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast was er een toename van geweldsdelicten waarbij een psychische aandoening de oorzaak was. Eind 1999 werd de Landelijke Commissie Geestelijke Gezondheid ingesteld door de toenmalige minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport: minister Borst. Deze commissie had tot taak om te analyseren wat de oorzaak was van de grote vraag naar hulp van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en voorstellen te doen ter verbetering ervan. Het ging hierbij niet alleen om de individuele geestelijke gezondheid maar ook om sociale en omgevingsinvloeden die impact hebben op de geestelijke gezondheid van individuen

en gemeenschappen. Als antwoord op de vraag wat ervoor heeft gezorgd dat er een groter beroep is gedaan op de GGZ concludeerde de commissie dat dit veroorzaakt werd door de veranderde visie op behandeling. In plaats van één langdurige opname werd er gekozen voor meerdere extramuraal interventies waardoor er meerdere inschrijvingen werden gerapporteerd. Door het verlagen van de drempel van de GGZ zochten meer mensen om hulp. De commissie stelde dat er een sterkere verbinding tussen de context opvoeding en gezin, territoriale context en arbeid moest zijn.

Territoriale context verwijst naar de geografische en sociale omgeving waarin mensen leven en werken zoals wijken of regio's. Een sterkere verbinding betekent dat beleid en voorzieningen beter op elkaar afgestemd dienen te worden zodat gezinnen in een ondersteunende omgeving kunnen functioneren en economische en sociale stabiliteit behouden wordt. Gezinnen hebben baat bij een stabiele omgeving met toegankelijke voorzieningen en werkgelegenheid. Een integrale aanpak zorgt voor een verbetering van het welzijn van het gezin als de samenleving. Hiervoor moesten nieuwe zorgarrangementen worden ontwikkeld. Om dat te kunnen bewerkstelligen zouden er ook professionals moeten komen die geschoold zijn om te werken binnen de specifieke contexten en het beïnvloeden hiervan.

Daarnaast is het essentieel om een samenwerkingsverband te creëren tussen professionals en niet-professionals. De ontwikkelingen in de welzijns- en geestelijke gezondheid waren onvoldoende op elkaar afgestemd waardoor er een gat in de zorg dreigde te vallen. De tekortkomingen die gezien werden in de zorgstructuur had vooral te maken met 'contextuele zorg'. Contextuele zorg is een benadering binnen de zorg die rekening houdt met de bredere context waarin een persoon leeft, zoals hun sociale, familiale en culturele omgeving.

De commissie stelde dan ook dat het belangrijk is om de 'contextuele zorg' beleidsprioriteit te geven. De SPV heeft een sleutelrol binnen het contextueel werken doordat zij de sociale omgeving van de cliënt kan betrekken om relaties te versterken en duurzame steun te bevorderen. De commissie wilde de contextuele zorg belangrijker maken en daartoe moesten nieuwe opleidingsprofielen voor agogische beroepen in de gezondheidszorg en voor dat van de SPV ontwikkeld worden. De commissie deed de aanbeveling om het Centraal Orgaan voor Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO) hierover advies te vragen.



Er moest een versterking komen van de eerste lijns GGZ. Hierin lag een mooie rol voor de SPV die op deze wijze haar positie kon verstevigen. Een belangrijk kenmerk van een goed functionerende eerste lijn is dat de klachten primair binnen een context worden geplaatst. Door psychosociale interventies en medicatie worden natuurlijke herstelprocessen ondersteund. Hier is sprake van laagdrempelige zorg en deze heeft een sterke inbedding in de directe leefwereld. Als genezing uitblijft komt de tweede lijn in beeld. Hier ligt dan een taak voor de medisch specialist.

Anderzijds vond er rond 2004 een verwetenschappelijking van de GGZ plaats. Instellingen gingen fuseren en psychiaters en psychologen

positioneerden zichzelf stevig en gebruikten de DSM als onderlegger. Behandelingen, interventies en methodieken werden onderbouwd door wetenschappelijke inzichten. De SPV is vooral goed in het vertalen van wetenschappelijke protocollen naar de praktijk en in het behouden van de persoonlijke, menselijke kant van de zorg. Als bruggebouwers tussen wetenschappelijk onderbouwde methoden en de individuele behoeften van cliënten, moest de SPV balanceren tussen de nieuwe, gestandaardiseerde richtlijnen en de unieke context van elke cliënt.

Opleidingen

In de begin jaren van deze eeuw zette het CONO zich in om richting en structuur te geven aan de beroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor werden verschillende opleidingsprofielen ontwikkeld, waaronder profielen voor psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, vaktherapeuten en agogen. Binnen het verpleegkundige profiel had de SPV destijds de leiding. Toen de overtuiging kwam dat de patiëntenzorg in de GGZ verbeterd moest worden, ontstonden er echter spanningen. Er werd gedacht dat de zorg alleen wezenlijk kon worden verbeterd door de versterking van de verpleegkundige functie.

Vanuit deze overtuiging nam de SPV het initiatief om de opleiding voor verpleegkundige specialisten binnen de GGZ van de grond te tillen, wat uiteindelijk heeft geleid tot de opkomst van de verpleegkundig specialist in de GGZ (VS GGZ). De hoop was dat SPV-en zichzelf zouden kunnen omscholen tot verpleegkundig specialisten, wat zou kunnen zorgen voor een betere positionering en professionalisering van de verpleegkundige functie binnen de GGZ. Er zou een natuurlijke doorgroeiemogelijkheid worden gecreëerd voor SPV-en die hun expertise wilden verdiepen en uitbreiden naar een hoger niveau van klinische verantwoordelijkheid. Dit bleek echter een illusie te zijn, er werd al snel duidelijk dat er veel complexiteit en onvoorziene

uitdagingen om de hoek kwamen kijken. Er ontstond onder andere spanning rondom de posities, bevoegdheden en erkenning van de SPV en VS GGZ. Sommige SPV-en begonnen zich juist bedreigd te voelen door de nieuwe functie in plaats van gesteund. De transitie was minder vanzelfsprekend en harmonieus dan verwacht, en leidde tot onzekerheid over de toekomst van de SPV-rol.

BAMA

Tegelijkertijd werd de Bachelor-Master structuur (BAMA-structuur) ingevoerd en kwam de opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg/GGZ (MGZ/GGZ) onder vuur te liggen. De MGZ/GGZ was destijds de gangbare opleiding om SPV te worden. Binnen deze opleiding werd gewerkt met een specifiek opleidingsmodel: de KLM-structuur (Kenniss, Leerlijn en Methodiek). Dit model was bedoeld om een uniforme en praktijkgerichte opleiding te bieden, waarbij theorie en praktijk op een geïntegreerde manier werden aangeboden.

Op dat moment waren er zeven hogescholen in Nederland die de MGZ/GGZ-opleiding aanboden volgens de KLM-structuur. Deze instellingen werkten nauw samen: ze stemden het curriculum op elkaar af, verdeelden studenten en hielden zich aan de gezamenlijk vastgestelde opleidingsvereisten. Dit zorgde ervoor dat de opleiding landelijk verankerd was en consistent kwalitatief goed SPV-en opleidde.

De BAMA-structuur, ontworpen om opleidingen binnen Europa te harmoniseren, had als doel de onderwijskwaliteit en mobiliteit van studenten te bevorderen. Het systeem maakte diploma's beter herkenbaar en vergelijkbaar, wat studenten meer mogelijkheden gaf om opleidingen in andere Europese landen te volgen en om flexibel door te stromen van bachelor- naar masteropleidingen. Voor de MGZ/GGZ-opleiding, die al veertig jaar bestond en als een korte HBO-opleiding was opgezet, vormde deze overgang echter een uitdaging.

Toen de politiek zich bemoeide met de invulling van de BAMA-structuur, werd gesteld dat KLM-opleidingen hier niet goed in pasten. Dit stelde de positie van de SPV binnen de toenemende wetenschappelijke benadering van de GGZ ter discussie. De BAMA-structuur was gericht op academische standaardisatie en internationaal vergelijkbare diploma's, terwijl de KLM-opleidingen sterk praktijkgericht waren en niet voldeden aan de academische eisen die de BAMA-structuur stelde. Dit betekende dat de opleiding tot SPV niet zonder meer kon worden geïntegreerd in het nieuwe systeem. Rond 2003 dreigde de opleiding hierdoor te verdwijnen.

De Nederlandse Vereniging voor Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) zette zich sterk in voor een evenwichtig functiegebouw voor verpleegkundigen in de GGZ. Ze zocht actief samenwerking met verschillende verpleegkundige beroepsverenigingen om de handen ineen te slaan. Binnen de beroepsvereniging werd een poging gedaan om een Federatie GGZ op te richten die een gezamenlijke stem in de geestelijke gezondheidszorg zou vormen.

De NVSPV speelde hierin een actieve rol en hoopte dat deze federatie een sterkere gezamenlijke vertegenwoordiging van verschillende GGZ-beroepen zou bevorderen, waaronder de belangen van de SPV. Deze poging mislukte echter deels vanwege een gebrek aan commitment om de SPV-opleiding te behouden. Verschillende prioriteiten, zoals de noodzaak om de SPV-opleiding te waarborgen voor verdere professionalisering van het vak, zorgden ervoor dat er onvoldoende steun was voor een duurzame federatie. Hierdoor bleef een structurele samenwerking uit.

Er kwam veel inzet om de KLM-opleidingen in stand te houden. Hoewel sommige hogescholen ervoor kozen om door te gaan, besloten andere instellingen zich te richten op de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ. De opleidingen die wilden blijven

bestaan, sloegen de handen ineen om een post-HBO-opleiding te ontwikkelen die aan de BAMA-eisen voldeed. Dit leidde uiteindelijk tot een niet-gesubsidieerde post-HBO SPV-opleiding.

Kortom...

Bovenstaande ontwikkelingen dreigden de rol van de SPV te laten verdwijnen. Enerzijds beweerden veel GGZ-instellingen dat de SPV-opleiding niet langer bestond en geïntegreerd was in de HBO-V-opleiding. Dit verhaal, dat zonder diepgaand onderzoek breed werd overgenomen, versterkte het idee dat de SPV als zelfstandig beroep geen toekomst had. Er zat een kern van waarheid in, aangezien de opleiding in zijn toenmalige vorm niet meer voldeed aan de eisen van die tijd. Voor de HBO-V was dit bovendien een aantrekkelijk verhaal, aangezien zij meer studenten konden aantrekken met hun GGZ-uitstroomvariant: de SPV-opleiding bestond toch niet meer? Anderzijds stelden GGZ-instellingen dat de SPV overbodig was geworden door de opkomst van de verpleegkundig specialist GGZ. Deze nieuwe functie, als verlengde arm van de arts, kon kostenefficiënte behandelingen bieden, wat aantrekkelijk was voor zorgverzekeraars. Als dat al niet genoeg was, werd de beroepsgroep SPV ook nog bedreigd door de verwetenschappelijking van de GGZ. De SPV, met zijn focus op menselijke en praktische zorg, moest balanceren tussen gestandaardiseerde protocollen en de unieke behoeften van cliënten. Dit maakte het beeld compleet dat de SPV niet meer nodig was, een misvatting die het vakgebied uiteindelijk geen goed heeft gedaan.

Vandaag de dag heeft de SPV zijn plaats binnen de GGZ opnieuw gevonden, hoewel het vakgebied nog steeds te maken heeft met de dynamiek van veranderingen en uitdagingen. De SPV speelt een cruciale rol in de zorg voor mensen met complexe psychische aandoeningen, vooral in het bieden van zorg op maat die verder gaat dan standaardbehandel-

protocollen. In de hedendaagse GGZ is er steeds meer waardering voor de holistische benadering van de SPV, waarbij de mens achter de aandoening centraal staat. Daarnaast heeft de SPV zich aangepast aan de moderne eisen van het zorglandschap door meer nadruk te leggen op multidisciplinair werken, kennisdeling, en het versterken van de cliëntgerichte benadering. Waar de SPV in het verleden misschien in de schaduw stond, begint de rol steeds zichtbaarder en belangrijker te worden, vooral nu er meer focus ligt op preventie, herstel en het bevorderen van de zelfredzaamheid van cliënten (Van Hooren, M., & Steegh, H., 2018).

De SPV zo trots als een Pauw!

Terugkomend op de begin vraag en de vergelijking met de pauw. Wat nou als de SPV meer zichtbaarheid had getoond, als ze wat trotser als een pauw was geweest? De SPV zou in de toekomst kunnen floreren door een balans te vinden tussen bescheidenheid en zichtbaarheid. Door hun expertise vaker onder de aandacht te brengen, krijgt ze de erkenning die ze verdient en versterkt ze haar positie in een dynamisch en veeleisend zorglandschap. Zo kan de SPV net als de pauw zijn unieke kleuren tonen en een onmisbare rol blijven spelen in de geestelijke gezondheidszorg.

Geraadpleegde literatuur

- De Kluis, E. (2023, October 9). *Psychiatrisch verpleegkundige opleiding dreigt te verdwijnen*. Zorg+Welzijn. Zie <https://bit.ly/41TjjX9>
- LCGV (2002) *Zorg van velen*. Eindrapport. Den Haag: VWS.
- Maastricht University. (2010). *Tussen de wal en het schip: De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg*. Zie <https://bit.ly/4bX2rwU>
- Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. (2004). *Sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. AVVV Utrecht. Beschikbaar op <https://www.yumpu.com/nl/document/view/37418747/sociaal-psychiatrisch-verpleegkundige-verpleegkundigen>
- Van Hooren, M., & Steegh, H. (2018). *De rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de moderne GGZ: Van zorgverlener naar regisseur*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 60(2), 106-113.
- Van Hutschemaekers, G., & Tiemens, B. (2006). *Het einde van een sectorale ggz: Ontwikkelingen, trends en controverses in Nederland [Essay]*. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 48(1), 27-37. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/4/articles_1445pdf.pdf



“Daar waar het kan, gebruik het dan..”

– T. Witteveen



Memmetaal?! ‘De meerwaarde van het voeren van de eigen taal in de sociale psychiatrie.’

*Iris Leijstra,
SPV i.o. en
Lineke Griepsma,
SPV i.o.*

‘Hokker taal prate jo?’

Stel je de volgende situatie eens voor; je woont al jaren in een gemeenschap waarin je je eigen moe-dertaal of dialect hebt kunnen spreken. Door stress raak je psychotisch. Je kunt zelf niet goed begrijpen wat er met je aan de hand is, laat staan dat je dat aan een ander moet uitleggen. En dan spreken ze ook nog eens een andere taal...

Eén van de rollen van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) is die van communicator. Hierbij is het belangrijk dat de SPV in staat is om in te voegen en aan te sluiten bij het taalgebruik van de patiënt en zijn systeem. De SPV toont respect voor de betekenis van het taalgebruik en probeert hierbij het perspectief van het taalgebruik van de cliënt te onderzoeken (V&VN, 2023). Maar kan dat, als je de taal niet volledig beheerst? Kun je dan een goed contact opbouwen met je patiënt en kun je dan écht goed luisteren? Kun je dan present zijn?

In dit artikel belichten we de meerwaarde en het belang van het gebruik van de eigen taal. In het bijzonder de Friese taal omdat we allebei geboren en getogen Friezin zijn. Desondanks spreken we de taal zelf niet dagelijks en komen we nog regelmatig situaties tegen waarin we de ander niet altijd goed begrijpen of verstaan. Dat doet bij ons de vraag rijzen “Wat is de meerwaarde van het voeren van de eigen (streek)taal in de sociale psychiatrie?” Om deze vraag te kunnen beantwoorden spreken we met Tineke Witteveen, projectcoördinator Frysk yn 'e soarch bij de Afûk. Ook wordt gebruik gemaakt van informatie die is verkregen uit literatuur en uit een rondvraag onder medewerkers van GGZ Friesland.

Waarom moedertaal in de zorg werkt

Wereldwijd worden ongeveer 7100 talen gesproken. Het Fries is daar één van. Het is ontstaan in de vroege middeleeuwen en is zich door de tijd heen steeds meer gaan onderscheiden van andere Germaanse dialecten. Op de website van Afuk (Afûk, 2024) is te lezen dat het Fries sinds 1956 in de provincie Friesland een officiële status heeft, net als het Nederlands. In 2014 is de Wet Gebruik Friese Taal van kracht gegaan met als doel om de Friese taal te beschermen en het gebruik ervan te vergroten.

Het Fries is zeker niet de enige minderheidstaal. In binnen- en buitenland is onderzoek gedaan naar het belang van het kunnen spreken van de eigen taal in de zorg en binnen het sociaal domein. In de tweetalige regio Wales is het belang van de moedertaal in de zorg al langer een onderzoeksthema. Voor veel mensen heeft de Welshe taal een sterke culturele en emotionele betekenis. Het onderzoek in Wales is uitgevoerd door de Welsh Language Commissioner in

samenwerking met gezondheidsorganisaties. Zij toonden aan dat het gebruik van het Welsh in de zorg, vooral in de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg, leidde tot betere zorguitkomsten. Patiënten die in hun moedertaal konden communiceren voelden zich beter begrepen. Ze voelden zich comfortabeler om over persoonlijke en complexe gezondheidskwesties te praten, wat de zorgrelatie verbeterde (Wagoner, 2017). Dit onderzoek vormde de basis voor het initiatief “More than Just Words”, een actieplan om het gebruik van het Welsh in de zorg te bevorderen. Dit programma erkent dat taal niet alleen een middel van communicatie is, maar ook een manier om een diepere vertrouwensrelatie met patiënten op te bouwen. Het actieplan wijst op de noodzaak van tweetalige zorgverleners en stimuleert zorginstellingen om meer aandacht te besteden aan de taalbehoeften van patiënten (Government, Welsh, 2022).

In Nederland is vergelijkbaar onderzoek gedaan naar het gebruik van streektaalen, zoals het Twents en het Nedersaksisch. Volgens Bartelds, streektaalconsulent bij de IJsselacademie, gaat dialectgebruik in de zorg niet alleen om taal, maar ook om het erkennen van iemands afkomst en achtergrond. Het inzetten van streek- en minderheidstalen helpt zorgverleners de culturele context en waarden van hun patiënten beter te begrijpen, wat bijdraagt aan meer persoonlijke en belevingsgerichte zorg (Hageman, 2020). Dit idee sluit aan bij de presentietheorie van Andries Baart, die benadrukt dat goede zorg draait om nabijheid, aansluiting bij de zorgvrager en respect voor diens tempo en ervaringen. Communicatie in de moedertaal speelt hierbij een belangrijke rol omdat het de vertrouwensband tussen zorgverlener en patiënt verdiept en zorgt voor een gevoel van gelijkwaardigheid en erkenning (Baart, 2021). In lijn met deze bevindingen wordt in de literatuur vaak aanbevolen om zorgverleners beter op te leiden in de talen van hun regio, zodat ze zonder tussenkomst van tolken of extra wachttijden kunnen communiceren met patiënten in hun moedertaal. Dit is vooral van belang in meertalige regio's waar het spreken van de lokale taal bijdraagt aan emotioneel welzijn en betere zorgervaringen (Hageman, 2020).

“Als je tegen iemand praat in een taal die hij begrijpt, dan bereik je zijn hoofd. Als je tegen iemand praat in zijn eigen taal, dan bereik je zijn hart.”

– Nelson Mandela



Eén van de eerste methodische benaderingswijzen die je als SPV leert is om present te zijn. De presentietheorie van Baart gaat uit van het principe van ‘er-zijn-met’ en ‘er-zijn-voor’ de ander. Dit betekent dat de hulpverlener niet alleen fysiek aanwezig is, maar ook mentaal en emotioneel afgestemd is op de patiënt. Taalgebruik is hierbij een middel om actief te luisteren en de patiënt te laten voelen dat hij of zij gehoord en begrepen wordt.

In relatie tot het spreken van de moedertaal of streektaal kan dit een belangrijke rol spelen. Het gebruik van de eigen taal van de ander creëert namelijk een gevoel van veiligheid, vertrouwdheid en erkenning. Mensen voelen zich vaak beter begrepen en kunnen zich gemakkelijker uitdrukken in hun moedertaal. In lijn met de presentiebenadering versterkt dit de gelijkwaardigheid en verbinding tussen de hulpverlener en de ander. Door de taal van de ander te spreken toon je respect voor diens identiteit en cultuur, wat de vertrouwensband en het gevoel van “aanwezigheid” verder verdiept (Baart, 2021).

Vanzelfsprekend is niet alleen het beheersen van de taal van de patiënt nodig om goed aan te kunnen sluiten in het contact. Ook zaken als woordkeuze, het tempo van spreken, de toon van je stem en je houding spelen er een rol bij.

Volgens een onderzoek van Afûk (Bloem & Popma, 2013) geeft de helft van de Friese patiënten de voorkeur aan communicatie in het Fries, wat hen helpt zich beter thuis te voelen in zorgsituaties. Ook zorgverleners erkennen het belang van het begrijpen van de moedertaal van patiënten, omdat dit de zorgrelatie versterkt en zorgt voor betere aansluiting bij de behoeften van de zorgvrager.

Tineke Witteveen, projectcoördinator Frysk yn 'e soarch

Tineke Witteveen (Witteveen, 2024) is werkzaam als projectcoördinator Frysk yn 'e soarch (Fries in de zorg, red.) bij de Afûk, een organisatie voor taalpromotie, taaloverdracht en cultuuroverdracht in Friesland. Het project is er op gericht om de Friese taal meer onder de aandacht te brengen binnen de Friese zorginstellingen en het gebruik van memmetaal (moedertaal, red.) te stimuleren. Op de website van de Afûk (Afûk, 2024) staat dat taal de sleutel is tot goede zorg. Het kan de afstand bepalen tussen de zorgvrager en de hulpverlener. Alle kansen worden bij de Afûk aangepakt om het belang te benadrukken van het kunnen gebruiken van je memmetaal. In gesprek vertelt Tineke dat de behoefte aan het spreken van het Fries verandert, omdat er meer aandacht voor komt. Steeds duidelijker wordt hoe krachtig het gebruik van de memmetaal is en meer verbinding legt tussen zorgaanbieder en zorgvrager.

Om het gebruik van het Fries nog beter te integreren in de werkwijze van hulpverleners binnen de Friese zorginstellingen zou vanuit het beleid meer vastgelegd mogen worden dat mensen hun memmetaal mogen gebruiken, aldus Tineke. En, niet onbelangrijk om te noemen, hierbij gaat het niet alleen om het Fries als taal, maar ook om het besteden van meer aandacht aan verschillende streekdialecten als het Woud-Fries, Kleifries, Zuidwesthoeks en het Eilander-Fries. “Kijk naar de kansen. Daar waar het kan, gebruik het dan.”

De drijfveer van Tineke is het creëren van meer bewustwording en kennis over de kracht van memmetaal. “Biedt zorg op maat door te kijken naar de kansen, zijn er mensen in je team die Fries kunnen spreken of verstaan? Koppel deze mensen aan patiënten die liever Fries spreken.” Mensen voelen zich door het spreken van hun eigen taal sneller op hun gemak, er ontstaat eerder een vertrouwensband en mensen kunnen zich sneller en makkelijker uiten, vertelt ze. “Maar ook zichtbaarheid is belangrijk, hoe meer je je memmetaal ziet, hoe meer je die gebruikt.” De mogelijkheden om de taal beter te integreren zijn volgens Tineke eindeloos. Denk bijvoorbeeld aan strategische (beleids-)keuzes en ook aan digitale en fysieke patiëntinformatie. Zo wordt er bij verschillende gezondheidszorginstellingen al gewerkt met informatiefolders in het Fries/meerdere talen en ook worden steeds meer deurbordjes met Friese aanduidingen

geplaatst in de ziekenhuizen. Om het gebruik van de Friese taal nog meer te promoten biedt de Afûk gratis online cursussen aan voor werknemers in de zorg. Ook hebben zij hun eigen magazine uitgebracht voor professionals in de geestelijke gezondheidszorginstellingen in Friesland om het gebruik van de Friese taal meer onder de aandacht te brengen. Een van de grote uitdagingen van het project is voor Tineke het vinden en behouden van enthousiasme en positiviteit bij zorginstellingen om de taal meer te gaan integreren in de organisatie. In de hulpverlening ligt de focus op het bieden van kwalitatief goede zorg en niet of veel minder op taal, terwijl taal juist kan bijdragen aan meer begrip en verdieping van het contact. Mensen moeten gaan beseffen dat je met het kunnen praten, verstaan en lezen van het Fries een groot en krachtig instrument in handen hebt waarmee een organisatie zichzelf ook kan neerzetten/positioneren als het gaat om aansluiting vinden bij de patiënt. Dat ziet helaas nog niet iedereen. Vaak onbewust gebeurt er al heel veel op het gebied van memmetaal, dus waar het kan benadrukken en benutten we die kansen nog meer, aldus Tineke.

“Kijk niet naar wat er niet is, maar naar wat er wel is. Als je alleen kijkt naar wat er niet is, is daar ook geen kans uit te halen.”

– T. Witteveen

Zorgprofessionals werkzaam in de praktijk

Uit een vragenlijst die is ingevuld door medewerkers van GGZ Friesland blijkt dat achtentwintig procent van de 230 respondenten geen Fries spreekt. Veertien procent daarvan verstaat de taal ook niet. Ongeveer de helft van de niet-Fries sprekende respondenten geeft aan het als een belemmering te ervaren dat zij de taal niet beheersen. Er komt naar voren dat het meer inspanning vergt de patiënt goed te begrijpen en dat dit ten koste kan gaan van de scherpheid van de medewerker. Nuances kunnen worden gemist en er kan minder goed worden aangesloten bij de patiënt. De mate waarin zich dit voordoet is per regio verschillend en ook afhankelijk van de doelgroep; ouderen spreken doorgaans vaker Fries dan jongeren. Zij zijn gemiddeld makkelijker in staat zich ook in een andere taal te uiten (GGZ Friesland, 2023).

Er wordt gepleit voor het promoten en het behouden van de Friese taal in de zorg en er is onder niet-Friese medewerkers van GGZ Friesland behoefte aan bijscholing in de vorm van een taal cursus. Desondanks is de conclusie wel dat het merendeel van de respondenten heeft aangegeven dat het niet beheersen van de Friese taal over het algemeen niet als onoverkomelijk wordt gezien. Tevens blijkt dat binnen GGZ Friesland veel Fries wordt gesproken met patiënten. De meerwaarde van het spreken van de Friese taal wordt door medewerkers van GGZ Friesland onderstreept; het helpt om de aansluiting met de patiënt beter te kunnen vinden, het maakt het contact gelijkwaardiger en het is voor de patiënt makkelijker om emoties en gevoelens te uiten in hun eigen taal.



Van slachtoffer van het zorgsysteem naar dader in een moordzaak

Kan de SPV een rol spelen om deze systematiek te doorbreken?

*Jolanda Teerenstra
& Tjitske Veenstra,
SPV i.o*

De lijn tussen slachtoffer van het zorgsysteem en dader in een grote moordzaak, is soms angstaanjagend dun. In 2021 stak Kenzo K. zijn buurvrouw en haar nicht dood en schoot daarna vanaf zijn balkon met een kruisboog op een verpleegkundige en enkele agenten.

Kenzo was al bekend bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in verband met een schizofrene stoornis, uitmondend in diverse psychoses. Het wrange is dat deze afschuwelijke gevolgen mogelijk voorkomen hadden kunnen worden als de signalen van zijn langdurig ernstig verward gedrag eerder adequaat waren opgepikt, waardoor de kans groter was geweest dat hij behandeling had gekregen.

Welke positie kan een sociaal psychiatrisch verpleegkundige innemen ten aanzien van verwarde personen? Om antwoord te kunnen geven op deze vraag, hebben we een interview afgenomen met de commandanten van arrestatieteam Noord-Oost Nederland. Hierna te noemen Sam en Lars*. Zij komen namelijk steeds vaker in actie ten aanzien van verwarde personen. Ook de documentaire 'Verward' van Jessica Villerius is een bron waarop dit artikel is gebaseerd.

Bij de politie blijkt er de afgelopen jaren een grote toename van gemelde incidenten rondom verwarde personen te zijn geweest; in 2023 steeg het aantal meldingen naar bijna

142.000. Bij verwarde personen gaat het om mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Mensen met vaak verschillende aandoeningen of beperkingen, veelal in combinatie met verschillende maatschappelijke problemen als schulden, dakloosheid, werkloosheid, verlies van dierbaren, gebrek aan participatie, onverzekerd zijn en illegaliteit (RIVM, 2018).

Inzet arrestatieteam

Het arrestatieteam (AT) is een gespecialiseerd team van de politie dat wordt ingezet bij levensbedreigende situaties of situaties die levensbedreigend kunnen worden. Bijvoorbeeld bij een gijzeling, gevaarlijke situaties op hoogte en een aanhouding van een vuurwapengevaarlijke verdachte of iemand die zichzelf of anderen ernstig geweld wil aandoen. Het is het uiterste geweldsmiddel van de politie.

Het team is 24/7 bereikbaar en inzetbaar. Bij een inzet is het herstellen van de veiligheid door middel van overrompeling en de-escaleren, het doel.



In 2023 rukte het AT maar liefst 199 keer uit voor een zogeheten E33-melding. Dit zijn meldingen van overlast veroorzaakt door personen met verward gedrag. Er is daarbij geen sprake van een strafbaar feit. In 2020 was dit nog 83 keer het geval; een stijging van 140% (Nationale politie, 2024). De stijging van het aantal E33-meldingen en de toename van de inzet van het AT bij verwarde personen de afgelopen jaren, is volgens de commandanten van het arrestatieteam Noord-Oost Nederland toe te schrijven aan de gevolgen van de Coronapandemie, de invloed van de richtlijnen vanuit de overheid en een nieuwe manier van registreren binnen de politie.

Gebrekkige beschikbaarheid van (nabije) zorg tijdens en vlak na de Coronapandemie is hiervan een oorzaak. Ook hebben de huidige overheidsinstanties een steeds grotere, negatieve invloed; instellingen en systemen die zijn opgezet en gereguleerd door de overheid hebben een directe invloed op het leven en welzijn van burgers. Voorbeelden hiervan zijn: sociale zekerheidsinstanties, gezondheidszorg en GGZ-instellingen, justitie, woningmarkt en huisvestingsbeleid, onderwijs en arbeidsmarktbeleid. Veel van deze systemen veroorzaken stress, onzekerheid en uitsluiting, vooral bij mensen die al kwetsbaar zijn. De veerkracht van mensen lijkt daarnaast ook afgenomen, waardoor mensen in een eerder stadium verward gedrag kunnen gaan vertonen. De nieuwe registratiemethode van E33-meldingen geeft echter

ook een vertekend beeld van het aantal meldingen. Alle meldingen worden nu gelabeld met 'verwarde persoon', waardoor het lijkt dat het aantal aanzienlijk is toegenomen, maar in verhouding valt dit mee. Het aantal inzetten van het AT ten aanzien van verwarde personen lijkt de afgelopen periode te stabiliseren.

Wie is er verantwoordelijk?

Politie is primair voor het handhaven van de orde en veiligheid. Mensen zijn in de war, dreigen de grip op hun leven te verliezen, maar de overgrote meerderheid van de verwarde personen is niet gevaarlijk en pleegt evenmin een strafbaar feit. Toch is het de politie die vaak opgescheept zit met deze categorie verwarde personen. Hoe komt dat? Volgens Sam en Lars* komt dit doordat de rest van de keten niet mee schakelt. 'Wij zijn van de symptoombestrijding; de levensbedreigende situatie moet ophouden te bestaan, maar wij zijn niet verantwoordelijk voor wat er daarna gebeurt. Als er geen gevaar is of dreigt voor derden, laat het probleem dan maar een probleem zijn. Dat is heel vervelend voor de burens die last ervaren, maar de gevolgen van ingrijpen door het AT zijn waarschijnlijk nog vervelender met dat er geen nazorg is.'

In artikel 3 van de politiewet staat dat de politie hulp moet verlenen aan hen die dat behoeven. Hulpverlening aan verwarde personen, is dat niet een taak van de hulpverlening? Sam en Lars* zijn het met elkaar eens dat dit in de basis klopt; het is namelijk veelal een zorgprobleem en geen veiligheidsissue. 'Echter, in de acute situatie waarin de politie ingezet wordt, verlenen wij ook hulp aan de verwarde persoon'.

Samenwerking

In complexe casuïstiek zoals die met verwarde personen, blijkt de samenwerking tussen de politie en hulpverlening vaak een uitdaging. Dit hangt samen met gebrekkige communi-

catie, verschillende werkculturen en het ontbreken van een gedeeld informatieplatform. Daarnaast speelt de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) een belangrijke rol. Het verschil tussen politie en hulpverlening is, dat de hulpverlening zich richt op zorg en herstel en politie zich richt op de openbare orde en veiligheid. Deze uiteenlopende perspectieven kunnen leiden tot een gebrek aan afstemming waardoor beide partijen niet van elkaars betrokkenheid op de hoogte zijn. Zonder goede samenwerking bestaat er het risico op dubbel werk, ineffektieve interventies of zelfs (herhaalde) escalaties (Koekoek, 2023).



De evaluaties van een AT-inzet vinden primair plaats binnen het AT zelf, waarbij er gereflecteerd wordt op de effectiviteit en proportionele inzet. Evaluaties met andere disciplines, zoals politie in het blauw en brandweer, komen soms voor en zijn meer gericht op het tactische verloop: wat had er beter gekund en hoe pakken we dat de volgende keer aan. Dit gebeurt op commandantenniveau en richt zich op de vraag of de situatie adequaat is opgelost en of er proportioneel en subsidiair is gehandeld. Het blijft echter een evaluatie die vooral de symptoombestrijding betreft en niet een evaluatie met alle betrokken partijen. Hierdoor ontbreekt het aan een overkoepelend plan om de juiste interventies in te zetten, zodat een herhaalde crisis voorkomen kan worden.

Kanttekeningen

Het gaat nog vaak mis; onschuldige mensen worden vermoord door verwarde personen die wel bekend waren bij de GGZ, maar geen behandeling kregen. Een slachtoffer van het zorgsysteem veranderd in een dader in een grote moordzaak. Dat het nog vaak zó mis gaat, is vooral te wijten aan de gebrekkige samenwerking tussen alle partijen. Of zoals commandant Sam het noemt: er wordt niet mee geschakeld in de keten. Er zijn verschillende oorzaken hiervoor te noemen:

- Beperkingen binnen de huidige wet- en regelgeving, waardoor iedere partij op zijn eigen eilandje aan het werk is
- Er is te weinig personeel in de geestelijke gezondheidszorg om zorg te verlenen
- De marktwerking in de zorg, waardoor de zorg duurder is geworden
- De lange wachtlijsten in de zorg
- Extramuralisering van de zorg
- Binnen de zorg wordt nog veel geconcurrereerd in plaats van samengewerkt.

Ten aanzien van deze 'missers' is er dus niet één verantwoordelijke partij aan te wijzen; het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid waarin meerdere partijen een rol spelen. Binnen zorginstellingen is de zorg vaak versnipperd met onvoldoende afstemming tussen verschillende hulpverleners en organisaties. Hierdoor krijgen mensen niet altijd tijdig of de juiste zorg. De overheid heeft een falend beleid waarbij de financieringsstructuren meer gericht zijn op beheersing dan op zorg en ondersteuning. Door de nadruk te leggen op regels en protocollen kan dit ten kosten gaan van maatwerk. De politie is niet altijd toegerust om met complexe psychische problematiek om te gaan, terwijl zij wel degene zijn die worden ingeschakeld bij escalaties. Ook de samenleving heeft een verantwoordelijkheid ten aanzien van personen met verward gedrag. Er is vaak weinig tot geen begrip voor deze mensen. Stigma's zorgen ervoor dat mensen met psychische



problemen geïsoleerd raken, dit staat haaks op de uitgangspunten van de sociale psychiatrie. De sociale psychiatrie richt zich namelijk op het tegengaan van marginalisering, stigmatisering en sociale uitsluiting door een inclusieve, herstelgerichte en contextuele benadering. Van Os (2020) benadrukt dat het probleem niet alleen ligt in het streven naar een maakbare wereld. Maar ook in het gebrek aan veerkracht hoe met tegenslagen in de wereld om te gaan. Tegenslagen horen nu eenmaal in het leven. Het is een illusie te denken dat alles te beheersen is. Juist daarom is samenwerking en maatwerk in de zorg voor verwarde personen zo belangrijk. Natuurlijk heeft de patiënt zelf ook zijn verantwoordelijkheid; sommige mensen zijn moeilijk te helpen door slechte ervaringen met hulpverleners en wantrouwen opgedaan door vervelende ervaringen.

Conclusie

Voor de doelgroep 'verwarde personen' neemt niemand echt de regie, waardoor mensen tussen wal en schip raken en hun situatie leidt tot escalaties met soms levensgevaarlijke gevolgen. Een gezamenlijke verantwoordelijkheid waarin politie, hulpverlening en samenleving meer samenwerken is het uitgangspunt. De politie moet (eerder) signalen delen, ook als deze niet relevant lijken. Een gedeeld informatieplatform voor hulpverlening en politie zou voor alle betrokken partijen inzicht geven op het moment dat dit nodig lijkt. De sociale wijkteams van de gemeente zouden outreachend moeten gaan werken om hun burgers te kennen en niet alleen mensen te bezoeken die een hulpvraag hebben. Wanneer het buiten de expertise omgaat van de sociaal werker kan die opschalen naar een SPV binnen het team.

Voorstel

Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan een cruciale rol spelen in de behandeling en ondersteuning van verwarde personen; voor, tijdens en na een crisissituatie. De SPV zou positie kunnen krijgen in de sociale wijkteams van de gemeente. De expertise van de SPV ligt op het snijvlak van psychiatrie, sociale ondersteuning en crisisinterventies. De SPV kan regionaal proactieve zorg bieden door personen die een risico lopen op verward gedrag te identificeren en deze preventief te begeleiden in het kader van bemoeizorg. In de multidisciplinaire samenwerking kan de SPV een coördinerende rol hebben en een adviserende taak ten aanzien van kennis over ziektebeelden. Voorlichting geven over psychische gezondheid binnen de ketensamenwerking, kan hier ook een onderdeel van zijn. In een crisissituatie kan de SPV de crisisbeoordeling uitvoeren en de risico's inschatten.

Hierbij werkt de SPV contextueel, waarmee een volledig beeld wordt gecreëerd in plaats van alleen een momentopname. De familie en het netwerk worden er actief bij betrokken. Naderhand kan de SPV de regie voeren gericht op hulp door zelf de follow-up contacten te doen of de persoon te verwijzen naar beter passende zorg. Ook kan de SPV de sleutelfiguur zijn in het evalueren (van de uitkomsten) van de interventies om continu processen te verbeteren.

**Namen zijn om privacy redenen gefingeerd*

Literatuurlijst

- AT5 (2024). *Arrestatieteam vaker ingezet bij mensen met verward gedrag*. Geraadpleegd op 19-7-2024, van: Alles voor het leukste feest van het jaar.
- Koekkoek, B. (2023). *De kwestie verwarde personen: Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag* (3e druk). Amsterdam: Lannoocampus
- Nationale politie (2021). *'Betere hulp is de oplossing bij verward gedrag'*. Geraadpleegd op 14-8-2024, van: 'Betere hulp is de oplossing bij verward gedrag' | politie.nl
- Nationale politie (2024). *'Geen geweld, maar een gesprek'*. Geraadpleegd op 14-8-2024, van: Geen geweld, maar een gesprek | politie.nl
- Os, van J. (2020). *We zijn god niet: pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. Amsterdam: Lannoocampus
- Plaisier, I., Reijnders, M., & Schotel, A. L. (2024). *Zien, luisteren en helpen: Wat gemeenten kunnen doen voor een beter bereik in het sociaal domein* (met medewerking van P. Schyns). Sociaal en Cultureel Planbureau.
- RIVM (2018). *Verward gedrag nader bekeken: analyse van E33- en E14-meldingen in de politieregistratie*. Geraadpleegd op 7-9-2024, van: Van meldingen naar personen: politieregistratie van verward gedrag nader bekeken
- Trimbos Instituut (2021). *'Voortdurende coronacrisis leidt tot toename psychische klachten en behoefte aan perspectief'*. Geraadpleegd op 3-10-2024, van: Voortdurende coronacrisis leidt tot toename psychische klachten en behoefte aan perspectief - Trimbos-instituut
- Villerius, J. (2024). *Verward* [documentaire]. BNNVARA.

1841 - De eerste krankzinnigenwetgeving

Opname 'voor eigen bestwil'

De eerste krankzinnigenwet van 1841 maakte het mogelijk mensen met afwijkend gedrag te laten behandelen door opname in een medische instelling. De wet was vooral bedoeld om de samenleving te beschermen tegen afwijkend gedrag en voorzag niet in rechtsbescherming van de patiënten zelf. Die werden 'voor hun eigen bestwil' gedwongen opgenomen.

Tot die tijd, nog tot ver in de 19e eeuw, heerste er volstrekte willekeur bij het opsluiten van krankzinnigen. De 'razenden' zaten vaak in hokken van drie bij tweeënhalve meter achter zware deuren met grendels en een ijzeren voerbak die buiten de cel met ketenen aan de muur vastzat. In zo'n hok stond alleen een 'krib met stro', zodat deze 'ongelukkigen genoodzaakt waren te staan of zich op de bodem te wentelen, wanneer zij niet de ganse dag in de krib wilden blijven liggen,' schrijft de jonge arts Schroeder van der Kolk in 1827 over het Utrechts Dolhuis, de latere Willem Arntsz Stichting.

De tijdgeest van de Franse revolutie bracht een zekere humanisering op gang. Tijdens de 'psychiatrische revolutie' vanaf 1800 werden in heel Europa de 'geestesgestoorden' langzamerhand ondergebracht in aparte instituten. De Nederlandse krankzinnigenwet van 1841 bepaalde dat alle dol- en gasthuizen tot 'geneeskundige gestichten' omgebouwd moesten worden. Voor acute gevallen werden snelle opnameprocedures mogelijk gemaakt met een In Bewarings Stelling (IBS), die door een burgemeester moest worden ondertekend. De wet regelde ook overheidscontrole op willekeur via twee inspecteurs, een ambtenaar en een arts.

1844 - Tweede Krankzinnigenwet

De Tweede Krankzinnigenwet vormde een beperkte revisie van de Krankzinnigenwet van 1841. Kern van de wetten vormde het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten enerzijds, en regelgeving rond opname en ontslag uit de gestichten anderzijds. De wet van 1884 bleef tot aan de start van de Wet BOPZ in 1994 van kracht.

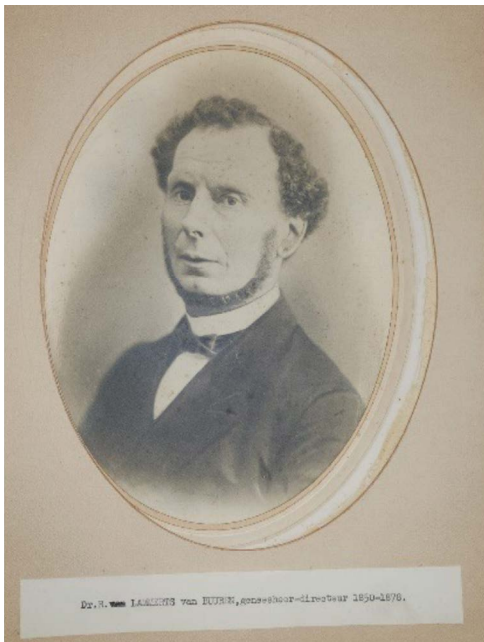
De Geschiedenis

van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in Nederland

*Antje Oevering,
SPV i.o. en
Inge Waiboer-Donk,
SPV i.o.*

Hoe hebben maatschappelijke veranderingen en de visie van pioniers zoals Arie Querido bijgedragen aan het ontstaan en de ontwikkeling van de rol van sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen in de Nederlandse gezondheidszorg?

Het lijkt bijna vanzelfsprekend dat geestelijke gezondheidszorg tegenwoordig zo breed toegankelijk is. Als we in de geschiedenis van Inge duiken, wordt het duidelijk dat het ooit anders was.



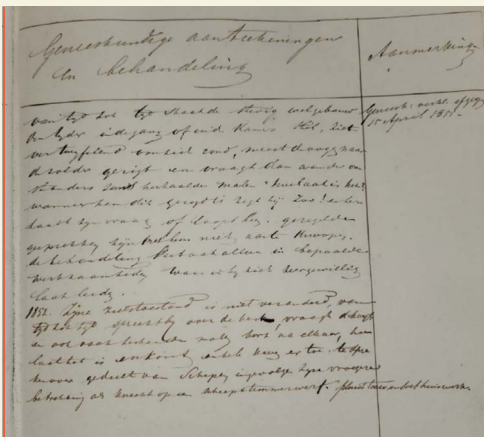
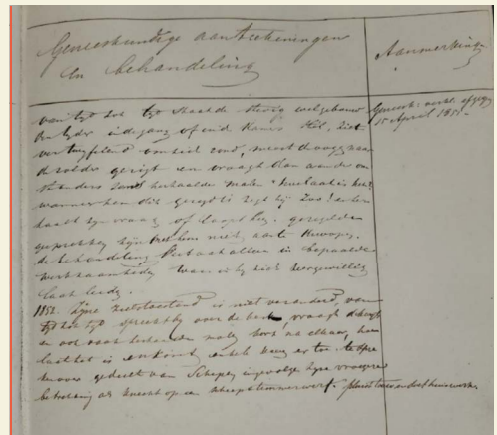
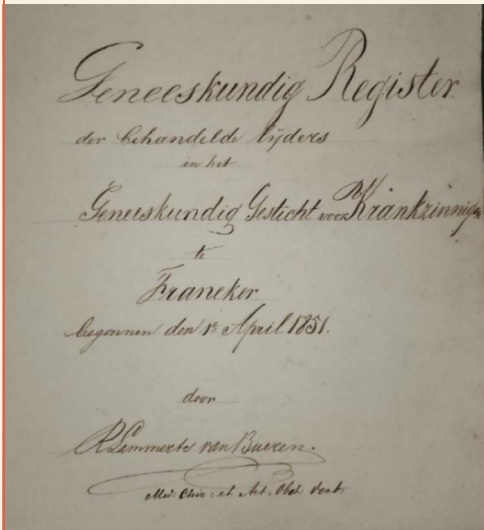
Reinier Lammerts van Bueren

Reinier Lammerts van Bueren is de broer van Inge, haar directe voorvader van 6 generaties terug, en tevens de grootvader van haar overgrootmoeder Hendrika Lammerts van Bueren-Donk. Hendrika was de moeder van haar opa Donk (Inges meisjesnaam is ook Donk). Reinier was van 1850 tot 1878 de eerste geneesheer-directeur van GGZ Friesland (toen nog de Friese Maatschappij tot Weldadigheid en later bekend als het Fries Gasthuis). Reinier werd geboren in Geertruidenberg in 1818, en overleden in Leeuwarden in 1880.

De psychiatrische zorg in de tijd van 1850 was gericht op het medisch model en het beheersen van de uiterlijke symptomen. Van differentiatie was geen sprake; patiënten die opgenomen werden hadden zeer uiteenlopende ziektebeelden bijvoorbeeld 'manie', 'epilepsie', 'melancholie', of 'dementia'; alles onder de noemer "krankzinnigheid".

Eigenlijk leek het erop dat iedereen die niet mee kon komen in de maatschappij of een bijdrage kon leveren werd uitgestoten. Hieronder volgen enkele passages uit het gemeentearchief van Franeker die afkomstig zijn van Reinier Lammerts van Bueren.

Passages uit een intake uit 1851



‘Geneeskundige aantekeningen en behandeling’

“Van tijd tot tijd (...) stevig welgebouwd den lijder in de gang of in de kamers Hij ziet ver twijfelend om zich rond meest daags naar (...) gezigten vraagt dan (...) omstanders soms herhaalde malen ‘hoe laat is het?’

Wanneer hem dit gezegd is zegt hij ‘zoo! En herhaalt zijn vraag of loopt weg. Geregelde gesprekken zijn met hem niet aan te knoopen. De behandeling bestaat alleen in bepaalde werkzaamheden waarin hij zich zeer gewillig laat leiden.

1852 Zijne zielstoestand is niet veranderd van tijd tot tijd spreekt hij over de kerk, vraagt (...) en ook vaak herhaalde (..) kort na elkaar hoe laat het is en komt enkele (...) er toe te spreken over gedeelte van schepen ingevolge zijne vroegere betrekking als knecht op een scheepstimmerwerf (...) (...) en doet huiswerk

“Aart der krankzinnigheid; Mania
Behandeld sedert; te Deventer van 12 oktober
1842 vandaar te Franeker van 1 april 1851
Onder curator gesteld bij vonnis van (...) Arron-
dissement regtbank Leeuwarden 26 mei 1846
Anamnese; volgens mededeling van anderen is
hij gedurende zijn werk te Harlingen altijd vrij
welgemeed (...) tot de zomer van 1842 toen hij
zeer afgetrokken mee (...) de eenzaamheid zocht
en onverwachts in staat van razernij geraakt is”

In de regio in Friesland speelde Reinier Lammert van Bueren een belangrijke rol in de zorg voor mensen die ‘krankzinnig’ waren of anders gezegd, een geestelijke aandoening hadden. De tijd dat hij geneesheer-directeur was, was een periode waarin de zorg voor geestelijk zieken meer gestructureerd werd; die structuur bestond uit het invoeren van dagelijkse routine waaronder bijvoorbeeld lichaamsverzorging en werkzaamheden in en rondom de verblijf locatie. De eerste krankzinnigenwetgeving deed zijn intrede. De wet zorgde ervoor dat mensen die als ‘geestesziek/krankzinnig’ werden beschouwd, verplicht konden worden opgenomen in een instelling zoals het Fries Gasthuis. Van Bueren had als geneesheer-directeur invloed op de uitvoering van deze wet in Friesland.

Ten tijde van de invoering van de invoering van beide krankzinnigen wetten werd Nederland politiek gedomineerd door de liberalen (Aerts, 2020). Liberalen streefden naar hervorming van de overheid, de economie en de maatschappij, waarbij ze veel nadruk legden op individuele rechten en de zorg voor kwetsbare groepen in de samenleving. De liberale gedachtegang had invloed op de vormgeving van de zorg: de liberalen wilden meer aandacht voor regelgeving en rechtsbescherming, maar wilden weinig directe overheidsbemoeienis met de uitvoering van zorg. De invoering van wet op de krankzinnigen paste in de politieke opvattingen van de liberalen. Men wilde orde scheppen in de zorg voor psychiatrische patiënten en voorkomen dat zij zonder reden werden opgesloten. Psychiatrische patiënten werden in die tijd vaak gezien als onhandelbaar en gevaarlijk. De invoering van deze wet zorgde er deels voor dat deze ‘gevaarlijke’ mensen afgezonderd werden van de maatschappij.

Uit een onderzoek dat gedaan is door de Universiteit van Maastricht door onder andere mevrouw Gijswijt (2001) valt het volgende te lezen;

“De oudste psychiatrische inrichting in filantropie, repressie en medische zorg wijst Binneveld erop dat ons land achterloopt bij buurlanden wat de ontwikkeling van de krankzinnigenzorg in het negentiende-eeuwse Nederland betreft”.

Terwijl in Frankrijk en Groot-Brittannië nieuwe inrichtingen werden gebouwd ten einde nieuwe inzichten omtrent de krankzinnigenzorg te realiseren, stelde de Nederlandse overheid zich uitermate terughoudend op en ontbrak het ook aan particuliere initiatieven. Voor de jaren tachtig werden er nauwelijks nieuwe inrichtingen gebouwd waar artsen de elders ontwikkelde behandelingen, zoals de morele therapie en de ‘non-restraint’ methode, konden toepassen.

Morele therapie is een benadering die zich richt op het behandelen van patiënten met respect en empathie, zonder dwang of straffen. De ‘non-restraint’ methode benadrukt het voorkomen van fysiek ingrijpen bij moeilijk gedrag, door alternatieven zoals de-escalatie en communicatie te gebruiken. Hoewel medici wel een rol kregen in de behandeling van geestesziekte, verwierven ze in vergelijking met de ons omringende landen weinig bevoegdheden. Binnen de inrichtingen waren psychiaters ondergeschikt aan regentencolleges en kerkelijke autoriteiten en ook buiten de inrichtingen was hun invloed niet groot.

De eerste universitaire leerstoelen in Nederland werden later ingesteld dan in andere landen. Na de invoering van de tweede krankzinnigenwet in 1884, die de regels omtrent de (medische) voorzieningen, de opnameprocedure en het staatstoezicht aanscherpte, kwamen er vooral dankzij particulier, confessioneel initiatief, maar ook vanwege gemeentelijke overheden, buitengestichten. Terzelfdertijd nam de gestichtsbevolking toe van 4700 in 1884 tot 15.000 in 1914, hetgeen neerkwam op een stijging van de

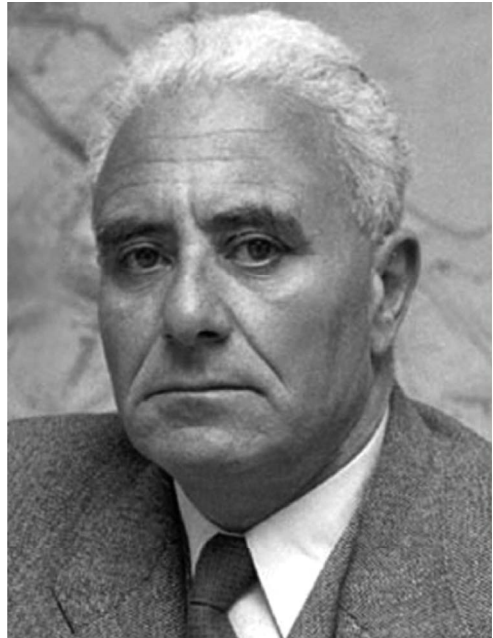
asylingscoëfficiënt (aantal opgesloten per 10.000 inwoners) van 11,2 naar 22,912. Binneveld spreekt zelfs van de grote opsluiting, een proces dat hij vooral toeschrijft aan een verlaagd tolerantieniveau in de maatschappij: naarmate meer gestichten werden opgericht werd het minder acceptabel gevonden om krankzinnigen thuis te verzorgen”. (Psychiatrische_Geschiedenissen, 2001)

Hoewel de wet op krankzinnigen destijds vooruitstrevend was, wordt deze nu bekritiseerd (Canon sociaal werk. (<https://www.canonsociaalwerk.eu/>), omdat beslissingen voor anderen worden genomen met de bedoeling om hen te beschermen of te helpen, maar zonder hun eigen mening of autonomie hierin te respecteren. Met andere woorden, vanwege paternalistisch handelen. De term is afgeleid van het Latijnse woord *pater* (vader) en impliceert dat iemand zich als een ‘vaderfiguur’ opstelt, die denkt te weten wat het beste is voor de ander. (*Paternalistisch - 4 Definities - Encyclo*)

De Wet op krankzinnigen werd om deze reden in 1994 vervangen door Wet bijzondere opnemingen in de psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) met als doel om de rechten van patiënten beter te borgen en de gedwongen opname alleen in te zetten als laatste redmiddel. In 2020 werd deze aangepast naar de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), waarbij de nadruk meer kwam te liggen op de rechten van patiënten en verplichte zorg buiten de instelling.

Arie Querido heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de rol van sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Wie was Arie Querido? Arie Querido beschreef zijn leven en werk in zijn autobiografie *Doorgaand Verkeer*, gepubliceerd in 1980. De benodigde informatie over Arie Querido is ook te vinden op de website van het canon sociaalwerk (*Canon sociaal werk*).

Arie Querido werd geboren in Amsterdam in een Joods gezin. Zijn opvoeding stond in het teken van intellectuele nieuwsgierigheid en sociale betrokkenheid. Hij studeerde geneeskunde in Amsterdam en specialiseerde zich in de psychiatrie. De combinatie van zijn medische kennis en maatschappelijke betrokkenheid vormde de basis voor zijn latere werk.



Querido groeide op in een tijd waarin de maatschappelijke ongelijkheid groot was. (Verhaal van Gelderland, 2024)
De industriële revolutie had geleid tot een sterke verstedelijking en groei van arbeidswijken. In die tijd werkten arbeiders lange dagen onder slechte omstandigheden. Alleen de elite had profijt van de economische vooruitgang. In de stedelijke gebieden was woningnood, en veel mensen leefden in erbarmelijke omstandigheden. Er waren geen basisvoorzieningen zoals stromend water of riolering, wat vervolgens voor gezondheidsproblemen kon zorgen. (*Urbanisering in de Industriële Revolutie*, 2022)

In die tijd was er amper een sociaal vangnet in de vorm van verzekeringen of uitkeringen. Gezinnen vielen terug in armoede, als ze werden getroffen door ziekte, werkloosheid of ouderdom.

Kinderen uit arme gezinnen hadden vaak geen toegang tot goed onderwijs, waardoor de vicieuze cirkel van armoede moeilijk doorbroken kon worden. Zoals eerder beschreven is Querido afkomstig uit een Joods gezin en speelde antisemitisme een rol in Nederland. (Konig, 1997). Er zijn geen bronnen gevonden over de invloed van antisemitisme op de jeugd van Querido. Waarschijnlijk heeft dit wel een rol gespeeld in zijn persoonlijke drijfveren en zijn visie op de rol van psychiatrie in de maatschappij. Querido richtte zich op het verbeteren van de leefomstandigheden en de zorg voor kwetsbare groepen, waarbij hij het belangrijk vond dat iedereen gelijke economische, politieke en sociale rechten en kansen verdient.

Querido was sterk geïnspireerd door socialistische en humanistische ideeën. Hij geloofde dat geestelijke gezondheidszorg niet los kon staan van sociale rechtvaardigheid. Voor hem was de geestelijke gezondheid van een individu vaak verweven met maatschappelijke problemen zoals armoede, werkloosheid en uitsluiting. Hij pleitte voor een geïntegreerde aanpak waarin de medische, psychologische en sociale aspecten van de zorg samenkwamen. Querido zag de maatschappij als een systeem waarin iedereen recht had op kansen en welzijn, en hij werkte eraan om dit binnen de psychiatrie te verwezenlijken.

Querido had een vooruitstrevende visie op de rol van verpleegkundigen. Hij fietste door de stad om psychisch zieke mensen op te zoeken samen met een verpleegkundige. Querido was van mening dat de zorg naar de patiënten toe moest, in plaats van dat patiënten geïsoleerd werden in instellingen.

Hij zag verpleegkundigen niet alleen als uitvoerders van medische zorg, maar ook als belangrijke schakels in het ondersteunen van patiënten binnen hun sociale context. Hij zag de verpleegkundigen als bruggenbouwers tussen de kliniek en de samenleving. Dit betekende dat zij patiënten niet alleen behandelden, maar ook hielpen met praktische zaken zoals huisvesting, werk en sociale relaties.

Verpleegkundigen werden door Querido gestimuleerd om actief deel te nemen aan het begrijpen van de leefomstandigheden van patiënten, zodat de zorg daarop afgestemd kon worden. Querido heeft een belangrijke rol gehad bij de ontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Psychiater Querido begreep dat psychische gezondheid niet losstaat van sociale omstandigheden en hij pleitte voor zorg in de leefomgeving van de patiënt. Door deze ontwikkeling ontstond er een behoefte aan professionals die niet alleen medische zorg boden, maar ook sociale en maatschappelijke ondersteuning. Dit leidde tot de opkomst van de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. De sociaalpsychiatrisch verpleegkundige was nodig om de bredere context te begrijpen en patiënten te begeleiden op sociaal en maatschappelijk vlak. Waar de psychiaters zich hoofdzakelijk richtten op de medische behandeling bood de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige een meer holistische benadering.

Gezien de visie en werkwijze van Querido zou aan de huidige en toekomstige Sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen de vraag gesteld kunnen worden: 'Hoe kunnen sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen vandaag bijdragen aan het verminderen van sociale ongelijkheid en het versterken van de maatschappelijk positie van hun patiënten, terwijl zij de mens als geheel blijven zien in de context van zijn sociale, psychische en fysieke aspecten?'

Ter inspiratie geeft Querido deze krachtige slogan mee:

*“zie de mens, verbind de zorg,
bouw aan gelijke kansen.”*

De maatschappelijke veranderingen en de visie van pioniers zoals Arie Querido hebben bijgedragen aan het ontstaan en de ontwikkeling van de rol van sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen in de Nederlandse gezondheidszorg. In de Nederlandse samenleving kwam de invulling van hulpverlening in een ander daglicht te staan; de hulpverlening werd transparanter door media en mensen werden alert gemaakt op zogenoemde misstanden zoals bijvoorbeeld het vastbinden van patiënten (matrasmeisje). Hierdoor werd de roep om humanistisch en holistische hulpverlening groter.

Door de geschiedenis te bestuderen wordt duidelijk hoe het beroep van de SPV is ontstaan. De huidige positie van de SPV is de afgelopen jaren sterk geëvolueerd. De SPV speelt een cruciale rol in het behandelproces van mensen met psychische problemen (de invulling van deze functie kan variëren afhankelijk van de zorginstelling en het type behandeling).

Kernwaarden van de huidige SPV zijn wel unaniem zoals contact maken, aansluiting zoeken, context in kaart brengen, meer-voudige partijdigheid, en uitgaan van de competentie van de patiënt. Deze kernwaarden zijn terug te voeren naar de visie van Querido zoals deze hierboven beschreven zijn, en daarmee is er een vloeiende/organische overgang ontstaan. Er wordt gesproken van een vloeiende/organische overgang omdat de functie van de SPV zich in de loop der tijd heeft ontwikkeld, waarbij de huidige kernwaarden en werkwijzen logisch voortkomen uit eerdere concepten en visies, zoals die van Querido. Door de geschiedenis te bestuderen, wordt duidelijk hoe de rol van de SPV zich steeds verder heeft verfijnd, met een voortdurende aanpassing aan de behoeften van de patiënten en de veranderingen binnen de zorg.

► *Antje Oevering is SPV i.o. en werkzaam bij het FACT Sneek. Inge Waiboer-Donk is SPV i.o. en werkzaam bij Regioteam Leeuwarden.*

Wist u dat:

- In 1841 de eerste krankzinnigenwet tot stand kwam.
- In 1844 een tweede krankzinnigenwet werd opgesteld.
- In 1883 de eerste publicatie 'psychiatrische bladen' uitkwam.
- In 1920 psychiater Querido door de stad fietste om psychische ziekten op te zoeken.
- In 1937 de B-nazorg opleiding startte.
- In 1970 de opleiding mgz (maatschappelijke gezondheidszorg)/ggz (geestelijke gezondheidszorg) startte.

1883 – Eerste publicatie Psychiatrische bladen

Al sedert de oprichting van de Vereniging werden de *Handelingen* gepubliceerd, het interne mededelingenblad. Een van de kerndoelstellingen van de vereniging was kennisverspreiding. Tijdens de verenigingsbijeenkomsten was een deel gewijd aan bespreking van wetenschappelijke onderwerpen, maar hiervan resteerden slechts summiere verslagen.

De wel uitgewerkte referaten waren gewijd aan casuïstiek, gerechtelijk geneeskundige rapporten, verslagen van fysiologisch, neurologisch en anatomisch onderzoek en besprekingen van specifieke psychiatrische aandoeningen. In 1882 besloot met de *Handelingen* uit te breiden tot een wetenschappelijk tijdschrift, in 1883 werd het blad omgedoopt tot *Psychiatrische Bladen*.

Bronnenlijst:

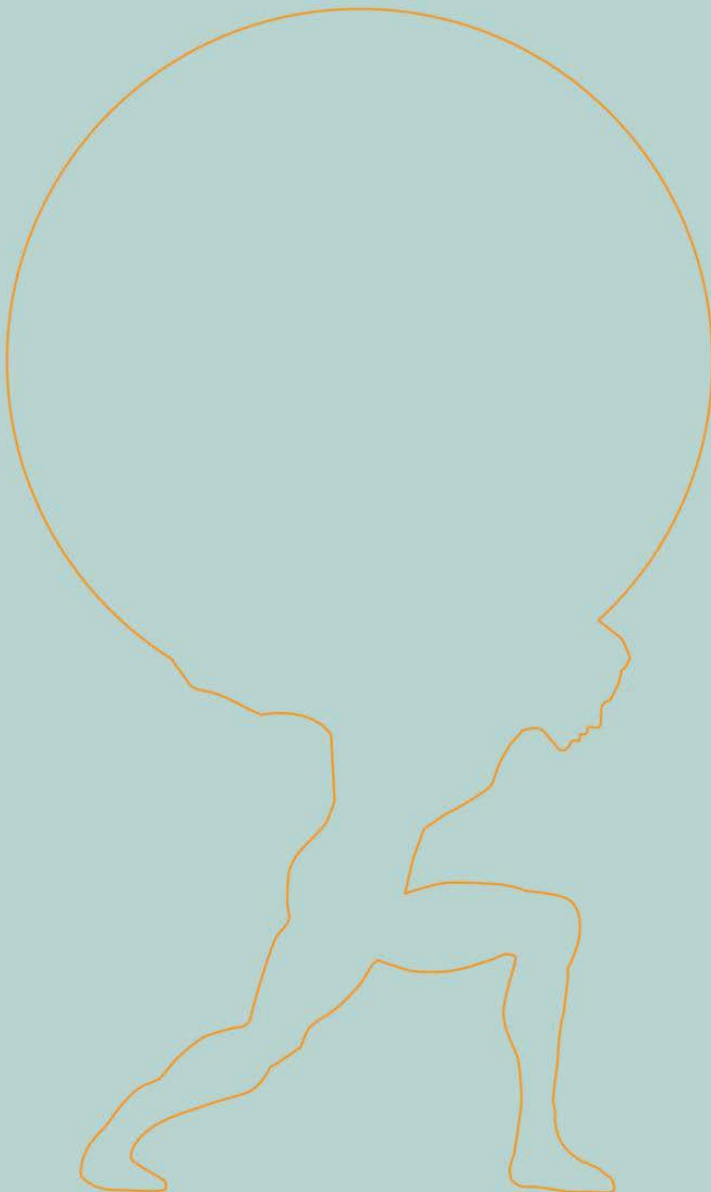
- Aerts, R. (2020). *Thorbecke wil het*. Uitgeverij: Boom
- Bosch, R van den. (2018). *Gedaanten van de waanzin*. Uitgeverij: Athenaeum.
- Canon sociaal werk. (z.d.). <https://www.canonsociaalwerk.eu/>
- Ekkers, S., Essen, E van. (2020). *Sociaal kapitaal*. Uitgeverij V&VN-SPV
- Heerma van Voss, A.J. (1991). Querido een levensverhaal. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 46, 722-911
- Hoekstra, W. (z.d.). *KRANKZINNIGEN*.
- Hofstra, M. G. (1999). [Review of: C. Willemsen (1997) *Van God los: geschiedenis van de psychiatrische inrichting Sint-Antonius. - 1902-1967*]. *BMGN - Low Countries Historical Review*, 114, 636-638.
- Maastricht Universiteit; Psychiatrische geschiedenissen zie <https://bit.ly/4kYPGpR>
- Konig, R. (1997). *Christelijke religie en antisemitisme in Nederland 1990: een sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Zie <https://bit.ly/4kW6V1o>
- Padt, I van der. (1999). *Hoopvol bezorgd*. (1ste druk). Uitgeverij V&VN-SPV
- Paternalistisch - 4 definities - Encyclo. (z.d.). <https://www.encyclo.nl/begrip/paternalistisch>
- Querido, A. (1980). *Doorgaand verkeer*. Lochem: de Tijdstroom.
- Querido, A. (1960). *Godshuizen en gasthuizen*. Amsterdam: N.V. Em. Querido's Uitgeverij.
- *Urbanisering in de industriële revolutie*. (2022, 13 september). *Is Geschiedenis*. <https://isgeschiedenis.nl/nieuws/urbanisering-in-de-industriële-revolutie>
- Verhaal van Gelderland. (2024, 25 april). *7.5 20e eeuw - Sociale (on)gelijkheid - Verhaal van Gelderland*. <https://verhaalvangelderland.nl/knooppunten/20e-eeuw-sociale-ongelijkheid/>

donderdag 23 januari 2025 | Planetarium Amsterdam

symposium

Verdragen

Copingmechanismen bij psychische pijn



Verdragen

Coping-mechanismen bij psychische pijn

Frans van der Lem
Godelieve van Zijl

De titel van dit symposium “Verdragen” sprak ons sterk aan. In onze rol van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige trekken we veelal op met mensen met ernstige en invaliderende psychische problematiek. Letterlijk het ‘verdragen’ ervan is nogal eens het maximaal haalbare. Tegelijkertijd kan het geruststellend zijn, dat men zichzelf mag aangaan. En mag genieten van het heilzame effect, dat men niet meer constant op de tenen hoeft te lopen. Dat geeft lucht.

Als redactie van ons vaktijdschrift was dit voldoende aanleiding om ons licht op te steken op dit congres. Zijn er nog meer aanknopingspunten waarom het goed is om iets te leren verdragen?

We bleken de twee enige SPV-en te zijn. Naast een enkele orthopedagoog en een groepje afgevaardigden vanuit cliëntenorganisaties, was het merendeel van de deelnemers psychiater, psychotherapeut of psycholoog. We voelden ons een beetje een vreemde eend in de bijt. Tegelijkertijd ging het eigenlijk ook heel erg over ons dagelijks werk. Maar dan vanuit het perspectief van “behandelen”.

De studiedag centreert zich rondom de presentatie van het nieuwe boek van Flip Jan van Oenen, met als titel “*Verdragen*”. (De recensie van dit boek treft de lezer elders in dit tijdschrift). Van Oenen trapt het symposium terecht af. Hij vervult een hoofdrol. Zijn verhaal sluit naadloos aan bij zijn eerdere boek uit 2019 “*Het misverstand psychotherapie*”. Zijn presentatie is helder, doordacht en goed gedocumenteerd. Van Oenen beweert dat het een mythe is, dat hulp zou helpen. In praktijk blijkt vooral het ‘verdragen’ op zich behulpzaam. Zoals het verdragen van de klachten, van zichzelf en van elkaar. En niet zozeer de therapie. De methodiek functioneert hoogstens als raamwerk voor verklaringsmodellen en als zelfhulp-protocol ter ondersteuning van de behandelaar en diens onzekerheden.

Van Oenen draagt uit dat het de taak van de therapeut is de cliënt te enthousiasmeren om de moed erin te houden tot de zevende sessie. Tegen het eind van een reeks van zeven sessies treedt er veelal spontaan herstel op. Er wordt nogal hoog opgegeven dat de effectiviteit van de ene specifieke methodiek groter zou zijn dan de andere. In de praktijk blijkt dat nogal mee te vallen. Wetenschappelijk gezien valt dat ‘tegen’.

Van Oenen haalt hierbij Pim Cuijpers aan. Die redeneert dat therapeuten moeten stoppen om almaar nieuwe therapieën te ontwikkelen. Want dat roept de verwachting op, dat er toch iets werkelijk behulpzaam ontwikkeld gaat worden. Als men daarop gaat wachten, worden cliënten almaar afhankelijker. Want dan gaat men afwachten tot eindelijk de begeerde behandelmethod

gevonden wordt die alle problemen oplost. Terwijl cliënten met zichzelf aan de slag dienen te gaan, ondergraaft die verwachting hun zelfredzaamheid. En zullen wachtlijsten in de GGZ alleen maar verder groeien.

Jim van Os neemt vervolgens het stokje over. Verdragen is ‘ont-dwangen’ en het hanteren van onzekerheid. Hij stelt dat psychiatrie en psychologie verre van wetenschappelijke fenomenen zijn. Men poogt om middels DSM5 psychiatrische symptomatologie in een wetenschappelijk jasje te gieten, terwijl de DSM toch alleen maar een poging is om tot een gemeenschappelijk taalgebruik te komen. Ook hij beschrijft – net als Van Oenen – het fenomeen van ‘sudden gains’, plotselinge verbeteringen die min of meer uit de lucht komen vallen. Het gaat vooral over het versterken van het placebo-effect waarbij het zelfhelend vermogen van patiënten wordt aangesproken. Daarbij blijken ervaren hulpverleners niet effectiever te zijn dan aankomende collega’s. Die beoogde begeleiding kan prima gegeven worden door juist SPV-en en MW’ers. Want psychiatrische problematiek blijkt vooral gerelateerd aan sociale en maatschappelijke factoren. Wat dat betreft blijkt de ontwikkeling van de POH-GGZ een uitkomst, tevens om patiënten aan te zetten tot een gezonde leefstijl en hen buiten de institutionele GGZ te houden.

Levi van Dam heeft onderzoek gedaan in de jeugdzorg. Hij gaat wetenschappelijk verder dan Jim van Os. Het percentage stoornissen in de jeugdhulp blijft gedurende tientallen jaren constant. Een op de twee personen van de Nederlandse bevolking krijgt in het gehele leven sowieso een mentale stoornis. Met het toenemen van het aantal inwoners van ons land zal zich een groter aantal voordoen van mensen die psychische problemen hebben. Maar verhoudingsgewijs blijkt er niets te veranderen.

Dat het lijkt dat jongeren het tegenwoordig moeilijker hebben, komt doordat zij beter in staat zijn om hun wel-en-wee te verwoorden. Hun specifieke woordenschat is met behulp van internet en sociale media spectaculair gegroeid. Tevens blijkt dat allerlei psychologische terminologie aan inflatie onderhevig is. Een doorwaakte nacht na het uitgaan van de verkering, wordt bijvoorbeeld direct betiteld als een serieuze ‘depressie’. Hij spreekt hierbij over de prevalentie-inflatie-hypothese.

Als men meer afweet van bepaalde fenomenen, stelt men ze eerder en vaker vast. Bovendien blijkt ook uit zijn onderzoek dat de effectiviteit van psychologische behandeling sterk wordt overschat. Jongeren zijn meer gebaat bij sociale inbedding. Hij stelt dat de veerkracht zit in de mensen om ons heen. Dat we onderdeel zijn van een groter geheel. Zoals bij Ubuntu. “Ik ben omdat wij zijn”.

Hij sluit af met een soort gedicht: **Ik,
De Ander,
Dat tussen ons is
En jou en mij ontstijgt.**

Als afronding van de studiedag worden de bezoekers getraakteerd op een interview van Arnon Grünberg met Flip Jan van Oenen. Volgens het programma zal het een soort samenvattend terugkijken op de studiedag gaan worden. Min of meer een integratief moment. Maar Grünberg houdt een alternatief pleidooi. Hij stelt voor om het doel van de GGZ ter discussie te stellen. Volgens hem heeft zowel de geestelijke als algemene gezondheidszorg weinig te maken met gezondheid en geluk. Het zijn politieke keuzes.

Vooral de GGZ functioneert eigenlijk als een verlengstuk van de Koninklijke Marechaussee. Het doel blijkt het rustig houden van de bevolking te zijn. Antidepressiva vervullen daarbij een cruciale rol. De slachtoffers van dit systeem hebben een heldenstatus gekregen omdat het voordelen biedt. Voor vragen of onderbrekingen vanuit het publiek blijkt nauwelijks gelegenheid. Wél volop irritatie. De blijdschap overheerst op het moment dat dit clowneske intermezzo achter de rug is.

Het voordeel van zo'n studiedag is, dat onderweg naar huis allerlei samenhangende items uit het geheugen naar boven komen. En ook relevante boektitels weer tot leven komen.

Want 'verdragen' en allerlei samenhangende termen zoals 'verduren' en 'uitzingen' zijn tevens sleutelbegrippen binnen de presentiebenadering zoals beschreven door Andries Baart. Als SPV-en herkennen we ons in zijn beschrijvingen.

Het betoog van Van Oenen sluit ook aan bij het algemeen factoren-model (de ingrediënten die in alle hulpverleningsmethodieken voorkomen, óók bij een goede autoverkoper). Daarin blijkt de arbeid van de cliënt de meest werkzame factor te zijn en daarnaast - op afstand - de persoon van de therapeut.

Het ontwikkelen van nieuwe zelfbedachte strategieën met specifieke behandelfactoren, blijkt echter vooral de therapeut een boost te geven. Hiermee enthousiasmeert hij de cliënt, waardoor die zichzelf hoopvol aan zijn kraag uit de modder trekt en met zichzelf aan de slag gaat. Het ontwikkelen van nieuwe therapievormen met een persoonlijk accent, zet vooral de therapeut aan om geïnspireerd zijn werk te blijven doen. Ook innovatie past daarmee in het algemeen factoren-model (S. Schagen 1983).

Het begrenzen van het aantal sessies, zoals Van Oenen beoogt, werd eerder al gepromoot in de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw. Vanuit de Directieve Therapie verzette men zich vooral tegen het eindeloze Freudiaanse analyseren en interpreteren. Middels het geven van instructies en huiswerkopdrachten werd aangestuurd op concrete haalbare behandeldoelen. Het experimenteren met een knipkaart voor maximaal twaalf sessies werd aanvankelijk nog als vloeken in de kerk ervaren. Gelukkig zijn de effecten van kort- of langdurende behandeling – of juist het nalaten ervan – nu ook statistisch onderzocht.

Met afwijkend gedrag werd binnen de Directieve Therapie mild omgesprongen, zelfs in een positieve context geplaatst. Ook hier 'verdragen' in optima-forma.

Leestips:

- *Het effect van psychotherapie (meetbaarheid en resultaten)*, S. Schagen, Van Loghum Slaterus 1983
- *Het vijf-gesprekkenmodel (een handleiding)*, R. Stoffer, Eburon 2005
- *Directieve therapie*, K. van der Velden, C.A.L. Hoogduin & A. Lange, Boom Amsterdam 2010
- *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*, P. Rijnders & E. Heene, Boom 2010
- *Handboek POH-GGZ*, Mok/Wenning/De Vries, Bohn Stafleu van Loghum 2016



Flip Jan van Oenen

“Verdragen - Over de hulp helpt-mythe” (2025)

Uitgeverij Boom

ISBN 978 90 2446 8430

289 pagina's · Prijs € 27,95

Door Gerard Lohuis

Het boek maakt iets los. Alle zichzelf respecterende media hebben aandacht voor dit boek omdat het mogelijk de achilleshiel van het nut van de therapeutische behandeling in de GGZ raakt. Landelijke dagbladen duiken er bovenop en waarschijnlijk heeft van Oenen nog niet eerder zo veel lastige vragen op zich afgevuurd gezien. In zijn vorige boek *Het misverstand psychotherapie* nam van Oenen al een voorschot op het effect van behandelingen in de GGZ door te wijzen op de inwisselbaarheid van verschillende behandelmethoden. De behandelmethode is vooral voor de behandelaar belangrijk zodat deze weet hoe hij naar het probleem moet kijken en wat hij kan doen om iemand te helpen. De belangrijkste ingrediënten van therapie zijn volgens van Oenen de persoon van de therapeut, de verwachting of hoop die de hulpverlener bewerkstelligt en de relatie tussen de therapeut en hulpvrager. Opvallend in de reacties op zijn nieuwste boek is de manier waarop van Oenen in de verdediging wordt gedrongen. Dat komt mede door de boude opstelling waarmee van Oenen de knuppel in het GGZ-hoenderhok dondert. Zo wil hij een ferme paradigmaverschuiving over de verwachtingen die mensen hebben bij therapie. Het moet volgens van Oenen niet gaan om ‘oplossen’ van de problemen maar om het leren ‘verdragen en er mee leren omgaan’. Dat is natuurlijk tegen het zere been. Het is een oproep tot een zekere bescheidenheid over de rol van de behandelaar. Weliswaar blijkt één-derde van de behandelingen uiterst effectief, maar van twee-derde valt het effect nauwelijks vast te stellen. Van Oenen laakt vooral de ‘expert-rol’ die hulpverleners zich aanmeten.

Van Oenen is realistisch genoeg om te weten dat de vraag om behandeling door de GGZ nog nooit zo groot is geweest als nu. Vier op de tien Nederlanders krijgen in hun leven met psychische problemen te maken en jaarlijks doen 1,3 miljoen Nederlanders een beroep op de GGZ. Zeker in de Jeugdzorg is de toename explosief te noemen als één op de zeven jongeren er een beroep op doet (in 2015 was dat nog één op de elf). De GGZ lijkt een magnetische aantrekkingskracht te hebben op het idee dat daar een antwoord op het psychisch lijden wordt geboden. Waar in het verleden levensproblemen in de gemeenschap ver- en gedragen werden, hebben het labelen van emoties tot een enorme groei aan diagnoses geleid en een daarbij behorende verwachting dat behandeling het gaat verhelpen. Anno 2025 is er immers een grote maakbaarheidsfactor

en vinden we dat we recht hebben op iemand die ons van onze problemen verlost. In dit opzicht is het boek van van Oenen een aangenaam ontvullend antwoord op eisen die we aan onszelf en de samenleving stellen.

In de Nieuwe GGZ is er al lange tijd een tendens gaande om naar de contextuele oorzaak van psychische problemen te kijken. De wisselwerking tussen maatschappelijke ontwikkelingen (hoge verwachtingen, hoger levenstempo, veranderende omgangsvormen) en de manier waarop we daarmee (niet) omgaan zijn van grote invloed op ons welbevinden en psychisch functioneren. Mogelijk moeten we daar veel meer naar gaan kijken dan het wachten totdat iemand niet meer met zichzelf kan omgaan. Want als er eenmaal een diagnose wordt gesteld moet iemand met zichzelf aan de slag terwijl het onderliggend probleem 'onbehandeld' blijft. Tim'S Jongers wijst hierbij op de gevolgen van armoede, Dirk de Wachter wijst op de hoge verwachtingen die jongeren van het leven hebben (aangemoedigd door social media), Trudy Dehue wijst op het gevaar van diagnosticeren van levensproblemen, het gebrek aan (sociale huur)woningen en zo kan het rijtje nog verder aangevuld worden. Dan is het nog een wonder dat gemiddeld 40% van de patiënten meer dan 50% klachtenreductie behaalt door in therapie te gaan, zoals van Oenen vaststelt. Als men niet om hulp zou vragen, zou 16 % vermindering van klachten ervaren.

Waar gaat het in dit boek dan over? Van Oenen vat het krachtig samen in een van zijn interviews uit de landelijke dagbladen:

“Als je psychische pijn hebt, kun je drie dingen doen: klagen, veranderen en verdragen. Klagen kan even fijn zijn, maar op de lange termijn lost het niets op. Als je klaagt, leg je het probleem buiten jezelf en dat belet je het op te lossen. Veranderen kan goed werken. Zoek een nieuwe baan, verbreek die relatie waar je ongelukkig van wordt. Maar vaak is veranderen moeilijk. Je kunt je wel voornemen: ik ga me minder aantrekken van anderen, maar je zit nu eenmaal gevoelig in elkaar. In veel gevallen lukt het mensen niet om te veranderen. Dan blijft verdragen over. In de praktijk zijn we daar vaak op aangewezen. Er zijn manieren om dat te doen: smart delen, hoop houden en in beweging blijven, dat zijn de drie belangrijkste.”

Over de uitvoering zegt Van Oenen het volgende:

“Ik stel voor dat patiënten maximaal zeven sessies zouden mogen krijgen, waarbij ze, net als nu bij fysiotherapie het geval is, elke twee jaar terug mogen komen. Dat geldt wat mij betreft óók voor de mensen met ernstige problematiek. Want ook voor hen geldt dat hun klachten maar beperkt kunnen worden verholpen door therapie.”

Het boek roept op tot een meer realistisch perspectief van wat we van behandelen mogen verwachten. Het gaat hierbij vooral om 'de geest van het boek' waarin van Oenen laat zien dat we daar geen al te hoge verwachtingen bij moeten hebben. Iemand met suikerziekte is toch ook blij als een insulinepomp er voor zorgt dat hij daardoor aan het leven mee kan blijven doen? Het probleem van een haperende alvleesklier is verholpen terwijl de alvleesklier blijft haperen. Zou dat ook niet gelden voor behandelen in de GGZ? Iemand kan en mag weer meedoen, hoort erbij en kan zo zijn leven als zinvol ervaren. En bij mensen met complexe problemen gaat het niet alleen om behandelen maar ook op de manier waarop de behandelaar iemand helpt om zich staande te houden. Daarbij kan de behandelaar ook iets leren van de manier waarop iemand, ondanks diens psychisch gevoeligheden, overeind weet te blijven. De kracht van kwetsbaarheid!



Peter Jurgens

“Openstaan voor overweldigende ervaringen” (2024)

Uitgeverij Noordboek, Gorredijk

ISBN 978 94 6471 2391

176 pagina's · Prijs € 22,90

Door Frans van der Lem

Met heldere korte zinnen beschrijft Peter Jurgens lastig te begrijpen verschijnselen. Zoals oceanische belevingen waarbij grenzen van tijd en ruimte verbleken, men het gevoel krijgt overal mee verbonden te zijn en alles op zijn plaats valt. Het leven definitief verandert. Velen van ons zullen er nauwelijks over durven te dromen. Zeker niet hardop durven te denken. Laat staan zich er concreet over durven uit te laten.

Als Peter zijn betoog zou houden bij de Crazywise Conference, zal men hem met open armen ontvangen. De Crazywise Conference is een beweging van direct betrokkenen van mensen met psychose-ervaringen. Het is een soort warm bad waarin ieder mag zijn wie men is, zonder drang of behoefte zichzelf te bewijzen. Ook niet als het buitenissige ervaringen betreft.

Jurgens demonstreert met zijn boek echter, dat overweldigende ervaringen helemaal niet zo onalledaags zijn. Het zijn vanzelfsprekende fenomenen die rationeel lastig te verklaren zijn. Maar in een cultuur zoals de onze, waarin men neigt verschijnselen pas te accepteren als men daartoe een rationeel verklaringsmodel voorhanden heeft, zal men ze al snel betitelen als buitenissig. Onze voorouders hebben onbegrijpelijke zaken nogal eens afgedaan als wonderbaarlijke gebeurtenissen, gerelateerd aan goden en religie. De overtuiging bijvoorbeeld, dat de Germaanse god Donar tijdens onweer met zijn paard op acht poten over de wolken donderde en helse pijlen op de mensen afvuurde, is als bijgeloof naar het land der fabelen verwezen. Maar toen Copernicus nog maar pas 500 jaar geleden concludeerde dat de aarde toch echt om de zon draaide, heeft hij uit lijfsbehoud een smoes verzonnen. Daar hij de doodstraf riskeerde, heeft hij er maar een draai aan gegeven, dat het een puur wiskundig model betrof.

De overtuiging dat onverklaarbare fenomenen berusten op hekserij, is ook nog niet zo lang geleden achterhaald. De heksenvervolging vond niet, zoals veel mensen denken, grotendeels in de middeleeuwen plaats, maar voornamelijk in de vroegmoderne tijd. Tussen circa 1450 en 1750 heeft het in Europa vele tienduizenden slachtoffers geëist. En nog steeds lopen vrijdenkers grote risico's.

De uitgevaardigde fatwa over Salman Rushdie is blijvend van kracht. Dat bleek wel weer in 2022. De auteur overleefde het maar net, nadat hij in de staat New York werd neergestoken. En ernstig verwond raakte.

Het was nog maar in februari 2024 dat Aleksej Navalny in een Russische cel kwam te overlijden, nadat er eerder al pogingen waren gedaan om hem te vergiftigen.

Vrijdenken blijkt dus niet vanzelfsprekend. Maar vrijheid van denken is wel noodzakelijk om rationeel te kunnen redeneren. Dat rationele redeneren heeft ons flinke vooruitgang opgeleverd. Tegelijkertijd lopen we vast wanneer we middels datzelfde rationele redeneren allerlei belevingen en innerlijke ervaringen trachten te verklaren.

Peter Jurgens heeft desondanks overweldigende ervaringen in kaart weten te brengen. Uitgaande van diverse academische stromingen heeft hij een doorwrocht werkstuk afgeleverd. Vanuit de filosofie, neurologie, psychologie en theologie komen heel wat grote denkers aan bod. Zelfs vanuit de spiritualiteit. Met dat spirituele doelt Jurgens niet zozeer op religie of een zingevend kader, maar vooral op het bewust ervaren van innerlijke gewaarwordingen en belevingen.

Met levendig geschilderde praktijksituaties blijft hij de lezer boeien. Als kind heeft hij een bijna mystieke ervaring tijdens een bijzondere zonsopkomst. Maar hij beschrijft ook een dienstplichtig militair die door in zijn voet te schieten onder de dienstplicht hoopt uit te komen. Tijdens een alles-overstemmend helder moment komt de militair echter tot inkeer. In het laatste hoofdstuk beschrijft de auteur gedetailleerd hoe tijdens overweldigende ervaringen alle zintuigen op volle toeren draaien. Niet alleen onze zintuigen, ons hele lichaam, inclusief ons hart.

Overweldigende ervaringen betreffen geen theoretische kennis en wijsheid, maar zijn vormen van waarnemen. Aangezien alle zintuigen tegelijkertijd zeer actief zijn en intensief samenwerken, ontvangt de persoon op hetzelfde moment complexe informatie van allerlei aard. Deze omvangrijke gecompliceerde informatie valt nauwelijks rationeel te bevatten. Daar is ons rationele bewustzijn niet capabel genoeg voor. Daartoe dienen we ons onderbewustzijn te raadplegen. Dat bevragen van het onderbewuste valt niet concreet te sturen. Volkomen terecht stelt de auteur dat men daartoe dient 'open te staan'. Het gaat bij ervaringen dus om 'beleven'.



Ik vind het bijzonder om Peter Jurgens op dit punt tegen te komen. Peter vanuit de theoretische en wetenschappelijke hoek. Ik vanuit de alledaagse praktijk van de verpleegkunde, maatschappelijk werk en sociale psychiatrie. Peter startte zijn carrière met een studie natuurkunde en Nederlands. Later bedrijfskunde. Allebei komen we terecht bij de filosofie en benadrukken wij beiden het belang van het 'beleven', het 'ondergaan'.

Als jongvolwassene en aankomend verpleegkundige, kreeg ik een witte jas aangetrokken en werd ik met een bos sleutels de afdeling opgestuurd. Aldoende leert men. Inderdaad heb ik mij vooral aldoende – als participerende observator – verder ontwikkeld. In mijn latere studie word ik bevestigd dat geschoolde verpleegkundigen in de praktijk hebben geleerd om de eigen houding en reacties ten opzichte van patiënten te objectiveren. Afgeleid van dit reactiepatroon zal de verpleegkundige – langs bijna onbewuste en onwillekeurige weg – kwaliteiten in het gedrag van de patiënt kunnen waarnemen. Soms zijn dat kenmerken die op een andere wijze nauwelijks aan het licht zouden zijn gekomen.

Hierop berust voor een belangrijk deel de "intuïtie" en de "ervaring" van mensen die langer in het vak werkzaam zijn en die van deze onbewuste of halfbewuste kennis gebruik maken bij hun optreden als professional.

De overweldigende ervaring, zoals Peter die beschrijft, doorbreekt enerzijds ons ego en tegelijkertijd de dominantie van ons verstandelijk denken. Ik krijg ik er sterke associaties bij met de catharsis in de psychotherapie, waarbij als bij toverslag allerlei ballast van ons afvalt en wij onszelf en de wereld als nieuw ervaren. Bovenal zet de bundel de lezer aan tot zelfreflectie en het verdragen van onverklaarbare verschijnselen. In praktijk draagt die verdraagzaamheid bij aan de kunst om het rationele oordelen uit te stellen. Bijvoorbeeld als men zichzelf even niet snapt, of vast dreigt te lopen bij onbegrepen gedrag van anderen.

Jurgens verwijst terecht naar het essay 'Over de ervaring' van Michel de Montaigne. Na jaren gefunctioneerd te hebben als rechter en als burgemeester van Bordeaux trekt Montaigne zich in 1571 terug om middels het schrijven van essays te reflecteren op het leven. Hij stelt "Als de rede tekortschiet, roepen we de ervaring te hulp".



Een schreeuw om erbij te horen

Ze herinnert zich de woorden alsof ze gisteren tegen haar zijn uitgesproken. In werkelijkheid gaat het om een gebeurtenis op de lagere school, meer dan vijftig jaar geleden. “Van jou gaat helemaal en dan ook helemaal niets terecht. Je bent de duivel in persoon”. Astrid is het nooit vergeten hoe de leraar haar in aanzien van de gehele klas, haar de kast uitveegde omdat ze weer eens in slaap was gevallen tijdens de les. Hierna was het pesten niet meer gestopt en had ze zich steeds meer teruggetrokken. Bang dat ze uitgescholden, aan de haren getrokken of op een andere manier ‘te kakken’ zou worden gezet. Het kwaad had zich door die uitspraak in haar genesteld. Ze zou wraak nemen. Haar tijd zou nog gaan komen.

“Toen is het eigenlijk helemaal mis gegaan. Thuis was vader in die tijd meer met de alcohol dan met ons bezig en mijn moeder had zo veel lichamelijke pijn, dat ze de zorg voor het huishouden en de kinderen niet aan kon”. De vele ruzies tussen haar ouders dwongen haar om problemen zelf op te lossen. Ze kon bij niemand terecht. In haar fantasie wist ze hoe ze moest leven, gewoon zich van niemand nog iets aantrekken. Dan zou ze niet boos of verdrietig worden. Ze moest er gewoon voor zorgen dat ze het allemaal in haar eentje deed. Daarmee werd het koud in haar en keerden mensen zich van haar af vanwege haar asociale gedrag. Wat voor haar overleven werd, werd door de samenleving veroordeeld. Niemand zag de eenzaamheid, het verdriet, de pijn van in de steek gelaten te zijn omdat Astrid dat niet wilde laten zien. Ze zou de status van angstig en bang kind niet meer kwijt-raken. Om dat te verbergen koos ze voor de aanval. Ze zou de wereld laten zien dat niets en niemand deugde.

Overal waar ze komt, blijft verontwaardiging hangen. Astrid is dakloos en zwerft al meer dan dertig jaar van stad naar stad. Ze zit regelmatig voor korte tijd in de gevangenis, een plek waar ze nog het beste functioneert. Duidelijke regels en als ze zich daar aan houdt, is het daar zo slecht nog niet. Ik krijg kippenvel van haar manier van dreigen en geef aan dat ze ook zonder boos te worden haar verhaal kan doen. Ze is er aan gewend geraakt om bij hulpverleners de aanval met gestrekt been in te zetten en komt zo explosief over dat ik niet zonder angst tegenover haar kan zitten. Ze komt erna regelmatig terug en houdt zich aan afspraken die we gemaakt hebben. Ergens achter het scherm wat ze optrekt, is te zien hoe ze erbij wil horen maar door haar levensstijl van aanvallen en vechten om iedereen op afstand te houden, heeft ze een eigen graf gegraven. Iedereen heeft anderen nodig en de verbinding met anderen helpt mensen om zich gewaardeerd te voelen. Astrid wil dit ook maar heeft het nooit geleerd. Zal het ook niet meer leren. Een schreeuw om acceptatie die nooit gehoord gaat worden.

Gerard Lohuis

Spiegel zonder gezicht ((On) zichtbaar)

Hij heeft me tot het uiterste getergd. Bij binnenkomst is het op slag zichtbaar. Meestal duurt het een kleine seconde voordat iemand onbewust een indruk oproept, bij hem gaat het nog sneller. Alle signalen staan op rood wanneer hij tegenover me gaat zitten. Hij wacht niet af en opent zonder verdere kennismaking de aanval. Waarom hij gisteren is weggestuurd op een moment dat hij hulp nodig heeft. Ik mag nog blij zijn dat hij de moeite neemt om vandaag terug te komen. Niet omdat hij nu wel een afspraak heeft, maar de beheerder van het pand voelde zich gisteren zo door hem bedreigd, dat hij heeft aangegeven dat ik vanmorgen wel tijd voor hem zou maken. Hij heeft zijn eerste opmerking nog niet geplaatst of een tweede voltrefter wordt gelanceerd. Met het verdrag van de rechten voor de mens moet ik als hulpverlener mij verplicht voelen om een mens in nood bij te staan, anders kan ik een klacht verwachten.

In eerste instantie ben ik verbaasd en tegelijk triggert hij me met deze frontaal onderuitschoffel-benadering. Waarom doet hij dit en kalmeert hij als hij enigszins is uitgeraasd? Wordt hij rustiger wanneer ik met enig begrip probeer te luisteren. Na twee minuten weet ik dat het ijdele hoop is. Meestal werkt het wel als iemand zijn eerste emoties over me heen uitgestort heeft en ik met enig geduld en respect probeer te begrijpen waar de pijn of woede vandaan komt. Bij hem gaat dat niet werken en zonder tegengas te geven, breng ik mezelf in gevaar. Anders loopt hij compleet over me heen.

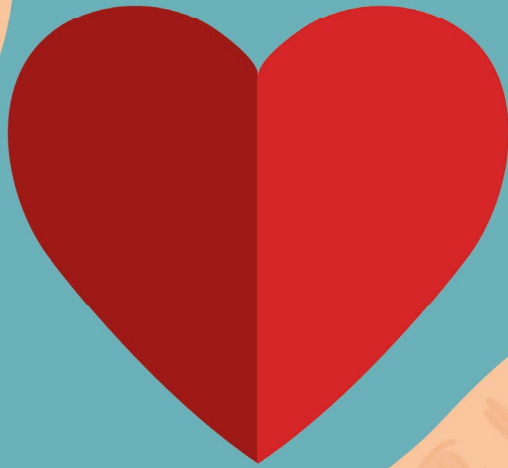
Na vijf minuten valt er een eerste stilte en lijkt de emotionele storm over te zijn. Maar het blijkt een rust om zichzelf op te laden voor een volgende hoosbui. Ik heb er geen zin in, ben boos en niet van plan dit te laten gebeuren. “Wat denk je dat je ziet wanneer je in een spiegel kijkt?”. Het is er uit voordat ik het zelf doorheb. Verbaasd kijkt hij me aan. “Wat bedoel je, wat is dit voor een rare vraag van een zogenaamd hulpverlenertje die me nog niet eens een kop koffie heeft aangeboden”? Ik heb geen zin in z’n vraag en herhaal nogmaals wat ik hiervoor heb gezegd. Het lijkt indruk te maken want hij merkt dat ik me niet door hem uit het veld laat slaan. Ik kijk hem indringend aan en even zie ik dat hij wegstijgt. Mooi, nu is hij uit zijn vaste aanvalspatroon geslagen. “Wat bedoel je hiermee?”, vraagt hij enigszins verbouwereerd.

Nu is het mijn beurt. Wat denkt hij wel niet om zo met me om te gaan. “Als jij in een spiegel kijkt, zie je niets. Leeg. En een spiegel liegt nooit!” Nu is hij geraakt. “Wil jij soms zeggen dat ik niets ben?” “Voor mij wel als je je zo gedraagt. Je bent morgen welkom als je laat zien wat je werkelijk wilt en anders blijf je maar weg”.

Ik ben benieuwd of hij morgen volgens afspraak bij me zal komen.

Gerard Lohuis

Help



Crisiskaart

voor mensen met een licht verstandelijke beperking

Lorraine Lambert,
SPV

Een crisiskaart bevat essentiële informatie voor omstanders en hulpverleners tijdens een crisis, zoals contactgegevens en afspraken met behandelaars en crisisdiensten. De kaart biedt houvast, verhoogt autonomie, vermindert miscommunicatie en ondersteunt direct handelen door bejegeningstrategieën aan te reiken (Crisiskaart.nl, 2024). Voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB), die een verhoogd risico op crisissituaties hebben, is een crisiskaart een waardevol hulpmiddel (Kalb et al., 2021; Expertisecentrum De Borg, 2021; GGZ standaard, 2019).

Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) spelen een cruciale rol tijdens bureaudiensten en crisisdiensten. Zij coördineren de samenwerking met cliënten en ketenpartners bij acute crisismeldingen, waarbij snel en adequaat handelen essentieel is (GGZstandaard, 2019). Factoren zoals langdurige overvraging, beperkte toegang tot passende gezondheidszorg en lange wachttijden dragen bij aan crisissituaties (Expertisepunt Verstandelijke Beperking, (z.d.), CCE, (z.d.), Kenniscentrum lvb (2024), Zorgvisie.nl (z.d.)). Tijdige herkenning van overvraging is cruciaal om psychiatrische en gedragsproblemen te voorkomen (Expertisecentrum De Borg, 2021).

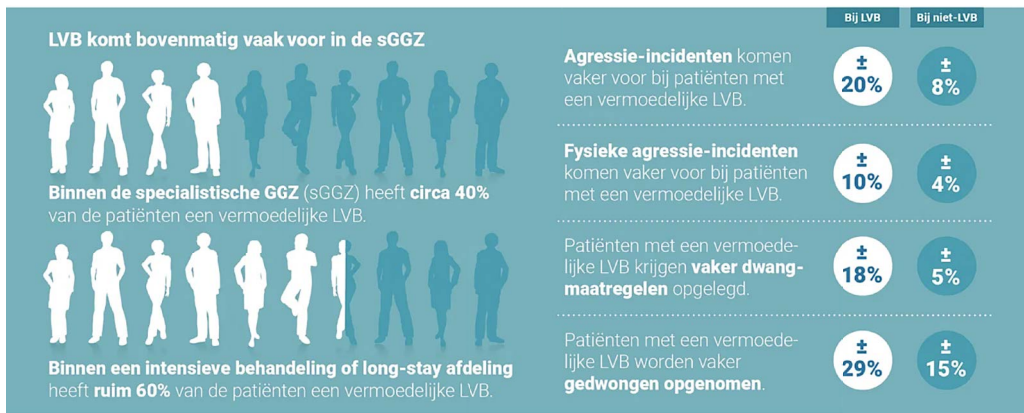
Een knelpunt bij crisismeldingen ontstaat wanneer cruciale gegevens ontbreken. Dit veroorzaakt vertraging. In de praktijk heeft dit geleid tot crisisplaatsingen buiten de gewenste regio en tijdsverlies van 45 tot 60 minuten bij het verzamelen van informatie. In één geval escaleerde de situatie zo sterk dat een dwangmaatregel noodzakelijk werd.

LVB en psychische klachten

In Nederland zijn er meer dan 1,1 miljoen mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB). Volgens het Kenniscentrum lvb (2024) is deze groep extra kwetsbaar voor psychische klachten en kan langdurige overvraging leiden tot psychiatrische en/of gedragsproblemen. Mensen met LVB hebben drie tot vier keer meer kans op psychische aandoeningen (Kenniscentrum lvb, 2024). Toch blijkt uit onderzoek, zoals dat van Pouls et al. (2023), dat LVB vaak niet tijdig wordt herkend in de reguliere zorg. Dit gebrek aan (h)erkenning treft circa 40% van de cliënten in de specialistische GGZ, wat resulteert in onvoldoende afstemming op hun cognitieve en sociaal-emotionele vermogens (CCE, z.d.).

Door ontoereikende zorgverlening ontstaan er in toenemende mate complexe casussen binnen de LVB-zorg, wat de vraag naar goede crisiszorg vergroot. Mensen met LVB kunnen door de complexe regelgeving bovendien verstrikt raken in verwarring en vertraging bij het

verkrijgen van passende zorg. Hoewel procedures voor crisiszorg vastgelegd zijn in wetten zoals de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz), vereist de toepassing ervan specifieke kennis en expertise die niet in alle zorginstellingen voorhanden is. Dit tekort aan expertise belemmert de toegang tot adequate crisiszorg (Expertisecentrum De Borg, 2021).



Bron: CCE, z.d.

Crisiskaart

Een specifieke aanpak en expertise zijn noodzakelijk om risicovol gedrag bij mensen met LVB effectief te begeleiden. In de praktijk blijkt echter dat misdiagnostiek op de loer ligt, vooral in crisissituaties waarin SPV-en (vanuit reguliere GGZ instellingen) betrokken zijn bij onbekende cliënten. Dit verhoogt het risico op onjuiste beoordelingen en inadequaet handelen. Het gebruik van een crisiskaart bij mensen met LVB kan hierbij helpen door voorspelbaarheid te creëren voor zowel de cliënt als de zorgverleners (Roest & Belgraver, 2018).

Ervaringsdeskundigen benadrukken dat de informatie op de crisiskaart voor mensen met LVB begrijpelijk moet zijn en dat de handelingen toepasbaar moeten zijn in stressvolle situaties. Cliënten willen, zoals Francis et al. (2024) ook beschrijven, actief betrokken worden bij het opstellen en evalueren van hun crisiskaart, waarbij hun behoeften en voorkeuren centraal staan. Volgens cliënten en onderzoek van DeLeo et al. (2022) bevordert een vertrouwde samenwerkingsrelatie dit proces, omdat het een gevoel van veiligheid en ondersteuning biedt, waardoor cliënten met LVB zich meer openstellen en beter kunnen communiceren over hun behoeften, wensen en angsten wanneer zij in crisis zijn.

Tot slot

Hulpverleners moeten bij acute crisismeldingen snel toegang hebben tot actuele cliëntgegevens en afspraken met ketenpartners. Dit voorkomt vertragingen en bevordert tijdige, passende zorg. Efficiënte informatie-uitwisseling en duidelijke afspraken helpen escalaties en dwangmaatregelen te voorkomen, wat de zorgkwaliteit en veiligheid verbetert. De GGZ-zorgstandaard voor acute psychiatrie erkent het belang van instrumenten zoals de crisiskaart, die bij crisis-interventie en -preventie ondersteunt (GGZStandaard, 2019).

Een crisiskaart wordt als empowerend beschouwd en biedt een snel overzicht van cruciale gegevens tijdens een crisis. Hierdoor voelt de cliënt zich gehoord en gesteund, wat het gevoel van veiligheid en zelfredzaamheid vergroot en het risico op overvraging vermindert. Dit leidt tot een verbeterde zorgervaring met minder stress en meer vertrouwen in de zorgverlening. De kaart zorgt voor directe toegang tot essentiële informatie, wat zowel het cliëntsysteem als hulpverleners ondersteunt bij snelle en effectieve interventies.

De gestructureerde communicatie via de crisiskaart voorkomt misverstanden en draagt bij aan efficiëntere zorg. Voor SPV-en betekent dit dat zij snel en doeltreffend kunnen handelen, wat hun zelfvertrouwen vergroot en handelingsverlegenheid vermindert. Dit draagt bij aan tevredenheid bij zowel cliënten als medewerkers en zorgt voor efficiëntie en continuïteit van zorg.

Lorraine Lambert is SPV bij **STEVIG**, Polikliniek Tilburg Specialistische en Forensische Zorg

Literatuur:

- ACCE. (Z.d.). *Passende behandeling voor mensen met een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 8 april 2024, van <https://cce.nl>
- Crisiskaart.nl. (2024). *Wat is de Crisiskaart?* Geraadpleegd op 1 juni 2024 van <https://www.crisiskaart.nl>
- DeLeo, K., Maconick, L., McCabe, R., Broeckelmann, E., Sheridan Rains, L., Rowe, S., & Johnson, S. (2022). Experiences of crisis care among service users with complex emotional needs or a diagnosis of 'personality disorder', and other stakeholders: systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature. *BJPsych open*, 8(2), e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.1>
- Expertisecentrum De Borg. (2021). *Mensen met een lichte verstandelijke beperking en daarbij komende gedragsproblemen*. Geraadpleegd op 8 april 2024, van <https://www.deborg.nl>
- Francis, C. J., Johnson, A., & Wilson, R. L. (2024). Supported decision-making interventions in mental healthcare: A systematic review of current evidence and implementation barriers. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(2), e14001. <https://doi.org/10.1111/hex.14001>
- GGZStandaard.nl. (2019). *Acute psychiatrie*. Geraadpleegd op 10 januari 2024, van <https://www.ggzstandaarden.nl>
- Kalb, L. G., Beasley, J. B., Caoili, A., McLaren, J. L., & Barnhill, J. (2021). Predictors of Mental Health Crises Among Individuals With Intellectual and Developmental Disabilities Enrolled in the START Program. *Psychiatric Services*, 72(3), 273–280. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000301>
- Kenniscentrumlvb.nl. (2024). Over een LVB. Geraadpleegd op 13 maart 2024, van <https://www.kenniscentrumlvb.nl>
- Pouls, K. P. M., Cuypers, M., Mastebroek, M., Wieland, J., Koks-Leensen, M. C. J., Leusink, G. L., & Assendelft, W. J. J. (2023). Mental healthcare for adults with mild intellectual disabilities: population-based database study in Dutch mental health services. *BJPsych open*, 9(2), e48. <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.31>
- Roest – Boers, N. en Belgraver, V. (2018). *Reflecties op 'De waarde van de Crisiskaart*. Een maatschappelijke effectenanalyse'. Geraadpleegd op 13 maart 2024, van <https://www.crisiskaart.nl>
- Zorgvisie.nl. (Z.d). *Wachttijden ggz langer dan bekend*. Geraadpleegd op 13 april 2024, van <https://www.zorgvisie.nl>

CR!S!SKAART

Ik geef u deze kaart omdat ik op dit moment psychische ondersteuning nodig heb.
Vouw open en zie hoe u mij kunt helpen.

Persoonlijke Gegevens

Naam: Joeri Voorbeeld
Geboren: 12 september 1991
BSN: 98765432
Verzekeraar : VGZ (polisnr. 123456)
Zorgtype: Wlz (Langdurige intensieve zorg)

Wat te doen in een Crisis

Stap 1: Voorkomen van een crisis

- Herken vroege signalen, zoals beschreven staan in je signaleringsplan.
- Houd een routine aan, structuur in je dag.
- Blijf kalm, zoek een rustige plek en doe een ademhalingsoefening.
- Praat met iemand die je vertrouwt.

Hoe ziet een crisis er bij mij uit?

- Onzeker en angstig; ik zeg dat ik het niet weet.
- Mijn handen trillen hevig.
- Hevige huilbui als gevolg van angst.
- Ik ben boos; gebalde vuisten, rood hoofd, snel en hard praten, opgefokt.
- Ik ben niet altijd in staat om contact te maken; ik kan onverschillig/agressief/rebels overkomen.

Stap 2: Wat te doen tijdens een Crisis

- Vraag om hulp, bel mijn begeleiding.
- Raak mij niet aan; geef mij ruimte. Als dat wel moet, dan graag eerst benoemen en het liefste door een vrouw.
- Vraag mij wat ik nodig heb. Laat mij niet alleen, ik wil weten waar je bent.
- Praat rustig met mij, toon begrip, herhaal wat je zegt en ben geduldig.
- Wees duidelijk en herhaal je vraag tot ik het snap.

Contactpersonen

1. Bob Voorbeeld
Telefoonnummer: 06 1234 5678
Relatie: Vader
2. Coen de Beste en/of dienstdoende
Telefoonnummer: 06 5678 9012
Relatie: Begeleider
3. Dhr. Huis
Telefoonnummer: 031 234 5678
Relatie: Huisarts
4. Alarmnummer
Telefoonnummer: 112
Relatie: bij noodgevallen

Belangrijk!

Medische informatie:

- Ik draag een gebit.
- Ik ben slechthorend/-ziend.
- Ik ben allergisch voor penicilline.
- Diagnose(s): Autisme en PTSS

Medicatielijst:

- Sertraline (Antidepressiva)

Wensen in geval van opname:

- Mijn voorkeur gaat uit naar regio Midden-Brabant. **Ik wil niet naar regio Noord-Limburg.**
- De huisdieren gaan naar vader.
- Ik ben gelovig (Christen); graag rekening mee houden.

Stap 3: Wat te doen na een crisis

- Zorg voor jezelf, geef jezelf de tijd om te kalmeren.
- Herinner jezelf aan wat je hebt geleerd, denk na over wat je kunt doen om de volgende keer eerder in actie te komen.

De genoemde personen zijn op de hoogte van de Crisiskaart.

Datum:

Handtekening:

Deze Crisiskaart is van mij en werkt alleen als iedereen de afspraken volgt en de crisiskaart gebruikt als handleiding voor wat te doen.

