

---

# MEDIAAN

## Het valkuilmodel

Een hiërarchisch rehabilitatiemodel voor mensen met schizofrenie en de implicaties voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige

**Peter Boere**, auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige in opleiding bij de Hogeschool Amsterdam

### Inleiding

Binnen de instelling waar ik werk, de GGZ Noord-Holland-noord, is sinds ruim twee jaar een circuit langdurende zorg opgericht dat alle gebieden van zorg omvat zoals: begeleiding thuis, wonen met verschillende intensiteit van begeleiding, crisisinterventie en behandeling. Bij het oprichten van dit circuit is door het management de behoefte gevoeld om een gemeenschappelijk kader te vinden van waaruit de zorg gegeven wordt. Dit kader is gevonden in het valkuilmodel, zoals door M.T. Appelo is ontwikkeld (Appelo, 1997) als metamodel voor de rehabilitatie van mensen met schizofrenie. In dit artikel wil ik de uitgangspunten van het valkuilmodel schetsen.

Hoewel dit model ontwikkeld is voor de klinische praktijk, wil ik nagaan wat de betekenis ervan kan zijn voor het ambulante veld. Eerst zal ik een beeld schetsen van het model zoals Appelo dat heeft uitgewerkt en er kort op reageren, vervolgens wil ik aan de hand van de beroepsdomeinen van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een verband leggen met de beroepspraktijk van de SPV.

### Het valkuilmodel

Er zijn de laatste jaren veel initiatieven geweest rond de rehabilitatie van mensen met schizofrenie (Henselmans, 1999), (Wilken, 1999). Vanuit verschillende disciplines wordt de ene na de andere rehabilitatiemethodiek geïntroduceerd. Of zoals Appelo zegt: "de rehabilitatiebomen lijken het zicht

op het reïntegratiebos te gaan belemmeren. Hierdoor wordt het steeds moeilijker om te kunnen bepalen en motiveren welke interventie bij welke patiënt geïndiceerd is en door welke discipline of hulpverlener de interventie moet worden uitgevoerd" (Appelo, 1997).

Om dit probleem aan te pakken heeft Appelo een hiërarchisch rehabilitatiemodel ontwikkeld, waarin alle rehabilitatie-initiatieven in onderlinge samenhang worden gebracht. Het model gaat uit van de volgende vooronderstellingen: de patiënt heeft ondanks zijn ziekte restcapaciteiten om weer deel te kunnen nemen aan de samenleving, de hulpverlener leert en ondersteunt de patiënt om die vermogens te benutten waarbij de eigen keuze van de patiënt gerespecteerd wordt. Appelo onderscheidt zes stadia in het functioneren van de patiënt met bijpassende niveaus van zorg of interventies. Uitgangspunt bij het model is dat rehabilitatie een proces is dat op het laagste niveau start en dat, in het tempo van de patiënt, opgebouwd wordt naar het hoogstegelegen niveau. Een hoger niveau kan pas worden betreden wanneer interventies op onderliggende niveaus zijn gestart en effect beginnen te hebben.

### Niveau 1: contact

Komt iemand in crisis en belandt hij in een psychose, dan bevindt hij zich op de bodem van de chronische valkuil. In dit stadium is het maken van doelgerichte plannen niet mogelijk. De

patiënt wordt overspoeld door emoties, heeft een selectieve waarneming en een beperkt tijdspectief. Het herstellen van het contact van de patiënt met zichzelf en zijn omgeving staat in deze fase voorop. Medicatie is vrijwel altijd noodzakelijk. Het idee is dat bij de behandeling het perspectief van rehabilitatie in het oog wordt gehouden. Dat betekent dat direct gestart wordt met het herstellen of ontwikkelen van een persoonlijke relatie met de patiënt en zijn sociale netwerk. Ook de leden van dit netwerk moeten worden geholpen om het contact met de patiënt te herstellen.

#### Niveau 2: psychologisch overzicht

Na de crisis volgt een fase van terugslag en ontkenning, de postpsychotische depressie. Aandringen op verandering is in deze fase gecontra-indiceerd. Wel noodzakelijk zijn geduld en bereikbaar zijn. Wanneer het contact is opgebouwd of hersteld, is het niet geïndiceerd om meteen over te schakelen op activiteiten die rechtstreeks op reïntegratie zijn gericht. Dit kan tot afweer of nieuwe decompensatie leiden. Acceptatie gaat aan reïntegratie vooraf. Maar acceptatie kan pas plaatsvinden wanneer bekend is wat geaccepteerd moet worden en de ontkenning daarvan opgeheven is. De patiënt - en zijn familie - zal daarom in de gelegenheid moeten worden gesteld om psychologisch overzicht te krijgen over zijn toestand en de oorzaken daarvan. Psycho-educatie in een context van familiebegeleiding is daarvoor het meest geïndiceerd. Daarnaast is diagnostiek nodig om in kaart te brengen waar er psychische belemmeringen bestaan en welke sterke kanten er zijn voor een succesvolle reïntegratie. Dit kan leiden tot een gefaseerd plan voor de manier waarop aan de doelen van de patiënt gewerkt gaat worden.

#### Niveau 3: cognitieve zelfcontrole

Als psychologisch overzicht aanwezig is

kan het herstel aanvangen. Dat betekent volgens Appelo voornamelijk het reactiveren van het al aanwezige gedragsrepertoire van voor de crisis. Als de patiënt zelf weer perspectief ziet, zal hij ook weer gebruik gaan maken van zijn restcapaciteiten, ook bij aanwezigheid van blijvende cognitieve beperkingen. Uit onderzoek blijkt echter dat bij 65% van de patiënten met schizofrenie sprake is van een depressie (Johnson, 1981) en bij 60% angststoornissen (Moorey en Soni, 1994). Met name deze factoren lijken heropnames en suïcide te voorspellen. Het werken aan praktische doelen is daarom niet geïndiceerd bij patiënten die wel psychologisch overzicht hebben maar nog geen cognitieve zelfcontrole. Patiënten met inhoudelijke denkstoornissen, stemmen, wanen, hallucinaties, angsten en depressies kunnen baat hebben bij cognitieve gedragstherapie. Alleen de ernstig cognitief gedesorganiseerden met formele denkstoornissen lijken niet geholpen te kunnen worden met een van de nu beschikbare trainingen. Prothesen en intensieve begeleiding zijn voor deze groep aangewezen om zich buiten de kliniek staande te houden, zo dit al mogelijk is.

#### Niveau 4: praktische doelen

Pas nu komt het werken aan praktische doelen in zicht. Samen met de patiënt wordt gewerkt aan de reïntegratie. Zelfverzorging, huisvesting, dagbesteding, sociale relaties, educatie en hulp bij maatschappelijke procedures zijn de concrete taken waaraan gewerkt kan worden als de patiënt dat wil. Daarbij krijgt de patiënt de hulp van een casemanager of zorgcoördinator. Deze laatste is een persoonlijk begeleider die de patiënt in allerlei situaties bijstaat.

#### Niveau 5: vaardigheden

Als blijkt dat de patiënt bij het werken aan sommige van zijn doelen niet genoeg vaardigheden in huis heeft, kunnen vaardigheidstrainingen 'on-the-

spot' worden ingezet. Dit laatste is van belang, omdat gebleken is dat vaardigheidstrainingen in vitro nauwelijks generaliseren naar de plaats waar zij nodig zijn. Naast sociale vaardigheidstraining moeten we hier ook denken aan arbeidsrehabilitatie, symptoommonitoring en symptoommanagement. Vaardigheidstraining is dus een interventie die wordt uitgevoerd wanneer de patiënt in de omgeving van zijn keuze niet voldoende vermogens blijkt te hebben om het gewenste niveau van functioneren te behalen of te behouden.

Niveau 6: rolfunctioneren

Op dit niveau is de patiënt terug op zijn oude niveau dat hij bezat vòòr de crisis, of het hoogst haalbare niveau. Regelmatige bepalingen van de mate van satisfactie of kwaliteit van leven zijn in deze fase de aangewezen interventies. Ook kan dan worden bekeken of er nog (opnieuw) interventies nodig zijn op onderliggende niveau's.

### **Evaluatie van het valkuilmodel**

In eerste instantie lijkt het model niet bijzonder of vernieuwend. Er worden geen nieuwe interventies of trainingen opgevoerd. De meerwaarde zit in de samenhang tussen de verschillende interventies. Bij nadere beschouwing geeft het inzicht in de valkuilen van de hulpverlening zelf. Hoe vaak komt het niet voor dat de hulpverlening gebaseerd is op het behandelaanbod dat op een bepaald moment beschikbaar is en wordt er niet echt gekeken wat voor deze patiënt de meest aangewezen behandeling is. Patiënten worden in het bestaande behandelaanbod geperst. Zorg op maat, die uitgaat van een vraag van de patiënt, blijft een uitdaging voor onze (over)georganiseerde GGZ. Het komt ook vaak voor dat de interventies op een te hoog niveau in het model gegeven worden. We

beginnen dan bijvoorbeeld met vaardigheidstrainingen zonder ons te hebben afgevraagd of onze patiënt er al aan toe is om zijn horizon te verbreden. De 'Individuele Rehabilitatie Benadering' (Henkens, 1999), een uitwerking van het Boston model, is een voorbeeld van doelgerichte begeleiding, die in het Valkuilmodel op niveau 4 gesitueerd moet worden. Op een lager niveau zal deze benadering niet aanslaan. Als de behandeling stagneert geeft het valkuilmodel ons een houvast bij de analyse waarom deze stagnatie optreedt. Vaak zal er op lager niveau nog een knelpunt bestaan dat eerst om oplossing vraagt.

Het model geeft ook handvatten voor de bejegening van de patiënt. Het is immers de keuze van de patiënt zelf die de leidraad vormt voor de behandeling. Appelo heeft deze bejegening ook uitgewerkt met de begrippen BOKS en BANT (Appelo, 2002). Dit zijn acroniemen die staan voor Betutteling, Overbezorgdheid, Kritiek en Straf tegenover Bekrachtiging van normaliteit, Assertief communiceren, Negeren van het negatieve en Time-out toepassen als het uit de hand loopt. Zonder deze begrippen hier verder uit te werken moge duidelijk zijn welke bejegening de meest gewenste is. Het gaat erom de band met de patiënt aan te gaan. Daarbij kunnen er, zeker in de beginfasen, moeilijkheden ontstaan bij patiënten die niets willen. Met het valkuilmodel in het achterhoofd is het makkelijker te bepalen wanneer het beter is een patiënt hierin maar even te laten of juist middels het contact te stimuleren zijn grenzen te verleggen. Een laissez-faire houding is uit den boze. In dit verband sluit de theorievorming over het begrip "autonomie in communicatie" (Widdershoven, 2000) hier naadloos bij aan: autonomie wordt hierin niet als een gegeven beschouwd, maar als iets wat in een gezamenlijke zoektocht door de patiënt en hulpverleners, ontdekt en gerealiseerd moet worden.

### **De beroepspraktijk van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige**

De vraag kan gesteld worden of het valkuilmodel in de sociaal psychiatrische beroepspraktijk een bruikbare leidraad kan vormen. In het profiel van de sociaal psychiatrische verpleegkundige (Venneman, 1998) staan vier beroepsdomeinen omschreven. Ik citeer het voor dit doel meest geëigende domein:

*Het beroepsdomein 'directe cliëntenzorg' vormt de kern van de verpleegkundige SPV-zorgverlening en is daarom dominant in de rij van domeinen. In dit domein staat de zorgfunctie centraal. Hetgeen inhoudt: het diagnosticeren, uitvoeren en evalueren van complexe zorg in situaties waarbij voor de oplossing van verpleegproblemen een hoge mate van deskundigheid (expertniveau) is vereist. De werkzaamheden van de SPV richten zich op een breed gebied van psychische en/of sociaal psychiatrische problematiek. Daarbij valt de doelgroep te karakteriseren als een groep personen met kortdurende, dan wel langdurende of regelmatig terugkerende, ingrijpende psychische of psychiatrische problemen, die bovendien in de loop der tijd veranderen. In het werk van de SPV staat de wisselwerking tussen de cliënt en de omgeving voorop. Daarbij hanteert de SPV een beïnvloedings- of veranderingsproces met de cliënt en/of diens omgeving, waarbij lichamelijke, psychische, spirituele en sociale factoren in samenhang worden gehanteerd. Een cliënt kan opgevat worden als een individu, maar ook als een groep personen. Bovenstaande aspecten krijgen inhoud doordat de SPV – met inachtneming van sociaal psychiatrische uitgangspunten – op methodische, systematische wijze diagnostiek, behandeling en evaluatie verricht ten*

*aanzien van cliënten of cliëntengroepen (individuele cliënten, paren, gezinnen, groepen en/of naasten), alsmede alle activiteiten betreffende de zorgcoördinatie integreert in het zorgaanbod.*

Als een patiënt met schizofrenie in crisis is, zal de sociaal psychiatrische verpleegkundige een van de eerste hulpverleners zijn die met hem te maken krijgt. Het zal er van af hangen hoe de hulp aan de chronische doelgroep georganiseerd is, hoe lang de SPV deze patiënt volgt in zijn gang door ggz-land. Blijft het bij crisisinterventie alleen en wordt de hulpverlening verder overgelaten aan de crisisafdeling totdat de patiënt weer naar huis kan, of speelt de SPV een centrale rol in het totale behandelingstraject? De voorwaarde voor een goede hulpverlening ligt in het persoonlijke contact dat opgebouwd wordt met de patiënt en dat de basis vormt voor verdere begeleiding. Vanuit het valkuilmodel gezien is het gunstiger dat er één hulpverlener is die de taak op zich neemt van zorgcoördinator of persoonlijk begeleider. Een doorlopend contact heeft voordelen ten opzichte van discontinuïteit in het contact met hulpverleners in de verschillende fasen. De SPV kan deze rol op zich nemen en is daar gezien het bovenstaande functieprofiel ook voor toegerust. Hij kan de verbindende schakel vormen in het totaal van behandelaanbod.

Kan en moet de SPV dan alle hulpverlening zelf doen? Dat zal fysiek en praktisch gezien niet mogelijk zijn. Wel kan de SPV contact houden met de patiënt, zijn familie en zijn hulpverleners en vanuit het structuur biedende valkuilmodel initiatieven ontplooiën die passen bij de fase waarin de patiënt zich bevindt. Dit kunnen zowel interventies zijn op patiëntniveau als op systeemniveau.

Te denken valt aan de volgende interventies:

- Op niveau 1: crisisinterventie, netwerkbegeleiding.
- Op niveau 2: psycho-educatie, netwerkbegeleiding, diagnostiek.
- Op niveau 3: cognitieve gedragstherapie, prothese bij ernstige cognitieve desorganisatie.
- Op niveau 4: zorg op maat creëren bij reïntegratie-initiatieven.
- Op niveau 5: vaardigheidstrainingen on-the-spot, arbeidsrehabilitatie, Libermantrainingen, signaleringsplannen.
- Op niveau 6: geregelde evaluaties en vinger aan de pols, netwerkbegeleiding.

De SPV kan de benodigde zorg in overleg met de instelling waarin de patiënt verblijft regelen en aan de zorgaanbieders daar overlaten of uitbesteden, maar kan ook een deel van deze behandeling zelf op zich nemen. De SPV lijkt bij uitstek de professional die oog houdt op de voortgang van de behandeling en bij stagnatie initiatieven neemt om uit de impasse te komen. De valkuilen van de hulpverlening kan hij -

vanwege de grotere afstand tot de behandeling - wellicht beter doorzien. Voorwaarde is dat hij contact blijft houden met de patiënt, zijn familie en zijn hulpverleners. Alleen op deze basis kan de SPV de intermediair vormen tussen de patiënt en zijn hulpverleners enerzijds en de eigen leefomgeving van de patiënt anderzijds. Alleen op deze basis heeft de SPV ook de informatie om het behandel aanbod af te stemmen op het niveau van de patiënt.

### Samenvatting

Het valkuilmodel is een hiërarchische structurering van rehabilitatie-initiatieven. Het model, waarin de niveau's van contact, psychologisch overzicht, cognitieve zelfcontrole, praktische doelen, vaardigheden en rolfunctioneren worden onderscheiden, geeft de mogelijkheid om de rehabilitatie stapsgewijs en op het niveau van de patiënt te plannen en uit te voeren. De hulpverleners dienen zich te hoeden voor valkuilen als zij hun interventies niet afstemmen op het niveau waarop de patiënt verkeert. De SPV kan een belangrijke taak op zich nemen in dit afstemmingsproces om tot een optimale rehabilitatie te komen.

### Geraadpleegde literatuur

- Appelo, M.T. (1997): *De chronische valkuil*, Tijdschrift voor Psychiatrie 4, 321-333.
- Appelo, M.T. (2002): *Rehabilitatie-Reader*, Interne reader circuit langdurige zorg De Dijk, Heiloo, GGZ-NHNoord (nog te publiceren door M.T. Appelo).
- Henkens, H. en E. Luyten (1999): *De individuele rehabilitatie benadering*, Passage 3, 1999 Utrecht, SWP.
- Henselmans, H.W.J. en A.H. Schene (1999): *Psychiatrische rehabilitatie in Nederland en Vlaanderen*, Maandblad Geestelijke volksgezondheid 7/8, 1999, Utrecht, Trimbosinstituut / Bohn Stafleu Van Loghem.
- Johnson, D.A.W. (1981): *Studies of depressive symptoms in schizophrenia*, British Journal of Psychiatry, 139, 89-101.
- Moorey, H. en S.D. soni (1994): *Anxiety symptoms in stable chronic schizophrenics*, Journal of Mental Health, 3, 257-262.
- Venneman, B. (2002): *Profiel SPV*, uitgave NVSPV.
- Widdershoven, G. en R. Berghmans (2000): *Autonomie in de hulpverlening*. Uit: *Waardenvol werk. Ethiek in de GGZ*, Assen, Van Gorcum.
- Wilken, J.P. en D. den Hollander (1999): *Naar een rehabilitatiegerichte zorg*. Uit: *Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering*, Utrecht, SWP.

## Suicidebeoordeling een vak apart

Jolanda Stobbe, Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige

### Inleiding

Per jaar vinden in Nederland gemiddeld 70.000 suïcidepogingen plaats, waarvan ongeveer éénderde onder de aandacht van hulpverlenende instanties komt. Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV-en) zullen met een deel van bovengenoemde mensen in aanraking komen. In contact met deze mensen zullen SPV-en veelal de eersten zijn die inschatten in hoeverre deze doodswensen een risico vormen voor daadwerkelijke suïcide en of dit al dan niet samenhangt met een psychiatrisch beeld.

Het inschatten van suïciderisico is één van de meest complexe taken in de psychiatrie die veel stress oplevert bij hulpverleners (Sanchez 2001, Simons 2002, Valente 2002). In de huidige praktijk zijn geen éénduidige richtlijnen aanwezig hoe deze inschatting inhoudelijk uitgevoerd moet worden en welke discipline dit onder welke voorwaarden mag doen. Deze onduidelijkheden hebben geleid tot een literatuurstudie, waarin de volgende vraagstelling beantwoord wordt:

- welke systematiek wordt er in de Ambulante Geestelijke GezondheidsZorg (AGGZ) gebruikt om suïciderisico in te schatten,
- welke specifieke vaardigheden heeft de SPV nodig om suïciderisico in te kunnen schatten en wat zijn zijn verantwoordelijkheden.

Alvorens deze vragen te beantwoorden zal stil gestaan worden bij risicoverhogende factoren voor suïcide.

### Risicoverhogende factoren voor suïcide

Suïcideonderzoek is in de afgelopen jaren met name gericht geweest op de voorspelling wie zich gaat suïcideren. Dit heeft niet geleid tot een effectieve voorspellende methode (Brunenberg et

al 1991, Sonneborn et al 1998, Broers et al 2000, Simons 2002). Voorspellen wie een verhoogd suïciderisico loopt is inmiddels wel mogelijk, desondanks blijft het onmogelijk te voorspellen wie van deze risicogroep daadwerkelijk suïcide pleegt (Brunenberg et al 1991, Simon 2002). Omstandigheden en kenmerken die ervoor zorgen dat mensen een hoger risico lopen om suïcide te plegen worden risicoverhogende factoren genoemd.

In het protocol voor verpleegkundige zorg bij suïcidale patiënten van het CBO (1998), worden twee groepen mensen genoemd, die een verhoogd suïciderisico, te weten:

- Mensen met psychiatrische problematiek.
- Mensen met ernstige levensfase problematiek (verlies, rouw, (seksuele) mishandeling, schulden, dreigende uit huiszetting, ontslag, langdurige slapeloosheid, identiteitscrisis).

Met name het hebben van een psychiatrische ziekte wordt als een verhoogd suïciderisico gezien (Jenner 1988, Brunenberg et al 1991, Sonneborn et al 1998, CBO 1998, Hall et al 1999, Joiner et al 1999, Robie et al 1999, Broers et al 2000, Sanchez 2001, Simon 2002, Valenta 2002). Psychiatrische stoornissen met een verhoogd suïciderisico zijn:

- Depressie met of zonder alcoholgebruik. Waarbij opgemerkt wordt dat alcohol gebruik vaker voor een impulsieve suïcidepoging zorgt.
- Stemmingstoornissen, gepaard gaande met angst en paniek.
- Schizofrenie
- Borderline persoonlijkheidstoornis

Mensen die in een psychiatrische ziekenhuis zijn opgenomen lopen tot

10% meer risico zich te suïcideren, dit zowel tijdens de opname zelf als tijdens verlof. Mannen blijken vaker suïcide te plegen dan vrouwen, maar vrouwen ondernemen vaker een suïcidepoging (Jenner 1988, Brunenberg et al 1991, CBO 1998, Broers et al 2000).

Wanhoopsgevoelens (geen toekomstperspectief, negatieve eigenwaarde en negatieve gevoelens naar omgeving toe) wordt door een aantal auteurs wordt genoemd als één van de belangrijkste indicatoren om suïciderisico in te schatten. Een onderzoek onder honderd mensen die een ernstige suïcidepoging ondernamen en in een algemeen ziekenhuis werden opgenomen concludeert dat wanhoopsgevoelens een zeer sterke voorspellende factor is voor suïcidaal gedrag op lange termijn. Daarnaast bleek in dit onderzoek, dat 78% van de suïcidepogers ernstige relatieproblemen had. Opvallend in dit onderzoek is de conclusie dat het hebben van suïcideplannen of gedachten, eerdere suïcidepogingen of het hebben van hallucinaties (die opdracht geven tot suïcide) geen valide voorspellende factoren zijn (Hall et al 1999). Dit is in tegenstelling met de uitkomsten van resterende geraadpleegde literatuur.

Risicofactoren kunnen ook worden gecategoriseerd in *historische* factoren, *persoonlijke* factoren, *psychosociale-omgeving* factoren en *klinische* factoren. Historische factoren zijn onder andere (seksuele) mishandeling, psychische stoornis, familie historie met suïcides en een verleden met agressie en mishandeling. Persoonlijke factoren hebben te maken met verkeerde copingstechnieken en karaktertrekken (bijvoorbeeld: zelfdestructief gedrag, verminderde impulscontrole, lage stress

tolerantie, rigide denkpatronen, irrationele overtuigingen). Psychosociale factoren zijn onder meer een zeer beperkt sociaal netwerk of sociale steun die wegvalt. Met klinische factoren wordt suïcidaal gedrag in zijn uitingsvorm, verandering in psychisch functioneren, stemming en gedrag bedoelt (Sanchez 2001)

Naast risicoverhogende factoren voor suïcide, bestaan er ook beschermende (preventieve) factoren, deze factoren kunnen risicoverlagend werken. Beschermende factoren zijn; een stevig sociaal netwerk, dat ondersteunend kan optreden en persoonlijke kenmerken (copingstechnieken en karaktertrekken, zoals zelfcontrole en probleem oplossend vermogen) (Sonneborn et al 1998, Joiner et al 1999, Broers et al 2000, Sanchez 2001). Ook kunnen religie, cultuur en etniciteit als beschermende factoren worden gezien. Beschermende factoren lijken een belangrijke graadmeter te zijn om te bepalen in hoeverre het nog mogelijk (en verantwoord) is de suïcidale patiënt ambulant te blijven behandelen.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen acute risicofactoren voor suïcide en chronische risicofactoren (risicofactoren op langer termijn). Acute risicofactoren voor suïcide zijn onverwachtse negatieve levensgebeurtenissen en chronische risicofactoren langer bestaande factoren zoals bijvoorbeeld het hebben van een psychiatrische ziekte. Volgens de literatuur is het belangrijk om op de hoogte te zijn van deze factoren omdat, met behulp hiervan suïciderisico op korte en lange termijn beter ingeschat kan worden. Daarnaast kunnen interventies op deze factoren afgestemd worden (Jenner 1988, Sonneborn et al 1998, Broers et al 2000, Sanchez 2001).

Acute risicofactoren (omstandigheden)	Chronische risicofactoren (omstandigheden)
Conflicten in relationele sfeer	Psychiatrische stoornis
Verlieservaring door dood, relatiebreuk, scheiding, verhuizing	Problemen in relatie, seks, opvoeding, financiën, werk, lichamelijke gezondheid, alcohol
Traumatische gebeurtenissen	Levensfaseproblematiek, zingevingproblematiek
(Dreigend) verlies van goede naam of eer	Lichamelijke ziekten
(Dreigend) verlies van status of sociale positie door bijvoorbeeld ontslag	Suïcide poging in voorgeschiedenis cq. in familie of (eerder) zelfdestructief gedrag
Verlies van troeteldier	Niet flexibele, negatieve denkpatronen
Plotselinge gedragsveranderingen	Wanhoopegevoelens
	Verslaving
	Sociale ontwijking cq. isolatie
	Persoonlijkheidstrekken (impulsief, agressief, affectabel)

Figuur 1: Voorbeelden van acute en chronische risicofactoren

Risicofactoren die alleen met demografische gegevens te maken hebben voorspellen niet goed het suïciderisico voor individuele gevallen. Voor hulpverleners is inschatting van risico bij individuele gevallen juist erg belangrijk. Dit omdat acuut gevaar dan beter in te schatten is en interventies afgestemd kunnen worden op (veranderbare) problemen en kwetsbaarheden. Naast risicoverhogende en beschermende factoren is het belangrijk om op de hoogte te zijn van motieven die mensen hebben om suïcide te plegen (Broers et al 2000, Sanchez 2001).

### Systematische suïcidebeoordeling

Er zijn veel soorten instrumenten en methodieken ontwikkeld die systematisch het risico van suïcidaal gedrag trachten in te schatten. Brown (1997) verdeelt de instrumenten, om suïciderisico in te schatten, in de volgende categorieën:

- instrumenten om suïcide-ideatie en suïcidaal gedrag in te schatten,
- instrumenten om de (medische) ernst van de suïcidepoging te beoordelen,
- instrumenten die inzicht geven in de aanwezigheid van suïcidaal gedrag en de ernst hiervan inschatten,

- instrumenten om aanwezigheid van wanhoopegevoelens te inventariseren,
- instrumenten die redenen om te willen blijven leven inventariseren,
- instrumenten (in ontwikkeling) die bij bepaalde doelgroepen suïciderisico inschatten.

Naast instrumenten om suïcidaal gedrag, of deelaspecten hiervan, te meten zijn er in de literatuur verschillende methodieken te vinden die uit een combinatie van systematische beoordeling en interventies bestaan, vaak wordt hierbij een bepaald meetinstrument geadviseerd, zonder dat gemotiveerd wordt waarom voor een bepaalde methodiek gekozen wordt. De keuze lijkt afhankelijk te zijn van de aard van de problematiek van de patiënt, de discipline, werksetting, het land waar men werkt en de hoeveelheid beschikbare tijd die men heeft.

Inschatten van suïciderisico en het begeleiden van suïcidale patiënten wordt als een complexe, stressvolle situatie omschreven. Geadviseerd wordt om een systematische methodiek te hanteren omdat dit stress reduceert bij de hulpverlening. Inschatting zou hierdoor meer gedegen plaatsvinden en er zou beter geanticipeerd kunnen

worden op risicovol gedrag (Sharkey 1997, Broers et al 2000, Sanchez 2001, Simons 2002).

Beoordeling van suïciderisico moet nooit alleen gericht zijn op het vermijden van suïcide maar tevens op de achtergronden van de suïcidale ideatie, in het bijzonder op comorbide depressie (Heeringen et al 2000).

### **Suïcide Intentie Schaal**

In Nederland wordt geadviseerd om de Suïcide Intentie Schaal (SIS) te gebruiken bij mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Er wordt geen verantwoording gegeven waarom de keus voor dit instrument gemaakt wordt. De SIS wordt wereldwijd gebruikt en wordt als valide instrument beschouwd (CBO1998, Broers et al 2000). Het instrument meet de intentie van de meest recente suïcidepoging en bestaat uit vijftien vragen (een verkorte versie met 9 vragen, aangepast door Diekstra wordt in Nederland tevens gebruikt). De eerste acht vragen hebben te maken met de omstandigheden rondom de suïcide poging. Resterende vragen gaan over de verwachtingen die men had toen men de poging ondernam. De hulpverlener stelt de vragen en telt de punten op die aan de antwoorden zijn toegekend. Boven een bepaald punten aantal wordt de intentie als ernstig ingeschat. Interventiemogelijkheden komen bij deze systematiek niet aanbod.

### **Suïcide preventie tabel**

De suïcide preventie tabel is een uitgebreide methode om systematisch suïcidaal gedrag te beoordelen, suïcidegevaar en overlijdensrisico in te schatten en is samengevat in een schema (Jenner 1995).

De tabel is ingedeeld in drie fasen:

- de signaleringsfase
- de verificatiefase
- de inventarisatiefase

In de signaleringsfase staan acute risicofactoren, chronische

risicofactoren, psychiatrische verschijnselen en opvallende gedragingen omschreven die voor verhoogd suïcide risico kunnen zorgen. Deze fase moet de hulpverlener alert maken op verhoogde aanwezigheid van suïcidaliteit. In de verificatiefase wordt nagegaan of iemand daadwerkelijk suïcidale gedachten heeft. Waarna in de inventarisatiefase de suïcidaliteit expliciet besproken wordt. Het gebruik van instrumenten om gevaar en overlijdensrisico in te schatten wordt geadviseerd. Verder wordt bekeken of er sprake is van een psychiatrische stoornis. Na de inventarisatie fase wordt er advies gegeven over het al dan niet overnemen van verantwoordelijkheden van de patiënt. In Nederland wordt deze systematiek in de acute psychiatrie geadviseerd, zonder dat dit beargumenteerd wordt (Jenner 1995).

Geen enkele systematische methodiek kan suïcide risicofactoren volledig ondervangen. Een adequate houding van de hulpverlener blijft één van de belangrijkste elementen om suïcidegevaar in te schatten (Anderson 1997, Sharkey 1997, Broer et al 2000, Simons 2002).

### **Interventies**

Contactlegging met de patiënt blijft één van de belangrijkste interventies om suïcide te voorkomen. Door suïcidale gedachten bespreekbaar te maken beoordeel je niet alleen hoe ernstig het gevaar tot suïcide is (en wat de eventuele relatie met een psychiatrisch beeld is), maar help je de patiënt zijn gedachten te ordenen en kan een eventueel ontstaan isolement doorbroken worden (van Heeringen et al 2000).

Naast het bespreekbaar maken van suïcidale gedachten is het van belang beschermende factoren te objectiveren. Met name de inzet van de sociale omgeving van de patiënt, als beschermende factor, kan

risicoverlagend werken. Door interventies op de aanwezige beschermende factoren af te stemmen, wordt er een beroep gedaan op gezonde elementen van de patiënt en zijn systeem. Dit kan een gunstige uitwerking hebben op de suïcidale patiënt. Veelal zie je dat sociale contacten van suïcidale mensen ernstig verstoord zijn geraakt. De ontstane crisis kan gezien worden als opening om de patiënt te stimuleren oude contacten te herstellen of nieuwe contacten aan te gaan. De SPV kan hierbij behulpzaam zijn door de patiënt te activeren een vertrouwenspersoon "aan te wijzen" die de patiënt kan bijstaan en ondersteunen (beschermen) in deze moeilijke periode. Bemiddelen, posities versterken (vertrouwenspersoon als ondersteuner en niet als verantwoordelijk voor het leven van de patiënt) en zorg dragen voor een adequaat netwerk om de patiënt en vertrouwenspersoon heen (bereikbaarheid crisisdienst etc.) is hierbij nodig (Jenner 1995).

Suïcidaliteit heeft een grote impact op de omgeving, vooral als bedacht wordt dat het ontstaan van suïcidaliteit veelal een proces is dat al langer gaande is. Dit proces kan in een eerder stadium zorgen voor verstoorde relaties en mogelijk secundaire ziekte winst bij de patiënt. Het betrekken van het gezin, cq. systeem van de patiënt heeft in verband hiermee een grote meerwaarde. Door communicatiepatronen (en copingsstijlen) in systemen te observeren kunnen patronen doorbroken of juist versterkt worden, wat een gunstige invloed kan hebben op onderlinge relaties en zelfplossend vermogen van het systeem. Daarnaast blijkt familie vaak veel behoefte te hebben aan psycho-educatie en omgangsadviezen (Jenner 1995).

### **Suïcidaliteit bij Borderlinepersoonlijkheidsstoornissen**

Suïcidedreiging en parasuïcide komen bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen (BPS) veel voor. Het roept veelal heftige emoties op; onmacht bij verwanten en irritatie bij hulpverlening. Hulpverleners voelen zich vaak verantwoordelijk (gemaakt) voor het leven van de patient, denken te weten dat het niet zo'n vaart loopt, maar vrezen voor een mistaxatie (naar schatting suïcideert 8 tot 12% van de borderline patiënten zich). Suïcidale crisisgedrag bij BPS kunnen verschillende intenties hebben bijvoorbeeld: serieus genomen willen geworden door anderen, aandacht en hulp vragen, relaties hervatten of juist beëindigen of situaties ontvluchten. Suïcidaal gedrag of parasuïcide moet nooit genegeerd worden. Welke interventies zijn aangewezen wordt in belangrijke mate bepaald door 'wiens' patiënt het is.

### **Eigen patiënt**

Suïcidale crisis bij de eigen patiënt zijn beter beheersbaar als er voor aanvang van de behandeling een (papieren) overeenkomst is gemaakt over hoe te handelen bij dreigende situaties, dit geeft patiënt, zijn systeem, de hulpverlener, crisisdiensten en andere hulpverlenende instanties houvast. Het is belangrijk om tot een samenwerking te komen, waarbij de patiënt met de hulpverlener naar alternatieven voor suïcidaal gedrag kan zoeken. Vaardigheidstraining zou hier en onderdeel van kunnen zijn.

### **Andermans patiënt**

Doel van interventies is beperkter dan bij eigen patiënten; doel is zorgen dat de patiënt de eerstkomende afspraak met zijn hulpverlener haalt.

- ga na of er een dossier voor handen is die aangeeft hoe te handelen

(crisisprotocol) zo ja volg dit dan zoveel mogelijk, tenzij er bijzondere omstandigheden zijn. Informeer zoveel mogelijk bij derden.

- Wees alert op splitting-effecten
- Steun waar mogelijk de lopende behandeling, kies een validerende benadering, stimuleer openheid naar de eigen behandelaar.
- Blijf in het hier en nu, probeer een verband te leggen tussen actuele toestand en recente gebeurtenissen. Kies bij twijfel aan de impulscontrole voor de veiligheid van de patiënt (korte opname, een beroep doen op steunsysteem, extra overbruggend contact.
- Rapporteer zo snel mogelijk naar de eigen hulpverlening

### **Nieuwe patiënt**

Doel : zorgen voor veiligheid en een adequaat hulpverleningscontact in de (onmiddellijke) toekomst (van Heeringen et al 2000).

Interventies bij suïcidaal gedrag kunnen onderverdeeld worden in korte en lange termijn interventies. Korte termijn interventies zijn gericht op het reduceren van direct gevaar, terwijl lange termijn interventies gericht zijn om oorzaken van het ontstaan van suïcidaliteit te behandelen.

Er is geen wetenschappelijk bewijs dat gebruikmaking van een non-suïcide contract preventief werkt, doch het kan doeltreffend werken om tijd te winnen. Alertheid is geboden bij het gebruik hiervan daar het bij hulpverleners voor een (vals) gevoel van zekerheid kan zorgen dat suïcidaal gedrag voorkomen wordt (van Heeringen et al 2000).

### **Professionele en persoonlijke vaardigheden**

Het professioneel begeleiden van suïcidale patiënten wordt mede bepaald door het persoonlijk functioneren van de hulpverlener. De hulpverlener kan door confrontatie met suïcidaliteit emotioneel

raken waardoor de waarneming en beoordeling gekleurd kunnen raken (mogelijkheid om professionele afstand kwijt te raken). Om dit te voorkomen zou de hulpverlener geoefend moeten zijn in het toepassen van (zelf)reflectie technieken. Daarnaast is het inzicht hebben in eigen levensvraagstukken, met name rondom lijden, dood en suïcide noodzakelijk. Dit kan ervoor zorgen dat de hulpverlener onderscheid maakt tussen feitelijke waarneming en hoe zij op de waarneming reageert. (CBO 1998, Broers et al 2000, Neimeyer 2001, Valente 2002). Persoonlijke omstandigheden kunnen ervoor zorgen dat het niet raadzaam is suïcidale patiënten te begeleiden of te beoordelen, omdat kwetsbaarheid is ontstaan of wordt verhoogd, de waarneming kan hierdoor verkleuren. Omstandigheden die kwetsbaarheid kunnen verhogen zijn: zwangerschap, geboorte, sterfgeval, suïcide of ernstige ziekte in de omgeving (CBO 1998).

In de geraadpleegde literatuur gaat men er vanuit dat ervaren hulpverleners die inzicht hebben in eigen levensvraagstukken beter contact kunnen leggen met de suïcidale patiënt. Dit omdat ze met minder angst de patiënt tegemoet kunnen treden. Hierdoor komt het contact beter tot stand en zijn ze beter in staat de suïcidale patiënt te ondersteunen en deze zoveel als mogelijk zelf verantwoordelijk te laten voor hun leven.

Naast (inzicht in) persoonlijke factoren en omstandigheden is tevens voldoende (theoretische) kennis en deskundigheid nodig om suïcidale patiënten te begeleiden. Deze deskundigheid wordt als volgt omschreven:

- het hebben van theoretische kennis over suïcidaliteit, begeleiding van suïcidale patiënten en (psychiatrische) ziektebeelden,

- het aangaan en opbouwen van een vertrouwensrelatie waarbij met respect en rekening houdend met met de juiste afstand en nabijheid en met de autonomie en zelfbeschikking van de patiënt,
- suïcidaliteit open kunnen bespreken,
- inzicht hebben in eigen functioneren,
- kunnen samenwerken en afstemmen met collega's en andere disciplines (CBO 1998, Broer et al 2000, Valente 2002).

### Onderzoek

Met name in Scandinavië en Amerika is onderzoek verricht naar attitudes van hulpverleners tegenover mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Deze houding wordt over het algemeen gemeten met behulp van instrumenten, waaronder de Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) en Death Attitude Profile. Onderzoek onder honderdeenendertig mensen (psychologie studenten, vrijwilligers van een suïcide crisis interventie team en recent gediplomeerde psychologen) laat zien dat getrainde hulpverleners die eigen levensvraagstukken niet doorwerkt hebben, niet optimaal reageren op (potentieel) suïcidale patiënten. Conclusie uit dit onderzoek is dat er meer aandacht moet zijn voor persoonlijke competenties van hulpverleners die suïcidale patiënten begeleiden (Neimeyer et al 2001).

Er zijn een aantal instrumenten ontwikkeld die meten hoe hulpverleners tegenover dood, suïcide en suïcidepogers staan. Tot op heden zijn deze instrumenten niet gevalideerd (Brown 1997, Neimeyer et al 2001, Samuelsson et al 2002). Uit de literatuur blijkt dat met name de SOQ wordt gebruikt om attitudes tegenover suïcide inzichtelijk te maken. Met behulp van dit instrument komt naar voren welke knelpunten hulpverleners ervaren rondom thema's als dood en suïcide. Dit maakt het mogelijk deskundigheidstraining of coaching af

te stemmen op gesignaleerde knelpunten. Reflectie mogelijkheden en het uitwerken van eigen levensvraagstukken worden hierdoor bevorderd (CBO 1998, Broers et al 2000, Herron et al 2001, Neimeyer et al 2001, Valente 2002). Verpleegkundigen zouden de volgende problemen en dilemma's ervaren in contact met suïcidale patiënten:

- eigen geloofsovertuiging,
- niet weten hoe op de patiënt te reageren,
- twijfels hebben over eigen deskundigheid,
- persoonlijke ervaringen met dood of suïcide,
- de zwaarte van het professionele verantwoordelijkheidsgevoel (Valente 2002).

Het CBO meent dat leerling verpleegkundigen uitgesloten zouden moeten worden van de begeleiding en beoordeling van suïcidale mensen. Dit omdat dat jonge en onervaren verpleegkundigen geschokt en met onbegrip op suïcidaliteit zouden reageren. Dit heeft vermijdingsgedrag en ontkenning tot gevolg, waardoor het niet mogelijk is om contact met de patiënt aan te gaan, juist een van de belangrijkste verpleegkundige taken in de omgang met suïcidale patiënten (CBO 1998).

### De SPV en verantwoordelijkheden bij suïcidebeoordeling

Suïcidebeoordeling wordt niet uitsluitend als beroepsdomein van de SPV gezien.

Uit een onderzoek in Nederland, onder vierentwintig Psychiatrisch Verpleegkundigen (waaronder SPV-en) blijken er verschillende taken en verantwoordelijkheden te zijn met betrekking tot omgang met suïcidale patiënten. Dit lijkt met name te maken te hebben met verschil in werksetting, opleiding en taken. Uit dit onderzoek blijkt dat SPV-en veelal degene zijn die als eerste een suïcide-inschatting

maken, waarna intercollegiale of interdisciplinair overleg volgt. Naast de eerste inschatting verhelderen SPV-en de problemen en indiceren ze de meest passende hulp (Broers et al 2000).

Volgens het CBO (1998) heeft de verpleegkundige niet de verantwoordelijkheid voor het inschatten van de ernst van de suïcidaliteit van de patiënt. De verpleegkundige focus zou moeten liggen bij het begrijpen van de suïcidaliteit en verduidelijking van het probleem (CBO 1998).

De Nederlandse Vereniging voor Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen (NVSPV) stelt juist, dat het werken in risicovolle situaties waarbij het zelfstandig inschatten en hanteren van levensbedreigende situaties zoals suïcidaliteit, kenmerkend is voor de SPV ( Venneman, 1998). In het beroepsprofiel staat verder: "De SPV neemt, op basis van ervaring en kennis, beslissingen". Het is hierbij soms achteraf pas mogelijk, om professionele verantwoording af te leggen.

Vanuit de samenwerking met een multidisciplinair team behandelt of begeleidt de SPV zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid de aan haar zorg toevertrouwde cliënten(systemen). Professioneel handelen wordt interdisciplinair of intercollegiaal getoetst. De medische eindverantwoordelijkheid ligt bij de psychiater, maar de wet BIG geeft richtlijnen waarbinnen de SPV de verpleegkundige verantwoordelijkheid neemt in de uitvoering van de zorg" (Venneman, 1998, 16,18).

Uit dit profiel blijkt dat de SPV in staat en kundig wordt geacht suïcidebeoordeling en begeleiding op zich te nemen, mede daar een belangrijk terugkerend onderdeel de interdisciplinaire en/of intercollegiale toetsing blijft. Maar hoever reikt de verantwoordelijkheid van de SPV en waar blijft hierbij de nadruk die gelegd

wordt bij de benodigde persoonlijke vaardigheden?

Suïcidebeoordelingen staan bekend als een, complexe en risicovolle handeling, desondanks staat ze niet op de lijst met voorbehouden handelingen in de wet BIG. Als een handeling niet in de voorbehouden handeling is omschreven, betekent dit niet dat de desbetreffende handeling zonder risico is. Beroepsbeoefenaren moeten altijd de nodige zorgvuldigheidseisen in acht nemen. Verpleegkundigen worden bij voorbehouden handelingen als niet zelfstandig bevoegden gezien. Dit betekent dat deze beroepsgroep niet zelfstandig indicaties stelt, maar handelt in opdracht (Boomen et al, 1999).

In Nederland regelt de BIG het kader voor een verantwoorde beroepsuitoefening. Samen met de Kwaliteitswet Zorginstellingen stelt de BIG dat de instellingen zelf garant staan voor een verantwoorde zorg. Dit betekent deskundige en bekwame beroepsuitoefening. Hiervoor is het nodig dat de instelling afspraken maakt met beroepsgroepen. Deze afspraken moeten schriftelijk worden vastlegt, evenals taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Één van de mogelijkheden hierbij is het opstellen van protocollen, deze kunnen verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastleggen en zo zorgen voor duidelijkheid. Hierbij zal de instelling beroepsgroepen en beroepsprofielen moeten raadplegen ( Boomen et al, 1999).

### Conclusies

Uit de literatuur komt naar voren dat gebruikmaking van instrumenten en methodieken om suïcidaliteit in te schatten, stress bij hulpverleners reduceert en voor een meer gedegen inschatting zorgt. Doch geen enkele systematische methodiek kan suïcide risicofactoren volledig ondervangen. In Nederland wordt, in de AGGZ

gebruikmaking van de SIS en het Suïcide preventieprotocol van Jenner (1995) geadviseerd, zonder motivatie waarom juist voor deze systematiek wordt gekozen.

De verantwoordelijkheid van de SPV bij suïcidebeoordelingen wordt in de literatuur niet éénduidig omschreven. Om onduidelijkheden te voorkomen zouden verantwoordelijkheden en bevoegdheden van SPV-en ten aanzien van suïcidebeoordelingen en begeleiding van suïcidale patiënten schriftelijk vastgelegd kunnen worden. SPV-en zouden dit samen met hun instelling (rekening houdend met de

BIG, de Kwaliteitswet Zorginstellingen en het beroepsprofiel) kunnen realiseren. Hierbij heeft de vorm van een protocol de voorkeur.

Hulpverleners hebben speciale vaardigheden nodig om suïcidale patiënten te kunnen begeleiden of suïciderisico in te schatten. Het gaat hierbij om (theoretische) kennis en deskundigheid in combinatie met persoonlijke factoren, omstandigheden en zelfreflectief vermogen (CBO 1998, Broers et al 2000, Neimeyer et al 2001, Valente 2002). Dit maakt suïcidebeoordeling een vak apart.

---

### Literatuurlijst

- Anderson, M.P. (1997) Nurses attitudes towards suicidal behavior a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department: Journal of advanced Nursing: Vol. 25, No.6, 1283-1291.
- Boomen, I.J.H.C. van den, Vlaskamp, A.A.C. (1999) De wet BIG, onder voorbehoud: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
  - Broers, E., Weeghel, J van (2000) Afzien van suicide, hoe verpleegkundige suïcidale mensen begeleiden: Trimbos instituut in samenwerking met Bohn Stafleu Van Loghum: Houten.
  - Brown, G.K. (1997) A review of suïcide assessment measures for intervention with adult and older adults: University of Pennsylvania: Pennsylvania.
  - Brunenberg, W., Kruyts, S., Schnabel, P. (1991) Doodsoorzaak: suïcide: NcGv in samenwerking met Bohn Stafleu Van Loghum: Houten.
  - Hall, R.C.W., Platt, D.E., Hall, R.C.W. (1999) Suicide assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made a severe suicide attempts: Psychosomatics: Vol. 40, No. 1, 18-27.
  - Heeringen, C. van, Kerkhof, A.J.F.M., Behandelstrategieën bij suïcidaliteit: Bohn Stafleu van Loghum: Houten/Diemen.
  - Herron, J., Ticehurst, H., Appelby, L., Perry, A., Cordingley, L. (2001) Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff: Suicide and Life-Threatening Behavior: Vol. 31, No. 3, 342-347.
  - Jenner, J.A. (1995) Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie: Van Gorcum: Assen.
  - Joiner, E.T., Walker, R.L., Rudd, M.D., Jobses, D.A. (1999) Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice: Professional Psychology: Research and practice: Vol. 30, No. 5, 447-453.
  - Linehan, M.M., Dialectische gedragstherapie bij bordeline persoonlijkheidsstoornissen: Swets & Zeitlinger: Lisse.
  - Neimeyer, R.A., Fortner, B., Melby, D. (2001) Personal and Professional factors and suicide intervention skills: Suicide and Life-Threatening Behavior: Vol. 31, No. 1, 71-82.

- Robie, D., Edgemon-Hill, E.J., Phelps, B., Schmitz, C., Laughlin, J.A. (1999) Suicide prevention protocol: American Journal of Nursing: Vol. 99, No. 12, 53-57.
- Samuelsson, M., Asberg, M. (2002) Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients: International Journal of Nursing Studies: Vol. 39, 115-121.
- Sanchez, S.G. (2001) Risk factor model for suicide assessment and intervention: Professional Psychology: Research and practice: Vol. 32, No. 4, 351-358.
- Sharkey, S. (1997) Clinical risk and depression: Nursing Standard: Vol. 11, No. 18, 47-52.
- Simon, R.I. (2002) Suicide and litigation: lesson learned in risk management: Psychiatric Times: Vol. 14, No. 9.
- Sonneborn, C., Pieters, G. (1998) Een sociaal-psychiatrische benadering van suïde: Tijdschrift voor Psychiatrie: Vol. 40, No. 4, 221-230.
- Verpleegkundige Wetenschappelijke Raad (1998) Verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt: Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing: Utrecht.
- Venneman, B.J.M. (1998) Beroepsprofiel: Nederlandse vereniging voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen: Den Haag.
- Valente, S. (2002) Overcoming barriers to suicide risk management: Journal of Psychosocial Nursing: Vol. 40, No. 7, 22-33.

## Reactie op “Bemoeizorg gezien vanuit het Neuman Systems Model, een verkenning” door A.van Sint Maartensdijk

Gerard Lohuis

Hulpverleners leren om hun praktisch handelen te onderbouwen met theorieën en methodieken zodat ze aan de buitenwereld duidelijk maken wat ze doen. Iedere bouwer heeft immers gereedschap nodig en probeert het beste gereedschap te gebruiken om het werk zo goed mogelijk te doen. A. van Sint Maartensdijk probeert het gereedschap van het Neuman Systems Model en de bemoeizorg met elkaar te verbinden in de hoop er beter mee te kunnen werken in de bemoeizorg. De auteur gaat uit van een groep cliënten die niet profiteert van de hulp van de reguliere hulpverlening vanwege het aanbodgerichte karakter van instellingen, de marginalisering, de complexiteit van de problematiek en het onaangepaste gedrag van de cliënten. Geert van der Laan zegt dat het gedrag juist een te behandelen probleem is en paradoxaal genoeg worden ze er om uitgesloten door de hulpverlening.

Coördinatie en actief outreachende hulpverlening worden door de auteur terecht gezien als de mogelijkheid om betekenisvol hulp te kunnen verlenen. Vervolgens worden de concepten van Neuman besproken als een model waarmee de problemen beoordeeld kunnen worden. Stress-coping, gestalt, preventie en systeembenadering worden concreet benoemd. Centraal in de theorie van Neuman staat de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener, een gedachte die ook in de bemoeizorg naar voren komt. Tegelijkertijd doet zich hierbij een groot probleem voor want de theorie van Neuman biedt onvoldoende praktische handvatten. Men mag zelf andere bestaande concepten in haar “metamodel” inbouwen. Dit kan een zwakte en tegelijk een kracht zijn. De auteur voert voor de praktische uitvoering een taxatielijst van Henselmans aan, hetgeen in de kern

vooral een lijst is om te kijken naar samenwerking en invullen van praktische levensbehoeften. Daar is niets mis mee, ware het niet dat hiermee de kern van de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener niet aan bod komt. Anders gezegd, de auteur verbindt concepten met elkaar waarvan de vraag is of ze niet deels overlappend dan wel tegenstrijdig zijn, maar bovenal niet de gesignaleerde problemen, uitsluiting van de reguliere hulpverlening, tackelen. Het denken vanuit bovenstaande concepten gaat uit van een soort maakbaarheid door de hulpverlener. De hulpverlener bouwt een relatie op en gaat op methodische wijze de problemen te lijf. Het gaat goed zo lang de cliënt mee kan doen in dit kader van de hulpverlener. Maar helaas, er zijn nu eenmaal cliënten die niet mee willen in dit stramen en bovendien zelf voortdurend mee willen sturen. Hoeveel ruimte biedt de hulpverlener in het contact aan de cliënt om mee te sturen? Daarnaast zijn er hulpverleners die niet willen luisteren naar het geschreeuw of een "stille vraag" zien als een gebrek aan motivatie. Daarom is het de vraag of de voorgestelde handvatten voldoende houvast bieden of dat er meer nodig is. Omdat een dichtgetimmerd hulpverlenerprotocol of evidence based benadering nu een maal niet de werkelijkheid dekt. Geert van der Laan spreekt in deze over een "praktijk die terug praat". Het gaat niet om de hulpverlener die vanuit zijn eigen deskundigheid de cliënt helpt, maar om de hulpverlener die onvoorwaardelijk het contact wil aangaan. De relatie is

bepalend voor de sturing en er is dan niet langer sprake van maakbaarheid maar van samen handelen door cliënt en hulpverlener. Hier past een methodiek die er vanuit gaat dat de cliënt en hulpverlener samen een werkelijkheid creëren vanuit eigen verschillende perspectieven. Harrie Beenen spreekt hierbij over "ontmoeten" (SP nr. 49 –1997) en Ben Venneman over "het verbinden van werkelijkheden vanuit een gecreëerde omgeving middels een reflectief proces" (SP nr. 58- 2000). Dat vraagt om het loslaten van de door A. van Sint Maartensdijk concepten omdat die nu eenmaal te veel de werkelijkheid willen bepalen en te weinig oog te hebben voor de beleving en werkelijkheid van de cliënt. In het boek "Van bemoei- naar groeizorg" (Lohuis, Schilperoord en Schout) zijn met name concepten uitgewerkt vanuit de narratieve benadering, vanuit de theorie van de presentie als manieren om het contact op te bouwen. Het is practice based evidence en het gaat om handelingsleren vanuit deskundig inzicht. In dat deskundig inzicht kunnen ook de door A. van Sint Maartensdijk genoemde concepten een plaats krijgen, maar dan wel vanuit de door de cliënt en hulpverlener gedeelde werkelijkheid. In gewoon Nederlands: vanuit de basisbehoeften van de cliënt wordt er gewerkt aan erkenning, om vandaar uit de cliënt te waarderen zodat hij weer succes kan ervaren. Zijn eigenwaarde weer gaat beleven. De psychotherapie in de sociale psychiatrie.