

Interventieprotocol
Collaborative Care
voor patiënten met (ernstige) persoonlijkheidsstoornissen

GGZ inGeest partner van VUmc 

inholland
hogeschool

VU medisch centrum 

Faculteit der Psychologie en Pedagogiek
vrije Universiteit amsterdam



CONCEPT

© Het verveelvoudigen en openbaar maken van de richtlijn in zijn geheel door middel van fotokopieën, waaronder begrepen het opslaan als PDF-bestand, is toegestaan mits de verantwoordelijke instanties en auteurs duidelijk worden vermeld.

VERANTWOORDELIJKE INSTANTIES:

GGZ inGeest

Afdeling Onderzoek
A.J. Ernststraat 887
1081 HL Amsterdam
020-7884578
www.ggzingeest.nl

Hogeschool Inholland

Institute of Advanced Studies and Applied Research
Lectoraat GGZ-Verpleegkunde
Postbus 403
1800 AK Alkmaar
www.ggzverpleegkunde.nl

VU medisch centrum

EMGO-instituut
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam

VU universiteit

Faculteit klinische psychologie
Van der Boechorststraat 7
1081BT Amsterdam

Verantwoordelijke auteurs:

Drs. B. Stringer, GGZ inGeest, verpleegkundige en onderzoeker
Dr. B. van Meijel, Hogeschool Inholland, lector GGZ-verpleegkunde
B. Koekkoek, Altrecht GGZ, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en onderzoeker
Prof. dr. A. Kerkhof, VU universiteit, hoogleraar klinische psychologie
Prof. dr. A. Beekman, GGZ inGeest/VU medisch centrum, hoogleraar psychiatrie

Expertpanel:

S. Bouwman, GGZ inGeest, verpleegkundig specialist i.o.
T. Preijde, GGZ inGeest, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
W. Struijs, GGZ inGeest, opleider verpleegkundig specialisten
Drs. N. van der Voort, GGZ inGeest, verpleegkundige en onderzoeker

INHOUD	pagina
Vooraf	3
DEEL A	
1	5
2	5
3	7
4	8
4.1	11
4.1.1.	11
4.2	12
4.2.1	13
4.2.2	13
4.2.3	13
4.2.4	14
4.3	14
5.	14
6	16
Referenties	17
DEEL B	
Introductie	
Structuur van elke bijeenkomst met de patiënt	
Gebruik van het EPD	
Uitgangspunten voor de verpleegkundige attitude bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis	
Vorbereiding	
1. Organisatie, samenwerking en 'contracting'	
1A	Introductie van Collaborative Care en het Collaborative Care team
1B	Beter samenwerken
1B.1	Evaluatie van de hulpverleningsgeschiedenis en de huidige behandeling
1B.2	Evaluatie van de samenwerkingsrelatie
1C	Zorgbehoeften
1D	Crisismanagement
1D.1	Hoe om te gaan met klinische opnames?
1D.2	Het opstellen van de crisisresponskaart
1D.3	Het werken met de crisisresponskaart
1D.4	Wat als een crisis toch voorkomt?
1E	Het opstellen van het behandelplan
1E.1	Het voorbereiden van het behandelplan
1E.2	Het vaststellen van het behandelplan
Uitvoering	
2. Probleemgedragingen: vroegsignalering en vroege interventie	
2A	Vorbereiding
2B	Het opstellen van het signaleringsplan
3. Probleemoplossende Behandeling	
PST per sessie	
Sessie 1	
Sessie 2	
Sessie 3 tot en met 5	
Sessie 6	
Checklist PST sessie 1	
4. Levensoriëntatie	
4A	Wondervraag
4B	Schalen
4C	Coping-vraag
4D	Complimenten
5. Psycho-educatie	
Evaluatie	

Vooraf

Dit protocol heeft twee doelstellingen. Allereerst geeft het uitleg over Collaborative Care. Ten tweede biedt het concrete ondersteuning aan verpleegkundigen bij het opbouwen van een goede samenwerking met de patiënt en diens naasten, evenals bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van een op de patiënt afgestemd behandelplan.

Dit interventieprotocol bestaat uit deel A, deel B en deel C.

Deel A is het voorliggende achtergronddocument, waarin een theoretische onderbouwing wordt gegeven van Collaborative Care. Er volgt een toelichting op de verschillende stappen van Collaborative Care. Ook worden aanwijzingen gegeven voor de effectieve implementatie van het programma.

Deel B bevat de instructies en handleidingen voor de hulpverleners.

Deel C is een gezamenlijk werkboek voor de patiënt en de verpleegkundige. Het werkboek biedt hen een praktische handleiding om samen stapsgewijs Collaborative Care vorm te geven. Hierin zijn werkbladen en meetinstrumenten opgenomen.

Deel A
Achtergronddocument

1. Introductie

Een persoonlijkheidsstoornis is een complexe psychiatrische aandoening, die veelvuldig voorkomt in de algemene bevolking (9-14%). Bij patiënten die in behandeling zijn bij de GGZ heeft ongeveer 60% een persoonlijkheidsstoornis.

De APA¹ definieert een persoonlijkheidsstoornis als een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die binnen de cultuur van betrokkene duidelijk afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee of meer van de volgende terreinen:

- Cognities;
- Affecten;
- Functioneren in het contact met anderen;
- Beheersing van impulsen.

Dit gedragspatroon veroorzaakt groot persoonlijk lijden, beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren en/of in het functioneren op andere belangrijke terreinen. De stoornis openbaart zich meestal in de vroege volwassenheid.

De in nationale en internationale richtlijnen aanbevolen behandeling bestaat veelal uit gestructureerde psychotherapie, zoals Dialectische Gedragstherapie, Schemagerichte therapie, Transference-focused therapie en Mentalization-based therapie^{2 3 4}.

Ondanks het feit dat deze therapieën mede zijn toegesneden op complexe persoonlijkheidsproblematiek, blijven deze voor een aanzienlijk aantal patiënten niet haalbaar of zelfs ongeschikt^{5 6 7}. De groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die 'buiten de boot' valt bij de reguliere psychotherapieprogramma's heeft vaak een chronisch en wisselvallig ziektebeloop, veelal met ontwrichtende gedragsuitingen (suïcidaal gedrag, zelfverwondend gedrag, agressie, ernstig claimend/eisend gedrag et cetera) en prominent aanwezige verslavingsproblemen. De lijdensdruk van deze patiënten is groot. Juist deze groep patiënten heeft vaak al meerdere (niet succesvolle) therapievormen ondergaan⁸. Zij zijn veelal langdurig in behandeling bij (2^e lijns) GGZ-voorzieningen⁹¹⁰. In de bestaande richtlijnen wordt wel aangegeven dat er aanbod zou moeten zijn voor deze doelgroep, feitelijk ontbreekt deze echter nog^{2 3 10}.

2. Doelpopulatie

Het voorliggende interventieprotocol is geschreven voor patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis (antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis), die nog niet, of niet meer participeren in een formeel psychotherapeutisch programma van een 2^e lijns GGZ-instelling. Zij zijn echter wel al langdurig (meer dan 2 jaar, al dan niet met onderbrekingen) in zorg bij een GGZ-instelling, meestal in een ambulante setting. Daarnaast doen zij veelvuldig een beroep op andere hulpverleners en voorzieningen: crisisdienst, huisarts, verslavingszorg, klinische behandeling, etc.¹¹.

Veel van deze mensen hebben meer dan één persoonlijkheidsstoornis. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornis is de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO). Ook voor patiënten met deze diagnose kan dit interventieprotocol van nut zijn. Tevens is er bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen veelvuldig sprake van co-morbiditeit met verslaving, eetstoornissen, depressies en angststoornissen¹².

Een van de redenen waarom deze groep patiënten zo slecht in zorg te krijgen en te houden is, is het feit dat ze grote problemen hebben met het aangaan en onderhouden van relaties in het algemeen, maar zeker ook met hulpverleners. Vaak spelen hierbij hechtingsproblemen een rol. Hechtingsproblemen zijn meestal in de vroege jeugd ontstaan door een onveilige gezinsomgeving, al dan niet in combinatie met het oplopen van (vaak ernstige) trauma's. De gevolgen van deze onveilige hechting werken door in het verdere leven en in relaties die worden aangegaan^{13 14}. De steeds weer optredende samenwerkingsproblemen maken dat ze gaan 'rondzwerven' bij verschillende hulpverleners en instanties waardoor de continuïteit van zorg bedreigd wordt, met alle gevolgen van dien. De veelvoud aan (complexe) problemen op sociaal gebied, zoals schulden, huisvesting, een beperkt sociaal netwerk, maakt dat het werken met deze doelgroep gedomineerd wordt door acute zaken, zonder toe te komen aan structurele probleemoplossing en verandering^{15 16}.

Een belangrijk kenmerk van personen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis is dat zij frequent niet-dodelijk suïcidaal gedrag en overige vormen van suïcidaliteit vertonen of hiermee dreigen. *Niet-dodelijk suïcidale gedragingen* zijn handelingen zonder dodelijke afloop, waarmee iemand, door de verwachting schade te bewerkstelligen, of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen. *Niet-dodelijk suïcidaal gedrag* is een neutrale term voor suïcidepogingen, inclusief de opzettelijke zelfverwonding en vergiftiging¹⁷.

Onder *suïcidaliteit* verstaan we het geheel aan (tijdelijke of meer permanente) gedachten, wensen, fantasieën, suïcidepogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is¹⁷. Dit is voor betreffende personen een manier om te reageren op emotionele problemen. Bij mensen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis is dit vaak in verhevigde vorm aanwezig. Het gebrek aan interne structuur, in combinatie met een hoge mate van impulsiviteit en emotionele disregulatie, maakt dat zij veelal lijden aan een chronisch presuïcidaal syndroom^{18 19}.

Suïcidepogingen tijdens opnames of ambulante behandeling in de GGZ worden bij 55-80% van de personen met BPS gerapporteerd⁸. Schattingen van het risico op overlijden door suïcide bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) variëren van 3-9,5%. Bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis liggen deze percentages naar schatting op 11 % (pogingen) en 5% (suïcides). Deze schattingen zijn vermoedelijk aan de lage kant, gezien het feit dat mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis geneigd zijn tot risicovol gedrag, waardoor het onderscheid tussen suïcide en een ongeluk soms onduidelijk is²⁰.

Niet-dodelijk suïcidaal gedrag bij de narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis is onvoldoende onderzocht om daar betrouwbare uitspraken over te kunnen doen²⁰**Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**

Er is daarnaast een categorie zelfverwondend gedrag die we *niet* tot de verzameling van niet-dodelijk suïcidaal gedrag rekenen. Dat is het steeds terugkerende, soms stereotiepe zelfverwondende gedrag, zoals bijvoorbeeld krassen, snijden en branden, dat vaak voorkomt bij bepaalde psychiatrische ziektebeelden (met name de borderline persoonlijkheidsstoornis) en verstandelijke handicaps. Hierbij is eigenlijk nooit een doodsgedachte of een verwijzing naar de mogelijkheid om suïcide te plegen aanwezig¹⁷. Er is eerder sprake van habitueel gedrag (gewoontegedrag).

Bij de indeling tussen niet-dodelijk suïcidaal gedrag en terugkerend zelfverwondend gedrag is het onderscheid tussen een wel of niet op de dood gerichte handeling niet altijd even helder.

In alle gevallen geldt dat de ervaren wanhoop van de betreffende persoon op dat moment intens is en nooit gebagatelliseerd dient te worden.

Binnen de cluster B persoonlijkheidsstoornissen zijn impulsiviteit, frustratie en woede deels overlappende emoties²¹. Deze emoties kunnen op de persoon zelf gericht worden in de vorm van niet-dodelijk suïcidaal, zelfbeschadigend of verslavend gedrag, maar ook naar buiten in de vorm van agressie.

Patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis lijden veelvuldig aan co-morbide stoornissen, waaronder verslaving. Deze verslavingsproblemen vergroten het risico op niet-dodelijk suïcidaal gedrag en agressie, mede vanwege de verminderde impulscontrole die kan optreden ten gevolge van het middelenmisbruik. Een persoonlijkheidsstoornis in combinatie met verslaving is daarnaast de beste voorspeller van terugval in verslavingsgedrag, van slechtere behandelresultaten, van meer psychopathologie en een lagere kwaliteit van leven². Vaak zijn de psychiatrische problemen van mensen met co-morbide verslavingsproblemen te prominent aanwezig voor de verslavingszorg, terwijl binnen de GGZ de verslaving te vaak genegeerd wordt of in ieder geval onbehandeld blijft²². Op deze wijze ontstaat een suboptimale behandeling en begeleiding voor deze patiënten.

3. Hulpverlenersperspectief

Zoals hierboven geschetst is de zorg voor deze doelgroep complex van aard en betreft het altijd meerdere levensgebieden. Dit vraagt veel van de hulpverleners aan wie deze patiënten zijn toevertrouwd. Veelal zijn dit hulpverleners zonder psychotherapeutische achtergrond. Uit onderzoek blijkt dat de zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen door verpleegkundigen als zeer stressvol wordt ervaren, vooral daar waar het gaat om de eerder genoemde ontwrichtende gedragsuitingen (niet-dodelijk suïcidaal gedrag, zelfverwonding, agressie, ernstig claimend/eisend gedrag, verslavingsgedrag)^{23 24 25}. Dit leidt vaak tot een afwijzende en minder empathische houding van de verpleegkundigen ten opzichte van deze patiënten. Zij beoordelen bovendien de kans op verandering bij deze patiënten als minder groot dan bij andere groepen patiënten: er bestaat (onder alle disciplines) nog steeds een hardnekkig vooroordeel dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen niet behandelbaar, en dus onveranderbaar zouden zijn. Dit is strijdig met het behandeloptimisme dat de afgelopen decennia is ontstaan naar aanleiding van de positieve resultaten van interventieonderzoeken bij deze doelgroep^{2 10}. Uit onderzoek blijkt ook dat wanneer men over meer

kennis beschikt over de achterliggende betekenis van het 'moeilijke' gedrag van de patiënt, en men meer vaardigheden tot zijn beschikking heeft in de omgang met dit gedrag, de genoemde negatieve reacties minder worden^{23 25}. Negatieve attitudes van hulpverleners lijken dus voor een deel samen te hangen met een ervaren onvermogen om met dit 'moeilijke' gedrag om te gaan.

De door de patiënt ervaren hechtingsproblemen bemoeilijken het opbouwen en onderhouden van een therapeutische relatie. Heftige reacties op de patiënt aan de zijde van de hulpverleners komen veelvuldig voor, zeker wanneer een verklaring van het 'moeilijke' gedrag van de patiënt ontbreekt.

Door de samenwerkingsproblemen bestaat het risico dat wanneer de behandeling teleurstellend verloopt, dit de patiënt verweten wordt ('*blaming the victim*')^{5 6 7}. De hulpverleners kunnen met angst op het gedrag van de patiënt reageren wat vervolgens weer leidt tot het inzetten van restrictieve interventies om de controle over dit gedrag te behouden.

4. Daarom Collaborative Care!

We zien in de begeleiding van deze doelgroep een centrale regierol weggelegd voor de verpleegkundige¹. Het zijn immers vooral de *gevolgen* van de persoonlijkheidsstoornis voor het dagelijks leven waar de patiënt hinder van ondervindt. Daarbij geldt dat in de langdurende zorg verpleegkundigen veelal de primaire behandelaars zijn, zonder daarvoor voldoende te zijn toegerust. De doelgroep patiënten is naar verwachting gebaat bij een gestructureerde vorm van relatief intensieve, laagdrempelige begeleiding. Een interventiestrategie met een dergelijke systematische benadering - met de verpleegkundige in een centrale regierol - is Collaborative Care. Effectonderzoek naar Collaborative Care programma's voor verschillende psychiatrische ziektebeelden laat positieve resultaten zien^{26 27 28 29 30 31 32}.

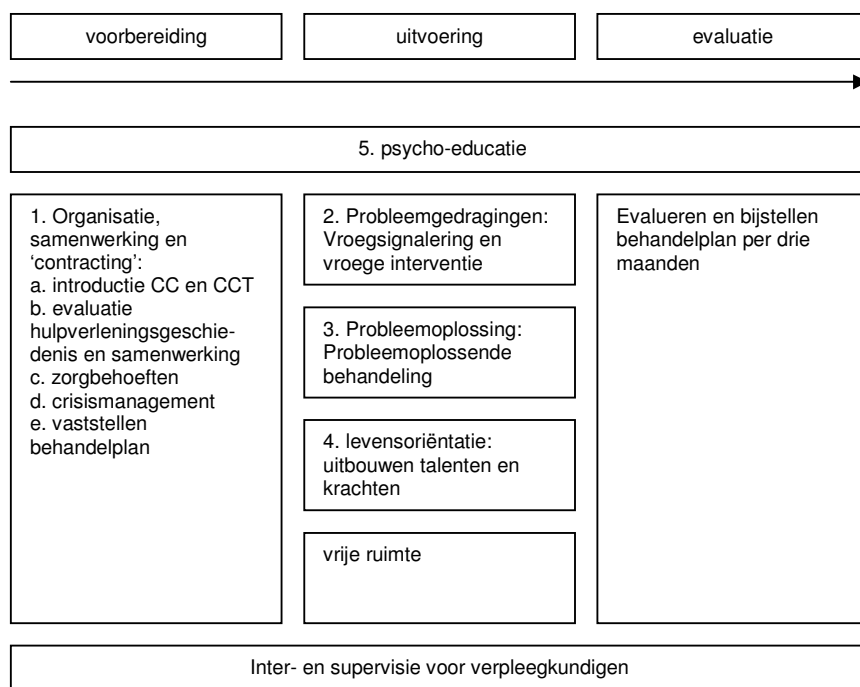
Collaborative Care voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis bestaat uit vijf geïntegreerde onderdelen:

1. Het realiseren van een goede organisatie van de zorg, met daarbinnen een goede samenwerking. Dit doen we onder meer via de vorming van een Collaborative Care team en door middel van 'contracting';
2. Het werken aan de vermindering of betere hantering van probleemgedragingen, waarbij gewerkt wordt met de methode van vroegsignalering en vroege interventie;
3. Het werken aan de vermindering van problemen in het leven van de patiënt. Hierbij wordt gewerkt met een gestructureerde methode, namelijk Probleemoplossende Behandeling.
4. Het werken aan een meer positieve levensoriëntatie, met behulp van oplossingsgericht werken
5. Psycho-educatie.

De opbrengst van de verrichte inspanningen moet gezocht worden in verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt, het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt, het vergroten van de

¹ Wanneer in de tekst gesproken wordt over verpleegkundigen worden ook sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en/of verpleegkundig specialisten bedoeld.

tevredenheid met de geboden zorg en (op de langere termijn) een vermindering van zorgconsumptie. In Figuur 1 worden de verschillende onderdelen van Collaborative Care schematisch weergegeven.



Figuur 1: schematische weergave van het Collaborative Care Programma

Deel 1 is de voorbereidende fase binnen het programma, terwijl de onderdelen 2, 3 en 4 de fase van uitvoering beslaan. Er wordt elke drie maanden geëvalueerd. Psycho-educatie loopt als een rode draad door alle fasen van de behandeling heen. In deze indeling is een chronologie besloten, die echter met voldoende flexibiliteit toegepast dient te worden. Wanneer bijvoorbeeld gedurende de uitvoering herhaaldelijk blijkt dat er toch geen overeenstemming bestaat over bepaalde onderdelen van het behandelplan, dan zal er hierover opnieuw onderhandeld moeten worden.

De verschillende onderdelen worden vanaf paragraaf 4.1 toegelicht.

Erkenning en (streven naar) acceptatie van de bestaande problemen in het leven van de patiënt en in de interacties met de omgeving gaan hand in hand met een focus op verandering. Het vergroten van de kwaliteit van leven van de patiënt is een primair doel. De nadruk ligt daarbij ook op het normaliseren van het bestaan met de beperkingen die er zijn. Overmatige problematisering kan de verhoging van kwaliteit van leven juist in de weg staan³³.

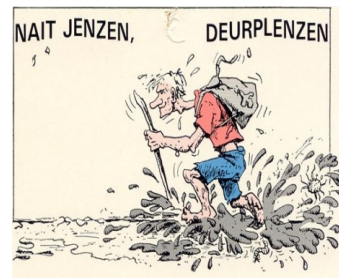
Wij kiezen voor een benadering waarin we de patiënt als regievoerder van zijn eigen leven, en dus ook van zijn eigen behandeling zien. Als hulpverlener gaan we (ook letterlijk) naast de patiënt staan/zitten³⁴. Wij hebben veel kennis en kunde, maar het is aan de patiënt om duidelijk te maken wat hij daarvan wil gebruiken om te kunnen werken aan de door hem/haar gestelde doelen. De patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen leven en wij hebben daarin als hulpverleners een ondersteunende rol.

We bieden als verpleegkundigen desgewenst alle ondersteuning aan de patiënt bij het maken van de best mogelijke keuzes. Het uitgangspunt is dat er geen interventies worden ingezet waar de patiënt en de verpleegkundige het niet samen over eens zijn. Een uitzondering wordt slechts gemaakt wanneer er een acuut en onafwendbaar gevaar voor de patiënt en/of anderen optreedt, waardoor er conform de wet BOPZ gehandeld dient te worden.

De *verpleegkundige* is de Collaborative Care manager. Hij/zij is daarmee de primaire behandelaar van de patiënt en heeft een centrale regie- en coördinerende functie in de behandeling en begeleiding. De inzet van professionele kennis en vaardigheden binnen Collaborative Care wordt geïllustreerd met de volgende metafoor:



De Rugzak-metafoor van Grypdonck



Als verpleegkundige kan je op twee manieren je kennis en vaardigheden inzetten.

- 1) Alsof je een winkelwagentje voor je uitduwt waar al je kennis en vaardigheden in zitten. Op het moment dat je een patiënt ontmoet is het eerste waar hij/zij tegenaan botst dat wagentje. Het hindert de ontmoeting en het daadwerkelijk leren kennen van elkaar.*
- 2) Alsof je een rugzak op je rug hebt waarin je al je kennis en vaardigheden met je meedraagt. Op het moment dat je een patiënt ontmoet, heb je je handen vrij om de patiënt eerst een hand te geven en contact te maken. Zo leer je de patiënt goed kennen. Vervolgens kan je na kennismaking die kennis/vaardigheden inzetten waar de patiënt behoefte aan heeft en ook iets aan heeft.*

Het belang van kennis en vaardigheden is dus zeer zeker essentieel, het gaat er echter om wanneer en op welke manier je deze kennis inzet.

Binnen Collaborative Care gaan we uit van de tweede manier.

De leidende principes van de samenwerking, zoals hierboven beschreven, zullen ongetwijfeld soms uitgedaagd worden door de dagelijkse realiteit. De dynamiek van de samenwerking zal af en toe strijd en onenigheid met zich meebrengen; patiënten zullen soms geen regie willen/kunnen voeren over hun leven; hulpverleners zullen zich soms toch – meer dan mogelijk is - verantwoordelijk voelen voor het leven van de patiënt; ernstige crises zullen niet altijd te voorkomen zijn. Maar de basisattitude dient steeds te zijn: principiële acceptatie van de patiënt als persoon, dus niet veroordelen en afwijzen, transparantie over en acceptatie van beperkingen bij beide partijen, en aansluiting zoeken bij wat de patiënt dan wel wil en/of kan. Bovenstaande wil vanzelfsprekend niet zeggen dat de verpleegkundige alle gedrag van de patiënt in alle omstandigheden accepteert. De relatie tussen patiënt en verpleegkundige houdt in dat ook de patiënt gehouden is aan de samenwerkingsafspraken en zoveel als mogelijk verantwoord gedrag vertoont.

4.1 Voorbereiding

4.1.1 Organisatie, samenwerking en 'Contracting'.

Dit eerste deel betreffende de organisatie, samenwerking en 'contracting' is opgedeeld in een aantal stappen, die als voorbereiding dienen voor de uiteindelijke uitvoering van de behandeling:

- a. Het introduceren van de principes van Collaborative Care bij de patiënt en eventuele naastbetrokkenen. Tevens de vorming van het Collaborative Care team
- b. Het evalueren van de hulpverleningsgeschiedenis, de huidige behandeling en de bestaande samenwerking
- c. Het systematisch inventariseren van zorgbehoeften
- d. Het maken van afspraken over crisismanagement
- e. Het opstellen van het behandelplan binnen het Collaborative Care team

Ad A.

Collaborative Care zal worden ingezet bij patiënten die al gedurende langere tijd in zorg zijn. Het is van belang om aan de patiënt goed duidelijk te maken wat er anders (en hopelijk beter) zal gaan binnen zowel de samenwerkingsrelatie als de feitelijke behandeling.

Om de continuïteit en coördinatie van zorg te optimaliseren is samenwerking nodig binnen het *Collaborative Care team (CCT)*. Het CCT bestaat uit de patiënt, diens naaste(n), de verpleegkundige en de behandleindverantwoordelijke (psychiater of klinisch psycholoog). Alle belangrijke beslissingen aangaande de behandeling worden genomen binnen dit team. De taakverdeling tussen de verpleegkundige en de behandleindverantwoordelijke wordt gekenmerkt door *split treatment*. Daarbij wordt de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige beschermd, doordat de behandleindverantwoordelijke degene is die de grenzen van de behandeling bewaakt.

Naasten hebben in het CCT een prominente rol. Wij verwachten dat door het betrekken van een naaste de sociale steun voor de patiënt vergroot wordt, dat bestaande problemen binnen sociale netwerken beter gezien en opgelost kunnen worden, en dat hun (vaak langdurige) ervaring in het omgaan met de patiënt de behandeling ten goede kan komen.

Samenwerkingspartners zijn de andere betrokken partijen die een rol hebben in de behandeling/begeleiding van de patiënt. Te denken valt aan: huisarts, behandelaar bij een verslavingsinstelling, een begeleider van een RIBW of een thuiszorgmedewerker.

Deze partners kunnen op indicatie een gerichte bijdrage leveren aan het bereiken van de doelen van de patiënt.

Ad B.

Een goede samenwerking is een van de belangrijkste principes binnen Collaborative Care. Vandaar dat er systematisch wordt stilgestaan bij deze samenwerking en dat de werkzame elementen uit zowel de hulpverleningsgeschiedenis als uit (eerdere) samenwerkingsrelaties worden onderzocht. Het doel hierbij is om activiteiten die eerder geholpen hebben in te zetten en uit te breiden, en te stoppen met activiteiten die niet helpend zijn gebleken.

Ad C.

Binnen Collaborative Care staan de zorgbehoeften van de patiënt centraal en deze worden regelmatig in kaart gebracht. Hiervoor wordt de Camberwell Assessment of Needs (CAN) gebruikt³⁵. De CAN inventariseert 22 zorgbehoeften die verschillende leefgebieden beslaan. Een zorgbehoefte is een levensgebied waarvoor een probleem bestaat, waarvoor specifieke hulp/opvang nodig of gewenst is. Er wordt een onderverdeling gemaakt in vervulde zorgbehoeften en onvervulde zorgbehoeften. We verwachten dat interventies effectiever zijn naarmate deze beter aansluiten bij de zorgbehoeften van de patiënt^{36 37}. Het vervullen van zorgbehoeften kan zich richten op de kortere of de langere termijn, afhankelijk van de mate van belangrijkheid (urgentie) en oplosbaarheid.

Ad D.

Omdat het leven van veel van deze patiënten gedomineerd wordt door crises, wordt er systematisch aandacht besteed aan het voorkomen en hanteren van crises. Daartoe wordt een crisisresponskaart opgesteld³⁴. Een crisisresponskaart wordt ingezet als instrument om copingvaardigheden bij een crisis te versterken en empowerment te bevorderen. Het doel van een crisisresponskaart is dat de patiënt zelfstandig(er) wordt in het doorstaan van crises. Het versterkt de *interne* bronnen, die een patiënt ter beschikking heeft om een crisis te managen (bijvoorbeeld het leren accepteren/doorstaan van rotgevoel, het zelf inzetten van 'paniekremmers') voordat er wordt overgegaan tot *externe* bronnen, lees; hulpverlening.

Ad E.

Uiteindelijk kan er aan het eind van de 'contracting' fase een behandelplan worden opgesteld, dat alle betrokken partijen onderschrijven en dat aansluit bij de individuele behoeften van de patiënt. 'Contracting' wordt als een van de meest essentiële ingrediënten gezien in de begeleiding van mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen^{5 14}. Het doel van contracting is het creëren en vasthouden van een voorspelbare structuur voor de behandeling, die ondanks de steeds aanwezige uitdagingen om deze los te laten, te allen tijde wordt bewaakt. Binnen deze steunende structuur wordt veel 'strijd' ontkracht door in alle stappen van de behandeling naar overeenstemming te zoeken, zowel over de doelen die worden nagestreefd als over de uitvoering van de behandeling en begeleiding³⁴.

4.2 Uitvoering

4.2.1 Probleemgedragingen

Voor de voorkomende probleemgedragingen - niet-dodelijk suïcidaal gedrag, terugkerend zelfverwendend gedrag, verslavend gedrag en agressiviteit - zal ingezet worden op vroegsignalering en vroege interventie. Signaleringsplannen kunnen worden opgesteld en toegepast bij verschillende vormen van probleemgedrag^{38 39 40 41}. We richten ons op de vroegtijdige signalering van de uitlokkers en voortekenen van dit probleemgedrag door de patiënt. De ervaring is dat dit

probleemgedrag meestal niet van het ene op het andere moment ontstaat, maar dat er een geleidelijke opbouw herkenbaar is. Soms zijn er specifieke risicomomenten en situaties bekend waarin het gedrag optreedt. Soms verstrijken er uren, dagen of zelfs weken vanaf het moment dat de eerste tekenen van ontregeling zichtbaar zijn, tot het moment van escalatie waarbij het probleemgedrag zich in volle hevigheid voordoet. Juist deze periode biedt mogelijkheden voor preventieve interventies. Door het monitoren en vervolgens snel en adequaat te reageren op de uitlokkers en vroege voortekenen, kan ernstige schade mogelijk voorkómen worden.

Er wordt getracht inzicht te verkrijgen in het proces en de patronen van het desbetreffende probleemgedrag door de uitlokkende factoren en vroege voortekenen van het gedrag goed in beeld te krijgen. Tevens worden acties geformuleerd om adequaat te reageren op een dreigende ontregeling. Het geven van psychoeducatie ondersteunt dit proces.

Onderdeel van het signaleringsplan is de crisisresponskaart, voor die momenten waarop acuut handelen nodig is om schade te voorkomen.

4.2.2 Probleemoplossing

In de voorbereidende fase is een systematische inventarisatie van zorgbehoeften uitgevoerd. In het behandelplan zijn vervolgens doelen geformuleerd die zijn gebaseerd op deze individuele zorgbehoeften. Veel van deze zorgbehoeften zullen naar verwachting samenhangen met allerlei dagelijkse problemen die de patiënt ervaart, zoals het vinden van zinvolle dagbesteding, het omgaan met schulden, problemen met huisvesting, interpersoonlijke problemen, etc. Om de zelfredzaamheid van de patiënt te vergroten in het oplossen van deze problemen wordt de Probleemoplossende Behandeling (in het Engels: Problem Solving Treatment, afgekort als PST)⁴² aangeboden. Het aanleren en toepassen van probleemoplossende vaardigheden in relatie tot alledaagse problemen leidt naar verwachting tot meer grip op het leven. PST is effectief bevonden in verschillende studies en is onderdeel van verschillende behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen^{14 43 44}. Het is daarmee een van de kerninterventies van Collaborative Care²⁶.

Ook bij het beïnvloeden van risicofactoren voor de eerder genoemde probleemgedragingen kan PST worden ingezet. Veel van de dagelijkse problemen waar deze patiëntengroep mee wordt geconfronteerd zijn immers ook risicofactoren voor deze probleemgedragingen. Het bieden van psychoeducatie vormt ook hier een integraal onderdeel van de behandeling.

4.2.3 Levensoriëntatie

Als tegenhanger en aanvulling op alle aandacht voor problemen en probleemgedragingen is het van belang om ook te zoeken naar manieren om meer aandacht te besteden aan de positieve krachten in iemands leven. Het uitbouwen en opdoen van positieve ervaringen kan stimulerend zijn voor een hernieuwde en meer positieve levensoriëntatie.

Een gebrek aan positiviteit lijkt gerelateerd te zijn aan cluster B-persoonlijkheidsstoornissen⁴⁵. Dit kan op verschillende manier verklaard worden: (1) er bestaat een gebrek aan belonende en plezierige activiteiten; (2) er is een cognitieve beperking in het maken van voorstellingen over een positieve toekomst of (3) er is een onvermogen bij de patiënt om plezier te ontlenen aan normaal gesproken

plezierige gebeurtenissen. De verwachting is dat meer optimisme kan beschermen tegen suïcidaal gedrag⁴⁶.

Bij het zoeken en vinden van een positievere levensoriëntatie wordt gebruikt gemaakt van de principes van oplossingsgericht werken⁴⁷.

4.2.4 Psycho-educatie

Psycho-educatie is het geven van voorlichting aan mensen met een psychische ziekte, als onderdeel van een behandelplan om meer inzicht in die ziekte en de gevolgen te krijgen. Het gaat dan om al die informatie die de patiënt en diens naasten helpt om beter te begrijpen wat de ziekte inhoudt: welke symptomen en gedrag daarbij horen, wat er bekend is over het ontstaan van dergelijke ziektes en hoe daar het beste mee om te gaan.

Psycho-educatie is een integraal onderdeel van Collaborative Care. In alle fasen van het programma wordt getoetst of de patiënt en diens naasten voldoende kennis hebben over het ziektebeeld en de gevolgen daarvan. Zonodig wordt deze kennis aangevuld en regelmatig herhaald.

4.3 Evaluatie

Het behandelplan wordt elke drie maanden geëvalueerd in het voltallige Collaborative Care team. Dit geeft de patiënt regie en ruimte om op zaken terug te komen en aanpassingen in het behandelplan voor te stellen. Echter, tot die tijd moet er wel wederzijds commitment zijn. Dit houdt in dat de betrokken partijen de doelen en werkwijze onderschrijven en inspanning leveren om hieraan te werken.

Tijdens de evaluatie wordt zowel de samenwerking als de uitvoering van het behandelplan geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie wordt het behandelplan aangepast.

5. Voorwaarden voor effectief gebruik van het interventieprotocol

Gedeelde verantwoordelijkheid

Het langdurig omgaan met patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen plaatst verpleegkundigen voor dilemma's met betrekking tot vragen over veiligheid en autonomie van de patiënt, zeker waar het (dreigende en veelal chronische) suïcidaliteit betreft. Dit roept vragen op als: In welke mate heeft de patiënt het recht om te beschikken over zijn eigen leven? Moet alles gedaan worden om het leven van de patiënt te beschermen? In welke mate is de verpleegkundige persoonlijk verantwoordelijk (en zelfs aansprakelijk) voor het suïcidale gedrag van de patiënt? Hoe kan worden omgegaan met het existentiële lijden en de hopeloosheid van de patiënt?

De verantwoordelijkheid hiervoor kan niet door een verpleegkundige alleen gedragen worden. Afstemming met collega's binnen het multidisciplinaire team is van groot belang. Binnen het team kan de verpleegkundige de eigen bevindingen, emoties en dilemma's kenbaar maken en toetsen aan de oordelen van anderen. Vervolgens kunnen de leden van het Collaborative Care team samen vaststellen welke behandeling en zorg nodig is.

Ondersteuning van de verpleegkundigen

Inter- en supervisie voor de verpleegkundigen maken onderdeel uit van het interventieprotocol Collaborative Care. Inter- en supervisie vergroten het bewustzijn van, en de reflectie op de eigen houding en handelen ten opzichte van mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Inter- en/of supervisie vormen een voorwaarde om empathische en effectieve zorg te kunnen bieden^{24 25}.

Randvoorwaarden

Bij het uitvoeren van Collaborative Care voor mensen met ernstige (cluster B-) persoonlijkheidsstoornissen is het van belang dat de volgende randvoorwaarden zijn gewaarborgd:

- Scholing: de uitvoering van het interventieprotocol Collaborative Care wordt vooraf gegaan door zes dagdelen scholing. Dit scholingsprogramma wordt opgevolgd door coaching tijdens de feitelijke uitvoering van Collaborative Care.
- Inter- en supervisie: de uitvoering van Collaborative Care wordt ondersteund met inter- en supervisie.
- Verlengde consulten: enige flexibiliteit in het aantal, de duur en de planning van consulten is aangewezen voor een effectieve uitvoering van Collaborative Care. In de beginfase wordt gewerkt met verlengde consulten (60 minuten). De beginfase beslaat drie maanden. Dit is nodig om de 'contracting' fase te laten slagen.
- Afstemming tussen werkboek en EPD: Het werkboek behorende bij het interventieprotocol Collaborative Care bevat een aantal documenten (behandelplan, crisiskaart en signaleringsplannen etc) die een plaats dienen te krijgen binnen het EPD.

Implementatie

Voor de implementatie van Collaborative Care is een goed uitgewerkte implementatiestrategie nodig. Deze dient bij voorkeur vastgelegd te zijn in een implementatieplan. Hierin dienen in ieder geval de volgende punten uitgewerkt te zijn:

- De doelen die de organisatie concreet beoogt met de invoering van Collaborative Care;
- De concrete resultaten die invoering van Collaborative Care voor de organisatie op moeten leveren;
- Een sterkte/zwakte –analyse waarin de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van Collaborative Care worden geanalyseerd;
- Een plan van aanpak met bijbehorend tijdspad waarin de verschillende stappen van de invoering van Collaborative Care worden besproken, rekening houdend met de uitgevoerde sterkte/zwakteanalyse. Wellicht moeten vooraf eerst activiteiten worden verricht gericht op verandering van belemmerende factoren. Gedacht kan worden aan het bevorderen van een gemeenschappelijke visie, het realiseren van draagvlak onder leidinggevendenden, de bevordering van motivatie van medewerkers.
- De wijze van evaluatie van de invoering van Collaborative Care.

6. Methodische verantwoording

Ten behoeve van de ontwikkeling van het interventieprotocol Collaborative Care voor patiënten met een (cluster B-) persoonlijkheidsstoornis is relevante literatuur geraadpleegd. Aanvullend zijn wetenschappelijke en verpleegkundige experts geraadpleegd. Zij adviseerden de ontwikkelaars over de inhoud en vorm van het op te stellen interventieprotocol. Een conceptversie van het interventieprotocol is vervolgens ter toetsing voorgelegd aan een expertpanel. De commentaren van dit panel zijn verwerkt in de definitieve versie van het interventieprotocol.

In de tekst van dit achtergronddocument is gekozen om de bronvermelding op te nemen als nummers ('eindnoten'). Aan het eind van dit document vindt u de bijbehorende lijst met de geraadpleegde literatuur.

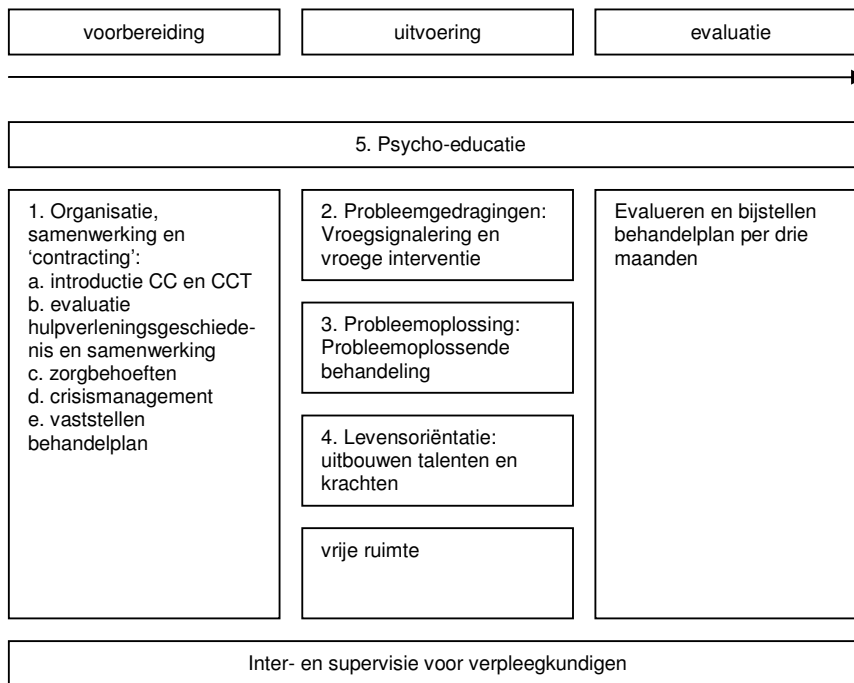
DEEL B
Instructies en handleidingen

Instructies en handleidingen

Introductie

Dit is deel B van het interventieprotocol. Het Collaborative Care programma bestaat uit een aantal onderdelen die hier gedetailleerd worden toegelicht. Deze onderdelen corresponderen met die in het bijbehorende werkboek. Het werkboek (deel C) is geschreven voor jou als hulpverlener en jouw patiënt. In dit deel B vind je de benodigde instructies die je helpen de patiënt zo goed mogelijk te begeleiden.

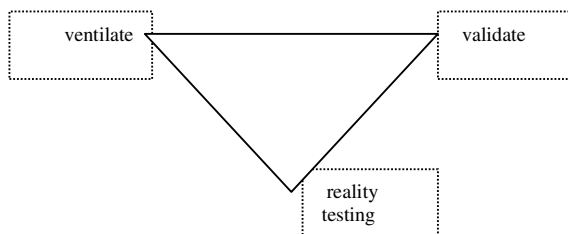
De onderdelen die uitgewerkt worden zijn samengevat in de volgende figuur:



Vooraf wordt nog een korte instructie gegeven over de structuur van elke bijeenkomst met je patiënt en het gebruik van het EPD. Ook worden hier algemene handvatten gegeven voor de gewenste attitude bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

Structuur van elke bijeenkomst met de patiënt

Bij elk patiëntencontact is het goed om de volgende driehoek in gedachten te houden:



U zult de patiënt kort (*5 minuten*) bij iedere sessie de tijd moeten geven om te kunnen 'spuien', het zogenoemde 'ventileren'. Voor u als hulpverlener is het vervolgens van belang om de

wanhoop/spanning/frustraties te valideren en de patiënt te erkennen in zijn pijn. Ten slotte is het ook van belang om tot realiteitstoetsing over te gaan om de ervaren pijn/spanning/wanhoop in perspectief te kunnen plaatsen. Bekrachtig elke poging van de patiënt bij het nemen van meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen acties. Stel vragen als: *Hoe heb je dat voor elkaar gekregen? Wat goed dat je hier bent, wat heb je daar allemaal voor gedaan?* Een aardige vraag om iemand op het spoor van verbetering/voortgang te krijgen is de vraag naar wat er beter ging ten opzichte van de vorige bijeenkomst.

Na de eerste vijf minuten van 'ventileren' is het zaak om snel doelgericht te gaan werken. Geef zeker in de beginperiode aan in welke stap jullie zitten en wat er dus gedaan moet worden. Het is goed om dit ook naar de patiënt uit te leggen als een vorm van actiegerichtheid/regievoering. Jullie gezamenlijke doel is om meer grip te krijgen op lastige zaken in het leven en daarvoor moet er ook gewerkt worden. Dit geeft de patiënt ook het gevoel dat hij zelf controle kan uitoefenen op zijn situatie en voorkomt dat jullie blijven hangen in alleen het ventileren.

Plan aan het eind van de bijeenkomst ruimte in om te evalueren en de Session Rating Scale en Outcome Rating Scale SRS/ORS in te vullen en te bespreken (+/- 5 min); deze SRS en ORS worden ingevuld door de patiënt om zowel het proces als de opbrengst van de bijeenkomst te monitoren en de hulpverlener van feedback te voorzien. Deze zijn als bijlagen in het werkboek opgenomen.

Gebruik van het EPD

Om de focus van de behandeling in beeld te houden, wordt er doelgestuurd gerapporteerd. Elke voortgangsrapportage begint met een opsomming van de individueel bepaalde doelen uit het behandelplan. Per doel wordt er genoteerd op welke manier er aan die doelen is gewerkt en wat de acties zijn geweest. De SRS en ORS geven aanvullende informatie per sessie over de samenwerking. De SRS en ORS formulieren van elke sessie worden bewaard.

Uitgangspunten voor de verpleegkundige attitude bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen

1) Houd een open, onbevooroordeelde, nieuwsgierige houding

Denk niet in patronen en sjablonen van waaruit je gedrag van de patiënt beoordeelt: 'ziejewel'ismes spelen ook bij hulpverleners. Probeer elk contact en situatie open en nieuwsgierig in te blijven gaan, zoek naar wat het voor je patiënt betekent om elke keer met deze gevoelens te moeten leven. Zoek het positieve in het negatieve: wat voorkomt de patiënt door bijvoorbeeld suïcidaal gedrag?

2) Observeer, interpreteer en absorbeer

Verpleegkundigen zijn vaak geneigd te snel tot actie over te gaan. Bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen is geduld en rust betrachten uitermate belangrijk. Blijf goed kijken, zoek naar de betekenis van datgene wat je ziet en neem heftige emoties soms gewoon tot je, zonder dat je hierop actie hoeft te ondernemen. Realiseer je dat emoties (meestal) niet voor jou persoonlijk bedoeld zijn.

3) Wees je bewust van je eigen emotionele toestand en benoem deze wanneer nodig – verwoord je gedachten en gevoelens

Veel patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn erg gevoelig voor de emotionele staat van degene met wie ze in contact zijn. Om niet onaangenaam verrast te worden ('je bent boos hè') helpt het als je je bewust bent van je emoties (zoals b.v. boosheid) vóórdat je het contact met de patiënt in gaat. Als je inderdaad boos bent is het beter dit te zeggen ('ik ben boos op mijn baas, dat heeft niets met jou te maken) dan te proberen dit te verbergen. Als je boos bent op de patiënt zelf dan is het ook aan te raden dit te zeggen, maar dan ook voorzien van een actie ('ik merk dat ik boos op je ben n.a.v. je telefoontje, ik zou dit graag met je bespreken').

4) *Bespreek richting, doelen en plannen (geen problemen, oude situaties of andere mensen)*

Probeer altijd hoop en toekomstperspectief in het contact te introduceren. Dit doe je door over doelen in plaats van over problemen praten ('ik begrijp dat je financiële situatie ontzettend beroerd is, zullen we nu kijken hoe je aan een uitkering kunt komen?'). En door over nu in plaats van over oude situaties te praten ('ik snap dat de opname geen succes was en vind dat jammer. Nu zou ik graag kijken wat we vandaag gaan doen'). Bespreek niet de relatie van de patiënt met andere mensen maar die van jezelf met hem of haar ('ik heb gehoord dat je haar niet mag maar ik vroeg me af hoe je ons contact eigenlijk vindt?'). Als je toch de relatie van de patiënt met anderen wilt bespreken, doe dit dan in termen van oplossingen ('hoe zou je dat de volgende keer kunnen aanpakken? Of 'lukt het je alleen of heb je hulp nodig?'). Er mag dus wel over het verleden, anderen of problemen worden gepraat – maar niet in algemene, negatieve en hopeloosheid-inducerende termen.

5) *Wees je bewust van je eigen positie t.o.v. je patiënt, je collega's en de context*

Vraag je altijd af wat jouw positie is t.o.v. de patiënt: spelen er mogelijk andere factoren dan de inhoud een rol? Bijv. ben je degene die een contact met een psychiater kan organiseren, die besluit of er wel of geen opname plaats vindt? In al deze gevallen kán de ander (maar dat hoeft niet!) zich in de communicatie richten op deze dingen in plaats van alleen op de inhoud.

6) *Probeer ten allen tijde neutraal te staan t.o.v. je patiënt (niet redden, niet dumpen)*

Probeer zo min mogelijk een eigen emotionele agenda te hebben. Dus niet: 'vandaag zal ik eens een pittig gesprek met haar voeren over haar belachelijke gedrag' maar 'ik wil graag de dingen die gebeurd zijn, systematisch met haar doorlopen'. Neutraal betekent het aangaan van een normaal menselijke relatie. Vraag om hulp aan anderen als je merkt dat het herhaaldelijk niet lukt om neutraal te staan t.o.v. je patiënt, anders loop je een groot risico dat je ineffectief gaat handelen.

7) *Vermijd verantwoordelijkheid voor de veiligheid van je patiënt*

Verpleegkundigen voelen zich snel verantwoordelijk, zeker ook voor de fysieke veiligheid van hun patiënten. Mensen kunnen zich echter in iédere situatie (ook die van een gesloten afdeling) beschadigen of kunnen een suïcidepoging te doen. Het is belangrijk om steeds aan de ander duidelijk te maken dat jij hem of haar niet kunt beschermen maar dat hij/zij dat zelf moet doen. Wanneer de patiënt duidelijk vraagt om hulp in zo'n situatie, of als er een crisissituatie is, kan het nodig zijn wel bescherming te bieden. Uitgangspunt hiervan is dat dit een tijdelijke situatie betreft waarover duidelijke afspraken over duur en uitvoering worden gemaakt.

VOORBEREIDING

1. Organisatie, samenwerking en 'contracting'.

1A: Introductie van Collaborative Care en het Collaborative Care team

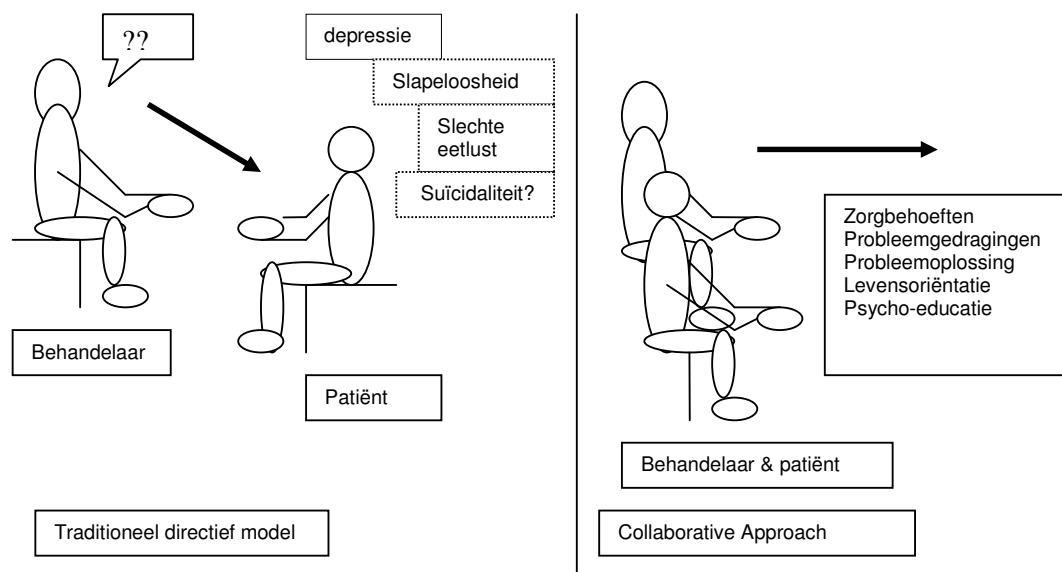
Collaborative Care zal worden ingezet in bij patiënten die al gedurende langere tijd in zorg zijn. Het is dus van belang om aan de patiënt goed duidelijk te maken wat er zal gaan veranderen binnen zowel de samenwerkingsrelatie als de feitelijke behandeling.

Een introductie zou de volgende kunnen zijn:

'U bent al langere tijd in zorg en heeft waarschijnlijk al meerdere therapieën achter de rug. Het een heeft misschien beter geholpen dan het ander. Wat wij binnen Collaborative Care willen gaan doen is véél beter samenwerken, omdat we weten dat dat voor ons allebei soms lastig is, maar wel een groot deel van het succes bepaalt. Vanwege uw ziekte gaat samenwerken lang niet altijd vanzelf en ook hulpverleners hebben soms beperkingen die goede samenwerking in de weg staan. Het Collaborative Care programma helpt ons om die samenwerking wel goed te krijgen en te houden. We gaan daarbij geen dingen meer doen waar we het niet samen over eens zijn. U weet het beste waar u behoefte aan heeft en ik en eventuele anderen, kunnen u ondersteunen bij het bereiken van uw eigen doelen. We gaan zoveel mogelijk uit van uw eigen krachten en mogelijkheden, tegelijkertijd houden we rekening met uw beperkingen. Hulpmiddelen en oefeningen die we kunnen aanbieden helpen om meer grip te krijgen op uw leven en op die problemen die voor u onwenselijk en/ of schadelijk kunnen uitpakken, zoals zelfverwonden, verslaving, agressiviteit, suïcidale gedragingen.'

In het werkboek wordt de samenwerking vergeleken met een autorit, waarbij jij als verpleegkundige de kaartlezer bent en de patiënt achter het stuur zit. Jobes³⁴ beschrijft dit als een 'gemeenschappelijke therapeutische roadtrip'.

Om het belang van gezamenlijkheid te benadrukken werken we binnen CC ook letterlijk naast elkaar op, zoals in de volgende illustratie wordt uitgebeeld:



Wat je in dit plaatje geïllustreerd ziet is dat je dus niet als een 'expert' al je vragen en goedbedoelde adviezen op de patiënt afvuurt (rechterplaatje), maar in gezamenlijkheid zorgbehoeften en problemen onderzoekt en naar manieren om aan die zorgbehoeften te voldoen (linkerplaatje). Het gezamenlijke werkboek ondersteunt deze manier van werken.

In het Collaborative Care programma zijn elementen overgenomen uit de Linehan en VERS training. Patiënten zullen deze onderdelen misschien herkennen. Het is belangrijk om toe te lichten dat deze elementen hun waarde hebben bewezen en om die reden, in aangepaste vorm, zijn overgenomen in het CC-programma.

Collaborative Care team

Er wordt een Collaborative Care team gevormd, bestaande uit de verpleegkundige, de patiënt, diens naaste en de behandelendverantwoordelijke (psychiater/psycholoog). Binnen dit team worden alle belangrijke beslissingen aangaande de behandeling genomen. De taakverdeling tussen de verpleegkundige en de behandelendverantwoordelijke wordt gekenmerkt door *split treatment*. Bij patiënten die veel buiten zichzelf leggen en waarbij begrenzing steeds strijd oproept, werkt het goed als de behandelendverantwoordelijke degene is die de grenzen bewaakt. De verpleegkundige blijft daarmee 'on speaking terms' met de patiënt en kan naast de patiënt blijven staan in het uitvoeren van een behandeling die ook op verandering gericht is. Bij onderwerpen als medicatiebeleid, opnames, no-show kan deze manier van werken helpend zijn. Deze taakverdeling dient ook in het CCT besproken te worden.

Continuïteit van zorg: Binnen Collaborative Care proberen we de coördinatie en continuïteit van zorg te optimaliseren door de verpleegkundige als vast aanspreekpunt binnen de behandeling en begeleiding te maken. Je overlegt bijvoorbeeld ook tijdens klinische opnames met het klinische team en draagt zorg voor duidelijke instructies aan het behandelteam van de kliniek aangaande het doel van de opname en de overeengekomen bejegening.

Samenwerkingspartners: Ook in de afstemming met de huisarts, crisisdiensten, SEH en verslavingszorg heb je een coördinerende rol om de continuïteit te optimaliseren. Wanneer meerdere instanties of hulpverleners bij de zorg voor je patiënt betrokken zijn, is het goed om nu al te inventariseren welke samenwerkingspartners dat zijn en welke rol zij hebben. Bedenk vervolgens of het zinvol is om een of meerdere van deze samenwerkingspartners uit te nodigen voor de eerste bijeenkomst van het Collaborative Care team. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de huisarts, een begeleider van een RIBW, een trajectbegeleider, een behandelaar bij een verslavingsinstelling waar je patiënt onder behandeling is/is geweest.

Omdat het misschien niet haalbaar is dat alle partijen altijd fysiek aanwezig zijn bij bijeenkomsten van het CC-team, kan er ook voor gekozen worden om samenwerkingspartners telefonisch of per email te vragen een gerichte bijdrage te leveren aan het behandelplan. Zorg er in ieder geval altijd voor dat relevante samenwerkingspartners op de hoogte zijn van het behandelplan, crisisresponskaart en het signaleringsplan, zolang de patiënt daarvoor toestemming verleent.

1B: Beter samenwerken.

Een van de belangrijkste pijlers van Collaborative Care is de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie. Deze is gebaat bij transparantie en verduidelijking van wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden. In deze stap wordt onderzocht welke lessen te leren zijn uit het verleden en welke aandachtspunten voor de bejegening essentieel zijn om de samenwerkingsrelatie van goede kwaliteit te houden. De uitkomst van dit proces is de basis voor een optimale samenwerkingsrelatie tussen de patiënt, de hulpverlener en de naaste(n).

1B.1 Evaluatie van de hulpverleningsgeschiedenis en de huidige behandeling/begeleiding

Aan een goede beoordeling en evaluatie van de hulpverleningsgeschiedenis ligt een dossieronderzoek ten grondslag. Het geeft de patiënt vertrouwen wanneer dat wat al bekend is, ook gekend wordt door de hulpverlener, zodat de patiënt niet onnodig dezelfde gegevens hoeft te verstrekken.

Bij het bespreken van de hulpverleningsgeschiedenis bestaat het risico dat de patiënt uitgebreid gaat uitweiden over zijn verleden. De kunst van deze stap is om heel doelgericht de hulpverleningsgeschiedenis in kaart te brengen en te bespreken met de expliciete focus op wat daaruit te leren valt voor de toekomstige behandeling.

Instructies voor het maken van een 'tijdsbalk':

- zoek in het dossier naar de huisartsenbrieven of het centraal intakeverslag
- noteer per verwijzing (in steekwoorden):
 - o de reden van aanmelding
 - o wanneer en hoelang er zorg is geboden
 - o welke zorg er is geboden (diagnose, medicatie, therapie/opname)
 - o met welk resultaat
- onder 'zorg' wordt verstaan: 1^e en 2^e lijnszorg, algemeen maatschappelijk werk, verslavingszorg, thuiszorg, somatische zorg
- achterhaal het aantal crisiscontacten in de laatste 6 maanden en noteer deze

- zoek in het dossier de biografie/heteroanamnese en/of centraal intakeverslag op
- noteer de belangrijkste life events en het bijbehorende jaartal

Indicatie tijdsinvestering 'tijdsbalk': 2 uur

1B.2 Het evalueren van de samenwerkingsrelatie

Het aangaan en onderhouden van een samenwerkingsrelatie met deze groep patiënten is vaak ingewikkeld en vraagt veel van de hulpverlener. Door vooraf duidelijk uit te spreken wat de wederzijdse verwachtingen zijn van de samenwerking, wordt geprobeerd om deze samenwerkingsrelatie te optimaliseren.

Het aangaan en onderhouden van de samenwerkingsrelatie vraagt van jou dat je eventueel bestaande (voor)oordelen ten opzichte van deze patiëntengroep laat varen, probeert te luisteren naar het daadwerkelijke verhaal van de patiënt en bereid bent kritisch te (blijven) kijken naar je eigen aandeel in de relatie. De handvatten die hiervoor eerder in dit document gegeven zijn, kunnen je hierbij helpen.

Zowel vanuit het perspectief van de patiënt als van de hulpverlener wordt de huidige samenwerking geëvalueerd op zijn positieve en negatieve aspecten. Vervolgens wordt de vraag gesteld wat beide partijen veranderd zouden willen zien in de samenwerking.

Dit resulteert in een aantal aandachtspunten voor de begeleiding die leidend zijn in het verdere contact en ook worden overgedragen naar andere partijen die bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn.

Deze aandachtspunten voor de begeleiding worden opgenomen in het behandelplan en in het nog op te stellen crisisplan en gecommuniceerd met betrokken andere partijen.

1C: Zorgbehoeften

Binnen Collaborative Care worden de individuele zorgbehoeften van de patiënt systematisch vastgesteld door de verpleegkundige met behulp van de Camberwell Assessment of Needs (CAN).

De CAN wordt afgenomen in de vorm van een semi-gestructureerd interview. Dit biedt de mogelijkheid om bepaalde zorgbehoeften meteen te kunnen uitvragen en expliciteren. De CAN bestaat uit 22 items. Belangrijk is om goed door te vragen, zodat er een compleet beeld ontstaat van de ervaren zorgbehoeften en de mate waarin in hulp voor die behoefte is geboden. Zeker waar het de items 'veiligheid voor zichzelf', 'veiligheid voor anderen', 'alcohol' en 'drugs' betreft, is het belangrijk om goed door te vragen naar de ernst van het probleemgedrag en de bijbehorende zorgbehoeften zoals door de patiënt (en diens naaste) wordt aangegeven.

De CAN wordt daarnaast ook ingevuld door de hulpverlener en door een naaste. Zo worden de zorgbehoeften vanuit verschillende perspectieven belicht.

- Neem de CAN af bij de patiënt via een semi-gestructureerd interview.
- Vul zelf de CAN ook in. Zet jouw visie op de zorgbehoeften naast die van de patiënt.
- Wanneer de patiënt toestemming heeft gegeven om een naaste te betrekken, bel je de naaste op. Leg het doel van de CAN uit. Een CAN formulier wordt toegestuurd met het verzoek deze ingevuld te retourneren.

Wanneer alle drie de partijen de CAN hebben ingevuld, inventariseer je eerst samen met de patiënt waar de verschillen en overeenkomsten liggen. In het CCT zullen de conclusies besproken en vastgelegd worden.

- Vraag aan de patiënt welke onvervulde zorgbehoeften voor hem/haar prioriteit hebben. Hierin maak je een prioritering op basis van volgende hiërarchie:
 - belangrijk en oplosbaar
 - belangrijk en onoplosbaar
 - wat maakt de patiënt heel belangrijk, wat eigenlijk niet zo belangrijk is
 - wat kan nog even wachten
- Geef de patiënt hierin de regie, in afstemming met de naaste. Begin met zaken waarover overeenstemming is. Zoek gezamenlijk naar die zaken waarmee relatief snel / eenvoudig succes te behalen valt om succeservaringen op te doen.
- In het werkboek wordt een stukje beschreven over 'van een mug een olifant maken?'. Dit gaat over die zaken die de patiënt heel belangrijk maakt, maar die eigenlijk misschien niet zo belangrijk zijn. Dit is een luchtige manier om een ingang te vinden om hoofd- en bijzaken te onderscheiden. Hiernaar kan ook in latere fasen van de behandeling terugverwezen worden.
- Denk aan het letterlijk naast de patiënt gaan zitten ('we maken *jouw* plan').
- Zie stroomschema op **pagina 11** om te komen van zorgbehoeften naar doelen en beleid in het behandelplan.
- Formuleer de doelen SMART; zie kader 1.

- Maak duidelijke keuzes, dus 'parkeer' ook aantal zaken. Schrijf de dingen waar jullie nu niet aan toe komen, wel op.
- Als blijkt dat als jullie starten met problemen die voor patiënt het belangrijkste zijn, en het werken daaraan wordt steeds doorkruist door opspelende crises (drank- drugsmisbruik, ernstige zelfbeschadiging, suïcidaal gedrag), dan heb je ook een legitieme reden om dat bespreekbaar te maken en te kijken of je niet eerst daaraan zou moeten werken.
- Tijdens de geplande Collaborative care team bijeenkomst wordt de uitkomst van de CAN besproken. De doelen en bijbehorende acties worden opgenomen in het behandelplan.

Kader 1: Stellen van een realistisch doel (SMART-doel)

Als de zorgbehoefte helder is, volgt het stadium van het stellen van één of meerdere haalbare doelen. Hiervoor is het nodig duidelijk aan het licht te krijgen wat de patiënt precies aan het probleem veranderd wil zien. Vaak is het behulpzaam om aan de patiënt de volgende vraag te stellen: *'Als het probleem er niet meer was, wat zou er dan veranderd zijn?' of: 'wat moet er volgens jou gebeuren om dit probleem op te lossen / of in deze zorgbehoefte te voldoen? Wanneer zou je je beter voelen ten aanzien van het probleem? Wat zou een verschil maken?'*

Met behulp van deze vragen kan de patiënt de overstap maken van het nadenken over het probleem naar wat hij of zij aan dat probleem wil doen. Als de patiënt heeft bepaald wat hij of zij wil veranderen aan het probleem, komt de nadruk te liggen op de haalbaarheid van het doel. Het is belangrijk om bij het beoordelen van de haalbaarheid zowel de balans tussen de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt (draagkracht-draaglast) in de gaten te houden, als het tijdsplan waarin het doel gehaald moet worden.

Haalbare doelen zijn **SMART** doelen:

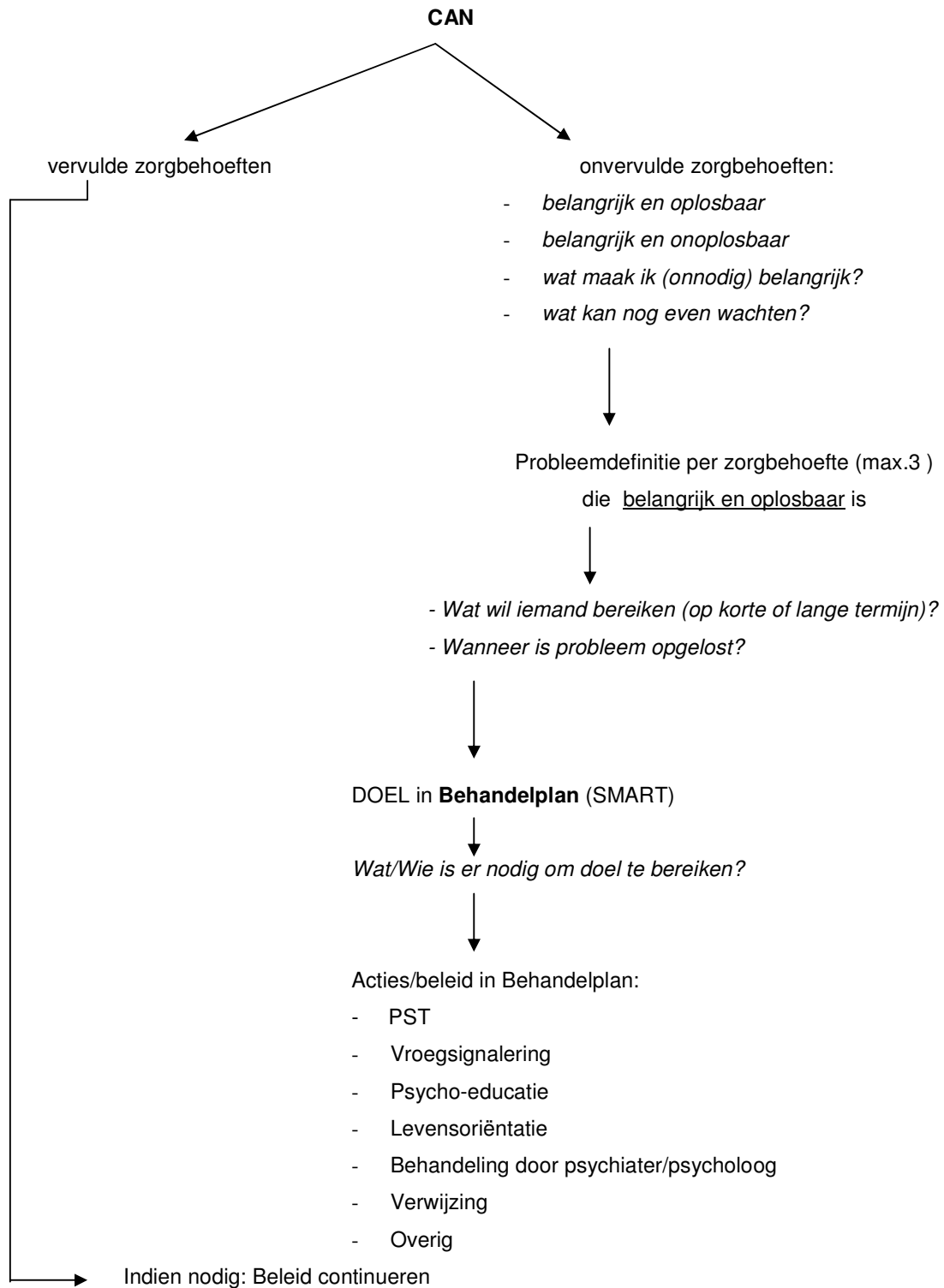
Specifiek - een heldere definitie van wat het doel is.

Meetbaar - het is eenvoudig vast te stellen of het doel wel of niet gehaald is.

hAalbaar - (Achievable) het doel moet haalbaar zijn, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt

Relevant - het doel sluit aan bij het probleem.

Tijdgebonden - na een vooraf bepaalde tijd wordt gekeken of het doel gehaald is



1D: Crisismanagement

Crises handelen meestal over een combinatie van drie factoren: een aanleiding of gebeurtenis, dreigend gevaar, en een appellerend steunsysteem. De aanleiding betreft vaak een vermeend of reëel verlies, maar soms kan het leven zelf al als ondraaglijk zwaar ervaren worden, zodanig dat de energie simpelweg op is en de eigen copingvaardigheden tekort schieten. Het (dreigende) gevaar bestaat meestal uit een (dreigende) impulsdoorbraak: niet-dodelijk suïcidaal gedrag of een escalerend conflict. Uitputting van naasten kan ook een reden zijn voor crisis. Gevolg van deze crises is dat er buiten de reguliere afspraken om, een beroep wordt gedaan op extra hulpverlening.

Voorafgaand aan het opstellen van een crisisresponskaart is het dus belangrijk om samen met de patiënt te achterhalen wat in zijn geval onder een crisis verstaan wordt.

1D.1 Hoe om te gaan met klinische opnames?

Vaak vraagt een patiënt om een opname wanneer hij een crisis ervaart. Je kan stellen dat er twee redenen zijn om over te gaan tot een klinische opname. Een eventuele opname dient altijd hieraan getoetst te worden:

1. de patiënt voelt zich onveilig en heeft mensen in zijn directe omgeving nodig, die hij kan benaderen indien nodig.
2. het systeem is uitgeput.

Omdat soms het gevoel bestaat dat een patiënt een opname afdwingt bij potentiële suïcidale gevoelens en dit vaak veel 'strijd' met zich meebrengt, beschrijft Gunderson²¹ (p.102) de principes van een **'false submission'** ; zie kader 1, p. 14.

Het is goed om in deze fase al te spreken over:

- In welke situaties de patiënt een opname onafwendbaar vindt?
- Wat een patiënt verwacht van een opname?
- Hoe lang een opname zou moeten duren?

Bed op Recept-constructies

Eén van de uitkomsten van dit gesprek kan zijn dat er een Bed op Recept-constructie (BOR) wordt afgesproken in het behandelplan. Een BOR-constructie bestaat uit een vooraf bepaald aantal nachten dat een patiënt opgenomen kan worden in een bepaalde periode (bijv. elke maand 1x 2 nachten).

De uitkomsten van dit gesprek dienen vastgelegd te worden in een daartoe geëigende plek in het EPD, zodat deze informatie bij zowel de crisisdiensten buiten kantooruren als bij de opnameklinieken bekend is, mocht een opname aangevraagd en/of gehonoreerd worden.

Kader 1: 'false submission'

Als hulpverlener zit je fout als je een patiënt niet voldoende beschermt tegen niet-dodelijk suïcidaal gedrag, maar dit betekent niet dat een opname altijd de beste bescherming biedt. Gunderson maakt het dilemma expliciet naar de patiënt:

Een opname zou de meest veilige optie kunnen zijn, maar waarschijnlijk niet helpend en vermoedelijk zelfs schadelijk voor het uiteindelijke welzijn van de patiënt. Een opname zorgt ervoor dat anderen verondersteld worden om controle voor het leven van de patiënt te nemen en dit belemmert het leren vergroten van zelf-controle. Bovendien worden voor veel patiënten zulke 'reddingen' geïnterpreteerd alsof er voor hen gezorgd wordt, wat een misinterpretatie is. Patiënten zijn vaak niet verrast door zo'n uitleg en het geeft ruimte voor een andere onderhandeling, die hieronder beschreven staat:

P: zegt u nu dat u echt denkt dat het een vergissing is om me te laten opnemen?

C: niet als u zich anders suïcideert, maar als u blijft leven zou u beter af zijn zonder opname.

P: zegt u daarmee dat u me niet laat opnemen?

C: Nee, natuurlijk niet. Het zou 'suïcidaal' van me zijn om te proberen te voorkomen dat een potentieel suïcidaal patiënt (NB: merk op dat de therapeut de potentiële suïcidaliteit niet ter discussie stelt) zoals u wordt opgenomen, als u dat wilt (NB: merk op dat de therapeut de patiënt's wens voor actie door anderen ombuigt naar wat de patiënt wil, waarmee hij hem zeggenschap geeft over wat er gebeurt). Ik denk alleen niet dat het goed voor u is. Als u een suïcidepoging doet nadat u hier weg bent gegaan, is dat moeilijk voor mij persoonlijk en professioneel; ik kan er zelfs voor worden aangeklaagd. Dus als u me zegt dat u de intentie heeft zichzelf van het leven te beroven, heeft dat een enorme impact. Dan moet u zich laten opnemen. Maar, als je gaat, denk dan niet dat ik heb gedaan wat ik denk dat goed is voor u – of dat het is omdat ik om u geef. Dat is het allebei niet. Ik zou denken dat u slechts hoopt dat er voor u gezorgd wordt'.

Bovenstaande illustreert de principes van een 'false submission': door ogenschijnlijk te geven wat de patiënt wil, maar door de gehoopte bedoeling te ontkrachten, kan de cyclus van herhaalde opnames doorbroken worden. Dit lukt lang niet altijd de eerste keer, maar de opname heeft nu wel een andere lading: de patiënt gaat omdat hij het zelf wil, niet omdat de hulpverlener het zegt.

1D.2 Het opstellen van de crisisresponskaart

Pas als al deze informatie duidelijk is, kan een goed passende crisisresponskaart worden opgesteld. Een crisisresponskaart wordt ingezet als instrument om copingvaardigheden bij een crisis te versterken en empowerment te bevorderen. Het doel van een crisisresponskaart is dat de patiënt zelfstandig(er) wordt in het doorstaan van crises. Het versterkt de *interne* bronnen, die een patiënt ter beschikking heeft om een crisis te managen (bijvoorbeeld het leren accepteren/doorstaan van rotgevoel, het zelf inzetten van 'paniekremmers') voordat er wordt overgegaan tot *externe* bronnen, lees: hulpverlening. Hiertoe wordt de patiënt gestimuleerd eerst zelf vijf 'paniekremmers' uit te voeren om de crisis op te lossen/te doorstaan, voordat professionele hulp wordt ingeschakeld.

De crisisresponskaart moet vastgelegd worden in het EPD en overgedragen worden aan de crisisdienst buiten kantooruren.

1D.3 Het werken met de crisisresponskaart

Gedurende de loop van de behandeling (vanaf stap 5) is het belangrijk om de crisisresponskaart na elke crisis te evalueren en vooral de patiënt te bekrachtigen in zijn pogingen om crises zelfstandig te doorstaan. Een crisis biedt kansen om te leren en nieuwe vaardigheden te oefenen. Het kan zijn dat

in de loop van de behandeling blijkt dat de crisisresponskaart aangepast dient te worden omdat de 5 gekozen acties toch niet blijken aan te sluiten bij waartoe een patiënt in staat is ten tijde van crisis. Ook de rol van de patiënt, je eigen rol, de rol van naasten en eventueel opnameafdeling of de crisisdiensten dient na elke crisis geëvalueerd te worden .

1D.4 Wat als een crisis en bijbehorend risicovol gedrag toch voorkomt?

Het kan en zal voorkomen dat er toch crises plaatsvinden en de patiënt risicovol gedrag heeft vertoond in de vorm van zelfbeschadigen, niet-dodelijk suïcidaal gedrag, ernstig drugsmisbruik of agressie.

Het is in die gevallen van belang dat er de volgende boodschappen aan de patiënt worden overgedragen:

- Geen veroordelende of afwijzende houding in contact met de patiënt;
- Het bieden van menselijke zorg; valideren van de ervaren wanhoop. Blijkbaar was de spanning en spanning zo hoog opgelopen dat 'ontlading' niet te voorkomen was. Dat past ook bij het proces.
- Het zoeken naar een geschikt moment om op de situatie terug te kijken en te zoeken naar nog betere mogelijkheden om een volgende crisis te voorkomen. Samen met de patiënt bespreek je wat voor jullie beiden hierin haalbaar is. Soms is het goed om dit moment even uit te stellen. Dit kan naar de patiënt ook worden uitgelegd als een periode waarin iemand zichzelf de tijd moet gunnen om 'bij te komen' en te 'herstellen' en de adrenaline weer tot normaal niveau te laten zakken.

1E: Het opstellen van het behandelplan

In deze fase is het van belang om keuzes te gaan maken voor de behandeling: dit moet leiden tot een gezamenlijk behandelplan, inclusief samenwerkingsafspraken (zie bijlage 7 van het werkboek). Daarin is ook opgenomen dat er elke drie maanden geëvalueerd wordt. Dit geeft de patiënt regie en ruimte om op zaken terug te komen, maar tot die tijd wel moet er wel wederzijds commitment zijn.

1E.1 Het voorbereiden van het behandelplan

- Kijk met de patiënt nog een keer terug naar wat de patiënt helpend acht in behandeling
- Kom tot overeenstemming wat betreft samenwerking, verwachtingen en verantwoordelijkheden
- Stel tijdens de CCT bijeenkomst de (nieuw) opgestelde crisisresponskaart definitief vast. Bespreek ook goed de rol van de naasten ten tijde van crisis.
- Bespreek de doelen die jullie geformuleerd hebben op basis van de CAN en het bijbehorende beleid om die doelen te bereiken
- Bespreek ook van welke andere partijen/hulpverleningsinstanties je patiënt hulp ontvangt en op welke manier dit kan bijdragen/bijdraagt aan het bereiken van zijn doelen. Wanneer er sprake is van belemmeringen in de samenwerking met andere partijen, bespreek dan op welke manier deze belemmeringen opgelost kunnen worden en wie daarin welke acties onderneemt. Neem, in overleg met de patiënt, eventueel vast contact op met de betrokken partijen ter voorbereiding op de CCT bijeenkomst.

Het volgen van de psychische conditie en welzijn

In Collaborative Care wordt er met vast regelmaat geëvalueerd hoe de patiënt er aan toe is. Het evalueren wordt gekoppeld aan de doelen die voor de patiënt belangrijk zijn. Dit doen wij om:

- Een beter beeld te krijgen van de psychische klachten
- De resultaten van de behandeling te meten
- De behandeling op basis van die resultaten te kunnen bijstellen

Aan het eind van elke afspraak vult de patiënt twee korte vragenlijsten in (Bijlage 5 en 6 uit het werkboek: Outcome Rating Scale en Session Rating Scale). Plan tijdens elke bijeenkomst ruimte in om de uitkomsten van deze vragenlijsten te bespreken.

Ook de zorgbehoeften zullen met een vaste frequentie opnieuw bekeken worden om zicht te houden of de behandeling nog aansluit bij problemen en zorgbehoeften.

Wanneer de patiënt besluit te willen werken aan lastige of ingrijpende problemen, zoals verslavend , zelfverwondend, agressief of suïcidaal gedrag, dan wordt dit zorgvuldig begeleid. Hiervoor zijn ook meetinstrumenten beschikbaar om (positieve of negatieve) veranderingen snel boven water te krijgen, zodat de behandeling hierop zonedig kan worden aangepast.

1E.2 Het vaststellen van het behandelplan in de Collaborative Care team bijeenkomst

Voor het Collaborative care team zijn de belangrijkste betrokkenen uitgenodigd:

- De patiënt
- diens naaste(n)
- jij als primair behandelaar
- de behandelverantwoordelijke
- eventuele andere belangrijke betrokken partijen

Het **doel** van deze bijeenkomst is het volgende:

Overeenstemming en afstemming bereiken voor een periode van drie maanden over de te volgen koers aangaande:

- (1) de samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken partijen en
- (2) de inhoud van de behandeling en ieders rol daarin.

Het **resultaat** van deze bijeenkomst is een vastgesteld behandelplan, waaraan alle partijen zich committeren.

UITVOERING

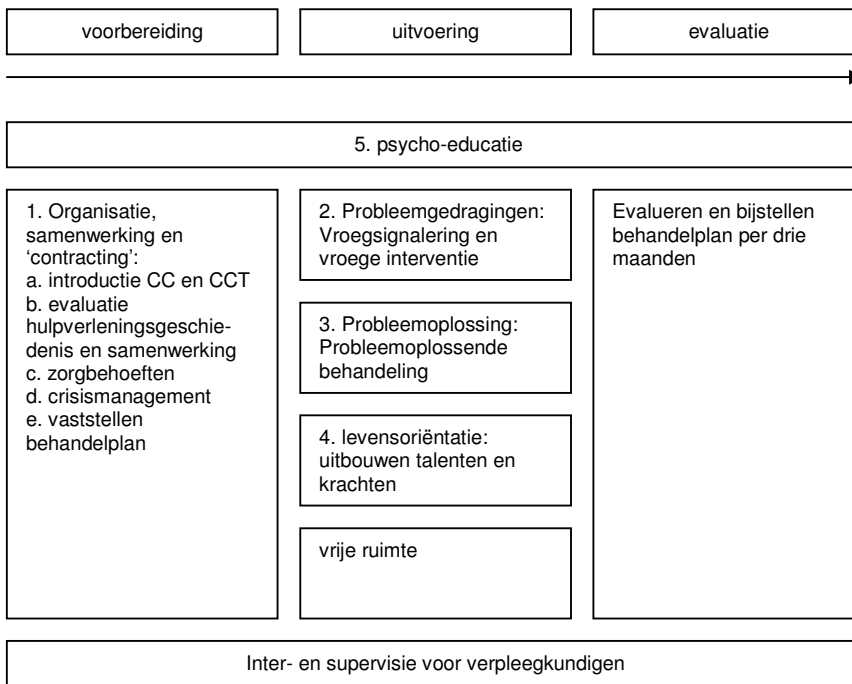
In de voorbereidingsfase (1a tot 1e) is er een behandelplan opgesteld waarin een aantal doelen is geformuleerd. De reikwijdte van die doelen kan zeer divers zijn en is individueel bepaald.

In de fase van uitvoering zullen in dit deel B vooral die kerninterventies worden toegelicht die van essentieel belang zijn binnen Collaborative Care.

Interventies die worden toegelicht zijn de volgende:

2. Vroegsignalering en vroege interventie
3. Probleemoplossende Behandeling
4. Levensoriëntatie:
5. Psycho-educatie

In het schema ziet dat er als volgt uit:



Hiernaast bestaat er een deel vrije ruimte om interventies in te kunnen zetten die nodig zijn om doelen te behalen, maar die niet vallen onder de kerninterventies.

Professionaliteit: een balans tussen methodiek en creativiteit

Hoewel dus een aantal interventies is uitgewerkt, is je eigen professionaliteit en creativiteit nodig om een balans te vinden tussen de structuur die door het werkboek wordt aangeboden en dat wat er elke bijeenkomst haalbaar en nodig is om veilig te kunnen blijven werken aan de doelen die de patiënt zich gesteld heeft.

2. Probleemgedragingen: vroegsignalering en vroege interventie

Vroegsignalering en vroege interventie wordt ingezet voor verschillend probleemgedrag dat voor de patiënt risicovol en/of schadelijk is. Dit kan zich uiten in suïcidaal, terugkerend zelfverwondend, verslavend of agressief gedrag. Voor al deze probleemgedragingen is de methodiek van vroegsignalering en vroege interventie geschikt en voor al deze situaties kan een signaleringsplan worden opgesteld. In het vervolg worden deze verschillende probleemgedragingen geschaard onder de term risicovol gedrag.

2A. Voorbereiding

In gesprek met de patiënt

Probeer een open gesprek aan te gaan met de patiënt, waarin ruimte is om eerlijk en open met elkaar in gesprek te gaan over het risicovolle gedrag van de patiënt. Houd hierbij rekening met het reflectievermogen van de patiënt.

Wat is het probleem?

Het is belangrijk om met de patiënt te bespreken wat zijn of haar mening is ten aanzien van risicogedrag: Ervaart de patiënt het als een probleem? Waarom wel of waarom niet? Is er motivatie aanwezig om er gericht iets aan te doen, bijvoorbeeld via het werken met een signaleringsplan? Wat zou de patiënt concreet met het signaleringsplan willen bereiken?

Als de patiënt geen probleembesef heeft, probeer dan voorbeelden aan te halen van situaties waardoor de patiënt door zijn gedrag in de problemen kwam en die wellicht op een andere manier opgelost hadden kunnen worden. Of probeer voorbeelden aan te halen waarbij het voor jou als verpleegkundige duidelijk was dat de patiënt wél last had van de situatie waarin hij of zij risicovol gedrag vertoonde. Wat was er toen gebeurd? Was de patiënt geschrokken achteraf? Toon begrip voor de situatie en oordeel niet. Sommige patiënten hebben de neiging de oorzaken van problemen buiten zichzelf te leggen. Zeker bij agressiviteit willen patiënten de gevolgen nog weleens bagatelliseren. Probeer in het gesprek de patiënt ook zijn of haar eigen bijdrage aan het probleem te laten verwoorden.

Voor- en nadelen van risicovol gedrag

In de literatuur wordt beschreven dat risicovolle gedragingen ingezet worden als zelfbescherming en als copingstrategie om met spanning om te gaan. Ga na met de patiënt wat er gebeurt als er risicovol gedrag is opgetreden. Lukt het dan misschien wel om iets te bereiken wat de patiënt voor ogen had? Wat zijn de eventuele voordelen die de patiënt ondervindt? Wat voorkomt de patiënt door risicovol gedrag?

Bespreek ook nadelen van het gedrag. Wellicht eerst met een grapje: Misschien wordt de patiënt zelf wel heel moe van zijn gedrag en de gevolgen ervan. Na eerst een wat luchtiger manier van het bespreken, is het daarna wellicht mogelijk om dieper in te gaan op de nadelen van het risicovolle gedrag. Wat zijn de lange termijn gevolgen? Wat zijn de gevolgen voor (de relaties met) anderen?

Hoe schrikt het andere mensen af waardoor zij geen contact meer met hem/haar willen? Wat zijn de consequenties voor zijn of haar persoonlijke ontwikkeling?

Voorlichting over het werken met een signaleringsplan

Vervolgens is het belangrijk dat voorlichting gegeven wordt over de manier waarop het werken met een signaleringsplan kan bijdragen aan het beter omgaan met spanning en wanhoop. Bij het werken met een signaleringsplan staan twee activiteiten centraal:

1. Vroegsignalering

Bij vroegsignalering gaat het om twee aspecten:

(a) De onderkenning van *'uitlokkers'*.

'Uitlokkers' zijn factoren, veelal uit de omgeving van de patiënt, die het risicovolle gedrag kunnen uitlokken. Hierbij kan je denken aan associaties met gebeurtenissen uit het verleden, spanningsvolle situaties of andere aanleidingen.

(b) de onderkenning van *'signalen'*.

'Signalen' zijn gedachten, gedragingen en lichamelijke voortekenen die aan het risicovolle gedrag vooraf gaan en die als waarschuwingstekenen voor dit gedrag opgevat kunnen worden. Men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan negatieve gedachten ('iedereen is tegen mij' of 'niemand begrijpt mij'), aan spanninggevoelens of ongecontroleerd gedrag ('snel en onregelmatig heen en weer lopen').

In het werkboek zijn voorbeelden opgenomen van uitlokkers en signalen.

2. Vroege interventie

Het gaat hier om de activiteiten die bij dreigend risicovol gedrag kunnen worden ingezet om te voorkomen dat het feitelijke gedrag optreedt. Je kunt hier denken aan het zoeken naar afleiding, steun zoeken bij een vertrouwd iemand of het afreageren van spanningen. In bijlage 12 van het werkboek staan voorbeelden van acties die iemand kan doen in geval van oplopende spanning en wanhoop. Bij het opstellen van de crisisresponskaart zijn ook al acties geformuleerd die de patiënt kan uitvoeren wanneer de spanning en wanhoop hoog is opgelopen.

Uitlokkers en signalen maken gezamenlijk duidelijk wat er voorafgaande aan het gedrag gebeurt. De patiënt kan inzicht krijgen in zijn eigen proces van uitlokkers en signalen bij oplopende spanning en wanhoop, en op deze manier meer grip krijgen op zijn of haar eigen functioneren. Op basis hiervan kan voor alternatief gedrag worden gekozen om beter met spanningsvolle situaties, wanhoop en conflicten om te gaan.

Vertel dat door middel van het werken met het signaleringsplan de patiënt inzicht kan krijgen in zijn of haar eigen gedrag, en zo de nadelen van dit gedrag (zie boven) kan ondervangen. Het werken met een signaleringsplan biedt dus concrete voordelen voor de patiënt. Licht de principes van vroegsignalering en vroege interventie toe met voor de patiënt relevante voorbeelden. Wellicht kan de

patiënt zelf al voorbeelden geven van uitlokkers, signalen of vroege interventies waardoor risicovol gedrag in haar/zijn eigen situatie voorkomen kan worden.

Het signaleringsplan

Besprek vervolgens met de patiënt wat hij of zij wil en kan bereiken met het signaleringsplan. Een signaleringsplan kan helpen om situaties die tot risicovol gedrag kunnen leiden, vroegtijdig te onderkennen (vroegsignalering) en om te zoeken naar maatregelen om te voorkomen dat dit gedrag ontstaat (vroege interventie). De nadelen van dit gedrag kunnen hiermee voorkomen worden. “Als je eerder en beter weet wat je kunt doen als je een moeilijke situatie aan moet gaan... dan...”
In bijlage 13 van het werkboek kan je het uiteindelijke signaleringsplan invullen.

2B. Het opstellen van het signaleringsplan

Stap 1: Bepalen van de mate van risicovol gedrag

Een eerste stap om te komen tot inzicht in het proces van oplopende spanning of wanhoop is te bepalen in welke mate risicovol gedrag speelt.

Hiervoor hebben we een aantal meetinstrumenten. Afhankelijk van welk gedrag voor de patiënt van belang is, vult de patiënt de betreffende meetinstrumenten in.

De meetinstrumenten zijn opgenomen in het werkboek:

Suïcidaal gedrag : bijlage 8

Zelfbeschadigend gedrag : bijlage 9

Alcohol en/of drugsmisbruik :

zie tests op www.alcoholdebaas.nl of <http://www.drugsondercontrole.nl/410/Zelftest-drugs.html>

Agressie : bijlage 10

Monitoring van het probleemgedrag

Dezelfde meetinstrumenten kunnen ook gebruikt worden om het probleemgedrag in de loop van de behandeling te monitoren. Vraag de patiënt of hij/zij het voor hem van toepassing zijnde meetinstrument maandelijks wil invullen. Bespreek de resultaten en pas evt. het signaleringsplan aan.

Stap 2: het G-schema

Een G-schema is een goed hulpmiddel om terug te kijken op situaties waarin is overgegaan tot risicovol gedrag: de patiënt heeft zichzelf beschadigd, heeft een suïcidepoging gedaan, teveel drugs of drank gebruikt of is agressief geweest. Het schema maakt het verband zichtbaar tussen uitlokkers en signalen die onderdeel uitmaken van het proces van risicovol gedrag. De patiënt beschrijft hoe een bepaalde **G**ebeurtenis (uitlokker) bepaalde **G**evoelens, **G**edachten en **G**edrag (signalen) oproept. Tot slot beschrijft de patiënt ook het **G**evolg ervan: dit zou kunnen zijn dat de spanning erg opliep wat leidde tot het risicovolle gedrag. Je zult vermoedelijk de patiënt de eerste paar keer moeten helpen om de gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en gedragingen te ontrafelen. Probeer hierbij zo gedetailleerd mogelijk te zijn en verwijst hierbij naar bijvoorbeeld negatieve automatische gedachten zoals die in het psycho-educatie gedeelte in het **werkboek (p. 33)** zijn opgenomen.

Vul het 5G-schema (Bijlage 11 van het werkboek) minimaal drie keer in nadat het 'mis' is gegaan. Dit hoeft niet meteen, het kan ook op een later tijdstip wanneer de patiënt eraan toe is. Wacht er echter niet te lang mee, omdat de patiënt dan misschien weer dingen vergeten is.

Dit kan als huiswerkopdracht, maar jullie kunnen het ook samen doen tijdens de bijeenkomsten.

Vul het 5G-schema ook eens in wanneer het juist goed is gegaan om te zien hoe het gelukt is het proces om te buigen.

Stap 3: Inventarisatie van uitlokkers en signalen

Uitlokkers

De eerste stap bij het opstellen van een signaleringsplan is om samen met de patiënt en mensen uit de omgeving vast te stellen welke uitlokkers regelmatig vooraf gaan aan risicovol gedrag. Wat gebeurt er meestal vooraf? Waar kan de patiënt gespannen of wanhopig van worden? Wat ontregelt hem of haar?

Volg bij de inventarisatie van uitlokkers de volgende stappen:

1. Leg nogmaals aan de patiënt uit wat er precies bedoeld wordt met uitlokkers: 'uitlokkers' zijn factoren, veelal uit de omgeving van de patiënt, die het risicovolle gedrag uitlokken. Licht dit toe met een aantal voorbeelden. Bijvoorbeeld:
Soms worden mensen boos omdat hen iets geweigerd wordt;
Soms worden mensen verdrietig omdat ze in een bepaalde situatie terechtkomen die herinneringen oproept aan vervelende gebeurtenissen van vroeger;
Soms worden mensen gefrustreerd omdat ze steeds ruzie krijgen met de mensen om zich heen;
Soms worden mensen wanhopig omdat ze geen toekomstperspectief meer zien.
2. Bespreek samen met de patiënt wat voor hem of haar specifieke uitlokkers zijn die risicovol gedrag uitlokken. Gebruik recente incidenten van deze patiënt als voorbeeld om de uitlokkers te achterhalen.
3. Huiswerkopdracht: overweeg de mogelijkheid om de patiënt als huiswerkopdracht mee te geven om gedurende een week op zoek te gaan naar specifieke uitlokkers. Het doel hiervan is dat de patiënt zich bewuster wordt van situaties die risicovol gedrag uitlokken. Laat de patiënt deze ook opschrijven en meenemen naar de volgende bijeenkomst.
4. Bepaal welke uitlokkers opgenomen zullen gaan worden in het signaleringsplan. Noteer de relevante uitlokkers voor deze patiënt in het signaleringsplan (bijlage 13 van het werkboek).

5. Bedenk samen met de patiënt hoe hij of zij kan omgaan met die uitlokkers. Wat kan hij of zij zelf doen? Bijvoorbeeld bepaalde uitlokkers vermijden, of hulp vragen etc. Noteer deze oplossingen in het signaleringsplan.

Signalen

Een volgende stap is om samen met de patiënt en met mensen uit zijn of haar omgeving te onderzoeken welke signalen te onderkennen zijn vlak voordat risicovol gedrag optreedt. Wat denkt en voelt de patiënt bij dreigend risicovol gedrag? Hoe gedraagt de patiënt zich?

Volg bij de inventarisatie van vroege voortekenen de volgende stappen:

1. Leg nogmaals uit wat er precies bedoeld wordt met 'vroege voortekenen': 'Vroege voortekenen' zijn gevoelens, gedachten, gedragingen en lichamelijke signalen die aan het gedrag vooraf gaan en die als waarschuwingstekenen voor dit gedrag opgevat kunnen worden. Soms helpt het om de patiënt te vragen wat anderen zien als signalen. Licht deze definitie toe met een aantal voorbeelden:
 1. De patiënt voelt zich bedreigd en in het nauw gedreven.
 2. De patiënt denkt: 'Iedereen is tegen me!'
 3. De patiënt gaat meer transpireren.
 4. De patiënt slaapt slechter vanwege toenemend piekeren.
2. Bespreek samen met de patiënt wat voor hem of haar specifieke signalen zijn van risicovol gedrag. Maak hierbij het onderscheid tussen gevoelens, gedachten, gedragingen en lichamelijke voortekenen. Gebruik recente situaties van deze patiënt als voorbeeld om deze signalen te inventariseren. Het eerder toegelichte G-schema kan hierbij helpen. Maak ook gebruik van het overzicht in het **werkboek (p. 20) waarin** een aantal voorbeelden van uitlokkers en signalen zijn opgenomen.
3. Huiswerkopdracht: overweeg de mogelijkheid om de patiënt als huiswerkopdracht mee te geven om gedurende een week op zoek te gaan naar specifieke signalen. Het doel hiervan is dat de patiënt zich bewuster wordt gedachten, gevoelens, gedragingen en lichamelijke voortekenen die aan het risicovolle gedrag vooraf gaan. Laat de patiënt ook dit opschrijven en meenemen naar de volgende bijeenkomst.
4. Bepaal welke signalen opgenomen gaan worden in het signaleringsplan. Het gaat hier om de signalen die naar jullie oordeel het meest herkenbaar zijn bij oplopende spanning en wanhoop die leidt tot risicovol gedrag. Noteer deze in het signaleringsplan (bijlage 13 van het werkboek).

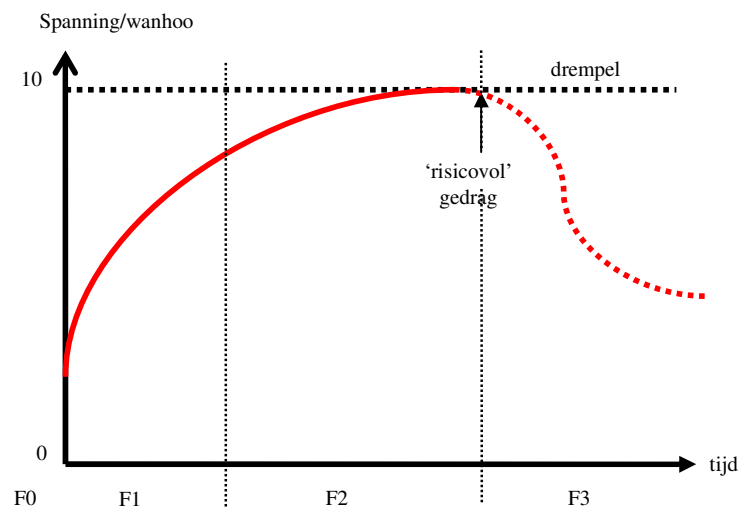
Stap 4: Het signaleringsplan

(zie bijlage 13 van het werkboek)

De volgende stap is nu om de geïnterpreteerde signalen op een overzichtelijke wijze te vertalen naar het signaleringsplan. We willen hiermee inzichtelijk maken hoe het proces van oplopende spanning en wanhoop ontstaat: van het moment dat de patiënt rustig en stabiel is, tot het moment dat er (ernstig) risicovol gedrag plaatsvindt. Dit proces is globaal geschetst in figuur 1. Op de horizontale as staat de tijd die verloopt vanaf het moment dat spanning begint op te lopen tot het moment van risicovol gedrag; afhankelijk van de situatie varieert deze tijd van seconden tot dagen. De ernst van de spanning wordt op de verticale as aan gegeven tussen 0 ('geen spanning') en 10 ('maximale spanning').

In het signaleringsplan gebruiken we vier fasen van F0 tot F3.

- F0 - er is niets aan de hand en u voelt zich goed
- F1 - een bepaalde gebeurtenis lokt gevoelens en gedachten uit die maken dat u zich gespannen of wanhopig voelt
- F2 - de spanning of wanhoop neemt steeds verder toe totdat de drempel is bereikt en u moet 'handelen'
- F3 - door het 'handelen' vermindert de spanning of wanhoop voor een bepaalde tijd



Figuur 2. Oplopende spanning en risicovol gedrag: een golfbeweging.

Op basis van de eerder beschreven signalen (onder stap 3) vul je de eerste kolom van het signaleringsplan in. Deze kolom heeft als kop 'Signalen'. Volg hierbij de volgende stappen:

Fase 0: *er is niets aan de hand en u voelt zich goed*

In deze fase beschrijft de patiënt hoe hij/zij zich gedraagt wanneer hij/zij zich stabiel en rustig voelt.

Soms helpt het ook om te bedenken wat anderen aan de patiënt zien, wanneer die zich stabiel en rustig voelt. Beschrijf ook de dingen die goed gaan en die geen spanning geven.

Deze fase is geschikt om acties uit te voeren gericht op nabije toekomstwensen. Bijvoorbeeld oefenen met situaties die moeilijk zijn, maar ook belangrijk. Een voorbeeld van een actie zou kunnen zijn dat de patiënt een vriend(in) belt met het voorstel om samen te sporten of een vakantie te plannen.

Fase 1: *een uitlokker veroorzaakt spanning of wanhoop*

Beschrijf in deze fase welke gedachten, gevoelens en gedrag de patiënt ervaart, wanneer een

uitlokker spanning of wanhoop veroorzaakt. Waaraan merkt hij/zij zelf dat spanning oploopt of dat

hij/zij zich wanhopig gaat voelen en waaraan kunnen mensen in de omgeving dit zien/herkennen. In

deze fase kan de patiënt vervolgens acties formuleren die helpen te anticiperen op de uitlokker(s) en

te reageren op de eerste signalen van oplopende spanning of wanhoop die de patiënt waarneemt.

Soms is de uitlokker niet helemaal duidelijk, maar kent de patiënt de signalen wel goed. Ook dan

kunnen acties geformuleerd worden.

Fase 2: *toename van spanning, wanhoop en signalen → risicovol gedrag dreigt*

Wanneer de spanning of wanhoop en de spanning verder oploopt, zijn er vaak ook meer en andere

signalen zichtbaar. Beschrijf deze samen met de patiënt in gedrag waarin deze zichzelf herkent in

deze fase. In deze fase kunnen acties worden opgenomen die snel en direct de spanning of wanhoop

verminderen. De drang tot risicovol gedrag kan in deze fase immers al fors zijn opgelopen. Om

energie te ontladen werken fysiek inspannende acties vaak goed. Denk ook aan de acties die op de

crisisresponskaart staan.

Fase 3: *terugkomen in rustiger vaarwater*

Het kan natuurlijk voorkomen dat er toch is overgegaan tot risicovol gedrag. Het is belangrijk ook voor

deze fase acties op te nemen in het signaleringsplan, om te zorgen dat de patiënt niet opnieuw in een

spanningsvolle situatie terecht komt. Noteer op welke manier de patiënt iemand kan bereiken.

Beschrijf ook hoe de patiënt zich voelt, welke gedachten hij/zij heeft en welk gedrag zichtbaar is. Laat

de patiënt vervolgens bedenken welke acties zouden helpen om zich weer prettiger te doen voelen.

Wat helpt bijvoorbeeld gevoelens van schaamte te verminderen, hoe kunnen mensen de patiënt het

beste benaderen?

Zorg er bij de uitwerking van dit schema voor dat de eerder geïnterviewde signalen goed worden

verwerkt en dat er een goede opbouw in het signaleringsplan zit: van stabiel, via oplopende spanning

en wanhoop, naar dreigend risicovol gedrag tot de periode om weer tot rust te komen.

Laat de patiënt de uitlokkers en signalen in concrete termen beschrijven, zodat anderen direct kunnen begrijpen wat er wordt bedoeld. Dus niet: 'ik ben verbaal agressief', maar: 'Ik ga harder praten en ga anderen bedreigen en uitschelden'.

Stap 5: Acties

De volgende stap is om samen met de patiënt acties vast te stellen die uitgevoerd kunnen worden op het moment dat de patiënt geconfronteerd wordt met uitlokkers die risicovol gedrag uitlokken of wanneer signalen optreden. In bijlage 12 van het werkboek zijn voorbeelden van acties opgenomen.

Een vertrouwde naaste

Leg allereerst vast met wie de patiënt eventueel contact op kan nemen bij confrontatie met uitlokkers of, indien signalen optreden. Noteer dit in het signaleringsplan. Bespreek de situaties waarin de patiënt contact met anderen opneemt voor het verkrijgen van ondersteuning.

Acties

Nadat de signalen en uitlokkers zijn geïnventariseerd, kunnen we bepalen welke acties hierop kunnen volgen gericht op het voorkomen van risicovol gedrag. Er worden acties beschreven die de patiënt zelf kan uitvoeren en eventueel acties die door belangrijke anderen kunnen worden uitgevoerd. Tevens worden acties beschreven die juist **niet** ondernomen moeten worden omdat deze spanning en wanhoop alleen maar doen toenemen. Formuleer de 'niet acties' positief. Dus niet: 'Ik wil niet aangeraakt worden' maar: 'ik hou afstand van anderen en anderen houden afstand van mij'. De acties worden bepaald naar aanleiding van de spanning of ernst van de situatie.

1. Wat kan de patiënt zelf doen om zijn eigen spanning of wanhoop in fase 1 te reduceren? Welke copingstrategieën hebben in het verleden gewerkt of zullen in de toekomst werken? Denk hierbij bijvoorbeeld aan het vermijden van bepaalde situaties, muziek luisteren en dergelijke. Vul het in in het signaleringsplan.
2. Wat kunnen mensen in de omgeving (vrienden en familie) in fase 1 doen? Welke acties zijn in het verleden effectief gebleken? Denk hier bijvoorbeeld aan het aanbieden van een gezamenlijke rustige activiteit, of juist even afstand nemen. Vul het in in het signaleringsplan.
3. Hetzelfde kan nu ingevuld worden voor fase 2 en 3.

Crisis

In fase 2 is er sprake van crisis. Hiervoor is eerder ook al een crisisresponskaart opgesteld. Wijs de patiënt hierop en verwijst hiernaar in het signaleringsplan. Denk hierbij ook aan de eventuele BOR-constructie.

Verspreiding

Bespreek met de patiënt wie er een afschrift krijgen van het signaleringsplan, dit kunnen belangrijke naasten zijn en bijvoorbeeld de huisarts. Het wordt ook opgenomen in het EPD. Naasten zijn hiermee ook op de hoogte van de acties die ondernomen kunnen worden indien er uitlokkers en signalen optreden. Bespreek de uiteindelijke versie van het signaleringsplan met deze personen in het Collaborative Care team en stel vast wat hun ondersteunende bijdrage kan zijn bij het werken met het signaleringsplan.

3. Probleemoplossende behandeling (problem solving treatment = PST)

PST is een korte en praktische behandeling voor psychische klachten, oorspronkelijk ontworpen voor gebruik in de eerstelijns zorg. Binnen PST gaat de patiënt aan de slag met alledaagse problemen. Het is de bedoeling de patiënt te ondersteunen bij het oplossen van problemen, maar vooral om deze meer vaardigheden aan te leren zodat hij/zij in de toekomst weer een gevoel van controle over zijn/haar functioneren krijgt.

Doelen van PST

De nadruk van PST ligt op het opbouwen van probleemoplossende vaardigheden. Gedurende de behandeling zijn de verpleegkundige en de patiënt bezig met de vier belangrijkste doelstellingen:

1. Het creëren van meer succeservaringen, waardoor de patiënt sterker het gevoel krijgt controle te hebben over zijn of haar problemen. Hiermee wordt het zelfvertrouwen in het eigen vermogen om problemen op te lossen vergroot. Na het leren van de techniek van PST is de patiënt in staat om beter om te gaan met problemen in de toekomst en is hij of zij daarmee in staat gesteld om emotionele stress te verminderen.
2. Leren dat er een relatie is tussen de huidige klachten/symptomen en dagelijkse problemen. Inherent aan deze doelstelling is het begrip dat deze problemen een onderdeel zijn van het dagelijks leven, en dat een effectieve oplossing van dit soort problemen het functioneren van de patiënt zal verbeteren.
3. Het vergroten van de mogelijkheid van de patiënt om zelf tot een goede probleemdefinitie te komen. De verpleegkundige benadrukt het belang van het maken van concrete en realistische doelen op basis van deze probleemdefinitie .
4. Het leren van een specifieke manier voor probleemoplossing, zodanig dat de patiënt dit op een gestructureerde manier kan doen. De verpleegkundige introduceert specifieke vaardigheden die de patiënt toepast op dagelijkse problemen.

Duur van de cursus

De cursus bestaat meestal uit zes sessies. Het eerste gesprek duurt ongeveer een uur. Daarna duren de sessies per keer ongeveer 30 minuten. Mocht het zo zijn dat een patiënt meer ondersteuning nodig heeft bij het uitvoeren van PST en dat huiswerkopdrachten soms te hoog gegrepen zijn, dan bestaat de mogelijkheid om PST zoals hier omschreven, aan te passen aan de capaciteiten van de patiënt.

Stadia

Tijdens elke sessie PST worden 7 stadia doorlopen. Deze worden hieronder uitgebreid beschreven:

1. Verkenning en heldere omschrijving van het probleem
2. Stellen van een realistisch doel
3. Genereren van zoveel mogelijk potentiële oplossingen (brainstormmethode)
4. Het overwegen van de voor- en nadelen van elke mogelijke oplossing
5. Het kiezen van de oplossing die het beste past

6. Implementatie van de gekozen oplossing (het maken van een actieplan).
7. Het evalueren van de voortgang (nadat de oplossing is geïmplementeerd).

Stadium 1

Verkenning en heldere omschrijving van het probleem

In het behandelplan zijn doelen opgenomen die gebaseerd zijn op de CAN. Bij een aantal daarvan hebben we in het CCT bepaald dat deze zich lenen voor uitwerking via de probleemoplossende behandeling. Het is vaak handig als het eerste bij PST gekozen probleem niet een te grote emotionele belasting voor de patiënt met zich meebrengt. Anders bestaat het risico dat de drempel die een patiënt over moet om aan het probleem te werken te hoog is. De kans op een 'succeservaring' wordt dan kleiner.

Verderop in de behandeling kiest de patiënt steeds het probleem dat hij of zij tijdens die specifieke sessie aan bod wil laten komen, zelfs als een probleem uit een eerdere sessie nog niet volledig is opgelost. De keuze is aan de patiënt. Vaak is het probleem in het begin nog breed gedefinieerd en kan het beter in kleinere deelproblemen worden opgedeeld. Hierdoor wordt de succeskans groter.

De patiënt heeft altijd het laatste woord over het probleem dat tijdens de sessie aan bod komt. Wel kan de verpleegkundige waar nodig sturen. Als er eenmaal een probleem is gekozen, worden tijdens stadium 1 de volgende drie stappen gevolgd:

Stap 1: Het verkennen en verduidelijken van het probleem.

Stap 2: Het opsplitsen van grote problemen in kleinere en beter te hanteren deelproblemen.

Stap 3: Het verwoorden van het probleem op een heldere en objectieve manier.

Stap 1: Het verkennen en verduidelijken van het probleem.

PST staat of valt met een heldere en de patiënt aansprekende probleemstelling. Als het probleem niet goed verkend is, bestaat het risico dat de patiënt er ontoereikende of zelfs irrelevante oplossingen voor bedenkt. Ook kunnen soms problemen tijdens de vervolgstadia ontstaan. In dat geval keren de verpleegkundige en de patiënt terug naar stadium 1 om het probleem opnieuw te definiëren. Dit kost echter veel tijd, dus is het belangrijk om dit te voorkomen door goed stil te staan bij de probleemverkenning.

Daarbij kunnen we ons een tweetal zaken afvragen. Als *eerste*: wat is een probleem nu eigenlijk? Per definitie is een probleem een situatie waarin de gewenste gang van zaken afwijkt van de huidige gang van zaken en waarbij een of ander obstakel in de weg staat.

Vaak zullen patiënten een probleem beschrijven (bijvoorbeeld een rommelige en volgepropte kast) dat zij nog niet hebben aangepakt, zonder dat er sprake is van een duidelijk obstakel (ze zijn er bijvoorbeeld gewoon nog niet aan toe gekomen). In zo'n geval is er eigenlijk geen sprake van een probleem dat relevant is voor PST. Het is prima om de patiënt dan toch te helpen om tot een plan van

aanpak te komen, maar hiervoor hoeven niet alle 7 stadia doorlopen te worden. Dergelijke situaties kunnen doorgaans snel behandeld worden tijdens het begin van de sessie, zodat er voldoende tijd overblijft om de PST-sessie te gebruiken voor een meer relevant probleem.

De *tweede* (maar zeer belangrijke) vraag is: in welke mate heeft de patiënt controle over het probleem? 'Het hebben van een echtgenoot die teveel drinkt', is geen definitie van een hanteerbaar probleem. De patiënt heeft geen directe controle over het drinkgedrag van zijn of haar partner. 'Niet weten wat ik kan doen aan het drinkgedrag van mijn echtgenoot' is hanteerbaarder omdat de nadruk hiermee meer komt te liggen bij wat de patiënt kan doen.

Een van de positieve uitkomsten van PST is idealiter dat patiënten leren om onderscheid te maken tussen zaken waar ze wel controle over hebben en zaken waarbij dat niet het geval is. Aan de ene kant leert PST patiënten zich te ontworstelen aan chronische, frustrerende en depressief stemmende persoonlijke situaties, terwijl ze aan de andere kant leren zaken te accepteren die ze echt niet kunnen veranderen. Sommige patiënten leren dit mechanisme alleen al kennen doordat ze oefenen met PST, terwijl andere patiënten eerst een aantal mislukte pogingen moeten ondernemen voordat ze echt kunnen accepteren dat een probleem buiten hun sfeer van invloed ligt. Zulke leerervaringen kunnen grote invloed hebben op het vermogen van patiënten om oude vastgeroeste negatieve copingmechanismen te doorbreken.

Tijdens de probleemverkenning kan het helpen om de volgende vragen samen met de patiënt te overwegen:

- a) Wat maakt dit een probleem?
- b) Wanneer treedt het probleem op?
- c) Waar doet het probleem zich voor?
- d) Wie is/zijn betrokken bij het probleem?
- e) Hoe vaak doet het probleem zich voor?
- f) Wat heb je al geprobeerd om het probleem op te lossen?
- g) Kun je echt controle uitoefenen op dit probleem?

Stap 2: Het opsplitsen van grote problemen in kleinere en beter te hanteren deelproblemen.

Grote problemen blijken vaak te zijn samengesteld uit een aantal kleinere, maar toch duidelijk te onderscheiden, deelproblemen. Tijdens het verkennen van het probleem kan het voorkomen dat de patiënt zich niet bewust is van of niet voldoende waarde hecht aan de onderlinge verbondenheid tussen deze deelproblemen die samen het grotere overkoepelende probleem vormen.

Als deze deelproblemen niet worden onderscheiden kan een te vage probleemdefinitie ontstaan, waardoor het probleem niet goed kan worden opgelost. Een voorbeeld hiervan is een patiënte die aangaf dat ze problemen had met 'familiebanden'. Bij navraag bleek dat er een aantal verschillende problemen speelden. Ten eerste was ze boos op haar echtgenoot omdat deze vier avonden in de week niet thuis was. Ten tweede ervoer ze veel kritiek van haar moeder op de manier waarop zij het huishouden deed. Ten derde had ze de zorg op zich genomen voor haar chronisch zieke, ondankbare

zus. De verpleegkundige en de patiënt namen al deze deelproblemen zorgvuldig door en kozen er toen één om in eerste instantie aan te werken.

Ook als het probleem op zich duidelijk verwoord is, kan het zijn dat er naar verschillende deelaspecten gekeken moet worden. Een voorbeeld van zo'n probleem is 'geld sparen om Sinterklaascadeautjes te kopen'. Op zich is dit een helder en specifiek genoeg probleem. Het is echter mogelijk dat meerdere probleemgebieden aan dit probleem raken. Iemand's inkomen kan bijvoorbeeld te laag zijn. Tegelijkertijd kan iemand een te hoog uitgavenpatroon hebben. Er kunnen schulden zijn. En misschien is er onenigheid tussen de patiënt en zijn of haar partner over wat er met het geld gedaan moet worden. Het is dan nodig om elk van de probleemgebieden aan te pakken.

De belangrijkste boodschap van deze voorbeelden is dat problemen het best aangepakt kunnen worden als ze in kleinere, behapbare deelproblemen worden opgedeeld die tot duidelijke gedragsdoelen leiden. Hierdoor ontstaat een completer inzicht in alles wat bij het probleem meespeelt. Dit werkt een effectieve en efficiënte probleemaanpak in de hand.

Stap 3: Verwoord het probleem op een heldere en objectieve manier.

Bij PST vloeien alle volgende stadia voort uit de probleemdefinitie. Het is daarom erg belangrijk dat het probleem op een heldere en zo specifiek mogelijke manier wordt verwoord.

De probleemdefinitie moet verwijzen naar concreet gedrag.

Het belang hiervan mag niet worden onderschat. In het dagelijks leven definiëren mensen hun problemen vaak niet op een duidelijke manier. Probleemdefinities zijn vaak vaag en worden al helemaal niet uitgedrukt in concreet gedrag. 'Mijn dochter gedraagt zich niet respectvol ten opzichte van mij', is een voorbeeld van een te vage probleemdefinitie. Er wordt niet duidelijk wat de moeder kan doen om de situatie positief te beïnvloeden. De volgende probleemdefinitie geeft daarover meer duidelijkheid: 'Mijn dochter zegt dat ik mijn kop moet houden als ik haar vraag om iets te doen'. Deze probleemdefinitie is objectiever en wijst in de richting van gedrag dat gewijzigd kan worden (Overigens is het gedrag van de dochter misschien niet te wijzigen, maar het gedrag van de moeder ten aanzien van haar dochter wel. Dit komt bij de doelstelling uitgebreider aan bod).

Problemen die op een subjectieve of niet observeerbare manier worden verwoord, dienen te worden vermeden. Voorbeelden hiervan zijn problemen als 'laag zelfvertrouwen'. Het probleem met 'laag zelfvertrouwen' is, dat niet iedereen er dezelfde betekenis aan zal toekennen omdat het toch vooral verwijst naar iets dat zich 'binnen de persoon' afspeelt. Het is niet direct te observeren of te vertalen in concreet meetbaar gedrag. 'Laag zelfvertrouwen' kan anders worden verwoord. Het is bijvoorbeeld vaak gekoppeld aan het vermijden van andere mensen en het verzeild raken in een isolement. Een werkbare definitie van het probleem zou kunnen zijn: 'teveel tijd alleen doorbrengen' of 'het niet hebben van vrienden'. Met name 'teveel tijd alleen doorbrengen', verwijst naar gedrag en is misschien zelfs meetbaar.

Een ander voorbeeld van een niet productieve definitie is 'depressie', ook weer omdat de aandoening zich vooral binnen de persoon zelf afspeelt. Door te kijken naar de gevolgen ervan voor de patiënt kan naar een werkbare probleemdefinitie worden gezocht.

Depressie wordt bijvoorbeeld vaak in verband gebracht met uitval op het werk en het niet meer vervullen van de huishoudelijke taken. Een nieuwe definitie zou dan misschien kunnen luiden: 'teveel dagen niet naar het werk kunnen gaan' of 'het werken in de tuin laten versloffen'. Door het probleem concreter te verwoorden wordt het beter observeerbaar en meetbaar.

Als patiënten hun probleem op een erg subjectieve manier verwoorden, kan het vaak helpen om te vragen hoe het hun functioneren op het gebied van familie, werk en sociaal leven beïnvloedt. Een dergelijke vraag brengt het probleem terug in het domein van het 'hier en nu' en brengt praktische aspecten aan het licht die direct kunnen worden aangepakt.

Een andere strategie is de patiënt te vragen het probleem te visualiseren. De verpleegkundige vraagt de patiënt bijvoorbeeld zijn of haar ogen te sluiten en een plaatje van het probleem te maken. Wat ziet hij of zij dan? Het is niet mogelijk om zelfvertrouwen te visualiseren, maar het is wel mogelijk om een plaatje te bedenken van iemand die alleen thuis zit en door het raam een overwoekerde tuin ziet. Als iemand het probleem kan visualiseren, kun je er als verpleegkundige redelijk zeker van zijn dat het op een objectieve manier is verwoord en dat het mogelijk is om er met behulp van PST iets aan te doen.

Soms willen patiënten graag problemen bespreken die onderzoekers en verpleegkundigen meer als symptomen van een de stoornis zien. Voorbeelden hiervan zijn: slaapproblemen, gebrek aan energie en weinig motivatie. Hoewel deze symptomen problematisch zijn, zijn het geen objectieve alledaagse levensproblemen en zijn ze daarom niet bijzonder geschikt voor PST. Toch kan het goed zijn, zeker als de patiënt aandringt, om een symptoom te kiezen als probleemgebied; zeker als iemands functioneren door het symptoom wordt beperkt.

De probleemdefinitie kan dan ook beter in termen van functioneren dan van symptomen worden beschreven. Een laag energieniveau kan bijvoorbeeld iemands' vermogen verminderen om het huishouden te doen. In dat geval is het beter om het probleem te verwoorden als 'problemen met het doen van huishoudelijke taken' dan als 'een te laag energieniveau'. Een gebrek aan motivatie kan bijvoorbeeld in de weg gaan staan van het bezoeken van vrienden. Als de patiënt zijn of haar functionele beperkingen (bijvoorbeeld de problemen met betrekking tot huishoudelijke taken) kan aanpakken, zal de ervaren hopeloosheid minder heftig worden en zullen symptomen als 'een laag energieniveau' en 'weinig motivatie verminderen'.

Vraag

Sta even stil bij het volgende: de probleemstelling van de patiënt luidt 'mijn echtgenoot is chronisch ziek'.

Is dit een werkbare probleemstelling? Hoe zou je de probleemstelling anders kunnen verwoorden?

Stellen van een realistisch doel (SMART-doel)

Als het probleem helder en duidelijk geformuleerd is, volgt het stadium van het stellen van één of meerdere haalbare doelen. Hiervoor is het nodig duidelijk aan het licht te krijgen wat de patiënt precies aan het probleem veranderd wil zien. Wat wil de patiënt bereiken? Is dat haalbaar? Vaak is het behulpzaam om aan de patiënt de volgende vraag te stellen: 'Als het probleem er niet meer was, wat zou er dan veranderd zijn?' Dit stelt de patiënt in staat om een toekomstbeeld te visualiseren en vanuit dat punt terug te denken aan de stappen die nodig zijn om daar te komen (een beetje zoals je bij het uitzetten van een route op een landkaart ook het beste kunt beginnen bij het eindpunt van de reis).

De volgende vragen helpen om helder te krijgen wat in verband met de problemen van de patiënt een doel zou kunnen zijn:

- 1) Wat wilt u aan het probleem doen?
- 2) Wat wilt u veranderen aan het probleem?
- 3) Wanneer zou u zich beter voelen ten aanzien van het probleem?
- 4) Wat zou een verschil maken?
- 5) Waardoor zou u zich beter gaan voelen?

Met behulp van deze vragen kan de patiënt de overstap maken van het nadenken over het probleem naar wat hij of zij aan dat probleem wil doen. Als de patiënt heeft bepaald wat hij of zij wil veranderen aan het probleem, komt de nadruk te liggen op de haalbaarheid van het doel. Het is belangrijk om bij het beoordelen van de haalbaarheid zowel de balans tussen de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt (draagkracht-draaglast) in de gaten te houden, als het tijdspad waarin het doel gehaald moet worden.

Ook hier is het van belang, net als bij de probleemdefinitie, dat het doel helder geformuleerd wordt. Het doel moet echter niet zo gedetailleerd zijn dat maar één specifieke oplossing mogelijk is en het proces van oplossingen genereren voortijdig wordt afgebroken. Dat genereren van oplossingen gebeurt namelijk tijdens het volgende stadium van PST waarin het 'brainstormen' plaatsvindt. Als het doel niet helder geformuleerd is, bestaat het risico dat een stap in het proces wordt overgeslagen en het uiteindelijke resultaat minder goed is, dan het zou kunnen zijn!

Voor het probleem van 's avonds het huis niet uitkomen, formuleerde een patiënt als doel: 'één keer per week naar de bioscoop gaan'. Dit is weliswaar een helder doel maar nogal beperkt. Een ruimer gesteld doel is bijvoorbeeld: 'twee keer per week uitgaan, eenmaal alleen en eenmaal met iemand anders'.

Haalbare doelen zijn **SMART** doelen:

Specifiek - een heldere definitie van wat het doel is.

Meetbaar - het is eenvoudig vast te stellen of het doel wel of niet gehaald is.

hAalbaar - spreekt voor zich, maar zie voorbeeld hier onder (Achievable)

Relevant - het doel sluit aan bij het probleem.

Tijdgebonden - na een vooraf bepaalde tijd wordt gekeken of het doel gehaald is

Doelen die op het eerste gezicht SMART lijken, blijken dat bij nader inzien niet altijd te zijn. Een voorbeeld van een doel dat aan bijna alle criteria voldoet is: 'in de loop van de komende week 5 kilo afvallen'. Dit doel is specifiek, meetbaar, tijdsgebonden en kan voor de patiënt zeer relevant zijn. De vraag is echter of het doel ook haalbaar is. De patiënt heeft in ieder geval maar beperkte controle over het daadwerkelijke gewichtsverlies. Een beter doel zou kunnen zijn: 'het zoeken naar manieren om mijn vetconsumptie te verminderen' of 'meer bewegen'. Deze doelen verhogen de kans op een succeservaring omdat de patiënt er volledige controle over heeft. Of de kilo's er af vliegen of niet, het is in ieder geval gelukt om meer te bewegen.

Een risico bij het formuleren van SMART-doelen is dat het doel zo gedetailleerd wordt gesteld dat er geen ruimte meer is om te brainstormen over mogelijke oplossingen (stadium 3). Een voorbeeld hiervan is een patiënt die als probleem formuleerde dat ze geen zicht had op haar inkomsten en uitgaven in de komende maand. Zij wilde vervolgens als doel stellen dat ze zou gaan bezuinigen. Als de verpleegkundige niet had ingegrepen had het brainstormen alleen nog bestaan uit het benoemen van bezuinigingsmaatregelen. De verpleegkundige greep echter in en vroeg de patiënt of ze echt alle facetten van het probleem had overzien. Na enige denkwerk werd het doel opnieuw geformuleerd: 'informatie verzamelen die kan helpen de inkomsten en uitgaven in de komende maand beter te overzien'. Het oorspronkelijke doel (bezuinigen) werd daardoor slechts één van de mogelijke oplossingen. Andere oplossingen waren: een accountant zoeken, haar vader om hulp vragen en het halen van boeken over de huishoudelijke financiën in de bibliotheek. Deze opties waren over het hoofd gezien als het oorspronkelijke, te gedetailleerde doel was blijven staan.

Als het de patiënt tijdens het consult niet lukt een doel te formuleren bij een probleem, kan hij of zij dit ook thuis doen. Het kan hierbij helpen eventuele doelen eens te bespreken met vrienden of familie. Als een helder (SMART) doel is geformuleerd kan de verpleegkundige verder gaan met stadium 3 het genereren van potentiële oplossingen (brainstorm techniek).

Vraag

Is 'steviger in mijn schoenen staan' een SMART-doel? Hoe zou je dit SMART kunnen verwoorden?

Stadium 3

Genereren van zoveel mogelijk potentiële oplossingen (brainstormmethode)

Wanneer er eenmaal een haalbaar doel is gesteld, wordt de patiënt gevraagd om een scala aan potentiële oplossingen te bedenken. Dit gebeurt met de brainstormmethode. De veronderstelling hierbij is dat creativiteit de kans op het vinden van een creatieve oplossing verhoogt. Daarbij geldt: 'het eerste idee dat in je opkomt is niet altijd het beste'. Daarom is het belangrijk de patiënt erop te wijzen dat het de bedoeling is met behulp van de brainstormtechniek zoveel mogelijk oplossingen te bedenken. Potentiële oplossingen moeten niet te vroeg worden afgekeurd en verworpen, zelfs als ze in eerste instantie misschien belachelijk of onuitvoerbaar lijken. Patiënten leren nadenken over meerdere oplossingen helpt ze flexibeler te worden in hun kijk naar oplossingen voor problemen.

Als de patiënt een oplossing meteen beoordeelt (bijvoorbeeld door te zeggen: 'Maar dat is toch onmogelijk'), kan de verpleegkundige reageren door te zeggen: *'Ik merk dat u deze oplossing al meteen beoordeelt. Het is mogelijk dat we uiteindelijk besluiten deze oplossing niet te kiezen, maar dat doen we pas in het volgende stadium.'*

Benadruk de volgende belangrijke aandachtspunten. *Allereerst:* het aantal oplossingen is belangrijk. Hoe groter het aantal potentiële oplossingen, des te groter is de kans dat problemen met succes kunnen worden opgelost. *Ten tweede:* de patiënt moet zich vrij voelen om een aantal ideeën te combineren als dat praktisch lijkt en ook om gaandeweg nog ideeën te wijzigen en bij te stellen. *Ten derde:* het is belangrijk dat ideeën niet worden 'beoordeeld' voordat de patiënt klaar is met brainstormen. Dat heeft namelijk het risico dat misschien voortijdig van een wellicht succesvolle of innovatieve oplossing wordt afgezien. *Tenslotte:* als de patiënt grote moeite heeft met het bedenken van oplossingen, moedig hem of haar dan aan te bedenken hoe anderen zouden reageren op een dergelijk probleem, of vraag om expres eens een 'gekke' oplossing te bedenken. Deze depersonaliserende tactiek helpt geremde patiënten doorgaans zich er minder zorgen over te maken misschien domme oplossingen te bedenken en bevordert creatiever denken en effectiever brainstormen in de toekomst. Leg wel duidelijk uit dat het doel van deze exercitie 'veel oplossingen' is en niet 'gekke oplossingen'.

Om het brainstormen te vergemakkelijken stelt de verpleegkundige de volgende vragen en/of maakt de volgende opmerkingen:

- 'wat kunt u nog meer bedenken?'
- 'laat uw gedachten eens gaan'
- 'welke ludieke ideeën kunt u bedenken'
- 'oordeel niet te snel'
- 'laat alle voorzichtigheid eens varen'
- 'wat zou je beste vriend/partner/moeder/baas zeggen?'

Opmerkingen als 'kunt u nog iets anders bedenken?' en 'hebt u nog andere ideeën?'

kunnen beter worden vermeden, omdat daarop gesloten antwoorden kunnen volgen zoals 'nee', en er abrupt een einde komt aan het proces van brainstormen. Een andere nuttige techniek (ontwikkeld

door Nezu, Perri e.a, 1989) staat bekend als de 'Baksteen Techniek'. Aan de patiënt wordt gevraagd zoveel mogelijk toepassingen van een baksteen te bedenken. Patiënten beginnen altijd met het meest voor de hand liggende gebruik, namelijk bouwen van een huis, garage, etc. De verpleegkundige vraagt vervolgens of de patiënt de baksteen ook kan gebruiken om een ruitje in te slaan als hij of zij buitengesloten is, of om een raam open te houden, of om zich te verdedigen wanneer hij/zij wordt aangevallen in een nauw steegje. Deze oefening helpt patiënten 'buiten hun eigen denkkader' - in het Engels 'outside of the box' - te leren denken. Hierdoor hebben zij snel door dat het niet behulpzaam is als zij zich beperken tot de gebruikelijke manieren van denken.

Met name tijdens de eerste sessies kijken patiënten vaak naar de verpleegkundige op het moment dat er oplossingen bedacht worden. Patiënten vragen vaak: 'Wat denkt u dat er moet gebeuren?' Vaak denken ze op dat moment nog erg negatief over hun mogelijkheden om verschillende nieuwe oplossingen te bedenken. De verleiding voor de verpleegkundige is dan groot om de patiënt ideeën aan te gaan reiken. Dit is echter nooit een goed idee. Ten eerste krijgt de patiënt hierdoor de boodschap dat hij of zij afhankelijk is van de verpleegkundige voor het oplossen van zijn of haar problemen. Ten tweede neemt het de voldoening bij de patiënt weg dat hij/zij zelf effectieve copingstrategieën kan bedenken. Ten derde ontwikkelt de patiënt hierdoor geen nieuwe vaardigheden.

Gelukkig zijn er verschillende manieren om dit te ondervangen. De eerste en meest voor de hand liggende manier is de patiënt te vertellen dat het jouw taak als verpleegkundige is om hem/haar nieuwe vaardigheden bij te brengen en dat het zijn/haar taak is om problemen, doelen en oplossingen te bedenken. De patiënt is immers zelf degene die het beste weet welke oplossingen relevant zijn voor zijn/haar leven. De verpleegkundige kan feitelijk alleen oplossingen bedenken die voor hem- of haarzelf relevant zijn. Een andere manier is het laten vallen van stiltes. Een bekend gezegde luidt niet voor niets 'geen woorden maar daden'. Als de patiënt zich realiseert dat de verpleegkundige de kolen niet voor hem/haar uit het vuur gaat halen, wordt vaak snel duidelijk hoe het model werkt.

Als niets lijkt te werken, kan de verpleegkundige de patiënt ook nog vragen of hij iemand anders kent die ook met dit probleem heeft geworsteld. Hoe heeft die persoon het aangepakt? Ook oplossingen die niet bleken te werken mogen worden genoemd. Dat lijkt en beetje vreemd, maar het is belangrijk je daarbij te realiseren dat de patiënt waarschijnlijk een enigszins vertekend beeld heeft van wat een succesvolle oplossing is.

In ieder geval zijn veel mensen het niet gewend om oplossingen op een systematische manier te evalueren. Het is daarom wel degelijk mogelijk dat een onderdeel van een oplossing die eerder niet effectief leek, na enige discussie toch werkbaar blijkt te zijn. In ieder geval helpt deze oefening de patiënt om te brainstormen zonder alle oplossingen al bij voorbaat als kansloos te bestempelen.

De laatste strategie die hier aan bod komt, is het problematiseren van het brainstormen op zich. Brainstormen is een essentieel onderdeel van PST. Het is daarom prima om hier wat extra tijd voor in

te ruimen. De verpleegkundige kan hierbij vragen stellen als: 'Waar zou je normaal gesproken ideeën vandaan halen om dit probleem op te lossen?', en 'Wie zou je om raad vragen?', en 'Hoeveel weet je al van alles wat er over dit probleem te weten valt?'

Vraag

Bij het brainstormen zegt de patiënt: "Wat denk jij dat ik moet doen?" Hoe kun je hier als verpleegkundige goed op reageren?

Stadium 4

Het overwegen van de voor- en nadelen van elke mogelijke oplossing

Als de patiënt een scala aan potentiële oplossingen heeft bedacht, leert de verpleegkundige de patiënt hoe hij/zij op strategische wijze deze tegen elkaar af kan wegen. De patiënt denkt daarbij na over de voor- en nadelen van elke potentiële oplossing.

Effectieve oplossingen zijn oplossingen waarmee niet alleen het probleem wordt opgelost maar waarbij ook de kans op een negatieve uitkomst voor de patiënt of anderen in zijn omgeving zo klein mogelijk is. Net zoals bij het brainstormen is het belangrijk eventueel commentaar 'open' te formuleren, bijvoorbeeld als volgt: 'wat zijn de nadelen van..?' Dit impliceert dat er altijd wel enkele voor- en nadelen zijn.

Bij het begin van de PST-behandeling worden de voor- en nadelen bij voorkeur tijdens de sessie besproken. Als de patiënt dit stadium goed onder de knie heeft kan het echter een goed idee zijn hem of haar te vragen thuis de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Hierdoor is er tijdens de sessie meer tijd om ingewikkelde problemen te behandelen of aan meerdere problemen te werken. De patiënt wordt voor elke potentiële oplossing aangemoedigd te overwegen of deze oplossing:

- een belangrijke impact heeft op het probleem;
- voor- of nadelen heeft met betrekking tot de tijdsinvestering, de moeite die het kost, maar ook financieel of emotioneel;
- positieve of negatieve gevolgen kan hebben voor vrienden of familieleden van de patiënt;
- hoogstwaarschijnlijk ook echt goed kan worden uitgevoerd.

Men kan alleen een goed gewogen keuze maken als de voor- en nadelen van de mogelijke oplossingen tegen elkaar zijn afgewogen. Het kan helpen een oplossing met duidelijke voor- of juist nadelen te kiezen als vergelijkingsmateriaal voor de patiënt. Je kunt de patiënt dan vragen waarom hij of zij deze wel of juist niet zou kiezen. Dit maakt het proces van afwegen inzichtelijker.

Hiermee hangt samen dat het indelen van voor- en nadelen in goed versus slecht enigszins gemaakt aandoet. Het menselijke beslissingsproces is toch vaak ingewikkelder. Een betere vraag dan of het om een goede of slechte oplossing gaat, is daarom: *'Is deze oplossing een stap in de juiste richting of werp ik hiermee juist een nieuw obstakel op?'*

In absolute zin zijn er geen goede of slechte oplossingen. Het is daarom van belang om oplossingen tegen elkaar af te wegen en een inschatting te maken in hoeverre een oplossing je vergeleken met andere oplossingen vooruit helpt.

Een voorbeeld hiervan is een vrouw met overgewicht die kan kiezen uit twee oplossingen: minder vet gaan eten of meer gaan bewegen. Beide oplossingen hebben voor- en nadelen. Beiden vergen een bepaalde inspanning, en bij beiden kleven er bepaalde kosten aan of is er hulp van derden nodig. Alleen door deze elementen met elkaar te vergelijken kan een betekenisvolle oplossing gekozen worden. Uiteindelijk is het mogelijk dat de oplossing met (in absolute zin) de meeste nadelen niet wordt afgewezen en dat de oplossing met het grootste aantal voordelen niet wordt gekozen, maar op deze manier komt wel de oplossing die de patiënt het meest vooruit helpt boven drijven.

Net zoals in het hele Problem Solving proces is het belangrijk dat de patiënt zijn of haar eigen voor- en nadelen in het evaluatieproces meeneemt. Er zijn echter twee uitzonderingen waarbij het de verpleegkundige is toegestaan zich in dit proces te mengen en informatie toe te voegen. De eerste uitzondering is wanneer de patiënt een belangrijke uiterst negatieve consequentie voor zichzelf of anderen over het hoofd dreigt te zien. Dit geldt zeker bij het risico op lichamelijke of psychische schade en als er sprake is van interpersoonlijke conflicten bijvoorbeeld met de partner of een collega. De tweede uitzondering geldt als de patiënt eerder al een voor- of nadeel heeft genoemd, bijvoorbeeld tijdens het brainstormen, maar dit nu weer vergeten lijkt te zijn. In dit geval is de patiënt zich er wel van bewust en wordt hij/zij er dus alleen aan herinnerd.

Vraag

Wat kun je het beste doen als de patiënt aangeeft geen voor- of nadelen te zien bij de verschillende oplossingen?

Stadium 5

Het kiezen van de oplossing die het beste past

Nadat de voor- en nadelen van elke potentiële oplossing bekeken zijn, kiest de patiënt één of meer voorkeursoplossingen. Idealiter, zorgt de gekozen oplossing ervoor dat het probleem wordt opgelost met zo min mogelijk persoonlijke en interpersoonlijke nadelen. Sommige patiënten vinden het aanvankelijk lastig om dit stadium zelfstandig uit te voeren. Ze blijven potentiële oplossingen herkauwen zonder er één te kunnen kiezen ofwel ze vergeten de eerder besproken belangrijke besluitvormingsrichtlijnen.

De verpleegkundige gebruikt zijn eigen gezonde verstand om te beoordelen of de gekozen oplossing voldoende impact heeft op het probleem en past bij het geformuleerde doel. Ook wil de verpleegkundige de patiënt niet overstelpen met taken die hij of zij niet aankan, maar aan de andere

kant wil men ook vermijden dat er een oplossing gekozen wordt die niet of nauwelijks aan de oplossing van het probleem bijdraagt, triviaal is of bijna beledigend is voor het gevoel van competentie van de patiënt.

Het is niet verstandig om een oplossing aan te moedigen alleen omdat deze oplossing gemakkelijk uitvoerbaar is. Alhoewel de uitvoerbaarheid zeker een factor is, is het belangrijkste criterium of met deze oplossing het doel wordt bereikt. Vaak is de gemakkelijkste oplossing niet de beste en kan deze ook beter niet op voorhand en los van andere oplossingen gekozen worden. Er mag immers ook een combinatie van meerdere oplossingen gekozen worden. Als een patiënt kiest voor een oplossing zonder de eerder geformuleerde voor- en nadelen voldoende af te wegen, wijst de verpleegkundige hem/haar hierop.

Hetzelfde geldt als een mogelijke oplossing over het hoofd gezien lijkt te worden, terwijl dit voor de verpleegkundige juist voor de hand liggend lijkt. De verpleegkundige vraagt dit dan na om er zeker van te zijn dat de patiënt de voor- en nadelen van deze oplossing wel heeft meegenomen toen hij/zij besloot deze niet te kiezen. Het is belangrijk dat de verpleegkundige controleert of de patiënt zich bewust is van het belang van en de methode van het afwegen van voor- en nadelen. Als dat onvoldoende het geval lijkt, bespreekt de verpleegkundige de methode nogmaals kort met de patiënt.

Vraag

De patiënt kiest een oplossing die je niet uitvoerbaar lijkt. Hoe wijs je hem/haar hierop?

Stadium 6

Implementatie van de gekozen oplossing (het maken van een actieplan).

Als er eenmaal gekozen is, worden de stappen geïdentificeerd en gepland die nodig zijn om deze oplossing uit te voeren. Hieruit volgt dan een gedetailleerd actieplan met specifieke data, tijden etc. Dit stadium helpt om te verzekeren dat 'goede voornemens' omgezet worden in vastomlijnde actiepunten. De uitvoering van de actiepunten is het 'huiswerk' voor de volgende week. De verpleegkundige kan vragen stellen als:

- 'wat moet er gedaan worden of verkregen worden?'
- 'waar moet dit gebeuren?'
- 'wie is er bij betrokken?'
- 'hoe moet het gebeuren?'
- 'wanneer is een goed moment om dit te doen?'

Zo koos een alleenstaande moeder ervoor om een vriendin mee uit eten te vragen. Ze identificeerde de volgende stappen:

- (1) Een vriendin bellen (net zo vaak bellen als nodig is om verzekerd te zijn van een datum voor volgende week); vanavond beginnen met bellen.
- (2) Een reservering maken in een restaurant (zo vaak bellen als hiervoor nodig is); vanavond beginnen met bellen.
- (3) Oppas bellen, indien niet beschikbaar zorgen voor een aanvullende lijst met oppassen (via vriendinnen).
- (4) Een afspraak maken bij de kapper; morgenvroeg meteen bellen.

De patiënt identificeert en kiest zelf stappen die bij hem of haar passen, maar de verpleegkundige waakt ervoor dat deze taken ook voldoen aan de eisen van de oplossing. Soms is het nodig de oplossing in eenvoudigere substapjes op te breken. Het kan af en toe nodig zijn terug te keren naar de oorspronkelijke probleemdefinitie en het hele proces opnieuw te beginnen. Dit onderstreept overigens het belang van een heldere probleemdefinitie en haalbare doelen aan het begin van de sessie. Er mag een nieuwe oplossing gekozen worden als de eerder gekozen oplossing van de patiënt een actie vereist waartoe hij of zij zich niet in staat voelt. Hiervoor keert men dan doorgaans terug naar stadium 4: het afwegen van de voor- en de nadelen.

Als het de patiënt eigenlijk aan vertrouwen ontbreekt maar hij/zij wil toch een specifiek actieplan doorzetten dan is het belangrijk de stappen heel gedetailleerd te beschrijven.

Zo kan bijvoorbeeld precies worden gespecificeerd wat de patiënt zal gaan zeggen, waar hij gaat zitten en hoe hij zich zal gedragen. De patiënt en de verpleegkundige kunnen daarvoor bijvoorbeeld een gesprek op het arbeidsbureau oefenen, of een discussie met de partner, of een telefoongesprek over een klacht met betrekking tot de telefoonrekening of iets dergelijks. Aan het eind van dit stadium kunnen zo duidelijke taken worden geformuleerd die uitgevoerd worden voorafgaand aan de volgende afspraak. Deze taken worden 'huiswerk' genoemd. Het is het beste deze taken te noteren en op schrift mee te geven aan de patiënt.

Er wordt vaak weinig tijd uitgetrokken voor het opstellen van het actieplan, omdat dit aan het eind van de sessie gebeurt. Dit is echter zonde, omdat het actieplan de uitkomst is van al het goede werk dat al aan dit stadium vooraf is gegaan. Het risico bestaat dat alle waarde van de sessie verloren gaat als de patiënt geen duidelijke huiswerkopdracht heeft. Het is daarom zeker de moeite waard om een paar extra minuten uit te trekken om een goed actieplan op te stellen.

Vraag

De gekozen oplossing is 'een sport kiezen en een eerste keer mee trainen'. Hoe zou het actieplan bij deze oplossing eruit kunnen zien?

Stadium 7

Het evalueren van de voortgang (nadat de oplossing is geïmplementeerd)

Stadium zeven vindt plaats aan het begin van de volgende sessie. Voorafgaand aan stadium zeven hoort de patiënt de taken die tijdens de vorige sessie als 'huiswerk' werden afgesproken, te hebben uitgevoerd, of in ieder geval een poging daartoe te hebben gedaan. De verpleegkundige vraagt naar het succes dat de patiënt met het huiswerk heeft behaald en prijst elke vooruitgang. Vervolgens bespreekt hij/zij eventuele problemen en moeilijkheden in de wetenschap dat patiënten vaak selectief letten op wat niet gelukt is. Daarom is het zo belangrijk elk succes, hoe klein ook, te prijzen echter zonder neerbuigend te worden. Bij succes zijn opmerkingen als 'goed gedaan', 'ik wist dat je het kon', etc. voldoende.

Hierop volgt de vraag welk effect dit succes heeft gehad op de symptomen van de patiënt. Door het verband tussen succes en symptoomreductie nogmaals te benadrukken, wordt het centrale idee achter het Problem Solving proces nog eens bekrachtigd.

Wanneer de verpleegkundige 'mislukkingen' bespreekt, is het belangrijk de patiënt te laten merken dat hij of zij vertrouwen heeft in zijn/haar mogelijkheden om de moeilijkheden die hij of zij is tegengekomen, effectief het hoofd te bieden. Hiermee zet de verpleegkundige de toon voor een positief gevoel ten opzichte van Problem Solving. Als de patiënt op moeilijkheden is gestuit, is het van belang dat naar de oorzaken hiervoor wordt gezocht.

Misschien is het nodig de doelen duidelijker te formuleren? Zijn de doelen wel realistisch? Zijn er nieuwe belemmeringen ontstaan? Zijn de implementatie stappen moeilijk uit te voeren? Zo ja, waarom? Is de patiënt wel echt gemotiveerd om aan dit probleem te werken?

De antwoorden op deze vragen vormen de leidraad voor het consult. Als het probleem eenvoudigweg te moeilijk is (meestal vanwege het feit dat de patiënt er niet genoeg controle over heeft), dan is het redelijk om op een ander probleem over te stappen, of om het doel te wijzigen en zich meer te richten op aspecten van het probleem waarover de patiënt meer controle heeft. Het is belangrijk daarbij te beseffen dat het doel van PST niet is om alle problemen in het leven van de patiënt op te lossen maar om die problemen te gebruiken om de patiënt een effectievere strategie voor probleem oplossen te leren.

Ten slotte, een belangrijke punt is dat een 'PST benadering' de patiënten in staat stelt een gevoel van controle over hun leven te krijgen. Hierdoor verandert de perceptie van al hun problemen, los van het feit of deze nu tijdens de sessies opgelost zijn of niet.

Als de patiënt zijn/haar 'huiswerk' niet heeft gedaan, kan dat ook betekenen dat hij of zij de centrale rol van huiswerk voor PST niet heeft begrepen. In dat geval benadrukt de verpleegkundige dat vorderingen gemaakt tussen de behandelingssessies in belangrijker zijn dan vooruitgang geboekt tijdens een sessie. Het belangrijkste mechanisme waarmee PST invloed uitoefent op iemands stemming is door middel van 'actie ondernemen' op problemen. Daarom is het ook zo belangrijk dat de verpleegkundige benadrukt dat doelen en oplossingen door de patiënt

zelf worden gekozen. De verpleegkundige bespreekt daarbij wel de haalbaarheid van de doelen en oplossingen met de patiënt. Als de patiënt met succes zijn of haar 'huiswerktaken' heeft afgerond kan, indien nodig, een nieuw probleem gekozen en besproken worden waarbij hetzelfde proces nogmaals wordt doorlopen.

Soms lukt het een probleem in één cyclus op te lossen (een cyclus bestaat uit alle zeven stadia van PST). Als dat niet het geval is, kan de patiënt ervoor kiezen door te werken aan hetzelfde probleem. Dan worden nieuwe doelen gesteld en nieuwe oplossingen gegenereerd. De patiënt kan er echter ook voor kiezen de techniek te gebruiken voor een heel ander probleem. Hoeveel cycli de verpleegkundige en de patiënt doorlopen hangt af van het vermogen van de patiënt om weer controle te krijgen over zijn of haar leven en in welke mate hij of zij in staat is om de geleerde vaardigheden zelfstandig toe te passen.

Vraag

De patiënt geeft aan dat er 'opnieuw niets van het actieplan terecht is gekomen'. Wat zijn mogelijke oorzaken van dit probleem en hoe is (misschien) te voorkomen dat dit weer gebeurt?

Samenvatting

Tijdens elke PST-sessie worden 7 stadia doorlopen:

1. Verkenning en heldere omschrijving van het probleem
2. Stellen van een realistisch doel (SMART-doel)
3. Genereren van zoveel mogelijk potentiële oplossingen (brainstormmethode)
4. Het overwegen van de voor- en nadelen van elke mogelijke oplossing
5. Het kiezen van de oplossing die het beste past
6. Implementatie van de gekozen oplossing (het maken van een actieplan).
7. Het evalueren van de voortgang (nadat de oplossing is geïmplementeerd).

Of een stadium succesvol kan worden doorlopen hangt af van het resultaat in de voorgaande stadia.

Stadium 7 komt pas vanaf sessie 2 aan bod. Dan wordt het resultaat van het door de patiënt uitgevoerde actieplan besproken. De patiënt kan dan kiezen om verder te werken aan hetzelfde probleem of om de zeven stappen bij een nieuw probleem toe te passen.

PST per sessie

Sessie 1

Tijd: 60 minuten

Benodigd materiaal:

1. Checklist sessie 1 (p.42)
2. CAN (zie werkboek voor patiënten bijlage 2)
3. PST-werkblad (werkboek bijlage 13)
4. Uitleg voor patiënten (zie werkboek p. 26)
5. Een extra PST-werkblad voor zelfstandige Problem Solving tussen de sessies door

Het doel in sessie 1 is om de behandeling en rationale van PST uit te leggen aan de patiënt en om een eerste probleem uit te werken. Dat laatste gebeurt tijdens het tweede half uur van sessie 1.

In het eerste half uur van sessie 1 komen de volgende zes punten aan bod:

1. Uitleg over de cursus

De verpleegkundige legt eerst de basis van de cursus uit. Dit kan bijvoorbeeld door te zeggen: *'Vandaag zullen we beginnen met de Probleemoplossende behandeling (PST). We zullen in totaal hier zes sessies aan besteden, inclusief deze. De tweede tot en met de zesde sessie zullen een half uur duren. Vandaag over een week zullen we elkaar weer ontmoeten, om er zeker van te zijn dat de behandelprocedure duidelijk is. Daarna zullen de sessies één keer per twee weken plaatsvinden. Iedere sessie zullen we de volledige PST-strategie toepassen op tenminste één probleem. Sommige problemen zullen volledig opgelost worden binnen één sessie. Andere problemen, over het algemeen de meer complexe problemen, zullen meer dan één sessie nodig hebben en zullen continue aandacht nodig hebben, ook na afronding van de PST. We zullen starten met de meer eenvoudige problemen om later te gaan kijken naar de meer complexe problemen. Het doel van PST is u de vaardigheden te leren om Probleemoplossende strategieën in de toekomst te gebruiken en daarmee meer controle te ervaren over problemen en uw leven, waardoor u zich beter zal gaan voelen. Heeft u hier vragen over?'*

De klachten/symptomen en dagelijks ervaren problemen kunnen gebruikt worden om de rationale van de behandeling uit te leggen (het effectief aanpakken van problemen leidt tot klachtenvermindering). Op dit punt is het van belang om discussie over problemen te vermijden.

2. De link tussen problemen en symptomen en de rationale voor PST.

Het succes van iedere therapeutische inspanning komt gedeeltelijk voort uit de mate waarin een patiënt de onderliggende didactiek en filosofie van de interventie begrijpt. Daarom is het van essentieel belang dat de verpleegkundige een volledige uitleg geeft van het idee achter PST, in taal die de patiënt begrijpt. Hierbij geeft de verpleegkundige aan dat er een directe link is tussen de

symptomen/klachten van de patiënt, de problemen die hij/zij ervaart en de rol die 'Probleemoplossende vaardigheden' kunnen spelen in de oplossing hiervan. Het is de taak van de verpleegkundige om de patiënt te leren begrijpen dat zijn of haar symptomen een emotionele reactie zijn op problemen. Onopgeloste problemen kunnen klachten veroorzaken of verergeren. Omdat deze klachten ook weer het oplossen van problemen belemmeren, ontstaat een neerwaartse spiraal tussen problemen en klachten/symptomen. PST verbetert de Probleemoplossende vaardigheden, waarna een verbeterde Probleemoplossing de stemming verbetert. Het idee hierachter is: 'Improvement follows action'. Patiënten wachten vaak tot ze zich beter voelen voordat ze iets gaan ondernemen. Het is daarom van belang de patiënt duidelijk te maken dat andersom vaak beter is.

De verpleegkundige legt uit dat de patiënt zijn of haar problemen kan aanpakken gedurende de behandeling, en dat een succesvolle oplossing zal leiden tot vermindering van de klachten/symptomen. Het is belangrijk om rekening te houden met de neerslachtige, angstige of wantrouwige gemoedstoestand van de patiënt zonder het hopeloos gevoel te versterken. Onrealistische verwachtingen hoeven niet gestimuleerd te worden, maar optimisme kan wel aangemoedigd worden om de patiënt te motiveren.

Op dit punt is het belangrijk nogmaals te benadrukken dat de patiënt een actieve rol heeft in de behandeling. De verpleegkundige investeert in een positieve en constructieve Probleemoplossende oriëntatie. In de eerste sessie is de belangrijkste taak de patiënt te motiveren.

Deze motivatie kan bereikt worden als de patiënt herkent dat de verpleegkundige luistert, de moeilijkheden van de patiënt begrijpt en deze gebruikt om de principes van PST helder en duidelijk uit te leggen.

Een typische introductie kan als volgt geformuleerd worden: *'Onopgeloste problemen in het leven kunnen mensen steeds maar weer in de (sociale) problemen brengen. Het kan zijn dat iemand zich gaat voelen alsof het leven uit zijn of haar handen glipt en de problemen over hem of haar heen spoelen. PST is een systematische methode die leert de problemen te verhelderen en er een oplossing voor te vinden. Als er vorderingen zijn met het oplossen van deze problemen, dan voelen mensen vaak meer controle in hun leven en met dit vergrote gevoel van controle wordt de stemming beter. Verbetering komt na de actie, dus we zullen veel energie steken in het bedenken van zinnig huiswerk zodat hieraan gewerkt kan worden tussen de sessies door.'*

De link tussen symptomen en problemen kan ook inzichtelijk gemaakt worden aan de hand van klachten die een patiënt aangeeft te hebben. Als een patiënt bijvoorbeeld slecht slaapt, kan de verpleegkundige vragen of de patiënt soms ergens over piekert als hij/zij wakker ligt. Als de patiënt in dat geval een probleem noemt dat hem/haar uit de slaap houdt, kan de verpleegkundige zeggen: *'Denkt u dat u beter zou slapen als het probleem er niet meer was?'* Het is op dit punt in de sessie nog wel van belang om niet te diep op het probleem in te gaan. Tijdens de inventarisatie van de problemen en de eerste PST-sessie (het tweede half uur van sessie 1) kan het probleem opnieuw aan bod komen.

3. Houding van de patiënt ten opzichte van problemen.

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak het gevoel geen controle te hebben over hun problemen, worden regelmatig overspoeld door hun problemen en emoties en zien geen uitweg om hier iets aan te doen. Het is dan ook van belang dat de verpleegkundige de patiënt ervan overtuigt dat problemen een normaal en te verwachten deel van het leven zijn. Problemen, kleinere of grotere, horen bij het leven. Problemen kunnen daarom beter gezien worden als uitdagingen die we tegenkomen in het leven, waarmee we het beste op een proactieve en constructieve manier om kunnen gaan. Een negatieve stemming is meestal een signaal dat er problemen spelen in ons leven. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen erg pessimistisch over hun situatie zijn en denken dat hun pogingen toch niet zullen werken. Ook zijn ze snel wantrouwend naar hulpverlening en hebben ze soms al veel teleurstellende ervaringen gehad.

Benadruk als verpleegkundige dat het begrijpelijk is dat de patiënt dit zo ervaart, maar dat juist deze negatieve gedachten de patiënt weerhouden van het aanleren van een vaardigheid, een nieuwe strategie, die wellicht goed zou kunnen werken bij de patiënt. Erken de slechte stemming van de patiënt en diens wantrouwen, maar bekrachtig zijn of haar hopeloze gevoel niet. Optimisme is belangrijk ter aanmoediging van de patiënt, zonder onrealistische verwachtingen te scheppen. *'Laten we het gewoon eens proberen. Dan kun je achteraf altijd nog oordelen.'*

4. De zeven stadia van PST.

Het benoemen van de verschillende stadia van PST helpt bij het verminderen van onduidelijkheid bij de patiënt over wat hij of zij kan verwachten tijdens een sessie, en helpt daarmee bij het verminderen van angst of wantrouwen. De stadia hoeven daarvoor echter niet uitgebreid te worden besproken. De patiënt wordt dan overspoeld met nieuwe informatie. Benadruk de gerichte aanpak bij PST. De sessies zijn geen uitlaatklep waarin allerlei problemen in het wilde weg de revue passeren, maar een systematische aanpak van problemen. Discussie over toekomstige zaken die niet sterk verbonden zijn met het probleem, wordt vermeden. Geef ook aan dat van de patiënt een actieve houding verwacht wordt, waarbij ook huiswerktaken horen.

5. De relatie met de CAN

Als de structuur van de behandeling eenmaal duidelijk is, dan is de patiënt klaar om problemen te gaan benoemen waar aan gewerkt kan worden. De verpleegkundige kan beginnen met te stellen: *'Nu u weet hoe PST kan helpen, kunnen we daadwerkelijk beginnen met het toepassen van PST zodat u zich beter kunt gaan voelen. In uw behandelplan is een aantal doelen opgenomen, waarbij PST misschien kan helpen. Hoe lijkt het u om met een daarvan te beginnen?'*

Kies voor een zorgbehoefte/probleem waaraan de patiënt als eerste wil werken. Het is op dit punt in de sessie nog niet nodig om de problemen zeer helder en specifiek te beschrijven. Het is goed om bij een eerste probleem te kiezen voor een niet te emotioneel belastend probleem om zo snel mogelijk

succeservaringen op te doen. Pas als de patiënt de PST vaardigheden onder de knie heeft, kan gekeken worden naar meer complexe problemen.

Let's get going!

De volgende stap is het daadwerkelijk kiezen van een probleem en het in werking stellen van het Probleemoplossing proces. De verpleegkundige kan de taak introduceren door te vertellen dat de patiënt vertrouwd kan raken met PST door het uitvoeren van de huiswerktaken (het actieplan). De verpleegkundige benadrukt daarnaast dat PST een actieve behandeling is, en dat daarom tussen de behandelingen door de aandacht zal liggen bij het aanpakken van problemen door middel van het uitvoeren van het in de sessie opgestelde actieplan. Het doel daarvan is problemen zo snel en goed mogelijk te verhelpen en hierdoor meer controle over het leven en de stemming te ervaren. In andere woorden, de verpleegkundige kan de patiënt via de enthousiaste boodschap '*laten we van start gaan*' overtuigen.

Bij het uitwerken van het eerste probleem en de daaropvolgende problemen wordt gebruik gemaakt van het PST-werkblad (zie bijlage 12 van het werkboek). Met behulp van dit werkblad worden alle zeven stappen van het Problem Solving proces doorlopen. Het is van belang dat de patiënt zo vroeg mogelijk in de behandeling zelf gaat werken met het PSTwerkblad.

Tijdens de eerste sessie vult de verpleegkundige het samen met de patiënt in (denk aan het letterlijk naast de patiënt opwerken), en geeft hij/zij aan de patiënt een werkblad mee, zodat deze thuis kan oefenen. Vanaf sessie twee (hoewel het ook iets later in de behandeling kan) is het de bedoeling dat de patiënt zelf gaat schrijven.

Samenvatting

Sessie 1 staat in het teken van uitleg over de behandeling. De volgende onderwerpen komen in het eerste half uur aan bod:

1. Uitleg over de behandeling
2. De relatie tussen symptomen en persoonlijkheidsstoornissen
3. De relatie tussen symptomen en problemen
4. De houding van patiënten ten aanzien van problemen (het wekken van optimisme)
5. Benoemen van de 7 stadia van PST
6. Opstellen van een probleemlijst

In het tweede half uur wordt het eerste probleem behandeld aan de hand van de 7 stadia. Het is goed om met een probleem te beginnen dat voor de patiënt niet te emotioneel belastend is. De kans op een succeservaring is dan het grootst.

Sessie 2 tot en met 6

Sessie 2

(30 minuten)

Benodigdheden voor deze sessie zijn:

- PST werkbladen (in de bijlage van het werkboek)

De taken in deze sessie zijn:

1. De voortgang van de patiënt ten aanzien van de vorige bijeenkomst bespreken en mogelijk succes bekrachtigen.
2. De patiënt herinneren aan het model van de Probleemoplossende Behandeling.
3. De patiënt begeleiden en ondersteunen in het verkrijgen en gebruiken van Probleemoplossende vaardigheden.
4. Een positieve Probleemoplossingshouding faciliteren.

De sessie begint met het terugkijken en het bespreken van de voortgang aan de hand van de huiswerktaken. In het beginstadium van de behandeling kan de ervaren last rondom bestaande problemen de Probleemoplossende vaardigheden belemmeren. Het is daarom belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt verbaal ondersteunt en gerust stelt om demotivatie te bestrijden. De patiënt zal mogelijk moeilijkheden met het uitvoeren van de opdrachten overschatten en het gebrek aan voortgang onderschatten. Deze houding kan bestreden worden door de patiënt duidelijk te wijzen op het succes dat hij/zij geboekt heeft. Het kan helpen als een patiënt zichzelf beloont als hij/zij een moeilijke stap heeft gezet; bijvoorbeeld door naar de film te gaan. Doordat dit ook een positieve activiteit is, slaat de patiënt dan twee vliegen in een klap.

Het is de taak van de verpleegkundige om erop te letten dat er niet teveel tijd gaat zitten in het bespreken van de voortgang. Vijf minuten of minder kunnen hieraan besteed worden, tenzij er belangrijke obstakels waren bij het doen van huiswerk, of als er nieuwe, belangrijke problemen zijn ontstaan.

Na het bespreken van het huiswerk, kan de rest van de sessie gebruikt worden voor Probleemoplossing en het plannen van huiswerkopdrachten voor de volgende sessie. Deze taken kunnen te maken hebben met het eerste probleem, wat wellicht nog niet opgelost is, of kunnen te maken hebben met een nieuw probleem.

Ook al is een eerste probleem nog niet compleet opgelost, het kan toch zinvol zijn om de patiënt aan andere problemen te herinneren, terwijl de pogingen om het initiële probleem op te lossen ook doorgaan. Wel is het zinvol om tijdens elke sessie alle problemen die al besproken zijn in eerdere sessies nog eens door te lopen. De vraag daarbij is of de patiënt al voldoende in staat is om op deze wijze problemen op duurzame wijze het hoofd te bieden.

Sessie 3 tot en met 5 **(30 minuten per sessie)**

Benodigdheden voor deze sessies zijn:
PST werkbladen (in de bijlagen)

De doelen van deze sessies zijn om:

1. De voortgang van de patiënt te bespreken en succes en voortdurende pogingen te bekrachtigen (b.v. door het geven van een compliment).
2. De Probleemoplossende vaardigheden te versterken .
3. Een nieuw probleem op te lossen.
4. De onafhankelijkheid van de patiënt in het oplossen van problemen geleidelijk te vergroten .

De patiënt en de verpleegkundige bekijken de originele problemen en bespreken de voortgang. Idealiter kan de patiënt in de loop van de sessies steeds beter uit de voeten met het PST-werkblad. Het is van belang dat de verpleegkundige dit aanmoedigt.

Op dit punt in de behandeling kan de patiënt al een aantal korte- en middellange termijn doelen doorgewerkt hebben om een lange termijn doel te bereiken. Bijvoorbeeld als het uiteindelijke doel was om een nieuwe baan te krijgen, waren de korte- en middellange termijn doelen:

1. Het verkrijgen van informatie over de kwalificaties die nodig zijn.
2. Het sturen van sollicitatiebrieven.
3. Als er een uitnodiging ligt, het gesprek goed voorbereiden.

Voor doelen zoals deze, die bestaan uit verschillende stadia, moedigt de verpleegkundige de patiënt aan om voortdurend te proberen de bereikte voortgang te zien bij het doorlopen van de verschillende stappen .

Sessie 6 **(30 minuten)**

De doelen voor deze sessie zijn:

1. De voortgang van de patiënt te bespreken en succes en voortdurende pogingen te bekrachtigen .
2. Overgebleven problemen van de patiënt te bespreken en de patiënt aan te moedigen om Probleemoplossende vaardigheden in de toekomst zelf te blijven gebruiken.
3. Na te denken over / anticiperen op potentiële problemen in de toekomst.
4. Het Problem Solving proces te bespreken en te benadrukken, met de nadruk op het feit dat de patiënt deze vaardigheid geleerd heeft en deze nu zelf effectief kan toepassen, onafhankelijk van de verpleegkundige.

5. Een positieve Problem Solving attitude en optimisme te faciliteren voor in de toekomst.
6. Extra PST-werkbladen mee te geven, zodat de patiënt thuis verder kan werken met de techniek.
7. Af te spreken op welke wijze aan PST een vervolg wordt gegeven binnen de behandeling.

Onderwerpen bij de afronding van de PST-cursus

In de eerste sessie is uitgelegd dat de PST-cursus gelimiteerd is tot een specifiek aantal sessies binnen een aantal weken. De verpleegkundige houdt dit in gedachten en anticipeert hierop, ook als de laatste PST bijeenkomst in zicht komt. In vervolg sessies, en speciaal in sessie 6, benadrukt de verpleegkundige dat de technieken van PST zowel gebruikt kunnen worden voor actuele problemen, als voor problemen in de toekomst. Het is waardevol om PST te blijven oefenen voor problemen in de toekomst.

De sessies twee tot en met zes zijn korter dan de eerste sessie. Dit kan met name als patiënten hebben laten zien dat ze de vaardigheden van PST beheersen. Zij kunnen dan ook tussen de sessies door oefenen. Hierdoor is het ook mogelijk dat de verpleegkundige steeds minder actief wordt in het proces. Deze verandering wordt benadrukt voor de patiënt. Dit kan bijvoorbeeld door te zeggen: *‘O.k. –naam patiënt- dit is ons derde gesprek en ik heb echt het gevoel dat u de aanpak van PST steeds beter onder de knie krijgt. Het doel van onze gesprekken is dat u de aangeleerde vaardigheden uiteindelijk helemaal zelfstandig toe kunt passen. Daarom zou ik u vanaf nu wat meer de leiding willen geven. Kunt u mij vertellen wat de eerste stap is die u kunt zetten in het oplossen van het probleem dat u heeft met uw baas?’*

De verpleegkundige begint sessie zes met te zeggen: *‘Dit is onze laatste sessie van de cursus PST ’* Als PST succesvol is geweest, zou de patiënt zich overtuigd moeten voelen van het feit dat hij/zij een actieve bijdrage heeft aan het ervaren van meer controle over problemen door middel van probleemoplossingstechnieken. De verpleegkundige zet de prestaties die zijn behaald gedurende de behandeling op een rijtje zodat de patiënt voldoende vertrouwen heeft in zijn probleemoplossende vaardigheden om dit in de toekomst blijvend te gebruiken.

In het vervolg van de behandeling zullen de PST vaardigheden geïntegreerd worden in de behandeling als manier om te werken aan het oplossen van problemen die nog spelen en waarvoor meer nodig is of voor nieuwe problemen die zullen ontstaan in het leven van de patiënt. In het CC-team wordt de naaste geïnformeerd over de werkwijze van PST. Ook wordt besproken op welke manier de naaste de patiënt kan ondersteunen bij het uitvoeren van PST.

Samenvatting

Tijdens sessie 2 tot en met 6 wordt telkens een probleem uitgewerkt aan de hand van de zeven stadia. Het gesprek begint met een terugblik op het 'huiswerk' van de vorige keer. De verpleegkundige wijst de patiënt duidelijk op elk succes. Als er obstakels waren bij het uitvoeren van de opdracht kunnen deze eventueel gebruikt worden voor een nieuwe Problem Solving sessie. Als de patiënt de vaardigheden goed in de vingers heeft, kunnen grotere en complexere problemen worden aangepakt en doelen op de langere termijn worden gesteld.

Sessie 6 is het laatste PST gesprek binnen de formele cursus. Als de behandeling succesvol is geweest zou de patiënt zich overtuigd moeten voelen dat hij/zij actief heeft bijgedragen aan het eigen herstel en dat hij/zij de Problem Solving technieken in de toekomst kan blijven gebruiken.

Checklist PST Sessie 1

1. Structuur PST cursus

- 6 keer
- Vandaag: 1 uur, volgende bezoeken 30 min
- Wekelijkse en tweewekelijkse bezoeken
- Leert probleemoplossende vaardigheden
- Bewerk tenminste een probleem per week
- Werken aan huiswerk tussen sessies

2. Verbinding tussen problemen, stoornis en PST

- Klachten/symptomen wordt veroorzaakt of erger gemaakt door alledaagse problemen
- Toename van klachten/symptomen staat probleemoplossen in de weg: Viciëuze cirkel/benedenwaarts spiraal
- PST versterkt probleemoplossende vaardigheden
- Verbeterde probleemoplossende vaardigheden verbeteren stemming
- Verbetering volgt actie

3. Problem-Solving Oriëntatie

- Problemen zijn een normaal en te voorspellen deel van het leven
- Problemen zijn niet oneerlijk en kunnen worden verwacht
- Negatieve stemming is een signaal dat problemen bestaan
- Controle is tot op zekere hoogte altijd te bereiken
- Alleen al actief worden veroorzaakt een verbetering van de stemming

4. De zeven stadia van PST

- (1) Probleemselectie en –definitie
- (2) Vaststellen van haalbare doelen (SMART)
- (3) Genereren van oplossingen
- (4) Evalueren en vergelijken van oplossingen
- (5) Keuze van oplossing
- (6) Implementatie van de verkozen oplossing/Actie plan
- (7) Evaluatie van de uitkomst

4. Levensoriëntatie

In dit onderdeel gaat de patiënt kijken naar de wensen, dromen en ambities die hij /zij wil bereiken en hoe hij / zij daar dichterbij in de buurt kan komen. Het zoeken naar talenten en mogelijkheden is een manier om het perspectief te verbreden naar meer dan alleen de bestaande problemen.

Dit levert niet alleen positieve ervaringen op waardoor mensen een beter zelfbeeld krijgen, maar beschermt ook tegen suïcidaliteit.

We maken daarbij gebruik van basale technieken uit het oplossingsgericht werken.

Deze technieken zijn:

- A. De wondervraag
- B. Schalen
- C. Copingvragen
- D. Complimenten

4A. De wondervraag.

De wondervraag vraagt de patiënt om in detail te beschrijven hoe zijn situatie zou zijn als een wonder zou hebben plaatsgevonden en het probleem zou zijn opgelost. De kracht van de vraag is dat hij de aandacht van de patiënt heel snel verschuift van het probleem naar de gewenste toekomst.

Vaak zal een patiënt in eerste instantie antwoorden dat hij het niet weet. Geef de patiënt de ruimte om hier wat langer over na te denken en vaak komen er dan wel beelden tevoorschijn. Als een patiënt met een wonder komt dat niet met het eigen gedrag te maken heeft of helemaal onmogelijk is, werkt het vaak goed om instemmend te knikken of te glimlachen en iets te zeggen als: 'dat zou nog eens een wonder zijn, zeg...'. Ook zou je kunnen vragen wat de patiënt dan anders zou doen als het wonder dat niet met eigen gedrag te maken heeft of helemaal onmogelijk is, toch zou gebeuren.

Bij het beschrijven van de 'perfecte dag' is het tempo belangrijk, ga niet te snel en geef de patiënt de tijd om zijn fantasie langzaam in te vullen. Vraag steeds 'wat is er nog meer anders?'.

4B. Schalen

In het werkboek wordt na het beschrijven van de perfecte dag en bij het beschrijven van het leven over vijf jaar gewerkt met schalen.

De basiswerkwijze van schalen is als volgt:

- a. uitleg schaal: leg uit dat de schaal loopt van 0-10 waarbij 0 staat voor de situatie waarin het probleem op zijn ergst is en 10 voor de situatie waarin het probleem helemaal weg is en de gewenste toestand bereikt is.
- b. Vraag om een score: waar bevindt de patiënt zich nu? Zorg ervoor dat u hierover geen mening laat blijken, u reageert neutraal.
- c. Inzoomen op wat al bereikt is: hoe is de patiënt op deze score gekomen, wat heeft hij hiervoor allemaal gedaan? Richt je hierbij op wat er al is en niet op wat er (nog) niet is.

- d. Visualiseren van de gewenste toestand: hoe ziet bijvoorbeeld positie 10 eruit? Of, als iemand heel laag scoort, hoe ziet positie 5 eruit?
- e. Uitnodigen tot 1 stapje vooruit: nodig de patiënt uit om 1 stapje vooruit te zetten en laat de patiënt beschrijven hoe dat er dan uit zou zien en wat daarvoor nodig zou zijn.

Schaalvragen kunnen worden ingezet voor verschillende doeleinden. Je kunt hiervan dus ook gebruik maken bij andere onderdelen van het Collaborative Care programma.

- Successchaal: handig bij het concreet maken van een doel en het meten van verandering. Bijvoorbeeld bij het beschrijven van de perfecte dag en het zetten van de volgende stap in de richting van die perfecte dag.
- Motivatieschaal: 0 is dan bijv. 'ik heb helemaal niets over om mijn doel te bereiken' en 10 staat voor 'ik heb er alles voor over om mijn doel te bereiken'.
- Zelfvertrouwschaal: waarbij 0 staat voor 'ik geloof totaal niet dat ik dat ga kunnen' en 10 voor 'ik weet zeker dat het me gaat lukken'. Bijvoorbeeld te gebruiken bij het leren werken met de crisisresponskaart.
- Zelfstandigheidschaal: een 0 op deze schaal betekent bijvoorbeeld 'ik weet zeker dat ik het niet alleen kan' en 10 voor 'ik weet zeker dat ik het zelfstandig kan'.

De techniek is steeds om te vragen wat iemand al doet om op de door hem ingenomen positie te komen en wat iemand kan doen om 1 stapje vooruit te zetten.

4C. Copingvragen

Copingvragen worden gebruikt om mensen die langdurig onder zware omstandigheden overeind proberen te blijven te steunen en van daaruit te zoeken naar nieuwe energie om problemen het hoofd te bieden. Dit kan je gebruiken wanneer iemand op een schaal vraag bijvoorbeeld aangeeft dat hij/zij op 0 of 1 zit. De basisvraag is: *'Hoe hou je het vol?'*. Er zijn uiteraard varianten op: *'Hoe kun jij elke dag zulke moeilijke situaties het hoofd bieden?'* of *'Wat maakt dat je door kunt gaan onder zulke moeilijke omstandigheden?'*

4D. Complimenten

Een goed compliment werkt heel krachtig en geeft feedback welke ons helpt om ons bewust te worden welk gedrag effectief is. Het is daarbij ook een uiting van waardering en aandacht voor de ander. Complimenten moeten altijd geloofwaardig zijn en verwijzen naar iets dat echt gebeurd is. Voor goede complimenten moet je de gedragingen die het complimenteren waard zijn leren herkennen; zoek naar datgene dat de patiënt meer zou moeten doen om vooruit te komen. Bij onze patiëntendoelgroep werken impliciete complimenten vaak het best. Dat zijn uitnodigingen aan de ander om zichzelf te complimenteren met datgene dat hij al bereikt heeft. Voorbeelden zijn: *'Hoe heb je dat voor elkaar gekregen? Wat heb je allemaal gedaan om dat te bereiken?'*

5. Psycho-educatie

Psycho-educatie is als een apart onderdeel opgenomen in het werkboek, maar het spreekt voor zich dat je op elk gewenst moment kunt teruggrijpen naar psycho-educatie. Lees het onderdeel psycho-educatie uit het werkboek voordat je gaat starten met Collaborative Care goed door. Beoordeel of je zelf voldoende kennis hebt om aanvullende vragen van je patiënt te beantwoorden. Zo niet, zoek dan aanvullende informatie of verwijs naar de psychiater/psycholoog.

Aangeraden wordt gedurende alle fasen van de behandeling regelmatig te verwijzen naar het onderdeel psycho-educatie. Het wordt gezien als integraal onderdeel van Collaborative Care.

In elke stap die binnen CC gezet wordt, is het belangrijk om te achterhalen in hoeverre de patiënt kennis heeft over welke invloed zijn ziekte heeft op zijn keuzes, mogelijkheden en beperkingen. Het kan geen kwaad om deze kennis regelmatig op te frissen.

Ook in het contact met naasten moet getoetst worden in hoeverre kennis over het ziektebeeld bekend is. Indien nodig moet ook hen kennis verstrekt worden.

Eventueel kun je naasten ook verwijzen naar het familieaanbod van de afdeling preventie en het familiespreekuur.

EVALUATIE

Zoals in het begin besproken, wordt er elke drie maanden geëvalueerd. De voorbereiding voor deze evaluatie doet u samen met de patiënt. Je volgt daarbij de stappen uit het werkboek.

Agendapunten die in ieder geval elke bijeenkomst van het Collaborative Care team besproken worden, zijn:

1. Evaluatie van de samenwerking
2. Evaluatie van de voortgang naar aanleiding van de doelen
3. Evaluatie van de wijze waarop aan deze doelen gewerkt wordt
4. Evaluatie van de taakverdeling; wie doet wat?
5. Aanpassen van het behandelplan n.a.v. deze punten

Ter voorbereiding op de bijeenkomst van het CC team stem je ook intercollegiaal af op bovenstaande punten. Dit kan ook nodig zijn om te doen met de samenwerkingpartners. Belangrijk is om vooraf te onderzoeken of de intercollegiale samenwerking, *split treatment* en taakverdeling naar behoren functioneert en welke voorstellen voor eventuele aanpassing in het CC-team ingebracht kunnen worden.

In het Collaborative Care team wordt er gezamenlijk gekeken naar de voortgang en de samenwerking. Afhankelijk van deze evaluatie worden de samenwerkingsafspraken en doelen in het behandelplan aangepast.

-
- ¹ American Psychiatric Association (2001). *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- ² *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen* (2008). Utrecht: Trimbo-instituut.
- ³ National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). NICE clinical guidelines 77 and 78. Quick reference guides for Antisocial personality disorder and Borderline Personality Disorder.
- ⁴ Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, Stone M, Phillips KA (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Psychiatric Association*.
- ⁵ Luyn B van (2007). Severe cases: management of the refractory borderline patient. In: Luyn B van, Akhtar S, Livesley WJ (Eds.), *Severe Personality Disorders. Everyday Issues in Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press. 164-180.
- ⁶ Koekkoek B, Meijel B van, Hutschemaekers G (2006). "Difficult Patients" in Mental Health Care: A Review. *Psychiatric Services* 57: 795-802.
- ⁷ Koekkoek B, Meijel B. van, Schene A, Hutschemaekers G (2009). Clinical problems in Community Mental Health Care for Patients with Severe Borderline Personality Disorder. *Community Mental Health Journal* 45: 508-516.
- ⁸ Paris J (2007). Managing suicidal crises in patients with severe personality disorders. In: Luyn B van, Akhtar S, Livesley WJ (Eds.), *Severe Personality Disorders. Everyday Issues in Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press. 109-117.
- ⁹ Koekkoek B, Meijel B van, Hutschemaekers G (2010). Community mental healthcare for people with severe personality disorder: narrative review. *The Psychiatrist* 34: 24-30.
- ¹⁰ Meekeren E van (2009). De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Een kritische beschouwing. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 64 (4): 286-297.
- ¹¹ Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJV (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry* 69(2): 259-265.
- ¹² Oldham JM, Skodol AE, Kellman H (1995). Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry* 152 (4): 571-578.
- ¹³ Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- ¹⁴ Linehan MM (2002). *Dialectische gedragstherapie bij Borderline persoonlijkheidsstoornis. Theorie en behandeling*. Lisse; Swets & Zeitlinger.
- ¹⁵ Kaasenbrood A, Smit A, Nillezen M, Hutschemaekers G (2010). Misgelopen: de therapeutische relatie met 'moeilijke' patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 65: 51-62.
- ¹⁶ Bie A de, Kaasenbrood A, Fiselier J, Soons M (2009). Randvoorwaarden voor de sociaal-psychiatrische begeleiding van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 64: 39-52.
- ¹⁷ Kerkhof A, Luyn B van (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- ¹⁸ Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 111(1): 198-202.
- ¹⁹ Paris J (2004). Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in Borderline Personality Disorder. *Harvard Rev Psychiatry* 12: 42-48.
- ²⁰ Zaheer J, Links PS, Liu E (2008). Assessment and Emergency Management of Suicidality in Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 31: 527-543.
- ²¹ Gunderson JG, Links PS (2008). *Borderline Personality Disorder. A clinical guide*. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- ²² Wamel A van, Jansen H, Kuijpers E (2009). Verslaving en persoonlijkheidsstoornissen. Naar een geïntegreerd behandelmodel in een team voor persoonlijkheidsstoornissen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 64(3):167-176.
- ²³ Bowers (2003). Manipulation: searching for an understanding. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing* 10: 329-334.
- ²⁴ Duff A (2003). Managing personality disorders: making positive connections. *Nursing Management* 10: 27-30.
- ²⁵ Cleary M, Siegfried N, Walter G (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing* 11: 186-191.
- ²⁶ IJff MA, Huijbregts JML, Marwijk HWJ, Beekman ATF, Hakkaart-van Roijen L, Rutten FF, Unützer J, Feltz-Cornelis CM van der (2007). Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial. *BMC Health Services Research* 7 (34).
- ²⁷ Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ (2006). Collaborative Care for Depression. A cumulative Meta-analyses and Review of Longer-term Outcomes. *Archives of Intern Medicine* 166: 2314-2321.

- ²⁸ Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry* 189: 484-493.
- ²⁹ Vlasveld MC, Anema JR, Beekman ARF, Mechelen W van, Hoedeman R, Marwijk HWJ, Rutten FF, Hakkaart-van Roijen L, Feltz-Cornelis CM van der (2008). Multidisciplinary Collaborative Care for Depressive Disorder in the Occupational Health Setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Health Services Research* 8 (99).
- ³⁰ Orden M van, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E (2009). Collaborative Mental Health Care Versus Care as Usual in a Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services* 60 (1): 74-79.
- ³¹ Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuer L, Beresford T, Kilbourne AM, Sajatovic M, Cooperative Studies Program 430 Study Team (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatric Services* 57: 927-936.
- ³² Simon GE, Ludman EJ, Unutzer J, Bauer MS, Operskalski B, Rutter C (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychological Medicine* 35 : 13-24.
- ³³ Grypdonck M (2001). *Het leven boven de ziekte uittillen*. Utrecht: ThiemeMeulenhoff BV.
- ³⁴ Jobes DA (2006). *Managing Suicidal Risk. A collaborative approach*. London: The Guilford Press.
- ³⁵ Phelan M, Slade M, Thornicroft G, et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 167: 589-595.
- ³⁶ Korff M von, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine* 127(12):1097-1102
- ³⁷ Stringer B., Meijel B. van, Vree W. de, Bijl J. van der (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15: 678-683.
- ³⁸ Bosman M & Meijel B van (2009). *Begeleiding van patiënten die zelfverwonden. Een verpleegkundig interventiepakket*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- ³⁹ Fluttert F, Meijel van B, Webster C, Nijman H, Bartels A, Grypdonck M (2008). Risk Management by Early Recognition of Warning Signs in Patients in Forensic Psychiatric Care. *Archives of Psychiatric Nursing* 22(4): 208-216.
- ⁴⁰ Werf B van der, Goedhart A & Huiberts S (1998) *Signaleringsplannen, naarminder agressie en dwang in de psychiatrie* [Early Warning Plans: Towards Less Aggression and Coercion in Psychiatry]. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- ⁴¹ Meijel B van (2003) *Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia*. Utrecht: Utrecht University, Department of Nursing Science.
- ⁴² Mynors-Wallis, L. (2005). *Problem-solving treatment for anxiety and depression, a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- ⁴³ Mynors-Wallis, L, I Davies, A Gray, F Barbour, D Gath, 1997. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *British Journal of Psychiatry* 170: 113-119.
- ⁴⁴ Blum N, John DS, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, Arndt S, Black DW (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of psychiatry* 165 (4): 468-478.
- ⁴⁵ MacLeod AK, Rose GS & Williams MG (1993). Components of Hopelessness About the Future in Parasuicide. *Cognitive Therapy and Research* 17(5): 441-455.
- ⁴⁶ Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S & Mann JJ (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *American Journal of Psychiatry* 157(7): 1084-1088.
- ⁴⁷ Rowan T, O'Hanlon B (1999). *Solution-oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York: John Wiley & Sons, Inc.