



Een snijdende vraag om hulp

Ondersteuning door en voor de omgeving van
adolescenten met een risico op zelfverwonding

Bachelor Verpleegkunde

Academiejaar 2023-2024

Kaat Martien

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

Voorwoord

Met trots en dankbaarheid presenteer ik deze bachelorproef, het resultaat van maandenlang hard werken en doorzettingsvermogen.

Allereerst wil ik graag mijn waardering uitspreken naar mijn partner voor de onvoorwaardelijke steun en begrip tijdens mijn studie en het proces van deze bachelorproef. Dankjewel voor alle steun en een veilige en rustige haven te zijn in dit proces.

Ook wil ik mijn ouders bedanken voor de kans die ze me hebben gegeven om te gaan studeren en voor hun onvoorwaardelijke steun op allerlei vlakken. Hun aanmoediging heeft me gemotiveerd om het beste van mezelf te geven.

Daarnaast wil ik het taboe doorbreken rond mentaal welzijn. Ik heb zelf mentale uitdagingen gekend doorheen mijn leven en studie, maar ik heb ervoor gekozen om hier open over te zijn en om hulp te zoeken wanneer dat nodig was. Mijn hoop is dat deze bachelorproef een kleine stap kan zijn in het normaliseren van gesprekken en het aanmoedigen van anderen om hun eigen weg naar een beter mentaal welzijn te bewandelen. Het is oké, om niet oké te zijn! Het is oké om hulp te vragen! Het is oké om je eigen pad te bewandelen!

Tot slot, mijn oprechte dank aan iedereen die heeft bijgedragen aan dit proces. Ik wil met deze bachelorproef niet alleen een academische prestatie neerzetten, maar ook erkenning geven aan doorzettingsvermogen, liefde en steun.

Dat gezegd zijnde: dankjewel aan jou! Dankjewel om er voor jezelf en andere te zijn! Dankjewel om voor jezelf op te komen! Dankjewel om je eigen grenzen aan te geven! Dankjewel om hier te zijn!

Abstract

Probleemstelling: Uit recente cijfers blijkt dat er een toename is van zelf verwondend gedrag bij adolescenten. Wanneer adolescenten zichzelf verwonden hebben ze een aanzienlijk verhoogd risico op het ontwikkelen van suïcidale gedachten en het ondernemen van een suïcidepoging. De omgeving speelt een cruciale rol als preventieve- en ondersteunende factor en als toegang tot professionele hulp. Toch is er veel terughoudendheid in samenwerking met de omgeving. Het is essentieel dat de omgeving zich hiervan bewust is en bereid is om actie te ondernemen om de gezondheid en het welzijn van de adolescent te waarborgen.

Vraagstellingen: hoe kan de directe omgeving preventieve maatregelen nemen om zelfverwonding bij een adolescent te voorkomen? Welke vormen van ondersteuning zijn beschikbaar voor de omgeving wanneer de adolescent daadwerkelijk zelf verwondend gedrag vertoont?

Methodologie: relevante literatuur werd gezocht vanaf oktober 2023 tot april 2024. Databanken zoals Pubmed en Google Scholar werden geraadpleegd met termen zoals adolescenten, zelfverwonding en preventie. De sneeuwbalmethode werd gebruikt voor aanvullende referenties.

Resultaten: adolescenten met een risico op zelfbeschadigend gedrag hebben preventieve maatregelen nodig, zoals het bevorderen van een positief zelfbeeld, het aanleren van emotie regulatievaardigheden en het stimuleren van open communicatie over emoties. De omgeving speelt een cruciale rol in het vroegtijdig detecteren van signalen, door *peer support* te bieden en samen te werken met hulpverleners. Verpleegkundigen hebben een educatieve verantwoordelijkheid, zoals het verstrekken van informatie en het betrekken van de patiënt bij de behandeling. Ondersteuning omvat het ontwikkelen van vaardigheden, open gesprekken, betrokkenheid van de omgeving en het aanbieden van alternatieve coping mechanismen. Het prototype dat in deze bachelorproef ontwikkeld werd is "Een GGZ-verpleegkundige" Deze verpleegkundige speelt een cruciale rol door specifieke ondersteuning te bieden, waarbij expertise op het gebied van geestelijke gezondheid wordt ingezet om de adolescenten, hun omgeving en de huisarts te begeleiden en te ondersteunen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Conclusie: de complexe aard van zelf verwondend gedrag wordt beïnvloed door biologische, psychologische en sociale factoren, sociale invloeden zijn cruciaal tijdens de adolescentie. Actieve betrokkenheid van naasten, inclusief educatie en samenwerking in de behandeling, is van onschatbare waarde. Verpleegkundigen hebben een cruciale rol in het faciliteren van deze betrokkenheid en het verminderen van stigma rond zelfverwonding, wat bijdraagt aan het mentale welzijn van adolescenten.

Inhoudstafel

VOORWOORD	3
ABSTRACT	4
INHOUDSTAFEL	5
LIJST VAN ILLUSTRATIES	8
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN SYMBOLEN	9
INLEIDING	10
1 PROBLEEMSTELLING	11
1.1 ZELFBESCHADIGEND GEDRAG (ZBG)	11
1.1.1 INDIRECTE ZELFBESCHADIGING	11
1.1.2 DIRECTE ZELFBESCHADIGING	11
1.2 ZELF VERWONDEND GEDRAG (ZVG)	11
1.2.1 RISICOFACTOREN	12
1.3 AUTOMUTILATIE	13
1.4 SUÏCIDAAL GEDRAG EN ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	14
1.5 INCIDENTIE EN PREVALENTIE	14
1.6 DE ADOLESCENT	16
1.7 DE OMGEVING	17
1.7.1 INVLOED OP HET GROTERE GEHEEL	19
1.8 VERPLEEGKUNDIGE RELEVANTIE	20
1.8.1 THERAPEUTISCHE RELATIE IS DE BEHANDELING	21
1.8.2 VERBINDING KOESTEREN	22
1.8.3 KENNIS IS KRACHT	22
1.8.4 MENS ZIJN	23
1.8.5 DE DANS	23
1.8.6 HET IS MOEILIK VOOR ONS ALLEMAAL	24
2 VRAAGSTELLING	25
3 ZOEKSTRATEGIE	26

4	RESULTATEN	27
4.1	PREVENTIEVE MAATREGELEN VOOR ZELF VERWONDEND GEDRAG	27
4.1.1	DE ADOLESCENT	27
4.1.2	DE OMGEVING	27
4.1.3	DE VERPLEEGKUNDIGE	28
4.2	FASEN VAN STOPPEN MET ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	29
	FASE 1: OPBOUWEN VAN CONTACT EN HET STELLEN VAN GRENZEN	29
	FASE 2: TOENAME VAN EIGENWAARDE	29
	FASE 3: LEREN VERSTAAN VAN ZICHZELF	30
	FASE 4: HET ERVAREN VAN AUTONOMIE	30
	FASE 5: STOPPEN MET ZELFVERWONDING EN HET LEREN VAN NIEUWE STRATEGIEËN	30
	FASE 6: BEHOUD	30
4.3	ONDERSTEUNINGSMAATREGELEN VOOR ZELF VERWONDEND GEDRAG	31
4.3.1	DE ADOLESCENT	31
4.3.2	DE OMGEVING	32
4.3.3	DE VERPLEEGKUNDIGE	34
5	PROTOTYPE	37
5.1	DOELGROEP EN BESTAANDE METHODIEKEN	37
5.2	DOELSTELLING	38
5.3	TOEGEVOEGDE WAARDE	38
5.4	BELEMMERENDE FACTOREN	39
6	PLAN	41
6.1	HET GPS MODEL	41
6.2	MICRO-, MESO- EN MACRONIVEAU	42
6.2.1	MICRONIVEAU	42
6.2.2	MESONIVEAU	43
6.2.3	MACRONIVEAU	44
6.3	CLINICAL LEADERSHIP	45
6.3.1	PERSOONLIJKE KWALITEITEN TONEN	45
6.3.2	WERKEN MET ANDEREN	46
6.3.3	ZORGPROCESSEN IN GOEDE BANEN LEIDEN	46
6.3.4	VERBETERING VAN ZORGPROCESSEN	46
6.3.5	KOERS BEPALEN	46
	DISCUSSIE	47
	CONCLUSIE	48
	REFERENTIELIJST	49
	BIJLAGEN	52

BIJLAGE 1: DAGBOEK	52
BIJLAGE 2: HOE IN GESPREK GAAN OVER ZELF VERWONDEND GEDRAG	61
BIJLAGE 3: HOE THUIS EEN WONDE VERZORGEN	62
BIJLAGE 4: REGISTRATIEFORMULIER WONDZORG	64
BIJLAGE 5: VACATURE VOOR EEN GGZ-VERPLEEGKUNDIGE	65

Lijst van illustraties

Figuur 1: verklarend model voor suïcidaal gedrag (Dumon & Portzky, 2013; Van Heeringen, 2001)

Figuur 2: percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gesteld, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022.

(Schrijvers et al., 2023)

Figuur 3: conceptuele figuur van verschillende functies therapeutische relatie (Hartley et al., 2022)

Figuur 4: fases van stoppen met beschadiging (Kool & Van Meijel, 2019)

Figuur 5: GPS-model (Vermeulen & Tiemens, 2015)

Figuur 6: clinical Leadership Competency Framework (NHS, 2010)

Lijst van gebruikte afkortingen en symbolen

GGZ: geestelijke gezondheidszorg

LGBTQIA+: lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, queer en asexueel

NSSI: niet suïcidale zelfbeschadiging

STB: suicidal behaviour

VLESP: Vlaams expertisecentrum suïcidepreventie

ZBG: zelfbeschadigend gedrag

ZVG: zelf verwondend gedrag

Inleiding

De hedendaagse maatschappij staat voor de uitdaging om de geestelijke gezondheid van adolescenten te waarborgen in een wereld die steeds complexer en veeleisender wordt. Een verontrustende ontdekking uit het epidemiologisch rapport van het Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie benadrukt het groeiende aantal jongeren die worstelen met mentale gezondheid en zelf verwondend gedrag.

De invloed van de omgeving van een adolescent blijkt cruciaal te zijn. De meerderheid van de adolescenten die zelfbeschadigend gedrag vertonen meldt dit aan minstens één persoon in hun omgeving, zoals een ouder, vriend, professional, leraar of huisarts. Vaak is de huisarts het eerste aanspreekpunt, die een doorverwijzing kan maken naar gespecialiseerde hulpverlening.

Het netwerk van de adolescent speelt een sleutelrol in het voorkomen en stoppen van zelfbeschadigend gedrag. Het betrekken van naasten vanaf het begin kan de aanvaarding van professionele hulp vergroten. Bovendien heeft zelf verwondend gedrag een aanzienlijke impact op de gezinsdynamiek, wat de complexiteit van dit probleem vergroot.

In de praktijk wordt echter vaak terughoudendheid ervaren bij het betrekken van de omgeving van de adolescent. Het belang van een ondersteunend netwerk is niet alleen tijdens de behandeling of na ontslag van belang, maar heeft ook een preventieve rol. Verpleegkundigen spelen hierbij een cruciale rol, waarbij het begrijpen van de complexiteit van zelfbeschadigend gedrag van essentieel belang is.

Door het toenemende bewustzijn van geestelijke gezondheidsproblemen bij adolescenten over de hele wereld, is het van belang om de risicofactoren te begrijpen en effectieve strategieën te ontwikkelen om de geestelijke gezondheid van jongeren te beschermen en te bevorderen.

Deze bachelorproef richt zich op het verkennen van de multidimensionale aspecten van zelf verwondend gedrag bij adolescenten, met speciale aandacht voor de rol van de omgeving en verpleegkundige in het bieden van effectieve ondersteuning en preventie. Door een dieper inzicht te krijgen in dit complexe fenomeen, kunnen er stappen gezet worden naar een meer inclusieve en holistische benadering van de geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten.

1 Probleemstelling

1.1 Zelfbeschadigend gedrag (ZBG)

“Zelfbeschadigend gedrag omvat gedragingen die verwijzen naar het direct of indirect toebrengen van schade aan het eigen lichaam zonder suïcidale intentie zoals zichzelf verwonden, middelen misbruiken, extreme diëten, laxeren, roekeloos rijden et cetera” (Claes & Vandereycken, 2007).

1.1.1 Indirecte zelfbeschadiging

“Indirecte zelfbeschadiging, is gedrag waarbij de schade doorgaans cumulatief (en/of uitgesteld) en niet onmiddellijk is. “Bovendien is de intentie bij indirecte zelfbeschadiging vaak zeer ambivalent” (B. W. Walsh, 2020). Veelvoorkomende voorbeelden volgens Walsh (2020) zijn middelenmisbruik, verslaving of eetstoornissen die de fysieke gezondheid schade toebrengen.

1.1.2 Directe zelfbeschadiging

“Gedrag waarbij er onmiddellijke weefselschade ontstaat en waarbij de intentie doorgaans ondubbelzinnig is” (B. W. Walsh, 2020). Deze categorie is van toepassing op personen die zichzelf doelbewust, concreet en direct letsel toebrengen. De drie belangrijkste types van directe zelfbeschadiging zijn: suïcidaal gedrag, atypische zelfverwonding en typische zelfverwonding. De ogen, genitaliën of schade waarbij meerdere hechtingen nodig zijn, zijn voorbeelden van atypisch ZBG. Snijden in polsen, armen, benen, zichzelf verbranden of slaan zijn voorbeelden van typische zelfverwonding. De link met suïcidaal gedrag wordt later in de tekst besproken. (B. W. Walsh, 2020)

1.2 Zelf verwondend gedrag (ZVG)

“Elk sociaal onaanvaardbaar gedrag waarbij opzettelijk en direct letsel wordt toegebracht aan het eigen lichaamsoppervlak zonder suïcidale intentie”. “We geven de voorkeur aan de term zelf verwondend gedrag voor matige verstoringen van het lichaamsoppervlak, zoals snijden, kerven en branden van de huid” (Claes & Vandereycken, 2007). Deze bachelor proef richt zich op zelfverwonding, zelf verwondend gedrag ‘ZVG’ en niet suïcidale zelfverwonding ‘NSSI’. In eeuwen worstelen wetenschappers met de vraag waarom iemand zichzelf opzettelijk zou verwonden. Op deze vraag is geen eenduidig antwoord maar uit onderzoek blijkt wel dat er verschillende risicofactoren de kans op opzettelijk zelf verwondend gedrag verhogen. (Fonseca-Pedrero et al., 2022; Klonsky & Olino, 2008a; Nock & Banaji, 2007)

1.2.1 Risicofactoren

Figuur één toont verschillende risicofactoren die invloed hebben op zelf verwondend gedrag. Biologische factoren omvatten structurele, neuro-chemische en genetische kwetsbaarheden die geassocieerd worden met zelfbeschadigend gedrag. Diverse neurotransmittersystemen, zoals serotonine en dopamine, tonen een verband met impulsiviteit. (Crowell et al., 2009; De Klerk et al., 2010) Volgens Bridge et. al. (2006) hebben mensen met een beperking of verminderde fysieke gezondheid een vergrootte kans om zelf verwondend gedrag te stellen. Individuen die zichzelf verwonden, vertonen een verminderde responsiviteit voor fysieke pijn. (Claes & Vandereycken, 2007; Rogers, 2021) Leeftijd en geslacht zijn eveneens relevante factoren, waarbij adolescenten en vrouwen een verhoogd risico hebben. (Plener et al., 2018; Standaarden, 2018)

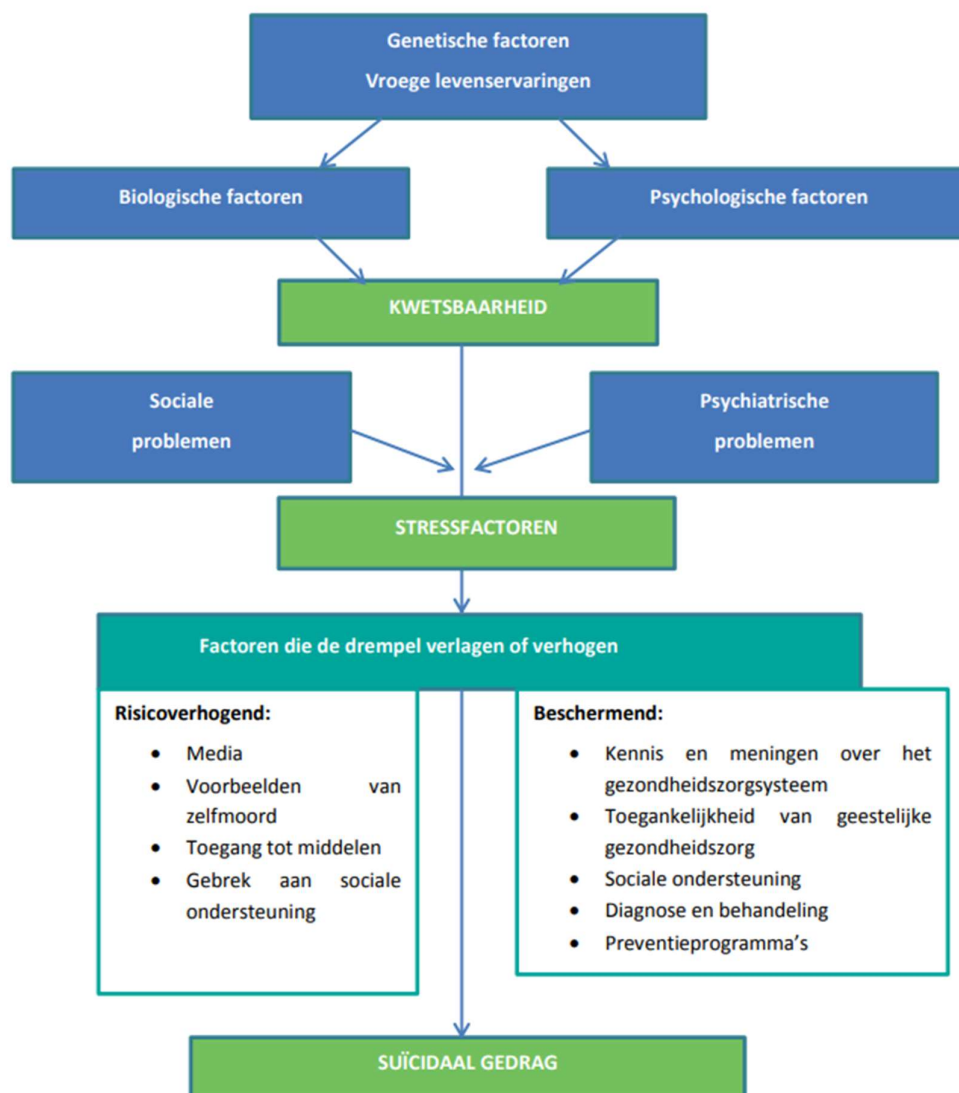
Psychologische factoren omvatten blootstelling aan pijnlijke of schokkende ervaringen, zoals seksueel misbruik, psychische verwaarlozing, ernstige pesterijen, verlieservaringen, werkloosheid, angst en negatief denken. Deze ervaringen dragen bij aan een laag zelfbeeld, impulsiviteit, instabiele relaties en emotieregulatie problemen. (Crowell et al., 2009; Standaarden, 2018)

Kwetsbaarheid wordt beïnvloed door persoonlijke eigenschappen en eerdere ervaringen, zoals genetische aanleg, persoonlijkheid, opvoeding en familiale ervaringen met suïcidaal gedrag. Deze factoren dienen als belangrijke aandachtspunten aanzien te worden door hulpverleners, aangezien deze de algemene kwetsbaarheid van de patiënt kunnen aangeven. (Standaarden, 2018)

Sociale- en omgevingsproblemen omvatten aspecten uit het gezinsverleden, het verleden van de patiënt en de huidige omgeving. Gezinsaspecten uit het verleden zijn gekoppeld aan het ontstaan van zelf verwondend gedrag later in het leven. (Nock & Banaji, 2007; B. Walsh, 2020) Het aanschouwen van zelfbeschadigend gedrag binnen een gezin als kind kan de perceptie creëren dat zelfverwonding een optie is in moeilijke situaties. Ondanks de disfunctionaliteit van een gezin, zijn positieve aspecten van belang en dienen deze versterkt te worden. Jongeren die zelfbeschadigend gedrag vertonen, komen vaak uit liefdevolle, toegewijde en compassievolle gezinnen. (B. Walsh, 2020) Het bewustzijn van deze positieve aspecten kan invloed hebben op het verminderen van zelfbeschadigend gedrag. (De Klerk et al., 2010)

Zelfverwonding en suïcidaal gedrag kunnen optreden als onderdeel van psychische aandoeningen, zoals depressie, persoonlijkheidsstoornissen, of psychotische stoornissen. Deze kunnen gepaard gaan met dissociatie, alcohol- en druggebruik, gevoelens van minderwaardigheid, schaamte en schuld. (De Klerk et al., 2010)

Stressfactoren, zoals mediaberichtgeving over suïcide en zelf verwondend gedrag, kunnen het risico verhogen. (Gould, 2006) Aan de andere kant zijn er beschermende factoren, zoals veerkracht, kwaliteitsvolle professionele hulp, een steunend sociaal netwerk en verantwoordelijkheid tegenover anderen. Religieuze overtuiging en verantwoordelijkheid kunnen echter extra lijden veroorzaken door schuldgevoelens over suïcidaal gedrag. (Standaarden, 2018)



Figuur 1: verklarend model voor suïcidaal gedrag (Dumon & Portzky, 2013; Van Heeringen, 2001)

1.3 Automutilatie

“Automutilatie geldt als synoniem voor zelfverminking en verwijst naar extreme en eerder zeldzame vormen van zelfverwonding die voornamelijk voorkomt bij mensen met schizofrenie of psychose” (De Rijdt, 2009). Automutilatie wordt in bepaalde literatuur gebruikt als synoniem voor zelf verwondend gedrag. In deze literatuurstudie wordt niet verwezen naar automutilatie aangezien het een extreme vorm is van zelf verwondend gedrag. (Claes et al., 2004a)

1.4 Suïcidaal gedrag en zelfbeschadigend gedrag

“Suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term gedrag verwijst zowel naar handelingen als naar gedachten” (Hamza et al., 2012).

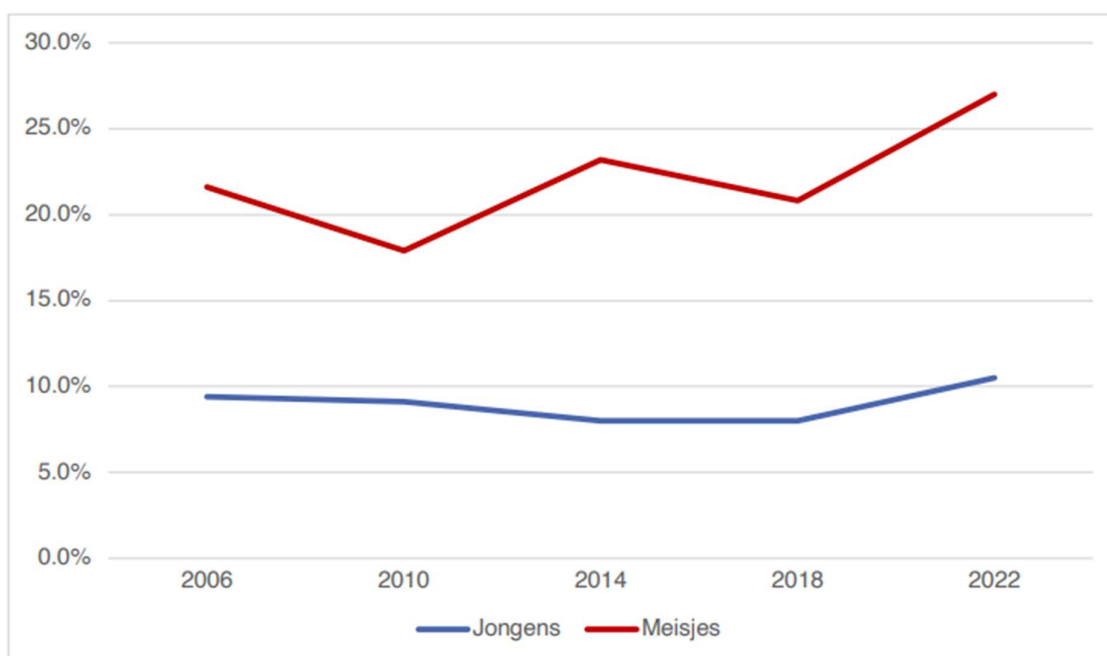
Adolescenten die zichzelf verwonden hebben drie keer meer kans op het ontwikkelen van suïcidegedachten en het ondernemen van een suïcidepoging. (Claes & Vandereycken, 2006; Glenn et al., 2017; Nock et al., 2009; Plener et al., 2015) Zowel suïcidaal gedrag als zelf verwondend gedrag, zijn voorbeelden van zelfbeschadigend gedrag. Er wordt op drie manieren onderscheid gemaakt tussen zelf verwondend gedrag en suïcidaal gedrag: intentie, herhaling en dodelijkheid. (Baetens et al., 2012; Muehlenkamp & Gutierrez, 2011)

In een onderzoek van Brunner et. al. (2007) is aangetoond dat er een verband is tussen sociale factoren en incidenteel zelf verwondend gedrag. Vooral bij herhaaldelijke zelfverwonding is er een sterke associatie met suïcidaal gedrag. Suïcidale gedachten en gedrag (STB) en niet-suïcidale zelfverwonding (NSSI) zijn aanzienlijke zorgen voor de algemene gezondheid van jongeren. Hoewel STB en NSSI vaak gelijktijdig voorkomen, zijn hun oorzaken complex en vertonen ze slechts gedeeltelijke overlap. Dit suggereert dat er zowel gemeenschappelijke als unieke factoren zijn die de kwetsbaarheid voor STB en NSSI vergroten. (Auerback et al., 2020)

Zelfmoord staat op de vierde plaats als belangrijkste doodsoorzaak bij adolescenten. De risicofactoren voor suïcide zijn divers en omvatten schadelijk alcoholgebruik, een verleden van kindermisbruik, stigma rondom hulp zoeken, obstakels voor toegang tot zorg en de beschikbaarheid van middelen om suïcide te plegen. Digitale media kan een aanzienlijke rol spelen bij het versterken of verzwakken van inspanningen op het gebied van suïcidepreventie. (WHO, 2021)

1.5 Incidentie en prevalentie

Zelfverwonding is een veelvoorkomend fenomeen dat alsmaar toeneemt. Zelfverwonding komt voor bij alle leeftijden maar piekt in de adolescentie. Aangezien dat de problematiek zo heterogeen is, is het moeilijk om tot exacte cijfers te komen. Volgens Zelfmoord1813 (2023) heeft meer dan 10% van de Vlaamse jongeren ooit al aan zelfbeschadiging gedaan en heeft daarvan 13,71% zelf verwondend gedrag gesteld (Baetens et al., 2012; Claes et al., 2010). Meisjes rapporteren vaker zelfverwondend gedrag dan jongens (Boyes et al., 2023; Whitlock et al., 2013). Zelfverwondend gedrag begint meestal in de vroege adolescentie tussen 12- en 14-jaar (Muehlenkamp & Gutierrez, 2011; Plener et al., 2015). Binnen Europa rapporteert 16,9% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar oud, ooit aan zelf verwonding gedaan te hebben. Zelfverwonding zoals snijden, slaan en krabben zijn met 83,2% de meest voorkomende vormen van zelfverwonding. (Baetens et al., 2012)



Figuur 2: percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gesteld, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022 (Schrijvers et al., 2023)

Uit de resultaten van het epidemiologisch rapport van het Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie (2022) blijkt dat in alle deelnemende landen gemiddeld meer dan één op de vijf meisjes en bijna één op de tien jongens het afgelopen jaar hebben overwogen om zichzelf opzettelijk te beschadigen, maar dit nog niet hebben gedaan. Opmerkelijk is dat Vlaanderen met 1,8% boven het gemiddelde ligt van alle deelnemende landen. (Gijzen & Portzky, 2022) Uit onderzoek van Callens (2013) blijkt dat 1 op 23 jongeren tussen 14- en 17-jaar oud aan zelfverwonding deden. Uit deze resultaten valt te concluderen dat zelfverwonding erg is toegenomen de afgelopen jaren. Zelfverwonding lijkt meer voor te komen bij de LGBTQIA+ gemeenschap en in Europa, exacte cijfers zijn niet terug te vinden. (Klonsky & Olino, 2008b) Het verkrijgen van recente incidentie- en prevalentiecijfers binnen Europa en buiten Europa bleek uitdagend vanwege de beperkte beschikbaarheid van bronnen binnen een tijdsbestek van vijf jaar. Volgens Walsh (2020) is één van de grote frustraties dat er tot nu toe geen grote landelijke epidemiologische onderzoeken naar zelfverwonding uitgevoerd zijn. Het kan leerzaam zijn om prevalentiecijfers van zelf verwondend gedrag te vergelijken met het aantal suïcides, aangezien de kans op een suïdepoging groter is wanneer zelf verwondend gedrag aanwezig is. (Claes & Vandereycken, 2006) (Nock et al., 2013) (Plener et al., 2015) (Glenn et al., 2017)

Volgens gegevens van Zelfmoord1813 (2021) zijn in Vlaanderen 931 personen overleden als gevolg van suïcide, waarbij 641 mannen en 272 vrouwen betrokken waren. Er blijkt een hogere incidentie van suïcide onder mannen in vergelijking met vrouwen, hoewel bij zelf verwondend gedrag het tegenovergestelde geldt. Statistieken geven aan dat adolescenten vaker betrokken zijn bij zelf verwondend gedrag dan oudere leeftijdsgroepen (55-85+). Desondanks plegen oudere leeftijdscategorieën vaker suïcide. (Zelfmoordlijn1813, 2023)

1.6 De adolescent

“De adolescentie is de levensfase die zich uitstrekt tussen de kindertijd en de volwassenheid en de definitie ervan heeft lange tijd voor een raadsel gestaan. De adolescentie omvat elementen van biologische groei en belangrijke sociale rol transitie” (Sawyer et al., 2018).

Een definitie die de leeftijd van 10 tot 24 jaar omvat in plaats van 10 tot 19, sluit beter aan bij de groei van adolescenten en bij de gangbare opvattingen over deze levensfase. Deze uitgebreidere definitie zou het mogelijk maken om investeringen te doen in een breder scala aan omgevingen die van invloed zijn op het welzijn en de ontwikkeling van jongeren. (Sawyer et al., 2018)

De piek van zelf verwondend gedrag tijdens de adolescentiefase wordt veroorzaakt door de lichamelijke, psychische en sociale veranderingen waarmee jongeren worden geconfronteerd, wat veel stress kan veroorzaken. Jongeren die zichzelf verwonden, voelen zich al een tijdje slecht en hebben intense emoties waar ze geen raad mee weten. (Guerry & Prinstein, 2009) De adolescentie vormt een cruciale fase voor het ontwikkelen van sociale en emotionele gewoonten die van vitaal belang zijn voor het mentale welzijn. (Feenstra et al., 2022) Dit omvat het aannemen van gezonde slaapgewoonten, lichaamsbeweging, ontwikkelen van coping vaardigheden, oplossen van problemen, verbeteren van interpersoonlijke relaties en het leren omgaan met emoties. Beschermende en ondersteunende omgevingen zoals thuis, school en de bredere gemeenschap spelen hierbij een sleutelrol. (WHO, 2021)

Talrijke factoren beïnvloeden de geestelijke gezondheid. Hoe meer risicofactoren waaraan adolescenten worden blootgesteld, des te groter de potentiële impact op hun geestelijk welzijn. Stress tijdens de adolescentie kan voortkomen uit diverse bronnen, zoals confrontatie met tegenslagen, sociale druk tegenover leeftijdsgenoten en het zoeken naar eigen identiteit. De invloed van media en genderverwachtingen kan de kloof vergroten tussen de realiteit van adolescenten en hun percepties of toekomstige ambities. Andere bepalende factoren zijn onder meer de kwaliteit van de gezinsomgeving en de relaties met leeftijdsgenoten. Geweld, met name seksueel geweld, pesten, streng ouderschap en ernstige sociaaleconomische problemen worden erkend als risicofactoren voor de geestelijke gezondheid. (WHO, 2021)

Het minder goed functioneren van een gezin en problemen met emotieregulatie, hebben een directe invloed op het risico van zelf verwondend gedrag bij adolescenten (Boyes et al., 2023). Het beschermen van adolescenten voor tegenslagen, het bevorderen van sociaal-emotioneel leren en het verzekeren van toegang tot geestelijke gezondheidszorg zijn essentieel voor hun welzijn en het latere volwassen leven. Wereldwijd wordt geschat dat 1 op 7, 10- tot 19-jarigen last heeft van geestelijke gezondheidsproblemen en dat deze grotendeels onopgemerkt en onbehandeld blijven. Adolescenten die kampen met geestelijke gezondheidsproblemen lopen specifiek risico op sociale uitsluiting, discriminatie, stigma (wat de bereidheid om hulp te zoeken beïnvloedt), onderwijsproblemen, risicovol gedrag, slechte lichamelijke gezondheid en schendingen van mensenrechten. (WHO, 2021)

In de steekproef van Townsend et al. (2021) was de meest voorkomende reactie van adolescenten op stress, onvrijwillige engagement coping. Coping wordt omschreven als handelingen die personen ondernemen wanneer deze de impact van een probleem proberen te verminderen of vermijden. (Pearlin & Schooler, 1978) Voor de meerderheid van de adolescenten wordt de meest voorkomende reactie, gekenmerkt door piekeren, opdringerige gedachten, fysiologische opwinding, emotionele opwinding en onvrijwillige actie. (Townsend et al., 2021) Zelfverwonding wordt gebruikt als een manier om met deze stress of emoties om te gaan, waarbij sommige jongeren zich kalmer voelen na de verwonding. Anderen gebruiken zelfverwonding om controle te voelen, zichzelf te straffen of afleiding te zoeken van psychische pijn. (Guerry & Prinstein, 2009)

Personen die aan zelf verwonding doen ervaren vaak onbegrip vanuit hun omgeving. De communicatie met hun naasten loopt vaak stroef. Hierdoor wordt hun zelfbeeld negatief beïnvloed en kan er een verminderd gevoel van verbondenheid op treden. Dit kan als gevolg hebben dat mensen zich opnieuw gaan verwonden. Als het gevoel van verbondenheid met de omgeving vergroot wordt heeft dit een positief effect op de relatie met de naasten maar ook op de zelfverwonding. (Richtlijndatabase, 2022) Zelfverwonding heeft vaak een signaalfunctie voor de omgeving, waarbij het aangeeft dat er iets mis is. (Guerry & Prinstein, 2009)

De gevolgen van ZVG op lange termijn omvatten gevoelens van schuld, schaamte en waardeloosheid. Daarnaast heeft ZVG een negatieve impact op de sociale omgeving, waar ouders, vrienden en leraren vaak emotioneel reageren wanneer het gedrag wordt ontdekt. Blijvende littekens herinneren jongeren aan de moeilijke momenten waarop ze zichzelf verwondden. Zelfverwonding is geen onschuldig gedrag, bij de meerderheid van de jongeren vormt het op termijn een ernstig probleem en kan het de kans op suïcidaliteit tot wel drie keer verhogen. (Claes & Vandereycken, 2006; Glenn et al., 2017; Nock et al., 2013; Plener et al., 2015) Het is dus van cruciaal belang dat jongeren de mogelijkheid krijgen om over ZVG te praten en hulp te zoeken. Op die manier kunnen ze leren om op een andere manier met de factoren om te gaan die ZVG kunnen uitlokken. (Guerry & Prinstein, 2009)

1.7 De omgeving

In de eerste plaats is de omgeving vaak een toegangsweg naar professionele hulp en is het cruciaal in het signaleren van de eerste signalen van zelfverwonding. Als tweede fungeert de omgeving als bondgenoot van de hulpverleners. De omgeving heeft een fundamentele rol in het verschaffen van informatie, verhogen van veiligheid en bevorderen van therapietrouw. Daarnaast vervult de dichte omgeving vaak de rol van mantelzorger. Zij ondersteunen de adolescent bij algemene dagelijkse levensbehoeften, zorgen voor een veilige omgeving en dragen bij aan het herstelproces. Daarnaast kan de directe omgeving van de zorgvrager geconfronteerd worden met het lijden van de adolescent. In de praktijk blijkt dat een samenwerking met de omgeving vaak terughoudend wordt benaderd en er onvoldoende wordt doorgevraagd naar de redenen waarom een adolescent mogelijk geen contact wenst met de omgeving. Het uitgangspunt zou echter moeten zijn om gedurende elke fase van het zorgproces samen te werken met de omgeving van de adolescent, tenzij er dwingende redenen zijn om dat niet te doen. (Standaarden, 2018)

Adolescenten die zelf verwondend gedrag vertonen, ervaren vaak gevoelens van isolatie en vervreemding van hun familie. Uit schaamte, schuldgevoel over het gedrag en vrees voor de reacties van hun ouders, weerhouden ze zichzelf ervan om steun te zoeken op momenten dat ze die het meest nodig hebben. (B. Walsh, 2020)

De invloed van de omgeving is cruciaal, zoals blijkt uit een onderzoek van Mirichlis et al. (2023), hieruit blijkt dat de meerderheid van adolescenten die zichzelf verwonden, dit minstens aan één persoon in hun omgeving heeft bekendgemaakt, zoals een ouder, vriend, professional, leraar of huisarts. De aard en intensiteit van het contact met zowel henzelf als de omgeving spelen een essentiële rol bij zelf verwondend gedrag en bij de mogelijkheden om dit gedrag te verminderen of te stoppen. Het aanleren van vaardigheden om contact met anderen en zichzelf te reguleren wordt beschouwd als een cruciale stap in het verminderen of stoppen van niet-suïcidale zelfverwonding (Kool & Van Meijel, 2019).

Interpersoonlijke factoren, zoals de reactie van de ontvanger, de bestaande kwaliteit van die relatie en de mogelijke gevolgen voor de relatie, werden als het belangrijkste beschouwd bij adolescenten die zelf verwondend gedrag bespreekbaar willen maken. Hier gaat het vooral over persoonlijke relaties en niet over de relatie tussen adolescent en hulpverlener. De band met een hulpverlener is formeler en minder persoonlijk waardoor adolescenten minder de neiging hebben om te delen wat er in hun hoofd omgaat. Daarentegen worden mogelijke reacties en gevolgen als belangrijk beschouwd bij het overwegen van een bekendmaking aan de omgeving. Wanneer de adolescent bekendmaakt dat die aan zelf verwondend gedrag doet kan dit leiden tot dagelijkse verstoringen in het leven van de adolescent en diens omgeving. (Simone & Hamza, 2020)

Uit een onderzoek van Townsend et al. (2021) blijkt dat ouders van adolescenten die aan zelf verwondend gedrag doen, veel stress en functionele beperkingen ervaren. Ouders die destructieve coping toepassen als reactie op stress vertonen significant een slechtere mentale gezondheid en een lagere kwaliteit van leven dan in vergelijking met ouders met constructieve coping. De impact van zelf verwondend gedrag bij adolescenten beïnvloedt de dynamiek van het gezin, inclusief een verminderde deelname aan sociale activiteiten. Er worden verschillende observaties gerapporteerd door het gezin waarin een adolescent aan zelf verwondend gedrag doet. Ouders geven aan dat hun leven gekenmerkt wordt door gevoelens van angst, stress, zorg en spanning. Vaak gaat dit gepaard met de vraag waarom hun kind aan zelf verwondend gedrag doet, wat gevoelens zoals verdriet, frustratie, boosheid en verwarring met zich meebrengt. (Townsend et al., 2021)

De meest voorkomende reden waarom ouders deze gevoelens beschrijven is uit bezorgdheid voor de veiligheid en de toekomst van hun adolescent. Verder bespreken ouders intense gevoelens van schaamte, zelfverwijt en de overtuiging dat ze gefaald hebben. Enkele ouders merken op dat het gevoel van falen voortkomt uit het gevoel verantwoordelijk te zijn voor de zelfverwonding van hun kind, terwijl andere ouders aangeven dat ze het gevoel hebben hun adolescent in de steek te laten door niet genoeg hulp te bieden. Ouders hebben het gevoel dat ze hun kind constant moesten monitoren en onder toezicht moeten houden, wat als isolerend en vermoeiend wordt gerapporteerd. (Townsend et al., 2021)

Adolescenten die aan zelf verwondend gedrag doen hebben drie keer meer kans op het ontwikkelen van suïcidale gedachten of het ondernemen van een suïcidepoging. (Claes & Vandereycken, 2006; Glenn et al., 2017; Nock et al., 2013; Nock et al., 2009; Plener et al., 2015) Hierin speelt de omgeving van personen die worstelen met suïcidale gedachten een cruciale rol in zowel de behandeling als de preventie van zelfdoding. Het nastreven van betrokkenheid van naasten om de suïcidale persoon te stimuleren om de omgeving te betrekken, is van groot belang. (Tatnell et al., 2014) Naasten kunnen op diverse manieren ondersteuning bieden: waardevolle informatie verschaffen over de persoon in kwestie, meedenken over de benodigde hulp en bijstand bieden bij de opvang en begeleiding van de suïcidale persoon. Door naasten te betrekken, kunnen adolescenten bewuster worden van de noodzaak van verdere professionele hulpverlening. Een positieve houding van naasten ten opzichte van professionele hulp kan resulteren in een grotere bereidheid van de betrokkene om deze vervolghulp te accepteren. Naasten kunnen zelf behoefte hebben aan psycho-educatie, steun en hulp. Het is van belang om hen vanaf het begin te betrekken en om hen passende ondersteuning en begeleiding te bieden. (Gunnell et al., 2013)

Het verstrekken van duidelijke uitleg aan naasten over de functie en betekenis van zelf verwondend gedrag en het actief betrekken van hen in de behandeling is waardevol. Het is essentieel om hen te betrekken bij het ontwikkelen van een signaleringsplan, waarbij de omgeving de mogelijkheid krijgt aan te geven op welke manieren zij van waarde kunnen zijn en waar hun grenzen liggen. Bovendien is het belangrijk om aandacht te besteden aan hun persoonlijke beleving en hen te stimuleren om, indien nodig, zelf hulp en ondersteuning te zoeken. (Eckerström et al., 2020)

1.7.1 Invloed op het grotere geheel

Zelf verwondend gedrag door adolescenten manifesteert zich als een belangrijke invloedfactor op verschillende levensgebieden van de ouders. Het benadrukt dat de zelfbeschadiging van een adolescent een merkbare impact heeft op zowel de mentale en fysieke gezondheid, als de relatie met de omgeving. Familieleden passen hun gedrag aan om de kans op zelfbeschadiging te minimaliseren. Het effect van zelfbeschadiging op broers en zussen varieert, waarbij sommigen zich buitengesloten voelen, anderen oneerlijke verwachtingen ervaren en weer anderen angst en stress benoemen. In relaties werd zelfbeschadiging geassocieerd met overbelasting, conflicten en in sommige gevallen zelfs relatiebreuken. De invloed van zelfbeschadiging door adolescenten strekt zich uit tot de uitgebreide familie, waarbij de reactie van individuen bepalend is voor de uiteindelijke impact. Grootouders en andere familieleden ervaren vergelijkbare emoties met de ouders, terwijl anderen conflicten en spanningen binnen de familie ondervonden, wat resulteert in afstandelijkheid van familieleden. Onbegrip binnen de familie ten opzichte van zelfbeschadiging bij adolescenten wordt genoemd als een belangrijke oorzaak van deze afstand. (Townsend et al., 2021)

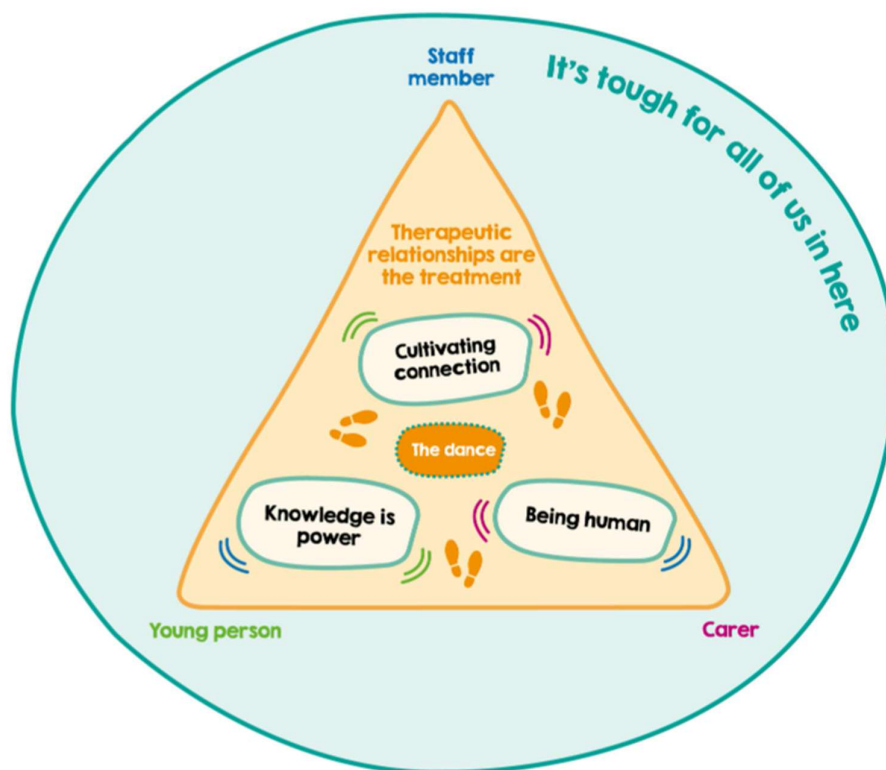
Functionele gevolgen van zelfbeschadiging werden eveneens waargenomen, ouders die hun werkuren verminderden of zelfs volledig stoppen om voor hun adolescent te zorgen, met aanzienlijke financiële gevolgen voor het gezin. Bovendien rapporteren ouders dat de zelfbeschadiging van hun adolescent hun sociale en maatschappelijke betrokkenheid belemmert, wat resulteerde in het vervreemden van hun eigen ondersteunende netwerk. (Townsend et al., 2021)

1.8 Verpleegkundige relevantie

Zorgverleners, inclusief verpleegkundigen, vervullen een educatieve rol met betrekking tot patiënten, familieleden en de bredere omgeving, zoals de schoolomgeving. Het verstrekken van informatie over de symptomen van zelfbeschadiging, beschikbare ondersteunende diensten en het aanreiken van coping mechanismen valt onder de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen. Het is van cruciaal belang om correcte, relevante en volledige informatie te communiceren naar patiënten, familie en de omgeving, inclusief het benoemen van gezondheidsrisico's en het benadrukken van de noodzaak van gezondheidsbevordering. (Gunnell et al., 2013)

De verpleegkundige benadering van zelf verwondend gedrag is zeer belangrijk om verschillende redenen. Een correcte houding van de verpleegkundige kan resulteren in een verhoogde effectiviteit van de geboden interventies. Figuur drie toont de verschillende therapeutische rollen aan waar de verpleegkundige rekening mee dient te houden. (Hartley et al., 2022) Bovendien draagt een dergelijke benadering bij aan het doorbreken van het taboe rond zelfverwonding, wat op zijn beurt de adolescent in staat stelt om openlijk over het onderwerp te praten, waardoor interventies effectiever worden. Het doorbreken van het taboe kan ook bijdragen aan het verminderen van schaamtegevoelens bij jongeren. (De Rijdt, 2009; Grol & Kool-Goudzwaard, 2019)

De omgeving van adolescenten dient actief betrokken te worden bij de preventie en behandeling van zelf verwondend gedrag. Bij zelf verwondend gedrag door een adolescent is het essentieel dat zorgverleners aandacht besteden aan de ondersteuning en begeleiding van de omgeving. (Townsend et al., 2021) Naast kunnen op diverse manieren ondersteuning bieden: waardevolle informatie verschaffen over de persoon in kwestie, meedenken over de benodigde hulp en bijstand bieden bij de opvang en begeleiding van de adolescent. Door naasten te betrekken, kunnen ze bewuster worden van de noodzaak van verdere professionele hulpverlening. Een positieve houding van naasten ten opzichte van professionele hulp kan resulteren in een grotere bereidheid van de betrokkene om deze vervolghulp te accepteren. Naasten kunnen zelf behoefte hebben aan psycho-educatie, steun en hulp. Het nastreven van de betrokkenheid van deze naasten om de suïcidale persoon actief te stimuleren om de omgeving te betrekken, is van groot belang. Het is van belang om hen vanaf het begin te betrekken en hen passende ondersteuning en begeleiding te bieden. (Gunnell et al., 2013) Verpleegkundigen dienen vakjargon begrijpelijk te maken voor personen die hier minder bekend mee zijn. Het begrijpen van de verpleegkundige relevantie van zelfbeschadigend gedrag is van essentieel belang voor het bieden van holistische en effectieve zorg aan personen die hiermee te maken hebben. Dit benadrukt de noodzaak van empathie, competentie en samenwerking binnen zorgteams. (Gunnell et al., 2013) De beslissingen over preventie en klinische benaderingen kunnen gevolgen hebben die van cruciaal belang zijn voor de toekomst en het welzijn van de adolescent (Fonseca-Pedrero et al., 2022).



Figuur 3: conceptuele figuur van verschillende functies therapeutische relatie. (Hartley et al., 2022)

1.8.1 Therapeutische relatie is de behandeling

Therapeutische relaties vormen het belangrijkste aspect van intramurale geestelijke gezondheidszorg voor jongeren en hun families. De functie van therapeutische relaties is uniek en staat in verhouding tot de behoeften van adolescenten, de waarde en het potentieel van relaties, hun verscheidenheid, kwetsbaarheid en duurzaamheid. Therapeutische relaties moeten worden onderhouden en vereisen persoonlijke kwaliteiten, begrip, teamwork en emotionele steun om in stand te worden gehouden. De beschikbaarheid van personeel draagt bij aan de waarde van de zorg. Oordelen kunnen een belemmering vormen voor betrokkenheid, omdat jongeren bang zijn dat hun gedrag negatieve gevoelens bij het personeel oproept, wat op zijn beurt het vertrouwen kan schaden. Adolescenten geven aan dat therapeutische relaties een positieve invloed hebben. De samenwerking met het personeel gaat verder dan een taak: het is een verbinding die adolescenten kan helpen de beste versie van zichzelf te zijn. Wanneer de relaties niet werken, is het niet alleen een verlies van deze potentiële voordelen, maar kan het ook fundamenteel schadelijk zijn voor de effectieve relatie. Al de complexiteit en uitdagingen, brengen een diepe emotionele band met zich mee die levensreddend kan zijn. (De Rijdt, 2009; Grol & Kool-Goudzwaard, 2019; Hartley et al., 2022)

1.8.2 Verbinding koesteren

Een wederzijdse verbinding maakt deel uit van de fundamenteën van een therapeutische relatie. Deze verbinding is onmisbaar om een diepere, meer oprechte band op te bouwen, waarbij steeds intiemere en gevoeliger gesprekken kunnen plaatsvinden, versterkt door de integratie van veiligheid, openheid, grenzen en ondersteuning. Hoewel alle partijen hier een bijdrage aan leveren, heeft het personeel een cruciale rol in hoe ze zich gedragen ten opzichte van de jongeren en hun omgeving. Het is een kwestie van een band opbouwen tussen twee mensen. Er is sprake van wederkerigheid in het creëren ervan. Dit moet ondersteund worden door gedeeld respect en vertrouwen. Als er geen wederzijds respect is, dan kan er geen vertrouwen zijn. Als er geen vertrouwen is, is de therapie zinloos. Het personeel speelt een sleutelrol in het bevorderen van dit vertrouwen. Via acties, brede benaderingen en beschikbaarheid. Adolescenten en hun omgeving waarderen het dat het personeel het initiatief neemt om een band op te bouwen. Benaderbaar zijn is essentieel om een band in twee richtingen te creëren, waarbij alle partijen het gevoel hebben dat ze een mogelijkheid hebben om bij te dragen. Dit wordt versterkt als alle betrokkenen echt interesse tonen in wat er gezegd wordt. Als dit ontbreekt kan de adolescent het gevoel hebben niet erkend te worden of geen ruimte te krijgen om zich te uiten. (Hartley et al., 2022)

1.8.3 Kennis is kracht

Kennis, begrip en informatie spelen een cruciale rol in de ontwikkeling van relaties. Het erkennen en delen van kennis tussen medewerkers, jongeren en de omgeving gaat verder dan het overbrengen van begrippen. Het erkent rollen, weerspiegelt vaardigheid en bevordert zo een betekenisvolle samenwerking. Wanneer dit niet goed functioneert, kunnen relaties onder druk komen te staan. Een sterke theoretische basis kan worden toegepast op de zorg voor jongeren en laat zien dat het personeel, op zijn minst op theoretisch niveau, de psychologische problemen begrijpt die jongeren ervaren. Dit vormt de basis voor het ontwikkelen van meer persoon specifieke kennis. (Gunnell et al., 2013; Hartley et al., 2022)

Het begrijpen van het unieke verhaal van mensen en de aard van intramurale zorg wordt door alle betrokken partijen als belangrijk beschouwd om een vertrouwensvolle en ondersteunende relatie op te bouwen. Hoewel deze patiënt centrale benadering een persoonsgerichte behandeling kan ondersteunen, moeten medewerkers hun professionele kennis zorgvuldig afwegen tegen de kennis die ze kunnen vergaren in de context van de unieke relatie met elke jongere. Bovendien moeten medewerkers bij het begrijpen van jongeren ook rekening houden met hun culturele achtergrond. Een gebrek aan cultureel begrip of erkenning door het personeel kan leiden tot een breuk in de relatie, omdat de jongere of omgeving zich niet gewaardeerd voelt. (Hartley et al., 2022)

Kennis is echter niet statisch en moet worden gedeeld en vastgehouden binnen relaties en onder clinici, waarbij van alle partijen de bereidheid wordt gevraagd om met elkaar in gesprek te gaan en hun wederzijds begrip te vergroten. Dit creëert een cultuur waarin professionals kennis kunnen delen om ondersteuning te bieden. Toch ervaren zorgverleners obstakels bij het overdragen van kennis. Het proactief gebruik van effectieve communicatie om informatie te verspreiden is cruciaal, als dit niet effectief gebeurt, kan dit gevolgen hebben voor de relaties, de ervaringen van opname en de behandelresultaten. Transparantie en pro activiteit zijn essentieel om

ervoor te zorgen dat familieleden zich gewaardeerd en betrokken voelen. Het gebrek aan communicatie en interactie met de omgeving kan schadelijk zijn. Ouders hebben veel kennis te delen met het personeel, als dit niet op de juiste manier wordt erkend, kan dit ontmoedigend werken. Het is noodzakelijk dat het personeel positieve relaties opbouwt met de omgeving om deze kennis te waarderen en te delen. (Hartley et al., 2022)

1.8.4 Mens zijn

Alle betrokken partijen - of het nu personeel, jongeren of de omgeving zijn - brengen hun eigen menselijke aspecten mee in de relatie. Het is van essentieel belang dat individuen als unieke personen worden behandeld, met hun eigen kwaliteiten, perspectieven en behoeften. Dit kan een uitdaging zijn voor iedereen, met name voor het personeel, dat extra emotionele uitdagingen kan ervaren vanwege deze authentieke kwetsbaarheid. (Hartley et al., 2022)

Het is belangrijk om te erkennen dat jongeren meer zijn dan alleen patiënten. Het zijn individuen met hun eigen verschillen en behoeften. Ze brengen hun eigen ervaringen, verwachtingen en kwaliteiten met zich mee, die moeten worden erkend en benut om effectieve relaties op te bouwen. Het kan verrassend zijn dat de intramurale omgeving ook een ruimte kan bieden waar jongeren hun identiteit kunnen verkennen. Dit komt mogelijk door het creëren van een veilige emotionele ruimte die open communicatie aanmoedigt en waar geestelijke gezondheidsproblemen worden genormaliseerd, waardoor jongeren niet langer gedwongen worden om dit deel van zichzelf te verbergen. Ook de omgeving zijn individuen met hun eigen verschillen en emotionele behoeften. Het is belangrijk om dit te erkennen en te ondersteunen binnen de therapeutische relatie. (Hartley et al., 2022)

1.8.5 De Dans

Gedurende een opname vervullen jongeren, de omgeving en medewerkers verschillende rollen en posities die elkaar kunnen overlappen of veranderen naarmate de opname vordert. Het is van essentieel belang dat personeelsleden flexibel zijn om deze verschuivingen te vergemakkelijken, naast het balanceren van hun eigen menselijkheid en professionele verantwoordelijkheden. Het opnemen van verantwoordelijkheden kan echter emotionele belasting met zich meebrengen voor het personeel. Er kan angst ontstaan dat jongeren te afhankelijk kunnen worden en hun ontwikkeling naar onafhankelijkheid in gevaar kan komen. Het is een uitdaging voor zorgverleners om een evenwicht te vinden tussen het bieden van zorg en het stimuleren van zelfstandigheid. Ook jongeren willen betrokken worden bij besluitvorming en hun eigen herstelproces. Hoewel dit kan leiden tot onzekerheid en angst, waarderen adolescenten het wanneer medewerkers hun positie erkennen en macht in de relatie delen. Dit draagt bij aan een gevoel van vertrouwen en veiligheid en bevordert een cultuur van groei en zelfontwikkeling voor jongeren. Het personeel heeft een leidende rol in het opzetten van een therapeutisch kader en alle betrokkenen moeten hun vaardigheden en betrokkenheid ontwikkelen om een effectieve dynamiek te behouden. Dit vereist flexibiliteit en responsiviteit van alle partijen, vooral bij de overgang naar ontslag, wanneer autonomie wordt bevorderd en de banden met de gemeenschap worden versterkt. Het personeel erkent de angst en

onzekerheid die deze overgang met zich meebrengt voor jongeren en benadrukt het belang van het ontwikkelen van vaardigheden bij andere betrokkenen, zoals de omgeving, om het herstelproces na ontslag te ondersteunen. Het is essentieel om continuïteit te behouden en een ondersteunend netwerk te bieden, zelfs na het vertrek van de jongere uit de instelling, om terugval te voorkomen. (Hartley et al., 2022)

1.8.6 Het is moeilijk voor ons allemaal

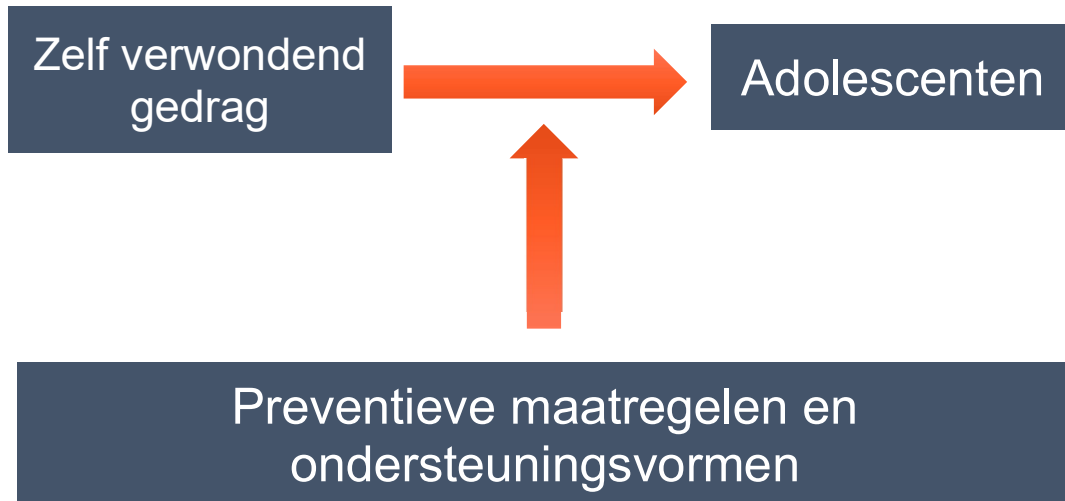
De omgevingen waarin deze relaties plaatsvinden, vormen een uitdaging voor jongeren, omgeving en personeel. Deze uitdaging wordt volledig erkend door alle betrokkenen. Om hiermee om te gaan, zijn zowel individuele als systemische oplossingen nodig. Jongeren ervaren vaak verveling en meningsverschillen, wat kan leiden tot moeilijkheden bij het opbouwen van relaties en een verslechtering van de sfeer. De bezettingsgraad van het personeel heeft invloed op hun vermogen om contact te leggen en relaties op te bouwen, waardoor jongeren het gevoel kunnen hebben dat er niet genoeg tijd voor hen is. Deze systemische zorgen kunnen gevoelens van onwennigheid en gebrek aan verbondenheid veroorzaken, wat de kwaliteit van de relaties negatief beïnvloedt. (Hartley et al., 2022)

Zowel jongeren als familieleden erkennen dat de opnameomgeving niet altijd gastvrij is en dat de aard van de opname het moeilijk kan maken voor personeel om relaties op te bouwen. De emotionele belasting van het werk kan een barrière vormen voor personeelsleden om hun menselijkheid te tonen en kan hen ervan weerhouden om de voordelen van deze benadering te ervaren. Sommige personeelsleden ervaren ook racisme en voelen zich geïsoleerd in hun ervaringen. Het kan moeilijk zijn voor personeelsleden die zich identificeren als niet blank om een band op te bouwen met jongeren die mogelijk andere achtergronden hebben. Ze doen echter hun best om deze uitdagingen te overwinnen en een positieve relatie op te bouwen. Het is belangrijk dat ondersteunende maatregelen voor het personeel prioriteit krijgen om ervoor te zorgen dat zij in staat zijn om hun rol effectief te vervullen. Personeelsleden vertrouwen vaak op elkaar voor steun bij het omgaan met systemische uitdagingen, wat kan bijdragen aan een positieve werkomgeving. Echter, als deze steun ontoereikend is of als personeel onder druk staat, kan dit leiden tot een verhoogd risico op burn-out. Het is daarom belangrijk dat ondersteuning toegankelijk en effectief is voor alle betrokkenen. Tot slot is het delen van positieve momenten, zoals een glimlach, een krachtig middel om met de moeilijkheden van de job om te gaan. (Hartley et al., 2022)

2 Vraagstelling

Hoe kan de directe omgeving preventieve maatregelen nemen om zelfverwonding bij een adolescent te voorkomen?

Welke vormen van ondersteuning zijn beschikbaar voor de omgeving wanneer de adolescent daadwerkelijk zelf verwondend gedrag vertoont?



3 Zoekstrategie

De selectie van relevante literatuur werd uitgevoerd met behulp van gecomputeriseerde databanken. Het verzamelen van artikelen vond plaats vanaf 09 oktober 2023 tot en met het heden. Artikels werden afgebakend tussen 2017 – heden. Uitgezonderd wanneer artikelen via de sneeuwbalmethode gevonden werden. Enkel gratis artikelen werden geraadpleegd. Er werd systematisch gezocht naar Nederlandstalige en Engelse literatuur die gepubliceerd is op volgende databanken: Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Springer Link en Limo. Voor gerichte expertise werden de websites van VLESP (Vlaams Expertisecentrum voor Suïcidepreventie) en Zelfmoordlijn1813 geraadpleegd.

Volgende MESH-termen werden ingegeven op Pubmed: *adolescent, adolescent and psychiatry, self-injury behavior, intentional self-injury, intentional self-harm, self-destructive behavior, self-mutilation, self-mutilating behavior, prevention and NSSI*. De zoektermen die werden gebruikt op andere databanken zoals Google Scholar en Limo omvatten: automutilatie, adolescent, zelf verwondend gedrag, *self-wounded behaviour*, para-suïcidaal gedrag, *non-suicidal behaviour, NSSI, non-suicidal self-injury*, therapeutische relaties, preventie en zelf verwondend gedrag, behandeling van zelf verwondend gedrag, omgeving en zelf verwondend gedrag, omgeving en adolescent. Via de sneeuwbalmethode werden ook andere databases geraadpleegd en relevante artikelen gevonden.

Voor de uitwerking van het prototype en plan zijn volgende zoektermen ingegeven bij Google Scholar en Limo: EBP implementeren, *clinical leadership*, gedragsverandering, GGZ-verpleegkundige, geestelijke gezondheidszorg in de thuisomgeving, eerstelijnsgezondheidszorg en GGZ.

4 Resultaten

4.1 Preventieve maatregelen voor zelf verwondend gedrag

4.1.1 De adolescent

Het bevorderen van een positief zelfbeeld is van cruciaal belang bij adolescenten met een risico op zelf verwondend gedrag. Een positief zelfbeeld, gekenmerkt door zelfrespect en zelfwaardering, fungeert als een beschermende factor tegen het ontwikkelen van destructieve neigingen. Dit omvat niet alleen het aanmoedigen van positieve zelfpercepties, maar ook het bevorderen van zelfacceptatie en het leren omgaan met eventuele onzekerheden. (De Rijdt, 2009)

Naast het bevorderen van een positief zelfbeeld is het van essentieel belang om adolescenten te onderwijzen in emotieregulatie vaardigheden. Het aanleren van gezonde strategieën om emoties te herkennen, te uiten en te reguleren, kan helpen om emotionele spanningen te verminderen die anders tot zelf verwondend gedrag zouden kunnen leiden. Dit omvat het aanleren van technieken zoals ademhalingsoefeningen, mindfulness en het identificeren van triggers voor negatieve emoties. (B. Walsh, 2020)

Verder is het belangrijk om adolescenten aan te moedigen om openlijk over hun gevoelens te praten. De kennis hebben van een uitgebreide emotionele woordenschat en het vermogen om emoties constructief uit te drukken, zijn van onschatbare waarde bij het bevorderen van emotionele gezondheid en welzijn. Het ontbreken van deze vaardigheden kan het vermogen van een adolescent om passende coping mechanismen te ontwikkelen ernstig belemmeren. Daarom is het van belang om vanaf jonge leeftijd te investeren in het stimuleren van open communicatie over emoties en gevoelens, zodat adolescenten zich gesteund voelen en in staat zijn om op een gezonde manier met hun emoties om te gaan. (Kool et al., 2014)

4.1.2 De omgeving

Het welzijn van adolescenten en de preventie van zelf verwondend gedrag vereisen een holistische benadering, waarbij verschillende factoren en strategieën worden overwogen. Allereerst is *peer support* van onschatbare waarde. Door deel uit te maken van een groter netwerk, zoals deelname aan jeugdactiviteiten, kunnen adolescenten sociale vaardigheden ontwikkelen en een gevoel van verbondenheid ervaren, wat bescherming kan bieden tegen zelf verwondend gedrag. (Gandhi et al., 2016)

Een samenwerking tussen verschillende hulpverleners is ook van groot belang. Het bevorderen van geestelijke gezondheid en het implementeren van preventieve interventies moeten gericht zijn op het versterken van het vermogen van individuen om emoties te reguleren, het ontwikkelen van veerkracht om met moeilijke situaties om te gaan en het creëren van ondersteunende sociale netwerken. Dit vereist een multidisciplinaire aanpak, waarbij verschillende instanties, waaronder digitale media, gezondheids- en sociale zorginstellingen, scholen en gemeenschappen betrokken zijn. (Ilieff & Hamza, 2023; WHO, 2021)

Een vroegtijdige detectie van signalen van zelf verwondend gedrag is van essentieel belang om tijdig ondersteuning te kunnen bieden aan adolescenten die hiermee worstelen. Enkele mogelijke signalen die kunnen wijzen op zelf verwondend gedrag zijn onder meer onverklaarbare brand-, krab- of snijwonden, het steeds bedekt houden van het lichaam, vermijden om zich om te kleden in het bijzijn van anderen, neerslachtigheid en een gebrek aan interesse in het leven, het uiten van gevoelens van woede, uitzichtloosheid en mislukking. Het is cruciaal om deze signalen op te merken en passende ondersteuning en interventies te bieden om adolescenten te helpen bij het omgaan met hun mentale welzijn. (Li et al., 2023; Townsend et al., 2021).

4.1.3 De verpleegkundige

De onthulling van zelf verwondend gedrag aan verschillende mensen kan verschillende functies hebben, gezien de variabiliteit van factoren tussen bepaalde groepen. Een zorgprofessional kan bijvoorbeeld bij voorkeur worden gezocht voor tastbare hulp, terwijl een vriend(in) wordt benaderd voor sociale steun. Het aanpassen van de reactie op zelf verwondend gedrag, het afstemmen op de relatie met de persoon en de reden waarom de persoon deze informatie deelt, is dus belangrijk om tegemoet te komen aan hun behoeften en om verdere onthulling niet te ontmoedigen. Dat wil zeggen dat de bevindingen wijzen op een persoonsgerichte benadering van het onthullen van zelf verwondend gedrag. Bij twijfel over de oorzaak van zelf verwondend gedrag en/of hoe hierop te reageren, dient de persoon in kwestie vragen te stellen aan de persoon die zijn of haar ervaring deelt, aangezien deze als de expert van die ervaring wordt beschouwd. (Simone & Hamza, 2020)

Zorgverleners, inclusief verpleegkundigen, vervullen een educatieve rol met betrekking tot patiënten, familieleden en de bredere omgeving, zoals de schoolomgeving. Het verstrekken van informatie over de symptomen van zelfbeschadiging, beschikbare ondersteunende diensten en het aanreiken van coping mechanismen valt onder de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen. Het is van cruciaal belang om correcte, relevante en volledige informatie te communiceren naar patiënten, familie en de omgeving, inclusief het benoemen van gezondheidsrisico's en het benadrukken van de noodzaak van gezondheidsbevordering. (Gunnell et al., 2013; Zelfmoordlijn1813, 2023)

Volgens C. Ousey en K. Ousey (2012) is het belangrijk dat de patiënt betrokken wordt bij de uitvoering van de wondzorg. Deze betrokkenheid zou niet alleen de psychologische verantwoordelijkheid bevorderen, maar ook de therapeutische relatie tussen de adolescent en de verpleegkundige. Benbow en Deacon (2011) stellen vast dat adolescenten vaak het gevoel hebben onvoldoende betrokken te zijn bij de beslissingen over hun behandeling. Het stimuleren van zelfzorg, met inbegrip van het verzorgen van de eigen wonden, wordt als gunstig beschouwd. Dit dient te gebeuren in een positieve en respectvolle omgeving. De houding van de adolescent ten opzichte van de wonde kan invloed hebben op het genezingsproces. De verpleegkundige houding tegenover het gedrag dat gesteld is beïnvloedt op zijn beurt de houding hoe de adolescent naar het gedrag kijkt. Adolescenten hebben volgens Grol en Kool (2019) moeite met zelfzorg. Het is belangrijk om de adolescent zo veel mogelijk te betrekken en de wonde onder supervisie van de verpleegkundige zelf te laten verzorgen. Dit bevordert niet enkel het verantwoordelijkheidsgevoel, ook

leert de adolescent goed voor het eigen lichaam te zorgen. Verpleegkundigen moeten de adolescent en de omgeving informeren over de manier waarop de wonde zelf verzorgd kan worden. (Benbow & Deacon, 2011; Grol & Kool-Goudzwaard, 2019)

4.2 Fasen van stoppen met zelfbeschadigend gedrag

Fase 1: opbouwen van contact en het stellen van grenzen

Figuur vier toont aan hoe het proces van stoppen met zelfbeschadigend gedrag verloopt. In de eerste fase staat het verkennen van gevoelens van onveiligheid centraal. Er wordt gezocht naar manieren om de patiënt meer veiligheid te laten ervaren. Doordat patiënten erop kunnen vertrouwen dat ze fysiek veilig zijn ontstaat er ruimte voor emotionele veiligheid. Patiënten ervaren dat emoties er mogen zijn en geuit mogen worden. Het stellen van grenzen is een cruciaal aspect om zelfverwonding te verminderen. Eerst worden grenzen extern gesteld vanuit de therapeutische omgeving, maar geleidelijk leren patiënten zelf deze grenzen te stellen. Hiermee wordt stap voor stap de vaardigheid van het begrenzen geïmplementeerd. Grenzen kunnen ook gesteld worden wanneer de commutatieve boodschap van de zelfverwonding op de omgeving geen effect meer heeft. Een litteken meer of minder valt niet meer op, het opnieuw verwonden van zichzelf heeft geen toegevoegde waarde meer als boodschap naar de omgeving. Aangezien het voor patiënten moeilijk is om grenzen te stellen, is het belangrijk dat deze grenzen van buitenaf worden opgelegd. Het effectief stellen van grenzen wordt bevorderd door positieve contactervaringen, waarbij luisteren naar de patiënt centraal staat. Het idee dat patiënten erkenning krijgen voor hun lijden en ze niet moeten bewijzen hoe slecht het met hun gaat, helpt hen enorm om geen zelf verwondend gedrag te stellen. Het samen zoeken naar oplossingen voor problemen die patiënten ervaren, wordt als positief gezien voor het opbouwen van contact. Het ervaren van grenzen, contact en veiligheid bevordert de beleving van eigen emoties. De intensiteit van deze emoties en de moeite om hiermee om te gaan roepen terug gevoelens van onveiligheid op. Hierdoor kan zelf verwondend gedrag weer toenemen. Doordat er op dat moment weer grenzen en contact worden aangeboden, is er weer een gevoel van veiligheid. Naarmate de tijd vordert, worden de periodes van veiligheid langer en de periodes van onveiligheid korter. (Kool & Van Meijel, 2019)

Fase 2: toename van eigenwaarde

De groei van eigenwaarde staat centraal in de tweede fase. Deze groei ontstaat door erkenning van de patiënt als een volwaardig mens, ondanks de onregelde emoties en gedragingen. Met andere woorden, ze worden als mens belangrijk gevonden en geaccepteerd met alle gebreken en fouten.

Het zelfbeeld verandert naar een overwegend positief beeld. Het toenemende gevoel van eigenwaarde stelt de patiënt in staat om meer zicht te krijgen op de eigen kracht en talenten. Hierdoor slagen patiënten er geleidelijk meer in om emoties op een andere manier te uiten dan via zelfverwonding. Het ontdekken van deze eigen kracht draagt bij aan de motivatie van de patiënt om te stoppen met zelf verwondend gedrag. (Kool & Van Meijel, 2019) (Horst, 2022)

Fase 3: leren verstaan van zichzelf

Door het toegenomen gevoel van eigenwaarde neemt de motivatie toe om de aanleidingen en redenen voor zelfbeschadiging te onderzoeken. Er ontstaat meer ruimte om emoties te ervaren en te leren hoe deze tot stand komen.

Het contact met het eigen lichaam en bestaan neemt toe. De patiënt krijgt meer inzicht in de gedachten, gevoelens en gedragingen die achter zelfverwonding zitten. Dit stelt de adolescent in staat om het eigen gedrag te beïnvloeden en de controle over hun eigen leven terug te winnen. (Kool & Van Meijel, 2019)

Fase 4: het ervaren van autonomie

In fase vier draait het om het bewustzijn dat men zelf kan kiezen om al dan niet via zelfverwonding te handelen. Het gevoel van bekwaamheid om zelf beslissingen te nemen, te handelen op basis van deze beslissingen en verantwoordelijkheid te nemen voor het gedrag vergroot het gevoel van autonomie. Het contact met anderen verandert doordat de patiënt zelf kiest met wie er contact wordt gemaakt en met wie niet. Grenzen worden gesteld doordat de patiënt zelf de inhoud van het contact bepaalt. Zo kan de patiënt bewust ervoor kiezen om contacten te vermijden die de drang tot zelfverwonding versterken of contacten te zoeken die helpen om de (drang tot) zelfverwonding te verminderen. (Kool & Van Meijel, 2019) (Prochaska et al., 1992)

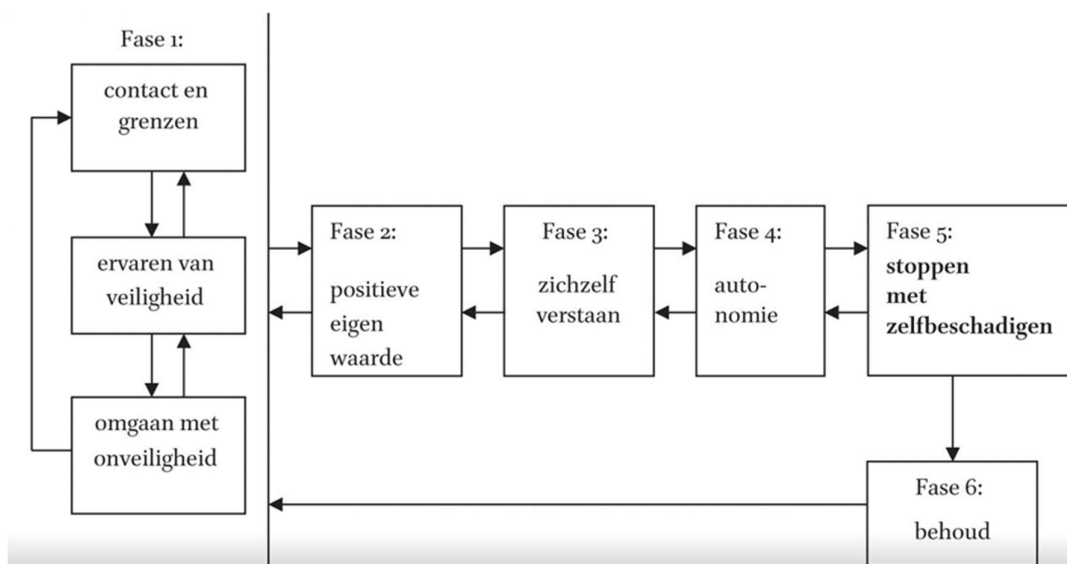
Fase 5: stoppen met zelfverwonding en het leren van nieuwe strategieën

In de vijfde fase staat het stoppen van zelf verwondend gedrag centraal, evenals het aanleren van alternatieve strategieën om emoties en gedrag te reguleren. Het uiten van emoties, fysieke activiteiten, creatieve bezigheden en het aangaan van contact met anderen kunnen dienen als strategieën. Door in contact te gaan met anderen, blijven patiënten ook in contact met zichzelf.

Het is essentieel dat het alternatieve gedrag de juiste emotie reguleert. Bijvoorbeeld: iemand die met zelfverwonding een agressieve impuls probeert te reguleren, heeft nauwelijks baat bij het lezen van een boek; daarentegen zou het slaan tegen een kussen wel kunnen helpen. Door succesvol alternatieve methoden toe te passen, wordt het gevoel van eigenwaarde uit fase 2 versterkt. Patiënten worden steeds vaardiger in het reguleren van hun emoties en het beïnvloeden van hun eigen gedrag. Deze positieve ervaringen bevorderen de motivatie en geven meer kracht om te stoppen met zelf verwondend gedrag. (Kool & Van Meijel, 2019) (B. Walsh, 2020)

Fase 6: behoud

In de laatste fase wordt benadrukt dat zelfs na het stoppen van zelf verwondend gedrag het risico op een terugval blijft bestaan. Het is een voortdurend proces waarbij specifieke methoden worden ontwikkeld voor elke patiënt om op specifieke momenten de drang tot zelfverwonding te weerstaan. Het is belangrijk om te erkennen dat deze fasen niet lineair zijn en elkaar eerder overlappen. Het belang van verbondenheid, steun en begrip van zorgverleners en de omgeving blijft cruciaal in alle fasen. (Kool & Van Meijel, 2019)



Figuur 4: fases van stoppen met zelfbeschadiging (Kool & Van Meijel, 2019)

4.3 Ondersteuningsmaatregelen voor zelf verwondend gedrag

4.3.1 De adolescent

Om zelfbeschadigend gedrag te verminderen of te stoppen, is het essentieel dat de adolescent zich bewust is van het probleem en er effectief positief naar wil handelen. Wanneer de adolescent zelf niets wil veranderen aan de situatie heeft verdere behandeling geen zin. (Kool & Van Meijel, 2019)

Samen met een hulpverlener gaat de adolescent opzoek naar alternatieve vaardigheden. Het bewust maken van het belang van het trainen en toepassen van deze vaardigheden is een taak voor de verpleegkundige. Nadat de adolescent verschillende vaardigheden heeft aangeboden gekregen is het belangrijk dat de focus ligt op het toepassen in de eigen leefomgeving. Gedurende deze periode is het belangrijk dat de adolescent observeert welke vaardigheden effectief werken en welke vaardigheden minder relevant zijn. Deze observaties stelt de adolescent in staat om kernvaardigheden te ontwikkelen waarop hij/zij kan terugvallen binnen een episode van zelf verwondend gedrag. Het is raadzaam om de aan te leren vaardigheden te trainen op momenten dat de adolescent relatief kalm en geconcentreerd is. Na verloop van tijd zal de adolescent instaat zijn om deze vaardigheden toe te passen wanneer de emotionele druk hoog is. (B. Walsh, 2020) Het is van belang dat de adolescent leert de regie van het leven in eigen handen te nemen. Dit kan enkel wanneer de adolescent beschikt over voldoende vaardigheden, intelligentie, structuur en een veilige omgeving. (Vandereycken, 2001)

4.3.1.1 Maatregelen voor de adolescent

Het omgaan met zelf verwondend gedrag bij adolescenten vereist een uitgebreide aanpak die verschillende vaardigheden en strategieën omvat. Allereerst worden adolescenten aangemoedigd om een dagboek bij te houden waarin ze systematisch situaties beschrijven waarin ze de drang hebben om zichzelf te verwonden.

Deze vorm van zelfobservatie, ook wel gedragsanalyse genoemd, helpt bij het identificeren van situaties waarin de adolescent het risico loopt om de controle te verliezen, waardoor passende maatregelen kunnen worden geïmplementeerd. (Vandereycken, 2001)

Een andere belangrijke strategie is het ontwikkelen van kernoplettendheid, wat verwijst naar vaardigheden om een evenwicht te vinden tussen emoties en rationeel denken. Dit omvat het observeren van emoties, het beschrijven ervan en het bewust worden van de eigen bijdrage aan een emotionele situatie. Kernoplettendheid leert adolescenten om situaties, emoties of gedragingen te observeren zonder deze direct te onderdrukken, waardoor ze alternatieven vinden voor zelf verwondend gedrag. (Eussen & Franzen, 2007; Linehan, 1993)

Daarnaast is emotieregulatie van cruciaal belang. Deze vaardigheid richt zich op het controleren van intense emoties, waardoor zelf verwondend gedrag minder noodzakelijk wordt. Adolescenten leren eerst om emoties te identificeren en te beschrijven, waarna ze werken aan het verminderen van de kwetsbaarheid voor fluctuerende emoties door het bevorderen van een gezonde levensstijl, reflectie op positieve ervaringen en het erkennen van hun eigen kunnen. (Linehan, 1993)

Intermenselijke vaardigheden spelen ook een belangrijke rol. Het ontwikkelen van vaardigheden zoals conflicthantering, het stellen van grenzen en het duidelijk communiceren van persoonlijke behoeften, helpt adolescenten effectief te functioneren in relaties met anderen. (Linehan, 1993)

Ten slotte zijn vaardigheden en strategieën om effectief om te gaan met crisissituaties essentieel. Dit kan onder meer het nemen van een time-out, het oproepen van andere intense sensaties of het toepassen van ontspanningstechnieken omvatten. Belangrijk hierbij is het erkennen van de eigen verantwoordelijkheid binnen het therapeutische proces en het maken van keuzes over het verminderen van zelfbeschadigend gedrag. (Eussen & Franzen, 2007; Linehan, 1993)

Deze benadering is gericht op het beperken en bij voorkeur stoppen van zelf verwondend gedrag. Het is echter belangrijk op te merken dat therapie meer inhoudt dan alleen deze symptoomgerichte aanpak en ook aandacht moet besteden aan bredere psychosociale problemen waarmee de betrokken adolescenten te maken hebben. (Vandereycken, 2001)

4.3.2 De omgeving

Het ontdekken dat een adolescent zichzelf verwondt, kan bijzonder aangrijpend en zwaar zijn. Ouders kunnen allerlei emoties ervaren: woede, verdriet, hulpeloosheid, schaamte, afkeer, en meer. Het is normaal dat deze gebeurtenis hevige emoties oproept. Het is belangrijk dat de emoties begrepen en aanvaard worden, zodat ze niet onterecht op de adolescent geprojecteerd worden. Het gedrag dient als een uiting van overspoelende emoties waarvoor de adolescent geen andere uitlaatklep vindt. Als de omgeving zich zorgen maakt over de adolescent, is de huisarts het eerste aanspreekpunt. De huisarts kan doorverwijzen naar professionele hulpverlening, waar een behandeling kan worden gestart. Als de adolescent naar het

ziekenhuis moet vanwege zelfbeschadiging, is het belangrijk dat deze behandeld wordt door iemand die gespecialiseerd is in het bespreken van zelfbeschadiging en het onderzoeken van de psychische toestand. (Kool & Van Meijel, 2019)

4.3.2.1 Maatregelen voor de omgeving

Ten eerste is het van cruciaal belang om een open en respectvol gesprek aan te gaan met de adolescent. Dit gesprek moet niet meteen over zelfverwonding gaan, maar eerder een veilige ruimte bieden waarin de adolescent zich vrij voelt om emoties te uiten. Verbindende communicatie houdt in dat er actief geluisterd wordt naar de gevoelens en behoeften van de adolescent, zonder oordeel of kritiek. (Terpstra & Prinsen, 2009) Het is belangrijk om concrete taal te gebruiken en de diepte van de emoties te begrijpen. Door de terminologie van de adolescent over te nemen, toont de gesprekspartner respect en betrokkenheid bij het luisteren naar hun ervaringen. Het gesprek kan het beste plaatsvinden in een ontspannen sfeer, zoals tijdens een wandeling of een autorit, om een meer informele sfeer te creëren en de drempel tot openheid te verlagen. Bovendien is het essentieel om niet direct oplossingen aan te bieden of advies te geven, maar eerst te luisteren naar het verhaal en de problemen van de adolescent. Het regelmatig samenvatten van het gesprek helpt om ervoor te zorgen dat de adolescent goed begrepen wordt en om misverstanden te voorkomen. (Callens, 2013; VLESP, 2016)

Naast het voeren van gesprekken is het ondersteunen van de adolescent een belangrijk onderdeel van de aanpak. Naasten kunnen een waardevolle rol spelen bij het aanmoedigen van de adolescent om nieuwe vaardigheden te oefenen en hen eraan te herinneren deze toe te passen tijdens stressvolle momenten. Door samen te werken aan het aanleren en toepassen van deze vaardigheden, kan de omgeving nieuwe mogelijkheden voor positieve interactie ontdekken en hun aandacht verschuiven naar constructieve aspecten. Het is echter van groot belang om voorzichtig te zijn en niet te veel druk uit te oefenen, aangezien dit weerstand kan veroorzaken.

Een gebalanceerde benadering, waarbij de autonomie van de adolescent wordt gerespecteerd, is essentieel om een veilige en ondersteunende omgeving te creëren waarin de adolescent zich gesteund voelt. (Callens, 2013; VLESP, 2016) Laat zelf verwondend gedrag niet de focus van de relatie zijn. (Standaarden, 2018)

Het oefenen van vaardigheden blijkt een nuttige methode te zijn om zelf verwondend gedrag te verminderen. De omgeving die in contact komt met iemand die aan zelfverwonding doet, hebben zelf baat bij de vaardigheden die ze eerder hebben geleerd om de adolescent te ondersteunen. Door samen te werken aan het ontwikkelen en versterken van deze vaardigheden, kunnen naasten de adolescent ondersteunen bij het opbouwen van veerkracht en het vinden van gezonde coping mechanismen. (De Rijdt, 2009)

Een niet-oordelende en respectvolle houding is van groot belang bij het benaderen van zelf verwondend gedrag. Nieuwsgierigheid duidt op een verlangen om meer te begrijpen in plaats van te willen dat het probleem snel verdwijnt. Door een empathische en begripvolle benadering te hanteren, kan de adolescent zich gehoord en gesteund voelen, wat de basis vormt voor een effectieve ondersteuning. (Claes et al., 2004b; B. Walsh, 2020)

Ten slotte is het cruciaal om professionele hulpverleners te betrekken bij zelf verwondend gedrag. Ondanks de waardevolle rol die naasten kunnen spelen, kunnen zij niet de taak van professionele hulpverleners vervullen. Het is daarom belangrijk om de hulp van experts in te roepen om de adolescent de juiste ondersteuning te bieden die nodig is voor herstel. Door samen te werken met professionals kunnen naasten een waardevolle rol spelen bij het ondersteunen van de adolescent tijdens hun herstelproces. (De Rijdt, 2009; Standaarden, 2018; VLESP, 2016)

Het waarborgen van de privacy van de adolescent is een essentiële overweging bij het omgaan met zelf verwondend gedrag. Het is belangrijk om zorgvuldig na te denken met wie er kan gesproken worden, om te voorkomen dat de vertrouwelijkheid van de adolescent wordt geschonden. Hoewel de behoefte aan steun van de omgeving belangrijk is, moet deze worden afgewogen tegen de privacy van de adolescent. In gevallen waarin de naaste contacten van de omgeving geen adequate steun kunnen bieden, is het aan te raden dat de omgeving zelf ook professionele hulp overweegt. (VLESP, 2016)

Het bespreken van zelf verwondend gedrag met andere familieleden, zoals broers, zussen, grootouders nonkels of tantes, is een delicate kwestie die zorgvuldig moet worden aangepakt. Hierbij moet rekening worden gehouden met de behoeften van andere kinderen in het gezin, die ook aandacht en steun nodig hebben. De bredere familie kan verschillende reacties hebben op het begrijpen van waarom een adolescent zichzelf verwondt. Het is daarom van cruciaal belang om met de adolescent te overleggen, of zij het al dan niet willen delen met andere familieleden en om hun wensen en grenzen te respecteren. (VLESP, 2016)

Het is belangrijk om als omgeving beschikbaar en ondersteunend te blijven voor de adolescent, zelfs als zij de omgeving afwijzen. Hoewel het misschien frustrerend kan zijn wanneer de adolescent afstand neemt, hebben zij juist op die momenten de steun van hun omgeving het hardst nodig. Het is essentieel om te onthouden dat de meeste jongeren die zichzelf verwonden, op een bepaald moment stoppen met dit gedrag. Blijf dus geduldig, ondersteunend en bied een luisterend oor wanneer de adolescent er klaar voor is. (De Rijdt, 2009)

4.3.3 De verpleegkundige

Het is de taak van de verpleegkundige om samen met de adolescent te zoeken naar diverse alternatieven voor zelfbeschadiging, waardoor concrete ondersteuning wordt geboden tijdens het herstelproces. Door de adolescent aan te moedigen te experimenteren met verschillende alternatieven, kan de verpleegkundige helpen ontdekken welke strategieën het meest effectief zijn voor de adolescent en de situatie. Het praktisch aanreiken en oefenen van deze alternatieve gedragspatronen biedt een waardevolle bijdrage aan het proces van herstel. (Kool & Van Meijel, 2019)

Verpleegkundigen dienen zich bewust te zijn van mogelijke negatieve gevoelens die zij kunnen ervaren, zoals ongeloof, afschuw, boosheid, frustratie, teleurstelling, verantwoordelijkheid en machteloosheid, bij het omgaan met adolescenten die zichzelf verwonden. Trainingen in het omgaan met dergelijk gedrag kan helpend zijn

om een positievere attitude te ontwikkelen, meer vertrouwen in hun eigen kunnen te krijgen en betere relaties op te bouwen met de adolescenten. In het contact met adolescenten is het van groot belang om een houding aan te nemen dat aangeeft dat de adolescent belangrijk is als individu en dat ze volwaardig zijn, ongeacht hun gedrag. Door samen met de adolescent de redenen en betekenis van zelfverwonding te onderzoeken, toont het verpleegkundige begrip en kan er meer naar de oppervlakte komen dan enkel het oppervlakkige gedrag. Deze benadering kan de jongere het gevoel geven erkend te worden en heeft een positieve invloed op hun zelfbeeld. Veel mensen die zelfbeschadigend gedrag vertonen, hebben in het verleden negatieve boodschappen ontvangen die hebben geleid tot een slecht zelfbeeld. Het heropbouwen van een positiever zelfbeeld vergt tijd en geduld. Het herhalen van positieve boodschappen en geduld van de verpleegkundigen die betrokken zijn bij de behandeling is belangrijk. De manier waarop zelf verwondend gedrag wordt aangepakt, heeft directe invloed op de hulp die zorgverleners kunnen bieden en de vertrouwensband met hun patiënt. Dit is vooral belangrijk tijdens de adolescentie. De beslissingen over preventie en klinische benaderingen kunnen gevolgen hebben die van cruciaal belang zijn voor de toekomst en het welzijn van de adolescent. (Fonseca-Pedrero et al., 2022)

Bij het benaderen van zelf verwondend gedrag bij adolescenten is het van essentieel belang om eerst de autonomie van de adolescent te respecteren en hen aan te moedigen zelf de regie in handen te nemen. Een actieve coachende benadering is hierbij cruciaal, waarbij samen de problemen worden geïdentificeerd en mogelijke oplossingen worden verkend. Pas daarna kan zorgvuldig en in overleg worden bekeken of het passend is om naasten te betrekken, rekening houdend met de situatie en context. Als de hulpverlener vaststelt dat het betrekken van naasten gunstig zou zijn, maar de adolescent hier niet meteen voor open staat, is het belangrijk om de voordelen hiervan toe te lichten en de persoon actief te motiveren en stimuleren. Dit motivatieproces is met name cruciaal bij kinderen en jongeren. De mate waarin naasten worden betrokken, moet in lijn zijn met hun bereidheid en draagkracht. Het is belangrijk om voldoende stil te staan bij mogelijke voor- en nadelen. Het betrekken van naasten moet ook voldoen aan de privacywetgeving, de wet op de patiënten rechten en het beroepsgeheim. (Callens, 2013; VLESP, 2016)

Elke professional binnen de geestelijke gezondheidszorg heeft de verplichting om zich in te spannen voor samenwerking met naasten tijdens de behandeling van een adolescent. Uiteraard moet hierbij rekening worden gehouden met wet- en regelgeving: expliciete toestemming van de patiënt is vereist voor het delen van informatie met naasten. (De Rijdt, 2009) Het personeel staat voor de uitdaging om hun eigen menselijkheid mee te brengen in hun werk om therapeutische relaties op te bouwen, terwijl ze tegelijkertijd hun professionele rol en verantwoordelijkheden als verpleegkundigen behouden. Dit vereist een balans tussen menselijke verbondenheid en professionele grenzen. Het is van belang om te begrijpen dat het bewegen langs dit spectrum van menselijkheid en professionaliteit zowel voordelen als nadelen met zich meebrengt. Medewerkers kunnen worden beïnvloed door emotionele uitdagingen, vooral gezien de complexiteit van de intramurale omgeving en de ernst van de geestelijke gezondheidsproblemen van jongeren. Dit benadrukt de noodzaak van ondersteuning om medewerkers te helpen omgaan met deze uitdagingen, zodat ze effectief kunnen blijven opereren binnen de therapeutische omgeving. (Hartley et al., 2022)

Tot slot is het van essentieel belang dat hulpverleners ruimte hebben om hun persoonlijke ervaringen en emoties te bespreken die worden opgeroepen door de confrontatie met het lijden van de adolescent. Het creëren van een veilige omgeving waarin hulpverleners hun gevoelens kunnen uiten, draagt bij aan het behoud van hun veerkracht en draagkracht, wat cruciaal is voor het voortzetten van dit belangrijke werk. (Kool et al., 2014)

5 Prototype

Dit prototype beoogt een innovatieve oplossing te bieden door de introductie van een “GGZ-verpleegkundige” binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit initiatief streeft naar een betere interdisciplinaire samenwerking, het verlichten van de druk op huisartsen, het verbeteren van doorverwijzingen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het bieden van ondersteuning aan patiënten en hun omgeving in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het prototype zal ook voorbeelden van flowcharts (zie bijlagen) bevatten die de omgeving kunnen helpen inschatten wat te doen wanneer er zelf verwondend gedrag wordt gesteld. Deze visuele hulpmiddelen zullen cruciaal zijn voor het bieden van de juiste ondersteuning en interventies in dergelijke situaties.

5.1 Doelgroep en bestaande methodieken

Het prototype richt zich op verschillende doelgroepen: personen die zelf verwondend gedrag stellen, hun directe omgeving en verpleegkundige die met adolescenten en hun omgeving werken. Er bestaan verschillende bruikbare methodieken en materialen, zoals een infobrochure over hoe om te gaan met zelf beschadiging, verschillende websites waar informatie beschikbaar is, mobiele teams die aan huis psychiatrische hulp aanbieden. (CGG, 2024; VLESP, 2016, 2024; WatWat, 2024; Zelfverwonding.be, 2024)

In Nederland bestaat al een GGZ-verpleegkundige. Deze verpleegkundigen worden vanuit de tweedelijns-GGZ ingezet binnen een huisartsenpraktijk. De samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige verloopt op verschillende manieren. De verpleegkundige kan zich beschikbaar stellen aan de huisarts zonder direct contact gehad te hebben met de patiënt. De verpleegkundige en huisarts zitten samen op consultatie. De verpleegkundige kan een zelfstandige consultatie aanbieden aan de patiënt en overlegt nadien met de huisarts. De patiënt kan op consultatie komen zonder voorafgaand overleg met de huisarts. Verder kan de verpleegkundige consultaties aanbieden aan verschillende hulpverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. (De Lange et al., 2004) In Nederland is er nog geen effectenonderzoek gedaan naar de inzet van GGZ-verpleegkundige binnen een huisartsenpraktijk.

Uit onderzoek van Kates et. al. (1997) is gebleken dat in Canada 45% minder doorverwijzingen naar de tweede lijn zijn als er vooraf een intake gedaan wordt via de eerste lijn. De huisarts bevindt zich vaak in een lastige positie als poortwachter van de GGZ, vooral wanneer de toegang tot GGZ beperkt is en de wachtlijsten lang zijn. Voordelen van deze aanpak zijn onder meer een verbeterde kwaliteit en tijdsduur van patiëntencontacten, laagdrempeligheid en het verminderen van stigmatisering door het contact met de GGZ-verpleegkundige. Verder worden de lijnen naar de GGZ korter en persoonlijker, patiënten worden gerichter doorverwezen en kunnen in een vroeg stadium met kortdurende interventies geholpen worden. Daarnaast ervaren huisartsen een gemakkelijke manier van bijscholing. De GGZ-verpleegkundige fungeert als gids binnen de GGZ en vervult de rol van bruggenbouwer tussen de eerste en tweede lijn. Deze aanpak leidt tot een bijstelling

van beeldvorming over elkaars werk, meer respect en verbeterde contacten tussen beide partijen. Sommige huisartsen ervaren dat de tweedelijns-GGZ-verpleegkundige zich meer verantwoordelijk gaat voelen voor patiënten in de eerste lijn. Er bestaan zorgen over de overbelasting en het tijdsgebrek bij huisartsen, wat ertoe kan leiden dat zij hun verantwoordelijkheid voor GGZ-taken uit handen geven. Dit wordt door sommige verpleegkundige niet op prijs gesteld. Er zijn verschillende opvattingen over de samenwerking tussen huisartsen en GGZ-verpleegkundigen, waarbij er behoefte is aan duidelijke richtlijnen voor het handelen van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. (De Lange et al., 2004; Kates et al., 1997)

Hoewel er in België mobiele teams bestaan die aan huis komen voor mensen met psychiatrische problematiek, zijn daar specifieke voorwaarden aan verbonden. Deze mobiele teams richten zich hoofdzakelijk op volwassenen en ouderen met een acute of langdurige psychische kwetsbaarheid. Ze streven ernaar om de cliënt zo lang mogelijk te begeleiden en te behandelen in hun eigen leefomgeving, met als doel het voorkomen of verkorten van opnames en een terugval. Het leveren van psychiatrische zorg in de eigen leefomgeving bevordert het herstelproces, betreft en versterkt het sociale netwerk rond de patiënt en helpt de patiënt op een veilige manier weer regie te krijgen. Als een opname toch noodzakelijk is, zullen de mobiele teams dit op een gepaste manier beoordelen op basis van hun expertise. Binnen deze teams zijn psychiaters, verpleegkundigen, psychologen, ergotherapeuten en maatschappelijk werkers actief. Deze methodiek is nog maar recent opgestart en heeft verdere omkadering en beleid nodig om tot een optimale werking te komen.

5.2 Doelstelling

Het doel van dit prototype is om de beschikbaarheid van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg te verbeteren. Het streven naar een naadloze samenwerking tussen verschillende disciplines, zodat huisartsen worden ontlast en patiënten gerichter kunnen worden doorverwezen naar passende zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast beoogt het prototype een betere ondersteuning te bieden aan de directe omgeving van personen die te maken hebben met psychiatrische problemen.

Door deze integratie van gespecialiseerde zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg streeft men naar een meer holistische benadering van geestelijke gezondheid, waarbij de behoeften van de patiënt centraal staan. Dit prototype fungeert als een brug tussen huisartsenpraktijken en de GGZ, waardoor de drempel voor patiënten om passende zorg te vinden wordt verlaagd. Bovendien wordt verwacht dat een betere samenwerking tussen verschillende zorgverleners leidt tot een efficiëntere en effectievere behandeling van psychiatrische aandoeningen.

5.3 Toegevoegde waarde

In vergelijking met bestaande methodieken biedt dit prototype een aanzienlijke vooruitgang door diverse beschikbare benaderingen te integreren tot een samenhangend geheel. Deze aanpak is onderbouwt met *evidence-based practice*, waarbij wetenschappelijk onderbouwde methoden en interventies worden toegepast.

Een opmerkelijk aspect van dit prototype is de introductie van de GGZ-verpleegkundige binnen de huisartsenpraktijk, een rol die tot op heden nog niet beschikbaar is in deze setting en binnen België.

Als onderdeel van het bevorderen van geestelijke gezondheid bij adolescenten, wordt steeds meer aandacht besteed aan preventieve maatregelen, waaronder voorlichting over beschikbare hulpbronnen. Een van de effectieve benaderingen is het betrekken van de GGZ-verpleegkundigen bij educatieve sessies op scholen en jeugdorganisaties. Door deze professionals in te zetten als bronnen van informatie, kunnen adolescenten en hun omgeving worden geïnformeerd over de diverse diensten en ondersteuning die beschikbaar zijn. Dit draagt bij aan het vergroten van het bewustzijn en het verminderen van het stigma rond geestelijke gezondheidszorg, en bevordert zo een proactieve benadering van welzijn onder jongeren.

Door middel van dit initiatief streeft men ernaar om de algehele geestelijke gezondheid van de samenleving te verbeteren, waarbij we niet alleen focussen op individuele patiënten, maar ook op het welzijn van hun directe sociale omgeving. Dit prototype vertegenwoordigt een belangrijke stap richting een meer inclusieve en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg, die in staat is om een breed scala aan behoeften adequaat aan te pakken.

De aanwezigheid van de GGZ-verpleegkundige biedt directe en gespecialiseerde ondersteuning aan de doelgroep, waardoor de drempel om hulp te zoeken verlaagd wordt en er sneller passende zorg geboden kan worden. Bovendien maakt het prototype informatie toegankelijker voor de beoogde doelgroep.

In tegenstelling tot de mobiele teams gaat dit prototype ervan uit dat een verpleegkundige nauw samenwerkt met de huisarts en ook spreekuren in de praktijk houdt, waarbij mensen directe hulp kunnen krijgen, bijvoorbeeld voor wondzorg. Dit benadrukt een meer toegankelijke en laagdrempelige benadering, aangezien men voor een mobiel team zich eerst moet aanmelden.

5.4 Belemmerende factoren

Het introduceren van een GGZ-verpleegkundige binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals voorgesteld in het prototype, kan verschillende uitdagingen met zich meebrengen, zowel op korte als lange termijn. Op korte termijn kunnen de implementatiekosten een belemmering vormen, met name vanwege de benodigde opleiding van verpleegkundigen, het opzetten van samenwerkingsstructuren en de ontwikkeling van materialen en hulpmiddelen. Bovendien kan weerstand van huisartsen, scholen en organisaties een obstakel zijn, vooral als zij de noodzaak niet erkennen of als zij vrezen voor extra werklast. Verder kan de verandering van werkprocessen tijdelijke verstoringen veroorzaken en aanpassingsproblemen met zich meebrengen.

Op lange termijn kunnen financiële uitdagingen een belemmering vormen voor de duurzaamheid van het prototype. Het vinden van continue financiering kan moeilijk zijn, vooral als het overheidsbeleid verandert en de financiering voor dergelijke

initiatieven wordt verminderd of stopgezet. Daarnaast kan het lang duren voordat het prototype volledig is geïntegreerd in de samenleving.

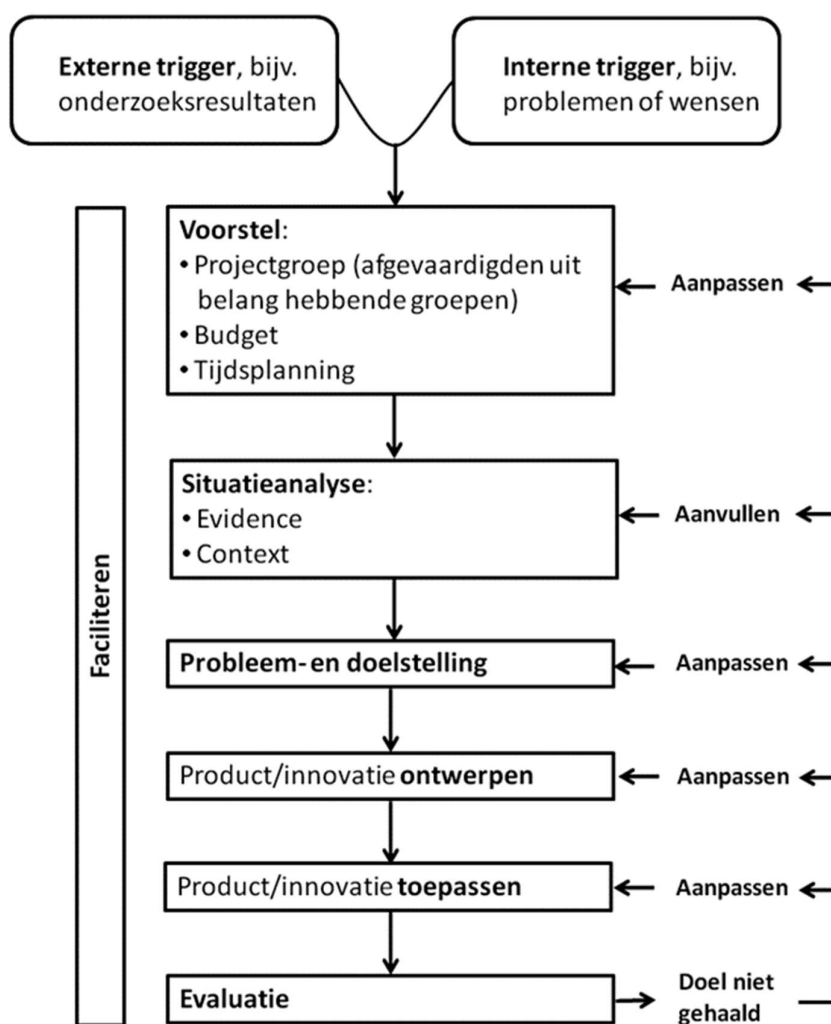
Voortdurende inspanningen op het gebied van educatie, bewustmaking en capaciteitsopbouw zijn nodig om dit te bereiken. Tot slot kunnen capaciteit en personeelstekorten een uitdaging vormen als het aantal beschikbare GGZ-verpleegkundigen niet voldoende is om aan de vraag te voldoen, wat kan leiden tot overbelasting en verminderde kwaliteit van zorg.

Het is belangrijk om deze mogelijke belemmeringen te erkennen en proactief aan te pakken bij het plannen en implementeren van het prototype, om zo de kans op succes op lange termijn te vergroten.

6 Plan

6.1 Het GPS Model

Het GPS-model, een combinatie van het Parihs-raamwerk en het implementatiemodel van Grol en Wensing, is ontworpen om een gestructureerde aanpak te bieden voor implementatie in de gezondheidszorg. Het Parihs-raamwerk fungeert als een diagnostisch instrument voor de implementatie, waarbij aandacht wordt besteed aan de cruciale factoren evidentie, context en facilitering. Het model van Grol en Wensing legt de nadruk op een systematische benadering met verschillende stappen. Door deze twee benaderingen te integreren, worden de zwakke punten van het ene model gecompenseerd door de sterke punten van het andere. Het implementatieproces begint met een trigger, gevolgd door een analyse van de situatie om problemen of doelstellingen vast te stellen waarop de implementatie zich richt. (Wensing & Grol, 2019) De vijf bouwstenen van het veranderingsproces - visie, vaardigheden, drijfveren, middelen en plan van aanpak - zijn geïntegreerd in dit model, wat de kans op succes vergroot. (Munten et al., 2013)



Figuur 5: GPS-model (Vermeulen & Tiemens, 2015)

Externe trigger	Toenemende vraag naar GGZ en ondersteuning vanuit omgeving
Interne trigger	Persoonlijke ervaring
Voorstel	Introductie van GGZ-verpleegkundige binnen de eerstelijnsgezondheidszorg
Situatieanalyse	Uit literatuur blijkt dat de omgeving een belangrijke factor speelt bij de preventie en behandeling van zelf verwondend gedrag
Probleem- en doelstelling	Verbetering van de geestelijke gezondheidszorg door de introductie van een GGZ-verpleegkundige en het optimaliseren van interdisciplinaire samenwerking
Product/ innovatie ontwerpen	Korte termijn: implementatie van visuele ondersteuningsmiddelen die zorgverleners in de eerstelijnszorg kunnen gebruiken. Lange termijn: ontwikkeling van een prototype dat de introductie van de GGZ-verpleegkundige faciliteert, inclusief interdisciplinaire samenwerkingsmodellen, technologische ondersteuning en training
Product/ innovatie toepassen	Het inzetten van de GGZ-verpleegkundige, training van zorgverleners en gebruik van technologische hulpmiddelen. Aan de hand van micro-, meso- en macroniveau en clinical leadership
Evaluatie	Continue evaluatie van het prototype om de effectiviteit ervan te beoordelen, inclusief feedback van zorgverleners en patiënten. Aanpassingen aan het prototype en verbetering van de zorgpraktijk op basis van de verkregen inzichten

6.2 Micro-, meso- en macroniveau

6.2.1 Microniveau

Het prototype biedt gespecialiseerde ondersteuning aan individuen die te maken krijgen met psychische problemen door middel van een innovatieve benadering binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Specifiek ontworpen om tegemoet te komen aan de complexe behoeften van deze doelgroep, introduceert het de rol van een GGZ-verpleegkundige in de eerstelijnsgezondheidszorg, die directe en gespecialiseerde ondersteuning biedt aan patiënten. Een cruciaal aspect van het prototype is de introductie van flowcharts als visuele hulpmiddelen, zie bijlagen: hoe in gesprek gaan, wondzorg registratieformulier en stappenplan voor wondzorg. Deze flowcharts bieden praktische richtlijnen en stappenplannen voor patiënten en hun omgeving om hen te helpen bij het omgaan met deze problemen, waardoor de veiligheid en het welzijn van de betrokkenen worden gewaarborgd. Aangezien op korte termijn de implementatie van een GGZ-verpleegkundige niet haalbaar is, kunnen deze visuele hulpmiddelen gebruikt worden door de huisarts tot de implementatie van een GGZ-verpleegkundige.

Verpleegkundigen krijgen binnen het voorgestelde prototype de kans zich te specialiseren in de geestelijke gezondheidszorg om zelfstandig consultaties uit te voeren. Deze specialisatie stelt hen in staat om complexe situaties beter te begrijpen en effectieve interventies toe te passen bij individuen met psychiatrische problemen, waaronder zelf verwondend gedrag. Het feit dat verpleegkundigen zelfstandig consultaties kunnen uitvoeren, benadrukt hun rol als zelfstandige zorgverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Hierdoor wordt direct toegankelijke zorg geboden aan patiënten, wat de drempel voor het zoeken van hulp kan verlagen en de snelheid van interventies kan verhogen. Om een duidelijker overzicht te krijgen van de taken en verwachtingen van een GGZ-verpleegkundige is er een voorbeeld vacature in bijlage te vinden.

Het prototype moedigt patiënten aan om hulp te zoeken wanneer nodig, met de huisarts als toegankelijk aanspreekpunt voor ondersteuning. Dit versterkt de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en bevordert de snelheid en effectiviteit van interventies bij psychische problemen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

6.2.2 Mesoniveau

Het ontwikkelde prototype legt de nadruk op verbeterde interdisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit wordt gefaciliteerd door verschillende werkmodellen, zoals gezamenlijke consultaties en onafhankelijke consultaties met daaropvolgend overleg. Duidelijke richtlijnen voor het handelen van verpleegkundigen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg zijn van essentieel belang. Een onderzoek naar de impact van GGZ-verpleegkundigen binnen deze context wordt aanbevolen.

Het prototype benadrukt tevens een holistische benadering, waarbij niet alleen individuen met psychiatrische problemen, maar ook hun directe omgeving worden ondersteund en begeleid. Door deze bredere focus wordt gestreefd naar een effectievere aanpak van psychiatrische problemen en wordt het welzijn van de hele gemeenschap bevorderd.

Het gebruik van technologie, zoals een digitaal platform, wordt overwogen om consultaties mogelijk te maken, informatie te delen en de voortgang van patiënten te volgen, waardoor zorgverleners en patiënten gemakkelijk contact onderhouden en informatie kunnen uitwisselen. Feedbackmechanismen zullen worden geïmplementeerd om input van zowel zorgverleners als patiënten te verzamelen, waardoor het prototype voortdurend kan worden aangepast en verbeterd. Verdere overwegingen omvatten terugbetalingsmodaliteiten voor sessies, implementatiestrategieën bij huisartsen en wervingsstrategieën voor geschikte kandidaten die de functie van GGZ-verpleegkundige kunnen vervullen.

6.2.3 Macroniveau

Het ontwikkelde prototype beoogt een aanzienlijke verbetering van de toegang tot gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, wat een positieve impact zal hebben op het algehele geestelijke welzijn van de samenleving. Het richt zich op het verlichten van de druk op huisartsen door hen te ondersteunen bij het identificeren, behandelen en doorverwijzen van patiënten met psychiatrische problemen. Door deze ondersteuning wordt de efficiëntie van doorverwijzingen binnen de GGZ vergroot, waardoor patiënten sneller toegang krijgen tot passende zorg en de wachttijsten worden verminderd.

Een cruciale rol in deze aanpak wordt vervuld door de GGZ-verpleegkundige, die fungeert als een bruggenbouwer tussen de eerste en tweede lijn van geestelijke gezondheidszorg. Door hun expertise en vaardigheden in te zetten, kunnen zij een naadloze overgang tussen verschillende zorgniveaus faciliteren en de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de GGZ versterken. Deze verbeterde samenwerking draagt bij aan een hoger begrip en respect voor elkaars werk en een algemene vermindering van stigmatisering rondom psychiatrische aandoeningen.

Op macroniveau speelt het bevorderen van geestelijke gezondheid onder adolescenten een cruciale rol in het vormgeven van gezondheidsbeleid en het aanpakken van maatschappelijke uitdagingen. Door preventieve maatregelen, zoals voorlichting over beschikbare hulpbronnen, wordt getracht het bewustzijn te vergroten en het stigma rond geestelijke gezondheidszorg te verminderen. Het actief betrekken van GGZ-verpleegkundigen bij educatieve sessies op scholen en jeugdorganisaties vormt een effectieve strategie op macroniveau.

Onderzoek zal worden uitgevoerd om te begrijpen welke stappen nodig zijn om de toegankelijkheid van de GGZ te verbeteren. Het is essentieel om verpleegkundigen op te leiden voor een rol als GGZ-verpleegkundigen. Een uitgebreide opleiding zal worden aangeboden om hun kennis en vaardigheden te vergroten, inclusief gespreksvaardigheden, kennis over psychische problematiek en wetgeving rondom privacy en gegevensbeveiliging.

Het is van cruciaal belang dat het prototype voldoet aan alle relevante wettelijke en ethische normen, met inachtneming van privacy, gegevensbeveiliging en professionele verantwoordelijkheid. Dit zal worden gewaarborgd door zorgvuldige planning en naleving van richtlijnen. Een pilootprogramma zal worden uitgevoerd in geselecteerde regio's van Vlaanderen en Wallonië om het prototype in de praktijk te testen. De effectiviteit ervan zal worden geëvalueerd en verdere verbeteringen zullen worden geïdentificeerd op basis van de resultaten van het pilootprogramma.

6.3 Clinical leadership

In dit prototype staat het concept van klinisch leiderschap centraal, waarbij verpleegkundigen op diverse niveaus en binnen verschillende domeinen, afhankelijk van factoren zoals expertise en werkervaring, kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van leiderschap. Het '*Clinical Leadership Competency Framework*' (Figuur 6) identificeert vijf domeinen binnen het principe van klinisch leiderschap. Zowel klinisch leiderschap als management worden steeds meer erkend als cruciale vereisten voor hoogwaardige zorgverlening. Verwacht wordt dat zorgverleners, inclusief verpleegkundigen, meer zijn dan alleen klinische experts. Gedeeld leiderschap binnen zorginstellingen wordt steeds belangrijker, met een nadruk op multidisciplinair werk, management en leiderschapsrollen, met als uiteindelijk doel een positieve evolutie in de zorgverlening te bewerkstelligen. (Patole, 2015)

Bij de implementatie van dit prototype is het essentieel om het belang van verpleegkundig leiderschap in overweging te nemen. Goed leiderschap en de cultuur van de instelling waarin de verpleegkundige werkzaam is, spelen een cruciale rol in het al dan niet slagen van de implementatie. (Adriaansen & Peters, 2018)



Figuur 6: Clinical Leadership Competency Framework (NHS, 2010)

6.3.1 Persoonlijke kwaliteiten tonen

Verpleegkundigen moeten een hoog niveau van zelfinzicht hebben om effectief te kunnen werken met patiënten die zelf verwondend gedrag vertonen en hun omgeving. Ze moeten integer handelen en ethische beslissingen nemen in complexe situaties. Door voortdurende persoonlijke ontwikkeling kunnen ze hun vaardigheden en kennis blijven verbeteren om de best mogelijke zorg te bieden.

6.3.2 Werken met anderen

Verpleegkundigen moeten in staat zijn om effectieve relaties aan te gaan, niet alleen met patiënten, maar ook met andere zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals huisartsen en psychologen. Het opbouwen van een netwerk en teamwork zijn essentieel om een holistische benadering van de zorg te garanderen en de beste resultaten voor de patiënten te bereiken. Verder is het van essentieel belang dat de verpleegkundige instaat is om een empathische houding aan te nemen en als een coach naast de patiënt en omgeving kan staan.

6.3.3 Zorgprocessen in goede banen leiden

Verpleegkundigen moeten in staat zijn om zorgprocessen te plannen en aan te sturen, vooral gezien de complexiteit van geestelijke gezondheidszorg en de interdisciplinaire samenwerking dat dit prototype beoogt. Ze moeten in staat zijn om te delegeren en taken te coördineren tussen verschillende zorgverleners om een naadloze doorverwijzing voor de patiënten te garanderen.

6.3.4 Verbetering van zorgprocessen

Verpleegkundigen moeten streven naar continue verbetering van de zorgprocessen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, bijvoorbeeld door middel van het identificeren van knelpunten en het implementeren van *evidence-based* praktijken. Ze moeten ook patiëntveiligheid waarborgen en kritisch evalueren hoe zorgprocessen kunnen worden verbeterd om de best mogelijke zorg te bieden.

6.3.5 Koers bepalen

Verpleegkundigen moeten besluitvaardig optreden en effectieve beslissingen nemen, vooral in crisissituaties. Het toepassen van kennis en het evalueren van de effectiviteit van interventies zijn essentieel om de beste resultaten voor de patiënten te bereiken en de zorg continu te verbeteren.

Door deze competenties toe te passen, kunnen verpleegkundigen een leidende rol spelen in het verbeteren van de geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals beoogd door dit prototype. Ze kunnen bijdragen aan een betere interdisciplinaire samenwerking, het verlichten van de druk op huisartsen, het verbeteren van doorverwijzingen binnen de GGZ en het bieden van ondersteuning aan patiënten en hun omgeving. (Adriaansen & Peters, 2018; Improvement, 2010; NHS, 2010)

Discussie

In deze bachelorproef worden onderzoek artikelen, websites en hoofdstukken uit vaktijdschriften gebruikt. Het is belangrijk om niet alleen de bevindingen van de gebruikte literatuur te benutten, maar ook de beperkingen hiervan in acht te nemen.

Veel artikels die geraadpleegd zijn hebben een definitie van een adolescent die gebaseerd is op 12-19 jaar. Een herziening van de definitie van de adolescentie, naar 10-24 jaar, weerspiegelt beter de complexe groeiprocessen en overgangen die jongeren doormaken. Deze verschuiving sluit nauwer aan bij gangbare opvattingen over deze levensfase en biedt een bredere basis voor investeringen in verschillende omgevingen die het welzijn en de ontwikkeling van jongeren beïnvloeden (Sawyer et al., 2018).

De uitbreiding van de definitie van adolescentie tot 10-24 jaar markeert een belangrijke evolutie, die de complexiteit van deze levensfase beter weerspiegelt. Het benadrukt ook de noodzaak van een holistische benadering van de zorg voor adolescenten. Meer dan ooit wordt erkend dat effectieve zorg niet alleen afhangt van medische interventies, maar ook van nauwe samenwerking met de omgeving van de adolescent gedurende elke fase van het zorgproces. Samenwerken zou de norm moeten zijn, tenzij er dwingende redenen zijn om hiervan af te wijken. Deze redenen moeten echter zorgvuldig worden overwogen en individueel worden beoordeeld voor elke adolescent. Het bespreken van deze redenen is cruciaal, omdat het ontbreken van betrokkenheid van de omgeving aanzienlijke gevolgen kan hebben voor het verdere verloop van de behandeling. In situaties waarin de omgeving niet kan worden betrokken, moeten alternatieve benaderingen worden overwogen om de behoeften van de adolescent te blijven ondersteunen. (Standaarden, 2018)

Desondanks blijven er zorgen bestaan over de overbelasting van huisartsen. In de praktijk kunnen spanningen veroorzaakt worden en de samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige in het gedrang brengen. Er bestaan diverse opvattingen over de samenwerking tussen huisartsen en GGZ-verpleegkundigen, waarbij duidelijke richtlijnen voor het handelen van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk essentieel zijn om een effectieve en harmonieuze samenwerking te waarborgen. (De Lange et al., 2004)

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat zelf verwondend gedrag beïnvloed wordt door een samenspel van biologische, psychische en sociale factoren, waarbij vooral sociale invloeden een cruciale rol spelen in het ontwikkelen van deze gedragspatronen. De piek van zelf verwondend gedrag tijdens de adolescentiefase wordt veroorzaakt door de vele veranderingen en eventuele stressfactoren waarmee jongeren worden geconfronteerd.

De rol van de omgeving, met name familie en vrienden, is van onschatbare waarde bij het signaleren van zelf verwondend gedrag en het bieden van ondersteuning aan de adolescent. Niet alleen fungeren zij als een toegangsweg naar professionele hulp, maar vervullen ook een rol als mantelzorger en bondgenoot van hulpverleners. Het is van cruciaal belang om de betrokkenheid van naasten te erkennen, te stimuleren en hen actief te betrekken bij het zorgproces.

Het verstrekken van duidelijke uitleg aan naasten over de functie en betekenis van zelf verwondend gedrag en het actief betrekken van hen in de behandeling is waardevol. Het is essentieel om hen te betrekken bij het ontwikkelen van een signaleringsplan, waarbij de omgeving de mogelijkheid krijgt aan te geven op welke manieren zij van waarde kunnen zijn en waar hun grenzen liggen. Bovendien is het belangrijk om aandacht te besteden aan hun persoonlijke beleving en hen te stimuleren om, indien nodig, zelf hulp en ondersteuning te zoeken. Een integrale aanpak, waarbij verpleegkundigen een cruciale educatieve rol vervullen, is noodzakelijk om effectieve interventies te implementeren en het taboe rond zelfverwonding te verminderen. Door het doorbreken van taboes en het stimuleren van een open dialoog kunnen verpleegkundigen en naasten samenwerken aan het bevorderen van het mentale welzijn van de adolescent.

Het belang van sociale steun en betrokkenheid van naasten in de geestelijke gezondheidszorg kan niet genoeg worden benadrukt. De omgeving speelt een cruciale rol bij de preventie van mentale problemen en de ondersteuning aan personen die worstelen met deze problemen. Het is cruciaal om naasten actief te betrekken bij het zorgproces mede door, heldere uitleg te geven over mentale gezondheid en alert te maken op signalen wanneer het mentaal minder gaat. Door openlijk te praten over mentale gezondheidskwesties en door samen te werken aan effectieve interventies, kunnen zorgverleners en naasten bijdragen aan het bevorderen van het algemene welzijn van adolescenten.

Referentielijst

- Adriaansen, M., & Peters, J. (2018). Leiderschapsonwikkeling van verpleegkundigen. In: Bohn Stafleu van Loghum.
- Auerback, R. P., Pagliaccio, D., Allison, G. O., Alqueza, K. L., & Alonso, M. F. (2020). Neural Correlates Associated with Suicide and Non-Suicidal Self-Injury in Youth. *Biol Psychiatry*, 89(2), 119-133.
- Baetens, I., Claes, L., Meuhlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of adolescence*, 35, 753-759.
- Benbow, M., & Deacon, M. (2011). Helping people who self-harm to care for their wounds. In (pp. 28-31): Mental Health practice.
- Boyes, M. E., Mah, M. A., & Hasking, P. (2023). Associations between Family Functioning, Emotion Regulation, Social Support, and Self-injury among Emerging Adult University Students. *Journal of Child and Family Studies*, 32(3), 846-857. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02516-6>
- Callens, N. (2013). *Zelfverwonding bij jongeren, gids voor leerkrachten, leerlingbegeleiders, ouders en vrienden*. Garant.
- CGG. (2024). Centra geestelijke gezondheidszorg. In.
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., bijttebier, P., & Meuhlenkamp, J. (2010). Briefreport: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33, 775-778.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2006). Aan welke achterliggende problematiek moet men denken bij zelfverwonding? In *Vademecum permanente nascholing huisartsen* (pp. 2740-2742). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-8808-0_1449
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). *Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation*. Department of Psychology.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2004a). Zelfverwondend gedrag: een overzicht van de varianten en verschillende betekenissen. In.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2004b). Zelfverwondend gedrag: een overzicht van de varianten en verschillende betekenissen. *Psychopraxis*, 6(5), 169-174. <https://doi.org/10.1007/bf03072175>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- De Klerk, S., Van Emmerik, A., & Van Giezen, A. (2010). Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag. *Psychopraktijk*, 2(4), 22-24. <https://doi.org/10.1007/bf03089031>
- De Lange, J., Bosman, M., Clement, A., & van Acker, W. (2004). Een GGZ-verpleegkundige in de praktijk, wat heb je eraan? In: Huisarts en wetenschap.
- De Rijdt, L. (2009). Automutilatie bij adolescenten: bloed, zweet en tranen. In (Vol. 38): Huisarts Nu.
- Dumon, E., & Portzky, G. (2013). Algemene richtlijnen voor suïcidepreventie. In: Universiteit Gent.
- Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N., & Perseus, K. I. (2020). Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 962-971. <https://doi.org/10.1111/inm.12736>
- Eussen, M., & Franzen, T. (2007). Automutilatie bij jongeren. *Kind en Adolescent Praktijk*, 6(1), 14-21. <https://doi.org/10.1007/bf03059621>
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A., & Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1784. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031784>
- Gijzen, M., & Portzky, G. (2022). *Epidemiologisch rapport*. <https://www.vlesp.be/assets/pdf/epidemiologisch-rapport-2022-nl-103818.pdf>
- Glenn, C., Lanzillo, E., Esposito, E., Santee, A., Nock, M., & Auerbach, R. (2017). Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious? Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. In.
- Gould, M. (2006). Suicide and the media. In.
- Grol, M. J., & Kool-Goudzwaard, N. (2019). Achter de littekens: hulpverleners bij zelfbeschadiging. In.

- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2009). Longitudinal Prediction of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury: Examination of a Cognitive Vulnerability-Stress Model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 77-89. <https://doi.org/10.1080/15374410903401195>
- Gunnell, D., Hawton, K., Bennewith, O., Cooper, J., Simkin, S., Donovan, J., . . . Kapur, N. (2013). A multicentre programme of clinical and public health research in support of the National Suicide Prevention Strategy for England. *Programme Grants for Applied Research*, 1(1), 1-216. <https://doi.org/10.3310/pgfar01010>
- Hamza, C., Stewart, S., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495.
- Hartley, S., Redmond, T., & Berry, K. (2022). Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff. *PLOS ONE*, 17(1), e0262070. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262070>
- Horst, F. (2022). *Leefstijlgeneeskunde in de praktijk, praktische handleiding voor zorgprofessionals* (Vol. 360). Springer Media B.V.
- Improvement, N. I. f. I. a. (2010). Medical Leadership Competency Framework. In: NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges.
- Kates, N., Craven, M., Crustolo, A., Nikolaou, L., & Allen, C. (1997). Integrating Mental Health Services Within Primary Care. In (Vol. 19, pp. 324–332): General hospital psychiatry.
- Klonsky, D., & Olino, T. (2008a). Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76, 22-27.
- Klonsky, D., & Olino, T. (2008b). Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76, 22-27.
- Kool, N., & Van Meijel, B. (2019). Zelfbeschadigend gedrag: complex, maar herstel is mogelijk.
- Kool, N., Van Meijel, B., Koekkoek, B., Van Der Bijl, J., & Kerkhof, A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pre-test/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry*, 14(1), 64. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-64>
- Linehan, M. (1993). *De DGT-vaardigheden*.
- Muehlenkamp, J., & Gutierrez, G. (2011). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. In.
- Munten, G., Snoeren, M., & Cardiff, S. (2013). Als implementeren navigeren is, is een GPS wel handig. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 11(4), 16-20. <https://doi.org/10.1007/s12468-013-0036-9>
- NHS. (2010). Medical Leadership Competency Framework. In: NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges.
- Nock, M., Green, J., Hwang, I., McLughlin, K., Sampson, N., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2013). Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCSA). In.
- Nock, M. K., & Banaji, M. R. (2007). Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 707-715. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.5.707>
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816-827. <https://doi.org/10.1037/a0016948>
- Patole, S. (2015). Management and Leadership – A Guide for Clinical Professionals. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-11526-9>
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. In: *Journal of Health and Social Behavior*.
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M., & Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the

- literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2.
<https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Pollefliet, L. (2018). *Schrijven: van verslag tot eindwerk - do's & don'ts*. Academia Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. In (Vol. 49): *American Psychologist*.
- Richtlijnendatabase. (2022). *Verpleegkundige interventies bij zelfbeschadigend gedrag bij persoonlijkheidsstoornissen*. Federatie medisch specialisten.
<https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/sociaal-psychiatrische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen/verpleegkundige interventies bij zelfbeschadigend gedrag bij persoonlijkheidsstoornissen.html>
- Rogers, M. L. (2021). Interoception, Pain Tolerance, and Self-Injurious Behaviors: A Multidimensional Assessment. In.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence.
- Schrijvers, K., Dierckens, M., & B., D. (2023). Studie Jongeren en Gezondheid, Deel 3: gezondheid en welzijn – Mentale en subjectieve gezondheid (Factsheet). In: Universiteit Gent.
- Simone, A. C., & Hamza, C. A. (2020). Examining the disclosure of nonsuicidal self-injury to informal and formal sources: A review of the literature. In.
- Standaarden, G. (2018). Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. In.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885-896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>
- Terpstra, K. J., & Prinsen, H. (2009). Verbindend communiceren. In *Pubers van Nu!* (pp. 59-69). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-7482-3_5
- Townsend, M. L., Miller, C. E., Matthews, E. L., & Grenyer, B. F. S. (2021). Parental Response Style to Adolescent Self-Harm: Psychological, Social and Functional Impacts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13407. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413407>
- Van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. In.
- Vandereycken, W. (2001). Aanpak van zelfverwondend gedrag bij psychiatrische patiënten. *Psychopraxis*, 3(3), 79-82. <https://doi.org/10.1007/bf03071919>
- Vermeulen, H., & Tiemens, B. (2015). Implementatie van Evidence Based Practice - Praktische tips voor een complexe verandering. In. Bohn Stafleu van Loghum.
- VLESP. (2016). Omgaan met zelfbeschadiging. 12.
<https://www.zelfmoord1813.be/files/Publicaties-PDF/Omgaan-met-zelfbeschadiging.pdf>
- VLESP. (2024). *Vlaams Expertisecentrum suïcidepreventie*. <https://www.vlesp.be/>
- Walsh, B. (2020). *Behandeling van zelfverwonding, een praktische handleiding* (Vol. 357). Bohn Stafleu van Loghum.
- Walsh, B. W. (2020). Een overzicht van directe en indirecte zelfbeschadiging. In *Behandeling van zelfverwonding* (pp. 25-34). Bohn Stafleu van Loghum.
https://doi.org/10.1007/978-90-368-2393-7_3
- WatWat. (2024). Info voor jongeren tussen 11 en 24 jaar. In.
- Wensing, M., & Grol, R. (2019). Knowledge translation in health: how implementation science could contribute more. *BMC Medicine*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1322-9>
- Whitlock, J., Meuhlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abdrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. *Journal of adolescent Health*, 52(4), 486-492.
- WHO, W. H. O. (2021). *Mental health of adolescents*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Zelfmoordlijn1813. (2023). *Info voor hulpverleners*. Zelfmoordlijn1813.
<https://www.zelfmoord1813.be/info-voor-hulpverleners/hoe-betrek-ik-de-omgeving-naasten>
- Zelfverwonding.be. (2024). *Zelfverwondend gedrag*. BRUSSELS UNIVERSITY CONSULTATION CENTER. <https://www.brucc.be/nl/zelfverwonding>

Bijlagen

Bijlage 1: Dagboek

DAGBOEK

Naam _____

Huisarts _____

Adres _____

Medicatie _____

Telefoonnummer _____

Opmerkingen _____

HOE GEBRUIK IK DEZE BUNDEL?

Dit dagboek is bedoeld om je te helpen bij het begrijpen van je emoties, gedachten en gedragingen met betrekking tot zelf verwondend gedrag.

Hieronder vind je een gids voor het gebruik van dit dagboek:

- **Signaleringsplan:**

Dit plan helpt ons om te begrijpen hoe we ons voelen en wat we kunnen doen als we ons in verschillende emotionele toestanden bevinden. Samen met onze GGZ-verpleegkundige gaan we deze fases bespreken en bedenken we acties die ons kunnen helpen als we ons moeilijk voelen.

- **Alternatievenlijst:**

Dit is een lijst met verschillende dingen die we kunnen doen als we de drang voelen om onszelf pijn te doen. Het zijn vaardige manieren om met onze gevoelens om te gaan, zoals tekenen, naar muziek luisteren, wandelen, of praten met een vriend(in). Je kan deze lijst ook zelf aanvullen met dingen die we graag doen.

- **Vaardighedenpagina:**

Hier staan verschillende vaardigheden op die je kan leren om je beter te voelen, zoals ademhalingsoefeningen om te kalmeren, manieren om te praten over onze gevoelens, en trucjes om beter om te gaan met stress. We kunnen aankruisen welke dingen voor jou werken en welke je wilt proberen.

- **Inspirerende Doodles, Quotes en Oefeningen:**

Tussen de pagina's door vind je tekeningen, quotes en leuke oefeningen die jij en ons kan helpen om jou beter te begrijpen.

Hoe te gebruiken:

- **Datum en Tijd:**

Vul bovenaan de pagina de datum en tijd in waarop je begint met het invullen van het dagboek. Het kan nuttig zijn om dit meerdere keren per dag in te vullen, afhankelijk van je behoeften.

- **Situatie:**

Beschrijf de situatie die ertoe geleid heeft dat dat je zelf verwondend gedrag gesteld hebt. Denk hierbij aan triggers die je vandaag overstuurt hebben gemaakt. Denk aan specifieke gebeurtenissen, herinneringen, stressfactoren, conflicten, etc.

- **Gedachten:**

Schrijf op welke gedachten door je hoofd gingen toen je de drang voelde om jezelf te verwonden. Probeer zo nauwkeurig mogelijk te zijn in het beschrijven van deze gedachten.

- **Gevoelens:**

Beschrijf hoe je je vandaag voelt. Gebruik woorden die jouw emoties het beste beschrijven, zoals boos, verdrietig, angstig, eenzaam, etc. De emotieroos die je vindt op blz 3 kan hierbij helpend zijn.

- **Gedrag:**

Noteer welke vormen van zelfverwonding je hebt gebruikt en hoe vaak dit is gebeurd. Wees eerlijk en specifiek.

- **Gevolg:**

Beschrijf welke gevolgen dit heeft op korte en lange termijn.

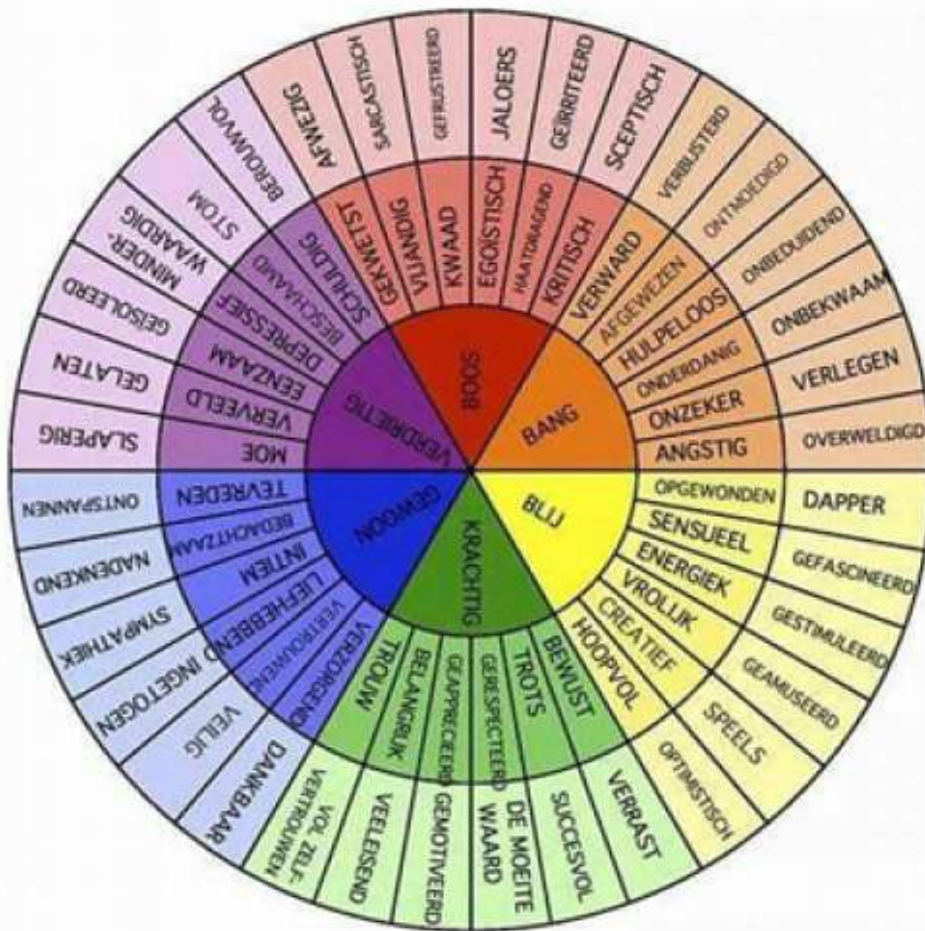
- **Alternatieve Strategieën:**

Bedenk en schrijf op welke vaardige coping-strategieën je had kunnen gebruiken in plaats van jezelf te verwonden. Dit kan helpen om nieuwe manieren te ontdekken om met moeilijke emoties om te gaan.

- **Doelen voor Morgen:**

Formuleer concrete doelen voor de volgende dag. Dit kunnen doelen zijn zoals het vermijden van zelfverwondend gedrag, het uitproberen van nieuwe coping-strategieën, etc.

Indien je die dag geen zelf verwondend gedrag hebt gesteld sta je stil bij wat ervoor gezorgd heeft dat je geen zelf verwondend gedrag hebt ingezet als manier om met moeilijke gevoelens of gedachten om te gaan. De onderdelen: situatie, gedachten, gevoel, gedrag en gevolg kan hierbij helpend zijn.



SIGNALISERINGSPLAN

Fase 0: Als ik mij goed voel

Waar merk ik dat zelf aan?

Wat kan ik daar zelf aan doen?

Waar merken anderen dat aan?

Wat kunnen anderen daaraan doen?

Vrienden _____

Familie _____

Hulpverleners _____

Fase 1: Als ik mij minder goed voel

Waar merk ik dat zelf aan?

Wat kan ik daar zelf aan doen?

Waar merken anderen dat aan?

Wat kunnen anderen daaraan doen?

Vrienden _____

Familie _____

Hulpverleners _____

Fase 2:
Als ik mij niet goed voel

Waar merk ik dat zelf aan?

Wat kan ik daar zelf aan doen?

Waar merken anderen dat aan?

Wat kunnen anderen daaraan doen?

Vrienden _____

Familie _____

Hulpverleners _____

Fase 3:
Als ik in crisis verkeer

Waar merk ik dat zelf aan?

Wat kan ik daar zelf aan doen?

Waar merken anderen dat aan?

Wat kunnen anderen daaraan doen?

Vrienden _____

Familie _____

Hulpverleners _____

In geval van crisis mogen jullie contact opnemen met _____

ALTERNATIEVENLIJST

- Praat met een vertrouwenspersoon of therapeut
- Luister naar rustgevende muziek
- Mediteer robeer ademhalingsoefeningen
- Ga wandelen in de natuur
- Doe aan lichaamsbeweging, zoals yoga of fitness
- Probeer creatieve activiteiten zoals tekenen, schilderen of knutselen
- Zoek steun bij vrienden of familieleden
- Leer stressmanagementtechnieken
- Richt je op hobby's die je plezier brengen
- Doe vrijwilligerswerk om een gevoel van voldoening te krijgen
- Schrijf je in voor een cursus of workshop om iets nieuws te leren
- Luister naar inspirerende podcasts of lees motiverende boeken
- Werk aan het opbouwen van zelfvertrouwen door positieve affirmaties
- Plan leuke activiteiten om naar uit te kijken
- Probeer ontspanningstechnieken zoals progressieve spierontspanning
- Maak een vision board met je doelen en dromen
- Neem deel aan een ondersteuningsgroep of online forum
- Neem een warm bad of douche
- Ga lekker koken of bakken
- Maak een lijst van dingen waar je dankbaar voor bent
- Maak een wandeling langs het strand of een meer
- Begin een tuin en zorg voor planten
- Luister naar een opbeurende podcast
- Kijk naar komedies of films die je aan het lachen maken
- Schrijf bemoedigende brieven aan jezelf voor moeilijke momenten
- Ga vrijwilligerswerk doen bij een plaatselijk dierenasiel
- Probeer een nieuwe hobby, zoals fotograferen of tuinieren
- Leer jezelf nieuwe vaardigheden, zoals koken of programmeren
- Investeer in zelfzorgactiviteiten, zoals een massage of een gezichtsmasker
- Luister naar geleide meditaties om te ontspannen
- Maak een lijst van je sterke punten en prestaties
- Stel realistische doelen voor jezelf en werk eraan om ze te bereiken
- Doe vrijwilligerswerk in een plaatselijke gemeenschapstuin
- Zorg voor een huisdier en geniet van hun gezelschap
- Doe mee aan een sportteam of groepsactiviteit
- Houd een dankbaarheidsdagboek bij om de positieve aspecten van je leven te benadrukken
- Ga naar buiten en geniet van de frisse lucht. Maak een planning voor de dag om je georganiseerd te voelen
- Luister naar rustgevende natuurgeluiden of white noise
- Doe aan zelfreflectie door middel van mindfulness
- Ga naar een plek waar je je veilig en comfortabel voelt
- Probeer jezelf af te leiden door een spannend boek te lezen
- Maak een lijst van dingen die je leuk vindt aan jezelf
- Praat met een huisdier en deel je gevoelens met hen
- Schrijf positieve herinneringen op en lees ze regelmatig door
- Blijf openstaan voor professionele hulp en begeleiding indien nodig
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

VAARDIGHEDEN



DAGBOEK

Datum _____

Heb je aan zelfverwondend gedrag gedaan? Ja ☐ Nee ☐

Indien ja:

Situatie:

Gedachte:

Gevoel:

Gedrag:

Gevolg:

Alternatieven:

Doelen voor morgen:

Indien nee:

Wat maakt dat je geen zelfverwondend gedrag hebt gesteld?

MY ANGER BUTTONS

Fill in each button with something that makes you angry.
These are the things or situations that "push your buttons."

The worksheet features ten empty circles arranged in three rows: the top row has three circles, the middle row has three circles, and the bottom row has four circles. Each circle is designed to look like a button, with a thick outer border and a thinner inner circle. These circles are intended for a child to write down things that make them angry.

Bijlage 2: Hoe in gesprek gaan over zelf verwondend gedrag

Hoe een gesprek voeren over zelfverwondend gedrag met een adolescent?

Veiligheid heeft prioriteit

Integreer je gesprek in een andere activiteit

Wees open, eerlijk en nieuwsgierig

Luisteren, doorvragen en samenvatten

Vraag altijd na, neem nooit iets zomaar aan

Durf door te vragen

Laat oordelen, meningen en adviezen thuis

Vaardigheden oefenen

Professionele hulp toelaten en aanmoedigen

Bouw een vertrouwensband op

Bespreek en respecteer de privacy

Bijlage 3: Hoe thuis een wonde verzorgen

STAPPENPLAN verzorging zelfverwondend gedrag

1.

Veiligheid

Zorg voor de veiligheid van de adolescent, van jezelf en de omgeving.

2.

Hygiëne

Was uw handen en gebruik steriele materialen.

3.

Bloeding stelpen

Bloeding stopt meestal van zelf bij kleinere wonden. Wanneer de bloeding na 10 minuten afduwen niet gestopt is of als het bloed pulserend uit de wonde komt, breng een drukverband aan en contacteer de arts of een GGZ-verpleegkundige.

4.

Beoordeel de wonden

Beoordeel de wonden op vlak van diepte, grootte, locatie, ernst en met welk voorwerp de wonden zijn toebracht.

5.

Reinig de wonden

Hou de wonden 5 minuten onder lauw water. Verwijder het vuil met een steriel kompres, breng nadien kleurloos ontsmettingsmiddel aan. Dep de verwijde omgeving van de wonden droog en bedek de wonden een gepast verband.

AANDACHTSPUNTEN

verzorging zelfverwondend gedrag

Wanneer contacteer je de arts of GGZ-verpleegkundige?

- Wanneer onzekerheid of een niet plus gevoel aanwezig zijn
- Pulserende bloedstralen
- Wonden stopt niet met bloeden
- Bij het gebruik van een vuil voorwerp
- Tekens van infectie (roodheid, zwelling, warmte, ...)
- Wondranden staan +- 0,5 cm uit elkaar
- Diepe wonden
- Onderhuidsheefsel zichtbaar zoals bot, spier, ...
- Wanneer wonden aanwezig zijn op gezicht, ogen of geslachtsdeel
- Bijtwonden
- Wonden groter dan een handpalm
- Vuil dat na het reinigen van de wonden nog aanwezig blijft

Een neutrale houding aannemen in de verzorging van de wonden

Registratieformulier invullen

Spreek een dagelijks moment af met de adolescent
waarop de wonden verzorgd worden

Wanneer u over uw eigen grenzen zou gaan op vlak van emotionele belasting,
spreek een arts of GGZ-verpleegkundige aan

Bijlage 4: Registratieformulier wondzorg

REGISTRATIE WONDZORG

Datum: _____

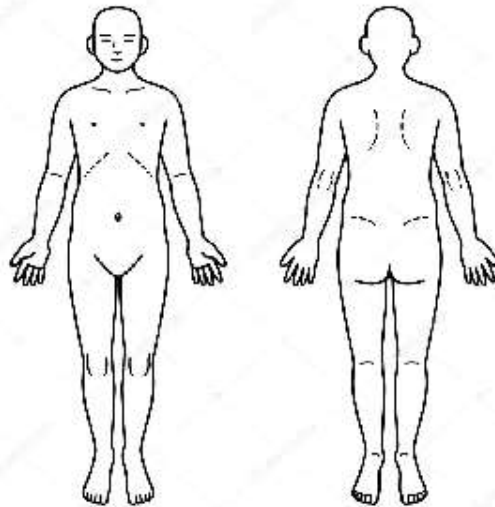
Tijdstip: _____

Bloeding? Ja ☐ Nee ☐

Diepte: _____

Grootte: _____

Locatie:



Ernst: licht matig ernstig

Gebruik voorwerp: _____

Wie heeft de wonden verzorgd? _____

Contact met arts of verpleegkundige? Ja ☐ Nee ☐

Noodzaak van mentale ondersteuning voor de ouder? Ja ☐ Nee ☐

Opmerkingen: _____

Bijlage 5: Vacature voor een GGZ-verpleegkundige



GGZ- VERPLEEGKUNDIGE

WERKGEVER

[Naam huisartsenpraktijk]

FUNCTIE

GGZ-verpleegkundige

LOCATIE

[Locatie]

FUNCTIEOMSCHRIJVING

Als GGZ-verpleegkundige bij een huisartsenpraktijk speel je een cruciale rol in het bieden van psychiatrische zorg en ondersteuning aan onze patiënten met psychische gezondheidsproblemen. Je werkt nauw samen met ons team van huisartsen en andere zorgverleners om een geïntegreerde en holistische benadering van zorg te bieden.

VERANTWOORDELIJKHEDEN

- Uitvoeren van intakes en screenings van nieuwe patiënten met psychische aandoeningen
- Opstellen en uitvoeren van een behandelplan in samenwerking met het behandelteam
- Bieden van individuele en groepstherapieën aan patiënten met diverse psychiatrische problemen
- In gesprek gaan met de patiënt over medicatie en de effecten van deze medicatie observeren en bevragen.
- Telefonisch contact tijdens crisissituaties en zorgen voor passende interventies en doorverwijzingen
- Geven van educatie en voorlichting aan patiënten en hun omgeving over psychische gezondheidsproblemen en behandelingen
- Samenwerken met andere zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk en externe zorginstellingen om de totale zorg voor de patiënten te coördineren
- Patiëntengegevens en administratie verwerken en up-to-date houden

FUNCTIEVEREISTEN

- Een bachelor diploma in de verpleegkunde met bijzondere beroepsbekwaamheid GGZ
- Ervaring binnen een huisartsenpraktijk en/of GGZ
- Uitstekende communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden
- Vermogen om zelfstandig te werken en effectief te functioneren binnen een multidisciplinair team
- Flexibiliteit en aanpassingsvermogen in een dynamische omgeving

AANBOD

- Een uitdagende functie binnen een professionele en collegiale werkomgeving
- Mogelijkheden voor ontwikkeling en bijscholing op professioneel vlak
- Een competitief salaris en secundaire arbeidsvoorwaarden
- Een parttime of fulltime positie, afhankelijk van de voorkeur van de kandidaat

TAKENLIJST

- **Intakes en screenings uitvoeren**
Beoordelen van nieuwe patiënten die door de huisarts zijn doorverwezen voor psychiatrische zorg. Uitvoeren van psychosociale beoordelingen en screenings om de behoeften van de patiënt te identificeren.
- **Behandelplannen opstellen**
Samenwerken met de huisarts en andere zorgverleners om behandelplannen te ontwikkelen die zijn afgestemd op de specifieke behoeften van de patiënt. Het opstellen van doelen en interventies op maat van de patiënt.
- **Psychosociale ondersteuning bieden**
Individuele gesprekstherapieën voeren met patiënten om emotionele en psychosociale problemen te bespreken en te behandelen. Groepstherapieën faciliteren voor patiënten met vergelijkbare problemen, zoals stressmanagementgroepen of zelfhulpgroepen. Psychosociale ondersteuning bieden aan de omgeving van de patiënt.
- **Medicatiebeheer**
Observeren van noden naar medicatie, in samenwerking met de huisarts. Medicatie toedienen en eventuele effecten bespreken en observeren.
- **Crisisinterventie en doorverwijzing**
Omgaan met crisissituaties zoals suïcidaliteit of acute psychotische episodes en passende interventies uitvoeren. Doorverwijzen van patiënten naar gespecialiseerde psychiatrische zorginstellingen indien nodig, zoals psychiatrische ziekenhuizen of mobiele teams.

- **Educatie en voorlichting geven**
 Patiënten en hun omgeving voorzien van educatief materiaal en voorlichting over psychische aandoeningen en behandelingen. Training geven aan andere zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg over psychische gezondheidsproblemen en de rol van de GGZ-verpleegkundige.
- **Samenwerking en overleg**
 Actief samenwerken met andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk, om de totale zorg voor de patiënten te coördineren. Deelnemen aan teamvergaderingen en interdisciplinair overleg om de zorgverlening te coördineren en casussen te bespreken.
- **Administratie en rapportage**
 Het bijhouden van nauwkeurige en up-to-date patiëntendossiers, inclusief behandelplannen, voortgangsnotities en evaluaties. Rapporteren aan de huisarts en andere zorgverleners over de voortgang van de behandeling en eventuele belangrijke ontwikkelingen in de zorg voor de patiënt.

SOLLICITATIE PROCEDURE

Als u geïnteresseerd bent in deze functie, stuur dan uw CV en een motivatiebrief naar [contactgegevens]. Moest u niet aan alle voorwaarden voldoen of als u nog vragen heeft, kan u best contact opnemen om de mogelijkheden te bekijken.

