

“Contact is het allerbelangrijkst”

Verslag van een kwalitatief onderzoek
naar de werkwijze van verpleegkundigen bij suïcidale patiënten



Studenten:	Ernst Blömer (st.nr.347154) Maria Tieben (st.nr.322295)
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde Duaal
Uitstroomprofiel:	GGZ
Instelling:	Lentis, Groningen
Opdrachtgever:	Anne Gietema, Lentis
Docent-begeleider:	Siemen van de Meulen
Datum:	januari 2018

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag dat is uitgevoerd op de Acute Zorg van Lentis. Het onderzoek markeert tevens het laatste deel van onze opleiding Hbo-Verpleegkundige GGZ. Met het schrijven van dit onderzoeksverslag hebben wij geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag hoe verpleegkundigen de multidisciplinaire richtlijn toepassen bij patiënten met suïcidaal gedrag. Het uitvoeren van het onderzoek hebben we met veel plezier en enthousiasme gedaan en het verwerken van de uitkomsten en schrijven van het verslag als leerzaam ervaren. Onze betrokkenheid en nieuwsgierigheid heeft ons geholpen om dit onderzoek met veel genoegen tot een goed eind te brengen

We willen Anne Gietema bedanken voor zijn tijd en belangstelling en het vertrouwen dat hij ons heeft gegeven in het uitvoeren van deze opdracht. Tevens willen we Siemen van der Meulen bedanken voor het helpen met het opzetten van dit onderzoek en zeker ook voor zijn steun en enthousiasme tijdens de feedback momenten. Zonder de bereidwilligheid van de respondenten hadden we geen kwalitatief onderzoek kunnen doen. Wij zijn alle respondenten zeer erkentelijk voor de tijd, energie en betrokkenheid die zij hebben getoond.

Rest ons om u veel genoegen te wensen met het bestuderen van dit onderzoeksverslag.

Ernst Blömer en Maria Tieben
Januari 2018

Samenvatting

Inleiding. Voor het terugdringen van het aantal suïcides wordt sinds 2012 gewerkt met de Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR). De basiscursus suïcide preventie wordt sinds 2013 binnen Lentis aan alle hulpverleners gegeven. De basiscursus is gebaseerd op de MDR en er wordt aandacht besteed aan de kennis en vaardigheden waarover de verpleegkundigen moeten beschikken voor het uitvragen van suïcidaal gedrag. Er is weinig inzicht in hoe verpleegkundigen deze kennis toepassen. Daartoe is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder verpleegkundigen van de afdeling acute Zorg van Lentis Groningen, die regelmatig contact hebben met suïcidale patiënten in een ambulante setting. De centrale onderzoeksvraag is: Hoe passen verpleegkundigen van de Crisisdienst, Acute Zorg Lentis, de kennis die zij hebben opgedaan in de basistraining suïcide preventie toe bij patiënten met suïcidaal gedrag.

Literatuur. In de MDR wordt een praktisch model beschreven, de CASE methodiek en het kwetsbaarheid-stress model, dat gebruikt wordt bij het uitvragen van suïcidaal gedrag. Uit een literatuuronderzoek naar vergelijkbaar kwalitatief onderzoek blijkt dat verpleegkundigen veel waarde hechten aan het contact maken met de patiënt in zijn sociale context, het inschatten van gevaar, het consulteren van collega's. In hun omgang met de suïcidale patiënt vertrouwen de verpleegkundigen sterk op hun intuïtie of ervaringskennis, maar ook op wetenschappelijke kennis.

Methode. Het kwalitatieve onderzoek is opgezet volgens de principes van de Grounded Theory. Er zijn in totaal vijf semigestructureerde interviews afgenomen. De data werden verwerkt met gebruik van het software programma Atlas Ti 8.

Resultaten. De verpleegkundigen vinden het contact met patiënten met suïcidaal gedrag het aller belangrijkste om betrouwbare afspraken met de patiënt te kunnen maken. In dit contact vertrouwen de verpleegkundigen op hun ervaringskennis. Zij hebben een eigen wijze ontwikkeld om dit contact vorm te geven en zich aan te passen aan de patiënt. De verpleegkundigen maken gebruik van de CASE-methodiek en het kwetsbaarheid-stress model om risico factoren en beschermende factoren te onderzoeken. De verpleegkundigen gaan samen met de patiënt op zoek naar perspectief. Familie of het netwerk wordt betrokken bij het borgen van de veiligheid van de patiënt en dient als informatiebron. De verpleegkundige zoekt actief de samenwerking met een collega, meestal de psychiater, om de risicotaxatie zorgvuldig uit te voeren. Bij twijfel aan de veiligheid van de patiënt wordt het subjectieve niet-pluis-gevoel altijd afgewogen met een collega. De minder ervaren respondenten vallen eerder terug op de MDR. De meer ervaren respondenten vertrouwen vooral op eigen kennis en beschouwen de MDR als nuttige wetenschappelijke ondersteuning en informatie.

Discussie. De uitkomsten van het literatuuronderzoek worden door de onderzoeksresultaten bevestigd.

Het onderzoek is zonder verstoringen uitgevoerd zoals gepland conform de eisen van de Grounded Theory en de inhoudelijke analyse, waardoor de interne validiteit als goed wordt ingeschat. De externe validiteit is echter beperkt gezien het kleine aantal geïnterviewde verpleegkundigen en het specifieke karakter van de afdeling acute Zorg.

Conclusie en aanbeveling. De verpleegkundigen hebben een goede kennis van en werken conform de MDR met patiënten met suïcidaal gedrag. Het contact is uitermate belangrijk om vertrouwen te krijgen in gemaakte afspraken. Op basis daarvan kan een goede risicotaxatie worden uitgevoerd. Er worden aanbevelingen gedaan op het gebied van leren en coachen van verpleegkundigen.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	5
1.1 Stop suïcide	5
1.2 Suïcide in Groningen	5
1.3 Lentis	5
1.4 Crisisdienst	5
1.5 Verpleegkundige relevantie	6
1.6 Conclusie	6
Hoofdstuk 2 Doelstelling en vraagstelling	7
2.1 Doelstelling	7
2.2 Vraagstelling	7
2.3 Begripsafbakening	7
Hoofdstuk 3. Theoretisch kader	9
3.1 De Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	9
3.2 Literatuurstudie	10
Hoofdstuk 4 Onderzoeksmethode	12
4.1 Design	12
4.2 Onderzoekspopulatie	12
4.3 Dataverzameling en betrouwbaarheid	12
4.4 Validiteit	13
Hoofdstuk 5 Resultaten	14
Hoofdstuk 6 Discussie	24
6.1 Basistraining en MDR	24
6.2 Literatuurstudie	26
6.3 Methodologische discussie	27
Hoofdstuk 7 Conclusie en aanbevelingen	28
7.1 Conclusie	28
7.2 Aanbevelingen	29
Literatuurlijst	30

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Stop suicide

De Rijksoverheid (2017) heeft sinds de jaren tachtig een beleidsagenda suicide preventie met als doel het aantal suicides met 5% per jaar terug te dringen. Volgens de cijfers van het CBR (2016) overlijden anno 2015 in Nederland nog steeds ruim 1.871 mensen als gevolg van suicide. Vanaf 2007 is hierin een stijgende lijn te zien (Hemert, Kerkhof, Keijser, & e.a, 2012). Suïcidaal gedrag komt vaker voor bij patiënten met een depressieve stoornis of andere psychische stoornissen dan bij personen die geen psychische aandoeningen hebben (Kerkhof & Dijk, 2016). Suicide is een daad van wanhoop, vaak een gevolg van grote persoonlijke crisis waarbij mensen niet meer zo verder willen leven (Mokkenstorm & Bets, 2017). Veel van de overlevenden zijn echter blij dat ze na een suïcidepoging nog leven en hebben ervaren dat hulp helpt (GGD, 2017).

1.2 Suicide in Groningen

Naar verhouding liggen in Groningen de suicide cijfers hoger dan in de andere elf provincies van Nederland (Onderzoek naar suicide Groningen, 2012). In de provincie Groningen zijn van 2000 tot 2012 drieënzestig mensen om het leven gekomen door een suicide, waarvan gemiddeld vijftientig in de stad Groningen (CBS, 2016). Het suicide risico is het hoogst onder mannen van 80 jaar en ouder gevolgd door de leeftijdscategorie 50-65 jaar. Uit regionale cijfers blijkt dat Groningers meer gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg. De oorzaak zou kunnen zijn dat de zorgvoorzieningen in de stad Groningen ruim voor handen zijn en/of de zorginstellingen er in slagen mensen met langdurige psychische problemen goed in zorg te houden.

1.3 Lentis

Lentis is een organisatie die geestelijke gezondheidszorg, forensische gezondheidszorg en ouderenzorg biedt in de provincies Groningen en Friesland. Lentis verleent hulp aan kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen (Lentis, 2017). De afdeling Acute Zorg van Lentis in Groningen en Winschoten is onderverdeeld in drie teams: Substituerende Psychiatrische Intensieve Thuisdienst (SPITS), Acute Deeltijd Behandeling (ADB) en de crisisdienst. De Crisisdienst is meestal als eerste betrokken bij acute suïciditeit.

Lentis wil de strijd aangaan tegen suicide en het aantal suicides en suïcidepogingen terugdringen. Lentis is daarom aangesloten bij 'Supranet'. Supranet is een samenwerkingsverband van een aantal GGZ-instellingen en 113-online (Mokkenstorm & Bets, 2017). Suicide preventie is daarmee een speerpunt van Lentis.

1.4 Crisisdienst

De crisisdienst is er voor mensen met acute psychische nood. Hier is 24/7 specialistische zorg beschikbaar die erop gericht is om de patiënt en diens systeem te ondersteunen wanneer men niet zelf in staat is de (psychische) crisis te bezweren. Het gaat hierbij om behandelen tijdens schok- en terugslagfase, gericht op het afnemen van psychiatrische symptomatologie en ontwikkelen van effectieve coping om met crisis om te leren gaan (Lentis, 2015). Binnen de crisisdienst zijn sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en verpleegkundig specialisten (VS) werkzaam in de zogenaamde voorwacht functie.

Dit houdt in dat die verpleegkundigen ingezet worden in het eerste contact dat de patiënt heeft met de crisisdienst. In dit eerste contact vindt diagnostiek en beoordeling plaats en worden de eerste interventies uitgevoerd om de crisis te couperen (Lentis, 2015). Deze verpleegkundigen komen veelvuldig in contact met patiënten met suïcidaal gedrag. Met het uitkomen van de Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR) hebben verpleegkundigen een handleiding hoe om te gaan met suïcidaal gedrag (Hemert, Kerkhof, Keijser, & e.a, 2012) Vanaf 2013 zijn inmiddels duizend medewerkers van Lentis getraind volgens de basistraining suicide preventie die gebaseerd is op de MDR (Gietema, 2017). Het is bekend dat implementatie van aanbevelingen niet altijd direct leidt tot verbetering in de

zorg (Grol, 2011). Het afgelopen jaar werd de Acute Zorg geconfronteerd met vier geslaagde suïcides. Bij twee van deze suïcides heeft de inspectie gebreken in het volgen van de MDR geconstateerd (Nijdam, 2017).

De afdeling Acute Zorg van Lentis wil, in samenwerking met de projectleider van de trainingen suïcide preventie, medewerkers blijven scholen. Inhoud en vorm van de trainingen moeten meer aan sluiten bij de behoeften van de hulpverleners en de bestaande praktijk. De Beurs (2015a) heeft in zijn onderzoek geconstateerd dat de gebruikte trainingstechnieken de kennis van hulpverleners vergroot over de MDR en de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag. Hoe deze kennis wordt toegepast in de omgang met de patiënt met suïcidaal gedrag is echter onbekend.

1.5 Verpleegkundige relevantie

Uitgaand van de professionele standaarden voor verpleegkundigen (Beroepsprofiel Verpleegkundige, 2012) zijn zelfstandigheid, bekwaamheid, kennis en vaardigheid beschreven als sleutelbegrippen van het verpleegkundig beroep. Er worden zeven competentie gebieden uitgewerkt naar kennis en vaardigheid. Onder kennis wordt verstaan het geheel aan feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het verpleegkundig beroep. Onder vaardigheden wordt verstaan de cognitieve vermogens en praktische vermogens om binnen een gegeven context kennis toe te kunnen passen en uit te oefenen in het verpleegkundig beroep. Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek behoren tot de basisvaardigheden van de verpleegkundigen (Hemert, Kerkhof, Keijser, & e.a, 2012). Voor het in kaart brengen van suïcidaal gedrag moet de verpleegkundige bekwaam zijn. Volgens de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg geldt de regel 'niet bekwaam is niet bevoegd' (Rijksoverheid, 2017). Daarom dient de verpleegkundige goed op de hoogte te zijn van de MDR.

Luyn (Luyn & Kerkhof, 2016) benoemt vaardigheden en andere aspecten gericht op verpleegkundigen in de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag:

- Patiënten met suïcidaal gedrag brengen hun gedachten, wensen of plannen niet altijd uit zichzelf ter sprake. Dit maakt inschatten van suïcidaliteit een van de moeilijkste activiteiten van de verpleegkundige.
- Verpleegkundigen vinden het contact maken met suïcidale patiënten vaak moeilijk vanwege machteloosheid en het lijden van de patiënt. Er speelt angst voor wat het bij de patiënt los maakt en de angst daarvoor geen adequate oplossing te hebben.
- De verpleegkundige kan angst hebben voor de inspectie als mocht blijken dat de patiënt zich heeft gesuïcideerd.
- Het gesprek gaat vaak over welke maatregelen er vanuit veiligheidsoogpunt genomen moeten worden en dit is waar de patiënt liever niet over spreekt. Opbouwen van een goede werkrelatie met de patiënt is daarom belangrijk. Het tonen van empathie voor de gevoelens van de patiënt, niet (ver)oordelen, pijn en wanhoop erkennen, deskundigheid uitstralen en duidelijk zijn naar de patiënt over de eigen rol en werkwijze zijn hierbij belangrijke vaardigheden.

1.6 Conclusie

Uit de inleiding blijkt dat ondanks alle activiteiten die zijn ingezet de suïcide cijfers niet dalen. In de provincie Groningen blijken meer suïcides plaats te vinden dan in de andere elf provincies van Nederland. Lentis is actief betrokken om suïcide preventie binnen en buiten Lentis te bevorderen. Mensen in psychische nood met suïcide gedachten komen vaak het eerst in beeld bij de crisisdienst van Lentis. De MDR geeft heldere richtlijnen hoe om te gaan met suïcidaal gedrag. Hoe de verpleegkundige deze richtlijnen toe past als zij in gesprek gaat met een patiënt met suïcidaal gedrag is nog onbekend.

Hoofdstuk 2 Doelstelling en vraagstelling

Dit tweede hoofdstuk bevat de doel- en vraagstelling inclusief de deelvragen van dit praktijkonderzoek. In de laatste paragraaf worden een aantal gebruikte begrippen nader omschreven.

2.1 Doelstelling

Opdrachtgever van dit onderzoek is Anne Gietema, projectleider van de trainingen suïcide preventie binnen Lentis. Het onderzoek wordt uitgevoerd binnen de crisisdienst, onderdeel van de afdeling Acute Zorg Lentis, met toestemming van de inhoudelijk leidinggevende psychiater Michiel van den Oever. De resultaten van het onderzoek zullen worden gebruikt om de inhoud en vorm van de trainingen suïcide preventie aan te passen aan de behoefte en bestaande praktijk van de verpleegkundige in contact met een patiënt met suïcidaal gedrag.

De doelstelling van het onderzoek is daarom kennis te verzamelen over hoe de verpleegkundigen van de crisisdienst, Acute Zorg Lentis, het geleerde in de basistraining suïcidepreventie gebruiken in contacten bij patiënten met suïcidaal gedrag.

2.2 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van het onderzoek is op basis van het voorgaande:

Hoe passen verpleegkundigen van de Crisisdienst, Acute Zorg Lentis, de kennis die zij hebben opgedaan in de basistraining suïcide preventie toe bij patiënten met suïcidaal gedrag?

De deelvragen die hierbij gesteld worden zijn als volgt;

1. In hoeverre wordt suïcidaal gedrag uitgevraagd bij het eerste en vervolg contacten met patiënten van de crisisdienst?
2. Wat vinden de verpleegkundigen belangrijk in het contact met patiënten met suïcidaal gedrag?
3. Welke (persoonlijke) belemmeringen ervaren de verpleegkundigen bij het uitvragen van suïcidaal gedrag?

2.3 Begripsafbakening

Om begripsverwarring te voorkomen worden hieronder een aantal begrippen die centraal staan in dit onderzoek nader uitgelegd.

Suïcidaal gedrag

Het begrip suïcidaal gedrag omvat het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen dat een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. Het suïcidale gedrag wordt bij ieder individu veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologische en sociale factoren. De term suïcidaal gedrag verwijst zowel naar handelingen als gedachten. De gedachten worden niet altijd geuit maar kunnen wel worden vermoed (Hemert, Kerkhof, Keijser, & e.a, 2012)

Basistraining suïcide preventie

Om de MDR te implementeren binnen Lentis en de kwaliteit van suïcidepreventie te bevorderen is binnen Lentis het programma 'deskundigheid suïcidepreventie' ontwikkeld (Gietema, 2017). Het programma is gericht op kennisvermeerdering en het trainen van vaardigheden in de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag. De basistraining suïcide preventie is hiervan een onderdeel. In de basistraining is aandacht voor systematisch

onderzoek, structuurdiagnose, veiligheid en continuïteit van zorg, indicatiestelling en veiligheidsplan, chronische suïcidaliteit, contact maken met de patiënt en risico taxatie.

Naast de basistraining zijn er vanaf 2016 vervolgmodes ten aanzien van suïcide preventie ontwikkeld. Teamleiders worden uitgenodigd om hun team op te geven gebruik te maken van één van de volgende mogelijkheden:

- Vervolg-module: Bespreken huidige stand van zaken m.b.t. suïcidepreventie van eigen team, verbeterplan, actuele professionele standaard en casus bespreking.
- Module gericht op casuïstiek, casus wordt ingediend door het team.
- Module met nadruk op het oefenen in contact leggen met suïcidale cliënten.
- Module risico-taxatie.
- Module veiligheid.
- Gesprek op locatie over borging van suïcidepreventie.

Kennis

Een algemene definitie van kennis is dat wat geweten en toegepast wordt door de mens of door de maatschappij als geheel. Veel van de menselijke activiteit vereist specifieke kennis, ervaring en vaardigheden (Wikipedia, 26 juni 2017).

In dit verslag wordt gerefereerd aan kennis in de zin van 'dat wat geweten en toegepast wordt' afkomstig uit de basistraining suïcide preventie.

Wetenschappelijke kennis over suïcide preventie staat in de MDR. Deze kennis is getoetst op wetenschappelijke basis. Binnen Lentis is dit vanaf 2017 uitgebreid met vaardigheidsoefeningen in contact maken met de patiënt, systematisch onderzoek, risico taxatie en het maken van een crisis- of veiligheidsplan.

Ervaring is kennis hebben van de gebruikelijke gang van zaken, verkregen door observatie en betrokkenheid bij bepaalde processen of toestanden. Het begrip 'ervaring' is haast synoniem met 'inzicht', 'knowhow' en 'weten' (Wikipedia, 13-12-2017). In dit verslag wordt gesproken over ervaringskennis. Dit is impliciete kennis en dus niet opgeschreven en eigendom van individuele verpleegkundigen. Wanneer er sprake is van gewoontes geldt dit ook voor groepen verpleegkundigen.

Hoofdstuk 3. Theoretisch kader

Om duidelijk te krijgen over welke kennis en vaardigheden de verpleegkundigen moeten beschikken in het contact met de suïcidale patiënten wordt in deze paragraaf een theoretische onderbouwing beschreven gebaseerd op de MDR. Voorafgaand aan het onderzoek heeft een literatuur studie plaats gevonden en deze bevindingen worden ook onder dit theoretisch kader geplaatst. Vanuit dit theoretisch kader zal de topiclijst samengesteld worden voor het afnemen van de interviews (zie hoofdstuk 4).

3.1 De Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

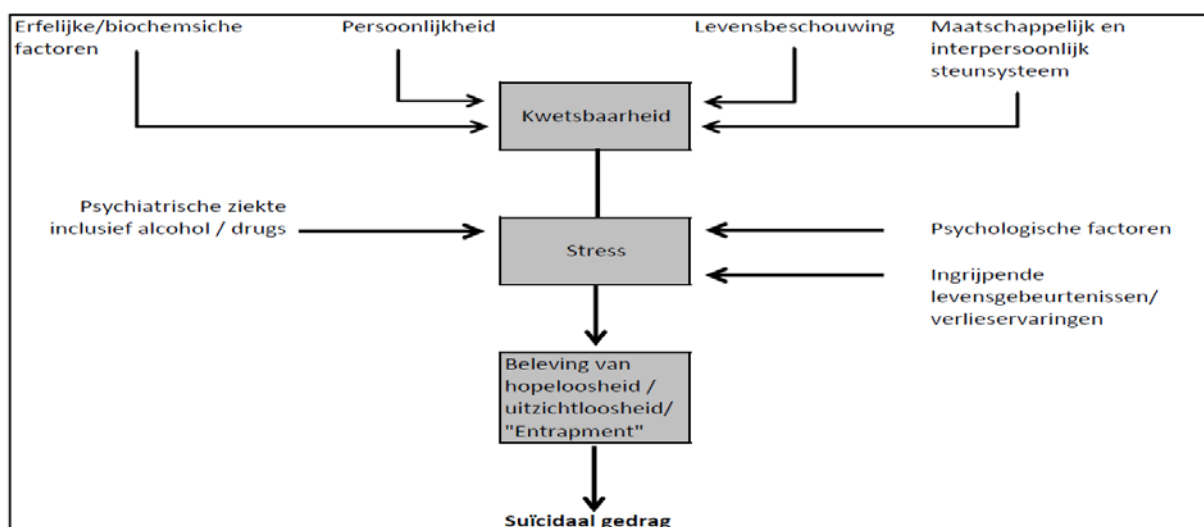
De MDR wordt onder anderen aanbevolen aan verpleegkundigen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. De basisvaardigheden die verpleegkundigen behoren te hebben en nodig zijn voor diagnostiek van suïcidaal gedrag zijn:

- Contact maken met de patiënt.
- Het analyseren van de suïcidale toestand volgens de CASE-methodiek (zie figuur 2).
- Het maken van een structuurdiagnose: In kaart brengen van stress, kwetsbaarheid en beschermende factoren.
- Risico taxatie.
- Maken van een veiligheidsplan (hierbij dient het netwerk van de patiënt betrokken te worden).

Daarnaast wordt in de MDR een aantal basisprincipes bij suïcide preventie beschreven:

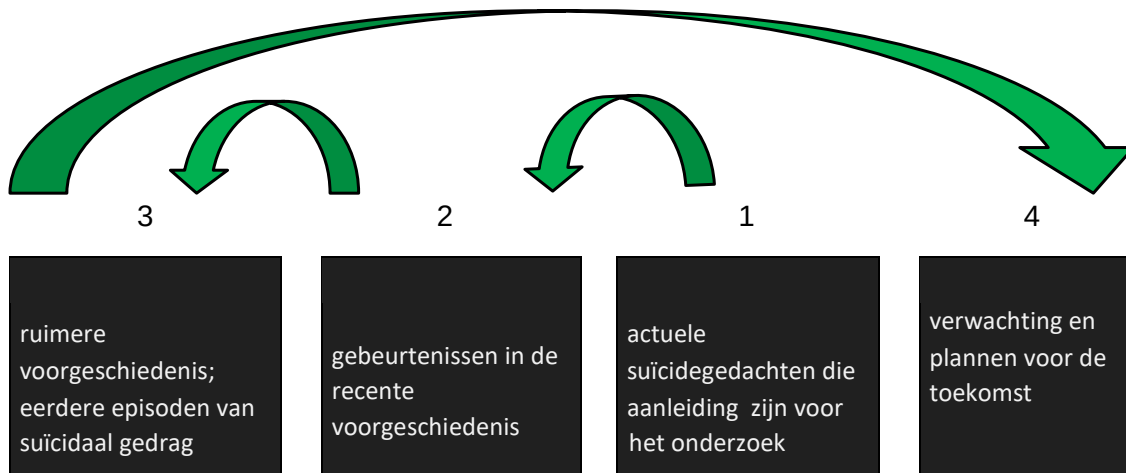
- Zorg voor continuïteit van zorg.
- Overweeg overleg met een collega/psychiater.
- Rapporteer volledig en gedetailleerd.

Suïcidaal gedrag is te onderscheiden in de suïcidale toestand en achterliggende factoren. Om deze achterliggende factoren te begrijpen is een stress-kwetsbaarheidsmodel ontwikkeld (zie figuur 1). Bij iemand met een zekere kwetsbaarheid kunnen ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen leiden tot stress. Als hierbij een gebrek aan probleem oplossend vermogen is, leidt dit tot wanhoop en uitzichtloosheid. Er ontstaat dan een situatie die entrapment (of 'in de val zitten') wordt genoemd en uiteindelijk kan leiden tot suïcide. Vaak spelen hier een psychiatrische ziekte, alcohol en drugs gebruik en diverse psychologische factoren een rol. Het in kaart brengen van al deze factoren uit het stress-kwetsbaarheid model wordt een structuurdiagnose genoemd. In de structuurdiagnose worden hypothesen geformuleerd over het ontstaan en in stand houden van het suïcidale gedrag.



Figuur 1. Stress-kwetsbaarheidsmodel en entrapment (Hemert, Kerkhof, Keijser, & e.a, 2012).

Om de suïcidale toestand en achterliggende factoren systematisch te onderzoeken wordt gebruik gemaakt van de CASE-methodiek (zie figuur 2). Deze methodiek geeft een gespreksmodel voor het systematische onderzoek van suïcidaliteit en levert de informatie die nodig is om een structuur diagnose te maken en een goede risico taxatie te kunnen uitvoeren. Het is belangrijk om naast de acute toestand ook naar het verleden en de toekomst te kijken omdat daarin vaak aanknopingspunten te vinden zijn voor zowel de risico taxatie als het veiligheidsplan.



Figuur 2. De structuur van een gesprek met de acut suïcidale patiënt: Chronologische assessment of suïcidaal episodes: CASE methodiek (Shea, 1998).

In de basistraining van Lentis worden aan alle kennis-aspecten en vaardigheden uit de MDR aandacht besteed. Alle verpleegkundigen werkzaam bij de crisisdienst zijn geschoold volgens deze basistraining.

Het belang van contact maken wordt in de MDR onderstreept en is een vaardigheid die in de basistraining geoefend wordt. Een goed contact is nodig om gevoelige informatie te verkrijgen van de suïcidale patiënt en om een werkbaar veiligheidsplan te kunnen maken. Daarvoor is kennis nodig van de sociale context van de suïcidale patiënt en van diens netwerk of naasten. Er worden afspraken gemaakt om de veiligheid te waarborgen en alle betrokkenen krijgen daarin hun eigen rol.

3.2 Literatuurstudie

Er is een literatuurstudie uitgevoerd met als doel om relevante thema's te vinden die de werken denkwijze omschrijven van de verpleegkundige wanneer patiënten met suïcidaal gedrag gezien en beoordeeld worden in een acute setting. Deze thema's worden vervolgens meegenomen bij de dataverzameling in het onderzoek.

Er is gezocht in Pubmed, Google Scholar, Chinahl, Nursing and Allied Health Collection en Picarta. Uiteindelijk zijn vier artikelen geselecteerd voor dit theoretisch kader omdat deze onderzoeken kwalitatief van opzet waren, verpleegkundigen als onderzoekspopulatie hadden en gericht informatie werd gezocht naar opvattingen en prioriteiten in het contact met suïcidale patiënten (Coomb, Curyis, & Crookes, 2012) (Godin, 2004) (MacNeela, Scott, Treacy, & Hyde, 2009) (Rebel, 2008). Settings waarin deze onderzoeken zich afspeelden waren klinisch of thuiszorg, of een combinatie van beide. Er is geen literatuur gevonden over onderzoek in vergelijkbare omstandigheden als bij de crisisdienst: zorg voor suïcidale patiënten in een crisissituatie in een ambulante setting.

Wat in alle vier de artikelen naar voren komt is dat verpleegkundigen grote waarde hechten aan de relatie met de patiënt. Het contact maken met de patiënt als mens of persoon is een eerste prioriteit. Kennis van de sociale context van de patiënt wordt als onmisbaar beschouwd

omdat alleen dán de patiënt begrepen kan worden. Geobserveerde symptomen en problemen worden daarmee in een sociaal kader geplaatst. Godin (2004) stelt dat verpleegkundigen hun ervaringskennis inzetten en daar ook vertrouwen in hebben. Godin (2004) en Rebel (2008) hebben het in dat verband over de eigen intuïtie. MacNeela (2009) schrijft over ervaringskennis en wijst ook op het gevaar daarvan. Ervaringskennis is als een black box en leidt tot 'one-step-decision-making' (MacNeela, Scott, Treacy, & Hyde, 2009) waarmee de problematiek van de suïcidale patiënt gesimplificeerd dreigt te worden.

Een tweede overeenkomst is dat verpleegkundigen ook gebruik maken van formele wetenschappelijke kennis vooral in de beoordeling en evaluatie van gevaar en risico (Coomb, 2013; MacNeela, 2010; Rebel, 2008). Rebel (2008) noemt expliciet de medische diagnose als basis voor inschatting en besluitvorming over interventie en verantwoordelijkheid. Verpleegkundigen zullen eerder kiezen voor bescherming en overnemen van verantwoordelijkheid bij patiënten met schizofrenie of depressie dan bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, waarbij eerder voor de eigen verantwoordelijkheid wordt gekozen. Het volgen van regels, protocollen en vragenlijsten wordt vaak door verpleegkundigen beoordeeld als reductionistisch zodat geen goed beeld verkregen wordt van de patiënt als persoon (MacNeela, Scott, Treacy, & Hyde, 2009). Hoewel een deel van de verpleegkundigen dit handige instrumenten vindt die het maken van fouten kunnen voorkomen. Coomb (2013) stelt dat het gehele proces van beoordelen van suïcidaliteit probleemgericht is. Verpleegkundigen vragen net zo lang door dat het verhaal van de patiënt en zijn naasten klopt, maar helaas worden zodoende de krachten en mogelijkheden van de patiënt gemist.

Een derde overeenkomst is dat verpleegkundigen andere professionals consulteren alvorens tot besluitvorming over te gaan (MacNeela, Scott, Treacy, & Hyde, 2009) (Rebel, 2008). In acute settingen is de input van verpleegkundigen daarbij gelijkwaardig aan die van medici (MacNeela, Scott, Treacy, & Hyde, 2009).

Samenvattend kan met het nodige voorbehoud gesteld worden dat verpleegkundige bij het beoordelen en evalueren van suïcidale patiënten de volgende thema's belangrijk vinden:

1. Contact maken met de patiënt in zijn sociale context.
 2. Inschatten van gevaar (risico taxatie).
 3. Consulteren van collega's (verpleegkundigen en artsen).
- Daarbij bouwen verpleegkundigen op twee pijlers:
4. Intuïtie of ervaringskennis.
 5. Formele rationele (wetenschappelijke) kennis.

De indruk bestaat dat verpleegkundigen aan thema 1 de meeste waarde toekennen omdat hun dat meer oplevert in termen van informatie, begrip en inzicht.

Een belangrijke kanttekening is dat de setting waarin de verpleegkundige werkt grote invloed heeft op de werkwijze en hoe met de vijf bovenstaande thema's wordt omgegaan.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksmethode

4.1 Design

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksopzet. Er is gewerkt met de methode van de 'Grounded Theory' om het gedrag en de ervaringen van verpleegkundigen te onderzoeken. De methode is voortgekomen uit het symbolisch interactionisme wat naar interacties kijkt van individuen, hun ideeën en hun doelstellingen in de sociale context (Jong, Vandenbroele, & e.a., 2008) (Verhoeven, 2011) (Boer de, 2011). De Grounded Theory is een inductieve methode.

4.2 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek heeft zich gericht op verpleegkundigen van de 24-uur dienst en crisisdienst van Lentis omdat daar veel ervaring is met het werken met patiënten met suïcidaal gedrag. De totale populatie is dertig verpleegkundigen groot. De omvang van de steekproef werd bepaald aan de hand van nieuwe informatie die de interviews opleverden. Zodra er verzadiging van informatie was opgetreden werd gestopt met de verzameling van gegevens. Dit was het geval bij het vijfde interview. Met de keuze van de vijf respondenten is gestreefd naar een zo groot mogelijke variatie aan informatie (Jong, Vandenbroele, & e.a., 2008).

Inclusiecriteria die zijn gehanteerd zijn dat de basistraining suïcide preventie moet zijn gevolgd en de verpleegkundige op de dienstlijst staat van de 24 uren dienst en/of crisisdienst. Er is geselecteerd op geslacht en ervaring. Het proefinterview is afgenomen bij een ervaren vrouwelijke sociaal psychiatrisch verpleegkundige. De vervolg interviews zijn afgenomen bij een vrouwelijke HBO-verpleegkundige met weinig ervaring, een mannelijke HBO-verpleegkundige met weinig ervaring, een mannelijke sociaal psychiatrisch verpleegkundige met veel ervaring en tot slot bij een vrouwelijke sociaal psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist met veel ervaring. Er zijn geen verpleegkundigen die hebben geweigerd mee te werken aan het onderzoek.

4.3 Dataverzameling en betrouwbaarheid

Als dataverzameling werden vijf interviews afgenomen. De interviews werden getranscribeerd en elk interview werd direct na afname geanalyseerd en gecodeerd met behulp van het software programma Atlas Ti¹. Na het vierde interview kwamen er geen nieuwe codes meer bij en werd het verzadigingspunt van informatie bereikt.

Om de structuur van het gesprek niet vast te leggen en wel een antwoord op de onderzoeksvraag te krijgen hebben de onderzoekers semigestructureerde interviews afgenomen. De onderzoekers hebben begrippen gehaald uit de MDR, basiscursus suïcidepreventie en uit het literatuuronderzoek voor het samenstellen van een topic-lijst. De respondenten werden vooraf geïnformeerd over het doel van het interview om demand characteristics (= voorkomen dat de informant antwoord geeft vanuit een verkeerde vooronderstelling) te voorkomen. Alle interviews konden ongestoord worden afgenomen. De openingsvraag bij alle interviews was: "Wat vind jij belangrijk in het contact met patiënten met suïcidaal gedrag?". Het interview werd enigszins gestuurd door open vragen te stellen op basis van de topic-lijst. Van hieruit werd dieper ingegaan op de wat en/of waarom van de uitspraken van de respondent (Jong, Vandenbroele, & e.a., 2008).

Van de interviews werden geluidsopnames gemaakt die na transcriberen werden vernietigd. De onderzoeksgegevens opgeslagen in Atlas Ti8 werden overgedragen aan de opdrachtgever.

¹ Het software programma Atlas Ti8 is verkregen via een abonnement van de Hanzehogeschool in september 2017.

Om de betrouwbaarheid te verhogen werd elk getranscribeerd interview door beide onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, geanalyseerd en gecodeerd. Het transcript werd gecodeerd en deze codes werden gebundeld tot goed omschreven groepen volgens de stappen van een inhoudelijke analyse (Jong, Vandenbroele, & e.a., 2008) (Verhoeven, 2011). Er is gebruik gemaakt van het softwareprogramma Atlas Ti8 met de volgende stappen:

1. Coderen van tekstgedeelten (citaten) door er een term, meestal afkomstig uit die tekst, aan te verbinden die de lading en inhoud dekt. Elke code bevat meerdere citaten.
2. Bundelen van die codes in groepen. Elke groep werd precies omschreven zodat duidelijk was welke codes er wel in konden en welke niet. Er ontstond een boomstructuur.
3. Er werd een ordening aangebracht binnen elke groep door de onderlinge verbanden tussen de codes te omschrijven. Er werd inzicht verkregen in relaties tussen codes en groepen door overlappende citaten. Met Atlas Ti 8 werd dit visueel gemaakt.
4. De relaties tussen de groepen en de meest gescoorde codes werden omschreven in een semantisch model wat gebruikt is om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Nadat alle getranscribeerde teksten waren gecodeerd en geïnterpreteerd zijn de vijf respondenten uitgenodigd voor deelname aan een focus-groep. Bij deze member checking waren drie van de vijf respondenten, zestig procent, aanwezig.

4.4 Validiteit

Met validiteit wordt bedoeld de mate waarin systematische fouten worden voorkomen gedurende het onderzoeksproces (Verhoeven, 2011).

De topic-lijst werd voor het proefinterview opgesteld en is gedurende het gehele onderzoek niet veranderd. De onderzoekers hebben elkaars objectiviteit tijdens de interviews bewaakt door een taakverdeling te maken tijdens het interview. Eén onderzoeker stelde de vragen en hield het gesprek gaande, de andere onderzoeker was toehoorder, bewaakte de neutraliteit van de interviewer en controleerde of alle topics aan de orde zijn geweest in het gesprek. De interviews werden om en om door de onderzoekers afgenomen. Na afloop van het interview werd hierop gereflecteerd door de onderzoekers. Er werd een logboek bijgehouden met documentatie van alle belangrijke stappen in het onderzoek.

Na de interviews en ter afsluiting van de data-analyse werden het verkregen semantische model voorgelegd aan de respondenten ter controle op authenticiteit en ter vaststelling (member checking).

De externe validiteit van dit onderzoek is klein vanwege het kwalitatieve karakter en geringe schaalgrootte van het onderzoek. De resultaten kunnen aanwijzingen opleveren voor vergelijkbare afdelingen als de 24uurs dienst en crisisdienst van Lentis.

Hoofdstuk 5 Resultaten

In dit vijfde hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weer gegeven. Eerst zal uitleg worden gegeven hoe de codering binnen het programma Atlas Ti8 tot stand is gekomen. Daarna wordt het semantische model gepresenteerd in woord en beeld.

De vijf interviews werden getranscribeerd en geanalyseerd. Interessante citaten werden uit de teksten geselecteerd en gecodeerd. In totaal werden negenendertig codes gedefinieerd, waarbij elke code meerdere citaten bevat. Vervolgens werden de codes op hun beurt ingedeeld in één van de volgende zeven groepen:

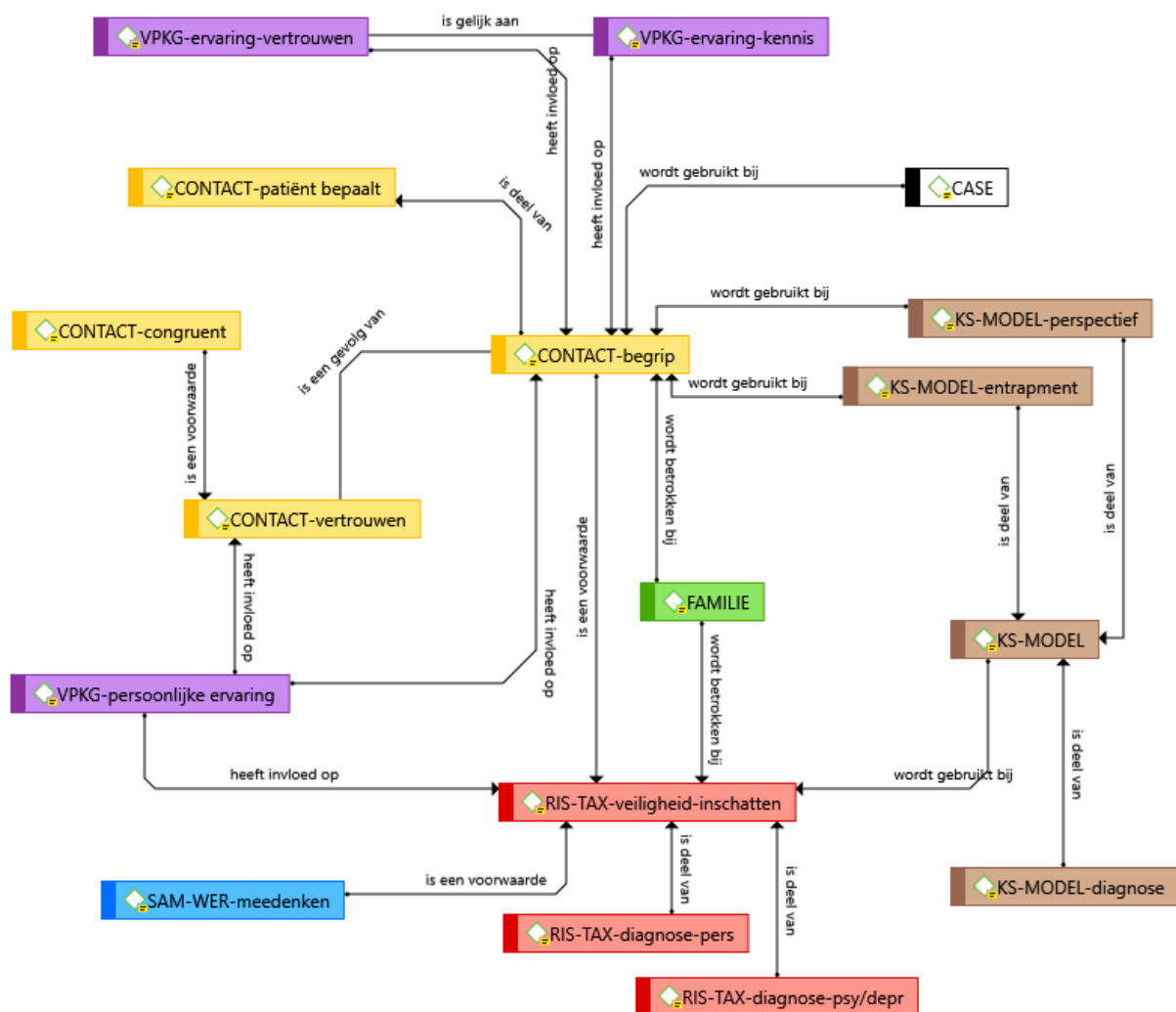
1. CONTACT (7 codes, 71 citaten)
Een code en/of citaat wordt onderdeel van deze groep:
wanneer gesproken wordt over kennismaken en/of contact maken met de patiënt, ook in het kader van het vergaren van indrukken en informatie (vergelijkbaar met het psychiatrisch onderzoek) en wanneer uitspraken worden gedaan over het belang wat daaraan gehecht wordt. En wanneer verhaald wordt van specifieke technieken en manieren om contact te leggen, bijvoorbeeld het waarderen van het verhaal van de patiënt en dat als middel inzetten om contact te maken.
2. CASE (CASE-methodiek) (2 codes, 12 citaten)
Een code en/of citaat wordt onderdeel van deze groep:
wanneer er sprake is van expliciet gebruik maken van de casemethodiek door de respondent, waarin de vier stappen actueel, recente voorgeschiedenis, oude voorgeschiedenis en perspectief, of één daarvan worden benoemd, of wanneer argumenten gegeven worden niet de gehele methodiek te gebruiken.
3. KS-MODEL (kwetsbaarheid stress model) (6 codes, 45 citaten)
Een code en/of citaat wordt onderdeel van deze groep:
wanneer de problematiek van de patiënt geplaatst of uitgedrukt wordt met behulp van termen uit het kwetsbaarheid-stress model.
4. FAMILIE (3 codes, 22 citaten)
Een code en/of citaat wordt onderdeel van deze groep:
wanneer gesproken wordt over familie, naasten en/of het netwerk van de patiënt.
5. RIS-TAXS (risico taxatie) (5 codes, 56 citaten)
Een code en/of citaat wordt onderdeel van deze groep:
Wanneer gesproken wordt over het afwegen van veiligheidsrisico's en alle factoren en interventies die daarbij een rol spelen.
6. SAM-WER (samen werken) (3 codes, 30 citaten)
Een code en/of citaat wordt onderdeel van deze groep:
wanneer gesproken wordt over overleg met collega's binnen de hulpverlening (Lentis, huisarts etc), ook in het kader van continuïteit van zorg en evaluatie doeleinden.
7. VPKG (Verpleegkundigen) (13 codes, 99 citaten)
Een code en/of citaat wordt onderdeel van deze groep:
wanneer de respondent melding maakt van een persoonlijke werkwijze of methode, opvattingen en ervaringen

Deze zeven groepen waren ingedeeld op basis van termen uit de topic-lijst. De groep van de verpleegkundigen (VPKG) is aangemaakt omdat tijdens de interviews de respondenten persoonlijke ervaringen ter illustratie van hun betoog naar voren brachten en valt als enige

groep buiten de terminologie van de MDR.

Van elke groep is een semantisch netwerk gemaakt met daarin ook de verbindingen, via dubbel gecodeerde en elkaar overlappende citaten, met de andere groepen. Vervolgens zijn alle groepen samengebracht in één semantisch model (zie figuur 3). Om het model overzichtelijk te houden is als uitgangspunt gekozen alleen die codes te gebruiken die gescoord zijn bij alle vijf de respondenten en/of meer dan tien keer werden gescoord. De codes die minder zijn gescoord worden wel meegenomen in de tekstuele verwerking van het semantische netwerk.

Centraal in dit model staan de codes CONTACT-begrip, RIS-TAX-veiligheid-inschatten, SAM-WER-meedenken en VPKG-ervaring (2x). Onder deze vijf codes zijn verreweg de meeste citaten gescoord. Zij vormen daarmee de ruggengraat van dit semantische model.



Figuur 3. Semantisch model Verpleegkundige omgang met de suïcidale patiënt.

(In kleur zijn de groepen weergegeven, de tekst daarin verwijst naar een specifieke code.

De relaties tussen de codes wordt weergegeven door pijlen met bijbehorende tekst.)

Contact

Alle respondenten vinden contact met de suïcidale patiënt het allerbelangrijkste. Om een goed contact tot stand te brengen hebben de respondenten een aantal methoden.

Het begrip tonen aan de patiënt (code: CONTACT-begrip), voor zijn situatie en de wanhoop, is een belangrijk middel om het contact te verdiepen. Alle vijf respondenten sluiten aan bij de patiënt, zijn verhaal, zijn situatie en hoe de patiënt op dat moment erbij zit.

Citaat 26.1²: “ja contact maken, contact maken over hun wanhoop, daar gaat het met name over denk ik. Dat je het ziet, dat je het erkent, en dat je het daar gewoon over hebt.”

De patiënt kan zich uiteten en zich gehoord en begrepen voelen. Voor alle respondenten is het vanzelfsprekend dat de patiënt dan ook (de loop van) het gesprek bepaalt (code: CONTACT-patiënt bepaalt).

Citaat 22.8: “.... dat iemand zelf gaat vertellen waarom hij hier eigenlijk zit. Meestal begint, dat is een beetje wisselend natuurlijk, maar heel vaak beginnen mensen te vertellen met wat voor hun het belangrijkste is, wat het meest voorop staat. En daar probeer ik dan op in te steken. En vandaaruit kom je op een bepaald moment ook uit op het suïcidestuk, soms kan het wat meer in het begin van het gesprek zijn, soms is het ook later in het gesprek. En dat hangt er ook vanaf hoe het gesprek loopt....”

Het is belangrijk voor alle vijf de respondenten dat er vertrouwen ontstaat in het contact (code: CONTACT-vertrouwen). Dit vertrouwen is nodig om betrouwbare afspraken te kunnen maken over veiligheid. Belangrijk hierbij is dat het contact congruent is (code: CONTACT-congruent). De verbale en non-verbale informatie, de inhoud van de informatie en ook informatie verkregen van de familie moet met elkaar kloppend zijn en mag elkaar niet tegenspreken. Daardoor krijgen de respondenten vertrouwen in het contact met de patiënt. Dan wordt een basis gelegd om afspraken over veiligheid te kunnen maken (code: RIS-TAXS-veiligheid inschatten). Er moet wederkerigheid in het gesprek zitten, de patiënt moet ook iets van de respondent kunnen vinden.

Citaat 22.21: “.... ik denk dat je wel heel veel dingen in de training leert zeg maar dat je dat kan gebruiken. Maar wat uiteindelijk het laatste stukje is waarom je het wel of niet vertrouwd, ja dat is inderdaad wel lastig. Ja.....Ik denk dat er ook wel een stukje gevoel bij is dat het klopt wat iemand zegt. Daar een soort van vertrouwen, dat je ook het idee hebt dat het congruent is met elkaar met wat iemand zegt, wat hij doet en hoe hij zich gedraagt. Dat het congruent is met elkaar, ja.”

Een andere belangrijk aspect van vertrouwen is of het contact zich verdiept (code: CONTACT-vertrouwen). Het contact verdiept zich niet altijd. Dit kan allerlei oorzaken hebben afhankelijk van het psychiatrisch beeld. Het niet tot stand komen en/of het zich niet verdiepen van het contact is voor de respondenten een alarm signaal. Hierdoor ontstaat twijfel, ook wel een onderbuik of niet-pluis-gevoel genoemd. Er is met name twijfel over de mogelijkheid betrouwbare afspraken te maken met de patiënt (code: RIS-TAX-veiligheid-inschatten).

Citaat 24.33+34: “....contact wel maar geen verdieping. Wel de vragen over informatie over hoe wat. En toch daarnaast het gevoel, het onderbuikgevoel, hij vertelt niet alles. Hij maakt afspraken maar het is niet concreet, het is niet reëel.....er waren wel duidelijke afspraken

² De getallen bij de codes verwijzen naar de registratie van documenten en citaten in Atlas Ti8. De spreektaal van de citaten is soms aangepast voor de leesbaarheid. De inhoud van het citaat is hierbij bewaard gebleven.

hierover te maken, maar toch alsnog merk je het is een afspraak van ja ja, ik doe het, maar toch door de intonatie, door zijn houding, hoe hij uit zijn ogen keek enzovoort, lijkt het alsof hij zegt gewoon ja ja."

Citaat 23.104: "Dan merk ik of er wel of geen contact is zeg maar.... Ik heb heel veel mensen in mijn caseload met persoonlijkheidsproblematiek, en heel veel met getraumatiseerde jeugd en hechtingsproblematiek. Dat houd ik natuurlijk altijd in mijn achterhoofd, dat mensen daardoor het contact, dat beïnvloedt het contact."

Alle respondenten maken contact op hun eigen persoonlijke manier. De manier waarop dit contact tot stand komt is afhankelijk van de persoonlijke ervaring, kennis en vertrouwen, van de individuele respondent.

Citaat 26.93: "nee de manier waarop ik contact maak is niet heel erg verschillend. Maar soms moet je het contact met mensen die toch een echt een as 1 stoornis hebben, een vitaal beeld bijvoorbeeld, moet je toch op een andere manier wel in het contact staan en daar wat meer sturend in zijn, wat meer voegend in zijn. Hoe je dat nou precies doet dat weet ik niet maar dat is ook iets wat ik, een beetje fingerspitzengefühl, denk ik ook wel."

De vijf respondenten hebben eigen gewoontes om op terug te vallen in het contact. Twee respondenten doen dit door duiding aan te brengen in het gesprek. Door de problematiek van de patiënt te duiden, 'dat en dat is er nu met u aan de hand en daarom komt het dat u vastloopt of in de entrapment bent geraakt', wordt helderheid aangebracht en laat de verpleegkundige zien dat de patiënt begrepen wordt en iets voor de patiënt kan betekenen. Eén respondent doet dit door voorlichting te geven. Door uitleg te geven over de psychiatrische diagnose of suïcidaal gedrag, en het normaliseren daarvan, wordt de crisis en wanhoop van de patiënt in een kader geplaatst waardoor er meer begrip over de eigen situatie ontstaat.

Citaat 25.4+32: "kijk, iemand komt er zelf niet uit, en voordat iemand de deur uit gaat wil ik wel dat die gevoel heeft van wat is nu de reden dat ik er niet meer uit kom en is er nog hoop, is er iets van een idee waardoor die spanning, die stress bij mij, waardoor ik zo vastloop, een beetje afgenomen kan worden. En dat vind ik bij uitstek de crisis interventie, je hoeft niet zoveel te doen maar mensen moeten het gevoel hebben van o nu snap ik een beetje waarom ik vastloopt of hier zit iemand die mij begrijpt waarom ik vastloop. Dat er een soort houvast komt."

Kwetsbaarheid-stress (groep: KS-MODEL)

Alle vijf respondenten gebruiken het kwetsbaarheid stress model voor het uitvragen van risico- en beschermende factoren. Voorwaarde om goede informatie te verkrijgen, die past in het kwetsbaarheid-stress model, is een goed contact.

Drie elementen uit het kwetsbaarheid-stress model komen sterk naar voren uit de interviews: beschermende factoren, perspectief en entrapment. Er is een duidelijke inspanning in het contact gericht op het creëren van perspectief en veiligheid (code: KS-MODEL-perspectief). Het KS-model wordt geïntegreerd in het handelen en de overwegingen van de respondenten. Ze gebruiken geen afvinklijstjes maar maken in hun hoofd de overweging of er genoeg informatie is verzameld voor het maken van de risico taxatie.

Citaat 26.96: "Het belangrijkste in suïcide preventie is dat je met mensen ook gaat zoeken naar hoop, sprankjes hoop, dat je je daar op kan richten. En als je contact kunt maken over die wanhoop kun je ook naar die hoop gaan zoeken samen."

Citaat 25.13: "Waar wij altijd op letten bij de crisisdienst in hoeverre is iemand daarmee bezig, en je vraagt door van hoe zit het, zijn het gedachten, heb je plannen, zijn er risicofactoren, is het de tweede keer in drie maanden tijd, of is het lang geleden geweest, dat soort dingen. Dus je gaat wel ook weer zo'n soort checklist af, die zit ook wel in je hoofd"

Citaat 23.3: “dat is omdat ik weet bij psychiatrische klachten of bij angst dat het dermate overweldigend kan zijn in je leven waardoor het gevaar bestaat dat je entrapmt raakt, dat je geen uitweg meer ziet. Ik wil weten hoe het daarmee staat. Dat ik dat weet dat het een gevaar is wat kan ontstaan..... Ja, dat model zit wel, dat kan ik altijd zo voor me toveren zeg maar. Dus als ik het uitvraag dan vraag ik het niet..... Kijk ik ben ook niet iemand die intakes doet volgens een vast stramien....,”

Wanneer de patiënt in de fase van entrapment zit wordt actief gezocht naar mogelijkheden de veiligheid te waarborgen (code: KS-MODEL-entrapment). Alle vijf respondenten zoeken nadrukkelijk naar het vergroten van de eigen regie van de patiënt afhankelijk van de psychiatrische diagnose (code: KS-MODEL-diagnose). Door ervaring weten de respondenten dat bij psychiatrische klachten, met name angst, entrapment overweldigend kan zijn. Alle vijf de respondenten geven aan dat de psychiatrische diagnose, of het vermoeden daarvan, in grote mate het contact en de gespreks-strategie van de verpleegkundige bepaalt. Bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek wordt suïcidaal gedrag eerder gelabeld als chronisch en wordt ingezet op (bewustwording van) beschermende factoren en het focussen op de eigen regie. Bij patiënten met ernstige depressies en/of psychosen neemt de verpleegkundige meer de regie door meer gesloten en korte duidelijke vragen te stellen.

Wanneer het niet lukt om perspectief te creëren dan speelt dit een zware rol bij de risico taxatie.

Citaat 23.101: “Gelukkig zitten wij hier tegenover elkaar, dat is een zin die ik vaak gebruik, en dat ben ik blij om, wat maakt nu dat jij dat tot nu toe nog niet hebt gedaan. Nou en dan komen de beschermende factoren. Dat zijn mijn kinderen, mijn werk, mijn partner, hond, nou ja dat soort dingen.”

Door de ervaren respondenten wordt de richtlijn soms bewust los gelaten omdat het contact/gesprek zoveel oproept dat een goede risico taxatie en informatie verzameling niet kan plaatsvinden. Er wordt dan eerst geïnvesteerd in herstel van het contact, ook wanneer dat betekent dat niet alle informatie verzameld kan worden.

De minder ervaren respondenten vallen bij twijfel terug op de MDR en zorgen dat ze op basis daarvan voldoende informatie hebben om een risicotaxatie te maken.

Citaat 25.04: “dan kun je het ook loslaten, in de zin van, dat is dan misschien ook ervaring, laat ik het gewoon bewust liggen; ik ga met jou niet verder op suïcide want op het moment dat ik dat nu ga doen, en op dit moment, en dat staat niet volgens de richtlijnen....want dat moet je uitvragen, ik laat de controle nu even los, want er gebeurt iets anders in het gesprek, in het contact waardoor ik de richtlijnen bewust even buiten spel zet.”

CASE-methodiek (groep: CASE)

De vijf respondenten zijn bekend met de CASE methodiek maar gebruiken de methodiek niet altijd zoals is voorgeschreven. De vier chronologische stappen in dit model worden vaak door elkaar gebruikt omdat het contact met de patiënt nu eenmaal zo verloopt en dat een hogere prioriteit heeft voor de respondenten.

Citaat 22.57: “Ik gebruik dat niet echt in een bepaalde volgorde zeg maar. Het is gewoon een beetje hoe het gesprek loopt. En dan haal ik er elementen uit. Het is niet dat ik precies op die volgorde die dingen ga doen.”

Alle vijf respondenten vragen in het eerste contact altijd naar het actuele suïcidale gedrag van de patiënt. De respondenten ervaren hierin geen belemmeringen om dat te doen. In het verleden was dat wel het geval toen zij dachten dat door met de patiënt daarover te spreken de suïcidaliteit zou toenemen. Door studie en ervaring zijn zij nu overtuigd van het

tegenovergestelde. In vervolgcontacten is er altijd aandacht voor suïcidaliteit, niet in de zin dat alles opnieuw wordt uitgevraagd, maar op basis van bestaande kennis over de patiënt wordt stilgestaan bij signalen en terugval.

Citaat 26.87: “En dat je het niet omzeild. In het verleden was het heel vaak zo, want ik zit best lang in dit vak, van suïcide dat was iets waar je beter maar niet over kon praten. Suïcidegevoel, gevoelens die mensen hadden, gedachten, mogelijk plannen. Maar ik denk dat het juist heel goed is om daar contact over te maken.”

Alle vijf respondenten zijn voortdurend op zoek naar mogelijkheden om de patiënt te helpen uit de entrapment of crisis te geraken. De respondenten zoeken in het contact, na het geven van erkenning en het benoemen van de wanhoop, met de patiënt actief naar perspectief (code: KS-MODEL-perspectief). Dit komt overeen met de laatste stap in de CASE-methodiek. De respondenten creëren hoop en houvast door het maken van (vervolg) afspraken. Wat opviel was dat de meer ervaren verpleegkundigen wel de methode gebruiken maar niet de termen benoemen van de CASE-methodiek.

Familie (groep: FAMILIE)

De respondenten betrekken de familie of het netwerk van de patiënt vooral bij het verhogen van de veiligheid van de patiënt en het verkrijgen van informatie.

De familie wordt in alle gevallen, wanneer mogelijk en de patiënt dat ook wil, actief betrokken vanuit de visie dat herstel het beste kan plaatsvinden in de eigen omgeving. Wanneer de patiënt alleen komt wordt dit als dilemma ervaren en de patiënt wordt gevraagd bij een volgende afspraak familie mee te nemen.

De kennis van het systeem wordt ingezet om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Het geeft extra informatie en indien het verhaal of de informatie congruent is aan dat van de patiënt geeft het de verpleegkundige vertrouwen in patiënt en systeem. Er wordt gekeken samen met de patiënt wie ingezet kan worden om de veiligheid te vergroten, het liefst in zo concreet mogelijke afspraken.

Citaat 23.75: “Maar heel vaak is het gewoon zo, in een crisis, wanneer mensen niet om de haverklap in een crisis zijn, dat partners, zussen, broers, ouders enorm bereid zijn bij hun geliefde te blijven en om die zorg te bieden. En waar kun je nu beter herstellen dan bij je eigen mensen die van je houden?”

De respondenten zijn zich bewust dat de familie en netwerk mogelijk niet in staat zijn de benodigde ondersteuning en veiligheid te bieden. De familie kan overbelast zijn of ook in eenzelfde entrapment zitten aangaande de problematiek van de patiënt.

Risico taxatie

Van de groep RIS-TAX is het inschatten van de veiligheid de meest gescoorde activiteit van de vijf respondenten. Het inschatten van veiligheid wordt gedaan aan de hand van de factoren in het kwetsbaarheid-stress model. De vijf respondenten hebben deze kennis paraat in hun achterhoofd als een soort checklist. Waardoor ze tijdens het gesprek een snelle analyse kunnen maken van de beschermde factoren en risico factoren, en de gevolgen daarvan voor de veiligheid van de patiënt.

Citaat 26.91.: “De veiligheids- en risicotaxatie doe je altijd heel snel in je hoofd en in de crisisdienst ook, het is iets dat gebeurt gewoon vanzelf, als je jaren dat werk doet maak je heel snel in je hoofd zo’n taxatie.”

Het afwegen van risicofactoren is een samenspel van informatie, waarvan het belang wetenschappelijk is aangetoond (groep: KS-MODEL), en informatie die gekleurd wordt door persoonlijke ervaring en kennis (code: VPKG-persoonlijke ervaring).

Citaat 26.116: "Het is niet erg dat je een soort rijtje van taxatie in je hoofd hebt of gebruikt, maar je moet de mens nog wel zien, de patiënt wel zien. Die klinische blik vind ik het allerbelangrijkste.....Niet alleen je contact want de afweging die je daarin professioneel maakt, naast het rijtje: Wat zie ik nu daadwerkelijk? Je kunt wel gaan afvinken maar wat zie je nu daadwerkelijk? Daar gaat het om. Dat kun je wel integreren maar soms denk ik dat het gevaar bestaat van nou we hebben ons taxatie afgewerkt, het staat in het dossier, dus we zijn veilig. Patiënt dood, maar we hebben het gedaan."

Citaat 22.41: "Nee het is meer, ik hoor jou zeggen wat doe je dan met wat je hebt geleerd en de dingen die je navraagt en de keuze wat je er dan mee doet. Ik gebruik het denk ik om een beeld voor mezelf te maken en ik hou er rekening mee dat die dingen zorgen voor extra kans op suïcidaliteit in die zin weeg ik die dingen mee."

De respondenten noemen het niet-pluis-gevoel of een onderbuik gevoel als de afweging tussen wetenschappelijke kennis en ervaring, toegepast op de concrete situatie met een patiënt, niet overeen komen. Elke respondent legt net even iets andere accenten in de weging van factoren. Voorbeelden daarvan zijn de mate van contact hebben, het congruent zijn van alle signalen en informatie, het toestandsbeeld en/of psychiatrische diagnose, wilsbekwaamheid, mogelijkheden tot (betrouwbare) afspraken maken, inzetten van familie, duiding van wat je observeert (de klinische blik).

Citaat 25.17: "wat ik altijd doe is dat je bouwt wel een soort veiligheidskleppen in, als je iemand laat gaan dan zeg je ik bel je morgen even. Op een geven met leer je ook wel mensen kennen van kan ik een afspraak met je maken."

Citaat 22.44: "Maar wat is dan het pluis of niet pluis gevoel? Ja de dingen samen en toch het stuk dat het congruent is aan elkaar. Het is wel lastig om te benoemen het is inderdaad het laatste stukje dat je zegt van laat ik iemand gaan of niet. Het is toch een beetje samen denk ik."

Citaat 23.124: "Nou de mate waarin ik afspraken kan maken met iemand en de mate waarin dat ook vertrouwen die afspraken dat is voor mij belangrijk. Een risicofactor is bijvoorbeeld suïcide in de naaste omgeving. Als je die hebt en je hebt somberheid en je hebt drugs en alcohol en je hebt een slechte jeugd, een heleboel risicofactoren, maar iemand is wel gemotiveerd om een behandeling aan te gaan en zegt goh ik ga dit een kans geven. Ja dan gaan we dat doen, die gaan we dan natuurlijk niet opnemen zeg maar. Dus zo maak je die afweging."

Bij de member checking met de focus groep werd duidelijk dat in het spraakgebruik onzorgvuldig wordt omgegaan met het woord toestandsbeeld en verschillende psychiatrische diagnoses. In eerste instantie ontstond de indruk bij de onderzoekers dat de respondenten een scherp onderscheid maakten tussen patiënten met persoonlijkheidsproblematiek aan de ene kant en patiënten met psychosen en psychotische depressies aan de andere kant. Deze groepen werden verschillend benaderd in het contact en ook verschillend beoordeeld in de risico taxatie. Bij de eerste groep zou worden ingestoken op de eigen regie en bij de tweede groep zou een opname wenselijk zijn. Door de focus groep werd dit beeld genuanceerd: onder 'toestandsbeeld' wordt een problematisch gedrag bedoeld van een patiënt met een psychiatrische diagnose. Alle psychiatrische diagnoses kunnen bijdragen aan een crisissituatie en worden daarom allemaal even serieus benaderd.

Samenwerking

Alle vijf respondenten doen de risico taxatie altijd samen met een collega en het is een gedeelde verantwoordelijkheid met de psychiater. Het meedenken of een collega om consult vragen, wordt het meest gescoord in de interviews. De respondenten doen dit door te sparren, evalueren, reflecteren en kritische vragen stellen. Met name in het eerste gesprek met de

patiënt is het nodig dat iemand meekijkt, meedenkt en kritische vragen stelt, om het eventuele niet-pluis-gevoel te objectiveren. Samen een afweging maken maakt beslissingen nemen makkelijker. Indien de respondenten twijfelen gaat dit met name over de veiligheid in combinatie met de mogelijkheden van de patiënt om de eigen regie te voeren. De geconsulteerde collega is hierbij een belangrijk klankbord.

Citaat 23.107+108: "Nou ja, als ik geen contact heb met iemand dan ga ik sowieso me even terugtrekken uit het contact, dan ga ik er even over nadenken, dan ga ik dat overleggen met een dokter natuurlijk. En dan ga ik mijn zorgen delen op basis van wat ik heb gezien en zeggen 'ja die mevrouw kan zeggen "ik doe het niet"....."

Citaat 22.39: "Ik denk dat mijn overdracht naar de psychiater heel erg belangrijk is. Op het moment dat ik mijn zorg heb over de suïcidaliteit dat ik dat duidelijk benoem. Dat dat belangrijk is. Dus mijn overdracht en dat ze daarin met mij meedenkt vind ik heel belangrijk."

Citaat 25.20: "Je doet het nooit alleen, en dat staat in het protocol, je checkt het ook bij de collega's af, heb ik dingen gezien heb ik dingen over het hoofd gezien of heb ik dingen gemist. En als je gewoon na bespreekt dan hoor je ook vaak heb je dat wel gevraagd, o shit, helemaal vergeten. Ja ook dat gebeurt."

De vijf respondenten geven aan dat dit ook iets in zich heeft van indekken, uiteindelijk is de psychiater eindverantwoordelijk.

Citaat 26.43 : "Gelukkig zit ik in een luxe positie, uiteindelijk beslist de psychiater, zij zijn medisch verantwoordelijk. Daar kan ik het bespreken en kan ik het neerleggen"

Mondelinge overdracht en rapportage is een middel om continuïteit van zorg en samenwerking te waarborgen. Continuïteit van zorg is onderbelicht gebleven in het onderzoek. In het derde interview werd dit onderwerp voor het eerst benoemd en legde de respondent het accent op mondelinge overdracht bij vervolgbehandeling en een goede rapportage. Anderen gaven aan dat in een goede rapportage de dynamiek tussen patiënt en de verpleegkundige beschreven wordt en de twijfels en gemaakte keuzes bij de risico taxatie worden benoemd. Dit wordt als lastig ervaren om goed te omschrijven.

Verpleegkundige

Het aspect 'ervaring' werd het meest gescoord in de groep van de verpleegkundigen. Dit komt mede door de vele praktijkvoorbeelden die in de interviews werden aangehaald. Het aspect ervaring werd opgedeeld in 'kennis' en 'vertrouwen'. Het vertrouwen in eigen handelen en gevoel groeit naar mate er meer praktijk uren worden gewerkt.

Citaat 23.29+30+32: "Ervaring is wel belangrijk ja. Maar dat garandeert ook helemaal niks. Maar misschien dat je wel meer op jezelf leert vertrouwen. Dat je op een bepaald moment wel, dat mensen naar huis gaan en dat je meer bij jezelf ook denkt nou dit is wel oké. Ik denk dat ik toen ik hier nog net werkte dat ik nog vaker naar huis ging dat ik dacht: mijn God als ik maar de goeie beoordeling heb gedaan, ja. En dat heb ik nu minder.ik denk dat dingen uit vragen en toch ook wel hoe uiteindelijk iemand hier weggaat, dat je zelf het idee hebt dat je goede afspraken gemaakt, dat je dingen goed hebt ingedekt. Dat mensen weten wanneer het niet goed gaat dat ze terug kunnen vallen, dat ze ons kunnen bellen, 24 uur per dag dat soort dingen. Ja dat maakt ook dat ik met een gerust gevoel iemand kan laten gaan."

Citaat 23.61: "ik weet veel beter, kan veel beter inschatten...hoe.. het contact voelt. Dat is het eigenlijk. Ik voel het. Ik zit er nooit mee mis. Ik heb dat wel geleerd zeg maar, dat ik daar goed in ben en daar heb ik wel wat zelfvertrouwen in gekregen."

Citaat 26.87: "In het verleden was het vaak zo van suïcide is iets waar je het beter niet over kunt hebben. Maar ik denk dat het juist heel goed is daar contact over te hebben."

Kennis is bij de respondenten opgedaan door studie aangeboden in de vorm van opleidingen en cursussen maar ook door zelfstudie. Vier respondenten hebben de basis cursus suïcide preventie gevolgd maar kunnen zich niet goed herinneren wat ze daar aan kennis hebben opgedaan. Een respondent heeft bewust de basistraining niet gevolgd, maar geeft zelf trainingen in suïcide preventie. De bestaande praktijk van suïcide preventie was voor alle respondenten een stimulans om kennis te vergaren.

De huidige richtlijn wordt door de ervaren respondenten beschouwd als aansluitend en aanvullend aan de eigen opgedane kennis en ervaring. De ervaren respondenten constateerden dat toen de richtlijn bekend werd ze 'het al zo deden' en beschouwen de richtlijnen als wetenschappelijke ondersteuning/ informatie die hun bestaande kennis bevestigde.

Met de ervaring lijkt de integratie van kennis in het handelen zich te ontwikkelen. Bewust handelen wordt onbewust handelen en automatismen ontwikkelen zich. Door de kennis over suïcide preventie heeft de respondent meer vertrouwen in het eigen handelen.

Citaat 24.17: "...door te begrijpen dat het hier over hebben niks mis mee is. En ik denk dat ervaring, ervaring om er tegen te kunnen, tegen dit soort gesprekken, zelf meer gereedschap heb om er mee om te gaan. Toen ik begon als verpleegkundige, ja, persoonlijkheidsproblematiek was een moeilijke groep, ik vond het spannend en ik vond altijd... liever vriendjes zijn en geen vervelende patiënten hebben in mijn dienst. Maar dat was een tekort aan gereedschap, kennis, aan ervaring, nu merk ik dat er steeds meer is bijgekomen."

Een ervaren respondent gaf aan soms een suïcide preventie app, gebaseerd op de MDR, te raadplegen om zeker te zijn dat er niets vergeten wordt. Met name de ervaren respondenten benadrukken het blijven qua kennis (ontwikkeling) en het elkaar scherphouden door regelmatige trainingen en evaluaties.

Citaat 26.26: "...het is ook goed om daar heel regelmatig bij stil te staan, van hé doe ik het nog op de goede manier en er met collega's over te hebben. Hier bij ons team doen we ook elk jaar volgens mij de suïcidepreventie training. Dat hebben we in december weer met elkaar als team, die follow up training, dat is heel goed het is heel belangrijk dat je dat met elkaar zo bijhoudt, om elkaar alert te houden en om ontwikkelingen bij te houden. Maar heel bewust, nee, bewust onbewust denk ik, op die manier een beetje denk ik."

De minder ervaren respondenten vallen eerder terug op de richtlijn suïcide preventie. Het coachen van elkaar wordt als belangrijk gezien. Minder ervaren collega's leren van de meer ervaren door mee te kijken, samen te werken, evalueren en reflecteren.

Citaat 23.14: "Ik ben goed gecoacht. Ik heb geluk gehad dat ik mijn opleiding heb mogen doen in de acute zorg en daarom dagelijks ermee te maken heb. Ik ben gecoacht door mee te kijken, gesprekken erover voeren en er niet alleen mee in voelen staan en vragen stellen"

Citaat 24.24: "ja zeker. Niet zozeer door een klinische les te volgen of zo maar meer te zien hoe zij (= collega's) het doen, het erover hebben en ook vragen van hé waarom vraag je dat en niet dit en niet dat?"

De respondenten zijn zich allen bewust van de risico's en stellen dat ze nooit 100% zeker kunnen zijn van een juiste risico taxatie. Allen hebben indrukmakende ervaringen met geslaagde suïcides meegemaakt die hun handelen en opvattingen kleuren. Ondanks die ervaringen spreken alle respondenten hun vertrouwen uit in hun eigen gevoel of intuïtie aangaande de inschatting van de veiligheid van een patiënt. Zij zullen bij twijfel nooit alleen

een beslissing nemen over de veiligheid maar altijd een collega consulteren om te controleren of zij iets gemist hebben en de situatie juist hebben ingeschat.

Citaat 25.26: “en hoe komt het dat ik bij de ene denk ik doe het alleen, en bij de ander haal ik er iemand bij?.....dat is of je er zelf een goed gevoel bij hebt, dat is iets van intuïtie, van ervaring. Want anders doe je het niet. Als ik er wel een goed gevoel bij hebt laat ik het lopen.”

Men heeft begrip voor de doodswensen ten gevolge van (langdurig) lijden en ook voor de suicide zelf. Alle respondenten vinden dat voorkomen moet worden dat iemand in een impuls of vanuit een situatie van grote wanhoop en verdriet een einde aan het leven maakt. Er bestaat de overtuiging dat daarvoor een behandeling beschikbaar is.

Citaat 26.36: “Zie je steeds verder door die terugkomende psychoses terugvallen, ook cognitief aftakelt. Ja kan me voorstellen soms dat je denkt ik kan er niet mee leven, ik wil niet mee leven en dat dat uiteindelijk wel een keuze kan zijn voor mensen. En ook daarover moet je wel proberen in contact te komen.”

Citaat 23.48-50: “ik vind dat mensen het niet moeten doen. Omdat ik heel vaak denk, nou, er zijn heel vaak situaties geweest waarvan ik dacht ik snap het wel. Maar in het gros van de situaties, is gelukkig, zie ik dat mensen heel diep zitten, forse klachten hebben maar dat iemand bijvoorbeeld nog nooit behandeling heeft gehad. En dat er dus nog heel veel perspectief is. En dat hou ik iemand dan ook voor, jij ziet het niet maar ik weet vanuit mijn professionaliteit er is perspectief. En het is logisch dat jij dit nu niet ziet wat de klachten zijn overweldigend.”

Met name patiënten met persoonlijkheidsproblematiek worden als gecompliceerd beschouwd omdat het moeilijk is de juiste benadering te vinden in het contact en omdat men van mening is dat de eigen regie voor deze patiënten uiterst belangrijk is in de behandeling. De keuzes die in het beleid gemaakt worden kunnen daardoor soms erg risicovol zijn. Het kennis hebben van persoonlijkheidsproblematiek en ervaring hoe hiermee om te gaan wordt benoemd als “fingerspitzengefühl” en is een belangrijke vaardigheid in het beoordelen van suïcidaal gedrag.

Citaat 22.50: “En ondanks dat iemand dan nog zoveel persoonlijkheidsproblematiek kan hebben, ze heel erg gekke dingen doen, maar ik zou niet graag iemand vanuit de crisisdienst naar huis sturen waarbij ik een verwachting heb dat iemand dat zou kunnen doen. Ja, soms loop je een bepaald risico en laat je iemand gaan maar als ik echt denk dit is gewoon niet vertrouwd dan zou ik iemand niet laten gaan. Kan ik niet denken iemand moet ook een eigen stukje verantwoordelijkheid nemen of wat dan ook. Dan zou iemand niet kunnen laten gaan, nee. Dat vind ik wel heel lastige dingen.”

Indrukmakende persoonlijke ervaringen kleuren de benadering en redeneren van de respondenten waardoor in het contact met de patiënt en bij de risico-taxatie verschillende accenten worden gelegd. [Wanneer dat contact ontbreekt is dit voor alle respondenten reden om het suïcide risico als hoog in te schatten.](#)

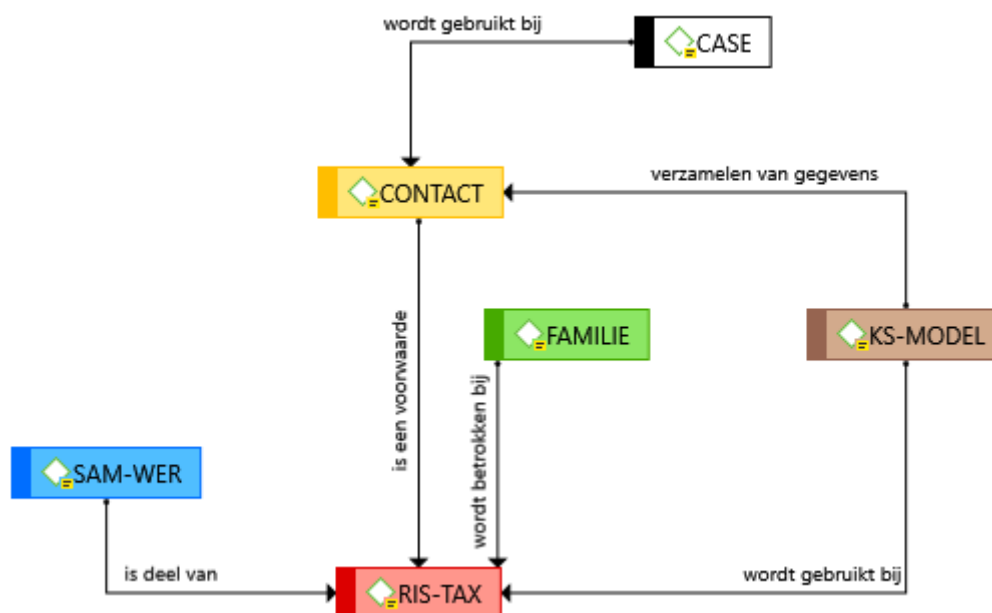
Hoofdstuk 6 Discussie

6.1 Basistraining en MDR

De multidisciplinaire richtlijn suicide preventie (MDR) beschrijft de theoretische grondslag voor het onderzoeken van een patiënt met suïcidaal gedrag. In de basistraining is met de toepassing hiervan geoefend.

Het onderzoek geeft diepgaande informatie over de hoe de MDR wordt toegepast door de vijf respondenten bij de benadering van de suïcidale patiënt die een beroep doet op de acute zorg van Lentis. Het laat zien dat de respondenten de focus voornamelijk hebben gericht op hoe het contact tot stand komt bij de patiënt. Wellicht heeft het ermee te maken dat de interviews zijn begonnen met het stellen van de deelvraag “wat vind je belangrijk in het contact met suïcidale patiënten?” Begrip tonen is de basis om het contact tot stand te laten komen. Vertrouwen en diepgang zijn belangrijke aspecten in het contact om een juiste risicotaxatie te maken en tot betrouwbare afspraken te komen.

In figuur 5 wordt een model van de MDR getoond dat ontworpen is door de onderzoekers met gebruik van de termen en groepen uit het onderzoek. Als basis is gebruikt de samenvatting van de MDR zoals beschreven in paragraaf 3.1. Dit model is vergelijkbaar met het model dat gebaseerd is op de resultaten van dit onderzoek (zie figuur 4).



Figuur 5. De MDR weergegeven als een semantisch model met gebruik van de kleuren en groepen gedefinieerd in dit onderzoek.³

Contact maken, analyseren van suïcidaal gedrag aan de hand van de case-methodiek, gegevens verzamelen met behulp van het kwetsbaarheid-stress model, risicotaxatie inclusief het maken van een veiligheidsplan vormen belangrijke basisvaardigheden waar verpleegkundigen aan moeten voldoen. Van de drie basisprincipes van de MDR, samenwerken, continuïteit van zorg en rapportage, kwam alleen samenwerken als belangrijk thema naar voren uit de interviews. Daarom is samenwerken in beide modellen opgenomen.

³ Belangrijke elementen uit de MDR zoals 'rapportage' en 'continuïteit van zorg' zijn niet in dit model meegenomen omdat deze buiten het bereik van dit onderzoek vielen.

Wat in model 5 niet is opgenomen is continuïteit van zorg en rapportage. Dit kan te maken hebben dat deze niet op de topic-lijst stonden. De onderzoekers hebben alleen de basisvaardigheden zoals gesteld in het MDR meegenomen in de topic-lijst.

De MDR onderschrijft het belang van een goed contact met de suïcidale patiënt. Dit wordt bevestigd door de resultaten van het onderzoek. De eerste drie belemmeringen van verpleegkundigen beschreven in paragraaf 1.5 door Luyn (2016) worden door de respondenten wel herkend maar niet zo ervaren. Toen zij nog onervaren waren was er wel degelijk sprake van angst om suïcidaal gedrag te versterken door ernaar te vragen. Geen enkele respondent heeft de inspectie genoemd. Wel stellen ze dat in ingewikkelde casussen met twijfel over de veiligheid ze blij zijn niet de eindverantwoordelijkheid te dragen. Deze verantwoordelijkheid om een definitieve beslissing te nemen ligt duidelijk bij de psychiater. Uit de persoonlijke ervaringen kwamen verhalen naar voren die duidelijk maken hoe moeilijk het soms kan zijn om contact te maken met een suïcidale patiënt. Alle respondenten hebben duidelijk geïnvesteerd in hun vaardigheden om contact te maken en hebben daarmee een op ervaring gestoelde invulling gegeven van het belang van contact. Dit komt overeen met de door Luyn (2016) geformuleerde vaardigheden van verpleegkundigen: het tonen van empathie voor de gevoelens van de patiënt, niet (ver)oordelen, pijn en wanhoop erkennen, deskundigheid uitstralen en duidelijk zijn naar de patiënt over de eigen rol en werkwijze

Volgens de MDR wordt suïcidaliteit beoordeeld aan de hand van een structuurdiagnose met gebruik van termen uit het kwetsbaarheid-stress model. De respondenten benoemen niet expliciet de structuurdiagnose maar maken gebruik van elementen hieruit. Dit zijn de beschermende factoren, risicofactoren en de mate van entrapment waar de respondenten informatie over verzamelen en dat objectiveren. Een ervaren respondent noemt dat de klinische blik moet worden gebruikt om te kunnen objectiveren. Opvallend is dat de vele elementen in het kwetsbaarheid-stress model door de vijf respondenten teruggebracht worden tot twee belangrijke principes: beschermende factoren en risicofactoren. De MDR geeft aan welke risicofactoren verhogend werken om verder in entrapment te geraken en uit het onderzoek komt naar voren dat de vijf respondenten hiervan op de hoogte zijn.

Het onderzoek laat zien dat de respondenten de CASE-methodiek als gespreksmodel beheersen maar de structuur ondergeschikt maken omdat het behouden en verdiepen van contact belangrijker is. De laatste stap in het CASE-methodiek is het zoeken naar verwachtingen van de toekomst van de patiënt. Alle vijf respondenten leggen sterk de nadruk op het zoeken naar perspectief samen met de patiënt. Dit kan verklaard worden omdat de suïcidale patiënt bij voorkeur weer naar zijn eigen omgeving terugkeert na het gesprek en die beschermende factoren en perspectief zijn dan hard nodig om te voorkomen dat de patiënt verder in de fase van entrapment terecht komt. De respondenten voegen hier nog een element aan toe gevormd door de opgedane ervaringskennis. Zij gebruiken perspectief en entrapment juist om het contact met de suïcidale patiënt te verbeteren.

Het maken van een risico taxatie is een mentaal proces waarbij altijd een collega, meestal de psychiater, wordt gevraagd om mee te denken. De MDR geeft hiervoor geen advies, wel wordt gesteld dat er een gedetailleerde rapportage moet plaatsvinden van de risicotaxatie. Slechts één respondent noemde dit als belangrijk.

De vijf respondenten gebruiken het netwerk als een bron van informatie en betrekken het netwerk bij het contact met de patiënt. De afspraken die gemaakt worden met het netwerk en de patiënt kunnen worden beschouwd als een vorm van een veiligheidsplan zoals benoemd in de MDR.

De minder ervaren respondenten vielen makkelijker terug op de MDR dan de meer ervaren respondenten. De minder ervaren respondenten zijn relatief kort geleden afgestudeerd op Hbo-niveau en hebben op de opleiding leren werken met geldende richtlijnen. De MDR bestond nog niet toen de ervaren verpleegkundigen al werkten met suïcidale patiënten. De

introductie van de MDR is door hun positief ontvangen omdat zij bevestigd werden in hun manier van werken en opvattingen. De ervaren verpleegkundigen benadrukten het belang van reflectie en evaluatie aan de hand van de MDR.

Een opvallende opbrengst van dit onderzoek is dat de verpleegkundigen aangaven even weer stil te staan bij de MDR en hoe ze deze toepassen in de praktijk. Het interview werd ervaren als een soort van intervisie.

6.2 Literatuurstudie

Uit de literatuurstudie die voorafgegaan is aan het onderzoek zijn vijf thema's gekomen: contact, inschatten van gevaar, consult vragen, intuïtie of ervaringskennis en wetenschappelijke kennis. Dit zijn belangrijk thema's voor verpleegkundigen in de omgang met suïcidale patiënten. Het belang van deze thema's wordt ook bevestigd door de resultaten van het onderzoek. De relaties tussen deze thema's worden in het onderzoek wel beschreven wat niet heeft plaatsgevonden in de bestudeerde literatuur.

In het onderzoek staat het contact met de patiënt in de benadering centraal en is consistent met wat in de literatuur is gevonden. In dat contact wordt het begrijpen van de patiënt en zijn situatie als een prioriteit gezien.

Het belang dat verpleegkundigen hechten aan hun door ervaring verkregen kennis en het vertrouwen dat dit hun geeft komt zowel in de literatuurstudie als in het onderzoek sterk naar voren. In de literatuurstudie wordt in dit verband het gevaar van 'one-step-decision-making' genoemd (MacNeela, Scott, Treacy, & Hyde, 2009). In het onderzoek is geen sprake van 'one-step-decision-making' omdat de respondenten hun bevindingen juist toetsen aan wetenschappelijke kennis uit de MDR, waardoor verkregen informatie wordt geobjectiveerd. Wellicht is dit verschil te verklaren uit de verschillende tijdstippen waarin de diverse onderzoeken werden uitgevoerd. De verpleegkundigen nu zijn opgeleid in het werken met een gedetailleerde richtlijn. Hoe die situatie was voor verpleegkundigen uit de literatuurstudie is niet goed bekend. Ook de ervaring van de onderzochte verpleegkundigen is niet gelijk. In dit onderzoek is contact met patiënten met suïcidaal gedrag voor de verpleegkundigen dagelijks werk terwijl de onderzoeken uit de literatuurstudie plaatsvonden in niet-acute settings, zowel ambulant en klinisch.

De bevindingen uit de literatuurstudie komen overeen met het onderzoek dat de medische diagnose een belangrijk argument is in de risicotaxatie en gekozen strategie. Wanneer er sprake is van schizofrenie of depressie zal eerder gekozen worden voor bescherming en overname van verantwoordelijkheid en wanneer sprake is van persoonlijkheidsproblematiek wordt eerder aangestuurd op behoud van de eigen regie.

Uit de literatuurstudie blijkt dat verpleegkundigen vinden dat het gebruik van protocollen, regels en vragenlijsten geen goed beeld geeft van hoe het echt gaat met de patiënt. De respondenten in het onderzoek gebruiken ook geen vragenlijsten bij de gesprekken met de patiënt. De respondenten passen zich in het contact aan de patiënt aan en vragenlijsten kunnen dat contact verstoren. Zij leggen de verkregen informatie wel langs de meetlat van het kwetsbaarheid-stress model maar doen dit voornamelijk in hun hoofd.

Uit de literatuurstudie komt de constatering dat de verpleegkundige beoordeling vooral probleemgericht is (Coomb, Curyis, & Crookes, 2012). Dat wordt in dit onderzoek juist tegengesproken. De vijf respondenten zijn actief opzoek naar perspectief en hebben hierin juist extra aandacht voor beschermende factoren. Ook dit verschil zou weer verklaard kunnen worden door de verschillende afdelingen waar de verpleegkundigen werken. In het artikel worden opvattingen van verpleegkundigen beschreven in een klinische setting terwijl de verpleegkundige van de 24 uren dienst en crisisdienst ambulant werken. Bij het naar huis sturen van suïcidale patiënten zijn de beschermende factoren immers van levensbelang terwijl in een kliniek meer probleemgericht wordt gewerkt.

Tenslotte is er een sterke overeenkomst tussen literatuur en de bevinding in het onderzoek dat samenwerken en consulteren van collega's belangrijk is bij de beoordeling van suïcidale patiënten.

6.3 Methodologische discussie

De uitvoering van dit onderzoek heeft conform de methodologische opzet plaatsgevonden. Door het invoegen van elementen als onderzoekerstriangulatie en member-checking is de interne validiteit goed te noemen. Tussen de respondenten was een grote variatie in ervaring, wat ook de opzet was. De onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar citaten gecodeerd en zijn kritisch naar elkaar geweest in het zoeken naar een consensus. De focus groep werd helaas niet door alle respondenten bijgewoond maar drie van de vijf respondenten is het grootste deel.

Een aspect dat mogelijk bias heeft veroorzaakt is de wisseling van rol in de interviews. Elke onderzoeker heeft een eigen manier van interviewen waardoor wellicht de vragen aan de respondenten anders werden gesteld. In alle interviews zijn dezelfde onderwerpen aan bod gekomen door het hanteren van de topic-lijst. Tijd en middelen ontbraken om een onafhankelijk persoon de interviews te laten afnemen.

De externe validiteit is door de aard van het onderzoek beperkt. De resultaten zijn afkomstig van een kleine groep verpleegkundigen die gezien vanuit het aspect ervaring representatief zijn voor de gehele populatie. Alle respondenten zijn opgeleid op Hbo-niveau of hoger, werken ambulant en hebben zeer regelmatig te maken met patiënten in crisis met suïcidaal gedrag. Dat is een zeer specifieke en relatief kleine groep verpleegkundigen ten opzichte van de totale populatie van verpleegkundigen in Nederland.

Hoofdstuk 7 Conclusie en aanbevelingen

7.1 Conclusie

Vanaf 2012 wordt met de multidisciplinaire richtlijn suïcide preventie (MDR) gewerkt met als primair doel suïcide te voorkomen. Binnen Lentis zijn de verpleegkundigen van de afdeling Acute Zorg geschoold door middel van de basiscursus suïcide preventie. Om te weten te komen of deze cursus effectief is geweest heeft een kwalitatief onderzoek plaats gevonden op de afdeling Acute Zorg van Lentis. Door het analyseren van vijf diepte interviews kunnen de onderzoekers een antwoord geven op de centrale vraag:

‘Hoe passen verpleegkundigen van de Crisisdienst, Acute Zorg Lentis, de kennis die zij hebben opgedaan in de basistraining suïcide preventie toe bij patiënten met suïcidaal gedrag?’

De respondenten werken conform de MDR in hun contacten met patiënten met suïcidaal gedrag. Contact met de patiënt wordt beschouwd als hoogste prioriteit in het onderzoek van het suïcidaal gedrag van patiënten. Alle respondenten maken hierbij gebruik van onderdelen van de CASE-methodiek en van het kwetsbaarheid-stress model. Er is vooral aandacht voor het uitvragen van beschermende factoren en risico factoren en de mate van entrapment bij de patiënt. Onderdelen van het kwetsbaarheid-stress model worden gebruikt om het contact met de patiënt te verdiepen en samen perspectief van de patiënt te onderzoeken. De respondenten hebben altijd aandacht voor beschermende factoren en toekomst perspectief van de patiënt om te komen tot betrouwbare afspraken over veiligheid met de patiënt. Dit wordt ingezet om de mate van entrapment van de patiënt te verminderen.

Om een juiste risicotaxatie te maken wordt waar mogelijk familie betrokken en zoeken de respondenten altijd samenwerking met collegae en/of eindverantwoordelijk psychiater.

De methoden en technieken die worden ingezet door de respondenten zijn gebaseerd op het vertrouwen in de eigen kennis en ervaring in de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag. Daarmee samenhangend wordt uitermate vertrouwd op de eigen intuïtie bij het inschatten van de veiligheid van de patiënt en de betrouwbaarheid van afspraken met de patiënt. Meer ervaren respondenten beschouwen de MDR als een goed hulpmiddel en onderbouwing van hun reeds bestaande kennis en ervaring. Minder ervaren respondenten vallen bij twijfel over de veiligheid eerder terug op de kennis en methoden in de MDR.

Alle respondenten benadrukken het belang van leren, reflecteren en evalueren.

Er werden drie deelvragen in het onderzoek gesteld:

1. In hoeverre wordt suïcidaal gedrag uitgevraagd bij het eerste en vervolg contacten met patiënten van de crisisdienst?

In het eerste contact dat de respondenten met de patiënt hebben wordt suïcidaal gedrag altijd uitgevraagd. In vervolg contacten is suïcidaal gedrag ook altijd een aandachtspunt, het wordt echter niet tot in detail zoals in het eerste contact uitgevraagd. De respondent vraagt naar beschermende- en risico signalen die specifiek zijn voor de patiënt.

2. Wat vinden de verpleegkundigen belangrijk in het contact met patiënten met suïcidaal gedrag?

Het allerbelangrijks in het contact met suïcidale patiënten is dat het contact zich verdiept en congruent is. Omdat dan afspraken kunnen worden gemaakt ten behoeve van de veiligheid. Door begrip te hebben voor de situatie en de wanhoop van de patiënt kan verdieping in het contact worden bereikt en dit geeft wederzijds vertrouwen in de gemaakte afspraken.

3. Welke (persoonlijke) belemmeringen ervaren de verpleegkundigen bij het uitvragen van suïcidaal gedrag?

De vijf respondenten ervaren geen persoonlijk belemmering in het uitvragen van suïcidaal gedrag bij de patiënt. De respondenten zien de MDR als ondersteuning waardoor ze handvatten hebben hoe suïcidaal gedrag ter sprake te brengen.

Alle respondenten constateren dat zij vroeger moeite hadden suïcidaal gedrag te bespreken met de patiënt in de overtuiging dat de problematiek dan juist verergerd zou worden.

7.2 Aanbevelingen

De doelgroep van het onderzoek zijn ervaren verpleegkundigen op Hbo-niveau of hoger die regelmatig te maken hebben met suïcidale patiënten in een ambulante setting. De externe validiteit van dit onderzoek is daarmee beperkt en het verdient aanbeveling om het onderzoek te herhalen bij verpleegkundigen in andere settingen zowel ambulant als klinisch.

Het is voorstelbaar dat de mate van kennis en de mogelijkheden die kennis te verwerven varieert met het opleidingsniveau van de verpleegkundige. Het verdient aanbeveling bij herhaling van het onderzoek ook verpleegkundigen op mbo-niveau te includeren.

In het onderzoek zijn een tweetal basisprincipes, continuïteit van zorg en rapportage, van de MDR en van de basistraining onderbelicht gebleven die grote invloed kunnen hebben op de kwaliteit van suïcide preventie. Het verdient aanbeveling om deze aspecten in een vervolgonderzoek mee te nemen.

In de literatuur wordt ervaringskennis wel een black box genoemd echter uit dit onderzoek komt naar voren dat de ervaringskennis op een constructieve wijze werd ingezet waarbij de MDR als standaard bij reflectie op het handelen werd gebruikt. Hoe deze ervaringskennis tot stand komt en welke keuzes en conclusies de verpleegkundige hieruit trekt is niet bekend. Daardoor is het lastig deze ervaringskennis te gebruiken als basis voor trainingen. Het verdient aanbeveling het ontstaan van ervaringskennis verder te onderzoeken.

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat coaching en begeleiding van minder ervaren verpleegkundigen door meer ervaren verpleegkundigen als een invloedrijke belangrijke ervaring werd beschouwd. Aanbevolen wordt om een structuur van coaching en begeleiding op te zetten voor verpleegkundigen die zich willen of moeten ontwikkelen in de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag.

De wijze waarop de interviews hebben plaatsgevonden stimuleerde de respondenten stil te staan bij en te reflecteren over hun manier van werken en denken. Door voortdurend open vragen te blijven stellen werd meer diepgang in de antwoorden van de respondenten bereikt. Aanbevolen wordt deze methodiek te introduceren ter voorbereiding van deelname aan de basiscursus suïcide preventie of een vervolgcursus daarop. Deze methodiek zou ook gebruikt kunnen worden in de basistraining suïcide preventie.

Persoonlijke ervaringen met suïcidale patiënten en ervaringen met suïcides en tentamen suïcides drukken een stempel op het gedrag van verpleegkundigen. Op deze wijze bouwen verpleegkundigen eigen ervaringskennis op en zullen ze bij voorkeur kiezen voor interventies waar zij zelf vertrouwen in hebben. Deze ervaringen laten een diepere indruk achter dan een basiscursus suïcide preventie.

Aanbevolen wordt de ervaringen van verpleegkundigen bespreekbaar te maken in de basiscursus suïcide preventie en een relatie te leggen met de vereiste kennis en vaardigheden in de MDR.

Literatuurlijst

- Beroepsprofiel Verpleegkundige. (2012). Utrecht: V&VN.
- Beurs, D. d. (2015a). De PITSTOP suicide studie: onderzoek naar het toepassen van de richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in de dagelijkse praktijk. *GGZ-Wetenschappelijk*, 7.
- Beurs, D. d. (2015b). *Improving care for suicidal patients by implementing guideline recommendations*. Amsterdam, Nederland.
- Boer de, F. (2011). De Grounded Theory Approach: een update*. *KWALON*, 25-33.
- CBS. (2016, 6 30). *centraal bureau voor statistiek*. Opgehaald van Meer zelfdoding: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/26/meer-zelfdodingen>
- Coomb, T., Curyis, J., & Crookes, P. (2012). What is the process of a comprehensive mental health nursing assesment? *International Nursing Review*, 5.
- GGD. (2017). *ggdkennemerland*. Opgehaald van [www.ggdkennemerland.nl](http://www.ggdkennemerland.nl/media/86805/20170503.pdf): <http://www.ggdkennemerland.nl/media/86805/20170503.pdf>
- Gietema, A. B. (2017). *www.Lentisnet.nl*. Opgehaald van [file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/Deskundigheidsbevordering%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/Deskundigheidsbevordering%20(2).pdf)
- Godin, P. (2004, december 4). You don't tick boxes on an form. Opgehaald van DOI: 10.1080/13698570412331323234
- Grol, R. (2011). *Implementatie*. Amsterdam: Reed Business.
- Groot, M. d., Beurs, D. d., & Kerkhof, A. (2011). *Training richtlijn voor diagnostiek en suïcidaal gedrag. PITSTOP Suicide*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Hemert, A. v., Kerkhof, A., Keijser, J. d., & e.a. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn voor Behandeling en diagnostiek van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jong, A. d., Vandenbroele, H., & e.a. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Kerkhof, A. (2011). *Nieuwe gegevens over suïciditeit in de bevolking*. Utrecht: trimbos.
- Kerkhof, A., & Dijk, B. (2016). Suicide preventie in de praktijk. In B. Dijk, *Suicide preventie in de praktijk*. Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lentis. (2015, oktober). Lentis Acute Zorg Visiedocument Crisisdienst. *Visiedocument Crisisdienst*.
- Lentis. (2017, 5 20). *Lentis.nl*. Opgehaald van Stichting Lentis Maatschappelijke onderneming: <https://www.lentis.nl/over-lentis/>
- Luyn, B., & Kerkhof, A. (2016). *suicidepreventie in de praktijk*. Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum.
- MacNeela, Scott, A., Treacy, P., & Hyde, A. (2009). In the know: cognitive and social factors in mental health nursing assessment. *Journal of clinical Nursing*, 9.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Mokkenstorm, J., & Bets, K. (2017). *113.nl*. Opgehaald van [www.113.nl](https://www.113.nl/professionals-en-organisaties/supranet-ggz): <https://www.113.nl/professionals-en-organisaties/supranet-ggz>
- Onderzoek naar suicide Groningen. (2012). Groningen: Gemeente Groningen.
- Rebel, H. (2008, juli). Benadering van suïcidale patienten door verpleegkundigen. *Benadering van suïcidale patienten door verpleegkundigen*. Utrecht, Nederland: Universiteit Utrecht Masteropleiding Verpleegwetenschap.
- Rijksoverheid. (2017, mei 20). Opgehaald van <https://www.bigregister.nl/>: <https://www.bigregister.nl/registratie/inhoud/nederlands-diploma-registreren/rechten-en-plichten>
- Rijksoverheid. (2017). *Rijksoverheid*. Opgehaald van www.rijksoverheid.nl: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/zelfdoding-voorkomen>
- Shea, S. (1998). The Chronological assessment of Suicide Events: a practical interviewing strategy. *J Clin Psychiatry*, 59, suppl 20, 58-78.
- Trimbos. (2012). *Richtlijnen voor Diagnostiek en behandeling bij suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

