

Suïcidaliteit, wat doet het met jou?

Verpleegkundigen in het contact met
suïcidale patiënten.

JUNI
2011



Joanneke Bakker, Esther de Bruin, Inge Koppejan, Judith van Oordt

Jesaja 43 vers 1^b

‘Wees niet bang, want ik zal je vrijkopen,
Ik heb je bij je naam geroepen, je bent van mij!’

Colofon

Auteurs: Joanneke Bakker
Esther de Bruin
Inge Koppejan
Judith van Oordt

Opleiding: Christelijke Hogeschool Ede
HBO-Verpleegkunde

In opdracht van: Eleos
Bosch en Duin

Begeleider CHE: Auke Bos

Begeleider Eleos: Peter Voorwinden



Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het onderzoeksverslag: 'Suïcidaliteit, wat doet het met jou?'. Dit onderzoek is uitgevoerd als meesterproef van de opleiding HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. In opdracht van Eleos hebben wij onderzoek gedaan naar de gedachten, gevoelens en het gedrag van verpleegkundigen in contact met suïcidale patiënten. Daarbij is de christelijke identiteit betrokken in het onderzoek.

Met plezier hebben we aan dit onderzoek gewerkt en kijken terug op een goede samenwerking met betrokkenen. Zowel inhoudelijk als procesmatig was het onderzoek voor ons zeer leerzaam.

Wij willen iedereen bedanken die, in welke vorm dan ook, medewerking heeft verleend aan dit onderzoek. We denken hierbij bijzonder aan de verpleegkundigen van Eleos die door het meewerken met de interviews bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit onderzoeksverslag. Daarnaast willen we onze opdrachtgever, Peter Voorwinden, bedanken voor zijn kritische blik en prettige begeleiding. Ook willen wij onze afstudeerbegeleider, Auke Bos, bedanken voor alle feedback en adviezen die wij kregen.

Wij hopen dat de resultaten en aanbevelingen zullen leiden tot verhoging van de kwaliteit van de zorg binnen Eleos.

Ede, juni 2011

Joanneke Bakker

Esther de Bruin

Inge Koppejan

Judith van Oordt

Samenvatting

Suïcidaliteit is van alle tijden en plaatsen. Suïcidaliteit raakt mensen, maar wat doet het nu precies met verpleegkundigen? Wat zijn hun gedachten, gevoelens en gedrag in het contact met suïcidale patiënten? Het onderzoek is uitgevoerd bij Eleos, een christelijke instelling waarbij de geboden zorg aansluit bij de christelijke geloofsovertuiging.

Het hoofddoel van dit onderzoek is: “Inzicht hebben in hoe christelijke verpleegkundigen, die werken bij Eleos, hun gedachten, gevoelens en gedrag ervaren in contact met suïcidale patiënten.” De bijbehorende vraagstelling luidt als volgt: “In hoeverre ervaren verpleegkundigen gedachten, gevoelens en gedrag die suïcidale patiënten bij hen oproepen in het contact?”.

Om dit te onderzoeken is er eerst een literatuurstudie gedaan. In deze literatuurstudie wordt ingegaan op wat suïcide inhoudt, er worden een aantal definities toegelicht en er wordt ingegaan op de verpleegkundige zorg rondom suïcidale patiënten. Ook wordt er een verband gelegd tussen verschillende ziektebeelden en suïcidaliteit. Tot slot is er een stuk geschreven over de christelijke identiteit van Eleos en haar verpleegkundigen.

Vervolgens zijn er veertien semigestructureerde interviews gehouden met verpleegkundigen die werkzaam zijn bij Eleos. In de interviews is gevraagd naar gevoelens, gedachten en gedrag in de omgang met suïcidale patiënten en hoe de christelijke identiteit hier invloed op heeft.

Uit de interviews blijkt dat veel verpleegkundigen het lastig vinden om onderscheid te maken tussen gedachten en gevoelens wanneer hier specifiek naar gevraagd wordt.

De gedachten die verpleegkundigen ervaren worden vooral beïnvloed door het ziektebeeld van de patiënt. Verder benoemen verpleegkundige gevoelens van machteloosheid, boosheid, verdriet, irritatie, compassie, angst, distantie en manipulatie in contact met suïcidale patiënten. Hiernaast blijkt dat een derde van de verpleegkundigen het lastig vindt met suïcidale patiënten om te gaan. Ondanks dat zij dit lastig vinden, deelt slechts de helft van de verpleegkundigen gedachten en gevoelens hierover met andere collega's. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen dat zij zich niet vrij genoeg voelen deze te delen, door de verschillende visies van collega's op suïcidaliteit, wat ook blijkt uit de interviews.

Verder blijkt er sprake te zijn van tegenoverdracht wanneer verpleegkundigen hun christen- zijn betrekken in hun gedachten en gevoelens. Veel verpleegkundigen ervaren tegenstrijdigheid tussen Bijbelse waarden en hun eigen gedachten en gevoelen.

Toch blijkt dat verpleegkundigen over het algemeen hun gedachten en gevoelens die zij ervaren waarderen. Blijkbaar heeft de tegenstrijdigheid die verpleegkundigen ervaren geen invloed op hoe zij hun gedachten en gevoelens waarderen.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Samenvatting.....	5
Inhoudsopgave.....	7
1. Inleiding	
Aanleiding onderzoek.....	9
Doelstelling.....	9
Onderzoeksvraag.....	10
Deelvragen.....	10
2. Methodologie	
2.1 Inleiding.....	11
2.2 Type onderzoek.....	11
2.3 Dataverzameling.....	11
2.4 Onderzoekspopulatie.....	11
2.5 Kwaliteit onderzoek.....	12
2.6 Data analyse.....	13
3. Literatuurstudie	
3.1 Inleiding.....	14
3.2 Suïcide.....	14
3.3 Verpleegkundige zorg.....	15
3.4 Tegenoverdracht.....	16
3.5 Verschillende ziektebeelden en suïcidaliteit.....	17
3.6 Christelijke identiteit.....	17
4. Resultaten	
4.1 Inleiding.....	19
4.2 Deelvraag 1: Welke gedachten en gevoelens komen er bij de verpleegkundigen naar boven?	20
4.3 Deelvraag 2: Hoe waarderen de verpleegkundigen hun gedachten en gevoelens?	26
4.4 Deelvraag 3: Hoe gaan de verpleegkundigen om met hun gedachten en gevoelens?	27
4.5 Deelvraag 4: Speelt de christelijke identiteit van de verpleegkundigen een rol in hun gedachten, gevoelens en gedrag?	30
5. Conclusie	
5.1 Inleiding.....	33

5.2 Conclusie deelvragen.....	33
6. Discussie	
6.1 Inleiding.....	36
6.2 Respondenten.....	36
6.3 Interviewers.....	36
6.4 Wijzigen topiclijst.....	36
6.5 Onderzoekers.....	37
7. Aanbevelingen	
7.1 Inleiding.....	38
7.2 Symposium.....	38
7.3 Visie delen.....	38
7.4 Inschatting suïcidaliteit.....	38
7.5 Vervolg onderzoek.....	38
8. Literatuurlijst.....	39

1. Inleiding

Aanleiding onderzoek

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is het aantal suïcides in de periode van 2008 tot en met 2009 met 13% gestegen. (Groot e.a., 2009)

3,2 % van de volwassen bevolking heeft in 2006 suïcidegedachten gehad, blijkt uit onderzoek van het Trimbos- instituut (Ten Have e.a., 2006). Vooral mensen met een psychische stoornis blijken vaak een poging tot suïcide te ondernemen (Ten Have e.a., 2007). In de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) komen psychiatrisch verpleegkundigen regelmatig in aanraking met suïcidale patiënten. Zij spelen een belangrijke rol in de herkenning en begeleiding van deze problematiek (Rebel, 2011).

Vanuit de opdrachtgever, Eleos, is de vraag gekomen om onderzoek te doen naar het contact tussen verpleegkundigen en suïcidale patiënten. Naar aanleiding van een onderzoek van Henrike Rebel in januari 2011, over de visie van verpleegkundigen over suïcidaliteit, is de aanbeveling naar voren gekomen om een vervolgonderzoek uit te voeren. Uit de interviews bleek namelijk dat verpleegkundigen meer tegenoverdracht ervaren in gesprekken met suïcidale patiënten, vergeleken met andere disciplines werkzaam binnen Eleos. Zo vertellen verpleegkundigen dat ze suïcide triest, verdrietig, jammer en tragisch vinden. Daarnaast zijn er reacties die laten zien dat verpleegkundigen het confronterend vinden, zoals: *'Ik vind het zwaar, heftig, ingrijpend.'* Ook geven verpleegkundigen aan onbegrip en boosheid te hebben ten opzichte van het suïcidale gedrag van de patiënt. Echter is er in dit onderzoek niet verder ingegaan op de gedachten, gevoelens en het gedrag van de verpleegkundige, die naar voren kwamen tijdens de interviews. Dat hiervan sprake is, is in dit onderzoek al wel duidelijk geworden (Rebel, 2011).

Door dit afstudeeronderzoek wordt er gezocht naar een antwoord op de vraag in hoeverre verpleegkundigen bij Eleos hun gedachten, gevoelens en gedrag ervaren in het contact met suïcidale patiënten.

Doelstelling:

Inzicht hebben in hoe christelijke verpleegkundigen, die werken bij Eleos, hun gedachten, gevoelens en gedrag ervaren in contact met suïcidale patiënten.

Onderzoeksvraag:

In hoeverre ervaren verpleegkundigen gedachten, gevoelens en gedrag die suïcidale patiënten bij hen oproepen in het contact?

Deelvragen:

1. Welke gedachten en gevoelens komen er bij de verpleegkundigen naar boven?
2. Hoe waarderen de verpleegkundigen deze gedachten en gevoelens?
3. Hoe gaan de verpleegkundigen om met deze gedachten en gevoelens?
4. Speelt de christelijke identiteit van de verpleegkundigen een rol in hun gedachten, gevoelens en gedrag?

2. Methodologie

2.1 Inleiding

In de methodologie wordt de werkwijze van dit onderzoek beschreven en verantwoord.

2.2 Type onderzoek

De onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van een kleinschalig exploratief kwalitatief onderzoek. Dit onderzoek is gericht op gevoelens, gedachten en gedrag van verpleegkundigen. Omdat dit moeilijk te observeren is, zullen er interviews gehouden worden (Plooi, 2009).

2.3 Dataverzameling

De interviews die gehouden gaan worden zullen semigestructureerde interviews zijn. Bij een semigestructureerd interview worden vooraf een aantal vragen geformuleerd die absoluut noodzakelijk zijn voor het onderzoek. De vragen kunnen steeds met andere bewoordingen en in een andere volgorde worden gesteld. Het interview verloopt per geïnterviewde steeds op een andere manier (van Wijk, 2007).

Bij het maken van de topiclijst moet rekening gehouden worden met de volgorde van de onderwerpen. Om dit alles te testen zal er eerst een proefinterview gehouden worden, zodat er nagegaan kan worden of er hiaten in de lijst zitten (Baarda, 2000).

De vragen die de interviewer stelt, moeten passen binnen het referentiekader van de geïnterviewde. Dat wil zeggen dat ze behoren tot het onderwerp en dat ze in begrijpelijke taal worden gesteld. Daarnaast is aandacht besteden aan de relatie met de geïnterviewde van groot belang ('t Hart, 2005).

2.4 Onderzoekspopulatie

Gedachten en gevoelens, kunnen bij iedereen opgeroepen worden. Uit een vorig onderzoek (Rebel, 2011) is gebleken dat verpleegkundigen meer gedachten en gevoelens ervaren dan andere disciplines werkzaam binnen Eleos. De respondenten van dit onderzoek zijn christelijke verpleegkundigen die regelmatig gesprekken hebben met suïcidale patiënten.

Verpleegkundigen voeren gesprekken met patiënten. Zij komen in aanraking met suïcidale patiënten. In gesprekken tussen verpleegkundigen en suïcidale patiënten, kunnen er gedachten en gevoelens naar boven komen bij de verpleegkundigen.

De verpleegkundigen bevinden zich in de Kliniek 'De Fontein' in Bosch en Duin. Deze kliniek maakt onderdeel uit van Eleos.

In de kliniek zijn zevenendertig verpleegkundigen werkzaam, waarvan er negentien binnen onze inclusiecriteria vallen. Om een duidelijk beeld te krijgen worden er minimaal twaalf verpleegkundigen geïnterviewd. Hierbij worden zoveel mogelijk willekeurige verpleegkundigen geïnterviewd. De verpleegkundige worden aselectief gekozen door te beginnen bij degene die bovenaan de dienstlijst staat, en dan de dienstlijst van boven naar beneden langs te gaan. Deze verpleegkundigen worden per e-mail benadert mee te werken aan de interviews. Om een zo goed mogelijk resultaat te krijgen wordt er gebruik gemaakt van enkele inclusie- en exclusie criteria ('t Hart, 2005).

Inclusiecriteria:

- Gediplomeerde verpleegkundigen;
- Zowel MBO-Verpleegkundigen als HBO-Verpleegkundigen;
- Werkzaam bij Kliniek 'de Fontein' van Eleos;
- Minimaal één jaar werkervaring in de kliniek;
- Zowel mannen als vrouwen.

Exclusiecriteria:

- Minder dan één jaar werkervaring in de kliniek;
- Stagiaires;
- Niet-gediplomeerde verpleegkundigen;
- Verpleegkundigen die minder dan 16 uur per week werken.

2.5 Kwaliteit onderzoek

Om het onderzoek betrouwbaar uit te voeren zal er rekening gehouden worden met verschillende aspecten. Het onderzoek moet allereerst herhaalbaar zijn en tot dezelfde resultaten kunnen leiden. Daarom zal er van tevoren goed nagedacht worden over de methode die de onderzoekers zullen handhaven (Verhoeven, 2007a). Om een zo groot mogelijke betrouwbaarheid te verkrijgen zal er het volgende worden gedaan:

- *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:* tussen de verschillende onderzoekers moet overeenstemming zijn over de wijze van het verzamelen van gegevens. Om dit te bereiken zal er regelmatig een terugkoppeling zijn tussen de onderzoekers met als doel op dezelfde lijn verder te blijven gaan. In de terugkoppeling wordt besproken hoe de interviews verlopen, wordt tussentijds de topiclijst geëvalueerd, wordt gevraagd naar persoonlijke ervaringen en wordt gezamenlijk de focus op de hoofd- en deelvragen

gehouden. Verder zullen de interviews met minimaal twee personen gehouden worden om zo dezelfde interview stijl te houden ('t Hart, 2005).

- *Validiteit*: het onderzoek is valide als er gemeten wordt wat er beoogt was te meten. Er zijn verschillende aspecten die de validiteit kunnen beïnvloeden. Om deze aspecten zo veel mogelijk uit te sluiten, wordt er een proefinterview gehouden. Om een zo valide mogelijk resultaat te krijgen zullen er minimaal twaalf interviews worden gehouden (Verhoeven, 2007a).
- *Proefinterview*: er zal eerst een proefinterview plaatsvinden om de betrouwbaarheid van de opgestelde topiclijst te verhogen. Het proefinterview vindt plaats met een deskundige. De punten op de topiclijst worden voorgelegd en er wordt gevraagd naar eventuele aanvullingen. Zo wordt er getest of de topiclijst compleet is en of er met deze topiclijst voldoende informatie binnengekomen is om daar resultaten uit te halen. Na het proefinterview wordt er beoordeeld of dit voldoende is om zo andere verpleegkundigen te gaan interviewen (Verhoeven, 2007a).

2.6 Data-analyse

Tijdens het onderzoek wordt er gezocht naar theorie die past bij de dataverzameling. Deze theorie kan ook gebruikt worden bij het analyseren van de uitkomsten. De probleemstelling geeft richting aan het handelen van de onderzoekers en zal als rode draad fungeren in de uitvoering van het onderzoek. De probleemstelling geeft een afbakening aan de literatuurstudie. Voor de verwerking en analyse van de interviews zal er gebruik worden gemaakt van opname apparatuur. De opnames worden nageluisterd en letterlijk uitgeschreven. Zo komt er van elk interview een letterlijke weergave.

De volgende stap is om de tekst te fragmenteren en deze te labelen. Dan worden deze termen in groepen verdeeld en worden er verbanden gezocht. Tenslotte worden de gevonden uitkomsten weer bij de probleemstelling gelegd en wordt er gekeken of er antwoord gegeven kan worden op de vraag of dat er nog informatie ontbreekt (Verhoeven, 2007a).

3. Literatuurstudie

3.1 Inleiding

Om meer informatie in te winnen over gedachten, gevoelens en gedrag van christelijke verpleegkundigen in de omgang met suïcidale patiënten, wordt er een literatuurstudie gedaan.

Er is in 2010 een onderzoek gedaan naar psychiatrisch verpleegkundigen en hun omgang met suïcidale patiënten (Rebel, 2010). In dit onderzoek komen een aantal onderwerpen naar voren, die in dit onderzoek bruikbaar zijn. Deze onderwerpen zullen in deze literatuurstudie kort genoemd worden.

3.2 Suïcide

Dit onderzoek is gericht op de omgang van verpleegkundigen met suïcidale patiënten. Daarom eerst een gedeelte over suïcidaliteit.

Onder suïcide wordt verstaan “zelfdoding en het proces dat tot zelfdoding kan leiden” (WHO).

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt in twee verschillende vormen van suïcide, namelijk:

- *Parasuïcide* slaat op de niet-dodelijke handeling(en) van een persoon die zich opzettelijk verwondt (automutilatie) of zeer riskant gedrag vertoont om een noodkreet aan de omgeving te geven. Hierbij is niet direct een bewuste doodswens aanwezig. Parasuïcide wordt door verpleegkundigen vaak gezien als een uiting om aandacht te vragen voor aanwezige problemen en om verandering van de situatie te bewerkstelligen.
- *Balanssuïcide*: hierbij heeft de patiënt voor zichzelf besloten dat hij, na een balans van zijn leven opgemaakt te hebben, niet met zijn leven door wil gaan. Die wens wil hij daadwerkelijk tot uitvoering brengen. Deze vorm wordt door verpleegkundigen als erg gevaarlijk gezien, omdat het moeilijk is om het tijdig te signaleren. Dit soort situaties vinden verpleegkundigen beangstigend. Een patiënt kan zich namelijk heel anders voordoen dan hoe hij zich werkelijk voelt (de Leo et al, 2006).

Er is echter een discussie gaande over de vraag of een balanssuïcide werkelijk bestaat. De ene bron geeft aan dat dit niet bestaat, terwijl de andere bron aangeeft dat dit wel bestaat.

Naast de term suïcide, bestaat de term *suïcidaliteit*. De uitleg hiervan is als volgt: “geneigdheid zich in gedachten en/of woorden en/of daden bezig te houden met de eigen levensbeëindiging. Een andere term die in dit onderzoek naar voren komt is *suïcidale ideatie*. Dit is “indien iemand aanhoudend denkt aan suïcide, of suïcide overweegt” (Bos, 2008).

De kans is groot dat verpleegkundigen binnen de psychiatrie in aanraking komen met patiënten die zich suïcidaal uiten (Rodgers & Cowles, 1997), ook in christelijke instellingen.

Vanuit het onderzoek van Henrike Rebel wordt benoemd dat verpleegkundigen binnen Eleos het er allemaal over eens zijn dat een christen ook kan lijden aan suïcidale gedachten.

3.3 Verpleegkundige zorg

3.3.1 Gevoelens in de omgang met suïcidale patiënten

De literatuur vertelt ons (Rebel e.a., 2010) dat verpleegkundigen de zorg voor suïcidale patiënten als erg zwaar ervaren. Tijdens het geven van zorg aan deze patiënten komen veel verschillende gevoelens bij verpleegkundigen naar boven. Met name gevoelens van angst, spanning, onzekerheid, schuldgevoel, boosheid, machteloosheid, bezorgdheid, irritatie en frustratie.

In de literatuur is weinig te vinden over welke gevoelens verpleegkundigen hebben in contact met suïcidale patiënten. Wel zijn er een aantal onderzoeken gedaan naar gevoelens van verpleegkundigen wanneer patiënten daadwerkelijk suïcide hebben gepleegd. (Joyce, e.a., 2003). In dit onderzoek staat dat suïcide diverse emoties oproept bij verpleegkundigen en dat zij behoefte hebben om erover te praten wanneer er een suïcide heeft plaatsgevonden. Ook is er veel te vinden over de benadering van verpleegkundigen ten opzichte van suïcidale patiënten. Zo wordt er in een onderzoek van Samuelsson, Sunbring, Winell & Asberg (1997) onderscheid gemaakt tussen de benadering van somatische verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen. Psychiatrische verpleegkundigen toonden meer begrip voor suïcidale patiënten en zij wilden liever voor deze patiënten zorgen dan de somatisch verpleegkundigen. In het onderzoek wordt verondersteld dat dit te maken heeft met een kennistekort van de somatisch verpleegkundigen.

Verantwoordelijkheid

Uit het artikel *'Als de dood voor het leven'* (Verhoeven, 2007b) blijkt ook dat verpleegkundigen zich soms verantwoordelijk kunnen voelen. Zij kunnen zich voorstellen dat sommige patiënten die in behandeling zijn bij de psychiatrie het leven niet meer zien zitten, al laten ze dit begrip meestal niet rechtstreeks blijken aan de patiënt. Ze ervaren dit als tegenstrijdig met hun professionele houding, waarbij hun belangrijkste taak is patiënten juist veiligheid te bieden en te kiezen voor het leven.

Verpleegkundigen zijn over het algemeen van mening dat het recht om over het eigen leven te beslissen, en dus ook om voor de dood te kiezen, begrensd is. Hierin botst het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleegkundigen nog wel eens.

Uit het onderzoek van Henrike Rebel (2011) blijkt uit de interviews, zonder dat zij hier gericht een vraag over stelde, verantwoordelijkheid als gevoel vaak naar boven komt onder verpleegkundigen. Uit sommige verhalen van verpleegkundigen blijkt dat het gevoel van verantwoordelijkheid met de jaren vaak minder wordt en dat verpleegkundigen zich meer gaan richten op het ondersteunen van patiënten.

Delen gevoelens

Het delen van gevoelens met collega's is erg belangrijk. Uit een onderzoek uitgevoerd in Zweden (Carlén e.a., 2007) blijkt dat verpleegkundigen vaak pas nadat zij met collega's hebben gereflecteerd op een gesprek met een suïcidale patiënt, beseffen wat dit gesprek met hen deed. Ook wel, hoe ze dit ervaren hebben. In het gesprek zelf namen zij een empathische en objectieve houding aan, terwijl zij tijdens het reflecteren van het gesprek met collega's pas beseften wat het gesprek met hun gedaan heeft en wat er in hun omging.

3.3.2 Benadering verpleegkundigen

In dit onderzoek gaat onder andere onderzocht worden hoe verpleegkundigen omgaan met suïcidale patiënten. In het onderzoek van Rebel (2011) komt naar voren dat er over het algemeen twee benaderingen zijn. De eerste benadering is de 'betrokken benadering' en de tweede benadering is de 'afstandelijke benadering'.

De theorie van de twee verschillende benaderingen is van Talseth & Lindseth (1997). Zij benoemen deze benaderingen als 'closeness' en 'distance'. De betrokken benadering houdt in dat de verpleegkundige dicht bij de patiënt blijft. Zij staat aan de kant van de patiënt en probeert hem te begrijpen en te begeleiden. Zij bouwen samen een therapeutische werkrelatie op. In deze relatie is gelijkwaardigheid belangrijk.

De afstandelijke benadering is, zoals de term al zegt, veel meer afstandelijk. Verpleegkundigen houden bewust een zekere emotionele afstand van de patiënt.

Zij proberen controle te houden over de situatie. Zij voelen zich verantwoordelijk voor de patiënt. De verpleegkundige vraagt in deze benadering niet naar de beleving van de patiënt.

3.4 Tegenoverdracht

De overdracht van houdingen en gevoelens van de analyticus tegenover de patiënt, wordt tegenoverdracht genoemd (Van Dale, 2005). Analyticus kan in deze definitie ook therapeut betekenen.

Overdracht is het overdragen van oude gevoelens door de patiënt op de hulpverlener.

Tegenoverdracht is hetzelfde fenomeen als overdracht, maar tegenoverdracht is de overdracht van de therapeut op de patiënt. Deze overdracht vindt veelal plaats als reactie op de overdracht van de patiënt.

Er bestaan twee verschillende soorten overdracht, namelijk onbewust en bewust.

Onbewuste tegenoverdracht van de therapeut kan een negatieve invloed hebben op de open, neutrale houding die de therapeut zou moeten hebben. Tegenoverdracht waarvan de therapeut zich bewust is hoeft geen probleem te zijn, mits de therapeut deze gevoelens kan hanteren (Delft, 2009).

3.5 Verschillende ziektebeelden en suïcidaliteit

Uit drie onderzoeken van Samuelsson e.a. (Samuelsson, 1997a) (Samuelsson, 1997b) (Samuelsson, 2002) blijkt dat attitude, gedrag en emoties van verpleegkundigen in contact met suïcidale patiënten mede beïnvloed wordt door de diagnose van de patiënt.

Zo zouden verpleegkundigen meer alert zijn wanneer depressieve en schizofrene patiënten suïcidaal zijn, dan wanneer patiënten met een persoonlijkheidsstoornis suïcidaal zijn. In een onderzoek van Markham en Trower (2003), getoetst bij vijftig verpleegkundigen, bleek significant minder alertheid en sympathie te zijn wanneer patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zich suïcidaal uiten. Bij een depressie en bij schizofrenie is men meer alert: er wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat een patiënt echt de intentie heeft om dood te willen.

Theatraal gedrag bij de suïcidale patiënt kan op zijn beurt weer onbegrip oproepen bij verpleegkundigen. Bij schizofrene patiënten kan dit begrip beter worden opgebracht. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het theatrale gedrag van de patiënt wordt gezien als iets waar de patiënt zelf invloed op kan uitoefenen en waar deze dus verantwoordelijkheid voor draagt. Het gedrag van de schizofrene patiënt wordt eerder aan de ziekte toegeschreven en is minder afhankelijk van de vrije wil van de patiënten. Het valt de patiënt minder aan te rekenen (Verhoeven, 2007b).

3.6 Christelijke identiteit

Eleos is een landelijk werkende instelling voor gereformeerde geestelijke gezondheidszorg. Eleos is het Bijbelse Griekse woord voor barmhartigheid en ontferming. Vanuit deze grondhouding bieden de medewerkers op professionele wijze zorg.

Kenmerkend voor Eleos is haar identiteit. Eleos richt zich op zorgvragers die willen dat de geboden zorg aansluit bij hun christelijke geloofsovertuiging. De grondslag van Eleos is de Bijbel als Gods Woord en de drie formulieren van enigheid: de Nederlandse geloofsbelijdenis, de Heidelbergse Catechismus en de Dordste Leerregels. In navolging van de Bijbelse oproep tot barmhartigheid wordt er op deskundige en respectvolle wijze behandeling en begeleiding geboden aan mensen met psychiatrische of psychosociale problemen. Deze hulp heeft als doel psychisch lijden te voorkomen, te verminderen, draaglijker te maken of op te heffen (visiedocumenten Eleos, 2011).

Eleos heeft haar visie samengevat in de vijf kernwaarden: barmhartigheid, deskundigheid, respect, verbondenheid en vitaliteit. De kernwaarden geven kaders aan, maar geven geen duidelijke visie weer op de interpretatie van suïcidaliteit (Eleos, 2011).

Verpleegkundigen die bij Eleos werkzaam zijn, hebben een christelijke levensovertuiging. Wanneer deze verpleegkundigen in contact komen met suïcidale patiënten, kunnen zij in conflict komen met hun eigen waarden en normen.

De grondslag van Eleos is de Bijbel als Gods woord. (Eleos, 2011). Daaruit kan geconcludeerd worden dat verpleegkundigen die werkzaam zijn bij Eleos de Bijbel als uitgangspunt nemen. Één van de tien geboden die in de Bijbel staat is: 'Gij zult niet doodslaan' (Ex. 20:13). Op het moment dat patiënten aangeven dood te willen, is het aanneembaar dat verpleegkundigen hier moeite mee hebben, omdat het botst met wat er in de Bijbel staat. De waarden die zij hebben kunnen botsen met de verlangens van de patiënt.

4. Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews beschreven. De resultaten zijn per deelvraag omschreven.

In het volgende tabellen wordt de respons en overige algemene gegevens weergegeven.

Onderzoekspopulatie	Respondenten	Percentage respons
19 verpleegkundigen	14 verpleegkundigen	74%

Tabel 1 Respons in cijfers

Sekse	Aantal
Vrouw	10
Man	4

Tabel 2 Geslacht van verpleegkundigen

Het lage aantal mannelijke verpleegkundigen komt doordat er slechts vijf mannelijke verpleegkundigen werken binnen de kliniek.

Kerkelijke achtergrond	Aantal
Nederlands Gereformeerde Kerk	3
Protestantse Kerk in Nederland (Hervormd)	3
Christelijke Gereformeerde	2
Gereformeerde Vrijgemaakt	1
Gereformeerde Gemeente	2
Hersteld Hervormde Gemeente	1
Baptisten Gemeente	1
Overig	1

Tabel 3 Kerkverbanden waar verpleegkundigen mee verbonden zijn

Werkervaring in jaren	Aantal
1	1
1,5	1
2	1
3	1
4	1
5	4
7	1
11	1
20	2
21	1

Tabel 4 Aantal jaren werkervaring verpleegkundigen

Het aantal jaar ervaring van verpleegkundigen varieert van één tot eenentwintig jaar. Het gemiddelde aantal ligt op acht jaar werkervaring.

Het is een niet-representatieve steekproef, omdat de verdeling van geslacht, leeftijd en kerkverband scheef ligt.

4.2 Deelvraag 1: Welke gedachten en gevoelens komen er bij de verpleegkundigen naar boven?

4.2.1 Gedachten

Gedachten	Aantal (n=13)
Gevoelens benoemen i.p.v. gedachten	6
Gedachten afhankelijk van patiënt	6
Niet noemen van gedachten	3
Vragen stellen	3
Ernst inschatten	2

Tabel 5 Gedachten

De vraag die gesteld werd luidde als volgt: “Welke gedachten gaan er in u om in het contact met suïcidale patiënten?”.

Bij één interview is er niet naar de gedachten gevraagd, dus daar zijn geen gegevens van bekend. Wat opvalt is dat zes verpleegkundigen bij het vragen naar gedachten hun gevoelens benoemen. Gevoelens die genoemd worden zijn: machteloosheid, bewogenheid, irritatie, boosheid, medelijden en empathie. Opvallend is dat er door zes verpleegkundigen genoemd wordt dat hun gedachten afhankelijk zijn van met welke patiënt zij te maken hebben, en daarmee ook de verschillende ziektebeelden. De voorbeelden:

“Ook wel begrip... Ik probeer iemand wel te zien als ziek. Dat is ook wel de gedachte dat iemand ziek is. Dat zie ik bijvoorbeeld ook wel bij persoonlijkheidsstoornissen, dat het soms een uitvluchtmechanisme is als ze het even niet meer zien zitten en dan zeggen: ‘dan maar dood...’” (9.5)

“Ik kan ten aanzien van de patiënt denken van: ‘o, wat heftig’. Ja, dat varieert eigenlijk heel erg per patiënt. Het maakt nogal uit wie ik dan voor me heb. Als er echt iemand voor me zit die echt suïcidaal is, die echt triest is, en waarbij ik het misschien ook wel kan begrijpen dat diegene suïcidaal is, ja, zulke situaties roepen meer empathie op.” (12.5)

“Ook wel hele onchristelijke gedachten... Mensen met suïcidale klachten en ideeën, met persoonlijkheidsproblematiek en narigheid, dan gebeurt er ook iets in het contact met jou en de ander. Dan voelt het soms ook als mechanisme dat in het contact gebruikt wordt.” (13.6)

In drie van de dertien antwoorden, worden helemaal geen gedachten genoemd. In deze antwoorden wordt vooral het gedrag benoemd. Een voorbeeld hiervan:

“Wat ik heel vaak doe met mensen met borderline-problematiek, is dat ik ze uit ga leggen waar die suïcidale gedachtes mee te maken hebben zodat ik meestal herformuleer en zeg ‘ik heb niet het idee dat jij direct dood wil, maar dat je nu gewoon geen raad weet met jezelf, hoe je je voelt en dat is iets wat je wel zou kunnen aanpakken en wat zeker ook kan veranderen.’” (3.5)

Door drie verpleegkundigen worden er vragen gesteld. Vragen die gesteld worden zijn:

“Wat maakt dat je je perspectief kwijt bent? Waar zitten de deuren die dicht zitten, hoe kan de deur weer op een kier? Wat is wijs nu? En ook wel: waar is God voor hen?” (1.6)

“Waarom? En dat kan dan zijn: Waarom wil je dit zo graag? Waarom wil je niet meer vechten? Waarom heb je geen energie?” (5.6)

Wanneer de onderzoekers vragen naar de gedachten, benoemen twee verpleegkundigen dat zij de ernst inschatten van de suïcidaliteit en dat zij daarbij direct denken aan wat zij moeten doen. Een voorbeeld hiervan:

“Ik probeer de ernst in te schatten. Ik denk: ‘in hoeverre moet ik actie hierop ondernemen?’. Dat heeft te maken met vrijheidsfases van mensen. Dus ik schat in of ze daadwerkelijk een gevaar voor zichzelf zijn.” (7.4)

4.2.2 Spontane gedachten en gevoelens

Er is in acht van de veertien interviews gevraagd naar wat er in verpleegkundigen omging, in het contact met suïcidale patiënten. Er zijn kleine verschillen in de vraagstelling. De meest gestelde vraag is: “Wat gaat er in u om als u in contact bent met suïcidale patiënten?”.

Er wordt twee keer genoemd dat de verpleegkundigen zich verantwoordelijk voelen.

“Pittig, het is belastend soms. In de zin van dat je alert rondloopt en dat je de verantwoordelijkheid draagt. Dus enerzijds is de verantwoordelijkheid bij de patiënt, maar anderzijds voel je die verantwoordelijkheid wel.” (2.4)

“Je bent ook wel verantwoordelijk voor informatie die je dan hoort en je moet toch een inschatting maken, wel pittig.” (5.3)

Opvallend in deze opsomming is dat beide verpleegkundigen het woord verantwoordelijk(heid)’ combineren met dat ze het ‘pittig’ vinden.

Één iemand noemt dat ze rationeel is en dat ze er nuchter mee om kan gaan:

“Ik ben redelijk rationeel. Mijn gevoel komt later. Als ik iemand zie lijden, dan zie ik dat wel en voel ik dat wel, maar kan ik er wel nuchter mee omgaan.” (9.4)

Een andere verpleegkundige zegt het volgende:

“Als je een drukke dienst heb gehad en je bent zelf een beetje moe, en je hebt een lastig gesprek gehad, dan is het risico groot dat je het mee naar huis neemt. Dus het hangt ook wel gewoon af van hoe uitgerust je zelf bent.” (6.4)

4.2.3 Gevoelens

Gevoel	Aantal (n=14)
Machteloos	6
Boosheid	4
Verdriet/bedroefd	3
Irritatie	2
Angst	1
Compassie	2
Distantie	1
Gemanipuleerd	1

Tabel 6 Gevoelens

Aan alle veertien verpleegkundige is de vraag gesteld: “Welke gevoelens ervaart u in het contact met suïcidale patiënten?”. Hierboven is een schema te vinden van de antwoorden.

Machteloosheid is, wanneer er specifiek naar gevoelens gevraagd is, één van de meest genoemde gevoelens. Zes van de veertien verpleegkundigen noemen dit gevoel:

“Je voelt je wel eens machteloos. Je ziet iemand alleen maar verder afglijden, zeker als iemand erg in zichzelf gekeerd is.” (9.6)

Na machteloosheid staat boosheid op de lijst van voorkomende gevoelens. Vier verpleegkundigen ervaren boosheid.

“Ook wel een stuk boosheid. En dan niet zozeer boos op diegene, maar in geestelijke zin, op de duivel.” (4.4)

Opvallend is de volgende uitspraak van een verpleegkundige over boosheid:

“Soms heb ik ook wel een stuk boosheid, zeker als je bijvoorbeeld zelf in je omgeving een sterfgeval heb meegemaakt van mensen die willen leven. Dan kan je soms een beetje boosheid ervaren van, ‘nou waarom speelt hij met zijn leven?’” (7.5)

Drie verpleegkundigen ervaren verdriet:

“Soms voel ik mij ook wel eens verdrietig. Ik bedoel, het is niet gewoon dat die gedachten er zijn en dat het allemaal gebeurd.” (9.6)

Het gevoel ‘irritatie’ wordt twee keer genoemd door verpleegkundigen.

“Soms irritatie. Omdat ik het soms ook niet kan controleren, dan denk ik van: ‘Ja, het is ook wel makkelijk om het te zeggen en ons ermee op te zadelen.’” (8.6)

Hiernaast benoemt één verpleegkundige dat ze zich ook wel angstig voelt.

“Ik ben wel bezorgd. Beetje angstig denk ik.” (1.4)

Het gevoel ‘compassie’, waar ‘erbarmen’ ook onder valt, wordt door twee verpleegkundigen genoemd:

“Ja, dat is wel echt erbarmen. Dat ik echt denk van: ‘de nood van mensen, het verlies van zelfbeheersing, het verlies van controle, verlies van realiteitszin. Dat is wel zo erg.’” (10.6)

Een andere verpleegkundige benoemt dat hij een stuk distantie voelt:

“Toch wel een stuk distantie en dat kleurt ook wel een beetje mijn gevoel.” (12.6)

Één verpleegkundige zegt het volgende:

“Ik werk natuurlijk inmiddels ook al tweeëntwintig jaar in de psychiatrie, dus ik denk dat het hetzelfde fenomeen is als iemand die in een algemeen ziekenhuis werkt op een EHBO met verkeersslachtoffers. De eerste keer ben je waarschijnlijk wel even van slag, maar op een gegeven moment wen je daar ook aan. Dus in die zin is het ook wel een bepaalde gewenning.” (3.6)

Een andere verpleegkundige vindt dat suïcidaliteit van patiënten ook bij het vak hoort:

“Het hoort gewoon een beetje bij het vak, dat hoort dan zo.” (8.9)

Als laatst noemt een verpleegkundige zich ook wel eens gemanipuleerd te voelen:

“Soms voel je je ook wel eens gemanipuleerd.” (7.6)

4.2.4 Vier B's

Gevoel	Aantal (n=13)
Blij	0
Boos	3
Bang	3
Bedroefd	10
Geen	1

Tabel 7 Vier B's

Om een nog specifiek beeld te krijgen van de gevoelens die de verpleegkundigen ervaren, is gevraagd naar in welke van de volgende vier gevoelens zij zich het meest herkennen: bang, boos, blij of bedroefd.

Één verpleegkundige vindt geen van de gevoelens toepasbaar voor haar.

“Nee, dat weet ik niet. Ik vind ze eigenlijk geen van vieren toepasselijk, nee.” (8.7)

Twee verpleegkundigen benoemen wanneer ze het hebben over boosheid een specifieke patiëntengroep namelijk: patiënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek.

Maar over alle patiënten heerst dan toch de bedroefdheid.

“Met persoonlijkheidsproblematiek, dan word ik een beetje boos en bij het andere word ik meer een beetje bang. Maar over het algemeen heerst toch de bedroefdheid.” (10.7)

Opvallende andere gevoelens die benoemd worden: gemanipuleerd (3.8), geïrriteerd (5.5) en bezorgdheid (10.7).

4.2.5 Waardering omgang suïcidale patiënten

Ervaring	Aantal (n=13)
Lastig	5
Verantwoordelijkheid	4
Heftig	3
Zwaar	3
Afhankelijk van patiënt	3
Moeilijk	3
Mooie kant	3
Hulpvraag	2
Drukken als last	2
Pittig	2
Inschatten ernst	1
Angst	1
Triest	1
Meest onaangenaam	1
Afstand	1
Gewenning	1

Tabel 8 Waardering omgang suïcidale patiënten

Bij dit label is de volgende vraag gesteld: “Hoe vind u het om met suïcidale patiënten om te gaan?” of “Hoe vind u het om met suïcidale patiënten te werken?”.

Vijf verpleegkundigen geven aan het lastig te vinden om te werken met suïcidale patiënten:

“Ik vind het wel lastig, met name degene waarvan je denkt: ‘nou, er bestaat best wel een kans dat diegene iets doet.’” (8.4)

“Ja, dat kan soms heel lastig zijn...” (13.3)

Verantwoordelijkheid wordt door vier verpleegkundigen ervaren:

“Ik weet nog wel dat ik het aan het begin heel heftig vond en dacht ‘o, wat een verantwoordelijkheid heb ik om het goed te laten gaan.’” (1.3)

Ook ervaren de verpleegkundigen het als heftig en zwaar om met suïcidale patiënten te werken.

Beide gevoelens worden drie keer genoemd.

“Ja, ik heb het best wel eens zwaar, het idee dat iemand z’n leven zou kunnen beëindigen.” (4.4)

“Je moet het dan toch een soort van uit handen geven, en dat kan best wel zwaar zijn.” (6.3)

Opvallend is dat drie verpleegkundigen aangeven dat hun gevoel samenhangt met wat voor soort patiënt zij te maken hebben:

“Dus het hangt wel een beetje van het beeld van de patiënt af hoe ik me voel.” (8.4)

Drie verpleegkundigen vinden het moeilijk om met suïcidale patiënten te werken:

“Enerzijds wel lastig, moeilijk, dan denk je van ‘er is zoveel moois om wel voor te blijven kiezen, om te blijven leven.’” (11.4)

Nog eens drie verpleegkundigen ervaren een positieve kant. Zij noemen het “een interessante groep” (14.3), “waardevol” (2.3) en een “mooie kant omdat je iemand in de realiteit kan brengen” (9.3).

Twee verpleegkundigen zien patiënten voornamelijk als mensen met een hulpvraag.

“Ik ben wel steeds meer gaan begrijpen dat het een hulpvraag is, een onderliggende hulpvraag waarvan ik hoop dat ik hem zie en kan begrijpen.” (1.3)

Een andere verpleegkundige zegt dat patiënten voor hem voornamelijk patiënten zijn. Ook noemt hij hierbij een zekere afstand te houden van de problemen. (12.3)

Eveneens ervaren twee verpleegkundigen de zorg voor een suïcidale patiënt als een last die op hen drukt.

“Op het moment dat ik hier ben, kan het echt wel gevoelsmatig een beetje drukken als een last.” (5.3)

Pittig is een gevoel wat door twee verpleegkundigen genoemd wordt. Er worden nog vijf andere ervaringen genoemd. Één verpleegkundige geeft aan de ernst in te schatten, een ander geeft aan angst te ervaren. Één verpleegkundige vindt het triest, een ander noemt het ‘het meest onaangename’. De laatste verpleegkundige geeft aan inmiddels gewend te zijn aan het werken met suïcidale patiënten.

4.2.6 Frequentie gedachten en gevoelens

Maar in acht van de veertien interviews is gevraagd naar hoe vaak de gedachten en gevoelens bij verpleegkundigen voorkomen.

Wat opvalt in de antwoorden is dat er maar drie van de acht keer een concreet getal genoemd is. Dat is respectievelijk één keer in de maand (4.8), vijf tot tien keer per jaar (12.8) en één keer in de twee maanden (13.7).

Twee verpleegkundigen ervaren deze gevoelens heel wisselend.

“Het is zo wisselend, het zijn soms weken heel veel en heel intensief, afhankelijk van de zorg, en er zijn weken dat het bijna niet aanwezig is.” (2.8)

“Ik werk hier drie dagen per week en wordt er niet elke week mee geconfronteerd. Het is heel wisselend, want je bent mentor van een aantal patiënten.” (7.8)

Één verpleegkundige zegt het volgende:

“Als iemand het erover heeft komen die gevoelens.” (9.8)

Één verpleegkundige antwoordt dat deze gevoelens altijd in zijn/haar achterhoofd aanwezig zijn:

“Ze zijn wel altijd in mijn achterhoofd aanwezig, die gevoelens, maar meer van: ‘nou wat is verstandig, welke interventie is goed om te doen.’” (11.8)

De laatste verpleegkundige geeft geen antwoord op de vraag.

4.2.7 Definitie suïcidaliteit

Aan acht verpleegkundigen is er gevraagd wat ze onder suïcidale patiënten verstaan.

Zes verpleegkundigen betrekken in hun definitie dat de patiënt gedachten heeft over de dood.

Zoals:

“Mensen die spelen met de gedachte om zelf een einde aan hun leven te maken.” (7.3)

Één verpleegkundige geeft een ander antwoord:

“Dat zijn mensen die met name het leven denken niet meer aan te kunnen.” (10.2)

Een andere verpleegkundige geeft een soortgelijk antwoord:

“Misschien is suïcidaliteit wel meer dan een doodswens, maar gewoon de wens dat het hier nu niet oké is.” (14.2)

4.3 Deelvraag 2: Hoe waarderen de verpleegkundigen hun gedachten en gevoelens?

4.3.1 Waardering gedachten en gevoelens

Mening	Aantal (n=13)
Ik heb geen moeite met mijn gedachten en gevoelens	11
Overig	2

Tabel 9 Waardering gedachten en gevoelens

Elf van de dertien verpleegkundigen antwoorden op deze vraag dat ze geen moeite hebben met hun eigen gedachten en gevoelens in contact met suïcidale patiënten.

“Ik vind het prima wat ik denk.” (1.7)

En zo antwoordt een ander:

“Als ik die gevoelens niet zou hebben zou ik denk ik afgestompt zijn in mijn werken. Dan zit je op het randje van burnout, denk ik.” (2.9)

Of een ander:

“Ik neig zelfs naar positief. Het zou gek zijn als ik er blij van was.” (6.8)

Één verpleegkundige noemt hierbij wel dat ze het vroeger lastiger vond haar gedachten en gevoelens te waarderen die bij haar opkwamen in contact met suïcidale patiënten.

“Nou, vooral in mijn begintijd vond ik dat altijd moeilijk en kan je waaromvragen ook wel omzetten in schuldvragen, dat je gaat denken van: ‘doe ik het dan niet goed?’” (5.7)

Één verpleegkundige geeft aan dat zij haar gedachten en gevoelens soms irritant kan vinden.

“Ja, weet je, je vraagt hier hulp, en je krijgt het voor elkaar dat ik me rot voel. Dat is irritant. En zeker bij snijders, dan denk ik: ‘het is gedrag.’” (14.8)

Ook vertelde één verpleegkundige dat ze voelt in een bepaalde positie te worden gemanoeuvreerd.

"Ik denk dat ik het meeste voel dat ik toch door mensen in een bepaalde positie gemanoeuvreerd wordt. Dat vind ik wel eens lastig. Tenzij mensen echt in een diepe depressie zitten en je ziet dat het er gewoon bij hoort, dan vind ik het heel naar. Dat vind ik wel een verschil." (8.8)

4.4 Deelvraag 3: Hoe gaan de verpleegkundigen om met hun gedachten en gevoelens?

4.4.1 Gedrag verpleegkundigen

Bij dit label is gevraagd hoe verpleegkundigen om gaan met hun gedachten en gevoelens.

Zeven verpleegkundigen geven aan hun gedachten en gevoelens met collega's te bespreken.

"Als ik het heel heftig vind, dan deel ik dat met collega's." (7.10)

"Allereerst heb je de collega's waarmee ik het deel, dat vind ik heel belangrijk." (10.10)

Anderen zeggen zelf te kiezen met wie ze er over willen praten. Bijvoorbeeld mensen die op één lijn zitten of die ook in de psychiatrie werken.

"Een vriendin van mij werkt ook in de psychiatrie, en die kent ook het klappen van de zweep, en dan vind ik het ook gewoon lekker om even met haar te praten." (14.9)

Enkele verpleegkundige noemen niet concreet wat ze doen met hun gedachten of gevoelens.

"Ja, mijn gedachten en gevoelens komen naar boven, ik herken ze en dan zakken ze weer. Ze blijven niet permanent. Ze zijn ook zo weer verdwenen door een andere opmerking." (13.8)

Verschillende keren wordt er genoemd dat de gedachten en gevoelens erbij horen.

"Ik vind het normaal dat ik ze heb." (6.9)

"Het mag er zijn en het enige wat je nog kunt is het in Gods handen leggen." (5.8)

Een andere manier van de verpleegkundigen om met hun gedachten en gevoelens om te gaan is:

"Als ik naar huis rijd dan denk ik er nog wel eens over na, maar daarna is het er ook niet meer." (9.11)

Ook ontspannende activiteiten worden genoemd.

"Ik ben iemand die graag klust thuis, dus dat is voor mij al een vorm van afleiding en ontspanning." (12.9)

4.4.2 Invloed werkervaring

De vraag bij dit label is als volgt gesteld: *"Naarmate u langer in de psychiatrie werkt is de omgang met gedachten en gevoelens verandert?"*

Alle verpleegkundigen geven aan dat hun werkervaring invloed heeft op hun gedrag. Aan één verpleegkundige is het niet gevraagd. Één van de dertien verpleegkundigen geeft aan:

"Ik denk dat ik minder krampachtig ben en beter zicht heb op verantwoordelijkheid waar die wel bij mij ligt en waar niet. En dat ik beter dingen bij een ander kan laten." (1.13).

Anderen antwoorden op de vraag of werkervaring invloed heeft op suïcidale patiënten zijn:

"Ja, ik kan het beter een plek geven." (5.12)

"Met eigen gedachten en gevoelens, ja, het wordt gemakkelijker om ze te plaatsen. Toen ik hier net werkte kostte het best veel moeite, energie en tijd om alles op een rijtje te krijgen. Om alles een plekje te geven. En nu lijkt het dat het allemaal wat gemakkelijker in een vakje rolt." (10.13).

4.4.3 Team

Twee verpleegkundigen gaven geen duidelijk antwoord op de vraag hoe het team om gaat met de gedachten en gevoelens. Deze antwoorden zijn daarom weg gelaten.

Negen van de twaalf verpleegkundigen geven aan dat het team open genoeg is om hun gedachten en gevoelens daarin te delen.

"Ja, ik kan het daar wel kwijt. Ik heb in ieder geval een luisterend oor." (1.9)

"Ja, en iedereen denkt toch wel een beetje verschillend erover. Maar ik vind wel dat er gewoon ruimte voor is." (8.12)

"Ja, ik voel wel de ruimte die er is om hierover te praten." (11.11)

Drie van de twaalf verpleegkundigen benoemen intervisie in hun antwoord.

"We hebben intervisie. Als er thema's zijn die vrij heftig zijn wordt het zeker wel multidisciplinair besproken." (2.12)

"Er is ruimte voor als je intervisie hebt." (13.11)

Vier verpleegkundigen vertellen hun gedachten en gevoelens vooral te delen met collega's die op één lijn zitten.

"Ja, zeker mensen waarbij ik niet op één lijn zit, daarmee zal ik niet zo snel de diepte in gaan." (2.12)

"Nee, ik kijk wel uit met wie ik werk. Ik zoek wel een beetje de mensen uit waarmee ik een klik mee heb." (7.14)

Één verpleegkundige geeft aan niet het idee te hebben dat er in het team gedachten en gevoelens gedeeld worden.

"Ik weet het eigenlijk niet goed. Het gaat er ook niet zo heel vaak over, alleen dan meer in de praktische zin van 'wat moeten we hiermee'." (3.14)

Tenslotte is er één verpleegkundige die aangeeft dat het goed zou zijn als er actiever mee om wordt gegaan binnen het team.

"En ja... Soms heb ik wel het idee dat het beter zou zijn als het meer in bepaalde vormen actiever ter hand zou worden genomen, bijvoorbeeld door intervisie of dat soort vormen van overleg." (12.13)

4.4.4 Betrokkenheid/afstand

Op de vraag of de verpleegkundigen een betrokken of een afstandelijke benadering hebben naar suïcidale patiënten hebben twee verpleegkundigen geen antwoord gegeven.

Vijf verpleegkundigen antwoorden een betrokken benadering te hebben naar patiënten toe.

"Ik ben wel meer betrokken." (2.14)

Zeven verpleegkundigen vertelden aan de ene kant een betrokken benadering te hebben maar anderzijds ook afstand te houden.

"Het is niet te betrokken, je moet ook een bepaalde manier van afstand houden." (7.13)

"Nou, ik denk precies er tussen in." (13.10)

"Ik denk wel meer bij de betrokkenheid. Ja, hoewel je soms ook die afstand wel gebruikt hoor. Nou, dat je het gewoon wel eens heel klinisch benoemt en beschrijft." (6.3)

Drie verpleegkundigen kiezen voor een afstandelijke benadering afhankelijk van de diagnose of de toestand van de desbetreffende persoon.

"Want bijvoorbeeld bij meiden met forse persoonlijkheidsproblematiek, wordt je dan heel betrokken dan wordt ze heel afhankelijk van jou. Dus dan neem ik wel meer een afstandelijke houding aan." (9.12)

Een andere verpleegkundige noemt te kiezen voor een afstandelijke benadering om open en eerlijk over de suïcidale uitingen te praten.

"Het komt soms wat afstandelijk, hard over, maar het grote voordeel vind ik dat als je er geen doeken om windt en niet meer heel erg dekkend praat, maar gewoon vrij zakelijk, dan is er in ieder geval ruimte om het gewoon maar te noemen zoals het is." (6.10)

Twee verpleegkundigen noemen geen reden waarom ze voor de betrokken of afstandelijke benadering kiezen.

4.4.5 Tegenoverdracht, delen met patiënten

Bij de vraag of de verpleegkundigen hun gedachten en gevoelens wel eens laten merken aan de patiënt geven vijf van de tien verpleegkundigen aan dit wel te doen.

"Ja, zeker wel. Ik vertel bijvoorbeeld wel dat het mij machteloos maakt of dat ik het rot vind om te zien of moeilijk vind om te communiceren als het zo gaat." (1.11)

Één verpleegkundige geeft aan het niet te doen.

"Nee, dat doe ik eigenlijk niet." (11.13)

De andere vier verpleegkundigen geven aan het soms te doen.

"Ik moet zeggen dat ik in contact vrij open ben, maar wel altijd afweeg of het baat heeft." (2.13)

Vier verpleegkundigen hebben geen antwoord gegeven op deze vraag.

4.5 Deelvraag 4: Speelt de christelijke identiteit van de verpleegkundigen een rol in hun gedachten, gevoelens en gedrag?

4.5.1 Meerwaarde christelijke zorg

De vraag bij dit label is op verschillende manieren gesteld. Er is meerdere keren gevraagd: “Kun je een meerwaarde noemen van christelijke zorg?”, maar ook “Wat is de meerwaarde van christelijke zorg?”.

Drie verpleegkundigen geven aan dat zij als meerwaarde van christelijke zorg ervaren dat zij hoop kunnen geven. Geciteerd wordt: ‘*Hoop*’ (5.15), ‘*Enige hoop*’ (8.16), ‘*Een stuk troost geeft het. Een stuk hoop ook.*’ (13.15)

Twee verpleegkundigen geven aan dat zij als meerwaarde zien dat zij de patiënten perspectief kunnen bieden, omdat zij geloven dat het niet ophoudt bij de dood. “*Het houdt niet op bij de dood.*” (12.17) en “*Dat je wel altijd nog perspectief hebt.*” (14.16)

Vijf verpleegkundigen geven aan dat ze als meerwaarde van christelijke zorg ervaren dat suïcide niet geaccepteerd is in het christelijk geloof.

Ze geven dit op verschillende manieren aan. In 3.18 wordt genoemd “*overeenstemming dat suïcide niet de bedoeling is*” en een ander citaat “*Maar ik doe het niet omdat ik anders in de hel kom en omdat het niet mag van God. En dat je het daar ook over kan hebben en ook kan kijken wat de Bijbel er over zegt*” (9.17). Ook wordt genoemd “*Dat het soms makkelijker is omdat suïcidaliteit bij bevindelijke christenen helemaal niet geaccepteerd is.*” (7.17)

Of “*Het weerhoudt mensen ook wel, het is meer een rem voor degene die er mee rond lopen. Dat ze toch vinden dat ze het toch niet mogen doen.*” (11.17)

Één van de vijf verpleegkundigen geeft hierbij nog aan dat het “*soms een extra stukje veiligheid*” biedt.

Drie verpleegkundigen geven aan dat ze patiënten op het geloof kunnen wijzen door middel van gesprek. “*Wanneer mensen een relatie met God hebben. Dat ik ze op God kan wijzen*” (1.16), “*In gesprek daarover kan gaan*” (2.18) en “*Je mensen er ook echt op kan wijzen.*” (6.15)

Één verpleegkundige geeft als meerwaarde aan “*dat ik misschien met ze mag bidden*” (1.16)

Één verpleegkundige antwoordt “*allereerst is nabijheid nodig als mens, en dan doe ik dat, vanuit mijn christelijke overtuiging.*” (10.16)

4.5.2 Ambivalentie christen zijn

In de eerste zes interviews is gevraagd of er een conflict is tussen het christen zijn en gedachten en gevoelens die hierbij horen. In de daaropvolgende interviews is er gevraagd naar tegenstrijdigheid.

Vier verpleegkundigen geven aan dat ze geen conflict of tegenstrijdigheid ervaren. In de interviews wordt dit aangegeven door middel van *“Nee, ik kan niet zoiets bedenken. Zo beleef ik dat hier niet.”* (2.17) of *“Nou, hier niet.”* (5.14)

Één verpleegkundige geeft een twijfelend antwoord, namelijk: *“Misschien niet zo. Van mij mag iemand suïcidaal zijn. Het is niet zo dat ik denk van: ‘o, dat mag niet van de Bijbel.’”* (12.16)

Negen verpleegkundigen geven aan dat zij tegenstrijdigheid ervaren.

“Tegelijkertijd: dat het niet klopt. In zo’n geval kloppen mijn gedachten niet met... Dan snap ik niet dat God daar niet doorheen breekt. Dat begrijp ik niet.” (1.15)

Of een ander *“Soms snap ik het ook nog wel dat iemand zelf het leven ondragelijk vind, dus ik snap het wel. Terwijl ik wel weet van: ja, het mag niet.”* (7.16)

En een ander *“Als mensen bijvoorbeeld heel stellig zijn, van: ‘God vindt dat niet erg, dus wat weerhoudt mij dan.’ God bepaalt het begin en het einde van ons leven.”* (3.17)

Één verpleegkundig noemt hierbij ook gevoelens die ze ervaart bij patiënten die in strijd zijn met Bijbelse waarden.

4.5.3 Gedachten en gevoelens christen zijn

Op de vraag welke gedachten en gevoelens verpleegkundigen ervaren met betrekking tot het christen zijn, worden de volgende gevoelens benoemd: verdriet, medelijden, boosheid, schokkend of begrip. Hier enkele citaten:

“Ik vind het verdrietig om te zien dat zo iemand zich niet meer ziet zoals God dit bedoeld heeft, wat hij waard is. Dat het lijntje met God wat er had kunnen zijn er niet meer is.” (1.14)

“Ja, daar ervaar ik wel boosheid” en “Ik geloof dat de duivel daar ook zijn rol in speelt, dat hij het leven kapot wil maken.” (4.12)

“Medelijden. Je kan wel te doen hebben met mensen in bepaalde situaties, die zo klem zitten en zo ziek zijn. Je voelt het lijden en je probeert het lijden mee te dragen zodat het voor de ander wat minder heftig wordt.” (5.13)

Ook worden er gedachten benoemd door verpleegkundigen.

“Nou, ik vind het altijd wel ingewikkeld als die gedachten toch ook hier rondspelen. Ervaren die mensen dan toch geen hoop in hun leven of is dit dan de enige uitweg dat je die direct benoemd? Jammer dat je daar geen moed uit kunt halen of dat je dan toch die gedachte moet hebben.” (8.15)

“Wat ik vaak denk is: ‘Hoe zou de Here Jezus hier op in zijn gegaan? Hoe zou Jezus hiermee om zijn gegaan? Wat zou Jezus gedaan hebben? Hoe kijkt God hiernaar als mensen helemaal geen uitkomst meer zien, de dood als enige uitkomst zien?’ (9.15)

Ook benoemen enkele verpleegkundige in hun antwoord wat ze ervan vinden als iemand zelf een einde aan zijn leven maakt.

Zoals: “Ja, ik denk: ‘het leven is door God gegeven’ en ik denk dat je daar niet zelf een eind aan mag maken. Anderzijds denk ik wel dat er psychische ziektes zijn waardoor het gevolg kan zijn dat je een eind aan je leven maakt. Ik denk zelf wel dat God barmhartig is.” (7.15)

Of een ander: “Christen ben ik in heel mijn wezen, ik kan het even niet zo goed onderscheiden. Nou ja, wel dat ik denk: ‘De nood moet hoog zijn, als iemand die keuze wil maken.’ Wat voor mij een helpende gedachte is, is dat waar er gesuïcideerd wordt in de Bijbel dat Jezus zelf het niet veroordeeld. En ik denk: ‘Dan moeten wij het zeker ook niet doen.’ Dat is dan zo het gevolg van de ziekte. Bijvoorbeeld Judas werd veroordeeld omdat hij Jezus verraden heeft, en je leest niets van veroordeling over zijn suïcide. Dus dat maakt me dan ook wel mild. Ik zit me dan echt te irriteren als ik ergens een preek hoor, zo’n catechismusprek over ‘Gij zult niet doden’, dat het ook over onszelf gaat. Ik denk van: ‘Nou, dan moet je wel de Bijbel nog even lezen.’” (14.14)

5. Conclusie

5.1 Inleiding

In de conclusie wordt er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag en de deelvragen.

5.2 Conclusies deelvragen

Deelvraag 1: Welke gedachten en gevoelens komen er bij de verpleegkundigen naar boven?

Verpleegkundigen vinden het lastig om onderscheid te maken tussen gedachten en gevoelens. Wanneer er naar gedachten wordt gevraagd, komen er gevoelens naar boven. Ook komen er vragen naar boven die gericht zijn op hoe zij hier als verpleegkundige mee om moeten gaan. De gedachten en gevoelens van de verpleegkundigen hangen af van het ziektebeeld en van het gedrag van de patiënt. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen roepen andere gedachten en gevoelens op bij de verpleegkundigen.

Verpleegkundigen ervaren een sterke verantwoordelijkheid in het contact met suïcidale patiënten en omschrijven dit als pittig. Machteloosheid voelt men ook, doordat zij het idee hebben geen hoop of perspectief meer te kunnen bieden, omdat de situatie soms uitzichtloos lijkt voor de patiënt. Eveneens ervaren meerdere verpleegkundigen verdriet en boosheid. Veruit de meeste verpleegkundigen ervaren bedroefdheid als overheersend gevoel.

Een deel van de verpleegkundigen geeft aan het lastig te vinden om met suïcidale patiënten om te gaan, vooral vanwege de verantwoordelijkheid die men voelt. Dat zij veel verantwoordelijkheid voelen in contact met suïcidale patiënten blijkt ook uit het onderzoek van Rebel (2011).

Omdat de definitie van suïcidaliteit door verpleegkundigen verschillend wordt gedefinieerd, is er een groot verschil in de frequentie van de gedachten en gevoelens die verpleegkundigen ervaren.

Deelvraag 2: Hoe waarderen de verpleegkundigen hun gedachten en gevoelens?

Vanuit het onderzoek van Rebel (2011) blijkt dat verpleegkundigen veelal negatieve gedachten en gevoelens ervaren met betrekking tot suïcidaliteit. Toch lijken ze geen moeite te hebben met deze gedachten en gevoelens. Ondanks dat de gedachten en gevoelens vaak negatief zijn, vinden de verpleegkundigen het grotendeels normaal dat ze deze gedachten en gevoelens hebben.

Verpleegkundigen waarderen deze gedachten en gevoelens als menselijk. Op basis van deze aanwijzingen blijkt dat het christelijk geloof geen remmende invloed heeft op de waardering van deze gedachten en gevoelens bij verpleegkundigen.

Deelvraag 3: Hoe gaan de verpleegkundigen om met hun gedachten en gevoelens?

Verpleegkundigen die werken met suïcidale patiënten vinden het belangrijk hun gedachten en gevoelens met collega's te bespreken. Het delen van gedachten en gevoelens helpt verpleegkundigen om deze te verwerken. Het wordt als prettig ervaren dat de collega begrip toont. Gedachten en gevoelens worden vooral één op één gedeeld. Hiermee wordt een collega bij wie ze zich vertrouwd voelen of waarmee ze dezelfde visie delen ten opzichte van suïcidaliteit bedoeld. De visie over suïcidaliteit binnen het team is verschillend, maar dit wordt niet in het team besproken.

Een andere manier van omgaan met de gedachten en gevoelens is dat verpleegkundigen ontspanning zoeken. Deze manier wordt alleen gebruikt door mannelijke verpleegkundigen. De werkervaring heeft invloed op de omgang met gedachten en gevoelens. Naarmate verpleegkundigen langer werkzaam zijn in de psychiatrie, ervaren zij de gevoelens minder en vinden zij een manier om met hun gedachten en gevoelens om te gaan.

Verpleegkundigen benaderen suïcidale patiënten vooral met een betrokken houding. Dit lijkt voor hen de beste manier. Zij houden bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek meer afstand. De helft van de verpleegkundigen die deze vraag beantwoord hebben, geeft aan regelmatig hun gedachten en gevoelens met de patiënt te bespreken.

Deelvraag 4: Speelt de christelijke identiteit van de verpleegkundigen een rol in hun gedachten, gevoelens en gedrag?

Verpleegkundigen ervaren verschillende gevoelens met betrekking tot het christen zijn. Er wordt tegenoverdracht opgeroepen.

Ook is opvallend dat verpleegkundigen in hun antwoorden regelmatig het oordeel van God over suïcide betrekken, terwijl hier niet specifiek naar gevraagd wordt. Verpleegkundigen houden zich regelmatig bezig met de veroordeling van God wat betreft suïcide.

Verder ervaart het overgrote deel van de verpleegkundigen ambivalentie in hun gedachten en gevoelens met betrekking tot het christen zijn. Deze wordt met name ervaren door de overtuiging van de verpleegkundigen dat suïcide niet geoorloofd is tegenover de gedachte dat zij begrijpen dat de patiënt niet verder wil leven. De levensovertuiging van verpleegkundigen beïnvloedt de mate van tegenstrijdigheid die zij ervaren.

Als meerwaarde van christelijke zorg ervaart een groot deel van de verpleegkundigen de hoop die ze patiënten kunnen bieden. Verder is opvallend dat een deel van de verpleegkundigen vertelt dat, juist door de christelijke identiteit van patiënten, er meer rust en veiligheid ervaren wordt. Dit is het geval, wanneer patiënten denken niet in de hemel te komen, wanneer zij een einde aan hun leven maken. Het lijkt dan minder waarschijnlijk dat patiënten daadwerkelijk suïcide plegen.

Onderzoeksvraag: In hoeverre ervaren verpleegkundigen gedachten, gevoelens en gedrag die suïcidale patiënten bij hen oproepen in het contact?

Uit dit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen veel uiteenlopende gedachten hebben met betrekking tot suïcidaliteit. Over suïcidaliteit hebben verpleegkundigen verschillende visies. Verpleegkundigen voelen zich vooral machteloos of bedroefd in contact met suïcidale patiënten. Zij bespreken hun gedachten en gevoelens met collega's die met hen op één lijn zitten.

6. Discussie

6.1 Inleiding

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is het mogelijk dat er verschillende factoren van invloed zijn geweest op het onderzoeksproces. In dit hoofdstuk wordt de methode en de inhoud van het onderzoek kritisch bekeken. Deze discussiepunten worden in dit hoofdstuk weergegeven.

6.2 Respondenten

De verpleegkundigen zijn via de e-mail benaderd voor het afnemen van een interview. De dienstlijst van de verpleegkundigen is hiervoor gebruikt. De onderzoekers zijn bovenaan de lijst begonnen met het e-mailen van de verpleegkundigen en hebben zo één voor één de lijst afgewerkt. Vanwege de tijdsdruk hebben de onderzoekers niet iedere keer gewacht op antwoord van de verpleegkundigen, maar zijn de volgende verpleegkundigen gemaild. Ook zijn er twee verpleegkundigen die zich vrijwillig, zonder het beantwoorden van de mail, op hebben gegeven voor een interview op de dag dat de onderzoekers aanwezig waren in de kliniek. Hierdoor is de werving van verpleegkundigen niet volledig op een aselectieve wijze verlopen (Verhoeven, 2006).

6.3 Interviewers

Nadat er zes interviews waren afgenomen en uitgewerkt, zijn de interviews en uitwerkingen geëvalueerd. Tijdens deze evaluatie is er door de onderzoekers in de eerste plaats geëvalueerd op de interviewer en de interviewvragen (Evers, 2007). Om de interviews meer betrouwbaarder te maken is besloten de groep onderzoekers te splitsen in twee vaste interviewers en twee vaste observanten. Zo zullen er minder verschillen zijn tussen de resultaten van de interviews. De onderzoekers die de interviews zouden vervolgen maakten tijdens de eerste interviews de meest neutrale indruk, zodat dit de meest betrouwbare resultaten op zou leveren. Dit betekent wel dat er twee verpleegkundigen zijn geïnterviewd door andere interviewers wat wellicht invloed zou kunnen hebben op de inhoud van de antwoorden die verpleegkundigen hebben gegeven (Evers, 2007).

6.4 Wijzigen topiclijst

Tijdens deze evaluatie is het interview iets gewijzigd wegens verwarring van het begrip suïcidaliteit. Vanaf het zesde interview is er door de onderzoekers aan de verpleegkundige gevraagd wat zij onder suïcidaliteit verstaan. Deze wijziging is ook gebruikt om de snelheid waarmee er de diepte wordt ingegaan tijdens het interview wat te vertragen.

Tijdens de evaluatie kwamen de onderzoekers erachter dat de vraag: *“Heeft u wel eens dat gedachten en gevoelens in conflict komen met het christen zijn?”* geen goede vraag was, omdat het woord conflict allerlei associaties naar boven bracht. Daarom hebben de onderzoekers vanaf het zevende interview de vraag veranderd in: *“Ervaart u wel eens tegenstrijdigheid met de gedachten en gevoelens die u heeft, die volgens u niet aan de Bijbelse normen voldoen?”*. Wellicht dat door de wijziging van deze vraag de antwoorden op deze vraag kunnen afwijken.

6.5 Onderzoekers

Één van de onderzoekers werkt nog regelmatig in de kliniek. Het is mogelijk dat dit de verpleegkundigen heeft kunnen weerhouden om bepaalde informatie te delen tijdens het afnemen van de interviews.

7. Aanbevelingen

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven. Deze zijn vanuit de resultaten opgesteld.

7.2 Symposium

Verschillende verpleegkundigen lieten in de interviews merken dat ze met veel vragen zitten zoals: *“Waar is God in dit leed?”*, *“Wat zou Jezus gedaan hebben?”* en *“Hoe kan ik patiënten toch op Jezus wijzen?”*. Een aanbeveling hierbij is dat er een symposium gegeven wordt door iemand die hier veel van af weet zodat verpleegkundigen van een externe persoon informatie krijgen.

7.3 Visie delen

Verpleegkundigen geven aan dat zij hun gedachten en gevoelens delen met collega's die dezelfde visie hebben. Hiermee lijken zij de discussie met collega's die anders denken te vermijden. Daarnaast rijst de vraag naar boven of iedereen dan wel een maatje heeft waar zij hun visie en mening mee delen. Een aanbeveling hierbij zou kunnen zijn dat er naast het geven van een symposium, ook ruimte is voor gesprek tussen collega's over hun visie op suicidaliteit. Dit kan tijdens het symposium maar kan ook regelmatig tijdens intervisie terugkomen.

7.4 Inschatting suicidaliteit

Door verpleegkundigen wordt telkens een inschatting gemaakt naar de mate van suicidaliteit van de patiënt. Het nadeel hiervan is dat deze altijd persoonlijk getint wordt door de verpleegkundigen. Een aanbeveling zou zijn om voor de inschatting van suicidaliteit een schaal te gebruiken. Een voorbeeld van zo'n schaal is de Suicide Ideatie Schaal (Beck) of de InterSePT-schaal (Preston, Hansen, 2005).

7.5 Vervolg onderzoek

In dit onderzoek is alleen gekeken naar de christelijke verpleegkundigen. Om dit te vergelijken met regulieren instellingen zal er een vergelijkend onderzoek gedaan moeten worden bij een andere instelling.

8. Literatuurlijst

Boeken:

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Boon, T. den, & Geeraerts, D. (2005). *Van Dale*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie
- Boswijk-Hummel, R. (2003). *Liefde in wonderland*. Haarlem: de Toorts
- Delft, F. van (2009). *Overdracht en tegenoverdracht, een therapeutisch fenomeen vertaald naar alledaagse psychosociale begeleiding*. Soest: Uitgeverij Nelissen
- Emans, B. J. M. (2003). *Interviewen: theorie, techniek en training*. Groningen: Stenfert Kroese
- Hart 't, H., Boeije, H., & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Utrecht: Boomonderwijs
- Plooi, F. (2008). *Onderzoek doen*. Hilversum: Pearson Education
- Schalkwijk, F. (2006). *Dit is psychoanalyse*. Amsterdam: Boom
- Verhoeven, N. (2007a). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boomonderwijs
- Wijk, J. van (2007). *Succesvol afstuderen*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff
- Wiel, H. van de, & Wouda, J. (2000). *Zelfzorg voor verpleegkundigen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Onderzoeken:

- Groot, M., Kerkhof, A. J. F. M., & Ponti, K. de (2009). *Onderzoek naar aspecten van suïcide in Nederland 2008- 2012; een quickscan*. Amersfoort: GGZ Nederland
- Rebel, H. (2011). *Visie op suicidaliteit, een kwalitatief onderzoek*. Eleos

Artikelen:

- Carlén, P., & Bengsson, A. (2007). *Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care*. International Journal of Mental Health Nursing, 16, 4, 257-265
- Joyce, B., & Wallbridge, H. (2003). *Effects of Suicidal Behaviour on a Psychiatric Unit Nursing Team*. Journal of Psychosocial Nursing, 41, 3, 14-23

Long, A., & Reid, W. (2008). *An exploration of nurses' attitudes to the nursing care of the suicidal patient in an acute psychiatric ward*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 3, 1, 29-37

Markham, D., & Trower, P. (2003). *The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours*. British Journal of Clinical Psychology, 42, 3, 234-256

McLaughlin, C. (1999). *An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding in-patients care for suicidal patients*. Journal of Advanced Nursing, 29, 5, 1042-1051

Rebel, M. G., Boer, F. de, Hooft, T. van der, & Meijel, D. van (2010). *Psychiatrisch verpleegkundigen en hun omgang met suïcidale patiënten*. MGv, 65, 1/2, 73-87

Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I., & Asberg, M. (1997a). *Nurses' attitudes to attempted suicide patients*. Scandinavian Journal of Caring Science, 11, 4, 232-237

Samuelsson, M., Asberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997b). *Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide*. Acta Psychiatrica Scandinavia, 95, 3, 222-230

Samuelsson, M., & Asberg, M. (2002). *Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients*. International Journal Nursing Studies, 39, 1, 115-121

Talseth, A. G., & Lindseth, A. (1997). *Nurses' narrations about suicidal psychiatric in-patients*. Nordic Journal of Psychiatric, 51, 359-364

Valente, S. (2002). *Overcoming barriers to suicide risk management*. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services, 40, 7, 22-33

Verhoeven, M., Meijel, M. van, Winter, K. de, Kars, M. (2007b). *Als de dood voor het leven*. Verpleegkunde: Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen, Jaargang 22, nr. 1. 8-18

Internet:

Beck (2011). *Beck Scales and Inventories*. Binnengehaald 31 mei 2011 van <http://www.med.upenn.edu/suicide/beck/scales.html>

Bos, A. (2008). *Hoorcollege suicide*. Binnengehaald 12 mei 2011 van https://extranet.che.nl/gezondheidszorg/onderwijsvoltijd/SitePages/Introductiepagina.aspx?Paged=TRUE&p_SortBehavior=0&p_FileLeafRef=V2%20bl1%2d4%20VT0%20Studie%20Loopbaan%20Ontwikkeling%2epdf&p_ID=25&PageFirstRow=31&&View={08749411-5A7F-4F4F-B400-A8A9B7BA3937}

Eleos (2011). *Wie zijn wij, Eleos in het kort*. Binnengehaald 19 april 2011 van http://www.eleos.nl/Wie_zijn_wij

NedKAD (2011). *Hulpmiddelen bij risicotaxatie*. Binnengehaald 31 mei 2011 van <http://www.nedkad.nl/professionals/hulpmiddelen-bij-risicotaxatie.htm>