De suïcidale adolescent thuis in crisis

Onderzoeksproject SpoedHulp Thuis Divisie Venlo

Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg

FONTYS HOGESCHOOL

BACHELOR OPLEIDING TOT VERPLEEGKUNDIGE BRANCHEGERICHT

HEIDI HURKMANS 2384019
JOYCE JACOBS: 2352206
PROJECTBEGELEIDER: DHR. P. VAN WINKEL
EXAMINATOR: MW. J DUITS
NAAM INSTELLING: VINCENT VAN GOGH
31-7-2015

Voorwoord

Dit is het afstudeeronderzoek van Heidi Hurkmans en Joyce Jacobs, beide student aan de branche gerichte opleiding HBO Verpleegkunde in Eindhoven en werkzaam op het Vincent van Gogh (VvG). De projectgroep is tot stand gekomen door gezamenlijke interesses op het gebied van adolescentie en ambulant werken. Hierdoor is de leidinggevende van het Intensieve SpoedHulp Thuis (IHT) benaderd voor een gesprek.

In april 2014 is het IHT gestart omdat er met minder mensen meer zorg geleverd moest worden in een ambulante setting, daarnaast zijn de klinische bedden op de adolescenten kliniek afgebouwd. Hierdoor zullen adolescenten die in crisis verkeren in zorg komen bij het IHT.
Verpleegkundigen van het IHT zijn voornamelijk werkzaam geweest in de volwassenpsychiatrie en daarom is de vraag gesteld of de huidige verpleegkundige interventies aansluiten bij de adolescent. De adolescenten binnen het IHT melden zich voornamelijk aan met suïcidale gedachtes vanwaar de keuze is gemaakt om het onderzoek te richten op verpleegkundige interventies bij de suïcidale adolescent.

Het onderzoeksproject heeft plaats gevonden van september 2014 tot juli 2015 en middels dit verslag met trots gepresenteerd.
Na het doen van literatuuronderzoek en interviews wordt met trots de conclusie gepresenteerd.
Er is intensief en op een professionele manier samengewerkt om tot dit eindproduct te komen.
De projectgroep is door de experts en het verpleegkundig team van het IHT open en hartelijk ontvangen en alle medewerkers zowel binnen als buiten de instelling hebben een positieve bijdrage geleverd aan het onderzoek. De projectgroep wil hen hiervoor hartelijk danken.

Een speciale dank gaat uit naar onze opdrachtgever mevrouw M. Kleeven, examinator mevrouw J. Duits en projectbegeleider de heer P. van Winkel voor de hulp en feedback.

Samenvatting

Vincent van Gogh (VvG) heeft als doel gesteld de zorg van de adolescent zoveel mogelijk in de thuissituatie plaats te laten vinden (De Wolff-Evers, 2013). Hierdoor zijn er klinische bedden afgebouwd en is de ambulante zorg uitgebreid. Door deze verandering is Intensieve spoedHulp Thuis (IHT) in april 2014 opgestart. Het IHT biedt ambulante hulp tijdens een psychiatrische crisis aan cliënten met alle leeftijden. De verwachting is dat de groep adolescenten in de leeftijd van 16 tot 22 jaar meer zal toenemen binnen het IHT vanwege de afbouw van de klinische bedden.
De hoofdvraag die onderzocht werd, luidt als volgt:

'In hoeverre worden verpleegkundige interventies die aansluiten bij de suïcidale adolescent toegepast binnen het IHT van het Vincent van Gogh?"

Methode
Er is een kwalitatief beschrijvend onderzoek uitgevoerd gericht op de verpleegkundige interventies. De data zijn verzameld door een literatuurstudie, semigestructureerde interviews met experts en een focusinterview binnen het IHT.
In de literatuurstudie is onderzocht of er effectieve verpleegkundige interventies staan beschreven voor de suïcidale adolescent.
Er zijn experts geïnterviewd om te onderzoeken hoe de gevonden verpleegkundige interventies worden ingezet bij de suïcidale adolescent.
Na blending van alle informatie is er een focusinterview gehouden onder het verpleegkundig team van het IHT.
Na het focusinterview is vergeleken welke interventies er al ingezet worden en welke nog ontbreken.

Resultaten
Uit de resultaten van het onderzoek is gebleken dat het belangrijk is dat de verpleegkundige interventies eerst gericht zijn op de veiligheid van de suïcidale adolescent. Om zicht te krijgen in de mate van suïcidaliteit is de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR DBSG) opgesteld. Het is belangrijk om ouders bij de behandeling te betrekken. De adolescent heeft vanaf 16 jaar eigen beslissingsrecht. Wanneer de adolescent weigert ouders te betrekken, moet de verpleegkundige zich hier niet door laten leiden. Het is van belang te bepreken waarom ouders betrokken worden tijdens de suïcidale crisis. De psychiater moet worden ingeschakeld voor een beoordeling als de adolescent dit blijft weigeren.
Als de veiligheid is gewaarborgd, kunnen de interventies gericht zijn op gedragsverandering. Dit kan door verschillende methodes, waaronder motiverende gespreksvoering gericht op jong volwassenen en psycho-educatie. Het is belangrijk dat gesprekjes kort worden gehouden omdat de spanningsboog laag is. Iedere adolescent leert anders. Dit kan cognitief zijn of juist praktisch, daarom moet de zorg op maat worden aangeboden.
De adolescent is een onderdeel van het gezin, dit is het primaire systeem. Ouders zijn verantwoordelijk voor hun kind, het is belangrijk om na te vragen of ouders de situatie aankunnen. Als de draagkracht niet voldoende is om de veiligheid te kunnen waarborgen, kan de verpleegkundige onderzoeken of naaste contacten van de adolescent ondersteuning kunnen bieden om de veiligheid te waarborgen.

Conclusies en aanbevelingen

Het verpleegkundige team van het IHT zet interventies in bij de suïcidale adolescent om de veiligheid te waarborgen. Het primair systeem wordt hierbij betrokken. Het uitvragen van de suïcidaliteit wordt beheerst. Er is echter geen eenduidige werkwijze bij het uitvragen van de suïcidaliteit bij de adolescent. Door enkele verpleegkundigen wordt getwijfeld of er rekening gehouden moet worden met de ontwikkelingsfase van de adolescent. De MDR BDSG en experts geven aan dat de werkwijze bij het uitvragen van de suïcidaliteit hetzelfde is als bij volwassenen. Er zal een terugkoppeling gemaakt worden met de trainers van de suïcidepreventie om dit onderdeel in de jaarlijkse suïcidepreventie te bespreken. De eerste prioriteit bij de suïcidale adolescent is de veiligheid waarborgen.

Is de veiligheid gewaarborgd dan kunnen de verpleegkundige interventies zicht richten op gedragsverandering bij de suïcidale adolescent. In het verpleegkundig team wordt wisselend gedacht over het bieden van afstand en nabijheid bij de adolescent. In de literatuur staat beschreven dat het belangrijk is om kennis te hebben over de ontwikkelingsfase van de adolescent, door experts wordt dit bevestigd. De adolescent kan mogelijk overvraagd worden. Hierdoor wordt de aanbeveling gedaan voor deskundigheidsbevordering om kennis en inzicht over de ontwikkelingsfase van de adolescent te vergroten.

SAMENVATTING - 3 -

1 INLEIDING - 7 -

1.1 Aanleiding van het onderzoek - 7 -
1.3 De vraagstelling - 7 -
1.4 Deelvragen - 8 -
1.5 Doelstelling - 8 -
1.6 Het IHT binnen de organisatie VvG - 8 -
1.7 Relevante theorie - 9 -
1.7.1. Adolescentie - 9 -
1.7.2. Psychiatrische nood bij de adolescent - 9 -
1.8 Leeswijzer - 9 -

2 LITERATUURSTUDIE - 11 -

2.1 Zoekstrategie - 11 -
2.1.1. Gevonden relevante data - 12 -
2.2 Resultaten van literatuurstudie - 14 -
2.2.1. Onderzoek naar de suïcidale adolescent - 14 -
2.2.3. Verpleegkundige interventies die ingezet worden bij de suïcidale adolescent - 15 -
2.2.4. Verpleegkundige interventies voor het systeem van de suïcidale adolescent - 16 -
2.3 Conclusie literatuurstudie - 18 -

3 ONDERZOEKSMETHODEN: SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS MET EXPERTS - 19 -

3.1 Onderzoeksbenadering - 19 -
3.2 Dataverzamelingstechniek - 19 -
3.3 Onderzoekspopulatie - 20 -
3.4. Data-analyse methode - 21 -
3.5. Kwaliteitsborging van de interviews - 21 -

4 ONDERZOEKSRESULTATEN: SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS MET EXPERTS - 22 -

4.1 Resultaten - 22 -
4.2 Deelconclusie - 26 -

5 ONDERZOEKSMETHODEN FOCUSINTERVIEW VERPLEEGKUNDIG TEAM - 28 -

5.1 Onderzoeksbenadering - 28 -
5.2 Dataverzamelingstechniek - 28 -
5.3 Onderzoekspopulatie - 29 -
5.4. Data-analyse methode - 29 -
5.5. Kwaliteitsborging van de focus interview - 29 -

6 ONDERZOEKSRESULTATEN FOCUSINTERVIEW VERPLEEGKUNDIG TEAM - 31 -

6.1 Resultaten - 31 -
6.2 Deelconclusie onderzoek - 37 -

7 CONCLUSIE EN DISCUSSIE - 38 -

7.1. Conclusie - 38 -
7.2 Discussie - 38 -
7.3 Aanbevelingen - 40 -

8 IMPLEMENTATIE EN EVALUATIE - 41 -

9 NAWOORD - 47 -

10 LITERATUURLIJST - 48 -

BIJLAGEN - 53 -

Bijlage 1 Zorgafstemmingsgesprek (ZAG) - 53 -
Bijlage 2 Het Adolescentenbrein - 53 -
Bijlage 3 Belangrijke observatiepunten en signalen van suïcidaliteit - 54 -
Bijlage 4 Freake et. al.(2007) De volgende aspecten worden belangrijk ervaren door de adolescent - 55 -

Bijlage 5 Topics deelvraag 2 - 56 -
Bijlage 6 Multi Dimensionele Family Therapie - 57 -
Bijlage 7 Topics Focusinterview - 58 -
Bijlage 8 gevonden data - 58 -
Bijlage 9 Tijdsplanning data en implementatieplanning - 65 -

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Vincent van Gogh (VvG) heeft als doel gesteld de zorg van de adolescent zoveel mogelijk in de thuissituatie plaats te laten vinden (De Wolff-Evers, 2013). Hierdoor zijn er klinische bedden afgebouwd en is de ambulante zorg uitgebreid. Door deze verandering is Intensieve spoedHulp Thuis (IHT) in april 2014 opgestart. Het IHT biedt ambulante hulp tijdens een psychiatrische crisis aan cliënten met alle leeftijden. De verwachting is dat de groep adolescenten in de leeftijd van 16 tot 22 jaar meer zal toenemen binnen het IHT vanwege de afbouw van de klinische bedden.

De adolescent binnen het IHT meldt zich hoofdzakelijk met een suïcidale gedachte, suïcide-uiting of een suïcidepoging. Bij de aanmelding is de diagnose meestal niet bekend. De adolescent wordt samen met ouders uitgenodigd voor een zorg afstemmingsgesprek (ZAG)[1] (persoonlijke communicatie, 8 mei,2015). Afhankelijk van de ernst van de problematiek wordt het IHT ingeschakeld. Bij de start van het IHT wordt er een behandelplan opgesteld en huisbezoeken ingepland.
De adolescenten binnen het IHT wonen over het algemeen bij ouders. Verpleegkundigen zien in de dagelijkse praktijk dat ouders zich vaak machteloos voelen en niet weten hoe ze met de situatie om moeten gaan. De verpleegkundigen geven aan dat het belangrijk is ouders actief te betrekken en ondersteunen in het proces van hun kind. Er is op dit moment geen eenduidig beleid binnen het IHT hoe deze zorg vorm te geven.

Het VvG heeft de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR DBSG) geïmplementeerd in de dagelijkse praktijk. Het verpleegkundig team van het IHT is bijgeschoold op het gebied van suïcidepreventie. In deze scholing zijn geen specifieke interventies voor suïcidale adolescenten aan bod gekomen. Wel is duidelijk geworden dat het aantal suïcides en suïcidepoging bij de adolescenten in Nederland toegenomen is. De leeftijdsperiode waarin zelfdoding het meeste voorkomt onder jongeren is tussen de 20 en 25 jaar. In 2013 ging het daarbij om 88 jongeren (CBS, 2015).

Het verpleegkundig team van het IHT heeft voornamelijk ervaring in de volwassenzorg en weinig tot geen ervaring met hulpverlenen aan adolescenten. De verpleegkundigen zetten interventies bij de suïcidale adolescent in op basis van werkervaring vanuit de volwassenzorg, persoonlijke ervaringen en intuïtief.
Hierdoor stelt het verpleegkundig team de vraag of de huidige verpleegkundige interventies voldoende aansluiten bij de zorg voor de suïcidale adolescent in een ambulante setting.

1.3 De vraagstelling

In hoeverre worden verpleegkundige interventies die aansluiten bij de suïcidale adolescent toegepast binnen het IHT van het Vincent van Gogh?

[1] Bijlage 1

1.4 Deelvragen

1) Welke interventies staan er beschreven in de literatuur die verpleegkundigen in kunnen zetten bij de suïcidale adolescent?
2) Wat zijn ervaringen van andere divisies en / of instellingen met betrekking tot interventies gericht op de suïcidale adolescent die verpleegkundigen kunnen inzetten?
   Deelvraag 2 wordt onderzocht door Heidi Hurkmans
3) Welke interventies passen verpleegkundigen van het IHT binnen het Vincent van Gogh toe bij de suïcidale adolescent?
   Deelvraag 3 wordt onderzocht door Joyce Jacobs
4) Welke handvatten kunnen er aangeboden worden aan verpleegkundigen van het IHT gericht op verpleegkundige interventies die aansluiten bij de suïcidale adolescent?
   Het implementatieplan wordt gezamenlijk uitgevoerd.

1.5 Doelstelling

Het onderzoek wordt uitgevoerd voor de verpleegkundigen van het IHT, met als doel in juli 2015, hen te voorzien van inzicht in eigen handelen en verbeterpunten te formuleren met betrekking tot verpleegkundige interventies gericht op de suïcidale adolescent.

1.6 Het IHT binnen de organisatie VvG

VvG biedt een breed en volledig zorgpakket van geestelijke gezondheidszorg aan mensen met (ernstige) psychische problemen of psychiatrische ziektebeelden. VvG verleent zorg, behandeling en begeleiding en geeft consultatie over behandeling. De ondersteuning is gericht op herstel en maximale participatie in de samenleving.
Het uitgangspunt van het VvG is het zorgen samen doen. Dit betekent met de cliënt, zijn naaste betrokkenen en met andere organisaties.
Het IHT is een onderdeel van de Outreachende Zorg van Vincent van Gogh in Noord- en Midden-Limburg (Vincent van Gogh, 2014).
In de visie van het IHT (Vincent van Gogh, z.j.) wordt beschreven dat cliënten beter thuis behandeld kunnen worden, daar waar zij zich het meest veilig voelen. Thuis kunnen zij hun rollen, bijvoorbeeld als ouder of partner, behouden ondanks de (dreigende) crisis en wordt er gebruik gemaakt van de mogelijkheden in hun eigen omgeving.
Per situatie wordt ingeschat of het verantwoord is dat cliënten thuis behandeld worden. Dat is afhankelijk van de problematiek en de omgeving waarin men leeft. Soms zijn cliënten zo overprikkeld dat een opname toch gewenst is. Opname wordt gezien als een tijdelijke interventie van het ambulante proces. Het IHT-team biedt na ontslag van een klinische opname ondersteuning in de thuissituatie.
De behandeling en begeleiding van IHT team is er op gericht om een opname te voorkomen of te verkorten. Naast de zorg voor de cliënt, wordt familie en/of betrokkenen ondersteund tijdens de crisis. Gedurende de crisis kan de zorg zo intensief als nodig geleverd worden.

De IHT teams zijn afgeleid van de in Engeland functionerende Crisis Resolution Home Treatment teams (CRHT) (Johnson et al, 2008).
Uit een gerandomiseerde gecontroleerd experiment “Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team“(2005), beschreven in The British Journal of Psychiatry is een

duidelijk effect aangetoond van het verminderen van opnames en opnameduur door de inzet van CRHT teams. De patiënten zijn meer tevreden over de CRHT teams ten opzichte van de klinische opname afdelingen, daarnaast blijkt deze aanpak minder belastend te zijn voor familieleden.
Er zijn geen specifieke wetenschappelijke studies gevonden over de adolescent binnen het CRHT.

1.7 Relevante theorie

1.7.1. Adolescentie

Crone (2008) concludeert dat er een duidelijk verschil is tussen het gedrag van de adolescent en de volwassenen. Dit komt omdat het adolescentenbrein nog niet uit ontwikkeld is.
De communicatie tussen de hersengebieden verloopt niet optimaal, hierdoor verloopt de informatieverwerking langzamer en handelt de adolescent vaak impulsief. Het controlecentrum speelt een rol bij het maken van beslissingen, plannen, sociale contacten en het beheersen van emoties. Onder invloed van hormonen wordt het hersengebied van het belonen geactiveerd. Hierdoor nemen adolescenten een grotere gok dan volwassenen en kiezen eerder voor korte termijn bevrediging, dan voor lange termijn consequenties.[2] De adolescentie is een periode tussen de kinderjaren en volwassenheid. Deze wordt onderverdeeld in 3 fases; vroege adolescentie (10 tot 15 jaar); midden adolescentie (15 tot 18 jaar)en late adolescentie (19 tot 22 jaar).

1.7.2. Psychiatrische nood bij de adolescent

De adolescent komt in de spoedeisende psychiatrische hulp terecht wanneer het gedrag, handelingen onbeheersbaar worden en er lijdensdruk optreedt. Psychiatrische noodsituaties zijn onder meer:

- Een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen;
- Acute psychose;
- Ernstig gebruik / misbruik van drugs en/of alcohol.

Suïcidale gedachtes of suïcidepogingen zijn één van de meest voorkomende redenen waarom adolescenten bij de spoedeisende psychiatrische hulp terechtkomen (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010).
Heeringen (2006) concludeert dat suïcidaliteit een symptoom is van een mogelijk onderliggend probleem. Dit uit zich in verschillende emoties zoals somberheid, woede, angst en kan over gaan in wanhoop. Suïcidale gedachtes kunnen leiden tot concrete plannen van een suïcidepoging of zelfdoding. De meest voorkomende onderliggende problemen zijn depressie en alcohol- of drugsmisbruik. Depressieve adolescenten hebben gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid waardoor ze nauwelijks meer in staat zijn andere oplossingen te bedenken. Het gebruik van alcohol of drugs vermindert remmingen ten aanzien van gevaarlijke handelingen en belemmert het vermogen om gevolgen te overzien. Er is een gebrekkige beheersing van impulsen, dit is een veelvoorkomende factor bij suïcidaal gedrag.

1.8 Leeswijzer

Dit onderzoeksverslag bestaat uit een literatuurstudie en twee praktijkonderzoeken. Er is gekozen voor deze opzet omdat een literatuurstudie vooraf essentiële informatie oplevert die nodig is voor het afnemen van de interviews en het focusinterview. In hoofdstuk 2 staat de literatuurstudie

[2] Bijlage 2

beschreven, deze is gericht op verpleegkundige interventies bij de thuiswonende suïcidale adolescent. Hoofdstuk 3 beschrijft de stappen van het eerste praktijk onderzoek in een onderzoeksopzet, het betreft een kwalitatief beschrijvend onderzoek gericht op experts. De experts die geïnterviewd zijn, werken in een ambulante setting met adolescenten. Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen en de verwerkte resultaten en deelconclusie staan beschreven in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 staat de onderzoeksmethode van het tweede praktijkonderzoek, het praktijkonderzoek richt zich op de verpleegkundige interventies bij de thuiswonende adolescent binnen het IHT. De resultaten en deelconclusie van het focus interview zijn verwerkt in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 zijn de verpleegkundige interventies met elkaar vergeleken en verwerkt in de conclusie met aansluitend de discussie. Hier wordt aandacht besteed aan de sterke en minder sterke kanten van het onderzoek. Dit wordt opgevolgd door aanbevelingen die vanuit de conclusie naar voren zijn gekomen. Om de aanbevelingen door te kunnen voeren wordt in hoofdstuk 8 de stappen procesmatig beschreven door middel van een het implementatieplan. In hoofdstuk 9 staat de bronnenlijst die gebruikt is in het onderzoek. Afsluitend staan de bijlagen beschreven, in het onderzoek worden verwijzingen gedaan naar de bijlages.

2 Literatuurstudie

2.1 Zoekstrategie

De laatste 10 a 15 jaar is er revolutionaire kennis opgedaan ten aanzien van het adolescentenbrein (Crone, 2008), daarom is de zoekstrategie aangepast op de jaartallen 2005 tot 2014.
Voor vakliteratuur, zoals boeken; tijdschriften; verslagen en rapportbeeldmateriaal wordt er gebruikt gemaakt van de wetenschappelijke bibliotheek van Hogeschool Fontys en het VvG.
Naar aanleiding van de verkennende studie is er gekozen om eerst te zoeken op Nederlandstalige literatuur. Ieder land heeft zijn eigen specifieke historie, context, hervormingen en wetgeving (Nivel,2011), hierdoor is de buitenlandse literatuur gericht op crisisinterventies bij de adolescent niet zomaar generaliseerbaar naar het Nederlands verpleegkundige werkveld (Speetjens, 2007).
De databanken die gebruikt worden zijn Springerlink en Nederlandse Artikelen databank voor de Zorg (NAZ). Bij een relevante bronvermelding wordt er gebruik gemaakt van het sneeuwbaleffect (Verhoeven,2014). Indien er onvoldoende relevante literatuur wordt gevonden zal er alsnog gezocht op Engelse Literatuur. Er zal gezocht worden in de databanken PubMed en Cinahl.

Databanken	Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
Nederlandstalig Springerlink NAZ Engelstalig: PubMed Cinahl	Puber / Adolescent Jong volwassen Suïcide Bejegening Ambulant Intensieve home treatment (IHT) Crisis Verpleegkundige interventie(s) Psychiatrische crisis Psychiatrie Family First Function Assertive Community Treatment (FACT) jeugd Crisis Interventie team (CIT) Multi Dimensionele Familie Therapie (MDFT) Intensieve Pedagogische Thuishulp(IPT) Ambulante Spoedhulp Spoedhulp jeugd Multi Systeem Therapie(MST) Regionale Ambulante Teams (RAT)	Adolescent Young Adults Suicide Treatment Home treatment Crisis Resolution Home Treatment (CHRT) Crisis Nursing intervention(s) Psychiatric crisis Psychiatry

2.1.1. Gevonden relevante data

Zoekterm	Databank	Aantal gevonden bronnen	Aantal bruikbare bronnen	Beschrijving bron (titel, naam auteur, jaar van publicatie)
Adolescent	NAZ	696	2	Het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen adolescenten en verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugd-psychiatrie. M. Heslinga Maart 2010
				Suïcidaal gedrag bij jeugdigen. W. Bisschops April 2010
Adolescent and crisis	Springerlink	116	4	Alternatief voor klinische opname, een Zweedse Methodiek. Drs. E. den Teuling December 2011
				Suïcide dreiging bespreekbaar maken in gezinstherapie. K. van Tricht, U. van den Broeck. Prof. Dr. P. Rober November 2011
				Outreaching: werken binnen de‘ systems of care’filisofie in de kinder- en jeugd GGZ. V. Levecke, S. Bal, E. Schoentjes, I. Antrop, G. Monnerency April 2013
				Behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren E.J. de Wilde Maart 2010
Jong volwassenen and crisis	Springerlink	74	1	Ouders en thuis. R. Kohnstamm April 2009

Zoekterm	Databank	Aantal Gevonden Bronnen	Aantal Bruikbare Bronnen	Beschrijving bron (titel, naam auteur, jaar van publicatie)
Adolescent and suicide	Springerlink	96	2	Psychiatrische stoornissen Reeks Kinderen en adolescenten – Problemen en risicosituaties Suïcidaal gedrag. Dr. E.J. de Wilde September 2009
				Suïcidepreventie in de praktijk Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale Patiënten. A. Huisman, A. Kerkhof Maart 2010.
Intensieve pedagogische thuishulp	Springerlink	19	1	Wonen doe je thuis van visie naar helpend Handelen. N. Bettonvil, W. de Vries September 2009
IPT	Springerlink	114	2	Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie Y. Stikkelbroek, P. Prinzie Juni 2008
				Pedagogische adviezen voor speciale kinderen T. van Lieshout December 2009
Ambulante Spoedhulp	Springerlink	6	1	Spirit onderzoekt eigen effectiviteit. C. Konijn, E. Schulze, T. schut Maart 2007
Crisis resolution home treatment+adolescent	Cinahl	3	1	Effective crisis management. L. Saxton November 2013
Adolescent + suicide	Pubmed	10	1	Dialectische gedragstherapie bij adolescenten een literatuuronderzoek. H.S. Backer, A.L. Miller, L.M.C. van den Bosch , 2009

2.2 Resultaten van literatuurstudie

2.2.1. Onderzoek naar de suïcidale adolescent

Bij gebrek aan empirisch gefundeerde behandelingen heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) in 2012 de richtlijn Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR DBSG) opgesteld (Trimbos, 2012). De richtlijn is gebaseerd op internationale richtlijnen die zijn opgesteld door beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen. De richtlijn geeft sturing welke interventies toe te passen bij de suïcidale adolescent. Het kent wel een belangrijke beperking omdat suïcidaliteit niet op betrouwbaarheid is te voorspellen. Suïcidale gedachten kunnen per moment wisselen. Een voorbeeld van toename van suïcidaliteit kan zijn wanneer stressfactoren toenemen. Suïcidaliteit is een symptoom van een probleem met verschillende onderliggende oorzaken. Afhankelijk van deze oorzaken moeten interventies worden bijgesteld of aangepast.
De MDR DBSG concludeert dat de adolescent nog niet volwassen is en daarom op een andere manier benaderd moet worden.
Vanaf 16 jaar heeft de adolescent eigen beslissingsrecht (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, z.j.). Als verpleegkundigen zich te veel laten leiden door de juridische regelgeving bestaat het risico dat de adolescent te veel verantwoordelijkheid krijgt, welke hij niet kan dragen.
Crone (2008) concludeert dat de emotionele volwassenheid bij de adolescent pas bereikt is rond het 22ste levensjaar. Verschillende psychiatrische stoornissen komen voor het eerst tot uiting in de adolescentie, zoals stemmingsstoornissen, psychoses, schizofrenie, middelen misbruik en persoonlijkheidsstoornissen.
De adolescent functioneert anders dan een volwassene. Om inzicht te krijgen in het functioneren van de adolescent en wat dit mogelijk betekent voor de verpleegkundige interventies beschrijven Nelis & Sark (2009) de volgende kenmerken:

1. **Geen helikopterview**
   - Minder probleemoplossend vermogen
   - Moeite met overzicht houden
   - Overdrachtsopname van informatie is langzamer
   - Slechtere concentratie
   - Snelle wisselingen tussen ratio en emotie

2. **Ratio op achterstand**
   - Moeite met keuzes maken
   - Moeite met plannen en hierop anticiperen
   - Minder vermogen tot abstraheren
   - Moeite met prioriteiten stellen

3. Heftige emoties

- Negatieve emoties hebben sneller de overhand
- Emoties minder onder controle
- Minder inlevingsvermogen omdat de adolescent moeite heeft met gezichtsexpressies

4. Kicks

- Sterke stemmingswisselingen
- Verhoogd roekeloos gedrag
- Minder kunnen relativeren
- Impulscontrole is lager

2.2.3. Verpleegkundige interventies die ingezet worden bij de suïcidale adolescent

Uit recent onderzoek (Bisschops, 2010)[3] blijkt dat gedachtes van suïcidaliteit vaker worden gemeld in de adolescentie. Dit betekent niet dat er altijd sprake is van levensbedreigende intenties. Om hier zicht op te krijgen is het belangrijk om de mate van suïcidaliteit uit te vragen. In het onderzoek wordt beschreven welke verpleegkundige interventies toe te passen om inzicht te krijgen en welke vervolgstappen ingezet moeten worden bij de adolescent met suïcidale gedachtes.
Het MDR DBSG beschrijft dat het van belang is dat het uitvragen van suïcidaliteit afgestemd moet worden op de ontwikkelingsfase van de adolescent door een verpleegkundige met kennis van en ervaring met adolescenten.

Interventies bij suïcidaliteit Bisschops (2010)

- Vragen naar de methode, welke manier en op welke plaats (liefst in het bijzijn van de ouders of verzorgers);
- Onderzoeken of de adolescent zich afsluit voor zijn omgeving;
- Problemen die geleid hebben tot de huidige situatie identificeren, ordenen en systematisch bespreken;
- Gemaakte afspraken delen met de adolescent en met steunsysteem (transparantie);
- Veiligheidsinschatting maken;
- Veiligheidsplan opstellen.

In meerdere bronnen wordt beschreven dat het structureren van het dagelijks leven van belang is bij suïcidaliteit (Teuling, 2011; Stikkelbroek & Prinzie, 2008; Yperen, 2003; Bisschops 2010;).
Interventies gericht op structuur zijn:

- Eten;
- Slapen;
- Activiteiten;
- Zelfzorg.

[3] Bijlage 3

Beschreven interventies vanuit de dialectische gedragstherapie gericht suïcidaliteit(Stikkelbroek & Prinzie, 2008):

- Aanleren van nieuwe coping mechanismen;
- Alternatieven aanleren.

Beschreven interventies vanuit de cognitieve gedragstherapie gericht op suïcidaliteit (Stikkelbroek & Prinzie2008):

- Trainen van sociale vaardigheden;
- Ontspanningsoefeningen aanbieden;
- Psycho-educatie;
- Inzichtelijk maken van eigen handelen en gedrag doormiddel van registratielijsten.

Algemeen werkzame factoren bij spoedeisende psychiatrie (Baat, M. et al, 2013):

- Duidelijke probleembeschrijving;
- Onderzoeken en omschrijven van de hulpvraag;
- Omschrijven van een duidelijke doelstelling;
- Inschatting maken en bespreken van de frequentie van het aantal huisbezoeken;
- Stapsgewijs een planning maken;
- Niet afwijken van het behandelplan.

Beschreven interventies om de adolescent te motiveren tot hulp[4] (Naar-King en Suarez 2012):

- Vragenstellen;
- Reflectief luisteren;
- Informeren;
- Verandertaal uitlokken door middel van discrepantie. Door te benoemen; “Je zegt dit te doen maar ik zie dat. Hoe komt het dat het verloop anders is dan je had verwacht”.

2.2.4. Verpleegkundige interventies voor het systeem van de suïcidale adolescent

De adolescent verblijft in de thuissituatie en is een onderdeel van het systeem, dit wordt het primair systeem genoemd. Mensen met wie de adolescent dagelijks een intensief contact heeft bijvoorbeeld ouders. Het is geen optelsom van individuele personen. Gedragingen van ieder persoon beïnvloedt ook het systeem als gemeenschap. Strubbelingen kunnen op elkaar inwerken en in stand worden gehouden (Kohnstamm, 2009).

Het Trimbos instituut (2012) concludeert dat de effectiviteit van interventies niet anders is bij de behandeling van suïcidale adolescenten of volwassenen. Eén verschil is dat de adolescent in de context van het gezin leeft. Ouders of verzorgers dragen verantwoordelijkheid voor de opvoeding en welzijn van hun kind. De MDR DBSG bevat concrete interventies die verpleegkundigen kunnen toepassen ter ondersteuning van het systeem. In de richtlijn staat beschreven dat het sterk is aan te bevelen om de ouders te betrekken bij zorg voor hun kind. Bij het beoordelen van de veiligheid is het belangrijk om een inschatting te maken over de draagkracht van ouders en het onderzoeken van

[4] Bijlage 4

mogelijkheden om de veiligheid te kunnen organiseren en garanderen rondom de suïcidale adolescent.

Richtlijn volgens Trimbos:

- Ouders zo spoedig mogelijk inlichten bij suïcidaliteit en geen belofte van geheimhouding maken;
- Dwingende veiligheidsafspraken maken met ouders of verzorgers voor de adolescent;
- Afspraken maken over toezicht en aanwezigheid van gevaarlijke situaties;
- De afspraak maken dat de adolescent niet alleen is;
- Vraag de ouders of verzorgers welke maatregelen zij kunnen opbrengen of welke hulpbronnen zij kunnen inschakelen;
- Geef de ouders of verzorgers educatie over het gevaar, uitlokkende omstandigheden en waarschuwingssignalen;
- Maak op korte termijn een afspraak voor een vervolgcontact (indien nodig de volgende dag);
- Zorg ervoor dat de ouders of verzorgers in crisissituaties direct telefonisch contact op kunnen nemen;
- Vraag in het bijzijn van de adolescent de ouders of verzorgers naar hun inzichten en verklaringen van het suïcidale gedrag van de adolescent;
- Vraag na of er suïcidaliteit voorkomt in de familiekring;
- Bevestig ouders of verzorgers in hun ouderlijke of verzorgers rol en draag bij aan hun gezag.

Teuling (2011) concludeert dat het van belang is om ouders positief te bekrachtigen bij positieve veranderingen.

2.3 Conclusie literatuurstudie

De deelvraag “Welke interventies staan er beschreven in de literatuur die verpleegkundigen in kunnen zetten bij de suïcidale adolescent?” geeft richting, maar is niet wetenschappelijk onderbouwd.
Suïcidaliteit is een symptoom van het probleem met verschillende onderliggende oorzaken.
Bij gebrek aan empirisch gefundeerde behandelingen is de richtlijn MDR DBSG opgesteld.
De richtlijn wordt hetzelfde gehanteerd als bij volwassenen. Er zijn wel enkele duidelijke verschillen bij de adolescent:

- De benaderingswijze moet aangepast worden op de ontwikkelingsfase van de adolescent;
- Verschillende psychiatrische stoornissen komen voor het eerst tot uiting in de adolescentie;
- De adolescent leeft over het algemeen in de context van het gezin. Ouders zijn verantwoordelijk voor het welzijn van hun kind en het is van belang om ouders te betrekken bij de behandeling;
- Inschatting maken over de draagkracht van het primair systeem bij de thuiswonende suïcidale adolescent;
- Vanaf 16 jaar heeft de adolescent eigen beslissingsrecht. Het is belangrijk dat de verpleegkundigen, tijdens suïcide-uiting of gedachtes, zich niet geheel laat leiden door de juridische regelgeving. Er kunnen gevaarlijke situaties ontstaan omdat de adolescent de verantwoordelijkheid nog niet kan dragen;
- Belangrijk is deskundig verpleegkundig personeel op het gebied van adolescentie.

Verschillende bronnen beschrijven de volgende verpleegkundige interventies bij de suïcidale adolescent:

- Het stellen van haalbare doelen;
- Structuur aanbieden;
- Psycho-educatie aanbieden;
- Motiveren tot gedragsverandering.

De literatuur geeft antwoord welke verpleegkundige interventies ingezet kunnen worden bij de suïcidale adolescent, maar geeft onvoldoende antwoord op welke manier deze in de praktijk ingezet kunnen worden. Om meer zicht te krijgen op welke manier deze interventies in de praktijk worden ingezet, zijn er experts geïnterviewd. De verpleegkundige interventies die uit de literatuurstudie naar voren zijn gekomen zijn vertaald in topics en meegenomen in het onderzoek met experts. In het onderzoek is er gekozen om experts te interviewen die ambulante begeleiding bieden aan adolescenten met psychische problemen.
Er is geen onderzoek gedaan bij de adolescenten en / of het systeem. De reden hiervoor is dat de aanvraag en eventuele goedkeuring niet haalbaar was binnen het tijdsbestek van dit onderzoek.
De informatie die vanuit de experts is verzameld, wordt meegenomen naar het verpleegkundig team van het IHT voor het focusinterview.

3 Onderzoeksmethoden: semigestructureerde interviews met experts

3.1 Onderzoeksbenadering

De literatuurstudie geeft richting welke verpleegkundige interventies toegepast kunnen worden bij de suïcidale adolescent. Het is niet geheel bekend hoe deze in de praktijk ingezet kunnen worden. Hierdoor is er gestart met een vervolgonderzoek met experts om antwoord te krijgen op de volgende deelvraag*" Wat zijn ervaringen van andere divisies en / of instellingen met betrekking tot interventies gericht op de suïcidale adolescent die verpleegkundigen kunnen inzetten?*".
Er is gekozen voor een beschrijvend, kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek gaat het vooral om inzichten te krijgen en minder om de harde feiten (Baarda, 2014).

> *"Kwalitatief onderzoek is onderzoek waarbij problemen in en van situaties, gebeurtenissen en personen beschreven en geïnterpreteerd worden met behulp van gegevens van kwalitatieve aard, zoals belevingen, ervaringen, betekenisverlengingen die verzameld zijn via open interviews en/of participerende observaties en/of bestaande documenten".*
> (Baarda, 2014, p. 22)

3.2 Dataverzamelingstechniek

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen met experts om antwoord te krijgen op de gestelde deelvraag. De keuze voor deze manier van interviewen komt voort uit het feit dat er breed wordt geïnformeerd en het gesprek niet in een richting is opgestuurd. Er is ruimte gemaakt voor persoonlijke opvattingen en vragen (Verhoeven, 2013).
De verkregen informatie is vanuit de literatuurstudie door middel van een vragenlijst met topics[5] voorgelegd aan experts. De interviews met de experts hebben face to face en individueel plaats gevonden. Deze methode is geschikt voor het uitdiepen van het onderwerp. Vragen zijn hierdoor bijgesteld op de situatie van de expert (Baarda et al, 2005).
In het interview zijn open vragen gesteld. De technieken samenvatten en parafraseren zijn toegepast. Dit heeft stimulerend gewerkt voor de geïnterviewde (Steenhouder et al, 2011).
Het belangrijkste principe was doorvragen. Tijdens het interview is er op sommige momenten van volgorde van de vraagstellingen afgeweken, omdat dit beter aansloot bij de situatie (Baarda et al, 2005).
In het interview is de fuikprocedure toegepast. Door in te gaan op de bevindingen van de experts en hier verdiepingsvragen over te stellen, kwamen er meer details naar voren, hierbij stond het begrip verzadiging of saturatie centraal. Elke verdiepingsvraag werd net zolang uitgevraagd tot er geen nieuwe informatie meer werd verkregen, op dat moment is het verzadigingspunt bereikt (Baarda 2014).
Deze informatie is samengevat en gevraagd aan experts of dit correct is. Bij iedere vraag is dit herhaald. Hierdoor zijn misinterpretaties voorkomen en is de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (Steenhouder et al, 2011).

[5] Bijlage 5

Vooraf aan het interview is toestemming gevraagd aan experts voor het opnemen van het interview zodat het teruggeluisterd kon worden. Dit heeft gediend als extra bewijslast.

3.3 Onderzoekspopulatie

De adolescenten binnen het IHT wonen thuis en ouders zijn direct verantwoordelijk voor hun kind. Dit vraagt om andere verpleegkundige interventies dan in een klinische setting, daarom is er gekozen om experts te interviewen die in de ambulante setting werkzaam zijn.
Het IHT hanteert exclusie criteria[6] om geen cliënten te behandelen met een IQ lager dan 70 zonder betrouwbaar systeem (persoonlijke communicatie, 28 april 2015). Er is gekozen om zowel binnen de instelling als buiten de instelling interviews af te nemen. In het vooronderzoek werd duidelijk dat in de ambulante setting, in de jeugdhulpverlening, voornamelijk sociaal psychiatrisch verpleegkundigen werken. De literatuur geeft aan dat het systeem bij de suïcidale adolescent betrokken moet worden en een belangrijke rol inneemt in de behandeling. Hierdoor is de keuze gemaakt om een hulpverlener van MultiDimensionele FamilieTherapie[7] (MDFT) (persoonlijke communicatie, december 2014) te interviewen.

Door bovenstaande redenen zijn de volgende inclusiecriteria vastgesteld
- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, MDFT therapeut - Werkzaam in regio Limburg en Noord Brabant - Werkzaam in een ambulante setting met suïcidale adolescenten - Werkzaam zijn met adolescenten met een IQ hoger dan 70

Op het internet is gezocht naar experts die naast inhoudelijke kennis ook praktijkervaring hebben met suïcidale adolescenten. Via het hoofdkantoor is er contact gelegd.
De volgende instanties zijn benaderd voor een interview.

Instanties
- GGZ oost Brabant - Tel: 0492 - 84 80 00
- Mutsaersstichting - 0900 - 688 72 37
- MDFT (Multi Dimensionele Familie Therapie) Noord- en Midden Limburg - 06-20303984
- Poli Jong - 0478-527633

[6] Bijlage 6
[7] Bijlage 7

3.4. Data-analyse methode

De onderzoeksdeelvraag is gericht op ervaringen vanuit de praktijk. Baarda sluit hier goed bij aan. De methode richt zich op toegepast onderzoek, waarbij de focus op praktijkoplossingen ligt.
De kwalitatieve gegevens van alle interviews zijn geanalyseerd door de volgende stappen te doorlopen (Baarda, 2014):

1.Het ordenen van gegevens

De opgenomen interviews zijn getranscribeerd in Word-bestand 2013.
De verkregen informatie van de interviews zijn gestructureerd en genummerd. Dit proces werd telkens herhaald totdat er een duidelijk indeling tot stand is gekomen.

2. Het vaststellen van relevantie

Niet relevante informatie werd weggestreept. Deze is niet weggegooid omdat deze op een later tijdstip toch relevant kan zijn.

3. Het open coderen

Er is datareductie toegepast. Een fragment werd samengevat in een label. In de eerste fase is zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke tekst gebleven. Er zijn meerdere labels voor één tekst gebruikt. Dit is beperkt om meer overzicht te houden.
Vervolgens zijn gelijke labels samengevoegd en opgeteld hoe vaak deze zijn voorgekomen.
Hierbij is rekening gehouden dat hoeveelheid niet altijd wat zegt over de relevantie en originaliteit.

4. Axiaal coderen

De overgebleven labels zijn in categorieën onderverdeeld.

5. Selectief coderen

Van de categorieën is een samenvatting beschreven. Hier is telkens opnieuw stil gestaan bij de onderzoeksvraag en onderzoeksdoel.

3.5. Kwaliteitsborging van de interviews

De kwaliteitsborging werd geoptimaliseerd door collegiale toetsing. De interviewvragen zijn gecontroleerd door de referentiegroep en projectbegeleider. Er is een proefinterview gehouden en gecontroleerd welke vragen niet goed zijn geformuleerd, deze zijn bijgesteld. Dit verhoogt de validiteit van het onderzoek. Er is membercheck toegepast door de verwerkte resultaten op te sturen naar de experts om de juistheid van interpretaties te checken (Baarda,2014).
Een membercheck is een techniek waarbij de gegevens en interpretaties worden voorgelegd aan de geïnterviewde om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid, zoals de onderzoeker die voor ogen heeft staan, herkenbaar is. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek. De membercheck heeft bijgedragen aan de plausibiliteit van het onderzoek doordat het uitgewerkte interview werd teruggekoppeld aan de expert. Hiermee werd ondervangen dat er geen eigen interpretatie aan de gegevens gekoppeld zijn (Baarda & de Goede, 2005).
Plausibiliteit heeft te maken met de consistentie van de gegevens en bevindingen. Het interview werd opgenomen en letterlijk uitgetypt. Er zijn citaten die in de interviews naar voren zijn gekomen weergegeven. Deze zijn niet geïnterpreteerd wat de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft verhoogd (Baarda, 2014).
Vooraf aan het interview is toestemming gevraagd aan de experts voor het opnemen van het interview zodat het teruggeluisterd kon worden. Dit heeft gediend als extra bewijslast (verifieerbaarheid).

4 Onderzoeksresultaten: semigestructureerde interviews met experts

4.1 Resultaten

Deelvraag twee luid; ““Wat zijn ervaringen van andere divisies en / of instellingen met betrekking tot interventies gericht op de suïcidale adolescent die verpleegkundigen kunnen inzetten?”.
Het doel van deze deelvraag is het vergaren van informatie bij experts, die ervaring hebben met het bieden van ambulante begeleiding aan de suïcidale adolescent.

Er zijn vier ambulante hulpverleners geïnterviewd waaronder drie sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en één MDFT therapeute. Allen werken in een psychiatrische instelling waarvan twee experts werkzaam binnen het VvG. De andere experts zijn werkzaam bij GGZ-Oost Brabant poli Jeugd en Mutsaersstichting Jeugdzorg.
Alle getranscribeerde interviews zijn opgestuurd naar de respondenten voor membercheck. Er zijn enkele aanpassingen gedaan. Eén expert heeft niet gereageerd op het getranscribeerd interview.

De experts adviseerden om het aantal verpleegkundigen te minimaliseren bij de zorg voor de suïcidale adolescent. De suïcidale adolescent heeft moeite met contact aangaan. Bij teveel verpleegkundigen kan de samenwerkingsrelatie en de continuïteit van de zorg verstoord raken. De experts zeggen dat er een verschil in fase is wanneer je bepaalde verpleegkundige interventies wel of niet inzet. De eerste fase is de acute suïcidaliteit en de vervolgfase is gericht op gedragsverandering van de suïcidale adolescent. Het is belangrijk om ouders in dit proces te betrekken.
De thema’s zijn daarom onderverdeeld in de onderstaande categorieën:

- Verpleegkundige interventies bij de adolescent in de acute suïcidale crisis;
- Verpleegkundige interventies gericht op gedragsverandering bij de suïcidale adolescent;
- Verpleegkundige interventies gericht op het systeem / ouders bij de suïcidale adolescent.

De onderzoeksresultaten zijn verwerkt in een schema. Er is niet alleen gekozen om de informatie te vermelden die bij alle experts is teruggekomen, maar ook relevante informatie die door één, twee of drie experts is besproken. Er zijn citaten uit de interviews geselecteerd. Deze geven feitelijk de thema’s weer zonder eigen interpretatie. Er is gekozen voor citaten die de thema’s het duidelijkste illustreren.

Verpleegkundige interventies	Citaten
Verpleegkundige interventies bij de adolescent in de acute suïcidale crisis	
Alle experts: De eerste prioriteit is veiligheid waarborgen tijdens een acute suïcidale crisis. - Heeft de verpleegkundige twijfels ten aanzien van de veiligheid, altijd de psychiater consulteren; - Als de adolescent van 16 jaar en ouder geen toestemming geeft om ouders erbij	*“Eerst proberen we de crisis te takelen”.* *“Het is een richtlijn maar daarin maak je ook gebruik van je eigen intuïtie”.*

te betrekken, in verband met eigen beslissingsrecht, de psychiater consulteren;

- De experts vragen de suïcidaliteit uit zoals in MDR BDSG beschreven staat;
- Als de adolescent zich afsluit moet de verpleegkundige sturend zijn en de regie overnemen;
- Veiligheidsplan opstellen;
- Geen psycho-educatie geven in de beginfase, interventies richten op veiligheid van de adolescent;
- Rapporteren van gemaakte afspraken en toestandsbeeld;
- Opstellen van een veiligheidsplan samen met ouders.

Drie experts:

- Niet akkoord gaan met de adolescent als hij ouders niet wil inlichten. Eén van de drie experts benoemt wel te onderhandelen op welke wijze ouders ingelicht worden;
- Een korte overdracht geven aan de crisisdienst in verband met noodzakelijk contact buiten kantoortijden;
- Frequentie van contactmoment verhogen door middel van huisbezoeken en telefonische contacten.

Eén expert:

- Eén expert geeft aan ouders niet direct op de hoogte te brengen over de suïcidaliteit maar blijft wel bespreekbaar houden dat het belangrijk is ouders in te lichten.
- Als de suïcidale adolescent zich afsluit gesloten vragen stellen.
- De verpleegkundige bespreekt met de adolescent, hoe meer hij openheid van zaken geeft, des te meer hij de regie terug krijgt;
- Het is belangrijk om risico's te bespreken samen met de adolescent, ouders, verpleegkundige en psychiater om een

"Mijn ervaring is juist concreet te benoemen. Niet een blad voor de mond nemen, dan haal je een taboe weg".

"Ik wil iets zeggen maar dat mag je niet doorvertellen, daar ga ik niet in mee".

"Rapporteren hierbij is heel belangrijk".

"Als de adolescent een IBS beoordeling krijgt en ouders zijn niet op de hoogte wordt hij vermist, dat kan niet!".

"We zullen toch contact met je ouders op moeten nemen, vind je het fijn om dit samen te doen of wil je dat ik het doe?".

"Als hij bijvoorbeeld met zijn hoofd naar beneden hangt, komt anders altijd binnen met groeten, dan weet je dat er niet veel van diegene zelf komt".

"Een van de jongere zei; Als ik er dadelijk over praat, staat de ambulance hier".

"Wat ik heel prettig heb gevonden, is dat het dilemma zowel met haar en ouders ook echt besproken werd".

gezamenlijke afweging te maken;

- Adolescent en ouders vragen wat beiden nodig hebben om de veiligheid te kunnen waarborgen;

Verpleegkundige interventies gericht op gedragsverandering bij de suïcidale adolescent

Alle experts:

- Opstellen van een signaleringsplan samen met de adolescent;
- In contactlegging aansluiten bij de ontwikkeling en leeftijd van de adolescent;
- Onderzoeken hoe de sociale contacten zijn;
- Zorg op maat bieden door te onderzoeken op welke manier de adolescent leert. De interventies hierop aanpassen;
- Structuur aanbieden, onderzoeken welke steun de adolescent hierbij nodig heeft, indien nodig sturend zijn;
- Stappenplan opstellen;
- Activeren;
- Positief bekrachtigen bij gedragsverandering;
- Korte inzicht gevende gesprekjes voeren wanneer de veiligheid gewaarborgd is en de adolescent er open voor staat;
- Psycho-educatie kort houden in verband met de spanningsboog en concentratie van de adolescent;
- Het belang uit blijven spreken bij de adolescent om ouders te betrekken in de behandeling.

Twee experts:

- Oplossingsgericht werken, kijken wat de adolescent wel kan.

"Iedere adolescent is anders lerend, die een is meer praktisch gericht, door bijvoorbeeld met muziek aan de slag te gaan, bij de ander meer gericht op inzicht in cognities".

"Een duidelijk stappenplan moet er gemaakt worden, dan weten ze waar ze aan toe zijn."

"Belangrijk is om te kijken wat ze belangrijk vinden".

"Je kijkt naar de mogelijkheden in plaats van de onmogelijkheden. Een positieve insteek is belangrijk, negatief horen ze al zo vaak".

" We zoemen in op gedachten. Het gevoel proberen we te toetsen. Vandaar uit ga je met de jongere en de omgeving acties formuleren. Je blijft continu evalueren, waardoor de jongere in beweging blijft".

Eén expert:

- Werken met de stoplichtmethode om de adolescent meer inzicht te geven. Deze methode is gekoppeld aan de kleuren rood, oranje en groen. Bij iedere kleurcode staat welke interventies de adolescent toe kan passen. Bij rood heeft de adolescent sturing nodig van derden. Belangrijk hierbij is het plan te evalueren en waar nodig bij te stellen in overleg met de adolescent;
- Werkt vanuit de motiverende gespreksvoering gericht op jongvolwassenen.

Verpleegkundige interventies gericht op het systeem / ouders bij de suïcidale adolescent

Alle experts:

- De gezinsdynamiek in kaart te brengen;
- Observeren hoe ouders in de thuissituatie functioneren;
- Veiligheidsafspraken maken met de adolescent samen met ouders;
- Samen in gesprek met ouders en adolescent, om te kijken wat helpende is om gevaar op te heffen
- Zorg op maat leveren. Onderzoeken welke begeleiding ouders nodig hebben en hier interventies op aanpassen;
- Ouders sturing geven welke acties ze moeten ondernemen;
- Als ouders gemaakte afspraken niet nakomen, vragen waarom deze niet zijn nagekomen;
- Openlijk bespreken als ouders niet openstaan voor verandering en dit gevaar op kan leveren. Bij adolescenten jonger dan achttien jaar moet er een zorgmelding bij Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK) worden gemaakt;
- Het steunsysteem betrekken bij het bieden van veiligheid aan de suïcidale

"Ouders worden altijd uitgenodigd bij de intake. Dan moet je wel van te voren kijken, 90% van ouders zijn gescheiden of hebben een nieuwe partner. Dus je moet wel kijken naar gezag".

"Je gaat kijken of de draagkracht er is. Als ouders zeggen we trekken dit niet, dan ga je hun niet opzadelen met een suïcidaal kind. Die alleen maar roept: ik wil dood en ik spring voor de trein. Dus je gaat altijd weer uit van de veiligheid".

"Je kunt mogelijk vermoeden dat er iets van grenzenloosheid is, bijvoorbeeld door vijf keer onderbroken te worden door de telefoon en zes keer de buurman die binnen en buiten loopt, besprongen wordt door een kat of een hond. Dit is allemaal observatie materiaal".

"We geven basishandvaten, bijvoorbeeld door te benoemen, blijf in gesprek met je kind; maak duidelijke afspraken; als je twijfelt bel naar ons of de huisartsenpost. We stimuleren ouders ook als ze het niet vertrouwen om te bellen. Dat ze zichzelf achteraf ook niet hoeven te verwijten".

"In de praktijk is het ook wel dat ze naar een

adolescent, als het primair systeem niet voldoende is (bijvoorbeeld oom en tante); - Psycho-educatie aan ouders geven is individueel gericht. Dit kan bij iedere ouder anders zijn. Twee experts: - Het inschakelen van een systeemtherapeut of ouderbegeleider.	*oom of tante gaan of goede vrienden en bekenden waar ze terecht kunnen".* *"Bij heel veel ouders merk je toch dat ze hun kind overvragen. Dan ga je toch uitleggen dat het brein nog vol op in ontwikkeling is. Ze zijn met 25 pas helemaal volgroeid".*

4.2 Deelconclusie

De resultaten op de deelvraag: "*Wat zijn ervaringen van andere divisies en / of instellingen met betrekking op interventies gericht op de suïcidale adolescent die verpleegkundigen kunnen inzetten?*", geeft inzicht op welke manier verpleegkundige interventies ingezet kunnen worden bij de suïcidale adolescent.

Bij de acute suïcidaliteit ligt de eerste prioriteit op veiligheid. Bij twijfels moet de psychiater altijd geraadpleegd worden. In de eerste fase bevestigen de experts te werken volgens de richtlijn MDR BDSG. Hier wordt gericht gevraagd naar de gedachten en plannen die de adolescent heeft. Het is belangrijk om een veiligheidsplan op te stellen en ouders te betrekken. Als de adolescent weigert ouders te betrekken, de psychiater inschakelen voor beoordeling. De adolescent heeft namelijk vanaf zestien jaar eigen beslissingsrecht.
Als de veiligheid gewaarborgd is, kan de verpleegkundige zich richten op inzicht en het versterken van coping vaardigheden van de adolescent.
Het is belangrijk om zorg op maat te bieden. Er moet rekening gehouden worden met de ontwikkelingsfase van de adolescent en op welke manier de adolescent leert. De experts geven aan te werken met een signaleringsplan om meer inzicht te krijgen over de gedachtes en gevoelens.
De adolescent krijgt meer inzicht in de situatie en kan oefenen met het toepassen van interventies. Door regelmatig te evalueren en bij te stellen, blijft de adolescent zelf in beweging.
Experts bevestigen dat het belangrijk is om te beoordelen of er genoeg daadkracht is bij ouders om de veiligheid te kunnen bieden aan hun suïcidaal kind. Het is belangrijk om ouders te vragen wat ze wel of niet aan kunnen. Als door observaties opgemerkt wordt dat de daadkracht niet voldoende is, moet dit openlijk met ouders worden besproken. Willen ouders niet meewerken en dragen bij aan een onveilige situatie voor de adolescent onder de achttien, dan moet er bij AMK een zorgmelding gemaakt worden.
Als ouders niet in staat zijn om de veiligheid te bieden die hun kind nodig heeft, kan er worden onderzocht of het steunsysteem ingezet kan worden. Experts geven aan dat het begeleiden van ouders ook zorg op maat is.

Overzicht van verpleegkundige interventies die experts adviseren:

Verpleegkundige interventies bij de adolescent in de acute suïcidale crisis
- Richten op veiligheid; - Bij twijfel over veiligheid altijd psychiater raadplegen; - Uitvragen van suïcidaliteit volgens de MDR BDSG; - Opstellen van een veiligheidsplan met de adolescent en ouders; - De adolescent heeft eigen beslissingsrecht vanaf zestien jaar. Indien de adolescent weigert de ouders te betrekken een psychiater in schakelen voor een beoordeling.
Verpleegkundige interventies gericht op gedragsverandering bij de suïcidale adolescent
- Zorg op maat bieden; - Rekening houden met de ontwikkelingsfase van de adolescent; - Opstellen van een signaleringplan.
Verpleegkundige interventies gericht op het systeem / ouders bij de suïcidale adolescent
- Beoordelen of ouders voldoende draagkracht hebben om de veiligheid te bieden; - Als ouders niet mee willen werken en bijdrage aan een onveilige situatie moet er een zorgmelding gemaakt worden; - Bij onvoldoende draagkracht ouders kijken naar steunsysteem; - Ouders begeleiden is zorg op maat.

De bevindingen van de literatuur en experts zijn aan de hand van topics meegenomen in het derde deelonderzoek. Hier wordt onderzocht welke interventies de verpleegkundigen van het IHT toepassen bij de suïcidale adolescent.

5 Onderzoeksmethoden focusinterview verpleegkundig team

5.1 Onderzoeksbenadering

Om de meningen van de respondenten te inventariseren kan gekozen worden voor een Individueel- of groepsinterview. Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag *"Welke interventies passen verpleegkundigen van het IHT binnen het Vincent van Gogh toe bij de suïcidale adolescent?"*, is er een groepsinterview gehouden met de verpleegkundigen van het IHT. De keuze voor een groepsinterview is gebaseerd op de volgende kenmerken;

- De opmerkingen van andere respondenten inspirerend werken en er worden meer respondenten tegelijk geïnterviewd, waardoor de totale interviewtijd verkort wordt;
- Een groepsinterview heeft de voorkeur boven een individueel interview wanneer het gaat om ideeën te genereren.

Grit en Julsing (2009) geven de volgende voor- en nadelen van een focusgroep.
Voordelen:

- Er kan dieper worden ingegaan op het onderwerp;
- Er is onderlinge communicatie over en weer;
- Er kan non-verbale communicatie worden waargenomen;
- Er kan onverwachte informatie naar voren komen.

Nadelen:

- Het kan lastig zijn om alle respondenten op dezelfde tijd en dezelfde plaats te krijgen;
- De gespreksleider moet ervaring hebben met focusgroepen;
- Een van de respondenten kan een dominante rol aannemen.

Over de nadelen is nagedacht. In de agenda's van de verpleegkundigen is ruimte ingepland om aanwezig te kunnen zijn voor het interview.
Het focus interview heeft plaatsgevonden in het gebouw waar het kantoor bevindt van het IHT.
Het is belangrijk dat de respondenten gelijkwaardig zijn aan elkaar. Een timide persoon zal minder snel zijn mening naar voren brengen als een dominant persoon. De rangschikking aan tafel kan een hulpmiddel zijn. De timide en rustige personen worden tegenover de gespreksleider geplaatst. De reden is dat de gespreksleider oogcontact kan maken en kleine lichaamssignalen eerder worden opgemerkt.

5.2 Dataverzamelingstechniek

De gegevens die verzameld zijn uit deelvraag één en twee gelden als databronnen. De informatie uit eerdere deelvragen zijn gebruikt om de discussie te voeden.
Er is gekozen voor een semigestructureerd interview. Hierbij is de wijze van vragen stellen open, maar de topics[8] die aan bod komen staan min of meer vast. Het grote voordeel van een semigestructureerd interview is dat alle van tevoren aangegeven onderwerpen aan bod komen door geringe sturing van de interviewer. Hierdoor kan de interviewer het onderzoeksdoel goed in de gaten houden (Baarda, Goede de & Teunissen, 2005).
De interviewer heeft het onderzoeksdoel goed in de gaten gehouden en gezorgd dat er niet te veel werd afgeweken van de onderwerpen, om voldoende nuttige informatie te verkrijgen.

[8] Bijlage 8

De interviewer heeft tijdens de voorbereiding en het afnemen van het groepsinterview rekening gehouden met de volgende aandachtspunten, om hierdoor een goed verloop van het interview te waarborgen (Baarda, Goede de & Teunissen, 2005):

- Oprecht geïnteresseerd zijn in het verhaal van de respondenten;
- Actief luisteren;
- Samenvatten;
- Doorvragen, maar hierbij niet teveel sturen;
- Het onderzoeksdoel goed in de gaten houden en niet teveel afwijken;
- Als er bij een respondent veel sterke non-verbale signalen zichtbaar zijn, daarop ingaan.

Vooraf aan het interview is toestemming gevraagd aan het verpleegkundig team voor het opnemen van het interview zodat het teruggeluisterd kon worden. Dit heeft gediend als extra bewijslast (verifieerbaarheid).

5.3 Onderzoekspopulatie

Het verpleegkundig team van het IHT bestaat uit achttien personen. De normale bezetting van het IHT per dag is zes verpleegkundigen. Er is gekozen om het focusinterview in te plannen op een dag dat er een extra verpleegkundige in dienst was. Daarnaast is het hele team per email uitgenodigd voor het focusinterview.
Inclusie criteria:

- Verpleegkundigen IHT Venlo

5.4. Data-analyse methode

Het analyseren van een groepsinterview is vaak lastiger dan een individueel interview, omdat de respondenten meer door elkaar heen praten en er vaak discussie ontstaat, maar dit heeft juist ook meerwaarde.
Tijdens een groepsinterview worden de respondenten sterk door elkaar beïnvloedt. Een risico hierbij is dat er dingen worden verteld om indruk op anderen te maken of juist bepaalde dingen achterwege laten, omdat men iets niet durft vertellen in verband met schaamte. (Baarda, Goede de & Teunissen, 2005).
De antwoorden op elke topic zijn opgeschreven op een flap-over. De antwoorden die gegeven zijn tijdens het groepsinterview zijn direct genoteerd. Nadat een topic is afgerond, werd er direct gevraagd of de antwoorden kloppend waren en gevraagd of er informatie ontbreekt. Het team had meteen de mogelijkheid om hierop te reageren, daardoor heeft er membercheck plaats gevonden.
Bij het bespreken van alle topics stond het begrip verzadiging of saturatie centraal. Elk topic werd net zolang uitgevraagd tot er geen nieuwe informatie meer werd verkregen, op dat moment is het verzadigingspunt bereikt (Baarda 2014).
De groepsdiscussie is niet in zijn geheel getranscribeerd, omdat de verwachting is dat niet alle data relevant zijn. De belangrijkste bevindingen zijn wel getranscribeerd.

5.5. Kwaliteitsborging van de focus interview

De geloofwaardigheid is gewaarborgd omdat de verpleegkundigen van het IHT zijn betrokken bij het onderzoek.
Kwalitatieve dataverzamelingstechnieken als het open interview en de focusgroep zijn interactief van aard. Bij deze technieken is er sprake van persoonlijk contact, een persoonlijke benadering en

onderlinge communicatie. De werkelijkheid wordt door deze technieken zo min mogelijk gereduceerd (Migchelbrink, 2009).
Deelnemers kregen de data ter controle te lezen en de onderzoekers hebben aanvullingen verwerkt (Cox, De Louw, Verhoef & Kuiper, 2005). Dit is gebeurd tijdens het interview na elke topic dat werd besproken.
De verzamelde data zijn gecontroleerd door een membercheck met als doel de betrouwbaarheid te verhogen. De verpleegkundigen hebben een goedkeuring van de verkregen data gegeven. De opzet van dit deelonderzoek is nagelezen door de projectbegeleider en referentiegroep. Er werd los van elkaar feedback gegeven op de onderzoeksopzet en op de werkwijze van de focusgroep. Deze feedback is verwerkt. Dit verhoogd de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda, et al., 2013).
De verifieerbaarheid van het onderzoek is gebaseerd op basis van de uitspraken van de verpleegkundigen en niet op het subjectieve standpunt van de onderzoeker (Baarda, Goede de & Teunissen, 2005).

6 Onderzoeksresultaten focusinterview verpleegkundig team

6.1 Resultaten

Voor het beantwoorden van de onderzoeksdeelvragen is er een email gestuurd naar alle verpleegkundigen van het IHT. In de email is uitgelegd wat het doel is van het focusinterview.
De dag die is uitgekozen, voor het focusinterview, is gebaseerd op een dag dat er zeven verpleegkundigen in dienst waren. Er is tijd ingepland in de agenda om aanwezig te kunnen zijn bij het focusinterview, hierbij is rekening gehouden dat er verpleegkundigen kunnen uitvallen door een crisissituatie. Vijf verpleegkundigen waren aanwezig en twee verpleegkundigen waren afwezig door drukte. Er een uitnodigingsemail gestuurd naar de verpleegkundigen die niet aanwezig zijn. Op de uitnodigingsemail hebben twee verpleegkundigen laten weten dat ze niet aanwezig kunnen zijn. De andere verpleegkundigen hebben niet gereageerd.
De focusgroep bestond uit vier verpleegkundigen en één sociaal psychiatrisch verpleegkundige.
De lagere opkomst heeft er toegeleid dat resultaten niet geheel generaliseerbaar zijn naar het IHT team.
Tijdens het focus interview is gebruik gemaakt van topics. De topics zijn samengesteld aan de hand van de conclusies van de literatuurstudie en de semigestructureerde interviews met experts.
De topics zijn allemaal besproken. Er is gekozen om dezelfde thema's en indeling te hanteren zoals bij het praktijkonderzoek met experts. Hiervoor zijn de overeenkomsten en verschillen duidelijker te zien. Op sommige punten wordt er verschillend gedacht in het verpleegkundig team, deze zijn apart in een thema beschreven.

Verpleegkundige interventies	Citaten
Acute suïcidale crisis	
Hoe wordt de suïcidaliteit uitgevraagd bij een suïcidale adolescent? Het IHT stelt de verdiepingsvragen ten aanzien van het betrekken van het systeem bij de suïcidale adolescent. - Praat je met anderen over je suïcidale gedachtes? - Heb je mensen bij wie je terecht kan? - Heb je een steunsysteem? Tijdens de huisbezoeken wordt regelmatig de suïcidaliteit uitgevraagd, ook al lijkt deze naar de achtergrond verdwenen te zijn.	"De landelijke richtlijn MDR BDSG, daar werken wij mee". "Het zijn geen praters, die doelgroep, ze praten niet zo gemakkelijk over dat soort dingen, ook niet met een hulpverlener, schaamte zal ook wel een grote rol spelen en zich eenzaam voelen met die gedachten".

Om continuïteit van zorg te waarborgen, gericht op verpleegkundige interventies, wel of geen shared caseload? Het IHT werkt met een shared caseload, wat betekent dat er verschillende verpleegkundigen op huisbezoek komen. De verpleegkundigen geven aan dat ze liever het aantal verpleegkundigen minimaliseren. Echter is dit niet altijd haalbaar.	"Dit zijn moeilijke casussen, zo´n adolescent met suïcidale gedachtes, ik kan me voorstellen dat je sowieso met zijn tweeën het contact aangaat. Maar het kan ook heel bedreigend zijn, je zult misschien niet altijd het goede doen". "Ik denk niet dat het altijd een plus is om met veel verpleegkundigen naar een suïcidale adolescent gaan, ik denk dat het gecontra-indiceerd is. Beperkte aantal verpleegkundigen heeft de voorkeur, om snel dingen te kunnen oppakken".
Verschillen in opvatting binnen het team ten aanzien van de verpleegkundige interventies in de acute fase	
- Er wordt wisselend gedacht over hoe de vragen gesteld moeten worden. Sommige verpleegkundigen zouden vragen minder direct stellen. Vragen worden aangepast op de leeftijd en het ontwikkelingsniveau.	"De kern voor het stellen van vragen is voor mij hetzelfde, nee ik stel ze niet minder direct". "Ik vraag me af hoe je de vraag meer kan inpakken, ik zou dat niet anders vragen dan bij een volwassene. Ik zou niet weten hoe je deze vragen anders zou kunnen stellen". "Je kunt er wel helemaal om heen draaien, maar hoe ziet dit er uit. Volgens mij kan dit niet". "Ik vind het lastig om het uit te vragen bij een adolescent, ze zijn paniekerig, zitten in hun eigen gedachten en deze slaan op hol. Ik heb de neiging om vragen over suïcidaliteit anders te stellen, ik heb de neiging om de vragen meer in te pakken". "Ik zou de vragen meer aanpassen aan het niveau en minder direct, het is natuurlijk afhankelijk wie je voor je hebt".

Verpleegkundige interventies gericht op gedragsverandering bij de suïcidale adolescent	
Bied je psycho-educatie aan de adolescent? - Psycho-educatie wordt verstrekt, maar niet in de beginfase; - Psycho-educatie wordt verstrekt wanneer er vraag naar is; - Psycho-educatie wordt verstrekt mondeling en met informatiefolders.	"Ik laat het afhangen van wat er op tafel komt". "Niet meteen beginnen met psycho-educatie. Andere dingen zijn belangrijker, de adolescent leren kennen, vertrouwen krijgen". "Je voelt aan wanneer je dit moet verstrekken". "Het is juist bij deze doelgroep, dat je moet proberen om te wachten op een hulpvraag van de adolescent of de betrokkenen. Anders wordt het te belerend en kan het afstotend werken". "Toetsen; baat het of schaadt het om psycho-educatie op dat moment verstrekken. Je kunt wel alvast verwijzen waar ze informatie kunnen vinden".
Bied je structuur aan de adolescent en op welke manier? Structuur wordt altijd aangeboden. De volgende interventies worden ingezet: - Rust, Regelmaat en Reinheid; - Dosering in ontspanning en inspanning; - Kleine en overzichtelijke doelen; - Focus op afleiding; - Psycho-educatie verstrekken over het belang van structuur; - Interventies gericht op het hier en nu; - Dagprogramma / weekschema opstellen; - Positief bekrachtigen; - School / werk weer oppakken indien dit haalbaar is.	"Ik leg het belang uit om de structuur aan te brengen". "Ik zou nog wachten met een weekprogramma, kijk eerst naar vandaag in het hier en nu".
Hoe motiveer je een adolescent? Er wordt gebruik gemaakt van motiverende	"Het zal met vallen en opstaan gaan".

gespreksvoering. Deze wordt hetzelfde toegepast bij de adolescent als bij een volwassene. De volgende dingen worden ingezet: - Uitvragen of de adolescent hinder / last ervaart van het probleem; - Hoe groot is de hinder / last; - Wil de adolescent van het hinder af; - Verandertaal uitlokken door discrepantie; - Spiegelen van gedrag; - Commitment krijgen; - In beweging laten komen; - Complimenten geven.	"Op zoek gaan naar de ingang". "Motiveren, complimenten geven, bekrachtigen, is al vaak heel belangrijk". Samen iets doen, dan raak je makkelijker aan de praat dan tegenover elkaar gaat zitten, ik denk dat dit heel belangrijk is".
Verpleegkundigen geven aan dat de voorkeur uit gaat, tijdens een huisbezoek, om iets te doen tijdens het gesprek, zoals wandelen, kamer opruimen, een potje voetballen en dergelijke.	"Rondje wandelen, zelfs een beetje mee opruimen". "Bij een jongere kan ik me wel voorstellen dat je iets gaat doen, zoals een potje voetballen".
Verschillen in opvatting binnen het team ten aanzien van de verpleegkundige interventies gericht op gedragsverandering	
Er wordt wisselend gedacht en gehandeld ten aanzien van het oppakken van activiteiten.	"Voor een 16 jarige is het een hele klus om dingen zelf te regelen. De verantwoordelijkheid bij de 16 jarige neer leggen is een groot verschil t.o.v. van een 23 jarige; ik zou meer dingen samen doen of zo nodig overnemen". "Ik zet de adolescent zelf in, kun je dit bespreken? Gaat jou dit lukken? Heb je daar ondersteuning bij nodig? Ik zou de adolescent zelf het initiatief laten nemen. Lukt dit niet of onvoldoende, dan kun je kijken of je daar een rol in kan hebben. Maar in principe proberen de zelfstandigheid, zelfredzaamheid en de verantwoordelijkheid daar te laten waar hij hoort".

Verpleegkundige interventies gericht op het systeem / ouders bij de suïcidale adolescent

Wordt het primaire steunsysteem altijd betrokken bij de behandeling van de suïcidale adolescent?

Het primaire steunsysteem wordt betrokken bij de behandeling, om de volgende redenen:

- Veiligheid waarborgen van de suïcidale adolescent;
- Bespreken of de borging van veiligheid haalbaar en werkbaar is;
- Frequentie van aantal huisbezoeken en / of telefonische contacten worden geschat en ingepland;
- Als het primaire steunsysteem onvoldoende veiligheid kan bieden kijken of andere familieleden dit kunnen overnemen;
- Uitvragen welke klachten, signalen en symptomen het systeem ziet om een duidelijker beeld te krijgen van de problematiek;
- Als de adolescent weigert om het steunsysteem te betrekken wordt dit besproken met de adolescent;
- De adolescent heeft beslissingsrecht van achttien jaar, dus kan weigeren om het systeem te betrekken;
- Indien de veiligheid in gedrang komt vindt er een second opinion plaats door middel van een In Bewaring Stelling (IBS) beoordeling;

"Je gaat in gesprek met de adolescent, wat vind je ervan om je ouders erbij te betrekken".

"Je hebt het steunsysteem nodig".

"Je bent tot een bepaalde hoogte wettelijk verplicht om de ouders erbij te betrekken, vanaf de achttien".

"Ik bespreek het met de adolescent, als hij weigert om de ouders te betrekken. Ik vind dat we dit gezamenlijk moet bespreken en kijken wat we kunnen doen om de veiligheid te vergroten".

"Je bent normaliserend bezig door te benadrukken dat het belangrijk is om alle betrokkenen zo goed mogelijk erbij te betrekken dan wel informeert".

"Je laat ons geen andere keus, dan onze verantwoordelijk te nemen, dan gaan we een IBS schrijven, als we op geen andere manier een veilige situatie kunnen creëren".

"Je kent mensen soms ook niet, het blijft altijd lastig, kort erop zitten, vaker mensen zien, huisbezoeken opschalen".

"Meld ouders als het echt niet meer gaat, trek aan de bel, alle escapes inzetten die we binnen het IHT hebben, zoals het opschalen van huisbezoeken; een collega mee laten kijken; letterlijk back-up vragen van de behandelaar; bespreken binnen het team of een beoordeling als dit nodig is".

- Casus inbrengen in het team. - Het IHT maakt geen gebruik om met twee verpleegkundigen op huisbezoek te gaan.	"In de multidisciplinaire richtlijn staat dat het steunsysteem het kei belangrijk is, in de meeste gevallen de ouders. Dit is een belangrijke inzet. Hierover moet je commitment krijgen en uitleg geven, dat de praktijk uitwijst dat dit harstikke belangrijk is". "Zijn er anderen in het systeem van de adolescent die wel voldoende steun kun bieden en zijn deze inzetbaar, Dit zal besproken moeten worden". "We gaan niet met twee personen op huisbezoek, maar ik kan me voorstellen dat je dit wel inzet, om de dubbele pet niet op te hebben en er echt voor een iemand te zijn". "Soms zit er zoveel in een systeem, als je dan die dubbele rol moeten hebben, kun je de adolescent onvoldoende kunt steunen".
Scholing	**Verpleegkundig team**
Vanuit de literatuur is gesteld dat scholing en ervaring belangrijk is in de omgang met de suïcidale adolescent. De experts die zijn geïnterviewd hebben scholing en zijn deskundig in het begeleiden van de suïcidale adolescent. Hierdoor is de vraag voorgelegd; - *Hebben jullie voldoende kennis en scholing t.a.v. de zorg voor suïcidale adolescent?*	- Verpleegkundigen geven aan graag meer scholing te willen krijgen ten aanzien van de zorg voor de suïcidale adolescent. - De verpleegkundigen hebben eind juni een scholingsmiddag gehad "crisis en jeugd" met als doel het vergroten van het gevoel van competentie in het werken met crisisjongeren.

6.2 Deelconclusie onderzoek

De resultaten op de deelvraag: "*Welke interventies passen verpleegkundigen van het IHT binnen het Vincent van Gogh toe bij de suïcidale adolescent*?", laten zien dat het IHT verschillende interventies inzet bij de zorg voor de suïcidale adolescent.

Het IHT heeft de vragen die gesteld worden volgens de MDR BSGD opgenomen in hun werkwijze. De verpleegkundigen zijn goed op de hoogte welke vragen er gesteld moeten worden, zodat de veiligheid ingeschat kan worden. De verpleegkundigen van het IHT stellen verdiepingsvragen om meteen een inschatting te kunnen maken of het primaire systeem op de hoogte is van de suïcidaliteit van de adolescent.
Bij de zorg voor de suïcidale adolescent in de acute fase blijkt dat de verpleegkundigen geen eenduidige werkwijze hanteren. Er wordt verschillende gedacht over de directheid van het stellen van vragen. De literatuur en experts beschrijven dat het belangrijk is om vragen over suïcidaliteit direct te stellen om op deze manier de taboe te doorbreken.

Het IHT verstrekt psycho-educatie niet in de beginfase, maar wacht tot er vraag naar is en de psycho-educatie wordt aangepast op het ontwikkelingsniveau van de adolescent.
Bij het aanbieden van structuur ligt de focus op het stellen van haalbare doelen. Hierbij is het belangrijk om in het hier en nu te blijven. Er wordt door verpleegkundigen wisselend gedacht en gehandeld ten aanzien van het uitvoeren van activiteiten. Enkele verpleegkundigen leggen de focus op eigen verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en zelfstandigheid. De literatuur beschrijft dat de adolescent moeite heeft met het behouden van overzicht, een slechtere concentratie heeft en een minder probleemoplossend vermogen. Het samen uitvoeren en waar nodig sturing bieden van activiteiten heeft de voorkeur. Het blijft zorg op maat bieden.
Het verpleegkundig team van het IHT onderneemt activiteiten tijdens gesprekken om de drempel in contact te verlagen. Zij passen activiteiten aan op de belevingswereld van de adolescent.
De verpleegkundigen passen interventies toe vanuit de motiverende gespreksvoering gericht op interventies vanuit de volwassenenzorg.

Het IHT geeft aan dat het systeem wordt betrokken bij de behandeling en ervaart dit als waardevol. Het IHT gaat in gesprek met de adolescent wanneer er geweigerd wordt om de ouders te betrekken bij de behandeling. Er zal een second opinion plaats vinden, in de vorm van een IBS beoordeling, wanneer de adolescent dit blijft weigeren. Het verpleegkundig team geeft aan dat het eigen beslissingsrecht van de adolescent achttien jaar is, de MDR BDSG schrijft dat dit vanaf zestien jaar is.

In het volgende hoofdstuk worden de resultaten van de literatuurstudie, onderzoek met experts en het focusinterview met elkaar vergeleken.

7 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de literatuurstudie en experts vergeleken met de resultaten van het verpleegkundig team van het IHT om antwoord te krijgen op de hoofdvraagstelling:
"In hoeverre worden verpleegkundige interventies die aansluiten bij de suïcidale adolescent toegepast binnen het IHT van het Vincent van Gogh?"

7.1. Conclusie

De literatuur en experts bevestigen dat bij een acute suïcidale crisis de verpleegkundige interventies gericht moeten zijn op het borgen van veiligheid bij de adolescent. Het verpleegkundig team van het IHT werkt volgens de richtlijn MDR DBSG. Het uitvragen van de suïcidaliteit wordt beheerst door het verpleegkundig team, echter wordt er door enkele verpleegkundigen getwijfeld over de directheid van vragen stellen bij de adolescent. Het MDR BSDG beschrijft dat suïcidaliteit bij de adolescent niet toeneemt of leidt tot een suïcidepoging door het uitvragen. De experts sluiten hierbij aan en benoemen dat het vragen naar suïcidale gedachtes zorgt voor openheid. De adolescent kan zich schamen voor zijn gedachtes en dit kan het taboe juist doorbreken.
Het verpleegkundig team van het IHT geeft aan dat de adolescent met achttien jaar eigen beslissingsrecht heeft, dit moet echter zestien jaar zijn. Dit betekent dat de psychiater geconsulteerd moet worden als de thuiswonende suïcidale adolescent weigert ouders te betrekken bij de behandeling.

Verpleegkundige interventies gericht op gedragsverandering bij de suïcidale adolescent kunnen worden ingezet als de veiligheid gewaarborgd is, hierbij is zorg op maat bieden belangrijk. Er moet onderzocht worden op welke manier de adolescent vaardigheden aanleert. De experts geven aan dat een signaleringsplan hier ondersteunend in is.
Het is belangrijk om aan te sluiten bij ontwikkelingsfase van de adolescent. Het verpleegkundig team van het IHT sluit aan bij de activiteiten die passen bij de adolescent, maar geeft wisselend antwoord over de nabijheid die gegeven wordt.

De literatuur en experts geven aan dat het belangrijk is om het primaire systeem te betrekken bij de zorg voor de suïcidale adolescent. Er moet onderzocht en besproken worden, met ouders, of er voldoende draagkracht is binnen het systeem om de veiligheid te waarborgen. Is dit onvoldoende dan moet er onderzocht worden of het steunsysteem kan ondersteunen. Dit wordt door het verpleegkundig team van het IHT toegepast.

7.2 Discussie

In dit hoofdstuk worden de sterke en minder sterken kanten van het onderzoeken beschreven.
Tijdens de literatuurstudie is gebleken dat de hoofdvraag te breed is gesteld. Daardoor zijn sommige gevonden resultaten niet relevant gebleken voor het onderzoek. Op advies van de examinator is de hoofdvraag bijgesteld.
Het onderzoek is verricht door twee studenten van de Fontys Hogeschool in Eindhoven.
Door het uitvoeren van proefinterview, het bijwonen van een workshop "Interviewen" en het oefenen door middel van een rollenspel, hebben de onderzoekers tips gekregen hoe en op welke manier gesprekstechnieken ingezet kunnen worden bij de interviews.

Er is peer debriefing toegepast door een proefinterview te houden met een collega die niet betrokken is bij het onderzoek (Baarda,2014). Hierdoor zijn enkele vragen bijgesteld en anders geformuleerd.
In het onderzoek met experts is er op de vragenlijst peerreview toegepast door feedback te vragen aan de studiebegeleider, peerreview groep en medeonderzoeker.
Hierdoor heeft er analysetriangulatie plaatsgevonden, waarbij de geldigheid en plausibiliteit van het onderzoek is bevorderd (Baarda,2014).
Door onervarenheid van de interviewer is er op sommige momenten onvoldoende geparafraseerd en samengevat. In dit proces kan er bias opgetreden zijn door verkeerde interpretaties. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen zijn de interviews getranscribeerd en is er membercheck toegepast door de ruwe data na te laten kijken door de experts. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek (Baarda & de Goede, 2005).
Hierop zijn enkele aanpassingen gedaan. De interviews zijn woordelijk verwerkt in een word document. Er is een opmerking gemaakt door een expert dat dit onoverzichtelijk was en veel leeswerk. Eén interview is door de expert niet teruggestuurd.
Onderzoektriangulatie heeft te weinig plaats gevonden. De peerreview groep is door tijdnood onvoldoende betrokken bij het coderen van data van de semigestructureerde interviews. Hierdoor kan er bias zijn ontstaan (Baarda & de Goede, 2005).
Tijdens het focusinterview kan er interpretatiebias opgetreden (Baarda, 2014). De interviewer is werkzaam geweest binnen het IHT en heeft hierdoor op sommige momenten gestuurd.
Tijdens het interview is er op sommige momenten van vraagstellingen afgeweken, omdat dit beter aansloot bij de discussie (Baarda et al, 2005). Daardoor zijn de volgende vragen niet gesteld in het focusinterview: “werken jullie met het veiligheidsplan?” en “maken jullie gebruik van signaleringsplannen?”. Hierdoor zijn enkele resultaten minder valide (Verhoeven, 2013). De vragen zijn alsnog voorgelegd per email aan het verpleegkundig team, hier is geen reactie opgekomen. Doordat het focusinterview niet getranscribeerd is, is er interpretatiebias ontstaan.
Een positief effect was dat de onderzoeker op andere momenten goed heeft doorgevraagd. De collega onderzoeker is aanwezig geweest bij het focusinterview en heeft de onderzoeksresultaten beoordeeld, wat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het onderzoek heeft verhoogd (Dassen & Keuning, 2007).
Tijdens het focussinterview ontstond regelmatig een open discussie over de gestelde vragen. Er is extra aandacht besteed om timide verpleegkundigen naar hun mening te vragen. Dit heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek doen toenemen (Baarda, 2014).
Er zijn verschillen in de onderzoekseenheden. De tijdsduur van het begeleiden van de adolescent verschilt tussen de experts en het verpleegkundig team. Drie experts begeleiden de adolescent over het algemeen langer dan zes weken. Hierdoor is er meer tijd om de fase van gedragsverandering bij de adolescent te begeleiden. Bij één expert wordt de adolescent niet aangemeld met een acute suïcidale crisis.
Hierdoor zijn de onderzoeksresultaten niet altijd één op één generaliseerbaar
(Dassen & Keuning, 2007).
Alle experts hebben wel te maken met adolescenten die in een acute suïcidale crisis komen of zijn.

Er zijn enkele punten naar voren gekomen die niet aansluiten bij de onderzoeksvraag, maar wel waardevol zijn om te benoemen. Deze punten zijn:

- De experts werken met een eigen caseload. Er kwam ter sprake dat het van belang is om niet met teveel verpleegkundigen op huisbezoek te gaan, omdat dit lastig is voor de adolescent in contactlegging.
- Het verpleegkundig team stelt ter discussie om met twee personen op huisbezoek te gaan, één persoon die zich richt op ouders en de ander op de adolescent.
- Er zijn adviezen van experts naar voren gekomen gericht op de benadering en de bejegening van de suïcidale adolescent. Dit is een belangrijk aspect naast de verpleegkundige interventies.

Een advies is om twee vervolgonderzoeken te doen.

- Hoe ervaren de adolescent en ouders de ontvangen zorg van het verpleegkundig team van het IHT?
- Welke bejegeningsaspecten zijn van belang bij de zorg voor suïcidale adolescent?

7.3 Aanbevelingen

Op grond van de conclusie worden er twee aanbevelingen gedaan die kunnen bijdragen aan een verbetering gericht op interventies bij suïcidale adolescenten voor het verpleegkundig team van het IHT. De eerste aanbeveling is gericht op de acute fase bij de suïcidale adolescent.

Suïcidepreventie bij de adolescent

Er zal een terugkoppeling gemaakt worden naar de opdrachtgever en de trainers van suïcide preventie over de aanbevelingen die de MDR BDSG doet ten aanzien van de suïcidale adolescent. Er wordt een voorstel gedaan om dit als vast onderdeel in de jaarlijkse cursus suïcide preventie terug te laten komen.

Deskundigheidsbevordering over de ontwikkelingsfase bij de adolescent

De tweede aanbeveling richt zich op gedragsverandering bij de adolescent. Het verpleegkundig team denkt verschillend over de verpleegkundige interventies die ingezet worden bij de adolescent om tot gedragsverandering te komen. Uit de conclusie van het onderzoek blijkt dat hierdoor handelingsverlegenheid optreedt. De aanbeveling richt zich op deskundigheidsbevordering voor het verpleegkundig team over de ontwikkelingsfase van de adolescent. Hoe deze aanbeveling bereikt kan worden zal in het implementatieplan worden beschreven.

8 Implementatie en evaluatie

Om de deelvraag: *"Welke handvatten kunnen er aangeboden worden aan verpleegkundigen van het IHT gericht op verpleegkundige interventies die aansluiten bij de suïcidale adolescent?"* te beantwoorden, is er een implementatieplan gemaakt. Het doel van het implementatieplan is om de aanbevelingen methodisch in te voeren binnen het IHT.
Enkele adviezen die in het verslag zijn vermeld zijn niet uitgewerkt in het implementatieplan omdat het geen verpleegkundige interventies zijn. Het zijn adviezen die een bijdrage kunnen leveren aan zorg voor de suïcidale adolescent in een ambulante setting.
Deze adviezen zijn:

- De experts werken met een eigen caseload. Het is belangrijk om niet met teveel verpleegkundigen op huisbezoek te gaan omdat het lastig is voor de adolescent om een vertrouwensrelatie op te bouwen;
- Het verpleegkundig team stelt de vraag of het een meerwaarde heeft om met twee personen op huisbezoek te gaan, één persoon die zich richt op ouders en de ander op de adolescent;
- De suïcidale adolescent en zijn primair systeem vragen een specifieke benadering en bejegening.

Er zijn talloze theorieën op het gebied van implementatie. Deze theorieën zijn gebaseerd op uiteenlopende visies van het menselijk gedrag of het functioneren van organisaties. Wetenschappelijke onderbouwingen wat betreft de effectiviteit en toepasbaarheid binnen de gezondheidszorg zijn beperkt. Er kan geconcludeerd worden dat implementatieprocessen in het algemeen complex van aard zijn en dat geen enkele theorie of benadering deze volledig kan dekken. De methode van Grol en Wensing (2001) heeft uiteenlopende theorieën en benaderingen ten aanzien van een effectieve implementatie, daarom is er gekozen om volgens dit model te werken. Het model bestaat uit de volgende stappen:

1. Het formuleren van concrete en onderbouwde voorstellen van de gewenste verbeteringen.
2. Het beschrijven van de werkelijke situatie.
3. Het analyseren van de context waar de implementatie plaatsvindt.
4. Het bepalen van diverse bij de context passende strategieën voor verspreiding en implementatie.
5. Het opstellen van een implementatieplan met acties, taken en tijdsplanning.
6. Evalueren en bijstellen van het implementatieplan door het monitoren van het proces.

Stap 1 en 2 Het formuleren van concrete en onderbouwde voorstellen van de gewenste verbeteringen en de beschrijving van de werkelijke situatie.

Het analyseren van de feitelijke, huidige situatie is beschreven in de onderzoeksopzet. Er is gekozen om de werkelijke situatie, de wenselijke situatie en het doel schematisch weer te geven.

Werkelijke situatie	Wenselijke situatie	Doel
Het verpleegkundig team ervaart handelingsverlegenheid in het begeleiden van de suïcidale adolescent.	Het verpleegkundig team heeft inzicht en weet welke verpleegkundige interventies er ingezet kunnen worden bij de suïcidale adolescent.	Het verpleegkundig team vergroot de handelingsbekwaamheid ten aanzien van de verpleegkundige interventies bij de suïcidale adolescent en zijn primair systeem door deskundigheidsbevordering.
In de cursus suïcide preventie worden de specifieke interventies voor de suïcidale adolescent niet besproken.	De specifieke interventies die aansluiten bij de suïcidale adolescent beschreven in de MDR BDSG wordt besproken tijdens de cursus suïcidepreventie.	De zorg voor de suïcidale adolescent blijft onder de aandacht bij de medewerkers van het VvG. Dit wordt gefaciliteerd door de trainers van de cursus suïcidepreventie.

Stap 3 Het analyseren van de context waar de implementatie plaatsvindt.

De derde stap is het analyseren van de doelgroep en setting waarbinnen het plan wordt geïmplementeerd.
De doelgroep waar dit implementatieplan voor is geschreven zijn de verpleegkundigen van het IHT, werkzaam binnen RC Venlo van VvG.
De verpleegkundigen zijn vanaf de start van het onderzoek betrokken bij het proces. De betrokkenheid en interesse bij de verpleegkundigen zijn vergroot door het focusinterview, volgens Grol en Wensing geeft dit meer kans op succes bij de implementatie. Het is hierbij belangrijk om rekening te houden met belemmerende en bevorderende factoren om commitment van de verpleegkundigen te krijgen.

Belemmerende factoren verminderen
- Er is gekozen om evaluatiemomenten te plannen tijdens vaste overlegmomenten, zodat er meer verpleegkundigen aanwezig zijn en niet extra terug hoeven te komen. - Het opstellen van de enquête is tijdrovend en vergt kennis. De projectleider heeft kennis op het gebied van opstellen van enquêtes waardoor dit niet opnieuw onderzocht hoeft te worden. Dit bespaart tijd. - Het verwerken van de resultaten van een enquête is tijdrovend. Om tijd te besparen wordt de enquête aan het einde van de workshop ingevuld door de verpleegkundigen en direct nabesproken. Door de enquête direct na te bespreken wordt kennis direct met elkaar gedeeld.
Bevorderde factoren
- De aandachtsverpleegkundige en projectleider zorgen ervoor dat het plan van aanpak wordt uitgevoerd volgens afspraak. - Door twee personen aan het project te koppelen, is de uitvoering minder kwetsbaar, bijvoorbeeld bij ziekte. - Het inzetten van werkbezoeken bij verschillende divisies binnen het VvG zorgt voor uitwisseling van kennis. - Het is kosten en tijdbesparend om werkbezoeken binnen de eigen instelling te plannen. - De aandachtsverpleegkundige en projectleider hebben ervaring en kennis op het gebied van adolescentie, wat tijdbesparend is.

De verpleegkundigen, de opdrachtgever en de onderzoekers zien de invoering van aanbevelingen als haalbaar en niet als problematisch. De verbetering is goed te begrijpen. Dit vraagt om een gedragsverandering en bewustwording in de deskundigheidsbevordering voor de zorg voor de suïcidale adolescent.
Grol en Wensing (2011) hebben een model gebaseerd op basis van literatuur en ervaring die is opgedaan. Dit model is gericht op het veranderingsproces van de doelgroep en bestaat uit de volgende fasen:

Fase	Stappen gericht op
1: Oriëntatie	- bewustzijn van de beoogde verandering; - interesse en betrokkenheid.
2: Inzicht	- kennis en begrip van de beoogde verandering; - inzicht in de bestaande werkwijze.
3: Acceptatie	- positieve attitude, motivatie om te veranderen; - intentie, besluit om te veranderen.
4: Verandering	- invoering van de beoogde verandering in de praktijk; - bevestiging van nut en effect van de verandering.
5: Behoud	- integratie van de verandering in routines; - verankering ervan in de organisatie.

Fase 1: Oriëntatie
In deze fase moeten de verpleegkundigen van het IHT zich bewust zijn van, interesse krijgen in en betrokken raken bij de verbetering voor de zorg voor de suïcidale adolescent voordat er een verandering kan plaatsvinden. De betrokkenheid en interesse van de verpleegkundigen wordt vergroot door overlegvormen en individuele gesprekken over de zorg van suïcidale adolescent en primair systeem.
Fase 2: Inzicht
Deze fase is gericht de verpleegkundigen te informeren wat de verbetering precies inhoudt en inzicht te geven wat de feitelijke zorgverlening is. Er moet een gevoel komen bij het verpleegkundig team dat ze andere interventies kunnen inzetten bij de zorg voor de suïcidale adolescent in een ambulante setting. De adviezen en aanbevelingen worden in de presentatie uitgelegd, waardoor de aanwezige verpleegkundigen op de hoogte zijn. Om te voorkomen van informatie wordt vergeten, moet de informatie verschillende keren herhaald worden zodat de kennis snel opgehaald kan worden.
Fase 3: Acceptatie
In deze fase ligt de nadruk op de motivatie van het verpleegkundig team om tot verandering over te gaan. Het verpleegkundig team moet het gevoel krijgen dat verandering zinvol en haalbaar is. Sinds de start van het onderzoek is er motivatie tot verandering omdat verpleegkundigen handelingsverlegenheid ervaren in de zorg voor de suïcidale adolescent.
Fase 4: Verandering
Deze fase is gericht om de aanbevelingen in de praktijk te implementeren. Het verpleegkundig team moet gaan experimenteren met de interventies en het gevoel krijgen dat deze werken en haalbaar zijn. Om de verpleegkundigen hierbij goed te ondersteunen wordt deskundigheidsbevordering en praktijkbezoeken aangeboden. Daarnaast is het onderzoeksverslag achtergelaten op de afdeling als naslagwerk.
Fase 5: Behoud van verandering
In deze fase wordt de nieuwe werkwijze een vast onderdeel van de dagelijkse routines en de processen in de praktijk of de instelling. Het is belangrijk dat de verpleegkundigen betrokken blijven, dit kan niet gegarandeerd worden. Om behoud van verandering te waarborgen is er een aandachtsverpleegkundige aangesteld. De aandachtsverpleegkundige houdt de regie over het proces.

Stap 4 Het bepalen van diverse bij de context passende strategieën voor verspreiding en implementatie.
Er wordt gekeken naar manieren waarop veranderstrategieën ingevoerd kunnen worden.
Grol en Wensing (2011) kijken naar twee fasen tijdens de implementatie:

- Implementatie: Ervoor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routine en het bevorderen van de feitelijke toepassing in de praktijk;
- Disseminatie: Het vergroten van de belangstelling voor, kennis van de verandering, het bevorderen van een positieve houding en bereidheid van het aanpassen van de bestaande werkwijze.

Tijdens de focusgroep hebben de verpleegkundigen belangstelling getoond. De inbreng is meegenomen bij de aanbevelingen tot implementatie.

Grol en Wensing (2011) beschrijven een aantal strategieën voor verandering. Om de aanbevelingen te implementeren, zal er gebruikt gemaakt worden van de volgende strategieën:

- Terugkoppeling van het onderzoek;
- Educatieve bijeenkomsten;
- Educatieve praktijkbezoeken.

De educatieve strategie wordt ingezet om de kennis te vergroten en de verandering toe te passen onder de verpleegkundigen. Er is gekozen om een aandachtsverpleegkundige aan te stellen, die bij voorkeur heeft gewerkt in de adolescentenzorg. Eén van de onderzoekers wordt projectleider van de

invoering en borging van het implementatieplan. Beide zijn voorzien van theoretische en praktische kennis gericht op de adolescent.
De educatie praktijkbezoeken worden ingezet om deskundigheid te vergroten. Er wordt gekozen om praktijkbezoeken te plannen binnen de adolescentzorg en van het VvG.

Stap 5 Het opstellen van een implementatieplan met acties, taken en tijdsplanning.

Terugkoppeling van het onderzoek	
Doelstelling	Samenvatting verstrekken van het onderzoek
Betrokken	Verpleegkundigen IHT
Activiteit	Presentatie onderzoeksresultaten
Datum / Tijd	15 Juli 2015 om 14.00 uur
Beoogde resultaat	- Inzicht in het proces tot verandering; - Het verpleegkundig team heeft kennis gekregen over de verpleegkundige interventies ingezet kunnen worden.
Wie	Heidi Hurkmans en Joyce Jacobs
Plan van aanpak	Voorbereiding: - Flyers op afdelingen hangen met de uitnodiging van de presentatie - Powerpoint maken en filmmateriaal verwerken - Uitnodigingen versturen voor de presentatie - Literatuur / boeken reserveren bij de bibliotheek - Ruimte reserveren, beamer en scherm regelen - Koffie en thee klaarzetten - Stoelen klaarzetten Tijdens: - Vragen of de resultaten herkenbaar zijn - Vragen of de presentatie duidelijk is - Feedback vragen over de manier van presenteren Na: - Het afstudeeronderzoek wordt op de afdeling neergelegd als naslagwerk - De opdrachtgever stelt een aandachtsverpleegkundige aan

Educatieve bijeenkomsten	
Doelstelling	Het vergroten van kennis en inzicht over de suïcidale adolescent
Betrokken	Verpleegkundigen IHT
Activiteit	Workshop
Datum / Tijd	September 2015
Beoogde resultaat	Begrijpen en opvolgen van de aanbevelingen en adviezen
Wie	Aandachtsverpleegkundige en projectleider
Plan van aanpak	Voor: - Enquête opstellen en afnemen om huidige kennis te toetsen - Aan de hand van de uitslag van de enquête de workshop samenstellen - Datum plannen workshop - Uitnodigingen versturen voor de workshop - Literatuur / boeken reserveren bij de bibliotheek - Evaluatieformulier maken voor workshop - Ruimte reserveren, beamer en scherm regelen - Koffie en thee klaarzetten Tijdens:

	- Workshop presenteren met een verdeling tussen een theoretisch gedeelte en een interactief gedeelte - Aan het einde van de workshop enquête opnieuw af laten nemen - Evaluatie formulier invullen over workshop Na: - Enquête nakijken en uitkomsten vergelijken met eerder afgenomen enquête - Resultaten bespreken in verpleegkundig overleg

Educatieve praktijkbezoeken	
Doelstelling	Uitwisselen van deskundigheid
Betrokken	Verpleegkundigen IHT
Activiteit	Werkbezoeken
Datum / Tijd	In de periode van november 2015 tot januari 2016
Beoogde resultaat	Deskundigheid wordt vergroot
Wie	Leidinggevende en aandachtsverpleegkundige
Plan van aanpak	Voor: - Tijdens verpleegkundig overleg bespreken wat het team wil leren - Persoonlijke leerdoelen op laten stellen door het verpleegkundig team - Afspreken om persoonlijke leerdoelen te bespreken tijdens werkbezoek - Contact opnemen met manager Jong voor inplannen werkbezoek - Datums afspreken op eigen en betreffende afdelingen - Planner van dienstrooster benaderen voor inplannen van werkbezoek Na: - Evalueren werkbezoeken - Evalueren persoonlijke leerdoelen - Enquête afnemen om kennis te toetsen - Tijd plannen evaluatie leidinggevende en aandachtsverpleegkundige

Stap 6 Evalueren en bijstellen van het implementatieplan door het monitoren van het proces.

Gedurende de implementatie is het belangrijk om dit proces te monitoren, te evalueren en eventueel bij te stellen daar waar het nodig is. Dit is een cyclus die zich herhaald om het beoogde doel te bereiken (Grol & Wensing, 2011). Het beoogde doel van dit implementatieplan is het vergroten van kennis van verpleegkundige interventies gericht op de thuiswonende suïcidale adolescent en zijn primair systeem. Het is belangrijk dat alle verpleegkundigen bij deze implementatie worden betrokken, zodat het teambreed wordt gedragen (Baarda et al., 2013).

Als het gewenste resultaat, van vergroten van kennis van verpleegkundige interventies gericht op de thuiswonende suïcidale adolescent niet bereikt is, kan men nieuwe doelen stellen om de cyclus opnieuw te doorlopen (Grol & Wensing, 2011).

Evaluatie	
Doelstelling	Bewaken van het proces van integreren toepassen
Betrokken	Verpleegkundigen IHT
Activiteit	Evalueren van aanbevelingen
Datum / Tijd	Februari 2016
Beoogde resultaat	Het bewaken van het proces zodat de deskundigheid in het begeleiden van de suïcidale adolescent hoog blijft.
Wie	Aandachtsverpleegkundige en leidinggevende
Plan van aanpak	- Evaluatie aandachtsverpleegkundige en leidinggevende over uitslag enquête en proces - Indien nodig nieuwe doelen stellen en cyclus herhalen

9 Nawoord

Er is hard gewerkt om tot dit eindproduct te komen. Het is een leerzame periode geweest met vallen en op staan. In de eerste fase van het onderzoek was de onderzoeksvraag te breed gesteld. Dit heeft veel tijd en energie gekost.
Er zijn veel interessante wetenschappelijke artikelen en literatuur rondom de adolescent, hierdoor was het soms moeilijk om bij het onderzoeksdoel te blijven. Er is telkens opnieuw de vraag gesteld geeft dit antwoord op de probleemstelling of deelvraag. Door deze methode telkens te herhalen werd het meer overzichtelijk en duidelijk. De vraagstelling is hierop bijgesteld waardoor het onderzoek niet meer te breed was. De projectgroep heeft veel geleerd door op deze manier het onderzoeksproces te doorlopen.

De onderzoeksresultaten zijn gepresenteerd en de eerste reacties zijn positief. Het verpleegkundig team en ander genodigden hebben enthousiast gereageerd en willen graag meer kennis over de adolescent in suïcidale crisis. Gezien de enthousiaste reacties heeft de projectgroep veel vertrouwen in een goed verloop in de aanpak en uitvoer van het verbetervoorstel. Op vraag van de projectbegeleider heeft een verpleegkundige zich aangeboden als aandachtsverpleegkundige. Eén van de medeonderzoekers gaat dit proces ondersteunen.
De projectgroep wil het verpleegkundig team veel succes wensen met het aangaan van deze nieuwe uitdaging.

10 Literatuurlijst

Backer, H., Miller, A., & Bosch, L. van den. (z.j.).
Dialectische gedragstherapie bij adolescenten; een literatuuronderzoek (tijdschrift voor psychiatrie 51 (2009)).
Geraadpleegd op 17 februari 2015
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2735pdf.pdf

Baarda, B., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2005).
Basisboek Kwalitatief Onderzoek (2e ed.). Groningen / Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers B.V.

Baarda, B. (2014).
Dit is onderzoek (2e Ed.). Groningen / Houten, Nederland: Noordhoff

Baarda, B. (2014).
Dit is onderzoek (2e ed.) pagina 22. Groningen / Houten, Nederland: Noordhoff

Baat, M. de, Bartelink, C., & Udo, N. (2013).
Spoedeisende psychiatrische hulp bij jeugdigen: wat werkt?
Geraadpleegd op 20 februari 2015
http://www.nji.nl/nl/Watwerkt_Spoedeisendepsychiatrischehulp.pdf

Beerthuis, R., Berckelaer-Onnes, I. van, Daalen, E. van, Gaag, R. van der, Grietens, H., Haan, E. de, Wit, C. de. (2009).
Psychiatrische stoornissen Reeks Kinderen en Adolescenten. Problemen en risicosituaties.
Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

Bettonvil, N., & Vries, W. de. (2009, september).
Wonen doe je thuis – van visie naar helpend handelen. Jeugd en Co Kennis, 3/2009(3), 44-52.
Geraadpleegd op 17 december 2014
http://rd.springer.com/article/10.1007/BF03087517

Bisschops, W. (2010).
Suïcidaal gedrag bij jeugdigen. *PSYCHOPRAKTIJK*, *nummer 2*, 17-21.
Geraadpleegd op 20 februari 2015

Bruinsma, W., & Konijn, C. (2008, september).
Antwoord op veelgestelde vragen over effectiviteit. Jeugd en Co Kennis, 2/2008(3), 17-23.
Geraadpleegd op 15 november 2014
http://rd.springer.com/article/10.1007/BF03087467

Cox, K., Louw, D. de, Verhoef, J. & Kuiper, C. (2005).
Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en implementatie.
Utrecht: Lemma.

Crone, E. (2008).
Het puberende brein. Amsterdam, Nederland: Bert Bakker.

Crone, E. (2012).
Het sociale brein van de puber. Amsterdam, Nederland: Bert Bakker.

Dassen, T., & Keuning, F. (2007). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties* (6e ed.). Baarn, Nederland: HBuitgevers.

Doreleijers, T., Boer, F., Huisman, J., & Haan, E. de. (2013).
Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten (2e ed.). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (2010).
Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten.
Geraadpleegd op 20 februari 2015
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_135a_spoedeisende_psychiatrische_hulp_voor_kinderen_en_adolescenten.pdf

Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007).
Adolescents' views of helping professionals. Journal of Adolescence, 30, 639-653.
Geraadpleegd op 20 februari 2015

Hemert, A. van, Kerkhof, A., Keijser, J. De, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J., Glind, G. van de. (2012, 23 juli). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.
Geraadpleegd van 17 december 2014
http://www.ggzrichtlijnen.nl/

Grit, R., & Julsing, M. (2009). *Zo doe je een onderzoek*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.

Grol R, Wensing M. (2011).
Implementatie Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 4e druk. Amsterdam: Reed Business.

Heslinga, M. (2010)
Doe normaal! Een kwalitatief onderzoek naar het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen adolescenten en verpleegkundige op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie).
Geraadpleegd op 22 februari 2015
https://naz.vakliteratuur.info/ClientWeb/ShowRecord.aspx?hit=5_7Ministerie van Volksgezondheid

Johnson, S., Needle, J., Bindman, J., & Thornicroft, G. (2008).
Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge, Engeland: Cambridge University Press.

Kenniscentrum kinder-en jeugdpsychiatrie. (2014).
Flowchart.
Geraadpleegd op 27 februari 2015
http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadable_PDFs_tabellen_en_overige/flowchart-psychotische-stoornissen.pdf

Kohnstamm, R. (2009).
Kleine ontwikkelingspsychologie, de puberjaren (3e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

Konijn, C., Schulze, E., & Schut, T. (2007).
Spirit onderzoek eigen effectiviteit.
Geraadpleegd op 15 januari 2015.
http://download.springer.com/static/pdf/613/art%253A10.1007%252FBF03085432.pdf?auth66=1423040860_4a041fa4acda2044a2b1aae88be59e2c&ext=.pdf

Levecke, V., Bal, S., Schoentjes, E., Antrop, I., & Monnerency, G. (2013, april).
Outreaching: werken binnen de 'systems of care' filosofie in de kinder- en jeugd-GGZ.
Psychopraktijk, *5/2013*(2), 19-23.
Geraadpleegd op 15 januari
http://rd.springer.com/article/10.1007/s13170-013-0022-y

Lieshout, T. (2009).
Pedagogische adviezen voor speciale kinderen.
Geraadpleegd op 17 december 2014
http://rd.springer.com/book/10.1007/978-90-313-6891-4

Linge, R. van. (2006). *Innoveren in de gezondheidszorg* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: Reed Business.

Migchelbrink, F. (2006).
Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn (Herz. ed.). Amsterdam, Nederland: SWP

Moller, H., Baldwin, D. S, Goodwin, G., Kasper, S., Okasha, A., Stein, D. J, Versiani, M. (2008).
Do SSRI's or antidepressants in general increase suicidality? (Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2008) 258 [Suppl 3]:3–23).
Geraadpleegd op 20 februari 2015
https://msrc.fsu.edu/system/files/Moller%20et%20al%202008%20Do%20SSRIs%20or%20antidepressants%20in%20general%20increase%20suicidality.pdf

Naar-King, S., Suarez, M., & Zinn, M. F. (2012). Motiverende gespreksvoering met jongeren en jongvolwassenen (Herz. ed.). Ouderkerk aan den IJssel, Nederland: Ekklesia

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (z.j.). Vernieuwen, Verbinden, Versterken. Geraadpleegd op 8 juni 2015 https://www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite/details-richtlijn/?richtlijn=12&rlpag=824

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. (2011). Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Geraadpleegd op 18 december 2014 http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapport-verpleging-verzorging-internationaal-perspectief.pdf

Nederlands Jeugdinstituut, Baat, M. de, Bartelink, C., & Udo, N. (2013). Wat werkt bij crisisinterventie? Geraadpleegd op geraadpleegd op 21 februari 2015 http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Wat-werkt/Onderwerpen/Wat-werkt-bij-crisisinterventie

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Geraadpleegd van 20 februari 2015 http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunt-suicide/mdr-diagnotiek-en-behandeling-suicidaliteit.pdf

Nelis, H., & Sark, Y. van. (2009). *Puberbrein binnenstebuiten*. Utrecht / Antwerpen, Nederland / België: Kosmos Uitgevers B.V.

Rots-de Vries, M., Kroesbergen, H., & Math, J. (2013, juni). Bemoeizorg in de Jeugdgezondheidszorg: een studie naar doelgroep, interventie-methoden en doelrealisatie. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 91/2013(4), 209-216. Geraadpleegd op 17 december 2014 http://rd.springer.com/article/10.1007/s12508-013-0077-5

Steenhouder, M., Jansen, C., Mulder, J., Pool, E. van der, & Zeijl, W. (2011). Leren communiceren (6e ed.). Groningen / Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.

Stikkelbroek, Y., & Prinzie, P. (2008). Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie. *Kind en adolescent praktijk*, *juni*, 52-60

Tandt, H., Audenaert, K., & Heeringen, C. van. (2009). *ssri's en suïcidaliteit bij volwassenen, adolescenten en kinderen* ([tijdschrift voor psychiatrie 51: 6, 387-393]).

Geraadpleegd op 21 februari 2015
http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2793pdf.pdf

Teuling, E. den. (2011, december).
Alternatief voor klinische opname, een Zweedse Methodiek. Kind & Adolescent Praktijk, 10/2011(4), 184-188.
Geraadpleegd op 17 december 2014
http://rd.springer.com/article/10.1007/s12454-011-0046-6

Tricht, K. van, Broeck, U. van den, & Rober, P. (2011, november).
Suïcidedreiging bespreekbaar maken in gezinstherapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 37/2011(6), 397-413.
Geraadpleegd op 17 december 2014
http://rd.springer.com/article/10.1007/s12485-011-0066-6

Trimbos instituut. (2012, 23 juli).
Suïcide gedrag-Jongeren.
Geraadpleegd op 21 februari 2015
http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1743&richtlijn_id=119

Verhoeven, N. (2013).
Onderzoeken doe je zo!(2e Ed.). Den Haag, Nederland: Boom / Lemma

Verhoeven, N. (2014).
Praktijkboek voor methoden en technieken (5e Ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma

Vries, S. de. (2008).
Multiprobleemgevallen en outreachend werken. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Wilde, E. de. (2010).
Behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren. In A. Kerkhof, & B. van Luyn (Red.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 162-170). Houten, Nederlands: Bohn Stafleu van Loghum

Wolff-Evers, M. de & Vincent van Gogh instituut. (2013, 12 november).
VvG anticipeert op nieuwe Jeugdwet.
Geraadpleegd op 18 december 2014
http://vincent/nieuws/vvg-anticipeert-op-nieuwe-jeugdwet

Welzijn en Sport, Ministerie van Veiligheid en Justitie & Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2014).
Stelselwijziging Jeugd.
Geraadpleegd op 18 december 2014
http://www.voordejeugd.nl/

Bijlagen

Bijlage 1 Zorgafstemmingsgesprek (ZAG)

In de eerste week van de behandeling en liefst in de eerste dagen vindt er een eerste zorgafstemmingsgesprek plaats met patiënt, diens direct betrokkenen, de arts-assistent/psychiater van het IHT en 1 ander lid van het IHT team en overige betrokken hulpverleners. In dit gesprek worden heldere afgegrensde doelen gesteld ten aanzien van de IHT behandeling, het behandelplan bijgesteld, worden de vervolg ZAG gesprekken gepland en indien mogelijk en van toepassing een verwijzing naar het gepaste zorgprogramma geregeld.
Hoofdvragen in het ZAG zijn:

- Wat is de kern van wat er aan de hand is?
- Wat is er al geprobeerd?
- Wat moet er nu gebeuren?
- Wat is de rol van het IHT hierin?
- Wat als dat alles niet meer werkt?

Belangrijk te regelen zaken voor het ZAG zijn:

- Uitnodigen van aanwezigen en locatie
- Verstrekken infofolder en afsprakenkaart met benodigde telefoonnummers
- Afspreken wie de regie in het gesprek voert

Patiënt krijgt een verslag van deze bespreking overhandigd (uitgewerkt behandelplan). De evaluatie van de afgelopen periode, de behandelactiviteiten en bijgestelde doelen wordt door de SPV gemaakt en SMART geformuleerd in het behandelplan.
De hypothese, beschrijvende diagnose, DSM classificatie en GAF score moet door de arts-assistent/psychiater worden ingevuld of bijgesteld.
Naast het behandelplan wordt een crisisplan opgesteld dan wel bijgesteld.

Bijlage 2 Het Adolescentenbrein

Om meer inzicht te krijgen in het functioneren van de adolescent in psychiatrische crisis en welke interventies verpleegkundige toe kunnen passen is onderzocht hoe de gezonde adolescent zich ontwikkelt.
In recent onderzoek van Crone (2008)blijkt dat hersenen van de adolescent volgroeid zijn maar dat de communicatie tussen de hersengebieden niet optimaal of grillig verloopt.
De hoeveelheid grijze stof in de hersenen vermindert. Dit zijn de hersencellen die informatie verwerken. De witte stof, een soort netwerk van verbindingen zorgt voor de communicatie tussen verschillende hersengebieden, en dit neemt juist toe. De beide stoffen verlopen in een verschillend tempo. Dat betekent dat de communicatie tussen de hersenen tijdens de adolescentie niet optimaal verloopt. Hierdoor handelen adolescenten vaak impulsief.
Aan de hand van MRI-scan is aangetoond dat bij de start van de puberteit de hersenen nog ontwikkelen tot ongeveer het 25ste levensjaar.
Een groeispurt begint met 15 door puberteitshormonen(luteïniserend- en follikelstimulerend hormoon). Deze begint eerder bij meisjes dan bij jongens. Zij hebben een grote invloed op de reorganisatie van de hersenen. Deze hebben invloed op emoties en sociale relaties. De ontwikkeling

van de controle functie in de hersenen verloopt langzamer. Onderzoek heeft aangetoond, dat de zelffocus bij de jonge adolescent wat dominanter is en perspectief nemen wordt later actiever.
Het controlecentrum(De prefrontale cortex) in het brein van de adolescent is nog niet uit ontwikkeld. Deze speelt een rol bij het maken van beslissingen, plannen, sociale contacten of het beheersen van emoties. Een taak van de prefrontale cortex is het relativeren. Als je prefrontale cortex niet goed is worden gedachten gelijk omgezet in daden, zonder erbij na te denken.
Een onderdeel van de hersenen is het straitum. Deze is overactief bij de adolescent. Dit is het centrum waar plezier wordt ervaren. Deze overmatige activiteit houdt verband met de aanmaak van testosteron en verklaart waarom pubers meer moeite hebben met het weerstaan van primaire verleidingen zoals bv alcohol.
Adolescenten reageren sterk op beloning. Jongens laten meer risico gedrag zien dan meisjes. Het sterftecijfer in de adolescentie ligt iets hoger. Dit heeft te maken met risico's die ze sneller nemen. Onder invloed van hormonen wordt het hersengebied van het belonen geactiveerd. Ze nemen een grotere gok dan volwassenen. Het controlecentrum is nog niet uitontwikkeld. Hierdoor kiest de adolescent eerder voor korte termijn bevrediging, als voor lange termijn consequenties.
Uit onderzoek van Crone(2012) blijkt dat de anterior cingulatie cortex(ACC) actief wordt bij sociale afwijzing. Dit betekent dat de adolescent fysieke pijn ervaart wanneer hij of zij buitengesloten wordt. Bij adolescent die veel vrienden heeft, is de fysieke pijn minder, dan bij adolescent die geen vrienden heeft.
De verwerking van emoties en het beoordelen van gezichtsuitdrukkingen wordt vooral de amygdala geprikkeld. Bij volwassenen wordt de prefrontale cortex geprikkeld. Het verschil is dat de adolescent sneller vanuit emotie reageert en de volwassenen vanuit redenatie. De adolescent reageert extra bij een boos of blij gezicht. Bij een blij gezicht kunnen ze dan bijvoorbeeld de slappe lach krijgen.
Er zijn 2 fenomenen uitvergroot bij de adolescent. De imagine ordinance, hierbij heeft de adolescent het gevoel door iedereen bekeken te worden. De personal fabel, hierbij heeft de adolescent het idee dat niemand meemaakt wat de adolescent ervaart en voelt. Bijvoorbeeld, de adolescent heeft een blauwtje gelopen.

Bijlage 3 Belangrijke observatiepunten en signalen van suïcidaliteit

- Het uiterlijk is opvallen (ten slechte veranderd);
- Concentratievermogen en het geheugen zijn verslechterd;
- De kwaliteit van prestaties en huiswerk nemen af;
- Extreme veranderingen in gedrag door afwisselend energiek gevolg door niet doen;
- Verveeld zijn;
- Verandering in sociaal gedrag zoals heel veel lachen of huilen;
- Emotionele uitbarstingen;
- Plotseling spijbelen;
- Aanwijzing met zelfdoding bezig te zijn (bijv. opstel);
- Terugtrekken van familie en vrienden;
- Het weggeven van belangrijke bezittingen;
- Beperkte mogelijkheden om met problemen om te gaan;
- Stemmingswisselingen;
- Interesseverlies in gebruikelijke activiteiten en vrienden;
- Het nemen van onverantwoorde risico's;

- Wegloop- of zwerfgedrag;
- Drugs en of alcohol;
- Minder of meer eten;
- Psychosomatische klachten;
- Slaapproblemen, Vermoeidheid en lusteloosheid.

Bijlage 4 Freake et. al.(2007) De volgende aspecten worden belangrijk ervaren door de adolescent

- Empathie, open communicatie over wat de adolescent ervaart zonder vooroordeel;
- Echtheid, het communiceren van werkelijke eigen gedachte en gevoelens;
- Niet varen op de normen van de individuele hulpverlener;
- Inzoomen, goede observatie, inventarisatie, door te vragen in details en meedenken met de adolescent;
- Het in stand- en onderhouden van contact;
- Problemen en gevoelens ernstig nemen;
- Het niet te nadrukkelijk overbrengen van hoop bij adolescenten met depressieve gevoelens die hun situatie hopeloos inschatten;
- Betrouwbaar / voorspelbaar zijn;
- Wat de adolescent vertelt is vertrouwelijk;
- Er wordt naar de adolescent geluisterd;
- De hulpverlener is aardig, zorgzaam, sympathiek en begripvol;
- De hulpverlener is te vertrouwen;
- De hulpverlener veroordeelt niet;
- De adolescent voelt zich op zijn gemak en voelt zich vertrouwd om dingen vertellen;
- De adolescent wordt persoonlijke wijze benaderd en niet als onderdeel van het werk;
- De hulpverlener is niet betuttelend en de adolescent wordt niet als kind behandeld;
- De adolescent krijgt informatie en advies;
- De hulpverlener is ervaren, competent en gekwalificeerd voor dit werk;
- De adolescent krijgt dezelfde hulpverlener toegewezen;
- Bij medische aangelegenheid geven de meisjes de voorkeur aan een vrouwelijke hulpverlener;
- Transparant zijn.

Bijlage 5 Topics deelvraag 2

Introductie
Voorstellen Uitleg geven over onderzoek. Benadrukken dat het om verpleegkundige interventies gaat. Oriënterende vragen: ○ Welke cliëntenpopulatie komen jullie tegen? ○ Welke soorten crisissen komen jullie tegen? ○ Hoe vaak komen er psychiatrische crisissen voor? ○ Medewerkers team en welke functie?
Topic 1 **Verpleegkundige interventies die ingezet dienen te worden bij de suïcidale adolescent**
○ Is het voorgekomen dat een adolescent suïcidaal is? ○ Hoe vaak is dit voorgekomen? ○ Welke verpleegkundige interventies zet je in bij een adolescent die suïcidaal is? ○ Hoe zet je deze interventies in? ○ Hoe worden deze interventies worden ingezet? ○ Als een adolescent suïcidaal is hoe identificeer je het probleem? ○ Bij de adolescent is de impulscontrole lager, hoe ga je hiermee om als de adolescent suïcidaal is? ○ Maak je gebruik van een veiligheidsplan bij de suïcidale adolescent. Zo ja, welke? Zo niet, stel je een ander plan op? ○ Hoe maak je afspraken met de adolescent die suïcidaal is? ○ In hoeverre betrek je het steunsysteem bij de suïcidale adolescent?. ○ Wat als de adolescent weigert het steunsysteem erbij te betrekken. Hoe ga je hiermee om? ○ Wordt er gebruik gemaakt van screeningslijsten of observatielijsten? Zo ja, welke? ○ Hoe stel je een probleem vast bij de adolescent in suïcidale crisis? ○ Hoe stel je haalbare doelen bij de adolescent in suïcidale crisis? ○ Op welke manier pas je interventies toe om de hulpvraag helder te krijgen bij de adolescent in suïcidale crisis? ○ Op welke manier geef je inzicht in het handelen van de adolescent in suïcidale crisis? ○ Werk je met registratielijsten om het handelen van de adolescent in suïcidale crisis inzichtelijk te maken. Zo ja, welke? ○ Op welke manier bied je structuur aan? ○ Op welke manier activeer je de adolescent in crisis? ○ Hoe ga je om met sterk wisselende emoties bij de adolescent? ○ Hoe ga je om met impulsief gedrag bij de adolescent? ○ Hoe reguleer je impulsief gedrag van de adolescent in suïcidale crisis? ○ Hoe geef je de adolescent in suïcidale crisis psycho-educatie? Op welke manier? ○ Hoe maak je onderscheidt tussen psychische problemen of uitingsvormen wat bij de gezonde adolescent hoort? ○ Train je sociale vaardigheden bij de adolescent in suïcidale crisis? Zo ja, op welke manier? ○ Bied je ontspanningsoefeningen aan bij de adolescent in suïcidale crisis. Zo ja welke?

○ Worden er gesprekstechnieken gebruikt om de adolescent in suïcidale crisis te motiveren om behandeling aan te gaan?
Topic 2 **Verpleegkundige interventies voor het systeem van de adolescent**
○ Betrekken jullie het ouders bij de adolescent in crisis? ○ Op welke manier wordt het ouders betrokken? ○ Komen jullie problemen in de samenwerking tussen ouders en adolescent tegen? ○ Hoe gaan jullie hier mee om? ○ Worden er afspraken gemaakt met ouders en de adolescent? ○ Worden deze afspreken vastgelegd? Zo ja op welke manier? ○ Hoe ga je om met ouders die afspraken niet nakomen? ○ Hoe toets je of ouders voldoende veiligheid kunnen bieden? ○ Hoe maak je bespreekbaar met ouders als ze niet voldoende veiligheid bieden of kunnen bieden. Welke interventies pas je toe? ○ Betrekken jullie het netwerk van het gezin?

Bijlage 6 Multi Dimensionele Family Therapie

- leeftijd 12 tot en met 23 jaar
- jongere woont niet per se thuis
- kan opgestart worden vanuit PJI/kliniek
- middelenmisbruik/-afhankelijkheid primair
- focus op onderlinge omgang in gezin
- duur 4 tot 6 maanden

MDFT ofwel Multi Dimensionele Familie Therapie is een onderdeel van het Centrum van Adolescentenpsychiatrie en Verslavingszorg van Vincent van Gogh voor Geestelijke Gezondheidszorg. Het is een intensieve vorm van gezinstherapie waarbij de therapeut meerdere malen per week de jongere en de ouders in de thuissituatie bezoekt.
De therapeut heeft gesprekken met de jongere, de ouders en het gezin. Daarnaast legt de therapeut ook contact met bijvoorbeeld school en/of werkgevers of andere betrokkenen die belangrijk zijn in het veranderingsproces. Dit kan bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding zijn.

Bijlage 7 Topics Focusinterview

- Richtlijn MDR BSGD;
- Uitvragen van suïcidaliteit;
- Psycho-educatie;
- Shared caseload;
- 2 verpleegkundigen bij huisbezoek;
- Structuur aanbieden (Eten, slapen, zelfzorg, activiteiten);
- Ouders betrekken bij behandeling van de adolescent;
- Inschatting maken van de draagkracht van het primair systeem;
- Juridische regelgeving;
- Motiverende gespreksvoering;
- Het stellen van haalbare doelen;
- Deskundigheid verpleegkundig personeel t.a.v. adolescenten. Voldoende scholing / kennis.

Bijlage 8 gevonden data

Nederlandse Literatuur					
Zoekterm	Databank	Aantal gevonden bronnen	Aantal bruikbare bronnen	Beschrijving bron (titel, naam auteur, jaar van publicatie)	Samenvatting belangrijkste informatie.
Adolescent	NAZ	96	1	Titel: Het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen adolescenten en verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een literatuurstudie Auteur: Marjolijn Heslinga Jaar: maart 2010	
Jong volwassenen	NAZ	58	0		
Puber	NAZ	27	0		
Crisis	NAZ	59	0		
FACT+Jeugd	NAZ	9	1	Titel: Het ontstaan van een samenwerkingsrelatie tussen adolescenten en verpleegkundigen op een crisisafdeling in de kinder- en	

				jeugdpsychiatrie. Een literatuurstudie Auteur: Marjolijn Heslinga Jaar: maart 2010	
Ambulant	NAZ	93	0		
Benadering	NAZ	144	0		
Bejegening	NAZ	184	0		
Verpleegkundige interventies	NAZ	215	0		
Function Assertive Community Treatment	NAZ	1	0		
CIT	NAZ	39	0		
IPT	NAZ	6	0		
IHT	NAZ	1	0		
MST	NAZ	7	0		
Multi Systeem Therapie	NAZ	5	0		
RAT	NAZ	38	0		
Adolescent and suicide	NAZ	0	0		
Adolescent and crisis	PubMed	6	0		
Adolescent and psychiatrie	PubMed	8	0		
Jong volwassenen	Pubmed	1	0		
Fact and Adolescent	PubMed	11	0		
Function Assertive Community Treatment	PubMed	3	0		
Bejegening	PubMed	1	0		
Crisis interventie team	PubMed	6	0		
MDFT	PubMed	1	0		
MST	PubMed	7	0		
Multi Systeem therapie	PubMed	1	0		
Spoedhulp jeugd	PubMed	8	0		
Regionale ambulante teams	PubMed	1	0		
RAT (human)	PubMed	11	0		
Adolescent and suicide	PubMed	10	1		
Adolescent and crisis	Springer	116	5	Titel: Suïcidaal gedrag bij jeugdige	

				Auteur: Wim Bisschops Publicatie: april 2010 Titel: Alternatie voor klinische opname, een Zweedse methodiek Auteur: Drs. Els den Teuling Publicatie: december 2011 Titel: Suïcide dreiging bespreekbaar maken in gezinstherapie Auteurs: Karina van Tricht, Uschi van den Broeck, Prof. Dr. Peter Rober Publicatie: November 2011 Titel: Outreaching: werken binnen de 'systems of care'filisofie in de kinder- en jeugd GGZ Auteurs: Veerle Levecke, Sarah Bal, Eric Schoentjes, Inge Antrop, Gijs Monnerency Publicatie: april 2013 Behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren Auteur: Erik Jan de Wilde Publicatie: 2010	
Jong volwassenen and crisis	Springer	74	2	Titel: Multiprobleemgevallen en outreachend werken	

				Auteur: Sjef de Vries Publicatie: 2008 Titel: Ouders en thuis Auteur: Rita Kohnstamm Publicatie:2009	
Adolescent and crisis and benadering	Springer	54	0		
Adolescent and bejegening	Springer	8	1	Behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren Auteur: Erik Jan de Wilde Publicatie: 2010	
Adolescent and verpleegkundige interventies	Springer	32	1	Titel: Outreaching: werken binnen de 'systems of care'filisofie in de kinder- en jeugd GGZ Auteurs: Veerle Levecke, Sarah Bal, Eric Schoentjes, Inge Antrop, Gijs Monnerency Publicatie: april 2013	
Fact and Jeugd	Springer	32	0		
Crisis interventie team	Springer	92	0	Titel: Bemoeizorg in de jeugd gezondheidszorg: Een studie naar doelgroep, interventiemethode en doelrealisatie Auteurs: Dr. M.C.Rots-de Vries, H.T. Kroesbergen, J.J.P. Mathijssen Publicatie: mei 2013 Titel: Intensieve pedagogische thuishulp komt tot wasdom Auteur: Mariska van der Steege Publicatie:	

				December 2007. Titel: Outreaching: werken binnen de 'systems of care'filisofie in de kinder- en jeugd GGZ Auteurs: Veerle Levecke, Sarah Bal, Eric Schoentjes, Inge Antrop, Gijs Monnerency Publicatie: april 2013 Titel: Multiprobleemgevallen en outreachend werken Auteur: Sjef de Vries Publicatie: 2008	
MST	Springer	129	0	Titel: Overzicht van 15 jaar jeugdonderzoek Auteur: Paula Speetjes Publicatie: September 2007 Titel: Antwoord op veel gestelde vragen over effectiviteit Auteurs: Wieneke Bruinsma, Carolien konijn Publicatie: September 2008 Titel: Outreaching: werken binnen de 'systems of care'filisofie in de kinder- en jeugd GGZ Auteurs: Veerle Levecke, Sarah Bal, Eric Schoentjes, Inge Antrop, Gijs Monnerency Publicatie: april 2013 Titel: Multiprobleemgevallen en outreachend werken Auteur: Sjef de Vries Publicatie: 2008	

Intensieve pedagogische thuishulp	Springer	19	4	Titel: Intensieve pedagogische thuishulp komt tot wasdom Auteur: Mariska van der Steege Publicatie: December 2007. Titel: Overzicht van 15 jaar jeugdonderzoek Auteur: Paula Speetjes Publicatie: September 2007 Titel: Wonen doe je thuis van visie naar helpend handelen Auteurs: Nan Bettonvil, Wieteke de Vries Publicatie: september 2009 Titel: Multiprobleemgevallen en outreachend werken Auteur: Sjef de Vries Publicatie: 2008	
IPT	Springer	114	3	Titel: Intensieve pedagogische thuishulp komt tot wasdom Auteur: Mariska van der Steege Publicatie: December 2007 Titel: Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie Auteur: Yvonne stikkelbroek, Peter Prinzie Publicatie: Juni 2008	

				Titel: Pedagogische adviezen voor speciale kinderen Auteur: Trix van Lieshout Publicatie: 2009	
Ambulante Spoedhulp	Springer	6	1	Titel: Spirit onderzoekt eigen effectiviteit Auteurs: Carolien Konijn, Ellen Schulze, Theo schut Publicatie: maart 2007	
Spoedhulp jeugd	Springer	5	1	Titel: Spirit onderzoekt eigen effectiviteit Auteurs: Carolien Konijn, Ellen Schulze, Theo schut Publicatie: maart 2007	
Regionale ambulante teams	Springer	48	2	Titel: Bemoeizorg in de jeugd gezondheidszorg: Een studie naar doelgroep, interventiemethode en doelrealisatie Auteurs: Dr. M.C.Rots-de Vries, H.T. Kroesbergen, J.J.P. Mathijssen Titel: Spirit onderzoekt eigen effectiviteit Auteurs: Carolien Konijn, Ellen Schulze, Theo schut Publicatie: maart 2007	
Adolescent+Crisis	Cinahl	8	0		
Adolescent+ benadering	Cinahl	4	0		
Adolescent+ Ambulant	Cinahl	129			
Adolescent and suicide	Cinahl	0	0		
Crisis resolution home treatment+	Cinahl	3	1	Titel: Effective crisis	

adolescent				management Auteur: Saxton, Louise Publicatie: 15 november 2013	

Bijlage 9 Tijdsplanning data en implementatieplanning

Tijdsplanning

Data verzameling en data analyse

Deelvraag data verzamelen in data verwerken in datum afronding

Periodeperiode:

1 Literatuur Studie	**1-10-2014 t/m 1-12-2014**	**1-12-2014 t/m 20-5-2015 1-1-2015**
2 Interviews	**29-5-2015 t/m 10-6-2015**	**10-6-2015 t/m 17-6-2015 17-6-2015**
3: Focus Interview	**17-6-2015**	**17-6-2015 t/m 24-6-2015 24-6-2015**
Inleveren	**24-6-2015**	

Samenvoegen / rangschikken van informatie datum afronding in periode:

Conclusie en Discussie	**24-6-2015 t/m 30-6-201530-6-2015**
Implementatie	**30-6-2015 t/m 7-7-2015**
Inleveren totaal	**13-7-2015**