



SUÏCIDAAL GEDRAG

Een onderzoek naar de behoeftes van
professionals bij het begeleiden van cliënten
die suïcidaal gedrag vertonen binnen
organisatie X

Naam student:	Jeu van Eck
Studentnummer:	2222111
Klas:	4V04G
Afstudeerrichting:	GGZ-agoog
Progresscode:	67V4G-AFOZ
Vak/module:	Afstudeeronderzoek
Naam docenten:	Petra van Zon en Diederik Letanche
Naam opleiding:	Fontys Hogeschool Sociale Studies
Datum:	16-8-2017

Samenvatting

Suïcidaal gedrag onder cliënten is een terugkomend probleem in de zorg. Vanwege de veranderingen in de zorg dienen begeleidende organisaties vaker cliënten met complexere problematieken op te vangen. Veel professionals binnen deze begeleidende organisaties hebben vaak weinig ervaring en/of kennis over de complexere doelgroep. De kans op suïcidaal gedrag kan verhoogd worden hierdoor. Dit kan zowel nadelige gevolgen hebben voor de cliënt die suïcidaal gedrag vertoont, als voor de professional die de cliënt begeleidt. Door het mogelijk foutief begeleiden van cliënten die suïcidaal gedrag vertonen, is het mogelijk dat cliënten daadwerkelijke pogingen ondernemen. Aan de andere kant kunnen professionals het lastig vinden hiermee om te gaan, waardoor het mogelijk is dat zij zich machteloos gaan voelen. Dit kan ertoe leiden dat professionals niet de juiste zorg bieden aan cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Dit komt ook naar voren binnen organisatie X. Zodoende is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X om suïcidaal gedrag van cliënten binnen organisatie X te begeleiden?

Om de kennis te kunnen vergroten over suïcidaal gedrag bij cliënten binnen organisatie X is gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. De reden waarom gekozen is voor een kwalitatief onderzoek is te achterhalen wat de behoeftes zijn van professionals binnen organisatie X om cliënten die suïcidaal gedrag vertonen te begeleiden. Suïcidaal gedrag wordt door iedereen anders ervaren en door middel van semigestructureerde interviews kan doorgevraagd worden op verschillende onderwerpen en ervaringen van professionals. Om tot een antwoord te kunnen komen bij de hoofdvraag, is gebruik gemaakt van het theoretisch kader en drie deelvragen. Dat zijn de volgende:

- Hoe wordt suïcidaal gedrag bij cliënten ervaren door professionals van organisatie X?
- Welke verwachtingen hebben professionals van organisatie X op het gebied van communicatie en kennis over suïcidaal gedrag?
- Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X op het gebied van methodieken en begeleidingsmethoden wanneer cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag vertonen?

Uit de resultaten komt naar voren, dat de meeste respondenten behoefte hebben aan meer kennis om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden. Tevens hebben professionals behoefte aan betere communicatie, begeleiding en aansturing op het moment dat ze aangeven het nodig te hebben.

In de aanbevelingen komt naar voren dat professionals middels een training of cursus informatie kunnen verkrijgen op het gebied van begeleiding van suïcidale cliënten. Tevens komt in de aanbevelingen naar voren om één professional per team aan te wijzen als contactpersoon. Hierdoor kunnen de communicatielijnen kort gehouden worden en kunnen andere teamleden begeleid worden door deze contactpersoon. Ervaring op het gebied van suïcidaal gedrag bij deze contactpersoon is een vereiste. De laatste aanbeveling is het uitvoeren van cognitieve gedragstherapie binnen organisatie X bij cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Cliënten leren hierin negatieve gedachten om te zetten naar positieve gedachten.

Voorwoord

Na vier jaar mocht ik beginnen aan het schrijven van mijn eindschrift. Voor u ligt mijn onderzoeksrapport 'Suïcidaal gedrag; een onderzoek naar begeleidende organisatie X en suïcidaal gedrag onder cliënten. In opdracht van Fontys Hogeschool te Eindhoven, opleiding Sociale Studies, is deze scriptie geschreven. In samenwerking met organisatie X was het mogelijk om deze scriptie te realiseren.

In mijn stageperiode bij organisatie X liep ik tegen het probleem aan, dat ik me vaak moeilijk een houding kon aannemen op het moment dat cliënten suïcidaal gedrag vertoonden. Het ging hier vooral om herhaaldelijke suïcidale uitspraken. Na veel praten met collega's kwam ik tot de conclusie dat niet iedereen een antwoord heeft op de vraag hoe zij hiermee omgaan. Zelf kwamen collega's ook met de vraag hoe zij het beste konden handelen in verschillende situaties waarbij suïcidaal gedrag een rol speelt. Zodoende is het onderzoek ontstaan.

Ik wil graag mijn begeleiders van school, mevr. van Zon en dhr. Letanche, bedanken voor de goede begeleiding tijdens het schrijven van mijn scriptie. Daarnaast wil ik alle respondenten en dhr. Teelen bedanken voor de begeleiding en medewerking tijdens het schrijven van het onderzoek.

Ik wens u veel plezier met het lezen van dit onderzoek.

Herkenbosch, augustus 2017.

Jeu van Eck

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Voorwoord	2
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Context en probleemschets	7
1.1 Probleemanalyse	7
Veranderingen in de zorg	7
Van behandelende zorg naar begeleidende zorg	8
De nieuwe doelgroep.....	10
1.2 Probleemstelling en verificatie.....	11
1.3 Onderzoeksdoelstelling	11
1.4 Hoofd- en deelvragen	12
Hoofdvraag	12
Deelvragen	12
1.5 Begripsafbakening	12
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Oorzaken	15
2.3 Begeleiding op korte termijn	19
2.4 Begeleiding op lange termijn	22
Hoofdstuk 3: Methodologie	24
3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef.....	24
3.2 Dataverzamelmethode	25
3.3 Meetinstrument	28
3.4 Data-analyse.....	30
Hoofdstuk 4: Resultaten	32
Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen	42
5.1 Conclusies	42
5.2 Aanbevelingen	46
Hoofdstuk 6: Discussie	48
6.1 Betekenis en bruikbaarheid	48
6.2 Sterkte- zwakteanalyse	50

Literatuurlijst	52
Bijlagen	56
Bijlage 1: Toestemmingsformulier	56
Bijlage 2: Topiclijst	57
Bijlage 3: Codeboom	59

Inleiding

Door bezuinigingen en decentralisatie in de zorg verschuiven cliënten van behandelende zorg naar begeleidende zorg. Een afname van psychiatrische organisaties zorgt ervoor dat de begeleiding wordt voortgezet op ambulante basis of in woonvormen (GGZ Nederland, 2009). De doelgroep verschuift nu eerder naar een begeleidende sector. Professionals die werkzaam zijn binnen deze sector, krijgen te maken met cliënten waar ze weinig ervaring mee hebben. Dit geldt ook voor organisatie X.

Professionals van organisatie X begeleiden cliënten bij het herintreden van de maatschappij. Binnen de complexe doelgroep, welke verschuift van behandelende zorg naar begeleidende zorg, is de kans op suïcide groter omdat cliënten met een psychische stoornis vaker een verhoogd risico hebben op het vertonen van suïcidaal gedrag (Kerkhof & Luyn, 2010). Vaak weten professionals geen raad met cliënten die suïcidaal zijn (Van der Kooij & Jonge, 2014). Er is namelijk geen eenduidig antwoord te geven op de vraag waar suïcidaal gedrag vandaan komt en hoe je hiermee om moet gaan (De Klerk, van Emmerik & Giezen). Binnen organisatie X zijn dan ook te weinig handvaten en protocollen om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden. Protocollen en handvaten voor cliënten die suïcidaal gedrag vertonen, zijn vaak wel ontwikkeld voor de behandelende zorg (Van Hemert et al., 2012).

Het onderzoek is ontstaan naar aanleiding van een suïcidepoging van een cliënt waarmee de onderzoeker werkte. De onderzoeker wist op dat moment geen raad met de situatie en zocht steun bij collega's. Een aantal andere collega's wisten ook geen antwoord te geven hoe om te gaan met cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Zij gaven aan weinig kennis te hebben over suïcidaal gedrag. Zo is de vraag ontstaan welke behoeftes professionals binnen organisatie X hebben om cliënten die suïcidaal gedrag vertonen te begeleiden.

Het doel van dit onderzoek is dan ook het creëren van handvaten voor de professionals van organisatie X om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden. Het onderzoek geeft aan welke kennis en ervaring professionals van organisatie X op dit moment hebben en welke ze nog graag willen verwerven. Door middel van half-gestructureerde interviews wordt onderzocht wat nodig is om professionals handvaten aan te reiken om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden.

De opbouw van het onderzoek bestaat uit zes hoofdstukken:

In het **eerste hoofdstuk** wordt de probleemanalyse omschreven. Hierin komt naar voren hoe het bovenstaand probleem ontstaan is op macro-, meso- en microniveau. Vervolgens wordt het probleem kort en bondig omschreven in de probleemstelling. Vanuit de probleemstelling kan in de doelstelling omschreven worden welke kennis en inzichten dit onderzoek wil geven op het gebied van begeleiding van suïcidaal gedrag onder cliënten. Vervolgens is de hoofdvraag van dit onderzoek geformuleerd met de daarbij horende deelvragen.

In het **tweede hoofdstuk** wordt het theoretisch kader omschreven. In het theoretisch kader komen theorieën naar voren die in nauw verband staan met suïcidaal gedrag onder cliënten en hoe hiermee om gegaan kan worden.

Het **derde hoofdstuk** bestaat uit de methodologie waarin omschreven wordt op welke manier de interviews van dit onderzoek tot stand zijn gekomen en wie gefungeerd hebben als respondenten van dit onderzoek. De onderzoekspopulatie en steekproef, de dataverzamelingsmethode, het meetinstrument en de data-analyse komen in dit hoofdstuk ook naar voren.

Vervolgens worden de resultaten van de interviews van dit onderzoek omschreven in **hoofdstuk vier**. Deze resultaten zijn gekoppeld aan het theoretisch kader van hoofdstuk twee.

In **hoofdstuk vijf** worden conclusies en aanbevelingen aan organisatie X geschreven aan de hand van de resultaten die omschreven zijn in hoofdstuk vier.

Hoofdstuk zes is het laatste hoofdstuk van dit onderzoek. Hierin is de discussie van het onderzoek beschreven en wordt gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

Hoofdstuk 1: Context en probleemschets

In dit hoofdstuk wordt het probleem op drie verschillende niveaus geanalyseerd, namelijk op macro-, meso- en microniveau. In het macrogedeelte wordt ingezoomd op de bezuinigingen die de overheid heeft ingevoerd en welke invloed deze hebben op organisatie X. In het mesogedeelte wordt ingezoomd op organisatie X waar het onderzoek plaats vindt. Hierin wordt uitleg gegeven over het functioneren van organisatie X op het gebied van suïcidaal gedrag bij cliënten en hoe organisatie X hiermee omgaat. In het microgedeelte wordt gekeken naar het ontstaan van suïcidaal gedrag en naar de werkwijze op dit moment ten aanzien van suïcidaal gedrag. Uit de probleemanalyse volgt de probleemstelling en de onderzoeksdoelstelling. Als laatste worden de hoofd- en deelvragen geformuleerd.

1.1 Probleemanalyse

Het thema binnen dit onderzoek is omgang met suïcidaal gedrag. Wanneer er gekeken wordt naar de cijfers zijn er jaarlijks zo'n 410.000 mensen die aangeven suïcide te willen ondernemen. 94.000 mensen hiervan doen daadwerkelijk een poging (Have et al., 2006). Jaarlijks zijn er in Nederland ongeveer 1.800 overledenen waarbij suïcide de oorzaak is (cbs, 2017). Psychische stoornissen spelen een grote rol bij suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012). Uit onderzoek is gebleken dat ongeveer tussen de 74% en 100%, psychische stoornissen van invloed zijn bij cliënten die suïcidaal gedrag vertoonden (Cavanagh et al., 2003).

Veranderingen in de zorg

Cliënten die suïcidaal gedrag vertonen kunnen op verschillende manieren zorg ontvangen. Echter zijn er op het moment grote veranderingen gaande in de zorg. Er is aangekondigd om fors te bezuinigen op de bedden in de intramurale zorg. Intramurale zorg houdt in dat cliënten verblijven op de locatie waar zij zorg ontvangen (Visscher & Bunthof, 2013). Maar liefst een derde van de intramurale capaciteit in 2008 dient terug gedrongen te worden (Van Hemert et al., 2012). Het is de bedoeling dat de psychiatrische afdelingen worden afgebouwd en dat cliënten op ambulante basis, deeltijdbehandeling of in een woonvorm begeleid worden (GGZ Nederland, 2009). Dit houdt in dat deze cliëntengroep langer thuis moeten blijven wonen of terecht komen bij een organisatie, zoals organisatie X.

Deze cliënten hebben vaak wel nog intensieve zorg nodig en volgens de overheid zouden de cliënten deze op ambulante basis moeten ontvangen (Deelstra, 2008). Doordat cliënten langer thuis moeten blijven wonen, stijgt de zorg op ambulante basis. Rond de 35.000 mensen met ernstige psychische stoornissen ontvangen FACT (Flexible Assertive Community Treatment). Dit zijn multidisciplinaire teams die intensieve aandacht verlenen aan cliënten die langdurige zorg nodig hebben (Factnederland, 2014). Het doel, om meer cliënten op ambulante basis te begeleiden, is om de cliënten te laten participeren in de maatschappij (Van Doorn, Etten & Gademan, 2013). In de praktijk is dit vaak lastig te realiseren. Deze nieuwe doelgroep kan moeilijk een plaats vinden in de maatschappij middels het 'not in my backyard-affect'. Deze stelt dat buurtbewoners liever niet hebben dat cliënten in hun buurt komen wonen, omdat zij bang zijn voor het onbekende (Korevaar & Droës, 2011). Echter, betekent dit ook dat de rest van de mensen met psychische stoornissen aangewezen is op de reguliere zorg en komen onder andere bij organisatie X terecht (Van Hemert et al., 2012).

Mede hierdoor en door de bezuinigingen, verhuizen cliënten van behandelend wonen naar begeleidend wonen. Er vindt als het ware een verschuiving van doelgroep plaats (Coolen, 2016).

De verschuiving van doelgroep komt niet alleen tot stand door de bezuinigingen in de zorg. In 1968 is in Nederland een nieuwe wet ontwikkeld voor cliënten die langdurige en intensieve zorg nodig hebben. Deze Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kon worden beschouwd als een van de meest geïntegreerde beleidsstukken ter wereld (Da Roit, 2012). Door de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in 2007 verschoof de huishoudelijke zorg van de langdurige-zorgregeling naar de gemeenten (Deelstra, 2008). Er is op dit moment sprake van een decentralisatie (Op het Veld & Wachtmeester, 2012). De WMO probeert verschillende doelstellingen te bereiken door middel van deze wet. De belangrijkste doelstelling die men probeert te bereiken, is het reduceren van de kosten van de zorg (Tweede Kamer, 2014). De decentralisatie en bezuinigingen dienen ervoor te zorgen dat de herstel- en rehabilitatievisies worden ondersteund (Van Hemert et al., 2012). Er vindt als het ware een paradigmaverschuiving plaats over de visie van de zorg. Cliënten verhuizen van behandelende zorg naar begeleidende zorg. Het gaat nu steeds vaker over termen als rehabilitatie, kwaliteit van leven, burgerschap, integratie en inclusie. Het medisch perspectief verschuift naar de achtergrond (GGZ Nederland, 2009).

Door bovenstaande veranderingen en verschuivingen in de zorg, komt een nieuwe doelgroep met uiteenlopende complexe zorgbehoefte bij organisatie X in zorg. Echter, professionals van organisatie X hebben weinig kennis en ervaring met deze doelgroep waardoor de begeleiding te kort schiet. Binnen deze nieuwe doelgroep die bij organisatie X woont, is het suïcidaal gedrag onder cliënten verhoogd (A. Teelen, persoonlijke communicatie, 12 juli 2017).

Van behandelende zorg naar begeleidende zorg

De nieuwe doelgroep cliënten woont onder andere bij organisatie X waar dit onderzoek plaats vindt. Dit is een relatief jonge organisatie die haar oorsprong vijf jaar geleden vond. De organisatie biedt zorg aan cliënten met de volgende problematieken: depressies, persoonlijkheidsstoornissen, verslavingen of een combinatie hiervan (Care-plus, z.j.). Organisatie X is een begeleidende organisatie waar cliënten wonen. Deze organisatie heeft als missie het terug laten keren van cliënten in de maatschappij. Door de genoemde veranderingen in de zorg verschuiven cliënten van behandelende zorg naar begeleidende zorg. Complexere cliënten, waar de organisatie weinig ervaring mee heeft, komen ook hier te wonen. Organisatie X heeft op het moment geen protocol over het begeleiden van suïcidaal gedrag (Care-plus, z.j.). Hierdoor wordt het probleem instant gehouden omdat er geen eenduidige begeleidingswijze is.

Binnen organisatie X, komen cliënten die suïcidaal zijn ook voor. Op het moment dat een cliënt suïcidaal gedrag vertoont, heeft dit een grote impact op zijn of haar omgeving. Professionals en verwanten weten vaak geen raad wanneer de cliënt suïcidaal gedrag vertoont en hebben moeite met het begeleiden van deze cliënt (Van der Kooij & Jonge, 2014). Hierdoor kan druk ontstaan bij zowel de omgeving, als de professional. Op het moment dat de professional met een suïcidepoging geconfronteerd wordt, kan dit tot een heftige ervaring leiden. Als de professional niet goed

opgevangen wordt, bestaat de kans dat Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) ontstaat bij de professional waardoor hij of zij tijdelijk niet meer kan werken en wordt ook de cliënt niet geholpen (Van Emmerik & Berrety, 2007). Veel medewerkers binnen deze organisatie zijn niet of nauwelijks bekend met de zwaardere problematieken van deze cliënten, wat resulteert in problemen op de werkvloer (A. Teelen, persoonlijke communicatie, 8 februari 2017). De nieuwe doelgroep zoals beschreven staat in het macroniveau, wordt vaak als 'lastig' ervaren. 'De' moeilijke cliënt bestaat immers niet. Wel is gebleken dat cliënten met een combinatie van onduidelijke diagnoses en veel sociale problemen vaak 'lastig' ervaren worden door de professional (Koekkoek, 2011).

Wanneer gekeken wordt naar behandelende zorg komt vooral het medische aspect van de zorg om de hoek kijken. De behandelaar behandelt en de cliënt ondergaat deze behandeling (Jagt, 2006). Bij de begeleidende zorg loopt de professional als het ware de levensweg met de cliënt mee. De professional is er vooral om presentie te bieden (Bannink & Den Haan, 2016). Het is volgens de presentiebenadering de bedoeling dat de begeleider moeilijke obstakels uit de weg ruimt, zodat de cliënt de weg naar herintreding in de maatschappij kan vervolgen (Baart, 2008). Van de begeleider wordt geacht dat hij of zij bepaalde deskundigheid bezit in de vorm van ervaring en kennis om zo de cliënt te kunnen helpen (Jagt, 2006). Echter, door de verschuiving van cliënten, komen binnen organisatie X professionals ervaring te kort op het gebied van suïcidaal gedrag (A. Teelen, persoonlijke communicatie, 12 juli 2017). De Klerk, Van Emmerik & Giezen (2010) stellen dat professionals geen eenduidig antwoord hebben op het probleem. Op het moment dat cliënten suïcidaal gedrag vertonen of uitspraken hierover doen, kunnen de professionals angstig worden (De Klerk et al., 2010). De professional reageert doorgaans richting cliënten dat ze niet moeten denken aan suïcide. Het gevolg hiervan kan zijn dat cliënten juist in een dieper isolement raken (Van Heeringen & Jannes, 1991). Wanneer angst ontstaat bij de professional over zijn/haar handelen bij cliënten die suïcidaal gedrag vertonen, kan een overdreven verantwoordelijkheidsgevoel ontstaan. Daarnaast is het mogelijk dat de professional zich machteloos gaat voelen. Dit zorgt weer voor een negatieve samenwerking tussen de professional en de cliënt, waardoor de kans op suïcide juist toeneemt (Bannink & Den Haan, 2016).

In de praktijk zijn er geen of nauwelijks handvaten voor de begeleidende professional om deze problematieken te kunnen begeleiden. Interventies zijn voornamelijk ontwikkeld voor psychologen, huisartsen, psychiatersverpleegkundige en psychiaters (Van Hemert et al., 2012). Dit zijn over het algemeen de behandelaars. Organisatie X is een begeleidende organisatie en heeft geen behandelaars in dienst. Echter werkt organisatie X wel nauw samen met behandelende organisaties om cliënten te kunnen begeleiden.

De nieuwe doelgroep

Er is geen eenduidige reden aan te geven waarom cliënten suïcidaal gedrag vertonen (Kerkhof & Luyn, 2010). Soms wordt gesuggereerd dat suïcidaal gedrag een schreeuw om aandacht is. Er is veel kritiek op deze manier van beredeneren, omdat er een gebrek is aan bepaalde kennis over de oorzaak van het probleem. Daarnaast zijn de motieven en functies van het suïcidaal gedrag ook niet altijd even duidelijk (De Klerk et al., 2010). Ook beschikken de professionals niet altijd over de juiste ervaring en kennis om deze cliënten te begeleiden. Er bestaat namelijk geen specifieke richtlijn om dit te voorkomen vanuit begeleidend oogpunt (De Klerk et al., 2010).

Het is niet alleen voor de cliënt zelf van belang ervoor te zorgen dat suïcidaal gedrag wordt teruggedrongen. Ook voor de omgeving is het belangrijk om hierin actie te ondernemen (Van Hemert et al., 2012). Uit onderzoek blijkt dat cliënten zes verschillende zorgbehoeftes hebben op het moment dat zij met suïcidale gedachten rondlopen:

1. Medicatie die aansluit op het ziektebeeld.
2. Oplossingen voor financiële problemen en huisvesting.
3. Er is behoefte aan vaardigheidstraining.
4. Cliënten willen graag informatie over doorverwijzingen.
5. Cliënten willen graag informatie over het zorgaanbod en de ziekte in combinatie met een eventuele behandeling.
6. Cliënten willen graag informatie over de ziekte en hoe zij hiermee om kunnen gaan.

(Stringer et al., 2013)

Dit zijn verschillende zorgbehoeftes van de cliënt waar de professionals van organisatie X naar toe kunnen werken. Wanneer professionals te weinig kennis en ervaring hebben op het gebied van suïcidaliteit onder cliënten kan het begeleidingstraject stagneren (De Klerk et al., 2010).

Momenteel vinden alleen gesprekken plaats tussen de cliënt die suïcidaal gedrag vertoont en de persoonlijk begeleider van organisatie X. Op deze manier kan de cliënt haar verhaal kwijt, echter wordt er verder aan het probleem weinig aandacht besteed. In een gesprek met dhr. T van organisatie X wordt dit ook geverifieerd. Wanneer er toch een suïcidepoging ondernomen wordt, ontstaat er een crisissituatie. In deze situatie ontstaat weer een hoop druk bij zowel de cliënt, familie, vrienden en de professional (Oenen, Bernardt & Post, 2007). Uit bovenstaande informatie kan geconcludeerd worden dat cliënten die suïcidaal gedrag vertonen een grotere zorgbehoefte hebben dan cliënten met bijvoorbeeld depressieve klachten (Bannink & Den Haan, 2016). Kort samengevat hebben professionals op dit moment binnen de organisatie X vaak te weinig kennis en ervaring om cliënten die suïcidaal zijn op een correcte manier te begeleiden. Veel professionals zitten niet op een lijn wanneer het gaat over deze begeleiding. Dit heeft zo weer zijn negatieve uitwerking op cliënten en hun omgeving (Care-plus, z.j.).

1.2 Probleemstelling en verificatie

Door de decentralisatie en bezuinigingen in de zorg verhuizen cliënten van behandelende organisaties naar begeleidende organisaties. Op dit moment vindt er een verschuiving van doelgroep plaats (Coolen, 2016). Deze cliënten komen onder andere bij organisatie X terecht. Hierdoor krijgen de professionals van organisatie X te maken met een grotere en complexere doelgroep. De doelgroep is complexer geworden doordat cliënten met zwaardere psychische problemen sneller naar een begeleidende organisatie verhuizen. Professionals van organisatie X geven aan te weinig kennis en ervaring te hebben over deze nieuwe doelgroep en al helemaal over de bijkomende problematiek suïcidaal gedrag (A. Teelen, persoonlijke communicatie, 8 februari 2017). Door te weinig kennis en ervaring van professionals van organisatie X kan de begeleidingswijze niet aansluiten op de problematieken van de cliënten die suïcidaal gedrag vertonen en kan geen zorg worden aangeboden die de cliënt nodig heeft.

In een gesprek met dhr. A. Teelen, is naar voren gekomen dat bovenstaand probleem ook speelt binnen organisatie X (A. Teelen, persoonlijke communicatie, 8 februari 2017). A. Teelen is lid van het managementteam binnen organisatie X. Hij beaamt dat er collega's zijn die moeite hebben met deze nieuwe stroom van cliënten. Niet alleen dhr. A. Teelen bevestigt dit probleem. Ook uit gesprekken met andere personeelsleden is gebleken, dat zij vaak niet weten hoe te handelen. Niet alleen professionals maar ook familieleden en vrienden weten zich vaak geen raad met cliënten die suïcidaal gedrag vertonen (Kerkhof & Luyn, 2010). Het is van maatschappelijk belang dat professionals weten hoe hiermee om te gaan. Jaarlijks geven namelijk 410.000 mensen aan dat ze suïcide willen ondernemen (Have et al., 2006). Uit onderzoek komt naar voren dat tussen de 74% tot de 100% van deze gevallen, psychische stoornissen een rol speelt bij cliënten die suïcidaal gedrag vertonen (Cavanagh et al., 2003). Op het moment dat gevraagd wordt wat de professionals nodig hebben binnen de organisatie om wel goed te functioneren, worden hier verschillende antwoorden op gegeven. Professionals zitten niet op een lijn, dat ertoe kan leiden dat cliënten steeds op verschillende manieren begeleid worden. Machteloosheid kan ontstaan bij professionals die niet goed weten hoe zij om moeten gaan met suïcidaal gedrag, waardoor de samenwerking tussen de cliënt en professional verslechtert en de kans op suïcidaal gedrag juist toeneemt (Bannink & Den Haan, 2016). Om dit te voorkomen dient een oplossing gevonden te worden voor het probleem dat professionals te weinig kennis en ervaring hebben op het gebied van suïcidaal gedrag onder cliënten.

1.3 Onderzoeksdoelstelling

Door middel van dit onderzoek wordt inzicht gegeven in kennis en vaardigheden welke professionals van organisatie X al hebben op het gebied van suïcidaal gedrag en waar de behoeftes liggen zich nog te willen ontwikkelen om aan de steeds meer complexere zorgvraag van cliënten die suïcidaal zijn te kunnen voldoen. Het doel van dit onderzoek is om handvaten aan te reiken aan organisatie X om diens professionals meer inzicht te geven op welke manier zij cliënten die suïcidaal zijn kunnen begeleiden met als resultaat het voorkomen of stagneren van suïcidaal gedrag.

1.4 Hoofd- en deelvragen

Hoofdvraag

Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X om suïcidaal gedrag van cliënten binnen organisatie X te begeleiden?

Deelvragen

- Hoe wordt suïcidaal gedrag bij cliënten ervaren door professionals van organisatie X?
- Welke verwachtingen hebben professionals van organisatie X op het gebied van communicatie en kennis over suïcidaal gedrag?
- Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X op het gebied van methodieken en begeleidingsmethoden wanneer cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag vertonen?

1.5 Begripsafbakening

Behoefte:

Een behoefte is iets wat je nodig hebt en eigenlijk niet kunt missen. Er is een gebrek, te kort of gemis aan iets (Migchelbrink, 2013). Binnen dit onderzoek wordt gekeken welke behoeftes de professionals van organisatie X nodig hebben en niet kunnen missen om cliënten met suïcidaal gedrag te begeleiden.

Professionals:

Een professional is iemand die een bepaald beroep uitoefent welke tot een bepaalde professie behoort (Kwakman, 2011). Binnen dit onderzoek hebben de professionals van organisatie X een zorg en welzijn opleiding afgerond. Alle professionals die benoemd worden in dit onderzoek zijn werkzaam bij organisatie X en werken nauw samen met cliënten. Een professie heeft een aantal kenmerken waaraan de beroepsuitoefenaar moet voldoen om zich een professional te noemen. Dat zijn de volgende:

- Men heeft als professional erkenning van eigen deskundigheidsdomein en kan deze in zetten binnen organisatie X.
- De professional is in staat zijn theoretische kennis over het beroep over te dragen aan andere personen. Denk hierbij aan collega's, studenten en stagiairs.
- De professional is werkzaam bij binnen organisatie X welke gericht is op de ontwikkeling van de professional vanuit het beroep gezien.

(Kwakman, 2011).

Suïcidaal gedrag

Suïcidaal gedrag is het thema van dit onderzoek. Op het moment dat een persoon zich bewust van het leven berooft op een manier die aan zichzelf te danken is, heeft men het over suïcidaal gedrag. Het is vaak zo dat iemand voorafgaand aan een poging vaak lang over suicide nadenkt. Er is dus niet alleen sprake van suïcidaal gedrag op het moment dat iemand een poging onderneemt. Ook wanneer men denkt over suicide valt dit onder suïcidaal gedrag (De Klerk et al., 2010).

Cliënten:

Deze personen hebben een zorgbehoefte en krijgen ondersteuning van professionals in dagelijkse bezigheden (Thesauruszorgenwelzijn, 2016). De cliënten binnen dit onderzoek, ontvangen zorg van organisatie X en diens professionals. De cliënten binnen dit onderzoek hebben last van psychische problemen en vertonen daarnaast suïcidaal gedrag.

Organisatie X:

Organisatie X is een begeleidende organisatie. Wanneer gesproken wordt over een begeleidende organisatie, dan heeft men het over een organisatie die voornamelijk naast de cliënt gaat staan en begeleid (Jagt, 2006). Organisatie X is een relatief jonge organisatie die haar oorsprong vijf jaar geleden vond. De organisatie biedt zorg aan cliënten met de volgende problematieken: depressies, persoonlijkheidsstoornissen, verslavingen of een combinatie hiervan. Er zijn verschillende woonfasen binnen deze organisatie. De belangrijkste doelgroep wordt binnen woonfase 1, 24 uur begeleid (Care-plus, z.j.).

Begeleiden:

De professional, die werkzaam is binnen organisatie X, wordt gezien als een begeleider. Hij/zij leeft, als het ware, met de cliënt mee. De professional helpt bij het zoeken van begaanbare wegen. Hij/zij zal soms wegen sterk afraden en de cliënt in de juiste richting sturen. Om in de juiste richting te blijven gaan zal de professional eventuele obstakels verwijderen. Er wordt van de begeleider verwacht dat hij/zij voldoende kennis, ervaring en deskundigheid bezit om deze taak te kunnen uitvoeren (Jagt, 2006).

Verwachtingen:

Verwachtingen is het hebben van ideeën van de verwachte uitkomst (Nevid, Rathus & Greene, 2012). Binnen dit onderzoek zal gekeken worden naar de verwachtingen van de professionals van organisatie X op het gebied van het begeleiden van cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Aan de hand van deze verwachtingen kan de onderzoeker aanbevelingen doen richting organisatie X.

Communicatie:

Communicatie is het overbrengen van een boodschap naar iemand anders. Er is sprake van goede communicatie als men de boodschap helder en duidelijk kan overbrengen en dat de boodschap door de andere begrepen wordt (Rijksoverheid, 2014). Goede communicatie ontstaat dus tussen twee of meerdere personen. Binnen dit onderzoek is goede communicatie tussen professionals van organisatie X essentieel om een goede samenwerking teweeg te brengen.

Kennis:

Kennis is een samenvatting van twee verschillende componenten, namelijk persoonsgebonden deskundigheid en gegevens en informatie die vastgesteld is (Stam, 2004). Binnen dit onderzoek zal gekeken worden welke kennis professionals van organisatie X bezitten en nog willen ontwikkelen. Kennis houdt in deze context in dat de professionals van organisatie X weten wat suïcidaal gedrag is en hoe ze deze cliënten dienen te begeleiden.

Methodieken:

Het woord methodieken is afgeleid van het woord Griekse 'methodos' welke betekent: 'de weg waarlangs'. Als men een methode hanteert, werkt men niet in het wilde weg. Er worden weloverwogen keuzes gemaakt in het proces en deze worden systematisch uitgevoerd. Een doel is de leidraad van de methode. Meerdere methodes bij elkaar wordt een 'methodiek' genoemd. Samenvattend is een methodiek een proces dat tot een doel leidt. Het doel is de uitkomst en het proces is de methode waarop het doel tot stand komt (Winkelaar, 2001).

Begeleidingsmethoden:

Begeleidingsmethoden kan op drie manieren worden uitgelegd: 1. Ondersteuning bij de algemeen dagelijkse levensbehoeftes. Hierbij wordt gekeken naar de structuur van het leven en de autonomie van de cliënt. 2. Begeleiding die ervoor zorgt dat iemand zo lang mogelijk in zijn/haar omgeving kan blijven wonen. Er wordt gestreefd naar participatie van de cliënt. 3. Het algemeen geven van een vorm van ondersteuning op welke manier dan ook. Dit kan zowel op organisatie, als cliënt niveau (Thesauruszorgenwelzijn, z.j.).

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

2.1 Inleiding

In het theoretisch kader zal aandacht geschonken worden aan de oorzaak- en begeleidingsmogelijkheden van cliënten die, naast het hebben van een psychische stoornis, suïcidaal gedrag vertonen. Om het overzichtelijk te houden is het theoretisch kader onderverdeeld in drie koppen; oorzaken, begeleiding op korte termijn en begeleiding op lange termijn. Hierbij worden inzichten gegeven op eventuele oorzaken van suïcidaal gedrag. Er zijn twee verschillende modellen samengevoegd om ervoor te zorgen dat alle mogelijke oorzaken benoemd zijn. Vervolgens is gekeken naar de preventiemogelijkheden op korte- en lange termijn. Door middel van deze indeling wordt rekening gehouden met de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek. Echter, dient er ook ruimte te zijn voor vrije invulling van de professionals. Om deze informatie te bemachtigen, worden interviews gehouden over het betreffend onderwerp.

2.2 Oorzaken

Suïcidaal gedrag kan op verschillende manieren belicht worden. Er zijn dan ook verschillende theorieën die suïcidaal gedrag proberen te ontleden. Eén theorie, die veel van de overige theorieën omvat, is het theoretisch model van Slee (2008). Dit wordt ook wel het kwetsbaarheid- stressmodel genoemd. Het doel van het kwetsbaarheid- stressmodel is het inzicht geven in welke oorzaken er kunnen zijn voor het ontstaan van suïcidaal gedrag bij cliënten. Professionals van organisatie X kunnen op deze manier eventueel makkelijker inspelen op de situatie wanneer cliënten suïcidaal gedrag vertonen. Er wordt, in dit model, onderscheid gemaakt tussen psychosociale en psychologische factoren. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat het suïcidaal gedrag in stand blijft of verergert (De Klerk et al., 2010).

Omdat iedereen anders is, kan er geen eenduidige reden aangegeven worden waarom mensen suïcidepogingen ondernemen. Wel is het zo dat mensen die suïcidaal gedrag vertonen vaak overeenkomsten hebben met elkaar (De Wilde, 2009). Deze factoren worden ook wel risico- of kwetsbaarheid factoren genoemd en komen samen in het kwetsbaarheid-stressmodel van Slee (2008). Volgens dit model, is stress de grootste oorzaak van suïcidaal gedrag. Er wordt binnen dit model gezocht naar een combinatie met biologische factoren of traumatische ervaringen. Ook wordt een combinatie gezocht met gedragsfactoren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het moeilijk kunnen uiten van gevoelens of het missen van vaardigheden. Problemen in het hebben en behouden van relaties kunnen ook voor een toename van suïcidaal gedrag zorgen. Als laatste hebben impulsieve acties ook een grote invloed op suïcidaal gedrag (De Klerk et al., 2010).

Alle bovenstaande factoren kunnen ervoor zorgen dat suïcidaal gedrag toeneemt (De Klerk, et al., 2010). Door de juiste begeleiding en eventueel therapieën kan het suïcidaal gedrag teruggedrongen worden (Kerkhof & Luyn, 2010). Het voornaamste is de cliënt zo min mogelijk bloot te stellen aan stress. Volgens De Klerk, Van Emmerik & Giezen (2010) zijn de volgende factoren hierbij van belang: persoonlijke-, biologische-, en omgevingsfactoren. Deze factoren zijn hieronder omschreven.

Persoonlijkheidsfactoren

Een persoon wordt geboren met een bepaald temperament, Dit temperament zorgt ervoor hoe in bepaalde situaties gereageerd wordt (Zimbardo, Johnson & McCann, 2011). Biologische factoren spelen hierin een belangrijke rol. Het temperament heeft zo weer zijn werking op de omgevingsfactoren. Het kan door de persoonlijkheid voorkomen dat men moeite heeft met het aangaan of onderhouden van relaties. Men spreekt dan van een 'verstoorde emotieregulatie'. Cliënten met verstoorde emotieregulaties zijn vatbaarder voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag (De Klerk et al., 2010).

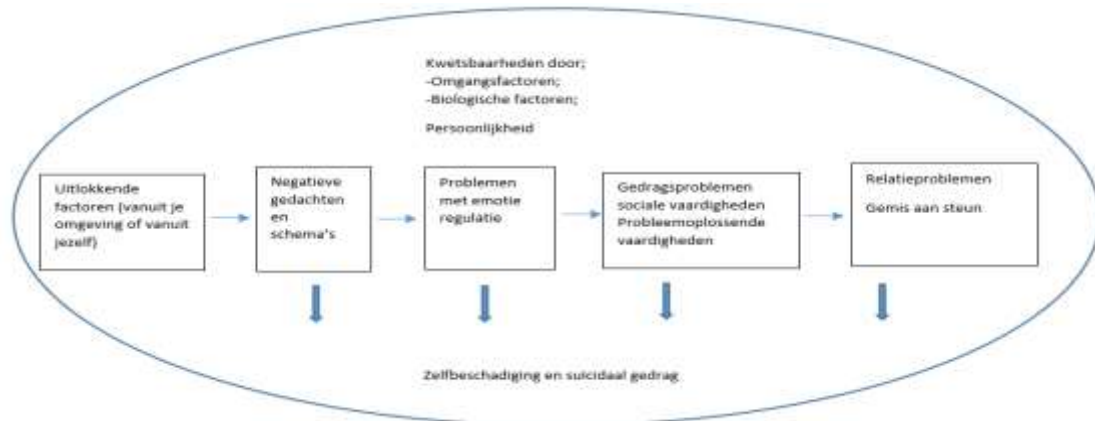
Biologische kwetsbaarheid

Het kan genetisch bepaald zijn hoe iemand omgaat met traumatische ervaringen uit het verleden. Dit wordt veroorzaakt door de neurotransmitters van de hersenen. Het stofje welke ervoor zorgt hoe de stemming van een persoon is, heet serotonine (Zimbardo et al., 2011). Ook kan het lichaam moeite hebben met het in controle houden van het arousal (opwinding). Een verhoging van het arousal zorgt ervoor dat het lichaam continue actief is. Door een traumatische ervaring kan het arousal verhoogd of verlaagd zijn (Nevid, Rathus & Greene, 2012). Deze ligt weer in verband met de bloeddruk, hartslag en spierspanning. Door middel van suïcidaal gedrag, kan het verhoogde of verlaagde arousal worden verbroken waardoor de stress afneemt. Dit is dan ook een oorzaak waarom cliënten suïcidaal gedrag vertonen (De Klerk et al., 2010).

Omgevingsfactoren

Bij de omgevingsfactoren wordt vooral gekeken naar de ervaringen uit het verleden. Vaak is dit een traumatische ervaring. Moeilijke, schokkende en pijnlijke momenten uit het verleden kunnen ervoor zorgen dat suïcidaal gedrag toeneemt (Kerkhof & Luyn, 2010). Een verlies over de controle van het leven kan zorgen voor een negatief zelfbeeld. Men kan zich dan onbegrepen voelen waardoor stress vaker voor kan komen. Dit resulteert er weer in dat suïcidaal gedrag kan toenemen (De Klerk et al., 2010).

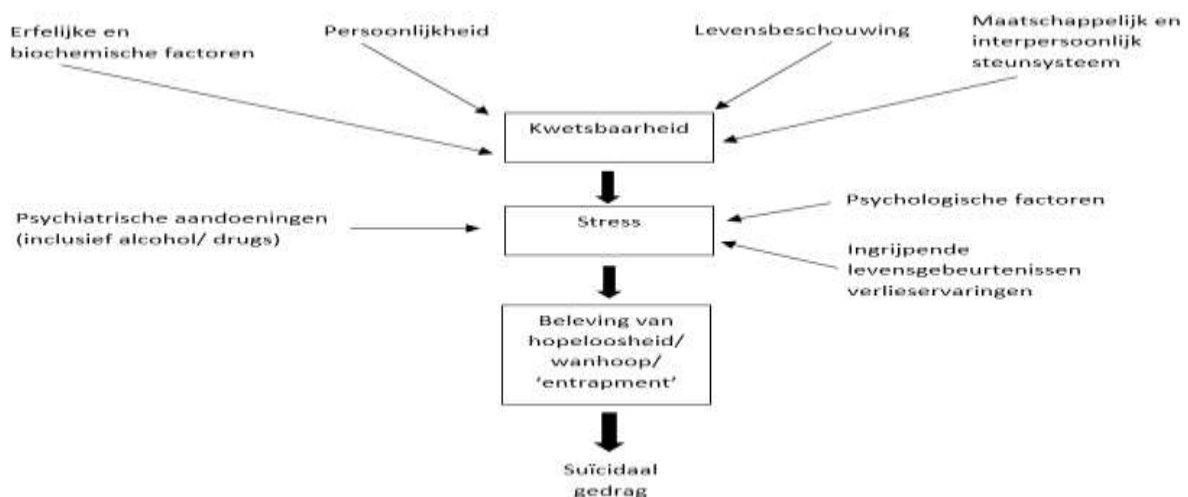
Het theoretisch- stressmodel geeft aan hoe suïcidaal gedrag kan ontstaan. Door middel van het onderzoek wordt gekeken welke factoren suïcidaal gedrag veroorzaken en/of in stand houden binnen de organisatie waar het onderzoek plaats vindt. Middels de interviews wordt gevraagd aan de respondenten hoe zij dit ervaren en eventueel anders willen zien. Deze informatie kan voor andere perspectieven zorgen welke gebruikt kunnen worden om handvaten te creëren voor de begeleidende organisatie. Om het kwetsbaarheid- stressmodel toe te lichten is hieronder schematisch weergegeven hoe dit model in zijn werk gaat.



Het kwetsbaarheid- stressmodel (Slee, 2008)

Model van kwetsbaarheid, stress en entrapment voor suïcidaal gedrag

Het kwetsbaarheid- stressmodel is niet het enige model welke een indicatie geeft over het ontstaan van suïcidaal gedrag. Dit model gaat er namelijk vanuit dat suïcidaal gedrag voortvloeit uit factoren die de kwetsbaarheid op individueel gebied verlagen en/of verhogen. Dit, gecombineerd met stressoren, houdt het gedrag in stand (Van Hemert et al., 2012). Een ander model dat gehanteerd kan worden door organisatie X, is het *entrapmentmodel* van Williams et al. (2005). Deze stelt dat het psychologische proces van de cliënt een belangrijke rol speelt van het suïcidaal gedrag. Het psychologische proces in combinatie met stressoren leiden volgens het *entrapmentmodel* tot suïcidaal gedrag (Williams et al., 2005). Williams et al. (2005) stelt dat verlies van respect en eigenwaarde kan optreden bij cliënten die kwetsbaar zijn voor intens heftig ervaren gebeurtenissen. Denk hierbij aan vernedering, afwijzing of verlies. Op het moment dat de cliënt weinig oplossend vermogen bezit, kan deze situatie leiden tot uitzichtloosheid. Hierdoor kan de situatie zo escaleren dat de cliënt geen oplossing meer ziet, waardoor hij of zij suïcidaal gedrag gaat vertonen (Van Hemert et al., 2012).



Geïntegreerd model van kwetsbaarheid, stress en entrapment voor suïcidaal gedrag (Naar Slee, 2008; William et al., 2005).

In dit onderzoek zijn het *theoretisch- stressmodel* en het *entrapmentmodel* samengevoegd om zo een bijdrage te leveren aan organisatie X om suïcidaal gedrag te kunnen plaatsen. Het *theoretisch- stressmodel* mist volgens het *entrapmentmodel* het tekort aan coping mechanismen (Williams et al., 2005). In het onderzoek wordt zowel rekening gehouden met de kwetsbaarheidsfactoren als met de coping mechanisme van traumatische gebeurtenissen.

2.3 Begeleiding op korte termijn

Naast het zoeken naar oorzaken van suïcidaal gedrag is het ook belangrijk te onderzoeken welke methodieken allemaal ingezet kunnen worden om suïcidaal gedrag binnen organisatie X te begeleiden. Onderstaande methodieken kunnen ingezet worden op korte termijn op het moment dat cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag vertonen.

Omgeving gebonden interventie

Op het moment dat cliënten suïcidaal gedrag vertonen, weerspiegelt dit vaak een objectief isolement. Het doel van de omgeving gebonden interventie is om, cliënten die suïcidaal zijn, zich niet alleen te laten voelen. Het is dan ook van groot belang dat er altijd iemand in de buurt is om contact mee te hebben (Van Heeringen & Kerkhof, 2008). Het isoleren van een cliënt, zodat deze zichzelf beschermt tegen suïcidale handelingen, staat haaks op het feit dat cliënten die suïcidaal zijn niet alleen gelaten mogen worden. Ook al is de keuze nog zo voor de hand liggend, hierdoor bestaat de kans dat de cliënt nog dieper in zijn of haar isolement raakt. Het is daarnaast ook belangrijk dat cliënten niet het gevoel krijgen dat ze gestraft worden voor de suïcidale gedachten die ze ervaren (Van Heeringen & Kerkhof, 2008). Ondanks het feit dat er een beddenafname is binnen de klinische psychiatrie is het af en toe alsnog nodig om cliënten te laten opnemen. Er zijn een aantal argumenten waar organisatie X een afweging in moet maken om tot deze keuze te kunnen komen, namelijk; de cliënt heeft de hoop al opgegeven; wanneer de cliënt geen ondersteuning meer ontvangt van zijn omgeving; op het moment dat de huidige begeleiding niet meer aansluit bij de behoefte van de cliënt. Hierbij dient er rekening gehouden te worden met het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. Het is een lastige opgave voor organisatie X om hier een keuze in te maken. Deze beslissing gaat niet alleen de cliënt aan maar ook zijn of haar naasten (Van Heeringen & Kerkhof, 2008).

Uit bovenstaand stuk kan geconcludeerd worden dat cliënten met een complexe zorgbehoefte die suïcidaal gedrag vertonen, gerichte begeleiding dienen te ontvangen. Professionals kunnen suïcidaal gedrag voorkomen of stabiliseren door *aandachtig aanwezig* te zijn voor de cliënt en samen op zoek te gaan naar oplossingen die de cliënt als problemen ervaart (Korevaar & Droës, 2011). Een professional hoeft niet alles samen te doen, maar de omgeving gebonden interventie stelt dat professionals altijd klaar moeten staan op het moment dat een cliënt hun nodig heeft (Van Heeringen & Kerkhof, 2008). De professional is als het ware altijd present in de omgeving te vinden en aanspreekbaar op het moment dat het nodig is.

Presentiebenadering

Een andere begeleidingswijze die gehanteerd kan worden door organisatie X is dan ook de presentiebenadering van Baart (2007). De presentiebenadering heeft als doel cliënten te begeleiden in moeilijke en lastige tijden. Dit geldt ook voor cliënten die suïcidaal zijn binnen organisatie X. Baart (2007) schrijft het volgende over 'presentie': 'Presentie is *er zijn* en ontwikkelt zich van *er zijn met* naar *er zijn voor*'. Met andere woorden; presentie betekent aandachtig aanwezig zijn. De professional heeft hierbij veel aandacht voor de cliënt. Er wordt hierbij geluisterd naar de waarden en normen van een cliënt. Ook staat de professional stil bij de verwachtingen van de cliënt. De professional is veel aanwezig zoals beschreven staat in de omgeving gebonden interventie (Van Heeringen & Kerkhof, 2008). Maar het hoeft niet zo te zijn dat er een bedoeling of een doel aan gekoppeld wordt (Korevaar & Droës, 2011).

De 'presentiebenadering' is makkelijker toepasbaar op het moment dat de leefwereld van de cliënt chaotischer is (Baart, 2007). De professional begint bij de *exposure* op het moment dat er gestart wordt met de presentiebenadering. Dit is een actief proces waarbij de professional zich inleeft in de leefwereld van de cliënt die suïcidaal gedrag vertoont. De professional neemt een neutrale houding aan en wacht met het vellen van oordelen. In de exposurefase is de professional voortdurend aan het reflecteren dat ertoe leidt dat hij of zij een professionele identiteit aanneemt, die van tevoren nog niet vast staat (Korevaar & Droës, 2011). Zo is de professional present in de leefwereld van de cliënt en kan de professional preventie bieden tegen het suïcidale gedrag van de cliënt.

Het is van belang om te weten op welke momenten cliënten suïcidaal gedrag vertonen. Zo heeft de professional inzicht in deze momenten en kunnen preventieve maatregelen worden toegepast. Op het moment dat cliënten suïcidale uitspraken doen, is het vaak een indicatie op het gedrag wat hierop volgt (Van Hemert et al., 2012).

Motiverende gespreksvoering

Naast de omgeving gebonden interventie en de presentiebenadering kan motiverende gespreksvoering worden ingezet om suïcidaal gedrag bij cliënten van organisatie X te begeleiden. Motiverende gespreksvoering is een manier om aansluiting te vinden bij de cliënt die suïcidaal gedrag vertoont. Deze gesprekstechniek sluit aan bij de presentiebenadering van Baart (2007). Volgens Miller en Rollnick (2009), zijn er vier basisprincipes samengevat in het acroniem ROEP:

- Reparatiereflex onderdrukken
- Onderzoek doen naar de motivatie van de hulpvrager
- Empathisch naar de cliënt luisteren
- Positief proberen te bekrachtigen

Op het moment dat er gekeken wordt naar de *reparatiereflex*, doelt men op het feit dat veel hulpverleners geneigd zijn om altijd maar te willen helpen. Binnen motiverende gespreksvoering is het van belang dat de hulpverlener bewust is van deze reflex (Rosengren, 2011). Motiverende gespreksvoering gaat vervolgens uit van de intrinsieke *motivatie* van de cliënt.

Van intrinsieke motivatie wordt gesproken wanneer cliënten vanuit eigen redenen iets willen veranderen aan hun leven (Aronson, Wilson & Akert, 2011). In het geval van suïcidale cliënten wordt er gekeken naar de motivatie om de problemen waarmee de cliënten worstelen aan te pakken en op te lossen. Cliënten vertonen suïcidaal gedrag juist vanwege het feit dat ze depressief zijn of problemen hebben en ze van deze problemen af willen (De Klerk et al., 2010). Vervolgens is het van belang om *empathisch te luisteren* naar deze motivatie en daar werk van te maken. Dit kan door open vragen te stellen, reflectief luisteren, bevestigen en samen te vatten (Rosengren, 2011). Als laatste is het belangrijk dat de cliënt actief *bekrachtigd wordt*. Dit houdt in dat de cliënt bij het proces betrokken blijft. Alle stappen die ondernomen worden, zijn samen gezet met een hulpverlener. Zo wordt ervoor gezorgd dat een cliënt zelf zijn problemen kan oplossen. Daarnaast biedt deze manier van werken handvaten voor eventuele andere problemen in het leven van de cliënt (Rosengren, 2011).

Signalerings- of veiligheidsplan

De laatste methodiek voor begeleiding op korte termijn is het signalerings- of veiligheidsplan. Vroeg signalering en vroegtijdige interventie kan ingezet worden bij suïcidaal gedrag en zelfbeschadiging (Bosman & Meijel, 2009). Bekend is dat suïcidaal gedrag niet van het een op het andere moment ontstaat, maar dat dit gedrag langzaam opbouwt. Het is mogelijk dat specifieke situaties en risicomomenten bekend zijn wanneer het suïcidaal gedrag optreedt (Kerkhof & Luyn, 2010). Op het moment dat de eerste tekenen van suïcidaal gedrag naar voren treden tot het moment dat de cliënt in alle hevigheid suïcidaal gedrag vertoont, is er mogelijkheid voor preventieve interventies (Van Hemert et al., 2012). Het signalerings- of veiligheidsplan heeft als doel kenmerken van suïcidaal gedrag weer te geven. Zo kunnen professionals van organisatie X herkennen wanneer cliënten suïcidaal gedrag gaan vertonen. Wanneer er op tijd gereageerd wordt, kan ernstige schade aan de cliënt en zijn of haar omgeving voorkomen worden. Een belangrijk onderdeel bij cliënten die langdurige suïcidaal gedrag vertonen is een crisisponskaart. Het signaleringsplan en de crisisponskaart zorgen ervoor dat de cliënt meer inzicht krijgt in het oplopende proces. In samenwerking met de professionals van organisatie X leert de cliënt hierin zelf om te gaan met de suïcidale crisis (Van Hemert et al., 2012).

2.4 Begeleiding op lange termijn

Naast begeleidingsmethodieken op korte termijn, zijn er ook methodieken op lange termijn om suïcidale cliënten binnen organisatie X te begeleiden.

Theorie over medicatie

Binnen organisatie X wordt geen medicatie voorgeschreven op welke manier dan ook. Echter, door een juiste samenwerking met behandelende organisaties is het wel mogelijk om aanbevelingen te doen op het gebied van medicatie op het moment dat de begeleidende professional dit nodig acht. Wanneer cliënten suïcidaal gedrag vertonen, kan de begeleidende professional de behandelende professional aanbevelen om clozapine voor te schrijven. Uit een onderzoek van Hennen en Baldessarini (2005) is gebleken dat clozapine tot een afname van suïcidaal gedrag kan leiden. Uit het onderzoek van Hennen en Balderrarini (2005) komt naar voren dat de behandeling met clozapine ervoor kan zorgen dat de kans op reductie van suïcidaal gedrag 2,9 maal groter is en dat de kans 3,3 maal zo groot is dat dit de suïcidepogingen afneemt (Van Hemert et al., 2012). Meltzer (2010) concludeert binnen zijn onderzoek dat het gebruik van clozapine een preventief effect heeft op suïcidaal gedrag en pogingen hiertoe (Meltzer, 2010). Op het moment dat de begeleidende professional ervoor kiest om medicatie te geven, dient overlegd te worden met de behandelende professional of dit mogelijk is. Begeleidende professionals mogen niet zomaar medicatie aan cliënten geven wanneer deze niet voorgeschreven is.

Cognitieve gedragstherapie

Naast medicatie wordt ook cognitieve gedragstherapie (CGT) gezien als een behandelende methode. Voor alsnog is het een mogelijkheid om binnen organisatie X cognitieve gedragstherapie te geven waarbij professionals cliënten helpen bij het ombuigen van negatieve gedachten naar positieve gedachten. Cognitieve gedragstherapie heeft als doel cliënten om te leren gaan met hun eigen problemen. Er is veel onderzoek gedaan naar het effect van suïcidaal gedrag en het gebruik van cognitieve gedragstherapie (Van Hemert et al., 2012). Brown (2005) heeft hiervoor een onderzoek gedaan bij 120 cliënten die suïcidaal waren. Hierbij werden de cliënten die binnen kwamen in een ziekenhuis met suïcidale klachten, willekeurig toegewijd aan een CGT. Sociale werkers probeerden het steunsysteem van de cliënt te activeren waarna de training kon starten. Uit het onderzoek kwam naar voren dat ongeveer 50% van de cliënten die de CGT ondergingen minder suïcidaal gedrag vertoonden in vergelijking met de cliënten die niet mee hebben gedaan aan deze training (Brown et al., 2005).

De CGT-training bestaat uit vier fasen die achter elkaar doorlopen dienen te worden;

Fase 1; kennismaken, informeren en motiveren. Hiervoor worden tussen de 1 en 3 sessies uitgetrokken.

Binnen deze fase is het belangrijk om de cliënt en zijn/haar omgeving te informeren over de training (Molenaar, Don, Bout, Sterk & Dekker, 2009). Daarnaast is het van belang dat de cliënten vol blijven houden. De begeleiders dienen de cliënten te blijven motiveren om ervoor te zorgen dat de cliënten niet afhaken. Er is ook mogelijkheid tot kennismaking op het moment dat de cliënt moeite heeft met de begeleiding of medecliënten (Kerkhof & Luyn, 2010).

Fase 2; cognitieve gedragstherapie. Hiervoor worden tussen de 5 en 7 sessies uitgetrokken.

In deze fase wordt vooral gekeken naar de gedachten van de mensen die suïcidaal zijn. Er wordt dan gekeken naar welke gedachten suïcidaal gedrag tot stand brengen. Er wordt als het ware gezocht naar de basisovertuiging die leidt tot suïcidaal gedrag (Molenaar et al., 2009). Het doel is, om vervolgens deze gedachten om te zetten naar fijne gedachtes. Deze fijne gedachtes worden als het ware over de suïcidale gedachtes geplaatst. Denkfouten in dit proces worden weggehaald. Denk hierbij aan; zwart-wit denken, tunnelvisie en generaliseren (Kerkhof & Luyn, 2010).

Fase 3; terugvalpreventie. Hiervoor wordt er 1 sessie uitgetrokken.

In deze sessie wordt getest of de voorgaande training heeft geholpen. Door middel van oefeningen van voorgaande sessies wordt er onderzocht of de cliënt in staat is zijn of haar suïcidale gedachtes om te zetten in fijne gedachtes (Kerkhof & Luyn, 2010).

Fase 4; afronding. Hiervoor wordt er 1 sessie uitgetrokken.

De training wordt afgerond. Er is eventueel een mogelijkheid om te kijken naar vervoltrainingen (Kerkhof & Luyn, 2010).

De, in dit hoofdstuk beschreven, modellen en methodieken kunnen helpend zijn voor organisatie X om suïcidale cliënten te kunnen begeleiden. Deze theorieën zullen tevens een leidraad zijn in de interviews en worden gebruikt in de aanbevelingen richting organisatie X.

Hoofdstuk 3: Methodologie

Binnen dit onderzoek wordt onderzocht wat de behoeftes zijn van professionals binnen organisatie X om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden. Het onderzoek is kwalitatief opgesteld. Binnen het onderzoek wordt niet onderzocht hoe vaak suïcidaliteit voorkomt, maar op welke manier professionals met deze problematiek kunnen omgaan. Voor kwalitatief onderzoek is gekozen omdat het probleem complex van aard en veranderbaar is. Elke professional is anders en kan andere behoeftes hebben om cliënten die suïcidaal zijn te kunnen begeleiden.

3.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Onderzoekspopulatie

Een onderzoekspopulatie kan uit verschillende afdelingen, groepen, personen of organisaties bestaan (Boeije, 2012). In dit onderzoek bestaat de gehele onderzoekspopulatie uit alle medewerkers van organisatie X. Echter, werkt niet iedereen binnen de organisatie met cliënten. Deze personen zijn niet geïnccludeerd binnen de onderzoekspopulatie. Er worden selectief eenheden gekozen die de rest van de professionals die met cliënten werken vertegenwoordigen (Boeije, 2012). De respondenten die gebruikt zijn voor dit onderzoek zullen aan een aantal kenmerken moeten voldoen. Er is sprake van doelgerichte selectie, ook wel *purposive sampling* genoemd. De houdt in, dat door middel van selectie, de kenmerken van de populatie bepaald worden (Boeije, 2012).

Steekproef

De professionals die worden geïnterviewd voor een kwalitatief onderzoek worden in de lijn respondenten genoemd (Baarda, Fisher, Goede & Peters, 2013). De steekproef bevat in totaal tien professionals. Vier professionals zijn werkzaam op de dagbesteding van organisatie X. Zes professionals zijn werkzaam als woonbegeleider op een 24-uurs woongroep waarvan een fungeert als sleutelformant. Van deze respondenten zijn er vier werkzaam geweest binnen een behandelende organisatie. Door de gegeven informatie te vergelijken van professionals die ervaring hebben op het behandelend gebied van suïcidaal gedrag en het begeleidend gebied van suïcidaal gedrag, wordt er gezocht naar mogelijkheden om suïcidaal gedrag te voorkomen of stabiliseren. De professionals die ervaring hebben met cliënten die suïcidaal gedrag vertonen, kunnen hierdoor aangeven wat een toegevoegde waarde zou kunnen zijn voor de begeleidende organisaties. De professionals met minder ervaring op het gebied van suïcidaal gedrag onder cliënten kunnen aangeven wat hun behoeftes zijn op het gebied van de begeleiding. Omdat het onderzoek een complex en persoonlijk onderwerp bevat, is het belangrijk voor de professionals om anoniem antwoord te kunnen geven op de verschillende vragen. Er zullen dan ook geen namen of persoonsgegevens naar voren komen binnen dit onderzoek. Tevens wordt dan ook toestemming gevraagd aan zowel de sleutelinformant als de respondenten zelf om de interviews af te mogen nemen. Daarnaast zal informatie aan de respondent worden verstrekt over het doel van het onderzoek en waarom zij gekozen zijn om te interviewen (Baarda et al., 2013).

Sleutelinformant

Om ervoor te zorgen dat professionals geïnterviewd mogen worden, is gebruik gemaakt van een sleutelinformant. Een sleutelinformant is iemand die bekend is bij zowel de professionals, als de cliënten. Hij speelt een centrale rol binnen dit onderzoek en heeft de mogelijkheid om gegevens te verzamelen (Baarda et al., 2013). In dit onderzoek is dat dhr. A. Teelen, tevens lid van het managementteam van organisatie X. Dhr. A. Teelen is aangesteld als sleutelinformant, omdat hij zowel kennis heeft over de doelgroep als van het onderzoek.

Professionals die werkzaam zijn als begeleiding op de dagbesteding.

Er zijn vier professionals die fungeren als respondenten en werkzaam zijn op de dagbesteding van organisatie X. Op deze dagbesteding komen alle cliënten samen die woonachtig zijn binnen organisatie X. Dit houdt in dat cliënten met verschillende achtergronden, leeftijden, geaardheden en complexiteit samen een dag invulling hebben. De professionals dienen in staat te zijn om goed af te stemmen op de verschillende zorgbehoeftes van de aanwezige cliënten. Daarnaast dienen zij ook in staat te zijn cliënten te motiveren om deel te nemen aan activiteiten op de dagbesteding.

Niet alle cliënten binnen organisatie X zijn suïcidaal of vertonen suïcidaal gedrag. Echter zijn er wel veel cliënten op de dagbesteding aanwezig die gediagnostiseerd zijn met een psychische stoornis. Cliënten met een psychische stoornis hebben een verhoogd risico op suïcidaliteit (Kerkhof & Luyn, 2010).

Professionals die werkzaam zijn als woonbegeleider op een 24-uurs woongroep.

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van zes professionals die werkzaam zijn op een woongroep binnen organisatie X. Binnen een woongroep wonen gemiddeld zes cliënten met allemaal verschillende complexe problematieken. De professionals die fungeren als respondent voor dit onderzoek zijn allemaal werkzaam op verschillende locaties. Op deze locaties vertonen cliënten suïcidaal gedrag of hebben hierin al eens een poging ondernomen.

In dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen geslacht, leeftijd en afkomst omdat dit niet relevant is voor het onderzoek. Om de validiteit en de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen zijn de respondenten minimaal een jaar werkzaam als professional binnen organisatie X en dient suïcidaal gedrag herhaaldelijk naar voren te komen tijdens de begeleiding van cliënten. De reden dat er gekozen is voor twee verschillende groepen respondenten is om vanuit verschillende invalshoeken antwoorden te kunnen geven op de onderzoeksvragen.

3.2 Dataverzamelmethode

Binnen deze scriptie is ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Kwalitatief onderzoek bestaat uit twee verschillende hoofdlijnen. Aan de ene kant kan kwalitatief onderzoek gebruikt worden voor het begrijpen van teksten of gedrag. Aan de andere kant kan kwalitatief onderzoek gedaan worden naar communicatieprocessen (Boeije, 2012). In de vraagstelling komt namelijk naar voren op welke wijze professionals van organisatie X betekenis geven aan suïcidaal gedrag van cliënten. Tevens komt in de vraagstelling naar voren hoe de communicatie tussen de professionals onderling en naar organisatie X verloopt. In het onderzoek worden onderzoeksmethoden gebruikt die ervoor zorgen dat het onderwerp vanuit het perspectief van de

professionals bekeken wordt, om dit vervolgens, waar mogelijk, te kunnen verklaren (Boeije, 2012). Kort samengevat omschrijft Boeije (2012) drie elementen die kwalitatief onderzoek bevatten. Er wordt onderzocht op welke wijze personen betekenis geven aan suïcidaal gedrag onder cliënten en hoe zij zich hiertegenover opstellen. Als tweede doel geeft het kwalitatief onderzoek een perspectief weer van de professionals op het gebied van suïcidaal gedrag. En als laatste doel probeert het kwalitatief onderzoek suïcidaal gedrag te beschrijven en mogelijk te verklaren (Boeije, 2012).

Er zijn twee kenmerken met betrekking tot dit onderzoek die ervoor gezorgd hebben dat gekozen is voor kwalitatieve interviews. Op de eerste plaats worden vragen gesteld over het onderwerp suïcidaliteit onder cliënten. Er worden gerichte vragen gesteld over de manier waarop professionals in organisatie X hiermee omgaan. Ten tweede is het belangrijk om het menselijk aspect van het interview naar voren te laten komen. Bij een complex onderwerp is het soms van belang om bij vragen wat meer de tijd te nemen (Boeije, 2012). Suïcidaal gedrag is een complex onderwerp waarbij het soms van belang is om de tijd te nemen bij interviewvragen. Door middel van interviews kan het perspectief van de respondenten reconstrueren. Hierdoor is het mogelijk om de werkelijkheid te ervaren van de respondenten, waardoor het makkelijker is om hen te begrijpen (Migchelbrink, 2013). Deze informatie is weer bruikbaar om handvaten aan te rijken in de conclusie voor organisatie X. De handvaten dienen het suïcidaal gedrag te stabiliseren of te voorkomen.

Semigestructureerde interviews

In het kwalitatieve onderzoek wordt gebruik gemaakt van een *semi gestructureerd interview*. Dit zorgt ervoor dat richting gegeven kan worden aan de interviews, maar dat er ook ruimte is voor andere perspectieven (Boeij, 2012; Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Van Doorn & Rosendal, 2015). Het onderwerp en de belangrijkste vragen liggen in het interview vast (Baarda et al., 2013). In dit onderzoek gaat het dan vooral over suïcidaal gedrag onder cliënten en welke kennis en vaardigheden professionals hierin missen om goed te kunnen omgaan met deze cliënten. In een *semigestructureerd interview* ligt 'doorvragen' niet voor de hand, maar kan er wel voor zorgen om dieper op het suïcidale gedrag en ervaringen van professionals in te gaan (Baarda et al., 2013). Het geeft de interviewer de mogelijkheid af te stappen van bijvoorbeeld de vraagvolgorde en -formulering wanneer dit gunstiger uitkomt (Baarda et al., 2013).

Ethische verantwoording

Binnen het onderzoek is het van belang dat er zorgvuldig om wordt gegaan met de verzamelde gegevens. Daarom is gebruik gemaakt van een aantal uitgangspunten om op een juiste manier om te gaan met de respondenten en de verzamelde gegevens. Er worden geen namen in het interview vermeld van personen of organisatie X om zo de anonimiteit te kunnen waarborgen. Respondenten zijn op de hoogte van het onderzoek en geven schriftelijke toestemming om deel te nemen aan het onderzoek (*informed consent*). In bijlage 1 is het toestemmingsformulier te vinden. Op het moment dat respondenten inzicht willen in het onderzoek ter controle, is dit mogelijk. Wanneer de interviews zijn afgenomen, worden de gegevens uitsluitend gebruikt voor het onderzoek waarna ze vervolgens worden vernietigd.

Naast de bovengenoemde uitgangspunten is in dit onderzoek ook rekening gehouden met de 'gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo'. Deze gedragscode gaat uit van de volgende vijf standpunten:

1. Het professionele en maatschappelijke belang wordt door middel van het onderzoek gediend. Dit houdt in dat het onderzoek een toegevoegde waarde is voor professionals binnen organisatie X die werken met cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Er wordt namelijk een bijdrage geleverd aan theorie- en kennisontwikkeling welke gevraagd wordt door professionals. Deze opgedane kennis dient dan ook toegankelijk te zijn voor organisatie X. Tevens kan het ook een toegevoegde waarde zijn voor professionals die werkzaam zijn binnen gelijksoortige organisaties.
2. Het onderzoek wordt respectvol uitgewerkt. Er wordt rekening gehouden met belangen, rechten, privacy, opvattingen, zienswijze, methoden en theorieën van de professionals die betrokken zijn bij het onderzoek en te maken hebben met suïcidaal gedrag. Hier is rekening mee gehouden door de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. Zo worden er geen namen of andere persoonsgegevens genoemd. Tevens worden de respondenten op de hoogte gesteld dat zij zich ieder moment mogen terugtrekken uit het onderzoek. De organisatie blijft in het gehele onderzoek anoniem door de naam van de organisatie niet voluit te schrijven.
3. Er wordt zorgvuldig gewerkt aan het onderzoek. Alle informatie en opvattingen worden nauwkeurig genoteerd en zijn herleidbaar. De interviews worden alleen gebruikt voor dit onderzoek en zullen daarna worden verwijderd. De stappen van kwalitatief onderzoek zijn op een juiste manier nageleefd doordat ze zijn verantwoord in het hoofdstuk methodologie.
4. Het onderzoek is integer. Er wordt kritisch gekeken naar wetenschappelijke bronnen. De bronnen die gebruikt worden binnen het onderzoek zijn peer-reviewed. Alle bronnen hebben een link met suïcidaal gedrag. De bronnen zijn samengevoegd in een literatuurlijst. Tevens staat de onderzoeker open voor zowel feedback van organisatie X als van het opleidingsinstituut.
5. Keuzes en gedragingen kunnen verantwoord worden; Hierbij wordt er vooral gekeken naar het onderzoeksthema 'suïcidaliteit' en samenhangende methoden. Suïcidaal gedrag blijft voorkomen in de geestelijke gezondheidszorg en professionals geven aan dat ze vaak te weinig kennis en ervaring hebben om deze cliënten te begeleiden (De Klerk et al., 2010). Daarom is het gekozen thema relevant voor organisatie X.

(Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters & Peij, 2010)

3.3 Meetinstrument

Om het interview in goede banen te leiden, wordt gebruik gemaakt van een conversatiehandleiding oftewel een topiclijst. Dit is een lijst die als leidraad kan fungeren tijdens een interview. Er worden vragen geformuleerd die aansluiten bij de onderzoeksvragen van het onderzoek (Verhoef et al., 2015). Het kan ook zijn dat de volgorde verandert gaandeweg het interview. Er is dan ruimte voor de interviewer om eventuele extra vragen toe te voegen om tot een duidelijker antwoord te komen of omdat doorvragen nodig is (Verhoef et al., 2015).

De topiclijst bestaat uit topics en subtopics die naar voren komen in het interview. Die houdt in dat een indeling is gemaakt in topics die leidend zijn in het interview. De topics komen tot stand door middel van het theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen. Belangrijke topics uit het theoretisch kader en de hoofd- en deelvragen worden opgeschreven en onder elkaar gezet. Enkele topics zijn; suïcidaal gedrag in combinatie met psychische problemen, de doelgroep en begeleiding. Vervolgens worden per topic een aantal vragen gesteld die genoeg informatie kunnen geven voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. De topics worden in chronologische volgorde gezet en bij elk interview gehanteerd om zo dezelfde manier van vraagstelling aan te houden. De topiclijst is te vinden in bijlage 2.

In dit onderzoek worden twee verschillende soorten respondenten geïnterviewd om een antwoord te krijgen op de vraag welke behoeftes professionals nodig hebben om cliënten die suïcidaal zijn te kunnen begeleiden. Het is de bedoeling dat de respondenten vanuit hun eigen perspectief antwoord geven op de vragen (Boeije, 2012). Er is gekozen om bij beide respondentengroepen dezelfde topiclijst te gebruiken. De reden hiervoor is dat beide respondentengroepen verschillende behoeftes kunnen hebben om cliënten die suïcidaal zijn te kunnen begeleiden. Echter, deze twee respondentengroepen werken veel samen en uit persoonlijke communicatie met beide respondentengroepen komt naar voren dat ze vaker tegen dezelfde problemen aan lopen. Zo komen de verschillende ervaringen met suïcidaal gedrag naar voren en kan ieder aangeven wat zijn of haar behoefte is op het gebied van begeleiding van cliënten die suïcidaal gedrag vertonen.

Aan de andere kant is het ook de bedoeling om een goede interactie te ontwikkelen met de respondenten, omdat suïcidaal gedrag een complex onderwerp is waar iedereen een mening over kan hebben. In sommige gevallen is het dan soms verstandiger te luisteren of stil te staan bij een aantal vragen omdat het interview dan beter vorm krijgt (Boeije, 2012). Dit is dan ook de reden waarom gekozen is voor een kwalitatief onderzoek.

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het interview te kunnen waarborgen, zal eerst een proefinterview gehouden worden bij J. van Roij. Zij is werkzaam binnen organisatie X en lid van het managementteam. Door middel van dit interview kan worden ingeschat of de topiclijst voldoet aan de eisen om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen (Baarda et al., 2013). Alle interviews zullen in een afgesloten ruimte plaatsvinden waar de respondenten vrij en open kunnen spreken over hun ervaringen met suïcidaal gedrag van cliënten. Op het moment dat meerdere interviews per dag plaatsvinden, zal minimaal 60 minuten tussen de twee interviews inzitten. Op deze wijze zal geen druk ontstaan bij de respondent en worden er geen geforceerde antwoorden gegeven. Daarnaast krijgt de onderzoeker zelf ook de mogelijkheid om pauze te nemen om zo te voorkomen dat de concentratie afneemt.

Validiteit

In dit onderzoek is ervoor gekozen om één topiclijst te gebruiken bij twee verschillende respondentengroepen. Beide respondentengroepen kunnen namelijk middels de topics aangeven waar hun behoeftes liggen op het moment dat zij cliënten begeleiden die suïcidaal gedrag vertonen. De twee verschillende databronnen dienen ervoor te zorgen dat de onderzoeksvragen op verschillende manieren worden belicht. Op het moment dat antwoorden van verschillende databronnen overeenkomen, kan geacht worden dat waarheden verteld zijn in het interview. Tevens is het van belang dat de onderzoeker zo neutraal mogelijk de interviews afneemt (Boeije, 2012). Dit is vaak lastig te realiseren omdat de onderzoeker opleidingen heeft gevolgd en werkervaringen heeft opgedaan in de zorgsector. Om het onderzoek zo neutraal mogelijk te laten verlopen is er voorafgaand een proefinterview gehouden. Suggestieve vragen zijn verwijderd en er is gekeken of het doel van het interview behaald kan worden.

Voorafgaand aan het interview worden de respondenten gevraagd een formulier te ondertekenen waarmee ze akkoord zullen gaan met het interview. Het interview zal opgenomen en gecodeerd worden om de bruikbare informatie te kunnen filteren. Op het moment dat de resultaten beschreven zijn, zullen de interviews verwijderd en vernietigd worden om verspreiding aan derden te voorkomen. Alle respondenten zullen anoniem blijven om zo de betrouwbaarheid en validiteit te kunnen waarborgen, er worden dus geen persoonsgegevens genoemd.

3.4 Data-analyse

Op het moment dat alle interviews afgenomen zijn, is het van belang de data te analyseren. De interviews worden als het ware uiteen gefield. Dit wordt gedaan door middel van coderen. Boeije (2012) zegt hierover het volgende: 'Coderen wordt in dit boek beschouwd als het belangrijkste hulpmiddel voor de analyse' (p. 84). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van drie verschillende manieren van codering, namelijk open codering, axiale codering en selectieve codering.

Open codering

Elk interview wordt vernoemd naar het respondent nummer bij wie het interview afgenomen is. Zo krijgt de data van deze respondenten dezelfde naam. In dit onderzoek is dat respondent een tot en met tien en worden zij ook zo aangegeven op het moment dat er citaten van de respondenten gebruikt worden. Alle uitgetypte en opgenomen data, inclusief nummer, worden in dit onderzoek onder elkaar gezet en compleet gelezen. Het doel hiervan is om de data onder te verdelen in verschillende fragmenten. Hierbij worden relevante fragmenten vergeleken en krijgen ze allemaal een label. Omdat het onderzoek over de behoeftes van professionals op het gebied van suïcidaal gedrag onder cliënten gaat, kunnen veel perspectieven weergegeven worden. In eerste instantie worden alle gegevens gelabeld en wordt er nog niet zozeer gekeken naar de relevantie voor het onderzoek. Dit komt omdat nog niet duidelijk is welke informatie toepasbaar is en welke niet (Boeije, 2012). Nu alle fragmenten gecodeerd zijn worden zij ondergebracht in een codeboom.

Er kunnen drie type codes gebruikt worden tijdens de codering van dit onderzoek, namelijk: In-vivo coderen, gericht coderen en samenvattend coderen. In-vivo codering houdt in dat codes worden toegezegd aan woorden die voorkomen in de tekst (Boeije, 2012). Hierbij dient rekening gehouden te worden dat niet elk stukje 'suïcidaal gedrag' gelabeld krijgt. Anders wordt het erg onoverzichtelijk. Er kan ook gebruik worden gemaakt van gericht coderen. De onderzoeksvragen worden naast de interviews gelegd en vanuit dit segment worden codes toegewezen. Onder samenvattend coderen wordt verstaan dat eerst alle data gelezen wordt en de codes als een samenvatting fungeren van een stukje tekst (Baarda et al., 2013). Tijdens het open coderen van deze interviews werd voornamelijk gebruik gemaakt van in-vivo codering om alvorens te starten met het axiaal coderen. Hiervoor is gekozen om het overzichtelijk te houden voor de onderzoeker. Zoals al eerder aangegeven is, bestaat de kans dat anders veel labels 'suïcidaal gedrag' genoemd worden. Gericht- en samenvattend coderen worden in dit onderzoek niet of nauwelijks gebruikt.

Axiale codering

Tijdens het axiaal coderen worden de open coderingen nogmaals tegen het licht gehouden en worden de codes heringedeeld. Er zijn een aantal stappen die doorlopen worden tijdens dit proces (Boeije, 2012). Er wordt gekeken of de codes de gegeven informatie voldoende afdekken. Op het moment dat een stukje data over uitspraken van suïcidaal gedrag gaat, dient de code ook 'uitspraken suïcidaal gedrag' te krijgen en niet alleen 'suïcidaal gedrag'. De codes worden tevens gecontroleerd op plagiaat. Zoals al eerder aangegeven is, kan niet elke code 'suïcidaal gedrag' toegekend krijgen omdat het anders onoverzichtelijk wordt. Op het moment dat synoniemen gebruikt worden voor codes zoals suïcidaal gedrag en suïcidaliteit, wordt gekeken of het mogelijk is om maar een code toe te wijzen. Tevens kan het voorkomen dat codes samengevoegd of gesplitst worden. Als laatste worden de codes in dit onderzoek onderverdeeld in hoofdcodes en subcodes. De uiteindelijke doelen van axiaal coderen zijn het reduceren van codes en het onderscheid maken tussen belangrijke en minder belangrijke codes (Boeije, 2012).

Selectief coderen

Tenslotte wordt binnen dit onderzoek selectief gecodeerd. Hierbij worden alle codes samengevoegd en geordend tot een samenhangend geheel. Er worden verbanden gelegd tussen verschillende interviews en theorie behorend bij suïcidaal gedrag uit het theoretisch kader. Door middel van deze informatie kan antwoord gegeven worden op de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek (Boeije, 2012). Deze informatie wordt verwerkt in de resultaten. De codeboom is te vinden in bijlage 3.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In het hoofdstuk resultaten worden alle semigestructureerde interviews ontleed en worden deze resultaten beschreven met betrekking tot de deelvragen. De feitelijke steekproef bestaat uit tien respondenten. Onder deze tien respondenten zijn vier medewerkers werkzaam op de dagbesteding en zes medewerkers zijn werkzaam als woonbegeleider/begeleidster op een 24-uurs woongroep. Op het moment dat citaten gebruikt worden van respondenten, worden deze aangeduid met het toegewezen respondent nummer. Respondenten 1,3,5,6,8 en 9 zijn werkzaam op de woongroepen. Respondenten 2,4,7 en 10 zijn werkzaam op de dagbesteding. De reden waarom de cijfers niet in chronologische volgorde lopen is omdat de interviews op deze volgorde zijn afgenomen.

De deelvragen die behandeld worden in dit onderzoek zijn; Hoe wordt suïcidaal gedrag bij cliënten ervaren door professionals van organisatie X? Welke verwachtingen hebben professionals van organisatie X op het gebied van communicatie en kennis over suïcidaal gedrag? Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X op het gebied van methodieken en begeleidingsmethoden wanneer cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag vertonen? Elke deelvraag wordt apart behandeld. Voor de verduidelijking van het beschrijven van de resultaten wordt gesproken over een meerderheid of minderheid om standpunten te bekrachtigen. Op het moment dat maar één respondent een bepaalde visie uit, wordt dit vernoemd. Vervolgens worden de visies gekoppeld aan het theoretisch kader van hoofdstuk twee.

Belangrijk om te weten binnen dit onderzoek is dat organisatie X pas vijf jaar bestaat. De respondenten hebben meer werkervaring bij andere organisaties opgelopen maar beantwoorden de vragen vanuit het perspectief van organisatie X en hun eigen kennis en ervaring met betrekking tot dit onderwerp.

Deelvraag 1: Hoe wordt suïcidaal gedrag bij cliënten ervaren door professionals van organisatie X?

Hieronder wordt een antwoord gegeven op de eerste deelvraag op welke manier professionals van organisatie X suïcidaal gedrag bij cliënten ervaren. Iedereen ervaart suïcidaal gedrag namelijk op een andere manier (De Klerk et al., 2010).

Uitspraken die cliënten doen met betrekking tot suïcidaal gedrag.

Een meerderheid van de respondenten die werkzaam is op de dagbesteding geeft aan, dat voor hen suïcidaal gedrag betekent dat cliënten uitspraken doen over suïcide. Respondent vier en zeven zeggen hierover het volgende:

Respondent vier:

“Maar het begint natuurlijk al in een veel vroegere stadium. Meestal is het in het verbaal uiten. Dat ze er een einde willen maken. Dat ze geen zin meer hebben in het leven of dat ze alles kwijt zijn geraakt. Of dat ze niets hebben waardoor, ja, je stappen doorloopt waardoor zo’n poging ontstaat.”

Respondent zeven:

“uhm, suïcidaal gedrag is voor mij uitspraak van iemand, iemand die aangeeft dat die liever dood wil. Dat is voor mij suïcidaal gedrag. Het uitspreken daarvan.”

Meerdere respondenten geven aan dat suïcidaal gedrag vanuit een cliënt begint bij het uitspreken van de wens om suïcide te ondernemen. Wanneer gekeken wordt naar het model van Slee (2008), zijn de omgeving-, biologische en persoonlijkheidsfactoren de oorzaak van suïcidaal gedrag onder cliënten. Echter, volgens Williams et al. (2005) ontbreekt het psychologische proces wanneer gekeken wordt naar het model van Slee (2008). Verlies van eigenwaarde en respect komen ook aan bod op het moment dat gesproken wordt over suïcidaal gedrag. Een klein deel van de respondenten geeft aan dat cliënten deze uitspraken doen, omdat ze een uitzichtloos perspectief hebben, omdat er te veel problemen zijn rond de cliënten. Dit, in combinatie met negatieve ervaring in het oplossen van deze problemen, zorgt volgens de respondenten voor de suïcidale uitspraken. Andere respondenten geven aan dat het negatieve ervaringen zijn uit het leven van de cliënt die ervoor zorgen dat cliënten suïcidale uitspraken doen. Respondent zes zegt hierover het volgende:

Respondent zes:

“cliënten hebben vaak heel veel meegemaakt. En het is vaak negatieve ervaring op negatieve ervaring. En hebben vaak wel hulp ingeschakeld maar hebben dit niet als prettig ervaren waardoor dat zij uiteindelijk niet meer weten wat ze wel of niet doen om erboven op te komen.”

Daadwerkelijke pogingen die ondernomen worden door cliënten.

Naast de uitspraken over suïcide geeft een klein deel van de respondenten aan, dat zij pogingen ook een onderdeel vinden van suïcidaal gedrag. Respondent tien zegt hierover het volgende:

Respondent tien:

“uhm, mensen die een probleem hebben en die geen uitweg meer zien en dus een poging tot zelfmoord gaan doen.”

Het overige deel van de respondenten geeft aan dat het suïcidaal gedrag een combinatie is van zowel de uitspraken, als de pogingen. Respondent zes geeft hierin aan dat deze twee componenten in haar ogen suïcidaal gedrag een betekenis geven.

Respondent zes:

“uhm, het kan twee dingen zijn wat mij betreft. Het kan een uitspraak zijn dat een cliënt zichzelf wat aan wil doen omdat die geen nut meer in het leven ziet. Maar het kan ook daadwerkelijk een actie zijn om uit het leven te willen stappen. Het zijn twee verschillende dingen maar hebben voor mij wel allebei een betekenis in suïcidaliteit.”

Bovenstaande informatie geeft aan op welke manier de respondenten suïcidaal gedrag ervaren. Zo komen de uitspraken over suïcide het meeste naar voren bij de respondenten. Een kleiner deel van de respondenten geeft aan dat daadwerkelijke pogingen ook onder suïcidaal gedrag vallen.

Manipulatief gedrag

Suïcidaal gedrag wordt door alle respondenten ervaren als manipulatief gedrag. Vroeger werd hier geen aandacht aan gegeven om zo het suïcidaal gedrag te stoppen (De Klerk et al., 2010). Echter, op sommige momenten kan suïcidaal gedrag nog een schreeuw om aandacht zijn, maar in de meeste gevallen is dit toch niet zo. Alle respondenten geven aan dat suïcidaal gedrag de functie heeft iets te bereiken bij de begeleiders. Cliënten gebruiken, in de ogen van de respondenten, suïcidaal gedrag om respondenten te beïnvloeden. Om de respondenten over te halen acties te ondernemen waar de respondenten niet achter staan. Respondent vier omschrijft hoe zij dit ervaart:

Respondent vier:

“Ook ken ik het suïcidaal gedrag van cliënten als zijnde afdwingen. Dus ze willen iets gedaan krijgen en dan dreigen ze door te doen alsof ze suïcidaal zijn. Dan willen zij zich laten opnemen want anders gaat er dit of dit gebeuren. Dus het is ook een beetje.... Chanteren en afdwingen. Hoe je het wil zien.”

Echter, alle respondenten zijn hierin van mening dat suïcidaal gedrag altijd serieus genomen moet worden. Ook al wordt het gedrag in de ogen van de respondenten gebruikt om te manipuleren. Respondenten geven aan dat ze het moeilijk vinden om hier een juiste houding in aan te nemen. Het is vaak lastig voor de respondenten om op het suïcidale gedrag te reageren op het moment dat het in hun ogen manipulatief is. Op het moment dat een cliënt suïcidaal gedrag vertoont, bevindt hij of zij zich in emotionele pijn of in een situatie waarin hij of zij geen raad mee weet (De Klerk et al., 2010).

Op zulke momenten is het van belang om in de buurt te zijn van de cliënt die suïcidaal gedrag vertoont (Van Heeringen & Kerkhof, 2008). Een minderheid van de respondenten geeft aan, dat ze het vervelend vinden dat cliënten suïcidaal gedrag gebruiken om te manipuleren. De overige respondenten geven aan dat het suïcidaal gedrag bij de doelgroep hoort waar ze mee werken. Ze weten dat ze er mee te maken krijgen en kunnen het dan ook makkelijker loslaten op het moment dat een cliënt suïcidaal gedrag heeft vertoond en de respondenten klaar zijn met het draaien van hun dienst. Een merendeel van de respondenten geeft dan ook aan geen extra werkdruk te ervaren tijdens het begeleiden van cliënten die suïcidaal zijn.

Respondent acht:

“Het hoort erbij. Ja het hoort gewoon bij deze doelgroep. Je kan heel verschillende mensen krijgen. En de ene die heeft suïcide en de anderen heeft weer anderen dingen waarin je de extra begeleiding in moet aanbieden.”

Deelvraag 2: Welke verwachtingen hebben professionals van organisatie X op het gebied van communicatie en kennis over suïcidaal gedrag?

Om de resultaten van deze deelvraag vanuit verschillende perspectieven te kunnen weergegeven, wordt onderscheid gemaakt in verwachtingen van de professional op het gebied van communicatie binnen organisatie X over cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Daarnaast wordt gekeken naar wensen die uitgesproken worden door de professionals op het gebied van kennis van het begeleiden van cliënten die suïcidaal zijn.

Betere communicatie.

Alle respondenten zijn blij met de samenstelling van de teams zoals zij nu zijn. De respondenten geven aan dat niet iedereen op een lijn zit qua werkwijze, maar dat iedereen hetzelfde doel nastreeft. Dit zorgt ervoor dat suïcidaal gedrag onder cliënten op verschillende manieren belicht wordt. Daarnaast geven respondenten aan dat de meeste professionals openstaan voor feedback. Het werken in een team, welke is samengesteld door de organisatie, wordt als prettig ervaren. Op de vraag; ‘hoe verloopt de communicatie binnen het team over het onderwerp suïcidaal gedrag?’ werd door respondent zes het volgende geantwoord;

Respondent zes:

“uhm. Ik denk dat we wat dat betreft op team wel als een lijn zitten. Op het moment dat we het niet weten dat we duidelijkheid van elkaar vragen. Van oké; waarom heb je dit gedaan? er is ruimte om elkaar daarop te kunnen aanspreken. We kunnen daarin als team ook heel veel van elkaar leren.”

Een merendeel van de respondenten geeft aan dat de communicatie onderling goed verloopt, maar de communicatie naar het managementteam verbeterd kan worden. Echter, hierin wordt aangegeven, dat de respondenten zelf ook verantwoordelijk zijn voor deze communicatie. Respondent vijf vertelt hierover het volgende:

Respondent vijf:

“nee want ik denk ook dat het onze eigen verantwoordelijkheden zal zijn. Ik denk namelijk dat ze zelf niet kunnen zien wanneer iemand daar hulp bij nodig heeft. Ik denk dat je zelf aan de rem zal moeten trekken als je het te veel wordt.”

Echter, enkele respondenten zijn van mening, dat er meer teruggekoppeld mag worden op het moment dat heftige situaties gebeuren op de werkvloer. Suïcidaal gedrag is hier een van en respondent zeven geeft aan dat ze situaties heeft meegemaakt, waarbij zij te weinig terugkoppeling van het managementteam heeft ervaren.

Respondent zeven:

“Maar het blijft een soort van onzekerheid zitten, want je krijgt nergens het idee of het goed is wat je doet. Dat merk je, en niet aan de cliënt goed genoeg. Wat je gedaan hebt of doet of zegt. Of het goed genoeg is. Maar dat merk je ook niet van hoger af. Zo van dat heb je goed gehandeld of goed aan gepakt. Ja, maar was dit wel de manier? Had ik dit niet anders aan moeten pakken? Had ik dit niet beter kunnen doen? Dus die onzekerheid blijft heel erg. En je hebt ondertussen wel te maken met deze mensen.”

Maar één respondent geeft aan dat de communicatie slecht verloopt wanneer het om het managementteam gaat. Deze respondent is van mening dat het managementteam sneller mag ingrijpen op het moment dat cliënten suïcidaal zijn.

Meer kennis.

Zoals al eerder is aangegeven bij deelvraag een wordt suïcidaal gedrag vaak gezien als een roep om aandacht. Aan de andere kant is er veel kritiek op deze visie. Uit onderzoek is gebleken dat er vaak een gebrek aan kennis en ervaring is op het moment dat cliënten suïcidaal gedrag vertonen (De Klerk et al., 2010). Een aantal respondenten geeft dan ook aan dat hij of zij te weinig kennis bezit om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden. Hierbij wordt aangegeven, dat vooral de psychische problematiek die achter het suïcidaal gedrag verschuilt, het moeilijk maakt om mensen die suïcidaal zijn te begeleiden. Op de vraag of de respondenten nog kennis of ervaringen missen op het gebied van cliënten begeleiden die suïcidaal zijn, gaf respondent tien het volgende antwoord:

Respondent tien:

“op het de problematiek van de cliënten zelf. De problematiek die hier speelt, komen we in de dagbesteding een stukje te kort en ik denk dat je altijd wel een stukje verdieping in psychiatrische ziektebeelden kunt krijgen... dat blijft altijd belangrijk.”

Naast het feit dat deze respondenten aangeven dat ze te weinig kennis hebben van suïcidaal gedrag onder cliënten, geven deze respondenten tevens aan dat ze zich vaker machteloos voelen. Dit komt vooral naar voren op het moment dat cliënten herhaaldelijk suïcidaal gedrag vertonen. Aan de andere kant geven deze respondenten ook aan dat ze altijd terug kunnen vallen op hun collega's op het moment dat ze even niet weten wat ze moeten doen.

In het theoretisch kader wordt omschreven dat cliënten vaak niet de wens hebben om dood te gaan, maar eerder te ontsnappen aan moeilijke situaties waarin de cliënten, naar eigen zeggen, zich in bevinden (Bannink & Den Haan, 2016). Merendeel van de respondenten geeft aan dit niet te weten en alle respondenten geven aan dat ze het prettig zouden vinden om een training of cursus te kunnen volgen op het gebied van suïcidaal gedrag onder cliënten. Hierin geven ze aan dat het vooral gaat om het stukje begeleiding dat naar voren moet komen tijdens een training of cursus. Respondent een vertelt hierover het volgende:

Respondent een:

“ja ik zou hier wel in de vorm van een cursus. Ja een cursus is denk ik het meest toegankelijk. Ik denk dat ik dat heel graag zou willen. En dat daar dan ook vooral praktijkvoorbeelden naar voren komen; casussen. En dat mensen die daar veel ervaringen mee hebben dat delen en zeggen hoe ze daarmee om zijn gegaan. Wat het effect is van de benadering die ze hebben ondernomen. Dat zou ik wel willen.”

Het is bij suïcidaal gedrag belangrijk dat professionals aandachtig aanwezig zijn en samen met de cliënt op zoek gaan naar een oplossing voor de problemen die ervaren worden door de cliënt (Korevaar & Droës, 2011). Op de vraag of een behandelaar in dienst genomen moet worden, wordt wisselend gereageerd. Aan de ene kant zijn de respondenten hier erg enthousiast over, omdat zij dan met hun vragen direct terug kunnen vallen op de behandelaar. Aan de andere kant vinden respondenten dat de missie en visie van organisatie X niet mogen vervagen. Zij geven hierin aan dat ze gekozen hebben om te werken in een begeleidende organisatie en dat dit ook moet blijven. Wel zijn deze respondenten van mening dat er nauw contact moet zijn tussen organisatie X en behandelende organisaties.

Respondent twee:

“ik denk dat het... dan zal je voor heel stoornissen en problematieken iemand voor in moeten zetten. Ik denk dat je dat wel een nauwcontact zit met andere instanties met behandelplannen of die over de cliënt gaan. Dat je dan ook heel veel opgelost krijgt. En dan misschien een interne cursus. Dat zou ook fijn zijn. Maar ik denk niet dat het echt iets wat persé nodig is.”

Deelvraag 3: Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X op het gebied van methodieken en begeleidingsmethoden wanneer cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag vertonen?

Om deelvraag drie te kunnen beantwoorden wordt gekeken naar de behoeftes van professionals binnen organisatie X op het gebied van begeleidingsmethode en methodieken. Hierin wordt beschreven hoe deze begeleidingsmethode en methodieken volgens de respondenten toegepast kunnen worden binnen organisatie X.

Opstellen signaleringsplan.

In het theoretisch kader komt naar voren dat het belangrijk is om een signaleringsplan te hebben bij cliënten die suïcidaal zijn. Door middel van een signaleringsplan kan vroegtijdig ingegrepen worden bij suïcidaal gedrag (Bosman & Meijel, 2009). In een signaleringsplan staat uitvoerig omschreven wat een hulpverlener kan doen in specifieke situaties bij een cliënt die suïcidaal is. Op elk moment van het begeleidingstraject waarbij een cliënt suïcidaal gedrag vertoont, zijn er mogelijkheden voor preventieve interventies (Van Hemert et al., 2012). Op de vraag of er een algeheel signaleringsplan gemaakt moet worden om het gedrag te voorkomen, wordt door de respondenten wisselend gereageerd. Aan de ene kant wordt positief gereageerd op een algemeen signaleringsplan.

Respondent zes:

“ik denk dat dat wel goed is. Hoe handel je in het algemeen? Ik denk dat daarin de basislijn wel hetzelfde is met autisme. De basislijnen hetzelfde zijn. Kijk je spitst het natuurlijk toe op een cliënt. Maar de basisdingen zijn denk ik bij iedereen hetzelfde. Dus ik denk dat het wel goed is om te kijken naar een procedure; wat te doen als of hoe om te gaan met iemand met suïcidaliteit.”

De respondenten die daartegenover staan, zijn van mening dat je beter een signaleringsplan kunt opstellen toegespitst op de cliënt. Respondent zeven zegt hierover het volgende:

Respondent zeven:

“nou dat zou ik niet kunnen zeggen want ik weet niet of het haalbaar is. Ik denk namelijk dat het heel erg individueel is. En te ver uit elkaar ligt om een algemeen plan voor te maken. Ik denk dat de hulpvraag te verschillend is om een algemeen plan te hebben. Kijk nu is het zo; het enige wat hetzelfde blijft dat sommige cliënten roepen; ik wil dood. Dus de uitspraak is bij de meeste hetzelfde. Maar de waarom wat erna komt is zo totaal anders bij iedereen. Dat ik niet weet of het haalbaar is om daar een plan van te maken hoe daar mee om te gaan.”

Des al niettemin geven alle respondenten aan dat een signaleringsplan een toegevoegde waarde kan zijn op welke manier dan ook.

Zoals hierboven omschreven is door respondent vijf, zijn er verschillende manieren mogelijk om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden.

Er voor de cliënt zijn.

Baart (2007) is grondleger van de presentiebenadering en doelt daarmee op het feit dat het belangrijk is om veel aandacht te hebben voor de cliënt. Deze methodiek is makkelijk toepasbaar in lastige situaties, zoals bij suïcidale gedragingen van cliënten (Baart, 2007). Deze methodiek is ook toepasbaar binnen organisatie X. De ene cliënt heeft meer aan een directieve aanpak, bij de andere cliënt is het belangrijk om alleen maar te luisteren naar het verhaal.

Respondent acht:

“Het is inspelen op wat ik dan op dat moment voel en wat het beste werkt. Sommige mensen werken alleen maar met directieve gesprekken. Dan moet je gewoon duidelijk benoemen wat je verwacht en wat je niet verwacht. Maar soms moet je een beetje tactisch een draai aan geven.”

Respondent acht geeft hierin aan dat het afhankelijk is op welke wijze de persoon, die suïcidaal gedrag vertoont, het gedrag uit. Op het moment dat de cliënt schreeuwt en dreigt, kan het beter zijn om directief te antwoorden dan op het moment dat een cliënt rustig aangeeft dat hij/zij geen andere uitweg in het leven meer ziet.

Uit dit onderzoek is gebleken dat de respondenten meestal op twee manieren reageren op het moment dat een cliënt suïcidaal gedrag vertoont. Dit hangt af van de manier van reageren door de cliënt. Zoals eerder is aangegeven, vertonen cliënten suïcidaal gedrag juist vanwege het feit dat ze problemen hebben of moeilijkheden waar ze moeilijk onderuit komen (De Klerk et al., 2010). Door open vragen te stellen, reflectief te luisteren, bevestigen en samen te vatten kan motiverende gespreksvoering in gang worden gezet (Rosengren, 2011). Respondent drie probeert de cliënt op een andere manier te benaderen.

Respondent drie:

“Wat ik al eerder heb genoemd is dat ik socratisch gesprekstechnieken heb toegepast, dus open vragen, geen oplossingen aandragen en inderdaad diep ingaan op het geen wat iemand zegt. Daar weer dingen uithalen en daar weer op voortborduren.”

Bij de andere respondenten komt naar voren dat zij telkens schakelen tussen de directieve begeleidingsstijl en het luisteren naar de cliënt. Respondent een vat samen welke zorgbehoeftes cliënten hebben op het moment dat zij suïcidaal gedrag vertonen. Deze worden door de andere respondent ook benoemd.

Respondent een:

“ik denk uhm de grootste behoefte is veiligheid, betrouwbaarheid en zorgzaamheid. Iemand die er echt voor die cliënt is. En dan ook daar echt voor is.”

Hierbij geeft hij aan dat het belangrijk is om present te zijn aan de cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. De andere respondenten beamen dit dan ook. Deze omgeving gebonden interventie stelt dat het ook belangrijk is, dat de professional altijd klaar moet staan voor de cliënt op het moment dat het nodig is (Van Heeringen & Kerkhof, 2008).

Respondent vijf:

“Een luisterend oor, duidelijk afspraken, eerlijkheid naar elkaar en wat je van elkaar verwacht. Ik denk dat dat wel belangrijk is. Het serieus nemen van de klachten, uitspraken. Ja gewoon het gevoel geven dat je er voor elkaar bent.”

Gedwongen opname.

Binnen organisatie X zijn er momenten geweest waarbij verschillende cliënten suïcidaal gedrag vertoonden op meerdere manieren. Aan de respondenten werd gevraagd of het in hun ogen verstandig was om deze cliënten gedwongen te laten opnemen. Hier stemden alle respondenten mee in. Echter, een gevaarlijke situatie diende mee te spelen in het proces. Op het moment dat de cliënt een gevaar voor zichzelf of voor zijn/haar omgeving is, zijn de respondenten van mening dat deze cliënten gedwongen opgenomen dienen te worden. Respondent zes vertelt hierover het volgende:

Respondent zes:

“Op het moment dat de cliënt een gevaar wordt voor zichzelf of zijn omgeving, denk ik wel dat er gekeken moet worden naar een opname. Ergens houdt het voor ons op. Want als dat betekent dat het een gevaar is voor de cliënt zelf, voor zijn medebewoners en of voor de begeleiding, vind ik wel dat daar gehandeld moet worden.”

Eén respondent is van mening dat behandeling en begeleiding twee aparte dingen zijn en niet door elkaar mogen lopen. Hierbij geeft de respondent aan dat de missie en visie van organisatie X niet uit het oog verloren mogen worden. Alle andere respondenten zijn hier neutraal in, maar geven wel aan dat, wanneer het verbetering oplevert, het best mogelijk is om een behandelaar in dienst te nemen ter ondersteuning.

Respondent zes.

“Ik denk dat het altijd handig is als zulke dingen uit worden gelegd. Maar ik denk dat je behandeling en begeleiding wel heel strikt moet scheiden. Want anders ga je op het werkveld van een ander begeven. En ik denk dat de organisatie er ook heel bewust voor heeft gekozen om een begeleidingssetting te zijn en geen behandelsetting te zijn en daarin hebben wij korte samenwerking in. Of korte lijnen met samenwerkende partners. Die wat wel behandelen en die hebben dan op het stukje behandelen hun kennis. En wij hebben het stukje begeleiding.”

Medicatie.

Uit onderzoek is gebleken dat verschillende medicatie, waaronder clozapine, een preventief effect heeft op suïcidaal gedrag (Meltzer, 2010). Op het moment dat er gevraagd wordt of er medicatie toegediend te worden bij cliënten die suïcidaal zijn, wordt weer verschillend gereageerd. Ook hierbij geldt weer het feit dat het afhankelijk is van de casus.

Respondent zes:

“Nee. Wel afhankelijk van de casus natuurlijk. Bij de een kan het helpen om wat meer rust te krijgen in het hoofd en dan dus ook daar daardoor de onrust minder wordt en dus de gedachten minder worden. Bij de ander kan het ook zijn dat het puur alleen gericht is op gedrag. En dan kan ik iemand volstoppen met medicatie maar ik denk dat het dan juist belangrijk is om te kijken hoe kun je het gedrag omzetten naar positief gedrag.”

Hoofdstuk 5: Conclusies en aanbevelingen

In het vorige hoofdstuk zijn alle resultaten beschreven aan de hand van de afgenomen interviews. In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 5.1 antwoord gegeven op de drie deelvragen die in de resultaten omschreven staan. Hieruit voortvloeiend ontstaat een antwoord op de hoofdvraag. In paragraaf 5.2 worden aanbevelingen gedaan die voortkomen uit de antwoorden van de hoofd-, en deelvragen.

5.1 Conclusies

In deze paragraaf worden allereerst de deelvragen beantwoord door middel van de beschreven resultaten uit hoofdstuk vier. Door de gegeven antwoorden op de deelvragen, wordt een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag.

Deelvraag 1: Hoe wordt suïcidaal gedrag bij cliënten ervaren door professionals van organisatie X?

Zoals beschreven in hoofdstuk vier van dit onderzoek, wordt suïcidaal gedrag op verschillende manieren ervaren door de professionals van organisatie X. Uitspraken over suïcidepogingen en gedachtes komen, volgens de respondenten, het meeste naar voren bij het begeleiden van cliënten die suïcidaal zijn. De oorzaken van de suïcidale uitspraken en gedachtes zijn weer verschillend. Bij iedere cliënt is het probleem namelijk anders en bij dit onderwerp is het niet mogelijk om één reden aan te wijzen waarom cliënten suïcidaal gedrag vertonen (Kerkhof & Luyn, 2010).

Een kleiner deel van de respondenten geeft aan dat het ook de pogingen zijn die zij ervaren als suïcidaal gedrag binnen organisatie X. Het overige deel van de respondenten geeft aan dat het een combinatie is van uitspraken en pogingen die zij ervaren als suïcidaal gedrag.

Alle respondenten geven tijdens de interviews aan dat zij suïcidale uitspraken zien als manipulatief gedrag. Voorheen werd er geen aandacht aan besteed om het suïcidale gedrag te laten stoppen (De Klerk et al., 2010). Echter, binnen organisatie X vinden wel alle respondenten dat suïcidaal gedrag serieus genomen moet worden. Door middel van reflecteren en spiegelen proberen de respondenten de cliënten in te laten zien welk gedrag zij vertonen. Op het moment dat cliënten het gedrag blijven vertonen, wordt door alle respondenten hulp gezocht bij collega's of leidinggevende.

Als laatste geven alle respondenten aan dat ze geen extra werkdruk ervaren bij cliënten die suïcidaal zijn. De respondenten geven aan dat het bij het werken bij deze doelgroep hoort en dat ze het tegen kunnen komen in het werkveld.

Deelvraag 2: Welke verwachtingen hebben professionals van organisatie X op het gebied van communicatie en kennis over suïcidaal gedrag?

De respondenten zijn over het algemeen tevreden over de communicatie van en naar de organisatie met betrekking op suïcidaal gedrag onder cliënten. Echter, enkele respondenten vinden dat er meer terugkoppeling mag zijn vanuit het management, op het moment dat suïcidaal gedrag vertoond wordt door een of meerdere cliënten. Hierbij zoeken deze respondenten bevestiging of tips in hun werkwijze bij het managementteam. Een slechte samenwerking tussen professionals en cliënten kan namelijk zorgen voor een toename van suïcidaal gedrag (Bannink & Den Haan, 2016).

Naast de verwachtingen van professionals binnen organisatie X op het gebied van communicatie,

geven zij ook aan wat hun verwachtingen zijn op het gebied van kennis over suïcidaal gedrag onder cliënten. Een aantal respondenten geeft dan ook aan dat zij te weinig kennis hebben op het gebied van het begeleiden van suïcidaal gedrag bij cliënten. Uit voorgaand onderzoek van De Klerk, Van Emmerik en Giezen (2010) kan worden bevestigd dat professionals vaak te weinig ervaring of kennis hebben om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden. De psychische problematiek die het suïcidaal gedrag veroorzaakt is volgens de respondenten het moeilijkste gedeelte in de begeleiding.

Door, te weinig kennis en ervaring die de respondenten ervaren, voelen zij zich vaak machteloos in situaties waarin cliënten suïcidaal gedrag vertonen. Zowel de professional als directe familie weten vaak geen raad met cliënten die suïcidaal zijn (Van der Kooij & Jonge, 2014). Daartegenover geven de respondenten aan dat ze altijd terug kunnen vallen op collega's.

Het merendeel van de respondenten geeft aan gebaat te zijn bij het volgen van een training of cursus over suïcidaal gedrag. En dan zoeken de respondenten vooral naar informatie over de begeleidingswijze en de oorzaken van suïcidaal gedrag bij verschillende stoornissen.

Bij de vraag of een behandelaar in dienst genomen moet worden ter ondersteuning van de begeleiding van cliënten wordt verschillend gereageerd. Hierbij geven de meeste respondenten aan dat zij vooral korte lijnen willen houden met behandelende organisaties op het moment dat ze informatie nodig denken te hebben.

Deelvraag 3: Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X op het gebied van methodieken en begeleidingsmethoden wanneer cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag vertonen?

Alle respondenten zijn van mening dat het belangrijk is om een toegespitst signaleringsplan te hebben op het gebied van suïcidaal gedrag. Een klein deel van de respondenten geeft aan dat het handig zou zijn een algemeen signaleringsplan te hebben ter ondersteuning van begeleiding bij suïcidaal gedrag. Deze behoefte komt voort uit het feit dat iedere cliënt anders is, waardoor het maken van een algemeen plan lastig is. Wel is het door signaleringsplannen mogelijk specifieke situaties te voorspellen waarin cliënten suïcidaal gedrag kunnen gaan vertonen (Kerkhof & Luyn, 2010).

In het hoofdstuk resultaten komt naar voren dat respondenten twee verschillende begeleidingswijze toepassen op het moment dat cliënten suïcidaal gedrag vertonen. Respondenten geven namelijk aan dat zij kiezen tussen een directieve begeleidingswijze op het moment dat de cliënt schreeuwt en dreigt. Aan de andere kant kiezen respondenten ervoor om te luisteren naar het verhaal van de cliënt om zo te ventileren.

Als gekeken wordt naar externe mogelijkheden voor de cliënten die suïcidaal zijn, worden vooral gedwongen opname en medicatie aangeduid. Echter, deze hulpmiddelen dienen volgens de meeste respondenten pas ingezet te worden op het moment dat organisatie X van mening is, dat het gevaar voor de cliënt of voor de professionals te groot wordt. Dit hangt helemaal van de situatie af, maar op het moment dat er geweld gebruikt wordt vanuit de cliënt, wordt gekozen voor de externe mogelijkheden.

Hoofdvraag: Wat zijn de behoeftes van professionals binnen organisatie X om suïcidaal gedrag van cliënten binnen organisatie X te begeleiden?

Om een goed antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek is het van belang om te weten op welke manier professionals van organisatie X suïcidaal gedrag onder cliënten ervaren. Iedereen is namelijk anders en men kan zich angstig voelen of geen raad weten op het moment dat cliënten suïcidaal gedrag vertonen (De Klerk et al., 2010). De behoeftes van professionals kunnen daarom anders zijn wanneer het gaat om begeleidingsmogelijkheden. Vervolgens kan gekeken worden welke behoeftes vaker terugkeren in de resultaten en kunnen deze gebruikt worden tijdens het opstellen van de aanbevelingen. Respondenten van organisatie X ervaren suïcidaal gedrag onder cliënten op drie verschillende manieren, namelijk; uitspraken over suicide, suïcidepogingen en een combinatie van beide. Suïcidaal gedrag wordt vaak gezien als gedrag om te manipuleren (Kerkhof & Luyn, 2010). Respondenten beamen dit ook maar geven wel aan dat dit gedrag serieus genomen dient te worden.

Communicatie verbeteren:

De respondenten geven aan dat ze over het algemeen wel tevreden zijn over de communicatie van en naar de organisatie met betrekking tot suïcidaal gedrag onder cliënten. Echter, dient er volgens de respondenten een goede terugkoppeling te zijn vanuit het managementteam op het moment dat een cliënt suïcidaal gedrag vertoont. Er vindt volgens sommige respondenten geen goede terugkoppeling plaats. Op het moment dat er een slechte samenwerking is tussen professionals onderling en cliënten, kan de kans op suïcidaal gedrag juist toenemen (Bannink & Den Haan, 2016). Een aantal respondenten gaf aan dit prettig te vinden op het moment dat ze niet weten hoe ze om moeten gaan met cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Aan de andere kant is het ook zo dat deze respondenten zelf aan de bel moeten kunnen trekken op het moment dat ze denken hulp nodig te hebben.

Meer kennis:

Naast de behoeftes op het gebied van communicatie met betrekking tot suïcidaal gedrag onder cliënten van organisatie X, geeft het merendeel van de respondenten aan dat zij te weinig kennis en ervaring hebben op het gebied van begeleiding van cliënten die suïcidaal gedrag vertonen. Er is geen eenduidige richtlijn die aangeeft hoe om te gaan met cliënten die suïcidaal gedrag vertonen (De Klerk et al., 2010). Hier ligt dan ook een grote behoefte van de respondenten om meer kennis te ontvangen van organisatie X over suïcidaal gedrag. En dan vooral kennis over de psychische problematiek die suïcidaal gedrag volgens de respondenten veroorzaakt en hoe zij deze cliënten kunnen begeleiden.

Signaleringsplan opstellen:

Tevens geven de respondenten aan dat ze behoefte hebben aan een toegespitst signaleringsplan op het moment dat cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag vertonen. Een toegespitst signaleringsplan kan ervoor zorgen specifieke situaties te voorspellen waarin cliënten van organisatie X suïcidaal gedrag kunnen gaan vertonen (Kerkhof & Luyn, 2010).

Respondenten geven zelf aan dat cliënten die suïcidaal zijn ergens op terug moeten kunnen vallen wanneer dit nodig is. Zelf schommelen respondenten vaak tussen een directieve begeleidingsstijl en veel luisteren. Er is dus een behoefte aan coaching in de manier van omgang bij cliënten die suïcidaal gedrag vertonen op het moment dat de respondenten niet weten hoe te handelen.

Medicatie en gedwongen opname:

Als laatste geven respondenten aan dat er behoefte is aan het inzetten van medicatie of gedwongen opname op het moment dat de cliënt een gevaar voor zichzelf/haarzelf of de omgeving wordt. Hierbij wordt aangegeven dat het vooral geldt voor geweldsincidenten bij cliënten naar zich/haarzelf en de omgeving.

5.2 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten die in het onderzoek omschreven staan, worden aanbevelingen gedaan die implementeerbaar zijn binnen organisatie X gericht op suïcidaal gedrag onder cliënten.

Verbetering in de communicatie:

Een klein deel van de respondenten gaf aan dat de communicatie over suïcidaal gedrag verbeterd dient te worden. Een aanbeveling hierin is, dat één persoon binnen elke team van deze begeleidende organisatie aangewezen wordt die fungeert als contactpersoon en veel ervaring heeft met suïcidaal gedrag van de cliënten. Hierdoor is deze persoon een aanspreekpunt voor collega's binnen het team op het moment dat ze met handelingsverlegenheid te maken krijgen op het gebied van suïcidaal gedrag. Deze contactpersoon fungeert als ondersteuner van professionals na een suïcidepoging of suïcidaal gedrag van een cliënt en bespreekt de situatie met de professional.

Door de aanstelling van de contactpersoon liggen er korte lijnen met betrekking tot de communicatie en de continuïteit van een achterwacht. Tevens zorgt de contactpersoon voor de overdracht en afstemming met het managementteam. Hierdoor zal het onderwerp actueel op de agenda blijven en is het managementteam beter op de hoogte van wat zich op de werkvloer afspeelt.

Bij de implementatie van deze nieuwe taak als contactpersoon per team vindt er ook een afstemming plaats tussen de contactpersonen van de andere teams, waardoor praktijkervaringen beter afgestemd kunnen worden en zodoende naast kennisopbouw ook direct van elkaar geleerd kan worden in de praktijk. De aanbeveling is ook om de contactpersonen in elkaars team te laten waarnemen. De contactpersoon kan zodoende de verantwoordelijkheden overnemen op het moment dat het nodig is en hierdoor is er altijd iemand te bereiken.

Meer kennis:

De tweede aanbeveling is structurele opbouw van kennis als onderdeel van het scholingsprogramma van organisatie X en thematisch aanbod van cursussen. Deze is in dit geval gericht op het omgaan met heftige gedragsproblematiek zoals omgang met suïcidaal gedrag.

In de probleemanalyse komt naar voren dat professionals geen eenduidig antwoord hebben op suïcidaal gedrag van cliënten (De Klerk et al., 2010). Dit heeft als resultaat dat professionals vaak niet weten hoe zij om dienen te gaan met het suïcidale gedrag van de cliënten (Van der Kooij & Jonge, 2014). Uit de resultaten komt naar voren dat respondenten aangeven inderdaad vaak te weinig kennis te hebben over cliënten die suïcidaal gedrag vertonen.

Alle respondenten geven dan ook aan graag een cursus te willen volgen op het gebied van suïcidaal gedrag. In deze cursus is het belangrijk dat de volgende punten naar voren komen; ontstaan van suïcidaal gedrag, preventie van suïcidaal gedrag en omgang met suïcidaal gedrag. De volgende methodieken zijn suggesties die in cursusvorm aangeboden kunnen worden en kunnen helpen bij het begeleiden van cliënten die suïcidaal gedrag vertonen;

- Presentiebenadering.
- Omgeving gebonden interventie
- Motiverende gespreksvoering
- Visieontwikkeling voor professionals bij zwaardere zorgvragen

Het cursusaanbod zal periodiek aangeboden moeten worden ook vanwege de wisseling in teams. Het principe; train de trainer, is hierop ook van toepassing. Organisatie X werkt nauw samen met een behandelende organisatie bij het begeleiden van cliënten. Deze behandelende organisatie heeft vaker cursussen verzorgd over verschillende onderwerpen binnen de zorg. Het is de aanbeveling om een cursus met name voor en door mensen uit de praktijk te organiseren waardoor het grijze gebied tussen begeleiden en behandelen bespreekbaar gemaakt kan worden met voorbeelden uit de praktijk.

Cognitieve gedragstherapie:

De derde aanbeveling binnen dit onderzoek is het geven van cognitieve gedragstherapie binnen organisatie X. Cognitieve gedragstherapie heeft het doel om negatieve gedachten, die suïcidale cliënten vaak hebben, om te zetten in positieve gedachten (Molenaar et al., 2009). De contactpersonen uit aanbeveling één dienen geschoold te worden om deze therapie te geven aan cliënten die het nodig hebben. Dit kunnen dus ook andere cliënten zijn die geen suïcidaal gedrag vertonen maar wel negatieve gedachten ervaren. Door professionals binnen organisatie X te scholen om cognitieve gedragstherapie te geven, blijven de zorglijnen kort. Cliënten hoeven deze therapie niet buiten de deur te volgen en intern is deze hulp makkelijker en sneller in te schakelen dan extern.

Signaleringsplan opstellen:

De vierde aanbeveling is dat organisatie X gaat werken met aangepaste signaleringsplannen. Op het moment dat er signalen zijn dat cliënten suïcidaal gedrag vertonen, kan met dit plan gericht begeleid of behandeld worden (Bosman & Meijel, 2009). Het doel van een signaleringsplan is dan ook kenmerken weer te geven van cliënten op het moment dat zij suïcidaal gedrag gaan vertonen. Op het moment dat deze kenmerken zichtbaar zijn bij de professionals kan er ten alle tijden preventieve maatregelen worden genomen (Van Hemert et al., 2012). Het plan kan voor zowel de professional als de cliënt ondersteunend zijn. De professional kan de cliënt leren om te gaan met de suïcidale crisis op het moment dat de kenmerken herkend worden door zowel de professional als de cliënt (Van Hemert et al., 2012).

Vervolgonderzoek

De laatste aanbeveling betreft een vervolgonderzoek, aansluitend op dit onderzoek. In dit onderzoek zou onderzocht kunnen worden wat de verwachtingen van cliënten binnen organisatie X zijn van de professionals en hun begeleiding. Op dit moment is er onderzocht wat de professionals nodig hebben om cliënten te begeleiden die suïcidaal zijn. Het vervolgonderzoek wordt vanuit het perspectief van de cliënten uitgevoerd. Zo worden de behoeftes van cliënten die suïcidaal gedrag vertonen duidelijker en kan de zorg daarop aangepast worden.

Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de bruikbaarheid van het onderzoek. In de discussie komt naar voren of het onderzoek een toegevoegde waarde kan zijn voor organisatie X. Verschillende onderwerpen worden tegen het licht gehouden en er wordt een kritische reflectie gegeven op de uitkomsten van het onderzoek. Tevens worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek omschreven.

6.1 Betekenis en bruikbaarheid

Wat betekenen de resultaten

In de probleemanalyse komt naar voren, dat door bezuinigingen en decentralisatie in de zorg, cliënten verhuizen van behandelende organisaties naar begeleidende organisaties. Er vindt als het ware een verschuiving van cliënten plaats (Coolen, 2016). Professionals die werkzaam zijn binnen organisatie X krijgen dan ook te maken met een nieuwe groep cliënten waar zij minder kennis en ervaring mee hebben. Zoals omschreven staat in de probleemstelling, geven professionals van organisatie X aan, dat ze vooral kennis en ervaring te kort komen op het gebied van suïcidaal gedrag onder cliënten. Organisatie X verifieert dit probleem dan ook (A. Teelen, persoonlijke communicatie, 8 februari 2017). Dit komt dan ook duidelijk terug in de resultaten van het onderzoek. Vandaar dat gekozen is onderzoek te doen naar behoeftes van professionals binnen organisatie X op het moment dat zij cliënten begeleiden die suïcidaal gedrag vertonen.

Bruikbaarheid van het onderzoek

Dit onderzoek heeft een toegevoegde waarde voor organisatie X en de professionals die hier werkzaam zijn. Het managementteam gaf namelijk aan dat een taboe doorbroken is en respondenten vrij hebben kunnen spreken over het onderwerp en hoe zij het graag anders zouden willen zien. Er worden aanbevelingen gedaan die organisatie X kan gebruiken om tegemoet te komen in de behoeftes van professionals die hier werkzaam zijn.

In de probleemanalyse staat, en uit voorgaand onderzoek komt naar voren, dat professionals geen eenduidig antwoord hebben op cliënten die suïcidaal gedrag vertonen (Klerk et al., 2010). Middels dit onderzoek hebben professionals van organisatie X dit kunnen beamen. Hierdoor is het mogelijk dat organisatie X gebruik gaat maken van de aanbevelingen die beschreven zijn binnen dit onderzoek. De aanbevelingen zijn praktisch en sluiten aan bij de vraag van de professionals. Echter, het kan voorkomen dat de organisatie er niet voor kiest om bepaalde aanbevelingen uit te voeren. Dit kan te maken hebben met de kosten die de aanbevelingen met zich mee brengen. Niet alleen de kosten kunnen een oorzaak zijn om niet voor aanbevelingen te kiezen. Ook vertegenwoordigen de respondenten twee groepen professionals. Namelijk die van de dagbesteding en van de woongroepen. Het is bijvoorbeeld organisatorisch een hele opgave om iedereen een cursus aan te bieden, omdat de werkwijze op de verschillende afdelingen anders is.

Het doel van het onderzoek

Op het moment dat gekeken wordt naar de externe validiteit van het onderzoek, kan ook gesproken worden over de generaliseerbaarheid (Boeije, 2012). Het onderzoek is te generaliseren binnen organisatie X omdat de respondenten op verschillende plaatsen binnen organisatie X werkzaam zijn en de doelgroep over de hele organisatie vrijwel hetzelfde is. Echter, het is niet mogelijk de resultaten te generaliseren op andere begeleidende organisaties, omdat zij misschien een andere werkwijze hebben of een andere doelgroep. Het doel van het onderzoek ligt dan ook bij het vinden van de behoeftes van professionals die werkzaam zijn binnen organisatie X om cliënten te begeleiden die suïcidaal zijn. Dit doel is dan ook behaald. Respondenten hebben namelijk vrij hun mening kunnen geven over het betreffende onderwerp. Aanbevelingen voor andere begeleidende organisaties zijn niet van toepassing omdat daar de professionals misschien andere behoeftes hebben of een andere doelgroep.

Methodologische keuzes

Om een goed beeld te kunnen krijgen van de behoeftes van professionals binnen organisatie X op het moment dat zij cliënten begeleiden die suïcidaal gedrag vertonen, is er gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Voor het onderzoek werden tien professionals geïnterviewd die de populatie van organisatie X representeren. Zes van hen zijn werkzaam binnen de woonbegeleiding, vier van hen zijn werkzaam op de dagbesteding. Achteraf gezien was het verstandiger geweest om, of te kiezen voor allemaal professionals die werkzaam zijn op de woongroepen, of dagbesteding. Dan kon het onderzoek meer toegespitst worden op een bepaalde doelgroep binnen organisatie X waardoor het ook makkelijker zou zijn om de aanbevelingen toe te passen. Aanbevelingen over de gehele organisatie is ook mogelijk, maar duurt veel langer omdat het lastiger organiseren is.

Door middel van half-gestructureerde interviews was het mogelijk om duidelijk inzicht te krijgen in de ervaringen van de professionals op het gebied van suïcidaal gedrag en waar de behoeftes nog lagen om cliënten die suïcidaal zijn te begeleiden. Door middel van half-gestructureerde interviews was het namelijk mogelijk om door te vragen naar de gedachten en gevoelens van de respondenten over het betreffende onderwerp. De onderzoeker had al een band met de respondenten voorafgaand aan de interviews. De kans op sociaal wenselijke antwoorden kon hierdoor worden gereduceerd, omdat de respondenten de onderzoeker al kenden en vrij konden spreken over het betreffende onderwerp.

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

In deze paragraaf wordt gekeken naar de sterke en zwakke punten van het onderzoek. Tevens wordt rekening gehouden met de interne validiteit van het onderzoek. Deze houdt in dat geen systematische fouten in het onderzoek naar voren mogen komen om de validiteit van het onderzoek te kunnen waarborgen (Boeij, 2012). Echter, het is niet mogelijk om een foutloos onderzoek te schrijven. Vandaar dat de sterke en zwakke kanten van het onderzoek in deze paragraaf naar voren komen.

Sterke punten van onderzoek

Zoals omschreven staat in hoofdstuk drie, representeren de respondenten voor de populatie professionals binnen organisatie X. Ondanks het feit dat deze respondenten op verschillende locaties werkzaam zijn, begeleiden zij alle cliënten die suïcidaal zijn en is de doelgroep over de hele organisatie nagenoeg hetzelfde. Daarnaast was het probleem bij de organisatie bekend en werd dit door alle respondenten geverifieerd. Middels de interviews werd informatie vrijgegeven waardoor aanbevelingen geschreven konden worden. Deze interviews zijn afgenomen door één persoon, wat de betrouwbaarheid vergroot. De resultaten van de interviews worden op deze wijze niet op verschillende manieren geïnterpreteerd (Boeije, 2012). De interviews zijn uitgewerkt tot een transcript. Hierdoor kon de onderzoeker alle informatie letterlijk terugzoeken en werd de kans op onwaarheden verkleind. Er is ook een presentatie gehouden in de praktijk. Door middel van deze presentatie over het onderzoek en terugkoppeling hiervan konden aanpassingen gedaan worden aan het onderzoek om de waarheid en validiteit van het onderzoek te waarborgen. Tevens zijn alle respondenten minimaal één jaar in dienst en hebben meerdere keren te maken gehad met suïcidaal gedrag.

Het onderzoek is begeleid door een sleutelpersoon welke lid is van het managementteam van organisatie X. De onderzoeker was zelf ook werkzaam binnen organisatie X waardoor het contact met de respondenten goed verliep. Hierdoor was de kans op sociaal gewenste antwoorden een stuk minder, omdat ook sprake was van een vertrouwensband. Het onderzoek is meerdere malen gelezen door derden waardoor de onderzoeker de kans kreeg om foutieve informatie weg te halen of te veranderen.

De resultaten die naar voren kwamen tijdens het schrijven van het onderzoek gaven aan dat alle respondenten het prettig vonden om kennis te ontvangen over het begeleiden van suïcidaal gedrag. Zonder dit onderzoek zou de kans kleiner zijn dat dit complex onderwerp bespreekbaar zou worden gemaakt binnen organisatie X.

Zwakke punten aan het onderzoek

Het onderzoek is geschreven vanuit het oogpunt van de onderzoeker. Iedereen heeft een mening over suïcidaal gedrag en kan dit op een andere manier ervaren (De Klerk et al., 2010; Kerkhof & Luyn, 2010). Vanuit het perspectief van de onderzoeker is dan ook het onderzoek geschreven. Dit kan ervoor zorgen dat het onderzoek gedeeltelijk subjectief is.

Achteraf gezien was het verstandiger geweest om allemaal dezelfde respondenten te interviewen voor het onderzoek. Hierdoor is het namelijk mogelijk om specifiekere aanbevelingen te doen. Tevens kan er geen valide beeld worden gegeven van het onderzoek omdat er in totaal te weinig respondenten geïnterviewd zijn. Echter was dit ook niet mogelijk in het gegeven tijdsbestek.

De aanbevelingen die gedaan worden kosten tijd en sommige ook geld. De vraag is dan ook of organisatie X iemand wil inhuren om de cursus te geven of iemand wil aannemen die mee kan werken in de organisatie. Tevens kost het geven van cursussen en het opstellen van persoonlijke signaleringsplannen veel tijd en organisatorisch vermogen. Het is dan ook aan organisatie X of zij tijd en geld willen investeren in de aanbevelingen. Daarnaast ontstaat er een nieuwe laag in de organisatie door de contactpersonen uit aanbeveling een. Organisatie X wil dit juist voorkomen om zo de lijnen kort te houden.

Suïcidaal gedrag is een gevoelig en complex onderwerp waarin de respondenten allemaal een eigen mening hebben. Ondanks het gebruik van de topiclijst en sommige gerichte vragen, kwamen soms verschillende antwoorden naar voren. Echter hadden ze allemaal te maken met suïcidaal gedrag.

Literatuurlijst

- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., Peij, S. (2010). Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo. *Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het Hoger Beroepsonderwijs in Nederland*. Den Haag: hbo-raad vereniging van hogescholen.
- Aronson, E., Wilson, T., Akert, R. (2011). *Sociale psychologie*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der & Goede, de M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. J. (2007). *Een theorie van de presentatie*. Utrecht: Lemma.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L. (2010). Psychofarmacology for suicide prevention. In M. Pompili, & R. Tartarelli (red.), *Evidence-based practice in suicidology*. (pp. 233-253). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Bannink, F., Haan, R. den. (2016). *Beterweters. Van lastige naar optimale interacties in de (g)gz*. Amsterdam: Boom.
- Bosman, M., Meijel, B. van. (2009). *Beleiding van patiënten die zelf verwonden: Een verpleegkundig interventiepakket*. Utrecht: Landelijke Stichting Zelfbeschadiging.
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy fort he prevention of suicide attempts: a randomized controlled trail. *JAMA* (5), 294 American Medical Association.
- Care+ (2016). Over Care+: Missie en visie. Geraadpleegd op 16 februari 2017 op <http://www.care plus.nl/?mid=Mw==&smid=MjM=>.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2017) *doodsoorzaken; zelf doding (inwoners), diverse kenmerken*. Geraadpleegd op 1 augustus 2017 op <http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?Vw=t&dm=slnl&pa=7022gza>
- Coolen, J. (2016). Hervorming van langdurige zorg in Nederland: een tussenstand. *Geron*, (18), 6-11. doi:10.1007/s40718-016-0082-2.
- Da Roit, B. (2010). *Strategies of Care. Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Deelstra, W.F (2008). *Huishoudelijke verzorging en de Wmo*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Doorn, L. van., Etten. Y. & Gademan, M. van. (2013). *Outreaching werken: Basisboek voor werkers in de eerste lijn*. Bussum: Coutinho
- Emmerik, A. van, Berretty. E. (2007). *Leven met een trauma*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum Springer.
- F-actnederland (2014). Ract resource assertive treatment. Geraadpleegd op 23 februari 2017 op <http://www.f-actnederland.nl/ract-resource-assertive-treatment/>.
- GGZ-Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap; visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amsterdam: Taalcentrum-VU.
- Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: Gedachten en pogingen resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Heeringen, C. van & Jannes, C., (1991). The management of non-compliance with out-patient aftercare of suicide attempters. In S. Plat & M. Bellini (Eds.), *Suicide behaviour in Europe: recent research findings*. Rome: J. Libbey.
- Heeringen, K. van & Kerkhof, A., (2008). *Handboek depressieve stoornissen. Depressie en suicidaliteit*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Hemert, van, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, de, J., Verwey, B., Boven, van, C., Hummelen, J.W., Groot, de, M.H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Staandam, M., Stringer, B., & Verlinde, A.A., (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*. Utrecht: Tijdstroom.
- Jagt, N. (2006). What's in a name? Behandelen of begeleiden. *Maatwerk*, 7, 105-107 DOI 10.1007/BF03070670.
- Kerkhof, A.J.F.M., Luyn, J.B., (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum Springer.
- Klerk. S. de, Emmerik. A. van, Giezen. A. de, (2010) *Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum Springer.
- Koekkoek, B. (2011). De moeilijke patiënt bestaat niet. *Psychopraktijk*, 3, (2), 8-11. Geraadpleegd op 15 februari 2017 https://www.han.nl/onderzoek/mensen/bauke_koekkoek/_attachments/psychopraktijk_bauke_koekkoek_aan_het_woord_04-11.pdf
- Kooij, J. Van der & Jonge, W. de (2014). 60 brieven van nabestaanden over leven met zelfdoding. *Maatwerk*, (15), 10-11. doi:10.1007/s12459-014-0071-2
- Korevaar, L., Dröes, J. (2011). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Kwakman, K. (2011) Leren van professionals tijdens de beroepsuitoefening. In A. Kessels & R. Poell (red.) *Handboek human resource* (pp 297-313). DOI 10.1007/978-90-313-8565-2_17

- Meltzer, H.Y. (2010). Evidence-based treatment for reducing suicide risk in schizophrenia. In M.Pompili, & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 301-311). Gottingen: Hogrefe and Huber.
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: SWP.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2011). *Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Ouderkerk aan de IJssel: Ekklesia.
- Molenaar, P.J., Don, f., Bout, van den., J., Sterk, F., Dekker, J. (2009). *Cognitieve gedragstherapie bij depressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum Springer.
- Movisie (2016). Wijzigingen AWBZ en Wmo: een overzicht. Geraadpleegd op 8 februari 2017 via: <https://www.movisie.nl/artikel/wijzigingen-awbz-wmo-overzicht>
- Nevid, S., Rathus, A., Greene, B. (2012). *Psychiatrie: Een inleiding*. Amsterdam: Pearson.
- Oenen, F.J., Bernardt C. & Post, L. (2007). *Praktijkboek crisisinterventie: de kunst van het interveniëren in moeilijke behandelsituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Rijksoverheid (z.j.) *Verpleeghuizen en zorginstellingen*. Geraadpleegd op 17 februari 2017 via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/inhoud>
- Rijksoverheid (2014). *Wat houdt goede communicatie in?* Geraadpleegd op 19 juli 2017 via: <https://www.dwangindezorg.nl/vraag-en-antwoord/communicatie/prof-goede-communicatie>
- Rosengren, B. (2011). *Motiverende gespreksvaardigheden; werkboek voor behandelaars*. Gorinchem: Anderson Productions.
- Slee, N. (2008). *Cognitive-behavioural therapy for deliberate self-harm; dissertation*. Leiden University.
- Stam, C. (2004). *Productiviteit van de kenniswerker. Wegwijzer in kennismanagement*. Noordwijk: de Baak.
- Stringer, B., Meijel, B. van, Koekkoek, B., Kerkhof, A. J. F. M., Eikelenboom, M., Verhaak, P. F. M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2013). Ervaren zorgbehoeften en zorgconsumptie bij angstige en depressieve patiënten met en zonder suïcidale ideatie, 34 (3), 192-199.
- Thesauruszorgenwelzijn. (2016). *Voorbeelden van termen rond de mantelzorg*. Geraadpleegd op 16 februari 2017 <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/>
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2014). Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, (33) 891, nr. 3.

- Veld, A. Op het, Wachtmeester, J. (2012). *Decentralisatie betekent transitie & transformatie*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Doorn, C. van & Rosendal, H. (2015). *Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Visscher, Y., Bunhof, A. (2013). *Mens en Recht*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Wilde, de (2009). *Psychiatrische stoornissen: Kinderen en adolescenten; problemen en risicosituaties. Suïcidaal gedrag*. Bohn Stafleu van Loghum Springer Houten.
- Williams, J.M.G., et al. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press. In Trimbos instituut, (2012). *Suïcidaal gedrag: visie op suïcidaal gedrag*. Utrecht: Trimbos instituut. Geraadpleegd op 22 februari 2017 via: http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1701&richtlijn_id
-
- 119
- Winkelaar, P. (2001) *Methodische werken: inleiding tot methodisch handelen met en voor mensen*. Utrecht: De Tijdstroom
- Zimbardo, G., Johnson, L., McCann, V., (2011). *Psychologie de essentie*. Amsterdam: Pearson

Bijlagen

Bijlage 1: Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Om ervoor te zorgen dat het interview in alle vertrouwen wordt afgenomen en er op een professionele manier omgegaan wordt met de gegevens, is dit toestemmingsformulier opgesteld. Hierin staat kort samengevat wat er met de interviews gebeurt en hoe deze verwerkt worden.

Door het ondertekenen van dit toestemmingsformulier ga ik als professional akkoord met de volgende afspraken:

- Het interview wordt opgenomen voor onderzoeksdoeleinde.
- De gegevens worden anoniem geformuleerd en geanalyseerd.
- De gegevens worden vertrouwelijk behandeld. (Er worden geen namen van zowel cliënten als professionals gebruikt)
- Er is op elk moment mogelijkheid tot inzage.
- Alle gegevens worden vernietigd op het moment dat het onderzoek is afgerond.

Hierbij geef ik als professional toestemming deel te nemen aan het interview:

Handtekening deelnemer:

Handtekening student:

Plaats:

Datum:

Bijlage 2: Topiclijst

Persoonsgegevens

- Leeftijd
- Geslacht
- Aantal jaren in dienst
- Incidenten met suïcidaal gedrag

Ontwikkelingen in de zorg

- Wat merk je als begeleider van de decentralisatie in de zorg?
- Wat zijn, volgens jou de voor- en nadelen van de decentralisatie?
- Hoe kijk je aan tegen cliënten die suïcidaal zijn en dienen te participeren in de maatschappij?
- Wat vind je als professional dat er steeds meer cliënten doorschuiven van behandelende zorg naar begeleidende zorg?
- Is er volgens jou een merkbaar verschil tussen de cliënten die voorheen binnen stroomde en cliënten die nu zorg ontvangen?

Doelgroep

- Wat maakt het lastig om een cliënt die suïcidaal is te begeleiden?
- Welke begeleiding is er volgens jou nodig om cliënten die suïcidaal zijn de begeleiden?
- Ervaar je werkdruk bij het begeleiden van cliënten die suïcidaal zijn? Waarom wel of waarom niet?
- Voel jij je weleens machteloos tijdens het begeleiden van cliënten die suïcidaal zijn?
- Wat kunnen cliënten volgens jou zelf doen aan suïcidaal gedrag?
- Hoe kunnen cliënten dit volgens jou aangeven?

Suïcidaal gedrag

- Wat versta je onder suïcidaal gedrag?
- Waar komt volgens jouw suïcidaal gedrag bij de cliënten vandaan?
- Zijn er factoren die suïcidaal gedrag doen toenemen?
persoonlijke-, biologische-, en omgevingsfactoren
- Welke risico en kwetsbaarheid factoren spelen binnen de organisatie een rol volgens jou?
- Denk je dat als de cliënt meer aandacht krijgt vanuit de begeleiding de kans op suïcidaal gedrag afneemt?

Suïcidaal gedrag gecombineerd met psychische problemen

- Zit er een verschil in benadering van cliënten die suïcidaal zijn en de stoornissen?
- Is er een verband tussen suïcidaal gedrag en persoonlijkheidsstoornissen?

Begeleiding

- Hoe sta je tegenover het werken met mensen die suïcidaal zijn?
- Welke kennis en ervaringen zou je nog graag willen ontwikkelen op dit gebied?
- Merk je weleens dat je ervaring en kennis mist over de nieuwe doelgroep? Waarom wel of waarom niet?
- Wat zijn de zorgbehoeftes gezien vanuit de cliënt volgens jou?
- Hoe verloopt de communicatie met collega's over dit onderwerp?
- Heb je het gevoel dat je op een lijn zit met je collega's?
- Welke begeleidingswijze wordt er op dit moment gehanteerd?
- Welke begeleidingswijze mis je en vind je een toegevoegde waarde?

Organisatie

- Is er voldoende aandacht voor suïcidaal gedrag binnen de organisatie?
- Is er voldoende steun vanuit de organisatie bij het begeleiden van deze cliënten?
- Vind je dat de organisatie moet kiezen voor een gedwongen opnamen bij suïcidaal gedrag? Waarom wel of waarom niet?
- Vind je dat er een signaleringsplan moet komen voor mensen die suïcidaal zijn? Wat zijn belangrijke punten die hierin naar voren moeten komen?
- Ben je van mening dat er trainingen en of cursussen aan begeleiding aangeboden moeten worden? Welke zouden dit dan moeten zijn?
- Moet de organisatie een behandelaar aannemen om cliënten te ondersteunen?

Bijlage 3: Codeboom

Codeboom

Verwachtingen organisatie

- Begeleiding organisatie
 - Positief
 - Negatief
- Ontvangen van kennis
- Wensen
 - Nazorg
 - Theorie
 - Cursus
 - Voor informatie
 - Beter luisteren
- Trainingen

Preventie

- Behandelaar
 - Positief
 - Negatief
- Cognitieve gedragstherapie
- Externe hulp
- Gedwongen opname
- Medicatie
- Methodiek
- Signaleringsplan
 - Verschilt
 - Handvaten
 - Positief
 - Verbeteringen
- Voorkomen suïcidaal gedrag
- Present zijn
- Begeleiding spiegelen

Werkwijze/ervaringen medewerkers

- Serieus nemen
- Benadering
- Directieve begeleiden
- Teamverband
- Veiligheid
- Visie suïcidaal gedrag
- Ervaringen suïcidaal gedrag
- Manipulatief gedrag
- Moeilijkheid suïcidaal gedrag
- Omgang suïcidaal gedrag
- Werkdruk
 - Aanwezig
 - Afwezig
- Zorgbehoefte suïcidale cliënt

Oorzaken en instandhouding suïcidaal gedrag

- Ontstaan suïcidaal gedrag
- Oorzaak suïcidaal gedrag
- Biologisch perspectief
- Omgevingsfactoren
- Psychische problematiek
- Combinatie psychische stoornissen en suïcidaliteit