

**Praxis 2024**

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

**‘IK VOEL MIJ EEN BEETJE SUÏCIDAAL’**

*Charlotte van der Horst*



### **CHARLOTTE VAN DER HORST**

*(31) is sinds januari 2024 afgestudeerd verpleegkundig specialist ggz. Zij heeft haar opleiding gevolgd bij Dimence.*

Hier heeft zij drie waardevolle praktijkleerjaren doorlopen op verschillende werkplekken. Het eerste jaar heeft Charlotte gewerkt bij het Flexible Assertive Community Treatment (fact) team. Bij het fact werkte zij met volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Het tweede jaar heeft Charlotte gewerkt in de kinder- en jeugdpsychiatrie (poliklinisch en ambulante). Het laatste jaar van haar opleiding heeft zij volwassenen behandeld met angst, dwang, trauma- en stemmingsklachten bij het poliklinische team angst en stemming.

Charlotte is gedurende haar opleiding erg enthousiast geworden van het werken met kinderen, jongeren en hun systeem. Na haar opleiding is zij gaan werken bij het Leo Kannerhuis. Charlotte werkt hier op de polikliniek en deeltijdbehandeling waar zij werkt met jongeren met autisme.

Tijdens de opleiding heeft Charlotte haar onderzoek gedaan naar de ervaringen van volwassen patiënten met suïcidale klachten in het contact over suïcidaliteit met de verpleegkundige. Het onderzoek heeft zij uitgevoerd binnen alle spoed teams van Dimence. Dit onderzoek is de basis geweest voor haar betoog en de stellingname daarin.

# ‘Ik voel mij een beetje suïcidaal’

Een betoog over het belang van doorvragen naar suïcidale klachten

## **BETOOG**

### **SUÏCIDALITEIT, EEN ENG ONDERWERP?**

Voor intake spreek ik een man van 21 jaar met angst- en panieklachten. Twee weken voor ons gesprek kwam hij in beeld bij het intensive home treatment team wegens zich herhalende paniekaanvallen. Wanneer ik zijn stemming uitvraag, merk ik op dat hij somber is. Ik vraag hem of hij weleens gedachten over de dood heeft gehad. De man begint te huilen en geeft aan dat hij deze gedachten inderdaad heeft gehad. Hij heeft hier nog nooit over gesproken, omdat dit hem niet eerder was gevraagd.

Het begrip ‘suïcidaliteit’ omvat de gedachten aan de dood, voorbereidingen voor een zelfdoding, en pogingen daartoe (Van Hemert et al., 2012). In

de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) komt suïcidaliteit veel voor. Bij 90 procent van de zelfdodingen is sprake van een psychiatrische diagnose (Bertolote & Fleischmann, 2002). Suïcidaliteit kan samenhangen met levensomstandigheden en psychische factoren waardoor men geen andere uitweg kan zien dan de dood (Kerkhof & Van Spijker, 2011). De man die ik sprak voor de intake vond dat hij beter dood kon zijn dan dagelijks te moeten worstelen met zijn angst- en panieklachten. Zijn familie en vrienden vormden een beschermende factor, zodat hij de behandeling een kans wilde geven. Om iemands suïcidaliteit te begrijpen, is vragen en doorvragen van essentieel belang. In de praktijk kom ik vaker tegen dat de suïcidaliteit helemaal niet of onvoldoende is uitgevraagd, terwijl in de afgelopen jaren de aandacht voor de suïcidepreventie-training en het werken volgens de multidisciplinaire richtlijn 'Suïcidaal gedrag' lijkt te zijn toegenomen (Van Hemert et al., 2012).

In dit betoog wordt de volgende stelling verdedigd: verpleegkundigen moeten altijd doorvragen naar suïcidaliteit.

### **WIE OF WAT IS NU ZO INGEWIKKELD?**

Onderzoek naar de tegenoverdracht in de omgang met patiënten die suïcidale klachten ervaren, beschrijft dat de dynamiek complex kan zijn (Michaud et al., 2023). Verpleegkundigen kunnen worden geconfronteerd met eigen negatieve gevoelens tijdens de interacties met suïcidale patiënten, zoals angst en

het voortdurende besef dat zij vaakzaam moeten blijven (Michaud et al., 2023). Steendam (2010) spreekt over een vergelijkbare dynamiek bij therapeuten, die zich zowel verantwoordelijk als machteloos voelen in het contact met de suïcidale patiënten, wat angst kan opwekken. De therapeuten kunnen de verantwoordelijkheden van de patiënt gaan overnemen door non-suïcide afspraken te maken in een poging hun eigen angsten te verminderen (Stendam, 2010). Bovendien is er geen overtuigend bewijs voor de effectiviteit van non-suïcide afspraken (De Vries et al., 2008). Dergelijke afspraken kunnen mogelijk een averechts effect hebben wanneer de communicatie te veel gericht is op controle en beheersing – zonder aandacht voor het onderliggend lijden van de patiënt. Het is essentieel een veilige omgeving te creëren waarin open gesproken mag worden over suïcidale intenties en gedragingen.

Kwalitatieve studies naar de ervaringen van patiënten geven weer dat zij zich niet altijd gezien en gehoord voelen door de verpleegkundigen. Wanneer er geen sprake is van een connectie met de verpleegkundigen, kan men zich emotioneel onveilig voelen om emoties te delen, (Vatne & Naden, 2014). Patiënten geven aan dat ze zich kwetsbaar voelen op het moment dat zij in zorg komen in de psychiatrie. Zij beschrijven dat het voor hen lastig is om zelf het initiatief te nemen in het contact met de verpleegkundigen over suïcidaliteit. Gevoelens van schaamte en anderen niet willen belasten met hun problemen spelen hierin vaak een rol (Van der Horst, 2023).

De perspectieven van de patiënten en verpleegkundigen onthullen de complexiteit van het omgaan met suïcidaliteit. De factoren die van invloed zijn op deze interactie variëren en worden beïnvloed door de sterke, emotionele lading van het onderwerp. Uit de wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat de kwetsbaarheid die zich kan manifesteren bij zowel de patiënten als verpleegkundigen een gemeenschappelijk element is. Het begrijpen en adequaat omgaan met deze kwetsbaarheid door altijd naar suïcidaliteit te vragen is noodzakelijk om effectieve zorg en ondersteuning te bieden aan patiënten met suïcidale klachten. Want vroegtijdige detectie en behandeling kan verergering van suïcidale klachten voorkomen.

### **WEL WETEN, MAAR NIET DOEN**

In de verpleegkundige zorg heerst een paradox, waarin weten botst met handelen en waarin de kennis over het belang van doorvragen naar suïcidaliteit schuurt met de realiteit van de zorgpraktijk. Diverse factoren kunnen van invloed zijn op de terughoudendheid van de verpleegkundigen, maar kunnen tevens dienen als argument tegen de geponeerde stelling. Suïcidaliteit is een emotioneel geladen onderwerp, waarbij verpleegkundigen – die zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van de patiënt (Hagen et al., 2017; Vandewalle et al., 2019) – in de behandeling vaak een grote rol spelen. Hierbij kan angst om de patiënten op ideeën te brengen voor suïcidaal gedrag meespelen, evenals de vrees dat het nadrukkelijk bespreken van suïcidale klachten deze zouden kunnen

verergeren. Echter, onderzoek toont aan dat het bevragen van suïcidaliteit en het spreken over dit onderwerp juist een gevoel van opluchting kan bieden aan patiënten (Vatne & Naden, 2014). De multidisciplinaire richtlijn 'suïcidaal gedrag' benoemt contact maken en spreken over suïcidaliteit als eerste interventie (Van Hemert et al., 2012).

Een ander tegenargument richt zich op de verschuiving in de GGZ naar een grotere rol van zelfmanagement van de patiënten. Deze verschuiving kan de verpleegkundigen het gevoel geven dat door te bepalen wanneer de suïcidaliteit besproken wordt zij inbreuk doen op de autonomie en zelfbeschikking van de patiënt. Het is van belang om een balans te vinden tussen het respecteren van de autonomie van de patiënt en het waarborgen van de veiligheid in het contact over de suïcidale klachten. Niet alle patiënten zijn gewend om te spreken over hun emoties of over gedachten aan de dood. Verpleegkundigen kunnen hen aanmoedigen hun gevoelens bespreekbaar te maken. Zoals eerder vermeld, komt uit onderzoek naar voren dat patiënten het lastig vinden hun suïcidale klachten zelf bespreekbaar te maken met verpleegkundigen. Verpleegkundigen kunnen de patiënten helpen door het initiatief in het contact te nemen en door gericht te vragen naar de suïcidaliteit. Hierbij is een luisterende houding – zonder oordeel – en een rustige uitstraling zeer helpend voor de patiënten om zich kwetsbaar op te durven stellen (Hagen et al., 2018; Talseth et al., 1999).

In de complexe zorg voor patiënten met suïcidale klachten blijkt de verpleegkundig specialist GGZ (vs-GGZ) een belangrijke schakel te zijn in het waarborgen van zowel de veiligheid als autonomie van de patiënt. De vs-GGZ is bekwaam in het beoordelen van crisissituaties, waaronder het suïcide-risico, en is in staat om doeltreffende interventies in te zetten. Door hun holistische benadering hebben de vs-GGZ ook aandacht voor de gehele context van de patiënt, en kunnen eventuele suïcidale en onderliggende klachten opnemen in het behandelplan. De deskundigheid van de vs-GGZ draagt bij aan een geïntegreerde en effectieve aanpak van de suïcidaliteit binnen de GGZ (Kappert & De Hoop, 2019) vooral als de vs-GGZ collega's stimuleert het onderwerp suïcidaliteit beter bespreekbaar te maken met patiënten.

## CONCLUSIE

Om de kloof tussen weten en niet handelen te dichten, is er meer bewustwording nodig van de redenen waarom verpleegkundigen soms terughoudend zijn in het vragen naar suïcidaliteit. Voor een adequate bejegening en communicatie met patiënten met suïcidale klachten is een holistische benadering noodzakelijk waarbij de suïcidale klachten in de levenscontext en beleving van de patiënt worden geplaatst. De vs-GGZ is geschoold in deze holistische analyse en bejegening, en kan van daaruit persoonsgerichte interventie strategieën in zetten als antwoord op de suïcidaliteit van de patiënt. Daarnaast heeft de vs-GGZ een coachende rol ten aanzien van de collega's door hen te stimuleren en

ondersteunen het onderwerp suïcidaliteit met de patiënten bespreekbaar te maken. Altijd doorvragen naar suïcidaliteit leidt tot een vroege detectie en behandeling van de suïcidaliteit. Het is niet alleen een professionele verantwoordelijkheid, maar ook een morele plicht om deze cruciale gesprekken aan te gaan en bij te dragen aan het verminderen van de suïcide in de Nederlandse samenleving. Samen kunnen we de zorg in de GGZ verbeteren en een positieve invloed hebben op het welzijn van degenen die het meest kwetsbaar zijn.

## LITERATUUR

Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, 1(3), 181–185. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>

De Vries, P., Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M., & Robben, P.B.M. (2008). Het non-suïcidecontract: een riskant ritueel. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50(10), 667-671. [https://www-1tijdschriftvoorpsychiatrie-1nl-10000acpuoodef.e-bibliotheek.parnassiagroep.nl/media/3/articles\\_1808pdf.pdf](https://www-1tijdschriftvoorpsychiatrie-1nl-10000acpuoodef.e-bibliotheek.parnassiagroep.nl/media/3/articles_1808pdf.pdf)

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2017). Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 31–37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>

Hagen, J., Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being*, 13(1), Artikel 1461514. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>

Kappert, J., & De Hoop, I. (2019). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. V&VN. Geraadpleegd op 10 oktober 2023, van <https://cstor.eu/venvns/2020/02/1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf>

Kerkhof, A. J. F. M., & Van Spijker, B. A. J. (2011). Worrying and rumination as proximal risk factors for suicidal behavior. In R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 199–209). Wiley-Blackwell.

Michaud, L., Greenway, K. T., Corbeil, S., Bourquin, C., & Devantoy, S. R. (2023). *Countertransference towards suicidal patients: A systematic review*. *Current Psychology*, 42, 416–430. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01424-0>

Steendam, M. (2010). Angst voor je suïcidale patiënt. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65(6), 467–473. <http://martinsteendam.com/pdf/Angst%20voor%20je%20suïcidale%20patient.pdf>

Talseth, A.-G., Lindseth, A., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1034–1041. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00990.x>

Van der Horst, C. L. F. J. M. (2023). *Een thematische analyse over de ervaringen van patiënten met suïcidale klachten met betrekking tot de verpleegkundige communicatie over suïcidaliteit* [Ongepubliceerd onderzoeksartikel]. Opleidingsinstelling geestelijke gezondheidszorg verpleegkundig specialist.

Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2019). Contact and

communication with patients experiencing suicidal ideation: A qualitative study of nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2867–2877. <https://doi.org/10.1111/jan.14113>

Van Hemert, A. M., Kerkhof, A. J. F. M., De Keijser, J., Verwey, B., Van Boven, C., Hummelen, J. W., De Groot, M. H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A. A. & Van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. De Tijdstroom. Geraadpleegd op 10 oktober 2023, van <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag-2012>

Vatne, M., & Naden, D. (2014). Patients' experiences in the aftermath of suicidal crisis. *Nursing Ethics*, 21(2), 163–175. <https://doi.org/10.1177/2F0969733013493218>