

# Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

*A.M. van Hemert, A.J.F.M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey, C. van Boven,  
J.W. Hummelen, M.H. de Groot, P. Lucassen, J. Meerdinkveldboom, M.  
Steendam, B. Stringer en A.A. Verlinde (Werkgroep MDR Diagnostiek en  
behandeling van suïcidaal gedrag) en G. van de Glind (projectleiding)*

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut  
van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland  
(V&VN)

De Tijdstroom, Utrecht

NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
PSYCHIATRIE



v&vn  
Beroepsvereniging van zorgprofessionals



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

© 2012 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen  
E-mail: [info@nvvp.net](mailto:info@nvvp.net)  
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.  
Internet: [www.tijdstroom.nl](http://www.tijdstroom.nl)  
E-mail: [info@tijdstroom.nl](mailto:info@tijdstroom.nl)

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaardt auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Financiering: ZonMw, programma KKCZ.

Opdrachtgevers: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Organisatie: Trimbos-instituut.

Eindredactie: M.H. de Groot en G. van de Glind.

Deze multidisciplinaire richtlijn is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Deze richtlijn is ook beschikbaar via [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).  
ISBN 978 90 5898 223 0  
NUR 875

---

## Bijlage 3

# Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts

Professionals werkzaam op een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) en huisartsen zijn niet ingebed in de ggz. Omdat zij veel in aanraking komen met patiënten met suïcidaal gedrag, heeft de werkgroep voor hen, uitgaande van de richtlijn, de volgende aanbevelingen geformuleerd.

### 1 Spoedeisende hulp

Bij patiënten met suïcidaal gedrag die op een SEH komen, gaat het meestal om patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan, maar er zijn ook patiënten die openlijk of bedekt aangeven een doodswens te hebben. In het eerste geval zal de somatische diagnostiek en behandeling direct aandacht moeten krijgen; in beide gevallen is van belang oriënterend onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag en om een bevoegd en bekwaam deskundige bij dit onderzoek te betrekken.

#### *Basisvaardigheden*

Tot de basisvaardigheden van SEH-professionals worden gerekend:

- het herkennen van suïcidaal gedrag (zie indicatie voor onderzoek naar suïcidaal gedrag, bijlage 4);
- oriënterend onderzoek van suïcidaal gedrag;
- herkennen van een psychiatrische stoornis;
- indicatiestellen voor verwijzing en/of consult deskundige; aandachtspunten:
  - is de patiënt voldoende somatisch stabiel;
  - is de patiënt psychisch voldoende in staat tot een gesprek?

Daarbij gelden de volgende algemene principes: contact maken, zorgen voor veiligheid, naasten bij de zorg betrekken, en de continuïteit van de zorg bewaken. Hier wordt aangegeven wat voor de SEH specifieke aandachtspunten zijn.

#### *1.1 Triage*

Tijdens triage worden beoordeeld: de noodzaak van somatische behandeling en het creëren van een veilige setting.

### ***Noodzaak van somatische behandeling***

- De noodzakelijke somatische behandeling gaat vooraf aan psychiatrische diagnostiek en behandeling.
- Als een patiënt met suïcidaal gedrag noodzakelijke behandeling weigert, moet een inschatting worden gemaakt of de patiënt wilsbekwaam is om een dergelijk besluit te nemen: 'wilsbekwaam ter zake van dat oordeel'.
- Als de patiënt wilsonbekwaam wordt geacht om te beslissen over de noodzakelijke somatische behandeling dan zoekt de behandelaar zo mogelijk vervangende toestemming. Voor maatregelen die noodzakelijk zijn om ernstig nadeel af te wenden en die geen uitstel dulden dient de behandelaar als goed hulpverlener conform de WGBO te handelen.
- Bij twijfel over de wilsbekwaamheid in het kader van noodzakelijk somatische handelen bij suïcidaal gedrag dient een deskundige geconsulteerd te worden.

Let wel: zelfs een patiënt zonder psychiatrische stoornis die betrekkelijk impulsief twintig tabletten paracetamol slikt en behandeling weigert, zal in de meeste gevallen als wilsonbekwaam moeten worden beschouwd, omdat redelijkerwijs aangenomen kan worden dat hij de consequenties van zijn besluit en het ernstige nadeel dat daaraan verbonden is onvoldoende zal kunnen overzien (zie: hoofdstuk 2, paragraaf 6, Wilsbekwaamheid en diagnostiek).

### ***Veilige setting***

- De patiënt wordt opgevangen in een setting die veilig is voor patiënt en professional.
- Een veilige setting creëren betekent oog hebben voor het verhinderen dat een patiënt toegang heeft tot middelen waarmee hij zichzelf kan beschadigen.
- Overweeg altijd of beveiligingspersoneel of extra personeel moet worden ingeschakeld. Dit geldt voor alle situaties waarbij het gedrag van een patiënt niet hanteerbaar is (bijvoorbeeld bij onrust, agressie, verwardheid, vluchtgevaar).
- Overweeg wanneer de dienstdoende psychiater, arts-assistent psychiatrie en/of consultatief-psychiatrisch verpleegkundige moet worden ingeschakeld. Dit geldt ook voor alle situaties waarbij het gedrag van een patiënt niet hanteerbaar is, aangenomen dat beveiligingspersoneel reeds is ingeschakeld.
- Beoordeling of onvrijwillige opname op een psychiatrische afdeling nodig is, komt aan de orde als er acuut en onmiddellijk gevaar dreigt dat voortkomt uit een vermoeden van een psychiatrische aandoening en dat alleen kan worden afgewend door een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Indien deze situatie zich voordoet en de patiënt weigert opname dan is onvrijwillige opname mogelijk (zie voor toelichting:

hoofdstuk 7, paragraaf 3, WGBO en Bopz, en bijlage 5, paragraaf 5, Suïcidaliteit en dwang: Wet Bopz).

### *Consultatie en verwijzing*

De (dienstdoende) psychiater of arts-assistent psychiatrie of consultatief psychiatisch verpleegkundige kunnen op elk gewenst moment tijdens onderzoek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag als deskundige op de SEH in consult worden gevraagd. Consultatie van een deskundige wordt in ieder geval gedaan bij iedere patiënt die een suïcidepoging heeft gedaan of die op de SEH is gekomen vanwege suïcidale uitingen. Afhankelijk van de mate van suïcidaliteit en de diagnose wordt samen met de patiënt en zo mogelijk ook met de naasten door de consulent een (voorlopig) behandelplan gemaakt en wordt de juiste setting voor de uitvoering daarvan gekozen.

Bij overplaatsing binnen het ziekenhuis of naar een andere instelling hebben de SEH-arts en de consulent beiden een verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg: er worden afspraken gemaakt wie als hoofdbehandelaar optreedt, er vindt telefonische overdracht van informatie plaats en schriftelijke verslaggeving van zowel de SEH-arts als de consulent volgt zo snel mogelijk.

## **2 Huisarts**

De huisarts is de professional die in contact komt met patiënten met elke vorm van suïcidaal gedrag: met patiënten die suïcidegedachten hebben, die plannen daartoe hebben, en na hun suïcidepoging; en met nabestaanden na een suïcide. Hier volgen aanbevelingen voor de huisarts in al deze situaties.

- Een patiënt die heeft aangeven reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen wordt somatisch onderzocht om vast te stellen of verwijzing voor somatische behandeling nodig is.
- Patiënten met gedachten aan de dood zonder gedachten er een einde aan te willen maken verdienen psychiatrische evaluatie in de eerste lijn voor diagnostiek van een psychiatrische stoornis, vooral van een depressieve stoornis.
- Voor patiënten die denken er een einde aan te maken, maar nog geen gedetailleerd plan hebben moet op korte termijn een bevoegd en bekwaam deskundige worden geconsulteerd, waarbij de huisarts zich er van vergewist dat het contact ook daadwerkelijk tot stand is gekomen.
- Patiënten die concrete plannen hebben moeten vanuit de eerste lijn met spoed worden verwezen naar een deskundige, meestal de ggz.

- Als een patiënt zich heeft gesuïcideerd wordt de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld. De huisarts zal dan ook, indien relevant, naasten op de hoogte brengen en zich een oordeel vormen welke nazorg nodig is (zie hieronder).

### **Basisvaardigheden**

Tot de basisvaardigheden van de huisarts worden gerekend:

- het herkennen van suïcidaal gedrag (zie indicatie voor onderzoek naar suïcidaal gedrag, bijlage 4);
- oriënterend onderzoek van suïcidaal gedrag;
- herkennen van psychiatrische stoornis;
- indicatiestellen voor verwijzing/consult psychiater; aandachtspunten:
  - is de patiënt voldoende somatisch stabiel?
  - is de patiënt psychisch voldoende in staat tot een gesprek?

Daarbij gelden de volgende algemene principes: contact maken, zorgen voor veiligheid, naasten bij de zorg betrekken, en de continuïteit van zorg bewaken. Hier wordt aangegeven wat voor de huisarts specifieke aandachtspunten zijn.

### **Veiligheid**

De veiligheid van de patiënt kan worden bevorderd als de huisarts de mogelijkheden om bescherming te bieden onderzoekt en aandacht heeft voor de continuïteit van zorg bij verwijzing naar een andere behandelsetting. De huisarts heeft een rol in het verstrekken van informatie die voor het systematische onderzoek van het suïcidale gedrag door anderen relevant is.

In acute situaties kan de veiligheid door de huisarts worden bevorderd door:

- het inschatten van de directe noodzaak van somatische interventies;
- het organiseren dat de patiënt niet alleen is; naasten van de patiënt kunnen hierbij worden ingeschakeld. Indien dit niet mogelijk of toereikend is, moet overwogen worden de nooddienst (112) in te schakelen voor assistentie;
- te bevorderen dat voorwerpen en middelen waarmee de patiënt zich kan suïcidieren buiten het bereik van de patiënt worden gehouden;
- alert te zijn op plotselinge veranderingen in het klinische beeld of het suïcidale gedrag, in het bijzonder op het moment dat de patiënt wordt of is overgedragen naar een andere behandelsetting.

***Naasten betrekken bij de zorg***

De huisarts kan naast van de patiënt betrekken bij de zorg:

- als bron van informatie bij de diagnostiek van het suïcidale gedrag;
- als bron van steun en mantelzorger voor de suïcidale patiënt;
- door met hen de zorg te delen voor de veiligheid van de patiënt.

De volgende uitgangspunten zijn van belang:

- patiënt en naasten zijn akkoord met het betrekken van de naasten;
- de mate waarin naasten betrokken worden bij de zorg is in overeenstemming met de draagkracht en bereidheid van de naasten;
- het betrekken van naasten dient in overeenstemming te zijn met de wet- en regelgeving over het beroepsgeheim;
- de patiënt moet de mogelijkheid hebben om vertrouwelijke zaken alleen met de huisarts te bespreken.

***Continuïteit***

De huisarts kan op de volgende manieren de continuïteit van zorg bevorderen en daarmee de veiligheid van de suïcidale patiënt vergroten:

- zo veel mogelijk relevante informatie verstrekken bij de verwijzing van de patiënt naar een andere behandelsetting;
- de doktersdienst informeren over suïcidaal gedrag van een patiënt;
- herhaald en geregeld contact maken over de suïcidededachten van de patiënt, in het bijzonder bij patiënten die herstellende zijn van een klinische depressie;
- de rol van de huisarts in de zorg voor de suïcidale patiënt (laten) beschrijven in een eventueel veiligheidsplan van de patiënt en deze afstemmen op andere betrokken disciplines, waaronder ook de naasten van de patiënt;
- nazorg verlenen door geregeld proactief navraag te doen naar suïcidededachten bij patiënten die in het (recente) verleden suïcidaal gedrag hebben vertoond.

***Relevante informatie bij verwijzing***

De volgende informatie is relevant bij verwijzing naar een andere behandelsetting:

- na een suïcidepoging: de toestand van de patiënt en de omstandigheden van de poging; bij intoxicaties: het middel, de hoeveelheid en het tijdstip van inname (eventueel de maatregelen die reeds zijn genomen om ernstig nadeel af te wenden);
- de mate waarin de huisarts – gezien de toestand van de patiënt – in staat was het suïcidale gedrag van de patiënt systematisch te onderzoeken;
- aanleiding(en) voor het ontstaan, onderhouden en/of verergeren van het suïcidale gedrag;
- psychiatrische (co)morbiditeit in het heden en verleden;

- suïcidaal gedrag (en eventuele aanleiding) in de voorgeschiedenis;
- suïcidaal gedrag en psychiatrische (co)morbiditeit in de familieanamnese;
- (recente) ingrijpende gebeurtenissen en/of psychotrauma's in de voorgeschiedenis;
- structuur van het sociale vangnet;
- beschikbaarheid en namen van naasten om aanvullende informatie te geven;
- stress-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren die van toepassing zijn op de patiënt.

#### ***Nazorg voor naasten na overlijden door suïcide***

Als een patiënt is overleden door suïcide, kan de huisarts op de volgende manieren nazorg verlenen aan naasten.

- Naasten tot steun zijn in de periode na de suïcide, waarbij het herstellend vermogen en de steun uit het sociale netwerk (vrienden, familie) wordt benut.
- Informatie geven over wat normale rouwreacties zijn na een verlies door suïcide.
- Rekening houdend met wet- en regelgeving over het beroepsgeheim naasten van de patiënt zo goed mogelijk te informeren over gebeurtenissen rond de patiënt die helpen om de aanleiding tot de suïcide te reconstrueren.
- Alert zijn op het ontstaan van problemen in de verwerking van het verlies, in het bijzonder bij naasten die:
  - eerder ingrijpende verliezen hebben meegemaakt;
  - als ouders een kind hebben verloren door suïcide;
  - gevoelig zijn voor het ontwikkelen van psychiatrische (co)morbiditeit en suïcidaal gedrag;
  - deel uitmaken van een familie die zich kenmerkt door weinig onderlinge verbondenheid, conflicten, en die weinig gericht zijn op probleemoplossing;
  - weinig sociale steun ontvangen;
  - zich niet erkend voelen als nabestaanden, zoals stiefouders, ex-partners en buitenechtelijke relaties van de overledene.
- Naasten die psychiatrische problemen ontwikkelen, kunnen worden verwezen naar hulp in de tweedelijnszorg. Naasten met problemen die samenhangen met het verlies, kunnen baat hebben bij hulp specifiek gericht op nabestaanden na een suïcide.



***Naasten informeren over een suïcidale patiënt***

Hoe moet de huisarts omgaan met informatie over een suïcidale patiënt tegenover naasten?

- Huisartsen hebben een geheimhoudingsplicht, ook na het overlijden van de patiënt. Zonder toestemming van de patiënt mag de huisarts geen informatie verstrekken aan naastbetrokkenen.
- Indien de patiënt weigert familie en naasten in te lichten over de suïcidaliteit, moet de huisarts eerst alles in het werk stellen om de patiënt alsnog te motiveren om hen bij de behandeling te betrekken.
- Bij leven van de patiënt kan de hulpverlener volgens het 'conflict-van-plichtenmodel' anderen informeren wanneer het niet doorbreken van het beroepsgeheim ernstige schade oplevert voor een ander.
- In geval van acute en concrete suïcideplannen met een hoog risico op een fatale afloop voor de patiënt vraagt goed hulpverlenerschap toch actie van de huisarts: met voorbijgaan aan zijn geheimhoudingsplicht. In dit geval doorbreekt de huisarts de zwijgplicht zo min mogelijk en geeft de huisarts alleen relevante, feitelijke informatie.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Zie Bijlage 5, Gezondheidszorgwetgeving.</li></ul> |
|--|

---

# **Bijlage 1**

## **Samenstelling werk- en klankbordgroep en focusgroepen**

### **Werkgroep**

- Dr. C. van Boven, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Dr. M.H. de Groot, onafhankelijk deskundige.
- Prof. dr. A.M. van Hemert, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Prof. dr. J.W. Hummelen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Dr. J. de Keijser, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Prof. dr. A.J.F.M. Kerhof, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Dr. P.L.B.J. Lucassen, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Drs. J.W. Meerdinkveldboom, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Drs. B. Stringer, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- Drs. M. Steendam, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Drs. A.A. Verlinde, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Dr. B. Verwey, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

### **Klankbordgroep**

De klankbordgroep was samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties.

- Geneesheren-directeuren in de ggz.
- Ivonne van de Ven stichting.
- Landelijk platform GGZ.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).
- Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV).
- Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE).
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP).
- Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende hulp Artsen (NVSHA).
- Stichting Ex6.
- Stichting 113online.

- Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ).
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

### **Focusgroepen**

Als onderdeel van de klankbordgroep fungeerden twee focusgroepen: de focusgroep verpleegkundigen en de focusgroep patiëntenparticipatie.

### **Auteurs van bijlage 5, Gezondheidszorgwetgeving**

De bijlage over gezondheidszorgwetgeving is geschreven door de volgende auteurs.

- Dr. C.M.T. Gijsbers van Wijk.
- Dr. A.J.K. Hondius.
- Drs. A.J.M.P. Rutgers.

---

# Inhoud

## *Voorwoord*

## *Samenvatting*

- 1 Inleiding — 11
  - 2 Visie op suïcidaal gedrag — 12
  - 3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling — 15
  - 4 Het diagnostische proces — 18
  - 5 Schema voor behandeling — 24
  - 6 Professioneel handelen na een suïcide — 26
  - 7 Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts — 28
  - 8 Wet- en regelgeving in de praktijk — 30
- Literatuur — 34

## DEEL 1 ALGEMEEN

### *Hoofdstuk 1 Inleiding*

- 1 Inleiding — 37
  - 2 Doelstelling en doelgroep — 38
  - 3 Afbakening — 39
  - 4 Werkwijze — 41
  - 5 Leeswijzer — 43
- Literatuur — 44

### *Hoofdstuk 2 Visie op suïcidaal gedrag*

- 1 Inleiding — 47
  - 2 Definitie — 47
  - 3 Oorzaken — 49
  - 4 Herkennen van suïcidaal gedrag — 51
  - 5 Diagnostisch doel — 52
  - 6 Wilsbekwaamheid en diagnostiek — 53
  - 7 Behandeling — 55
  - 8 Risicoschatting — 57
- Literatuur — 58

---

*Hoofdstuk 3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling*

- 1 Inleiding — 61
- 2 Contact maken — 62
- 3 Zorg voor veiligheid — 65
- 4 Omgaan met naasten — 70
- 5 Continuïteit van zorg — 71
- Literatuur — 74

DEEL 2 DIAGNOSTIEK

*Hoofdstuk 4 Het diagnostische proces*

- 1 Inleiding — 79
- 2 Specifieke personen en situaties — 79
- 3 Professioneel vragen naar suïcidaal gedrag — 84
- 4 Vragenlijsten en observatie-instrumenten — 85
- 5 Aspectieve observeerbare factoren — 86
- 6 Risico op uitlokken suïcidaal gedrag — 88
- 7 Herhaalfrequentie — 89
- 8 Onderzoek bij intoxicatie — 90

*Hoofdstuk 5 Stress- en kwetsbaarheidsfactoren*

- 1 Inleiding — 93
- 2 Kwetsbaarheidsfactoren — 93
- 3 Stressoren — 105
- 4 Structuurdiagnose, prognose en behandelplan — 120

*Hoofdstuk 6 Diagnostiek bij specifieke groepen*

- 1 Inleiding — 125
- 2 Extra onderzoek voor specifieke groepen en omstandigheden — 125
- 3 Jongeren — 125
- 4 Ouderen — 134
- 5 Immigranten — 140
- 6 Herhaald suïcidaal gedrag — 143

*Literatuur bij deel 2*

- Wetenschappelijke onderbouwing — 147
- Niet verwerkt in wetenschappelijke onderbouwing — 155

---

## DEEL 3 BEHANDELING

### *Hoofdstuk 7 Eerste interventies*

- 1 Inleiding — 171
- 2 Somatische, psychiatrische en psychosociale interventies — 169
- 3 WGBO en Wet Bopz — 176
- 4 Therapietrouw — 179
- 5 Non-suicidecontract — 181
- 6 Signalerings- of veiligheidsplan — 184

### *Hoofdstuk 8 Behandeling op langere termijn*

- 1 Inleiding — 187
- 2 Medicamenteuze en biologische interventies — 187
- 3 Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie — 194
- 4 Stress-kwetsbaarheidsfactoren — 197
- 5 Verpleegkundige interventies en methodieken — 205
- 6 Chronisch suïcidaal gedrag — 208

### *Hoofdstuk 9 Behandeling van specifieke groepen*

- 1 Inleiding — 213
- 2 Jongeren — 213
- 3 Ouderen — 219

### *Literatuur bij deel 3*

- Wetenschappelijke onderbouwing — 225
- Niet verwerkt in wetenschappelijk onderbouwing — 233
- Literatuur uit inleidingen en overige overwegingen — 234
- Richtlijnen — 235

## DEEL 4 NA EEN OVERLIJDEN DOOR SUÏCIDE

### *Hoofdstuk 10 Professioneel handelen na een suïcide*

- 1 Inleiding — 239
  - 2 Direct na een suïcide — 239
  - 3 Opvang van nabestaanden — 242
  - 4 Risicoschatting van problemen in verliesverwerking — 245
  - 5 De professional als nabestaande — 247
  - 6 Melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) — 247
- Literatuur — 248

---

## BIJLAGEN

Bijlage 1 Samenstelling werk- en klankbordgroep en focusgroepen	— 253
Bijlage 2 Overzicht van de aanbevelingen	— 255
Bijlage 3 Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts	— 273
Bijlage 4 Onderzoek en indicatiestelling	— 281
Bijlage 5 Gezondheidszorgwetgeving	— 295
Bijlage 6 Implementatie van deze richtlijn	— 317
Bijlage 7 Bewijsniveaus	— 321
Bijlage 8 Bewijstabellen diagnostiek	— 323
Bijlage 9 Bewijstabellen behandeling	— 379