

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
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden 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.
ISBN 978 90 5898 223 0
NUR 875

Bijlage 4

Onderzoek en indicatiestelling

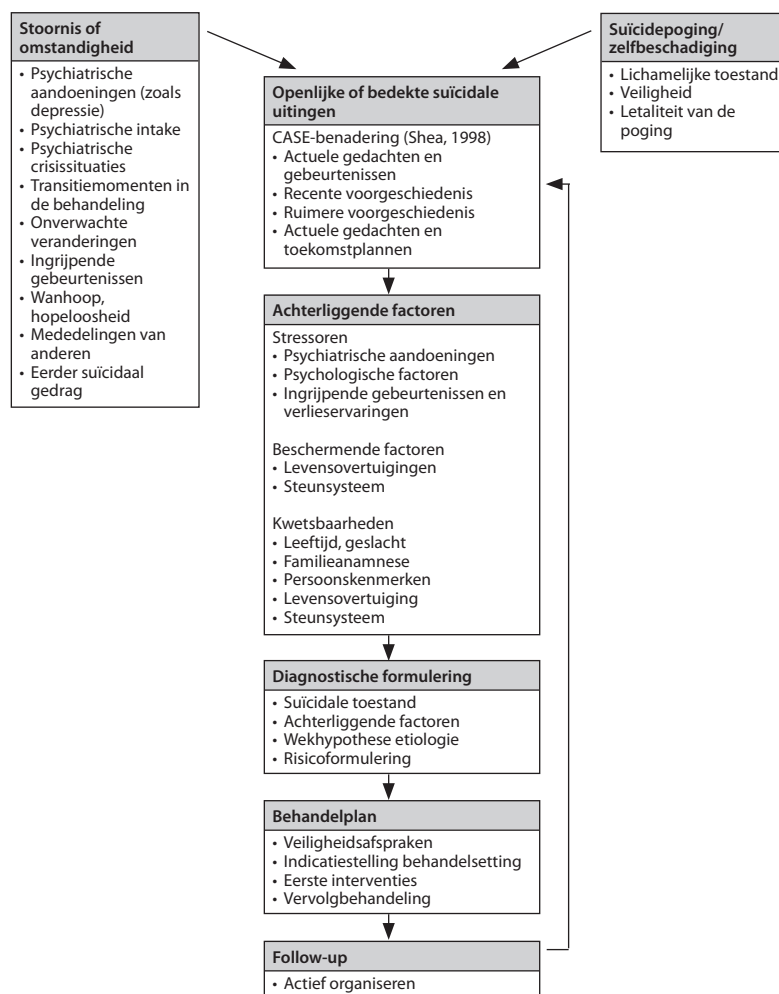
De diagnostiek van suïcidaal gedrag stelt eisen aan de professionele vaardigheden. Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek hoort tot de basisvaardigheden van iedere arts, verpleegkundige, psycholoog en psychotherapeut die actief in de zorg werkzaam is. Oriënterend onderzoek omvat: contact maken; onderzoek doen naar de actuele suïcidale toestand; stress- en kwetsbaarheidsfactoren in kaart brengen; naasten bij de zorg betrekken; een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen; en zorgen voor veiligheid en continuïteit van zorg.

Een volledig onderzoek van suïcidaal gedrag stelt specifieke eisen aan de gespreksvaardigheden en aan de kennis van psychische stoornissen en van andere stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Het onderzoek naar etiologie en pathogenese van het suïcidale gedrag, de beoordeling van de wilsbekwaamheid van iemand met suïcidaal gedrag, en de indicatiestelling voor behandeling worden beschouwd als specialistische vaardigheden die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is. In deze bijlage staat beschreven hoe een onderzoek naar suïcidaal gedrag er in de praktijk uit kan zien, inclusief concrete vragen over suïcidaal gedrag. Deze vragen zijn bedoeld als voorbeeld, niet als voorschrift. De woordkeus en het doorvragen moeten worden aangepast aan de voorkeur van de onderzoeker en aan de specifieke omstandigheden van het onderzoek. Het onderzoek zoals dat hier is beschreven, is gestructureerd aan de hand van de hoofdstukken 2-6 van deze richtlijn. Het onderzoek is schematisch weergegeven in figuur B4.1.

1 Contact maken, veiligheid, naasten, continuïteit

Voor het onderzoek van suïcidaal gedrag is het van groot belang om ervoor te zorgen dat in het contact een positieve behandelrelatie kan ontstaan, zodat de patiënt zo goed mogelijk in staat is om over zijn gedachten en gevoelens te spreken. Wanneer bij de aanvang van de beoordeling een positieve behandelrelatie wordt opgebouwd, neemt de validiteit van de verzamelde informatie toe en de inschatting van de mate waarin de patiënt coöperatief is wordt betrouwbaarder.

Figuur B4.1 Onderzoek van suïcidaal gedrag: een beknopte strategie



Veiligheid creëren is een basisvoorwaarde voor het onderzoek, maar kan ook nodig zijn om de patiënt tegen zichzelf te beschermen. Naasten bij de zorg betrekken is nodig om nadere informatie te krijgen en te geven, een bondgenootschap te kweken en zo nodig naasten te ondersteunen. Zorg dragen voor continuïteit is bij verwijzing of overplaatsing van patiënten met suïcidaal gedrag eveneens van belang. Voor een nadere uitwerking van deze algemene principes verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

2 Drie indicaties voor onderzoek

De zorgprofessional doet nader onderzoek naar suïcidaal gedrag:

- bij patiënten met een verhoogd risico op suïcidaal gedrag;
- na een suïcidepoging of zelfbeschadigend gedrag;
- bij openlijke of bedekte uitingen van suïcidaal gedrag.

2.1 Onderzoek bij verhoogd risico

Bij groepen met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag moet de professional een aantal oriënterende vragen stellen om een indruk te krijgen van de mate waarin suïcidaal gedrag aanwezig is. Dit kan in de volgende omstandigheden van toepassing zijn:

- vermoeden van een depressie of andere psychiatrische stoornis;
- psychiatrische crisissituaties;
- intake bij een psychiatrische instelling (ambulant en klinisch);
- transitimomenten in een lopende psychiatrische behandeling;
- onverwachte, opvallende verandering van het klinische beeld (veelal verslechtering, maar soms ook verbetering);
- anticipatie op, of feitelijk optreden van een ingrijpende gebeurtenis (bijvoorbeeld verlieservaring, ernstige ziekte, juridische problemen, schaamtevolle gebeurtenis of vernedering);
- uitingen van wanhoop;
- mededelingen van anderen over de aanwezigheid van suïcidaal gedrag;
- eerder suïcidaal gedrag.

Oriënterende vragen

Als er een indicatie is om naar suïcidaal gedrag te vragen kan er, afhankelijk van de situatie, gebruikgemaakt worden van een hiërarchie van oriënterende vragen, oplopend van algemeen naar specifiek.

- Hoe gaat het met u?
- Hoe ziet u de toekomst op dit moment?
- Ziet u voor zichzelf nog enige toekomst?
- Hebt u wel eens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is?
- Denkt u wel eens aan de dood; wat zijn dat voor gedachten?
- Denkt u wel eens dat u een einde aan uw leven zou willen maken?

Bij aanwijzingen voor suïcidegedachten moet de inhoud zo concreet mogelijk worden nagevraagd.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ga door met 3 onderzoek van suïcidale uitspraken. |
|---|

2.2 Onderzoek naar suïcidaal gedrag, suïcidepoging en zelfbeschadigend gedrag

Bij zelfbeschadigend gedrag of bij een (dreigende) suïcidepoging moet de professional zich als eerste oriënteren op de lichamelijke toestand en de veiligheid van de patiënt.

- Zijn direct maatregelen nodig om de veiligheid te bevorderen?
- Is noodassistentie nodig van politie, brandweer of ambulance?
- Heeft de patiënt medische behandeling nodig om ernstig nadeel af te wenden?
- Wat is de mate van urgentie?

Bij inname van medicamenten moet zorgvuldig worden nagevraagd welke medicamenten zijn ingenomen, in welke hoeveelheid en op welk moment. Afhankelijk van de bevindingen wordt als eerste de noodzakelijke hulpverlening in gang gezet om ernstig nadeel af te wenden.

Nadat de patiënt medisch voldoende is gestabiliseerd en voldoende helder van bewustzijn is, wordt een setting gecreëerd waarin nader onderzoek naar suïcidegedachten en gebeurtenissen kan plaatsvinden.

- ga door met 3, Onderzoek van suïcidale uitspraken.

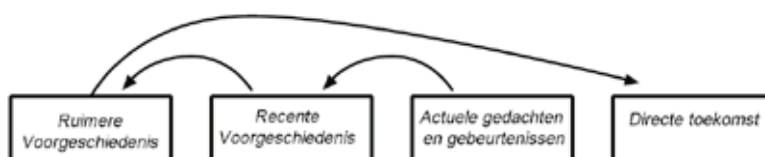
3 Onderzoek van suïcidale uitspraken: CASE-benadering

Shea (1998) heeft een systematiek beschreven voor het onderzoek van suïcidale uitspraken die goed bruikbaar is in de klinische praktijk. De benadering is bekend onder het acroniem CASE (Chronological Assessment of Suicide Events). De onderzoeker vraagt in een logische, chronologische volgorde naar suïcidaal gedrag.

Als eerste vraagt de onderzoeker naar de actuele gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek. De onderzoeker sluit hiermee aan bij de actualiteit. Vervolgens vraagt de onderzoeker in detail naar de recente voorgeschiedenis (de laatste 4-8 weken). Deze periode geeft informatie over de omstandigheden, aanleidingen en omvang van het suïcidale gedrag. Vervolgens vraagt de onderzoeker meer algemeen naar de ruimere voorgeschiedenis en vooral naar eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Met de beschikbare informatie gaat de onderzoeker tot slot terug naar de gedachten van dit moment en de verwachtingen voor de directe toekomst. Figuur B4.2 geeft de schematische opbouw van de CASE-benadering weer.

Naast een beschrijving van de structuur van het gesprek met een suïcidale patiënt geeft Shea een aantal adviezen over interviewtechniek die kunnen helpen om betrouwbare informatie te krijgen over suïcidaal gedrag. Immers, patiënten met suïcidaal gedrag kunnen daar soms moeilijk op een

Figuur B4.2 CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events) (Shea, 1998)



rechtstreekse manier over praten. De CASE-benadering is door scholing te leren. Over de interviewtechnieken wordt in het kader van de richtlijn geen oordeel gegeven. Iedere zorgprofessional moet beschikken over adequate gesprekstechnieken voor het bespreken van gevoelige onderwerpen. In paragraaf 3.1-3.4 wordt de structuur van de CASE-benadering nader uitgewerkt.

3.1 Gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek

Vorm eerst een gedetailleerd beeld van de directe gebeurtenissen, gedachten en/of gevoelens die hebben geleid tot het moment van beoordeling. Probeer de gebeurtenissen als een filmpje in chronologische volgorde helder te krijgen; maak het specifiek: wat is er gebeurd, waar was u, hoe was de situatie, wanneer was dat, wat dacht u toen, hoe voelde u zich, wat hebt u gedaan, wat waren toen uw gedachten?

Doorvragen

- Hebt u gedachten aan zelfmoord? Denkt u dat u dood beter af bent?
- Hebt u plannen om zelfmoord te plegen?
- Hoe zien die plannen er uit? Welke methoden hebt u overwogen?
- Welke voorbereidingen had u getroffen?
- Hoeveel haast hebt u om uw plannen uit te voeren?

3.2 Recente voorgeschiedenis

Vraag in detail naar suïcidale gedachten, intentie, plannen en gebeurtenissen in de voorgaande periode (4-8 weken); vraag naar intensiteit en frequentie. Maak de informatie zo concreet mogelijk. Wat waren precies de gedachten of acties; wanneer; in welke situatie?

Doorvragen

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak had u deze gedachten? Hoe vaak per dag (tienmaal, honderdmaal? Meer nog?)

- Hebt u terugkerend kwellende gedachten? Wat denkt u op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen voor u om zo te denken?
- Hoeveel tijd bent u per dag bezig met deze gedachten? (4 uur? 8 uur? Meer nog?)
- Hebt u plannen gehad/gemaakt om uzelf iets aan te doen?
- Hebt u geprobeerd om een einde aan uw leven te maken?

3.3 Ruimere voorgeschiedenis

Vraag naar de ruimere voorgeschiedenis. Dit hoeft niet heel gedetailleerd. Het is voldoende om te weten of er eerder episoden zijn geweest met suïcidaal gedrag. Hoeveel eerdere episoden zijn er geweest? Hoe ernstig waren eventuele eerdere suïcidepogingen?

Doorvragen

- Bent u wel eens eerder zo wanhopig geweest?
- Hebt u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten had? Wat was er toen aan de hand?
- Hebt u ooit eerder geprobeerd een einde aan uw leven te maken? Wat was er toen aan de hand?
- Wanneer was dat? Wat hebt u toen gedaan?

3.4 Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst

Vraag naar de actuele toestand en naar plannen voor de directe toekomst

- Hoe is het nu voor u?
- Hoe ziet u de toekomst? Ziet u nog enige toekomst?
- Wat gaat u doen als u straks weer thuis bent? [of:] Wat gaat u doen als ik weg ben?

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ga door met onderzoek naar stress- en kwetsbaarheidsfactoren. |
|---|

4 Stress- en kwetsbaarheidsfactoren

Naast de directe vragen over het suïcidale gedrag vormt de onderzoeker zich een beeld van de stressoren, kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren die het gedrag mogelijk beïnvloeden. Het onderzoek naar stress- en kwetsbaarheidsfactoren is meestal ten dele vervlochten met het voorgaande deel van het onderzoek van suïcidale uitspraken. De belangrijkste factoren staan beschreven in deel 2. Hier volgt alleen een beknopte opsomming.

Stressoren

- Psychiatrische aandoeningen: vooral stemmings- en angststoornissen, schizofrenie, eetstoornissen, gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen.
- Psychologische factoren: vooral impulsiviteit, agressiviteit, wanhoop, negatief en dwangmatig denken en het gevoel anderen tot last te zijn.
- Negatieve ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen, zoals verlies van een persoon, verlies van gezondheid, ontslag, huiselijk geweld, detentie.

Kwetsbaarheidsfactoren

- Leeftijd (middelbaar).
- Geslacht (man).
- Suicide in de familieanamnese.
- Homo- en biseksualiteit.
- Persoonskenmerken zoals probleemoplossingsvaardigheden, perfectionisme, neuroticisme.
- Maatschappelijke factoren en steunsysteem, zoals alleenstaand zijn, lage sociaaleconomische status, werkloosheid, bepaalde beroepsgroepen.

Beschermende factoren

- Levensovertuiging.
- Steunsysteem, inclusief de zorg voor kinderen.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ga door met 5, Diagnostische formulering. |
|---|

5 Diagnostische formulering

Het resultaat van het onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt samengevat in een structuurdiagnose. De structuurdiagnose is opgebouwd uit een formulering van de suïcidale toestand (gedachten, intenties, plannen, motieven), de mate van wilsbekwaamheid, een formulering van de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren en een werkhypothese over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag en de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden om zijn of haar belangen te overzien en te waarderen. De diagnostische formulering mondt uit in een inschatting van de prognose een indicatiestelling voor interventies op de korte (enkele dagen) en lange (enkele weken) termijn en een (voorlopig) behandelplan of veiligheidsplan. Samenvattend bestaat de diagnostische formulering uit:

- een formulering van de suïcidale toestand;
- een samenvatting van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren;

- een werkhypothese over oorzaken en in stand houdende factoren;
- een oordeel over de wilsbekwaamheid ten aanzien van de somatische behandeling;
- een risicoweging voor de korte en de langere termijn.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• ga door met 6, Behandelplan. |
|--|

6 Behandelplan

De diagnostische formulering vormt het uitgangspunt voor het (voorlopige) behandelplan. Het is van groot belang om het (voorlopige) behandelplan zo veel mogelijk samen met de patiënt op te stellen. Betrek daarbij zo mogelijk ook de naastbetrokkenen.

- Bepaal op basis van de risicoweging de geïndiceerde interventies en de behandelsetting (zie indicaties voor de behandelsetting).
- Maak afspraken over: veiligheid; verwijderen van beschikbare middelen; bij wie kan de patiënt terecht voor ondersteuning; de handelwijze bij het hanteren van suïcidaal gedrag; maak een plan 'voor als ...'.
- Maak afspraken over vervolgbehandeling.
- Stel de afspraken op schrift (zie paragraaf 10.5, Afspraken nazorg).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• ga door met 7, Follow-up. |
|---|

7 Follow-up

Als de patiënt niet op afspraken verschijnt moet afhankelijk van de ernst van het suïcidale gedrag een actieve benadering worden gevolgd om met de patiënt in contact te treden.

Inventariseer in het follow-upcontact de relevante delen van de CASE-benadering en vraag naar nieuwe ontwikkelingen.

8 Ernstschaal

Het suïcidale gedrag kan ingedeeld worden naar gradaties van ernst (Kerkhof & Van Heeringen, 2000). De gradaties die hier worden omschreven, zijn gevormd op basis van het oordeel van deskundigen. De prognostische waarde ervan laat zich niet onderzoeken, omdat de interventies die worden toegepast ingrijpender zullen zijn naarmate de ernst van het gedrag groter is.

Lichte mate

De patiënt heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, speelt met het idee als mogelijkheid, lijkt controle te hebben over suïcidale impulsen. De patiënt wil liever leven dan sterven.

Ambivalent

De patiënt wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Het suïcidale gedrag staat in het teken van een breuk met anderen, is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Het suïcidale gedrag is sterk impulsief ingekleurd en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. De patiënt wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.

Ernstige mate

De patiënt heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suïcide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij of zij er niet meer is, maar kan suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Wil veel liever sterven dan doorgaan met leven. De patiënt is bang voor de eigen impulsiviteit.

Zeer ernstige mate

De patiënt is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog voor de mogelijke consequenties voor achterblijvers, heeft een uitgebreid plan klaar en mogelijk reeds geoefend. De patiënt is slapeloos en emotioneel ontredderd, heeft zichzelf niet meer onder controle. Blikvernauwing treedt op (tunnelvisie, presuïcidaal syndroom); de patiënt is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook niet meer leven, kan niet langer wachten met suïcide plegen; elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot suïcide.

9 Aanwijzingen voor indicatiestelling in de eerste lijn

Een gezaghebbend Amerikaans artikel (Raue et al., 2006) geeft de volgende beleidsadviezen voor indicatiestelling voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in de eerste lijn.

- 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 depressieve stoornis of andere psychiatrische stoornis.
- Patiënten die denken er een einde aan te maken maar nog geen gedetailleerd plan hebben moeten op korte termijn gezien worden door een deskundige op dit terrein.
- Patiënten die concrete plannen hebben moeten vanuit de eerste lijn met spoed worden verwezen.

Vaak heeft de huisarts de beschikking over een aantal relevante gegevens, zoals informatie over psychiatrische aandoeningen in het heden of verleden, eerdere pogingen, structuur van het sociale vangnet of recente psychotrauma's. Het is van belang om die informatie in het onderzoek te betrekken.

10 Behandelsetting

Hier volgen indicaties voor de keuze van de behandelsetting bij suïcidaal gedrag. Deze aanwijzingen zijn overgenomen uit de praktijkrichtlijn voor de beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag van de American Psychiatric Association (APA, 2003). De aanwijzingen geven richting aan het beleid; zij mogen niet worden opgevat als voorschrift.

10.1 Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)

Na een suïcidepoging

Laat de patiënt bij voorkeur opnemen na een suïcidepoging indien:

- de patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant is;
- de poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was;
- voorzorgen zijn genomen om ontdekking te voorkomen;
- er een persisterend plan of persisterende intentie is;
- de patiënt spijt heeft dat hij of zij nog leeft c.q. de spanning is toegenomen;
- de patiënt een man is van middelbare leeftijd of ouder, met een nieuwe psychiatrische aandoening, nieuw suïcidaal gedrag of alcoholafhankelijkheid en impulsiviteit;
- de patiënt weinig ondersteuning heeft (inclusief het ontbreken van huisvesting);
- er bij onderzoek uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen of weigering van hulp;
- er een psychiatrische stoornis is met een metabole, toxische, infectieuze etiologie waarvoor nader onderzoek in een gestructureerde setting noodzakelijk is.

Bij suïcidegedachten

Laat de patiënt bij voorkeur opnemen bij suïcidegedachten indien:

- er een specifiek suïcideplan is met hoge letaliteit;
- er een sterke doodswens is;
- er sprake is van vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid en/of stress.

10.2 Mogelijk opnemen***Na een suïcidepoging***

- Overweeg na elke suïcidepoging om de patiënt op te nemen, ongeacht de kenmerken uit paragraaf 10.1, 'Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)'.

Bij suïcidegedachten

Overweeg om de patiënt te laten opnemen bij suïcidegedachten in combinatie met:

- psychose of een andere ernstige psychiatrische aandoening;
- suïcidepogingen in de voorgeschiedenis, vooral als die ernstig waren;
- een lichamelijke ziekte als bijkomende factor;
- een beperkt steunsysteem (inclusief het ontbreken van huisvesting);
- een onwerkzame ambulante of deeltijdbehandeling;
- gebrek aan medewerking aan een ambulante of deeltijdbehandeling;
- ontbrekende arts-patiëntrelatie of geen toegang tot ambulante voorzieningen;
- de noodzaak van deskundige observatie, medisch onderzoek of diagnostisch onderzoek waarvoor een gestructureerde setting nodig is.

Zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten of -plan

Overweeg om de patiënt te laten opnemen zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten, -plan of -intentie indien:

- er aanwijzingen zijn uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese voor een hoog suïciderisico en een recente, acute toename van het risico.

10.3 Mogelijk naar huis

Overweeg om de patiënt naar huis te laten gaan na een suïcidepoging of bij de aanwezigheid van suïcidegedachten of -plan indien:

- het suïcidale gedrag een reactie is op een gebeurtenis (bijvoorbeeld zakken voor een examen; relatieproblemen), vooral als de opvattingen van de patiënt over de gebeurtenis intussen zijn veranderd;
- het plan of de methode een geringe letaliteit heeft;
- de patiënt een stabiele en ondersteunende omgeving heeft;
- de patiënt in staat is om mee te werken aan advies over follow-up.

10.4 Bij voorkeur naar huis

Laat de patiënt bij voorkeur naar huis gaan indien:

- de patiënt chronisch suïcidaal gedrag heeft zonder een voorgeschiedenis met een suïcidepoging met hoge letaliteit, indien de patiënt een veilige, ondersteunende omgeving heeft en reeds in ambulante behandeling is.

10.5 Afspraken nazorg

Afspraken over nazorg kunt u vastleggen met behulp van het formulier in figuur B4.3. Het formulier vult u bij voorkeur samen met de patiënt (en eventuele naasten) in en geeft u aan de patiënt mee.

Literatuur

- APA. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Heeringen, C. van. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In C. van Heeringen, & A.J.F.M. Kerkhof (Red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 151-152). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Raue, P.J., Brown, E.L., Meyers, B.S. Schulberg, H.C., & Bruce, M.L. (2006). Does every allusion to possible suicide require the same response? *Family Practice*, 55, 605-12.
- Shea, S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 58-78.

Figuur B4.3 Voorbeeld van (veiligheids-) afspraken

Voorbeeld van (veiligheids-) afspraken die met de patient met suïcidaal gedrag gemaakt kunnen worden en schriftelijk kunnen worden meegegeven, bijvoorbeeld na een suïcidepoging.

U hebt gesproken met:

Naam:

De eerstkomende dagen verblijft u bij (adres):

Naam:

Straat: Plaats:

Degene (degenen) die bereid is (zijn) voor opvang te zorgen, is (zijn) (naam, telefoonnummer):

Naam:

Telefoonnummer:

Naam:

Telefoonnummer:

De volgende medicijnen zijn u geadviseerd te gebruiken:

–

–

Als u opnieuw gedachten hebt aan zelfbeschadiging of de dood, gaat u na of u gebruik kunt maken van het signalerings-/veiligheidsplan dat is opgesteld met (naam, datum):

Naam;

Datum:-.....-.....

Als u opnieuw gedachten hebt aan zelfbeschadiging of de dood, doet u het volgende:

bellen naar (naam, telefoonnummer):

Naam:

Telefoon:

Indien niet bereikbaar (naam, telefoonnummer):

Naam:

Telefoon:

Behandelaren die bereikbaar zijn voor hulp, advies of nazorg (namen, nummers):

Naam:

Telefoon:

Naam:

Telefoon:

Een afspraak voor u is gemaakt

bij (naam instelling):

met (naam behandelaar):

op (datum, tijdstip):

Een afspraak bij u thuis is gemaakt

op (datum, tijdstip):

met (naam behandelaar):

Overige afspraken:.....

.....

.....

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 Levenseinde (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