

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 15-02-2024 om 11:56. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag>

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 17-06-2018

Zorgstandaard

Suïcidaal gedrag

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
2. Samenvatting	6
2.1 Samenvatting	6
2.1.1 Het onderwerp van de zorgstandaard	6
2.1.2 Patiëntenperspectief en aanbevelingen van patiënten	7
2.1.3 Kernelementen van goede zorg	7
2.1.4 Organisatie van zorg	9
2.1.5 Thema's waar ketenpartners afspraken over maken	9
3. Inleiding	10
3.1 Over suïcidaal gedrag	10
3.1.1 Algemene inleiding	10
3.1.2 Wat is suïcidaal gedrag?	10
3.1.3 Suïcidaal gedrag en zelfbeschadigend gedrag	11
3.1.4 Suïcidaal gedrag en euthanasie	12
3.1.5 Beloop	13
3.1.6 Ziekte last	13
3.1.7 Ontstaan van suïcidaal gedrag	13
3.2 Doelstelling van deze standaard	14
3.3 Doelgroepen van deze standaard	15
3.4 Uitgangspunten	15
3.4.1 Algemeen	17
3.5 Deze standaard staat in het Register	17
4. Patiëntenperspectief	18
4.1 Wensen en ervaringen van patiënten	18
4.1.1 Gezamenlijke besluitvorming	18
4.1.2 Centrale vragen	18
4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	19
4.2.1 Algemene kwaliteitscriteria	19
4.2.2 Focus van Zorg (uitkomst)	19
4.2.3 Vorm van Zorg (proces: relaties)	19
4.2.4 Inhoud van Zorg (proces: inhoud)	19
4.2.5 Eisen aan Zorg (structuur)	20
5. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	21
5.1 Inleiding	21

5.1.1 Contact maken	21
5.1.2 Samenwerking en ondersteuning naasten	22
5.2 Vroege onderkenning en preventie	25
5.2.1 Vroege herkenning	25
5.2.2 Preventie	26
5.3 Diagnostiek	27
5.3.1 Onderzoek naar ernst en urgentie (triage)	27
5.3.2 Box: aandachtspunten voor het inschatten van de ernst en urgentie van de situatie	28
5.3.3 Onderzoek suïcidaal gedrag	29
5.3.4 Figuur CASE-interview volgens Shea (1998)	30
5.3.5 Onderzoek stress-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren.	30
5.3.6 Diagnostische formulering	30
5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	32
5.4.1 Individueel behandelplan	32
5.4.2 Behandeling suïcidaal gedrag	33
5.4.3 Lange termijn behandeling	35
5.4.4 Handelen na een suïcide	35
5.5 Monitoring	36
5.6 Herstel, participatie en re-integratie	36
6. Organisatie van zorg	38
6.1 Inleiding	38
6.1.1 Stroomschema	38
6.2 Betrokken professionals	40
6.3 Samenwerking	42
6.4 Competenties	43
6.4.1 Onvoldoende contact	44
6.4.2 Training	44
6.5 Kwaliteitsbeleid	44
6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	45
6.7 Financiering	45
7. Kwaliteitsindicatoren	46
7.1 Kwaliteitsindicatoren	46
8. Achtergronddocumenten	47
8.1 Verdieping	47
8.1.1 Omschrijving suïcidaal gedrag uit de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	47
8.1.2 Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag	48
8.1.3 Voorbeeldvragen suïcidale toestand	49
8.1.4 CASE (Chronologic Assessment of Suicide Events) interview	51
8.1.5 CAMS (Collaborative Assessment & Management of Suicidality)	52

8.1.6 CAMS voorbeeld-casus	53
8.1.7 Individueel Zorgplan	54
8.1.8 Gatekeeper trainingen	56
8.1.9 Uitgangspunten voor het betrekken van naasten bij suïcidaal gedrag	56
8.1.10 Voorbeelden	57
8.2 Resultaten conjunct analyse onder patiënten	62
8.2.1 Resultaten	65
8.2.2 Aanbevelingen	67
8.3 Samenvatting expertraadpleging	67
8.4 Geraadpleegde experts	72
8.5 Samenstelling werkgroep	72

1. Introductie

Autorisatiedatum 05-04-2020 Beoordelingsdatum 05-04-2020

1.1 Introductie

Suïcidaal gedrag kan je zien als een manier om een oplossing te zoeken voor [ondraaglijke pijn en onoplosbare problemen](#). Suïcidaal gedrag is als iemand:

- gedachten heeft over zelfdoding en/of;
- de intentie heeft zichzelf te doden en/of;
- bezig is met het voorbereiden van zelfdoding en/of;
- een poging doet om zichzelf te doden.

Suïcidaal gedrag is [een omvangrijk probleem](#) met een enorme impact op alle betrokkenen. Bij patiënten ligt er ondraaglijk lijden aan ten grondslag. Naasten en hulpverleners worstelen vaak met gevoelens van onmacht, verdriet en schuld. Het meemaken van een suïcide poging is voor alle partijen schokkend. Het omgaan met en behandelen van mensen met suïcidaal gedrag is niet eenvoudig. Zelfdoding is een moeilijk bespreekbaar onderwerp dat veel mensen (onbewust) het liefst uit de weg gaan.

Persoonsgerichte benadering centraal in deze zorgstandaard

In deze zorgstandaard vind je waar goede zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag op hoofdlijnen aan moet voldoen. Het geeft voldoende ruimte voor flexibiliteit en een persoonsgerichte benadering van patiënten. Het geeft de maatstaf voor het vereiste niveau van kwaliteit van zorgverlening.

2. Samenvatting

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 22-02-2018

2.1 Samenvatting

Van deze zorgstandaard kan je hier de [samenvattingskaart Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) downloaden.

Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. het onderwerp van de zorgstandaard;
2. patiëntenperspectief en aanbevelingen van patiënten;
3. kernelementen van goede zorg;
4. organisatie van zorg ;
5. thema's waar ketenpartners afspraken over maken.

2.1.1 Het onderwerp van de zorgstandaard

Suïcidaal gedrag kan gezien worden als een manier om een oplossing te zoeken voor ondraaglijke pijn en onoplosbare problemen. We spreken van suïcidaal gedrag als iemand:

- gedachten heeft over zelfdoding en/of;
- de intentie heeft zichzelf te doden en/of;
- bezig is met het voorbereiden van zelfdoding en/of;
- een poging doet om zichzelf te doden.

Suïcidaal gedrag bestaat dus niet alleen uit handelingen maar ook uit gedachten. Het heeft veel overeenkomsten met zelfbeschadigend gedrag. Iemand met suïcidaal gedrag lijkt zijn of haar huidige leven te willen beëindigen, maar vaak is er, net als bij mensen die zichzelf beschadigen, vooral de behoefte om met ondraaglijke ervaringen, gevoelens of emoties om te kunnen gaan.

De bedoeling van suïcidaal gedrag kan per persoon verschillen. Sommige mensen willen echt stoppen met leven, anderen willen niet meer verder leven op de manier zoals ze dat nu doen, weer anderen willen met suïcidaal gedrag vooral bereiken dat er naar hen wordt geluisterd. Suïcidaal gedrag kan ook een uitdrukking zijn van de wens om te ontsnappen aan een moeilijk te verdragen situatie waarbij niet voor de dood wordt gekozen.

De persoon heeft niet altijd een vrije keus in zijn gerichtheid op dood en sterven. Vaak is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de persoon zich gedreven voelt door de omstandigheden en/of door onmacht. Onmacht om met problemen om te gaan, kan leiden tot een gevoel van uitzichtloosheid.

De persoon komt in een situatie waarin hij geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht, met suïcidaal gedrag tot gevolg.

2.1.2 Patiëntenperspectief en aanbevelingen van patiënten

Aandachtspunten vanuit het patiëntenperspectief:

- Contact maken is de kern van het omgaan met iemand met (een vermoeden van) suïcidaal gedrag.
- Het is belangrijk dat het lijden van de persoon met suïcidaal gedrag wordt erkend, dat hij zich gehoord en gesteund voelt en dat er open wordt gesproken over de wens tot zelfdoding. Dit vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen.
- Professionals moeten durven doorvragen.
- Vraag altijd aan de patiënt wie zijn belangrijkste naasten zijn en op welke manier zij bij de behandeling betrokken kunnen worden.

Aanbevelingen van patiënten

- Spreek open over de suïcidale gedachten of suïcide poging. Durf concreet te zijn.
- Wees beschikbaar, neem de tijd, wees warm en liefdevol. Ga letterlijk naast iemand zitten als dat mogelijk is.
- Praat iemand geen schuldgevoel aan. Leef mee en laat merken dat suïcidale gedachten er mogen zijn.
- Bespreek eerst de problemen en het verhaal van de persoon. Kom niet meteen met oplossingen of tips om iets te gaan doen. Eerst luisteren en dan pas over vervolgstappen nadenken.
- Kom afspraken na. Vat het gesprek regelmatig samen. Stimuleer iemand zelf aantekeningen van de gesprekken en een afsprakenlijstje te maken.
- Ga samen met de persoon na wat signalen zijn waaruit zou kunnen blijken dat hij weer suïcidaal wordt. Wees alert op signalen dat er mogelijk iets niet goed gaat.
- Blijf vragen naar suïcidale gedachten, ook in latere fasen. Neem initiatief en wacht niet af tot iemand er zelf mee komt of tot er sprake is van een crisis.
- Vraag of iemand wil praten of liever iets anders wil doen. Bijvoorbeeld samen een wandeling maken, muziek luisteren of juist stil zijn en niets hoeven. Bied de mogelijkheid tot mailcontact.
- Wijs op andere mogelijkheden voor ondersteuning, zoals [113online](#), een ervaringsdeskundige of (online) zelfhulp- of lotgenotengroep.

2.1.3 Kernelementen van goede zorg

Vroege onderkenning en preventie

Het is vaak moeilijk om suïcidaal gedrag te herkennen, zeker als mensen niet in behandeling zijn bij de ggz. Ongeveer de helft van de mensen zoekt in de weken voor de suïcide hulp bij de huisarts. Dit doen zij echter meestal met een andere hulpvraag. Vaak kan alleen uit de omstandigheden worden afgeleid dat iemand aan suïcide denkt of een suïcidepoging heeft gedaan.

Naasten, zoals vrienden en familieleden, zijn een belangrijke informatiebron. Zij merken suïcidaal gedrag en veranderingen in gedrag vaak goed op. Vraag als professional (binnen en buiten de ggz) actief en onderzoek suïcidegedachten en -plannen bij een vermoeden op suïcidaal gedrag.

Diagnostiek

Bepaal ernst en urgentie: bepaal als hulpverlener eerst hoe ernstig en dringend de situatie is, of direct hulp nodig is en zo ja waar en door wie. Aandachtspunten bij het inschatten van de ernst en urgentie zijn: de lichamelijke toestand, combinatie van psychische en verslavingsproblemen, concreet plan, impulscontrole, voorgeschiedenis, gevoel van wanhoop, ondersteuning vanuit omgeving en de maatschappelijke situatie.

Onderzoek suïcidaal gedrag: ga na de eerste inschatting van de situatie dieper in op het suïcidaal gedrag. Vraag naar de actuele gedachten en gebeurtenissen en vervolgens naar de voorgeschiedenis, zoals eerdere perioden van suïcidaal gedrag, eerdere behandelingen voor psychiatrische problemen, suïcides in de familie, et cetera. Vraag aan de patiënt hoe hij over zijn toekomst denkt en hoe dit toekomstbeeld kan verbeteren.

Inventariseer de aard en verloop van klachten en problemen vooraf: onderzoek ten slotte samen met de patiënt en zijn naasten wat de aard en het verloop van de klachten en problemen zijn en wat aan het suïcidale gedrag vooraf is gegaan. Bespreek wat de patiënt met het suïcidaal gedrag wil bereiken. Wil iemand bijvoorbeeld vooral het bewustzijn uitschakelen, ontsnappen aan het leven, het lijden verkorten of iemand kwetsen? Handelt iemand onder invloed van stemmen of in een opwelling? De reden voor suïcidaal gedrag is het belangrijkste aanknopingspunt voor behandeling.

Behandeling en begeleiding

Stel op basis van de diagnose samen met de patiënt een individueel behandelplan op. Zoek hierbij naar een aanpak die past bij het individu en de situatie. De beslissingen over de behandeling worden zo veel mogelijk gezamenlijk met patiënt en naasten.

De behandeling bestaat uit eerste interventies en daarop aansluitende lange termijn behandeling:

- Eerste interventies: gericht op veiligheid scheppen, de patiënt tegen zichzelf beschermen, psycho-educatie en voorlichting over suïcidaal gedrag.
- Lange termijn behandeling: gericht op het behandelen van het suïcidale gedrag, eventueel met gebruik van psychotherapie en medicatie. Stel een signalerings- of veiligheidsplan op. Dit plan heeft als doel om duidelijkheid en inzicht te krijgen in het ontstaan en ontwikkeling van suïcidaal gedrag. Voor de behandeling van onderliggende psychische stoornissen dienen de daartoe opgestelde zorgstandaarden en richtlijnen gevolgd te worden.

Monitoring

Besteed tijdens de behandeling van suïcidaal gedrag en onderliggende problematiek structureel aandacht aan de ernst van het suïcidaal gedrag, in het bijzonder bij kritische momenten in de behandeling. Bijvoorbeeld bij verandering van vrijheden, plotselinge veranderingen in het klinische beeld of kritische overgangen in de behandeling zoals ontslag uit het ziekenhuis of overdracht van een patiënt aan een collega.

Wees waakzaam bij verschijnselen als verslechtering of onverwachte sterke verbetering van de klachten, onvrede over de behandeling of bij toename van sociaal isolement.

Herstel, participatie en re-integratie

Herstel gaat om het ontwikkelen van veerkracht en om het omgaan met - en het leven weer oppakken na - ontwrichtende ervaringen. Hierbij spelen zinvragen als 'hoe kan ik leven met mijn pijn', 'wat maakt mijn leven nog de moeite waard' een belangrijke rol. Het vraagt moed van de hulpverlener om werkelijk contact te maken met mensen die emotionele pijn uiten. Alleen dan kunnen zij iemand bijstaan in moeilijke situaties.

Ook ervaringsdeskundigen spelen een belangrijke rol bij de ondersteuning van herstel. Ervaringsdeskundigen weten uit eigen ervaring hoe je perioden van crisis en machteloosheid te boven kunt komen. Ze zijn een rolmodel en bieden hoop dat herstel mogelijk is. Ook kunnen zij de weg openen voor ondersteuning door naasten en vrijwilligers.

2.1.4 Organisatie van zorg

Een probleem in de zorg rondom suïcidaal gedrag is dat er geen of weinig afspraken worden gemaakt over de zorgketen. Daardoor kan de continuïteit van zorg in gevaar komen en kunnen patiënten tussen wal en schip vallen. Daarom moeten in iedere regio door relevante partijen overeenkomsten worden opgesteld over ieders verantwoordelijkheden bij de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Hierbij is het belangrijk dat de verantwoordelijkheid van een hulpverlener pas eindigt, wanneer een warme overdracht naar een andere hulpverlener in de keten heeft plaatsgevonden. Het initiatief voor het maken van deze overeenkomsten moet worden genomen door de gespecialiseerde ggz. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor afstemming met andere behandelaars en voor regelmatige evaluatie van de samenwerking.

Belangrijk in de samenwerking tussen ketenpartners is het doorlopen van een proces van commitment en vertrouwen. Wanneer ketenpartners elkaar kennen en vertrouwen, zal het eenvoudiger zijn om tot afspraken te komen en weten aanbieders elkaar te vinden bij eventuele knelpunten.

2.1.5 Thema's waar ketenpartners afspraken over maken

Ketenpartners maken in ieder geval afspraken over:

- Toegang tot de zorg: bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure, wachttijden, communicatie met toeleiders, patiënten en naasten over bij wie ze welke zorg kunnen krijgen.
- Keuze behandelsetting: opname of ambulant / thuis.
- Continuïteit van zorg: 'warme' overdracht en sluitende afspraken over het overgeven en nemen van de verantwoordelijkheid.
- Interne overdracht.
- Beschikbaarheid van crisis- en Wvggz-bedden (Wet verplichte ggz), laagdrempelige inloop- en time-out voorzieningen.
- Informatieoverdracht: afspraken over de wijze van terugkoppeling en informatieoverdracht, en de snelheid en inhoud hiervan.
- Nazorg en outreachende zorg.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 22-02-2018

3.1 Over suïcidaal gedrag

3.1.1 Algemene inleiding

Deze zorgstandaard beschrijft op hoofdlijnen waaraan goede zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag moet voldoen. Het geeft voldoende ruimte voor flexibiliteit en een persoonsgerichte benadering van patiënten. Het geeft de maatstaf voor het (minimaal) vereiste niveau van kwaliteit van zorgverlening.

Suïcidaal gedrag is een omvangrijk probleem met een enorme impact op alle betrokkenen. Bij patiënten ligt er ondraaglijk lijden aan ten grondslag. Naasten en hulpverleners worstelen vaak met gevoelens van onmacht, verdriet en schuld. Het meemaken van een suïcide poging is voor alle partijen schokkend. Het omgaan met en behandelen van mensen met suïcidaal gedrag is niet eenvoudig. Zelfdoding is een moeilijk bespreekbaar onderwerp dat veel mensen, onbewust, het liefst uit de weg gaan. Het is echter belangrijk te beseffen dat betrokkenen niet met lege handen hoeven te staan. Zij kunnen een groot verschil maken. Vooral door de situatie niet uit de weg te gaan, door contact te maken en suïcidaal gedrag bespreekbaar te maken. Met het uiteindelijke doel om zelfdoding te voorkomen.

Eigenlijk dient iedereen kennis te hebben over suïcidaal gedrag en hoe daarmee om te gaan. In de praktijk worden echter nogal wat knelpunten op dit gebiedesignaleerd. Zo is het voor zowel patiënten als hulpverleners moeilijk om over suïcidaal gedrag te praten. Zelfdoding is voor velen nog steeds een taboe. Daarnaast bestaan er nog veel misvattingen over suïcidaal gedrag. Bijvoorbeeld dat praten over suïcide de kans erop vergroot of dat suïcidaal gedrag niet te behandelen valt. Hulpverleners zijn niet altijd goed opgeleid om suïcidale gedachten te bespreken. Nog te vaak wordt het onderwerp uit de weg gegaan waardoor de onderliggende problematiek onbelicht blijft, er geen goed contact wordt gemaakt en geen passende hulp geboden kan worden. Ook kan de samenwerking met naasten worden verbeterd. Zij spelen een belangrijke rol bij de diagnostiek en behandeling, maar worden daarbij in onze ogen te weinig betrokken en ondersteund. Tot slot verdient de organisatie van zorg bij suïcidaal gedrag meer aandacht. De zorg moet worden georganiseerd rondom de patiënt. Daarbij moet aandacht zijn voor continuïteit van zorg, informatie-uitwisseling en heldere afspraken worden gemaakt over wie de contactpersonen zijn en wie de regie voert.

3.1.2 Wat is suïcidaal gedrag?

Suïcidaal gedrag

Suïcidaal gedrag: Voor een uitgebreide definitie van suïcidaal gedrag zie Omschrijving suïcidaal gedrag uit de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

komt veel voor en is een complex probleem. In Nederland hebben naar schatting jaarlijks 410.000 mensen gedachten over suïcide. 94.000 mensen doen een suïcidepoging. Van hen komen per jaar ongeveer 14.000 mensen in het ziekenhuis terecht. In 2015 maakten 1.871 inwoners van Nederland (1.280 mannen en 591 vrouwen) een einde aan hun leven. Ongeveer 90% van de mensen die zich suïcideren hebben op het moment van suïcide een psychiatrische classificatie.

De term suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. Concreter gezegd spreken we van suïcidaal gedrag als iemand:

- gedachten heeft over zelfdoding en/of;
- de intentie heeft zichzelf te doden en/of;
- bezig is met het voorbereiden van zelfdoding en/of;
- een poging doet om zichzelf te doden.

Suïcidaal gedrag bestaat dus niet alleen uit handelingen maar ook uit gedachten en gevoelens. Dat kunnen ook zich opdringende, verontrustende beelden zijn van manieren om zichzelf te doden.

Het gedrag komt in de regel voort uit een gevoel van 'entrapment' (klemzitten): iemand zit in een situatie waarin hij of zij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht (zie verder [Ontstaan van suïcidaal gedrag, wanhoop en 'entrapment'](#)). Suïcidaal gedrag wordt in deze zorgstandaard niet gezien als een stoornis op zich maar als een symptoom van, veelal ernstig, lijden. Het kan opgevat worden als een reactie op ondraaglijke pijn en onoplosbare problemen.

Suïcidaal gedrag is een breed begrip. Het uit zich in verschillende vormen en kan meer of minder acuut zijn. De drijfveren voor het gedrag zijn uiteenlopend. Bij de ene persoon hangt het bijvoorbeeld sterk samen met een stemmingsstoornis of een andere psychische of lichamelijke aandoening. Bij een ander liggen er eerder sociaal maatschappelijke problemen aan ten grondslag, zoals verlieservaringen of schuldenproblematiek. Voor weer anderen is suïcidaal gedrag de enige manier waarop zij in een bepaalde situatie kunnen communiceren en in andere gevallen wordt het gedrag ingegeven door wanen, bijvoorbeeld stemmen die zeggen dat iemand dood moet.

3.1.3 Suïcidaal gedrag en zelfbeschadigend gedrag

We spreken ook van suïcidaal gedrag bij zelfbeschadigend en/of risicovol gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden, of het risico van overlijden niet uit de weg gaat. Het onderscheid tussen suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag lijkt de intentie te zijn om al dan niet te willen overlijden. In de praktijk is het verschil in die intenties echter niet altijd gemakkelijk vast te stellen. Suïcidaal gedrag is, net als zelfbeschadiging, vooral een manier om om te gaan met, of te ontsnappen aan, ondraaglijke ervaringen, gevoelens of emoties. Daarbij is het belangrijk om te beseffen dat zelfbeschadiging soms wel degelijk de dood tot gevolg heeft, zonder dat dit de bedoeling is van de patiënt.

Bron: Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012.

Ook kunnen mensen met zelfbeschadigend gedrag uiteindelijk suïcidaal gedrag ontwikkelen; dan biedt de zelfbeschadiging onvoldoende opluchting van de ondraaglijke ervaring of emoties.

De diagnostiek en behandeling van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag kent dan ook veel overeenkomsten, met name op het vlak van contact maken. Hoewel de natuurlijke reactie van hulpverleners kan zijn om het zelfbeschadigende gedrag van patiënten direct te beheersen en te stoppen, kan dit onbedoeld suïciditeit in de hand werken: de patiënt heeft nu geen middel meer om zijn of haar eigen wanhoop of spanningen te ventileren jegens de hulpverlener.

3.1.4 Suïcidaal gedrag en euthanasie

Suïcide is een eindpunt van een, soms snel verlopend, proces dat de patiënt in zijn eentje doorloopt. Daarbij is door de toestand van 'entrapment' (klemzitten) ([Ontstaan van suïcidaal gedrag kopje wanhoop en 'entrapment'](#)) in de regel ook geen sprake van een weloverwogen keuze. Entrapment gaat immers gepaard met bewustzijnsvernauwing.

Euthanasie en zelfdoding met hulp van een arts, daarentegen, zijn eindpunten van een proces waarin de patiënt, naasten en betrokken professionals er na zorgvuldige weging voor kiezen om het leven te beëindigen.

Euthanasie en zelfdoding met hulp van een arts, daarentegen, zijn eindpunten van een proces waarin de patiënt, naasten en betrokken professionals er na zorgvuldige weging voor kiezen om het leven te beëindigen.: Op basis van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL).

De doodswens ontwikkelt zich dan nadat er al veel behandelingen zijn toegepast zonder wezenlijk resultaat, waardoor behandelen voor de patiënt vaak geen optie meer is. Meestal zijn bij dat proces naasten nauw betrokken.

Voor euthanasie en hulp bij zelfdoding gelden in Nederland specifieke regels. Deze zorgstandaard gaat hier niet op in. Voor meer informatie verwijzen wij naar de [Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis](#) van de NVvP

NVvP: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

en de [Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding](#) van de KNMP

KNMP: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie.

en KNMG.

KNMG.: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

3.1.5 Beloop

Hoe suïcidaliteit zich ontwikkelt is moeilijk voorspelbaar. Er zijn namelijk veel factoren die bij het beloop van suïcidaal gedrag een rol kunnen spelen, zie achtergronddocument [Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag](#). Daarbij kan de situatie snel veranderen. Het gedrag kan van het ene op het andere moment acuut worden.

3.1.6 Ziektelast

Ziekten veroorzaken veel ziektebelasting als de sterfte aan deze ziekte hoog is, als er veel mensen aan de ziekte lijden en/of als de ziekte een grote impact heeft op de kwaliteit van leven. Ziektebelasting wordt berekend aan de hand van jaren verloren door sterfte (YLL: Years of Life Lost) en jaren geleefd met ziekte (YLD: Years Lived With Disability). Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid staat de ziektebelasting van suïcidaal gedrag (inclusief zelfbeschadiging) op plaats 12 van alle ziekten, aandoeningen en beperkingen. Daarmee is de ziektebelasting lager dan diabetes, beroerte, angst en depressie maar hoger dan borstkanker, hartfalen, schizofrenie en autisme.

Daarmee is de ziektebelasting lager dan diabetes, beroerte, angst en depressie maar hoger dan borstkanker, hartfalen, schizofrenie en autisme.: VTV 2014: YLL 54.154 (plaats 8)
YLD 47.339 (plaats 14)

3.1.7 Ontstaan van suïcidaal gedrag

Wat de precieze oorzaak is van suïcidaal gedrag is onbekend. Het is niet duidelijk waarom de ene persoon in een bepaalde situatie en met een bepaalde achtergrond suïcidaal gedrag ontwikkelt en een ander in dezelfde omstandigheden niet. Wel is bekend dat bepaalde factoren een rol kunnen spelen. Als deze factoren in het spel zijn wil dat echter niet automatisch zeggen dat iemand ook suïcidaal gedrag gaat vertonen.

Figuur: Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheids- en entrapment voor suïcidaal gedrag

Bron: naar Goldney, 2008; Williams et al. 2005.

Kwetsbaarheid, stressoren en entrapment (klemzitten) vormen samen de centrale elementen die suïcidaal gedrag kunnen verklaren.

Kwetsbaarheidsfactoren en stressoren

Onder kwetsbaarheidsfactoren verstaan we de eigenschappen en eerdere ervaringen van de patiënt. Daarmee bedoelen we factoren zoals genetische aanleg, persoonlijkheid (bijvoorbeeld moeilijk kunnen omgaan met tegenslagen), opvoeding, of eerdere ervaringen (binnen de familie) met suïcidaal gedrag, die de patiënt kwetsbaar maken voor het uiteindelijk ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Het zijn factoren die van belang zijn om als hulpverlener in kaart te brengen omdat ze iets zeggen over de algemene kwetsbaarheid van de patiënt.

Ook ingrijpende gebeurtenissen en moeilijke omstandigheden kunnen de neiging tot suïcidaal gedrag vergroten. Dit worden ook wel 'stressoren' genoemd. Voorbeelden zijn: het verlies van een dierbare, verlies van werk, een psychische of lichamelijke aandoening, drank- en drugsmisbruik, het recent vóórkomen van suïcide in de familie of vriendenkring, armoede, werkloosheid, alleenstaand zijn, het ontbreken van sociale steun, over dodelijke middelen beschikken. Zie verder achtergronddocument [Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag](#).

Wanhoop en 'entrapment' (letterlijk: klemzitten)

Recente verlieservaringen en andere ingrijpende gebeurtenissen kunnen, in combinatie met een kwetsbaarheid, iemand wanhopig maken. Iemand komt dan volledig klem te zitten en voelt zich als het ware gevangen in de situatie. Gevoelens van wanhoop, verlies en verslagenheid overheersen en men ziet geen uitweg meer ('no rescue'). Dit wordt 'entrapment' genoemd. Bij entrapment is iemand in een toestand van bewustzijnsvernauwing. Een toestand die gepaard kan gaan met cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling, en die het contact met de professional kan belemmeren. Bij cognitief disfunctioneren gaat het bijvoorbeeld om zwart-witdenken, overgeneraliseren, tunneldenken of bewustzijns- en concentratiestoornissen. Bij emotionele ontregeling kan het gaan om wanhoop, schaamte, angst om als 'gestoord' te worden beschouwd of vrees voor een opname.

Beschermende factoren

Aan de andere kant zijn er beschermende factoren die de kans op suïcidaal gedrag verminderen. Bijvoorbeeld: het hebben van veerkracht, weerbaarheid, een goede behandelrelatie en een steunend sociaal netwerk. Religieuze overtuiging en verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld kinderen of ouders kunnen ook beschermende factoren zijn. Zij kunnen aan de andere kant ook extra lijdensdruk geven door schuldgevoel over het suïcidale gedrag richting naasten of de God tot wie men bidt.

3.2 Doelstelling van deze standaard

Deze zorgstandaard Suïcidaal gedrag beschrijft op hoofdlijnen waaraan goede zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag en hun naasten zorginhoudelijk, procesmatig en relationeel minimaal moet

voldoen. De belangrijkste basis voor deze tekst vormen de [Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) en het [Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïciditeit](#). Voor uitgebreide informatie over specifieke onderwerpen en bijzondere doelgroepen, zoals kinderen, verwijzen wij naar de richtlijn. Uitgangspunt voor deze zorgstandaard is een breed toegankelijke beschrijving op hoofdlijnen. Daarbij is uitgegaan van het perspectief van de patiënt. Welke zorg kan en mag de patiënt verwachten? Daarnaast is er aandacht voor de nodige ondersteuning van naaste(n) van mensen die suïcidaal gedrag vertonen. De zorgstandaard geeft professionals handvatten om samen met patiënten en hun naasten tot een passende aanpak te komen.

De tekst kan zelfstandig worden gebruikt of als onderdeel van een zorgstandaard. Bijvoorbeeld de zorgstandaard Depressieve stoornissen, zorgstandaard Psychose, zorgstandaard Bipolaire stoornissen of zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. De zorgstandaard sluit aan bij de zorgstandaarden [Acute Psychiatrie](#), [Assertieve en verplichte zorg](#), [Ernstige psychische aandoeningen](#), [Ziekenhuispsychiatrie](#) en [Naasten](#).

3.3 Doelgroepen van deze standaard

De hier beschreven zorg is bedoeld voor mensen met suïcidaal gedrag, hun naasten en nabestaanden. De zorgketen wordt voornamelijk gevormd door de huisartsenzorg, de spoedeisende hulp, de spoedeisende en consultatieve psychiatrie en de generalistische - en gespecialiseerde ggz. De zorgstandaard is daarom primair bedoeld voor artsen, praktijkondersteuners huisartsenzorg ggz (POH-GGZ), verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten ggz, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters die binnen deze zorgketen werkzaam zijn. Buiten de zorgketen kunnen ook andere instellingen en professionals betrokken zijn bij hulp aan mensen met suïcidaal gedrag, bijvoorbeeld sociaal werkers en medewerkers van de politie. Zij zijn geen primaire doelgroep van deze zorgstandaard, maar zij zijn wel belangrijke partners in de zorg aan mensen met suïcidaal gedrag en kunnen ook baat hebben bij deze zorgstandaard. Voor patiënten en naasten is er een patiëntenversie beschikbaar.

3.4 Uitgangspunten

De belangrijkste uitgangspunten voor deze zorgstandaard zijn de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Bron: Van Hemert et al., 2012.

en het [Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïciditeit](#)

Bron: Hermens, Van Wetten, & Sinnema, 2010.

en de toelichting voor patiënten en naasten die op basis van de richtlijn is geschreven.

Bron: Herpin, De Loor, & Hamelink, 2012.

De informatie uit deze bronnen is aangevuld met de eigen expertise en ervaring van de werkgroepleden. Het patiënten- en naastenperspectief is verkend in een focusgroep bijeenkomst en een conjunct analyse (zie achtergronddocument [Conjunct analyse](#)). Ook heeft er een expertraadpleging plaatsgevonden (zie achtergronddocument [Samenvatting Expertraadpleging](#) en [Geraadpleegde experts](#)).

Deze zorgstandaard is geen vervanging of update van de MDR en heeft een andere insteek. Bij het maken van deze zorgstandaard was het patiëntenperspectief, de 'patiënt journey', een leidend principe. In dat kader zijn bij de werkgroepleden en hun achterbannen praktijk geïnventariseerd. Daarbij kwam een aantal vragen naar voren waarvoor ook buiten de richtlijn gezocht is naar informatie:

Professionals

- Welke vaardigheden / houding van professionals zijn in de ervaring van patiënten effectief bij het tot stand brengen van contact?

Welke vaardigheden / houding van professionals zijn in de ervaring van patiënten effectief bij het tot stand brengen van contact?: Deze vraag is voortgekomen uit de knelpuntenanalyse en richt zich op de vaardigheid van professionals om contact te maken met de patiënt. Dit wil niet zeggen dat patiënten andere vaardigheden van professionals (zoals kennis, kunde, voldoende tijd nemen, et cetera niet belangrijk vinden).

- Welke instrumenten en interventies kunnen professionals gebruiken bij suïcidaal gedrag?
- Hoe kan de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag zo goed mogelijk worden toegesneden op het individu?

Naasten

- Wat hebben naasten nodig om iemand met suïcidaal gedrag te ondersteunen?
- Zijn er instrumenten, interventies, psycho-educatie om naasten te trainen in de omgang met een suïcidaal persoon?
- Wat zijn do's en dont's voor het ondersteunen van een suïcidaal persoon als naaste?

Organisatie van zorg

- Hoe kunnen de verschillende professionals en disciplines uit verschillende organisaties samenwerken in de zorg rond een suïcidaal persoon?

Deze vragen zijn mede beantwoord op basis van de eigen expertise en ervaring van de

werkgroepleden, een focusgroep en een [Conjunct analyse onder patiënten- en naasten](#) en een expertraadpleging.

een expertraadpleging.: Zie Geraadpleegde experts.

De antwoorden zijn in de tekst verweven.

3.4.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de zorgstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een zorgstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de zorgstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

3.5 Deze standaard staat in het Register

Op 16 juli 2019 is deze zorgstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland. Het Register vind je op www.zorginzicht.nl.

Het Register bevat alle zorgstandaarden, meetinstrumenten en informatie-standaarden die voldoen aan het [Toetsingskader](#). Dit kader toetst of een zorgstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.

4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 22-02-2018

4.1 Wensen en ervaringen van patiënten

Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekte of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Bron: Huber, 2011.

Bij suïcidaal gedrag is juist dit vermogen aangetast en lijken deze uitdagingen onoverkomelijk. Het komt voort uit ernstig lijden. Voor patiënten is het in de eerste plaats belangrijk dat hulpverleners dit lijden erkennen. Daarbij dient de persoonlijke ervaring van de patiënt centraal te staan.

4.1.1 Gezamenlijke besluitvorming

Binnen en buiten de ggz is gezamenlijke besluitvorming essentieel om te komen tot de best passende en meest succesvolle behandeling. De hulpverlener, de patiënt en (eventueel) de naaste(n) brengen daarbij elk hun eigen expertise in, overleggen op gelijkwaardige basis en besluiten gezamenlijk of en hoe het probleem wordt aangepakt. Gezamenlijke besluitvorming hoort een steeds terugkerend element te zijn en is in elke fase van het behandeltraject noodzakelijk.

Bij suïcidaal gedrag is er door de staat van entrapment (klemzitten) echter vaak sprake van kokervisie of zelfs bewustzijnsvernauwing bij de patiënt. Dit kan gezamenlijke besluitvorming bemoeilijken. In een acute situatie kan er zelfs sprake zijn van wilsonbekwaamheid en kan het nodig zijn de regie van de behandeling tijdelijk over te nemen. Toch dient gezamenlijke besluitvorming ook in deze lastige situaties het uitgangspunt en streven te zijn. Een hulpmiddel in deze situaties kan een crisis- of veiligheidsplan zijn.

4.1.2 Centrale vragen

Hulpverlening dient te worden toegesneden op het individu. Hierbij staan de volgende vragen centraal:

- Diagnosestelling: Wat is het probleem van de patiënt en hoe is dit ontstaan?
- Indicatiestelling: Wat wil de patiënt bereiken en hoe wil hij dit samen met de behandelaar gaan aanpakken?
- Behandeling: Welke vervolgstappen zijn door patiënt en behandelaar gewenst, dan wel

noodzakelijk?

- Evaluatie: Wat is het oordeel van de patiënt en de behandelaar over de behandeling en hoe gaan patiënt en behandelaar verder?

4.2 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan zijn tussen de wensen en het kwaliteitsoordeel van de patiënt en dat van zijn naasten en de professional. Als de patiënt een andere verwachting heeft van de zorg dan de naasten en/of de professional, kunnen de kwaliteitsoordelen uiteenlopen. Daarom is het essentieel helderheid te krijgen over ieders verwachtingen en doelen.

4.2.1 Algemene kwaliteitscriteria

Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief is door het Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid uitgewerkt in 4 kwaliteitsdomeinen, namelijk uitkomst, relaties, proces en structuur:

Bron: analoog aan Donabedian (1966) LPGGZ, 2016.

Aanvullende criteria voor de zorg bij suïcidaal gedrag

Voor deze zorgstandaard zijn deze uitgangspunten aangevuld met specifieke criteria voor de zorg bij suïcidaal gedrag.

4.2.2 Focus van Zorg (uitkomst)

- Professionals maken contact en gaan het gesprek aan. Zij zorgen voor (emotionele) veiligheid, hebben oog voor de lijdensdruk en gaan steeds na of de patiënt zich gehoord voelt.
- Professionals zoeken samen met de patiënt naar perspectief en een alternatief voor suïcidaliteit, waardoor bij de patiënt hoop op een verbetering van de situatie kan ontstaan, zie ook achtergronddocument [Resultaten conjunct analyse onder patiënten](#).
- De onderliggende problemen worden aangepakt. Het behandelplan is niet alleen gericht op risicobeheersing, maar vooral op het behandelen van de suïcidaliteit en van onderliggende patronen. Uiteindelijk gaat het om het hervinden van aanpassingsvermogen en eigen regie.
- Er wordt een crisis- of veiligheidsplan opgesteld waarin duidelijk omschreven staat wat waarschuwingssignalen zijn voor suïcidaliteit bij de betreffende patiënt, wat de patiënt zelf kan doen als hij een suïcidale crisis voelt aankomen en de rol van naasten en hulpverleners daarin.

4.2.3 Vorm van Zorg (proces: relaties)

- Er is echt contact: suïcidaal gedrag wordt serieus genomen en besproken (openheid).

4.2.4 Inhoud van Zorg (proces: inhoud)

- Er is aandacht voor de persoonlijke drijfveren achter suïcidaal gedrag.
- Professionals helpen de patiënt uit de klem te komen. Zij zijn daarbij invoelend en durven het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan. In het gesprek luisteren zij naar de patiënt en gaan zij niet te snel over tot praten in oplossingen.
- Er wordt gezamenlijk gezocht naar gedragsalternatieven.
- Professionals zijn alert op achterliggende somatische, sociale en financiële problematiek
- Gesprekken worden op gestructureerde wijze gevoerd.
- Suïcidaal gedrag wordt in de loop van de behandeling van de onderliggende problematiek als een terugkerend thema besproken.
- In de behandeling en begeleiding van patiënten is veel aandacht voor het omgaan met een crisis.
- Er wordt een veilige omgeving gecreëerd door gevaarlijke voorwerpen buiten bereik te houden (medicatie, messen), maatregelen te nemen t.a.v. ophangpunten/ materialen.
- Eventueel medicatiegebruik wordt begeleid.
- Naasten worden ondersteund in de omgang met suïcidaal gedrag.

4.2.5 Eisen aan Zorg (structuur)

- De hulpverlener en de patiënt en zijn naasten maken afspraken over de bereikbaarheid en toegang tot zorg. De hulpverlening is 24/7 bereikbaar voor crisisgevallen.
- Er wordt samengewerkt met naasten, tenzij er goede redenen zijn om dat niet te doen.
- Er zijn goede samenwerkingsafspraken tussen betrokken professionals over signaleren en handelen bij suïcidaal gedrag.
- Zo nodig vindt ook samenwerking plaats met instanties en hulpverleners buiten het zorgdomein, bijvoorbeeld sociale dienst, woningcorporatie of schuldhulpverlening.
- Aan de continuïteit van professionals en zorg bij suïcidaal gedrag wordt expliciet aandacht besteed door de betrokken organisaties.
- Professionals hebben voldoende tijd voor de behandeling.
- Professionals worden periodiek geschoold op het omgaan met suïcidaal gedrag en de daarvoor nodige competenties.

5. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 22-02-2018

5.1 Inleiding

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag behandelt de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag in brede zin. De kern van Suïcidaal gedrag vormen de paragrafen [Diagnostiek en behandeling](#), [Begeleiding en terugvalpreventie](#), maar daarnaast wordt ook aandacht besteed aan [Vroege herkenning en preventie](#), [Monitoring](#) en [Herstel, participatie en re-integratie](#). Suïcidaal gedrag is grotendeels gebaseerd op - en sluit aan bij - de [Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#). Omdat het in deze zorgstandaard niet mogelijk is om alle informatie uit de richtlijn te verwerken, verwijzen we hier vaak naar de richtlijntekst. Daar is aanvullende informatie beschikbaar.

Maar eerst worden 2 belangrijke principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag beschreven, namelijk contact maken en samenwerking met naasten. Bij de beschrijving hiervan is vooral gebruik gemaakt van de resultaten van het onderzoek onder patiënten, zie achtergronddocument [Resultaten conjunct analyse onder patiënten](#) en van informatie uit de [zorgstandaard Naasten](#).

Voor diagnostiek en behandeling bij patiënten met een (vermoeden van) laag IQ zie [Psychische stoornissen en ZB/LVB](#)

5.1.1 Contact maken

Contact maken is de kern van het omgaan met iemand met (een vermoeden van) suïcidaal gedrag. Het is belangrijk dat het lijden van de persoon met suïcidaal gedrag wordt erkend, dat hij zich gehoord en gesteund voelt en dat er open wordt gesproken over de wens tot zelfdoding. Dit vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen. Ook moeten professionals durven doorvragen. Uit het onderzoek onder patiënten (zie achtergronddocument [Resultaten conjunct analyse onder patiënten](#)) komen de volgende aanbevelingen naar voren om goed contact te kunnen maken met iemand met suïcidale gedachten:

- Spreek open over de suïcidale gedachten of suïcide poging. Durf concreet te zijn.
- Wees beschikbaar, neem de tijd, wees warm en liefdevol. Ga letterlijk naast iemand zitten als dat mogelijk is.
- Praat iemand geen schuldgevoel aan. Leef mee en laat merken dat suïcidale gedachten er mogen zijn.
- Bespreek eerst de problemen en het verhaal van de persoon. Kom niet meteen met oplossingen of tips om iets te gaan doen. Eerst luisteren en dan pas over vervolgstappen nadenken.

- Kom afspraken na. Vat het gesprek regelmatig samen. Stimuleer iemand zelf aantekeningen van de gesprekken en een afsprakenlijstje te maken.
- Ga samen met de persoon na wat signalen zijn waaruit zou kunnen blijken dat hij weer suïcidaal wordt. Wees alert op signalen dat er mogelijk iets niet goed gaat.
- Blijf vragen naar suïcidale gedachten, ook in latere fasen. Neem initiatief en wacht niet af tot iemand er zelf mee komt of tot er sprake is van een crisis.
- Vraag of iemand wil praten of liever iets anders wil doen. Bijvoorbeeld samen een wandeling maken, muziek luisteren of juist stil zijn en niets hoeven. Bied de mogelijkheid tot mailcontact.
- Wijs op andere mogelijkheden voor ondersteuning, zoals een ervaringsdeskundige of (online) zelfhulp- of lotgenotengroep.

Er bestaan vragenlijsten die behulpzaam kunnen zijn bij een gesprek over suïcidaal gedrag. Deze kunnen een persoonlijk en vertrouwelijk gesprek echter niet vervangen. Het gesprek kan er zelfs door worden gehinderd, omdat het door de patiënt als formeel en afstandelijk kan worden ervaren. Patiënten voelen zich dan niet gehoord door een hulpverlener. Ze hebben dan het idee dat een professional alleen maar zit te taxeren en dat er óver hen wordt gesproken en niet mét hen.

5.1.2 Samenwerking en ondersteuning naasten

Goed contact met naasten is doorgaans een beschermende factor voor suïcide. Suïcidale personen zoeken veel eerder en vaker steun bij hun ouders, partners, (volwassen) kinderen en vrienden dan bij professionals. Naasten zijn vaak iemands belangrijkste steunpilaar die veel bij de patiënt aanwezig zijn. Er dient daarom altijd aan de patiënt te worden gevraagd wie zijn belangrijkste naasten zijn en op welke manier zij bij de diagnostiek en behandeling betrokken kunnen worden. Een slechte relatie met naasten is daarentegen een risicofactor en kan zelfs aan het suïcidaal gedrag ten grondslag liggen. Bijvoorbeeld als er conflicten zijn of sprake is van misbruik.

De rollen van naasten

Naasten van mensen met suïcidaal gedrag kunnen verschillende rollen vervullen.

Naasten van mensen met suïcidaal gedrag kunnen verschillende rollen vervullen. :

Zie zorgstandaard Naasten.

[Meer informatie](#)

- In de eerste plaats zijn naasten vaak *toeleiders* naar zorg en een belangrijke informatiebron voor de professional. Zij zullen vaak als eerste signaleren dat er een risico is op suïcide en schakelen hulp in van huisarts, behandelaar of nooddiensten. Ook kunnen zij veelal belangrijke informatie verschaffen die de patiënt zelf niet kan of wil geven.
- In de tweede plaats kunnen naasten een grote rol spelen bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Zij kunnen functioneren als *co-begeleider of als bondgenoot* van de professional. Bijvoorbeeld door te zorgen voor de veiligheid van de patiënt en door de therapietrouw te verhogen. Ook kunnen zij een bijdrage leveren aan de behandeling door deelname aan familie-, partner- of systeemtherapie.

- In de derde plaats hebben naasten meestal de rol van *mantelzorger*. Zij zorgen voor ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensbehoeften.
- In de vierde plaats kunnen naasten zelf *zorgvrager* zijn of worden. Naasten kunnen zich machteloos, schuldig en vervreemd voelen door de doodswens van hun geliefde. Ook ligt gevaar van overbelasting op de loer. Zij kunnen hierdoor soms zelf hulp of ondersteuning nodig hebben.

Randvoorwaarden voor samenwerking met naasten

Het betrekken en informeren van naasten hoort een vast onderdeel te zijn als er afspraken worden gemaakt over samenwerking met verschillende partijen rondom de patiënt.

Bron: Hermens et al., 2010.

In de praktijk wordt samenwerking met naasten nog te vaak afgehouden en wordt onvoldoende doorgevraagd naar de redenen van een patiënt om contact met de naasten af te houden. Het uitgangspunt zou echter moeten zijn om in elke fase van het zorgproces samen te werken met de naaste(n) van de patiënt, tenzij er goede redenen zijn om dat niet te doen. Hierbij is geen sprake van vrijblijvendheid. Iedere professional binnen de ggz heeft een inspanningsverplichting om met naasten samen te werken tijdens de diagnostiek en behandeling van een suïcidale patiënt.

Er moet uiteraard wel rekening worden gehouden met wet- en regelgeving: er moet expliciet toestemming worden gevraagd aan de patiënt voor het delen van informatie met naasten. Zie hiervoor ook achtergronddocument [Uitgangspunten voor het betrekken van naasten bij suïcidaal gedrag](#). Een patiënt zal overigens meestal eerder toestemming verlenen als de informatie beperkt blijft tot dat wat in die situatie belangrijk is. Het is zelden nodig om alle beschikbare informatie te delen.

Als een patiënt geen toestemming geeft, is het van groot belang samen met de patiënt de redenen daarvan te onderzoeken. Als een patiënt niet wilsbekwaam is en er is een acute situatie met concrete suïcideplannen met een hoog risico op een fatale afloop, dan kan er minimale noodzakelijke informatie worden gedeeld met naasten. De patiënt wordt hiervan zo snel als verantwoord mogelijk is op de hoogte gesteld en krijgt uitleg over de reden dat er informatie is gedeeld.

Praktische adviezen voor professionals

Hieronder enkele adviezen om zo goed mogelijk met naasten samen te werken en hen te ondersteunen.

Bron: Bronnen: multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, invitational conference 113, IGZ en adviezen van werkgroepleden.

Samenwerking

- Werk zo veel mogelijk samen met naasten bij de observatie, diagnostiek, begeleiding of de behandeling. Daarbij kunnen professionals hen erop wijzen dat het belangrijk is suïcidaal gedrag serieus te nemen en niet af te doen als eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, of ‘eigen keuze’ of “manipulatie”. Het is ook niet adequaat om naasten te instrueren niet te veel betrokken te zijn. Bij suïcidaliteit gaat het immers om leven en dood, dus van ‘over-betrokken’ zijn, kan in de beleving van naasten geen sprake zijn.
- Neem de signalen van naasten serieus en betrek de naasten actief als een patiënt in crisis is. Blijf ook na een opname de naasten actief betrekken. Bespreek met de patiënt en met naasten hoe beide partijen naar elkaar communiceren.
- Spreek ook alleen met de patiënt, zonder aanwezigheid van naasten, en maak dan afspraken over vertrouwelijke onderwerpen die niet met naasten mogen worden besproken.
- Spreek af wat ieders rol is in bij de begeleiding van de patiënt. Gebruik hierbij de [triadekaart](#) of [familiekeuzekaart](#). Zorg ervoor dat naasten weten wanneer en met wie ze contact kunnen opnemen als er vragen zijn of een crisis dreigt. Bespreek ook of een behandelaar contact opneemt met naasten als patiënt afspraken niet nakomt.
- Bespreek met de naasten of een patiënt bij verloop van opname alleen gelaten kan worden en welke rol naasten hebben bij het bieden en bewaken van veiligheid.

Ondersteuning

- Heb aandacht voor de emoties van naasten. Zij voelen zich vaak machteloos, schuldig of wanhopig. Vraag na een suïcidepoging ook hoe het met de naasten gaat.
- Maak suïcidaliteit bespreekbaar. Het kan zowel voor naasten als voor de patiënt een taboe zijn.
- Geef voorlichting over suïcidale gevoelens en gedrag, en hoe hiermee kan worden omgegaan. Benoem dat het bij suïcidaliteit in de meeste gevallen niet om een zelfbewuste keuze gaat; geef toelichting over het entrapment model. Daarbij is het belangrijk om het mogelijk terugkerende karakter van suïcidaal gedrag te bespreken, welke stappen er dan gezet kunnen worden, en hoe professionele hulp kan worden ingeschakeld.
- Informeer en ondersteun naasten, geef aan waar zij eventueel zelf terecht kunnen voor hulp en wijs op het bestaan van de familievertrouwenspersoon en familieorganisaties.

Verder is het aan te bevelen om ook voor naasten 24 uur per dag bereikbaar te zijn, naasten de mogelijkheid te bieden bij de patiënt te blijven slapen, en om familie-ervaringsdeskundigen in te zetten tijdens intervisie of spiegelgesprekken. Ook kan worden overwogen om samen met naasten een Eigen Kracht-conferentie of familieberaad te organiseren. Daarbij kunnen vanuit een gezamenlijke visie taken worden verdeeld om de suïcidale persoon te ondersteunen en de veiligheid te bewaken.

Praktische adviezen voor naasten

Een belangrijk advies aan naasten is dat zij een open gesprek aangaan over de problemen en gevoelens die maken dat iemand suïcidaal gedrag vertoont.

Bron: Brochure 113-online, Hermens et al., 2010.

Uit onderzoek blijkt dat dit enorm kan opluchten en een suïcidepoging kan worden voorkomen. Concreet kunnen naasten het volgende doen:

- Het gesprek aangaan en luisteren.
- Naar problemen, gedachten en gevoelens vragen.
- Reageren zonder te oordelen en zo proberen te begrijpen wat er in de ander omgaat.
- Laten merken dat men om die ander geeft.
- Niet meteen met oplossingen komen.
- Degene helpen om (professionele) hulp te zoeken.
- Praktische hulp en steun bieden (bijvoorbeeld zorgen voor eten, samen bewegen en helpen met de administratie).

Naasten kunnen profijt hebben van het volgen van [Gatekeeper trainingen](#) en de publicatie [Hoop doet leven van](#) 113 Zelfmoordpreventie.

5.2 Vroege onderkenning en preventie

5.2.1 Vroege herkenning

Hoe sneller suïcidaal gedrag wordt opgemerkt en behandeld, hoe beter. In een vroeg stadium, waarbij iemand wel speelt met de gedachte aan suïcide, maar ook nog aan andere dingen kan denken en er nog geen of in mindere mate sprake is van entrapment (klemzitten), is het raadzaam om suïcidaal gedrag bespreken en te zoeken naar alternatieven.

Het is echter vaak moeilijk om suïcidaal gedrag te herkennen, zeker als mensen niet in behandeling zijn bij de ggz. Ongeveer de helft van de mensen zoekt in de weken voor de suïcide hulp bij de huisarts. Dit doen zij echter meestal met een andere hulpvraag. Vaak kan alleen uit de omstandigheden worden afgeleid dat iemand aan suïcide denkt of een suïcidepoging heeft gedaan.

Bij mensen die wél in behandeling zijn bij de ggz dienen ggz-professionals alert te zijn op dit gedrag. Ook naasten, zoals vrienden en familieleden, zijn een belangrijke informatiebron. Zij merken suïcidaal gedrag en veranderingen in gedrag vaak goed op. Bij een vermoeden is het essentieel actief te vragen naar suïcidedgedachten en -plannen en deze te onderzoeken. Zie ook: [Voorbeeldvragen suïcidale toestand](#). Per geval schat de professional in hoe uitgebreid en op welke wijze het onderwerp aan de orde gesteld dient te worden.

In de volgende situaties dient de hulpverlener te vragen naar suïcidedgedachten:

In de volgende situaties dient de hulpverlener te vragen naar suïcidegedachten: :
Samenvatting multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

- bij psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen, angst, paniek, hallucinaties en wanen;
- bij uitingen van wanhoop;
- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid), ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen en bij ernstige financiële problemen (schulden);
- bij overgangsmomenten in lopende psychiatrische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname;
- bij zelfbeschadiging;
- bij onverwachte veranderingen, gebrek aan verbetering, of verergering van psychische en/of somatische klachten, of juist sterke verbetering;
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat sprake kan zijn van suïcidaal gedrag.

In de [zorgstandaard Acute psychiatrie](#) wordt onderscheid gemaakt tussen personen die eerder vanwege crisis (o.a. suïcidaal gedrag) in contact zijn geweest met de ggz en personen die niet eerder vanwege crisis in contact zijn geweest met de ggz. Dit heeft consequenties voor de aanpak bij vroege herkenning en preventie:

A. Personen die *niet eerder* vanwege crisis in contact zijn geweest met de ggz: Als het gaat om personen die niet eerder een crisissituatie doorgemaakt hebben, hebben hulpverleners vooral aandacht voor beschermende en uitlokkende factoren en de samenhang met de omgeving.

B. Personen die *eerder* vanwege crisis in contact zijn geweest met de ggz. Voor deze personen zijn vaak uitlokkende factoren voor een crisis bekend. Door crisisafspraken vast te leggen in bijvoorbeeld een crisis- of veiligheidsplan is een adequate reactie in de voorfase van een crisis beter mogelijk en kan een daadwerkelijke crisissituatie mogelijk voorkomen worden. Een voorbeeld voor een plan voor crisisafspraken is te vinden op [crisiskaart.nl](https://www.crisiskaart.nl).

5.2.2 Preventie

Suïcidepreventie speelt zich niet alleen af binnen het domein van de (geestelijke) gezondheidszorg, maar ook in andere domeinen, zoals onderwijs, media en het sociaaleconomisch domein. Het gaat hierbij om GGD'en, signalerende partijen (docenten, maatschappelijke werkers, deurwaarders, schuldhulpverleners, etc.), en partijen die een rol spelen bij het verminderen van risicofactoren, zoals journalisten en ProRail.

Hierbij kunnen verschillende soorten preventie-activiteiten worden onderscheiden:

- *Universele Preventie*: Richt zich op de algemene bevolking en heeft als doel de kans op het ontstaan van suïcidaal gedrag of risicofactoren te verminderen. Voorbeelden zijn publieksvoorlichting, mediacampagnes en landelijke websites (zoals [113](#)).

- *Selectieve Preventie*: Richt zich op groepen in de bevolking met een verhoogd risico en heeft als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen (zoals mensen met psychische en/of somatische aandoeningen, jongeren met zelfbeschadigend gedrag, sociaal geïsoleerde groepen etc.) te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Voorbeelden hiervan zijn de [Gatekeeper trainingen](#) van 113, de training [Mental Health First Aid \(MHFA\)](#) en lespakketten voor basis- en voortgezet onderwijs.
- *Geïndiceerde Preventie*: Richt zich op individuen met risicofactoren of symptomen en heeft als doel het ontstaan van suïcidaal gedrag of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie. Voorbeelden hiervan zijn (online) zelfhulp- en lotgenotengroepen en zelfhulp cursussen (zie [113](#) en [Zelfbeschadiging](#) waar mensen met suïcidaal gedrag in contact kunnen komen met lotgenoten en ervaringsdeskundigen).

In het implementatieplan behorend bij deze zorgstandaard wordt verder ingegaan op de ondersteunende activiteiten voor suïcidepreventie, zoals beschikbare publicaties, scholing, communicatie etc.

5.3 Diagnostiek

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 andere stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Het onderzoek naar oorzaken, het ontstaan en de ontwikkeling van het suïcidale gedrag, de beoordeling van de wilsbekwaamheid en de indicatiestelling voor behandeling worden beschouwd als specialistische vaardigheden die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is.

Goed contact maken en behouden met de patiënt is een kernvoorwaarde voor het verzamelen van de juiste informatie om een beschrijvende diagnose te kunnen opstellen. Het is voor het stellen van de diagnose daarnaast belangrijk om de patiënt te vragen naar eerdere ervaringen met professionals. Negatieve ervaringen met professionals kunnen namelijk een reden zijn dat patiënten niet alles over hun suïcidale gedrag willen vertellen.

5.3.1 Onderzoek naar ernst en urgentie (triage)

Een professional moet in het contact met een patiënt met suïcidaal gedrag eerst bepalen hoe ernstig de situatie is, of er direct hulp geboden moet worden, en zo ja hoe snel, waar en door wie. Daarvoor moet de professional een globale inschatting maken van de problematiek. Dit proces wordt triage genoemd. Lees hiervoor ook de [zorgstandaard Acute psychiatrie](#). In deze zorgstandaard is een triagewijzer opgenomen, waar expliciet aandacht is voor suïcidaal gedrag. Het overzicht van urgentiegraden, kenmerken van de persoon en tijden hebben wij hieronder overgenomen. Dit is een

schema dat geschreven is vanuit de crisisdienst en gaat niet perse alleen over suïcidaliteit.

In [Box Aandachtspunten voor het inschatten van de ernst en urgentie van de situatie](#) heeft de werkgroep - in aanvulling op informatie uit de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag - de belangrijkste aandachtspunten voor het inschatten van de ernst van de situatie bij suïcidaal gedrag omschreven. Dit zijn slechts aandachtspunten. Bij de triage speelt de ervaring en kundigheid van de professional een belangrijke rol. Deze zal bepalen of de zorg acuut, intensief, specialistisch en eventueel verplicht geboden moet worden. Of dat een reguliere laag intensieve of zelfhulpbehandeling gestart kan worden. Tussen de uitersten van opname en zelfhulp bevindt zich een uitgebreid palet aan behandelmogelijkheden. De ernst van de situatie kan niet worden gezien als een optelsom van scores op de aandachtspunten in Box Aandachtspunten voor het inschatten van de ernst en urgentie van de situatie. In bepaalde situaties zullen sommige aandachtspunten zwaarder wegen dan andere. Bij twijfel is het aan te raden advies of een anamnese en onderzoek door een psychiater te vragen bij de spoedeisende of consultatieve psychiatrie.

Er is sprake van nood als er direct gevaar dreigt voor de patiënt of de omgeving (bijvoorbeeld als iemand een waan heeft en stemmen hoort dat hij uit het raam moet springen). Ook bij een zorgelijke lichamelijke toestand als gevolg van een suïcidepoging is een acute verwijzing naar een spoedeisende hulp (SEH) noodzakelijk.

Als de situatie dreigend is kan de politie worden geroepen of een ambulance als de lichamelijke toestand van de patiënt dat nodig maakt. Een patiënt kan zelf naar een SEH in de buurt gaan, al dan niet met een begeleider. Een erkende verwijzer kan daar ook een consult vragen. Elke SEH en crisisdienst heeft een psychiater die met spoed een diagnostisch onderzoek kan doen en een voorstel voor behandeling. De professional overlegt bij voorkeur eerst zelf met de behandelaar waar heen verwezen wordt en stelt zich actief op in het verwijsproces.

Het is overigens belangrijk om ook in ernstige en urgente situaties contact met de patiënt centraal te stellen en zo veel mogelijk te streven naar gezamenlijke besluitvorming.

5.3.2 Box: aandachtspunten voor het inschatten van de ernst en urgentie van de situatie

Lichamelijke toestand

Acute somatische zorg kan noodzakelijk zijn bij onder andere bewustzijnsdaling (coma), braken, insult, open wonden, fracturen, bloedverlies, hoge bloeddruk, snelle ademhaling en vergiftiging.

Comorbiditeit

Kijk naar bijkomende psychische stoornissen zoals verslaving, psychotische, stemmings- en eetstoornissen die behandeld moeten worden. Let daartoe op onder andere: intoxicaties, stemmingscongruente wanen, hallucinaties, euforie. Vraag ook naar lopende behandelingen bij andere behandelaars (overleg) en het gebruik van geneesmiddelen.

Uitgewerkt plan

Hoe meer uitgewerkt het plan om zich te suïcideren hoe groter de kans dat het uitgevoerd wordt. Is er een datum en tijdstip gepland? Is er een locatie bepaald? Vraag naar details, voorbereidingen,

materialen, afscheidsbrief.

Impulscontrole

Als iemand zijn impulsen minder onder controle heeft zal hij afspraken moeilijker kunnen maken en na kunnen komen. Kijk of er sprake is van intoxicatie, agressie, motorische onrust of zelfbeschadiging.

Voorgeschiedenis

Deed de persoon eerder een poging? Is er sprake van zelfbeschadiging? Is suïcide een thema in de familie? Dat vergroot de kans dat de patiënt aan een suïcide zal overlijden. Vraag daarnaar en naar eerdere psychiatrische behandelingen.

‘Entrapment’ (klemzitten) / wanhoop

Wanhoop leidt tot bewustzijnsvernauwing. Suïcide lijkt dan soms nog de enige oplossing. Vraag naar toekomstplannen, alternatieven voor suïcide. Beoordeel daarom het cognitief functioneren.

Sociale context

Eenzaamheid vergroot de kans op suïcide. Informeer naar belangrijke anderen: familie, partner, vrienden, burens, collega's etc. Ook is het belangrijk te vragen naar de woon-, werk- en financiële situatie en daginvulling.

5.3.3 Onderzoek suïcidaal gedrag

Vervolgens vraagt de professional de patiënt naar de inhoud, achtergrond en drijfveren van het suïcidaal gedrag, de voorgeschiedenis en de verwachtingen voor de toekomst. Goede hulpmiddelen bij het bespreken van het suïcidaal gedrag zijn het CASE- interview (Chronologic Assessment of Suicide Events) en de CAMS (Collaborative Assessment & Management of Suicidality).

CASE-interview

Het CASE-interview

Bron: Shea, 1998.

is een geschikte methode om dieper in te gaan op suïcidaal gedrag. CASE staat voor Chronologic Assessment of Suicide Events. Daarbij wordt eerst gevraagd naar de actuele gedachten en gebeurtenissen, vervolgens naar de recente voorgeschiedenis (4- 8 weken) en de ruimere voorgeschiedenis, zoals eerdere episodes van suïcidaal gedrag, eerdere behandelingen voor psychische problemen, suïcides de familie, etc. Ten slotte wordt gevraagd hoe de patiënt over zijn toekomst denkt, en wat er zou kunnen veranderen om het beeld van de toekomst te verbeteren, zie [figuur Figuur CASE-interview volgens Shea \(1998\)](#). Voor meer informatie zie [CASE-interview](#).

CAMS (Collaborative Assessment & Management of Suicidality)

Een veelbelovend model voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag die in de multidisciplinaire richtlijn kort wordt omschreven is de Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS).

Bron: Op pagina 50; Jobes, 2006, herziening midden 2016.

De CAMS is een therapeutisch klinisch raamwerk. Bij de CAMS gaan behandelaar en patiënt een samenwerking aan waarin bij de start van de behandeling de drijfveren van het suïcidale gedrag worden geïnventariseerd. Samen met de patiënt wordt een stabilisatieplan opgesteld. Gedurende de behandeling worden vorderingen gemonitord door het geregeld samen invullen van het Suicide Status Formulier (SSF). Gedurende de CAMS vindt tegelijkertijd de behandeling van de onderliggende drijfveren van suïcidaal gedrag plaats. Zie verder [CAMS](#) en [CAMS voorbeeld-casus](#).

Om tot de diagnose te komen wordt samen met de patiënt en zijn naasten onderzocht wat de aard en het verloop van de huidige klachten en levensproblemen zijn, en wat aan het suïcidale gedrag vooraf is gegaan. De factoren die aanleiding kunnen geven tot dit gedrag worden in kaart gebracht. Voorbeelden zijn: sociale stressfactoren (o.a. verlies van werk, verhuizen, financiële schulden), psychologische stressfactoren (o.a. relatieproblemen, rouw, psychische stoornissen), lichamelijke factoren (o.a. ongeneeslijke ziekte, pijn, tinnitus), familiale belasting zoals suïcides, en beschermende factoren zoals het belijden van een geloof of het hebben van kinderen.

Ook moet aandacht worden besteed aan de drijfveren voor suïcidaal gedrag. Drijfveren van de persoon zijn belangrijke aanknopingspunten voor de indicatiestelling en behandeling. De drijfveren voor het gedrag zijn uiteenlopend. Bij de ene persoon hangt het gedrag bijvoorbeeld sterk samen met een psychische of lichamelijke aandoening. Bij een ander liggen er eerder sociaal maatschappelijke problemen aan ten grondslag, zoals verlieservaringen of schuldenproblematiek. Voor weer anderen is suïcidaal gedrag de enige manier waarop zij in een bepaalde situatie kunnen communiceren en in andere gevallen wordt het gedrag ingegeven door wanen, bijvoorbeeld stemmen die zeggen dat iemand dood moet.

5.3.4 Figuur CASE-interview volgens Shea (1998)

5.3.5 Onderzoek stress-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren.

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 [Wat is suïcidaal gedrag](#) (zie ook achtergronddocument [Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag](#)).

5.3.6 Diagnostische formulering

De resultaten van het onderzoek worden samengevat in een diagnostische formulering (zie [Richtlijn psychiatrische diagnostiek](#)).

Bron: Richtlijndatabase 2015.

Deze beschrijft op een geordende en inzichtelijke manier de ernst, het ontstaan van en het risico op suïcidaal gedrag. De diagnostische formulering 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, het ontstaan en de ontwikkeling 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 zorg- of behandelplan of veiligheidsplan.

Profilering en staging

Er bestaan nog geen wetenschappelijk onderbouwde modellen voor het indelen van patiënten met suïcidaal gedrag in bepaalde profielen of voor de staging van suïcidaal gedrag. Wel staan de meeste geraadpleegde experts positief tegenover profilering en staging, omdat ze behulpzaam kunnen zijn bij het bepalen van de juiste bejegening en de juiste behandeling, zie ook achtergronddocument [Geraadpleegde experts](#).

In de [Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) wordt een indeling naar ernstgradaties geadviseerd als hulpmiddel bij de indicatiestelling. De gradaties zijn gevormd op basis van het oordeel van deskundigen en niet in de praktijk onderzocht.

- *Licht:* 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 afwisselend dan weer dood, dan weer leven.
- *Ernstig:* 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 ernstig:* 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.

Bron: multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag p. 172.

Diagnostiek bij mensen onder invloed van alcohol, drugs of medicijnen

Het is aan te bevelen om het uitgebreidere diagnostisch onderzoek van suïcidaal gedrag bij mensen die onder invloed zijn van alcohol, drugs of medicijnen uit te stellen tot zij goed aanspreekbaar zijn en onderwijl de maatregelen te nemen waardoor iemand in leven kan blijven. Behandelaafspraken voor deze patiënten moeten schriftelijk worden vastgelegd, ook al lijkt het bewustzijn helder. Dat iemand die onder invloed is zich weinig van een gesprek met een professional zal herinneren, betekent niet dat (beperkte) diagnostiek en behandeling niet meteen kunnen plaatsvinden. Een reden om dat bijvoorbeeld wel te doen is als de patiënt onhanteerbaar gedrag vertoont door verwardheid, dissociaties of psychose.

5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

5.4.1 Individueel behandelplan

Op basis van de diagnostische formulering wordt door de behandelaar en patiënt een individueel behandelplan (of zorgplan) opgesteld. Er wordt gezocht naar een aanpak die past bij het individu en de situatie. In het gesprek tussen hulpverlener en patiënt worden de beslissingen over de behandeling zo veel mogelijk gezamenlijk genomen. Het is aan te bevelen hierbij ook naasten te betrekken. Bij vermoeden van suïcide- of ander gevaar raadplegen professionals altijd naasten, ook al wil de patiënt dat niet (zie [zorgstandaard Naasten](#)).

Vragen die de professional met de patiënt en naasten moet doornemen zijn:

- Zijn de suïcidedgedachten voldoende in de hand te houden?
- Hoe veilig is het om thuis te zijn?
- Beschikt de patiënt over middelen waarmee hij suïcide kan plegen?
- Is het mogelijk om die te verwijderen?
- Zijn er naasten die steun en veiligheid kunnen bieden?
- Is er gevaar voor anderen of zijn er kinderen betrokken?

Bij het zoeken naar een passende aanpak staan de volgende vragen centraal: wat zijn de mogelijkheden, wat zijn de voor- en nadelen en wat betekent dit voor de patiënt?

De afspraken over behandeling en wat de patiënt zelf kan doen (zelfmanagement) worden vastgelegd in het behandelplan (zie verder achtergronddocument [Individueel Zorgplan](#)).

5.4.2 Behandeling suïcidaal gedrag

Het is een misverstand om te denken dat mensen met suïcidaal gedrag niet te behandelen zijn. Behandeling is juist zeer zinvol en de meeste patiënten geven achteraf aan dat zij blij zijn dat zij de periode van uitzichtloosheid hebben overleefd. De aanpak richt zich op veiligheid, het zoeken naar hoop, psycho-educatie, het suïcidale gedrag en onderliggende problemen en op terugvalpreventie.

Veiligheid

In de eerste plaats ligt de nadruk op het zorgen voor veiligheid ('safety first') en het ondersteunen van de patiënt bij het overleven van de voor hem uitzichtloze situatie. Bij direct gevaar kan iemand beter niet alleen worden gelaten. Het is aan te bevelen om naasten te vragen bij de patiënt aanwezig te blijven. Als naasten binnen de thuissituatie de veiligheid niet kunnen organiseren en garanderen kan opname worden overwogen. Het is belangrijk om middelen waarmee suïcide kan worden gepleegd weg te (laten) nemen en er op toe te zien dat de patiënt zo min mogelijk drank of drugs gebruikt. Drank en drugs kunnen namelijk de kans op impulsief gedrag vergroten.

Er zijn situaties waarin het wenselijk of zelfs noodzakelijk is om tijdelijk de regie van de patiënt over te nemen. Dat kan het geval zijn als de patiënt dat voor een bepaalde situatie heeft vastgelegd in een crisiskaart of veiligheidsplan, of als er sprake is van wilsonbekwaamheid.

wilsonbekwaamheid.: Zie ook handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid.

Bij wilsbekwaamheid gaat het om de vraag of iemand in staat is om een redelijke afweging te maken over een concreet besluit. In dit geval over de eigen doodswens en over de behoefte om zich al dan niet te laten behandelen. Zo ja, dan kan de patiënt de autonomie behouden om op deze punten zelf te beslissen. Zo nee, dan neemt de noodzaak toe om verantwoordelijkheden over te nemen, bijvoorbeeld middels verplichte zorg. Zie verder de [zorgstandaard Acute psychiatrie](#), de [zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg](#) en de [Multidisciplinaire richtlijn Dwang en Drang](#) van de NVvP.

Het is belangrijk dat hulpverleners beseffen dat vrijwel iedereen met suïcidaal gedrag in een situatie van 'entrapment' (klemzitten) zit en niet in staat is om afgewogen keuzes te maken.

Psycho-educatie

Het is aan te raden om de patiënt en zijn naasten door middel van psycho-educatie voor te lichten over het suïcidale gedrag, de hiermee gepaard gaande gedachten en gevoelens (wanhoop, schuld, waardeloosheid), een eventuele psychische stoornis, stress- en risicofactoren (misbruik, geweld, verslaving) en beschermende factoren. Ook moet aandacht worden besteed aan het feit dat suïcidaal gedrag kan terugkeren.

Suïcidaal gedrag en onderliggende problemen

In de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag wordt bij de

behandeling van suïcidaal gedrag onderscheid gemaakt tussen eerste interventies en interventies voor de langere termijn. Bij de interventies op langere termijn (zie tabel Lange termijn behandeling) spelen farmacotherapie en psychotherapie een belangrijke rol bij de beïnvloeding van suïcidaal gedrag. Farmacotherapie bij depressie betreft antidepressiva, Elektroconvulsietherapie (ECT) en lithium, bij psychotische stoornissen clozapine. Bij psychotherapie gaat het om Oplossingsgerichte therapie, Cognitieve gedragstherapie en Kortdurende psychodynamische therapie. Bij suïciditeit bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn meerdere effectief gebleken behandelprogramma's, te weten Schema therapie, Mentalisation based Therapy, Dialectische gedragstherapie, Transference focused therapy. Over farmaceutische interventies bij deze groep is nog weinig bekend.

Voor de behandeling van onderliggende psychische stoornissen, zoals depressie, bipolaire stoornissen, psychosegevoeligheid en persoonlijkheidsstoornissen, verwijzen wij naar de daartoe opgestelde zorgstandaarden en richtlijnen. Wel moet het omgaan met suïcidaal gedrag daarbij dan structureel aan bod komen en worden vastgelegd in het behandelplan.

Acute problemen op het gebied van inkomen/schulden, dakloosheid of (dreigende) huisuitzetting kunnen suïcidaal gedrag versterken. In die gevallen is het belangrijk om patiënten een handelingsperspectief te bieden en zo nodig contact te leggen met betreffende instanties of een maatschappelijk hulpverlener.

Chronische suïciditeit

Chronisch suïcidaal gedrag bestaat uit jarenlange en vaak dagelijkse suïcidale gedachten (soms bijna onophoudelijk). Tijdens deze periode komen suïcidepogingen regelmatig voor. Bij chronisch suïcidaal gedrag ligt het gevaar op de loer dat hulpverleners dit gedrag niet meer serieus nemen. Het gedrag komt echter wel degelijk voort uit ernstige psychische nood. In tegenstelling tot acuut suïcidaal gedrag, dat de bereidheid vraagt actief en directief te streven naar veiligheid, vereist chronisch suïcidaal gedrag geduld. Geduld vraagt van de hulpverlener het vermogen intense gevoelens van de patiënt te absorberen, niet onmiddellijk tot actie over te gaan maar een atmosfeer van betrokkenheid en nieuwsgierigheid te creëren zonder moreel oordeel. Een ander risico is dat de hulpverlener gaat handelen vanuit tegenoverdracht. Bij chronisch suïcidaal gedrag kenmerkt dit zich door agressie, onmacht en afwijzing. Vooral agressieve tegenoverdracht kan zich sterk gemaskeerd voordoen, bijvoorbeeld in geprojecteerde vorm waarbij de hulpverlener zich laat leiden door de angst dat de patiënt zich zal suïcideren (zie [Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#)).

Mensen met chronische suïciditeit mogen verwachten dat informatie van andere behandelaars binnen de organisatie bekend is en dat nieuwe of waarnemende hulpverleners aansluiten bij een lopende behandeling.

Terugvalpreventie

Suïcidaal gedrag kan gezien worden als een manier om met problemen om te gaan, ook wel oplossingsstijl of copingstijl genoemd. Het is niet onwaarschijnlijk dat iemand die suïcidaal gedrag heeft vertoond dat bij een volgende probleemsituatie opnieuw zal doen. Ook is bekend dat mensen die daadwerkelijk suïcide hebben gepleegd vaak al eerder een poging daartoe hebben gedaan. Terugvalpreventie is een daarom een belangrijk onderdeel van de behandeling.

Bij patiënten met suïcidaal gedrag wordt een crisis- of [veiligheidsplan](#) en/of een [crisiskaart](#) opgesteld voor het omgaan met toekomstig suïcidaal gedrag. Samen met de behandelaar beschrijft de patiënt hoe hij een nieuwe crisis kan herkennen, wat hij zelf zou kunnen doen, en met wie hij contact kan opnemen. Bij het opstellen van een veiligheidsplan is het noodzakelijk om familieleden en vrienden te betrekken en hen een rol te geven in de uitvoering. Een ggz-verpleegkundige kan helpen bij het maken en bijstellen van een crisisplan. Aanbevolen wordt om het plan regelmatig (bijvoorbeeld eens per half jaar) en na iedere suïcidale crisis te evalueren en zo nodig bij te stellen. Wanneer iemand niet meer in behandeling is in de generalistische basis ggz of in de gespecialiseerde ggz, maar onder begeleiding is van de huisarts, dan evalueren de huisarts of de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ), de patiënt en zijn naasten het crisis- of veiligheidsplan eens per jaar.

Het opstellen van een non suicide-contract biedt geen bescherming tegen suicide, kan een averechts effect hebben en moet worden afgeraden. In individuele gevallen kunnen mondelinge afspraken steunend werken.

5.4.3 Lange termijn behandeling

5.4.4 Handelen na een suicide

In de Multidisciplinaire richtlijn wordt uitvoerig ingegaan op het handelen na een suicide en iedere ggz-professional heeft een protocol voor wat er na suicide en een suïcidepoging met ernstig letsel moet gebeuren. Zo moeten de nabestaanden en andere naasten worden geïnformeerd. In sommige gevallen moet een melding worden gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

In sommige gevallen moet een melding worden gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). : Dat is het geval als de patiënt met een BOPZ maatregel was opgenomen, als de patiënt was gedetineerd en als de suicide mogelijk samenhangt met tekortkomende zorg.

Daarnaast moet de situatie altijd worden gereconstrueerd en moet de behandelaar binnen 6 weken een rapportage opstellen ten behoeve van het eigen, interne systeem van leren en verbeteren. Voor dit proces bestaat een [handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel](#).

In de praktijk wordt de richtlijn niet altijd gevolgd en kan er op het gebied van zorg na een suicide nog veel worden verbeterd. We noemen hieronder de belangrijkste aandachtspunten.

- Nabestaanden moeten over de suicide worden geïnformeerd door de hoofdbehandelaar met behoud van zijn geheimhoudingsplicht.
- De suicide moet worden geëvalueerd in team- of intervisieverband. Professionals moeten de gelegenheid hebben om in een veilige omgeving met elkaar de gang van zaken na te bespreken met ruimte voor schuldgevoelens en andere emotionele reacties.
- Na een suicide is er bij nabestaanden, medepatiënten en andere betrokkenen een verhoogd suicidegevaar. Professionals moeten daarom bij deze mensen extra alert zijn op suïcidaal

gedrag. Zo nodig moeten er veiligheidsmaatregelen worden genomen.

- Nabestaanden zijn in rouw en hebben vaak vragen over het waarom en de precieze toedracht van de suïcide. Zij zijn gebaat bij reconstructie. Het is wenselijk om met nabestaanden meerdere malen te bespreken wat er gebeurd is, hoe de toedracht was tot de suïcide en wat ieders rol daarin was. Deze gesprekken moeten niet alleen vlak na de suïcide worden aangeboden en georganiseerd, maar ook enkele maanden daarna.
- Nabestaanden zijn in de eerste plaats in rouw. Als het rouwproces na een suïcide vastloopt komt het voor dat zij zelf hulpvrager worden. Het is te overwegen om zo'n behandeling in een andere instelling te laten plaatsvinden.
- Ook na een suïcide zijn naasten belangrijke samenwerkingspartners. Zij kunnen waardevolle feedback geven over de kwaliteit van zorg. Instellingen horen alles in het werk te stellen om de input van de nabestaanden in de interne evaluatie van de suïcide te betrekken en dit (indien van toepassing) ook expliciet als zodanig naar de IGZ te communiceren.
 - Suïcidaal gedrag zet naasten onder grote druk. Vanuit de gevoelde druk en door belasting van naasten ontstaan gemakkelijk communicatieproblemen met professionals of worden communicatieproblemen met professionals verergerd. Het verdient daarom aanbeveling patiënten en naasten te wijzen op de diensten van een onafhankelijk [familievertrouwenspersoon](#).
- Professionals moeten nabestaanden wijzen op de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

5.5 Monitoring

Het is belangrijk om tijdens de behandeling van suïcidaal gedrag en onderliggende problematiek structureel aandacht te besteden aan de ernst van het suïcidaal gedrag. In het bijzonder bij kritische momenten in de behandeling. Bijvoorbeeld bij plotselinge veranderingen in het klinische beeld of kritische overgangen in de behandeling zoals verandering van vrijheden, ontslag uit het ziekenhuis of overdracht van een patiënt aan een collega.

Ook is waakzaamheid geboden bij verschijnselen als toename van depressie, wanhoop, angst of bevelshallucinaties, verlies van hoop op effectiviteit van behandeling of onvrede over de behandeling, toename van sociaal isolement en bij onverwacht sterke verbetering van de klachten. Zeker bij patiënten die eerder ernstig suïcidaal waren, kan een onverwacht sterke verbetering een teken zijn van dreigende suïcide.

Om zicht te krijgen op het verloop van suïcidaal gedrag kan het helpen om de patiënt regelmatig op de suïcide stagering schaal aan te laten kruisen in welke fase deze verkeert.



5.6 Herstel, participatie en re-integratie

Herstel gaat om het ontwikkelen van veerkracht en om het omgaan met – en het leven weer oppakken na – ontwrichtende ervaringen. Hierbij spelen zinvragen een belangrijke rol. Zinvragen die leven bij suïcidale mensen zijn bijvoorbeeld: 'hoe kan ik leven met mijn pijn?', 'wat maakt mijn leven

nog de moeite waard?’ en ‘wie zou mij eigenlijk missen?’. Zinvragen gaan vaak verscholen achter uitingen van vertwijfeling of wanhoop. Het is dan afhankelijk van de gevoeligheid van de hulpverlener of deze vragen ter sprake komen. Het vraagt moed van de hulpverlener om werkelijk contact te maken met mensen die emotionele pijn uiten. Alleen dan kunnen zij iemand bijstaan in moeilijke situaties.

Ook ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol spelen bij de ondersteuning van herstel. Ervaringsdeskundigen weten uit eigen ervaring hoe je perioden van crisis en machteloosheid te boven kunt komen. Ze zijn een rolmodel en bieden hoop dat herstel mogelijk is. Ook kunnen zij de weg openen voor ondersteuning door naasten en vrijwilligers.

Daarnaast bestaan er (online) zelfhulp- en lotgenotengroepen op het terrein van zelfdoding en zelfbeschadiging. De website [113](#) bevat een zelfhulp cursus voor iedereen die aan zelfdoding denkt en iets aan deze gedachten wil doen. Ook biedt de website online gespreksgroepen en groep chats om ervaringen uit te wisselen en, (h)erkenning bij elkaar te vinden. De Landelijke Stichting Zelfbeschadiging organiseert 2 keer per jaar een lotgenotendag met activiteiten en workshops rondom zelfbeschadiging. Ook is er op de website [Zelfbeschadiging](#) een forum, waar mensen die zichzelf beschadigen in contact kunnen komen met lotgenoten zie ook het Implementatieplan van deze zorgstandaard.

6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 22-02-2018

6.1 Inleiding

Organisatie van zorg rondom suïcidaal gedrag beschrijft de benodigde organisatiestructuur rondom suïcidaal gedrag om samenwerking binnen en buiten de ggz te faciliteren. Aandacht wordt besteed aan: [Betrokken professionals](#) en de [Samenwerking](#) tussen de actoren; benodigde [Competenties](#) van professionals; [Kwaliteitsbeleid](#) en de [Financiering](#) van zorg rondom suïcidaal gedrag. Organisatie van zorg is grotendeels gebaseerd op het [Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit](#).

Bron: Hermens e.a., 2010.

Een probleem in de zorg rondom suïcidaal gedrag is dat er geen of weinig afspraken worden gemaakt over de zorgketen. Daardoor kan de continuïteit van zorg in gevaar komen en kunnen patiënten tussen wal en schip vallen. Daarom moet in iedere regio door relevante partijen schriftelijke overeenkomsten worden opgesteld over ieders verantwoordelijkheden bij de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Hierbij is het belangrijk dat de verantwoordelijkheid van een hulpverlener pas eindigt, wanneer een warme overdracht naar een andere hulpverlener in de keten heeft plaatsgevonden. Het initiatief voor het maken van deze overeenkomsten moet worden genomen door de gespecialiseerde ggz. De regiebehandelaar

regiebehandelaar: Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

is verantwoordelijk voor afstemming met andere behandelaars als dergelijke afspraken nog niet lokaal gemaakt zijn en voor regelmatige evaluatie van de samenwerking.

6.1.1 Stroomschema

De ketenzorg voor een patiënt met suïcidaal gedrag kan als volgt in een stroomschema worden weergegeven:

Het stroomschema laat zien dat de urgentie de toegang tot zorg bepaalt. De verschillende partijen sluiten zodanig op elkaar aan dat elk niveau van urgentie geboden kan worden. Afspraken hierover kunnen per regio variëren. Uitgangspunt is dat de psychiatrie ingeschakeld kan worden als de patiënt somatisch is 'vrijgegeven'.

Bron: Hermens e.a., 2010.

Nood (< 20 minuten)

In een situatie waarbij de inschatting is dat binnen 20 minuten zorg aanwezig moet zijn, kan iedereen via telefoonnummer 112 de nooddienst inroepen (meldkamer ambulancezorg). Ambulancezorg schakelt zo nodig de politie in voor de veiligheid van patiënt en omgeving. De meldkamer ambulancezorg zal vervolgens doorleiden naar de spoedeisende hulp (SEH), de spoedeisende of consultatieve psychiatrie.

Urgent (20 minuten – 24 uur)

In een situatie waarin langer gewacht kan worden dan 20 minuten geldt in principe voor elke toeleider dat deze een beroep kan doen op de reguliere zorg van de huisarts van de patiënt. De huisarts kan vervolgens doorverwijzen naar de spoedeisende of reguliere ggz, afhankelijk van de ernst van de situatie. De huisarts kan daarbij het volgende principe hanteren: als de patiënt urgent, binnen 24 uur, door gespecialiseerde zorg gezien moet worden, schakelt de huisarts de acute psychiatrie in.

Wanneer de inschatting is dat de patiënt binnen 24 uur gezien moet worden door de spoedeisende psychiatrie, zijn voor verschillende partijen, verschillende routes te bewandelen:

Erkende verwijzers

Voor de erkende verwijzers (o.a. huisarts, nooddiensten, medisch specialist, spoedeisende hulp (SEH), ggz-professionals, wijkteams, bedrijfsarts) geldt dat zij rechtstreeks de acute psychiatrie kunnen inroepen. Met de spoedeisende psychiatrie worden lokaal afspraken gemaakt over minimale aanrijtijden.

Verwijzers met specifieke afspraken

Voor sommige partijen geldt dat zij lokaal specifieke afspraken hebben voor verwijzing naar de spoedeisende psychiatrie. Wie precies onder deze groep valt, hangt af van lokaal gemaakte afspraken.

Overige toeleiders

Andere partijen kunnen niet direct doorverwijzen naar de spoedeisende psychiatrie. Verwijzing vindt plaats via de erkende verwijzers. Het gaat hier om de toeleiders in de keten uit bijvoorbeeld de sectoren onderwijs, jeugdzorg, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, wonen en welzijn.

Niet urgent (> 24 uur)

In situaties die langer dan een dag kunnen wachten, verwijst de huisarts naar de reguliere ggz. Lokaal moeten heldere afspraken worden gemaakt tussen de huisartsen, de acute psychiatrie en de reguliere ggz (generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz) over minimale beoordelingstermijnen. De noodzakelijke termijn van urgentie wordt door de huisarts bepaald; de

psychiatrie volgt de beoordeling van de huisarts.

Soms is het nodig iemand gedwongen op te nemen of iemand (tijdelijk) gedwongen te behandelen (bijv. maagspoeling of injectie). Verplichte zorg die voortvloeit uit de Wet verplichte ggz (Wvvggz), zoals een crisismaatregel, kan worden overwogen als het suïcidegevaar voortkomt uit een psychische stoornis en niet kan worden afgewend zonder verplichte zorg. Als het gevaar voortkomt uit een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, kan onvrijwillige zorg worden geboden vanuit de Wet Zorg en Dwang. Indien het gevaar niet voortkomt uit een psychische stoornis dan wel een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening en de patient terzake wilsonbekwaam is verklaard kan dwang worden toegepast op grond van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Voor meer informatie verwijzen we naar de [zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg](#), de [zorgstandaard Acute psychiatrie](#) en de toelichting Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van GGZ Nederland.

6.2 Betrokken professionals

De zorgketen voor mensen met suïcidaal gedrag en hun naasten wordt voornamelijk gevormd door de huisarts, de spoedeisende hulp, de spoedeisende en consultatieve psychiatrie en de generalistische basis ggz (GB GGZ) en gespecialiseerde ggz (S GGZ). Hierbij is het belangrijk dat zowel voor de patiënt als de naasten duidelijk is wie de contactpersoon is. Bij een contactpersoon binnen de GB GGZ en S GGZ wordt het [Kwaliteitsstatuut GGZ](#) gevolgd. Hieronder een overzicht van betrokken instellingen en professionals met hun belangrijkste taken:

- *Toeleiders* (o.a. maatschappelijk werk, de thuiszorg, de eerstelijns (GZ-)psychologen, Bureau Jeugdzorg, telefonische hulpdiensten, leerlingbegeleiders (voortgezet) onderwijs, professionals uit de gehandicaptenzorg, verzorging en verpleegzorg en de verslavingszorg): kennis van taken en verantwoordelijkheden ketenpartners, signaleren en met de patiënt en naasten bespreken van suïcidaliteit, leiden door naar passende zorg, of bellen bij nood 112.
- *Nooddiensten* (politie, ambulancedienst en brandweer): veiligstellen van suïcidale patiënten en een globale inschatting maken van de problematiek van de patiënt; extra taak politie: waarborgt veiligheid professional; extra taak ambulancemedewerker: leveren van lichamelijke basiszorg, inclusief triage (zie Kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg).
- *Huisartsenzorg* (huisarts en praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ)): signaleren en inschatten ernst van suïcidaliteit, uitvoeren van een oriënterend psychiatrisch en lichamelijk onderzoek, organiseren van veiligheid, zo nodig inschakelen van vervolghulp, zoals de nooddienst, de spoedeisende psychiatrie of de reguliere ggz; bieden van basiszorg, overbruggingscontacten/vervolggesprekken en nazorg.
- *Spoedeisende hulp (SEH) en somatische zorg (SEH-arts en –verpleegkundige, somatisch specialist en - verpleegkundige)*: eerste hulp, oriënterend psychiatrisch onderzoek, eerste inschatting ernst suïcidaliteit, inschakelen van de spoedeisende of consultatieve psychiatrie om ernst en de kans op herhaling te beoordelen; geven van mondelinge en schriftelijke informatie, verwijzen.
- *Acute psychiatrie* (crisisdienst): afhankelijk van urgentie moet binnen een afgesproken termijn een beoordeling worden uitgevoerd (ernst en kans op herhaling), psychiatrisch onderzoek, beoordeling in kader van de Wet verplichte ggz (Wvvggz), crisisinterventie, outreachende zorg,

indicatie en verwijzen naar reguliere ggz, consultatie aan verwijzers, organiseren toeleiding ketenpartners en informatieoverdracht.

- *Consultatieve psychiatrie van een algemeen ziekenhuis* (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) / Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)): beoordeling uitvoeren (ernst en kans op herhaling), psychiatrisch onderzoek, crisisinterventie, indicatie en verwijzen reguliere ggz, organiseren toeleiding; ketenpartners en informatieoverdracht, consultatie en medebehandeling binnen ziekenhuis.
- *Generalistische basis ggz (GB GGZ)*: opstellen en uitvoeren van zorgplan, beoordeling van ernst en kans op herhaling, warme overdracht van patiënt naar huisartsenzorg voor nazorg of warme overdracht naar gespecialiseerde ggz (S GGZ) in geval van suïcidegevaar.
- *Gespecialiseerde ggz (S GGZ)*: opstellen en uitvoeren van het (on)vrijwillig opgesteld zorgplan, uitvoeren second opinion, systematisch beoordelen van de ernst, outreachende zorg op indicatie, informatieoverdracht tijdens de behandeling en warme overdracht van de patiënt naar de huisarts voor nazorg.

Hieraan kan nog worden toegevoegd de medische psychologie en psychiatrie in een algemeen ziekenhuis, revalidatiecentrum et cetera. Bij mensen met somatische aandoeningen komt suïcidaal gedrag ook voor en wordt het veelal in die medische setting mee behandeld.

Voor een uitgebreide beschrijving van de taken en rollen van de diverse professionals in een acute situatie verwijzen we naar [zorgstandaard Acute psychiatrie: betrokken zorgverleners](#).

Afspraken over de verwijzing naar de generalistische basis ggz (GB GGZ) of gespecialiseerde ggz (S GGZ) zijn vastgelegd in het document Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz (LGA). Hierin staat onder andere het volgende vermeld:

- De patiënt kan door de *huisarts en/of de POH-GGZ* worden begeleid bij psychische problematiek, al dan niet DSM-geclassificeerd met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren en een relatief korte ziekteduur. In de praktijk zal bij mensen met suïcidaal gedrag niet vaak sprake zijn van lichte tot matige lijdensdruk.
- Patiënten worden verwezen naar de *generalistische basis ggz (GB GGZ)* bij psychische problematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met matig tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren óf een zekere mate van risico, maar waarbij beschermende factoren aanwezig zijn, zoals adequate coping, werk of structurele daginvulling, dagelijks steunsysteem.
- Patiënten worden verwezen naar de *gespecialiseerde ggz (S GGZ)* bij psychische problematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met ernstige lijdensdruk en disfunctioneren óf een hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie, of (kinder)mishandeling.

In de generalistische basis ggz (GB GGZ) kan diagnostiek plaatsvinden en behandeling in de vorm van een serie intensieve therapeutische gesprekken. In de gespecialiseerde ggz (S GGZ) moet rekening worden gehouden met wachttijden voor aanmelding en behandeling. Als een wachttijd onverantwoord is kan via een erkende verwijzer de 24/7 crisisdienst of Intensive Home Treatment (IHT) worden ingeschakeld. Deze werkt zo nodig op locatie (outreaching), verricht diagnostiek en kan vaak kortdurend behandelen. Ook beoordeelt de crisisdienst de noodzaak van een (vrijwillige of verplichte) opname.

Ter illustratie zijn een aantal voorbeelden opgenomen (zie achtergronddocument [Voorbeelden](#)).

6.3 Samenwerking

In elke regio moeten er schriftelijke afspraken zijn tussen ketenpartners over hoe te handelen bij suïcidaal gedrag. Daarin is vastgelegd wat ieders taken en verantwoordelijkheden zijn. Met deze afspraken wordt geregeld hoe suïcidale mensen toegang krijgen tot zorg, hoe de zorgverlening in grote lijnen verloopt, en hoe verwijzingen zijn geregeld. Belangrijk in de samenwerking tussen ketenpartners is het doorlopen van een proces van commitment en vertrouwen. Wanneer ketenpartners elkaar kennen en vertrouwen, zal het eenvoudiger zijn om tot afspraken te komen en weten aanbieders elkaar te vinden bij eventuele knelpunten.

De ketenpartners maken in ieder geval afspraken over de volgende thema's (zie ook [Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit](#) en [zorgstandaard Acute psychiatrie](#)):

- Toegang tot de zorg. De ketenpartners maken afspraken over: bereikbaarheid (toegangstijden, telefoonnummers, contactpersonen, overige relevante contactgegevens), aanmeldingsprocedure (telefonisch, schriftelijk, persoonlijk, benodigde informatie), wachttijden (tot eerste contact en tot behandeling), communicatie met toeleiders en potentiële patiënten en hun naasten over bij wie ze welke zorg kunnen krijgen.
- Keuze behandelsetting: opname (psychiatrische instelling, Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ), Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)) of ambulant / thuis. Indicaties voor de keuze van de behandelsetting worden gegeven in de [multidisciplinaire richtlijn Suïcidaal gedrag](#).
- Continuïteit van zorg en 'warme' overdracht. Verwijzers zijn op de hoogte van bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure en wachttijden van ggz-organisaties die betrokken zijn bij de behandeling van suïcidaal gedrag. Bij een overdracht hebben partijen ook mondeling contact en maken zij sluitende afspraken over het overgeven en -nemen van de verantwoordelijkheid.
- Interne overdracht. Bij vakantie van de vaste behandelaar, als er verschillende professionals bij de behandeling zijn betrokken en tijdens diensten moet altijd duidelijk zijn wie verantwoordelijk is.
- Beschikbaarheid. Hierbij gaat het onder andere om beschikbaarheid van crisis- en Wvggz-bedden, laagdrempelige inloop- en time-out voorzieningen.
- Informatieoverdracht en dossiervorming. De ketenpartners maken afspraken over de wijze van terugkoppeling en informatieoverdracht (aan wie, op welke manier), de snelheid en inhoud van terugkoppeling en informatieoverdracht, en hoe de gegevensuitwisseling wordt gefinancierd.

Informatieoverdracht en dossiervorming. De ketenpartners maken afspraken over de wijze van terugkoppeling en informatieoverdracht (aan wie, op welke manier), de snelheid en inhoud van terugkoppeling en informatieoverdracht, en hoe de gegevensuitwisseling wordt gefinancierd. : Bij medebehandelaars, alsmede na een verwijzing met een hulpvraag, kan die toestemming worden verondersteld aanwezig te zijn. In andere gevallen zal de patiënt toestemming moeten geven.

- Nazorg en outreachende zorg. Een kritisch moment in de (na)zorg is wanneer de patiënt aangeeft geen (na)zorg (meer) te willen ontvangen. Op dat moment is het belangrijk dat elke partij weet hoe te handelen én weet wat van de andere partijen verwacht mag worden.

6.4 Competenties

Professionals die direct betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van mensen met suïcidaal gedrag beschikken over de volgende kennis, competenties en vaardigheden:

- Zij zijn in staat suïcidaal gedrag te herkennen en een inschatting te maken van de ernst en urgentie van de situatie, de somatische toestand, de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren, of er sprake is van blikvernaauwing (ten gevolge van entrapment (klemzitten), en de wilsbekwaamheid van de patiënt.
- Zij hebben noodzakelijke scholing, kennis en expertise en zijn bekwaam om hulp te verlenen bij suïcidaal gedrag. Zij houden zich daarbij aan de relevante richtlijnen, zorgstandaarden, handboeken en dergelijke en handelt volgens zijn professionele beroepsstandaard.
- Zij betrekken de persoon met suïcidaal gedrag en zijn naasten zoveel mogelijk en vragen hen om hun oordeel. Zij kunnen inschatten hoe de verschillende factoren en relaties met elkaar samenhangen.
- Zij zijn in staat om de situatie veilig te maken en de persoon meer perspectief te bieden.
- Zij zijn alert op handelen vanuit negatieve tegenoverdracht, zoals onmacht, agressie en afwijzing, zie ook [Behandeling suïcidaal gedrag](#).
- Zij zijn in staat om contact te kunnen maken met iemand die suïcidale gedachten heeft. Uit een onderzoek onder patiënten

onderzoek onder patiënten: Bron: conjunct analyse onder patiënten.

kwamen hierbij onder andere de volgende aanbevelingen naar voren: spreek open over de suïcidale gedachten of suïcide poging, wees beschikbaar, neem de tijd, wees warm en liefdevol, leef mee en laat merken dat suïcidale gedachten er mogen zijn, kom niet meteen met oplossingen of tips om iets te gaan doen, zie ook [Contact maken](#).

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. Een volledig onderzoek van suïcidaal gedrag stelt specifieke eisen aan de gespreksvaardigheden en aan de kennis van psychische stoornissen en andere stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Het onderzoek naar oorzaken, het ontstaan en de ontwikkeling van het suïcidale gedrag, de beoordeling van de wilsbekwaamheid en de indicatiestelling voor behandeling worden beschouwd als specialistische vaardigheden die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is.

6.4.1 Onvoldoende contact

Soms blijkt het niet mogelijk om voldoende contact te maken met een suïcidale patiënt en lukt het niet om een goede werkrelatie tot stand te brengen. Als het na herhaalde pogingen niet lukt om contact te leggen, kan de hulpverlener iemand anders (psychiater, huisarts, ervaringsdeskundige, naaste) inschakelen om het contact tot stand te brengen. Wanneer de patiënt ernstig nadeel ondervindt, zal een beoordeling van de wilsbekwaamheid moeten plaatsvinden en een beoordeling of verplichte zorg - al dan niet in een accommodatie - nodig is.

6.4.2 Training

Professionals die specifiek zijn getraind in contact maken met suïcidale patiënten hebben meer zelfvertrouwen in het omgaan met de problematiek. Daarom is na- en bijscholing gewenst. [113 Zelfmoordpreventie](#) biedt hiervoor 2 mogelijkheden: de PITSTOP en de Gatekeeper trainingen. De PITSTOP training wordt aangeboden aan ggz-hulpverleners en -teams. Doel is om deze hulpverleners handvatten te geven om de [Multidisciplinaire richtlijn Suïcidaal gedrag](#) te implementeren. De Gatekeeper training is bedoeld voor onder andere huisartsen, verzekeringsartsen, politie, decanen, studentpsychologen, re-integratiemedewerkers, thuiszorgmedewerkers, baliemedewerkers, pastores, deurwaarders, etc. Het is een vaardigheidstraining waarin men leert hoe men een gesprek kan voeren over zelfmoordgedachten en hoe men tijdig doorverwijst naar hulp.

Voor een totaal overzicht van trainingen verwijzen wij naar het implementatieplan van deze zorgstandaard.

Daarnaast wordt aanbevolen dat professionals die met suïcidale patiënten werken, regelmatig intervisie of supervisie hebben (zie ook [Multidisciplinaire richtlijn Suïcidaal gedrag](#)).

6.5 Kwaliteitsbeleid

Bij voorkeur vindt jaarlijks een evaluatie van de samenwerkingsafspraken plaats met alle partijen. De evaluatie wordt schriftelijk vastgelegd en resulteert in conclusies en aanbevelingen voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor elke partij afzonderlijk. De evaluatie betreft zowel het functioneren van de eigen organisatie als het functioneren van de afspraken tussen de samenwerkende organisaties. Relevante evaluatievragen zijn: Worden de samenwerkingsafspraken nageleefd? Zijn de partijen tevreden over de gemaakte afspraken, zijn ze werkbaar in de praktijk? Is de kwaliteit van de zorgverlening aan mensen met suïcidaal gedrag in de regio verbeterd? Wat zijn de effecten van de samenwerkingsafspraken?

Aandachtspunten bij het vormgeven van het kwaliteitsbeleid zijn:

- De patiënt is extra kwetsbaar bij discontinuïteit van zorg, bijvoorbeeld na ontslag, bij ambulante behandeling 's avonds en 's nachts, bij wisseling van persoonlijk begeleider of wanneer de eigen behandelaar niet bereikbaar is. In de eerste weken na een klinische opname is er een verhoogde kans op suïcide en is het van belang om toe te zien op het tot stand komen van de beoogde continuïteit van zorg.
- Een integratieve benadering is nodig waarbij verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en (somatisch) artsen/specialisten zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen, gezamenlijk de behandeling vorm geven en aanvullend en op elkaar afgestemd de continuïteit in de tijd bieden.
- Suïcidaal gedrag moet telkens terugkomen in het zorgproces, zowel in het psychiatrisch en psychologisch onderzoek als in de diagnostische formulering, indicatiestelling, zorgplan en in het beloop bij de vervolgconsulten.
- Een duidelijke werkwijze en visie en regelmatige evaluaties zijn de voorwaarden die tijdige bijstelling van de behandeling mogelijk maken. Intervisie en gezamenlijke scholing leveren een bijdrage aan het optimaliseren van deze samenwerking en het uitvoeren van deze gezamenlijke taak.
- Zorg ervoor dat de ontwikkeling en het profiel van het suïcidale gedrag snel terug kan worden gevonden, bijvoorbeeld door een apart blad in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).

6.6 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Er is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de kosteneffectiviteit en doelmatigheid van de zorg bij suïcidaal gedrag. Hierover zijn dus geen concrete gegevens bekend. Wel kan worden verwacht dat de kosten door de verbetering die nodig is eerst hoger zullen zijn. Pas op middellange of lange termijn zullen de kosten dalen door een betere kwaliteit van zorg, meer afstemming en samenwerking tussen betrokken partijen en meer continuïteit van zorg. Om hier in de toekomst meer zicht op te krijgen is kosteneffectiviteitsonderzoek op dit terrein nodig.

6.7 Financiering

Belangrijke financieringsbronnen voor de zorg die beschreven is in deze zorgstandaard betreffen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw), het gemeentefonds en justitie. Belangrijke randvoorwaarden zijn dat financiering beschikbaar is voor de beschreven zorg in deze zorgstandaard (inclusief preventie en nazorg) en dat bestaande financieringsschotten waar nodig weggenomen worden. Zie ook de [zorgstandaard Acute psychiatrie](#).

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 22-02-2018

7.1 Kwaliteitsindicatoren

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

8. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 22-02-2018 Beoordelingsdatum 22-02-2018

8.1 Verdieping

8.1.1 Omschrijving suïcidaal gedrag uit de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

De term suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term gedrag verwijst zowel naar handelingen als naar gedachten. De werkgroep heeft voor deze algemene term gekozen in aansluiting op het internationale gebruik van het begrip suicidal behaviour. Gedachten aan een suïcide worden niet altijd geuit, maar kunnen wel worden vermoed. De enige manier om achter deze vorm van suïcidaal gedrag te komen is er onderzoek naar te doen. Suïcidaal gedrag is niet geheel af te grenzen van het bredere begrip zelfbeschadigend gedrag. De Britse richtlijnen spreken over zelfbeschadigend gedrag (self-harm) ongeacht het motief of de mate waarin iemand de bedoeling heeft door het gedrag te overlijden.

Bron: nice, 2004, Royal College of Psychiatrists, 2010.

De World Health Organization (who) sluit bij deze traditie aan met haar definitie van suicidal act.

Bron: De Leo et al., 2006.

De richtlijn van de American Psychiatric Association (2003) heeft als onderwerp 'The assessment and treatment of patients with suicidal behaviors', waarmee de richtlijn zich niet alleen richt op diagnostiek en behandeling van zelfbeschadiging dat reeds heeft plaatsgevonden, maar ook op suïcidedachten en suïcideplannen.

Bron: apa, 2003; Silverman et al., 2007a; 2007b.

In het literatuuronderzoek voor de huidige richtlijn heeft de werkgroep zich gericht op het spectrum van gedragingen dat verband houdt met de intentie zichzelf te doden, waaronder gedachten aan suïcide, fantasieën over suïcide en plannen maken om een suïcidepoging te doen en het doen van een suïcidepoging, hoe ambivalent dit ook is. Daarbij is inbegrepen zelfbeschadigend en/of risicovol

gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden c.q. het risico van overlijden niet uit de weg gaat.

De intentie van suïcidaal gedrag is niet altijd eenduidig vast te stellen en moet breed worden opgevat.

Bron: Hasley et al., 2008.

Patiënten kunnen bijvoorbeeld na een suïcidepoging ontkennen dat zij met hun daad de bedoeling hadden te overlijden, uit schaamte of uit vrees dat ze tegen hun zin worden opgenomen. Suïcidaal gedrag kan ook een uitdrukking zijn van de wens om te ontsnappen aan een moeilijk te verdragen situatie waarbij niet voor de dood wordt gekozen. De intentie van de gedragingen kan variëren in de tijd; op het ene moment kan iemand de gedachte hebben dood te willen, op een volgend moment niet meer. Naast een gedachte om dood te willen is er vaak een wil om te leven. Vaak kenmerkt deze ambivalentie het suïcidale gedrag. Het begrip intentie moet hier overigens niet begrepen worden alsof de patiënt altijd een vrije keus heeft in zijn gerichtheid op dood en sterven. Niet zelden is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich gedreven voelt door de omstandigheden en/of door onmacht.

Bij een suïcidepoging is een ernstige mate van letaliteit vaak veelzeggend voor de intentie om te overlijden. Bij een suïcidepoging die bijna dodelijk afloopt kan een sterke doodsintentie meestal worden verondersteld. Dat neemt niet weg dat een poging met gering lichamelijk letsel ook kan samengaan met een sterke doodsintentie. Iemand die een poging doet, maakt niet altijd een correcte inschatting van de mate van letaliteit.

Bron: Townsend et al., 2001; Brown et al., 2004; Harris et al., 2005; Edelston et al., 2006.

8.1.2 Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag

Bron: Van Hemert e.a. 2012.

Algemeen:

- Suïcidepoging
- Letaliteit van de poging
- Suïcidegedachten, intentie, plannen
- Beschikbaarheid van een middel
- Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag

Persoonskenmerken:

- Leeftijd (ouder)
- Geslacht (man)

Psychische aandoeningen:

- Stemmingsstoornis
- Angststoornis
- Schizofrenie of psychotische stoornis
- Intoxicatie (alcohol en/of drugs)
- Verslaving
- Eetstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
- Slaapstoornis (bij ouderen)
- Suïcide in de familie

Psychologische factoren:

- Wanhoop
- Negatief denken
- Denkt een last te zijn voor anderen
- Angst
- Agitatie en/of agressie
- Impulsiviteit
- Gebeurtenissen en verlies
- Verlieservaringen
- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing)
- Lichamelijke ziekte, pijn
- Werkloosheid
- Detentie
- Overig
- Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)

Beschermende factoren (selectie):

- Goede sociale steun
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
- Goede therapeutische relatie

8.1.3 Voorbeeldvragen suïcidale toestand

Als er een indicatie is om naar suïcidaal gedrag te vragen, kunt u afhankelijk van de situatie gebruikmaken 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.

Gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek

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

Na een suïcidepoging

Na een suïcidepoging vraagt u nauwkeurig na wat er precies is gebeurd. De onderzoeker maakt als het ware een videofragment van het moment waarop de suïcidepoging is uitgevoerd.

- Hoe was de situatie? (doorvragen)
- Wat hebt u gedaan? (doorvragen)
- Wat waren uw gedachten daarbij? (doorvragen)

Recente voorgeschiedenis

- 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? (Vier uur? Acht uur? Meer nog?)
- Hebt u plannen gehad of gemaakt om uzelf iets aan te doen?
- Hebt u geprobeerd om een einde aan uw leven te maken?

Ruimere voorgeschiedenis

- Bent u wel eens eerder zo wanhopig geweest?
- Hebt u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten gehad? 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?

Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst

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

8.1.4 CASE (Chronologic Assessment of Suicide Events) interview

Als er sprake is van suïcidaal gedrag is het CASE-interview een geschikte methode om daar dieper op in te gaan (CASE = Chronologic Assessment of Suicide Events).

Bron: Shea, 1998.

Deze methode is speciaal voor de klinische praktijk ontwikkeld. Het CASE-interview kan worden opgevat als een gekantelde versie van het stress-kwetsbaarheid-entrapment model (SKE-model; figuur hieronder). Het CASE-interview bestaat uit vier stappen. De professional begint bij stap 3, actuele suïcidedgedachten die aanleiding zijn voor het onderzoek. Dit komt overeen met de entrapment fase van het SKE-model. Door te beginnen met vragen naar de gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het interview sluit de professional bij de actualiteit, waardoor echt contact met de patiënt mogelijk is. De professional laat zien dat hij geïnteresseerd is in de vraag hoe het op dít moment met de patiënt gaat, hoe de wereld er in de ogen van de patiënt uit ziet, wat hij denkt, en wat hij voelt en ervaart in het hier en nu. Belangrijk is hierbij dat er niet meteen naar een oplossing wordt gezocht. De professional moet eerst proberen om de patiënt te begrijpen en zijn problemen in kaart brengen. Pas dan kunnen de overige stappen van het CASE-interview worden doorlopen, waarin samen met de patiënt naar de toekomst kan worden gekeken. Ook hier is het weer van essentieel belang of er sprake is van contactgroei.

Zodra de professional zich een compleet beeld heeft gevormd van het actuele suïcidale gedrag, en van de gevoelens van entrapment (klemzitten), verslagenheid en wanhoop, wordt overgegaan naar stap 2 van het CASE-interview. Daarin wordt in detail naar de recente voorgeschiedenis gevraagd (laatste 4-8 weken). Deze periode levert vaak veel informatie op over de omstandigheden, aanleidingen en omvang van het suïcidale gedrag. Stap 2 in het CASE-interview komt overeen met het onderdeel stressoren van het SKE-model. (zie figuur hieronder).

Vervolgens vraagt de professional in stap 1 meer algemeen naar de ruimere voorgeschiedenis en met name naar eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Hij vraagt bijvoorbeeld naar eerdere therapieën, en wat er toen wel en wat er toen niet heeft gewerkt. Er wordt ook gevraagd naar het voorkomen van suïcidaal gedrag of vormen van psychopathologie in de familie. Stap 1 gaat over (langdurige) kwetsbaarheid, zowel in het CASE-interview

Bron: Shea, 1998.

als in het SKE-model.

In stap 4 van het CASE-interview wordt bekeken welke invloed de uitkomst van stappen 1 t/m 3 mogelijk op de toekomst van de patiënt kan hebben. Deze fase komt niet zozeer terug in het SKE-model, maar wel in de aanbevelingen van de richtlijn: continuïteit van zorg, veiligheid en betrekken van naasten. In deze fase worden samen met de patiënt afspraken gemaakt voor de toekomst (het

volgende uur, volgende week of komend jaar). Er wordt ook een veiligheidsplan gemaakt met daarin afspraken over hoe de patiënt een nieuwe episode van suïcidaal gedrag kan herkennen, en wat hij dan kan doen. Het is van belang is om in deze fase naasten van de patiënt te betrekken. Bij de afspraken in het veiligheidsplan kan de patiënt aangeven hoe hij gebruik wil maken van zijn naasten bij het herkennen van suïcidaal gedrag en welke acties er dan kunnen worden ondernomen. Aan de naasten kan worden gevraagd wat zij als signalen voor suïcidaal gedrag beschouwen en welke acties zij daarop zouden kunnen ondernemen.

Figuur: CASE-interview (paars) gecombineerd met stress-kwetsbaarheid-entrapment model (blauw)

8.1.5 CAMS (Collaborative Assessment & Management of Suicidality)

Een veelbelovende behandelmethode voor suïcidaal gedrag is de Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS). De CAMS is een therapeutisch klinisch raamwerk dat gebruikt kan worden bij (chronisch) suïcidaal gedrag van klinische en ambulante patiënten. De behandeling richt zich specifiek op suïcidaal gedrag.

Bron: David Jobes. Managing suicidal risk, second edition. A Collaborative approach. Guilford press 2016.

Er zijn een aantal RCT's met het model verricht, waarbij een goed effect is gevonden. In ieder geval een gelijk effect als bij de dialectische gedragstherapie.

Bron: Andreasson ea 2015.

De methode is simpel en kosteneffectief.

Bij de CAMS methode gaan behandelaar en patiënt een samenwerking aan waarin bij de start van de behandeling de drijfveren van het suïcidale gedrag worden geïnventariseerd. Samen met de patiënt wordt een stabilisatieplan opgesteld. Gedurende de behandeling worden vorderingen bijgehouden door het geregeld samen invullen van het Suicide Status Formulier (SSF).

Gedurende de CAMS methode vindt parallel de behandeling van de onderliggende drijfveren van suïcidaal gedrag plaats. De kracht van de methode is de specifieke benadering en samenwerking in een sluitend raamwerk waarbij er geen strikte richtlijnen voor de behandeling van de onderliggende drijfveren zijn. Het kan betekenen dat een onderliggende depressie volgens de richtlijn wordt behandeld, maar er kan bijvoorbeeld ook dialectische gedragstherapie worden toegepast bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Een recente Nederlandse vertaling is beschikbaar op suicidaliteit.nl.

Zie ook de [CAMS voorbeeld-casus](#).

8.1.6 CAMS voorbeeld-casus

Onderstaande casus is een weergave van een gesprek dat wordt gevoerd nadat een hulpverlener een patiënt al over het een en ander gesproken heeft en er al sprake is van een goede contactgroei.

Patiënt: Ik lijd verschrikkelijk en niemand lijkt om mij te geven. Mijn man negeert me gewoon - hij is boos op me en vertelt me dat ik er overheen moet stappen en iets van mijn leven moet maken..

Professional: Mogelijk voelt het alsof niemand je strijd ziet en je daarin kan waarderen en dat niemand ziet hoe je er juist tegen vecht. Klopt dit....? Ik kan me voorstellen dat het een grote teleurstelling is dat je man dit niet ziet; de persoon waarvan je misschien het meest hoopte dat hij dit zou zien..

Patiënt: Hij is daar niet alleen in, ik heb dit bijna met iedereen. Ook bij mijn ouders, mijn kinderen, en mijn zogenaamde vrienden ... om eerlijk te zijn denk ik wel eens dat ze zonder mij veel beter af zouden zijn.....

Professional: Het klinkt alsof je de gedachten en het gevoel hebt dat je een last voor hen bent geworden? Betekent het dat deze gedachten er toe leiden dat je denkt aan suïcide?

Patiënt: Nou ja, ik heb de laatste tijd best wel vaak nagedacht over zelfmoord...

Professional: Wat ik me afvraag: als je aan zelfmoord denkt, haalt dit je uit je comfort zone? Maakt het je bang, of geeft het je juist het gevoel dat je controle hebt, dat je meer regie krijgt over je lijden?

Patiënt: Meer het laatste. Het geeft me het gevoel dat er ten minste een ding is wat ik er zelf aan kan doen, aan de ellendige situatie waar ik in zit. ... Ik kan het gewoon bijna niet meer aan om de pijn nog langer te verdragen ... het is allemaal veel te veel voor me geworden ...

Professional: Dat is heel veel wat je me nu vertelt. Wat moet je het moeilijk hebben en wat moet je je ook vaak eenzaam voelen.. Als we nu alles is op een rijtje zetten ... natuurlijk is suïcide een optie, mensen gebruiken dit ook als oplossing. Je weet dat deze ellendige gevoelens dan verdwenen zullen zijn. Maar toch.....is dit nu echt het beste om te doen?

Patiënt: Het voelt gewoon zo vaak op deze manier en ik weet het ook niet goed maar het lost wel veel op

Professional: Als dat zo is, is het een beetje tegenstrijdig dat je hier nu met mij zit, toch? Ik zou wel met je willen kijken of we op de een of andere manier kunnen bedenken hoe de pijn kan verminderen of kan stoppen. Dat wil niet zeggen dat ik de mogelijkheid van suïcide negeer, ontken of afkeur. Het is alleen zo verschrikkelijk drastisch en zonder een weg terug... Wat is er nu nodig om aan je behoeften te voldoen zonder dat je daarvoor moet sterven?

Patiënt: Ik ben gewoon zo hopeloos ik weet het niet goed, ik kan gewoon, niet altijd meer goed nadenken. Wat denk jij, want je hebt wel gelijk dat ik tegenstrijdig ben? Maar merk ook wel dat ik vertrouwen bij je voel, maar volgens mij is het wel al een verloren wedstrijd?

Professional: Volgens mij heb je nog wel wat te winnen. Er is een behandeling die ik graag met je zou willen proberen, de CAMS. Deze behandeling is bedoeld om je te helpen bepaalde dingen

anders te doen en dan hopelijk vooral beter. Het kan je helpen om aan je behoeften te voldoen, zonder dat je hoeft te sterven door suïcide. Ik vraag me af of ik je kan overtuigen - als je dit zou overwegen – En dan bedoel ik dat je de drie maanden een suïcide voorkomende behandeling ondergaat... ik denk echt dat het heel nuttig voor je zou kunnen zijn.

Patiënt: Nou, dat is heel wat en dat vraagt wel erg veel van mij ... Ik weet echt niet of ik zo iets aankan en of ik het wil...ik weet niet of ik dit moet doen

Professional: Ja, dat ik begrijp ik.....maar ik geloof echt dat je veel te winnen hebt en weinig te verliezen. Hoewel het niet mijn voorkeur heeft heb je altijd nog de gelegenheid om terug te vallen op je plan om zelfmoord te plegen.... Maar voor nu, ik zou graag zien dat we op de een of andere manier je leven weer de moeite waard kunnen maken. We kunnen het gewoon proberen.... in ieder geval voor drie maanden ... wat denk je?

Patiënt: Misschien moeten we het maar gewoon proberen. Je hebt gelijk, misschien kan het helpen.. Het klopt ook dat de reden dat ik hier ben is dat ik inderdaad nog niet klaar ben om me te suïcideren ... Hoe werkt die CAMS precies?

8.1.7 Individueel Zorgplan

Het zorgplan is een set van afspraken tussen patiënt en (regie)behandelaar over zorg en zelfmanagement. Het vormt feitelijk de uitwerking van de behandelovereenkomst in termen van doelen en middelen. De afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt en diens naasten.

Bron: Bron: Paul Ulrich, LPGGz.

Het opstellen, uitvoeren, monitoren en bijstellen van een zorgplan verloopt in een cyclus met vier fases en acht vragen (analoog aan de PDCA cyclus). Het gaat steeds om het gezamenlijk zoeken naar een antwoord op de vragen en het gezamenlijk besluiten over de uitkomsten van de fases. De fases en de vragen zijn:

- Diagnose als hypothese (wat is je probleem en hoe is het gekomen)

Het gaat om het verkennen van klachten en problemen in de situationele context en het verhelderen van factoren en processen in termen van kwetsbaarheden en weerbaarheden. Het resultaat is een diagnose als persoonlijk verhaal met hypothesen over het ontstaan en het beloop van de stoornis.

- Indicatie met zorgplan (wat wil je bereiken en wat pakken we aan)

Het gaat om het inventariseren van wensen en behoeften van patiënt en naasten inclusief draagkracht en draaglast en het indiceren van behandelmogelijkheden met voor- en nadelen. Het resultaat is een integraal zorgplan met doelen en middelen inclusief bijdragen van de patiënt en diens naasten.

- Interventie met effect (wat voeren we uit en wat is het resultaat)

Het gaat om het organiseren van het zorgnetwerk van professionals en mantel-zorgers rondom de patiënt en het uitvoeren van de maatregelen en de interventies uit het zorgplan. Het resultaat is het bepalen van het effect van de activiteiten door het monitoren van de uitkomsten van de interventies.

- Evaluatie als reflectie (wat is ons oordeel en hoe gaan we verder)

Het gaat om het beoordelen van de resultaten van de interventies als feitelijke uitkomst van de zorg in het licht van de doelen uit het zorgplan als wenselijke uitkomst van de zorg. Het resultaat is een besluit over de voortgang van de zorg, het aanpassen van de interventie of het herzien van de diagnose.

Het proces kan gezien worden als een iteratieve cyclus, waarbij de indicatiefase als scharnier tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus fungeert en de evaluatiefase voor feed back zorgt.

Afhankelijk van de klachten en de problemen en de wensen en de behoeften van de patiënt en diens naasten worden in het zorgplan door de patiënt en de (regie)behandelaar gezamenlijk de behandeldoelen en de behandelaanpak geformuleerd. De nadruk in het zorgplan ligt op het herstel van de gezondheid als het vermogen aan te passen en regie te voeren in het licht van de fysieke, mentale en sociale omstandigheden van het leven alsmede het functioneren en het participeren van de patiënt. Het zorgplan beschrijft de aard van de problematiek, de mate van lijdensdruk en disfunctioneren, de situationele context, de hulpvraag van de patiënt en diens naasten, de persoonlijke behandeldoelen, de bijdragen van de patiënt en diens naasten, de professionele interventies, de inzet van het welzijnsdomein, et cetera. Tevens bevat het zorgplan afspraken over het contact met de regiebehandelaar, het aanspreekpunt voor de naasten, het monitoren van de voortgang en het evalueren van de resultaten van het zorgplan.

Tijdens het opstellen van het zorgplan moeten een aantal zaken aan de orde komen. Ten eerste gaat het om de kwestie van afwachten, behandelen of verwijzen. Afhankelijk van de problematiek en de hulpvraag kan het een optie zijn om tijdelijk af te wachten. Verder kan het raadzaam zijn in het licht van de deskundigheid van de regiebehandelaar om de patiënt te verwijzen. Ten tweede gaat het om het kiezen van interventies in het licht van de waarden en de voorkeuren van de patiënt. Om de patiënt te helpen bij het maken van keuzes kunnen de drie vragen (wat zijn de mogelijkheden, wat zijn de voor/nadelen en wat betekent dit voor mij) een hulpmiddel vormen. Het is belangrijk te beseffen dat specifieke interventies zoals intensieve deeltijd vanuit professioneel oogpunt gewenst kunnen zijn doch vanuit persoonlijk oogpunt afgewezen kunnen worden (bijvoorbeeld combineren met werk of therapie moe). Het gaat om interventies die passen in het leven van de patiënt waarbij diens voorkeur uiteindelijk de doorslag geeft.

Vragen bij kiezen voor behandelen: Kunnen we tijdelijk afwachten, kunnen we zinvol behandelen, kunnen we effectief verwijzen?

Vragen bij kiezen van interventies: Wat zijn de mogelijkheden, wat zijn de voor/nadelen van de interventies, wat betekent dit voor mij?

Het is belangrijk om de naasten voor zover mogelijk en wenselijk te betrekken in het proces van het opstellen en het uitvoeren van het zorgplan, waarbij een onderscheid gemaakt moet worden in hun rol als zorgvrager en hun rol als (niet-professioneel) ondersteuner. Een aanzienlijk deel van de

ziektelast en de hulpvraag van de patiënt wordt in de praktijk vaak gedragen door diens naasten. De situatie kan voor de naasten te zwaar worden, zodat ze overbelast raken. Verder kan hun gedrag (positieve dan wel negatieve) invloed hebben op de ziektebelasting en de hulpvraag van de patiënt. Het is belangrijk om naasten in beginsel als partner in de zorg te zien en ze steun te bieden en een rol te geven in het zorgplan van de patiënt. Verdere informatie over het betrekken en het steunen van naasten staat in de [zorgstandaard Naasten](#).

Het zorgplan is uiteindelijk gericht op het bevorderen van het zelfmanagement en de zelfredzaamheid van de patiënt. Derhalve is het belangrijk om vast te stellen wat de patiënt zelf kan doen en welke steun de patiënt hierbij nodig heeft. Het kan gaan om het omgaan met de effecten van de stoornis op het leven dan wel het inpassen van de gevolgen van de stoornis in het leven. De persoonlijke keuzes van de patiënt vormen het uitgangspunt voor zelfredzaamheid en zelfmanagement. Verdere informatie over het ondersteunen van zelfmanagement staat in de [zorgstandaard Zelfmanagement](#).

8.1.8 Gatekeeper trainingen

Veel mensen hebben een beroep waarin ze te maken krijgen met mensen die aan zelfdoding denken. Denk aan een mentor of studiebegeleider op school. Een schuldprofessional of deurwaarder. We noemen deze mensen "gatekeepers" omdat zij een sleutelrol kunnen vervullen door deuren naar hulp te openen voor iemand die dat niet (bewust) zoekt. De vraag is alleen vaak: "hoe ga je om met mensen die zo wanhopig zijn dat ze aan zelfdoding denken?"

[De gatekeeperstraining](#) heeft tot doel zelfdoding tijdens je werk bespreekbaar te durven maken en wanhoop en gedachten aan zelfdoding beter te leren herkennen. Door in gesprek te gaan, zelfdoding te durven benoemen, aandachtig te luisteren en iemand de weg naar hulp te wijzen, zal deze persoon meer geneigd zijn deze hulp aan te nemen.

In de gatekeeperstraining krijg je praktische tips en handvatten om met zelfdoding in je werk om te gaan. Je oefent gespreksvoering en durven benoemen van zelfdoding (gedachten).

De gatekeeperstraining is een vaardigheidstraining. Het programma is opgebouwd uit vier onderdelen:

- We bespreken de ervaringen met en de houding ten opzichte van zelfdoding.
- We geven aandacht aan vaardigheden in drie oefenrondes. Door alle deelnemers te laten oefenen vindt in korte tijd verdieping van de leerstof plaats.
- Kennisoverdracht door de trainers over het suïcidale proces, risicoverhogende factoren en beschermende factoren.
- Samen met de deelnemers bespreken de trainers verwijzingsmogelijkheden voor de doelgroep. Dit onderdeel is interactief.

8.1.9 Uitgangspunten voor het betrekken van naasten bij suïcidaal gedrag

- De patiënt en diens naasten gaan ermee akkoord dat de naasten bij de zorg worden betrokken.
- De mate waarin naasten bij de zorg betrokken worden, is in overeenstemming met hun draagkracht en bereidheid.

- Naasten betrekken bij onderzoek en behandeling dient in overeenstemming te zijn met de wet- en regelgeving voor het recht op privacy en met het beroepsgeheim.
- Weeg het recht op privacy en het beroepsgeheim af tegen veiligheid en mogelijk ernstig nadeel door het bij de zorg betrekken van naasten.
- De patiënt moet de mogelijkheid hebben om vertrouwelijke zaken met uitsluitend de professional te bespreken.
- Bij jongeren is het sterk aan te bevelen om vooral de ouders bij de zorg te betrekken. Dat is van belang voor de diagnostiek en behandeling, maar ook vanwege wettelijke vereisten. De verplichting om ouders van kinderen en jongeren te betrekken bij diagnostiek van suïcidaal gedrag en het vaststellen van de behandelovereenkomst, hangt af van de leeftijd van het kind. Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het wettelijk verplicht om de ouders die het ouderlijke gezag hebben te betrekken bij het vaststellen van de behandelovereenkomst. Jongeren tussen 12 en 16 jaar hebben met de ouders een gedeeld recht op het sluiten van een behandelovereenkomst. Vanaf 16 jaar is de instemming van de ouders wettelijk niet meer noodzakelijk. Het ouderlijke gezag vervalt als het kind 18 jaar is, maar de ouders hebben tot 21 jaar de plicht hun kinderen financieel te ondersteunen. Het ouderlijke gezag over kinderen tot 18 jaar kan gedeeld zijn met, of overgenomen zijn door een voogd. Bij de afweging om de ouders te betrekken bij de zorg moet de professional zich niet alleen laten leiden door de leeftijd, maar ook door de ernst van het klinische beeld, de mate waarin direct handelen noodzakelijk is, de wensen van de jongere, en het oordeel van de professional over mogelijkheden van de jongere om de situatie juist in te schatten.

Bron: Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (Van Hemert et al., 2012).

8.1.10 Voorbeelden

Vignetten POH-GGZ (licht-aanpassingsstoornis), generalistische basis ggz (licht specifieke stoornis-classificatie) gespecialiseerde ggz (complex). Deze voorbeelden komen uit de praktijk van leden van de werkgroep. Zij dienen als illustratie.

Voorbeeld 1 Huisarts / POH-GGZ

Een 45-jarige moeder van drie kinderen in de puberleeftijd geeft bij de huisarts aan dat ze soms zou willen dat ze niet meer wakker wordt. Ze kan niet goed omgaan met het gedrag van haar kinderen en heeft het er moeilijk mee. Bovendien heeft ze problemen op haar werk. Ze heeft geen plannen bedacht hoe ze er een eind aan gaat maken en wil ook eigenlijk niet dood. Bij haar man en (schoon) familie kan ze haar verhaal goed kwijt.

- POH-GGZ

Voorbeeld 2 Huisarts / POH-ggz

35-jarige man komt bij de huisarts, vertelt dat hij maar beter dood kan zijn. Zijn leven is niets meer waard; hij woont weer thuis, heeft geen relatie meer, is werkloos en vaak alleen. Er zijn geen

afspraken met hem te maken, patiënt wil geen hulp van een psychiater of psycholoog.

- Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 3 Spoedeisende hulp (SEH)

70-jarige man met, voor zover bekend, blanco psychiatrische voorgeschiedenis, presenteert zich met een wens te sterven op de SEH. Hij hoopt dat ze hem daar een bed kunnen geven om rustig te sterven. Het blijkt dat hij al weken erg slecht eet en in een vervuild huis woont, er zijn financiële problemen.

- Gespecialiseerde ggz (F-ACT-team) en evt. Sociaal wijkteam

Voorbeeld 4 Huisarts / POH / generalistische basis ggz

Een 23-jarige jonge man presenteert zich met gedachten aan de dood waar hij erg van is geschrokken. Hij heeft het druk met zijn studie en werkt daarnaast ook nog een flink deel van de week. Hij wil zijn studie zo snel mogelijk afronden om met zijn vriendin een huis te kopen. Zijn familie en vriendin steunen hem en komen mee naar elke afspraak. Patiënt is niet alleen.

- POH-GGZ of 0 Generalistische basis ggz; omgaan met stress/studie/werk

Voorbeeld 5 Huisarts / POH / generalistische basis ggz

Een 38-jarige vrouw die ten gevolge van een ongeluk in een rolstoel zit, is sinds kort haar werk kwijt. Dit was haar grootste plezier. Ze heeft met een mes in haar handen gestaan om er maar een eind aan te maken. Ze is hiervan geschrokken en vertelt dat ze juist door wil gaan, een nieuwe baan wil krijgen. Haar steunsysteem is beperkt tot haar ouders en een goede vriend. Ze is gemotiveerd om aan de slag te gaan en staat open voor verdere hulp (zoals bv steunende gesprekken met psycho-educatie, gericht op het verwerken van rouw en het vinden van nieuw levensperspectief).

- Generalistische basis ggz / POH-GGZ

Voorbeeld 6 Spoedeisende hulp (SEH)

Een 22-jarige vrouw bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis wordt door de huisarts op de SEH gepresenteerd na inname van 20 paracetamol. Ze is boos op haar ouders omdat ze haar vakantie zelf moet betalen. Ze is al diverse malen opgenomen geweest en doet frequent TS, vaak voor de ogen van haar ouders. Ze belooft nu beterschap: ze zal het nooit meer doen.

- Generalistische basis ggz / 0 Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 7 Ziekenhuis

Een 62-jarige man ligt in het ziekenhuis te wachten op een plaatsing op een revalidatie-afdeling nadat zijn onderbeenstomp is gaan infecteren. Hij lijdt al jaren aan DM-II en heeft forse vaatcomplicaties. Zijn vrouw is elke dag aanwezig bij hem. Toen zijn fysio-oefeningen niet goed gingen, riep hij "Ach, was ik maar dood!". Achteraf gezien wil hij helemaal niet dood, maar wil hij naar de juiste afdeling om te revalideren; het wachten in het ziekenhuis benauwt hem.

- Consultatieve dienst/SEH, 8 psycholoog verbonden aan een revalidatie afdeling

Voorbeeld 8 Huisarts / POH-ggz

Een 44-jarige getrouwde vrouw met twee jonge kinderen, komt zonder psychiatrische voorgeschiedenis op het spreekuur bij de huisarts: ze is sinds een paar weken somber en moe. Zegt dat ze baalt van zichzelf, ze dacht gisteren in de auto: wat zou er gebeuren als ik in de vangrail rijd? Verder heeft ze dit soort gedachten nooit gehad en ze is ervan geschrokken. Op haar werk heeft ze onlangs kritiek gekregen terwijl ze juist zo hard werkt. In bed ligt ze lang te piekeren voordat ze inslaapt. En ze wordt vroeg wakker. Ze heeft geen andere klachten

Ze heeft verder geen suïcidale gedachten en ze voldoet aan de criteria van een aanpassingsstoornis.

- POH-ggz

Voorbeeld 9 Huisarts / POH-ggz

Een 29-jarige alleenwonende man vraagt de huisarts om een gehoortest, komt verward over en zegt dat hij stemmen hoort. Deze geven opdracht om zichzelf wat aan te doen. Passerende automobilisten praten over hem en vinden ook dat hij er niet meer moet zijn. Hij is eerder opgenomen geweest en is bekend met schizofrenie. Hij neemt zijn medicatie niet meer.

- Opname in gespecialiseerde ggz, gedwongen indien patiënt niet wil.

Voorbeeld 10 Huisarts / POH-ggz

Een 20-jarige MBO stagiaire komt op het spreekuur met haar moeder omdat ze thuis gezegd heeft dat ze niet meer wil leven. Haar vriend met wie ze zou gaan samenwonen heeft het vorige week uitgemaakt. Op de middelbare school heeft ze een weerbaarheidstraining gedaan om te leren om van zich af te bijten.

- Generalistische basis ggz

Voorbeeld 11 Deurwaarder

Een 53-jarige gehuwde timmerman zonder psychiatrische voorgeschiedenis is werkloos geworden en drinkt te veel alcohol. Daardoor is hij recent zijn rijbewijs kwijtgeraakt. Als een deurwaarder aanbelt met een incasso ontploft hij en dreigt van de galerij te springen en de deurwaarder in zijn val mee te nemen. Hij wordt meegenomen door de politie voor beoordeling.

- Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 12 Bevallen

Een 30-jarige getrouwde vrouw is recent bevallen van haar eerste kind, een gezonde dochter. Ze beleeft weinig aan het contact met haar dochter en voelt zich hier schuldig over. In haar familie komen bipolaire stoornissen voor.

- Gespecialiseerde ggz / Generalistische basis ggz

Voorbeeld 13 Politie

Een 32-jarige alleenwonende vrouw is bekend met de classificatie borderline persoonlijkheidsstoornis en is in het verleden meerdere keren behandeld geweest. Ze heeft in een ruzie met haar buurvrouw geroepen dat ze zich van kant gaat maken. De politie komt ter plekke en treft een aantal lege pillendoosjes aan.

- Ambulance plus SEH

Voorbeeld 14 Huisarts / POH-ggz

Een vrouw belt de huisarts en zegt dat ze bij haar alleenwonende 52-jarige broer thuis is en dat die waarschijnlijk allemaal pillen heeft ingenomen. Hij is bekend met alcoholafhankelijkheid en is in behandeling bij een instelling voor verslavingszorg. De man is niet aanspreekbaar en de vrouw vraagt paniekerig wat ze moet doen.

- Ambulance en SEH

Voorbeeld 15 Huisarts / POH-ggz

Een 48-jarige vrouw, bekend met een bipolaire stoornis gebruikt al jaren lithium en komt regelmatig bij de POH. Nu is zij op vakantie ontregeld. Ze is druk, huilt en schreeuwt, zegt dat ze het niet meer ziet zitten en bedreigt haar echtgenoot. Zij wil bij de POH blijven die zij goed kent.

- Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 16 Huisarts / POH-ggz

Een 58-jarige vrouw met een depressie sinds 2012 en behandeling middels paroxetine. Zij slaapt slecht, en piekert over haar zoon die het contact met haar heeft verbroken. Zij vertelt de huisarts dat ze het niet meer ziet zitten. Zij is onder behandeling bij de verslavingszorg wegens alcohol misbruik.

- Vervolg Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 17 Huisarts / POH-ggz

Een 59-jarige vrouw die somber is, nergens van geniet, piekert over haar dochter en kleinkinderen, en slaapt slecht. Tegen de huisarts heeft ze gezegd dat ze niet meer wil leven. In de voorgeschiedenis een postnatale depressie, angst- en paniekstoornis, Lange tijd behandeld met paroxetine en sinds 5 weken heeft de huisarts een ander SSRI voorgeschreven. Verder DM type 1 en een myocardinfarct in de voorgeschiedenis.

- Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 18 Trauma's

Een 44-jarige vrouw met meerdere trauma's waarvoor behandeling met EMDR die een jaar eerder vroegtijdig werd afgebroken en twee TS-en in de voorgeschiedenis dmv polsen snijden en mes in buik steken. Zij is suïcidaal geworden nadat haar partner de relatie verbrak. Zij vindt dat ze veel fout gedaan heeft in haar leven. Tevens zeer beperkt steunsysteem, geen familie in de buurt, 2 betrokken vrienden.

- Intensieve behandeling thuis / Kortdurende vrijwillige opname / Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 19 Interdisciplinair neurorevalidatieteam in gezondheidscentrum

Een 85-jarige man heeft een ischemisch CVA linkerhemisfeer gehad. Gedurende de behandeling door een interdisciplinair neurorevalidatieteam (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en POH-GGZ met GZ-psycholoog/psychotherapeut voor consultatie en indien nodig behandeling) heeft patiënt opnieuw moeten leren lopen, spreken en schrijven wat hij moeilijk kan accepteren. Daarbij heeft hij mogelijk een verminderde impulscontrole en zijn er steeds meer relatie problemen, omdat hij uit frustratie en machteloosheid uitvalt tegen zijn vrouw, waar hij zich vaak achteraf niets meer van herinnert. Hij heeft in zijn werkzame leven een hoge functie gehad in het leger en vraagt zich af wat hij met al zijn beperkingen nog kan betekenen. Volgens patiënt zijn zijn vrouw en de samenleving beter af zonder hem.

- Generalistische basis GGZ / psycholoog verbonden aan een revalidatie afdeling / Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 20 Naasten / huisarts

Een 48 jarige vrouw heeft paniekaanvallen na de TS van haar nog thuiswonende 23-jarige zoon een jaar geleden. Ze heeft geen rust meer als hij van huis is en heeft vooral last van panieklachten als de telefoon of bel gaat of als haar zoon niet op tijd thuis is. Met haar zoon gaat het steeds beter. Hij heeft zijn opleiding weer opgepakt, weer een vriendin en ziet het leven weer zitten.

- Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 21 Naasten / huisarts

Een 58-jarige vrouw heeft haar jongste dochter al 10 jaar niet meer gezien. Na een vechtscheiding is haar 24-jarige dochter bij haar vader gaan wonen door een rechterlijke uitspraak. Haar twee andere dochters, met wie ze wel goed contact heeft, hebben haar verteld dat het niet goed gaat met haar jongste dochter. Ze heeft dagbehandeling, waar vooral aandacht is geweest voor obsessieve compulsieve stoornis, en heeft onlangs aangegeven niet meer te willen leven. Moeder wil graag in contact komen met haar dochter, wat vroeger een echt mama's kindje was, en voelt zich machteloos en depressief.

- Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 22 S GGZ

Een 46-jarige vrouw heeft behandeling gehad voor haar chronische vermoeidheidsklachten en fibromyalgie bij een kenniscentrum. Ze is nooit helemaal hersteld en is ervan overtuigd dat ze ME-fibromyalgie heeft. Daarbij is recent ontdekt dat ze ook nog lipodeem heeft. De pijnmedicatie die ze van een dokter gespecialiseerd in ME/fibromyalgie heeft voorgeschreven gekregen werkt niet meer. Ook is ze erachter gekomen dat een ex-vriendje al gedurende de relatie met haar vreemd ging en zijn er dagen dat ze niemand spreekt of ziet en ze alleen maar op bed ligt. Ze geeft aan zo niet meer te willen leven en vraagt hoe ze een euthanasietraject in werking kan zetten.

- Opbouw via POH / Generalistische basis ggz/Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 23 S GGZ

Een 54-jarige man is gescheiden en mist het contact met zijn dochters, die door zijn depressieve stoornis bij moeder wonen. Zijn ex heeft een nieuwe relatie en wil samen met zijn tiener-dochters en nieuwe vriend op vakantie. Patiënt heeft meerdere opnames met o.a. Elektroconvulsietherapie (ECT) en dagbehandeling achter de rug. Anti-depressiva slaan onvoldoende aan, mede ook doordat patiënt ook met anabolen steroïde experimenteert om er breder uit te zien. Patiënt komt uit een gezin, waarin hij als jongste van 3 als enige geen universitaire opleiding heeft gehad, veel heeft meegemaakt en heeft zich altijd een “loser” heeft gevoeld. Tijdens de relatie met zijn ex heeft patiënt vooral voor zijn dochters gezorgd en is hij kostwinner geweest, zodat zijn ex kon studeren. Nu ze klaar is met de studie heeft zij de relatie beëindigd, een nieuwe goed betaalde baan en vriend gevonden en voelt patiënt zich misbruikt en nog meer een “loser”. Vooral het gemis aan contact met de kinderen maakt dat hij in een tunnel van eenzaamheid komt en geen uitweg meer ziet. Hij verteld dat hij pillen in het buitenland heeft besteld en in detail uitgezocht heeft hoe hij een eind aan zijn leven kan maken.

- Crisisdienst / Gespecialiseerde ggz

Voorbeeld 24 Huisarts

Een 16-jarig meisje komt met haar vader op intake vanwege depressieve klachten. Haar ouders zijn gescheiden en al 12 jaar hebben ouders nauwelijks contact met elkaar door een vechtscheiding. De huisarts heeft bij de verwijzing al aangegeven dat ze graag helemaal bij vader wil gaan wonen maar dit moeder niet durft te vertellen. Het meisje vertelt dat ze veelvuldig nachtmerries heeft waar moeder op de meest gruwelijke manier wraak neemt nu ze bij haar vader wil gaan wonen, omdat daar meer structuur en aandacht voor haar is. Ook wil haar moeder bij haar nieuwe vriend gaan wonen 20 km verderop, waar ze helemaal geen klik mee heeft. De vrouw van haar vader kent ze al 10 jaar en beschouwt ze meer als haar moeder. Ze vertelt later in de behandeling dat ze ook al een keer op de weg is gaan liggen in de hoop dat een auto haar zou overrijden.

- Gespecialiseerde ggz

8.2 Resultaten conjunct analyse onder patiënten

Bob van Wijngaarden, Ina Boerema

Methode

Contact maken over suïcidaliteit en hoe dat het beste gedaan kan worden, is heel belangrijk, maar het blijkt dat dit voor hulpverleners niet altijd gemakkelijk of vanzelfsprekend is. Om op een goede manier dit contact te kunnen maken, moet de hulpverlener over gesprekstechnieken en vaardigheden beschikken, waardoor patiënten zich gehoord en gesteund voelen. Om in kaart te brengen welke vaardigheden hierbij belangrijk zijn, is een conjunct analyse uitgevoerd.

Conjunct analyse is een methode om op een systematische manier de meningen van experts en/of de voorkeuren van patiënten te verzamelen, om op grond hiervan op een betrouwbare en reproduceerbare wijze te komen tot de keuze voor de meest passende en meest aanvaardbare behandeling voor een patiënt. In dit geval gaat het om de voorkeuren van patiënten voor de benodigde vaardigheden van de hulpverlener om contact te maken over suïcidaliteit. Aan de conjunct

analyse deden in totaal veertien patiënten mee.

De conjunct analyse maakt gebruik van een statistisch programma om deze voorkeuren in kaart te brengen. In het kort bestaat het uit de volgende stappen:

1. Aan een groep patiënten wordt gevraagd om aan te geven welke eigenschappen, vaardigheden en handelingen van hulpverleners patiënten belangrijk vinden voor het tot stand brengen van contact.
2. Op basis hiervan wordt een aantal fictieve casussen gemaakt van hulpverleners die al dan niet over bepaalde vaardigheden beschikken ('papieren hulpverleners').
3. Deze 'papieren hulpverleners' worden vervolgens door de (ex-)patiënten beoordeeld op de mate waarin zij voor hen op een aanvaardbare wijze contact zouden leggen.
4. Met het rekenkundig model kan daarna berekend worden welke eigenschappen van de 'papieren hulpverleners' van doorslaggevend belang zijn voor dit oordeel; welke eigenschap weegt zwaarder mee dan andere.
5. Ook kan worden ingeschat wat het oordeel zal zijn voor echte hulpverleners met bepaalde vaardigheden en hoe dit oordeel (indien nodig) zou kunnen worden verbeterd.

De volgende vraag stond centraal:

Welke vaardigheden/houding van hulpverleners zijn vanuit uw ervaring effectief bij het tot stand brengen van contact, wanneer u suïcidale gedachten heeft?

Hiervoor werden de volgende rondes gehouden:

1. Groepsgesprek

Op 21 januari 2016 werd een groepsgesprek georganiseerd met tien patiënten. De patiënten waren geworven door leden van de werkgroep. Het doel van het groepsgesprek was het formuleren van vaardigheden en gedragingen van hulpverleners die volgens de patiënten belangrijk zijn bij het maken van contact over suïcidaliteit. De antwoorden hieruit vormden de basis voor de volgende vragenrondes.

2. Ordenen op belangrijkheid

In de tweede ronde werd in een persoonlijke mail aan een groep van 16 patiënten gevraagd welke vaardigheden en gedragingen zij het belangrijkste vonden. Veertien patiënten hebben hierop geantwoord. Na ordening in deze ronde resteerden de volgende acht vaardigheden en gedragingen die de hulpverlener volgens de patiënten zou moeten inzetten om goed contact te kunnen maken met iemand die suïcidale gedachten heeft:

Het verhaal van de patiënt serieus nemen

Toelichting:

De patiënt geen schuldgevoel aanpraten, maar meeleven en laten merken dat suïcidale gedachten er mogen zijn. Onderscheid kunnen maken tussen mensen die willen stoppen met het leven wat ze nu

leiden en mensen die een eind aan hun leven willen maken.

- **Het gesprek durven aangaan**
 - Toelichting: Open met de patiënt spreken over zijn/haar suïcidegedachten of over de suïcidepoging.
- **Naast de patiënt staan**
 - Toelichting: Er voor de patiënt zijn (beschikbaar, tijd nemen, warm, liefdevol). Naast de patiënt staan, soms letterlijk ernaast gaan zitten als dat mogelijk is.
- **Eerst de problemen en het verhaal van de patiënt inventariseren, niet meteen met oplossingen komen**
 - Toelichting: Niet het lijstje met tips afwerken om iets te doen, zoals: ga slapen, ga wandelen, of ga muziek luisteren, want dat heeft iemand meestal zelf al geprobeerd. Eerst luisteren en inventariseren, dan pas over vervolgstappen nadenken.
- **Structuur in het gesprek aanbrengen**
 - Toelichting: Afspraken nakomen. Het gesprek af en toe samenvatten. De patiënt stimuleren om zelf aantekeningen en een afsprakenlijstje van de gesprekken te maken.
- **De veiligheid van de patiënt bespreken**
 - Toelichting: Samen nagaan wat mogelijke aangrijpingspunten zijn waaruit je zou kunnen voorspellen wanneer iemand zich weer zo voelt. Alert zijn op signalen van de patiënt dat er mogelijk iets niet goed gaat.
- **Suïcidaliteit opnieuw ter sprake brengen**
 - Toelichting: Blijven vragen naar suïcidale gedachten, ook in latere fasen, niet wachten tot er weer sprake is van een crisis. Proactief zijn en het gesprek aangaan. Niet afwachten tot de persoon er mee komt.
- **Een alternatief bieden i.p.v. het bezig zijn met suïcidaliteit, bijvoorbeeld gaan wandelen, muziek luisteren etc.**
 - Toelichting: Vragen of de patiënt wil praten of liever iets anders wil doen, bijvoorbeeld samen een wandeling maken, of juist stil zijn en niets te hoeven. De mogelijkheid bieden tot mailcontact.

3. Beoordelen van 'papieren hulpverleners'

Voor de derde ronde werden op basis van deze selectie 16 'papieren hulpverleners' beschreven, met steeds wisselende combinaties van kenmerken. Deze 'papieren hulpverleners' werden weer digitaal aan de 16 patiënten voorgelegd met de vraag ze te beoordelen op hoe goed ze elke 'papieren hulpverlener' zouden vinden in het tot stand brengen van contact. Ze konden elke 'papieren hulpverlener' een cijfer geven tussen '1' (helemaal niet goed) en '9' (heel goed). In totaal tien (ex-

)patiënten vulden de vragenlijst in.

8.2.1 Resultaten

Hoogste en laagste scores

Uit de scores op de 'papieren hulpverlener' bleek dat sommige respondenten structureel lager scoorden dat het gemiddelde en anderen structureel hoger. Degene die laag scoorde gaf een gemiddelde van 3,3 over alle 16 'papieren hulpverleners', degene die hoog scoorde gaf gemiddeld een 6,3. Omdat deze verschillen structureel waren, kon er toch een goed passend rekenkundig model worden gemaakt. Dat betekent dat het model de werkelijkheid tot op grote hoogte nauwkeurig beschrijft en dus heel bruikbaar is.

De casus met de gemiddeld hoogste score (8,4) was hulpverlener 13, terwijl casus 14 gemiddeld het laagst werd gescoord (2,9). Beide casussen zijn hieronder weergegeven.

Hulpverlener 13

- Neemt de suïcidale gedachten altijd serieus
- Durft uit zichzelf in gesprek te gaan over suïcidaliteit
- Is vaak of altijd voor de patiënt beschikbaar
- Luistert eerst voordat hij met oplossingen komt
- Schept veel duidelijkheid en structuur
- Spreekt regelmatig met de patiënt over diens veiligheid
- Vraagt later uit zichzelf opnieuw naar suïcidale gedachten
- Biedt alternatieve behandelingen aan

Hulpverlener 14

- Neemt de suïcidale gedachten niet altijd serieus
- Durft niet uit zichzelf in gesprek te gaan over suïcidaliteit
- Is regelmatig voor de patiënt beschikbaar
- Komt meteen met oplossingen
- Schept geen of weinig duidelijkheid en structuur
- Spreekt regelmatig met de patiënt over diens veiligheid
- Vraagt later niet uit zichzelf opnieuw naar suïcidale gedachten
- Biedt geen alternatieve behandelingen aan

Hulpverlener 13 representeert bijna de 'ideale hulpverlener'. Daarentegen doet Hulpverlener 14 het veel slechter in de ogen van de respondenten. Tussen deze beide uitersten bevinden zich de hulpverleners die een deel van de gewenste vaardigheden wel hebben, maar een deel ook niet. In de conjunct analyse kan worden berekend hoe zwaar elk kenmerk van de hulpverlener meeweegt in het oordeel van de patiënt.

Wat weegt het zwaarst mee?

In de onderstaande tabel is aangegeven hoe zwaar de acht vaardigheden en gedragingen meewegen in de oordelen van de respondenten.

Vaardigheden hulpverlener en de gewichtenL

- Het verhaal van de patiënt serieus nemen 26%
- Naast de patiënt staan 17%
- Gesprek over suïcidaliteit durven aangaan 14%
- Eerst de problemen en het verhaal van de patiënt inventariseren 13%
- Structuur aanbrengen in het gesprek 11%
- Een alternatief bieden 8%
- Suïcidaliteit opnieuw ter sprake brengen 6%
- Vragen naar veiligheid van de patiënt 5%

Belangrijk: Serieus nemen

Uit de scores van de patiënten die deelnamen aan de vragenrondes bleek dat ze het zeer belangrijk vinden dat de hulpverlener hen serieus neemt. Ongeveer een kwart van het oordeel wordt hierdoor bepaald. Met serieus nemen wordt bedoeld gedachten over zelfdoding er mogen zijn en er niet overheen gepraat wordt. Patiënten geven aan dat ze hier juist over willen praten en hier graag ruimte voor willen hebben, ook al heeft de hulpverlener geen oplossing en kan het soms ook voor hem of haar confronterend zijn en lastig om over te praten. Het is uiteindelijk het probleem van de patiënt en diens eigen verantwoordelijkheid, de hulpverlener kan dat niet overnemen. Patiënten vinden het belangrijk dat hulpverleners zich dat realiseren. Dat geldt, in iets mindere mate, ook voor het naast de patiënt staan, dus beschikbaar zijn en de tijd nemen, eerst luisteren naar de patiënt en inventariseren wat er aan de hand is, voordat de hulpverlener met oplossingen komt.

Minder belangrijk: Vragen naar veiligheid

De patiënten vinden het vragen naar hoe veilig ze zijn het minst belangrijk. Ze geven aan dat het voor hen vaak lastig is om te zeggen of ze veilig zijn en hoe veilig ze zijn. Ze ervaren deze vraag vaak meer als een vraag voor de hulpverlening die wil weten of er sprake is van een calamiteit, dan als ondersteunend voor henzelf. Ook het regelmatig opnieuw ter sprake brengen van suïcidaliteit en het bieden van een alternatief, zoals muziek luisteren of iets anders om de gedachten af te leiden wordt door de deelnemende patiënten niet als meest ondersteunende interventie ervaren.

8.2.2 Aanbevelingen

Hoe goed doen iedereen het?

Op basis van de uitkomsten van de conjunct analyse kan een inschatting gegeven worden van wat de meest ideale manier is om contact te maken met mensen met suïcidale gedachten en gedragingen, vanuit het oogpunt van patiënten. De acht vaardigheden en gedragingen zouden kunnen worden ingezet als checklist of app bij de gespreksvoering door hulpverleners of bij het onderdeel 'contact maken' in trainingen over omgaan met suïcidaal gedrag.

8.3 Samenvatting expertraadpleging

De vragen zijn door elf experts beantwoord, één van deze experts heeft alleen antwoord gegeven op vraag 1.

Vraag 1: Hoe kan naar uw mening suïcidaal gedrag gedifferentieerd worden?

Vanuit de expertraadpleging komen verschillende ideeën/mogelijkheden naar voren om suïcidaal gedrag te differentiëren, namelijk:

1. Onderscheidt tussen acuut en chronisch (recidiverend).
2. Onderscheidt tussen zelfbeschadigend gedrag en suïcidaliteit (sommige experts zij het hier expliciet niet mee eens).
3. Controle: mate waarin betrokkene nog grip heeft op impulsen.
4. Intentie: dood, cry for help, cry of pain, Russische roulette (elke uitkomst is best), manipulatie.
5. Aantal aangetroffen elementen uit de cognitieve triade: defeat, no escape, no rescue.
6. Internal entrapment versus external entrapment.
7. Mate van uitwerking van suïcidaliteit, van vaag gevoel naar uitgewerkte en al bewandelde stappen.
8. A. Is er sprake van psychopathologie, oftewel is er sprake van aanwezigheid van klinische stoornissen (as I) zoals depressie, PTSS, schizofrenie, bipolaire stoornis ofwel is er (tevens) sprake van een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen (as II). B. Is er sprake van wilsbekwaamheid en zo ja in welke mate. C. De mate van Intelligentie. D. Graden van ernst van suïcide-ideatie: -Lichte mate, -Ambivalentie, -Ernstige mate, -Zeer ernstige mate
9. Suïcidaal gedrag As 1: meer existentieel, ziekte, Suïcidaal gedrag As 2: meer autonomie, relatie, persoonlijkheid, Suïcidaal gedrag chronisch (vaak combi As1 en As2).

Aanbevolen literatuur door de experts:

- Leerboek Psychiatrie Tweede Druk (2009) p. 495-6.
- Kwetsbaarheidsmodel en ernstgraden in Multidisciplinaire Richtlijn.

Vraag 2: Hoe kan naar uw mening suïcidaal gedrag zo nodig worden onderscheiden van zelfbeschadiging en euthanasie?

De experts geven aan dat de motivatie van de persoon het onderscheid maakt. Bij zelfbeschadiging is het gedrag uitsluitend bedoeld om zichzelf letsel toe te brengen en is er geen intentie om te overlijden. Euthanasie is het eindpunt van een proces waarin de patiënt samen met zijn naasten en betrokken hulpverleners ervoor kiezen om het leven te beëindigen. Suïcide is het eindpunt van een proces is waarin iemand min of meer alleen beslist dat er een einde aan zijn of haar leven kan komen. Eén expert geeft aan actieve euthanasie te zien als vorm van suïcide.

Aanbevolen literatuur door experts:

- Klaar met leven, redactie, M.Vink e.a. (verschijnt binnenkort).
- Leerboek Psychiatrie tweede druk (2009) p.497.

Vraag 3: Wat vindt u in dit verband van het voorstel in de DSM 5 (zie bijlage) om suïcidaal gedrag in de toekomst een zelfstandige stoornis te gaan noemen? Waarbij daadwerkelijk sprake moet zijn van een poging met de verwachting daaraan te zullen overlijden?

Aantallen experts dat het voorstel wel/geen goed idee vinden:

Wel goed idee: 1

Geen goed idee: 5

Geen mening/twijfel: 5, waarbij 1 expert noemt: Suïcidaal gedrag is breder dan een TS. Belangrijk is dat suïcidale gedachten of ideatie ook in beeld moeten komen om zo te komen tot tijdige interventies.

Redenen om suïcidaal gedrag wel als een zelfstandige stoornis op te nemen:

- Door het als een zelfstandige stoornis te zien wordt het ook als zodanig in het dossier opgenomen en blijft het zichtbaar voor nu maar ook naar de toekomst toe.
- Omdat gedrag waarbij hij of zij zelf actief een einde aan zijn/haar leven wil maken altijd iets in zich heeft van onnatuurlijk gedrag.

Redenen om suïcidaal gedrag niet als zelfstandige stoornis op te nemen:

- Ernstig suïcidaal gedrag kan bij mensen bestaan zonder dat er een poging is ondernomen.
- Suïcidaliteit hoort bij de menselijke conditie en zal soms kunnen worden geduid als pathologie, maar vaak ook niet.
- Suïcidaal gedrag, waaronder de suïcidepoging, is een kenmerk/symptoom van een stoornis, niet een stoornis op zich.
- Suïcidaliteit is sterk context-gebonden, de DSM 5 is contextloos dus daarom een arm classificatiesysteem voor suïcidaliteit.
- Er zijn al te veel stoornissen.

- De voorgestelde tekst is inconsistent en roept meer vragen op dan hij beantwoordt.
- Als het eerste criterium strikt wordt gehanteerd, sluit je het meeste suïcidale gedrag uit.
- Omdat het benoemen van een zelfstandige stoornis de consequentie kan hebben dat het dan ook als een geïsoleerd probleem wordt neergezet of aparte betaaltitel gaat krijgen.
- Het maakt geen verschil in behandeling of iemand wel of niet een poging heeft gedaan.
- Dat er daadwerkelijk sprake moet zijn van een poging met de verwachting daaraan te zullen overlijden is geen goed idee, omdat de intentie niet betrouwbaar is vast te stellen en ook geen relevant onderscheidend karakter heeft.

Vraag 4: Hoe zou het principe van stadiëring en profileren toegepast kunnen worden op suïcidaal gedrag?

Over het algemeen is de mening van de experts dat het toepassen van stadiëring en profileren goed mogelijk en nuttig is. Eén van de expert geeft echter aan dat als je stadiëring en profilering wilt toepassen, de factoren die al bekend zijn gemeten moeten worden. Bekend is dat dit wel iets zegt op groepsniveau, maar dat het op individueel niveau moeilijk bruikbaar is.

Hieronder een opsomming van hoe de overige experts stadiëring en profileren zien:

- Als manier om de complexe etiologie en het wisselend beloop van suïcidaal gedrag te beschrijven en te volgen.
- In de [Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) volgt na de structuurdiagnose het Veiligheidsplan. In dit plan kan dit principe in elke klinische context toegepast worden.
- Stagering: is te bereiken door verschillende stadia te onderscheiden zoals bijvoorbeeld: intenties, plannen, pogingen enzovoorts en ook beloopkenmerken zoals eerste poging, entrapment (klemzitten) etc. Profileren: daarbij zouden de verschillende oorzaken zoals kwetsbaarheidsfactoren, stressoren en beschermende factoren kunnen worden onderscheiden.
- De parameters uit de eerste vraag zijn hierbij belangrijke criteria. Bijvoorbeeld 'heel ernstig' is de combinatie van zeer acuut, geen grip meer (refererend aan agressie: 'hot' suicide) geen escape maar ook geen redding meer, internal entrapment (klemzitten), uitgewerkt en (deels al) bewandeld plan. Ook zeer ernstig: combinatie van bijvoorbeeld: niet acuut, alle elementen uit cognitieve triade, wel grip maar nadrukkelijke doodsintentie ('cold' suicide), uitgewerkt plan.
- Qua stagnering zou je wel van gedachten naar handelingen naar een poging kunnen gaan en daarbij de hoeveelheid in de afgelopen jaar. Qua profiel: impulshandelingen, mate van sociale isolatie, het niet kunnen mentaliseren wat anderen ervan vinden/ tegenover staan, welke beschermende factoren door patiënt en zijn naasten worden genoemd.
- Naar mate van letaliteit, impulsiviteit, kans op ontdekking, hoeveelste keer, onderliggende psychische stoornis, geschatte kans op herhaling.
- In de [Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) wordt een

vierdeling qua ernst gehanteerd, die me vooralsnog wel bruikbaar lijkt, namelijk licht, ambivalent, ernstig en zeer ernstig.

Vraag 5: Hoe zou naar uw mening suïcidaal gedrag in psychiatrisch diagnostisch onderzoek beschreven moeten worden?

Algemene antwoorden die de experts gegeven hebben:

- Suïcidaal gedrag moet in de formulering telkens terugkomen. Zowel in het psychiatrisch onderzoek als in de diagnostische formulering en in het beloop bij de vervolgconsulten.
- Combinatie van status mentalis en verloop (zie ook de Sidas : het pakt de essentiële zaken en is zeer eenvoudig te verwerken).
- Belangrijk is dat er een apart EPD-blad is waar snel de ontwikkeling en het profiel van het suïcidale gedrag terug kan worden gevonden door iedere clinicus.

In het status mentalis onderzoek?

- Onderliggend psychiatrisch lijden, de mate van wilsbekwaamheid etc., ziekte inzicht, interfererende factoren op somatisch gebied.
- Mate van contact, stemming en affect als er wordt gesproken over anderen in relatie met eigen dood / doodswens, impulsiviteit en drugs/ alcoholgebruik, mate waarop iemand ingebed is in sociale omgeving, verlies ervaringen, concreetheid van plannen en eventuele gedeeltelijke uitvoering van de plannen en voorbereiding op de dood (afscheidsbrieven etc.), Hoe pat zittend bij hulpverlening tegen zijn doodswens aankijkt en ervaart, het patiënt vertelt over zijn wensen qua dood in bijzijn van naasten en hoe deze erop reageren (met begrip, wel met eigen moeite etc.) of plannen nog bestaan en zo niet wat heeft het doen veranderen en is die verandering houdbaar.
- Op meerdere plekken kan iets beschreven worden van affecten (gevoelens van wanhoop, onthechting aan naasten) of gedrag (impulsief).

In de diagnostische formulering?

- Ik ben het grotendeels eens wat hierover beschreven staat onder de kop “Suïcidaal-gedragsstoornis” in de door u bijgeleverde bijlage. Behoudens punt C . Ik zou er voor willen pleiten om de classificatie wel toe te passen omdat suïcidale gedachten en/of voorbereidende handelingen een onlosmakelijk onderdeel vormen van suïcidaal gedrag.
- Zoals geleerd in de training.
- Zoals in de richtlijn beschreven, gebruik maken van structuurdiagnose conform [Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#)).
- Qua suïcidaal gedrag: wat is de onderliggende reden volgens patiënt en zijn naasten (meerdere antwoorden mogelijk), en daaruit voortkomend wat is de behandeling en dat heeft automatisch te maken met beveiliging en hoe zij eventuele risico's afgewogen door iedereen aanwezig.

In de beschrijving van het beloop van suïcidaal gedrag tijdens vervolg consulten?

- Van belang hierbij is dat patiënt terugkeert naar de situatie van lichte mate of beter nog vóórdat het suïcidale gedrag begon. Hierbij zou een crisissignaleringsplan zeer goede diensten kunnen bewijzen.
- Zoals geleerd in de training.
- Zelf gebruik in altijd verschillende formuleringen, mijn patiënten kunnen altijd op mijn scherm meekijken en dus ook de formulering die ik kies. Omdat het hier vaak extra gevoelig is, benoem ik het hardop en kom samen met de patiënt tot een formulering.
- Zo concreet mogelijk.
- Nagaan de ernst van de gedachten en gedragingen, risico's die benoemd zijn door eenieder (patiënt, naasten en hulpverleners) en daaruit de actie die is genomen. Omdat suïcidaal gedrag een uitkomst is van een proces wat doorgaat zal het gewoon als onderdeel van het proces beschreven moeten worden.
- Beloop monitoren aan de hand van de vier eerder genoemde ernst-stadia.

Vraag 6: Hoe kan in de behandeling onderscheid gemaakt worden naar oorzaken en stadia van suïcidaal gedrag?

Een aantal experts hebben deze vraag niet beantwoord omdat zij van mening zijn dat dit in de bovenliggende vragen al naar voren is gekomen of omdat dit te complex is om hier te beschrijven en een literatuuronderzoek naar gedaan moeten worden of in de psychiatrieboeken moet worden gezocht. Eén van de experts vraagt zich af of er niet onderkend moet worden dat suïcidaal gedrag niet in te schatten is en daarmee al helemaal niet stadia.

De experts die de vraag wel hebben beantwoord hebben de volgende ideeën:

- Binnen mijn instelling werken we bij suïcidale patiënten met een Veiligheidsplan in een behandelplan. Bij hoge suïcidaliteit staat de veiligheid voorop, als de suïcidaliteit daalt, kan de behandeling gefocust worden op de onderliggende oorzaken (stressoren en kwetsbaarheden).
- Ik vind een aanpassing van het Case model waarbij je de suïcidale motivatie meer verkent, nuttig voor het behandelen: wat in deze Persoon, maakt wat Net gebeurd is, Nu zo bedreigend voor het Zelf, dat iemand Straks misschien dood wil. Dat helpt je een focus te kiezen voor de eerste interventies. Brengt zowel de ontwikkelingsgeschiedenis als stressoren in kaart. De onder 1 genoemde parameters bepalen ook de behandeling: bij ernst Hot, bijvoorbeeld, externe beschermende maatregelen, bij ernst Cold bijvoorbeeld, geduld, opbouwen werkrelatie, mentaliseren, etc. Voor behandeling is natuurlijk ook de aan/afwezigheid van externe hulp van groot belang, en de mate waarin je een werkrelatie van de grond krijgt.
- Suïcidaal gedrag kan gezien worden als een op zich staande fase van risicovol gedrag, de focus moet liggen op hoe daar mee om te gaan.
- Dat hang ook samen met de vier stadia; bij ernstig suïcidaal gedrag kan het dan waardevol zijn

als er meer ruimte komt voor ambivalentie, en vervolgens de behandeling zich gaat richten op het verder versterken van autonomie en levenslust, zodat mate van suïcidaliteit weer als licht getypeerd kan worden, om tenslotte weer (voor langere tijd) naar de achtergrond te gaan verdwijnen.

8.4 Geraadpleegde experts

- Ad Kaasenbrood
- Jan Seeleman
- Jos de Keijser
- Geert Reintjes
- Alexander Achilles
- Michiel Hengeveld
- Bert van Luyn
- Jurgen Cornelis
- Martin Beeres
- Joop Dopper
- Jan Mokkenstorm
- Martin Steendam

8.5 Samenstelling werkgroep

De zorgstandaard is ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep

werkgroep: InEen, NVKG en NVK hebben afgezien van autorisatie. De prioriteit van InEen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze zorgstandaard is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genooddaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze zorgstandaard. De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen. NVK heeft aangegeven niet te autoriseren omdat er in de zorgstandaard geen aandacht wordt besteed aan de specifieke doelgroep kinderen.

met afgevaardigden van verschillende beroepsverenigingen, experts en patiënten- en

familieorganisaties.

Voorzitter: Vos Beerthuis, psychiater GGZ inGeest, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Organisatie	Vertegenwoordiger(s)
Nederlands Huisartsen Genootschap	Martin Beeres
Nivel	Derek de Beurs
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	Wies van den Bosch
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen	Steef de la Fosse
Landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten	Annemarie Gerritsen
Ivonne van de Ven Stichting	Paul van Hoek en
Annemiek Huisman	
Palier	Nienke Kool-Goudzwaard
Nederlandse Vereniging voor de Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen	Jos de Keijser
Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Dwayne Meijnckens
Landelijke Stichting Zelfbeschadiging	
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Ivonne van der Padt
Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen	Toon Vriens
Cluster Acute psychiatrie Parnassia Groep	Remco de Winter

Werkgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger(s)
Nederlands Huisartsen Genootschap	Joop Dopper
Ambulancezorg Nederland	Pieter van Exter en
	Wim ten Wolde
113 Zelfmoordpreventie	Gerdien Franx
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	Boudien Flapper
GGZ Eindhoven	Inkeri Hyvarinen
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Jan Meerdinkveldboom
Stichting Topklinische GGZ	Ellen Mogendorff
GGZ Nederland	Pieter Prins
Nederlandse Internisten Vereniging	A. Roest
Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde	Robert Schurink

Adviesgroep