

Richtlijn suïcidepreventie

Soort document : Richtlijn
Bestemd voor : Behandelaren
Versie : 4.0

Oktober 2016

Inhoud

blz.	hfdst.	
2		Richtlijn in het kort
4	1	Inleiding
6	2	Visie op suïcidaal gedrag
	2.1	<i>Stress, kwetsbaarheid en entrapment</i>
	2.2	<i>Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag</i>
10	3	Algemene principes bij diagnostiek en behandeling
	3.1	<i>Contact</i>
	3.2	<i>Naasten</i>
	3.3	<i>Veiligheid en continuïteit van zorg</i>
12	4	Het diagnostisch proces
	4.1	<i>Schema voor diagnostiek</i>
	4.2	<i>Voorbeeldvragen suïcidale toestand</i>
	4.3	<i>Mate van suïcidaal gedrag en acties</i>
20	5	Schema voor behandeling
	5.1	<i>Behandelsetting</i>
23	6	Professioneel handelen na een suïcide of een ernstige suïcidepoging
24	7	Ketenzorg bij suïcidaal gedrag
	7.1	<i>Spoedeisende hulp (SEH)</i>
	7.2	<i>Huisarts</i>
26	8	Wet- en regelgeving in de praktijk
28	9	Implementatie en borging van deze richtlijn

Richtlijn in het kort

- **Suïcidaal gedrag** is het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term 'gedrag' verwijst naar zowel handelingen als naar gedachten. In de richtlijn is voor deze algemene term gekozen in aansluiting op het internationale gebruik van het begrip *suicidal behavior*. De term suïcidaliteit wordt dus niet meer gebruikt, evenals de termen tentamen suïcidii en TS. De termen suïcidale toestand en suïcidepoging worden wel gebruikt.
- Diagnostiek van suïcidaal gedrag omvat (1) de herkenning van suïcidaal gedrag en het onderzoek naar de **suïcidale toestand**, (2) onderzoek naar het **complex van factoren** dat bij de patiënt tot het suïcidale gedrag heeft geleid en (3) onderzoek naar de **wilsbekwaamheid**: een beoordeling van de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn of haar belangen te overzien en te waarderen.
- **Suïcidaal gedrag kent een diverse etiologie. In de behandeling van suïcidaal gedrag is het van belang om rekening te houden met de etiologie. Zo zullen bij chronisch suïcidaal gedrag andere interventies gekozen worden dan bij nieuw ontstaan acuut suïcidaal gedrag. NB: Rekening moet worden gehouden met de mogelijkheid dat acuut suïcidaal gedrag opnieuw kan ontstaan in de loop van chronisch suïcidaal gedrag.**
- Diagnostiek van suïcidaal gedrag behoort tot de competentie van de arts, psycholoog, psychotherapeut, ambulant werkende verpleegkundige en specialist. Diagnostiek van (zeer) ernstig suïcidaal gedrag behoort tot de competentie van de specialist.
- De algemene principes bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag zijn (1) vestigen en behouden van **contact** met de patiënt, (2) betrekken van de **naasten** van de patiënt en (3) het bieden van **veiligheid** en het regelen van **continuïteit** van zorg.
- Deze algemene principes behoren tot de competentie van de medewerker.
- Het bieden van veiligheid en regelen van continuïteit van zorg zijn belangrijke interventies bij het verminderen van beïnvloedbare risicofactoren. Op deze onderdelen rust een bijzondere verantwoordelijkheid van de medewerker.
- De diagnostiek leidt tot een **inschatting van de mate van suïcidaal gedrag** en daarbij behorende **interventies** volgens het volgende schema. Zie ook [Schema inschatting van de mate van suïcidaal gedrag](#).

<u>Mate</u>	<u>Omschrijving</u>	<u>Acties</u>
Lichte mate	Vluchtige gedachten, impuls onder controle	Focus behandeling, naasten betrekken, veiligheidsplan
Ambivalent	Afwisselend suïcide willen en willen leven, impulsiviteit, breuk in contact met anderen	Toetsen aan collega
Ernstige mate	Voortdurend gedachten, wanhopig, plan, benauwd voor eigen impulsiviteit	+ Consult psa of KP Naasten betrekken Intensivering behandeling
Zeer ernstige mate	Ontredderd, op drempel van suïcide	+ Naasten met 24 uren zorg GGZ (incl. crisisdienst) anders opname

- Bij de **verantwoordelijkheidsverdeling** is het Professioneel statuut leidend. Elke patiënt die in behandeling is, heeft een behandelaar en een hoofdbehandelaar (specialist). Beiden bepalen het beleid bij suïcidaal gedrag. Een patiënt met suïcidaal die niet bij GGZ Friesland in behandeling is (maar er wel woont, leert werken of dagbesteding volgt), wordt door de medewerker verwezen naar de huisarts of GGZ Friesland Spoed.
- Het onderzoek naar suïcidaal gedrag mondt uit in een **beschrijving van de diagnose** die is opgebouwd uit een formulering van de suïcidale toestand, een formulering van de

belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren, een werkhypothese over het ontstaan van het suïcidale gedrag, en de mate van wilsbekwaamheid.

- Uit de diagnostische formulering volgt een **inschatting** van de prognose, een indicatiestelling en een (voorlopig) behandel**plan** of veiligheidsplan. Deze worden in het EPD vastgelegd. Motiveren en bondig formuleren in het EPD is een uiting van professioneel handelen.
- In de ketenzorg zijn de huisarts, de praktijkondersteuners voor de huisarts (POH GGZ) en de Spoedeisende hulp (SEH) belangrijke partners.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In 2012 is de [Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) verschenen. Deze richtlijn is opgesteld door huisartsen, psychiaters, psychologen en verpleegkundigen en geautoriseerd door de beroepsverenigingen van psychiaters (NVvP), psychologen (NIP) en verpleegkundigen (V&VN). De tekst van de richtlijn bevat de wetenschappelijke onderbouwing voor veel vraagstukken over diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Die wetenschappelijke onderbouwing heeft met de overige overwegingen geleid tot de aanbevelingen. Doordat de richtlijn is geautoriseerd door de genoemde beroepsverenigingen, zijn psychiaters, psychologen en verpleegkundigen (en hen die daartoe in opleiding zijn) gehouden aan naleving van deze richtlijn.

Van deze richtlijn is een handzame, praktisch te gebruiken samenvatting gemaakt. Deze [Samenvatting van de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#) richt zich op diagnostiek en algemene principes en heeft als doel om de richtlijn en de belangrijkste aanbevelingen toegankelijk te maken voor de praktijk.

De Richtlijn suïcidepreventie van GGZ Friesland, die nu voor u ligt, gebruikt de samenvatting als uitgangspunt. De samenvatting is uitgebreid met uitwerkingen, die specifiek voor GGZ Friesland gelden.

Deze richtlijn suïcidepreventie is de richtlijn, die voor alle medewerkers van GGZ Friesland van toepassing is. De multidisciplinaire richtlijn en de samenvatting daarvan worden beschouwd als achtergrondinformatie. Vanzelfsprekend is de richtlijn van GGZ Friesland op geen enkel onderdeel strijdig met de landelijke richtlijn.

De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag richt zich vooral op diagnostiek en algemene principes en minder op de behandeling. In deze richtlijn suïcidepreventie is een verdere uitwerking gemaakt van principes voor behandeling waarbij ook expliciet aandacht is gegeven aan de behandeling van chronisch suïcidaal gedrag. Daarnaast wordt ingegaan op de dossiervoering. De behandeling is verder uitgewerkt in de diverse zorgprogramma's van GGZ Friesland (en interventies door de huisarts, de POH GGZ en de SEH). Ook is voor de behandeling van mensen die een suïcidepoging hebben gedaan, een behandelrichtlijn beschikbaar. Het betreft hier de module in het kader van terugvalpreventie (CGT-S)

1.2 Afbakening

Richtlijn

Een richtlijn is een reeks van aanbevelingen en een hulpmiddel om tot beleid (met een patiënt, een team) te komen. Een richtlijn geeft antwoord op de vraag *wat wanneer* gedaan wordt, en op basis van welke overwegingen dit wordt aanbevolen. Een richtlijn is een *beslissingsondersteunend* instrument. De professional heeft de verantwoordelijkheid om op basis van onderzoek te komen tot een indicatiestelling voor behandeling en kan, mede door het overleg met de patiënt, beargumenteerd en gedocumenteerd afwijken van richtlijnaanbevelingen.

De professional komt tot een oordeel op basis van alle beschikbare informatie, rekening houdend met de actuele mogelijkheden en beperkingen. Door de Richtlijn suïcidepreventie te volgen, draagt de professional bij aan zorgvuldig klinisch handelen bij patiënten met suïcidaal gedrag, maar het biedt geen garantie voor een gunstige uitkomst bij elke patiënt. Ook bij zorgvuldig klinisch handelen zullen er patiënten zijn die suïcide plegen.

Hulp bij zelfdoding en euthanasie

Deze richtlijn is niet bestemd voor patiënten met de vraag om hulp bij zelfdoding. Hiervoor wordt verwezen naar de [Richtlijn verzoeken tot euthanasie en hulp bij zelfdoding](#) (is aangepast, titel en inhoud, link ook aanpassen) van GGZ Friesland en de *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* van de NVvP.

Het is belangrijk om bij een vraag tot hulp bij zelfdoding het suicidaal gedrag uit te vragen en tevens te realiseren dat serieus ingaan op deze vraag de kans op suicidaal gedrag vermindert. Bij een vraag om hulp bij zelfdoding blijft deze richtlijn gelden.

2 Visie op suïcidaal gedrag

'Suïcidaal gedrag' verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. 'Gedrag' verwijst naar zowel handelingen als naar gedachten. Deze algemene termen worden gebruikt in aansluiting op het internationale gebruik van het begrip *suicidal behavior*.

Gedachten aan suïcide worden niet altijd geuit, maar kunnen wel worden vermoed. De enige manier om achter deze vorm van suïcidaal gedrag te komen, is door er onderzoek naar te doen. Deze richtlijn behandelt gedrag dat verband houdt met de intentie om dood te gaan, waaronder gedachten aan suïcide, fantasieën over suïcide, 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, of het risico van overlijden niet uit de weg gaat.

De intentie van suïcidaal gedrag is niet altijd eenduidig vast te stellen en kan variëren in de tijd: op het ene moment kan iemand dood willen, op een volgend moment niet meer. Naast een intentie om dood te gaan, is er vaak een intentie om te leven.

Motieven voor suïcidaal gedrag kunnen uiteenlopen. Het kan gaan om een uitgesproken wens om te sterven, een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen of niet meer te willen leven, een behoefte om te ontsnappen uit een situatie die de persoon als ondraaglijk ervaart, of om het denken te stoppen. Soms is suïcidaal gedrag een uiting van de behoefte om anderen iets duidelijk te maken. Suïcidaal gedrag kan ook impulsief en zonder veel voorafgaand overwegen optreden. Een patiënt heeft niet altijd een vrije keus 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.

Elke vorm van suïcidaal gedrag is geassocieerd met een verhoogd risico op suïcide.

Professionals die met suïcidaal gedrag worden geconfronteerd, nemen het gedrag, hoe ambivalent of ogenschijnlijk onschuldig ook, serieus. Weeg altijd af of specialistisch dan wel medisch handelen op zijn plaats is.

Afhankelijk van de onderliggende etiologie wordt behandeling en begeleiding ingezet. Een speciale groep is de groep mensen met chronische suïcidaliteit. Toename van deze reeds onderliggende toestand kan wijzen op toegenomen machteloosheid door een verder afnemen van het probleemoplossend vermogen of de emotieregulatie (door bijvoorbeeld een onderliggende chronisch depressieve stoornis, manisch depressieve stoornis of persoonlijkheidsstoornis). Behandeling van chronische suïcidaliteit is onderdeel van de reguliere behandeling, waarbij gezamenlijk oorzaken, luxerende en onderhoudende factoren kunnen worden opgespoord. Op langere termijn is het doel om de emotieregulatie en het probleemoplossend vermogen te verbeteren, waardoor patiënten meer zelfcontrole ontwikkelen (door oa. het maken van een signaleringsplan) en kunnen leren omgaan met suïcidaliteit.¹ Bij toename van de chronische suïcidaliteit en verlies van zelfcontrole is het van belang om de patiënt te coachen in het hanteren van zijn signaleringsplan.

2.1 Stress, kwetsbaarheid en entrapment

Bij ieder individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologische en sociale factoren. In het gedrag zijn twee aspecten te onderscheiden: (1) de suïcidale toestand en (2) achterliggende factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van de suïcidale toestand.

Suïcidale toestand

De suïcidale toestand omvat suïcidegedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en gedachten over de nabije toekomst. Cruciaal zijn betekenissen

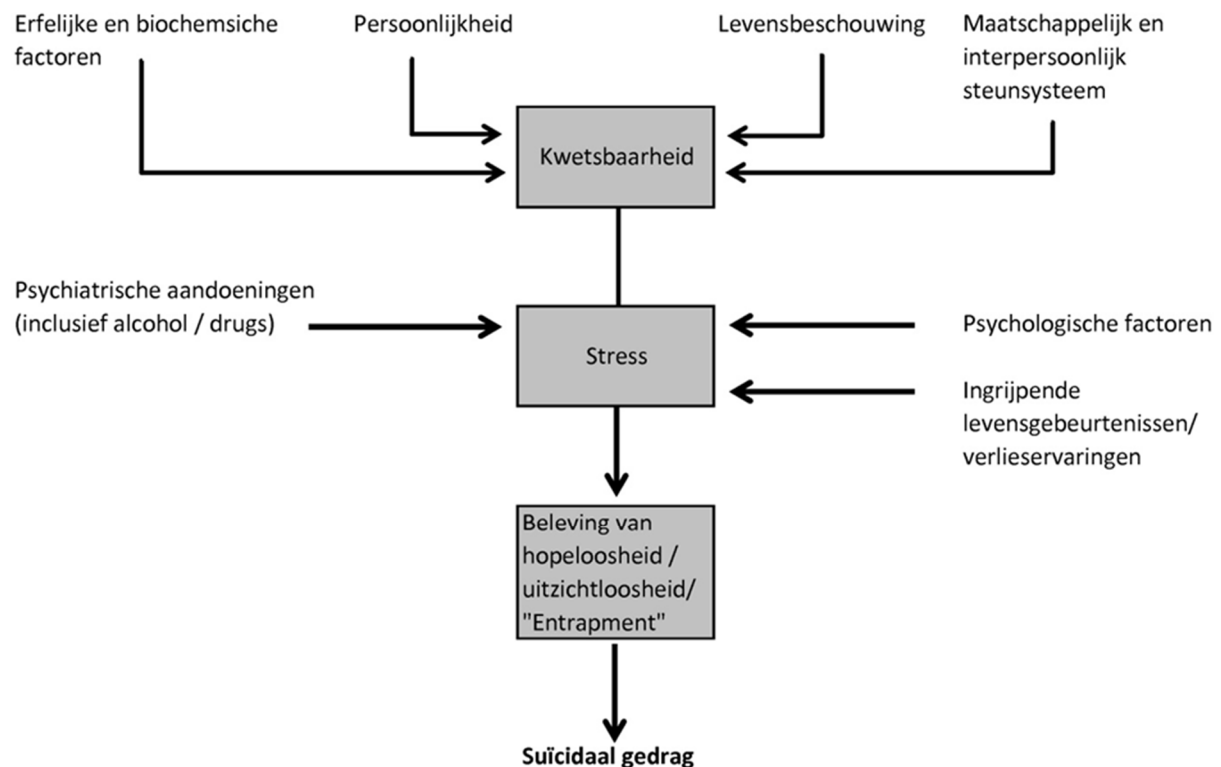
¹ Omgaan met chronische suïcidaliteit, van beheersen naar begrijpen, handvatten voor de praktijk, Saskia Knapen.

van gedachten en handelingen in termen van motieven, intenties, overwegingen en plannen zoals door de patiënt gerapporteerd.

Achterliggende factoren

Voor de achterliggende factoren is een model ontwikkeld voor suïcidaal gedrag aan de hand van de begrippen stress, kwetsbaarheid en *entrapment*. Zie de figuur op de volgende bladzijde.

Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag



Toelichting op het model

Het model is gebaseerd op het uitgangspunt dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het suïcidale gedrag 'losmaken' en onderhouden. Entrapment ('in een val opgesloten zitten') omvat het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren suïcidaal gedrag kunnen ontwikkelen.

Bij iemand die kwetsbaar is voor het intens en heftig ervaren van gebeurtenissen in termen van vernedering, verlies of afwijzing kan verlies van zelfrespect en eigenwaarde optreden. Als dit wordt versterkt door een gebrek aan probleemoplossend vermogen, kan dit leiden tot een toestand van wanhoop en uitzichtloosheid. Er ontstaat een situatie van entrapment. De persoon komt in een situatie waarin hij of zij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht, met suïcidaal gedrag tot gevolg.

De toestand hangt vaak samen met psychiatrische stoornissen. Naar schatting driekwart van alle suïcides is mede toe te schrijven aan psychiatrische stoornissen. Naast psychiatrische stoornissen spelen psychologische en sociale factoren zoals impulsiviteit, wanhoop en sociaal isolement een rol.

2.2 Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Het geïntegreerde model van stress, kwetsbaarheid en entrapment biedt voor de klinische praktijk de mogelijkheid om factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag in onderlinge samenhang te plaatsen. Het model dient als uitgangspunt voor diagnostiek en behandeling.

Basisvaardigheden

Diagnostiek van suïcidaal gedrag omvat:

- herkenning van suïcidaal gedrag
- onderzoek naar de suïcidale toestand
- onderzoek naar het complex van factoren dat bij de individuele patiënt tot het suïcidale gedrag heeft geleid
- beoordeling van de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn of haar belangen te overzien en te waarderen

Beschrijving van de structuurdiagnose

Het resultaat van het systematische onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt samengevat in een beschrijving van de structuurdiagnose van het suïcidale gedrag, bestaande uit:

- een beschrijving van de huidige suïcidale toestand
- een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- een hypothese over de oorzakelijke factoren van het suïcidale gedrag
- de mate van wilsbekwaamheid

Op basis van deze informatie maakt de professional, voor zover mogelijk samen met de patiënt en diens naasten, een inschatting van de prognose. Ook stelt de professional de indicatie voor interventies op de korte en langere termijn voor het verminderen of voorkomen van (herhaald) suïcidaal gedrag.

Verwerking in het EPD

Onderzoek en structuurdiagnose suïcidaal gedrag wordt in het EPD in het speciaal daartoe bestemde formulier verwerkt: Diagnostiek Suïcidaal gedrag. Het intakeformulier kent een apart item suïcidaal gedrag. Wanneer dit aangevinkt wordt, wordt doorgelinkt naar het formulier Diagnostiek Suïcidaal Gedrag. Dit formulier kan ook separaat bewerkt worden. Indien geïndiceerd wordt suïcidaal gedrag in het behandelplan opgenomen. Bij elke evaluatie van het behandelplan moet opnieuw worden aangegeven in hoeverre dit speelt.

Taken

Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek behoort tot de basisvaardigheden van alle artsen, ambulant verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten. Oriënterend onderzoek omvat contact maken, onderzoek doen naar de actuele suïcidale toestand, in kaart brengen van stress- en kwetsbaarheidsfactoren, betrekken van naasten bij de zorg, een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen en te zorgen voor veiligheid en continuïteit van zorg.

Contact maken, herkennen van suïcidaal gedrag en verwijzen naar een van de hierboven beschreven collega's behoort tot de basisvaardigheden van alle medewerkers van GGZ Friesland, vooral klinisch werkzame verpleegkundigen, agogen en vaktherapeuten.

Het onderzoek naar oorzakelijke factoren van het suïcidale gedrag en de indicatiestelling voor behandeling zijn specialistische vaardigheden, die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is. De beoordeling of iemand wilsbekwaam is om te beslissen over noodzakelijke medische behandeling, is voorbehouden aan een arts. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de professional zijn vastgelegd in het [Professioneel statuut](#) van GGZ Friesland.

Bij het omgaan met suïcidaal gedrag zijn ook hulpverleners buiten GGZ Friesland betrokken. Het [Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit](#) gaat in op het belang en de noodzaak tot goede afstemming, samenwerking en overdracht in de keten en maakt onderscheid tussen:

- erkende verwijzers die rechtstreeks naar de (acute) geestelijke gezondheidszorg kunnen verwijzen: huisarts, medisch specialist, SEH-arts, Bureau Jeugdzorg en bedrijfsarts. Erkende verwijzers dienen volgens de landelijke Richtlijn in elk geval te beschikken over de genoemde basisvaardigheden; om deze reden is in deze Richtlijn een hoofdstuk 7 opgenomen over de ketenzorg bij suïcidaal gedrag;
- toeleiders die niet rechtstreeks kunnen verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg: personeel in de sector onderwijs, welzijn, jeugdzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke verzorging;
- personeel van algemene hulpdiensten: politie, ambulancedienst en brandweer.

3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling

3.1 Contact

Het is belangrijk om een beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat bij de patiënt heeft geleid tot suïcidaal gedrag. Daarvoor is goed contact tussen patiënt en professional onontbeerlijk. Een positieve werkrelatie bevordert de betrouwbaarheid van de verzamelde informatie. Goed contact houdt in dat de patiënt zich vrij kan voelen om over zijn suïcidaal gedrag te praten. De professional gaat een werkrelatie aan met de patiënt. Die relatie vormt de basis voor het tonen van betrokkenheid en begrip, het leggen van contact met eventuele naasten van de patiënt, en het organiseren van veiligheid en continuïteit van zorg.

Met de patiënt in contact komen kan bemoeilijkt worden door de somatische, psychiatrische en/of psychologische toestand van de patiënt. Hierdoor kan het zicht op het suïcidale gedrag beperkt zijn. Zeker bij geïntoxiceerde patiënten of bij ernstig somatisch zieke patiënten kan het systematische onderzoek van het suïcidale gedrag niet of niet volledig mogelijk zijn. In deze situaties is het aan te bevelen om het verzamelen van meer complete informatie uit te stellen tot een later moment en/of de informatie te verkrijgen via naasten. Veiligheid en continuïteit van zorg kunnen op dat moment eerste prioriteit zijn.

3.2 Naasten

Suïcidaal gedrag speelt zich niet alleen af tussen de patiënt en de professional, maar ook tussen de patiënt en zijn directe leefomgeving. Het is daarom aan te bevelen om bij elke fase van het onderzoek en de behandeling naasten van de patiënt te betrekken. Zij kennen de patiënt vaak goed en kunnen een belangrijke bron van informatie zijn. Daarnaast kunnen naasten als bondgenoot hulp en steun bieden bij de opvang en begeleiding van de patiënt en bij de evaluatie van de behandeling. De volgende uitgangspunten zijn van belang.

- De patiënt en naasten gaan ermee akkoord dat 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 is in overeenstemming 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 het (mogelijk ernstig) nadeel om naasten bij de zorg te betrekken. Dat betekent dat de wens van de patiënt om naasten niet te informeren moet worden afgewogen tegen het doorbreken van het beroepsgeheim en naasten wel te informeren. De [Richtlijn conflict van plichten](#) kan hierbij behulpzaam zijn.
- De patiënt heeft de mogelijkheid om vertrouwelijke zaken met uitsluitend de onderzoeker te bespreken.
- Bij jongeren is het sterk aan te bevelen om vooral de ouders bij de zorg te betrekken. Dat is van belang voor 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 een zorgplicht. 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 laat de professional zich niet alleen 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.

Naasten hebben vaak behoefte aan uitleg, hulp en steun. Wanneer professionals aan deze behoefte tegemoetkomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de patiënt, de kwaliteit van de werkrelatie met de patiënt en zijn naasten, en op de therapietrouw.

Voor het betrekken van naasten is de [Richtlijn familiebeleid](#) van GGZ Friesland bepalend.

3.3 Veiligheid en continuïteit van zorg

De ernst van het suïcidale gedrag, de somatische toestand en de mate van samenwerking van de patiënt (en naasten) bepalen welke interventies nodig zijn om de patiënt tegen zichzelf te beschermen.

- De professional heeft oog voor de directe noodzaak van behandeling van de somatische toestand.
- De professional heeft oog voor het verhinderen van de toegang tot middelen waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen.
- De professional kan rekenen op bijstand van algemene hulpdiensten (politie, brandweer, ambulance). In GGZ Friesland kan de professional ook een beroep doen op collega's en het management.
- Als de veiligheid van de patiënt niet gegarandeerd is, kunnen onvrijwillige opname en dwangmaatregelen nodig zijn. Het handelen is allereerst gericht op de veiligheid; direct daarna op de juridische afhandeling en herstel van wederkerigheid in de behandelrelatie.
- Suïcidaal gedrag kent een wisselend beloop. Het onderzoek naar de suïcidale toestand wordt daarom geregeld herhaald.
- Tijdens overgangsmomenten in de behandeling (bij overplaatsing naar een andere behandelsetting en bij ontslag) en in niet-acute situaties krijgt zorg voor veiligheid en continuïteit van zorg vorm door goede afspraken te maken over nazorg.
- Veiligheidsafspraken worden vastgelegd in het veiligheidsplan, behandelplan of signaleringsplan.
- Bij de zorg voor veiligheid en continuïteit zijn vaak meerdere intra- en extramurale (zorg-) disciplines betrokken. Goede afspraken met ketenpartners zijn noodzakelijk. Zie voor een uitwerking hoofdstuk 7.

4 Het diagnostische proces

Onderzoek van suïcidaal gedrag is geïndiceerd bij iedereen die met enige overtuiging suïcidale uitspraken doet, of die een suïcidepoging heeft gedaan. Suïcidale patiënten brengen hun suïcidegedachten echter niet altijd uit zichzelf ter sprake. Doe in de volgende situaties actief navraag naar suïcidegedachten:

- bij psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen
- bij uitingen van wanhoop
- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen
- op overgangsmomenten in de lopende psychiatrische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname
- bij onverwachte veranderingen, gebrek aan verbetering, of verslechtering van het klinische beeld van een psychiatrische stoornis
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat er sprake kan zijn van suïcidaal gedrag

Onderzoek van suïcidaal gedrag is bedoeld om een inschatting te maken van de prognose van suïcide, om een indicatie te stellen voor noodzakelijke of gewenste zorg en om zorg te kunnen organiseren. De professional onderzoekt de suïcidale toestand, de wilsbekwaamheid en de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren.

4.1 Schema voor diagnostiek

Doelen

- Inschatten van de prognose van suïcide
- Indicatiestelling voor zorg
- Organiseren van zorg

Vorbereiden

- Organiseer veiligheid
- Verzamel voorinformatie
- Organiseer de setting

Onderzoek

- Contact maken
- Bepaal de suïcidale toestand (CASE-benadering)
- Bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- Betrek naasten bij het onderzoek
- Formuleer een beschrijving van de diagnose
- Bepaal de indicatie voor verdere zorg

Afronden

- Maak een plan met de patiënt (op schrift)
- Organiseer veiligheid
- Betrek naasten bij de diagnostiek
- Maak afspraken over vervolg; wat als ...
- Bepaal de noodzaak van vervolgonderzoek
- Organiseer actief de verdere zorg
- Rapporteer

CASE-benadering

Goedkeuringsdatum : 4-11-2016
Herzieningsdatum : 11-12-2017

Documenteigenaar: Geneesheer directeur
Herkomst / auteur : Geneesheer-directeur

De suïcidale toestand wordt systematisch onderzocht, bij voorkeur aan de hand van de CASE²-methode: u vraagt in deze volgorde

- eerst naar de actuele gedachten en gebeurtenissen
- dan naar de recente voorgeschiedenis (4-8 weken)
- vervolgens naar de ruimere voorgeschiedenis van eerdere episodes van suïcidaal gedrag en
- tot slot hoe de patiënt de toekomst ziet, welke plannen hij of zij heeft, en wat er zou moeten veranderen om het toekomstperspectief te verbeteren.

Zie paragraaf 4.2 voor voorbeeldvragen bij een suïcidale toestand.

Wilsbekwaamheid

Indien u als arts moet beoordelen of de patiënt met suïcidaal gedrag wilsbekwaam is, beoordeelt u het begripsvermogen en de beslisvaardigheid van de patiënt en maakt u een afweging van waarden. Daarbij stelt de arts hoge eisen aan die beslisvaardigheid bij weigering van interventies die levensreddend zijn.

Ter ondersteuning van deze beoordeling kunnen twee documenten worden gebruikt.

1. Het [Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid](#). Dit is een document van de KNMG. Iedere arts wordt geadviseerd dit stappenplan één keer uit te voeren bij de beoordeling van wilsbekwaamheid van een patiënt.
2. De [Richtlijn beoordeling wilsbekwaamheid](#) van GGZ Friesland, meer bedoeld als checklist.

Stress-kwetsbaarheidsfactoren

Factoren genoemd in het overzicht op de volgende bladzijde zijn richtinggevend voor het systematische onderzoek van de stress- en kwetsbaarheidsfactoren.

Beschrijving van de diagnose en prognose

Het systematisch onderzoek mondt uit in een beschrijving van de diagnose die is opgebouwd uit

- een formulering van de suïcidale toestand
- een formulering van de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- een werkhypothese over de ontstaansfactoren van het suïcidale gedrag en
- de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn of haar belangen bij het suïcidale gedrag te overzien en te waarderen.

Uit de diagnostische formulering volgt

- een inschatting van de prognose
- een indicatiestelling voor interventies voor de kortere (dagen) en langere (weken) termijn
- en een (voorlopig) behandelplan of veiligheidsplan.

Deze worden in het EPD vastgelegd in het formulier Diagnostiek Suïcidaal gedrag. .

² CASE staat voor Chronological Assessment of Suicide Events. De methode is ontwikkeld door Shea en in een artikel over [‘Suicide Assessment’](#) (2010) beschreven.

Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren

Algemeen

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

Persoonskenmerken

- Leeftijd (ouder)
- Geslacht (man)

Psychiatrische aandoeningen

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

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, suïcide in de familie)
- Lichamelijke ziekte, pijn
- Werkloosheid
- Detentie

Overig

- Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)

Selectie van beschermende factoren

- Goede sociale steun
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
- Goede therapeutische relatie
- Een goed contact met de huidige onderzoeker

4.2 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 zelfmoord? Denkt u dat u dood beter af bent?
- Hebt u plannen om zelfmoord te plegen?
- Hoe zien die plannen er uit? Welke methoden hebt u overwogen?
- Welke voorbereidingen 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?

4.3 Mate van suïcidaal gedrag en acties

Gradaties van suïcidale gedrag

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

Het is belangrijk om bij constatering van suïcidaal gedrag te bepalen in hoeverre overleg met een specialist op gebied van suïcidaal gedrag aangewezen is, dit zal eerder het geval zijn naarmate de ernst toeneemt. Zie ook onderstaand schema. In het PS is vastgelegd dat de klinisch psycholoog en de psychiater de specialisten zijn op het gebied van suïcidaal gedrag. Wanneer de patiënt bekend is met suïcidaal gedrag dan geldt dat deze consultatie zeker bij verergering van het suïcidaal gedrag aan de orde is. Daarnaast moet niet inschatting van mate van suïcidaliteit verward worden met de ingeschatte kans dat dit daadwerkelijk gebeurt. Bij dit laatste worden ook de afwendingsacties meegenomen. Als voorbeeld: een ernstig suïcidale patiënt wordt opgenomen. Door deze opname is het risico op suicide kleiner.

Lichte mate

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

Ambivalentie

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

Ernstige mate

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

Zeer ernstige mate

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

Acties

Aan elk niveau worden acties gekoppeld. Hieronder wordt een opsomming gegeven van de acties die in ieder geval dienen plaats te vinden.

Goedkeuringsdatum : 4-11-2016
Herzieningsdatum : 11-12-2017

Documenteigenaar: Geneesheer directeur
Herkomst / auteur : Geneesheer-directeur

Bij **lichte** mate wordt het focus van de behandeling op het suïcidale gedrag gelegd. Zo mogelijk worden de naasten hierbij betrokken. Daarnaast wordt een veiligheidsplan opgesteld, waarbij in dit veiligheidsplan de naasten betrokken worden

Bij **ambivalentie** wordt bovendien de mate van het suïcidale gedrag getoetst bij een collega. Dat hoeft niet een specialist te zijn..

Bij **ernstige** mate wordt bovendien met spoed een consult gevraagd van een specialist. Daarnaast wordt de behandeling zodanig geïntensiveerd, dat (naar het oordeel van de behandelaar betrouwbaar!) contact behouden blijft. Wanneer naar het oordeel van de behandelaar en/of de specialist het contact niet als betrouwbaar wordt ervaren, dan volgen acties, die horen bij het volgende niveau. Het betrekken van naasten moet nu nog nadrukkelijker gebeuren.

Bij **zeer ernstige** mate wordt het contact 'waterdicht' gemaakt: patiënt wordt niet uit het oog verloren. In eerste instantie worden de naasten en de crisisdienst ingeschakeld, als dit niet betrouwbaar voldoende is, volgt een opname.

Voor alle duidelijkheid:

1. Wanneer het niveau van de mate van het suïcidaal gedrag is bepaald, worden niet alleen de acties van dat niveau toegepast, maar ook de acties van een lichtere mate van suïcidaal gedrag.
2. Houd bij het betrekken van naasten wel steeds de regels van het beroepsgeheim voor ogen. Dit betekent ook dat met goede redenen omkleed het beroepsgeheim doorbroken kan worden.

Schema: mate van suïcidaal gedrag en acties

<u>Mate</u>	<u>Omschrijving</u>	<u>Acties</u>
Lichte mate	Vluchtige gedachten, impuls onder controle	Focus behandeling, Betrekken naasten Veiligheidsplan
	+	
Ambivalent	Afwisselend suïcide willen en willen leven, impulsiviteit, breuk in contact met anderen	Toetsen aan collega Naasten betrekken
	+	
Ernstige mate	Voortdurend gedachten, wanhopig, plan, benauwd voor eigen impulsiviteit	Consult psa/ KP Naasten betrekken Intensivering focus
	+	
Zeer ernstige mate	Ontredderd, op drempel van suïcide	Naasten betrekken, crisisdienst/ 24 uren dekking van de zorg, zo nodig opname

4.4 Veiligheidsplan

Wanneer de mate van suïcidaal gedrag ambivalent of ernstiger is, wordt met de patiënt een veiligheidsplan (zie volgende bladzijde) gemaakt. Dit is met name van belang bij een patiënt, die nog niet bij GGZ Friesland bekend was.

Het veiligheidsplan is in te vullen in het EPD (zie onder Plannen) en vervolgens af te drukken. Omdat niet elke behandelaar in elke situatie in het EPD kan komen, wordt geadviseerd een aantal lege exemplaren van het [veiligheidsplan](#) af te drukken en in de werktas te doen. Vergeet niet het ingevulde veiligheidsplan te scannen en in het dossier op te slaan.

Een veiligheidsplan kan worden meegegeven aan de patiënt en met toestemming van de patiënt worden meegegeven aan of verzonden naar de contactpersonen, de verwijzer en/of de huisarts.

4.5 Verantwoordelijkheidsverdeling

Volgens het Professioneel statuut van GGZ Friesland heeft de patiënt een regiebehandelaar en een of meerdere behandelaren. Zie verder het [Professioneel statuut](#). Hier is omschreven wanneer wie geraadpleegd moet worden door wie in geval van suïcidaal gedrag.

Veiligheidsplan

*Vul dit veiligheidsplan zorgvuldig in
Draag het dagelijks bij u
Geef een kopie aan anderen*

Gegevens van u zelf

Naam	:	Adres	:
Geb. datum	:	Postcode	:
Telefoon	:	Woonplaats	:
E-mail	:		

Wanneer u gedachten aan zelfbeschadiging of de dood krijgt

Stap 1: Probeer contact te maken met iemand anders, bijvoorbeeld:

- zoek contact met één van uw contactpersonen
- zoek contact met uw hulpverlener
- zoek contact met één van de hulpverleners van 113-online

Stap 2: Vermijd ten allen tijde alcohol of andere bedwelmende middelen

Stap 3: Gebruik zo nodig de hier voorgeschreven medicatie

Contactpersonen

Schrijf behalve de naam ook belangrijke andere gegevens op, zoals adres, telefoonnummers, etc.

- 1.
- 2.
- 3.

Hulpverlener(s)

Schrijf in elk naam, functie, instelling en telefoonnummer op.

- 1.
- 2.

113-online

1. Via internet : www.113online.nl
2. Of bel : 0900 - 0113

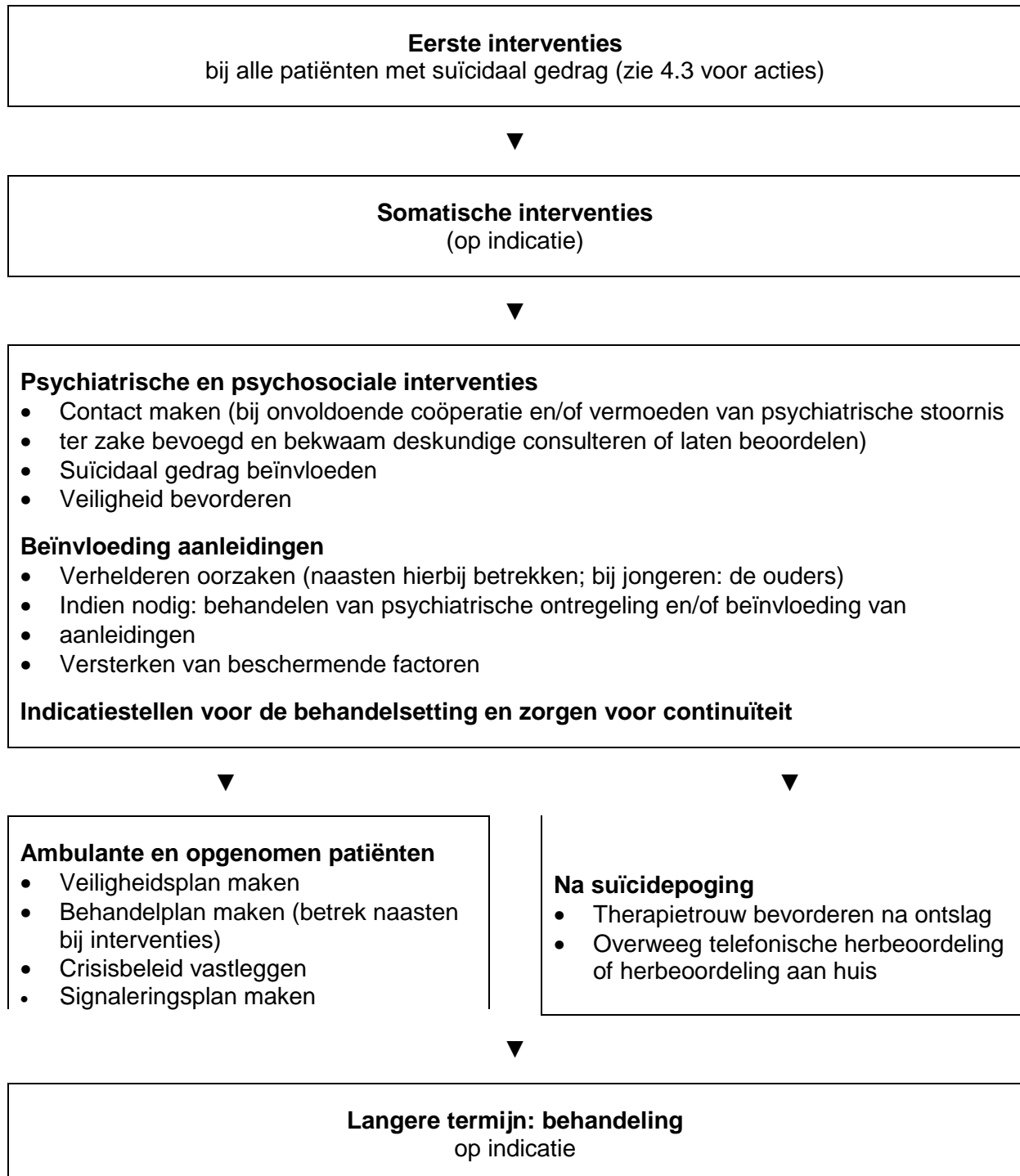
Medicijnen

Vermeld hier uitsluitend de medicijnen die u mag gebruiken bij toenemende spanning

- 1.
- 2.

5 Schema voor behandeling

Interventies bij suïcidaal gedrag op korte en lange termijn



5.1 Behandeling

Afhankelijke van de diagnostiek van het suïcidaal gedrag zoals weergegeven in de structuurdiagnose wordt behandeling ingezet. Bij de behandeling wordt onderscheid gemaakt in eerste interventies, somatische interventies en (vervolg) behandeling. Deze behandelingen of interventies kunnen in principe ongeacht de setting (zie 5.2) ingezet worden.

Het voert te ver om hier in te gaan op de behandeling van alle specifieke stoornissen, daarvoor wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen en zorgprogramma's. Suïcidaal gedrag vraagt expliciete aandacht naast de behandeling van de psychiatrische stoornis en begeleiding op eventuele overige problemen.

Als nog niet bij de eerste intake of crisisbeoordeling een veiligheidsplan is gemaakt of als het suïcidaal gedrag gedurende de behandeling ontstaat wordt alsnog een veiligheidsplan gemaakt. Indien mogelijk wordt ook zo spoedig mogelijk een signaleringsplan uitgewerkt met de patiënt. Tevens wordt het crisisbeleid vastgelegd in het behandelplan, waarbij behandeling en preventie van suïcidaal gedrag ook expliciete aandacht hoort te krijgen in het behandelplan.

Chronisch suïcidaal gedrag

Bij de behandeling van chronisch suïcidaal gedrag – in context van borderline problematiek - dient de nadruk te verschuiven van beheersen naar begrijpen. Hiervoor is het nodig om ongewenst gedrag te begrenzen, autonomie te bevorderen, gezonde gedragsalternatieven te bekrachtigen en suïcidaal gedrag te gaan begrijpen, binnen een veilige behandelrelatie en vast behandelteam en met betrokkenheid van naasten.

Dit kan als volgt uitgewerkt worden:

1. Afstemming met patiënt en naastbetrokkenen over de behandeldoelen, de eventuele risico's op zelfbeschadigend gedrag, en wie welke rollen, taken en verantwoordelijkheden heeft binnen de behandeling. Ook ketenpartners, zoals woonbegeleiding, sociaal wijkteam, HAP en SEH kunnen hierbij betrokken worden.
2. Het opstellen van een structuurdiagnose ten aanzien van de suïcidaliteit - inclusief een risicotaxatie, waarbij functie, beloop, consequenties en risico's van de chronische suïcidaliteit wordt uitgelegd. Benoem beschermende en contraproductieve factoren.
3. Er is een signaleringsplan waarin beschreven wordt hoe te handelen bij oplopende spanning cq risicovol gedrag, met duidelijke concrete aanwijzingen voor alle betrokken partijen (inclusief ketenpartners). Deze wordt na iedere nieuwe crisis geëvalueerd en bijgesteld.
4. Duidelijke verslaglegging in het behandelplan, waarin de risico's op suïcidaal gedrag beschreven worden alsmede de afwegingen die gemaakt zijn om tot het nemen van dit afgewogen risico te komen.
6. Het behandelplan en signaleringsplan kunnen ter afstemming en intercollegiale toetsing voorgelegd aan de Geneesheer-Directeur. Het is belangrijk om je van steun te verzekeren binnen de organisatie.
7. Plan een evaluatie met patiënt en naastbetrokkenen
8. Evaluatie / bijstelling van behandelplan en signaleringsplan vindt eerder plaats indien een van de betrokken partijen dit nodig acht.³

5.2 Behandelsetting

De onderstaande aanwijzingen voor de behandelsetting geven richting aan het beleid; zij mogen niet worden opgevat als een voorschrift.

Bij voorkeur opnemen in de kliniek

1.1 Na een suïcidepoging indien:

³ Omgaan met chronische suïcidaliteit, van beheersen naar begrijpen, handvatten voor de praktijk, Saskia Knapen

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

1.2 Bij suïcidegedachten met:

- een specifiek suïcideplan met hoge letaliteit
- een sterke doodswens
- vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid en/of stress

Mogelijk opnemen, maar bij voorkeur ambulant behandelen met betrouwbare afspraken tussen patiënt, naasten en crisisdienst

2.1 Na een suïcidepoging zonder de kenmerken bij 1.1 en 1.2 beschreven.

2.2 Bij suïcidegedachten in combinatie met:

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

2.3 Zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten, -plan of -intentie als er uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese aanwijzingen zijn voor een hoog suïciderisico en een recente acute toename van het risico.

Mogelijk naar huis

Na een suïcidepoging of bij de aanwezigheid van suïcidegedachten of -plan indien:

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

Bij voorkeur naar huis

Bij chronisch suïcidaal gedrag zonder voorgeschiedenis met een suïcidepoging met hoge letaliteit, maar met een veilige, ondersteunende omgeving en een lopende ambulante behandeling.

6 Professioneel handelen na een suïcide of ernstige suïcidepoging

Het handelen na een suïcide of een ernstige suïcidepoging van een patiënt is vastgelegd in de [Richtlijn beleid bij suïcide](#) van GGZ Friesland. Deze richtlijn geeft helderheid over de procedures na een suïcide, de wijze van rapporteren en de wijze van evalueren.

7 Ketenzorg bij suïcidaal gedrag

Professionals werkzaam op een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) en huisartsen zijn niet ingebed in de ggz. Aangezien medewerkers van GGZ Friesland ook consulten op de SEH verrichten of werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk wordt hier expliciete aandacht aan deze settingen besteed. Binnen de genoemde settingen komen professionals j vaak in aanraking met patiënten met suïcidaal gedrag. In alle omstandigheden gelden de algemene principes als contact maken, zorg voor veiligheid en continuïteit en het bij de zorg betrekken van naasten. SEH-professionals en huisartsen dienen te beschikken over basisvaardigheden voor de omgang met suïcidaal gedrag. Daarnaast dienen zij te herkennen of mogelijk sprake is van een psychiatrische stoornis en te kunnen beoordelen of verwijzing en/of consultatie van een deskundige nodig is. Aandachtspunten zijn: is de patiënt somatisch voldoende stabiel; en is de patiënt in staat tot een gesprek? Daarna kan ook de psychiater in consult geroepen worden.

Zie ook het [Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit](#).

7.1 Spoedeisende hulp (SEH)

Suïcidaal gedrag op een SEH betreft meestal patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan, of openlijk of bedekt duidelijk maken een doodswens te hebben. Bij een suïcidepoging hebben somatische diagnostiek en behandeling prioriteit. In beide gevallen doet de professional oriënterend onderzoek naar suïcidaal gedrag en betreft daarbij een bevoegd en bekwaam deskundige.

Triage

Tijdens de triage worden beoordeeld:

- welke maatregelen nodig zijn voor de veiligheid van de patiënt;
- of een somatische behandeling noodzakelijk is
- de noodzaak tot somatisch handelen gaat vooraf aan psychiatrische diagnostiek en behandeling
- als de patiënt noodzakelijke somatische behandeling weigert, moet worden beoordeeld of de patiënt wilsbekwaam is om zelf besluiten te nemen
- als de patiënt wilsonbekwaam wordt geacht om te beslissen over de noodzakelijke somatische behandeling, zoekt de behandelaar zo mogelijk vervangende toestemming. Voor maatregelen die noodzakelijk zijn om ernstig nadeel af te wenden en die geen uitstel dulden, dient de behandelaar als goed hulpverlener te handelen conform de WGBO. Een patiënt zonder psychiatrische stoornis die betrekkelijk impulsief twintig tabletten paracetamol heeft geslikt en die behandeling weigert, zal in de meeste gevallen als wilsonbekwaam moeten worden beschouwd, omdat redelijkerwijs aangenomen kan worden dat hij de consequenties van zijn besluit en het ernstige nadeel daarvan onvoldoende kan overzien.

Consultatie en verwijzing

De (arts in opleiding tot) psychiater of consultatief psychiatrisch verpleegkundige kunnen op elk gewenst moment tijdens het onderzoek en de behandeling van de patiënt als deskundige op de SEH in consult worden gevraagd. Consultatie van een deskundige wordt in elk geval gedaan bij iedere patiënt die een suïcidepoging heeft gedaan, of bij patiënten die op de SEH zijn gekomen vanwege suïcidale uitingen. Afhankelijk van de ernst van het suïcidale gedrag en de diagnose maakt de consulent samen met de patiënt, en zo mogelijk ook met de naasten, een (voorlopig) behandelplan en kiest de consulent de juiste behandelsetting voor de uitvoering daarvan. Bij overplaatsing binnen het ziekenhuis of naar een andere instelling hebben de SEH-arts en de consulent een beiden verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg:

- er worden afspraken gemaakt wie als behandelaar optreedt;

- er vindt telefonische overdracht van informatie plaats. Schriftelijke verslaggeving van zowel SEH-arts als de consulent volgt zo snel mogelijk.
- bij patiënten met chronisch suïcidaal gedrag kan de zorg die de spoedeisende hulp verleent na een suïcidepoging, beschreven worden in een eventueel veiligheidsplan waarbij afstemming plaatsvindt met andere disciplines en met de naasten van de patiënt.

7.2 Huisarts

De huisarts kan te maken krijgen met patiënten met elke vorm van suïcidaal gedrag: gedachten aan de dood, suïcidegedachten, suïcideplannen, na een suïcidepoging, of met naasten van personen overleden door suïcide.

Voor de huisarts gelden de volgende taken:

- patiënten met gedachten aan de dood, maar zonder plannen er een eind aan te maken, psychiatrisch onderzoeken, vooral naar de aanwezigheid van depressieve symptomen
- patiënten die denken er een einde aan te maken maar geen (gedetailleerd) plan hebben, verwijzen naar een bevoegd en bekwaam deskundige. De huisarts dient zich zo mogelijk ervan te vergewissen dat de verwijzing daadwerkelijk tot stand is gekomen
- patiënten met concrete plannen met spoed verwijzen naar een deskundige van de ggz
- na een suïcidepoging de patiënt somatisch onderzoeken, en beoordelen of (verwijzing voor) somatische behandeling nodig is
- na suïcide van een patiënt zo nodig de gemeentelijk lijkschouwer inschakelen
- na suïcide van een patiënt naasten informeren en beoordelen welke nazorg nodig is

In noodsituaties moet de huisarts ervoor zorgen dat de patiënt niet alleen is; naasten van de patiënt kunnen hierbij worden ingeschakeld.

Zie ook paragraaf 3.3, Veiligheid en continuïteit van zorg, en paragraaf 3.2, Naasten.

Zorg voor continuïteit

De huisarts kan de continuïteit van zorg bevorderen en daarmee de veiligheid van de suïcidale patiënt als volgt vergroten:

- zo veel mogelijk relevante informatie verstrekken bij de verwijzing van de patiënt naar een andere behandelsetting
- de doktersdienst informeren over suïcidaal gedrag van de patiënt
- de rol van de huisarts in de zorg voor de suïcidale patiënt (laten) beschrijven in een eventueel veiligheidsplan van de patiënt en dit afstemmen met andere betrokken disciplines, en eveneens met de naasten van de patiënt (zie *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*)
- herhaald en geregeld contact maken over de suïcidegedachten van de patiënt, in het bijzonder bij patiënten die herstellende zijn van een klinische depressie
- geregeld proactief navraag doen naar suïcidegedachten bij patiënten die in het (recente) verleden suïcidaal gedrag hebben vertoond

8 Wet- en regelgeving in de praktijk

Bevoegdheid om de patiënt te beoordelen

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg regelt dat voor elke professional geldt: niet bekwaam is niet bevoegd. In het [Professioneel statuut](#) is vastgelegd wie verantwoordelijk wordt geacht voor beoordeling van suïcidaal gedrag. Er wordt hier dan ook verwezen naar dit professioneel statuut.

Toestemming patiënt voor behandeling

Bij de indicatiestelling voor een behandeling kan spanning bestaan tussen de artikelen in de grondwet die autonomie en zelfbeschikking van de patiënt beschermen (artikel 10, 11, en 15) versus de sociale artikelen die meer verplichting tot zorg bepalen (artikel 22). Hierdoor kan een dilemma optreden dat niet kan worden opgelost met wettelijke regels.

Een somatische behandeling zonder toestemming van de patiënt kan alleen plaatsvinden indien de patiënt als wilsonbekwaam wordt beoordeeld om besluiten te nemen over een behandeling, en wanneer ernstig nadeel moet worden afgewend (bijvoorbeeld maagspoelen na een suïcidepoging met letale middelen). Van belang is dat aan de beslisvaardigheid hoge eisen moeten worden gesteld bij weigering van interventies die levensreddend zijn. Als dat mogelijk is, dient vervangende toestemming te worden gezocht. Wanneer het risico van suïcide of ernstige zelfbeschadiging hoog wordt ingeschat, wordt een psychiater of klinisch psycholoog in consult geroepen. De psychiater of KP overweegt, op welke wijze veiligheid kan worden geboden, inclusief een gedwongen opname om het gevaar af te wenden. In dit laatste geval dient het gevaar voort te komen uit een psychiatrische stoornis en dient dit beoordeeld te worden door een onafhankelijk psychiater leidend tot een BOPZ maatregel.

Ontslag tegen advies

De eerste periode na een klinische opname is kwetsbaar. De behandelaar regelt een goede continuïteit van zorg, in het bijzonder bij een ontslag tegen het advies van de behandelaar. De klinisch behandelaar overlegt met de ambulante behandelaar of huisarts en weegt de voor- en nadelen af van een ambulante en een klinische behandeling. Wanneer het risico van suïcide of ernstige zelfbeschadiging hoog wordt ingeschat overweegt de klinisch behandelaar of een gedwongen opname geïndiceerd is. De klinisch behandelaar legt in het dossier vast wie de regie en de verantwoordelijkheid heeft voor (onderdelen van) de behandeling, voor welke termijn dat geldt, en hoe de afspraken zijn over samenwerking, zie het [Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit](#).

Beoordeling noodzaak gedwongen opname

De psychiater beoordeelt of een gedwongen opname nodig is, zie bovenstaande consult-regels. Als een psychiater niet beschikbaar is dan mag de beoordeling ook worden gedaan door een arts. In dat geval moet de patiënt binnen een redelijke termijn alsnog door een psychiater worden beoordeeld.

Anderen informeren over verhoogd suïciderisico

In het kader van goed hulpverlenerschap maakt de behandelaar bij acute en concrete suïcideplannen en een hoog risico op een fatale afloop afwegingen over wilsbekwaamheid en de noodzaak om ernstig nadeel af te wenden. Daarbij kan het noodzakelijk zijn om de minimaal noodzakelijke informatie met naasten of andere behandelaren (huisarts, crisisdienst, supervisor) te delen. De patiënt wordt hiervan direct, of zo snel als verantwoord mogelijk is, op de hoogte gesteld. Daarbij kan een conflict van plichten optreden tussen een geheimhoudingsplicht en de morele informatieplicht. Zie de [Richtlijn conflict van plichten](#). Indien de behandelaar het noodzakelijk acht naasten van de patiënt te informeren en de patiënt hiervoor geen toestemming geeft, zal de behandelaar er alles aan moeten doen om de patiënt te overtuigen van de noodzaak om anderen te informeren.

Dossiervorming

In het dossier worden alle relevante bevindingen, afwegingen en beslissingen zorgvuldig vastgelegd, in het bijzonder wanneer wordt afgeweken van een richtlijn. Voor een klachtencommissie of de tuchtrechter is wat door de professional is gerapporteerd relevanter dan wat de professional dacht of heeft gezegd.

Inzage door nabestaanden

De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt. Nabestaanden en andere partijen hebben geen wettelijk recht op informatie of inzage in en afschrift van het dossier. In beginsel wordt alleen informatie gegeven indien de overledene daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven. Er zijn drie uitzonderingen: veronderstelde toestemming van de patiënt, een wettelijk voorschrift en zwaarwegende belangen van derden. De informatie die na het overlijden wordt verstrekt, is zo relevant en beperkt mogelijk, zo veel mogelijk in de geest van de overledene, en wordt gegeven in een gesprek met de betrokkenen.

Familie

Bij de Klachtencommissie kunnen familieleden of naasten van de patiënt een klacht indienen tegen een (behandelaar van) GGZ Friesland over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen' jegens een patiënt die inmiddels is overleden.

9 Implementatie en borging van deze richtlijn

De diagnostiek van suïcidaal gedrag is een specialistische vaardigheid met een grote impact voor de patiënt, familie en naasten, de behandelaar en verwijzend behandelaren. Van de behandelaar van GGZ Friesland, die deze diagnostiek verricht, mag dan ook voldoende bekwaamheid verwacht worden.

De volgende afspraken zijn gemaakt.

1. Elke behandelaar van GGZ Friesland is geschoold in herkenning en diagnostiek van suïcidaal gedrag. GGZ Friesland heeft daartoe drie basisscholingen ontwikkeld.
 - a. Een cursus **eerste hulp bij suïcidaal gedrag (EHBS)** voor de specialist, arts, psycholoog, psychotherapeut en ambulante werkende verpleegkundige. Deze cursus duurt één dag en wordt twee maal per jaar (in april en in oktober) gegeven. De diagnostiek en de daarbij behorende CASE-methodiek wordt in rollenspelen geoefend. Deze richtlijn wordt toegelicht.
 - b. Een cursus **suïcidaal gedrag signaleren en contact houden** voor de klinisch werkende verpleegkundige. Deze cursus duurt een dagdeel en wordt twee maal per jaar (in april en in oktober) gegeven. In deze cursus wordt het herkennen van en doorvragen bij suïcidaal gedrag geoefend, evenals het contact houden met de patiënt totdat de behandelaar of specialist beschikbaar is voor diagnostiek.
 - c. Een **cursus suïcidaal gedrag signaleren en verwijzen** voor de vaktherapeut en de agoog. Deze cursus duurt een dagdeel en wordt twee maal per jaar (in april en in oktober) gegeven. In deze cursus wordt het herkennen van en doorvragen bij suïcidaal gedrag geoefend, evenals het contact houden met de patiënt totdat de behandelaar of huisarts is geïnformeerd. Het verschil tussen cursus b. en c. is gemaakt omdat een verpleegkundige vanuit de Wet BIG andere verantwoordelijkheden heeft (artikel 3) dan de vaktherapeut en agoog (beoogd artikel 34). Zie het [Professioneel statuut](#).
 - d. Naast de bovengenoemde drie basistrainingen is er een herhalings-training, de **EHBS-team training**. Deze training is voor alle medewerkers en wordt in teamverband gevolgd, met als doel het als team op peil houden van de in de verschillende basistrainingen aangeleerde kennis en vaardigheden alsmede het in teamverband kunnen samenwerken en toepassen van deze kennis en vaardigheden. Onderdelen van deze scholing zijn (1) het uitwisselen van ervaringen ten aanzien van de reguliere uitvoering van state-of-the art suïcidepreventie op teamniveau, (2) het oefenen in basisvaardigheden en het overdragen van gerichte en actuele kennis, en (3) het samen oefenen met voor het betreffende team kenmerkende situaties waarin suïcidaliteit van patiënten en het contact maken met de wanhoop centraal staat.
2. Een behandelaar, die ingezet wordt voor GGZ Friesland Spoed, kan daar pas worden ingezet nadat de behandelaar de cursus EHBS heeft gevolgd.
3. Elke behandelaar ontvangt eens in de twee jaar een korte herhalingscursus van één dagdeel. Om de interne cohesie in een team te bevorderen, wordt deze cursus aan een team gegeven. Daarbij kan de herhalingscursus deels op maat gegeven worden, afhankelijk van de behoeften van het team.
4. Deze richtlijn suïcidepreventie wordt minimaal eens per jaar in het teamoverleg besproken. Daarbij komen de volgende aspecten aan bod:
 - a. Zijn de specialisten en (mede)behandelaren voldoende bekwaam en is men daar op aan te spreken? Zijn alle teamleden geschoold in overeenstemming met de eerste drie punten?

- b. Zijn er goede afspraken in het team gemaakt, hoe te handelen bij de vier niveaus van mate van risico op suïcidaal gedrag? Zie hoofdstuk 4.3 van deze richtlijn (bladzijde 13 en 14).
- c. Is er voldoende veiligheid en risicobewustzijn in het team om het (vermoeden van) suïcidaal gedrag van een patiënt open en onbevangen te bespreken?
- d. Zijn de consultregels uit het Professioneel statuut bekend? Zie hoofdstuk 8 van deze richtlijn (bladzijde 23). Zijn er redenen om in dit team de consultregels aan te scherpen of te detailleren?
- e. Zijn de eerste acties bij een suïcide bij de teamleden bekend? Zie hoofdstuk 6 van deze richtlijn (bladzijde 19 en 20).