

*'Hulp begint
met de
juiste vraag'*

Handreiking

zelfmoordpreventie

voor de huisartsenpraktijk

Met handvatten om:

- een patiënt met zelfmoordgedachten te herkennen
- daarover met een patiënt in gesprek te gaan
- de patiënt toe te leiden naar de juiste hulpverlener

113 zelfmoord
• • • •
preventie

Inhoudsopgave

Appèl	4
Zelfmoordpreventie in de huisartsenpraktijk	5
Stappenplan suïcidepreventie	6
Doktersassistent	6
POH-S	7
POH-GGZ	8
Huisarts	10
Bijlagen	13
Acties voor suïcidepreventies	13
Stel de vraag	14
Veiligheidsplan	15
Triagetool Zelfmoordpreventie	16
Verantwoording	18

Inhoud



Elke
dag
plegen

5

mensen
suïcide

Appèl

Bijna 1900 mensen pleegden zelfmoord in 2016 in Nederland. Dat is drie keer meer dan het aantal verkeersdoden per jaar. Bij jongeren is het doodsoorzaak nummer één. Per jaar denken maar liefst 500.000 mensen na over het plegen van zelfmoord, 100.000 mensen doen een zelfmoordpoging. De kans dat een volwassene met een depressie suïcidale gedachten krijgt is twee keer groter dan bij een volwassene zonder een depressie.

50 procent van de mensen die door zelfmoord zijn overleden hebben in de voorgaande maand hun huisarts bezocht. Dit biedt kansen voor preventie in de huisartsenpraktijk. Als huisarts, POH of assistente heeft u een belangrijke rol bij het voorkomen van zelfmoord bij patiënten. Het bespreekbaar maken van zelfmoordgedachten is de eerste stap bij preventie want we weten dat 87 procent van de Nederlanders een taboe ervaart rondom suïcide. Ook hulpverleners en patiënten ervaren dit taboe. Door erover te praten zet u in op preventie en maakt u het verschil.

Deze handreiking is ontwikkeld door 113 Zelfmoordpreventie in samenwerking met huisartsen, psychologen en psychiaters. Bestaande richtlijnen zijn de basis. We doen een appèl op de professionals in de huisartsenpraktijk om zelfmoord en zelfmoordpogingen onder patiënten terug te dringen.

'Ik wilde niet meer verder leven...'

*Gelukkig stelde mijn huisarts me
de vraag van mijn leven.*

Zelfmoordpreventie in de huisartsenpraktijk

Zelfmoord komt in een huisartsenpraktijk weinig voor. Maar achter elke geslaagde zelfmoord zitten talloze pogingen, wanhoop, een onnoemelijk verdriet en een vergroot risico voor de nabestaanden. Mensen plegen zelfmoord omdat ze klem zitten, omdat de pijn en problemen uitzichtloos lijken en zelfmoord de enige oplossing lijkt. De helft van het aantal suïcides betreft mensen met een reeds bekende psychische stoornis, zoals depressie. Maar ook life events, met name die gepaard gaan met (dreigend) verlies, kunnen leiden tot gedachten aan zelfmoord.

De huisartsenpraktijk is bij uitstek de plaats waar een patiënt met suïcidale gedachten en handelingen zich veilig moet voelen om hierover te spreken. Dat betekent dat u en de medewerkers van uw praktijk ervan overtuigd moeten zijn dat u het verschil kunt maken tussen "leven en dood".

Door te laten merken dat naast somberheid ook wanhoop en suïcidaliteit bespreekbaar is, zet u de eerste stap.

Naast het gebruik van deze handreiking volgen bij voorkeur alle medewerkers van de praktijk een training suïcidepreventie. Voor de huisartsen en de praktijkondersteuners GGZ is er de STIP training van het NHG. Voor de doktersassistenten en de POH-S is er de gatekeeperstraining van 113. Na deze training voelt u zich meer toegerust om met de patiënt in gesprek te gaan. U voelt zich vaardig om over depressieve klachten en suïcidaliteit door te vragen. Vervolgens weet u de wegen om te verwijzen.

1^{op}
de 2

mensen die een *eind* aan hun leven maken, bezocht in de maand daarvoor de *huisarts*.

Tijdens dat laatste consult werd bij slechts

1^{op}
de 3

mensen het risico op *suicide* herkend.
de Beurs et al, 2016

Over 113

113 wil zelfmoord voorkomen.

Ons doel is dat niemand in Nederland eenzaam en radeloos sterft door zelfmoord.

Dat kan alleen door volledig te accepteren dat patiënten hieraan kunnen denken en ermee bezig zijn. Open contact vormt het vertrekpunt om patiënten te helpen andere oplossingen te vinden en om door te verwijzen naar de juiste hulp.

Praten over zelfmoordgedachten kan anoniem: chat via www.113.nl, bel 113 of bel gratis 0800-0113.

Acties voor suïcidepreventie

Per discipline treft u op de komende bladzijden een stappenplan suïcidepreventie aan. De Triagetool Zelfmoordpreventie die u verderop in deze handreiking vindt is een geheugensteuntje om in de buurt te hebben.

.....

Doktersassistent

Doktersassistenten leveren een belangrijke bijdrage aan het signaleren en bespreekbaar maken van zelfmoordgedachten.

1. Herken de signalen

Wees alert op verbale en non-verbale signalen

Er zijn uiteenlopende signalen die kunnen duiden op zelfmoordgedachten. Door deze signalen te herkennen is sneller ingrijpen mogelijk. In de bijlagen vindt u een overzicht van deze signalen.

2. Stel de vraag

Maak contact en vraag door naar zelfmoordgedachten

Mocht u op basis van signalen en/of een niet-pluis gevoel het vermoeden hebben dat er sprake zou kunnen zijn van zelfmoordgedachten, bespreek dit dan met de patiënt. In de bijlagen vindt u handvatten hoe u zelfmoord ter sprake brengt.

3. Handel

Plan afspraak bij de huisarts

Is er sprake van zelfmoordgedachten, wees dan transparant over uw bezorgdheid en geef aan dat u graag een afspraak met de huisarts wilt maken. Plan deze afspraak voor dezelfde dag of in overleg met de huisarts een spoedafspraak. Bij voorkeur plant u een dubbele afspraak. Dring er bij de patiënt op aan dat hij een naaste meeneemt naar het spreekuur.

Check bereikbaarheid patiënt en contactpersoon

Check of de contactgegevens van de patiënt correct zijn. Als de patiënt niet verschijnt op een afspraak neem dan contact op en vraag naar de reden. Vermeld de reden in het journaal, koppel het mondeling terug naar de behandelaar en plan, zo mogelijk, een nieuwe afspraak in.

Noteer bij iedere patiënt de gegevens van een contactpersoon. In geval van calamiteit is het belangrijk om deze bij de hand te hebben. Check regelmatig of deze gegevens nog correct zijn.

'Ik hoorde al aan zijn stem dat het niet goed met hem ging. Hij belde over keelpijn, maar ik ben heel blij dat ik toch heb doorgevraagd.'

Niet pluis?
Laat de patiënt niet alleen en neem direct contact op met de huisarts.

Levensbedreigende situatie?
Alarmeer de huisarts of bel

112

POH-S

Als POH-S heeft u regelmatig contact met patiënten die lijden aan een chronische aandoening of hinderlijke klachten, zoals oorsuizen of pijn. Deze patiënten hebben een grotere kans op psychische klachten en suïcidaal gedrag. Bij een deel van hen is sprake van psychiatrische co-morbiditeit. Het signaleren en bespreekbaar maken van depressieve gevoelens, angst en zelfmoordgedachten is dan ook een belangrijke taak van de POH-S.

1. Herken de signalen

Wees alert op verbale en non-verbale signalen

Er zijn uiteenlopende signalen die kunnen duiden op zelfmoordgedachten. Door deze signalen te herkennen is sneller ingrijpen mogelijk. In de bijlagen vindt u een overzicht van deze signalen.

Informeer naar psychisch welzijn en kwaliteit van leven

Vraag bij ieder consult naar de psychische gevolgen van de aandoening. Heeft de patiënt voldoende regie over zijn leven, kan hij leven met zijn kwetsbaarheden, is er sprake van maatschappelijke consequenties die gevolgen hebben voor zijn kwaliteit van leven?

2. Stel de vraag

Maak contact en vraag door naar zelfmoordgedachten

Mocht u op basis van signalen en/of een niet-pluis gevoel het vermoeden hebben dat er sprake zou kunnen zijn van zelfmoordgedachten, bespreek dit dan met de patiënt. In de bijlagen vindt u handvatten hoe u zelfmoord ter sprake brengt.

3. Handel

Plan afspraak bij de huisarts

Is er sprake van zelfmoordgedachten, wees dan transparant over uw bezorgdheid en geef aan dat u graag een afspraak met de huisarts wilt maken. Plan deze afspraak voor dezelfde dag of in overleg met de huisarts een spoedafspraak. Bij voorkeur plant u een dubbele afspraak. Dring er bij de patiënt op aan dat hij een naaste meeneemt naar het spreekuur.

Jaarlijkse systeemcheck

U informeert bij de patiënt naar het welbevinden van de gezinsleden en hun draagkracht.

'Doordat mijn POH-S me regelmatig vroeg hoe het met me ging en of alles thuis goed liep, wist ik dat ik alles met hem kon bespreken. Ik durfde hem daardoor ook te vertellen dat het verlies van mijn baan me het gevoel gaf dat ik er niet meer toe deed en dat ik het soms niet meer zag zitten'



POH-GGZ

Als POH-GGZ heeft u regelmatig contact met patiënten die lijden aan een psychische stoornis met een verhoogd risico op suïcide, of die lijden als gevolg van life-events.

Het signaleren en bespreekbaar maken van depressieve gevoelens, angst en zelfmoordgedachten is dan ook een belangrijke taak van de POH-GGZ.

De afspraken over verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de POH-GGZ verschillen per praktijk. Maar de regie en de eindverantwoordelijkheid ligt altijd bij de huisarts.

1. Herken de signalen

Wees alert op verbale en non-verbale signalen

Er zijn uiteenlopende signalen die kunnen duiden op zelfmoordgedachten. Door deze signalen te herkennen is sneller ingrijpen mogelijk. In de bijlagen vindt u een overzicht van deze signalen.

Wees alert op psychisch welzijn en kwaliteit van leven

Vraag bij ieder consult naar het psychisch welzijn en de kwaliteit van leven. Heeft de patiënt voldoende regie over zijn leven, kan hij leven met zijn kwetsbaarheden, is er sprake van maatschappelijke consequenties die gevolgen hebben voor zijn kwaliteit van leven?

2. Stel de vraag

Maak contact en vraag door naar zelfmoordgedachten

Mocht u op basis van de signalen en/of een niet-pluis gevoel het gevoel hebben dat er sprake zou kunnen zijn van zelfmoordgedachten, bespreek dit dan met de patiënt. In de bijlagen vindt u handvatten hoe u zelfmoord ter sprake brengt.

Stel de vraag bij de patiënt die:

- zelf direct of indirect zegt een eind aan zijn leven te willen maken, zich opmerkelijk gedraagt in het contact, afscheid neemt of dingen weggeeft.
- met een depressie (P76) of depressieve klachten (P03) leeft.
- ernstig piekert en slaapproblemen heeft, die het verlangen uit om rust te willen. Let hierbij op geagiteerd gedrag en tekenen van vitale uitputting.
- aangeeft klem te zitten. Wiens pijn en problemen zo wanhopig maken dat hij bijna geen uitweg meer ziet. Deze pijn kan veroorzaakt worden door grote life events. Een belangrijke risicofactor is (dreigend) verlies, dat kan materieel of relationeel zijn, maar ook verlies van status of eer.
- aangeeft dat hij nergens bij hoort, iedereen tot last is en niet meer zo bang is voor de dood.
- eerder een poging deed, zelfbeschadigend gedrag vertoont en/of met een belastte familieanamnese.
- met chronische pijn of klachten leeft.
- grote recepten vraagt.

Beschermende factoren zijn:

- Goede sociale steun.
- Verantwoordelijkheid tegenover naasten en kinderen.
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap.
- Een goede therapeutische relatie.

3. Breng ernst suïdaliteit in kaart

Vraag door

Wanneer de patiënt zelfmoordgedachten of –plannen heeft is het belangrijk deze nader uit te diepen aan de hand van de CASE-benadering.

1. Actuele gedachten en gebeurtenissen:

- Denk je eraan om jezelf iets aan te doen?
- Heb je plannen om zelfmoord te plegen?
- Heb je nagedacht hoe je dat gaat doen? Welke methoden heb je overwogen?
- Welke voorbereidingen heb je getroffen?
- Hoeveel haast heb je met je plan? Heb je een specifieke datum in gedachten?

2. Recente voorgeschiedenis:

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak per dag had je deze gedachten? Wat denk je op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen om zo te denken?
- Heb je plannen gemaakt om jezelf iets aan te doen?
- Heb je geprobeerd om een einde aan je leven te maken?

3. Ruimere voorgeschiedenis:

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

4. Directe toekomst:

- Hoe is het nu voor je?
- Hoe zie je de toekomst voor je?
- Wat ga je doen als je straks weer thuis bent?

5. Beschermende factoren:

Zijn er beschermende factoren aanwezig? Is er een steunsysteem met voldoende aandacht? Heeft de patiënt verantwoordelijkheidsgevoel voor partner, kinderen en andere naasten? Is er sprake van een religieuze overtuiging die de patiënt weerhoudt, of waar hij steun van ervaart?

4. Handel

Bespreek uw bevindingen met de huisarts

Bepaal in overleg met de huisarts de vervolgstappen. Denkt u hierbij aan:

- Verwijzing GGZ
- Veiligheid
- Informatievoorziening
- Nazorg

Naasten betrekken bij de zorg

De POH-GGZ kan naasten van de patiënt betrekken bij de zorg:

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

De volgende uitgangspunten zijn van belang:

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

Niet pluis?
Laat de patiënt niet alleen en neem direct contact op met de huisarts.

Levensbedreigende situatie?
Alarmeer de huisarts of bel

112

Huisarts

Als huisarts heeft u regelmatig contact met patiënten die lijden aan een psychische stoornis met een verhoogd risico op suïcide, of die lijden als gevolg van een chronische aandoening, hinderlijke klachten als oorsuizen of slapeloosheid, of life-events. Het signaleren en bespreekbaar maken van depressieve gevoelens, angst en zelfmoordgedachten is dan ook een belangrijke taak van de huisarts.

1. Herken de signalen

Wees alert op verbale en non-verbale signalen

Er zijn uiteenlopende signalen die kunnen duiden op zelfmoordgedachten. Door deze signalen te herkennen is sneller ingrijpen mogelijk. In de bijlagen vindt u een overzicht van deze signalen.

2. Stel de vraag

Maak contact en vraag door naar zelfmoordgedachten

Mocht u op basis van de signalen en/of een niet-pluis gevoel het gevoel hebben dat er sprake zou kunnen zijn van zelfmoordgedachten, bespreek dit dan met de patiënt. In de bijlagen vindt u handvatten hoe u zelfmoord ter sprake brengt.

Stel de vraag bij de patiënt die:

- zelf direct of indirect zegt een eind aan zijn leven te willen maken, zich opmerkelijk gedraagt in het contact, afscheid neemt of dingen weggeeft.
- met een depressie (P76) of depressieve klachten (P03) leeft.
- ernstig piekert en slaapproblemen heeft, die het verlangen uit om rust te willen. Let hierbij op geagiteerd gedrag en tekenen van vitale uitputting.
- aangeeft klem te zitten. Wiens pijn en problemen zo wanhopig maken dat hij bijna geen uitweg meer ziet. Deze pijn kan veroorzaakt worden door grote life events. Een belangrijke risicofactor is (dreigend) verlies, dat kan materieel of relationeel zijn, maar ook verlies van status of eer.
- aangeeft dat hij nergens bij hoort, iedereen tot last is en niet meer zo bang is voor de dood.
- eerder een poging deed, zelfbeschadigend gedrag vertoont en/of met een belastte familieanamnese.
- met chronische pijn of klachten leeft.
- grote recepten vraagt.

Beschermende factoren zijn:

- Goede sociale steun.
- Verantwoordelijkheid tegenover naasten en kinderen.
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap.
- Een goede therapeutische relatie.

Continuïteit

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

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

3. Breng ernst suïcidaliteit in kaart

Vraag door

Wanneer de patiënt zelfmoordgedachten of –plannen heeft is het belangrijk deze nader uit te diepen aan de hand van de CASE-benadering.

1. Actuele gedachtes en gebeurtenissen:

- Denk je eraan om jezelf iets aan te doen?
- Heb je plannen om zelfmoord te plegen?
- Heb je nagedacht hoe je dat gaat doen? Welke methoden heb je overwogen?
- Welke voorbereidingen heb je getroffen?
- Hoeveel haast heb je met je plan? Heb je een specifieke datum in gedachten?

2. Recente voorgeschiedenis:

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak per dag had je deze gedachten? Wat denk je op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen om zo te denken?
- Heb je plannen gemaakt om jezelf iets aan te doen?
- Heb je geprobeerd om een einde aan je leven te maken?

3. Ruimere voorgeschiedenis:

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

4. Directe toekomst:

- Hoe is het nu voor je?
- Hoe zie je de toekomst voor je?
- Wat ga je doen als je straks weer thuis bent?

5. Beschermende factoren:

Zijn er beschermende factoren aanwezig? Is er een steunsysteem met voldoende aandacht? Heeft de patiënt verantwoordelijkheidsgevoel voor partner, kinderen en andere naasten? Is er sprake van een religieuze overtuiging die de patiënt weerhoudt, of waar hij steun van ervaart?

.....

Medicatie en zelfmoord

Medicatie kan op verschillende manieren een rol spelen bij suïcidaal gedrag. In de eerste plaats kan medicatie de kans op suïcide verminderen. Daarnaast kan medicatie worden gebruikt om zelfmoord mee te plegen.

Wanneer een patiënt suïcidaal is:

- Check of er een verband is tussen medicatie en suïcidaliteit door chronologie van symptomen en medicatie in kaart te brengen.
- Beperk de hoeveelheid medicatie die de patiënt tegelijkertijd bij de apotheek op kan halen. Dit geldt ook voor somatische medicatie.
- Let bij het opbouwen van antidepressiva op bijwerkingen als nervositeit, angst, hoofdpijn, misselijkheid en slaapproblemen.
- Begeleid de afbouw van antidepressiva zorgvuldig, zodat de patiënt geen of zo min mogelijk last heeft van onttrekkingsverschijnselen.
- Check welke medicatie de patiënt in huis heeft die mogelijk dodelijk zijn (insuline, bloeddrukmedicatie, paracetamol, tricyclische antidepressiva, lithium, opiaten). En maak hier uw beleid op.

Voor meer informatie kunt u terecht bij het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik: www.medicijngebruik.nl. Op hun website vindt u onder andere de FTO-module 'Medicatie en suïcide' en de e-learning 'Medicatie en suïcide'.

Voor informatie en advies bij acute vergiftigingen kunt u terecht bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum: www.vergiftigingen.info

Naasten betrekken bij de zorg

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

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

De volgende uitgangspunten zijn van belang:

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

4. Handel

Op basis van de ernst en de aard van de suïcidaliteit worden de volgende acties ondernomen. In de bijlagen vindt u de Triagetool Zelfmoordpreventie voor een schematische weergave van deze acties:

Niet suïcidaal

Geen gedachten aan de dood.

- Geen actie

Gedachten aan de dood, maar geen gedachten aan zelfmoord.

Niet urgent > 24 uur

- Psychiatrische evaluatie in de huisartsenpraktijk

Licht suïcidaal

Wil liever leven dan sterven. Af en toe vluchtige gedachten, niet nagedacht over een plan, controle over suïcidale gedachten.

Niet urgent >24 uur

- Psychiatrische evaluatie en begeleiding in de huisartsenpraktijk
- Overweeg consultatie/verwijzing reguliere GGZ

Ambivalent

Wil zowel suïcide plegen als wel doorgaan met leven.

Suïcidaal gedrag is gericht op teleurstellingen en wraak. Sterk impulsief ingekleurd, uitgebreide plannen niet gemaakt.

Urgent < 24 uur

- Overweeg consultatie/verwijzing reguliere GGZ

Ernstig suïcidaal

Wil liever sterven dan doorgaan met leven. Bang voor eigen impulsiviteit. Verschillende methoden overwogen, uitgebreid plan gemaakt. Wanhopig, kan nergens anders aan denken.

Urgent < 24 uur

- Verwijzing acute GGZ

Is toenemende suïcidaliteit te verwachten door contextuele dreiging?

Urgent < 4 uur

- Verwijzing acute GGZ

Zeer ernstig/acuut suïcidaal

Kan niet langer wachten met suïcide plegen. Blikvernaauwing. Geen energie meer om door te leven. Wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos. Geen oog meer voor consequenties achterblijvers. Wanhopig en uitgebreid plan.

Urgent < 15 minuten

- Bel 112

Kwaliteit van zorg

In alle gevallen dient de kwaliteit van zorg gewaarborgd te zijn. Denk hierbij aan:

Veiligheid (zie bijlagen voor veiligheidsplan)

- Afspraken met patiënt: hoe blijf je veilig
- Check belastbaarheid van naasten
- Houd contact met patiënt en naasten
- Check of contact GGZ - patiënt tot stand komt

Informatievoorziening

- Warme overdracht collega GGZ
- Informatie meegeven (CASE)
- Informeer collega's doktersdienst

Nazorg

- Veiligheidsplan
- Naasten betrekken
- Warme overdracht vanuit acute zorg naar huisarts

Relevante informatie bij verwijzing

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

- na een suïcidepoging: de toestand van de patiënt en de omstandigheden van de poging;
- bij intoxicaties: het middel, de hoeveelheid en het tijdstip van inname (eventueel de maatregelen die reeds zijn genomen om ernstig nadeel af te wenden);
- de mate waarin de huisarts – gezien de toestand van de patiënt – in staat was het suïcidale gedrag van de patiënt systematisch te onderzoeken;
- aanleiding(en) voor het ontstaan, onderhouden en/of verergeren van het suïcidale gedrag;
- psychiatrische (co)morbiditeit in het heden en verleden;
- suïcidaal gedrag (en eventuele aanleiding) in de voorgeschiedenis;
- suïcidaal gedrag en psychiatrische (co)morbiditeit in de familieanamnese;
- (recente) ingrijpende gebeurtenissen en/of psychotrauma's in de voorgeschiedenis;
- structuur van het sociale vangnet;
- beschikbaarheid en namen van naasten om aanvullende informatie te geven;
- stress-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren die van toepassing zijn op de patiënt.

Bijlagen

Herken de signalen
Stel de vraag
Veiligheidsplan
Triagetool Zelfmoordpreventie



Herken de signalen

Niet iedereen die aan zelfmoord denkt praat erover. Er zijn verschillende signalen die erop kunnen wijzen dat iemand aan zelfmoord denkt. Dit kunnen bepaalde uitspraken zijn, maar ook non-verbale signalen.

.....

Non-verbale signalen:

Iemand:

- Komt vermoeid over.
- Ruikt naar alcohol.
- Kijkt je niet aan, maar kijkt naar de grond of kijkt weg.
- Komt hyperactief of opgefokt over.
- Ziet er onverzorgd uit.
- Kijkt verdrietig of huilt.
- Reageert nauwelijks op je.
- Komt ongeïnteresseerd over.
- Is extreem vrolijk en uitgelaten.
- Heeft plots sterke wisselingen van stemmingen.
- Verandert in zijn manier van doen.

Behalve aan het gedrag van iemand, kunt u soms aan bepaalde uitspraken merken dat mensen wanhopig zijn en het leven niet meer zien zitten.

Verbale signalen:

- “Ik maak er een eind aan.”
- “Ik kan maar beter dood zijn.”
- “We hoeven geen nieuwe afspraak te maken, volgende week ben ik er toch niet meer.”
- “Jullie zullen geen last meer van mij hebben.”
- “Ik trek het allemaal niet meer.”
- “Van mij hoeft het allemaal niet meer.”

Als u een of meer van deze signalen bij een patiënt opmerkt, kan dit betekenen dat hij aan zelfmoord denkt.

Stel de vraag

Luisteren en praten over zelfmoord kan levensreddend zijn. Het vermindert druk en ordent gedachten. Het is de eerste stap naar een oplossing.

.....

Een gesprek heeft de volgende stappen:

- Vraag open hoe het met iemand gaat.
- Benoem de signalen die u gezien heeft en vraag na of de patiënt dit herkent.
- Geef aan dat u zich zorgen maakt en vraag door wat er aan de hand is. Informeer hierbij naar de aanwezigheid van slaapproblemen en piekergedachten. Slecht slapen en veel piekeren leidt tot lichamelijke en geestelijke uitputting en vormen een risico op zelfmoordgedachten.
- Vraag of de patiënt wel eens over zelfmoord denkt. Neem in het gesprek een 'onwetende houding' aan. De patiënt kent zichzelf en de situatie beter dan u. U bent nieuwsgierig en stelt vragen. Bijvoorbeeld:
 - "Betekent dit ook dat u er wel eens over denkt om een einde aan uw leven te maken?" "Denkt u er over uzelf iets aan te doen of zelfmoord te plegen?"
 - "Vertel me er eens over, ik weet er niks van.... Hoe komt het dat u zich zo voelt?"
- Betrek naaste(n) in overleg met de patiënt.
- Wanneer een patiënt aan zelfmoord denkt, vraag dan verder naar deze gedachten.
 - Hoe vaak heeft hij deze gedachten? Heeft hij al plannen? Hoe concreet zijn de plannen? Is er al een datum gepland?
 - Wat zijn de problemen waardoor iemand deze gedachten heeft? En wat hoopt hij dat de dood voor hem zal veranderen: rust, geen problemen, geen angst meer? Vermijd het woord "waarom", want dat geeft het idee van een oordeel.
- Geef de patiënt in dit gesprek het gevoel dat u ziet hoe moeilijk hij het heeft en dat hij wel heel erg wanhopig moet zijn om deze gedachten aan zelfmoord te hebben. Blijf open en onbevooroordeeld, laat weten dat deze gedachten niet gek zijn.
- Vertel dat u mee wilt denken over andere opties dan zelfmoord.
- Start diagnostisch traject.



Do's

Benoemen

- "U zegt dat u het niet meer ziet zitten, bedoelt u dat u aan zelfmoord denkt?"
- "Als ik u goed begrijp, denkt u aan zelfmoord, klopt dat?"

Concretiseren

- "U zegt, "ik ben er toch straks niet meer". Wat bedoelt u met straks?"
- "U zegt dat het allemaal ellendig is voor u. Wat is er precies zo ellendig voor u?"

Veiligheid

- "Hoe denkt u dat u vanavond veilig kunt blijven?"
- "Hoe is het u gelukt om de afgelopen dagen/weken u weer rustiger te voelen?"

Don'ts

Meepraten/instemmen

- "Nou ik snap het best waarom u niet meer wilt leven..."
- "Tja, als ik in jouw schoenen zou staan, zou ik het misschien ook opgeven..."

Een oordeel vellen

- "Dat kunt u niet maken!"
- "Wat egoïstisch zeg, denk eens aan je kinderen."

Snel adviseren

- "Het zou goed zijn om minder te gaan werken, lijkt mij."
- "Waarom gaat u niet vaker lekker sporten?"

Veiligheidsplan

Het veiligheidsplan biedt houvast bij het overbruggen van een crisis. In het plan staat wat patiënt in zo'n geval kan doen, maar ook met wie hij direct contact kan opnemen.

Maak het veiligheidsplan samen met de patiënt. Stem het af met de betrokken disciplines en de naasten van de patiënt.

.....

Het veiligheidsplan dient de volgende vragen te beantwoorden:

Wanneer moet ik opletten?

- Wat zijn mijn risicosituaties? Wanneer raak ik van streek?
- Wat zijn voor mij waarschuwingssignalen? Hoe merk ik aan mezelf dat ik van streek raak?

Wat doe ik zelf voor de veiligheid?

- Wat zijn voor mij praktische manieren om veilig te blijven?
- Wat helpt mij om beter om te gaan met de pijn? Hoe vind ik afleiding of troost?
- Welke maatregelen kan ik nemen om minder gemakkelijk toegang te hebben tot specifieke middelen die ik in wil zetten als ik denk aan zelfmoord plegen?

Wat doe ik met mijn eventuele medicijnvoorraad? Hoe blijf ik uit de buurt van het spoor?

Waar kan ik naartoe?

- Waar kan ik heen om tot rust te komen? Waar voel ik me op mijn gemak?

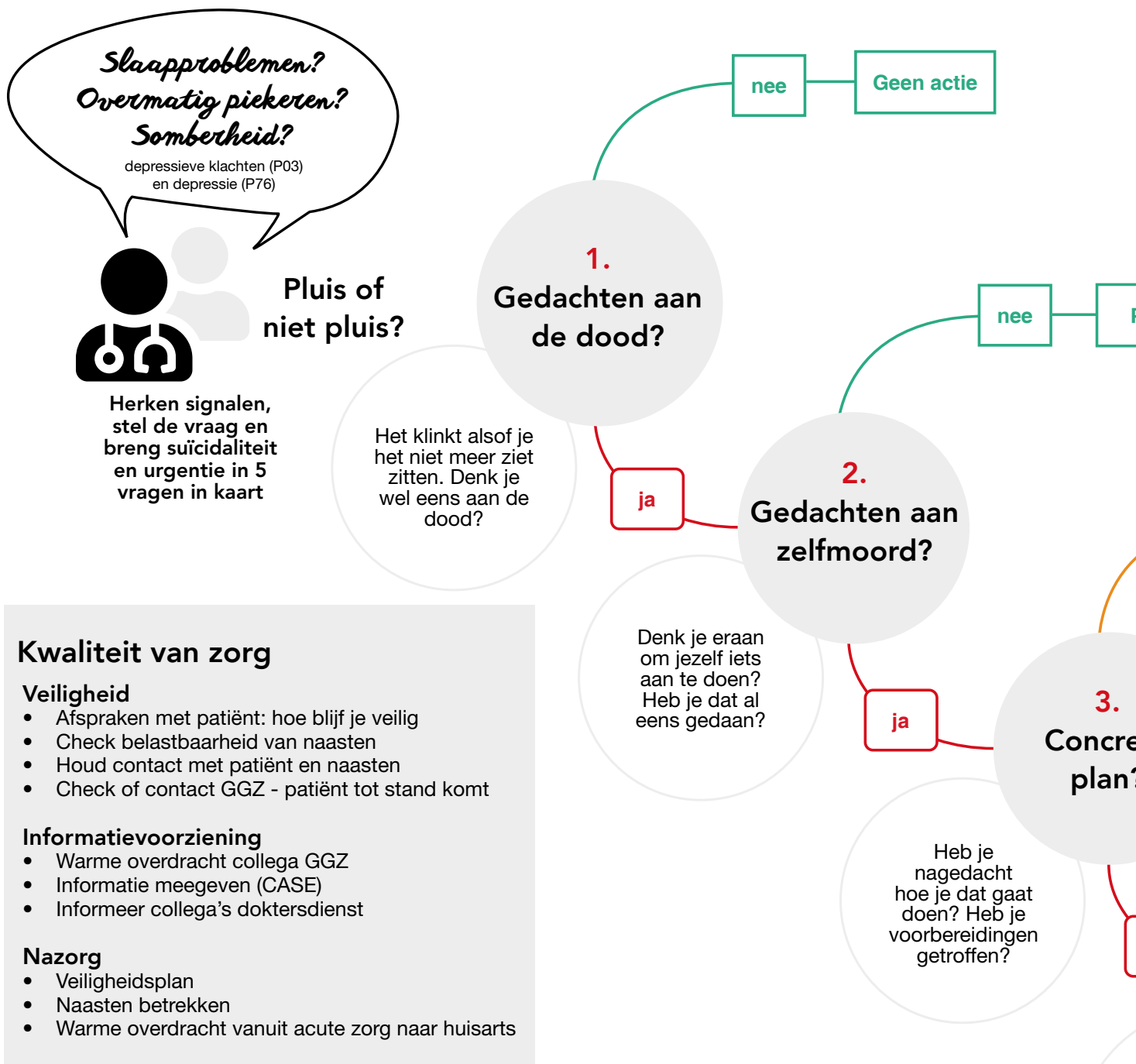
Wie kan mij direct helpen? Met wie kan ik contact opnemen als het slecht met me gaat?

Welke hulpverlening kan ik direct inschakelen?

Op www.113.nl kunt u een veiligheidsplan downloaden.

Triagetool Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk

5 vragen voor toeleiding naar de juiste hulpverlener



Kwaliteit van zorg

Veiligheid

- Afspraken met patiënt: hoe blijf je veilig
- Check belastbaarheid van naasten
- Houd contact met patiënt en naasten
- Check of contact GGZ - patiënt tot stand komt

Informatievoorziening

- Warme overdracht collega GGZ
- Informatie meegeven (CASE)
- Informeer collega's doktersdienst

Nazorg

- Veiligheidsplan
- Naasten betrekken
- Warme overdracht vanuit acute zorg naar huisarts

Mate van ernst

Licht suïcidaal

Wil liever leven dan sterven.

Af en toe vluchtige gedachten, niet nagedacht over een plan, controle over suïcidale impulsen.

Ambivalent

Wil zowel suïcide plegen als wel doorgaan met leven.

Suïcidaal gedrag is gericht op teleurstellingen en wraak. Sterk impulsief ingekleurd, uitgebreide plannen niet gemaakt.

Ernstig Suïcidaal

Wil liever sterven dan doorgaan met leven.

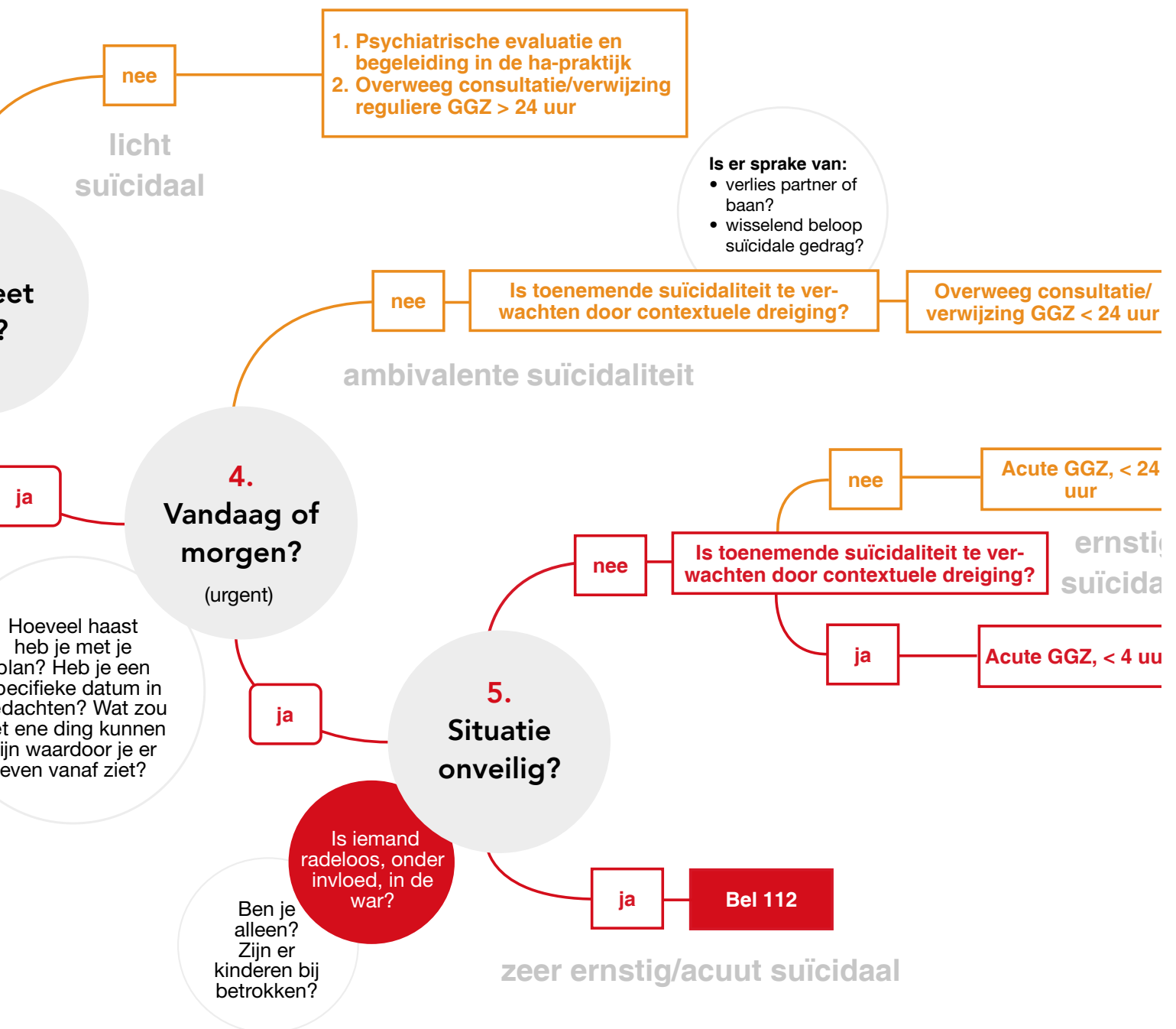
Bang voor eigen impulsiviteit. Verschillende methoden overwogen, uitgebreid plan gemaakt. Wanhopig, kan nergens anders aan denken.

Zeer ernstig/acuut suïcidaal

Kan niet langer wachten met suïcide plegen.

Blikvernaauwing. Geen energie meer om door te leven. Wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos. Geen oog voor consequenties achterblijvers. Wanhopig en uitgebreid plan.

Psychiatrische evaluatie in de ha-praktijk



Verantwoording

Deze handreiking en bijbehorende Triagetool zijn met grote zorgvuldigheid samengesteld door 113 Zelfmoordpreventie.

113 wil zelfmoord voorkomen. Ons doel is dat niemand in Nederland eenzaam en radeloos om het leven komt door zelfmoord. Dit doen we door zelfmoord en de achtergronden daarvan bespreekbaar te maken. Dat kan alleen door volledig te accepteren dat patiënten hieraan denken en mee bezig zijn. Open contact vormt het vertrekpunt om de patiënt te helpen andere oplossingen te vinden.

.....



Producten van 113

- Hulplijn voor mensen die denken aan zelfmoord en anoniem en vertrouwelijk kunnen praten over zelfmoordgedachten chat via www.113.nl, bel 113 of bel gratis 0800-0113.
- Kortdurende anonieme therapie, voor mensen die denken aan zelfmoord via www.113.nl.
- Spreekuur waarin professionals hun vragen kunnen stellen. Bel dan op werkdagen (niet op feestdagen) tussen 11.00 en 12.00 uur: 020 - 311 38 88.
- Triagetool Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk.
- “BackUp” zelfmoordpreventie app voor patiënten en hun naasten.
- Veiligheidsplan.

Suicide, zelfdoding of zelfmoord?

113 wil niet alleen respectvol en empathisch, maar ook nuchter en direct communiceren. We gebruiken daarom woorden die de meeste mensen normaal vinden, gebruiken en snappen. Op onze website en in onze communicatiemiddelen spreken we daarom over zelfmoord.

Ons beleid is om aan te sluiten bij de woordkeuze van de groepen waarmee wij in contact staan. Suicide is een term die vooral door professionals wordt gebruikt, zoals in de GGZ of bij onderzoek.

Onderzoek heeft uitgewezen dat hulpvragers ons vinden door te zoeken op het woord “zelfmoord”. Zij zoeken veel minder vaak op de term “zelfdoding” of “suicide”. Door in onze teksten deze term te gebruiken, worden wij makkelijk gevonden, wat in ons geval van levensbelang is, aangezien onze hulpvragers in levensnood kunnen verkeren. Als de patiënt een ander woord gebruikt, kunt u dit overnemen om beter aan te sluiten in het gesprek.

Dankwoord

Onze dank gaat uit naar Ellen Kerseboom, GGZ-kaderhuisarts, kwartiermaker 113. Daarnaast dank wij alle collega's en medewerkers uit diverse huisartsenpraktijken voor hun waardevolle feedback.

Geraadpleegde bronnen:

- De Beurs DP, Hooiveld M, Kerkhof AJ, Korevaar J. C & Donker GA (2016). Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983–2013: a retrospective observational study. *British Medical Journal* open jrg. 6, nr. 5.
- CBS/Statline, 2017.
- De Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M (2011). Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2’ (NEMESIS-2). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kerkhof AJ & van Luyn B (2010) Suicidepreventie in de praktijk. Baarn. Bohn Stafleu van Loghum.
- Mokkenstorm JK (2013) Hoop Doet Leven: 113Online Suicide Survival Guide. Amsterdam. Boom uitgevers Amsterdam.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017) Generieke module Acute psychiatrie. Utrecht. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (concept) Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
- NHG Stip-cursus Suicidepreventie in de huisartsenpraktijk.
- NVvP, NIP en V&VN (2012) Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom.
- Shea SC (1998) ‘The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation’. *Journal of Clinical Psychiatry* jrg. 59, nr. 20, pp. 58-72

*Zelfmoord,
praat erover!*