

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Samenvatting

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behande- ling van suïcidaal gedrag

Samenvatting

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

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

De Tijdstroom, Utrecht



© 2012 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen

E-mail: info@nvvp.net

Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.

Internet: www.tijdstroom.nl

E-mail: info@tijdstroom.nl

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

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

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

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

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

Financiering: ZonMw, programma KKCZ.

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

Organisatie: Trimbos-instituut.

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

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

Deze richtlijn is ook beschikbaar via www.ggzrichtlijnen.nl.

ISBN 978 90 5898 224 7

NUR 875

Inhoud

- 1 *Inleiding* — 7
 - 1.1 Doel — 7
 - 1.2 Doelgroep — 7
 - 1.3 Afbakening — 7

- 2 *Visie op suïcidaal gedrag* — 8
 - 2.1 Stress, kwetsbaarheid en entrapment — 8
 - 2.2 Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag — 10

- 3 *Algemene principes bij diagnostiek en behandeling* — 11
 - 3.1 Contact — 11
 - 3.2 Naasten — 12
 - 3.3 Veiligheid en continuïteit van zorg — 13

- 4 *Het diagnostische proces* — 14
 - 4.1 Schema voor diagnostiek — 15
 - 4.2 Voorbeeldvragen suïcidale toestand — 17

- 5 *Schema voor behandeling* — 19
 - 5.1 Behandelsetting — 19

- 6 *Professioneel handelen na een suïcide* — 21

- 7 *Aanbevelingen voor SEH en huisarts* — 23
 - 7.1 Spoedeisende hulp (SEH) — 23
 - 7.2 Huisarts — 24

- 8 *Wet- en regelgeving in de praktijk* — 25

- Literatuur* — 29

Samenvatting

1 Inleiding

1.1 Doel

Hier volgt een korte versie van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Deze samenvatting heeft als doel om de richtlijn en de belangrijkste aanbevelingen toegankelijk te maken voor de praktijk. De volledige tekst van de richtlijn (hoofdstuk 1-10) bevat de wetenschappelijke onderbouwing voor de vele vraagstukken over diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Die wetenschappelijke onderbouwing heeft met de overige overwegingen geleid tot de aanbevelingen (zie hoofdstuk 3 tot en met 10 en bijlage 1). De werkgroep realiseert zich dat er behoefte is aan een handzame, praktisch te gebruiken samenvatting. Het is onvermijdelijk dat bij het samenvatten nuanceringen verloren zijn gegaan. Voor toelichting en achtergrondinformatie verwijzen wij dan ook met nadruk naar de integrale tekst van de richtlijn (hoofdstuk 1 tot en met 10).

1.2 Doelgroep

De opstellers van deze richtlijn zijn psychiaters, psychologen, huisartsen en verpleegkundigen. Wij bevelen de richtlijn aan de volgende beroepsgroepen aan: artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg.

1.3 Afbakening

Richtlijnen zijn niet bedoeld als uitputtende en limitatieve beschrijving van alle vormen van zorg die bij individuele patiënten kunnen worden toegepast. Het zijn ook geen standaarden die in alle omstandigheden van toepassing kunnen worden verklaard. Als professional hebt u de verantwoordelijkheid om op basis van onderzoek te komen tot een indicatiestelling voor behandeling.

De professional komt tot een oordeel op basis van alle beschikbare informatie, rekening houdend met de actuele mogelijkheden en beperkingen. Door deze richtlijn te volgen, zult u als professional bijdragen 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. Deze richtlijn is niet bestemd voor patiënten met de vraag om hulp bij zelfdoding. Hiervoor verwijzen wij naar de *Richtlijn omgaan met het verzoek*

om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (Tholen et al., 2009).

2 Visie op suïcidaal gedrag

De term ‘suïcidaal gedrag’ verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term ‘gedrag’ verwijst naar zowel handelingen als naar gedachten. De werkgroep heeft voor deze algemene term gekozen 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 sterk 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, moeten het gedrag – hoe ambivalent of ogenschijnlijk onschuldig ook – serieus nemen. Weeg altijd af of medisch handelen geïndiceerd is.

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. Voor deze achterliggende factoren is een model ontwikkeld voor suïcidaal gedrag, aan de hand van de begrippen stress, kwetsbaarheid en *entrapment*.

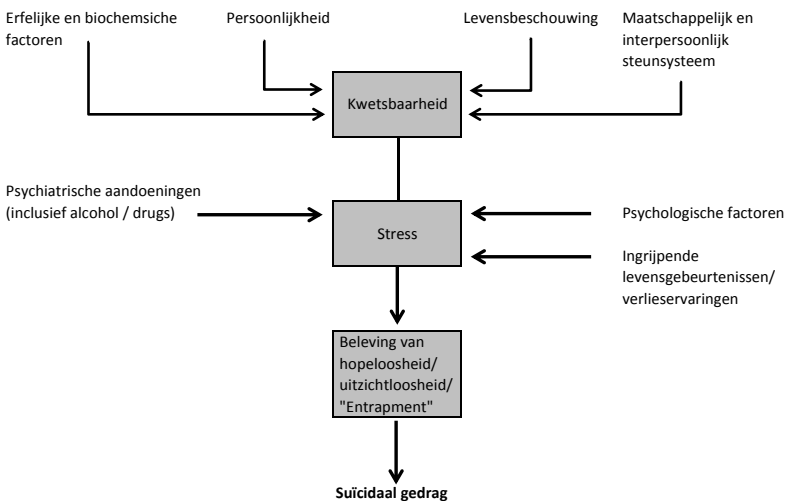
Suïcidale toestand

De suïcidale toestand omvat suïcidedgedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en gedachten over de nabije toekomst. Cruciaal zijn betekenissen van gedachten en handelingen in termen van motieven, intenties, overwegingen en plannen zoals door de patiënt gerapporteerd.

Achterliggende factoren

De achterliggende factoren van suïcidaal gedrag zijn in de richtlijn geordend in een geïntegreerd model voor van stress-kwetsbaarheid (Goldney, 2008) en *entrapment* (Williams et al., 2005), weergegeven in figuur S.1. 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 omvat het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren suïcidaal gedrag kunnen ontwikkelen.

Figuur S.1 Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment voor suïcidaal gedrag (naar Goldney, 2008; Williams et al., 2005)



Toelichting op het model

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 (‘in een val opgesloten zitten’). 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 is de helft tot driekwart van alle suïcides mede toe te schrijven aan psychiatrische stoornissen (Cavanagh et al., 2003). 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.

Structuurdiagnose

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

- een beschrijving van de huidige suïcidale toestand;
- een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren;
- hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) 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.

Taken

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

Het onderzoek naar etiologie en pathogenese 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. Voor zover de professionele bevoegdheden niet zijn geregeld in de Wet Bopz (dwangopname) en de Wet BIG (onder andere voorschrijven van medicatie), legt de instelling waar de deskundige werkt de professionele bevoegdheden vast in het professionele statuut.

Het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010) maakt onderscheid tussen erkende verwijzers die rechtstreeks naar de (acute) geestelijke gezondheidszorg kunnen verwijzen (namelijk huisartsen, medisch specialisten, SEH-artsen, Bureau Jeugdzorg en bedrijfsartsen) versus toeleiders die niet rechtstreeks kunnen verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (zoals personeel in de sector onderwijs, welzijn, jeugdzorg en gehandicaptenzorg). Aanbevolen wordt dat erkende verwijzers in elk geval beschikken over de in deze paragraaf genoemde basisvaardigheden.

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 validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde informatie. Goed contact houdt in dat de patiënt zich vrij kan voelen om over zijn suïcidegedachten 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 de suïcidegedachten 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 professionals, 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 veelal 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 diens naasten gaan ermee akkoord dat de naasten bij de zorg worden betrokken.
- De mate waarin naasten bij de zorg betrokken worden, is in overeenstemming met hun draagkracht en bereidheid.
- Naasten betrekken bij onderzoek en behandeling dient in overeenstemming te zijn met de wet- en regelgeving voor het recht op privacy en met het beroepsgeheim.
- Weeg het recht op privacy en het beroepsgeheim af tegen veiligheid en mogelijk ernstig nadeel door het bij de zorg betrekken van naasten.
- De patiënt moet de mogelijkheid hebben om vertrouwelijke zaken met uitsluitend de 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 de diagnostiek en behandeling, maar ook vanwege wettelijke vereisten. De verplichting om ouders van kinderen en jongeren te betrekken bij diagnostiek van suïcidaal gedrag en het vaststellen van de behandelovereenkomst, hangt af van de leeftijd van het kind.
- Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het wettelijk verplicht om de ouders die het ouderlijke gezag hebben, te betrekken bij het vaststellen van de behandelovereenkomst. Jongeren tussen 12 en 16 jaar hebben met

de ouders een gedeeld recht op het sluiten van een behandelovereenkomst. Vanaf 16 jaar is de instemming van de ouders wettelijk niet meer noodzakelijk.

- Het ouderlijke gezag vervalt als het kind 18 jaar is, maar de ouders hebben tot 21 jaar 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 moet de professional zich niet alleen laten leiden door de leeftijd, maar ook door de ernst van het klinische beeld, de mate waarin direct handelen noodzakelijk is, de wensen van de jongere, en het oordeel van de professional over mogelijkheden van de jongere om de situatie juist in te schatten.

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.

3.3 Veiligheid en continuïteit van zorg

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

- Professionals moeten oog hebben voor de directe noodzaak van behandeling van de somatische toestand.
- Professionals moeten oog hebben voor het verhinderen van de toegang tot middelen waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen.
- Professionals moeten kunnen rekenen op bijstand van hulpdiensten (politie, brandweer, ambulance). In zorgsettings moeten professionals daarnaast een beroep kunnen doen op collega's en – indien aanwezig – op beveiligingspersoneel.
- Als de veiligheid van de patiënt niet gegarandeerd is, kunnen onvrijwillige opname en dwangmaatregelen nodig zijn. Het handelen moet allereerst gericht zijn 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 moet geregeld herhaald worden.
- Tijdens transitie momenten 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, signaleringsplan of behandelplan.
- Bij de zorg voor veiligheid en continuïteit zijn vaak meerdere intra- en extramuraal (zorg-) disciplines betrokken. Goede afspraken met ketenpartners zijn noodzakelijk. Zie *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010).

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 transitiemomenten 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 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. U onderzoekt de suïcidale toestand, de wilsbekwaamheid en de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren.

CASE-benadering

We bevelen u aan om de suïcidale toestand systematisch te onderzoeken aan de hand van de CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events: Shea, 1998): u vraagt eerst naar de actuele gedachten en gebeurtenissen, dan naar de recente voorgeschiedenis (4-8 weken) en vervolgens naar de ruimere voorgeschiedenis van eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Tot slot vraagt u 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, Voorbeeldvragen suïcidale toestand.

Wilsbekwaamheid

Indien u als professional moet beoordelen of de patiënt met suïcidaal gedrag wilsbekwaam is, beoordeelt u het begripsvermogen en de besluitvaardigheid van de patiënt en maakt u een afweging van waarden (zie hoofdstuk 2, paragraaf 6). Stel hoge eisen aan die besluitvaardigheid bij weigering van interventies die levensreddend zijn.

Stress-kwetsbaarheidsfactoren

Factoren genoemd in paragraaf 4.1, Schema voor diagnostiek, zijn richtinggevend voor het systematische onderzoek van de stress- en kwetsbaarheidsfactoren.

Structuurdiagnose en prognose

Het systematische onderzoek mondt uit in een structuurdiagnose die is opgebouwd uit een formulering van de suïcidale toestand, een formulering van de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren, een werkhypothese over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) 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 individuele inschatting van de prognose, een indicatiestelling voor interventies voor de kortere (dagen) en langere (weken) termijn, en een (voorlopig) behandelplan of veiligheidsplan.

4.1 Schema voor diagnostiek

Doelen

- Inschatten van de prognose van suïcide.
- Indiciestelling voor zorg.
- Organiseren van zorg.

Vorbereiden

- Organiseer veiligheid.
- Verzamel voorinformatie.
- Organiseer de setting.

Onderzoek

- 1 Contact maken.
- 2 Bepaal de suïcidale toestand (case-benadering: Shea, 1998).
- 3 Bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren.
- 4 Betrek naasten bij het onderzoek.
- 5 Formuleer de structuurdiagnose.
- 6 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 de verdere zorg actief.
- Rapporteer.

Kader S.1 Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren

- Suïcidepoging.
- Letaliteit van de poging.
- Suïcidedachten, 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).
- Suïcide in de familie.

Psychologische factoren

- Wanhoop.
- Negatief denken.
- Denkt een last te zijn voor anderen.
- Angst.
- Agitatie en/of agressie.
- Impulsiviteit.

Gebeurtenissen en verlies

- Verlieservaringen.
- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing).
- Lichamelijke ziekte, pijn.
- Werkloosheid.
- Detentie.

Overig

- Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie).

Beschermende factoren (selectie)

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

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

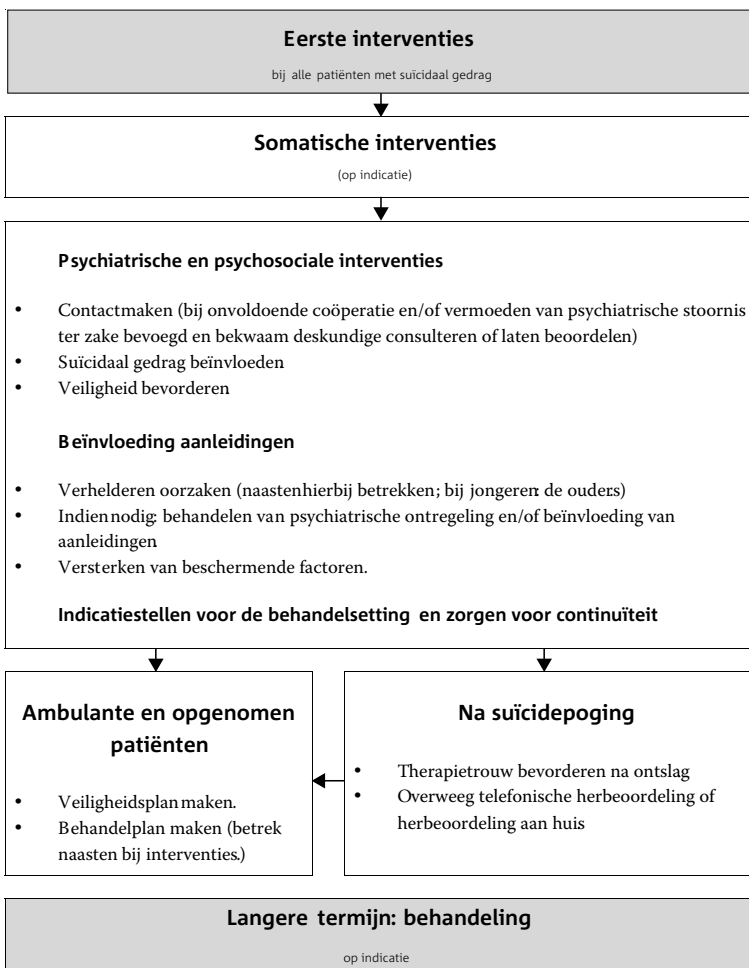
- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak had u deze gedachten? Hoe vaak per dag (tienmaal, honderdmaal? Meer nog?)
- Hebt u terugkerend kwellende gedachten? Wat denkt u op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen voor u om zo te denken?
- Hoeveel tijd bent u per dag bezig met 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?

Figuur S.2 Interventies bij suïcidaal gedrag op korte en lange termijn



* Het niveau (niveau 1-4) geeft aan hoe sterk het bewijs is voor het effect van de interventie. De niveaus zijn een indicatie voor de bewijskracht van onderzoek naar het effect van de interventies: niveau 1 staat voor een zeer sterke bewijskracht (zie ook bijlage 9)

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?

5 Schema voor behandeling

Bij de behandeling van suïcidaal gedrag onderscheiden wij eerste interventies versus interventies voor de langere termijn, zie figuur S.2.

5.1 Behandelsetting

In kader S.2 staan indicaties voor de behandelsetting. Deze indicaties zijn overgenomen uit de praktijkrichtlijn voor de beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag van de American Psychiatric Association (APA, 2003). De aanwijzingen geven richting aan het beleid; zij mogen niet worden opgevat als voorschrift.

Kader S.2 Indicaties voor de behandelsetting bij suïcidaal gedrag (APA, 2003)

Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)

1.1 Na een suïcidepoging indien:

- de patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant is;
- de poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was;
- voorzorgen zijn genomen om ontdekking te voorkomen;
- er een persisterend plan of 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, infectieuze etiologie, waarvoor nader onderzoek in een gestructureerde setting noodzakelijk is.

1.2 Bij suïcidedgedachten met:

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

Mogelijk opnemen

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

Hoe u als professional dient te handelen na suïcide van een patiënt of een ernstige suïcidepoging, is weergegeven in tabel S.1.

Tabel S.1 Taken van de professional na suïcide of een ernstige suïcidepoging

<i>Taken</i>	<i>Toelichting</i>
<i>Direct na de suïcide</i>	
Informereren	
– Familie/eventuele naasten.	– Zie De Groot & De Keijser, 2010.
– Eindverantwoordelijken van de instelling.	– Houd het dossier beschikbaar voor evaluatie.
– Eventuele medepatiënten.	– Zorg voor veiligheid en continuïteit.
– Leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars.	– Verzamel persoonlijke bezittingen van de patiënt.
– Huisarts van de patiënt.	
– Rapporteer.	
Opvang organiseren	
– Voor familie eventuele andere naasten.	– Zie De Groot & De Keijser, 2010.
– Voor eventuele medepatiënten.	– Zorg voor veiligheid.
– Onderzoek medepatiënten op de aanwezigheid van suïcidaal gedrag.	– Zie paragraaf 4.1, Schema voor diagnostiek.
– Voor leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars.	– Betrek eventueel de huisarts van de patiënt en/of de geestelijk verzorger bij de zorg.
	– Overweeg het (laten) bijwonen van de uitvaart door leden van het multidisciplinaire team.
<i>Middellange termijn (binnen zes weken na de suïcide)</i>	
Reconstrueren van de suïcide	
– Met familie en andere naasten.	– Betrek eventueel de huisarts van de patiënt en/of geestelijk verzorger bij de zorg.
– Met leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars.	
– Rapporteer.	

Tabel S.1 vervolg

Taken	Toelichting
Rapporteren voor het interne systeem van leren en verbeteren	<ul style="list-style-type: none"> – Zie <i>Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel</i> (GGZ Nederland, 2011): http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf.
Melden van de suïcide bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg indien: <ul style="list-style-type: none"> – een Bopz-maatregel van kracht was; – er sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiaire inrichting, een forensisch-psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinrichting; – de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> – Door de Raad van Bestuur. – De meldingsvoorwaarden gelden ook bij suïcidepogingen met ernstig letsel. – Zie www.igz.nl > Melden > Melden als zorgaanbieder > Format melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie.
<i>Lange termijn (binnen enkele weken of maanden na de suïcide)</i>	
Consolideren	
<ul style="list-style-type: none"> – Organiseer opvang en/of zorg voor nabestaanden met een expliciete hulpvraag en/of een verhoogd risico van suïcidaal gedrag en/of problemen in de verliesverwerking. – Implementeer eventuele verbeteringen in de zorg voor suïcidale patiënten. 	<ul style="list-style-type: none"> – Zie De Groot & De Keijser, 2010. – Zie paragraaf 5, Schema voor behandeling. – Betrek eventueel de huisarts of geestelijk verzorger bij de zorg. – Verwijs naasten naar www.113online.nl. – Verwijs kinderen en jongeren naar www.survivalkid.nl. – Zie <i>Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel</i> (GGZ Nederland, 2011): http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf.

7 Aanbevelingen voor SEH en huisarts

Professionals werkzaam op een afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) en huisartsen zijn niet ingebed in de ggz. Omdat zij vaak in aanraking komen met patiënten met suïcidaal gedrag, heeft de werkgroep voor deze groepen professionals specifieke aanbevelingen geformuleerd. 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;
- 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?

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 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 wvbo.

NB 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-assistent-) psychiater of consultatief psychiatisch 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 beiden een verantwoordelijkheid voor continuïteit van zorg:

- er worden afspraken gemaakt wie als hoofdbehandelaar 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 betrokken disciplines, en eveneens 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, psychiatisch 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, meestal 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.
- Zie ook paragraaf 3.3, Veiligheid en continuïteit van zorg, zesde punt.
- Zie ook 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*: Hermens et al., 2010);
- 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

Wie mag een patiënt met suïcidaal gedrag beoordelen? De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt dat voor elke professional geldt: niet bekwaam is niet bevoegd. In een instelling wordt vaak in een professioneel statuut vastgelegd wie verantwoordelijk wordt geacht voor beoordeling van suïcidaal gedrag. Professionals dienen goed op de hoogte te zijn van de richtlijnen van de instelling en van die van hun beroepsvereniging.

Deze richtlijn wordt in het bijzonder aanbevolen aan iedere arts, psycholoog, verpleegkundige en psychotherapeut die werkzaam is in de gezondheidszorg. De werkgroep is van mening dat het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek tot de basisvaardigheden behoort van iedere afzonderlijke professional uit deze beroeps-groepen. Oriënterend onderzoek omvat contact maken, onderzoek doen naar de suïcidale toestand, het in kaart brengen van stress- en kwetsbaarheidsfactoren, het bij de beoordeling betrekken van naasten, een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen en het zorgen voor

veiligheid en continuïteit van zorg.

Het onderzoek naar etiologie en pathogenese van het suïcidale gedrag en de indicatiestelling voor behandeling worden beschouwd als specialistische vaardigheden. De beoordeling of de patiënt wilsbekwaam is om te beslissen over de noodzakelijke medische behandeling, en de beoordeling in het kader van de Wet Bopz, zijn voorbehouden aan een arts. Als de beoordeling wegens de Wet Bopz niet is gedaan door een psychiater, dient deze beoordeling zo snel mogelijk alsnog te volgen. Het is aan te bevelen een psychiater bij diagnostiek en behandeling te betrekken als een ernstige psychiatrische stoornis vermoed wordt en/of als de noodzaak tot een psychiatrische opname afgewogen moet worden.

Toestemming patiënt voor behandeling

Mag een professional een patiënt zonder diens toestemming behandelen na een suïcidepoging? Bij de indicatiestelling 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 behandeling, en wanneer ernstig nadeel moet worden afgewend (bijvoorbeeld maagspoelen na een suïcidepoging met letale middelen). Indien u als professional 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 (zie hoofdstuk 2, paragraaf 6). 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, overweegt u of een gedwongen opname geïndiceerd is om het gevaar af te wenden. In dit geval dient u zich te realiseren dat het gevaar moet voortkomen uit een psychiatrische stoornis. Bij uw onafhankelijke beoordeling van een inbewaringstelling (ibs) of een rechterlijke machtiging (RM) volgens de Wet Bopz laat u zich leiden door de *Richtlijn Besluitvorming dwang* (Van Tilburg et al., 2008).

Ontslag tegen advies in of gedwongen ontslag

Hoe dient u te handelen wanneer een suïcidale patiënt tegen advies in met ontslag wil, of bij een gedwongen ontslag? De eerste periode na een klinische opname is kwetsbaar. U regelt een goede continuïteit van zorg; in het bijzonder bij een gedwongen ontslag en bij ontslag tegen het advies van de

behandelaar in (Kwaliteitswet Zorginstellingen, *Kwaliteitsdocument Keten-zorg bij suïcidaliteit*, Hermens et al., 2010).

Professionals dienen te overleggen met ketenpartners en in het dossier vast te leggen 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 Keten-zorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010).

U weegt de voor- en nadelen af van een ambulante versus een klinische behandeling. U bent zich bewust van de groeiende verantwoordelijkheid van de psychiater naarmate de psychiatrische problematiek ernstiger en complexer is en opname wordt overwogen. U handelt steeds als goed hulpverlener. Wanneer het risico van suïcide of ernstige zelfbeschadiging hoog wordt ingeschat, overweegt u of een gedwongen opname geïndiceerd is.

Beoordeling noodzaak gedwongen opname

Wie moet beoordelen of een gedwongen opname nodig is? Dit dient indien mogelijk te worden gedaan door een (bij voorkeur onafhankelijke) psychiater. Als die niet beschikbaar is dan mag de beoordeling ook worden gedaan door een arts die geen psychiater is. In het laatste geval moet de patiënt binnen een redelijke termijn alsnog door een psychiater worden beoordeeld.

Anderen informeren over verhoogd suïciderisico

Mogen professionals anderen (bijvoorbeeld andere professionals, naasten van de patiënt) informeren over een verhoogd suïciderisico? In het kader van goed hulpverlenerschap moet een professional bij acute en concrete suïcideplannen en een hoog risico op een fatale afloop afwegingen maken 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 professionals te delen. De patiënt wordt hiervan direct, of zo snel als verantwoord mogelijk is, op de hoogte gesteld. Als professional dient u systematisch na te gaan welke relevante anderen worden ingelicht: huisarts, crisisdienst, supervisor, familie en/of naasten. U weet dat daarbij een conflict van plichten kan optreden tussen geheimhoudingsplicht en informatieplicht. Indien u het noodzakelijk acht naasten van de patiënt te informeren en de patiënt hiervoor geen toestemming geeft, zal de professional er alles aan moeten doen om de patiënt te overtuigen van de noodzaak om anderen te informeren.

Verzoek om hulp bij zelfdoding

Hoe moet een professional omgaan met een verzoek van een patiënt om hulp bij zelfdoding? U toetst een verzoek van de patiënt tot hulp bij zelfdoding en uw handelen aan de *Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* (Tholen et al., 2009).

Dossiervorming

Wat moet in het dossier worden vastgelegd? In het dossier moeten alle relevante bevindingen, afwegingen en beslissingen zorgvuldig worden 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

Mogen nabestaanden na een suïcide inzage hebben in het dossier? De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt (KNMG, 2010). 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 een conflict van plichten bij de behandelaar wegens zwaarwegende belangen van derden (KNMG, 2010). In veel situaties kan veronderstelde toestemming een redelijke grond zijn om wel informatie te geven. Emotionele problemen van familieleden na het overlijden van de patiënt wordt niet opgevat als zwaarwegend belang. 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

Kan familie van een patiënt na diens suïcide een klacht indienen? Bij de klachtencommissie kunnen familieleden of naasten van de patiënt een klacht indienen tegen een zorgaanbieder over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen' jegens een patiënt die inmiddels is overleden.

Literatuur

- APA. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- GGZ Nederland. (2011). *Handreiking uniforme meldingsroute bij suicides en suïcidepogingen met ernstig letsel*. Raadpleegbaar via: <http://www.ggz-nederland.nl/kwaliteit-van-zorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf>.
- Goldney, D.R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Groot M. de, & Keijser, J de. (2010). De opvang van nabestaanden na suïcide. In A.J.F.M. Kerkhof, & B.J. van Luyn (Red.), *Suïcidepreventie in de praktijk*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hermens, M, Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Keten-zorg suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Shea, S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *The Journal of clinical psychiatry*, 59, 58-72.
- KNMG. (2010). *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens*. Utrecht: KNMG.
- Tholen et al. (2009). *Richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tilburg W. van, Veldhuizen, J.R. van, Beijaert, E.W., et al.; (NVvP commissie richtlijn besluitvorming dwang). (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Williams, J.M.G., et al.(2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press.
- Zuiderhoudt, R.H. (2004). *Praktijkreeks Bopz deel 8: Stoornis en de Bopz*. Den Haag: Sdu.

Dit is een samenvatting van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. De complete richtlijn (circa 400 pagina's) is vanaf juli 2012 verkrijgbaar via www.tijdstroom.nl en de (online) boekhandel.

ISBN 978 90 5898 223 0, € 20,00.