Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

A.M. van Hemert, A.J.F.M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey, C. van Boven, J.W. Hummelen, M.H. de Groot, P. Lucassen, J. Meerdinkveldboom, M. Steendam, B. Stringer en A.A. Verlinde (Werkgroep MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag) en G. van de Glind (projectleiding)

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

De Tijdstroom, Utrecht

© 2012 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen
E-mail: info@nvvp.net
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

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

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.
Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.
Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.
Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Financiering: ZonMw, programma KKCZ.
Opdrachtgevers: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
Organisatie: Trimbos-instituut.
Eindredactie: M.H. de Groot en G. van de Glind.

Deze multidisciplinaire richtlijn is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

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

Deze richtlijn is ook beschikbaar via www.ggzrichtlijnen.nl.
ISBN 978 90 5898 223 0
NUR 875

Inhoud

Voorwoord

Samenvatting
1 Inleiding — 11
2 Visie op suïcidaal gedrag — 12
3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling — 15
4 Het diagnostische proces — 18
5 Schema voor behandeling — 24
6 Professioneel handelen na een suïcide — 26
7 Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts — 28
8 Wet- en regelgeving in de praktijk — 30
Literatuur — 34

Deel 1 Algemeen

Hoofdstuk 1 Inleiding
1 Inleiding — 37
2 Doelstelling en doelgroep — 38
3 Afbakening — 39
4 Werkwijze — 41
5 Leeswijzer — 43
Literatuur — 44

Hoofdstuk 2 Visie op suïcidaal gedrag
1 Inleiding — 47
2 Definitie — 47
3 Oorzaken — 49
4 Herkennen van suïcidaal gedrag — 51
5 Diagnostisch doel — 52
6 Wilsbekwaamheid en diagnostiek — 53
7 Behandeling — 55
8 Risicoschatting — 57
Literatuur — 58

Hoofdstuk 3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling
1 Inleiding — 61
2 Contact maken — 62
3 Zorg voor veiligheid — 65
4 Omgaan met naasten — 70
5 Continuïteit van zorg — 71
Literatuur — 74

Deel 2 Diagnostiek

Hoofdstuk 4 Het diagnostische proces
1 Inleiding — 79
2 Specifieke personen en situaties — 79
3 Professioneel vragen naar suïcidaal gedrag — 84
4 Vragenlijsten en observatie-instrumenten — 85
5 Aspecifieke observeerbare factoren — 86
6 Risico op uitlokken suïcidaal gedrag — 88
7 Herhaalfrequentie — 89
8 Onderzoek bij intoxicatie — 90

Hoofdstuk 5 Stress- en kwetsbaarheidsfactoren
1 Inleiding — 93
2 Kwetsbaarheidsfactoren — 93
3 Stressoren — 105
4 Structuurdiagnose, prognose en behandelplan — 120

Hoofdstuk 6 Diagnostiek bij specifieke groepen
1 Inleiding — 125
2 Extra onderzoek voor specifieke groepen en omstandigheden — 125
3 Jongeren — 125
4 Ouderen — 134
5 Immigranten — 140
6 Herhaald suïcidaal gedrag — 143

Literatuur bij deel 2
Wetenschappelijke onderbouwing — 147
Niet verwerkt in wetenschappelijke onderbouwing — 155

Deel 3 Behandeling

Hoofdstuk 7 Eerste interventies
1 Inleiding — 171
2 Somatische, psychiatrische en psychosociale interventies — 169
3 WGBO en Wet Bopz — 176
4 Therapietrouw — 179
5 Non-suïcidecontract — 181
6 Signalerings- of veiligheidsplan — 184

Hoofdstuk 8 Behandeling op langere termijn
1 Inleiding — 187
2 Medicamenteuze en biologische interventies — 187
3 Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie — 194
4 Stress-kwetsbaarheidsfactoren — 197
5 Verpleegkundige interventies en methodieken — 205
6 Chronisch suïcidaal gedrag — 208

Hoofdstuk 9 Behandeling van specifieke groepen
1 Inleiding — 213
2 Jongeren — 213
3 Ouderen — 219

Literatuur bij deel 3
Wetenschappelijke onderbouwing — 225
Niet verwerkt in wetenschappelijk onderbouwing — 233
Literatuur uit inleidingen en overige overwegingen — 234
Richtlijnen — 235

Deel 4 Na een overlijden door suïcide

Hoofdstuk 10 Professioneel handelen na een suïcide
1 Inleiding — 239
2 Direct na een suïcide — 239
3 Opvang van nabestaanden — 242
4 Risicoschatting van problemen in verliesverwerking — 245
5 De professional als nabestaande — 247
6 Melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) — 247
Literatuur — 248

Bijlagen

Bijlage 1 Samenstelling werk- en klankbordgroep en focusgroepen — 253
Bijlage 2 Overzicht van de aanbevelingen — 255
Bijlage 3 Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts — 273
Bijlage 4 Onderzoek en indicatiestelling — 281
Bijlage 5 Gezondheidszorgwetgeving — 295
Bijlage 6 Implementatie van deze richtlijn — 317
Bijlage 7 Bewijsniveaus — 321
Bijlage 8 Bewijstabellen diagnostiek — 323
Bijlage 9 Bewijstabellen behandeling — 379

Voorwoord

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag vragen veel van zorgprofessionals. Enerzijds gaat het bij vragen over leven en dood om hoogstpersoonlijke en existentiële thema's, waarbij niemand als bijzondere deskundige kan worden aangemerkt. Anderzijds weten we uit onderzoek dat psychiatrische stoornissen en emotionele problemen bij suïcide een grote rol spelen en dat de denkprocessen bij suïcidale mensen vaak ernstig verstoord zijn. In dit krachtenspel moet de zorgprofessional naar beste kunnen een persoonlijk contact aangaan met de betrokkene en de naasten, zich op de hoogte stellen van de toestand, en in wijsheid afwegen welke interventies het meest passend zijn om ernstig onheil af te wenden. Eenduidige antwoorden zijn meestal niet voorhanden.
Bij het opstellen van de richtlijn heeft de werkgroep zich gebaseerd op de beschikbare evidentie, op bestaande internationale richtlijnen, en op een klankbordgroep (zie bijlage 3) van deskundigen en van vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en van patiëntenverenigingen. Daarbij is gebleken dat in de praktijk de evidentie voor de besluitvorming belangrijke beperkingen kent. De uitkomst van een suïcidaal proces valt op basis van alle beschikbare evidentie nu eenmaal niet betrouwbaar te voorspellen. Daarmee is echter niet gezegd dat er geen basis is voor het handelen van professionals in situaties die als risicovol worden ingeschat. De basis voor het handelen zal eerder liggen in overwegingen van goede klinisch praktijkvoering dan in 'harde' evidentie. De evidentie geeft een richting, maar de besluitvorming is praktisch.
De richtlijn is multidisciplinair opgesteld in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De primaire doelgroepen zijn huisartsen, psychologen, psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen, maar de werkgroep meent dat de aanbevelingen ook voor anderen van belang kunnen zijn.
In de laatste 25 jaren is het aantal suïcides per hoofd van de bevolking in Nederland en ook daarbuiten gestaag afgenomen. Aangenomen mag worden dat maatschappelijke factoren en de kwaliteit van de gezondheidszorg daarbij een rol spelen. Er zijn kennelijk factoren die het aantal suïcides beïnvloeden. Het gaat dan niet alleen om de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, zoals besproken in deze richtlijn, maar ook om de behandeling van psychische stoornissen, waaronder de behandeling van depressie. De daling van het aantal suïcides is de laatste jaren gaan afvlakken. Dat is een reden om preventie hoog op de agenda te houden. Het gaat bij de preventie om een complex samenspel van maatschappelijke factoren, beschikbaarheid van middelen en het functioneren van

de gezondheidszorg. Een zorgprofessional die weet hoe te handelen bij suïcidaal gedrag, is daarvan een onmisbaar onderdeel. Het is de hoop van de werkgroep dat de richtlijn een praktische handreiking biedt voor het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag.

Bert van Hemert, voorzitter

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 zowel naar 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 suïcidegedachten 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, op 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 transitiemomenten 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 extramurale (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 Suïcide 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 beslisvaardigheid van de patiënt en maakt u een afweging van waarden (zie hoofdstuk 2, paragraaf 6). Stel hoge eisen aan die beslisvaardigheid 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.
- Indicatiestelling voor zorg.
- Organiseren van zorg.

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

Onderzoek
1 Maak contact.
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 het 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.
- 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).
- 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 had? Wat was er toen aan de hand?

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

Langere termijn: behandeling
op indicatie

Beïnvloeding suïcidaal gedrag*

Farmacotherapie

- Depressie:
  - antidepressiva (niveau 2);*
  - ECT (niveau 3) en lithium (niveau 1).
- Psychotische stoornissen:
  - clozapine (niveau 2).

Psychotherapie

- Oplossingsgerichte therapie en cognitieve gedragstherapie (niveau 2).
- Kortdurende psychodynamische therapie (niveau 3).

Aandachtspunten bij specifieke groepen

Jongeren

- Betrek ouders of verzorgers bij de behandeling.

Ouderen

- Open houding tegenover doodswens.
- Zorgen voor continuïteit en niet in de steek laten.
- Benzodiazepinen vaker gecontra-indiceerd.
- Extra aandacht voor meerdere verliezen, wanhoop en eenzaamheid.

Behandeling stress- en kwetsbaarheidsfactoren*

Behandelen psychiatrische stoornissen volgens geldende richtlijn

- Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (niveau 2):*
  - dialectische gedrag (DGT)
  - mentalization based therapy (MBT)
  - schema-focused therapy (SFT);
  - transference-focused therapie (TFT).

Behandelen, begeleiden, en rekening houden met

- Wanhoop;
- gebruik van alcohol en/of andere psychotrope stoffen;
- seksueel misbruik en geweld;
- dwangmatige preoccupatie met suïcide;
- slapeloosheid;
- lichamelijke ziekten;
- suïcide en/of suïcidaal gedrag in de familie;
- negatieve ervaringen met hulpverlening bij eerder suïcidaal gedrag;
- gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat;
- ingrijpende gebeurtenissen en/of veranderingen in de omgeving en/of het sociale netwerk.

* 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 7)

- 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?

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 suïcidegedachten 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

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

Tabel S.1 vervolg

Taken	*Toelichting*
Rapporteren voor het interne systeem van leren en verbeteren	• Zie *Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel* (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: • 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.	• 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.
Lange termijn (binnen enkele weken of maanden na de suïcide)	
Consolideren	
• 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.	• Zie De Groot & De Keijser, 2010. • Zie paragraaf 5, Schema voor behandeling. • Betrek eventueel de huisarts of de geestelijk verzorger bij de zorg. • Verwijs naasten naar www.113online.nl. • Verwijs kinderen en jongeren naar www.survivalkid.nl. • Zie *Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel* (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 betrekt 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 WGBO.

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 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 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, 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, 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 beroepsgroepen. 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 Ketenzorg 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 Ketenzorg 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, zult u 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 suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel*. Raadpleegbaar via: http://www.ggznederland.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 Ketenzorg 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, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F., et al.; (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding). (2009). *Richtlijn omgaan met 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.

Zuijderhoudt, R.H. (2004). *Praktijkreeks Bopz deel 8: Stoornis en de Bopz.* Den Haag: Sdu.

Deel 1 Algemeen

Hoofdstuk 1
Inleiding

1 Inleiding

Waarom een richtlijn voor zorgprofessionals? Suïcidaal gedrag is een omvangrijk en complex maatschappelijk probleem. Jaarlijks registreert het Centraal Bureau voor de Statistiek ongeveer 1.500 doden in Nederland als gevolg van suïcide (statline.cbs.nl, zoek op: 'Doodsoorzaken; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken'). Het aantal doden door suïcide is daarmee ongeveer tweemaal hoger dan het aantal doden door verkeersongevallen. Het aantal mensen met gedachten aan suïcide en het aantal dat een suïcidepoging onderneemt, is vele malen hoger. Volgens een onderzoek van het Trimbos-instituut onder volwassen inwoners van Nederland denken jaarlijks 410.000 mensen aan suïcide en doen 94.000 mensen een suïcidepoging (Ten Have et al., 2006). Van de mensen die een suïcidepoging doen, komen er jaarlijks ongeveer 15.000 in een algemeen ziekenhuis voor behandeling (Hoeymans & Schoemaker, 2010; Tweede Kamer, 2008; 2009). Figuur 1.1 toont de verhouding van de frequentie van suïcidegedachten, suïcidepogingen en suïcides in de Nederlandse bevolking.
Een inhoudelijke richtlijn voor professionals beoogt het functioneren van professionals in de zorg te verbeteren. Huisartsen, psychiaters, psychologen en verpleegkundigen hebben in hun dagelijkse praktijk regelmatig te maken met suïcidaal gedrag. Omgaan met deze problematiek is een belangrijk onderdeel van hun werk, maar hoe dit moet, is onvoldoende eenduidig omschreven en geborgd (Verwey, 2006; Huisman, 2010; Kerkhof & Van Luyn, 2010). Een richtlijn met concrete aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag kan bijdragen aan het verbeteren van het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag en maakt de zorg voor suïcidale patiënten transparant en toetsbaar. De richtlijn kan op deze manier bijdragen aan de preventie van suïcides in Nederland.
In 2007 bracht het Trimbos-instituut een beleidsadvies uit over het verminderen van suïcidaal gedrag (Bool et al., 2007). Aanbevolen werd een landelijke multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen die als basis kan dienen voor lokale richtlijnen en protocollen in zorginstellingen. In de *Beleidsagenda suïcidepreventie* heeft de minister deze aanbeveling overgenomen (Tweede Kamer, 2008). Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt belang te hechten aan een richtlijn voor professionals voor het omgaan met suïcidaal gedrag.

Figuur 1.1 Frequentie in de Nederlandse bevolking van: suïcidegedachten; suïcidepogingen zonder medische behandeling; pogingen met medische behandeling; suïcide

geen arcering	suïcidegedachten
lichte arcering	suïcidepogingen zonder medische behandeling
donkere arcering	suïcidepogingen met medische behandeling
S	suïcide

Verhouding tussen de frequentie van suïcidegedachten, suïcidepogingen zonder (lichte arcering) of met (donkere arcering) medische behandeling, en suïcide (S) in de Nederlandse bevolking. De oppervlakten van de cirkels geven de verhouding tussen de werkelijke aantallen weer. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

Het verbeteren van de professionele zorg voor suïcidale patiënten is een logisch onderdeel van het suïcidepreventiebeleid. Maar de werkgroep benadrukt dat dit niet de enige factor is die van invloed is op het aantal suïcides. De meeste mensen die suïcide plegen, zijn op het moment niet of niet meer in zorg. Dit betekent dat er naast verbetering van de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag door zorgprofessionals ook aandacht zal moeten zijn voor maatregelen in de publieke gezondheidszorg.

2 Doelstelling en doelgroep

Het doel van deze richtlijn is concrete aanbevelingen te geven voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, op basis van het beste beschikbare bewijs. 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. 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.
Deze richtlijn is niet opgesteld vanuit het perspectief van niet-BIG-geregistreerde professionals binnen en buiten de gezondheidszorg die geregeld met suïcidaal gedrag te maken krijgen, zoals onderwijspersoneel, politie en geestelijk verzorgers. Hoewel deze professionals een belangrijke rol kunnen spelen in de zorg bij suïcidaal gedrag, zijn voor hen geen richtlijnen beschikbaar en er is nauwelijks empirisch bewijs om het handelen op te baseren. De werkgroep adviseert deze professionals om samenwerking te zoeken met de genoemde artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg.
Een richtlijn is niet bedoeld als uitputtende en limitatieve beschrijving van alle vormen van zorg die bij individuele patiënten kunnen worden toegepast. Richtlijnen zijn dan ook geen standaarden die in alle omstandigheden van toepassing kunnen worden verklaard. De professional heeft 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, draagt u 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.

3 Afbakening

Het thema suïcidaal gedrag is breed en complex, en de middelen die beschikbaar waren voor het opstellen van deze richtlijn, waren begrensd. De werkgroep heeft zich beperkt tot diagnostiek en behandeling van individuele patiënten door professionals. Maatgevend voor de keuze van onderwerpen was het belang voor professionals die voor individuele patiënten tot een diagnose en een behandelplan moeten komen. Onderwerpen die de werkgroep heeft overwogen maar die buiten deze richtlijn zijn gebleven, worden besproken in paragraaf 3.1 tot en met 3.4. Voor de onderwerpen publieke gezondheidszorg (3.1) en behandeling van nabestaanden (3.2) kunnen in de toekomst wellicht specifieke richtlijnen worden ontwikkeld. Voor de andere onderwerpen zijn reeds richtlijnen beschikbaar.

3.1 Publieke gezondheidszorg

Publieke gezondheidszorg is een afzonderlijk geneeskundig specialisme gericht op de totale bevolking of groepen hieruit, en niet op de diagnostiek

en behandeling van individuele personen. Aspecten van suïcidepreventie in de publieke gezondheidszorg zijn uitingen in de media over suïcidaal gedrag, wetgeving over de beschikbaarheid van middelen waarmee iemand suïcide kan plegen, of programma's voor collectieve of geïndiceerde preventie.

3.2 Behandeling van nabestaanden

Deze richtlijn gaat niet over de behandeling van nabestaanden van iemand die door suïcide om het leven is gekomen. De werkgroep onderkent dat dit een belangrijk onderwerp is dat naar verhouding weinig aandacht krijgt. Het onderwerp valt echter buiten het kennisgebied van de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Wel wordt in hoofdstuk 10 over handelen na suïcide ook aandacht besteed aan de opvang van nabestaanden.

3.3 Hulp bij zelfdoding

Het verlenen van hulp bij zelfdoding is geen onderdeel van deze richtlijn. Binnen de Nederlandse wetgeving is hulp bij zelfdoding strafbaar. Een uitzondering op strafbaarstelling wordt gemaakt voor de arts die hulp bij zelfdoding meldt en wiens handelen volgens de regionale toetsingscommissie voldoet aan de zorgvuldigheidseisen; deze zijn omschreven in de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. De wet heeft betrekking op levensbeëindigend handelen bij personen die wilsbekwaam zijn, en bij wilsonbekwame personen die voorafgaand aan hun wilsonbekwaamheid een schriftelijke wilsverklaring hebben opgesteld. Voor nadere informatie verwijzen wij naar het standpunt van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG, 2003) en naar de *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Tholen et al., 2009).

3.4 Organisatie van ketenzorg

Een belangrijk aspect van de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag is de continuïteit van de zorg en de samenwerking tussen de betrokken ketenpartners. Het belang hiervan wordt in deze richtlijn besproken in hoofdstuk 2. De organisatie van de ketenzorg en de manier waarop die gewaarborgd kan worden, valt buiten de reikwijdte van de richtlijn. Voor aanbevelingen hierover verwijzen wij naar het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaal gedrag* (Hermens et al., 2010).

4 Werkwijze

Deze richtlijn is tot stand gekomen met een subsidie vanuit het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg van Zorgonderzoek Nederland (ZonMw). Het project werd geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP, penvoerder) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Het ontwikkelingsproces werd ondersteund door het Trimbos-instituut.

4.1 Empirische evidentie

Bij het opstellen van deze richtlijnen zijn twee uitgangspunten gehanteerd die soms met elkaar op gespannen voet stonden. Ten eerste is als werkwijze gekozen voor de methodiek van de evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO), ontwikkeld door het Centraal Begeleidingsorgaan Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (Van Everdingen et al., 2004). De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek, voor een deel samengevat in de APA-richtlijn (APA, 2003). Daarnaast werden relevante artikelen gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht in de Cochrane-database, Medline, Psychinfo, en bij vragen waar dit relevant is ook in Cinahl. Op verzoek zijn de volledige zoekstrategieën beschikbaar. Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van opgevraagde literatuur.
De beoordeling van de artikelen vindt u in de verschillende teksten terug onder het kopje 'wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in een 'conclusie'. De belangrijkste literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd, staat bij de conclusie vermeld, inclusief de mate van bewijs. In bijlage 7 vindt u de definities van de classificatie van onderzoek (A1, A2, B, C of D) en die van de bewijsniveaus (1 tot en met 4), met een toelichting.
Voor het formuleren van een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijke bewijs vaak nog andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden, voor zover niet wetenschappelijk onderzocht, vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. In de overige overwegingen spelen de ervaring en de mening van de werkgroepleden een belangrijke rol. De 'aanbeveling' is het resultaat van de integratie van het beschikbare bewijs met de weergegeven overige overwegingen.
Van de in conclusies gebruikte literatuur zijn zogeheten evidencetabellen oftewel bewijstabellen gemaakt, die zijn opgenomen in deze richtlijn (bijlagen 8 en 9).
Ten tweede is in de doelstelling van de richtlijn vastgelegd dat deze aansluit bij vragen uit het werkveld. Veel van deze vragen zijn echter niet eenduidig te beantwoorden op basis van empirisch onderzoek. Het empirisch onder-

zoek naar suïcidaal gedrag heeft namelijk twee essentiële, methodologische beperkingen. In de eerste plaats is suïcide naar verhouding een zeldzame gebeurtenis waardoor prospectief onderzoek met suïcide als uitkomstmaat vrijwel onmogelijk is. In de tweede plaats is suïcide een ongewenste gebeurtenis die voor zover mogelijk door ingrijpen zal worden afgewend. Nagenoeg alle resultaten van onderzoek waarin suïcidaal gedrag als uitkomstmaat geldt, zullen hierdoor vertekend zijn.

4.2 Professioneel oordeel via werk- klankbord- en focusgroepen

Omdat de evidentie op wetenschappelijk basis beperkt is, is het oordeel van deskundigen op het gebied van suïcidaal gedrag zwaar meegewogen. Een brede vertegenwoordiging van professionals was nauw betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn, waarbij gezocht is naar consensus over kennis en inzichten. Professionals waren vertegenwoordigd in een werkgroep, de klankbordgroep en twee focusgroepen. Voor het samenstellen van de werkgroep en een klankbordgroep is de betrokken beroepsverenigingen gevraagd om een afvaardiging. Tevens zijn vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en groepen en personen met specifieke deskundigheid uitgenodigd.
De uitgangsvragen en teksten zijn voorbereid door de werkgroep en voor commentaar voorgelegd aan de klankbordgroepen. Met de klankbordgroepen werd driemaal een *invitational conference* belegd. Met de verpleegkundige focusgroep zijn drie bijeenkomsten belegd.
Om het patiëntenperspectief tot zijn recht te laten komen, werd tweemaal overlegd met vertegenwoordigers van de Ivonne van de Ven Stichting. Deze stichting van nabestaanden richt zich vanuit ervaringsdeskundigheid op het bevorderen van suïcidepreventie. Dit overleg werd later uitgebreid en er werd een focusgroep patiëntenparticipatie geformeerd, waarin vertegenwoordigers van Stichting Ex6, Stichting 113Online en het Landelijk Platform GGZ vertegenwoordigd waren.

4.3 Literatuuronderzoek

Bestaande internationale richtlijnen zijn gebruikt als startpunt voor het literatuuronderzoek. Het betreft de richtlijnen van de American Psychiatric Association (APA, 2003), van de New Zealand Guideline Group (2003), van het National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004), The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP, 2004) en The Royal College of Psychiatrists (2004; 2010). Daarnaast is gebruikgemaakt van twee uitgebreide literatuuronderzoeken van de Schotse overheid (McLean et al., 2008; Leitner et al., 2008). Voor hoofdstuk 4 tot en met 9 is aanvullend literatuuronderzoek uitgevoerd teneinde het literatuuroverzicht te actualiseren. De zoekopdrachten zijn opgenomen in de bewijstabellen, die zijn toegevoegd als bijlagen (bijlage 8 en 9). De verpleegkundige focus-

groep heeft voor diverse uitgangsvragen aanvullend gezocht in de verplegingswetenschappelijke literatuur.

5 Leeswijzer

In dit inleidende hoofdstuk zijn de doelstelling, de afbakening en het proces van de richtlijnontwikkeling beschreven. In hoofdstuk 2 wordt beschreven wat suïcidaal gedrag is en hoe dit kan worden begrepen. Er worden twee modellen gepresenteerd die richtinggevend kunnen zijn bij diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag: het stresskwetsbaarheidsmodel (naar Goldney, 2008) en het entrapmentmodel (Williams et al., 2005). De andere hoofdstukken sluiten aan bij de visie die in hoofdstuk 2 is verwoord. De hoofdstukken 3 tot en met 10 vormen de kern van de richtlijn en bevatten de aanbevelingen die zijn gebaseerd op de het best beschikbare bewijs en op het oordeel van deskundigen.
Hoofdstuk 3 gaat over een aantal thema's met een algemeen belang voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag: contact maken, zorg voor veiligheid, de rol van betekenisvolle anderen en continuïteit van zorg.
Hoofdstuk 4 tot en met 6 (deel 2) gaan over onderzoek en diagnostiek en hoofdstuk 7 tot en met 9 (deel 3) over behandeling, met interventies voor de korte en voor de langere termijn. Hoofdstuk 10 geeft aanbevelingen voor professioneel handelen na een suïcide. Vanwege de vragen die er zijn over aspecten van suïcidaal gedrag en gezondheidswetgeving, heeft de werkgroep een aantal deskundigen gevraagd deze aspecten te behandelen. Hiermee doet de werkgroep een handreiking aan professionals, zie bijlage 5. Omdat huisartsen en medewerkers van de spoedeisende hulp (SEH) niet zijn ingebed in de ggz, zijn aparte aanbevelingen voor deze beroepsgroepen toegevoegd, zie bijlage 3.
Deze richtlijn is gebaseerd op de beschikbare evidentie voor zover die van belang is voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Als gevolg hiervan is het basisdocument van de richtlijn omvangrijk geworden. Professionals kunnen voor hun specifieke setting en kennisbehoefte een selectie maken van onderdelen van het basisdocument die van toepassing zijn. Om de toegang van de richtlijn te bevorderen, is naast het basisdocument een praktische samenvatting van de richtlijn gemaakt.

Literatuur

APA. (2003). P*ractice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bool, M., Blekman J., Jong, S. de, Ruiter, M., & Voordouw, I. (Red.). (2007). *Verminderen van suïcidaliteit: Beleidsadvies*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Everdingen, J.J.E. van, Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Barneveld, T.A. van, Klundert, J.L.M. van de (Red.). (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling: Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Goldney, D.R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.

Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: Gedachten en pogingen resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hermens, M., Wetten, H., & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaal gedrag: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoeymans, N., & Schoemaker, C.G. (2010). *De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen.* Bilthoven: RIVM. Raadpleegbaar via: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/07/05/rivm-rapport-de-ziektelast-van-suicide-en-suicidepogingen.html.

Huisman, A. (2010). *Learning from suicides: Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands*. PhD Thesis, Vrije Universiteit Amsterdam.

Kerkhof, A.J.F.M., & Luyn, B.J. van. (Red). (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

KNMG. (2003). *Standpunt federatiebestuur KNMG inzake euthanasie*. Utrecht: KNMG.

Leitner, M., Barr, W., & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behavior: A systematic review.* Edinburgh: Scottish Government Social Research.

McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review.* Edinburgh: Scottish Government Social Research.

New Zealand Guideline Group. (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide.* Wellington: New Zealand Guideline Group.

NICE. (2004). *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care.* London: National Institute for Clinical Excellence.

RANZCP. (2004). *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm.* Melbourne, Victoria: The Royal Australian & New Zealand College of psychiatrists.

Royal College of Psychiatrists. (2004). *Assessment following self-harm in adults.* London: Royal college of psychiatrists.

Royal College of Psychiatrists. (2010). *Self-harm, suicide and risk: Helping people who self-harm* [College report CR158]. London: Royal College of Psychiatrists.

Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F., et al. (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding). (2009). *Richtlijn omgaan met verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tweede Kamer. (2008). *Beleidsagenda suïcidepreventie.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, dossiernummer 22894, ondernummer 172.

Tweede Kamer. (2009). Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit [CZ-CGGZ-2966471]. Den Haag: Tweede Kamer.

Verwey, B. (2006). *Don't forget: Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital*. Academisch proefschrift, Universiteit Leiden.

Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice* (pp. 71-88). Oxford: Oxford University Press.

Hoofdstuk 2
Visie op suïcidaal gedrag

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een aantal algemene uitgangsvragen over suïcidaal gedrag beantwoord. Dit geeft de visie op suïcidaal gedrag weer die voor de werkgroep richtinggevend is geweest. De werkgroep heeft bij het opstellen van de richtlijn gezocht naar consensus over wat onder suïcidaal gedrag verstaan moet worden en welk oorzakelijk model voor suïcidaal gedrag wordt gebruikt. Beschreven wordt hoe suïcidaal gedrag kan worden herkend en wat algemene kaders zijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag door zorgprofessionals. Ten slotte wordt besproken in hoeverre het mogelijk is om suïcidaal gedrag te voorspellen. In dit hoofdstuk zijn nog geen aanbevelingen geformuleerd; deze worden gegeven in de hiernavolgende hoofdstukken.

1.1 Uitgangsvragen

- Wat is suïcidaal gedrag? (Paragraaf 2.)
- Wat zijn oorzaken van suïcidaal gedrag? (Paragraaf 3.)
- Hoe is suïcidaal gedrag te herkennen? (Paragraaf 4.)
- Waarop is de diagnostiek van suïcidaal gedrag gericht? (Paragraaf 5.)
- Wat is het belang van de wilsbekwaamheid bij de diagnostiek van suïcidaal gedrag? (Paragraaf 6.)
- Hoe kan suïcidaal gedrag worden behandeld? (Paragraaf 7.)
- Is suïcidaal gedrag te voorspellen? (Paragraaf 8.)

2 Definitie

De term suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. De term gedrag verwijst zowel naar handelingen als naar gedachten. De werkgroep heeft voor deze algemene term gekozen in aansluiting op het internationale gebruik van het begrip *suicidal behaviour*. Gedachten aan een suïcide worden niet altijd geuit, maar kunnen wel worden vermoed. De enige manier om achter deze vorm van suïcidaal gedrag te komen is er onderzoek naar te doen. Suïcidaal gedrag is niet geheel af te grenzen van het bredere begrip zelfbeschadigend gedrag.

De Britse richtlijnen spreken over zelfbeschadigend gedrag (self-harm) ongeacht het motief of de mate waarin iemand de bedoeling heeft door het gedrag te overlijden (NICE, 2004, Royal College of Psychiatrists, 2010). De World Health Organization (WHO) sluit bij deze traditie aan met haar definitie van *suicidal act* (De Leo et al., 2006). De richtlijn van de American Psychiatric Association (2003) heeft als onderwerp 'The assessment and treatment of patients with suicidal behaviors', waarmee de richtlijn zich niet alleen richt op diagnostiek en behandeling van zelfbeschadiging dat reeds heeft plaatsgevonden, maar ook op suïcidegedachten en suïcideplannen (APA, 2003; Silverman et al., 2007a; 2007b).
In het literatuuronderzoek voor de huidige richtlijn heeft de werkgroep zich gericht op het spectrum van gedragingen dat verband houdt met de intentie zichzelf te doden, waaronder gedachten aan suïcide, fantasieën over suïcide en plannen maken om een suïcidepoging te doen en het doen van een suïcidepoging, hoe ambivalent dit ook is. Daarbij is inbegrepen zelfbeschadigend en/of risicovol gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden c.q. het risico van overlijden niet uit de weg gaat.
De intentie van suïcidaal gedrag is niet altijd eenduidig vast te stellen en moet breed worden opgevat (Hasley et al., 2008). Patiënten kunnen bijvoorbeeld na een suïcidepoging ontkennen dat zij met hun daad de bedoeling hadden te overlijden, uit schaamte of uit vrees dat ze tegen hun zin worden opgenomen. Suïcidaal gedrag kan ook een uitdrukking zijn van de wens om te ontsnappen aan een moeilijk te verdragen situatie waarbij niet voor de dood wordt gekozen. De intentie van de gedragingen kan varieren in de tijd; op het ene moment kan iemand de gedachte hebben dood te willen, op een volgend moment niet meer. Naast een gedachte om dood te willen is er vaak een wil om te leven. Vaak kenmerkt deze ambivalentie het suïcidale gedrag. Het begrip intentie moet hier overigens niet begrepen worden alsof de patiënt altijd een vrije keus heeft in zijn gerichtheid op dood en sterven. Niet zelden is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich gedreven voelt door de omstandigheden en/of door onmacht.
Bij een suïcidepoging is een ernstige mate van letaliteit vaak veelzeggend voor de intentie om te overlijden. Bij een suïcidepoging die bijna dodelijk afloopt kan een sterke doodsintentie meestal worden verondersteld. Dat neemt niet weg dat een poging met gering lichamelijk letsel ook kan samengaan met een sterke doodsintentie. Iemand die een poging doet, maakt niet altijd een correcte inschatting van de mate van letaliteit (Townsend et al., 2001; Brown et al., 2004; Harris et al., 2005; Edelston et al., 2006).

3 Oorzaken

Bij ieder individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologisch en sociale factoren. In het oorzakelijke proces van een suïcide zijn twee aspecten te onderscheiden: de suïcidale toestand (paragraaf 3.1) en achterliggende factoren die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van de suïcidale toestand (paragraaf 3.2).

3.1 Suïcidale toestand

Bij de suïcidale toestand gaat het om suïcidegedachten en -handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis, en om gedachten over de nabije toekomst. Centraal staan betekenissen van de gedachten en handelingen in termen van motieven, intenties, overwegingen en plannen zoals die door de betrokkene zelf worden gerapporteerd. Vanwege het subjectieve karakter ervan is het wetenschappelijke onderzoek over suïcidale motieven en intenties veelal kwalitatief van aard (Lakeman & Fitzgerald, 2008). Er is ook kwantitatief onderzoek naar de voorspellende waarde van uitspraken over suïcide. Het is te verwachten dat dergelijk onderzoek een onderschatting geeft van de prognose, omdat de omgeving bij ernstige suïcidale uitspraken in de meeste gevallen zal ingrijpen om suïcide te voorkomen. Motieven voor suïcidaal gedrag kunnen sterk uiteenlopen. Het kan gaan om een uitgesproken wens te willen sterven, een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te (willen) kunnen, 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 anderen iets duidelijk te maken. Suïcidaal gedrag kan ook impulsief en zonder veel voorafgaand overwegen optreden.
Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt nagevraagd wat de inhoud is van de suïcidale gedachten. Wat wil iemand bereiken en wat zijn daarvoor de motieven? Hoe concreter de patiënt de ideeën over een levenseinde heeft uitgewerkt, hoe sterker de doodsintentie wordt ingeschat. Welke plannen heeft iemand gemaakt en hoe gedetailleerd zijn die plannen uitgewerkt? In het dagelijks leven zijn de uitspraken van iemand over wat hij of zij wil gaan doen vaak de beste voorspeller voor het feitelijke gedrag dat volgt.

3.2 Achterliggende factoren

Naast de intenties en motieven van het individu zijn er door onderzoek vele factoren opgespoord die met suïcidaal gedrag zijn geassocieerd. Suïcidaal gedrag is multifactorieel bepaald. Om een ordening aan te brengen in de verschillende factoren heeft de werkgroep gebruik gemaakt van twee modellen: het stress-kwetsbaarheidsmodel (Goldney, 2008) en

het entrapmentmodel (Williams et al., 2005). Deze modellen bieden voor de klinische praktijk de mogelijkheid om de verschillende factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag in een onderlinge samenhang te plaatsen. Het stress-kwetsbaarheidsmodel gaat ervan uit dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het actuele gedrag losmaken en onderhouden. Het entrapmentmodel beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren kunnen komen tot suïcidaal gedrag.

Psychiatrische stoornissen spelen bij suïcidaal gedrag een grote rol. In psychologische-autopsieonderzoeken is gevonden dat 74% tot 100% van de mensen die overlijden aan een suïcide een psychiatrische stoornis heeft (Cavanagh et al., 2003). Dat is aanzienlijk hoger dan in controlegroepen, waarin de mediaan lag op 27%. Op basis van een meta-analyse werd geschat dat 47% tot 74% van alle suïcides in de bevolking mede kan worden toegeschreven aan een psychiatrische stoornis. Vooral affectieve stoornissen dragen in hoge mate bij met een populatieattributief risico (PAR) tussen 30% en 57%.

Naast psychiatrische stoornissen zijn psychologische factoren van belang. In de psychologische literatuur worden impulsiviteit, wanhoop en sociale isolatie genoemd als constructen die – naast depressiviteit en angst –

Figuur 3.1 Geïntegreerd model voor suïcidaal gedrag van stress-kwetsbaarheid en 'entrapment' (naar Goldney, 2008 & Williams et al., 2005)

bijdragen aan het risico van suïcide (Conner et al., 2001). Williams et al. (2005) beschrijven in het entrapmentmodel het tekortschieten van copingmechanismen. 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. Versterkt door een gebrek aan probleemoplossend vermogen kan dit leiden tot een toestand van wanhoop en uitzichtloosheid. Er ontstaat een situatie die Williams beschrijft als *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. Williams et al. (2005) vergelijken deze situatie met een dier dat met zijn poot vastzit in een klem en kermt. De wanhoopskreet uit zich als suïcidegedachte, suïcidepoging of daadwerkelijke suïcide.

4 Herkennen van suïcidaal gedrag

Er bestaat geen methode waarmee suïcidaal gedrag ondubbelzinnig kan worden herkend. Er zijn weliswaar verschillende checklijsten die nuttig kunnen zijn bij een gesprek over suïcidaal gedrag, maar deze kunnen een persoonlijk en vertrouwelijk gesprek niet vervangen. Het gesprek kan er zelfs door worden gehinderd, omdat het door de patiënt als formeel en afstandelijk kan worden ervaren. Patiënten met suïcidaal gedrag schamen zich vaak, zijn bang voor veroordeling, bang voor restrictieve maatregelen, bang om opgegeven te worden, bang om niet gehoord te worden. Zij voelen zich vaak sociaal en emotioneel geïsoleerd.
Suïcidegedachten en -plannen kunnen alleen worden herkend als de betrokkene bereid is om erover te praten. Het bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen; goed contact kan van levensbelang zijn. Goed contact is bovendien nodig voor goede diagnostiek en adequate behandeling van suïcidaal gedrag.
Bij een suïcidepoging is in veel gevallen sprake van openlijk gedrag dat een zekere intentie uitdrukt om zichzelf te doden. Vaak meldt de patiënt zelf dat hij of zij een suïcidepoging heeft gedaan. Professionals moeten een dergelijke mededeling serieus nemen en noodzakelijke hulp in gang zetten. Soms kan alleen uit de omstandigheden worden afgeleid dat iemand aan suïcide denkt of een suïcidepoging heeft gedaan. In die situaties moeten professionals vragen naar de aanwezigheid van suïcidegedachten en -plannen en deze exploreren. Daarbij moet ook – voor zover mogelijk – gebruik worden gemaakt van de kennis van naastbetrokkenen, zoals vrienden en familieleden of anderen in de omgeving van de patiënt. Zij merken suïcidaal gedrag of veranderingen in gedrag vaak goed op.

5 Diagnostisch doel

Suïcidaal gedrag is het resultaat van een uniek complex van factoren. Voor diagnostiek moet de professional een beeld krijgen van de ernst van de situatie en van het geheel van factoren die bij deze individuele patiënt leiden tot suïcidaal gedrag. Diagnostiek omvat de herkenning van het suïcidale gedrag, onderzoek naar gedachten over suïcide en naar de motieven, intenties en plannen, vragen naar eerder suïcidaal gedrag en onderzoek naar de stress-kwetsbaarheidsfactoren die het suïcidale gedrag bepalen. Het onderzoek mondt uit in een structuurdiagnose die dient als uitgangspunt voor het opstellen van een (voorlopig) behandelplan.
Bij het herkennen van suïcidaal gedrag moet onderscheid gemaakt worden tussen openlijke gedragingen versus gedachten die niet tot uiting worden gebracht. In openlijke gedragingen is het suïcidale gedrag voor de professional of voor naastbetrokkenen herkenbaar in uitspraken van de persoon of in hetgeen hij of zij doet. Er zijn echter ook situaties waarin de persoon geen uiting geeft aan suïcidale gedachten. De professional zal daar dan actief naar moeten vragen. Het gaat dan specifiek om situaties waarvan bekend is dat zij met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag gepaard gaan.
Het onderzoek naar gedachten over suïcide bestaat uit een gedetailleerde analyse van de inhoud van de gedachten, intenties, plannen en motieven. Wat is de intensiteit van de gedachten? Zijn er steeds terugkerende kwellende gedachten? Hoe vaak komen ze voor? Wat wil iemand bereiken? Welke plannen zijn gemaakt? Welke voorbereidingen zijn getroffen? Hoeveel haast heeft de betrokkene? Welke consequenties verwacht hij of zij voor zichzelf of voor anderen? Hoe is het toekomstperspectief? Welke situaties of gedachten wil de patiënt ontvluchten? Heeft de patiënt eerder episodes gehad met suïcidaal gedrag? Wat zijn aanleidingen voor de gedachten of in welke situaties komen deze gedachten voor?
Het onderzoek naar stress-kwetsbaarheidsfactoren bestaat uit een inventarisatie van het complex van individuele psychiatrische, psychologische en sociale factoren die met het suïcidale gedrag van de betrokkene samenhangen. De belangrijkste factoren zijn nader uitgewerkt in hoofdstuk 5.
Het resultaat van het onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt samengevat in een structuurdiagnose. De structuurdiagnose is opgebouwd uit een formulering van de aard en de ernst van de symptomen en de mate van wilsbekwaamheid, met daarbij de hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) (Sno et al., 2004). De structuurdiagnose vormt het uitgangspunt voor het (voorlopige) behandelplan. De professional zal een inschatting maken van het directe gevaar en een indicatie stellen voor de directe interventies en behandelsetting, en voor de behandeling op langere termijn. Het is van groot belang om het onderzoek

en de formulering van het behandelplan zo veel mogelijk te doen in samenwerking met de patiënt en indien mogelijk met de naastbetrokkenen.
Diagnostiek van suïcidaal gedrag stelt eisen aan de professionele vaardigheden. Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek hoort tot de basisvaardigheden van alle artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten die actief werkzaam zijn in de patiëntenzorg (zie ook hoofdstuk 1, paragraaf 2, Doelstelling en doelgroep). Oriënterend onderzoek omvat contact maken, onderzoek doen naar de actuele suïcidale toestand, in kaart brengen van stress- en kwetsbaarheidsfactoren, naasten erbij betrekken, 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, de beoordeling van de wilsbekwaamheid van iemand met suïcidaal gedrag, en de indicatiestelling voor behandeling worden beschouwd als een specialistische vaardigheid die wordt uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is. Voor zover dit niet is geregeld in de Wet Bopz (dwangopname) en de Wet BIG (onder andere voorschrijven van medicatie), legt de instelling waar de deskundige werkt dit vast in het professioneel statuut.
In het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010) wordt onderscheid gemaakt tussen erkende verwijzers die rechtstreeks naar de (acute) geestelijke gezondheidszorg kunnen verwijzen (namelijk huisartsen, medisch specialist/SEH, Bureau Jeugdzorg en bedrijfsartsen) en toeleiders die niet rechtstreeks kunnen verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (zoals personeel in de sector onderwijs, welzijn, jeugdzorg, gehandicaptenzorg). Aanbevolen wordt dat erkende verwijzers in elk geval beschikken over basisvaardigheden in het omgaan met suïcidaal gedrag.

6 Wilsbekwaamheid en diagnostiek

Het begrip wilsbekwaamheid heeft een centrale rol in het Nederlandse gezondheidsrecht. Het uitgangspunt is dat de toestemming van de patiënt een noodzakelijke voorwaarde is voor een medische handeling mits de patiënt wilsbekwaam is. Wanneer de patiënt niet wilsbekwaam is, moet de professional, indien mogelijk met toestemming van naastbetrokkenen, handelen om ernstig nadeel voor de patiënt af te wenden.
De wilsverklaring kan in een schriftelijke, voorafgaande verklaring zijn vastgelegd. De arts is gehouden zo'n schriftelijke verklaring te respecteren mits er sprake is van een heldere, op de situatie toegesneden verklaring van een patiënt die op het moment van opstellen van de wilsverklaring (nog) wilsbekwaam was.

Bij personen die suïcidale gedachten uiten of die een suïcidepoging hebben gedaan, is de beoordeling van de wilsbekwaamheid bepalend voor het handelen van de professional. Het vaststellen hiervan vergt een zorgvuldige afweging. Voor een uitwerking van het begrip wordt verwezen naar het KNMG-rapport over de implementatie van de WGBO (KNMG, 2004). Hierin stelt de KNMG dat bij de beoordeling van wilsbekwaamheid drie aspecten moeten worden onderscheiden: het begripsvermogen, de beslisvaardigheid, en afweging van waarden.

6.1 Begripsvermogen

Bij het begripsvermogen gaat het om het vermogen om informatie te begrijpen en (logisch) te beredeneren. Het begripsvermogen is vooral van belang in het waarderen van complexe situaties.

6.2 Beslisvaardigheid

Bij de beslisvaardigheid gaat het om het besef en de waardering van informatie. In het algemeen zijn de vereisten van beslisvaardigheid hoger als het gaat om instemming met ingrijpende en belastende ingrepen, bij weigering van behandelingen die levensreddend zijn, of wanneer wordt ingeschat dat het risico van ingrijpend handelen voor de patiënt niet opweegt tegen de voordelen die de patiënt ondervindt wanneer het ingrijpen succesvol blijkt. Het gaat er dan niet om of de beslissing goed genoeg is, maar of de beslisvaardigheid goed genoeg is gezien de ernst van de situatie.

6.3 Afweging van waarden

Tot slot is het oordeel van wilsbekwaamheid een resultaat van een afweging van waarden. Als zelfbeschikking sterk wordt gewaardeerd, zal de balans eerder doorslaan naar wilsbekwaamheid dan wanneer veel waarde wordt gehecht aan de bestwil van de patiënt. Het is daarom van groot belang om bij ingrijpende medische beslissingen de overwegingen die de afweging beïnvloeden, transparant te maken. De professional doet dat door zo zorgvuldig en concreet mogelijk het begripsvermogen en de beslisvaardigheid te beoordelen, te registreren en door relevante betrokkenen te laten toetsen.

6.4 Beoordelen wilsbekwaamheid

Wanneer de patiënt niet wilsbekwaam is en er dreigt ernstig nadeel dan kan op basis van de WGBO medisch gehandeld worden om ernstig nadeel voor de patiënt af te wenden. Voor zover mogelijk wordt overlegd en toestemming gevraagd van de wettelijk vertegenwoordiger(s). In acute situaties waarin direct ingrijpen noodzakelijk is om ernstige gevolgen af te wenden, zal in de meeste gevallen de tijd ontbreken om alle relevante aspecten zorgvuldig te beoordelen. In dergelijke situaties heeft de medicus

zelf primair de verantwoordelijkheid om eerst te handelen. Dit geldt ook voor situaties waarin een schriftelijke wilsverklaring aanwezig is waarvan niet kan worden vastgesteld of de persoon op het moment van opstellen (nog) wilsbekwaam was. Indien er sprake is van gevaar voor de patiënt of anderen op basis van een psychiatrische stoornis, kan medisch gehandeld worden op basis van de Wet Bopz.
De groep suïcidale patiënten die weloverwogen de balans heeft opgemaakt en een einde aan zijn of haar leven wil maken, is klein. Van alle suïcides betreft het, afhankelijk van de criteria, naar schatting 0-7% (Van Tol, 1985; 1986). Suïcidaal gedrag en een vraag om hulp bij zelfdoding moeten daarom in eerste instantie worden opgevat als signalen van onderliggende problematiek. Het beleid is dan gericht op levenshulp: suïcidepreventie en de behandeling van de onderliggende problematiek. Bij ouderen en bij personen met een ernstige en uitzichtloze ziekte komt de weloverwogen wens om niet meer te leven vaker voor dan bij jongeren. Voor de handelwijze bij verzoeken om hulp bij zelfdoding verwijzen wij naar de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2003; 2004) en van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Tholen et al., 2009).

7 Behandeling

De behandeling van suïcidaal gedrag moet aansluiten bij het unieke complex van factoren dat aan het gedrag van de individuele patiënt ten grondslag ligt. De behandeling kan bestaan uit interventies voor veiligheid of bescherming, gericht op de inhoud van de suïcidegedachten en op het beïnvloeden van factoren die als oorzakelijk of onderhoudend voor het suïcidale gedrag worden beoordeeld.
In het eerste contact met of over een persoon met suïcidaal gedrag moet de professional een inschatting maken van de mate van urgentie van handelen. Het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* beschrijft drie niveaus van urgentie: nood (< 20 minuten), urgent (< 24 uur), en regulier (> 24 uur) (Hermens et al., 2010). Afhankelijk van de mate van urgentie organiseert de professional gepaste hulp. In noodsituaties moet direct worden ingegrepen, bijvoorbeeld bij een noodoproep door de politie, brandweer of ambulance. Bij urgente situaties spelen huisarts, spoedeisende hulp en spoedeisende psychiatrie een sleutelrol.

In aansluiting op het onderzoek naar het suïcidale gedrag moet de zorgprofessional met de patiënt en indien mogelijk met diens naastbetrokkenen bespreken wat gedaan kan worden om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Vragen die de professional samen met de patiënt en naastbetrokkenen moet doornemen zijn: zijn de suïcidegedachten voldoende in de hand te houden? Hoe veilig is het om naar huis te gaan? Beschikt de patiënt thuis over middelen waarmee hij of zij suïcide kan plegen? Is het mogelijk om die te verwijderen? Zijn er naastbetrokkenen beschikbaar die steun en veiligheid kunnen bieden?
Het maken van zogenoemde non-suïcideafspraken is controversieel en het opstellen van een formeel non-suïcidecontract in situaties waarin er geen voortgaande behandelrelatie bestaat (bijvoorbeeld bij het verlaten van het ziekenhuis tegen het advies van de arts in) moet in de meeste gevallen als obsoleet worden beschouwd. Het kan een gevoel van schijnveiligheid geven voor zowel de professional als de patiënt en diens naastbetrokkenen. Als de professional inschat dat het risico van suïcide op korte termijn hoog is en het niet mogelijk is om toereikende veiligheidsafspraken te maken moet de professional overwegen of er gronden zijn voor een (gedwongen) opname.
Het inperken van de autonomie van patiënten met suïcidaal gedrag kan nodig zijn om de veiligheid te verhogen. Echter, deze maatregel kan ook averechts werken. Patiënten kunnen zich door een onvrijwillige opname nog sterker gevangen voelen in hun innerlijke conflict. Het gevoel van entrapment kan worden versterkt, met een toename van gevoelens van wanhoop en uitzichtloosheid. Suïcide kan hierdoor juist in de hand worden gewerkt.
Na interventies gericht op de veiligheid richt de behandeling zich op de inhoud van suïcidale gedachten en op het complex van oorzakelijke factoren. Omdat suïcidegedachten kunnen fluctueren gedurende de behandeling is het nodig om deze te blijven volgen en tot focus van behandeling te maken. Een crisisplan of een signaleringsplan kunnen hierbij een belangrijke functie hebben.
Als suïcidegedachten optreden als symptoom van een psychiatrische aandoening moet deze aandoening conform de geldende richtlijnen worden behandeld. Soms zal een biologische behandeling met psychofarmaca en bij uitzondering ook elektroconvulsietherapie (ECT) geïndiceerd zijn, bijvoorbeeld bij een psychotische depressie. In andere gevallen kan een primair psychotherapeutische aanpak de voorkeur hebben, bijvoorbeeld dialectische gedragstherapie bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis.
Het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van behandeling voor suïcidegedachten kent nog geen sterke traditie. Voor zover wetenschappelijk solide effectonderzoek is verricht betreft het onderzoek naar het

effect van enkelvoudige interventies in homogene groepen met enkelvoudige diagnosen, bijvoorbeeld patiënten met een depressie of borderline persoonlijkheidsstoornis. De populaties in deze onderzoeken zijn slechts ten dele representatief voor patiënten uit de dagelijkse praktijk. Dit betekent dat behandelaars van suïcidale patiënten hun behandelstrategie niet echt kunnen baseren op de wetenschappelijk bewijs. In individuele gevallen zullen zij steeds moeten afwegen welke interventies geschikt zijn. Ongeacht de aard van de behandeling moet er aandacht zijn voor de continuïteit van de zorg. De geneigdheid tot suïcidaal gedrag is vaak langdurig aanwezig of kan in stressvolle omstandigheden opnieuw de kop opsteken. Overgangsmomenten in de behandeling (wisseling van behandelsetting, wisseling van behandelaar, ontslag uit een behandelsetting) zijn momenten waarop het suïciderisico is verhoogd. Goede samenwerking en daarnaast mondelinge en schriftelijke informatie-uitwisseling tussen zorgprofessionals is op die momenten essentieel (Hermens et al., 2010).

8 Risicoschatting

Valt een suïcide te voorspellen? De vraag moet verschillend worden beantwoord voor het relatieve risico en voor het absolute risico. Bij het relatieve risico gaat het om de vraag of het risico in een groep met een bepaald kenmerk groter is dan in een groep zonder dat kenmerk. Bij het absolute risico gaat het om de feitelijke kans dat de uitkomst zich voordoet bij het individu met het betreffende kenmerk.

8.1 Relatieve risico en toepassing bij groepen

Als het relatieve risico van een uitkomst voor een bepaald kenmerk is verhoogd, betekent dit dat de uitkomst in een groep van personen met het kenmerk vaker voorkomt dan in een groep zonder het kenmerk. Als 'voorspelling' op deze manier wordt geïnterpreteerd zijn er vele factoren die een suïcide voorspellen. Suïcide komt bijvoorbeeld aanzienlijk vaker voor bij patiënten met een depressieve stoornis of een andere psychiatrische aandoening dan bij personen die geen psychiatrische aandoening hebben. Op het niveau van de groep voorspelt het gegeven van een depressieve stoornis een hogere kans op suïcide.

Het belang van deze kennis is dat een interventie die is gericht op de gehele groep met het gegeven kenmerk, kan bijdragen aan het verminderen van het probleem. Wanneer bijvoorbeeld alle personen met een depressieve stoornis zodanig behandeld zouden kunnen worden dat deze stoornissen in de bevolking niet meer voorkomt, zou het aantal suïcides naar verwachting met 30% tot 57% afnemen (Cavanagh, 2003). Met deze kennis kunnen dus maatregelen worden afgewogen die aanbevolen kunnen worden voor

de hele groep van personen met het betreffende risicokenmerk. Daarbij kan gedacht worden aan eenvoudige interventies die een minimale belasting met zich meebrengen, bijvoorbeeld navraag doen naar gedachten aan suïcide bij iedereen met een depressieve stoornis, of een oriënterend psychiatrisch onderzoek doen bij iedereen die een suïcidepoging heeft gedaan.

8.2 Absolute risico en toepassing bij individuen

Een verhoging van het relatieve risico geeft nog geen informatie over het absolute risico voor de individuele persoon. Dit is vooral van belang als meer ingrijpende interventies worden overwogen. De kans dat een bepaalde uitkomst zich voordoet moet gewogen worden tegen de kans dat dat niet zo is. Een depressieve stoornis is weliswaar geassocieerd met een hogere kans op suïcide, maar het absolute risico dat iemand met een depressie door suïcide om het leven zal komen is nog altijd zeer gering. Er is brede consensus dat een betrouwbare voorspelling van een suïcide op basis van risicofactoren niet mogelijk is.
In de klinische praktijk gaat het niet om de (actuele) voorspelling van gedrag zoals hiervoor geschetst, maar om een klinische inschatting van de prognose in een gegeven situatie. Als uitspraken en/of handelingen in een gegeven context aanleiding geven tot het sterke vermoeden dat iemand zich zal gaan suïcideren, dan zullen in de meeste gevallen vanuit de omgeving pogingen worden gedaan om dit onheil af te wenden. De effectiviteit c.q. doelmatigheid van dergelijke maatregelen valt in onderzoek niet vast te stellen, omdat het vanuit ethisch perspectief ondenkbaar is dat beschermende maatregelen in een controlegroep achterwege worden gelaten. Het wetenschappelijk onderzoek naar de voorspellende waarde van risicofactoren zal om die reden tenderen naar een systematische onderschatting van risico's.

Literatuur

APA. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Brown, G.K., Henriques, G.R., Sosdjan, D., & Beck, A.T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1170-1174.

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.

Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*, 367-385.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A.J.F.M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behaviour: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis, 27*, 4-15.

Eddleston, M., Karunaratne, A., Weerakoon, M., Kumarasinghe, S., Rajapakshe, M, Sheriff, MH, et al. (2006). Choice of poison for intentional self-poisoning in rural Sri Lanka. *Clinical Toxicology, 44*, 283-286.

Goldney, D.R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.

Harriss, L., Hawton, K., & Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British Journal of Psychiatry, 186*, 60-66.

Hasley, J.P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell M.R., Adler L.E., & Shroyer, A.L. (2008). A review of 'suicidal intent' within the existing suicide literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 576-591.

Hermens, M., Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

KNMG. (2003). Standpunt federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003. Utrecht: KNMG.

KNMG. (2004). Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid. In KNMG, *Implementatie van de WGBO, van wet naar praktijk: Deel 2 Informatie en toestemming* (pp. 117-122). Utrecht: KNMG.

Lakeman, R., & Fitzgerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing, 64*, 114-126.

NICE. (2004). *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.

Royal college of psychiatrists. (2010). Self-harm, suicide and risk: Helping people who self-harm [College report CR158]. London: Royal College of Psychiatrists.

Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel, a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 1, background, rationale, and methodology. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*, 248-263.

Silverman, M.M., Berman, A.L, Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel, a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 2, suicide related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 37*, 264-277.

Sno, H.N., Beekman, A.T.F., & Hengeveld, M.W. (2004). *Richtlijn voor psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* (p. 21). Amsterdam: Boom.

Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F., & Scherders, M.J.W.T. (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding). (2009). *Richtlijn omgaan met verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tol, D. van. (1985). *Hulp bij zelfdoding: Medische en juridische problemen.* Amsterdam: Elsevier.

Tol, D. van. (1986). De balanszelfdoding. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 130*, 199-202.

Townsend, E., Hawton, K., Harriss, L., Bale, E., & Bond, A. (2001). Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: Trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 228-234.

Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice* (pp. 71-88). Oxford: Oxford University Press.

Hoofdstuk 3
Algemene principes bij diagnostiek en behandeling

1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt vier onderwerpen die in de literatuur over diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag aandacht krijgen: contact, veiligheid, naasten en continuïteit. Deze onderwerpen houden verband met wat suïcidaal gedrag van professionals vraagt en bij hen oproept. Bedoeld wordt het specifieke van suïcidaal gedrag: de dreiging dat iemand zich van het leven zal beroven.
Om te weten te komen of er sprake is van suïcidaal gedrag is contact met de patiënt nodig en wil de professional het gedrag beïnvloeden dan is een werkrelatie nodig. Echter, contact maken met een suïcidale patiënt is niet altijd mogelijk of gemakkelijk. Daarom stellen we de vraag welke factoren het leggen van contact beïnvloeden. Omdat er dreiging met de dood is en contact niet altijd mogelijk of gemakkelijk is, is vereist dat voor de patiënt een veilige situatie wordt gecreëerd. De vraag is, wanneer dit aan de orde is, en hoe, waar en door wie moet worden gehandeld. Verder is er de rol van de naasten van de patiënt. Kunnen zij bij diagnostiek en behandeling betrokken worden, moeten zij daarbij betrokken worden en welke informatie wordt met hen uitgewisseld? Voorts wordt het belang van continuïteit van behandeling besproken, gelet op de specifieke aard van suïcidaal gedrag.
De werkgroep heeft gemeend dat deze onderwerpen basisvoorwaarden zijn voor adequate zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag, reden waarom er een apart hoofdstuk aan besteed wordt.
Over deze onderwerpen is nauwelijks gecontroleerd vergelijkend onderzoek beschikbaar. Naar factoren die het leggen van contact met een suïcidale patiënt beïnvloeden is bijvoorbeeld nooit gecontroleerd onderzoek gedaan; de literatuur hierover is beschrijvend en opvattingen zijn grotendeels afgeleid van psychodynamische principes. Dit geldt ook voor een groot deel van de andere onderwerpen. De uitgangsvragen worden dan ook beantwoord op basis van consensus die bereikt is tussen de leden van de werkgroep. Vandaar dat in dit hoofdstuk wel referenties worden genoemd, maar van die beschikbare literatuur is geen weging opgenomen. Er zijn dan ook geen bewijstabellen bijgevoegd.

1.1 Uitgangsvragen

- Welke factoren bepalen het contact met een suïcidale patiënt? (Paragraaf 2.1.)
- Welke specifieke benaderingen kunnen worden aanbevolen voor verpleegkundigen op een afdeling? (Paragraaf 2.2.)
- Met welke maatregelen kan de veiligheid van een suïcidale patiënt worden gewaarborgd? (Paragraaf 3.1.)
- Wat is de rol van verpleegkundigen bij het waarborgen van de veiligheid van een suïcidale patiënt? (Paragraaf 3.2.)
- Hoe dient de professional met naasten van de suïcidale patiënt om te gaan? (Paragraaf 4.1.)
- Hoe kan de continuïteit van de zorg voor suïcidale patiënten worden bevorderd? (Paragraaf 5.1.)

2 Contact maken

Het is van belang ervoor te zorgen het contact zo vorm te geven dat er een positieve werkrelatie met de patiënt kan ontstaan. Hieronder wordt verstaan een relatie tussen de professional en de patiënt (en eventueel zijn naasten), zodat de patiënt in staat is om over zijn gedachten en gevoelens te spreken (APA, 2003). Wanneer bij aanvang van de beoordeling een positieve werkrelatie wordt opgebouwd neemt de validiteit van de verzamelde informatie toe en wordt de inschatting van de mate waarin de patiënt coöperatief is betrouwbaarder (New Zealand Guideline Group, 2003).
Een positieve werkrelatie is een beschermende factor tegen suïcide (New Zealand Guideline Group 2003, Ilgen et al., 2009).
In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de factoren die het contact met een suïcidale patiënt bepalen. Het betreft kenmerken van de patiënt die het contact kunnen belemmeren en hoe professionals hiermee om kunnen gaan. Ook kenmerken van de professional die het contact met een suïcidale patiënt beïnvloeden worden besproken.

2.1 Bepalende factoren bij contact

Welke factoren bepalen het contact met een suïcidale patiënt? Het contact met een suïcidale patiënt wordt bepaald door de interactie tussen patiënt en professional. De patiënt verkeert meestal in een toestand van *entrapment* (klemzitten), zoals in hoofdstuk 1 is beschreven. Deze toestand, die gepaard kan gaan met cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling, kan het contact met de professional belemmeren. Bij cognitief disfunctioneren gaat het bijvoorbeeld om zwart-witdenken, overgeneraliseren, tunneldenken of bewustzijns- en concentratiestoornissen. Bij emotionele ontregeling kan het gaan om wanhoop, schaamte, angst om als 'gestoord' te

worden beschouwd of vrees voor een opname. Sommige patiënten willen weinig zeggen over hun suïcidale gedrag vanuit de wens dat het mogelijk blijft uitvoering te geven aan de suïcidale gedachten (Shea et al., 1998). Daarbij wordt opgemerkt dat het cognitief disfunctioneren en de emotionele ontregeling hier vrij cognitief zijn omschreven. Er dient ook aandacht te zijn voor de verwarring, ambivalentie, impulsiviteit, het wegvloeien van energie, opkomen van agressie enzovoorts.

De houding van de professional is eveneens bepalend voor het contact met de suïcidale patiënt. De professional en de patiënt hebben in principe tegenstrijdige oriëntaties: de patiënt wil dood en de professional is gericht op het verminderen van de suïcidegedachten. De visie van de professional op hulpverlening aan suïcidale patiënten (Van Heeringen, 2004) kan bij de professional en bij de patiënt reacties oproepen die het contact negatief beïnvloeden. Gevoelens van entrapment en beklemming kunnen versterken en bijdragen aan een terughoudend gedrag. Men dient zich ervan bewust te zijn dat de patiënt de hulpverlener kan waarnemen als iemand die meer bezig is met bestrijden dan begrijpen. Daarbij helpt het om steeds oog te houden voor zingevingsaspecten.

Soms blijkt het niet mogelijk om voldoende contact te maken met een suïcidale patiënt en lukt het niet om een goede werkrelatie tot stand te brengen. De professional moet in dat geval beoordelen of de veiligheid van de patiënt in gevaar is. Als dit zo is zal een beoordeling van de wilsbekwaamheid moeten plaatsvinden en of onvrijwillige opname en/of dwangbehandeling nodig is.

Steendam (2010) beschrijft verschillende factoren die angst bij professionals oproepen van waaruit het handelen gestuurd kan worden. Dikwijls bestaat de vrees het probleem groter te maken als met de patiënt over suïcide wordt gesproken. Ook kan er sprake zijn van angst voor de juridische, professionele en emotionele consequenties van een suïcide (Valente, 2003). De vrees om paternalistisch te zijn en de patiënt te betuttelen, evenals de ideeën van de professional over zelfbeschikking kunnen effectief contact met een suïcidale patiënt in de weg staan (Roose, 2001; Goldblatt, 2009). De behoefte angst voor machteloosheid te beheersen kan leiden tot het onnodig nemen van verregaande, restrictieve maatregelen. Hier kan sprake zijn van een – gegeven de toestand van de cliënt – ongepast respect voor het recht op zelfbeschikking. Ten slotte speelt een rol in hoeverre professionals zich laten leiden door angst voor de eigen dood (Yalom, 1980).

Patiënten zijn zich vaak bewust van een negatieve attitude van professionals (NICE, 2004). Negatieve ervaringen bij een eerdere suïcidepoging kan de neiging van patiënten om zich af te sluiten voor professionals doen toenemen.

Een professional kan met empathie, door deskundigheid uit te stralen en door transparant te zijn over zijn rol en werkwijze het contact met de suïcidale patiënt bevorderen. Professionals die specifiek zijn getraind in contact maken met suïcidale patiënten hebben meer zelfvertrouwen in het omgaan met de problematiek (Isaac et al., 2009; Oordt et al., 2009). In de internationale richtlijnen wordt aanbevolen dat professionals die met suïcidale patiënten werken intervisie of supervisie hebben (APA, 2003; New Zealand Guideline Group 2003; NICE, 2004). Hierbij hoort de vereiste grondhouding van goed hulpverlenerschap, vooral ook in het geval dat de opvatting van de professional over zelfbeschikking dat mogelijk in de weg staat.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen dat de professional de mate van cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt vaststelt.
- Indien het cognitieve disfunctioneren en de emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt het contact te zeer belemmeren, moet de professional maatregelen nemen waardoor een zo veilig mogelijke situatie wordt gecreëerd.
- Het is sterk aan te bevelen dat professionals die betrokken zijn bij diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag, zich scholen in de specifieke kennis en vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Deze kennis en vaardigheden dienen regelmatig door scholing te worden geactualiseerd.
- Het is sterk aan te bevelen dat professionals die met suïcidale patiënten werken, daarover supervisie krijgen of deelnemen aan een intervisiegroep.

2.2 Benadering door afdelingsverpleegkundigen

Welke specifieke benaderingen kunnen worden aanbevolen voor verpleegkundigen op een afdeling? Verpleegkundigen, vooral zij die werken op een afdeling psychiatrie, zijn vaak de professionals die het meest veelvuldig en intensief contact hebben met patiënten met suïcidaal gedrag. Dit geldt overigens ook voor verpleegkundigen werkzaam op een SEH.
De verpleegkundige heeft traditioneel als taak observatie en het waarborgen van veiligheid. Daarnaast zijn ook methodieken voor contact leggen beschreven. Het engagementmodel wordt hier nader beschreven. Het model en hiervan afgeleide interventies zijn door Cutcliffe et al. (2006) ontwikkeld voor de verpleegkundige zorg voor suïcidale patiënten vanuit een benadering van betrokkenheid en hoop. Het centrale doel van de begeleiding is de verbinding van de patiënt met het leven en met de mensen om hem heen te herstellen. In dit proces worden drie fasen onderscheiden: (1) uitdrukking geven aan (mede-) menselijkheid; (2) terugbegeleiding

naar het leven; (3) opnieuw leren leven. De kracht van dit model is dat het aansluit bij het tempo van de patiënt: te snel komen met oplossingen vergroot het gevoelde onbegrip en isolement waarin de patiënt verkeert. Alhoewel vergelijkend onderzoek naar de meerwaarde ontbreekt, ziet de focusgroep van verpleegkundigen de engagementsbenadering als kansrijk, overigens zonder het belang van observatie te veronachtzamen. In een opiniërend artikel beschrijven Cutcliffe en Barker (2002) de voor- en nadelen van de engagementbenadering versus de directe observatiebenadering. Juist vanwege de rol die verpleegkundigen hebben in de behandeling van (suïcidale) patiënten is een benadering die uitgaat van contact en 'er zijn' te prefereren boven een benadering die eenzijdig op bescherming en beheersing gericht is. Critici van de engagementbenadering wijzen op de risico's van onvoldoende toezicht en verminderde waakzaamheid.

Aanbeveling

- Het is aan te bevelen om op een opnameafdeling contact met de suïcidale patiënt niet alleen aan te gaan vanuit een observerende attitude, maar ook vanuit een houding van engagement. Het aanwezig zijn, valideren van de wanhoop en bieden van hoop zijn hierbij belangrijker dan (te snel) zoeken naar oplossingen. Daarbij mag het belang van voldoende toezicht en waakzaamheid niet uit het oog worden verloren.

3 Zorg voor veiligheid

Als een patiënt aan suïcide denkt, vertelt suïcideplannen te hebben, of zegt bang te zijn dat hij zichzelf niet in de hand kan houden, kan het nodig zijn de patiënt bescherming tegen zichzelf te bieden. Dat geldt ook wanneer de professional onvoldoende vertrouwen heeft dat de patiënt geen suïcidepoging zal doen, ook al zegt de patiënt dat daar geen sprake van is. Deze paragraaf gaat in op de maatregelen die professionals kunnen nemen om de veiligheid van suïcidale patiënten te waarborgen. Ook wordt aandacht besteed aan de vraag hoe anderen kunnen helpen bij het waarborgen van de veiligheid van de patiënt. De volgende overwegingen en aanbevelingen sluiten aan bij het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010).

3.1 Maatregelen

Met welke maatregelen kan de veiligheid van een suïcidale patiënt worden gewaarborgd? De maatregelen dienen af te hangen van de suïcidale toestand van de patiënt (intenties, plannen), de psychiatrische toestand (angst, depressie, psychose), de aanwezigheid van psychologische factoren als wanhoop en impulsiviteit, de ernst van bijkomende symptomen

(agitatie, impulsiviteit), het niveau van functioneren, de beschikbaarheid van steun, en de aanwezigheid van overwegingen voor de patiënt om te willen leven (APA, 2003). Op grond van deze factoren dient de professional te beslissen of interventies nodig zijn die de patiënt tegen zichzelf beschermen. De beschikbaarheid van middelen om een suïcidepoging mee te doen verhoogt het risico van een suïcidepoging of suïcide (Hawton & Van Heeringen, 2009). Dit betekent dat professionals daar oog voor moeten hebben en zo mogelijk de toegang tot deze middelen moeten proberen te verhinderen. Zij zullen daartoe in de praktijk maar beperkt in staat zijn en zullen op bijstand van anderen, bijvoorbeeld beveiligingspersoneel, moeten kunnen rekenen.

De APA-richtlijn (2003) stelt verder dat een (gedwongen) opname moet worden overwogen als de veiligheid van de patiënt in het geding is. Opgemerkt wordt dat een opname op zichzelf geen behandeling is, maar wel de mogelijkheid biedt om veiligheidsmaatregelen te treffen, het suïciderisico over een periode herhaald in te schatten en behandeling van suïcidaal gedrag mogelijk te maken. Tijdens een opname is het mogelijk om de patiënt continu te observeren, te separeren en/of te fixeren. In geval restrictieve maatregelen worden toegepast moet worden besloten of medicatie wordt aangeboden of onder dwang wordt toegediend. Medicatie met direct effect op suïcidaal gedrag is niet beschikbaar. Als het handelen van de patiënt wordt gestuurd door agitatie of impulsiviteit, wanen, hallucinaties of verwardheid dienen deze toestanden te worden behandeld. Sederende middelen en antipsychotica komen daarbij in aanmerking. De keuze zal afhangen van de werkhypothese die is geformuleerd over de oorzaak van de verschijnselen.

Onvrijwillige opname en toepassing van dwangmaatregelen moeten binnen de kaders van de Wet Bopz plaatsvinden. In alle noodgevallen geldt: *safety first;* dus eerst handelen en daarna zo spoedig mogelijk administratieve zaken regelen. Ook de WGBO geeft mogelijkheden tot dwang. Maatregelen die nodig zijn om een noodsituatie te beheersen kunnen het aangaan van een behandelrelatie in de weg staan, zeker als dwang moet worden toegepast. De professional dient zich hiervan bewust te zijn. Het is sterk aan te bevelen de toepassing met de patiënt en eventueel zijn naasten na te bespreken zodra de patiënt hiertoe in staat is. Daarbij dient expliciet aan de orde te komen hoe de patiënt (en eventueel zijn naasten) de toepassing van de dwangmaatregel heeft ervaren.

In acute situaties, bijvoorbeeld bij beoordeling van een suïcidale patiënt in de crisisdienst of op de spoedeisende hulp, is het creëren van een veilige situatie direct aan de orde.

In een noodsituatie waarin wordt ingeschat dat binnen 20 minuten zorg aanwezig moet zijn en die zich buiten een instelling voordoet, kan iedereen via 112 een nooddienst (ambulance, politie of brandweer) oproepen. De

nooddienst zal dan vervolgens doorleiden naar de SEH, de acute of consultatieve dienst. Per instelling kunnen andere procedures gelden.
Is er sprake van een urgente situatie, dat wil zeggen een situatie waarin langer gewacht kan worden dan 20 minuten, geldt dat elke professional een beroep kan doen op de reguliere zorg van de huisarts van de patiënt. De huisarts kan beslissen of de patiënt door de acute psychiatrie moet worden gezien en welke termijn geïndiceerd is. De routes voor verwijzing dienen daarbij bekend te zijn en door afspraken te zijn geregeld.
Als de patiënt een suïcidepoging heeft gedaan moet de professional ter plaatse beslissen wat moet gebeuren, afhankelijk van de beoordeling of sprake is van nood of urgentie. Een huisarts of psychiater moet direct de somatische toestand inschatten en aan de hand daarvan handelen. Verpleegkundigen maken een eerste inschatting van de ernst en raadplegen onverwijld een somatisch arts of psychiater. In noodsituaties kan het te allen tijde nodig zijn om direct 112 te bellen.
Professionals die patiënten met suïcidaal gedrag beoordelen en behandelen moeten kunnen rekenen op bijstand van personen die de veiligheid kunnen bewaken, zoals beveiligingspersoneel en politie. De instelling waar zij werken dient voorwaarden te scheppen waardoor veiligheid zo goed mogelijk kan worden gewaarborgd. Dit geldt ook voor ruimtelijke voorzieningen en menskracht.
Aan de hand van de beoordeling van de patiënt wordt in het (voorlopig) behandelplan vastgelegd met welke maatregelen de veiligheid van de patiënt wordt nagestreefd en hoe getracht wordt de werkrelatie te handhaven.
Tot slot, wanneer een patiënt al dan niet vrijwillig van huis of elders naar een instelling gaat, is ook aandacht voor veiligheid geboden. Dit geldt vooral als er twijfel is over de mate waarin de patiënt controle over zijn impulsen heeft. Bij twijfel kan de patiënt niet zonder begeleiding reizen en zijn maatregelen nodig om de veiligheid te garanderen.

Aanbevelingen

- Het is sterk aan te bevelen dat de professional bij suïcidaal gedrag informeert of er in de directe omgeving middelen zijn waarmee de patiënt zichzelf kan beschadigen, en dat de professional de toegang tot deze middelen zo mogelijk belemmert.
- Het is vereist dat professionals die met suïcidale patiënten te maken krijgen, in noodsituaties kunnen rekenen op bijstand van politie en beveiligingspersoneel; daartoe dienen instellingen zoals psychiatrische en algemene ziekenhuizen en crisisdiensten afspraken te maken met deze diensten.
- Het is sterk aan te bevelen dat professionals in nood of urgente situaties het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010) volgen. Dat wil zeggen dat bij noodsituaties 112 gebeld wordt en bij

urgente situaties de huisarts, die op zijn beurt beoordeelt of de crisisdienst moet worden ingeschakeld.
- Het is vereist dat er op een spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis mogelijkheden aanwezig zijn om toezicht te houden op een suïcidale patiënt.
- Het is vereist dat de professional, als de veiligheid van de patiënt in het geding is, kiest voor een behandelsetting met mogelijkheden om deze veiligheid te bieden.
- Het is vereist dat toepassing van dwang in een ggz-instelling plaatsvindt binnen de kaders van de Wet Bopz.
- Het is sterk aan te bevelen in situaties waarbij de veiligheid van een patiënt met suïcidaal gedrag geen uitstel duldt, te handelen volgens het principe van *safety first*; de professional dient zich in dergelijke gevallen niet te laten belemmeren door administratieve overwegingen.
- Het is sterk aan te bevelen aandacht te schenken aan de werkrelatie met de patiënt tijdens en na de toepassing van dwangmaatregelen.
- Het is sterk aan te bevelen bij verplaatsing van een suïcidale patiënt de veiligheid zo veel mogelijk te garanderen. Bestaat er twijfel over de mate waarin de patiënt zichzelf in de hand heeft dan mag deze niet zonder begeleiding reizen en zijn maatregelen nodig om de veiligheid te waarborgen.

3.2 Verpleegkundigen

Wat is de rol van verpleegkundigen bij het waarborgen van de veiligheid van een suïcidale patiënt? Alle professionals worden in de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag voor veiligheidsvragen gesteld, maar dit geldt in het bijzonder voor verpleegkundigen. Immers, verpleegkundigen die werken op een SEH of psychiatrische afdeling hebben de taak patiënten te observeren en te begeleiden. Dat betekent dat zij met patiënten veelvuldig contact hebben en geacht worden relevante veranderingen in het gedrag van de patiënt te signaleren en direct te handelen wanneer de veiligheid in het geding is. Daarbij gelden twee uitgangspunten voor het handelen: de patiënt dient beschermd te worden tegen de drang om zich te suïcideren, en de patiënt moet zich op een afdeling veilig voelen om te kunnen herstellen. Verpleegkundigen bewaken het therapeutisch milieu tijdens een opname. Suïcidale patiënten kunnen zich veiliger voelen als ze weten dat ze bij hen terechtkunnen met hun wanhoopsgevoelens.
Bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen verpleegkundigen voor het dilemma komen te staan dat zij aan de ene kant verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van de patiënt, terwijl aan de andere kant vrijheidsbeperkende maatregelen de autonomie en de werkrelatie met de patiënt frustreren. Hierna wordt beschreven hoe met dit dilemma om te gaan.

Verschillende middelen worden (al dan niet in combinatie) in de praktijk toegepast in het kader van directe observatie zoals 24 uursobservatie, een-op-eenbegeleiding, 15 minutencontroles, separatie, het verwijderen van schadelijke voorwerpen enzovoort. Verpleegkundigen zijn meestal de professionals die directe observatie toepassen, veelal voorgeschreven door de eindverantwoordelijke behandelaar en gericht op de bescherming van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat in ziekenhuizen het beleid bij het toepassen en uitvoeren van constante observatie sterk verschilt (Bowers et al., 2000) en het effect ervan moeilijk kan worden aangetoond (Manna, 2010; Cox et al., 2010). In een Cochrane-review (Muralidharan & Fenton, 2008) naar beperkende maatregelen werden geen gecontroleerde trials gevonden waarmee uitspraken gedaan kunnen worden over de effectiviteit hiervan. In de onderzoeken worden verschillende definities gebruikt van wat observatie inhoudt; de uitvoering verschilt evenals de uitkomstmaten. Vergelijkend onderzoek naar het effect van beschermende maatregelen wordt belemmerd doordat het nalaten van maatregelen ethisch niet te verantwoorden is.

In een review van Bowers et al. (2010) wordt gesteld dat tijdens momenten van verminderd toezicht (verlof, ongeoorloofde afwezigheid, overdrachten, avond- en nachtdiensten) het suïciderisico toeneemt. Ook afgelegen en afsluitbare ruimtes (toilet, badkamer) zonder toezicht leveren risico's op. Verpleegkundigen moeten in dergelijke omstandigheden te allen tijde waakzaam zijn en de patiënt direct observeren (Bowers et al., 2008). Directe observatie kan een groot beslag leggen op de tijd en beschikbaarheid van verpleegkundigen. Het kan door verpleegkundigen ook als stressvol worden beleefd. Zij ervaren gevoelens van onvermogen en angst om effectief bij te dragen aan de vermindering van het suïcidale gedrag van de patiënt (Cleary et al., 1999).

De kritiek op directe observatie is dat de benaderingswijze voornamelijk gericht is op controle en beheersing van het suïcidale gedrag zonder oog te hebben voor de beleving van de suïcidale patiënt (Cutcliffe & Barker, 2002). Het kan bij patiënten gevoelens oproepen van boosheid, verzet, ontmoediging en angst (Jones et al., 2000; Cutcliffe et al., 2006). Negatieve ervaringen van patiënten kunnen ertoe leiden dat de patiënten hun suïcidale gedrag verzwijgen om aan directe observatie en dwangtoepassing te ontkomen (Cox et al., 2010; Cutcliffe & Barker, 2002; Cardell & Pitula, 1999).

Manna (2010) beschrijft ook positieve ervaringen met directe observatie. Het is van belang om directe observatie in de juiste vorm toe te passen, waarbij de patiënt adequaat geïnformeerd wordt over het doel. Daarbij dient observatie altijd te vertrekken vanuit de erkenning van de pijn en wanhoop behorend bij het suïcidale gedrag, en vanuit erkenning van de frustratie die directe observatie dikwijls oproept.

Bij het waarborgen van de veiligheid op de SEH speelt daarnaast dat SEH-verpleegkundigen de urgentie van patiënten die binnenkomen vanwege een suïcidepoging niet altijd onderkennen. Psychische wanhoop is minder zichtbaar dan bijvoorbeeld grote trauma's of acute cardiologische problemen, waardoor het risico bestaat dat de veiligheid van patiënten tekort wordt gedaan. Wachttijden voor een psychiatrische beoordeling kunnen lang zijn, terwijl de verantwoordelijkheid om patiënten te motiveren om op de afdeling te wachten bij de SEH verpleegkundigen ligt. Zij voelen zich hier niet altijd bekwaam genoeg voor.

Aanbevelingen

- Het is vereist verpleegkundigen te betrekken bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van beleid voor de toepassing van intensieve observatie en restrictieve maatregelen.
- Het is aan te bevelen om SEH-verpleegkundigen gericht te scholen in het omgaan met suïcidaal gedrag.

4 Omgaan met naasten

De meeste suïcidale patiënten maken deel uit van een netwerk van naastbetrokkenen. Dit kunnen familieleden zijn, maar ook vrienden of kennissen van de patiënt. Net als de patiënt en de professional zullen ook zij zich afvragen waardoor het suïcidale gedrag veroorzaakt wordt, hoe dit te beïnvloeden is en wat hun mogelijkheden hiertoe zijn. Op zijn minst zullen ook zij zich emotioneel betrokken en verantwoordelijk voelen; er is immers de dreiging dat degene bij wie zij betrokken zijn zichzelf iets zal aandoen en dit kan een zware belasting zijn. In deze paragraaf worden deze personen aangeduid als 'naasten'. Ingegaan wordt op de vraag hoe professionals met naasten van suïcidale patiënten om moeten gaan.

4.1 Professional en naasten

Hoe dient de professional met naasten van de suïcidale patiënt om te gaan? Het bij de zorg betrekken van naasten is vanuit meer opzichten aan te raden (New Zealand Guideline Group, 2003). Voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag kan de informatie en hulp van naasten essentieel zijn. Uit een onderzoek bij 153 suïcidepogers die een bijna-letale poging hadden gedaan bleek dat zij meer geneigd waren met een naaste over suïcide te praten dan met een professional (Barnes et al., 2001). Aan naasten kan onder meer gevraagd worden of zij iets hebben opgemerkt wat zou kunnen wijzen op suïcidale uitingen, of er sprake is van eerdere suïcidepogingen, of er recentelijk sprake is van ingrijpende levensgebeurtenissen, en of veranderingen zijn opgevallen ten opzichte van het

gebruikelijke functioneren van de patiënt. Ook is het relevant informatie in te winnen over suïcidaal gedrag in de familie en eventuele psychiatrische (co-) morbiditeit die bij suïcidaal gedrag vaak aanwezig is.
Conform de WGBO mag aan derden geen informatie worden verstrekt zonder toestemming van de patiënt. In noodsituaties kan van de vereiste toestemming worden afgeweken.
Naasten voelen zich door suïcidaal gedrag van de patiënt vaak zwaar belast (Steendam, 2010). Aandacht voor de emoties van de naasten, uitleg over suïcidaal gedrag en hoe hiermee kan worden omgegaan zal voor hen vaak steunend zijn. Er kan dan ook besproken worden wat ieders rol is in de begeleiding van de patiënt. Het is wenselijk om dit samen met de patiënt én zijn naasten te bespreken. De interactie tussen de suïcidale patiënt en zijn naasten kan dan eveneens worden geobserveerd. De richtlijn van het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2004) beveelt aan om waar mogelijk de patiënt eerst alleen te spreken, teneinde vertrouwelijke onderwerpen zonder de aanwezigheid van naasten te kunnen bespreken. Met de patiënt moet worden besproken welke informatie als vertrouwelijk beschouwd wordt. Naasten kunnen informatie geven, maar hebben zelf vaak ook behoefte aan informatie en steun. Zij spelen een rol in het leven van de patiënt en kunnen een belangrijke bijdrage leveren als bondgenoot bij observatie, begeleiding of behandeling.

Aanbevelingen

- Het is sterk aan te bevelen om naasten van suïcidale patiënten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van suïcidale patiënten voor zover dat binnen de grenzen van het beroepsgeheim te verantwoorden is.
- Het is aan te bevelen de patiënt eerst alleen te spreken om vertrouwelijke zaken te kunnen bespreken.
- Het is aan te bevelen om naasten te informeren en steun te bieden.

5 Continuïteit van zorg

Suïcidale patiënten die zich in een crisis bevinden, hebben vaak in korte tijd met verschillende professionals te maken. Bij de overdracht van de patiënt van de ene naar de andere behandelsetting kunnen relevante gegevens verloren gaan, waardoor de patiënt niet de nazorg krijgt die gewenst is. De vraag is hoe kan worden gezorgd dat nazorg tot stand komt.

5.1 Continuïteit bevorderen

Hoe kan de continuïteit van de zorg voor suïcidale patiënten worden bevorderd? Continuïteit van zorg is essentieel bij de hulpverlening aan suïcidale patiënten. Continuïteit is in verschillende situaties relevant: tussen organisaties, tussen afdelingen, tussen disciplines in een team en in een instelling, in een klinische setting tussen de verschillende diensten (dag/nacht) van één discipline en tussen ambulante (vrijgevestigde) professionals en instellingen. Samenwerking in een keten van zorg is essentieel. Om te kunnen samenwerken zijn deskundige professionals nodig evenals duidelijkheid over professionele rollen, goede afspraken in de zorgketen en een werkrelatie waarin onderling vertrouwen is.
Het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010) bevat aanbevelingen voor de organisatie van de zorg voor suïcidale patiënten zodat continuïteit wordt geboden. Taken en samenwerkingsvormen zijn hierin vastgesteld. De verschillende posities in de keten worden omschreven en toegelicht, zoals de positie van toeleider, huisarts, SEH en medisch specialisten, acute en consultatieve diensten en de ggz:

- toeleiders signaleren suïcidaal gedrag, kunnen dit bespreekbaar maken en de patiënten met suïcidaal gedrag toeleiden naar passende zorg;
- de huisarts heeft een centrale rol in de zorg voor de patiënt met suïcidaal gedrag. De huisarts signaleert, doet de eerste diagnostiek, zorgt voor veiligheid en verwijst. Tevens biedt de huisarts overbruggingscontacten, mede ook als de zorg niet of niet voldoende tot stand komt;
- de SEH-arts en de medisch specialist bieden somatische zorg, doen het eerste onderzoek, schakelen acute of consultatieve psychiatrie in zo nodig tegen de wil van de patiënt, leveren schriftelijke informatie aan en verwijzen naar een vervolg met goede informatieoverdracht;
- acute en consultatieve psychiatrie hebben als belangrijkste taken crisisinterventie, diagnostiek van het suïcidale gedrag en belangrijkste stress-kwetsbaarheidsfactoren, en (mede)behandeling totdat de patiënt is overgenomen door een andere partij. Indien nodig draagt de acute psychiatrie zorg voor een gedwongen opname met een Bopz-maatregel en handelt dienovereenkomstig;
- de reguliere ggz is verantwoordelijk voor het systematisch beoordelen van de ernst van het suïcidale gedrag met de kans op herhaling en het behandelen van patiënten met suïcidaal gedrag. Het behandelaanbod voor suïcidale mensen is divers (ambulant, deeltijd, klinisch) en kan geleverd worden door verschillende zorgaanbieders.

De organisatie en samenwerkingsafspraken dienen te worden aangepast aan de lokale omstandigheden. Gesteld wordt dat de behandeling van suïcidaal gedrag op de langere termijn voornamelijk een taak is van tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.
Binnen de ggz is uiteraard ook goede overdracht tussen afdelingen nodig.

De suïcidale patiënt is extra kwetsbaar bij discontinuïteit van zorg, bijvoorbeeld na ontslag of bij ambulante behandeling 's avonds en 's nachts, of wanneer de eigen behandelaar niet bereikbaar is. In de eerste weken na een klinische opname is er een verhoogde kans op suïcide en is het van belang om toe te zien op het tot stand komen van de beoogde continuïteit van zorg (De Leo & Heller, 2007).
Volgens De Leo (2002) is voor suïcidepreventie een integratieve benadering nodig waarin psychiatrische, psychologische en sociologische aspecten worden geïntegreerd. Verpleegkundigen, psychologen en artsen en/of psychiaters hebben de taak om gezamenlijk de behandeling vorm te geven, waarbij ze aanvullend en op elkaar afgestemd de continuïteit in de tijd moeten bieden. Elke discipline heeft een specifieke rol in een multidisciplinair samenwerkingsverband. Voor de patiënt is het van belang dat hij weet bij wie hij waarvoor terecht kan.
De meeste ggz-instellingen hebben een professioneel statuut waarin de taken van de verschillende disciplines zijn omschreven. In de juridische bijlage worden de verantwoordelijkheden zoals in de Wet BIG omschreven toegelicht.
De specialist, meestal de psychiater, is verantwoordelijk voor diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen van patiënten met suïcidaal gedrag. Vooral bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kan de specialist in sommige instellingen een klinisch psycholoog zijn. Alleen de arts en/of psychiater is bevoegd tot het voorschrijven van medicatie en het toepassen van dwang. Psychologen hebben een rol in het psychotherapeutisch behandelen van de suïcidale gedachten en coping van de patiënt. Verpleegkundigen hebben een rol in de begeleiding op het psychosociale vlak. Zij zijn veelal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Zij maken contact, bieden steun, zorgen voor een veilige omgeving. Dit impliceert dat verpleegkundigen een signalerende rol kunnen hebben bij veranderingen in het gedrag van de patiënt. Andere disciplines zoals de vaktherapie en de geestelijke verzorging kunnen – afhankelijk van de problematiek en het behandelplan – een bijdrage leveren.
Niet alleen duidelijkheid over de verschillende rollen maar ook de wijze van samenwerken, de visie op het omgaan met suïcidale patiënten en de autonomie van de patiënt zijn belangrijk voor de continuïteit van zorg. Wanneer de ene professional geen reden ziet voor een klinisch verblijf maar de ander dit noodzakelijk vindt, kunnen door een multidisciplinair team verschillende boodschappen aan de patiënt gegeven worden. Een goed samenwerkingsverband biedt de mogelijkheid om deze dilemma's op een veilige manier te bespreken en breed gedragen keuzes te maken op basis van gezamenlijke observaties en kennis. Samenwerkingsbereidheid, erkenning van de rol van elke discipline en onderlinge steun zijn hiervoor nodig. Een duidelijke werkwijze en visie en regelmatige evaluaties zijn de

voorwaarden die tijdige bijstelling van de behandeling mogelijk maken. Intervisie en gezamenlijke scholing leveren een bijdrage aan het optimaliseren van deze samenwerking en het uitvoeren van deze gezamenlijke taak.

Aanbeveling

- Het is sterk aan te bevelen het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010) in elke regio te implementeren, waarbij aandacht wordt besteed aan de samenwerking bij suïcidaal gedrag binnen en tussen alle disciplines die bij de diagnostiek en de behandeling betrokken zijn.

Literatuur

APA. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barnes, L.S., Ikeda, R.M., & Kresnow, M.J. (2001). Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 32*, 68-75.

Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000). Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: A national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 437-444.

Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 315-328.

Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., et al. (2008). Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *British Journal of Psychiatry, 193*, 395-401.

Cardell, R., & Pitula, C.R. (1999). Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services, 50*, 1066-1070.

Cleary, M., Jordan, R., Horsfall, J., Mazoudier, P., & Delaney, J. (1999). Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6*, 461-467.

Cox, A., Hayter, M., & Ruane, J. (2010). Alternative approaches to 'enhanced observations' in acute inpatient mental health care: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*, 162-171.

Cutcliffe, J.R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*, 611-621.

Cutcliffe, J.R., Stevenson, C., Jackson, S., & Smith, P. (2006). A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 791-802.

De Leo, D. (2002). Struggling against suicide. *Crisis, 23*, 23-31.

De Leo, D., & Heller, T. (2007). Intensive case management in suicide attempters following discharge from inpatient psychiatric care. *Australian Journal of Primary Health 2007, 13*, 49-58.

Goldblatt, M.J., & Maltsberger, J.T. (2009). Countertransference in the treatment of suicidal patients. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 389-393). Oxford University Press.

Hawton, K., & Heeringen, K. van. (2009). Suicide. *Lancet, 373*, 1372-1381.

Heeringen, C. van. (2004). Leren van suïcide. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 46*, 619-620.

Hermens, M., Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaal gedrag: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Ilgen, M.A., Czyz, E.K., Welsh, D.E., Zeber, J.E., Bauer, M.S., & Kilbourne, A.M. (2009). A collaborative therapeutic relationhip and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 115*, 246-251.

Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S.L., Deane, F.P., Enns, M.W., et al. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 260-268.

Jones, J., Ward, M., Wellman, N., Hall, J., & Lowe, T. (2000). Psychiatric inpatients' experience of nursing observation: A United Kingdom perspective. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 38*, 12.

Manna, M. (2010). Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: The state of the science. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*, 268-273.

Muralidharan, S., & Fenton, M. (2008). Containment strategies for people with serious mental illness [review]. *The Cochrane Library*, Issue 3, art.no.: CD002084.

NICE. (2004). *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.

New Zealand Guideline Group. (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide.* Wellington: New Zealand Guideline Group.

Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, M.S. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*, 21-28.

Roose, S.P. (2001). Suicide: what is in the clinician's mind? *Annals of the New York Academy of Sciences, 932*, 151-7.

Shea, S.H. (1998). *Psychiatric interviewing, the art of understanding.* Philadelphia: Saunders Company.

Steendam, M. (2010). Angst voor je suïcidale patiënt. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 65*, 467-473.

Valente, S.M. (2003). Aftermath of a patient's suicide: A case study. *Perspectives in Psychiatric Care, 39*, 17-22.

Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy.* New York: Basic Books.

Deel 2
Diagnostiek

Professionele hulpverleners kunnen geconfronteerd worden met mensen die zich suïcidaal uiten, met naasten die zich zorgen maken om suïcidale uitingen van iemand, met mensen die een suïcidepoging gedaan hebben, met mensen bij wie op grond van een psychiatrische aandoening suïcidaal gedrag vermoed kan worden, en met mensen die ernstige problemen hebben en die in het verleden suïcidaal gedrag hebben vertoond. In deze situaties gaat het voortdurend om de vragen: 'Wat is het toestandsbeeld van de betreffende persoon?'; 'Wat zijn de oorzaken van het suïcidale gedrag?' en: 'Welke indicatie is er voor een interventie?'
Dit deel beschrijft het empirische bewijs dat aan het diagnostische proces van suïcidaal gedrag ten grondslag ligt. Dit deel omvat drie hoofdstukken. Hoofdstuk 4 behandelt de uitgangsvragen over het diagnostische proces in het algemeen. Hoofdstuk 5 gaat over de factoren die suïcidaal gedrag beïnvloeden en hun plaats binnen het diagnostische onderzoek. Hoofdstuk 6 behandelt de diagnostiek voor enkele specifieke groepen: jongeren, ouderen, immigranten en patiënten met herhaald suïcidaal gedrag.

Hoofdstuk 4
Het diagnostische proces

1 Inleiding

De diagnostiek van suïcidaal gedrag omvat de herkenning van het suïcidale gedrag, het onderzoek naar gedachten over suïcide en naar de motieven, intenties en plannen, en het onderzoek naar de factoren die het suïcidale gedrag bepalen. Het diagnostische onderzoek mondt uit in een structuurdiagnose die dient als uitgangspunt voor de indicatiestelling en het opstellen van een (voorlopig) behandelplan.

1.1 Uitgangsvragen

- Bij wie en in welke situaties moet onderzoek gedaan worden naar suïcidaal gedrag? (Paragraaf 2.)
- Wat is een professionele wijze om te vragen naar suïcidaal gedrag? (Paragraaf 3.)
- Wat is het nut van vragenlijsten of observatie-instrumenten bij het onderzoek van suïcidaal gedrag? (Paragraaf 4.)
- Zijn aspecifieke observeerbare factoren van belang voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag? (Paragraaf 5.)
- Kan het onderzoek naar suïcidaal gedrag een suïcide uitlokken? (Paragraaf 6.)
- Hoe vaak moet onderzoek naar suïcidaal gedrag worden herhaald? (Paragraaf 7.)
- Kan onderzoek naar suïcidaal gedrag plaatsvinden als de patiënt geïntoxiceerd is? (Paragraaf 8.)

2 Specifieke personen en situaties

Bij wie en in welke situaties moet onderzoek gedaan worden naar suïcidaal gedrag? Bij de beantwoording van deze vraag is hier een onderscheid gemaakt tussen directe uitingen van suïcidaliteit, zoals een suïcidepoging of suïcidale uitspraken, en situaties waarin naar suïcidaal gedrag gevraagd zou moeten worden, terwijl er (nog) geen directe uitingen zijn geweest.

2.1 Directe suïcidale uitingen

Bij directe suïcidale uitingen gaat het om suïcidale uitspraken, suïcideplannen en suïcidepogingen. Gekeken is naar onderzoek over de voorspellende waarde van deze uitingen voor het optreden van suïcidepogingen of suïcide.

Wetenschappelijke onderbouwing: suïcidepogingen voorspellen suïcide

In een meta-analyse van 23 onderzoeken naar het risico van suïcide na een suïcidepoging of ernstige suïcidegedachten vonden Harris en Barraclough (1997) een 38 tot 47 maal verhoogd risico gedurende follow-upperiodes variërend van 10 tot 20 jaar. Het risico in de verschillende onderzoeken liep uiteen van een 0 tot een 120 keer verhoogd risico. Het risico van suïcide was in de meeste onderzoeken het hoogst in de periode van 3 tot 24 maanden na een poging (Harris & Barraclough, 1997; Nordstrom et al., 1995; Otsama & Lönnqvist, 2002). Ook daarna blijft het risico van suïcide aanzienlijk verhoogd (Tidemalm et al., 2008; Haukka et al., 2008; Jenkins et al., 2002; Holley et al., 1998). In een systematische review van 90 onderzoeken rapporteerden Owens et al. (2002) een sterfterisico van 1,8% (namelijk 1.800 per 100.000 persoonsjaren) in het 1e jaar na zelfbeschadigend gedrag. Zeer hoge suïciderisico's zijn ook gerapporteerd voor suïcidepogers direct na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis (Haukka et al., 2008; Holley et al., 1998).

Het suïciderisico na een suïcidepoging is bij mannen twee- tot viermaal hoger dan bij vrouwen (Nordstrom et al., 1995), bij een hogere leeftijd, bij patiënten met recente pogingen of meer pogingen in de voorgeschiedenis, bij een hoge suïcide-intentie (Hjelmeland, 1996; Arensman & Kerkhof, 1996; Nordstrom et al., 1995), bij een psychiatrische voorgeschiedenis of lopende behandeling voor een psychiatrische aandoening, geringe sociale cohesie en chronische somatische aandoeningen (Harris & Barraclough, 1997; Skogman et al., 2004; Suokas et al., 2001). Skogman e.a. (2004) vonden verschillende voorspellers voor suïcide voor mannen en voor vrouwen. Voor mannen waren ernst van de poging, herhaalde poging en depressie de belangrijkste voorspellers. Voor vrouwen waren dat hogere leeftijd (> 50 jaar), depressie en ernstige lichamelijke ziekte. Van alle psychiatrische aandoeningen is bij schizofrenie en stemmingsstoornissen het risico het hoogst (1,9 tot 4,1 maal, respectievelijk 1,7 tot 4,2 maal) (Tidemalm, 2008; Haukka et al., 2008).

In vergelijking met zelfvergiftiging als methode is het suïciderisico hoger na pogingen door verhanging, verwurging of strangulatie (6,2 maal), verdrinking (4,0), springen van een hoogte (3,2 maal) of gebruik van vuurwapens (3,0 maal) (Runeson et al., 2010).

In een psychologische-autopsieonderzoek is gevonden dat 38% van de vrouwen en 19% van de mannen die door suïcide overleden, in het jaar

daarvoor een niet-fatale poging hadden gedaan. In totaal overleden 62% van de mannen en 38% van de vrouwen bij hun eerste poging (Isometsa & Lonnqvist, 1998).

Wetenschappelijke onderbouwing: suïcidepogingen voorspellen sterfte
Na een suïcidepoging is niet alleen het risico van sterfte door suïcide aanzienlijk verhoogd, maar ook het risico van sterfte door andere oorzaken (Haukka et al., 2008). Ostam en Lonqvist (2001) rapporteerden voor mannen en vrouwen respectievelijk een 38- en 25-voudig verhoogd risico van een gewelddadige dood gedurende 15 jaar na een suïcidepoging.

Wetenschappelijke onderbouwing: suïcidepogingen voorspellen suïcidepogingen
Uit een review van Owens et al. (2002) van 90 onderzoeken naar zelfbeschadigend gedrag blijkt dat dit zich bij 16% van de patiënten binnen een jaar herhaalt en bij 21% binnen 1 tot 4 jaar.

Wetenschappelijke onderbouwing: uitlatingen, intentie, plannen en beschikbaarheid van middelen
Transitie van suïcidale uitlatingen naar suïcideplannen, en van suïcideplannen naar een geplande suïcidepoging wordt gezien bij respectievelijk 34% en 26% van de patiënten (Kessler et al., 1999). Van de ongeplande suïcidepogingen treedt 90% op binnen 1 jaar na het ontstaan van de suïcidale uitlatingen; 60% van de geplande suïcidepogingen treedt op binnen 1 jaar (Kessler et al., 1999). Diverse longitudinale onderzoeken laten zien dat suïcidale uitlatingen gecorreleerd zijn met suïcide op de lange termijn (Fawcett et al., 1991; Brown et al., 2000). Suïcidale uitlatingen die worden gedaan in de meest slechte periode van het leven van een patiënt, zijn een sterkere voorspeller voor suïcide dan actuele suïcidale uitlatingen (OR 13,8 respectievelijk 5,4) (Beck et al., 1999).
Het begrip suïcide-intentie betekent de subjectieve verwachting en wens van de patiënt te overlijden aan door hem zelf aangebracht letsel. Onderzoek laat zien dat de suïcide-intentie relevanter is dan de objectieve letaliteit van de gekozen methode (Beck et al., 1975; 1976). Een systematische review van Hasley et al. (2008) naar suïcide-intentie laat zien dat er in het merendeel van de onderzoeken een relatie is tussen suïcide-intentie en de letaliteit en/of de gekozen methode voor de suïcidepoging. Eveneens is in enkele cohortonderzoeken een positieve relatie gevonden tussen suïcide-intentie en suïcide (Hasley et al., 2008).
Een derde deel van de patiënten met suïcidale uitlatingen maakt suïcideplannen en 72% van de patiënten met een plan gaat ooit over tot een suïcidepoging (Kessler et al., 1999). De aanwezigheid van een suïcideplan is geassocieerd met een verhoogd risico van suïcide; dit risico neemt verder

toe wanneer de geplande methode meer letaal is, of het plan gericht is op het voorkomen van ontdekking (Weisman & Worden, 1972).

Conclusie
(In bijlage 7 vindt u de definities van de bewijsniveaus (1-4) en classificatie van onderzoek (A1-D) en een toelichting.)

Niveau 1	Het is aangetoond dat het ondernemen van suïcidepogingen een sterke voorspeller is van herhaalde suïcidepogingen en van sterfte door suïcide en door andere gewelddadige oorzaken. A1: Harris & Barraclough, 1997; Owens et al., 2002. B: Haukka et al., 2008; Otsama & Lonqvist 2001.

Niveau 2	Er zijn sterke aanwijzingen dat suïcidale uitlatingen, suïcide-intentie, suïcideplannen, suïcidepogingen en suïcide nauw met elkaar samenhangen. B: Hasley et al., 2008. C: Kessler et al., 1999.

Overige overwegingen
Het is van belang te beseffen dat de onderzoeken die hier zijn samengevat, zijn uitgevoerd in een omgeving waarin voor ernstige aandoeningen voor zover mogelijk behandeling is ingezet. De prognose na een suïcidepoging zal waarschijnlijk ongunstiger zijn wanneer het suïcidale gedrag (en de stress-kwetsbaarheidsfactoren: zie hoofdstuk 5) niet zou zijn behandeld.

Aanbevelingen
- Het is vereist om bij suïcidale uitlatingen oriënterend onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag. Afhankelijk van de eerste inschatting van de ernst van de uitlatingen, intentie en plannen moet nader onderzoek worden gedaan door een professional met psychiatrische expertise.
- Het is vereist om bij suïcidepogingen onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag door een professional met psychiatrische expertise (zie bijlage 4, Onderzoek en indicatiestelling).

2.2 Andere risicosituaties
Naast directe suïcidale uitingen is er in de literatuur een groot aantal situaties beschreven waarin het onderzoek naar suïcidaal gedrag is aangewezen. Deze situaties kunnen overlappen met de kwetsbaarheidsfactoren en stressoren beschreven in hoofdstuk 5, paragraaf 2 en 3. Hier wordt een aantal specifieke risicosituaties beschreven die gepaard gaan met een verhoogd risico van suïcide.

Wetenschappelijke onderbouwing
Het lastig is om alle situaties waarin onderzoek gedaan moet worden naar suïcidaal gedrag, volledig in kaart te brengen. De wetenschappelijke evidentie hiervoor staat ten dele verspreid over meerdere deelvragen in hoofdstuk 5. De werkgroep heeft zich in deze paragraaf laten leiden door de aanbevelingen uit de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA, 2003, p. 8).

Conclusie

Niveau 4	Psychiatrische crisissituaties, transitiemomenten in een lopende behandeling, onverwachte veranderingen in het klinische beeld van een psychiatrische aandoening, gebrek aan verbetering van een psychiatrische aandoening of een verslechtering zijn geassocieerd met een verhoogde kans op suïcide. D: APA, 2003.

Overige overwegingen
De professional moet bij het inzetten van onderzoek naar suïcidaal gedrag zich niet alleen laten leiden door empirische evidentie. Het exploreren van suïcidaal gedrag is aangewezen in situaties waarin de persoon bedreigd is of zich bedreigd voelt in essentiële levensvoorwaarden. Welke situaties dat zijn, verschilt van persoon tot persoon.
Het navragen van suïcidaal gedrag heeft een speciale plaats bij depressieve stoornissen, omdat het verlies van levensvreugde een van de kernsymptomen van de aandoening is. De patiënt kan gekweld worden door ernstige gevoelens van wanhoop en uitzichtloosheid. Hetzelfde kan optreden naar aanleiding van gebeurtenissen. De professional kan zich van de individuele betekenis dergelijke situaties uitsluitend op de hoogte stellen door er direct naar te vragen.

Aanbevelingen
- Het is aan te bevelen om, geïntegreerd in het behandelcontact, actief onderzoek te doen naar suïcidegedachten bij een psychiatrische intake of crisissituatie (vooral bij depressieve stoornissen, maar ook bij andere aandoeningen), bij uitingen van wanhoop, bij belangrijke verlieservaringen (inclusief verlies van gezondheid), bij transitiemomenten in een lopende behandeling, bij onverwachte veranderingen in het klinische beeld van een psychiatrische aandoening en bij gebrek aan verbetering of bij verslechtering van een psychiatrische aandoening.

3 Professioneel vragen naar suïcidaal gedrag

Wat is een professionele wijze om te vragen naar suïcidaal gedrag? Het onderzoek naar suïcidaal gedrag bestaat uit twee onderdelen: (1) een gedetailleerde analyse van suïcidegedachten en gebeurtenissen; en (2) onderzoek naar relevante stress-kwetsbaarheidsfactoren. Het klinische interview is in de praktijk het belangrijkste onderzoeksinstrument. Daarnaast zijn er diverse vragenlijsten, checklists en beoordelingsschalen ontwikkeld. In deze paragraaf wordt het klinische interview naar suïcidegedachten en gebeurtenissen besproken. Als zoekstrategie werd in PubMed met de zoektermen 'clinical interview suicidal behavior' en 'clinical assessment suicidal behavior' gezocht naar overzichtartikelen. Relevantie van artikelen werd beoordeeld op basis van de titels. De zoekstrategie werd aangevuld met kennis van leden van de werkgroep.

Wetenschappelijke onderbouwing

De zoekactie in PubMed leverde als enige de CASE-benadering (Chronological Assessment of Suïcide Events) op, ontwikkeld door Shea (1998; 1999). De CASE-benadering is een methode voor het efficiënt vragen naar suïcidegedachten en gebeurtenissen in de klinische setting van de spoedeisende hulp. Voor de methode werd geen validerend empirisch bewijs gevonden. Een lid van de werkgroep rapporteerde de CAMS-methode (Collaborative Assessment and Mangement of Suicidality), ontwikkeld door Jobes (2006). Naast onderzoek van suïcidaal gedrag is de CAMS-methode ook gericht op de behandeling van suïcidaal gedrag. Uit een klein retrospectief onderzoek bleek dat het suïcidale gedrag in een groep patiënten die met CAMS werd behandeld, sneller was genormaliseerd dan in een groep die reguliere zorg kreeg (Jobes et al., 2005). Over patiënten die waren opgenomen, werd een implementatieonderzoek beschreven zonder uitkomsten op het niveau van de patiënt (Ellis et al., 2009).

Conclusie

Niveau 4	Voor het klinische interview van suïcidegedachten en gebeurtenissen werd onvoldoende empirische evidentie gevonden om een voorkeur op te kunnen baseren. D: Werkgroep *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag*, 2011.

Overige overwegingen

Het vragen naar suïcidaal gedrag moet beschouwd worden als een klinische vaardigheid die professionals kunnen aanleren. Daarbij is het gebruik van een systematische methode aan te bevelen, omdat het onderzoek

daarmee vollediger en beter overdraagbaar zal zijn. Het is zinvol om onderscheid te maken tussen openingsvragen waarmee het thema van suïcidaal gedrag ter sprake wordt gebracht, en een onderzoekstrategie waarmee de suïcidale toestand nader wordt uitgediept.
Voor de openingsvragen is het belangrijk om aan te sluiten bij de situatie van de patiënt op het moment van het onderzoek. Ervaren professionals gebruiken vaak een zekere hiërarchie, waarin algemene vragen worden gevolgd door meer specifieke vragen. Voorbeeldvragen zijn opgenomen in bijlage 4.
De CASE-benadering (Shea, 1998) is een geschikte methode om de suïcidale toestand nader uit te diepen. De methode is speciaal voor de klinische praktijk ontwikkeld. De keuze van de werkgroep impliceert overigens niet dat andere methoden minder geschikt zouden zijn.
De werkgroep beschouwt het vragen naar suïcidegedachten en gebeurtenissen als een basisvaardigheid van alle BIG-geregistreerde professionals die werkzaam zijn in de zorg. Het onderzoek van stress-kwetsbaarheidsfactoren, vooral van psychiatrische, psychologische en persoonlijkheidsfactoren, moet worden beschouwd als een specifieke deskundigheid van psychiaters en psychologen.

Aanbeveling

- Het is aan te bevelen om bij het navragen van suïcidaal gedrag gebruik te maken van een systematische interviewmethode.

4 Vragenlijsten en observatie-instrumenten

Er is voor de beoordeling van suïcidaal gedrag een groot aantal vragenlijsten, checklists en beoordelingsschalen ontwikkeld (Brown, 2002). De werkgroep heeft beoordeeld wat het nut is van deze instrumenten bij het onderzoek van suïcidaal gedrag in de klinische praktijk. De beoordeling is overgenomen uit de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA, 2003). Er is geen aanvullend literatuuronderzoek verricht.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een uitgebreide review beschrijft Brown (2002) 31 meetinstrumenten voor suïcidaal gedrag. Voorbeelden zijn de Beck Suicide Intention Scale (Beck, 1974), de Suïcide Ideation Scale (Beck, 1979), de Hopelessness Scale (Beck, 1974) en de Pierce Suicide Intention Scale (Pierce, 1977). Het algemene oordeel over de instrumenten is dat ze verschillende aspecten van suïcidaal gedrag redelijk betrouwbaar meten en dat ze bruikbaar zijn voor wetenschappelijk onderzoek. De bruikbaarheid voor de klinische praktijk valt sterk te betwijfelen, omdat de meeste instrumenten onvoldoende zijn

uitgetest in prospectief onderzoek bij klinische patiënten. De schalen die beter zijn uitgetest, tonen zonder uitzondering een zeer geringe voorspellende waarde voor het optreden van suïcide (< 3%) en een zeer hoog percentage vals-positieve uitkomsten (APA, 2003).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat vragenlijsten verschillende aspecten van suïcidaal gedrag betrouwbaar zouden kunnen meten, maar de voorspellende waarde voor het optreden van suïcide is zeer gering. C: Brown, 2002. D: APA, 2003.

Overige overwegingen
Vragenlijsten en observatie-instrumenten zijn voor de klinische praktijk vooral van belang voor het ontwikkelen van een degelijke systematiek voor het vragen naar suïcidaal gedrag (APA, 2003). Het gevolg van een te groot vertrouwen in vragenlijsten, vooral in de handen van minder ervaren professionals, is dat een risicovolle schijn van zekerheid kan ontstaan. Met het afvinken van checklists bestaat het risico dat het gedrag uit de context wordt gehaald en dat essentiële zingevingsaspecten verloren gaan. Het onderzoek is dan in technische zin wellicht vollediger, maar het verliest aanzienlijk aan betekenis. Een checklist kan wel goede diensten bewijzen als geheugensteun, maar vragenlijsten of observatie-instrumenten kunnen het klinisch diagnostisch onderzoek niet vervangen.

Aanbeveling
- Het gebruik van meetinstrumenten, als enige vorm van informatieverzameling voor de diagnostiek van suïcidaal gedrag, ter vervanging van het klinische oordeel wordt door de werkgroep niet aanbevolen. De functie van dergelijke lijsten voor de klinische praktijk is dat zij eventueel dienst kunnen doen als geheugensteun.

5 Aspecifieke observeerbare factoren

In deze paragraaf wordt de vraag behandeld wat bekend is over aspecifieke observeerbare factoren. In de literatuur worden de reacties van gerichte observaties bij de professional aangeduid met het zogeheten niet-pluisgevoel. De definitie die in veel onderzoeken gebruikt wordt voor dit gevoel, is: 'begrijpen zonder rationale'. Het niet-pluisgevoel bij professionals ontstaat doordat een patiënt moeilijk te duiden signalen geeft of bepaalde

gevoelens oproept die in relatie gebracht kunnen worden met suïcidale gevoelens bij de patiënt.

Wetenschappelijke onderbouwing
Uit een systematische review van onderzoek naar het gebruik van intuïtie in de verpleegkunde (Rew & Barrow, 2007) en huisartsen (Stolper, 2010) wordt geconcludeerd dat intuïtie een waardevol onderdeel van de klinische besluitvorming en beoordeling is. Het is echter onbekend hoe betrouwbaar intuïtie is.
Over de rol van afwezigheid van een niet-pluisgevoel waar dit wel op zijn plaats zou zijn in relatie tot suïcidaal gedrag, is geen onderzoek bekend.

Conclusie

Niveau 3	Intuïtie kan een waardevol onderdeel van klinische besluitvorming zijn. De betrouwbaarheid van intuïtie in besluitvormingsprocessen is onbekend. Er is meer bekend over het zogeheten niet-pluisgevoel dan over de afwezigheid van dit gevoel, waar dit wel op zijn plaats zou zijn. C: Rew & Barrow, 2007; Stolper, 2010.

Overige overwegingen
Signalen van een patiënt die volgens de werkgroep aanleiding zijn tot alertheid, zijn uitingen door de patiënt van het gevoel klem te zitten, weglopen, snel weg willen, snel met ontslag willen, pillen sparen, zelfbeschadigend gedrag, stil en teruggetrokken zijn, vlakke mimiek, weinig of geen gevoelens uiten, boosheid op anderen die kan omslaan naar boosheid op zichzelf en destructief gedrag, plotselinge aandacht voor zelfzorg, zakelijke dingen regelen bij de notaris, spullen weggeven, discrepantie in de verhalen van de patiënt, incongruentie in verbale en non-verbale uitingen en een plotselinge omslag van een sombere stemming in vrolijkheid of euforie.
Signalen bij professionals die wijzen op een niet-pluisgevoel zijn: een gevoel niet op je gemak te zijn in het gezelschap van de patiënt; behoefte hebben de patiënt vaker dan gebruikelijk te controleren; ongerust zijn over de patiënt; het gevoel geen grip op de patiënt te hebben of je meer dan gebruikelijk verantwoordelijk voelen voor de patiënt.
Verpleegkundigen spelen een essentiële rol in het observeren van deze signalen. Het zorgvuldig rapporteren en overdragen van deze informatie voorkomt dat signalen en observaties uit beeld raken. Het is van belang na te gaan waar deze signalen bij deze patiënt vandaan komen. Het kan nuttig zijn om niet-pluisgevoelens met anderen en met de patiënt te bespreken om helder te krijgen waar de gevoelens vandaan komen en welke implicaties dit heeft voor het handelen.

Aanbeveling

- Het is aan te bevelen om zogeheten niet-pluisgevoelens serieus te nemen en te bespreken met collega's en met de patiënt.

6 Risico op uitlokken suïcidaal gedrag

De professional kan zich in het vragen naar suïcidaal gedrag geremd voelen door de vrees dat vragen naar suïcidegedachten het gedrag in de hand werkt. In de literatuur is gezocht naar empirisch bewijs voor deze vrees.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een gerandomiseerd onderzoek naar iatrogene risico's van een screeningprogramma bij 2.342 jongeren werd geen verschil gevonden tussen groepen die waren blootgesteld aan vragen over suïcidaal gedrag en een controlegroep waarin dit niet gebeurde (Gould et al., 2005). In hoogrisicogroepen van jongeren met depressieve symptomen of met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag waren spanningsklachten en suïcidegedachten in de interventiegroep significant afgenomen. Cukrowicz et al. (2010) rapporteerden een klein onderzoek bij 21 personen met een depressieve stoornis die deelnamen aan een intensief onderzoek naar suïcidegedachten. In de follow-ups na 1 en 3 maanden rapporteerde geen van de respondenten dat suïcidegedachten waren toegenomen. Bij de eerste follow-up waren de gedachten bij 7 deelnemers gelijk gebleven en bij 14 afgenomen. Bij de tweede follow-up waren dat respectievelijk 9 en 12. Uit psychotherapie is bekend dat als een professional denkt dat zijn patiënt suïcidegedachten heeft, dit vaak blijkt te kloppen (Hendin et al., 2006). In een review van 31 onderzoeken naar de ervaring met professionals van personen met zelfbeschadigend gedrag komt naar voren dat patiënten een betrokken en deskundige houding van professionals waarderen (Taylor et al., 2009). Wat patiënten misten, was een gevoel van betrokkenheid en duidelijke uitleg over de verleende hulp.

Conclusie

Niveau 2	Het is niet aannemelijk dat suïcidaal gedrag wordt uitgelokt door ernaar te vragen. A2: Gould et al., 2005. C: Cukrowicz et al., 2010.

Niveau 3	Patiënten met zelfbeschadigend gedrag waarderen een betrokken en deskundige opstelling van professional die uitleg geeft over de hulp die wordt verleend. C: Taylor et al., 2009.

Overige overwegingen
Een algemeen klinisch uitgangspunt is dat diagnostiek en behandeling van een probleem pas mogelijk is als daarover met de patiënt wordt gesproken. Het niet bespreekbaar maken van suïcidegedachten die er wel zijn ontneemt de professional de mogelijkheid om hulp te bieden.
Het kan niet worden uitgesloten dat sommige patiënten emotioneel kunnen reageren op vragen over suïcidaal gedrag of dat zij van hun suïcidale gedragingen een strijdpunt maken. Bij deze patiënten moet de professional zijn gesprekstechniek aan de patiënt aanpassen.

Aanbeveling
- Het is aan te bevelen om naar suïcidaal gedrag te vragen als daar aanleiding voor is. Patiënten waarderen daarbij een betrokken en deskundige houding van de professional. Het kan nodig zijn de gesprekstechniek af te stemmen op specifieke gevoeligheden van de patiënt wanneer deze uit het gesprek blijken.

7 Herhaalfrequentie

Hoe vaak moet onderzoek naar suïcidaal gedrag worden herhaald? Het onderzoek van suïcidaal gedrag richt zich op de toestand van de patiënt in het hier en nu. Het beloop van het suïcidale gedrag is maatgevend voor de vraag hoe vaak het onderzoek moet worden herhaald.

Wetenschappelijke onderbouwing
Diverse onderzoeken waarin suïcidale patiënten langdurig werden gevolgd, tonen de wisseling van suïcidaal gedrag over de tijd (Brown et al., 2000; Fawcett et al., 1990; Williams et al., 2006; Zahl et al., 2004). Het wisselende karakter heeft te maken met de ontwikkeling van de psychiatrische aandoening en de comorbiditeit.

Conclusie

Niveau 2	Suïcidaal gedrag kent een wisselend beloop over de tijd. C: Brown, 2000; Fawcett, 1990; Williams, 2006; Zahl, 2004.

Overige overwegingen
Het komen en gaan van suïcidaal gedrag is een van de uitdagingen in de zorg voor de suïcidale patiënt en vereist dat onderzoek van suïcidaal gedrag door de tijd heen herhaald wordt. Het is daarbij niet altijd nodig om een volledig onderzoek te herhalen. De onderzoeker moet in redelijkheid afwegen met welke intensiteit herhaald onderzoek wordt uitgevoerd.
Het is van belang om aandacht te besteden aan herhaald onderzoek van suïcidaal gedrag op kritische momenten in de behandeling, bijvoorbeeld bij verandering van vrijheden, plotselinge veranderingen in het klinische beeld of kritische overgangen in de behandeling zoals ontslag uit het ziekenhuis of overdracht van een patiënt aan een collega.
Een goede werkrelatie is van groot belang voor het uitvoeren van vervolgonderzoek. Soms zullen patiënten niet de waarheid vertellen, bijvoorbeeld als zij vrezen dat dit zal leiden tot een beperking van vrijheden. Naast directe vragen over suïcidegedachten moet de onderzoeker ook letten op verschijnselen als toename van depressie, wanhoop, angst of bevelshallucinaties. Een onverwacht sterke verbetering van het klinische beeld, zeker bij patiënten die eerder ernstig suïcidaal waren, kan een teken zijn van dreigende suïcide (zie ook paragraaf 5, Aspecifieke observeerbare factoren).

Aanbevelingen
- Het is aan te bevelen om onderzoek naar suïcidaal gedrag op geregelde momenten te herhalen. Formele momenten om het onderzoek te herhalen zijn kritische momenten in de behandeling, crisissituaties, en onverwachte veranderingen in het klinische beeld.
- Het is aan te bevelen om met patiënten met suïcidaal gedrag die niet zijn opgenomen, vervolgafspraken te maken teneinde de ontwikkeling in het suïcidale gedrag te kunnen beoordelen.

8 Onderzoek bij intoxicatie

Een geïntoxiceerde patiënt die na een suïcidepoging een verlaagd bewustzijn heeft, dient in eerste instantie in veiligheid te worden gebracht. Herbeoordeling van een dergelijke patiënt is nodig als de intoxicatie is verdwenen. Vervolgonderzoek van deze patiënten na de acute fase van intoxicatie is nodig.

Wetenschappelijke onderbouwing
Patiënten die psychofarmaca gebruiken, in het bijzonder benzodiazepinen, kunnen rustig en tamelijk helder lijken, maar hebben een grote kans tijdelijk aan anterograde amnesie te lijden wat betekent dat zij nieuwe informatie niet goed kunnen onthouden (Verwey et al., 2000; 2005). Deze

patiënten zijn dus tijdelijk vergeetachtig. Uit onderzoek blijkt dat zij zich van een gesprek met een professional weinig herinneren en dat de kans dat afspraken die worden gemaakt, bijvoorbeeld over nazorg, worden onthouden klein is.

Conclusie

Niveau 3	Onderzoek naar het suïcidale gedrag bij patiënten in geïntoxiceerde toestand is niet zinvol. Ook als de patiënt helder lijkt moet rekening gehouden worden met anterograde amnesie. B: Verwey 2000; 2005.

Overige overwegingen

Dat een geïntoxiceerde patiënt zich weinig van een gesprek met een professional zal herinneren, betekent niet dat diagnostiek en behandeling niet meteen kunnen plaatsvinden. Een reden om dat wel te doen is als de patiënt onhanteerbaar gedrag vertoont ten gevolge van verwardheid of psychose.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen om het onderzoek van suïcidaal gedrag bij geïntoxiceerde patiënten uit te stellen tot zij goed aanspreekbaar zijn. De veiligheid van de patiënt mag daarbij niet uit het oog worden verloren. Ook dan is het van belang om het onderzoek op een later tijdstip nog eens te herhalen.
- Het is aan te bevelen om behandelafspraken voor geïntoxiceerde patiënten voor de patiënt op schrift te stellen, ook al lijkt het bewustzijn helder.

Hoofdstuk 5
Stress- en kwetsbaarheidsfactoren

1 Inleiding

Het onderzoek naar stress- en kwetsbaarheidsfactoren bestaat uit een inventarisatie van het complex van psychiatrische, psychologische en sociale factoren die met het suïcidale gedrag van de patiënt samenhangen. Deze zogeheten stress-kwetsbaarheidsfactoren zijn verdeeld in kwetsbaarheidsfactoren en stressoren. Bij de kwetsbaarheidsfactoren gaat het om persoonskenmerken of -eigenschappen met een duurzaam karakter. Kwetsbaarheidsfactoren zijn min of meer synoniem aan distale risicofactoren. Bij de stressoren gaat het om factoren die door de tijd variëren en die op het moment van het suïcidale gedrag aanwezig zijn. Stressoren zijn min of meer synoniem aan proximale risicofactoren.
Het onderscheid tussen de beide groepen van factoren is kunstmatig. Veel van de stress-kwetsbaarheidsfactoren kunnen een rol hebben als kwetsbaarheidsfactor en als stressor. Duurzame werkloosheid bijvoorbeeld kan worden opgevat als kwetsbaarheidsfactor, en bij een ontslagsituatie als stressor. Op het moment van het suïcidale gedrag gaat het steeds om het complex van factoren dat in een onderlinge wisselwerking het gedrag bepaalt.

1.1 Uitgangsvragen

- Welke kwetsbaarheidsfactoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag? (Paragraaf 2.)
- Welke stressoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag? (Paragraaf 3.)
- Welke elementen zijn van belang voor de risicoweging bij suïcidaal gedrag? (Paragraaf 4.1.)

2 Kwetsbaarheidsfactoren

Welke kwetsbaarheidsfactoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag? Deze factoren verdelen we in de vier groepen die Goldney (2008) onderscheidt in het stress-kwetsbaarheidmodel, zoals beschreven in hoofdstuk 2: (1) biologische factoren, (2) levensovertuiging, (3) persoonlijkheid en (4) maatschappelijke en interpersoonlijke factoren (steun-

systeem). Voor drie van de vier groepen wordt hierna besproken welke evidentie er is voor een relatie met suïcidaal gedrag en wat het belang is voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag. Vanwege de overlap wordt de persoonlijkheid besproken bij de psychiatrische en psychologische factoren. Wel is hier een paragraaf over persoonskenmerken opgenomen. Het literatuuronderzoek voor deze onderdelen is voornamelijk gebaseerd op de literatuur van de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA, 2003), aangevuld met het literatuuroverzicht van de Schotse overheid (McLean et al., 2008). Aanvullend is in PubMed gezocht naar recente reviewartikelen. Voor de Nederlandse situatie is de literatuur aangevuld op basis van de kennis van de werkgroepleden.

2.1 Biologische factoren

Het begrip 'biologisch' kan zeer breed worden opgevat. De werkgroep heeft zich beperkt tot twee groepen kwetsbaarheidfactoren: familiaire (erfelijke) belasting en biologisch markers.

Wetenschappelijke onderbouwing: familiaire (erfelijke) belasting

Familiaire (erfelijke) belasting moet niet alleen opgevat worden als een biologische factor. Naast genetische factoren zijn ook de leergeschiedenis en omgevingsfactoren van belang. Empirisch bewijs voor een erfelijke belasting voor suïcidaal gedrag komt uit drie soorten onderzoeken: familieonderzoeken, tweelingonderzoeken en adoptieonderzoeken (Baldessarini & Hennen, 2004; Brent & Melhem, 2008).

In een meta-analyse van vier familieonderzoeken werd een significant hoger suïciderisico gevonden bij eerste- of tweedegraads familieleden van iemand die door suïcide is overleden, met een gemiddelde *odds ratio* (OR) van 3,4 (Baldessarini & Hennen, 2004). Het risico was met een (niet-significante) OR van 2,8 lager in 18 onderzoeken waarbij ook suïcidepogingen werden geïncludeerd.

Tweelingonderzoeken worden gebruikt om onderscheid te maken tussen omgevingsfactoren en genetische factoren. In totaal zijn zeven case-series bij tweelingen beschreven. Roy en Segal (2001) rapporteren voor suïcide een concordantie voor monozygotische versus dizygotische tweelingen van 14,9% versus 0,7%. Voor suïcidepogingen rapporteerden zij een concordantie van 38,0% versus 0%. Dit suggereert een zeer sterke bijdrage van genetische factoren aan suïcide en een nog grotere bijdrage aan suïcidepogingen. De resultaten van tweelingonderzoeken zijn omstreden, omdat case-series mogelijk niet representatief zijn voor alle tweelingen en omdat de aantallen suïcides en suïcidepogingen laag zijn (Brent & Melhem, 2008). Vanwege de geringe aantallen zijn de schattingen mogelijk instabiel (Baldessarini & Hennen, 2004).

Een andere manier om omgevingsfactoren en erfelijke factoren te onderscheiden zijn adoptieonderzoeken. In de periode van 1968 tot 1986 zijn drie onderzoeken beschreven die alle zijn gebaseerd op dezelfde registratie van de Deense gezondheidsregistratie (Kety et al., 1968; Schlusinger et al., 1979; Wender et al., 1986). Met verschillende methoden werden voor suïcide significante OR's gevonden tussen 2,6 en 6,9 voor biologische versus geadopteerde familieleden. Voor suïcidepogingen werd een niet-significant verlaagde OR gevonden van 0,9. Een beperking van de onderzoeken is dat zij gebaseerd zijn op registergegevens en dat het aantal suïcides gering was.

Conclusie

Niveau 2	Suïcide en suïcidepogingen komen vaker voor in families met eerste- of tweedegraadsverwanten die suïcidepogingen hebben gedaan of door suïcide zijn overleden. A2: Baldessarini & Hennen, 2004.

Niveau 2	Tweeling- en adoptieonderzoeken suggereren dat het familiair voorkomen van suïcide voor een deel is toe te schrijven aan genetische factoren. Dit is minder duidelijk voor suïcidepogingen. A2: Baldessarini & Hennen, 2004.

Overige overwegingen

Het familiair voorkomen van suïcidaal gedrag kan op veel manieren verklaard worden (Kendler, 2010). Een psychiatrische aandoening, bijvoorbeeld een depressieve stoornis of middelenmisbruik van een ouder kan direct of via een genetische transmissie van invloed zijn op het gedrag van het kind. Hetzelfde geldt voor persoonlijkheidstrekken of andere biologische kwetsbaarheidsfactoren. Voor de praktijk zijn de directe stressoren van groter belang. Genetische belasting kan opgevat worden als een kwetsbaarheid voor actuele stressoren.

Aanbeveling

- Het is aan te bevelen om onderzoek naar een familiaire belasting niet selectief te richten op de eventuele genetische belasting, maar vooral op de actuele stressfactoren die het suïcidale gedrag direct beïnvloeden.

Wetenschappelijke onderbouwing: biologische markers

Het onderzoek naar biologische markers of de neurobiologie van suïcide richt zich op vier gebieden: de genetica, neurotransmittersystemen, het stresssysteem en de lipidenstofwisseling (Ernst et al., 2009; Currier & Mann, 2008; Mann, 2003; Van Heeringen, 2003). De belangrijkste genetische (familiaire) overwegingen zijn hiervoor beschreven.

Op het gebied van neurotransmitters is onderzoek gedaan naar serotonine (5-HT), dopamine, adrenaline en noradrenaline, glutamaat en GABA, opioidenreceptoren en acetylcholine (Ernst et al., 2009). Van deze systemen is het 5-HT-systeem het meest uitgebreid onderzocht. In meerdere onderzoeken, waaronder ook Nederlands onderzoek, is een associatie gevonden van verminderde serotonerge activiteit en suïcidaal gedrag (Verkes et al., 1998; Mann et al., 2003) en er zijn gunstige resultaten gerapporteerd van behandeling met 5-HT-heropnameremmers (Verkes et al., 1998). Deze bevindingen zijn in later onderzoek niet consistent bevestigd (Van Heeringen, 2003). Het gebruik van 5-HT-activiteit als marker voor suïcidaal gedrag is omstreden (Muller-Oerlinghausen et al., 2004).
Hyperactiviteit van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA-as) is eveneens geassocieerd met suïcidaal gedrag (Ernst et al., 2009; Bunney & Fawcett, 1965). Postmortemonderzoek bij overledenen door suïcide liet verhoogde niveaus van het *corticotrofine releasing hormone* (CRH) zien (Nemeroff et al., 1988; Austin et al., 2003). Patiënten met een ernstige depressieve episode en een afwijkende uitslag op de dexamentasonsuppressietest (DST) lieten een suïciderisico van 26,8% zien in vergelijking met een risico van 2,9% bij een groep met een normale DST (Coryell & Schlesser, 2001). HPA-as-hyperactiviteit is bij patiënten met een suïcidepoging in de voorgeschiedenis geassocieerd met suïcide (Jokinen et al., 2007). In enkele onderzoeken is een relatie gevonden tussen een laag serumcholesterol en verhoogd risico van suïcide en gewelddadige dood (Ernst et al., 2009; Ellison & Morrison, 2001; Fawcett et al., 1997; Garland et al., 2000; Partonen et al., 1999). De klinische waarde van deze bevindingen is onduidelijk aangezien het gebruik van statines niet geassocieerd lijkt met een toename van geweld, agressie, somberheid, ongelukken of suïcide (Manfredini et al., 2000).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn voor suïcidaal gedrag meerdere biologische correlaten gevonden, onder andere in het serotoninesysteem, in de hypofyse-bijnieras en in de lipidenstofwisseling. B: Ernst, 2009.

Overige overwegingen
Voor de genetische en andere biologische associaties geldt dat de resultaten van de onderzoeken moeilijk eenduidig zijn te interpreteren, omdat suïcidaal gedrag geen eenduidig fenotype kent en omdat er complexe interacties zijn met andere relevante factoren, zoals psychiatrische aandoeningen en omgevingsfactoren. Het is onduidelijk hoe de causaliteit begrepen moet

worden. Het onderzoek naar biologische markers heeft voor de klinische praktijk nog niet tot bruikbare resultaten geleid.

Aanbeveling

- Er zijn (nog) geen eenduidige aanwijzingen op basis waarvan biologische markers gebruikt kunnen worden in de klinische praktijk. Het gebruik van biologische markers wordt voor de klinische praktijk niet aanbevolen.

2.2 Persoonskenmerken

Er zijn diverse duurzame eigenschappen van de persoon van invloed op suïcidaal gedrag. Op basis van de richtlijnen van de American Psychiatric Association (APA, 2003) en enkele overzichtsartikelen wordt hier het bewijs samengevat voor geslacht, leeftijd, probleemoplossingsvaardigheden, perfectionisme, neuroticisme en homo- en biseksualiteit.

Wetenschappelijke onderbouwing: geslacht

De factor geslacht moet worden opgevat als een indicator voor een groot aantal achterliggende factoren. Naast biologische factoren zijn ook psychologische en culturele factoren van belang voor het verklaren van geslachtsverschillen. Met uitzondering van China en Singapore is het aantal suïcides wereldwijd bij mannen hoger dan bij vrouwen (Bertolote & Fleischmann, 2009; Phillips et al., 2002). De man-vrouwverhouding loopt internationaal sterk uiteen van 0,9 in China tot 7,9 in Panama. Gemiddeld is de verhouding wereldwijd 2,1. De man-vrouwverhouding in Nederland is de laatste 25 jaar geleidelijk toegenomen van 1,6 in 1983 tot 2,3 in 2007. Sinds 1983 is het aantal suïcides sterker gedaald voor vrouwen dan voor mannen (Van Hemert & De Kruif, 2009).

Het verschil kan op diverse manieren worden verklaard (Murphy, 1998; Kerkhof, 2010). Mannen zouden meer aanleidingen tot suïcide kunnen hebben door een hogere frequentie van alcoholmisbruik, doordat zij zich minder vaak dan vrouwen laten behandelen voor een psychiatrische aandoening (NEMESIS, 2010) en door minder vaak troost en steun te zoeken in een sociaal netwerk. Mannen gaan in de uitvoer van hun suïcidale plannen gemiddeld daadkrachtiger te werk dan vrouwen. Naar verhouding gebruiken mannen vaker verhanging als methode en vrouwen zelfvergiftiging (Van Hemert & De Kruif, 2009). Bij vrouwen is zwangerschap en de zorg voor (jonge) kinderen een sterke beschermende factor voor suïcide (Appleby, 1991; Hoyer & Lund, 1993; Harris & Barraclough, 1994; Marzuk et al., 1997; Qin & Mortensen, 2003).

De hiervoor geschetste factoren kunnen worden aangevoerd als verklaring voor het verschil in het aantal suïcides tussen mannen en vrouwen. Daarnaast zijn er voor vrouwen echter ook risicoverhogende factoren.

Depressieve stoornissen komen bij vrouwen beduidend vaker voor dan bij mannen (Oquendo et al., 2001; De Graaf et al., 2010) en vrouwen hebben veel vaker dan mannen te maken met lichamelijk en seksueel misbruik (Plunkett et al., 2001). Zwangerschap en de zorg voor kinderen zijn niet alleen beschermende factoren. Een psychiatrische opname rond een zwangerschap en sterfte van een kind zijn geassocieerd met een aanzienlijke verhoging van het suïciderisico (Appleby et al., 1998; Qin & Mortensen, 2003).
Suïcidepogingen tonen een andere geslachtsverhouding dan suïcides. In drie Nederlandse onderzoeken naar suïcidepogingen die worden behandeld in een algemeen ziekenhuis is een hoger aantal suïcidepogingen gevonden bij vrouwen dan bij mannen (Arensman et al., 1995; Burger et al., 2005; Burger et al., 2010). Arensman et al. (1995) vonden voor vrouwen een hogere incidentie van suïcidepogingen voor de gehele leeftijdsrange. Burger et al. (2010) vonden in het meest recente onderzoek in Den Haag alleen een hogere incidentie bij vrouwen onder 55 jaar. In het Nederlandse NEMESIS-onderzoek was de relatie met leeftijd en geslacht voor zelfgerapporteerde suïcidegedachten en suïcidepogingen minder duidelijk, mogelijk omdat dit onderzoek beperkt was tot volwassen deelnemers van 18 tot 64 jaar (Ten Have et al., 2006; 2009).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat in Nederland mannen ongeveer tweemaal vaker door suïcide sterven dan vrouwen. B: Van Hemert & De Kruif, 2009.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat vooral jongere vrouwen in Nederland vaker suïcidepogingen doen die worden behandeld in een algemeen ziekenhuis. A2: Arensman, 1995. B: Burger, 2000; 2010.
Niveau 2	Zwangerschap en de zorg voor jonge kinderen zijn bij gezonde vrouwen geassocieerd met een lager suïciderisico. A1: Harris & Barraclough, 1994; Qin & Mortensen, 2003; Appleby, 1991; Hoyer & Lund, 1993; Marzuk, 1997.

Overige overwegingen

De omgekeerde distributie van leeftijd en geslacht voor suïcidepogingen in vergelijking met suïcide is in de praktijk van belang bij het onderzoek van patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan. Jonge vrouwen doen naar verhouding vaak suïcidepogingen met naar verhouding weinig suïcides.

Voor mannen van middelbare leeftijd en ouder geldt het omgekeerde. Het is waarschijnlijk dat suïcidepogingen bij oudere mannen beschouwd moeten worden als risicovoller.

Aanbeveling

- Het is aan te bevelen om suïcidepogingen, vooral bij mannen boven 45 jaar, op te vatten als een belangrijke risico-indicator voor sterfte door suïcide.

Wetenschappelijke onderbouwing: leeftijd

Op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek hebben Van Hemert en De Kruif (2009) voor Nederland de incidentie beschreven van suïcide naar leeftijd en geslacht voor de periode van 1970 tot 2007. Hier worden incidentiecijfers gegeven per 100.000 persoonsjaren in 2007. Onder de 15 jaar kwam suïcide weinig voor (0,3 per 100.000 persoonsjaren). Tussen 15 en 19 jaar was de incidentie met 5,1 voor jongens en 1,4 voor meisjes betrekkelijk laag. Met het toenemen van de leeftijd nam de incidentie voor mannen geleidelijk toe van 10,5 in de groep 20-29 jaar tot 17,5 in de groep van 50-59 jaar. Daarna daalde de incidentie tot 14,0 in de groep 70-79 jaar. Bij de mannen boven de 80 jaar was de incidentie met 22,1 het hoogst.
Voor vrouwen lag de piek voor de incidentie van suïcide 10 jaar eerder. Tussen 20-29 jaar en 40-49 jaar nam de incidentie toe van 3,3 naar 7,5. Daarna was de incidentie min of meer constant tot 60-69 jaar, gevolgd door een afname tot 5,8 bij vrouwen boven de 70 jaar. De toename die wordt gezien bij mannen boven de 80 jaar was er niet meer voor vrouwen.
Het verlies aan levensjaren door suïcide in Nederland was in 2007 het grootst in de leeftijd van 20-59 jaar; 24.668 jaar voor mannen en 10.907 jaar voor vrouwen. Voor jongeren onder de 20 jaar was het totale verlies aan levensjaren 2.640 jaar en 5.023 jaar voor ouderen boven de 60 jaar.
Tussen 1983 en 2007 was er in Nederland en ook daarbuiten een aanzienlijke daling van het aantal suïcides met 38%. De daling was met 18% voor mannen van 20-59 jaar beperkt. Voor vrouwen was de daling in deze leeftijdsgroep 47%. De daling was met 58% het grootst voor mannen en vrouwen boven de 60 jaar.
De leeftijdsverdeling voor suïcidepogingen verschilt sterk van die van suïcides. Arensman et al. (1995) onderzochten de incidentie van suïcidepogingen die waren gemeld in de algemene ziekenhuizen in de regio Leiden in de periode 1989-1992. De GGD van Den Haag deed soortgelijk onderzoek in Den Haag in de periode 2002-2004 en 2008-2009 (Burger et al., 2005, Burger et al., 2010). Een consistente bevinding was dat het aantal suïcidepogingen bij jonge vrouwen het hoogst was en dat het aantal afnam met de leeftijd. In het meest recente Haagse onderzoek was de incidentie

voor vrouwen tussen 15 en 24 jaar rond 300 per 100.000 persoonsjaren. Tussen 25 en 54 jaar was de incidentie voor vrouwen betrekkelijk constant rond 200. Daarna nam de incidentie voor vrouwen af van 60 bij 55-64 jaar tot 35 boven de 75 jaar. Voor jonge mannen tussen 15 en 24 jaar was de incidentie van suïcidepogingen met 80 per 100.000 aanzienlijk lager dan de incidentie bij vrouwen. Tussen 25 en 64 jaar was de incidentie bij mannen betrekkelijk constant rond 100 per 100.000 Boven 65 jaar daalde de incidentie tot 40 per 100.000 persoonsjaren.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de incidentie van suïcide in Nederland het hoogste is bij mannen van middelbare leeftijd en bij mannen boven de 80 jaar. De incidentie van suïcidepogingen is het hoogste bij vrouwen jonger dan 20 jaar. A2: Arensman, 1995. B: Burger, 2005; Burger, 2010; Van Hemert & De Kruif, 2009.

Overige overwegingen

Suïcidaal gedrag moet mede begrepen worden in relatie tot de levensfase. Belangrijke thema's voor jongeren zijn relaties en sociale inbedding. Dezelfde thema's spelen ook in de volwassenheid, maar daarnaast bestaan twijfels over hetgeen in het leven gerealiseerd is of zou moeten zijn. Een voorbeeld is de thematiek van verlies van werk of langdurige werkloosheid. Bij ouderen wordt het verlies van gezondheid naar verhouding belangrijker.

Aanbevelingen

- In het algemeen wordt aanbevolen om bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag aan te sluiten bij leeftijdsspecifieke thema's.
- NB Specifieke thema's over jongeren en ouderen worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 6, paragraaf 3 en 4.

Wetenschappelijke onderbouwing: probleemoplossingsvaardigheden

Elliot en Frude (2001) ontdekten het belang van probleemoplossingsvaardigheden. Zij onderzochten in Wales volwassenen die zichzelf wilden vergiftigen. Ze vonden een sterke relatie tussen het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen en wanhoop. Ze stelden vast dat het beschikken over probleemoplossingsvaardigheden de kracht van dit verband aanzienlijk vermindert. Dit sluit aan bij de bevindingen van Speckens et al. (2005) in een Nederlandse overzichtsstudie bij suïcidale adolescenten. Probleemoplossend vermogen hangt negatief samen met suïcidaal gedrag. Piquet et al. (2003) hadden eenzelfde conclusie na de vergelijking tussen populaties opgenomen adolescenten met en zonder een suïcidepoging.

Wetenschappelijke onderbouwing: perfectionisme
Perfectionisme is een multidimensioneel begrip. O'Conner (2007) vergeleek in 29 onderzoeken de relatie tussen perfectionisme (namelijk: zeer zelfkritisch en bezorgd om de verwachting die anderen van je hebben) en suïcidaal gedrag. Hoewel in meerdere onderzoeken een significante relatie werd gevonden, zijn de definities van het begrip zo verschillend dat vraagtekens gezet moeten worden bij de generaliseerbaarheid van deze bevinding.

Wetenschappelijke onderbouwing: neuroticisme
In de eerdergenoemde overzichtstudie noemen Brezo et al. (2006) naast wanhoop neuroticisme als persoonlijkheidsfactor die geassocieerd is met suïcidaal gedrag. Neuroticisme, hier omschreven als emotionele instabiliteit, hangt samen met suïcidegedachten (Chioqueta & Stiles, 2005; Farmer et al., 2001; Heisel et al., 2006; Kerby, 2003; Velting, 1999) en suïcidepogingen (Claes et al., 2010; Useda et al., 2007). Er zijn geen onderzoeken gevonden de een associatie met suïcide tonen. In alle onderzoeken is suïcidaal gedrag, gerelateerd aan hogere neuroticismescores, soms onafhankelijk van de aanwezigheid van depressie (Farmer et al., 2001).

Wetenschappelijke onderbouwing: homo- en biseksualiteit
In twee overzichtonderzoeken van grote groepen hetero-, homo- en biseksuele volwassenen en adolescenten (King, 2008) in de Verenigde Staten en Europa is de algemene conclusie dat bi- en homoseksuele mannen en vrouwen vaker suïcidaal gedrag vertonen in de vorm van suïcide-ideatie en suïcidepogingen. Lewis (2009) vond grote regionale verschillen met het grootste verschil in een Nederlandse studie bij hetero- en homoseksuele mannen (Sandfort et al., 2001; De Graaf et al., 2006). De kans op een suïcidepoging is bij heterojongeren 1,5%, tegenover 14,5% bij bi- en homoseksuele jongeren (Lewis, 2009). Hoewel Nederland internationaal bekendstaat als een liberaal land voor homoseksuelen, zoeken de auteurs de verklaring in een acceptatie die mogelijk lager is dan officiële cijfers doen vermoeden en veronderstellen zij dat stigma en discriminatie mogelijk subtielere vormen aannemen (De Graaf et al., 2006).

Conclusies

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat neuroticisme een risicofactor is voor suïcidegedachten en een suïcidepoging. B: Brezo, 2006.

Niveau 2	Het is aannemelijk dat een gebrek aan probleemoplossingsvaardigheden een risicofactor is voor suïcidaal gedrag bij jongeren met een depressie. A2: Speckens, 2005.
Niveau 3	Perfectionisme is een multidimensioneel begrip. Uitgaande van de omschrijving 'zeer zelfkritisch en bezorgd om verwachtingen die anderen van je hebben' is perfectionisme een risicofactor voor suïcidaal gedrag. B: O'Conner, 2007.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat bepaalde subgroepen in de bevolking een hoger suïciderisico hebben, zoals homo- en biseksuelen. C: King, 2008; Lewis, 2009.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren in welke mate de patiënt beschikt over probleemoplossingvaardigheden.
- Bij persoonlijkheidsonderzoek in het kader van suïcidaal gedrag is het aan te bevelen in het bijzonder te letten op de mate van neuroticisme.
- Het is aan te bevelen om de seksuele geaardheid van de patiënt te betrekken in het onderzoek naar suïcidaal gedrag.

2.3 Levensovertuiging

Voor het belang van levensovertuiging voor suïcidaal gedrag was het literatuuronderzoek beperkt tot de rol van religie. Alhoewel zingevingsaspecten bij suïcidaal gedrag van centraal belang worden geacht, is de onderzoeksliteratuur hierover beperkt. Als uitgangspunt werd de richtlijn van de American Psychiatric Association gebruikt (APA, 2003). Aanvullend werd in PubMed gezocht naar reviewartikelen met de trefwoorden 'religion' en 'suicide'.

Wetenschappelijke onderbouwing

Gearing en Lizardi (2009) schreven een review over de relatie tussen suïcidaal gedrag en religie op basis van een systematische search van PsycINFO en MEDLINE, voor de periode 1980-2008. Zij concludeerden dat de mate van religieuze betrokkenheid direct samenhangt met de mate van suïcidaal gedrag: meer betrokkenheid voorspelt een lager risico. Verschillende mechanismen zoals minder agressie en vijandigheid en meer redenen om te leven worden als verklaring gegeven. De beschermende rol van religie geldt voor alle onderzochte religies met de kanttekening dat het onderwerp niet overal even veel aandacht krijgt. In de studie van Stack en Kposowa

(2011) zijn gegevens van de World Values Surveys betrokken van 50.547 individuen uit 56 landen. De individuele mate van acceptatie van suïcide was de afhankelijke variabele. De resultaten bevestigen dat religieuze betrokkenheid, religieuze integratie (het delen van overtuigingen met geloofsgenoten) en een religieus netwerk bijdragen aan lagere acceptatie van suïcide. De auteurs leggen een negatief verband tussen een lage acceptatiegraad van suïcide en suïcidaal gedrag.

Conclusie

Niveau 2	Actieve betrokkenheid bij een religieuze gemeenschap is een beschermende factor tegen suïcidaal gedrag. A1: Stack, 2011. B: Gearing, 2009.

Overige overwegingen
Bij een zorgvuldige beoordeling van religie als beschermende factor is de mate van religieuze betrokkenheid van doorslaggevend belang.

Aanbeveling
- Het is aan te bevelen om bij het onderzoek van religie als beschermende factor voor suïcidaal gedrag de mate van actieve betrokkenheid specifiek na te vragen.

2.4 Maatschappelijke factoren en het steunsysteem

In dit onderdeel bespreken wij een restgroep van kwetsbaarheidsfactoren. Het betreft het empirische bewijs over de relatie tussen suïcidaal gedrag en de burgerlijke staat en het steunsysteem, de sociaaleconomische status en werkloosheid, en het beroep.

Wetenschappelijke onderbouwing: burgerlijke staat en steunsysteem
In een grote steekproef in diverse West-Europese landen vonden Lorant et al. (2005) dat gehuwd zijn beschermt tegen suïcidaal gedrag. In diverse onderzoeken is gevonden dat alleenstaanden zich vaker suïcideren dan gehuwden en personen die leven in gezinsverband (Luoma & Pearson, 2002, Heikkinen et al., 1995, Kaprio et al., 1987).
Het is aannemelijk dat verbondenheid met familie, kinderen en een partner, en het bredere sociale netwerk (vrienden, kennissen, buren, collega's enzovoort), en het gevoel van verantwoordelijk zijn voor familieleden beschermt tegen suïcidaal gedrag (McLean et al., 2008; Rubenowitz et al., 2001; Hoyer & Lund, 1993). Ook verbondenheid met een professional of mantelzorger is beschermend tegen suïcidaal gedrag (Chesley & Loring-McNulty, 2003). Uit onderzoeken bij suïcidepogers (Chesley &

Loring-McNulty, 2003; Fleischmann et al., 2008) waarin gevraagd werd hoe een herhaalde poging kon worden voorkomen, bleek dat het hebben van persoonlijke relaties de belangrijkste reden om te leven is.

Wetenschappelijke onderbouwing: sociaaleconomische status en werkloosheid

In een overzicht van 86 onderzoeken in Europa concludeerden Rehkopf en Buka (2006) dat in lagere sociaaleconomische klassen suïcide vaker voorkomt en dat suïcide geassocieerd is met relatieve armoede en deprivatie, gebaseerd op het gevoel van achtergesteld zijn ten opzichte van anderen. In Nederlands onderzoek is gevonden dat mensen uit lagere sociaaleconomische klassen vaker een suïcidepoging rapporteren en een hoger slagingspercentage hebben (Ten Have et al., 2006).
Kraut en Walld (2003) concludeerden op basis van hun Canadese studie (n = 43.188) dat onder werklozen vaker suïcidaal gedrag voorkomt. Platt en Hawton (2000) komen in een overzichtsstudie tot eenzelfde bevinding. Het risico van suïcide was onder werklozen consequent verhoogd, ook als gecontroleerd wordt voor leeftijd, geslacht, sociale klasse en opleiding. Stuckler et al. (2009) onderzochten de relatie tussen economische recessie, vooral werkloosheid, en sterftecijfers over een periode van 37 jaar in 26 Europese landen. Toenemende werkloosheid hangt samen met meer suïcide bij zowel mannen als vrouwen.

Wetenschappelijke onderbouwing: beroep

De overzichtstudie van Platt en Hawton (2000) van 165 onderzoeken naar werk en suïcidaal gedrag detecteerde enkele beroepen met een hoger risico van suïcide. Artsen en verpleegkundigen hebben eenvoudiger toegang tot letale middelen. Dit geldt volgens de auteurs ook voor boeren die beschikken over landbouwgif. Het suïciderisico van politiemensen is vergeleken met de algemene bevolkingspopulatie niet verhoogd, ondanks de beschikbaarheid van letale middelen zoals vuurwapens (Lindemann et al., 1996). Voor militairen is het suïciderisico evenmin verhoogd (Rozanov et al., 2009).

Conclusie

Niveau 3	Verbondenheid met familie, kinderen, partner en personen uit een breder sociaal netwerk zijn beschermende factoren tegen suïcidaal gedrag. B: Lorant, 2005.

Niveau 3	Verbondenheid met een professional beschermt tegen suïcidaal gedrag. B: Fleischmann, 2008.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat mensen met een lagere sociaal-economische status, werklozen, alleenstaanden en beroepsgroepen die beschikken over letale middelen een verhoogd risico van suïcidaal gedrag hebben. B: Fleischmann, 2008; Platt & Hawton, 2000. C: King, 2008; Lewis, 2009.

Overige overwegingen
Bepaalde maatschappelijke omstandigheden zoals lage sociaaleconomische status vertonen een statistische samenhang met suïcidaal gedrag, maar zijn zo grofmazig dat ze alleen in samenhang met andere factoren van belang zijn in het onderzoek naar suïcidaal gedrag. Bovendien zijn veel maatschappelijke factoren niet onderzocht voor de Nederlandse situatie, waardoor het niet bekend is in hoeverre de conclusies voor de Nederlandse populatie gelden.

Aanbeveling
- Het is aan te bevelen maatschappelijke en steunfactoren die samenhangen met suïcidaal gedrag, zoals werkloosheid, lage sociaaleconomische status, de status van alleenstaande, en beroepsrisico's van groepen die beschikken over letale middelen, in het onderzoek te betrekken.

3 Stressoren

Welke stressoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag? De stressoren worden hier besproken in drie groepen: psychiatrische aandoeningen, psychologische factoren, en ingrijpende negatieve gebeurtenissen en verlieservaringen, waaronder lichamelijke aandoeningen.

3.1 Psychiatrische aandoeningen
Bij psychiatrische aandoeningen kan suïcidaal gedrag een symptoom van de stoornis zijn. Ook zijn er psychiatrische symptomen die verband houden met een verhoogd risico van suïcide. Hier volgt een overzicht van de evidentie. Tabel 4.1 toont een overzicht van de relatieve risico's voor suïcide bij de verschillende diagnosen.

Wetenschappelijke onderbouwing: psychiatrische aandoeningen
In een meta-analyse van 37 onderzoeken naar doodsoorzaken bij psychiatrische aandoeningen vonden Harris en Barraclough (1997) voor bijna alle psychiatrische aandoeningen een verhoogd risico van suïcide. Voor alle aandoeningen tezamen was het risico 11 keer hoger dan bij afwezigheid van een psychiatrische aandoening. In een meta-analyse van psychologische-autopsieonderzoeken bleek dat 74-100% (mediaan 91%) van de personen die waren overleden door suïcide op dat moment leed aan een psychiatrische stoornis (Cavanagh et al., 2003). Uit de meest recente meta-analyse van 27 van soortgelijke onderzoeken verricht tussen 1986 en 2002 van in totaal 3.275 suïcides blijkt dat minstens 87% van de overledenen een of meer psychiatrische diagnoses had voorafgaand aan de suïcide (Arsenault-Lapierre et al., 2004). Het meest frequent waren stemmingsstoornissen (43%) en stoornissen in gebruik van middelen (26%). Het populatieattributief risico (PAR) van psychiatrische aandoeningen voor suïcide wordt geschat tussen 47 en 74% (Cavanagh et al., 2003).

Wetenschappelijke onderbouwing: behandelvoorgeschiedenis
Verschillende onderzoeken laten zien dat suïcide het meest voorkomt bij patiënten die een intensieve psychiatrische behandeling hebben ondergaan (Harris & Barraclough, 1997; Bostwick, 2000). Het is de vraag of dit komt omdat dit een groep is die zieker is, of dat een klinische opname aanleiding geeft tot meer ontmoediging. Na verandering van behandelsetting of na een recente opname bestaat er een verhoogd risico van suïcide en suïcidepogingen (Goldacre, 1993; Harris & Barraclough, 1997; Appleby et al., 1999) min of meer onafhankelijk van de psychiatrische diagnose. Naarmate de tijd verstrijkt na een opname wordt het suïciderisico kleiner, maar het blijft verschillende jaren verhoogd.

Wetenschappelijke onderbouwing: specifieke psychiatrische aandoeningen
Het risico van suïcide bij patiënten met een psychiatrische aandoening is niet bij alle stoornissen even groot (APA, 2003). Hierna wordt afzonderlijk de evidentie besproken voor stemmingsstoornissen, angststoornissen, schizofrenie, stoornissen in het gebruik van middelen, eetstoornissen, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen. Voor alle risico's die vermeld worden geldt de kanttekening dat in het onderzoek meestal geen rekening is gehouden met comorbiditeit. Het belang van comorbiditeit wordt bij de afzonderlijke stoornissen herhaaldelijk aangeduid en er is een aparte paragraaf aan gewijd.

Wetenschappelijke onderbouwing: stemmingsstoornissen
Harris en Barraclough (1997) vonden in hun meta-analyse voor unipolaire

depressie een 20 maal verhoogd risico, voor bipolaire stoornissen een 15 maal verhoogd risico en voor dysthymie een 12 maal verhoogd risico. In een recentere meta-analyse van 28 onderzoeken werd voor bipolaire stoornissen een 22 maal verhoogd risico gevonden (Tondo et al., 2003). In een prospectief onderzoek met een follow-up van 11 jaar bij 1.983 patiënten met een unipolaire stoornis en 834 patiënten met een bipolaire stoornis was het risico bij bipolaire stoornissen 5 keer hoger dan bij unipolaire stoornissen (Tondo et al., 2007). In dit onderzoek deden patiënten met een bipolaire stoornis 2 keer zo vaak een suïcidepoging. In een recent epidemiologisch onderzoek werd significant meer suïcide-ideatie vastgesteld bij patiënten met een bipolaire stoornis (72%; n = 1.154) dan met een unipolaire stoornis (39%; n = 11.904) (Weinstock et al., 2009). Uit een prospectief onderzoek bij 6.891 ambulante patiënten bleek dat het suïciderisico hoger was bij ernstiger depressies (Brown, 2000). Suïcide bij patiënten met een depressieve stoornis komt het meest voor bij patiënten die opgenomen zijn geweest (Bostwick et al., 2000; Angst et al., 2002). Naast de stemmingsstoornis zijn ook andere factoren van belang, zoals angst, paniek, concentratieproblemen, slapeloosheid, anhedonie, wanhoop, alcoholmisbruik en comorbide stoornissen zoals angststoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (Fawcett et al., 1990; Henriksson et al., 1995; Hawton, 2005).

Wetenschappelijke onderbouwing: angststoornissen

In een registeronderzoek is gevonden dat het risico van suïcide bij angststoornissen 6 keer hoger is dan in de algemene populatie (Harris & Barraclough, 1997, Allgulander, 1994). Een database met 20.076 patiënten die behandeld waren voor angststoornissen liet een 10-voudig verhoogd risico zien (Khan et al., 2002). Eenzelfde risico is gerapporteerd voor paniekstoornissen (Harris & Barraclough, 1997). De relatieve risico's zijn waarschijnlijk overschat, omdat veel onderzoeken gebaseerd zijn op een selectie van de meest ernstige patiënten die vanwege een angststoornis waren opgenomen.

Suïcide-ideatie en suïcidepogingen komen vaak voor bij angststoornissen (Warshaw et al., 2000; Pirkis et al., 2000) al of niet in samenhang met comorbide depressie of andere stoornissen waarbij suïcidaal gedrag voorkomt.

Wetenschappelijke onderbouwing: angst

In een meta-analyse van 46 cohort- of case-controleonderzoeken en in een retrospectief dossieronderzoek van 76 patiënten opgenomen of recent ontslagen werd een sterke correlatie gezien tussen het risico van suïcide en de mate van angst, zeker als er ook een depressieve stoornis was (Conner et al., 2001; Busch et al., 2003). Bij depressieve patiënten die

zich suïcideerden of suïcidepogingen deden is vastgesteld dat hevige angst of paniekaanvallen vaak voorkwamen, maar in een onderzoek naar angst bij 272 depressieve patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan werd geen verschil gevonden met degene die geen poging hadden ondernomen (Placidi et al., 2000; Busch et al., 2003).

Wetenschappelijke onderbouwing: schizofrenie

Een meta-analyse van 29 case-controle- en cohortonderzoeken liet zien dat het risico van suïcide bij schizofrenie 8,5 keer hoger is dan in de algemene bevolking (Hawton et al., 2005). Dit komt overeen met de meta-analyse van Harris en Barraclough (1997) die gedeeltelijk op dezelfde onderzoeken was gebaseerd. Na een eerste psychose wordt het risico 12 keer groter ingeschat (Dutta, 2010). In een systematisch overzicht van 29 cohortonderzoeken en een analyse van 51 onderzoeken na 2004 wordt het lifetimerisico van suïcide bij patiënten met schizofrenie geschat op ongeveer 5% (Palmer et al., 2005; Hor & Taylor, 2010). Op grond van psychologische-autopsieonderzoeken is geschat dat 7% van alle suïcides kan worden toegeschreven aan schizofrenie en 5% aan een schizoaffectieve stoornis (Heila et al., 1997).

Uit een systematisch overzicht van 29 cohortonderzoeken en een langlopend Fins cohortonderzoek blijkt dat het risico van suïcide het hoogst is tijdens de eerste 3 tot 7 jaar nadat de diagnose is gesteld (Palmer et al., 2005; Alaräisänen et al., 2009). Meer ziekte-inzicht verhoogt het risico van suïcide, vooral wanneer ziekte-inzicht gepaard gaat met toegenomen wanhoop (Bourgeois et al., 2004; Wilson & Amador, 2005). Bourgeois et al. (2004) nuanceren dit gegeven door te stellen dat premorbide inzicht het risico verhoogt, terwijl ziekte-inzicht als gevolg van de behandeling het risico juist verkleint. Een grote discrepantie tussen verwachtingen van de toekomst voor en na het ontstaan van de ziekte kan leiden tot toegenomen depressieve gevoelens, wanhoop en in het uiterste geval tot suïcide, de zogeheten demoralisatiehypothese (Drake & Cotton, 1985; Lewine, 2005; Restifo et al., 2009). Meer in het algemeen is angst voor toekomstige mentale desintegratie geassocieerd met een verhoogd suïciderisico (Hawton et al., 2005).

Het risico van suïcide is sterk verhoogd in de periode na een opname (Nordentoft & Mortenson, 2005). Pompili (2005a) toont in literatuuroverzicht aan dat 6,8% van klinisch opgenomen patiënten zich suïcideert in een periode die varieert van 1 tot 26 jaar na de eerste opname. Ook wanneer patiënten lijken op te knappen, tijdens een terugval of een postpsychotische depressie, is het risico van suïcide verhoogd (Meltzer, 2002; Siris, 2000).

Risicofactoren zoals het ontbreken van een partner en werkloosheid hebben in het kader van schizofrenie weinig afzonderlijke betekenis, omdat

deze omstandigheden onder mensen met schizofrenie vaak voorkomen. Terwijl suïcide in het algemeen is geassocieerd met een lager opleidingsniveau is dit bij schizofrenie tegenovergesteld (Hawton et al., 2005, McGirr et al., 2006). Deze omgekeerde relatie tussen sociaaleconomische status en suïcide bij patiënten met schizofrenie wordt verklaard door de in het voorafgaande genoemde demoralisatiehypothese (Drake & Cotton,1985; Lewine, 2005; Restifo et al., 2009).
Andere factoren die zijn geassocieerd met een verhoogd risico, zijn onvoldoende therapietrouw, recente verliezen, agitatie en motorische onrust (Hawton et al., 2005).
Bij prominente negatieve symptomen is het suïciderisico verlaagd (Hawton et al., 2005; McGirr et al., 2006). Bevindingen uit onderzoek bij patiënten met positieve symptomen zijn inconsistent. Wanen lijken positief geassocieerd met een verhoogd suïciderisico, terwijl hallucinaties het risico lijken te verlagen (Hawton, 2005). Er is geen duidelijk verband gevonden tussen suïcide en bevelshallucinaties (Rudnick, 1999; Montross et al., 2006; Kaplan et al., 1999; Heila et al., 1999; Harkavy-Friedman, 2003). Er is echter beperkt onderzoek voorhanden. Het opvolgen van bevelshallucinaties komt voor en kan in sommige gevallen tot suïcidaal gedrag leiden. Bij psychotische patiënten dient het vragen naar dergelijke hallucinaties onderdeel van de anamnese te zijn.
In geval van suïcide bij schizofrenie en andere psychotische stoornissen lijkt er minder vaak sprake van psychiatrische comorbiditeit dan bij andere psychiatrische aandoeningen, met uitzondering van stoornissen in het gebruik van middelen (McGirr et al., 2008; Kim et al., 2003). Een comorbide depressie bij een patiënt met schizofrenie gaat echter gepaard met een verhoging van het risico. Hetzelfde geldt voor afzonderlijke depressieve symptomen als wanhoop, waardeloosheid, laag zelfbeeld en slaapproblemen (Hawton et al., 2005; Lester 2006).
Bij 40% van de patiënten met schizofrenie is suïcide-ideatie gevonden en bij 20-40% van de patiënten met schizofrenie komen suïcidepogingen voor (Drake et al., 2006). Mogelijk zijn deze percentages bij patiënten met een schizoaffectie stoornis nog hoger. Vaak gaat het om ernstige suïcidepogingen, zowel medisch gezien als wat betreft de intentie (Harkavy-Friedman et al., 1999).

Wetenschappelijke onderbouwing: stoornissen in het gebruik van middelen

Harris en Barraclough (1997) vonden een 6 maal hoger suïciderisico bij alcoholmisbruik, bij cannabis een 4 maal hoger risico, bij sedativa en hypnotica een 20 maal hoger risico, bij opiaten een 14 maal hoger risico en bij polidrugsgebruik een 20 maal hoger risico. Het relatieve risico van suïcide was met 44 het hoogste voor illegaal gebruik van sedativa en

hypnotica. Wilcox et al. (2004) constateerden in een overzicht van 42 onderzoeken dat middelenmisbruik en -afhankelijkheid de kans op suïcide sterk vergroten. Die kans is 9 maal groter bij het misbruik van alcohol, 13,5 maal bij misbruik van opiaten en 16,8 maal groter voor polidrugsgebruikers. Cherpitel et al. (2004) rapporteerden dat in 37 onderzoeken waarin suïcide is bestudeerd er bij 37% van de patiënten sprake was van alcoholgebruik. Op basis van 16 onderzoeken concludeerden zij dat er bij 40% van de suïcidepogingen sprake is van alcoholgebruik.
Relatieproblemen houden mogelijk verband met suïcide bij alcoholisten, maar deze kunnen ook gevolg zijn van het alcoholprobleem. Bij de helft tot driekwart van de alcoholisten die overleden aan suïcide is een depressie vastgesteld. Suïcide komt bij alcoholisten meestal laat in het beloop van de stoornis voor, nadat er vaker suïcide-uitingen zijn voorgekomen en het met de patiënt geleidelijk in de meeste opzichten slechter gaat (APA, 2003). Ook suïcidepogingen komen veel voor bij alcoholisten; bij vrouwen vaker dan bij mannen, bij een jonge leeftijd, lage sociale status, op jonge leeftijd begonnen met drinken, alcoholgerelateerde problemen, grote hoeveelheden drinken, en alcoholisme in de directe familie. Het risico van suïcidepogingen is verhoogd bij patiënten met een comorbide psychiatrische aandoening zoals depressie, misbruik van andere middelen, antisociale persoonlijkheidsstoornis of angststoornis (APA, 2003). Voor andere middelen dan alcohol noemt de richtlijn van de American Psychiatric Association dezelfde bevindingen (APA, 2003).

Wetenschappelijke onderbouwing: eetstoornissen
Er is vooral bij anorexia nervosa een sterk verhoogd risico van suïcide (RR = 23; Harris & Barraclough, 1997) en suïcidepogingen (Milos et al., 2004) vastgesteld. Het suïciderisico bij boulimia kon in de meta-analyse van Harris en Barraclough niet worden vastgesteld vanwege te geringe aantallen. Verhoogde risico's zijn gerapporteerd in kleinere onderzoeken waarvoor publicatiebias niet kan worden uitgesloten. Verder is het niet duidelijk in hoeverre het extreem hoge relatieve risico aan de eetstoornis of aan comorbide stemmingsstoornissen moet worden toegeschreven (Pompili et al., 2006).

Wetenschappelijke onderbouwing: ADHD
In dertien psychologische-autopsieonderzoeken en elf prospectieve langetermijnvervolgonderzoeken is geen duidelijk verband tussen ADHD en suïcide gevonden (James et al., 2004). Als er al een verband bestaat zou dat vooral voor mannen gelden, maar dit kan ook het gevolg zijn van comorbide stoornissen zoals een gedragsstoornis, misbruik van middelen en depressie.

Wetenschappelijke onderbouwing: persoonlijkheidsstoornissen
De persoonlijkheidsstoornissen horen strikt genomen bij de kwetsbaarheidsfactoren. De stoornissen staan hier beschreven vanwege de samenhang met de andere psychiatrische aandoeningen. Bij persoonlijkheidsstoornissen is het risico van suïcide 7 keer hoger dan in de algemene populatie (Harris & Barraclough, 1997). Speciaal bij borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornissen en mogelijk ook bij vermijdende en schizoïde persoonlijkheidsstoornissen is de kans op suïcide verhoogd (Linehan et al., 2000). Van de patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zou 5% zich uiteindelijk suïcideren (Links et al., 2003). Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis lopen de percentages uiteen van 3 (McGlashan, 1986) tot 10 (Black et al., 2004).
Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is in het bijzonder het risico van suïcide verhoogd bij comorbide stemmingsstoornissen en/of middelenmisbruik (Isometsa et al., 1996). Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Yen et al., 2003).
In psychologische-autopsieonderzoeken werd bij ongeveer de helft van de suïcides een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld (Hunt et al., 2006; Brown et al., 2000; Baxter & Appleby, 1999). Het gebruik van de methode van psychologische autopsie wordt overigens door sommigen als minder bruikbaar beschouwd bij persoonlijkheidsstoornissen (Ernst et al., 2003).
Bij 55-70% van de suïcidepogingen werden persoonlijkheidsstoornissen vastgesteld (Cheng et al., 1997; Chioqueta & Stiles, 2004). Andersom doet 40-90% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wel eens een suïcidepoging (Linehan et al., 2000). Vaak is er sprake van een comorbide psychiatrische diagnose, vooral een depressieve stoornis en middelenmisbruik (Oquendo et al., 2003; Linehan et al., 2000; Suominen et al., 2000).

Wetenschappelijke onderbouwing: comorbiditeit
Bij patiënten die zich suïcideren, wordt vaak meer dan één psychiatrische aandoening vastgesteld. Datzelfde geldt voor de aanwezigheid van psychiatrische symptomen. Het zijn vooral stoornissen in het gebruik van middelen in het bijzonder alcohol, die zeer vaak worden vastgesteld bij alle vormen van suïcidaal gedrag (Harris & Barraclough, 1997; Cavanagh et al., 2003; Wilcox et al., 2004; Ilgen et al., 2010). Depressies worden gevonden bij de helft tot driekwart van de patiënten met alcoholgerelateerde stoornissen die zich suïcideren (Murphy et al., 1992). Bij alcoholisten met een lichamelijke ziekte en een psychiatrische aandoening is er een verhoogd risico van suïcide; hoe meer middelen gebruikt worden hoe hoger het risico.
Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben een verhoogd suïcide-risico als er tevens depressieve symptomen bestaan, of een stoornis in het

gebruik van middelen (Linehan, 2000; Ahrens et al., 1996; Corbitt et al., 1996) en een persoonlijkheidsstoornis wordt bij vrijwel alle suïcides vastgesteld (Isometsa, 1996).
Voor suïcidepogingen geldt ook dat er vaak comorbide stoornissen worden vastgesteld (Suominen et al., 1996). Het gaat om dezelfde comorbide stoornissen als bij suïcide. Het lijkt erop dat hoe meer diagnosen worden vastgesteld, hoe groter de kans op een poging (Beautrais et al., 1996; Borges et al., 2000). Ook het aantal en de ernst van de symptomen zijn gerelateerd aan verhoogd risico, ongeacht of er sprake is van een psychiatrische diagnose.

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat het relatieve risico van suïcide, suïcidepogingen en suïcide-ideatie zeer sterk verhoogd is (tot twintigmaal of hoger) bij stemmingsstoornissen. Er zijn aanwijzingen voor een vergelijkbaar verhoogd risico bij anorexia nervosa en bij misbruik van sedativa, opiaten en polydrugsgebruik. Het is aangetoond dat het risico sterk verhoogd is (tot tienmaal) bij schizofrenie, misbruik van alcohol, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen waarbij een opname noodzakelijk was. A2: Harris & Barraclough, 1997; Bostwick, 2000; Arsenault-Lapierre, 2004; Wilcox, 2004; Hawton et al., 2005. B: James, 2004.
Niveau 1	Ongeveer 90% van de mensen die zich suïcideren hebben op het moment van suïcide een psychiatrische diagnose. A2: Cavanagh, 2003; Arsenault-Lapieree, 2004; Hawton, 2005.
Niveau 1	Het is aangetoond dat stress-kwetsbaarheidsfactoren en comorbiditeit een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag bij psychiatrische aandoeningen. Vooral de combinatie met stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en alcohol komt veel voor. A2: Bostwick, 2000; Angst, 2002; Wilcox, 2004; Cherpitel, 2004; Hawton, 2005. B: Fawcett, 1990; Henriksson, 1995; Brown, 2000.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat in meer dan de helft van de suïcidepogingen een of meer persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden vastgesteld. Bij de meeste van deze patiënten is sprake van een comorbide stemmingsstoornis en/of misbruik van middelen. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis. C: Cheng, 1997; Chioqueta & Stiles, 2004; Suominen, 2000; Oquendo, 2003; Isometsa, 1996; Yen 2003.

Overige overwegingen
Suïcidaal gedrag komt vaak voor bij psychiatrische aandoeningen en persoonlijkheidsstoornissen. Echter, het betekent niet dat in het beloop van de stoornis of behandeling per defeinitie suïcidaal gedrag zal ontstaan. Comorbiditeit, vooral stoornissen in het gebruik van middelen, depressie en angst, naast psychologische dimensies als impulsiviteit, agressie en angst spelen daarbij een rol. Patiënten blijken zich nogal eens te suïcideren tijdens een opname of kort na ontslag. Vragen die hierbij rijzen zijn: is er voldoende aandacht geweest voor het nog bestaande suïcidale gedrag ondanks dat de patiënt was opgeknapt? Is gedacht aan voldoende nazorg en is dit aansluitend gerealiseerd?

Aanbevelingen
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van symptomen van een psychiatrische aandoening en/of een persoonlijkheidsstoornis.
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van suïcidaal gedrag.
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag en een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis na te gaan of sprake is van comorbide depressie of een stoornis in het gebruik van middelen, en psychologische dimensies als impulsiviteit, wanhoop en angst.
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis die zijn opgenomen, vlak voor het ontslag navraag te doen naar de aanwezigheid van suïcidegedachten, ook als hun toestand verbeterd lijkt.
- Tevens is het sterk aan te bevelen voor dergelijke patiënten, voor zij met ontslag gaan aansluitende nazorg tot stand te brengen en om het eerste contact kort na ontslag te laten plaatsvinden.

3.2 Psychologische factoren
Voor het verband tussen psychologische factoren en suïcidaal gedrag is gezocht naar empirisch bewijs voor een aantal op basis van de literatuur geselecteerde psychologische factoren, namelijk cognitieve factoren waaronder wanhoop, negatief en dwangmatig denken, last voor anderen, impulsiviteit en agressie. Het literatuuronderzoek is gebaseerd op onderzoeken uit de diverse richtlijnen (APA, 2003; NZGG, 2008) en het overzicht van de Schotse overheid (McLean et al., 2008), aanvullend met recente overzichtsartikelen (PubMed).

Tabel 4.1 Standardized mortality ratio (SMR) bij psychiatrische diagnosen

Diagnose		*SMR*	*Bron*
Stemmingsstoornissen	Unipolair	20	Harris & Barraclough, 1997
	Bipolair	15-22	Harris & Barraclough, 1997; Tondo et al., 2003
	Dysthymie	12	Harris & Barraclough, 1997
Angststoornissen (behandeld)		6-10	Harris & Barraclough, 1997; Khan et al., 2002
Schizofrenie		8,5	Harris & Barraclough, 1997; Hawton et al., 2005
	Eerste psychose	12	Dutta 2010
Middelenmisbruik	Alcohol	6-9	Tondo et al., 2003; Wilcox et al., 2004; James et al., 2004; Hawton et al., 2005
	Cannabis	4	Harris & Barraclough, 1997
	Opiaten	14	Harris & Barraclough, 1997; Wilcox et al., 2004
	Sedativa en hypnotica	20-44	Harris & Barraclough, 1997
	Polydrugsgebruik	17-20	Harris & Barraclough, 1997; Wilcox et al., 2004
Eetstoornissen		23	Harris & Barraclough, 1997
ADHD		1	James et al., 2004
Persoonlijkheidsstoornissen		7	Harris & Barraclough, 1997

SMR standardized mortality ratio: te beschouwen als een voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerd relatief risico van suïcides voor de betreffende diagnosegroep

Wetenschappelijke onderbouwing: wanhoop

Wanhoop is gerelateerd aan verhoogd suïciderisico, maar het is de vraag in hoeverre deze toestand onderdeel is van een psychiatrische aandoening of daarvan losstaat. In een prospectief onderzoek onder 1.985 ambulante patiënten bleek een hoge score op wanhoop significant meer voor te komen patiënten die zich suïcideerden (Beck et al., 1985; 1989a; 1989b; 1990). Omdat wanhoop vaak bij depressies voorkomt, wordt aan deze factor een groot gewicht toebedeeld bij het ontstaan van suïcidaal gedrag (Uncapher et al., 1998; Soloff et al., 2000, Hall et al., 1999). Young et al. (1996) concluderen dat binnen de groep depressieve patiënten de mate van wanhoop bepalend is voor het al dan niet ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Brezo et al. (2006) rapporteren op basis van een overzicht van 90

onderzoeken waarin 20.000 personen waren betrokken, dat wanhoop een emotionele toestand is van waaruit relatief veel personen suïcidaal gedrag vertonen. Wanhoop hangt samen met suïcide-ideatie, suïcidepogingen en suïcide. Ook geeft dit onderzoek aanwijzingen dat 'psychische pijn', waaronder schaamte, vernedering, emotionele kwetsbaarheid en krenking risicofactoren zijn voor suïcidaal gedrag. Een meta-analyse van 46 cohort- en case-controleonderzoeken liet zien dat suïcide verband houdt met onder ander impulsiviteit, wanhoop, depressie en angst (Conner et al., 2001; Busch et al., 2003).
Er zijn aanwijzingen dat hoop voor de toekomst beschermend is tegen suïcidepogingen. Meadows et al. (2005) vergeleken 100 suïcidepogers met een controlegroep van 100 niet-pogers en constateerden dat, naast andere factoren, uitzicht op een medische of psychiatrische behandeling of zakelijk succes beschermend is.

Wetenschappelijke onderbouwing: negatief en dwangmatig denken
De eerdergenoemde onderzoeken van Beck et al. (1985; 1989a; 1989b; 1990) en Brezo et al. (2006) wijzen eveneens op de invloed van veelvuldige en terugkerende negatieve cognities op suïcidaal gedrag. Dichotoom of catastrofaal denken (zie Ellis & Rutherford, 2008 voor een overzicht), rumineren en piekeren (Crane et al., 2007; Morrison & O'Connor, 2008; Kerkhof & Van Spijker, 2011) zijn geassocieerd met een verhoogd suïcide-risico. Dit hangt samen met geringe zelfwaardering. De genoemde onderzoeken over negatief en dwangmatig denken tonen een sterke associatie met suïcide-ideatie. Beck et al. (1985; 1989a; 1989b; 1990) en Brezo et al. (2006) constateren daarnaast associaties met suïcidepogingen en suïcide.

Wetenschappelijke onderbouwing: last voor anderen
Joiner et al. (2002) onderzochten in afscheidsbrieven de ervaren last voor anderen, vooral voor kinderen. Personen die door suïcide om het leven kwamen en suïcidepogers verschilden in twee afzonderlijke onderzoeken niet in mate van wanhoop, maar wel in de mate van ervaren belasting voor hun directe familie. Onder degenen die dachten anderen tot last te zijn kwam vaker suïcide voor en bij degenen die dit niet dachten vaker suïcidepogingen. Onduidelijk is in hoeverre de ervaren last voor anderen verklaard kan worden uit de eerdergenoemde factoren, zoals negatief denken.

Wetenschappelijke onderbouwing: impulsiviteit en agressie
Uit onderzoek naar impulsiviteit en agressie in relatie tot suïcidaal gedrag bleek het moeilijk te zijn deze begrippen goed te definiëren en van elkaar te onderscheiden. Het lijkt erop dat ze in geval van suïcidaal gedrag bij alle psychiatrische aandoeningen in aanzienlijke mate voorkomen. Impulsi-

viteit is vooral onderzocht bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis die zichzelf beschadigen, maar dergelijk gedrag is niet alleen aan impulsiviteit toe te schrijven. Niet alle patiënten die suïcidepogingen doen blijken hoog te scoren op impulsiviteit. Een suïcidepoging kan gezien worden als een impulsieve daad, maar ook het gevolg van impulsiviteit van de suïcidepoger (Zouk et al., 2006).
Verschillende onderzoeken laten zien dat impulsiviteit en agressie in hogere mate voorkomen bij suïcidepogers. Echter, het is de vraag of deze trekken los kunnen worden gezien van andere risicofactoren als traumatisering. Mann et al. (1999) vonden in een studie hogere agressie- en impulsiviteitsscores bij 184 opgenomen psychiatrische patiënten met suïcidaal gedrag dan bij opgenomen patiënten zonder suïcidaal gedrag. Dit suggereert dat er tevens een directe relatie is tussen agressie, impulsiviteit en suïcidaal gedrag. Daarnaast zijn onderzoeken verricht naar het temperament van suïcidepogers. Op basis van het onderzoek van Maser et al. (2002) is het aannemelijk dat impulsiviteit gepaard gaat met een verhoogd risico van suïcide bij psychiatrische patiënten. Tevens zijn er aanwijzingen dat agressie inclusief het gebruik van geweld jegens anderen geassocieerd is met een verhoogd risico van suïcide. Angst en Clayton (1986) vonden een relatie tussen premorbide agressie en suïcidepogingen en suïcide bij drie groepen psychiatrische patiënten.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat wanhoop een risicofactor is voor een suïcidepoging en suïcide. B: Beck, 1985; 1989a; 1989b; 1990; Brezo, 2006.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat negatief en dwangmatig denken en geringe zelfwaardering risicofactoren zijn voor suïcidaal gedrag. B: Beck, 1985; 1989a; 1989b; 1990; Brezo, 2006; Morrison & O'Conner, 2008.
Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat impulsiviteit en agressie een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. A2: Conner, 2001. C: Maser, 2002; Mann, 1999.

Overige overwegingen
Het onderzoek naar psychologische factoren in relatie tot suïcidaal gedrag wordt gedomineerd door onderzoeken met veelal verschillende definities van psychologische begrippen, waardoor in overzichtsonderzoeken lastig vergelijkingen te maken zijn. Daarnaast zijn factoren vaak onderling geas-

socieerd en geassocieerd met psychiatrische aandoeningen, waardoor het moeilijk is vast te stellen wat de bijdrage is van elk van de factoren afzonderlijk.

Aanbeveling

- Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren of de patiënt zich wanhopig voelt, geen toekomstplannen heeft, in sterke mate negatieve gedachten heeft over zichzelf of dwangmatige gedachten heeft over suïcide. Ook is het aan te bevelen na te gaan of er sprake is van agressie en/of impulsiviteit.

3.3 Negatieve ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen

Ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen vormen vaak een directe aanleiding tot suïcidaal gedrag. Het begrip verlieservaringen is hier bedoeld in brede zin: het betreft naast het verlies van relaties bijvoorbeeld ook het verlies van gezondheid, werk of vrijheid. Het literatuuronderzoek is gebaseerd op onderzoeken uit twee richtlijnen (APA, 2003; NZGG, 2008) en het overzicht van de Schotse overheid (McLean et al., 2008), aangevuld met recente overzichtsartikelen (PubMed).

Wetenschappelijke onderbouwing: verlies van een persoon

Het verlies van een belangrijk persoon door overlijden (Kaprio et al., 1987) of echtscheiding (CBS, 2009) zijn risicofactoren voor suïcidaal gedrag. In vergelijking met gehuwde mannen is het aantal suïcides onder gescheiden en verweduwde mannen 4 maal hoger. Er is geen verschil tussen verweduwde en gehuwde vrouwen, maar wel tussen gescheiden en gehuwde vrouwen; het verschil is met een verhouding 2:1 minder groot dan bij mannen.

De impact van het overlijden van een familielid door suïcide is door Kim et al. (2005) onderzocht bij 274 familieleden van 25 mannen die door suïcide om het leven kwamen en 171 familieleden van 25 mannen in een gematchte controlegroep. De familieleden van mannen die suïcide hadden gepleegd, hadden in deze studie een tienmaal grotere kans om zelf een eind aan het leven te maken. De auteurs verklaren hun bevinding door familiaire belasting en voorbeeldgedrag (zie paragraaf 2.1, Biologische factoren, onder Wetenschappelijke onderbouwing: biologische markers).

Wetenschappelijke onderbouwing: verlies van gezondheid

Het verlies van gezondheid door een ernstige lichamelijke aandoening en het uitzicht op een verkorte levensverwachting en/of verminderde kwaliteit van leven dragen bij aan suïcidaal gedrag (Harris & Barraclough, 1994). Dit is gevonden voor kanker, multiple sclerose, ziekte van Huntington, chronische pijn, groeistoornis, functiebeperkingen ten gevolge van neuro-

logische aandoeningen of hersenbeschadiging, hiv/aids, maagzweer, slecht instelbare hemofilie, kwaadaardige gezwellen en lupus erythematosus. Harris en Barraclough (1994) vonden geen verhoogd risico voor de ziekte van Parkinson, amputaties, diabetis mellitus, reumatoïde artritis, blindheid, hypertensie en CVA. In diverse onderzoeken (Quan et al., 2002, Stenager et al., 1992) komt naar voren dat andere factoren, zoals leeftijd en depressie, het verhoogde suïciderisico ten dele verklaren.
Er zijn aanwijzingen dat epilepsie en het gebruik van anti-epileptica gepaard gaan met een hoger suïciderisico, afhankelijk van het type epilepsie (Pompili et al., 2005b; Bell et al., 2009; Patorno et al., 2010). Bij deze conclusie zijn vraagtekens te zetten, omdat onvoldoende gecontroleerd is voor depressie, die bij een chronische ziekte zoals epilepsie vaker voorkomt dan in gezonde populaties (Machado et al., 2011).

Wetenschappelijke onderbouwing: ontslag
Er zijn aanwijzingen dat ontslag van werk (Kposowa, 2001) tot een hoger suïciderisico leidt, vooral bij jongere (< 45 jaar), mannelijke werknemers. Kposowa (2001) bekeek de sterftecijfers gedurende 15 jaar in een populatie van 471.922 Amerikanen van wie er 545 overleden door suïcide. Ontslagen mannen hadden de eerste drie jaar een twee tot driemaal hogere kans op suïcide vergeleken met werkende mannen. Na vier jaar waren de verschillen verdwenen. Het verschil in het suïciderisico tussen werkende en ontslagen vrouwen nam in de loop van de jaren juist toe. De auteur wijst op de hoge correlaties tussen ontslag, blijvende werkloosheid en psychiatrische problemen. Als gecontroleerd wordt voor psychiatrische problemen, lagere sociaaleconomische status en alleenlevend bleek ontslag geen onderscheidende factor te zijn.

Wetenschappelijke onderbouwing: huiselijk geweld
Simon et al. (2002) vonden in een gecontroleerde studie onder 5.238 Amerikaanse volwassenen waarin werd gecontroleerd voor sociaaldemografische kenmerken en alcoholgebruik, dat huiselijk geweld zowel voor de plegers als de slachtoffers een risicofactor was voor suïcidegedachten, maar niet voor suïcide (OR = 3,6). Onder degenen die mishandeld werden door hun partner bestond een sterkere samenhang met suïcidaal gedrag (OR = 7,7) dan onder degenen die mishandeld werden door een familielid (OR = 3,4). De samenhang tussen het ondervinden van huiselijk geweld en suïcidaal gedrag is ook gevonden in andere onderzoeken en landen (Wingood et al., 2000; Meadows et al., 2005; Vizcarra et al., 2004).

Wetenschappelijke onderbouwing: detentie
Personen in detentie, vooral in de eerste fase, hebben een hoger suïciderisico. Fazel (2008) verrichte een overzichtstudie over 34 onderzoeken van

4.780 suïcides in gevangenissen in 12 landen. Gedetineerden hebben een hoger risico van suïcide vergeleken met niet-gedetineerden. Het risico hangt samen met psychiatrische problematiek, de ernst van de straf en het verblijf alleen in een cel. Het verhoogde suïciderisico in detentie is ook in Nederlands onderzoek gevonden (Blaauw & Kerkhof, 1999).

Conclusie

Niveau 2	Het verlies van gezondheid door de aanwezigheid van sommige lichamelijke ziekten verhoogt het risico van suïcide. A1: Harris & Barraclough, 1994.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat ingrijpende levensgebeurtenissen zoals het overlijden van een dierbare, echtscheiding, detentie of ontslag het risico van suïcide kunnen verhogen. Hierbij dienen de gebeurtenissen steeds in samenhang met bestaande psychiatrische aandoeningen onderzocht te worden. C: Kposowa, 2001; Fazel, 2008.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het verlies van een naast familielid door suïcide het risico van suïcide verhoogt. C: Kim, 2005.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat betrokkenen bij huiselijk geweld een verhoogd risico van suïcidaal gedrag hebben. C: Simon, 2002.

Overige overwegingen

In de onderzoeken naar de relatie tussen verlieservaringen en suïcidaal gedrag spelen biologische, sociale, demografische, psychologische en psychiatrische factoren een rol. In geen van de beschreven onderzoeken is afdoende gecontroleerd voor deze factoren. Dit heeft gevolgen voor de generaliseerbaarheid van de bevindingen. In het onderzoek naar suïcidaal gedrag (zie bijlage 4) dienen de verlieservaringen en ingrijpende gebeurtenissen steeds in een bredere context geplaatst te worden.

Aanbevelingen

- In het onderzoek naar suïcidaal gedrag dient de professional oog te hebben voor recente verliezen en ingrijpende gebeurtenissen.
- Het is aan te bevelen verlieservaringen en ingrijpende gebeurtenissen in samenhang met andere risicofactoren te onderzoeken, vooral in samenhang met psychiatrische aandoeningen. Verlieservaringen kunnen bestaande psychiatrische problemen ernstiger maken, of psychiatrische problemen oproepen.

4 Structuurdiagnose, prognose en behandelplan

Het onderzoek naar suïcidaal gedrag mondt uit in een diagnostische formulering die de basis vormt voor het behandelplan. In de diagnostische formulering volgt de werkgroep de indeling van een syndroomdiagnose en een structuurdiagnose, zoals beschreven in de *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* (Sno et al., 2004).
De syndroomdiagnose bestaat uit drie onderdelen: de suïcidale toestand, de mate van wilsbekwaamheid daarbij en de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Bij de suïcidale toestand gaat het om een samenvatting van de bevindingen bij de CASE-benadering, over de actuele suïcidegedachten en gebeurtenissen, de recente en ruimere voorgeschiedenis van het suïcidale gedrag, en de huidige gedachten over de nabije toekomst. Bij de stress- en kwetsbaarheidsfactoren gaat het om een samenvatting van de relevante kwetsbaarheidsfactoren en stressoren, zoals beschreven in de voorgaande tekst. De structuurdiagnose bestaat uit de syndroomdiagnose met daarbij werkhypothesen over de etiologie en pathogenese van de suïcidale toestand. De diagnose moet uitmonden in een risicoformulering (prognose), een indicatiestelling voor interventies en de formulering van een (voorlopig) behandelplan.

4.1 Risicoweging

De professional moet bij de patiënt met suïcidaal gedrag een inschatting maken van het directe gevaar en een indicatie stellen voor de directe interventies en behandelsetting en voor de behandeling op langere termijn. Deze paragraaf gaat in op het wetenschappelijke bewijs voor het wegen van risicofactoren voor prognose en indicatiestelling. Het literatuuronderzoek is gebaseerd op de beschikbare literatuur van de APA-richtlijn (2003), aangevuld met een zoekopdracht in PubMed met de combinatie 'prediction' en 'suicide'. Relevante literatuur werd in volgorde geselecteerd op titel, abstract en inhoud van het artikel. Voor het populatieattributief risico (PAR) werd gezocht op de woorden 'population attributabele risk', 'PAR' en 'suicide'. Relevante literatuur werd in volgorde geselecteerd op titel, abstract en inhoud van het artikel.

Wetenschappelijke onderbouwing: predictie

In de voorgaande tekst is een groot aantal factoren beschreven die samenhangen met een risico van suïcide en suïcidepogingen. Het gewicht van de afzonderlijk factoren is niet eenduidig te bepalen, omdat er grote verschillen kunnen zijn tussen populaties en onderzoeksdesigns en omdat de factoren niet onafhankelijk zijn van elkaar. In onderzoek is herhaaldelijk geprobeerd om de informatie over risicofactoren met statistische methoden te wegen en te combineren, met als doel suïcidepogingen en

suïcide te voorspellen. Een van de klassieke onderzoeken is beschreven door Pokorny (1983; 1993). In dit onderzoek werden van 4.691 mannen en 109 vrouwen die waren opgenomen, gegevens verzameld over een groot aantal risicofactoren voor suïcidaal gedrag. Gedurende een vervolgperiode van vier tot zes jaar werd informatie verzameld over suïcide, suïcidepogingen en andere uitkomsten die samenhangen met suïcidaal gedrag. Het onderzoek bevestigde dat veel factoren statistisch significante voorspellers zijn van suïcidaal gedrag. Significante kenmerken die voorspellend waren voor later suïcidaal gedrag waren onder andere: eerdere suïcidepogingen, blank, man, alleenstaand, een diagnose stemmingsstoornis, schizofrenie, alcoholverslaving, en manipulatieve of vijandige persoonlijkheidstrekken. Van de 67 suïcides werden er 30 correct voorspeld. Echter, bij 773 personen was de voorspelling niet correct. Dit komt overeen met een positief voorspellende waarde van 4%. Het was dus wel mogelijk om een hoogrisicogroep op te sporen, maar de voorspellende waarde van een combinatie van factoren was gering.
In de literatuursearch vonden wij twee onderzoeken (Goldstein et al., 1991, Powell et al., 2000) en een review (Cassells et al., 2005) met vergelijkbare bevindingen. We vonden een veelvoud van onderzoeken naar het voorspellen van suïcidaal gedrag, waarin alleen statistische associaties werden vermeld zonder berekening van de voorspellende waarde. Wij nemen aan dat de voorspellende waarde bij deze onderzoeken niet hoger is dan in onderzoeken die de voorspellende waarde wel berekenden. Stefanson et al. (2010) rapporteerden opvallend sterke bevindingen voor de Suicide Intent Scale (SIS) van Beck bij 81 personen na een suïcidepoging. Met een gemiddelde follow-up van 9,7 jaar werd een positief voorspellende waarde van 16,7% gevonden. Gelet op de resultaten van een groot aantal onderzoeken die niet met deze bevinding overeenstemmen moet replicatie van deze bevinding worden afgewacht.

Wetenschappelijke onderbouwing: populatieattributief risico (PAR)
In de onderzoeken die hiervoor zijn beschreven is voor het individu gewogen wat de voorspellende waarde is van een combinatie van risicofactoren voor suïcidaal gedrag. Een andere manier om informatie over risicofactoren te wegen is aan de hand van het populatieattributief risico (PAR). Daarbij gaat het niet om de vraag wat een bepaalde risicofactor bijdraagt aan het suïcidale gedrag van een individu, maar om de vraag wat de factor bijdraagt aan het suïcidale gedrag in een populatie. Het PAR wordt niet alleen bepaald door het gewicht van de relatie tussen de factor en de uitkomst, maar ook door de frequentie van de factor in de populatie. Factoren met een hoge PAR dragen veel bij aan het suïcidale gedrag in de populatie, factoren met een lage PAR dragen weinig bij.
In een meta-analyse van psychologische-autopsieonderzoeken was het

PAR van psychiatrische aandoeningen tussen 47% en 74% (Cavanagh et al., 2003). Een beperking van deze onderzoeken is dat de stoornissen retrospectief werden vastgesteld. In een groot bevolkingsonderzoek in Denemarken werd voor psychiatrische opname ooit in het leven een PAR gevonden van 33% voor mannen en 53% voor vrouwen (Qin et al., 2003). Vooral affectieve stoornissen (mannen 26%, vrouwen 32%) en middelenmisbruik (mannen 19%, vrouwen 25%) dragen bij aan het PAR van suïcide voor psychiatrische stoornissen (Li et al., 2011). Hoge PAR's zijn ook gerapporteerd voor lage socio-economische status (27%) (Taylor, 1998) en lage opleiding (41% voor mannen, 20% voor vrouwen) (Li et al., 2011). Bij deze onderzoeken werd echter niet gecontroleerd voor psychiatrische of andere factoren. In een studie waarin werd gecontroleerd voor werkloosheid werd een PAR van slechts 3% gevonden (Mortensen et al., 2000). Voor alleenstaanden is een voor confounding gecontroleerde PAR gerapporteerd van 10% (Mortensen et al., 2000).
Krysinska (2009) geeft een review van een groot aantal onderzoeken waarin PAR's werden berekend voor verschillende factoren in relatie tot suïcidegedachten en suïcidepogingen. De bevindingen lopen uiteen, afhankelijk van de populatie (leeftijd, geslacht, klinisch, bevolking) en de uitkomst (suïcidegedachten, meer of minder ernstige suïcidepogingen). Bevindingen komen in grote lijnen overeen met de bevindingen voor suïcide. Het belang van middelenmisbruik was voor suïcidegedachten of suïcidepogingen met een PAR tussen 6% en 8% minder duidelijk.

Conclusie

Niveau 2	Van een groot aantal risicofactoren is aangetoond dat zij afzonderlijk of in combinatie een significant voorspellende waarde hebben voor suïcidaal gedrag. De positief voorspellende waarde van de beste combinatie van risicofactoren blijft echter gering. A2: Pokorny, 1983; 1993. B: Goldstein, 1991; Powell, 2000.

Niveau 2	Psychiatrische stoornissen dragen in hoge mate bij aan suïcide en suïcidepogingen, met een populatieattributief risico (PAR) van rond de 50%. A2: Cavanagh, 2003; Krysinka, 2009.

Overige overwegingen

Een belangrijke overweging bij het wegen van risicofactoren voor suïcidaal gedrag is dat er een grote mate van onderlinge correlatie is. De meeste risicofactoren kunnen niet los gezien worden van andere factoren. Er zijn niet veel onderzoeken waarin een weging wordt toegepast voor alle relevante factoren. Het valt te betwijfelen of het grote aantal risicofactoren dat in de literatuur genoemd wordt elk voor zich onafhankelijk bijdragen aan het optreden van suïcide.

Een tweede belangrijke overweging is dat al het onderzoek naar risicofactoren voor suïcidaal gedrag wordt uitgevoerd in een omgeving waarin behandeling van suïcidedreiging gangbaar is. Aangenomen moet worden dat ernstige suïcidale uitingen reden zijn voor behandeling die gericht is op het afwenden van ernstig onheil. Uitkomsten zullen daardoor vertekend zijn in de richting van een verzwakking van de associatie tussen risicofactoren en ernstige uitkomsten.

Een derde overweging is dat er tussen populaties belangrijke verschillen kunnen zijn in suïcidaal gedrag. Internationaal zijn er bijvoorbeeld grote verschillen in de aantallen suïcides. Het valt niet uit te sluiten dat er ook grote verschillen zijn in de risicofactoren, zoals onder andere blijkt uit de internationale verschillen in de verhouding tussen het aantal suïcides onder mannen en vrouwen. In het wetenschappelijk bewijs zijn deze verschillen terug te zien, maar de kennis is onvoldoende gedifferentieerd om voor individuele personen op basis van bekende risicofactoren een zinvol risicoprofiel te formuleren. Bij individuele cases is maatwerk leidend. Het ontbreken van valide voorspellende factoren ontslaat de professional niet van de verplichting te handelen bij het zelf observeren of van derden vernemen van signalen van suïcidedreiging. In de praktijk zullen de uitingen van de individuele patiënt gewogen moeten worden naar de ernst van de suïcidedreiging. Die weging is vooral klinisch van aard. In bijlage 4, paragraaf 8 is een beschrijving opgenomen van de ernst van de suïcidedreiging, variërend van licht tot zeer ernstig.

Naast uitingen door de patiënt moeten de stress-kwetsbaarheidsfactoren worden gewogen De onderzoeker formuleert op basis van de beschikbare informatie een werkhypothese over de etiologie en pathogenese. Het is wenselijk om met de patiënt en de naastbetrokkenen te komen tot een samenhangende probleemdefinitie. Hierbij heeft het afvinken van een lijst van bekende risicofactoren geen meerwaarde. Exploratie van risico- en beschermende factoren kan wel bijdragen aan inzicht in het ontstaan van suïcidaal gedrag en kan een indruk geven van de ernst. Verder zijn omstandigheden als de duur (gaat het om chronische uitingen van suïcidaal gedrag of om incidentele uitingen), de context (staat iemand alleen bovenop een flatgebouw of zit de persoon thuis in gezelschap van naastbetrokkenen),

de beschikbaarheid van middelen (Joiner, 2009) en zingevingsaspecten van belang.
Bij een suïcidedreiging zal vaak psychiatrische beoordeling nodig zijn om de rol van psychiatrische (co-) morbiditeit te beoordelen. Daarbij is het onderzoek naar depressieve stoornissen specifiek van belang, omdat suïcidegedachten, wanhoop, agitatie en negatief denken een onderdeel zijn van het depressieve syndroom. Herkenning en behandeling van depressie is een belangrijke ingang voor preventie van suïcide (zie deel 3).
Op basis van de werkhypothese wordt samen met de patiënt en voor zover mogelijk met naastbetrokkenen beoordeeld welke interventies nodig zijn om onheil af te wenden, en welke behandeling zinvol is. In bijlage 4 bevat voor de behandelsetting praktische aanwijzingen voor indicatiestelling.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen om op basis van de beschikbare informatie te komen tot een diagnostische formulering waarin de aard en ernst van de suïcidale toestand wordt beschreven in samenhang met psychiatrische aandoeningen, relevante risico- en beschermende factoren en de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn of haar belangen te overzien en te waarderen. Het is in dit verband eveneens aan te bevelen heteroanamnestisch onderzoek te doen.
- Psychiatrische stoornissen, vooral depressieve stoornissen, verdienen specifieke aandacht. Kennis van risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag kan nuttig zijn bij het onderzoek van suïcidaal gedrag en kan licht werpen op de herkomst, de ernst en behandelmogelijkheden. In het zakelijk afvinken van risicofactoren ziet de werkgroep geen meerwaarde. De diagnostische formulering mondt uit in een individuele inschatting van de prognose en een (voorlopig) behandelplan. Interventies worden afgestemd op het veiligheids- en behandelbeleid. De naastbetrokkenen van de patiënt worden waar mogelijk betrokken bij de afstemming en uitvoering van dit beleid.
- De professional wordt aanbevolen bij de indicatiestelling rekening te houden met opvattingen en voorkeuren van de patiënt over de aard en de intensiteit van noodzakelijke professionele hulp, de benutting van beschermende factoren, en het verminderen van de invloed van relevante risicofactoren.
- De professional wordt aanbevolen de indicatiestelling en het behandelbeleid regelmatig te toetsen aan de hand van het effect ervan op het suïcidale gedrag, de tevredenheid van de patiënt en diens naasten en de mate waarin de situatie voor de patiënt veilig is.

Hoofdstuk 6
Diagnostiek bij specifieke groepen

1 Inleiding

In deel 2, hoofdstuk 4 en 5 zijn de algemene uitgangspunten en stresskwetsbaarheidsfactoren besproken voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag voor de algemene populatie. Dit laatste hoofdstuk van deel 2 geeft aanwijzingen voor specifieke groepen.

1.1 Uitgangsvraag

- Is extra onderzoek nodig bij specifieke groepen en in speciale omstandigheden? (Paragraaf 2.)

2 Extra onderzoek voor specifieke groepen en omstandigheden

Is extra onderzoek nodig bij specifieke groepen en in speciale omstandigheden? In dit hoofdstuk onderscheiden we vier groepen waarbij het de vraag is of bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag dient te worden afgeweken van de algemene richtlijn. Deze groepen zijn jongeren, ouderen, immigranten en patiënten met herhaald suïcidaal gedrag. We beschrijven eerst de evidentie voor suïcidaal gedrag in relatie tot leeftijd, en vervolgens voor de afzonderlijke groepen.

3 Jongeren

Uit een systematische review van Evans et al. (2005) waarin 128 onderzoeken naar de prevalentie van suïcidaal gedrag bij adolescenten (n = 513.188) werden geïncludeerd, bleek dat 9,7% (95%-BI 8,5-10,9) ooit een suïcidepoging had gedaan en 29,9% (95%-BI 26,1-33,8) ooit aan suïcide had gedacht. Jongeren zijn per definitie nog niet volwassen en dienen derhalve op een andere wijze benaderd te worden dan volwassenen. Bovendien leven zij veelal nog binnen de context van hun gezin. Om diverse redenen dient deze gezinscontext zo veel mogelijk bij de diagnostiek en de behandeling te worden betrokken. Daarbij gaat het om juridische en emotionele verantwoordelijkheden en ook om het juridische en emotionele gezag. De

juridische verantwoordelijkheid c.q. het juridische gezag is aan de hand van de kalenderleeftijd wettelijk als volgt bepaald:

- over kinderen onder de 12 jaar hebben de ouders volledig gezag; dit geldt ook voor het aangaan van een behandelovereenkomst;
- de WGBO geeft jongeren vanaf 12 jaar een met de ouders gedeeld recht op het afsluiten van de behandelovereenkomst;
- vanaf 16 jaar is het instemmen van ouders daarvoor niet meer noodzakelijk;
- vanaf 18 jaar hebben de ouders formeel geen gezag meer over hun kind al hebben zij tot het kind 21 jaar is nog wel zorgplicht;
- tot 18 jaar kan de situatie bestaan dat het ouderlijk gezag gedeeld wordt met een voogd of overgenomen wordt door een voogd.

De genoemde juridische grenzen bepalen niet hoe gezinsrelaties beleefd en gehanteerd worden. Als professionals zich bij het toekennen van verantwoordelijkheden te veel laten leiden door de juridische aspecten, bestaat het risico dat aan het kind een mate van autonomie wordt toegekend die lang niet altijd feitelijk bestaat. Niet alleen is de emotionele volwassenheid in de regel pas bereikt bij circa 22 jaar (Crone, 2008), maar vooral jongeren die ernstig in de problemen zitten en suïcidaal gedrag vertonen, zijn vaak met hun ontwikkeling minder ver gevorderd dan bij hun kalenderleeftijd past.

Het komt regelmatig voor dat jongeren hun suïcidale gedrag ergens anders presenteren dan binnen het gezin. Soms ervaren suïcidale jongeren de relaties met hun ouders in die situatie als minder betekenisvol, waardoor zij eerder anderen dan de ouders in vertrouwen nemen. Leeftijdgenoten of andere volwassenen (een trainer, een aandachtsdocent, een buurvrouw) zijn echter niet in de positie om formele en informele verantwoordelijkheden voor de jongere te dragen. Om die reden is het belangrijk om zo snel mogelijk de ouders bij de diagnostiek en de behandeling te betrekken. Is dit onmogelijk of gecontra-indiceerd door ernstig incompetent ouderschap, psychiatrische ziekte van een ouder of van beide ouders, afwezigheid van een ouder of ouders, of sterke onwil van de jongere boven de 18 jaar in deze situatie, dan kan hier beredeneerd van worden afgeweken. Wel dient de professional te proberen om een andere volwassene die zorg voor de jongere draagt of wil gaan dragen, bij de hulp te betrekken.

Aanbeveling

- Bij jongere kinderen en adolescenten is het vereist en bij oudere adolescenten is het sterk aan te bevelen om bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag de ouders te betrekken, ook als de jongere zegt dat hij dit niet wil of niet nodig vindt.

3.1 Kwetsbaarheidsfactoren bij jongeren

Veel van de kwetsbaarheidsfactoren die van belang zijn bij volwassenen, zijn ook onderzocht bij jongeren. Het literatuuronderzoek voor de wetenschappelijke onderbouwing is gebaseerd op de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA, 2003), aangevuld met enkele latere overzichtsartikelen.

Wetenschappelijke onderbouwing: geslacht

Net als bij volwassenen is het aantal suïcides bij jongens hoger dan bij meisjes (Van Hemert & De Kruif, 2009; http://statline.cbs.nl/statweb/). De laatste 10 jaar waren in Nederland bij jongeren onder de 19 jaar gemiddeld 32 suïcides bij jongens en 13 bij meisjes. Onder de 15 jaar was suïcide zeldzaam: jaarlijks gemiddeld 5 suïcides bij jongens en 2 bij meisjes.
Het aantal suïcidepogingen is bij meisjes vele malen hoger dan bij jongens. In 3 Nederlandse onderzoeken werden van meisjes tussen 15 en 19 jaar 4 tot 5 maal meer suïcidepogingen geregistreerd dan voor jongens van dezelfde leeftijd (Burger et al., 2010; Burger et al., 2005; Arensman et al., 1995). Hetzelfde werd gevonden door Evans et al. (2005). Het verschil in het aantal suïcidepogingen tussen jongens en meisjes is groter dan bij volwassenen.

Wetenschappelijke onderbouwing: familiaire (erfelijke) belasting

In een uitgebreid overzichtsartikel vermeldt Beautrais (2003) dat familiare en erfelijke factoren bij jongeren net als bij volwassenen sterke voorspellers zijn van suïcidaal gedrag.

Wetenschappelijke onderbouwing: sociaaleconomische status

Net als op oudere leeftijd komt suïcidaal gedrag vaker voor bij adolescenten met een lagere sociaaleconomische status en het betreft vaak sociale 'uitvallers' (Beautrais, 2003).

Wetenschappelijke onderbouwing: steunsysteem

Over gezinsrelaties stelt King (2008) dat maar weinig onderzoeken de relatie hebben onderzocht tussen suïcidaal gedrag bij adolescenten en de aard van de gezinsrelaties (gehechtheid, onderlinge steun, communicatiestijl, omgang met conflicten). Zij concludeert dat er een negatieve correlatie is tussen gezinscohesie en het aantal suïcidepogingen. Wagner (1997) concludeerde in een eerdere studie dat er weinig evidentie is dat gezinsfactoren (slechte onderlinge communicatie, matige probleemoplossingsvaardigheden) als risicofactor voor suïcidaal gedrag van adolescenten kunnen worden beschouwd. Er is geen prospectief onderzoek gedaan.

Wetenschappelijke onderbouwing: huiselijk geweld en verwaarlozing
Fergusson (2000) noemt verwaarlozing en seksueel misbruik als factoren die zijn geassocieerd met suïcidepogingen in de adolescentie. Evans et al. (2004) komen in een overzicht van negen empirische onderzoeken tot de conclusie dat suïcidepogingen bij jongeren geassocieerd zijn met lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik.

Wetenschappelijke onderbouwing: homo- en biseksualiteit
Uit een overzichtstudie van grote groepen hetero-, homo- en biseksuele jongeren (King et al., 2008) blijkt dat homo- en biseksuele jongeren vaker suïcidegedachten hebben en vaker suïcidepogingen doen. De kans op een suïcidepoging is bij heterojongeren 1,5% tegenover 14,5% bij bi- en homoseksuele jongeren (Lewis, 2009). De bevindingen zijn niet anders dan voor volwassenen.

Wetenschappelijke onderbouwing: biologische markers en levensovertuiging
Voor biologische markers en levensovertuiging zijn geen onderzoeken naar jongeren gevonden.

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat in verhouding tot volwassenen jongeren zich minder vaak suïcideren, maar ze doen in verhouding tot het aantal suïcides vaker suïcidepogingen. B: Andrews & Lewinsohn, 1992; Beautrais, 1996; Fowler, 1986; Lesage, 1994; Ivarson, 1998; Pompili. 2004. C: Bridge, 2006.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat familiare en erfelijke factoren, verwaarlozing en seksueel misbruik geassocieerd zijn met suïcidepogingen in de adolescentie. Er zijn aanwijzingen dat homo- en biseksuele jongeren vaker suïcidegedachten hebben en vaker suïcidepogingen doen. B: Fergusson, 2000. C: King, 2008; Lewis, 2009.
Niveau 2	Meisjes doen vaker suïcidepogingen dan jongens. Dit sekseverschil in het aantal suïcidepogingen is groter dan bij volwassenen. A1: Evans, 2005. A2: Arensman, 1995. B: Burger, 2005; 2010.

Niveau 2	Voor de relatie tussen overige kwetsbaarheidfactoren en suïcide zijn geen verschillen gevonden tussen jongeren en volwassenen. C: King 2008; Lewis 2009.

Overige overwegingen
De overwegingen die zijn beschreven bij de kwetsbaarheidfactoren in hoofdstuk 4 zijn ook van toepassing op jongeren. Voor de preventie van suïcide onder jongeren is het van belang te constateren dat de methode van suïcide is veranderd. In 1969 was de meest gebruikte methode door jongeren van 15 tot 20 jaar verhanging (37%). Dit percentage bleef tot 2007 nagenoeg gelijk, maar springen voor de trein is aanzienlijk toegenomen en op dit moment de meest gebruikte methode (39%). Ook springen van een hoogte nam toe van 8% naar 18%. Er sterven daarentegen nauwelijks nog jongeren door een overdosis medicatie (CBS, 2009). Een kanttekening bij deze verschuivingen is dat het jaarlijks om betrekkelijk geringe aantallen gaat.

Aanbeveling
- Het onderzoek naar kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide is bij jongeren niet anders dan bij volwassenen (zie hoofdstuk 5, paragraaf 2).

3.2 Stressoren bij jongeren
Veel van de stressoren die van belang zijn bij volwassenen, zijn ook onderzocht bij jongeren. Het literatuuronderzoek voor de wetenschappelijke onderbouwing is gebaseerd op de APA-richtlijn (2003) aangevuld met enkele latere overzichtsartikelen.

Wetenschappelijke onderbouwing: psychiatrische aandoeningen
Net als bij volwassenen zijn er duidelijke aanwijzingen dat bij jongeren psychiatrische (co-) morbiditeit een grote rol speelt bij suïcidaal gedrag (Beautrais et al., 1996; Fowler et al., 1986; Lesage et al., 1994; Ivarson et al., 1998; Andrews & Lewinsohn, 1992; Bridge et al., 2006; Pompili et al., 2004). Vooral stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, verslavingen en antisociaal gedrag zijn bij jongeren in verband gebracht met suïcidaal gedrag. Uit psychologische-autopsieonderzoeken blijkt dat bij ongeveer 90% van de jongeren die overlijden door suïcide sprake is van een psychiatrische stoornis (Lesage et al., 1994).

Wetenschappelijke onderbouwing: psychologische factoren
Beautrais (1996) concludeert het volgende over de persoonlijkheid en cognitieve stijl van adolescenten met suïcidaal gedrag. Zij hebben vaak een gering gevoel van eigenwaarde, sterke gevoelens van wanhoop, van introversie, impulsiviteit en roekeloosheid. Hun sociaal-emotionele vaar-

digheden schieten vaak tekort. Pfeffer (2001) vermeldt naast vergelijkbare bevindingen gebrek aan toekomstperspectief en gevoelens van hulpeloosheid. Ook Arie et al. (2005) wijzen bij adolescenten met een depressieve stoornis op afhankelijkheid en een sterke angst om betekenisvolle anderen te verliezen; jongeren zouden naar verhouding vaker suïcidaal gedrag vertonen dan volwassenen met dezelfde problematiek.

Wetenschappelijke onderbouwing: ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen

Beautrais (2003) vermeldt in haar overzicht van cross-sectionele, retrospectieve, longitudinale onderzoeken een relatie tussen suïcidepogingen en tegenspoed. Het gaat daarbij om echtscheiding, psychiatrische problemen bij de ouders, verwaarlozing, seksueel misbruik en conflicten binnen het gezin. In tweederde van de onderzochte gevallen (Beautrais, 2003) was vlak voor de suïcidepoging sprake van een stressvolle situatie, variërend van (sociale) conflicten tot verlieservaringen. Marttunen et al. (1993) onderzochten precipiterende factoren bij 53 adolescenten van 13-19 jaar die overleden door suïcide. Bij bijna 100% van de onderzochte gevallen waren stressoren aan te wijzen in het jaar voorafgaand aan het overlijden. De meest voorkomende factoren waren het uitgaan van een relatie, interpersoonlijke problemen, problemen met het gezag en/of de politie, moeilijkheden op school of op het werk, werkeloosheid, en lichamelijke of psychiatrische ziekte bij zichzelf of bij een ouder.

Conclusie

Niveau 3	Net als bij volwassen zijn er duidelijke aanwijzingen dat bij jongeren psychiatrische (co-) morbiditeit een grote rol speelt bij suïcidaal gedrag. B: Andrews & Lewinsohn, 1992; Beautrais 1996; Fowler 1986; Lesage. 1994; Ivarson 1998; Pompili 2004. C: Bridge, 2006.

Niveau 3	Het onderzoek naar ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen bij jongeren is beperkt. Voor de meeste stressoren zijn geen verschillen gevonden voor jongeren ten opzicht van volwassenen. B: Beautrais, 1996; Marttunen, 1993.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat psychologische factoren als gering gevoel van eigenwaarde, sterke gevoelens van wanhoop, van introversie, impulsiviteit en roekeloosheid, en tekortschietende sociaal-emotionele vaardigheden leiden tot meer suïcidaal gedrag dan bij volwassen. B: Beautrais, 1996. C: Pfeffer, 2001; Arie, 2005.

Overige overwegingen

De overwegingen beschreven bij de kwetsbaarheidfactoren in hoofdstuk 4 zijn ook van toepassing op jongeren. De klinische ervaring leert dat adolescenten die psychotisch zijn (geweest) een verhoogd risico hebben van suïcidaal gedrag, mede als gevolg van de confrontatie met de matige of slechte vooruitzichten op de kwaliteit van hun leven. Gezien het relatief weinig voorkomen van deze stoornissen in de adolescentie betreft het slechts een gering aantal.

Aanbeveling

- Het onderzoek naar stressoren in relatie tot suïcidaal gedrag bij jongeren is niet anders dan bij volwassenen (zie hoofdstuk 5, paragraaf 3).

Andere verantwoordelijkheden en werkwijze

De kwetsbaarheidfactoren en stressoren zijn op hoofdlijnen voor jongeren en volwassenen gelijk. Het verantwoordelijkheidskader en de werkwijze verschillen echter bij jongeren. In de rest van deze paragraaf beschrijven wij een aantal aandachtspunten die specifiek van belang zijn voor het diagnostische proces bij jongeren. Deze punten zijn gebaseerd op klinische ervaring en niet op systematisch literatuuronderzoek.

Contact maken

Net als bij volwassenen is het contact cruciaal voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Het opbouwen van een samenwerkingsrelatie vormt de basis voor de verdere hulpverlening. Dit vraagt om specifieke vaardigheden. Bij de bespreking van de kwetsbaarheidfactoren en stressoren kan het zijn dat de adolescent het belang daarvan anders ervaart dan een volwassene. Wanneer de professional empathie toont voor de aanleidingen van het gedrag en het belang daarvan begrijpt, kan dat de adolescent helpen om een vertrouwensrealtie te krijgen waarbij de adolescent zich serieus genomen voelt in zijn wanhoop.

Ontwikkelingsfase en psychatrische morbiditeit

Het is belangrijk om een inschatting te maken van de ontwikkelingsfase van de jongere (in vergelijking met de kalenderleeftijd). Hiermee kan bij het maken van afspraken rekening worden gehouden. Bij de aanwezig-

heid van psychiatrische problematiek bepaalt de ontwikkelingsfase van de adolescent vaak de mate waarin de pathologie reeds een uitgesproken karakter kent. Bij de diagnostiek van jongeren met suïcidaal gedrag dient steeds de aard en de ernst van een onderliggende psychiatrische stoornis onderzocht te worden. Bijzondere aandacht is vereist voor depressieve stoornissen. Bij twijfel over aard en ernst van de psychopathologie dient jeugdpsychiatrische expertise worden gezocht. Kennis van gedrag dat hoort bij adolescenten met psychiatrische problemen is nodig voor de beoordeling van de toestand en kan helpen om het contact te verbeteren.

Het gezinssysteem en de school

Het gezinssysteem speelt bij jongeren een grote rol vanwege juridische verantwoordelijkheden. Vanwege het belang voor de diagnostiek en behandeling zal het vrijwel altijd nodig zijn om het gezinssysteem actief te betrekken bij de zorg. Hierbij moet de professional niet alleen de interacties tussen de gezinsleden observeren en uitvragen. Ook de gedachten van de ouders over suïcide in het algemeen en suïcidaal gedrag van hun kind in het bijzonder zijn van belang. Daarnaast kunnen de ouders gegevens verstrekken over de ontwikkeling van het kind, de huidige omstandigheden en de problemen daarbij. Het is meestal van belang dat zij dit doen in aanwezigheid van hun kind; de professional beoordeelt de keuze om ook de ouders (gedeeltelijk) apart te spreken als dit meerwaarde kan hebben of als ouders daar nadrukkelijk om vragen. Als hun kind erbij is, kan dat bijdragen aan de openheid binnen het gezin over belangrijke onderwerpen, zodat in voorkomende gevallen de communicatie in het gezin kan verbeteren. Mededelingen van de jongere over zichzelf kunnen worden aangevuld of genuanceerd door de ouders.

Het is vanzelfsprekend dat de bejegening van de ouders nooit direct of indirect beschuldigend mag zijn. Integendeel, de stijl dient nadrukkelijk steunend te zijn en gericht op bekrachtiging van de ouders en het versterken van hun betrokkenheid bij hun kind. In dit gesprek moet de behandelaar in staat zijn een meervoudige partijdigheid te tonen door zowel met de jongere als met de ouders een ondersteunend contact aan te gaan. Wanneer zich tijdens het gesprek met de adolescent en diens ouders en gezin meningsverschillen of conflicten voordoen die de algemene gang van zaken in dat gezin betreffen, is het verstandig om – met respect voor de mening van de adolescent – de verantwoordelijkheid van de ouders voor die conflicten te benadrukken.

Bij het navragen van ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen kan een beeld worden verkregen van de sociale context waarin de adolescent verkeert. Hierbij komen zowel risico- als beschermende factoren naar voren waarbij die laatste benut kunnen worden voor het te maken veiligheidsplan. Van het gezin moet duidelijk worden welke andere gezinsleden

thuis zijn en welke rollen zij vervullen, maar ook welke andere personen bijdragen aan het functioneren van het gezin. Belangrijk is te weten of er sprake is van een familiaire belasting. Wanneer in het gesprek familiegegevens naar voren komen waaruit blijkt dat leden van het gezin of van de familie eerder te kampen hadden met suïcidaal gedrag, dient deze informatie zodanig benaderd te worden dat het voor de adolescent duidelijk wordt dat suïcidaal gedrag niet gezien wordt als een acceptabele uitweg uit de problemen.
De school is voor veel jongeren een belangrijke plaats. Zorgprofessionals worden ingeschakeld door decanen, mentoren en andere leerlingbegeleiders. Pompili et al. (2011) beschrijven in een overzichtartikel enkele belangrijke waarschuwingssignalen die betrekking hebben op (a) onverwachte gedragsverandering zoals plotseling verslechterde schoolprestaties en schoolverzuim, terugtrekgedrag met grote stemmingsverandering en (b) actief in de weer zijn met de thema's depressie, dood en suïcide.

Veiligheid
Bij de ouders is van belang na te gaan hoe groot hun betrokkenheid is en welke veiligheid zij willen en kunnen bieden, zowel op het emotionele vlak als in praktische zin. De professional moet observeren hoe beschermend de ouders zijn, in hoeverre ze hun kind vertrouwen, en of er sprake is van verwaarlozing en/of van samenwerking tussen ouders en het kind. Ook is van belang dat zij in staat zijn om zolang de crisis duurt, zich te richten op de veiligheid van het kind. Belangrijk is na te gaan of de ouders bereid en in staat zijn om afspraken te maken en na te komen.
Bij de inzet van de ouders voor een maximale veiligheid voor hun kind in de thuissituatie mogen zij niet overvraagd worden. In het gesprek moet indringend aan hen gevraagd worden of zij tot hun inzet in staat zijn en welke begrenzingen deze inzet kent. Zo nodig wordt besproken welke extra hulp ingezet kan worden. Essentieel is dat de verhouding tussen de draaglast en draagkracht van alle betrokken wordt vastgesteld, opdat wordt voorkomen dat een zwakke schakel het veiligheidsplan beperkt.

Aanbevelingen
- Het is van belang is om het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij een jongere af te stemmen op diens ontwikkelingsfase. Daarom is het aan te bevelen dat dit onderzoek wordt verricht door een professional met kennis van en ervaring met deze leeftijdsgroep.
- Contact maken met een suïcidale jongere is evenals bij een volwassene van groot belang voor het onderzoek: vooral vanwege mogelijke aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. Daarom is het aan te bevelen dat dit onderzoek wordt gedaan door een professional met kennis en ervaring op dit terrein.

4 Ouderen

Ouderen komen steeds dichter bij de dood te staan. Ze bevinden zich in de derde en vierde levensfase en denken vaker aan de dood. Veroudering brengt veel lichamelijke, psychische en sociale veranderingen met zich mee. Ouderen kunnen de kwaliteit van leven als verminderd gaan beleven. Sommige ouderen ontwikkelen een doodswens, al dan niet gepaard gaand met suïcidaal gedrag. Een gesprek over de dood en mogelijke doodswensen en diagnostiek naar de oorzakelijke factoren en suïcidaal gedrag is in dat geval geïndiceerd.
In Nederland heeft circa 2% van de ouderen een doodswens en een deel is 'klaar met het leven'. Van hen voldoet 20% aan de criteria van een depressieve stoornis (Rurup et al., 2005), bij de overigen wordt veelal geen psychiatrische stoornis geconstateerd. Veel ouderen in deze laatste groep vinden suïcide niet gepast en zoeken veelal naar een oplossing die geaccepteerd is en waarmee ze anderen niet belasten. Soms is het weten dat een wettelijk geaccepteerde euthanasie als oplossing voorhanden is, reden om voorlopig door te kunnen leven.

4.1 Kwetsbaarheidsfactoren bij ouderen

Veel van de kwetsbaarheidsfactoren die van belang zijn op middelbare leeftijd zijn ook van belang bij ouderen. Het literatuuronderzoek voor de wetenschappelijke onderbouwing is gebaseerd op de APA-richtlijn (2003), aangevuld met latere overzichtsartikelen en onderzoekpublicaties. De review van Bonnewijn et al. (2009) geeft een overzicht van onderzoek naar de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag bij ouderen. Factoren die van belang zijn, worden hier besproken.

Wetenschappelijke onderbouwing: leeftijd en geslacht

Mannen op hoge leeftijd hebben het hoogste suïciderisico (Van Hemert & De Kruif, 2009; Voaklander, 2008; Conwell, 1998; Frierson, 1991). Het risico bij mannen boven de 80 jaar is ruim 3 keer hoger dan bij vrouwen van dezelfde leeftijd. Ouderen ondernemen minder vaak suïcidepogingen, maar plannen een suïcide doelgerichter en voeren eerder een geslaagde suïcide uit (Marquet et al., 2005; Oude Voshaar et al., 2011). Oude Voshaar et al. (2011) concludeerden uit een 10 jaar durende prospectieve studie naar zelfbeschadigend gedrag bij ouderen dat suïcidepogingen bij ouderen een sterkere voorspellende waarde hebben voor suïcide dan bij jongeren.

Wetenschappelijke onderbouwing: sociale factoren

De sociale inbedding wordt met het vorderen van de leeftijd vaak meer beperkt. Eenzaamheid kan dan het gevolg zijn en dit is een van de factoren

die kan bijdragen aan het ontstaan van doodswensen en suïcidaal gedrag (Heisel & Flett, 2006). Wiktorsson et al. (2010) melden dat bij 60% van de ouderen die een suïcidepoging hebben gedaan eenzaamheid wordt gerapporteerd en 58% rapporteert gevoelens van wanhoop. De prevalentie van een stemmingsstoornis in de onderzochte groep was zeer hoog.
Relationele problemen kunnen bijdragen aan suïcidaal gedrag. Verbondenheid met en zorgen voor kinderen is een beschermende factor (Bonnewijn et al., 2009).
Conwell (1998) en Wearn et al. (2002) stellen vast dat ouderen voorafgaand aan een suïcide minder signalen afgeven dan andere leeftijdscategorieën.

Conclusies

Niveau 2	Een hoge leeftijd bij mannen vormt een risicofactor voor suïcide. Het risico van suïcide bij mannen boven de 80 jaar is driemaal zo hoog als bij vrouwen in deze leeftijdsgroep. Ouderen geven minder vaak signalen af aan professionals over hun suïcidegedachten dan personen in jongere leeftijdsgroepen. Suïcidepogingen bij ouderen hebben een sterkere voorspellende waarde voor suïcide dan suïcidepogingen in jongere leeftijdsgroepen. B: Van Hemert & De Kruijf, 2009; Voaklander, 2008; Conwell, 1998; Frierson, 1991; Waern, 2002; Marquet, 2002; Oude Voshaar, 2011.

Niveau 2	Het is aannemelijk dat sociale isolatie en eenzaamheid het risico van suïcidaal gedrag bij ouderen kunnen verhogen. B: Wiktorsson, 2010; Heisel & Flett, 2006.

Overige overwegingen
De kwetsbaarheid bij ouderen wordt mede bepaald door de hele levensloop. Trauma's uit alle vroegere levensfasen kunnen bijdragen aan de kwetsbaarheid die op latere leeftijd aanwezig is. De biografie is dan ook een belangrijke element van een compleet onderzoek naar de kwetsbaarheid bij ouderen.
Het bespreken van een doodswens met hun kinderen vinden veel ouderen moeilijk en belastend. Waern et al. (2002) constateerden dat 66% van de ouderen suïcidale uitspraken tegen familieleden deden voorafgaand aan de suïcide en dat slechts 10% doodsgedachten in het laatste contact met de professional had besproken.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen om iedere suïcidepoging bij een oudere op te vatten als een indicatie voor een naderende suïcide.
- Het is aan te bevelen om de biografie en de sociale situatie te betrekken bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij ouderen.

4.2 Stressoren bij ouderen

Stressoren die zijn geassocieerd met suïcidaal gedrag bij personen van middelbare leeftijd zijn ook van belang bij ouderen. De wetenschappelijke onderbouwing is gebaseerd op de APA-richtlijn (2003), aangevuld met recente literatuur. De bespreking van stressoren is beperkt tot de factoren die voor ouderen goed zijn onderzocht.

Wetenschappelijke onderbouwing: psychiatrische stoornissen

Bij ouderen is de aanwezigheid van een psychiatrische ziekte een van de belangrijkste stressoren die suïcidaal gedrag veroorzaken. Vaak is sprake van depressie. Het verschil met volwassenen is dat bij ouderen vaak sprake is van onderdiagnostiek, onderbehandeling en de hoge incidentie van depressie bij ouderen. Depressie bij ouderen is vaak ondergediagnosticeerd en gaat gepaard met een verhoogde kans op suïcidaal gedrag (Oyama et al., 2005). De prevalentie van depressie inclusief de milde depressie is bij ouderen circa 10%. Bij ouderen met depressie die op latere leeftijd is ontstaan komt vaker suïcide voor dan bij ouderen die op jongere leeftijd voor het eerst depressief werden (Oude Voshaar et al., 2011). Bij een jaarlijkse screening op depressie neemt vooral bij vrouwen het suïciderisico af (Oyama et al., 2005). Wiktorson et al. (2009) vonden bij 95% die een suïcidepoging hadden gedaan een depressie, waarvan bij 68% een ernstige. Waern et al., 2002, Frierson (1991) en Bonnewijn et al. (2009) komen eveneens tot deze conclusie. Bij ouderen die suicïde pleegden, bleek achteraf 38% een depressie en een comorbide As 1-stoornis te hebben, vooral dysthymie, een psychotische stoornis of een angststoornis (Waern et al., 2002). Ouderen die zijn overleden door suïcide hadden vaak een slaapstoornis (Bonnewijn et al., 2009; Voaklander et al., 2008). Bonnewijn et al. (2009) en Erlangsen et al. (2008) vonden dat in in de eerste maanden na het stelllen van de diagnose dementie een verhoogde kans is op suïcidaal gedrag. De cognitieve achteruitgang geeft geen verhoogd risico voor suïcidaal gedrag (Voaklander et al., 2008). Stoornissen in het gebruik van middelen, vooral benzodiazepinen en alcohol, zijn geassocieerd met suïcide bij ouderen (Waern et al., 2002; Frierson, 1991). Er is een lineair verband tussen de dagelijkse dosis benzodiazepinen en suïcide (Voaklander e.a., 2008).

Wetenschappelijke onderbouwing: psychologische factoren
In het psychologisch onderzoek bij ouderen worden factoren zoals persoonlijkheid, coping, levensloop, beleving van de eigen situatie en kwaliteit van leven meegenomen. Elke factor kan een rol spelen in het al of niet ontstaan van een doodswens en/of suïcidaal gedrag.
Impulsiviteit, vermijdende copingmechanismen en narcistische persoonlijkheidskenmerken, met frustratie over controleverlies door het ouder worden zijn geassocieerd met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag (Heisel et al., 2007; Neufeld & O'Rourke 2009, Bonnewijn et al., 2009), vooral bij het ontbreken van zingeving of als sprake is van rouw, wanhoop en verlies van persoonlijke waarde en sociale functies (Heisel & Flett 2006, Bonnewijn et al., 2009, Wiktorsson et al., 2010, Frierson 1991). Ouderen met suïcidaal gedrag – al dan niet met een depressie – ervaren intensere wanhoop dan ouderen die niet suïcidaal zijn (Szanto et al., 1998).

Wetenschappelijke onderbouwing: verlieservaringen en somatische factoren
Ouder worden gaat gepaard met verliezen, zoals het verlies van naasten, van maatschappelijke rollen en van lichamelijke mogelijkheden. Omgaan met verliezen is een van de taken van een oudere. Soms verloopt een rouwproces gecompliceerd en draagt het verlies bij aan het ontstaan van suïcidaal gedrag (Erlangsen et al., 2004). Professionals die met ouderen werken beschouwen verlies als een van de belangrijkste risicofactoren (Brown et al., 2004).
Het ouder worden brengt naast algemene lichamelijke achteruitgang een verhoogde kans op somatische problemen met zich mee. Functionele beperkingen, achteruitgang van cognitieve vermogens, een verminderde beleving van het fysieke welbevinden en het ontbreken van de kans op verbetering hebben invloed op het ontstaan van suïcidaal gedrag (Frierson, 1991; Voaklander et al., 2008; Bonnewijn et al., 2009). Prostaatkanker (Llorente et al., 2005), diabetes (Pompilli et al., 2009), incontinentie, leverziekten en kanker (Voaklander et al., 2009) zijn alle geassocieerd met een verhoogde kans op suïcidaal gedrag. In een systematische review van onderzoek naar chronische pijn en suïcidaal gedrag is gevonden dat suïcide-ideatie vaker voorkomt bij patiënten met chronische pijn, al of niet gepaard gaand met depressie (Fishbain, 1999). Fysiek onwelbevinden speelt bij ouderen een belangrijkere rol in het ontstaan van suïcidaal gedrag dan bij jongere volwassenen, evenals recente ingrijpende levensgebeurtenissen (Oude Voshaar et al., 2011).

Conclusie

Niveau 2	Een groot deel van de ouderen met suïcidaal gedrag heeft een psychiatrische stoornis. Dit is meestal een depressie die op latere leeftijd voor het eerst is ontstaan. B: Oude Voshaar, 2011; Voaklander, 2008; Wiktorsson, 2010; Oyama, 2005; Waern, 2002; Frierson, 1991.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat misbruik van alcohol en benzodiazepinen een verhoogde kans geeft op suïcidaal gedrag. B: Vaoklander, 2008; Waern, 2002; Frierson, 1991.
Niveau 3	Het is waarschijnlijk dat in de periode kort na het stellen van de diagnose dementie sprake is van een verhoogd suïciderisico. B: Erlangsen, 2008; Bonnewijn, 2009.
Niveau 2	Psychologische factoren zoals wanhoop en het ontbreken van zingeving en vermijdende coping zijn belangrijke oorzaken van suïcidaal gedrag bij ouderen. B: Heisel & Flett, 2006; Heisel, 2007; Wiktorsson, 2010; Frierson, 1991. C: Neufeld & O'Rourke, 2009.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat verlies een belangrijke stressor is die kan bijdragen aan het ontstaan van suïcidaal gedrag bij ouderen en dat er vaak sprake is van meerdere verliezen. B: Erlangsen, 2004; Oude Voshaar, 2011; Szanto, 1998.
Niveau 1	Het is bewezen dat fysieke achteruitgang en somatische ziekten zoals prostaatkanker, diabetes en chronische pijn mede oorzaken kunnen zijn voor suïcidaal gedrag bij ouderen. A: Fishbain, 1999; Pompilli, 2009. B: Frierson, 1991; Llorente, 2005; Oude Voshaar, 2011; Voaklander, 2008.

Overige overwegingen

Psychologische factoren kunnen zelfs bij een depressie ook een beschermende werking hebben, zoals het gevoel ergens bij te horen, nodig te zijn of het hebben van een positieve toekomstoriëntatie. Positieve emoties kunnen ook bescherming bieden tegen suïcidaal gedrag bij chronische somatische problemen (Bonnewijn et al., 2009). Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag moeten naast stressoren de factoren die steun geven worden onderzocht. Het is wenselijk om een heteroanamnese af te nemen.

De heteroanamnese kan informatie verschaffen over gedrag, ziektegeschiedenis, de actuele situatie en stressoren. Ook moet onderzocht worden in hoeverre de oudere beschikt over een steunend netwerk.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen om alle verliezen waarmee ouderen te maken krijgen, op te vatten als mogelijke stressoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan van suïcidaal gedrag. De professional moet zich daarbij realiseren dat meestal meerdere verliezen een rol spelen.
- Het is aan te bevelen om alert te zijn op depressie, middelenmisbruik en somatische problemen zoals pijn, omdat deze bij ouderen gelden als risicofactoren voor het ontstaan van suïcidaal gedrag.
- Het wordt aanbevolen ouderen bij wie diverse risicoverhogende factoren voor suïcidaal gedrag aanwezig zijn, minimaal eenmaal per jaar te screenen op de aanwezigheid van doodsgedachten.

4.3 Het diagnostische proces bij ouderen

Het diagnostische proces bij ouderen is in principe hetzelfde als bij jongere volwassenen. Professionals dienen zich te realiseren dat de (eigen) houding tegenover doodswensen en suïcidaal gedrag bij ouderen een belangrijke factor is voor de kwaliteit van de geboden hulp.

Wetenschappelijke onderbouwing

Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag is een multifactoriële benadering het meest passend. Leeftijd, geslacht, de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, middelengebruik, wanhoop, eenzaamheid, fysiek welbevinden, levensgebeurtenissen en zingeving zijn factoren die van belang zijn (Bonnewijn et al., 2009; Vaoklander et al., 2008; Conwell, 1998; Oude Voshaar et al., 2011).

Professionals zijn bij ouderen eerder dan bij jongeren geneigd om suïcidaal gedrag te accepteren als horend bij de leeftijd, wat goed hulpverlenerschap in de weg kan staan (Deluty, 1988). Uncapher en Arean (2000) legden aan een groep van honderd artsen en een even grote controlegroep een inhoudelijk identieke casus voor, met als verschil de leeftijd en de toevoeging dat de oudere gepensioneerd was. Suïcidaal gedrag werd in beide groepen herkend, echter van de groep ouderen vaker geaccepteerd als passend bij de leeftijd. Professionals zijn geneigd als ze geen oplossing voor een doodswens – geuit in de vorm van een euthanasieverzoek – weten, geen aanvullende behandeling aan te bieden en een verder gesprek uit de weg te gaan (Rurup, 2005).

Conclusie

Niveau 2	Suïcidaal gedrag is bij ouderen, net als bij andere leeftijdscategorieën, multifactorieel bepaald. Juist bij ouderen zijn er vaak meerdere factoren aanwezig. Leeftijd is er hier één van, die een drempel voor het ontstaan van suïcidaal gedrag weg kan nemen. B: Bonnewijn, 2009; Vaoklander, 2008; Conwell, 1998; Oude Voshaar, 2011.

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de houding van de professional effect heeft op het resultaat en de kwaliteit van het psychiatrisch onderzoek van suïcidaal gedrag bij ouderen. A2: Uncapher & Arean, 2000. B: Rurup, 2005. D: Deluty, 1988.

Overige overwegingen
Ouderen en professionals accepteren vaker een sombere stemming en het denken aan de dood als passend bij de leeftijd. Onderrapportage en onderdiagnostiek van psychiatrische (co-) morbiditeit is dan het gevolg.

Aanbevelingen
- Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag is een multifactoriële benadering het meest passend. Leeftijd, geslacht, de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, middelengebruik, wanhoop, eenzaamheid, fysiek welbevinden, levensgebeurtenissen en zingeving zijn factoren die van belang zijn.
- Juist bij ouderen dient de professional zich bij het onderzoek bewust te zijn van zijn eigen visie en houding tegenover doodswensen en suïcidaal gedrag van ouderen.
- Men dient alert te zijn op onderrapportage en onderdiagnostiek door de hulpverlener.

5 Immigranten

Bij immigranten zijn meerdere factoren van invloed op suïcidaal gedrag, zoals factoren die samenhangen met het land van herkomst (culturele opvattingen, religie en etniciteit) en factoren die samenhangen met migratie, zoals adaptatie aan de nieuwe cultuur, sociale achterstand en een hoger risico van psychische stoornissen bij immigranten. De problematiek van migranten laat zich niet eenduidig samenvatten, omdat die sterk bepaald wordt door de specifieke omstandigheden van de migratie. Naast

de literatuur uit de APA-richtlijn (APA, 2003) heeft de werkgroep gezocht naar literatuur over het voorkomen van suïcidaal gedrag bij immigranten in Nederland.

Wetenschappelijke onderbouwing

In Amerikaans onderzoek werd voor de grotere immigrantengroepen een lager suïciderisico gevonden dan voor autochtone Amerikanen (APA, 2003). De incidentie van suïcide bij migranten neigt in eerste instantie naar de incidentie van het land van herkomst, met een ontwikkeling in de loop van de tijd in de richting van het nieuwe thuisland (Singh & Siahpush, 2001; Kliewer & Ward, 1988; Sainsbury, 1955). In sommige onderzoeken is gevonden dat acculturatiestress kan bijdragen aan suïcidaal gedrag (Hovey, 2000). In Nederland is onderzoek gedaan naar verschillen in de incidentie van suïcide en van suïcidepogingen bij diverse immigrantengroepen. Garssen et al. (2006) vonden voor de periode 1996-2005 aanzienlijke verschillen in sterfte door suïcide tussen migrantengroepen in Nederland. Deze verschillen weerspiegelden deels de suïcidecijfers in de landen van herkomst. Vooral de mannelijke westerse immigranten hadden in het algemeen een hoger suïciderisico dan autochtoon Nederlandse mannen. Lagere suïciderisico's werden gevonden voor Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen, met uitzondering van jonge Turkse mannen. In aanvullende analyses voor Nederlandse Surinamers vond Garssen (2007) significant hogere suïcidecijfers voor Hindoestaanse en creoolse mannen vanaf 20 jaar tot de middelbare leeftijd. De suïcidecijfers van Surinaams-Nederlandse vrouwen waren veel lager dan die voor de mannen en weken in de meeste gevallen niet significant af van die van autochtoon Nederlandse vrouwen.
Schudel et al. (1998) rapporteerden voor de periode 1987-1993 een driemaal hogere incidentie van suïcidepogingen in Den Haag bij jonge Surinaamse vrouwen van 15 tot 25 jaar in vergelijking met Nederlandse vrouwen van dezelfde leeftijd. Burger et al. (2009) rapporteerden uit een vervolgonderzoek voor de periode 2002-2004 een tweemaal hogere incidentie van suïcidepogingen voor jonge Turkse en een anderhalfmaal hogere incidentie voor Surinaamse vrouwen. Een lagere incidentie van suïcidepogingen werd gerapporteerd voor Marokkaanse mannen en vrouwen en voor Surinaamse vrouwen van middelbare leeftijd.
Van Bergen et al. (2010) vonden voor de periode 2003-2006 in Rotterdam een tweemaal hogere zelfrapportage van suïcidepogingen voor Surinaamse meisjes van 14-16 jaar en een anderhalfmaal hogere zelfrapportage voor Turkse meisjes. Risicofactoren voor suïcidepogingen waren voor autochtone en allochtone meisjes niet verschillend. In 2 kwalitatieve onderzoeken naar het welbevinden van jonge Surinaamse en Turkse vrouwen vond Salverda (2004; 2010) geen belangrijk rol voor migratiegerelateerde

factoren zoals arbeidsparticipatie van de ouders, opleiding, taalbeheersing, inkomen, religie en gezinssamenstelling. Factoren die wel van invloed waren op het welzijn van de meisjes, waren een verstoorde relatie met de ouders en beperkingen die werden opgelegd in de keuze- en bewegingsvrijheid, vooral in relatie tot opvattingen over eer en maagdelijkheid en over de positie van meisjes en vrouwen.

Conclusie

Niveau 2	Mannelijke westerse immigranten hebben in het algemeen een hoger suïciderisico dan autochtone Nederlandse mannen. Turkse en Marokkaanse immigranten hebben een lager suïciderisico, met uitzondering van jonge Turkse mannen. Hindoestaanse en creoolse mannen vanaf 20 jaar tot de middelbare leeftijd hebben een hoger suïciderisico. B: Garssen, 2006; 2007.

Niveau 2	Turkse en Surinaamse vrouwen in Nederland van 15-24 jaar doen vaker suïcidepogingen dan autochtone Nederlandse vrouwen van dezelfde leeftijd. B: Burger, 2009; Schudel, 1998; Van Bergen, 2010.

Overige overwegingen

Immigratie kan niet worden opgevat als een homogeen groepskenmerk. Immigranten hebben sterk uiteenlopende opvattingen over de dood en over suïcide. Ook kunnen er aanzienlijke verschillen zijn in de distributie van belangrijke risicofactoren, zoals bijvoorbeeld psychiatrische aandoeningen en geloofsovertuiging.

Mannelijke westerse immigranten hebben in het algemeen een hoger suïciderisico dan autochtoon Nederlandse mannen. Turkse en Marokkaanse immigranten hebben een lager suïciderisico, met uitzondering van jonge Turkse mannen. Hindoestaanse en creoolse mannen vanaf 20 jaar tot de middelbare leeftijd hebben een hoger suïciderisico (Garssen, 2006; 2007).

Aanbevelingen

- Op basis van de beschikbare evidentie zijn er onvoldoende gronden om algemene aanbevelingen te doen voor onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten. Het contact leggen en het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten vraagt om een cultuursensitieve benadering.
- Het is aan te bevelen om bij jonge Turkse en Surinaamse vrouwen (15-24 jaar) die een suïcidepoging doen, aandacht te besteden aan de relatie met de ouders en beperkingen die zijn opgelegd vanwege opvattingen over eer en maagdelijkheid en over de positie van meisjes en vrouwen.

6 Herhaald suïcidaal gedrag

In de diagnostische fase van suïcidaal gedrag is het van belang een inventarisatie te maken van de omstandigheden die samenhangen met een verhoogd risico van herhaling. Hier wordt de literatuur samengevat over gegevens uit de anamnese die van belang zijn voor het inschatten van de kans op herhaling van suïcidaal gedrag. Voor deze paragraaf is gezocht naar aanbevelingen in de internationale richtlijnen en literatuur over empirisch onderzoek naar het risico van herhaling van suïcidaal gedrag.

Wetenschappelijke onderbouwing

Onderzoek naar het risico van herhaling van suïcidaal gedrag is veelal gebaseerd op populaties die na een suïcidepoging werden behandeld in het ziekenhuis. Bij ongeveer 15% is binnen 1 jaar sprake van herhaald niet-fataal suïcidaal gedrag, oplopend tot 20-25% in de jaren daarna. Het risico van suïcide binnen 1 jaar is 2% oplopend tot 5% na 9 jaar (Owens et al., 2002).

De relatie tussen suïcidaal gedrag en psychiatrische (co-) morbiditeit is evident. Vooral bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis, al dan niet in combinatie met depressie en/of middelenmisbruik en impulsiviteit, is het risico van herhaald suïcidaal gedrag verhoogd (Hawton & Van Heeringen, 2009).

Er is weinig onderzoek naar het voorspellen van het risico van herhaling van suïcidaal gedrag op het niveau van de individuele patiënt (Kapur & Gask, 2009), met uitzonderling van de studie van Cooper et al. (2006). Zij ontwikkelden een klinisch instrument (de zogeheten MASH-*rule*) ter verbetering van de klinische inschatting van de kans op (herhaald) suïcidaal gedrag bij patiënten die na een suïcidepoging op een spoedeisende hulp van een ziekenhuis werden behandeld. De studie werd uitgevoerd in 5 ziekenhuizen in een verzorgingsgebied voor 608.922 personen. Gedurende de studie werden in deze ziekenhuizen 11.819 suïcidepogingen behandeld. Bij elke casus werden 50 items betreffende de demografische kenmerken van de patiënt, psychosociale stressfactoren, motieven voor de suïcidepoging, details over de gebruikte methode, de psychiatrische voorgeschiedenis en de huidige psychiatrische toestand geïnventariseerd.

Uit de data afkomstig van 6.933 cases die werden behandeld in 3 van de 5 ziekenhuizen (n = 9.089) werd een model ontwikkeld waarmee herhaling van suïcidaal gedrag binnen 6 maanden werd voorspeld. Vervolgens werd de validiteit getoetst aan de hand van data afkomstig van 2.153 cases behandeld in de andere 2 ziekenhuizen (n = 2.760). Uit het onderzoek bleek dat 94% (BI 92-95%) van alle patiënten die binnen 6 maanden een herhaalde poging deden (n = 1.583, 17%, waarvan 22 suïcides) bij de indexpoging voldeden aan de volgende 4 criteria: eerder een suïcidepoging

gedaan, in psychiatrische behandeling, ooit een psychiatrische behandeling ondergaan, indexpoging gedaan met benzodiazipinen (Cooper et al., 2006). De National Suïcide Research Foundation (2009) publiceerde data over de periode 2003-2008 afkomstig van 8.755 patiënten die werden behandeld in het ziekenhuis na een suïcidepoging. Daaruit bleek dat het risico van herhaald suïcidaal gedrag binnen 1 jaar hoger was wanneer de patiënt bij de indexpoging zichzelf sneed (eventueel in combinatie met een andere methode), dan wanneer de patiënt een overdosis nam (NSRF, 2008). Vergelijkbare uitkomsten zijn gevonden in een community-based onderzoek onder 30.000 15- en 16-jarigen uit 6 Europese landen en Australië (CASE-study). Het risico van herhaling was hoger na indexpogingen door snijden (59%) of een combinatie van methoden (63%), dan door een overdosis medicatie (45%) (Madge et al., 2008).

Conclusies

Niveau 3	Patiënten die in een algemeen ziekenhuis worden behandeld na een suïcidepoging en die eerder een suïcidepoging deden, op dat moment in psychiatrische behandeling zijn, eerder een psychiatrische behandeling ondergingen en de suïcidepoging deden met benzodiazepinen hebben een verhoogd risico van een herhaalde suïcidepoging. B: Cooper, 2006.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het risico van een herhaalde poging hoger is bij patiënten die een poging deden door snijden, snijden in combinatie met andere methoden of door een combinatie van methoden, dan bij patiënten die een suïcidepoging doen door een overdosis. C: Madge, 2008; NSRF, 2008.

Overige overwegingen

Een beperking van de studie van Cooper et al. (2006) is dat een deel van de patiënten van de spoedeisende hulp vertrok (23%, n = 2743) voordat het klinische instrument kon worden ingezet. Onbekend is of en in welke richting hierdoor bias is ontstaan. Resultaten uit de studie zijn dus niet a priori te generaliseren naar patiënten die na behandeling op de spoedeisende hulp voor een suïcidepoging vertrekken voordat afspraken over nazorg zijn gemaakt. Verondersteld wordt dat herhaald suïcidaal gedrag vaker voorkomt bij personen die geen hulp zoeken en/of geen medisch behandeling nodig hebben, maar systematisch onderzoek hierover is niet beschikbaar (Arensman et al., 2011).

Suïcidaal gedrag is een van de diagnostische criteria voor borderline persoonlijkheidsstoornis; sommige patiënten zijn chronisch suïcidaal, bij anderen staat het suïcidale gedrag (sterker) op de voorgrond wanneer

sprake is van stress en/of psychiatrische comorbiditeit (Paris, 2008). Internationale richtlijnen bevelen aan bij elke patiënt met suïcidaal gedrag zowel de behoeften van de patiënt te inventariseren, als een inschatting te maken van de kans op herhaling, waarbij onderzocht moet worden of sprake is van psychiatrische comorbiditeit (NICE, 2004; APA, 2003; Royal College of Psychiatrists, 2004; 2010).
De richtlijn van de New Zealand Guideline Group (2003) wijst erop dat bij patiënten met herhaald suïcidaal gedrag de neiging bestaat om zorgvuldig onderzoek naar de aanleiding voor de herhaalde poging na te laten. Aanbevolen wordt bij personen met recidiverend suïcidaal gedrag de aanleiding tot het zogeheten acuut-op-chronischrisico (Van Luyn, 2010) te onderzoeken. Dit kan ontstaan wanneer de patiënt wordt geconfronteerd met een stressfactor die geassocieerd is met een verhoogd risico op suïcidaal gedrag (zie hoofdstuk 5, paragraaf 3, vooral een reëel of dreigend verlies, actualisering van een trauma, ernstige krenking, problemen in de relatie met de behandelaar). De richtlijn van de New Zealand Guideline Group (2003) beveelt aan om in de diagnostische fase gebruik te maken van bestaande kennis over stressfactoren die bij de individuele patiënt aanleiding geven tot herhaald suïcidaal gedrag. Verandering in de werkrelatie met de vaste professional, regressief gedrag, plotselinge verbetering van klachten of weggeven van bezittingen zijn voorbeelden van signalen voor het acuut-op-chronischrisico (Van Luyn, 2010).

Aanbevelingen

- Aanbevolen wordt bij het inschatten van de kans op herhaling van suïcidaal gedrag te onderzoeken of de patiënt eerder een suïcidepoging heeft gedaan, ooit in psychiatrische behandeling is geweest of op het moment van de poging is, en of bij de suïcidepoging bezodiazepinen werden gebruikt.
- Aanbevolen wordt bij patiënten met (herhaald) suïcidaal gedrag te onderzoeken of er sprake is van behandelbare psychiatrische (co-) morbiditeit. Tevens dient te worden nagegaan wat de aanleiding was tot de huidige suïcidepoging, wat in het verleden aanleidingen waren tot het doen van een suïcidepoging en waar de patiënt in de huidige situatie behoefte aan heeft.
- Bij patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan door snijden, of door een combinatie van methoden, dient sterker rekening te worden gehouden met de kans op herhaling op korte termijn dan bij patiënten die een poging hebben gedaan door een overdosis medicatie.
- Het is aan te bevelen bij chronische suïcidale patiënten in situaties waarin sprake is van veranderingen in het gedrag (bijvoorbeeld toename van psychiatrische (co-) morbiditeit), bij problemen in de relatie met de behandelaar, een reëel of dreigend verlies, actualisering van een

trauma, of ernstige krenking, zorgvuldig te onderzoeken of sprake is van verergering van het suïcidale gedrag.

- Gebeurtenissen die aanleiding hebben gegegeven tot de suïcidepoging, dienen zorgvuldig te worden gerapporteerd, zodat van deze kennis gebruik kan worden gemaakt in de diagnostische fase wanneer de patiënt eventueel opnieuw een suïcidepoging doet.

Literatuur bij deel 2

Wetenschappelijke onderbouwing

De volgende bronnen zijn opgenomen in de wetenschappelijke onderbouwing en in de conclusies. Zie bijlage 8, Bewijstabellen diagnostiek.

Andrews, J.A., & Lewinsohn, P. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 4.

Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P.J., & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: A follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders, 68*, 167-181.

Appleby, L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *British medical journal, 302*, 137-140.

Arensman, E., Kerkhof, A.J., Hengeveld, M.W., & Mulder, J.D. (1995). Medically treated suicide attempts: A four year monitoring study of the epidemiology in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health, 49*, 285-289.

Arie, M., Haruvi-Ctalan, L., & Apter, A. (2005). Personality and suicidal behavior in adolescents. *Clinical Neuropsychiatry, 2*, 1, 37-47.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnosis in 3275 suïcides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry, 4*, 37-47.

Baldessarini, R.J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry, 12*, 1-13.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., & Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suïcide attempts among youth aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1174-1182.

Beautrais, A.L. (2003). Life course factors associated with suicidal behavior in young people. *American Behavioral Scientist, 46*, 1137.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry, 142*, 559-563.

Beck, A.T., Brown, G., & Steer, R.A. (1989a). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 309-310.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1989b). Clinical predictors of eventual suicide: A 5- to 10-year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorders, 17*, 203-209.

Beck, A.T., Brown. G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with

psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry, 147*, 190-195.

Bergen, D.D. van, Eikelenboom, M., Smit, J.H., Looij-Jansen, P.M. van de, & Saharso, S. (2010). Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: Rates and risk factors. *Ethnicity & Health, 5*, 515-530.

Bonnewijn, A., Shah, A., & Demyttenaere, K. (2009). Suicidality and suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology, 19,* 271-294.

Bostwick, J.M., & Pankratz, V.S. (2000): Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *The American Journal of Psychiatry, 157*, 1925-1932.

Brent, D.A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behaviour. *The Psychiatric Clinics of North America, 31,* 157-77.

Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completion: A systematic review. *Acta Pscyhiatrica Scandinavica, 113*, 180-206.

Bridge, J.A., Goldstein, T.R., & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 372-394.

Brown, G.K. (2002). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults.* Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 2002.

Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., & Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 371- 377.

Brown, L.M., Bongar, B., & Cleary, K.M. (2004). A profile of psychologists's views of critical risk factors for completed suicide in older adults. *Professional Psychology, Research and Practice, 35,* 90-96.

Burger, I., Hemert, A.M. van, Bindraban, C.A., & Schudel, W.J. (2005). Parasuïcides in Den Haag: Meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiologisch Bulletin, 40*, 2-8.

Burger, I., Hemert, A.M. van, Schudel, W.J., & Middelkoop, B.J.C. (2009). Suicidal behavior in four ethnic groups in The Hague, 2002-2004. *Crisis, 30*, 63-67.

Burger, I., Linden, C. van der, Bos, A., Eckhardt, T., Post, S., Yperen, M. van, & Hemert, A.M. van. (2010). Vóórkomen van parasuïcides in Den Haag: Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009. *Epidemiologisch Bulletin, 45*, 1-11.

Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suïcide: A systematic review. *Psychological Medicine, 33*, 395-405.

Cheng, A.T., Mann, A.H., & Chan, K.A. (1997). Personality disorder and suicide: A case-control study. *British Journal of Psychiatry, 170*, 441-446.

Cherpitel, C.J., Borges, L.G.G., & Wilcox, H.C. (2004). Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 28*, 18S-28S.

Chioqueta, A.P., & Stiles, T.C. (2004). Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis, 25*, 128-133.

Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 31*, 367-385.

Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E.D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 6*, 122-126.

Cooper, J., Dunning, J., Guthrie, E., Appleby, L., & Mackway-Jones, K. (2006). A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Annals of Emergency Medicine, 48*, 459-466.

Corbitt, E.M., Malon, K.M., Haas, G.L., & Mann, J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of Affective Disorders, 39*, 61-72.

Cukrowicz, K., Smith, P., & Poindexter, E. (2010). The effect of participating in suicide research: Does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide ideation and attempts? *Suicide & Life-Threatening Behavior, 40*, 535-543.

Deluty, R.H. (1988). Factors affecting the acceptability of suicide. *Omega-The Journal of Death and Dying, 19*, 315- 326.

Erlangsen, A., Zarit, S.H., & Conwell, Y. (2008). Hospital-diagnosed dementia and suicide: A longitudinal study using prospective, nationwide register data. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 220-228.

Ernst, C., Mechawar, N., &Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology, 89*, 315-33.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review, 24*, 957-79.

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 35*, 239-50.

Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L., Clark, D.C., Young, M.A., Hedeke, D., et al. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *The American journal of psychiatry, 147*, 1189-1194.

Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 1721-1731.

Fergusson, D.M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine, 30*, 23-39.

Fishbain, D.A. (1999). The association of chronic pain and suicide. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 4*, 221-227.

Fowler, R.C., Rich, C.L., & Young, D. (1986). San Diego Suicide Study. II. Substance abuse in young cases. *Archives of General Psychiatry, 43*, 962-965.

Frierson, R.L. (1991). Suicide attempts by the old and the very old. *Archives of Internal Medicine, 151*, 141-144.

Garssen, M.J., Hoogenboezem, J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2006). Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 150*, 2143-2149.

Garssen, M.J., Hoogenboezem, J., & Kerkhof, A.J.F.M. (2007). Zelfdoding onder Nederlandse Surinamers naar etniciteit. *Tijdschift voor Psychiatrie, 49*, 373-381.

Gearing, R.E., & Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health, 48*, 332-341.

Goldstein, R.B., Black, D.W., Nasrallah, A., & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 48*, 418-422.

Gould, M.S., Marocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., et al.(2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA, 293*, 1635-1643.

Harris, E.C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 170*, 205-228.

Hasley, J.P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M.R., Adler, L.E., & Shroyer, A.L.W. (2008). A review of 'suicidal intent' within the existing suïcide literature. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 38*, 576-591.

Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lönqvist, J. (2008). Dererminants and outcomes of serious attemted suicide: A nationwide study in Finland, 1996-2003. *American Journal of Epidemiology, 167*, 1155-1163.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J.J. (2005a). Schizophrenia and suicide: A systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry, 187*, 9-20.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harris, L. (2005b). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*, 693-704.

Heisel, M.J., & Flett, G.L. (2006). The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 742-751.

Heisel, M.J., Link, P.S., Conn, D., Reekum, R. van, & Flett, G.L. (2007). Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 734-741.

Hemert, A.M. van, & Kruif, M. de. (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153*, 1102-1107.

Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, et al. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *The American Journal of Psychiatry, 150*, 935-940.

Hoyer, G., & Lund, E. (1993). Suicide among women related to number of children in marriage. *Archives of General Psychiatry, 50*, 134-137.

Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Mart-Tunen, M.J., Kuoppasalmi, K.I., et al. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 153*, 667-673.

Ivarson, T., Larsson, B., & Gillberg, C. (1998). A 2-4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*, 96-104.

James, A., Lai, F.H., & Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disarder and suïcide: A review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 110,* 408-415.

Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawkay, N., Lesege, A.D., et al. (2005). Familial aggregation of suicidal behaviour: A family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1017-1019.

King, C.A., & Merchant, C.R. (2008). Social and interpersonal factors relating to suicidal adolescents: A review of the literature. *Archives of Suicidal Research, 12*, 181-196.

Kposowa, A.J. (2001). Unemployment and suicide: A cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine, 31*, 127-138.

Kraut, A., & Walld, R. (2003). Influence of lack of full-time employment on attempted suicide in Manitoba, Canada. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 29*, 15-21.

Krysinska, K., & Martin, G. (2009). The struggle to prevent and evaluate: Application of population attributable risk and preventive fraction to suicide prevention research. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 39*, 548-57.

Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., et al. (1994). Suïcide and mental disorders: A case-control study of young men. *The American Journal of Psychiatry, 151*, 7.

Lewis, N.M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health Place, 15*, 1029-45.

Lindeman, S., Laara, E., Hakko, H., & Lonnqvist, L. (1996). J A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *The British Journal of Psychiatry, 168*, 274-279.

Linehan, M.M., Rizvi. S.L., Welch, S.S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp 147-178). Chichester (England): John Wiley & Sons.

Llorente, M.D., Burke, M., Gregory, G.R., Bosworth, H.B., Grambow, S.C., Horner, R.D., et al. (2005). Prostate cancer: A significant risk factor of late-life suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*, 195-201.

Lorant, V., Kunst, A.E., Huisman, M., Costa, G., & Mackenbach, J. (2005). Socio-economic inequalities in suicide: A European comparative study. *The British Journal of Psychiatry, 187*, 49 -54.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E.. de, Corcoran, P., Fekete, S., et al. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 49*, 667-677.

NSRF. (2008). National registry of deliberate self-harm Ireland-Annual report 2006/07. Cork (Ireland): National Suicide Research Foundation. Available at: http://www.nsrf.ie/reports/RegistryReport2006_07/NSRF_06_07_NRDSH.pdf.

Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., & Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 181-189.

Marquet, R.L., Bartels, A.I.M., Kerkhof, A.J.F.M., Schellevis, F.G., & Zee, J. van der. (2005). The epidemiologie of suicide and attempted suicide in Dutch general practicer 1983-2003. *BMC Family Practice, 6*, 45.

Marttunen, M.J., Aro, H.M., & Lonnqvist, J.K. (1993). Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 1178-1183.

Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A.C., Hirsch, C.S., Portera, L., Hartwell, N., et al. (1997). Lower risk of suicide during pregnancy. *The American Journal of Psychiatry, 154,* 122-123.

Maser, J.D., Akiskal, H.S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott J, et al. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide & Life-Threatening Behaviour, 32,* 10-32.

Morrison, R., & O'Connor, R.C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life Threatening Behavior, 38*, 523-538.

Neufeld E, & O'Rourke N. (2009). Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 684-692.

O'Connor, R.C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 37*, 698-714.

Ostama, A., & Lönnqvist, J (2001). Excess mortality of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 29-35.

Oquendo, M.A., Friend, J.M., Halberstam, B., Brodsky, B.S., Burke, A.K., Grunebaum, M.F., et al. (2003). Association of comorbid posttraumatic

stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behaviour. *The American Journal of Psychiatry, 160,* 580-582.

Oude Voshaar, R.C., Cooper, J., Murphy, E., Steeg, S., Kapur, N., & Purandare, N. (2011). First episode of self-harm in older age: A 10-year prospective study. *The Journal of Clinical Psychiatry, 72*, 737-743.

Oude Voshaar, R.C., Kapur, N., Bickley, H., Williams, & A., Purandare, N. (2011). Suicide in later life: A comparison between cases with early- onset and late-onset depression. *Journal of Affective Disorders, 132*, 185-191.

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 181,* 193-9.

Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., Sakashita, T., Takenoshita, Y., Taguchi, T., et al (2005). Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*, 337-344.

Pfeffer, C.R. (2001). Diagnosis of child and adolescent suicidal behavior: Unmet needs for suicide prevention. *Biological Psychiatry, 49*, 1055-1061.

Platt, S., & Hawton, K. (2000). Suicidal behaviour and the labour market. In K. Hawton, & K .van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 303-378). Chichester: John Wiley & Sons.

Pokorny, A.D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry, 40*, 249-257.

Pokorny, AD. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 23*, 1-10.

Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *The International Journal of Eating disorders, 36*, 99-103.

Pompili, M., Mancinelli, I., Ruberto, A., Kotzalidis, G.D., Girardi, P., & Tatarelli, R. (2005a). Where schizophrenic patients commit suicide: A review of suicide among inpatient and former inpatients. *International journal of psychiatry in medicine, 35*, 171-190.

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005b). Suicide in the epilepsies: A meta-analytic investigation of 29 cohorts. *Epilepsy & Behavior, 7*, 305-310.

Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., et al. (2009). Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). New York, NY: New York State Psychiatric Institute.

Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldcare, M., & Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients: Risk factors and their predictive power. *The British Journal of Psychiatry, 176*, 266-272.

Qin, P., & Mortensen, P.B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of General Psychiatry, 60*, 797-802.

Rehkopf, D.H., & Buka, S.L. (2006). The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: A systematic review. *Psychological Medicine, 36*, 145-157.

Rew, L., & Barrow, E.M. Jr. (2007). State of the science: Intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon. *ANS. Advances in Nursing Science, 30*, 15-25.

Rurup, M.L., Muller, M.T., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Heide, A. van der, Wal, G. van der, & Maas, P.J. van der. (2005). Requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease: An interview study. *Psychological Medicine, 35*, 665-671.

Schudel, W.J., Struben, H.W.A., & Vroom-Jongerden, J.M. (1998). Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin, 33*, 7-13.

Simon, T.R., Anderso, M., Thompson, M.P., Crosby, A., & Sacks, J.J. (2002). Assault victimization and suicidal ideation or behavior within a national sample of US adults. *Suicide & Life-Threatening Behaviour, 32,* 42-50.

Speckens, A.E.M., & Hawton, K. (2005). Social problem-solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*, 365-387.

Stack, S., & Kposowa, A.J. (2011). Religion and suicide: Integrating four theories cross-nationally. In R.C. O'Conner, S. Platt, & J. Gordon, *International handbook of suicide prevention research, policy and practice*. Oxford: Wiley & Sons.

Suominen, K.H., Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Ostamo, A.I., & Lonnqvist, J.K. (2000). Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 118-125.

Szanto, K., Reynolds, C.F., Conwell, Y., Begley, A.E., & Houck, P. (1998). High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*, 1401-1406.

Taylor, T.L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people that self harm. *The British Journal of Psychiatry, 194*, 104-110.

Uncapher, H., & Arean, P.A. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *48,* 188-192.

Verwey, B., Eling, P., Wientjes, H., & Zitman, F.G. (2000). Memory impairment in those who attempted suicide by benzodiazepine overdose. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 456-459.

Verwey, B., Muntendam, A., Ensing, K., Essink, G., Pasker-de Jong, P.C., Willekens, F.L., et al. (2005). Clinically relevant anterograde amnesia and its relationship with blood levels of benzodiazepines in suicide attempters

who took an overdose. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 29*, 47-53.

Voaklander, D.C., Rowe, B.H., Dryden, D.M., Pahal, J., Saar, P., & Kelly, K.D. (2008). Medical illness, medication use and suicide in seniors: A population-based case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*, 138-146.

Waern, M., Runeson, B.S., Allebeck, P., Beskow, J., Rubenowitz, E., Skoog, I., et al. (2002). Mental disorder in elderly suicides: A case-control study. *The American Journal of Psychiatry, 159*, 450-455.

Wilcox, H.C., Conner, K.R., & Caine, E.D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend, 76*, S11-S19.

Williams, J.M.G., Crane, C, Barnhofer, T, Does, A.J.W. van der, & Segal, Z.V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders, 91*, 189-194.

Yen, S., Shea, M.T., Pagano, M., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., et al. (2003). Axis I and axis II disorders are predictors of prospective suicide attemps: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 375-381.

Zahl, D., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study in 11 583 patients. *The British Journal of Psychiatry, 185*, 70-75.

Niet verwerkt in wetenschappelijke onderbouwing

Hier volgen de bronnen die in deel 2 opgenomen zijn, maar niet in de conclusies zijn verwerkt; er is derhalve geen bewijstabel van gemaakt.

Ahrens, B., & Haug, H.-J. (1996). Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 17*, 59-63.

Allaraisanen, A., Miettunen, J., Rasanen, P., Fenton, W., Kouviumaa-Honkanen, H.T., & Isohanni, M. (2009). Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland: 1966 Birth Cohort Social. *Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 25*, 25.

Allgulander, C. (1994). Suïcide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. *Archives of General Psychiatry, 51*, 708-712.

Angst, J., & Clayton P. (1986). Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues. *Comprehensive Psychiatry, 27*, 511-532.

APA. (2003). Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 1-60.

Appleby, L., Mortensen, P.B., & Faragher, E.B. (1998). Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry, 173*, 209-211.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey. *British Medical Journal, 318*, 1235-1239.

Arensman, E., & Kerkhof, A.J.F.M. (1996). Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 26*, 46-67.

Arensman, E., Corcoran, P., & Fitzgerald, A. (2011). Deliberate self-harm: extent of the problem and prediction of repetition. In R. O'Connor, S. Platt, & J. Gorden (Eds.), *International handbook of suicide prevention* (pp. 119-132). Cichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Austin, M.C., Janosky, J.E., & Murphy, H.A. (2003). Increased corticotropin-releasing hormone immunoreactivity in monoamine-containing pontine nuclei of depressed suicide men. *Molecular Psychiatry, 8*, 324-332.

Baxter, D., & Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 175*:322-326.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., & Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disor-ders in persons making serious suicideattempts: A case-con-trol study. *The American Journal of Psychiatry, 153,* 1009-1014.

Beck, A.T., Beck, R., & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors I: Quantifying intent and medical lethality *The American Journal of Psychiatry, 132*, 285-287.

Beck, A.T., Brown, G.K., Steer, R.A., Dahlsgaard, K.K., & Grisham, J.R. (1999). Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 29*, 1-9.

Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 343-352.

Beck, A.T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A.T. Beck, H. Resnik, & D.J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1976). Classification of suicidal behaviors II dimensions of suicidal intent. *Archives of General Psychiatry, 33*, 835-837.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.

Bertolote, J.M., & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.

Blaauw, E., Kerkhof, A.J.F.M., Winkel, F.W., & Sheridan, L. (2001). Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands. *British Journal of Forensic Practice, 3*, 22-28.

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behaviour in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders, 18*, 226-239.

Borges, G., Walters, E.E., & Kessler, R.C. (2000). Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behaviour. *American Journal of Epidemiology, 151,* 781-789.

Bourgeois, M., Swendsen, J., Youg, F., Amador, X., Pini, S., Cassano, G.B., et al. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1494-1496.

Brent, D.A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behaviour. *The Psychiatric Clinics of North America, 31*, 157-77.

Brown, L.M., Bongar, B., & Cleary, K.M. (2004). A profile of psychologists's views of critical risk factors for completed suicide in older adults. *Professional Psychology, Research and Practice, 35,* 90-96.

Bunney, W.E.J., & Fawcett, J.A. (1965). The possibility of a biochemical test for suicidal potential. *Archives of General Psychiatry, 13*, 232-238.

Busch, K.A., Fawcett, J., & Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 14-9.

CBS Statline. (2009). Doodsoorzaken; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken. http://statline.cbs.nl.

Chesley, K., & Loring-McNulty, N. (2003). Process of suicide: Perspective of the suicide attempter. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 9*, 41-45.

Chioqueta, A.P., & Stiles, T.C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicid ideation. *Personality and Individual Differences, 38*, 1283-1291.

Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Martens, H., & Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurous behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences, 48*, 83-87.

Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., & Caine, E.D. (2001). Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. *Suicide & Life-Threatening Behaviour, 31*, 367-385.

Coryell, W., & Schlesser, M. (2001). The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 748-753.

Cassells, C., Paterson, B., Dowding, D., & Morrison, R. (2005). Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: A review of the literature. *Crisis, 26*, 53-63.

Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J.M.G. (2007). Reflection, brooding, and suicidality: A preliminary study of different types of rumination individuals with a history of major depression. *British Journal of Clinical Psychology, 46*, 497-504.

Currier, D., & Mann, J.J. (2008). Stress, genes and the biology of suicidal behaviour. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 247-269.

Drake, R.E., Cotton, P.G. (1986). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 148*, 554-559.

Drake, R.E. (2006). Suicide attempts and completed suicides among achizophrenia patients. In R. Tatarelli, M. Pompili, & P. Girardi (Eds.), *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers Inc.

Dutta, R., Murray, R.M., & Boydell, J. (2010). Determining the long-term risk of suicide and premature death following a first episode of psychosis: An incidence cohort approach. *Schizophrenia Research, 117*, 182-183.

Elliott, J.L., & Frude, N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*, 20-26.

Ellis, T.E., Allen, J.G., Woodson, H, Frueh, B.C., & Jobes, D.A. (2009). Implementing an evidence-based approach to working with suicidal inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic, 73*, 339-354.

Ellis, T.E., & Rutherford, B. (2008). Cognition and suicide: Two decades of progress. *InternationalJournal of Cognitive Therapy, 1*, 47-68.

Ellison, L.F., & Morrison, H.I. (2001). Low serum cholesterol concentration and risk of suicide. *Epidemiology, 12*, 168-172.

Ernst, C., Mechawar, N., & Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology, 89*, 315-33.

Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., Turecki, G. (2003). Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry, 4*, 359-364.

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 35,* 239-50.

Farmer, A., Redman, K., Harris, T., Webb, R., Mahmood, A., Sadler, S., et al. (2001). The Cardiff sib-pair study. *Crisis, 22*, 71-73.

Fawcett, J., Busch, K.A., Jacobs, D., Kravitz, H.M., & Fogg, L. (1997). Suicide: A four-pathway clinical-biochemical model *Annals of the New York Academy of Sciences, 836*, 288-301.

Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J., et al. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trail in five countries. *Bulletin of the WHO, 86*, 703-709.

Garland, M., Hickey, D., Corvin, A., Golden, J., Fitzpatrick, P., Cunningham, S., & Walsh, N. (2000). Total serum cholesterol in relation to psychological correlates in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 77-83.

Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet, 342,* 283-286.

Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht, Trimbos-instituut.

Graaf, R. de, Sandfort, T.G.M., & Have, M. ten. (2006) Suicidality and sexual orientation: Differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 253-262.

Hall, R.C., Platt, D.E., & Hall, R.C. (1999). Suicide risk assessment: A review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics, 40*, 18-27.

Harkavy-Friedman, J.M., Kimhy, D., Nelson, E.A., Venarde, D.F., Malaspina, D., & Mann, J.J. (2003). Suicide attempts in schizophrenia: The role of command auditory hallucinations for suicide. *The Journal of Clinical Psychiatry, 64,* 871-874.

Harkavy-Friedman, J.M., Restifo, K., Malaspina, D., Kaufmann, C.A., Amador, X.F., Yale, S.A., et al. (1999). Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not at-tempted suicide. *The American Journal of Psychiatry, 156,* 1276-1278.

Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., van 't Land, H., & Vollebergh, W. (2006). Suicidaliteit in de algemene bevolking, gedachten en pogingen: Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut.

Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., van 't Land, H., Vollebergh, et al. (2009). Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 824-33.

Hawton, K., & Heeringen, K. van. (2009). Suicide. *Lancet, 393*, 1372-1381.

Heeringen, K. van. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 292-300.

Heila, H., Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Mart-Tunen, M.J., & Lonnqvist, J.K. (1999). Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. *The Journal of Clinical Psychiatry, 60,* 200-208.

Heila, H., Isometsa, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Mart-Tunen, M.J., & Lonnqvist, J.K. (1997). Suicide and schizophrenia: A nation-wide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 154,* 1235-1242.

Heikkinen, M.E., Isometsa, E.T., Marttunen, M.J., Aro, H.M., & Lönqvist, J.K. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry, 167*, 747-753.

Heisel, M.J., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Franus, N., Beckman, A., & Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *Journal of Affective Disorders, 90*, 175-180.

Hendin, H., Haas, A.P., Maltsberger, J.T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *The American Journal of Psychiatry, 163*, 67-72.

Hjelmeland, H. (1996). Repetiotion of parasuicide: A predictive study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*, 395-404.

Holley, H.L., Fick, G., & Love, E.J. (1998). Suicide following an inpatient hospitalization for suicide attempt: A Canadian follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 543-551.

Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology, 24*, 81-90.

Hoyer, G., & Lund, E. (1993). Suicide among women related to number of children in marriage. *Archives of General Psychiatry, 50,* 134-137.

Hovey, J.D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. *Suicide & Life-Threatening Behaviour, 30,* 125-139.

Hunt, I.M., Kapur, N., Robinson, J., Shaw, J., Flynn, S., Bailey, H. (2006). Suicide within 12 month of mental health service contact in different age and diagnostic groups. *National clinical survey British Journal of Psychiatry, 188*, 135-142.

Ilgen, M.A., Burnette, M.L., Conner, K.R., Czyz, E., Murray, R., Chermack, S. (2010). The association between violence and lifetime suicidal thoughts and behaviors in individuals treated for substance use disorders. *Addictive Behaviors, 35,* 111-115.

Isometsa, E.T., & Lönnqvist, J.K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *The British Journal of Psychiatry, 173*, 531-535.

Jenkins, G.R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M.J., & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: Cohort study. *British Medical Journal, 325*, 1155.

Jobes, D.A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York: The Guilford Press.

Jobes, D.A., Wong, S.A., Conrad, A.K., Drozd, J.F., & Neal-Walden, T. (2005). The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: A retrospective study with suicidal outpatients. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 35*, 483-497.

Joiner, T.E., Pettit, J.W., Walker, R.L., Voelz, Z.R., Cruz, J., Rudd, M.D., et al. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 531-545.

Jokinen, J., Carlborg, A., Mårtensson, B., Forslund, K., Nordström, A., & Nordström, P. (2007). DST non-suppression predicts suicide after

attempted suicide. *Psychiatry Research, 150*, 297-303.

Kaplan, K.J., & Harrow, M. (1999). Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenia and schizoaf-fective patients: A disease-based interactive model. *Suicide & Life-Threatening Behaviour, 29,* 10-24.

Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: A prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health, 77,* 283-287.

Kapur, N. & Gask, L. (2009). Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry, 8*, 233-236.

Kendler, K.S. (2010). Genetic and environment pathways to suicidal behavior: Reflections of a genetic epidemiologist. *European Psychiatry, 25*, 300-303.

Kerby, D.S. (2003). CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences, 35*, 249-261.

Kerkhof, A., & Spijker, B. van. (2011). Worrying and rumination as proximal risk factors for suicidal behaviour. In R.C. O'Conner, S. Platt, & J. Gordon, *International handbook of suicide prevention research, policy and practice* (pp. 199-210). Oxford: Wiley & Sons.

Kessler, R.C., Borges, G., & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56*, 617-626.

Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research, 6*, 345-362.

Khan, A., Leventhal, R.M., Khan, S., & Brown, W.A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta-analysis of the FDA data- base. *Journal of Affective Disorders, 68*, 183-190.

Kim, C. , Lesage, A., Seguin, M., Chawsky, N., Vanier, C., Lipp, O. et al. (2003). Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine, 33*, 1299-1309.

Kliewer, E.V., & Ward, R.H. (1988). Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country. *American Journal of Epidemiology, 127*, 640-653.

Lester, D. (2006). Hopelessness and suicide in schizophrenia. In R. Tatarelli, M. Pompili, & P. Girardi (Eds.), *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers Inc.

Lewine, R.R. (2005). Social class of origin, lost potential, and hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 76*, 329-335.

Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine, 72*, 608-616.

Links, P.S., Gould, B., Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 301-310.

Luoma, J.B., & Pearson, J.L. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: Is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health, 92*, 1518-1522.

Luyn, J.B. van, & Kaasenbrood, A. (2010). Suïcidaliteit in de acute en sociale psychiatrie. In A. Kerkhof, & B. van Luyn (Red.), *Suicidepreventie in de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Machado, R.A., Espinosa, A.G., Melendrez, D., González, Y.R., García, V.F., & Rodríguez, Y.Q. (2011). Suicidal risk and suicide attempts in people treated with antiepileptic drugs for epilepsy Seizure 2011 Jan 24. *Seizure: the Journal of the British Epilepsy Association, 20*, 280-284.

Manfredini, R., Caracciolo, S., Salmi, R., Boari, B., Tomelli, A., & Gallerani, M. (2000). The association of low serum cholesterol with depression and suicidal behaviours: New hypotheses for the missing link. *The Journal of International Medical Research, 28*, 247-257.

Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience, 4*, 819-828.

McGirr, A., Tousignant, M., Routhier, D., Pouliot, L., Chawky, N., Margolese, H.C., et al. (2006). Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: A case-controle study. *Schizophrenia Research, 84*, 132-143.

McGirr, A., Seguin, M., Renaud, J., Benkelfat, C., Alda, M., & Turecki, G. (2006). Gender and risk factors for suicide: Evidence for heterogeneity in predisposing mechanisms. *Journal of clinical Psychiatry, 67,* 1612-1617.

McGirr, A., & Turecki, G. (2008). What is specific to suicide in schizophrenia? Behavioural, clinical and sociodemographic dimensions. *Schizophrenia Research, 98,* 217-224.

McGlashan, T.H. (1986). The Chesnut lodge follow-up study III: Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry, 43*, 2-30.

McLean, J., Maxwell, M., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and protective facors for suicide and suicidal behaviour: A literature review*. Edinburgh: Scottisch Government Social Research.

Meadows, L.A., Kaslow, N.J.,Thompson, M.P., & Jurkovic, G.J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology, 36*, 1, 56-66.

Meltzer, H.Y. (2002). Suicidality in schizophrenia: A review of the evidence for risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Reports, 4*, 279-283.

Milos, G., Spindler, A., Hepp, U., & Schnyder, U. (2004). Suicde and suicidal ideation: Links with psychiatric morbidity in eating disorders. *General Hospital Psychiatry, 26*, 129-135.

Montross, L.P., Zisook, S., & Kasckow, J. (2006). Command hallicunations and suicide risk. In R. Tatarelli, M. Pompili, & P. Girardi (Eds.), *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers Inc.

Mortensen, P.B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet, 355*, 9-12.

Murphy, G.E., Wetzel, R.D., Robins, E., & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry, 49,* 459-463.

Müller-Oerlinghausen, B., Roggenbach, J., & Franke, L. (2004). Serotonergic platelet markers of suicidal behavior: Do they really exist? *Journal of Affective Disorders, 79*, 13-24.

Murphy, G.E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 165-175.

Nemeroff, C.B., Owens, M.J., Bissette, G., Andorn, A.C., & Stanley, M. (1988). Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Archives of General Psychiatry, 45*, 577-579.

New Zealand Guideline Group. (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington: New Zealand Guideline Group.

Nordenthoft, M., & Mortensen, P.B. (2006). Hospital admission and suicide in schizophrenia. In R. Tatarelli, M. Pompili, & P. Girardi (Eds.), *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers Inc.

Nordstrom, P., Asberg, M., Aberg-Wistedt, A., & Nordin, C. (1995). Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 92*, 345-350.

Oquendo, M.A., Ellis, S.P., Greenwald, S., Malone, K.M., Weissman, M.M., & Mann, J.J. (2001). Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1652-1658.

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry, 181*, 193-199.

Palmer, B.A., Pankratz, V.S., & Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A re-examination. *Archives of General Psychiatry, 62,* 247-253.

Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford Press.

Partonen, T., Haukka, J., Virtamo, J., Taylor, P.R., & Lonnqvist, J. (1999). Association of low serum total cholesterol with major depression and suicide. *The British Journal of Psychiatry, 175*, 259-262.

Patorno, E., Bohn, R.L., Wahl, P.M., Avorn, J., Patrick, A.R., Liu, J., et al. (2010). Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. *JAMA, 303,* 1401-9.

Pierce, D.W. (1977). Suicidal intent in self-injury. *The British Journal of Psychiatry, 130*, 377-385.

Pirkis, J., Burgess, P., & Dunt, D. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis, 21*, 16-25.

Placidi, G.P., Oquendo, M.A., Malone, K.M., Brodsky, B., Ellis, S.P., & Mann, J.J. (2000). Anxiety in major depression: Relationship to suicide attempts. *The American Journal of Psychiatry, 157*, 1614-1618.

Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston, H., Oates, R.K., Shrimpton, S., & Parkinson, P. (2001). Suicide risk following child sexual abuse. *Ambulatory Pediatrics, 1*, 262-266.

Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating Behaviors, 7*, 384-394.

Pompili, M., Innamorati, M., Girardi, P, Tatarelli, R., & Lester, D. (2011). Evidence-based interventions for preventing suicide in youths (170-210). In M. Pompili, & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book*. Cambrigde: Hogrefe.

Qin, P., Agerbo, A., & Mortensen, P.B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 765-772.

Quan, H., Arboleda-Florez, J., Fick, G.H., Stuart, H.L., & Love, E.J. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 190-197.

Restifo, K., Harkavy-Friedman, J.M., & Shrout, P.E. (2009). Suicidal behaviour in schizophrenia: A test of the demoralization hypothesis. *Journal of Nervous & Mental Diseases, 197,* 147-153.

Royal College of Psychiatrists. (2004). *Assessment following self-harm in adults.* London: Royal college of psychiatrists.

Royal College of Psychiatrists. (2010). *Self-harm, suicide and risk: Helping people who self-harm* [College report CR158]. London: Royal College of Psychiatrists.

Rozanov, V., Mehlum, L. & Stiliha, R. (2009). Suicide in military settings: Combats and veterans. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 249-256). Oxford: University Press.

Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides: A case-control study. *Psychological Medicine, 31,* 1193-1202.

Rudnick, A. (1999). Relation between command hallucinations and dangerous behaviour. *Journal of American Adademy of Psychiatry Law, 27*, 253-257.

Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *British Medical Journal, 340*, c3222.

Roy, A., & Segal, N.L. (2001). Suicidal behavior in twins: A replication. *Journal of Affective Disorders, 66*, 71-74.

Sainsbury, P. (1955). *Suicide in London: An Ecological Study.* London: Chapman and Hall.

Salverda, B. (2004). Laat me los, hou me vast: Verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindoestaanse afkomst. Den Haag: GGD-afdeling Epidemiologie.

Salverda, B. (2010). Wel en Wee: Turks-Nederlandse meisjes aan het woord over hun leven. Den Haag: GGD-afdeling Epidemiologie.

Sandfort, T.G.M., Graaf, R. de, Bijl, R.V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry, 58*, 85-91.

Schulsinger, F., Kety, S.S., Rosenthal, D., & Wender, R. (1979). A family study of suicide. In M. Schou, & E. Stromgren (Eds.), *Origins, prevention and treatment of affective disorders* (pp. 277-287). New York: Academic Press.

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.

Shea, S.C. (1999). The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors. Hoboken, NJ: Wiley.

Singh, G.K., & Siahpush, M. (2001). All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *American Journal of Public Health, 91*, 392-399.

Siris, S.G. (2000). Depression in schizophrenia: Perspective in the era of 'atypical' antipsychotic agents. *The American Journal of Psychiatry, 157,* 1379-1389.

Skogman, K., Alsén, M., & Öjehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide A follow-up study of 1052 suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 113-120.

Sno, H.N., Beekman, A.T.F., Hengeveld, M.W., Kuiper, T., Kupka, R.W., Naarding, P., et al. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2004). Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Amsterdam: Boom.

Stack, S. (2001). Occupation and suicide. *Social science quarterly, 82*, 384-396.

Stefansson, J., Nordström, P., & Jokinen, J. (2012). Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *Journal of Affective Disorders, 136*, 167-71.

Stenager, E.N., Stenager, E., Koch-Henriksen, N., Bronnum-Hansen, H., Hyllested, K., Jensen, K., et al. (1992). Suicide and multiple sclerosis: An epidemiological investigation. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 55,* 542-545.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet, 374,* 315-23.

Suokas, J., Suominen, K., Isometsa, E., Ostama, A., & Lönnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 117-121.

Taylor, R., Morrell, S., Slaytor, E., & Ford, P. (1998). Suicide in urban New South Wales, Australia 1985-1994: Socio-economic and migrant interactions. *Social Science & Medicine, 47*, 1677-1686.

Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal, 337*, a2205.

Tondo, L., Isacsson, G., & Baldessarini, R.J. (2003). Suicidal behaviour in bipolar disorder: Risk and prevention. *CNS Drugs*, 17, 491-511.

Useda, J.D., Duberstein, P.R., Conner, K.R., Beckman, A., Franus, N., Tu, X., et al. (2007). Personality differences in attempted suicide versus suicide in adults 50 years of age or older. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 126-133.

Uncapher, H., Gallagher-Thompson, D., Osgood, N.J., & Bongar, B. (1998). Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *The Gerontologist, 38*, 62-70.

Velting, D.M. (1999). Suicidal ideation and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences, 27*, 943-952.

Verkes, R.J., Mast, R.C. van der, Kerkhof, A.J., Fekkes, D., Hengeveld, M.W., Tuyl, J.P., et al. (1998). Platelet serotonin, monoamine oxidase activity, and [3h] paroxetine binding related to impulsive suicide attempts and borderline personality disorder. *Biological Psychiatry, 15*, 740-746.

Verkes, R.J., Mast, R.C. van der, Hengeveld, M.W., Tuyl, J.P., Zwinderman, A.H., & Kempen, G.M. van. (1998). Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patienst with repeated suicide attempts but not major depression. *The American Journal of Psychiatry, 155*, 543-547.

Vizcarra, B., Hassan, F., Hunter, W.M., Munoz, S.R., Ramiro, L., & De Paula, C.S. (2004). Partner violence as a risk factor for mental health among women from communities in the Philippines, Egypt, Chile, and India. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 11*, 125-129.

Wagner, B.M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin, 121*, 246-298.

Warshaw, M.G., Dolan, R.T., & Keller, M.B. (2000). Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: Five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *The American Journal of Psychiatry, 157,* 1876-1878.

Weinstock, L.M., Strong, D., Uebelacker, L.A., & Miller, I.W. (2009). Differential itemfunctioning of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus without: An item response theory analysis. *Bipolar Disorder, 11*, 289-297.

Weisman, A., & Worden, J.W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry, 26*, 553-560.

Wender, P.H., Kety, S.S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 43*, 923-929.

Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S., & Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 57-67.

Wilson, S.T., & Amador, X.F. (2006). Awareness of illness and the risk of suicide in schizophrenia. In R. Tatarelli, M. Pompili, & P. Girardi (Eds.), *Suicide in schizophrenia*. New York: Nova Science Publishers Inc.

Wingood, G.M., DiClemente, R.J., & Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine, 19*, 270-275.

Young, M.A., Fogg, L.F., Scheftner, W., Fawcett, J., Akiskal, H., & Maser, J. (1996). Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 155-165.

Zouk, H., Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders, 92*, 195-204.

Deel 3
Behandeling

Suïcidaal gedrag kan plotseling ontstaan of langdurig aanwezig zijn. Anamnese en onderzoek zijn bepalend voor welke interventies direct nodig zijn en welke op langere termijn. Daarom wordt in dit deel onderscheid gemaakt tussen eerste interventies en de daaropvolgende behandeling van suïcidaal gedrag.

Hoofdstuk 7
Eerste interventies

1 Inleiding

De eerste interventies voor patiënten met suïcidaal gedrag kunnen niet los gezien worden van de diagnostiek. Bijvoorbeeld: in een gesprek over suïcidegedachten met een patiënt met een depressie wordt uitgelegd dat dergelijke gedachten bij een depressie kunnen voorkomen. Dat kan de patiënt inzicht geven in wat er aan de hand is, en hem of haar het gevoel geven begrepen te worden. Het heeft iets kunstmatigs om diagnostiek en behandeling in dit opzicht strikt te scheiden. In dit hoofdstuk wordt geprobeerd stapsgewijs vragen te beantwoorden die aan de orde zijn in het proces dat begint met diagnostiek en dat leidt naar verdere zorg.

1.1 Uitgangsvragen

- Welke somatische, psychiatrische en psychosociale interventies moeten het eerst worden overwogen? (Paragraaf 2.)
- Welke eerste interventies vinden plaats onder WGBO en de Wet Bopz? (Paragraaf 3.)
- Welke interventies bevorderen de therapietrouw? (Paragraaf 4.)
- Wat is het effect van een non-suïcidecontract op het verkleinen van de kans op suïcide en op de behandelrelatie? (Paragraaf 5.)
- Wat is het effect van een signalerings- of veiligheidsplan? (Paragraaf 6.)
- Welke elementen moet een veiligheidsplan bevatten? (Paragraaf 6.)

2 Somatische, psychiatrische en psychosociale interventies

Welke somatische, psychiatrische en psychosociale interventies moeten het eerst worden overwogen? In zowel eerste- als tweedelijnsvoorzieningen worden patiënten gezien met meer of minder ernstige suïcidale gedragingen: een reden om hier de vraag te beantwoorden welke interventies op welk moment nodig zijn.

Wetenschappelijke onderbouwing: specifieke interventies
Er is geen onderzoek gedaan naar de vraag welke somatische, psychiatrische en psychosociale interventies moeten worden gedaan. Uit het stresskwetsbaarheidsmodel en de toestand van *entrapment* (zie hoofdstuk 2) waarin een patiënt verkeert, kunnen interventies worden afgeleid.

Overige overwegingen: specifieke interventies
Somatische interventies zijn nodig als anamnese en onderzoek wijzen in de richting van een somatische aandoening, bijvoorbeeld bij het plotseling optreden van een bewustzijnsverandering of bizar gedrag. De arts zal de interventies moeten bepalen en in veel gevallen is consultatie van een psychiater nodig, vooral als psychische ontregeling dreigt of al plaatsvindt. Wetenschappelijk onderzoek naar welke somatische interventies wanneer nodig zijn is niet voorhanden, omdat het niet gaat om interventies gericht op een specifieke aandoening.
Ook kunnen somatische interventies nodig zijn wanneer het vermoeden rijst dat de patiënt reeds een zelfbeschadigende handeling heeft verricht. In geval van een auto-intoxicatie bijvoorbeeld dient men gedetailleerd uit te vragen welke medicijnen zijn ingenomen, wanneer, in welke hoeveelheid, of er al dan niet met alcohol is ingenomen, enzovoort.
Psychiatrische en psychosociale interventies zullen zich richten op beïnvloeding van de ernst van het suïcidale gedrag en de directe aanleidingen, althans voor zover dat mogelijk is. Eerste interventies zijn erop gericht de veiligheid van de patiënt te bevorderen, de werkrelatie te bevorderen, eventuele psychiatrische ontregelingen te behandelen, de juiste setting van behandeling vast te stellen en de continuïteit van de zorg te bevorderen. Ook dient men indien mogelijk meteen naasten bij de behandeling te betrekken. In het volgende wordt nader ingegaan op interventies bij ambulante patiënten, klinische patiënten en patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan.

Ambulante en klinische patiënten
Bij ambulante patiënten zal de eerste interventie neerkomen op een gesprek waarin duidelijk wordt of het suïcidale gedrag is te hanteren of te verminderen. Wetenschappelijk onderzoek is niet voorhanden; interventies zullen afhangen van de hypothese over hoe het suïcidale gedrag is ontstaan. Dit geldt ook voor klinische patiënten. Patiënt en professional zullen bij een goede werkrelatie samen een werkhypothese opstellen die leidend is voor het bepalen van eventuele interventies.
Daarbij is nodig onderscheid te maken tussen factoren die wel of niet beïnvloedbaar zijn. Het is niet aannemelijk dat factoren als langdurige kwetsbaarheid of persoonlijkheidsstoornissen op korte termijn beïnvloed kunnen worden. Uiteraard zijn deze factoren ook van belang en professio-

nals doen er goed aan de mogelijkheid van beïnvloeding dan wel behandeling op langere termijn met de patiënt te bespreken. Factoren die mogelijk wel op korte termijn beïnvloedbaar zijn, zoals actuele psychiatrische verschijnselen en directe aanleidingen, meestal psychosociale stressoren, worden hierna besproken.

Eerste interventies gericht op een actuele psychiatrische aandoening betreffen het verstrekken van psychofarmaca. In de eerste plaats gaat het onder andere om bestrijden van angst, wanhoop, agitatie, slapeloosheid en hallucinaties of wanen die het suïcidale gedrag van de patiënt deels of geheel veroorzaken. Gezien het feit dat bij ongeveer 90% van alle suïcides een psychiatrische stoornis, meestal een depressie, is vastgesteld, moeten professionals alert zijn op de aanwezigheid hiervan. Zowel de patiënt als de naasten moeten geïnformeerd worden over de betekenis en de gevolgen van een eventuele psychiatrische stoornis (zie ook hoofdstuk 3). Suïcidaal gedrag komt vaak voor bij depressies en met patiënt en naasten is daarom een goede samenwerking, een bondgenootschap, vereist. Immers, de behandeling van een depressie leidt pas na enkele weken tot zichtbaar resultaat en tot die tijd is dit bondgenootschap noodzakelijk. Het bespreken van risicofactoren kan daarbij ook helpen de relevantie ervan te bepalen en reële verwachtingen te blijven koesteren over de mogelijkheid van het voorkomen van suïcide. Dit alles geldt ook voor patiënten met suïcidaal gedrag die aan andere psychiatrische stoornissen lijden. Psychoeducatie over de stoornis zelf, het suïcidale gedrag dat daarmee in verband staat en de risicofactoren en beschermende factoren die medebepalend zijn, behoren tot de eerste interventies.

Omdat alcohol en het gebruik van andere psychotrope middelen vaak voorkomen bij patiënten met suïcidaal gedrag zullen eerste interventies, indien relevant, ook hierop moeten worden gericht. Bespreken van abstinentie en de gevolgen daarvan, zoals het ontstaan van ontwenningsverschijnselen en wat er nodig is om deze te behandelen, is nodig.

Eerste interventies gericht op factoren die mede aanleiding hebben gegeven tot suïcidaal gedrag betreffen verheldering ervan. Immers, suïcidaal gedrag als reactie op een relatiebreuk of ontslag vereist specifiek bespreking van de consequenties voor de patiënt. Het wordt daarbij ook duidelijk hoe de patiënt een bepaalde aanleiding percipieert en of dit met de realiteit in overeenstemming is. Daardoor kan duidelijk worden in hoeverre de wanhoop of het toekomstperspectief te beïnvloeden zijn en daarmee het suïcidale gedrag. Om een indruk te krijgen van de context van de patiënt, de mate van sociale steun en de aanleidingen, zijn de naasten van de patiënt een belangrijke bron van informatie (Magne-Ingvar & Ojehagen, 1999).

Het is van belang rekening te houden met de toestand van de patiënt zoals deze die zelf ervaart. Na doorvragen kunnen patiënten meestal aanlei-

dingen noemen, waarbij het soms opvalt dat bij sommige recidivisten onder de suïcidepogers niet erg ingrijpende gebeurtenissen tot suïcidaal gedrag hebben geleid (Joiner & Rudd, 2000). Het is dus van belang de eigen perceptie van de patiënt, zijn eigen verhaal en de intentie en motieven van het suïcidale gedrag te kennen. Het empathisch benoemen van aspecten als klemzitten en de daarmee gepaard gaande vermindering van de probleemoplossingsvaardigheden bevordert de werkrelatie en de motivatie voor nazorg en behandeling.

Casus

Een 56-jarige man wordt door de huisarts beoordeeld nadat hij tegen zijn vrouw heeft gezegd dat hij naar het spoor zal gaan. Bij onderzoek wordt een moedeloze man gezien die vertelt dat hij een conflict met zijn vrouw heeft gehad die vindt dat hij 'eindelijk eens iets aan zijn passieve houding moet doen'. Hij blijkt na een arbeidsconflict al drie maanden thuis te zitten, somber te zijn, slecht te slapen en te eten. Zijn vrouw is geschokt en ziet zijn suïcidedreiging als het volgende bewijs van zijn vermijdende houding. De werkhypothese luidt dat er sprake is van een depressie die nog niet behandeld wordt bij een man die zich afgewezen voelt door zijn vrouw.

De eerste interventie bestaat uit het benoemen van zijn sombere stemming en gevoelens van afwijzing, die hij herkent. Hierdoor voelt hij zich begrepen. De volgende interventie is een gesprek met de patiënt en zijn vrouw, waarbij uitleg over depressie wordt gegeven. De echtgenote blijkt daarop opgelucht te zijn, waarna wordt overeengekomen dat behandeling voor de depressie geïndiceerd is. Er wordt expliciet afgesproken dat de echtgenote bij de behandeling betrokken zal blijven.

Wetenschappelijke onderbouwing: na suïcidepoging

Als een patiënt na een suïcidepoging in de crisisdienst of op een SEH wordt gezien, kan de toestand van de patiënt om direct handelen vragen. Naar het effect van de benodigde zorg is weinig onderzoek gedaan. Een paar basale bevindingen geven enige richting.

Uit een cohortonderzoek bij 246 patiënten die na een suïcidepoging op een SEH kwamen, werd 58% niet door een psychiater beoordeeld. Degene die tussen 17.00 en 9.00 uur kwamen, werden minder vaak door een psychiater beoordeeld dan degenen die tussen 9.00 en 17.00 uur kwamen. Van de niet-beoordeelde patiënten deed 37% een recidiefpoging in het daaropvolgende jaar, in de andere groep was dat 18% (Hickey et al., 2001).

In een cohortonderzoek van 604 suïcidepogers gezien in een algemeen ziekenhuis bleek dat binnen 12 weken 18% van de patiënten die niet waren beoordeeld een recidiefpoging deden, terwijl dat bij 10% het geval was van de patiënten die wel beoordeeld werden ($p < 0{,}005$). Dit impliceert dat de

kans op een recidief bij deze laatste groep ongeveer de helft kleiner was (Kapur et al., 2002). In eenzelfde soort onderzoek met langere follow-up bij 658 suïcidepogers kon dat niet bevestigd worden, maar bleek dat verwijzing voor specialistische behandeling de recidiefkans halveerde (Kapur et al., 2004). In beide onderzoeken bleek er een grote groep suïcidepogers te zijn die niet de zorg kreeg die het risico van herhaling van een poging kan verminderen. Omdat de beoordeling en de zorg die een deel wel kreeg nogal bescheiden lijkt, is uit deze onderzoeken toch de conclusie te trekken dat beoordeling en verwijzing op zich al tot een opmerkelijke vermindering van recidieven kan leiden.
In dit verband is een onderzoek relevant waarin werd vastgesteld dat suïcidepogers zelf vooral behoefte hadden aan hulp bij gezondheidsproblemen en bij basale en sociale problemen (Cedereke & Ojehagen, 2002). Daar valt uit af te leiden dat aandacht voor dergelijke problemen bij het maken van een behandelplan van belang is.

Overige overwegingen: na suïcidepoging
Gezien de oververtegenwoordiging van psychiatrische stoornissen, vooral depressie, bij patiënten die zich hebben gesuïcideerd, is het inschakelen van een psychiater bij het vermoeden van een psychiatrische stoornis aan te bevelen. Tevens is dit het geval als de toestand van de patiënt daar aanleiding toegeeft: bij agitatie, hevige angst of gedrag dat ontregeld wordt door hallucinaties of verwardheid. De psychiater wordt dan gevraagd diagnostiek te verrichten en indicatie te stellen voor hanteerbaar maken van het gedrag middels direct benodigde interventies als medicatie en/of het regelen van een onvrijwillige opname. Hierbij wordt verwezen naar de toelichting in bijlage 5 over gezondheidszorgwetgeving.

Conclusies

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat verwijzing van patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan naar specialistische behandeling de kans op recidief vermindert. B: Kapur, 2004.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat psychiatrische en psychosociale beoordeling van patiënten met suïcidaal gedrag op een afdeling spoedeisende hulp de kans op een recidief verkleint. B: Kapur, 2002; 2004. C: Hickey, 2001.

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat betekenisvolle anderen relevante informatie kunnen verstrekken over patiënten met suïcidaal gedrag op een afdeling spoedeisende hulp (SEH). C: Magne-Ingvar, 1999; Cedereke, 2002.

Aanbevelingen

- Het is vereist een somatisch arts in te schakelen wanneer bij een suïcidale patiënt aanwijzingen bestaan voor een somatische aandoening. Het is vereist om een professional met gespecialiseerde kennis van suïcidaal gedrag in te schakelen bij iedere patiënt die een suïcidepoging of serieuze suïcidale uitspraken heeft gedaan, of die ander gedrag vertoont dat een serieus risico van suïcide kan doen vermoeden.
- Het is aan te bevelen om eerste interventies te richten op beïnvloeding van het suïcidale gedrag en de directe aanleidingen daarvan. Daarbij behoren het bevorderen van de veiligheid van de patiënt, het bevorderen van een werkrelatie, behandelen van psychiatrische ontregelingen, het vaststellen van de juiste plaats van behandeling en bevorderen van de continuïteit van behandeling, en voor zover mogelijk het betrekken van naasten bij dit proces.
- Het is sterk aan te bevelen om aan patiënten waarbij er een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis is, psycho-educatie te geven: over de stoornis, het suïcidale gedrag dat daarmee in verband staat, en de risicofactoren en beschermende factoren die medebepalend zijn. Het is sterk aan te bevelen indien mogelijk daarbij naasten te betrekken.
- Het is aan te bevelen met patiënt met suïcidaal gedrag een werkhypothese op te stellen om te komen tot behandeling van beïnvloedbare factoren teneinde suïcidaal gedrag te verminderen of te hanteren. Daarbij is het vereist vast te stellen of actuele psychiatrische verschijnselen en directe aanleidingen, meestal psychosociale stressoren, beïnvloedbaar zijn.
- Het is sterk aan te bevelen patiënten na een suïcidepoging door een psychiater te laten beoordelen. Daarbij zal verwijzing voor specialistische behandeling moeten worden overwogen.

3 WGBO en Wet Bopz

Welke eerste interventies vinden plaats onder de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)? Professionals komen dikwijls voor situaties te staan waarin zij of anderen zich afvragen hoe in te grijpen bij een patiënt die zich suïcidaal uit, maar de patiënt hulp afwijst of niet goed in staat is daarover uitspraken te doen. Het is van belang erop

te wijzen dat iedere professional er altijd goed aan doet te handelen naar eigen inzicht en mogelijkheden zoals dat in de opleiding is geleerd, met inachtneming van het wettelijke criterium van 'goed hulpverlenerschap'. Daarnaast is het vereist de mogelijkheden te kennen die de wet hen biedt.

Wetenschappelijke onderbouwing

Interventies vallen in principe onder de WGBO. Indien een professional patiënten onvrijwillig wil behandelen, geldt naast de WGBO de Wet Bopz. Bij de vraag naar welke interventies onder de WGBO en de Wet Bopz plaatsvinden, gaat het niet om resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar om bij wet geregelde voorschriften.

Conclusie

Niveau 4	Professionals zijn voor hun handelen bij suïcidale patiënten gehouden aan de WGBO en de Wet Bopz. Dat wil zeggen dat een Bopz-opname nodig kan zijn om dreigend gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis te voorkomen. De WGBO vigeert bij wilsbekwaamheidsbeoordeling. D: *Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling* (Van Tilburg, 2008).

Overige overwegingen

Eerste interventies zullen afhankelijk zijn van de toestand van de patiënt. Bij patiënten met suïcidaal gedrag kan het in de praktijk voor professionals moeilijk zijn te interveniëren, omdat de patiënt dit weigert of zich hier daadwerkelijk tegen verzet. Is somatisch handelen noodzakelijk om ernstig nadeel voor de lichamelijke gezondheid, in het ernstigste geval overlijden, te voorkomen, dan dient beoordeeld te worden of de patiënt wilsbekwaam is. Buiten of binnen een instelling of ziekenhuis dient een arts dit te doen (dit kan dus ook een psychiater zijn). Op een SEH komt het nogal eens voor dat de psychiater voor beoordeling van de wilsbekwaamheid wordt gevraagd, maar iedere arts dient dit zelf te kunnen. Bij twijfel kan de psychiater in consult gevraagd worden. Bij wilsonbekwaamheid handelt de arts volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) als goed professional, nadat deze getracht heeft vervangende toestemming van een wettelijk vertegenwoordiger te verkrijgen. Bij twijfel geldt: wel behandelen.

Een patiënt die na zelfbeschadigend gedrag behandeling weigert, ongeacht de reden die daarvoor wordt gegeven, mag als wilsonbekwaam worden beschouwd. Immers, de patiënt geeft met de weigering aan niet in staat te worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

Tevens geeft de WGBO (artikel 466, lid 1) aan dat zonder toestemming gehandeld mag worden indien de tijd ontbreekt voor het vragen van toestemming (Koers, 1999).
Indien de patiënt wilsbekwaam wordt geacht maar behandeling blijft weigeren of zich hiertegen verzet, dient beoordeeld te worden of patiënt voldoet aan de vier cumulatieve criteria om een inbewaringstelling (ibs) in de zin van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) aan te vragen. Dit rechtvaardigt op zich alleen dwangopname op een psychiatrische afdeling en geen somatische behandeling of psychiatrische dwangbehandeling. Een Bopz-opname is bedoeld om dreigend gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis te voorkomen; de WGBO kan gebruikt worden als legitimering om een noodzakelijke somatische behandeling in te zetten bij wilsonbekwame patiënten.
In sommige gevallen zijn de WGBO en de Wet Bopz met elkaar in strijd. Bijvoorbeeld bij een somatische dwangbehandeling ter voorkoming van ernstige somatische schade die niet in een psychiatrisch ziekenhuis gegeven kan worden. In dat geval dient de somatische behandeling voorrang te krijgen (Klijn et al., 2004). De overwegingen en besluitvorming in deze gevallen volgt de *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling* (Van Tilburg, 2008). Indien een patiënt wilsbekwaam wordt geacht ter zake van zijn of haar oordeel te willen sterven, dient dat gerespecteerd te worden, maar een dergelijke situatie is anders dan wanneer een patiënt na een suïcidepoging op een SEH belandt. Zelfs in het geval dat de patiënt een verklaring overlegt dood te willen, is op zo'n moment sprake van wilsonbekwaamheid ter zake van behandeling van somatisch letsel.
Het toepassen van dwangmaatregelen kan suïcide niet altijd voorkomen. Een onderzoek naar dwangmaatregelen die waren toegepast bij 76 opgenomen patiënten die zich hadden gesuïcideerd toonde dat bij de helft een-op-een-begeleiding of elk kwartier observatie was toegepast (Busch et al., 2003).
Na te hebben vastgesteld dat restrictieve maatregelen niet altijd een suïcide kunnen voorkomen, doet zich de vraag voor of er alternatieven zijn. In de eerste plaats is niet aangetoond hoe vaak restrictieve maatregelen een suïcide wel voorkomen, maar in de praktijk is dat zeker niet uitgesloten. Daarbij komt dat het toepassen van dergelijke maatregelen op velerlei manieren kan gebeuren. In het ideale geval komt het met een patiënt toch tot samenwerking, waarbij restrictieve maatregelen als een positief middel worden gezien. Daarnaar streven verdient sterke aanbeveling.

Aanbevelingen

- Het is vereist indien somatische behandeling nodig is teneinde ernstig nadeel af te wenden maar de patiënt dit weigert of zich verzet, de beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake door een arts te laten plaatsvinden.
- Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag wilsonbekwaam is maar behandeling weigert of zich hiertegen verzet, de arts handelt volgens de WGBO als 'goed hulpverlener' om nadeel voor de patiënt te voorkomen. Tegelijkertijd is aan te bevelen dat de professional zoekt naar alternatieven, probeert de patiënt te overtuigen en blijft streven naar consensus.
- Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag behandeling weigert of zich hiertegen verzet, een arts of psychiater beoordeelt of dwangopname volgens de Wet Bopz nodig is om gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis af te wenden.
- Het is vereist om somatische behandeling ter voorkoming van ernstige lichamelijke schade voorrang te geven.

4 Therapietrouw

Welke interventies bevorderen de therapietrouw? Een van de problemen die zich voordoen bij de zorg aan patiënten met suïcidaal gedrag, specifiek patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan, is de geringe therapietrouw. Dikwijls blijken patiënten niet in behandeling te komen of tijdens de behandeling af te haken. Veertig procent zou niet in zorg komen (Van Heeringen, 1992). Het is dus van belang te weten welke interventies de therapietrouw kunnen bevorderen.

Wetenschappelijke onderbouwing

In principe zal men bij iedere patiënt met suïcidaal gedrag die nog niet in behandeling is, behandeling nastreven. Een behandeling sluit idealiter aan bij de behoeften van de patiënt. In een onderzoek bleken van 216 suïcidepogers de basale en sociale behoeften na 12 maanden niet veranderd (Cedereke et al., 2002). Daarom pleiten de auteurs voor een betere inventarisatie van deze behoeften tijdens het eerste contact.

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van interventies om de therapietrouw te vergroten. Dat dit nodig is mag worden afgeleid uit de vaststelling dat suïcidepogers zich van een consult met een psychiater in een ziekenhuis dikwijls weinig herinneren en dat zij er bij thuiskomst in een aantal opzichten niet goed aan toe zijn. In een onderzoek bij 52 suïcidepogers werd vastgesteld dat de psychiatrische diagnostiek en de mate van suïcidaal gedrag tijdens het verblijf in een ziekenhuis na een

poging een zelfde beeld opleveren als wanneer dit 5 dagen later thuis nog eens wordt onderzocht (Verwey et al., 2009). Echter, thuis bleken deze patiënten significant meer te piekeren en een lagere zelfwaardering te hebben dan tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Ook bleek de helft zich weinig meer te herinneren van de afspraken die in het ziekenhuis waren gemaakt over de nazorg.

Telefonische follow-up een maand na een suïcidepoging kan mogelijk de therapietrouw verhogen en de kans op een herhaalde poging verminderen. In een gerandomiseerd onderzoek werden 216 suïcidepogers na een maand 2 keer gebeld om ze te motiveren zich te laten behandelen of de behandeling voort te zetten (Cedereke et al., 2002). Van degenen die gebeld waren en bij aanvang niet in psychiatrische behandeling waren bleek 56% na 1 jaar in behandeling te zijn (overigens niet psychiatrisch): een significante stijging van meer dan 30%. In dit onderzoek werd vastgesteld dat de interventie niet tot minder suïcidepogingen had geleid. Van 827 suïcidepogers bleken degenen die tijdens een crisis een telefonisch consult konden aanvragen, na 6 maanden niet minder vaak een herhaalde poging te hebben gedaan (Evans, 1999). Er was een aanwijzing dat degenen die een eerste poging hadden gedaan, wel profiteerden van deze interventie. Van 605 suïcidepogers bleken degenen die na 1 maand werden gebeld, na 13 maanden minder vaak herhaalde pogingen te hebben gedaan dan diegenen die na 3 maanden waren gebeld (Vaiva et al., 2006). Voorzichtig mag worden geconcludeerd dat een telefonische follow-up de therapietrouw kan verhogen en de kans op recidieven kan verminderen.

Patiënten actief volgen door een of meerdere huisbezoeken aan patiënten die niet op een afspraak komen, kan de therapietrouw verhogen. In een gerandomiseerd onderzoek bij 516 patiënten na een suïcidepoging bleek na 1 jaar in de interventiegroep de therapietrouw significant hoger te zijn (Van Heeringen et al., 1995) dan in de controlegroep. Het aantal herhaalde pogingen bleek ook af te nemen, zij het net niet significant ($p = 0{,}056$). In een vergelijkbaar onderzoek werden 119 geselecteerde patiënten thuis door een verpleegkundige bezocht die een korte interventie deed, waarbij bleek dat na 6 maanden het aantal recidieven significant was verminderd (9% versus 28%) (Guthrie et al., 2001).

In 5 landen werden in totaal 1.876 suïcidepogers gerandomiseerd naar een conditie waarin zij een zogeheten *brief intervention and contact* (BIC) kregen aangeboden (Fleischmann et al., 2008). De BIC bestond uit informatie, educatie en praktische adviezen, gegeven in 10 telefonische of poliklinische contacten over een periode van 1 jaar. Na 18 maanden bleek dat in de interventiegroep significant minder patiënten zich hadden gesuïcideerd.

In Australië werd onderzocht of het acht keer sturen van een kaartje over een periode van een jaar aan een suïcidepoger effectief was om herhaalde

pogingen te voorkomen. In dit gerandomiseerde onderzoek bleek het aantal patiënten dat binnen twee jaar een herhaalde poging ondernam niet af te nemen, maar het aantal pogingen per persoon nam significant af (Carter et al., 2007).

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat het actief volgen van patiënten na een suïcidepoging helpt de therapietrouw te verbeteren en mogelijk herhaalde pogingen en suïcides kan voorkomen. A2: Carter, 2007; Verwey, 2009. B: Van Heeringen, 1995; Vaiva, 2006; Fleischmann, 2008.

Overige overwegingen

Het is van belang erop te wijzen dat therapietrouw niet alleen is toe te schrijven aan de opstelling van de patiënt in zijn of haar toestand. Bij onvoldoende trouw zal iedere professional moeten nagaan welke andere redenen daarvoor kunnen zijn. Voelt de patiënt zich voldoende gehoord of begrepen en zo niet, wat is daarvan de oorzaak? Is de diagnose juist geweest en met de patiënt besproken? Evaluatie van het contact of de behandeling kan ertoe leiden dat de professional actief probeert de patiënt te motiveren voor behandeling.

Gezien het belang van continuïteit van behandeling en zorg op korte termijn bij patiënten met suïcidaal gedrag, in het bijzonder na een suïcidepoging of na ontslag na een opname, dient het realiseren van ketenzorg prioriteit te hebben. Dat geldt zowel de individuele behandeling van patiënten als het maken van afspraken tussen afdelingen en instellingen, zie het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010; hoofdstuk 3, Algemene principes van diagnostiek en behandeling).

Aanbeveling

- Het is sterk aan te bevelen na een suïcidepoging onmiddellijk aansluitende zorg te regelen en strategieën toe te passen die de therapietrouw kunnen verhogen, zoals telefonische follow-up, het sturen van een kaartje, of een huisbezoek.

5 Non-suïcidecontract

Wat is het effect van een non-suïcidecontract op het verkleinen van de kans op suïcide en op de behandelrelatie? Om de veiligheid van suïcidale patiënten te vergroten, worden vaak afspraken gemaakt tussen de patiënt en de professional over wat de patiënt zal of kan doen wanneer hij of zij

in een suïcidale crisis komt. Dat kan in de vorm van een signalerings- of veiligheidsplan, of in de vorm van een non-suïcidecontract. Er zijn vele varianten van dergelijke afspraken in omloop, waardoor het moeilijk is algemene uitspraken te doen over de waarde. Bovendien is het welhaast onmogelijk de waarde van veiligheidsafspraken in gecontroleerd onderzoek vast te stellen. In het navolgende wordt nagegaan wat bekend is over het effect van non-suïcidecontracten op het verkleinen van de kans op suïcide en op de behandelrelatie. Onder non-suïcidecontracten wordt verstaan alle schriftelijke of mondelinge afspraken waarin de patiënt toezegt een zekere periode geen suïcide te zullen plegen, terwijl de professional toezegt steeds bereikbaar te zijn om de patiënt bij te staan op moeilijke momenten, dan wel dat collega's bereikbaar zullen zijn.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een dossieronderzoek van meldingen van suïcides aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de periode 1996-2006 bleek dat in 23% van de gevallen sprake was van een non-suïcidecontract (De Vries et al., 2008). De indruk was dat non-suïcidecontracten vaker werden gebruikt bij patiënten met een hoger ingeschat suïciderisico.

Drew et al. (2001) onderzochten retrospectief non-suïcidecontracten en zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag aan de hand van data van 2 psychiatrische afdelingen van een ziekenhuis. In totaal werden 650 ziekenhuisrecords bekeken gedurende 6,5 maanden: 31 (4,8%) personen vertoonden zelfbeschadigend gedrag: 14 van de 31 patiënten had hierbij een suïcidale intentie. Bij 33% van alle patiënten werden non-suïcidecontracten gebruikt, bij de 31 patiënten met zelfbeschadiging gedrag was dit 65%. Patiënten met een non-suïcidecontract hadden een 5 tot 7 keer hogere kans op zelfbeschadigend gedrag dan patiënten zonder non-suïcidecontracten. Ook hier kwam naar voren dat het gebruik van dergelijke contracten vooral werd ingezet bij de patiënten met een hoger ingeschat risico op suïcide.

Farrow et al. (2002) voerden een kwalitatief onderzoek uit naar de vraag waarom verpleegkundigen in crisisteams soms eerder non-suïcidecontracten gebruiken dan te vertrouwen op hun intuïtie. Uit deze studie kwam de suggestie naar voren dat dergelijke contracten soms werden gebruikt als zelfbescherming van de verpleegkundige tegen een mogelijke negatieve beoordeling door collega's en leidinggevenden. Overigens bleek dat geen van de verpleegkundigen ooit een training had ondergaan in het toepassen van non-suïcidecontracten. Zij gebruikten de contracten vooral wanneer ze geen enkele andere interventie meer konden bedenken, of als een laatste middel bij gebrek aan beter, of bij tijdgebrek en overbelasting vanwege crisissituaties bij andere patiënten.

De APA-richtlijn (2003) vat samen dat non-suïcidecontracten niet beschouwd mogen worden als een substituut voor zorgvuldige beoordeling. De bereidheid van de patiënt een contract te accepteren of te weigeren kan niet worden gezien als aanwijzing voor verdere risico's. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik patiënten belemmert om over hun suïcidale gedrag te praten. Daarbij worden zulke contracten niet aanbevolen voor patiënten die geagiteerd, psychotisch, impulsief, of onder invloed van middelen zijn. Non-suïcidecontracten worden wel gebruikt in langer bestaande behandelrelaties, maar kunnen niet gebruikt worden in crisisdiensten of bij nieuwe patiënten (APA, 2003). De richtlijn van de New Zealand Guideline Group (2003) stelt dat het gebruik van een non-suïcidecontract op geen enkele wijze de veiligheid van de patiënt garandeert en ook niet werkt om af te schrikken.

Conclusie

Niveau 4	Er zijn aanwijzingen dat een non-suïcidecontract niet bijdraagt tot het voorkomen van suïcide. Een non-suïcidecontract geeft geen garantie dat de patiënt zich niet zal suïcideren. C: Farrow, 2002; Drew, 2001. D: De Vries, 2008.

Overige overwegingen

In de praktijk wordt het non-suïcidecontract nog regelmatig gebruikt, maar de ervaringen van patiënten, verpleegkundigen en psychiaters zijn wisselend. Wisselend voor wat betreft het aangaan van een therapeutische relatie en het contact tussen patiënt en professionals, en het al dan niet voorkómen van suïcide. Daarnaast hebben contracten mogelijk schadelijke effecten, zoals een verminderde aandacht voor het feitelijke suïciderisico (De Vries, 2008). Van belang is op te merken dat schriftelijk ondertekende non-suïcidecontracten geen rechtsgeldigheid bezitten. Door patiënten worden ze soms à contrecoeur ondertekend en ook uit angst geen hulp meer te zullen ontvangen.

Aanbeveling

- Het is sterk af te raden gebruik te maken van een non-suïcidecontract in acute situaties of bij onbekende patiënten. In langer durende therapeutische relaties is het soms te overwegen om mondelinge afspraken te hanteren als middel om suïcidaal gedrag bespreekbaar te maken.

6 Signalerings- of veiligheidsplan

Wat is het effect van een signalerings- of veiligheidsplan? Welke elementen moet een veiligheidsplan bevatten? Bij suïcidaal gedrag en herhaald zelfbeschadigend gedrag kan ingezet worden op vroegsignalering en vroege interventie. Bij het opstellen en toepassen van signaleringsplannen (Bosman & Van Meijel, 2009; Fluttert et al., 2008; Van der Werf et al., 1998; Van Meijel, 2003) wordt vroegtijdige signalering door de patiënt van voortekenen nagestreefd. De ervaring is dat suïcidaal en zelfdestructief gedrag meestal niet van het ene op het andere moment ontstaan, maar dat een geleidelijke opbouw herkenbaar is. Soms zijn er specifieke risicomomenten en situaties bekend waarin het gedrag optreedt. De tijd vanaf het moment dat de eerste tekenen van ontregeling zichtbaar zijn tot het moment van escalatie waarbij het suïcidale gedrag zich in volle hevigheid voordoet, biedt mogelijkheden voor preventieve interventies. Door het snel en adequaat reageren op de vroege voortekenen kan ernstige schade mogelijk voorkomen worden. Voor patiënten met langdurige kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag lijkt het werken met signaleringsplannen een belangrijke aanvulling te zijn.
Onderdeel van het signaleringsplan is de crisisresponskaart, voor die momenten waarop acuut handelen nodig is om schade te voorkomen. Het doel van signaleringsplannen en crisisresponskaarten is de patiënt meer inzicht te geven in het proces van oplopende stress en wanhoop, en leren zelfstandig te worden in het doorstaan van (suïcidale) crises.
De terminologie van dergelijke plannen is niet eenduidig: veelgebruikte termen zijn signaleringsplan, veiligheidsplan, noodplan, crisisplan, crisisresponskaart, crisiskaart.

Wetenschappelijke onderbouwing
Er is weinig onderzoek naar het gebruik van signaleringsplannen ten behoeve van het voorkomen van suïcidaal gedrag. Potter et al. (2005) onderzochten in een quasi-experimenteel design de implementatie van een veiligheidsplan in de acute psychiatrie door verpleegkundigen. Er werden 2 metingen uitgevoerd (na 3 en 12 maanden) onder 44 verpleegkundigen werkzaam in een afdeling acute psychiatrie in Engeland. Door de veiligheidsplannen voelde 48% zich comfortabeler bij het begeleiden van suïcidale patiënten. Deelnemers waren verdeeld over de vraag of veiligheidsplannen de relatie met de patiënt bevorderden. Na de implementatie van de veiligheidsplannen werd een lichte maar niet significante daling in het aantal incidenten van zelfbeschadiging gevonden.

Conclusie

Niveau 4	Er is enige aanwijzing dat een veiligheidsplan een nuttig hulpmiddel is voor verpleegkundigen bij de opvang en begeleiding van suïcidale patiënten. C: Potter, 2005.

Overige overwegingen

Overeenkomstige elementen in crisisresponskaarten zijn (1) het opnemen van gegevens van contactpersonen die in tijden van crisis geïnformeerd moeten worden; (2) acties die de persoon zelf kan uitvoeren op het moment dat hij in crisis verkeert; (3) als dat niet afdoende werkt, informatie waar de persoon hulp kan inschakelen (binnen en buiten kantooruren) van bijvoorbeeld een ggz-instelling. Ook de mogelijkheid om www.113online.nl te consulteren kan hierin opgenomen worden.
Signaleringsplannen gaan verder dan een crisisresponskaart en proberen het proces van oplopende stress en wanhoop in beeld te brengen aan de hand van uitlokkers en vroege voortekenen. Er wordt een indeling gemaakt in fases van oplopende spanning en wanhoop, waarbij per fase de belangrijkste vroege voortekenen zijn benoemd. Per fase worden acties omschreven die de persoon zelf of eventuele naasten kunnen inzetten om spanning en wanhoop te reduceren. Het is aan te bevelen om een belangrijke persoon uit het netwerk van de patiënt te betrekken bij het maken van het signaleringsplan. Deze kan meedenken met de patiënt en de patiënt ondersteunen bij het uitvoeren van de acties uit het signaleringsplan. Het samen met de patiënt opstellen van crisisresponskaarten en signaleringsplannen is veelal een verpleegkundige taak. Het is van belang na een crisis te evalueren in hoeverre het signaleringsplan heeft gewerkt en/of moet worden bijgesteld.
In acute settings, zoals op een spoedeisende hulp, is het niet altijd haalbaar om een crisisresponskaart op te stellen, maar ook daar kan zowel mondeling als schriftelijk informatie aan patiënt en naasten worden verstrekt over het mogelijk terugkerende karakter van suïcidale gedachten en welke stappen dan gezet kunnen worden, vooral hoe en waar professionele hulp ingeschakeld kan worden.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen om bij regelmatig terugkerend suïcidaal gedrag een veiligheidsplan, een signaleringsplan en/of een crisisresponskaart op te stellen voor het omgaan met toekomstig suïcidaal gedrag.
- Het is sterk aan te bevelen de inhoud en het effect van een signaleringsplan of crisisresponskaart regelmatig, in ieder geval na elke suïcidale crisis, te evalueren.

- Het is aan te bevelen om verpleegkundigen bij het opstellen en evalueren van signaleringsplannen en crisisresponskaarten een belangrijke rol te laten spelen.
- Het is sterk aan te bevelen op een SEH of andere acute setting patiënten en hun naasten zowel mondeling als schriftelijk te informeren over het mogelijk terugkerende karakter van suïcidaal gedrag en de stappen die dan gezet kunnen worden, vooral over hoe en waar professionele hulp ingeschakeld kan worden.

Hoofdstuk 8
Behandeling op langere termijn

1 Inleiding

Onderzoek met voldoende methodologische kwaliteit naar de effectiviteit van behandelingen voor suïcidaal gedrag is nog schaars. Er is meer bekend over preventie van (recidiverende) suïcidale gedachten en suïcidepogingen dan over preventie van mortaliteit door suïcide. Daarom is het raadzaam om terughoudend te zijn tegenover conclusies en aanbevelingen voor de praktijk. Dit hoofdstuk behandelt interventies voor het direct beïnvloeden van het suïcidale gedrag, en voor het beïnvloeden van stress-kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag.

1.1 Uitgangsvragen

- Leveren medicamenteuze en biologische interventies een positieve bijdrage aan het verminderen van suïcidaal gedrag? (Paragraaf 2.)
- Welke verpleegkundige interventies en/of methodieken zijn aangewezen bij de zorg voor (langdurig) suïcidale patiënten? (Paragraaf 5.)

2 Medicamenteuze en biologische interventies

Leveren medicamenteuze en biologische interventies een positieve bijdrage aan het verminderen van suïcidaal gedrag? Het belangrijkste doel bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag is verminderen en preventie van gedachten en pogingen. Omdat suïcidaal gedrag voortkomt uit kwetsbaarheidsfactoren in combinatie met stress is de vraag van belang welke farmacologische, biologische, psychosociale en psychotherapeutische interventies suïcidaal gedrag beïnvloeden. Deze paragraaf gaat in op de medicamenteuze en biologische interventies. In paragraaf 3 komen de psychosociale en psychotherapeutische interventies aan bod.
Er is een aantal gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken (RCT's) verricht naar de effectiviteit van psychofarmaca en ECT op het optreden van suïcidale gedachten en gedragingen bij patiënten met suïcidaal gedrag of met risicofactoren voor suïcidaal gedrag. Verder zijn RCT's verricht die aantonen dat psychofarmacologische, psychosociale of psychotherapeutische interventies effectief zijn in het terugdringen van suïcidepogingen en suïcidegedachten. Er zijn gecontroleerde onderzoeken verricht die hebben

aangetoond dat psychofarmacalogische interventies de mortaliteit door suïcide kunnen verminderen. Zo is vastgesteld dat suïcide bij patiënten met een bipolaire stoornis die lithium gebruiken, vijfmaal minder vaak voorkomt, en ook bij patiënten met een unipolaire depressie heeft het gebruik van lithium een positief effect. Hetzelfde geldt voor patiënten met psychotische stoornissen die clozapine gebruiken. Tot slot zijn er epidemiologische onderzoeken die het voorschrijven van psychofarmaca relateren aan afname van mortaliteit door suïcide op het niveau van de bevolking van een regio of land, maar de uitkomsten van deze onderzoeken zijn niet eenduidig (Baldessarini & Tondo, 2010).

2.1 Antidepressiva

Uit verschillende reviews blijken tegengestelde resultaten. Van het gebruik van antidepressiva is nog niet onomstotelijk aangetoond dat dit het aantal suïcides vermindert (Mann & Currier, 2010; Baldessarini & Tondo, 2010). Wel is de effectiviteit van antidepressiva aangetoond in de behandeling van depressie (de meest voorkomende psychiatrische stoornis met kans op suïcide) en angststoornissen. In sommige landen is het aantal suïcides gedaald met de toename van het gebruik van moderne antidepressiva (SSRI's). In een overzicht van 29 ecologische onderzoeken vonden Baldessarini en Tondo (2010) dat in 9 onderzoeken toegenomen gebruik van antidepressiva gepaard ging met nationale, regionale of tijdelijke vermindering van het aantal suïcides. In 6 andere onderzoeken werd zo'n verband niet gevonden, en in 14 onderzoeken werden inconsistente resultaten gevonden voor verschillende groepen uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.
Tussen 1950 (toen antidepressiva nog niet voorhanden waren) en 2000 werd in de helft van 78 landen vermindering in het aantal suïcides gevonden, terwijl in de andere helft een toename werd geconstateerd. Bestudering van de relatie tussen toegenomen gebruik van antidepressiva en veranderingen in het aantal suïcides op nationaal niveau tussen 1990 en 2000 leidt tot dezelfde conclusie. Baldessarini en Tondo (2010) concluderen dat ecologische onderzoeken naar deze relatie kampen met een groot aantal andere stress-kwetsbaarheidsfactoren, waaronder de toegankelijkheid van hulpverlening.
In een aantal onderzoeken werd een vermindering van (herhaald) niet-fataal suïcidaal gedrag gevonden na behandeling met SSRI's. In Nederland werd in dit opzicht een preventief effect gevonden van paroxetine (Verkes et al., 1998) voor vrouwen met recidiverende suïcidepogingen die niet depressief waren. Voor de adequate toepassing van antidepressiva wordt verwezen naar de *Multidisciplinaire richtlijn Depressie* (Trimbos-instituut, 2009b).

2.2 Anxiolytica

Hevige angst, paniekaanvallen, agitatie en ernstige slapeloosheid kunnen symptomen zijn van een depressie. Angst en slapeloosheid zijn risicofactoren voor het optreden van suïcidaal gedrag. Het lijkt dan ook van belang om deze symptomen te behandelen met anxiolytica. Er is echter weinig onderzoek naar het effect van anxiolytica op suïcidaal gedrag en uit het weinige onderzoek blijkt vooralsnog geen preventief effect (Möller, 2009).

2.3 Elektroconvulsietherapie (ECT)

Er is geen onderzoek bekend waarin specifiek de effectiviteit van ECT op het symptoom suïcidaal gedrag is onderzocht. Wel zijn er aanwijzingen dat ECT een snellere afname van suïcidaal gedrag bewerkstelligt dan van de meeste andere symptomen van een depressie (Prudic et al., 1999; Sharma, 2001). In de *Richtlijn Elektroconvulsietherapie* wordt suïcidaal gedrag als een extra argument gezien om ECT toe te passen als het een symptoom is van een klinisch beeld (bijvoorbeeld depressie of psychose) waarvoor ECT geïndiceerd is (Van den Broek et al., 2010).

Conclusies

Niveau 1	De beschikbaarheid van effectieve antidepressiva, gecombineerd met de sterke relatie tussen depressie en suïcide, maakt dat er een belangrijke rol is weggelegd voor het voorschrijven van antidepressiva bij de behandeling van depressie met suïcidaal gedrag. A1: Baldessarini & Tondo, 2010.
Niveau 2	Er zijn geen aanwijzingen dat het gebruik van anxiolytica bij angst, agitatie en/of slapeloosheid nuttig kan zijn bij de preventie van suïcidaal gedrag. A1: Möller 2009.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat ECT een snellere afname van suïcidaal gedrag bewerkstelligt dan van de meeste andere symptomen van depressie. C: Prudic & Sackeim, 1999; Sharma, 2001.

Overige overwegingen

Patiënten met suïcidaal gedrag en een stemmingsstoornis, een psychotische stoornis of een angststoornis dienen volgens de voor die aandoeningen ontwikkelde richtlijnen te worden behandeld. Na enkele casereports over toegenomen agressie, impulscontroleverlies en kans op suïcide door gebruik van SSRI's zijn diverse onderzoeken naar dit vermeende effect uitgevoerd. Hoewel dit effect niet werd bevestigd, lijkt het van belang om de patiënt in te lichten over het mogelijk optreden van toenemende angst

en onrust bij het starten met antidepressiva. De arts zal de eerste weken na het starten met antidepressiva de klinische conditie van de patiënt moeten vervolgen. Indien agitatie, onrust of slaapproblemen optreden is behandeling met sedativa te overwegen.
Om het optreden van schade door overdosering met antidepressiva te verminderen bestaat er bij de behandeling van depressie een voorkeur voor niet-TCA's en niet-MAO-remmers die in kleine hoeveelheden per recept worden voorgeschreven.
Er zijn klinische casusverslagen die wijzen op de mogelijkheid van een plotselinge toename van suïcidaal gedrag na de start met antidepressiva, zowel bij jongeren als bij volwassenen en ouderen. Aangenomen wordt dat de remming verminderd is, terwijl de stemming nog even somber is. Clinici dienen hier alert op te zijn.
De vraag is of het voorschrijven van antidepressiva bij adolescenten een toename van suïcidaal gedrag kan uitlokken. Data gepoold over een aantal kortdurende RCT's laten zien dat het voorschrijven van antidepressiva bij jongere patiënten met *acute major depression* kan leiden tot meer suïcidepogingen en suïcide-ideatie (Baldessarini & Tondo, 2010). Het is niet aangetoond dat het voorschrijven van antidepressiva bij jongeren leidt tot meer suïcide.
De periode na een ggz-behandeling is een periode met een hoog suïciderisico. Ook na een adequate behandeling met antidepressiva komen suïcides voor, vaak in de eerste drie maanden (Appleby et al., 2006, Huisman 2010). Wanneer patiënten ontslagen worden uit een klinische opname en ambulant behandeld worden, is het gevaar van suïcide aanwezig.

Aanbevelingen

- Het is sterk aan te bevelen patiënten met suïcidaal gedrag en een matige tot ernstige depressie met antidepressiva te behandelen.
- Het is sterk aan te bevelen antidepressieve medicatie voor korte perioden en in kleine hoeveelheden per recept voor te schrijven.
- Het is aan te bevelen suïcidale depressieve patiënten steeds opnieuw te zien met korte tussenpozen.
- Het is te overwegen bij de medicamenteuze behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-MAO-remmers, vanwege de toxiciteit bij een overdosis.
- Het is sterk aan te bevelen bij een suïcidale patiënt die qua stemming goed lijkt te reageren op antidepressiva, in het bijzonder na te gaan of ook het suïcidale gedrag afneemt.
- Het is sterk aan te bevelen bij het begin van een behandeling met antidepressieve medicatie attent te zijn op de mogelijkheid van plotselinge toename van suïcidaal gedrag.

- Het is te overwegen suïcidale patiënten die ook geagiteerd of angstig zijn of lijden aan slapeloosheid, te behandelen met anxiolytica of antipsychotica.
- Het is te overwegen bij acuut optredend ernstig suïcidaal gedrag bij patiënten met een depressie ECT toe te passen.
- Het is aan te bevelen bij patiënten, adequaat behandeld met antidepressiva, ook na beëindiging van een opname of bij een overgang van klinische naar ambulante behandeling alert te zijn op terugval in suïcidaal gedrag.

2.4 Antipsychotica, psychotherapie en psychotische stoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing

Bij patiënten met schizofrenie blijkt dat het gebruik van clozapine leidt tot een afname van suïcide, suïcidepogingen en opnames. In een meta-analyse van 6 onderzoeken naar de effecten van clozapine versus andere antipsychotica bij de behandeling van psychotische patiënten bleek bij de behandeling met clozapine een 2,9 maal grotere reductie van suïcides en 3,3 maal grotere reductie van suïcidepogingen (Hennen & Baldessarini, 2005). Een RCT onder 980 hoogrisicopatiënten met schizofrenie en schizo-affectieve stoornissen vergeleek clozapine met olanzapine. Na 2 jaar was er sprake van 24% suïcidepogingen en/of klinische opnamen in de groep met clozapine-behandeling versus 32% in de groep die met olanzapine werd behandeld en dit verschil was significant. Een verschil in het vóorkomen van suïcide kon niet worden vastgesteld vanwege de kleine aantallen (n = 5 in de groep die met clozapine-werd behandeld en n = 3 in de groep met de olanzapine-behandeling) (Meltzer et al., 2005).

In cohortonderzoeken waar suïcidepogingen werden geregistreerd in de perioden voor en na de start van behandeling met clozapine werden steeds aanzienlijke reducties van het aantal suïcidepogingen onder patiënten met schizofrenie of schizoaffectieve stoornissen gevonden (Meltzer & Okayli, 1995; Spivak et al., 1997; Modestin et al., 2005). In een Finse studie onder schizofreniepatiënten die behandeld werden met clozapine werden minder suïcides geobserveerd (25.594 persoonjaren, 19 suïcides) dan onder patiënten die met olanzapine werden behandeld (19.629 persoonjaren, 44 suïcides) of onder patiënten die behandeld werden met risperidon (15.060 persoonjaren, 37 suïcides) (Tiihonen et al., 2009).

Meltzer (2010) geeft een overzicht van cohortonderzoeken, case-controle-onderzoeken en retrospectieve onderzoeken van registraties van medicatievoorschriften betreffende de behandeling met clozapine en concludeert dat al deze onderzoeken wijzen op een preventief effect van clozapine (Meltzer, 2010).

De waarde van psychotherapeutische interventies bij psychotische patiënten met een suïciderisico is vooralsnog niet gedemonstreerd. In een omvangrijke RCT (n = 278) werden patiënten met recent ontstane schizofrenie gerandomiseerd naar 1 van de 3 condities: op suïcidaal gedrag gerichte CGT, ondersteunende counseling, of gebruikelijke zorg (Tarrier, 2006). De behandelingen bestonden uit 15 tot 20 uur individuele therapiesessies binnen 5 weken na binnenkomst in de kliniek en boostersessies tot aan 3 maanden. Er waren geen verschillen tussen deze 3 groepen wat betreft de reductie in suïcidaal gedrag, maar omdat bij alle 3 de groepen de reductie van suïcidaal gedrag groot was en er sprake was van aanzienlijke uitval zijn effecten mogelijk gemaskeerd. Vooralsnog is er dus geen bewijs dat CGT meer effect zou hebben op reductie van suïcidaal gedag bij patiënten met schizofrenie dan andere behandelingen.
In een studie van Nordentoft et al. (2002) werden 341 patiënten met een eerste psychotische episode gerandomiseerd naar een geïntegreerde behandeling gericht op het verminderen van suïcidaal gedrag en wanhoop, of naar de gebruikelijke behandeling. Hoewel de geïntegreerde behandeling wel leidde tot minder wanhoop, werd geen reductie gezien van het aantal suïcidepogingen, en evenmin in het niveau van depressie.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat clozapine het risico van suïcidaal gedrag vermindert bij patiënten met psychotische stoornissen. A2: Meltzer, 2005; Tiihonen, 2009. B: Hennen & Baldessarini, 2005; Baldessarini & Tondo, 2010; Meltzer, 2010.

Overige overwegingen
Geen.

Aanbeveling
- Het is te overwegen patiënten met psychotische stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met clozapine.

2.5 Lithium

Wetenschappelijke onderbouwing
Er is sterk en consistent bewijs dat het gebruik van lithium bij patiënten met een stemmingsstoornis is geassocieerd met minder suïcidepogingen en suïcides (Baldessarini et al., 2003; Tondo et al., 2001; Cipriani et al., 2005; Baldessarini & Tondo, 2010). Een meta-analyse van acht onderzoeken waarin lithium werd vergeleken met behandelingen zonder lithium

liet een viervoudig verminderd risico zien op suïcide en suïcidepogingen bij de behandeling met lithium (Guzzetta et al., 2007). Dit geldt zowel voor patiënten met een bipolaire stoornis als met een unipolaire depressie. Het risico van suïcidaal gedrag bij patiënten met een unipolaire depressie of een bipolaire II- of I-stoornis blijkt bij gebruik van lithium niet hoger te zijn dan in de algemene populatie. Stoppen met lithium bij bipolaire patiënten geeft een fors verhoogde kans op suïcide en suïcidepogingen (Baldessarini et al., 1999).
Over de behandeling met andere stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur, olanzapine, lamotrigine) als profylaxe voor recidiverende stemmingsepisodes is vooralsnog geen bewijs dat deze middelen suïcidaal gedrag verminderen (Baldessarini & Tondo, 2010).
Uit een meta-analyse van Fountoulakis et al. (2009) bleek dat psychotherapeutische interventies naast farmacotherapeutische interventies tegen suïcidaal gedrag bij patiënten met een bipolaire stoornis geen meerwaarde hebben. In een meta-analyse van Gray en Otto (2001) werd nagegaan welke interventies effectief waren in het verminderen van psychosociale risicofactoren voor suïcide bij bipolaire stoornissen. Drie strategieën bleken effectief: (1) interventies gericht op het inroepen van acute hulp in tijden van crisis door patiënten zelf; (2) trainingen in probleemoplossingsvaardigheden; (3) de combinatie van trainingen in probleemoplossingsvaardigheden met intensieve en herhaalde oefening in cognitieve, sociale en emotionele interpretatie, en vaardigheden om met spanning om te gaan.

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat bij patiënten met een stemmingsstoornis gebruik van lithium het risico op suïcide en suïcidepogingen aanzienlijk vermindert. Dit effect geldt zowel voor patiënten met een bipolaire stoornis als voor patiënten met een unipolaire depressie. Stoppen met lithium bij bipolaire stoornissen geeft een fors verhoogde kans op suïcide en suïcidepogingen. A2: Baldessarini, 2003; Cipriani, 2005; Baldessarini & Tondo, 2010; Guzetta et al., 2007; Baldessarini, 1999.

Overige overwegingen
Geen.

Aanbevelingen
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met bipolaire stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met lithium en bij eventueel staken van de behandeling patiënten te informeren over het (her-) optreden van suïcidaal gedrag en hen daarna intensief te volgen.

3 Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Verschillende onderzoeken hebben zich gericht op de evaluatie van het effect van behandelingen die zich direct richten op het terugdringen van suïcidaal gedrag in populaties van suïcidepogers of ambulante patiënten met gemengde achtergronden of gemengde psychiatrische beelden, waarbij depressieve klachten in meer of mindere mate het beeld bepalen. Het gaat voornamelijk om oplossingsgerichte behandelingen en cognitieve gedragstherapie. In een enkele studie werd een korte psychodynamische interpersoonlijke behandeling geboden aan patiënten na een suïcidepoging.

In een kleine studie van Salkovskis et al. (1990) werden alleenwonende patiënten (n = 20) na een recente suïcidepoging door overdosering en/of na een geschiedenis van minstens twee eerdere suïcidepogingen en/of bij een hoge score op eerdere psychiatrische behandeling, problematisch alcoholgebruik, gerandomiseerd naar een gebruikelijke behandeling en een experimentele behandeling bestaande uit kortdurende cognitief-gedragstherapeutische, oplossingsgerichte therapie inclusief huiswerkopdrachten, teneinde herhaling van suïcidaal gedrag te voorkomen. De resultaten lieten verbetering zien op depressie, wanhoop en spanning, en een afname van suïcidepogingen in de eerste zes maanden. De behandeling in deze studie was naar verhouding beperkt in de tijd (tot een maand na de suïcidepoging), evenals het effect.

In twee meta-analyses (Hawton 1998, Townsend et al., 2001) met gecontroleerde trials waarin probleemoplossingstherapie werd vergeleken met gebruikelijke behandeling voor patiënten met zelfbeschadigend gedrag, bleek dat probleemoplossingstherapie leidde tot iets minder recidive dan de gebruikelijke behandeling, maar het verschil was niet significant. Wel leidt probleemoplossingstherapie tot een significante afname van depressie, wanhoop en algemene problemen.

Een RCT van Rudd et al. (1996) evalueerde de effecten van een intensieve groepstherapie met probleemoplossingsgerichte cognitieve therapie gericht op emotionele expressie, het suïcidale gedrag zelf en de aanleidingen daartoe, interpersoonlijke probleemoplossingsstrategieën, sociale vaardigheden en wanhoop. Deelnemers (n = 302) waren overwegend jonge mannen (militairen). Follow-upmetingen werden gedaan tot 24 maanden na afloop van de behandeling. De deelnemers in beide condities verbeterden aanzienlijk, maar tussen de condities was er geen verschil.

In een systematische review en meta-analyse van Tarrier et al. (2008) werden 28 RCT's betrokken naar effecten van cognitieve gedragstherapie op de behandeling van suïcidaal gedrag met als uitkomstmaat de reductie in suïcidaal gedrag. Deze meta-analyse omvatte verschillende populaties:

adolescenten, volwassenen, suïcidepogers, depressieve patiënten, psychotische patiënten en patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis. Zowel individuele als groepsbehandelingen werden geïncludeerd. De resultaten van deze meta-analyse wijzen op een sterk algeheel, significant effect van CGT op de reductie van suïcidaal gedrag in de verschillende populaties samengenomen. Subgroepanalyses wezen op een significant effect voor de behandeling van volwassen populaties maar niet voor jongeren, een sterk effect voor individuele behandeling maar niet voor groepstherapie, en een significant effect van CGT vergeleken met minimale behandeling of gebruikelijke behandeling, maar niet voor CGT vergeleken met een andere actieve behandeling. De effecten van de behandeling bleven op middellange termijn gehandhaafd, dat wil zeggen tot na 16-24 maanden.
Een kwalitatief goede studie werd uitgevoerd door Brown et al. (2005). Een groep van 120 patiënten die een suïcidepoging deden, werd gerandomiseerd naar gebruikelijke behandeling of ambulante individuele cognitieve gedragstherapie (10 sessies, wekelijks of tweewekelijks). De behandeling was gericht op het opsporen van uitlokkende gedachten, beelden en opvattingen die aan de suïcidepoging voorafgingen, het verminderen van wanhoop en sociaal isolement, en het versterken van probleemoplossingsstrategieën, impulscontrole, en therapietrouw. Het doel was recidivepogingen te voorkomen. In de 18 maanden follow-up deden deelnemers aan de experimentele conditie significant minder vaak opnieuw een poging (24%) dan de deelnemers in de conditie van de gebruikelijke behandeling (42%). Het niveau van depressie en wanhoop was in de experimentele conditie significant minder geworden, terwijl suïcidegedachten in beide groepen evenveel afnamen.
In een RCT van Slee et al. (2008) werden 90 patiënten (15-35 jaar, voornamelijk meisjes) die zich zelf herhaaldelijk hadden beschadigd al dan niet met suïcidale intentie, gerandomiseerd naar gebruikelijke zorg of de experimentele interventie bestaande uit tien ambulante, individuele wekelijkse therapiezittingen aansluitend op de ziekenhuisbehandeling, gevolgd door twee boostersessies. De behandeling duurde 5,5 maanden. Het betrof een cognitieve gedragstherapeutische behandeling volgens de benadering van Rudd (2001). Centraal in de behandeling stond het opsporen en het veranderen van mechanismen die het zelfbeschadigende gedrag instandhouden. Na de follow-upperiode van negen maanden bleek de experimentele groep deelnemers significant verbeterd op alle uitkomsten: recidiverende zelfbeschadiging, depressie, angst, suïcidecognities, hulpeloosheid, de perceptie anderen tot last te zijn, intolerantie voor stress, het idee niet geliefd te (kunnen) zijn en zelfwaardering. In deze studie bleken de effecten groter te worden naar mate de follow-up metingen later in de tijd plaatsvonden. Dit is de enige studie met een dergelijk effect. Het is waarschijnlijk (op grond van de kenmerkende symptomen, maar niet met een diagnostisch

interview vastgesteld) dat in deze studie een aantal jonge vrouwen met persoonlijkheidsproblematiek geïncludeerd waren.
Guthrie et al. (2001) evalueerden de effecten van een kortdurende (vier zittingen) ambulante psychodynamische interpersoonlijke therapie voor 119 patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan met een overdosis medicijnen. De behandeling vond plaats bij de patiënten thuis. De focus lag op de behandeling van interpersoonlijke problemen. Deelnemers in de interventiegroep kenden bij de follow-up na zes maanden significant minder suïcidale gedachten en minder suïcidepogingen vergeleken met patiënten die gebruikelijke zorg kregen.
Een kortdurende cognitieve gedragstherapie (vijf sessies plus twee boostersessies) waarbij gebruik werd gemaakt van een zelfhulpboek resulteerde in minder suïcidepogingen per patiënt, alhoewel het percentage patiënten dat recidiveerde in de experimentele conditie en de controleconditie gelijk was (Tyrer et al., 2003; 2004). De interventie leek kosteneffectief vooral voor patiënten zonder borderline persoonlijkheidsstoornis.
In een opvangcentrum voor suïcidepogers in Kopenhagen (Nordentoft, 2005) werden patiënten behandeld met probleemoplossingstechnieken en oplossingsgerichte behandeling. De studie betrof geen experimenteel design. In de behandelgroep bleek het aantal recidivepogingen beduidend minder dan in de groep die geen gebruik maakte van het behandelaanbod.

Conclusies

Niveau 2	Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie en probleemoplossingtherapieën suïcidaal gedrag kunnen reduceren in de ambulante behandeling van patiënten die suïcidepogingen hebben ondernomen of behandeld worden voor suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag. A1: Hawton, 1998; Townsend, 2001; Tarrier, 2008. A2: Brown, 2005; Slee, 2008. B: Salkovskis, 1990; Tyrer, 2003; 2004. C: Nordentoft, 2005.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat kortdurende psychodynamische interpersoonlijke behandeling suïcidaal gedrag kan reduceren in de ambulante behandeling van patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen of behandeld worden voor suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag. B: Guthrie, 2001.

Overige overwegingen
Geen.

Aanbeveling

- Het is te overwegen bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag een probleemoplossingsgerichte of cognitieve therapie gericht op de suïcidaliteit aan te bieden.

4 Stress-kwetsbaarheidsfactoren

Als er sprake is van As I- of As II-stoornissen waarbij suïcidaal gedrag optreedt, dienden deze psychiatrische stoornissen behandeld te worden conform de richtlijnen met de daarbij passende medicatie. In deze paragraaf worden de behandelingen van de meest voorkomende aandoeningen bij suïcidale patiënten: depressie en borderline persoonlijkheidsstoornis besproken. Voor de behandeling van patiënten met psychotische stoornissen, met bipolaire stoornissen en met middelenafhankelijkheid wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen.

4.1 Behandeling bij depressie

Voor een uitputtende beschrijving van de behandeling van depressie wordt verwezen naar de *Multidisciplinaire richtlijn Depressie* (Trimbos-instituut, 2009b).

Wetenschappelijke onderbouwing

Psychotherapeutische behandelvormen en farmacotherapie zijn effectief voor het behandelen van depressie (Cuijpers et al., 2008, Cuijpers et al., 2009, Trimbos-instituut, 2009b). Deze bronnen laten zien dat het effect van combinaties van farmacotherapie en psychotherapie iets groter is dan de effecten van de afzonderlijke componenten bij bepaalde groepen depressieve patiënten. In de meeste onderzoeken werden echter (te) suïcidale patiënten uitgesloten van deelname en werd suïcidaal gedrag (suïcide, suïcidegedachten of suïcidepogingen) niet als uitkomstmaat meegenomen. Het is derhalve nog niet bewezen dat een adequate psychotherapeutische of psychosociale behandeling van depressie daarmee ook het suïciderisico vermindert. Wel is bewezen dat cognitieve gedragstherapie effectief is in de behandeling van wanhoop, een belangrijke psychologische risicofactor voor suïcidaal gedrag (APA, 2003; Tarrier et al., 2008). In een systematische review en meta-analyse van Tarrier (2008) over 28 RCT's over cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op suïcidaal gedrag als behandelfocus werd in 11 onderzoeken een maat voor wanhoop meegenomen. Het effect van CGT op wanhoop over deze onderzoeken gezamenlijk was groot en significant. Wanhoop lijkt een belangrijke invloed te hebben op het suïcidale gedrag bij depressieve patiënten. Interventies die wanhoop reduceren zullen daarmee ook het suïciderisico reduceren (APA, 2003).

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat psychotherapeutische behandelvormen en farmacotherapie effectief zijn in de behandeling van depressie. A1: Cuijpers 2008; 2009; Trimbos-instituut, 2009b.

Niveau 1	Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectief is in de behandeling van wanhoop bij depressieve patiënten. A1: APA, 2003; Tarrier, 2008.

Overige overwegingen

Wanneer een eerdere depressie samengaat met suïcidaal gedrag zal een volgende depressieve episode naar alle waarschijnlijkheid opnieuw samengaan met suïcidaal gedrag. Suïcidaal gedrag is het meest constante symptoom van terugkerende depressieve episodes (Williams et al., 2006). Het is dan ook aan te bevelen de kans op terugkeer van suïcidaal gedrag na een behandeling uitdrukkelijk te bespreken.

Ook al zijn psychotherapeutische behandelvormen en farmacotherapie effectief in de behandeling van depressie, en zal daarmee het suïciderisico kunnen verminderen, zeker is dit lang niet altijd. Het is bekend dat na een klinische opname voor depressie en na een ambulante behandeling vanwege depressie toch suïcides kunnen voorkomen, ook al was de behandeling schijnbaar succesvol. De eerste maanden na ontslag uit een klinische opname vormen zelfs een hoge risicoperiode (Appleby et al., 2006; Huisman, 2010). Aanbevolen wordt dan ook om tijdens de behandeling expliciet aandacht te besteden aan suïcidaal gedrag als focus van de behandeling en aan het einde van de behandeling na te gaan of er nog suïcidegedachten aanwezig zijn. Ook verdient het aanbeveling om voor het afsluiten van de behandeling de patiënt door middel van psycho-educatie voor te bereiden op een mogelijke terugkeer van suïcidaal gedrag.

Aanbevelingen

- Het is aan te bevelen psychotherapeutische en farmacologische behandelvormen voor depressie toe te passen in de behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten.
- Voor de behandeling van wanhoop bij suïcidale depressieve patiënten kan de toepassing van cognitieve gedragstherapie worden overwogen.
- Het is aan te bevelen in de behandeling van depressieve patiënten met suïcidaal gedrag, naast de depressie ook het suïcidale gedrag als focus van de behandeling te nemen.
- Het is aan te bevelen na een behandeling voor een depressie na te gaan of er nog suïcidegedachten aanwezig zijn.

4.2 Behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen

Het is aangetoond dat individuele psychotherapieën met verschillende theoretische oriëntaties werkzame interventies zijn voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen (*Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*: Trimbos-instituut, 2008; Giessen-Bloo et al., 2006). Bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD, *borderline personality disorder*) is suïcidaal gedrag een van de meest op de voorgrond tredende kenmerken.
In deze paragraaf wordt de effectiviteit van drie psychotherapeutische interventies besproken voor het behandelen van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis: dialectische gedragstherapie (DGT); overige vormen van cognitieve gedragstherapie (CGT) en psychodynamische psychotherapie. Farmaceutische interventies voor deze patiëntengroep moeten nog verder onderzocht worden; daarover is nog weinig bekend.

Wetenschappelijke onderbouwing: DGT bij BPD

Voor mensen met suïcidaal gedrag en een borderline persoonlijkheiddstoornis (BPD) is dialectische gedragstherapie (DGT) een behandeloptie. Kenmerken van dialectische gedragstherapie zijn het voortdurend bijhouden en bespreken van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag gedurende de loop van de behandeling. Het zelfbeschadigende en suïcidale gedrag wordt expliciet als focus van de behandeling genomen, zeker in de eerste fasen. Patiënten worden aangemoedigd de therapeut te bellen voordat zij overgaan tot zelfbeschadiging.
Een studie van Linehan (1991) vergeleek DGT (n = 39) met behandeling zoals gebruikelijk (n = 42) onder 81 vrouwen met borderline persoonlijkheidsstoornis die in de voorgaande vijf jaar ten minste twee keer een suïcidepoging deden of zichzelf hadden beschadigd, waarvan minstens een keer in de voorafgaande acht weken. In de DGT-groep vond in de eerste zes maanden van de follow-up significant minder suïcidaal gedrag per persoon plaats (1,5 versus 9,0 gedragingen in de controlegroep) met minder lichamelijk letsel en minder opnamedagen, langere therapietrouw, betere sociale aanpassing en beter sociaal en beroepsmatig functioneren.
In een Nederlandse studie (Van den Bosch et al., 2002; Verheul et al., 2003; Van den Bosch et al., 2005) werden 58 vrouwen met borderline persoonlijkheidsstoornis gerandomiseerd naar DGT of gebruikelijke zorg. Comorbide middelenafhankelijkheid was geen exclusiecriterium. De interventie was overeenkomstig de Linehanhandleiding (1991). Minder vrouwen in de DGT-groep (7%) deden suïcidepogingen dan in de groep die gebruikelijke zorg kreeg (26%), maar het verschil was niet significant na 12 maanden behandeling. Zelfbeschadigend gedrag verminderde wel significant tussen

beide groepen (35% in DGT versus 57% in de controlegroep). Ook bleek het effect van DGT-behandeling groter voor degenen met de ernstiger stoornissen. Uitval was groter in de controlegroep (77%) dan in de DGT-groep (37%).
Linehan et al. (2006) vergeleken DGT met gebruikelijke zorg bestaande uit ambulante psychotherapie door psychotherapeuten die niet gespecialiseerd waren in DGT. Daartoe werden 101 vrouwelijke patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis met recent suïcidaal of zelfbeschadigend gedrag gerandomiseerd naar een van beide condities. In de DGT-groep was gedurende de twee jaar dat de studie duurde het aantal suïcidepogingen de helft in vergelijking met de controlegroep (23% versus 46%, *number needed to treat* (NNT) = 4,2). Patiënten in de DGT-groep hoefden significant minder vaak opgenomen te worden vanwege suïcidedreiging en kenden minder ernstig lichamelijk letsel over alle suïcidepogingen en momenten van zelfbeschadiging samengenomen. Er was significant minder uitval in de DGT-groep, en er waren minder opnames in psychiatrische ziekenhuizen en bezoeken aan psychiatrische crisiscentra.
In een RCT van McMain et al. (2009) hadden 180 patiënten borderline persoonlijkheidsstoornis en minstens 2 episodes met zelfbeschadigend en/of suïcidaal gedrag in de laatste 5 jaar. Er werd geen verschil gevonden tussen het effect van DGT en een algemene psychiatrische behandeling gedurende 1 jaar bestaande uit een psychodynamisch georiënteerde behandeling met medicamenteuze ondersteuning. Bij nameting bleken beide groepen sterk verbeterd te zijn.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat dialectische gedragstherapie (DGT) effectief is in de behandeling van suïcidaal gedrag c.q. zelfbeschadigend gedrag bij vrouwelijke patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis. A2: Verheul, 2003; Van den Bosch, 2002; 2005. B: Linehan, 1991; 1993; 2006.

Overige overwegingen

Dialectische gedragstherapie (DGT) vergt een intensieve scholing van therapeuten en verpleegkundigen. Op dit moment is de therapie nog niet overal beschikbaar en de vraag is groter dan het aanbod. Effectiviteitonderzoeken zijn vooral verricht onder vrouwelijke patiënten. Er is vooralsnog geen redenen om te veronderstellen dat mannelijke patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis niet ook zouden kunnen profiteren van DGT.

Aanbevelingen

- Bij de behandeling van patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen dialectische gedragstherapie (DGT) aan te bieden als behandeling om suïcidaal gedrag en lichamelijk letsel terug te dringen en het ggz-zorggebruik te verminderen.

Wetenschappelijke onderbouwing: CGT bij BPD

Naast dialectische gedragstherapie zijn er nog andere vormen van cognitieve gedragstherapie (CGT), die ook zijn onderzocht voor mensen met suïcidaal gedrag en een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD). In een niet-gecontroleerde studie onderzochten Brown et al. (2004) de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie voor het terugdringen van suïcidaal gedrag. Bij 32 suïcidale patiënten met de borderline persoonlijkheidsstoornis vonden zij een significante en klinisch relevante afname van suïcidegedachten en hieraan gerelateerde wanhoop, depressie, disfunctionele opvattingen en symptomen passend bij borderline persoonlijkheidsstoornis. In een kleine RCT (n = 30) werd aan suïcidale patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis gebruikelijke zorg of een geprotocolleerde, individuele cognitief-gedragstherapeutische behandeling aangeboden (Weinberg et al., 2006). De behandeling was specifiek gericht op niet-fataal suïcidaal gedrag. Resultaten wezen uit dat de cognitief-gedragstherapeutische behandeling tijdens de follow-up leidde tot minder niet-fataal suïcidaal gedrag en een grotere reductie van suïcidaal gedrag met minder ernstig letsel dan in de groep die gebruikelijke zorg kreeg.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie gericht op suïcidaal gedrag werkzaam kan zijn in de behandeling van suïcidale patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. B: Weinberg 2006. C: Brown 2004

Overige overwegingen

Geen.

Aanbevelingen

- Het is te overwegen om aan patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis cognitieve gedragstherapie aan te bieden ter vermindering van het suïcidale gedrag.

Wetenschappelijke onderbouwing: psychodynamische psychotherapie bij BPD

Voor suïcidaal gedrag bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) is er ook psychodynamisch georiënteerde (interpersoonlijke, IPT) psychotherapie. Er is uitgebreide ervaring met psychodynamische en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën voor de behandeling van deze patiënten. Onderzoek wijst op steeds duidelijker resultaat. In een reeks van publicaties uit twee onderzoeken toonden Bateman en Fonagy (1999; 2001; 2008; 2009) aan dat behandeling met mentalization en partiële opname in de kliniek leidt tot significant minder suïcidepogingen en zelfbeschadiging en een groter aantal patiënten dat helemaal afziet van zelfbeschadiging dan bij gebruikelijke behandeling. Daarnaast leidt het tot minder opnamedagen, vermindering van depressieve symptomen en verbeterd sociaal en interpersoonlijk functioneren. Verbeteringen werden tot vijf jaar follow-up behouden. Ook bij ambulant behandelde patiënten liet mentalization-based behandeling significante verbeteringen zien. Clarkin et al. (2007) vergeleken drie ambulante behandelingen voor patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen: dialectische gedragstherapie (DGT), *transference-focused therapy*, en ondersteunende psychodynamische therapie. Alle drie de behandelingen leidden tot verbeteringen van depressie, angst, globaal functioneren en sociale aanpassing. Zowel transference-focused als dialectische gedragstherapie waren geassocieerd met een significante vermindering van suïcidaal gedrag. Uit een RCT van Giessen-Bloo et al. (2006) blijken zowel schema-focused therapie als transference-focused therapie gericht op suïcidaal gedrag en een algehele verbetering van de persoonlijkheidspathologie, effectieve behandelingen zijn voor psychopathologisch disfunctioneren waaronder suïcidaal gedrag. Daarbij bleek schema-focused therapie effectiever dan transference-focused therapie.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat mentalization-based therapie, transference-focused therapie, schema-focused therapie en interpersoonlijke psychodynamische therapievormen effectief zijn in de behandeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. A2: Giessen-Bloo, 2006; Clarkin, 2007. B: Bateman & Fonagy, 1999; 2001; 2006; 2008; 2009.

Overige overwegingen

De onderzoeken hebben bijna uitsluitend betrekking op vrouwen. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat de gevonden effectiviteit niet

zou gelden voor mannelijke patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis.

Aanbeveling

- Bij de behandeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen een van de volgende therapievormen aan te bieden: mentalization-based therapie, schema-focused therapie, transference-focused therapie, en interpersoonlijke psychodynamische therapie.

4.3 Overige veelvoorkomende stress-kwetsbaarheidsfactoren

Bij de behandeling van suïcidaal gedrag dient ook aandacht te zijn voor andere stress-kwetsbaarheidsfactoren die bij sommige patiënten een extra bijdrage leveren aan het suïciderisico. Uit deel 2 zijn risicofactoren bekend die tijdens de behandeling aandacht verdienen. De belangrijkste worden hier kort aangestipt; zij kunnen bij verschillende diagnostische categorieën en in verschillende fasen van de behandeling een rol spelen. Deze inventarisatie zal gepaard moeten gaan met enerzijds begrip, empathie en uithoudingsvermogen, anderzijds met het actief, samen met de patiënt, zoeken naar mogelijkheden van nieuwe hoop en perspectief.

Wanhoop

Sterke gevoelens van wanhoop kunnen een voorbode zijn van suïcidaal gedrag. In de behandeling dient daar uitdrukkelijk aandacht aan te worden besteed. Wanhoop betreft meestal de belangrijkste persoonlijke belangen en een bedreiging van de identiteit. In de behandeling dient dan ook altijd geïnventariseerd te worden waarover patiënten het meest wanhopig zijn (APA, 2003).

Gebruik van alcohol en andere psychotrope stoffen

Het gebruik van alcohol of van andere bewustzijnsveranderende middelen kan suïcidale en of hopeloze gevoelens versterken. In elke behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag moet aandacht zijn voor het gebruik van deze middelen. Het voorkomen c.q. beperken van drankgebruik of gebruik van psychotrope middelen moet als een belangrijk therapeutisch doel worden aangemerkt bij de behandeling van suïcidale patiënten (APA, 2003).

Seksueel misbruik en geweld

Bij een deel van de patiënten met suïcidaal gedrag, vooral (maar niet uitsluitend) bij vrouwen met recidiverend suïcidaal gedrag, speelde of speelt nog seksueel misbruik of geweld in het ouderlijk gezin of in de huidige partnerrelatie. Professionals doen er goed aan steeds naar dergelijke ervaringen te informeren en indien van toepassing deze in de behan-

deling te betrekken. Behandelingen die dergelijke traumatische ervaringen effectief aangrijpen zullen daarmee ook het suïciderisico verminderen (APA, 2003).

Dwangmatige preoccupatie met suïcide
Wanneer patiënten dwangmatig gepreoccupeerd zijn met suïcide dan kan overwogen worden cognitieve interventies in te zetten zoals ook bij obsessieve-compulsieve stoornissen worden ingezet (antipiekeroefeningen, mindfulness, gecontroleerd piekeren over suïcide). Wanneer patiënten niet kunnen slapen vanwege hun dwangmatig denken aan suïcide dient uiteraard deze slapeloosheid te worden behandeld.

Lichamelijke ziekten
Zoals in deel 2 is aangegeven, zijn veel lichamelijke ziekten, pijn en beperkingen geassocieerd met een verhoogd suïciderisico. In de behandeling dient derhalve steeds aandacht te zijn voor de fysieke conditie en aandoeningen die de patiënt ervaart en voor de invloed die daarvan uitgaat op het suïciderisico (APA, 2003).

Suïcide in de familiegeschiedenis
Door degenen die te maken hadden met suïcide van familieleden kan het eigen suïcidale gedrag als een ernstige bedreiging of als noodlot worden ervaren (zie hoofdstuk 10). De betekenis die suïcide van familieleden voor de patiënt heeft, dient bij de behandeling steeds in ogenschouw te worden genomen (APA, 2003).

Eerdere hulpverlening
Ervaringen met eerdere hulpverlening kunnen de huidige hulpverleningsrelatie sterk beïnvloeden. De opeenvolging van niet of minder succesvolle behandelingen kan de patiënt tot de overtuiging brengen onbehandelbaar te zijn, of als zodanig te worden beschouwd door de professional. Dergelijke overtuigingen dienen steeds geïnventariseerd en besproken te worden, in het licht van realistische toekomstperspectieven (APA, 2003).

Gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat
Gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat en gedachten hierover komen veelvuldig naar voren tijdens de behandeling van suïcidale patiënten. Ze zijn zowel een weerspiegeling van de mate van depressie, als een realiteit in de ogen van de patiënt. Dergelijke gedachten en gevoelens onderhouden en verergeren suïcidale crises en dienen derhalve ook expliciet als focus van de behandeling te worden aangemerkt. Dat geldt ook voor de overtuiging anderen tot last te zijn, de overtuiging dat er niemand is die van de patiënt houdt, de overtuiging dat de suïcide van de patiënt

zal leiden tot opluchting bij familieleden, enzovoort. Dergelijke gedachten dienen steeds krachtig te worden bestreden. Behandelaars, verpleegkundigen en andere hulpverleners die acceptatie, genegenheid, hoop en vertrouwen weten uit te stralen kunnen hierin veel betekenen.

Ondersteuning door familie, partner en vrienden
Gedurende de behandeling zal de professional zich steeds moeten vergewissen van de kracht van het steunsysteem om de patiënt bij te staan in zijn strijd. Plotselinge veranderingen in de thuissituatie, een aangekondigde scheiding, een vakantieperiode van ouders; dergelijke zaken kunnen het suïciderisico beïnvloeden en dienen derhalve sterk in de gaten te worden gehouden. Het gaat hierbij niet alleen om de objectief vast te stellen sterkte van het steunsysteem, maar vooral ook om de perceptie van de patiënt van dit steunsysteem.

Aanbevelingen
- Aanbevolen wordt bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag aandacht te hebben voor:
  - gevoelens van wanhoop;
  - gebruik van alcohol en andere psychotrope stoffen;
  - ervaringen met seksueel misbruik en geweld;
  - dwangmatige preoccupatie met suïcide;
  - slapeloosheid;
  - de fysieke conditie als gevolg van lichamelijke ziekten;
  - suïcide en/of suïcidaal gedrag in de familie van de patiënt;
  - negatieve ervaringen met hulpverlening in verband met suïcidaal gedrag;
  - gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat;
  - ingrijpende gebeurtenissen en/of veranderingen in de omgeving en in het sociale netwerk van de patiënt.

5 Verpleegkundige interventies en methodieken

Welke verpleegkundige interventies en/of methodieken zijn aangewezen bij de zorg voor (langdurig) suïcidale patiënten? Een aanzienlijk deel van de populatie in de langdurende zorg heeft een verhoogd suïciderisico. Langdurige psychiatrische en somatische problemen, verlieservaringen, verlies van sociale rollen en beperkte sociale steun komen veel voor. Toch leert de praktijk dat suïcidaal gedrag vooral ter sprake komt bij actuele crises.

Wetenschappelijke onderbouwing

In de verpleegkundige wetenschappelijke literatuur werden in totaal 41 artikelen gevonden, waarvan er vier verwerkt zijn in evidentietabellen. De empirische literatuur levert weinig kennis op over effectiviteit van verpleegkundig handelen op suïcidaal gedrag bij de patiënten. De literatuur in dit veld betreft overwegend subjectieve evaluatie van trainingen en deskundigheidbevordering.

In een studie van Gask et al. (2006) werd de zogeheten STORM-training (Skills Training on Risk Management) geëvalueerd in de klinische staf van drie ggz-instellingen in Groot-Brittannië. Deze training werd over het algemeen goed ontvangen, vooral bij juniormedewerkers. Het zelfvertrouwen in openlijk praten met patiënten over suïcide werd groter. Deze en andere onderzoeken onderstrepen dat deskundigheidsbevordering bij verpleegkundigen op prijs wordt gesteld en dat zij zich competenter voelen door de trainingen. Ggz-verpleegkundigen vermeldden dat zij een centrale en cruciale rol spelen in het verbeteren van wanhoop en suïcidale gevoelens en dat de kwaliteit van het contact tussen verpleegkundigen en patiënten hierbij doorslaggevend is (Sun et al., 2006; Koehn & Cutcliffe, 2007).

Meerwijk et al. (2010) ontwikkelden en evalueerden een richtlijn voor het verplegen van suïcidale patiënten met schizofrenie in Nederland. Belangrijke interventies daarin zijn: (1) regelmatig contact houden met de patiënt; (2) duidelijk maken wanneer het volgende contactmoment is; (3) de toegang tot dodelijke middelen beperken; (4) een sociaal steunsysteem mobiliseren; (5) steun bieden in het oplossen van problemen; (6) voorlichting geven over rehabilitatieprogramma's en buddysystemen. Het is belangrijk voor deze complexe doelgroep om de interventies met de verschillende disciplines te overleggen, ook al omdat deze interventies natuurlijk niet voorbehouden zijn aan verpleegkundigen.

De richtlijn werd geïmplementeerd en getest in een pilotstudie onder 21 verpleegkundigen in twee psychiatrische instellingen in Nederland. Verpleegkundigen vermeldden zich daarna meer bewust te zijn van suïcidaal gedrag en meer alert te zijn geworden op risicofactoren. Deskundigheidbevordering onder verpleegkundigen leidt tot vaardigheden en gevoelens van competentie bij verpleegkundigen in het verplegen van suïcidale patiënten. Zij kunnen daardoor beter omgaan met de wanhoop van patiënten. Vooral door begrip en niet-veroordelende attitudes wordt de kwaliteit van het contact met suïcidale patiënten verbeterd. De werkgroep is van mening dat een verpleegkundige richtlijn voor suïcidale patiënten met schizofrenie bruikbaar is.

Conclusie

Niveau 4	Een verpleegkundige richtlijn voor de omgang met suïcidale patiënten met schizofrenie vergroot de vaardigheid en competentiegevoelens van verpleegkundigen in het omgaan met suïcidale patiënten. C: Meerwijk, 2010.

Overige overwegingen

In de internationale literatuur wordt een aantal methodieken beschreven die kennis, attitude en vaardigheden van verpleegkundigen positief beïnvloeden. Binnen de verpleegkundige focusgroep bestaat consensus over het belang van het met regelmaat bespreekbaar maken van het onderwerp suïcidaal gedrag in de meest brede zin van het woord. Een aanknopingspunt lijkt de basisanamnese uit de verpleegkundige richtlijn, zoals ontwikkeld door Meerwijk et al. (2010). Thema's die daarin besproken worden zijn: (1) kwaliteit van leven; (2) wat maakt het leven de moeite waard; (3) wat is in het leven erg belastend en draagt mogelijk bij aan suïcidaal gedrag; (4) suïcidale gedachten, intenties, gedragingen en plannen; (5) de neiging om zichzelf iets aan te doen.

Aanbevelingen

- Het is sterk aan te bevelen dat verpleegkundigen scholingsprogramma's voor het omgaan met suïcidaal gedrag volgen. Dat geldt overigens ook voor de andere doelgroepen van deze richtlijn: psychiaters, artsen, psychologen en psychotherapeuten.
- Eveneens is sterk aan te bevelen dat professionals die regelmatig werken met patiënten met suïcidaal gedrag, super- en intervisie volgen.
- Aanbevolen wordt om in de langdurende zorg bij patiënten met suïcidaal gedrag expliciet aandacht te besteden aan het bieden van hoop, door realistische toekomstperspectieven te bespreken, en door het opdoen van positieve ervaringen.
- Verpleegkundigen in de langdurende zorg wordt aanbevolen met patiënten met suïcidaal gedrag met regelmaat de volgende thema's te bespreken: kwaliteit van leven; wat maakt het leven de moeite waard; wat is in het leven belastend en draagt mogelijk bij aan suïcidaal gedrag; suïcidale gedachten, intenties, gedragingen en plannen; de neigingen om zichzelf iets aan te doen. Deze punten moeten worden besproken bij evaluaties van het behandelplan.

6 Chronisch suïcidaal gedrag

Chronisch suïcidale patiënten ervaren vaak, en soms bijna onophoudelijk suïcidale gedachten; dit kan jarenlang een dagelijks optredend fenomeen zijn. Suïcidepogingen, van welke aard ook, komen daarbij regelmatig voor (Paris, 2003). Chronisch suïcidaal gedrag vinden we bij alle grote psychiatrische stoornissen, vooral bij patiënten met een (cluster B- of C-) persoonlijkheidsstoornis en hierbinnen vooral bij patiënten met de borderline persoonlijkheidsstoornis. Veelvuldig optredend suïcidaal gedrag bij personen met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis vermindert meestal door behandeling met in dit deel beschreven methoden.

Wetenschappelijke onderbouwing
Er is weinig evidentie over de vraag hoe we psychiatrische patiënten moeten helpen als ze niet hebben kunnen profiteren van adequate behandelingen en het suïcidale gedrag persisteert. De bespreking hierna is daarom voor een groot deel gebaseerd op expertkennis, ondersteund door literatuurverwijzingen. Van deze literatuur is geen weging van de kwaliteit gemaakt en er zijn geen bewijstabellen gemaakt.

Overige overwegingen
De bronnen van het aanhoudende suïcidale verlangen zijn zeer uiteenlopend en variëren van het niet kunnen verdragen van de beperkingen van een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld ernstige schizofrenie met veel negatieve symptomen), het almaar optreden van ernstige recidieven, het verliezen van het vertrouwen in behandeling, het besef alles verloren te hebben (werk, relaties, perspectief), tot geïnternaliseerde vormen van haat en *learned helplessness* bij slachtoffers van vroeg misbruik en verwaarlozing.
Vooral bij patiënten met (borderline) persoonlijkheidsstoornis heeft het suïcidale gedrag een communicatieve betekenis: een manier om pijn en ellende tot uitdrukking te brengen. Suïcidale uitingen drukken geen doodsverlangen uit, maar beogen anderen te bewegen 'iets' te doen, hoewel vaak onduidelijk is wat dat dan precies zou moeten zijn. Onmacht over het eigen leven, onvermogen alleen te zijn en sterke affecten te verdragen vormen meestal de basis. Als het suïcidale appèl aanhoudt, roept het als manipulerend ervaren gedrag bij anderen uiteindelijk onmacht en irritatie op, en aansluitend toenemende afwijzing. Dat gebeurt bij naastbetrokkenen maar ook bij professionals. Als crises aanhouden, ontstaat zo gemakkelijk een keten van onmacht van waarbij patiënt, systeem, huisarts, crisisdienst, ambulante behandelaars en kliniek elkaar verwijten niets te doen.

Door de diverse aard kent chronisch suïcidaal gedrag niet een specifieke wijze van behandelen; voor zover mogelijk wordt de basispathologie lege artis behandeld. Een aantal direct op het aanhoudende suïcidale gedrag gerichte, uniforme – experience-based – principes zijn van toepassing (Van Luyn & Kaasenbrood, 2010).

Commitment
Veel patiënten hebben een lange hulpverleningsgeschiedenis, met veel wisselingen van behandelaren. Zij zijn gevoelig voor afwijzing; een kerncognitie is: 'Niemand kan me uiteindelijk verdragen.' De pathologie vraagt een langdurig engagement van de hulpverlener en geduld in het ontwikkelen van een werkrelatie.

Contextual understanding (of: geduld in plaats van actie)
In tegenstelling tot acuut suïcidaal gedrag, dat de bereidheid vraagt actief en directief te streven naar veiligheid, vereist chronisch suïcidaal gedrag 'geduld' (APA, 2003). Het suïcidale gedrag moet in zijn context worden onderzocht en begrepen: in de context van de levensgeschiedenis van de patiënt, in die van de de actualiteit van zijn levenssituatie (let vooral op verlies), en in die van de behandelrelatie. Toename van suïcidaal gedrag kan de uitdrukking zijn van de vrees van de patiënt dat zijn behandelaar op hem uitgekeken raakt. Suïcidaal gedrag in dergelijke situaties is niet alleen een dreiging, maar betekent paradoxaal genoeg dat de patiënt zich durft te hechten aan zijn behandelaar.

Contract
Behandeling van chronisch suïcidaal gedrag is niet het almaar bieden van veiligheid, maar het onderzoeken en behandelen van de bronnen van ellende. Daarbij vragen deze patiënten veel expliciete steun en validering. Behandelaren moeten hierbij evenwel voorkomen dat ze net als de patiënt het slachtoffer worden van diens suïcidale dreiging. Vooral bij (borderline) persoonlijkheidsstoornis is een vorm van 'contract' hiertoe noodzakelijk. Het contract is een overeenkomst die de patiënt aanspreekt op diens eigen verantwoordelijkheid en inzet – hoe beperkt ook. Het moet het de behandelaar mogelijk maken datgene te doen wat volgens zijn benaderingswijze constructief is, juist op momenten van dreiging.

Containment
Geduld vraagt van de therapeut het vermogen intense affecten van de patiënt te absorberen, niet onmiddellijk tot actie over te gaan maar een atmosfeer van betrokkenheid en nieuwsgierigheid te creëren zonder moreel oordeel (Akhtar, 1995). Bij ernstige dreiging, met niet alleen suïcide maar ook met homicide, schiet het absorberend vermogen van een behan-

delaar tekort; de primaire hulpverlener heeft een team, teamgenoot, en een supervisor nodig en behoeft de steun van een geneesheer-directeur en uiteindelijk de raad van bestuur.

Countertransference
Aanhoudende communicatie van machteloosheid en suïcidedreiging heeft als groot risico dat de behandelaar gaat handelen vanuit tegenoverdracht. Bij chronisch suïcidaal gedrag kenmerkt dit zich door agressie, onmacht en afwijzing. Vooral agressieve tegenoverdracht kan zich sterk gemaskeerd voordoen (Maltsberger & Buie, 1974), bijvoorbeeld in geprojecteerde vorm waarbij de hulpverlener zich laat leiden door de angst dat de patiënt zich zal suïcideren.

Risico's
Naast tegenoverdracht is in de behandeling van chronisch suïcidaal gedrag het grootste risico dat acute dreiging wordt gemist. Chronisch suïcidale patiënten kunnen in een acute fase belanden, soms door een juiste behandeling zelf. Bij 'acute op chronische suïcidaliteit' dient geduld plaats te maken voor actiebereidheid. De overgang van chronisch suïcidaaal gedrag naar een acute fase kan worden onderkend door alert te zijn op afwijkingen van het patroon: het is 'anders'.

- er kan een andere stoornis ontstaan (bijvoorbeeld een comorbide depressie die zich ontwikkelt bij een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis), of toename van de ernst van de bestaande stoornis (toename van drankgebruik);
- de actualiteit van het leven van de patiënt verandert (bijvoorbeeld de moeder van een afhankelijke patiënt overlijdt; confrontatie met suïcide van een medepatiënt);
- de werkrelatie wordt anders: een patiënt met wie een redelijk vruchtbare samenwerking is gegroeid, regredieert weer sterk.

Voorzichtigheid is ook geboden als de behandelaar of zijn team recentelijk is geconfronteerd met suïcide van een andere patiënt; de behandelaar is dan als het ware 'anders': hij is zijn ijkpunt kwijt en is vatbaar voor overreacties, bijvoorbeeld opname waar noodzaak ontbreekt. Een grotere bereidheid tot consultatie is hier geboden.

Opname
In tegenstelling tot acuut suïcidaal gedrag, of bij 'acuut op chronisch suïcidaal gedrag', waarbij psychiatrische opname geïndiceerd kan zijn, voegt opname bij chronisch suïcidaal gedrag weinig toe aan wat ambulant of dagklinisch kan worden geboden. De ongewenste neveneffecten kunnen groot zijn: verlies van maatschappelijke rollen, schaamte, stigma, een steeds hogere drempel voor reïntegratie, en bij patiënten met border-

line persoonlijkheidsstoornis een escalerende strijd over autonomie en grenzen.
Bij verhoogde dreiging is (tijdelijke) intensivering van de ambulante zorg een goed alternatief: in de vorm van Psychiatrisch Intensieve Thuiszorg zoals die vanuit FACT-teams wordt geboden. Opname kan nuttig zijn na ernstige suïcidepogingen om het behandelplan in relatieve rust te evalueren, of om een chronisch belast systeem te ontzien en bijvoorbeeld even vakantie te gunnen. Beschermd Wonen is een goed alternatief voor chronisch suïcidale patiënten met een erg beperkte zelfredzaamheid: de steun, toezicht en structuur kunnen suïcidale crises voorkomen.

Aanbevelingen

- Neem chronisch suïcidaal gedrag permanent serieus, maar wees terughoudend in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties.
- Zoek naar de bron en het voortduren van de psychische nood, in een langdurend engagement met de patiënt.
- Voorkom zelf het slachtoffer te worden van de suïcidale dreiging van de patiënt; blijf streven naar verandering en spreek de patiënt aan op en naar zijn autonome vermogen.
- Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht: vooral onmacht en agressie; maak regelmatig gebruik van inter- of supervisie.
- Blijf waakzaam op acute fasen in het chronische suïcidale gedrag en overweeg in geval van ‘acuut op chronisch risico’ zorgintensivering.
- Verzeker je van steun op elk niveau van de organisatie bij ernstige dreiging met suïcide en homicide.

Hoofdstuk 9
Behandeling van specifieke groepen

1 Inleiding

In deel 3, hoofdstuk 7 en 8 zijn de eerste interventies en de langetermijnaanpak besproken voor de behandeling van suïcidaal gedrag voor de algemene populatie. Dit laatste hoofdstuk van deel 3 geeft specifieke aanwijzingen voor jongeren en ouderen.

1.1 Uitgangsvraag

- Moet de behandeling worden aangepast voor jongeren of ouderen?

2 Jongeren

Wetenschappelijke onderbouwing: behandelvormen
Er is betrekkelijk weinig onderzoek verricht naar de behandeling van suïcidaal gedrag bij kinderen en jongeren, zo blijkt uit een meta-analyse van Schaffer et al. (2009). Er is een klein aantal onderzoeken verricht naar de effectiviteit van interpersoonlijke therapie bij depressieve adolescenten, die voorzichtig positieve effecten laten zien op het verminderen van suïcidaal gedrag (Mufson et al., 1999; 2004). Er zijn aanzetten tot het modificeren van dialectische gedragstherapie (DGT) voor adolescenten (Miller et al., 2007). Er zijn enkele onderzoeken naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij suïcidale depressieve jongeren (Brent, 2009). Er zijn geen onderzoeken bekend over psychodynamisch georiënteerde behandelingen met suïcidale jongeren en hun familieleden. De belangrijkste interventie is gezinstherapie, waarover veel is geschreven, maar waarover weinig evaluatieonderzoek is verschenen (Brent, 2009).
In gecontroleerde onderzoeken naar farmacologische en psychotherapeutische interventies zijn jongeren met een te hoog suïciderisico veelal uitgesloten van deelname en is suïcidaal gedrag als uitkomstenmaat lang niet altijd meegenomen. Er is geen bewijs dat dagbehandeling of klinische opname effectief zijn in de reductie van suïcidaal gedrag onder adolescenten (Shaffer & Pfeiffer, 2009; Brent, 2009; Pompili et al., 2010). Dat neemt uiteraard niet weg dat er vele redenen kunnen zijn om depressieve suïcidale jongeren klinisch op te nemen, of dagbehandeling aan te bieden.

In een overzicht en meta-analyse van achttien onderzoeken werd geen bewijs gevonden dat psychosociale interventies (beperkt aantal individuele sessies van cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en dialectische gedragstherapie) van adolescenten en jongvolwassenen onmiddellijk na suïcidaal gedrag toekomstige suïcide helpen voorkomen (Crawford et al., 2007).
Voor zover aanwezig worden de belangrijkste empirische bevindingen in deze paragraaf gecombineerd met consensus van clinici. Omdat depressie de belangrijkste risicofactor is voor suïcidaal gedrag onder jongeren, wordt hieraan eerst aandacht besteed. Bij de behandeling van suïcidale jongeren zijn contact, veiligheid en continuïteit van zorg even belangrijk als bij volwassenen (zie hoofdstuk 3). Meer aandacht verdient de rol die het gezin speelt bij de ontwikkeling van suïcidaal gedrag, in het beschermen tegen suïcidaal gedrag, en bij de behandeling van suïcidaal gedrag.

Wetenschappelijke onderbouwing: depressie
Onderzoek, diagnostiek en behandeling van depressie zijn de belangrijkste opgaven voor professionals die suïcidale jongeren behandelen. Wanneer de depressie vroeg inzet en ernstig en chronisch is, is het suïciderisico groter (Brent, 2009). Misbruik van alcohol en drugs, gedragsstoornissen, impulsiviteit en agressie, een geschiedenis van seksueel misbruik, conflicten met ouders, gepest worden en suïcidaal gedrag in de familie dragen bij aan een verhoogd risico van suïcidaal gedrag (Lewinsohn et al., 1996, Brent et al., 1997; Fergusson & Woodward, 2002; Brent & Mann, 2005; Brent, 2009). De behandeling van de depressie vergt zowel een behandeling van de depressie, de comorbide aandoeningen en de context van het gezin of de leefomgeving. Omdat suïcidaal gedrag onder jongeren altijd gevolgen heeft voor gezin, vrienden, klasgenoten, leraren en professionals, dient de context van de jongere aandacht van professionals te krijgen.
Psychofarmacologische en psychotherapeutische interventies zijn effectief voor het terugdringen van depressie, maar veel minder staat vast of daarmee ook suïcidaal gedrag wordt tegengegaan. We verwijzen voor de behandeling van depressie naar de *Multidisciplinaire richtlijn Depressie* (2009) en naar Brent (2009), Spirito en Esposito-Smythers (2009) en Pompili et al. (2010).
In een studie van Brent et al. (1997) werden cognitieve gedragstherapie, ondersteunende psychotherapie en gezinstherapie voor suïcidale depressieve adolescenten vergeleken. Alle drie de behandelingen leidden tot afname van suïcidaal gedrag. Er was geen controlegroep met gebruikelijke klinische behandeling. In een studie van Mufson et al. (1999) bleek in de afname van depressieve symptomen interpersoonlijke therapie superieur aan gebruikelijke behandeling, maar niet wat betreft suïcidaal gedrag. In een studie van March et al. (2004) werden cognitieve gedragstherapie,

fluoxetine en de combinatie van beide vergeleken met een placebo. Alleen de combinatie van fluoxetine en cognitieve gedragstherapie leidde tot een significante reductie van suïcidaal gedrag.
Twee grotere onderzoeken met patiënten met ernstiger en langduriger depressie en meer suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis lieten echter geen beschermend effect zien van de combinatie van antidepressieve medicatie en cognitieve gedragstherapie wat betreft suïcidaal gedrag (Goodyer et al., 2007, Brent et al., 2008). Asarnow et al. (2005) onderzochten de effecten van kwaliteitsbevordering in de eerstelijns gezondheidszorg (individueel toegesneden cognitieve gedragstherapie, medicatie, of beide) versus de gebruikelijke behandeling. Zij vonden een significante reductie in depressie en een bijna significante reductie van suïcidaal gedrag.
In een quasi-experimentele studie van Rathus en Miller (2002) werd Linehan's dialectische gedragstherapie aangepast voor suïcidale adolescenten met trekken van borderline persoonlijkheidsstoornis (n = 29) en vergeleken met gebruikelijke behandeling (n = 82). Een derde van de suïcidale adolescenten had suïcidepogingen ondernomen. In beide groepen kregen de deelnemers 24 individuele therapiesessies gedurende drie maanden. Er werden geen verschillen in de afname van suïcidaal gedrag tussen beide groepen waargenomen. Ongeveer 40% van de adolescenten in beide groepen recidiveerde met suïcidaal gedrag.
In een RCT over individuele psychotherapie voor suïcidaal gedrag bij adolescenten van Donaldson et al. (2005) werd cognitieve gedragstherapie vergeleken met probleemoplossingsgerichte, ondersteunende psychotherapie. Beide behandelingen werden uitgevoerd in tien individuele sessies afgewisseld met gezinsgesprekken. Meer dan de helft van de adolescenten had een voorgeschiedenis van meerdere suïcidepogingen. De resultaten lieten verbeteringen zien op depressie en suïcidaal gedrag in de experimentele conditie, maar geen verschillen tussen beide condities in de follow-up.

Conclusie

Niveau 3	Individuele psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen zijn effectief gebleken in de behandeling van depressie bij adolescenten. Maar er is vooralsnog onvoldoende bewijs dat dergelijke behandelingen ook effectief zijn in de reductie van suïcidaal gedrag. A2: Crawford, 2007; Brent, 1997; 2008; March, 2004; Goodyer, 2007. B: Mufson, 1999, 2004; Asarnow, 2005; Shaffer, 2001; Rathuis & Miller, 2002; Pompili, 2010; Lewinsohn, 1996; Fergusson & Wodward, 2002; Donaldson, 2005.

Overige overwegingen
Er zijn indicaties dat het voorschrijven van SSRI's kan leiden tot toename van suïcidaal gedrag bij adolescenten. Net als bij volwassenen dient het voorschrijven van SSRI's omgeven te worden met grote voorzichtigheid (korte perioden, beperkte hoeveelheden, regelmatige controle, en waarschuwing tegen mogelijke toename van het suïcidale gedrag).
Toch zijn er aanwijzingen dat in het algemeen het voorschrijven van SSRI's positieve effecten heeft op suïcidaal gedrag van adolescenten (Brent, 2009). In verschillende landen is een correlatie gevonden tussen toenemend gebruik van SSRI's bij depressieve adolescenten en een afname van het aantal suïcides. Nadat de Amerikaanse Food and Drugs Administration (FDA) een waarschuwing uitzond over de mogelijk averechtse effecten van SSRI's op het suïciderisico onder jongeren en dit leidde tot een afname van het aantal keren dat SSRI's werd voorgeschreven bij adolescenten, zou het aantal suïcides onder jongeren juist weer zijn toegenomen (Gibbons et al., 2007). Dit effect zou zijn waargenomen in de Verenigde Staten en in Nederland, maar de methodologische kwaliteit van deze studie is bekritiseerd (Wheeler, 2008, APA, 2003; Tandt et al., 2009; Hawton & Van Heeringen, 2009). De conclusie lijkt te zijn dat meer depressieve suïcidale jongeren baat hebben bij SSRI's dan dat er door geschaad zouden worden (Brent, 2009).

Wetenschappelijke onderbouwing: gezinsbenaderingen
In een RCT van Harrington et al. (1998) werden 162 adolescenten die een suïcidepoging hadden ondernomen met een overdosering medicijnen, gerandomiseerd naar een gebruikelijke behandeling of gezinstherapie gedurende vijf sessies die thuis werd gegeven. De gezinstherapie richtte zich op gezinsconflicten, problemen bij de ouders, suïcidaal gedrag van de adolescenten en wanhoop. Er werd geen verschil waargenomen tussen beide groepen wat betreft de reductie van suïcidaal gedrag.
Een RCT van Huey et al. (2004) over de effectiviteit van multisysteemtherapie (een benadering gericht op een combinatie van individuele en gezinstherapie) voor suïcidale adolescenten (n = 156) versus gebruikelijke behandeling, liet evenmin duidelijke effecten zien op suïcidaal gedrag, depressie en wanhoop bij de deelnemende adolescenten.

Conclusie

Niveau 3	Psychotherapeutische gezinsbenaderingen zijn effectief gebleken bij de behandeling van depressie bij adolescenten. Maar er is vooralsnog in onvoldoende onderzoeken bewijs gevonden dat deze benaderingen ook effectief zijn in de reductie van suïcidaal gedrag. B: Harrington, 1998; Huey, 2004; Brent, 2009.

Overige overwegingen

Op grond van de wetenschappelijke literatuur over effectiviteit van interventies kunnen we niet concluderen dat de behandeling van suïcidaal gedrag of van het risico en stress-kwetsbaarheidsfactoren bij adolescenten anders zou moeten zijn dan bij volwassenen. Toch is er een belangrijk verschil: adolescenten leven in de context van het gezin of in een ander verband met personen die verantwoordelijkheid dragen voor hun welzijn en opvoeding. In een suïcidale crisis zijn ouders of verzorgers degenen die het eerst kunnen ingrijpen om de veiligheid te bevorderen. Dat maakt dat in de behandeling van suïcidaal gedrag bij adolescenten veel aandacht moet zijn voor de rol van de opvoeders en voor de verantwoordelijkheden van professional en opvoeder. Omdat veel suïcidaal gedrag van adolescenten (tevens) relationele aspecten kent, mogelijk in de etiologie maar zeker ook in de gevolgen, is het van het grootste belang waar mogelijk de ouders of andere verantwoordelijken bij de behandeling te betrekken. Bij gebrek aan empirisch gefundeerde behandelingen moeten we ons richten op hetgeen professionals die met suïcidale adolescenten in de praktijk werken adviseren. Daaruit komt een aantal algemene aanbevelingen naar voren waarover consensus lijkt te bestaan.

Bij de behandeling van suïcidaal gedrag van adolescenten dienen zo spoedig mogelijk ouders en/of opvoeders of andere verantwoordelijken ingelicht en bij de behandeling betrokken te worden, al vraagt de adolescent om geheimhouding. Het is onverstandig een belofte van geheimhouding te doen, omdat het in crisissituaties niet mogelijk is om deze belofte gestand te doen.

Wanneer een adolescent suïcidaal gedrag vertoont, is er meestal sprake van een acute crisis. Ouders en andere verantwoordelijken dienen zo mogelijk nog in die crisissituatie gezien te worden. Maak zo spoedig mogelijk dwingende afspraken over het niveau van veiligheid dat de adolescent moet omgeven. Maak afspraken over aanwezigheid en over bewaking van gevaarlijke situaties en toezicht. Laat de adolescent niet alleen. Vraag de ouders en/of opvoeders, welke maatregelen zij kunnen opbrengen of welke hulpbronnen zij kunnen inschakelen. Geef de ouders en/of opvoeders educatie over het gevaar, uitlokkende omstandigheden, waarschuwingssignalen, kans op terugkeer van het suïcidale gedrag en de rol van alcohol en drugs bij het intensiveren van het suïcidale gedrag. Zorg voor overeenstemming over het belang van een behandeling. Maak een afspraak voor een vervolgcontact op een korte termijn (indien nodig de volgende dag). Zorg ervoor dat de ouders en/of opvoeders in crisissituaties de professional of een vervanger kunnen bellen.

Vraag de ouders in het bijzijn van hun kind naar hun inzichten in, en verklaringen van het suïcidale gedrag van hun dochter of zoon. Vraag de adolescent zelf naar de achtergronden, intenties en motieven van het suïci-

dale gedrag, liefst in het bijzijn van de ouders. Informeer naar suïcidaal gedrag in de familiekring.
Wees bedacht op ernstige gezinsconflicten (mishandeling, misbruik) die mogelijk van invloed zijn op het suïcidale gedrag. Maar ook in dergelijke omstandigheden is het van belang de ouders bij de behandeling te betrekken. De professional moet vaardig omgaan met enerzijds de soms vertrouwelijke informatie die de adolescent geeft en anderzijds de openheid betrachten die nodig is om veiligheid te creëren. De professional is meervoudig partijdig: hij of zij ondersteunt zowel de adolescent als diens ouders. Bevestig de ouders in hun ouderlijke rol en draag bij aan de ouderlijke betrokkenheid en aan hun gezag. De ouders dienen de regie over het gedrag van hun zoon of dochter te herwinnen; de professional benut hierbij het morele gezag van de ouders.
Een psychiatrische opname is te overwegen als de adolescent elk contact met de professional en met anderen afweert en niet bereid is afspraken te maken over de veiligheid, of daartoe niet in staat is (bijvoorbeeld als gevolg van de psychiatrische symptomatologie of intoxicatie). Een opname is ook geïndiceerd wanneer sprake is van een persisterende doodswens waarbij geen ambivalenties waar te nemen zijn. Daarin worden relaties met anderen niet meer als betekenisvol ervaren door de adolescent. Een derde reden voor opname kan zijn dat de ouders onvoldoende in staat zijn in de thuissituatie de benodigde veiligheid te garanderen en ook niet over een alternatieve mogelijkheid beschikken.
In de praktijk blijkt dat in veel gevallen het suïcidale gedrag binnen enkele dagen zodanig vermindert dat met ontslag kan worden gegaan. In die dagen kan de gezinssituatie zich weer herstellen en is naar huis gaan in de regel verantwoord, mits de hulpverlening ambulant en op een zo kort mogelijke termijn wordt vervolgd.

Aanbevelingen

- Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van adolescenten met suïcidaal gedrag zo snel mogelijk en zo intensief als haalbaar is, de ouders en/of opvoeders te betrekken. De hulp aan de adolescent wordt aanzienlijk beter als gebruik wordt gemaakt van de informatie waarover de ouders en/of opvoeders beschikken, van hun betrokkenheid en zorg en van hun verantwoordelijkheid en gezag.
- Het is sterk aan te bevelen bij het beoordelen van de veiligheidsaspecten niet slechts de toestand van de adolescent te beoordelen, maar ook de draagkracht van de ouders en/of opvoeders en hun vermogens om binnen de thuissituatie de veiligheid te organiseren en garanderen.

3 Ouderen

Voor ouderen gelden dezelfde principes van de eerste interventies en de behandelmogelijkheden als voor volwassenen. Diverse factoren maken het zinvol om apart aandacht aan ouderen te besteden, namelijk: (1) suïcide komt bij ouderen relatief vaak voor; (2) ouderen doen suïcidale uitlatingen maar uiten ook dikwijls doodswensen zonder suïcidaal gedrag; deze doodswensen vragen om begeleiding en kunnen behandeld worden; (3) in aansluiting op het multifactoriële onderzoek bij ouderen (zie hoofdstuk 6, paragraaf 4) is een meersporenbeleid in de behandeling gewenst; (4) de dynamiek van ouderen met suïcidaal gedrag en degenen om hen heen onderscheidt zich doordat ouderen en professionals geneigd zijn, doodswensen te interpreteren als horend bij de leeftijd. Hierdoor is de professional minder geneigd om een complete behandeling in te zetten.

Wetenschappelijke onderbouwing

In de acute fase zijn continuïteit in de begeleiding en behandeling van een eventuele slaapstoornis relevante interventies. Wekelijkse ondersteuning, telefonisch contact en een 24 uurs crisistelefoon leverden bij ouderen een significante reductie van wanhoop op, vooral bij vrouwen, en leidde tot vermindering van depressie en suïcidaal gedrag (Morrow-Howel, 1998; De Leo, 2002; Fiske et al., 2000).

Bij ouderen met suïcidaal gedrag is vaak sprake van een slaapstoornis die behandeld moet worden (Voaklander et al., 2008; Bonnewijn et al., 2009). Echter, behandeling met benzodiazepinen kan samengaan met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag (Voaklander et al., 2008).

Onderzoeken bij ouderen met suïcidaal gedrag waarin het effect van tegelijkertijd meer behandelcomponenten werden onderzocht, zijn de IMPACT-studie (Unutzer et al., 2002; 2006) en het onderzoeksprogramma PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly, Collaborative Trial) (Alexopoulos et al., 2009; Bruce et al., 2004). In het onderzoeksprogramma IMPACT (Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment) werden activeringsprogramma's, een caremanager en farmacologische of gedragstherapie ingezet en vergeleken met gebruikelijke zorg. In de experimentele conditie verminderden suïcidegedachten meer dan in de controleconditie met bovendien een snelle afname van depressie.

PROSPECT, met op indicatie een caremanager, monitoring, psychotherapie, follow-up en medicatie, liet bij patiënten met MDD (*major despressive disorder*: depressie in engere zin) een tweemaal zo grote afname van suïcidegedachten zien als de gebruikelijke zorg, maar dit verschil was niet significant. Het verschil was wel significant bij ouderen met een *minor depressive disorder* (Alexopoulos et al., 2009; Bruce et al., 2004).

Oyama et al. (2005; 2008) vonden in een community-based vergelijkend onderzoek met een 7-11-jaarsfollow-up bij oudere vrouwen een 70% reductie van het aantal suïcides bij een jaarlijkse screening op depressie, gecombineerd met mental health workshops en depressiebehandeling bij een huisarts of psychiater. Bij oudere mannen vond alleen reductie plaats indien ze naar een psychiater werden doorverwezen (Oyama et al., 2005; 2008).
Szanto et al. (2001; 2003) vonden in een case-serieonderzoek bij depressieve ouderen met een hoog suïciderisico een 67% respons op een gecombineerde behandeling met antidepressiva en psychotherapie; bij depressieve ouderen met een laag suïciderisico was dit zelfs 85%. Zowel in IMPACT als in PROSPECT werd gevonden dat de kwaliteit van de geboden zorg samenhing met een open houding van professionals tegenover suïcidaal gedrag en doodswensen (Uncapher & Arean, 2000; Hunkeler et al., 2006).
Barak et al. (2006) vonden in een case-controleonderzoek dat SSRI's minder waren voorgeschreven bij ouderen die werden opgenomen vanweg een depressieve stoornis met suïcidaal gedrag dan bij ouderen die werden opgenomen voor een dperessieve stoornis zonder suïcidaal gedrag. Stone et al. (2009) vonden in een meta-analyse van RCT's met verschillende antidepressiva (waaronder TCA's, die werden gebruikt vanwege een psychiatrische aandoening) in vergelijking met placebo minder suïcidaal gedrag bij een leeftijd boven de 65 jaar, dit in tegenstelling tot bij jeugdigen. Een bezwaar van TCA's is dat deze bij overdosering letaal zijn. SSRI's hebben bij de behandeling om die reden de voorkeur.
Psychologische behandeling kan bestaan uit zowel groepsmatige als individuele interpersoonlijke psychotherapie met de focus op zingeving en nieuwe persoonlijke doelen. Ook kan gedragstherpie ingezet worden. Alle zijn effectief gebleken voor een reductie van depressie en suïcidaal gedrag (Lapierre et al., 2007; Heisel et al., 2009; Szanto et al., 2001; 2003; Unutzer et al., 2002; 2006).
Somatische stoornissen kunnen een belangrijke bijdragende factor zijn bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. Behandeling, voorlichting en verbetering van functioneren zijn dan ook geïndiceerd (Pompili et al., 2009; Llorente et al., 2005; Voaklander et al., 2008). Lin et al. (2003) vonden dat met de behandeling van de depressie bij oudere patiënten met artritis ook de pijn verminderde. Tevens verbeterden het functioneren en de kwaliteit van leven.

Conclusies

Niveau 1	Het is aannemelijk dat antidepressiva bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen bij ouderen suïcidaal gedrag verminderen. A1: Stone, 2009. B: Barak, 2006.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat het behandelen van slaapstoornissen bij ouderen de kans op suïcide vermindert. A2: Bonnewijn, 2009. B: Voaklander, 2008.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat bij ouderen continuïteit van zorg een belangrijke bijdrage levert aan de reductie van suïcidaal gedrag, depressie en wanhoop. B: Morrow-Howel, 1998; De Leo, 1995; 2002. C: Fiske et al., 2000.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat een geïntegreerde behandeling (medicamenteuze behandeling gecombineerd met psychotherapie, een caremanager, activeringsprogramma's) effectief is bij het reduceren van suïcidaal gedrag bij ouderen. Ook kan gedragstherapie worden ingezet. A1: Oyama, 2008; 2005. B: Szanto, 2001; Unutzer, 2002; 2006; Alexopoulos, 2009; Bruce, 2004. C: Szanto, 2001; 2003.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat het optimaliseren van fysiek welbevinden een belangrijke bijdrage levert bij de behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen. B: Voaklander, 2008; Lliorente, 2003; Pompili, 2009; Lin, 2003.
Niveau 2	Het is aannemelijk dat psychotherapie, in de vorm van interpersoonlijke psychotherapie of groepspsychotherapie, depressie en suïcidaal gedrag kan reduceren. B: Lapierre, 2007; Szanto, 2001; 2003. C: Heisel, 2009.
Niveau 3	Het is waarschijnlijk dat een open houding tegenover doodswensen bij ouderen essentieel is voor de hulpverlening aan ouderen met suïcidaal gedrag. A2: Uncapher & Arean, 2000; Hunkeler, 2006. C: Rurup, 2005.

Overige overwegingen

Door naasten en andere professionals te betrekken bij de zorg, wordt de oudere uit zijn isolement gehaald wat betreft zijn doodswens. Ook de naastbetrokkenen moeten ondersteund en erkend worden in hun betrokkenheid en emoties, en in hoe zij met deze doodswens kunnen omgaan. Duidelijkheid over de vervolgstappen en het maken van een noodplan geeft de oudere houvast en controle. Een opname kan geïndiceerd zijn bij wilsonbekwaamheid en de onmogelijkheid om contact te krijgen. In de periode na een opname kan de kans op een suïcide verhoogd zijn. Afstemmen, informeren en bij de zorg betrekken van andere professionals maakt een consequente benadering mogelijk en vergroot openheid en duidelijkheid (zie ook hoofdstuk 3).

Een belangrijk aspect van hulpverlening aan ouderen met doodsgedachten is de noodzaak hen als professional 'niet in de steek te laten' (Quill & Cassel, 1995). De consequentie van het serieus nemen van een doodswens betekent dat als mogelijke onderliggende oorzaken van suïcidaal gedrag behandeld zijn en er nog steeds doodsgedachten zijn, de professional en de oudere samen kijken hoe hiermee omgegaan kan worden. Persoonlijke grenzen van de professional, grenzen van hulpverlening en juridische kaders moeten hierin meegenomen worden (zie hoofdstuk 2 en bijlage 5). Deze behandelstrategie en zorgaspecten maken duidelijk dat dit geen taak is van één enkele professional. Een multidisciplinaire aanpak en samenwerking in de keten van zorg voor de oudere is hiervoor noodzakelijk (Zweig, 2005; Heisel, 2009).

Sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen zijn belangrijke oorzakelijke factoren voor het ontstaan van suïcidaal gedrag. Doorbreken van dit isolement door in overleg met de ouderen te zoeken naar mogelijkheden om contacten te leggen, het herstel van contacten met het systeem en deelname aan maatschappelijke activiteiten zijn waarschijnlijk zinvolle interventies.

Aanbevelingen

- Het is sterk aan te bevelen bij acuut suïcidaal gedrag of bij een eerste contact over suïcidaal gedrag of doodswensen bij ouderen, onmiddellijk de continuïteit van aansluitende zorg te waarborgen.
- Het verdient aanbeveling om slaapstoornissen bij ouderen met suïcidaal gedrag zo spoedig mogelijk te behandelen. Bij ouderen worden benzodiazepinen ontraden en geadviseerd andere lange- en kortetermijninterventies te hanteren, zoals slaapadviezen, gedragsmatige behandeling en andere sederende medicatie.
- Het is aan te bevelen om bij ouderen bij de behandeling van een depressie met suïcidaal gedrag SSRI's als medicatie te overwegen.

- Het is aan te bevelen om psychotherapeutische behandelvormen te overwegen bij depressies met suïcidaal gedrag bij ouderen.
- Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van ouderen met suïcidaal gedrag ook te streven naar verbetering van het fysieke welbevinden.
- Het verdient aanbeveling om indien mogelijk de naasten van ouderen te ondersteunen en in het behandelplan te betrekken.
- Het wordt aangeraden om iedere oudere met suïcidaal gedrag een geïntegreerde behandeling op maat te bieden. Samenwerking tussen verschillende disciplines en de eerste- en tweedelijnszorg is hierbij een voorwaarde.

Literatuur bij deel 3

Wetenschappelijke onderbouwing

De volgende bronnen zijn opgenomen in de wetenschappelijke onderbouwing en in de conclusies. Zie bijlage 9, Bewijstabellen behandeling.

Alexopoulos, G.S., Reynolds, C.F. 3rd, Bruce, M.L., Katz, I.R., Raue, P.J., Mulsant, B.H., et al.; The Prospect Group. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *The American Journal of Psychiatry, 166*, 882-890.

Asarnow, J.R., Jaycox, L.H., Duan, N., LaBorde, A.P., Rea, M.M., Murray, P., et al. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 293*, 311-319.

Baldessarini, R.J., Tondo, L., & Viguera, A.C. (1999). Effects of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders. *Bipolar Disorders, 1*, 17-24.

Baldessarini, R.J., Tondo, L., & Hennen, J. (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings. *The Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 44-52.

Baldessarini, R.J., & Tondo, L. (2010). Psychofarmacology for suicide prevention. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 233-253). Göttingen: Hogrefe & Huber.

Barak, Y., Olmer, A., & Aizenberg, D. (2006). Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropharmacology, 31*, 178-181.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 36-42.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165,* 631-638.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1355-1364.

Bonnewijn, A., Shah, A., & Demyttenaere, K. (2009). Suicidality an suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology, 19*, 271-294.

Bosch, L. van den, Verheul, R., Schippers, G.M., & Brink, W. van den. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors, 27*, 911-923.

Bosch, L. van den, Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R., & Brink, W van den. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1231-1241.

Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments. *Archives of General Psychiatry, 54*, 877-885.

Brent, D.A., Emslie, G.J., Clarke, G.N., et al. (2008). Switching to venlafaxine or another SSRI with or without cognitive behavioural therapy for adolescents with SSRI resistant depression: The TORDIA randomized control trial. *Journal of the American Medical Association, 299*, 901-913.

Brent, D.A. (2009). Effective treatments for suicidal youth: Pharmacological and psychosocial approaches. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook on suicidology and suicide prevention* (pp. 667-676). Oxford University Press.

Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher B, Pincus HA, et al. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA, 297*, 1683-1696.

Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., Crits-Christoph P., & Beck, A.T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 18*, 257-271.

Brown, G.K., Have, T. ten, Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. *Journal of the American Medical Association, 294*, 563-570.

Bruce, M., Have, T.R. ten, Reynolds, C.F. 3rd, Katz, I.I., Schulberg, H.C., Mulsant, B.H., et al. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *Journal of the American Medical Association, 291*, 1081-1091.

Carter, G.L., Clover, K, Whyte, I.M., Dawson, A.H., & D'Este, C. (2007). Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry, 191*, 548-553.

Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2002a). Patients' needs during the year after a suicide attempt: A secondary analysis of a randomised controlled intervention study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 357-363.

Cedereke, M., Monti, K., & Ojehagen, A. (2002b). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: Does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European Psychiatry, 17*, 82-91.

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J.R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 1805-19.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 922-928.

Crawford, M.J., Thomas, O., Khan, N, & Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: Systematic review of their efficacy in preventing suicide. *British Journal Psychiatry, 190*, 11-17.

Cuijpers, P., Straten, A. van, Oppen, P. van, & Andersson, G. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 6, 909-922.

Cuijpers, P., Straten, A. van, Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety, 26*, 279-288.

De Leo, D. (2002). Struggling against suicide, the need of an integrative approach. *Crisis, 23*, 23-31.

De Leo, D., Dello Bueno, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: The long term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry, 181*, 226-229.

Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 113-120.

Drew, B.L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing, 15*, 99-106.

Evans, M.O., Morgan, H.G., Hayward, A., & Gunnell, D.G. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: Effects on repetition. *British Journal of Psychiatry, 175*, 23-27.

Farrow, T.L. (2002). Owning their expertise: Why nurses use 'no suicide contracts' rather than their own assessments. *International Journal of Mental Health Nursing, 11*, 214-219.

Fergusson, D.M., & Woodward, L.J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry, 59*, 225-231.

Fiske, A. (2000). Future directions in late life suicide prevention. *Omega, Journal of Death and Dying, 42*, 37-53.

Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J. et al. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *BullWorld Health Organ, 86*, 703-709.

Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen C, Asselt, T. van, et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused therapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649-658.

Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Byford S., et al. (2007) Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: Randomised controlled trial. *British Medical Journal, 335*, 106-107.

Gray, S.M., & Otto, M.W. (2001). Psychosocial approaches to suicide prevention: Applications to patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 56-64.

Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., et al. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal, 323*, 135-138.

Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., & Baldessarini, R.J. (2007). Lithium treatment reduces suicidal risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 380-383.

Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., et al. (1998). Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 512-518.

Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremmer, S., Feldman, E., Goldney, R., et al. (1998). Deliberate self-harm: A systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal, 317*, 441-447.

Heeringen, C. van, Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., Bacquer, D. de, & Remoortel, J. van. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: A controlled intervention study. *Psychological Medicine, 25*, 963-970.

Heisel, M.J., Duberstein, P.R., Talbot, N.L., King, D.A., & Xin, M.T. (2009). Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide: preliminary findings. *Professional Psychology, Research and Practice, 40*, 156-164.

Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2005). Suicidal risk during treatment with clozapine: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 73*, 139-145.

Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 87-93.

Huey, S.J. Jr, Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Halliday-Boykins, C.A., Cunningham, P.B., Pickrel, S.G., et al. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 183-190.

Hunkeler, E.M., Katon, W., Tang, L., Williams, J.W. Jr, Kroenke K., Lin L.H.B., et al. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomized trial for depressed elderly patients in primary care. *British Medical Journal, 332*, 259-263

Kapur, N., House, A., Dodgson, K., May, C., & Creed, F. (2002). Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study. *British Medical Journal, 325*, 866-867.

Kapur, N., Cooper, J., Hiroeh, U., May, C., Appleby, L., & House, A. (2004). Emergency department management and outcome for self-poisoning: A cohort study. *General Hospital Psychiatry, 26*, 36-41.

Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations with the realization of meaningful personal goals. *Crisis, 28*, 16-25.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors and clinical implications, *Clinical Psychology Science and Practice, 3*, 25-46.

Lin, E.H.B., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L., Williams, J.W. Jr, Kroenke, K., et al., for the IMPACT Investigators. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis. *JAMA, 290*, 18.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-1064.

Linehan M.M., Heard, H.L., & Armstrong, E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*, 971-974.

Linehan M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives General Psychiatry, 63*, 757-766.

Lliorente, M.D., Burkte, M., Gregory, G.R., Bosworth, H.B., Grambow, S.C. Horner, R.D., et al. (2005). Prostate cancer, a significant risk factor for late-life suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*, 195-201.

Magne-Ingvar, U., & Ojehagen, A. (1999). Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 73-79.

Mann, J.J., & Currier, D. (2010). Evidence-based suicide prevention strategies: An overview. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.). *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 65-85). Göttingen: Hogrefe and Huber.

March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression, treatment for adloescent depression study (TADS): Randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 292*, 807-820.

McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman L., et al. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1365-1374.

Meerwijk, E.L., Meijel, B. van, Kerkhof, A., Vogel, W. de, & Grypdonck, M. (2010). Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care, 46*, 65-73.

Meltzer, H.Y., & Okayli, G. (1995). Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic resistant schizophrenia: Impact on risk-benefit assessment. *American Journal of Psychiatry, 152*, 183-190.

Meltzer, H.Y., Alphs, L., Green, A.I., Altamura, A.C., Anand, R., Bertoldi, A., et al. (2005). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International suicide prevention trial (Intersept). *Archives of General Psychiatry, 60*, 82-91.

Meltzer, H.Y. (2010). Evidence-based treatment for reducing suicide risk in schizophrenia. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 301-311). Gottingen: Hogrefe and Huber.

Modestin, J., Dal Pian D., & Agarwalla, P. (2005). Clozapine diminishes suicidal behaviour: A retrospective evaluation of clinical records. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*, 534-538.

Möller, H.J. (2009). Pharmacological and other biological treatments of suicidal individuals. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook on suicidology and suicide prevention* (pp. 395-405). Oxford University Press.

Morrow-Howell, N., Becker-Kemppainen, S., & Judy, L. (1998). Evaluating an intervention for the elderly at risk of suicide. *Research on Social Work Practice, 8*, 28-46.

Mufson, L., Weissman, M.M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 56*, 573-579.

Mufson, L., Dorta, K.P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M.M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 61*, 577-584.

Nordentoft, M., Branner, J., Drejer, K., Mejsholm, B., Hansen, H., & Petersson, B. (2005). Effect of Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *European Psychiatry, 20*, 121-128.

Oyama, H., Watanabe, N., Ono, Y., Sakashita, T., Takenoshita, Y., Taguchi, T., et al. (2005). Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59*, 337-344.

Oyama, H., Sakashita, T., Ono, Y., Goto, M., Fujita, M., & Koida, J. (2008). Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: A meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Mental Health J, 44*, 311-320.

Pompili, M., Lester, D., Innamoraty, M., De Pisa, E., Amore, M., Ferrara C., et al. (2009). Quality of life and suicide risk in patients with diabetes mellitus. *Psychosomatics, 50*,16-23.

Pompili, M., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2010). Evidence-based interventions for preventing suicide in youths. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 165-202). Göttingen: Hogrefe and Huber.

Potter, M.L., Vitale-Nolen, R., & Dawson, A.M. (2005). Implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 11*, 144-55 BT 51 en 52a.

Prudic, J., & Sackeim, H.A. (1999). Electroconvulsive therapy and suicide risk. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 104-110; discussion 111-6.

Rathus, J.H., & Miller, A.L. (2002). Dialectical behaviour therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 146-157.

Rudd, M.D., Rajab, M.H., Orman, D.T., Stulman, D.A., Joiner, T., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 179-190.

Salkovskis, P.M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 157*, 871-876.

Shaffer, D.S., & Pfeffer, C. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 24s-51s.

Sharma, V. (2001). The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders. *Canadian Joural of Psychiatry, 46*, 704-9.

Slee, N., Garnefski, N., Leeden, R. van de, Arensman, E., & Spinhoven, P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 192*, 202-211.

Stone, M., Laughren, T., Jones, M.L., Levenson, M., Holland, P.C., Hughes, A., et al. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal, 339*, b2880.

Szanto, K., Mulsant, B.H., Houck, P.R., Miller, M.D., Mazumdar, S., et al. (2001).CFTreatment outcome in suicidal vs non-suicidal elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 261-268.

Szanto, K., Benoit, H.M., Houck, P., Dew, M.A., & Reynolds, C.F. (2003). Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry, 60*, 610-617.

Tarrier, N., Haddock, G., Lewis, S., Drake, R., & Gregg, L. (2006). Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. *Schizophrenia Research, 83*, 15-27.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification, 32*, 77-108.

Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A., et al. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet, 374*, 620-627.

Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2001). Reduced suicide risk with long term lithium treatment in major affective illness: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 163-172.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, D.G., Arensman, E., Gunnel, D., Hazelll, P., et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine, 31*, 979-988.

Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychological Medicine, 33*, 969-976.

Tyrer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., et al. (2004). Differential effects of manual assisted cognitive therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: The POPMACT study. *Journal of Personality Disorders, 18*, 102-116.

Uncapher, H., & Arean, P.A. (2000). Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*, 188-192.

Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C., Williams, J., Hunkeler, E., Harpole, L., et al. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial *JAMA: Journal of the American Medical Assosiation, 288*, 2836-2845.

Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J.W. Jr, Hunkeler, E., et al. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 1550-1556.

Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., et al. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: Randomised controlled study. *British Medical Journal, 332*, 1241-1245.

Verheul, R., Bosch, L. van den, Koeter, M.W., Ridder, M.A.J. de, Stijnen, T., Brink, W. van den. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal Psychiatry, 182*, 135-140.

Verwey, B., Bozdag, M.A., Waarde, J.A. van, Rooij, I.A. van, Beurs, E. de, & Zitman, F.G. (2010). Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from the hospital. *Crisis, 31*, 303-310.

Voaklander, D.C., Rowe, B.H., Dryden, D.M., Pahal, J., Saar, P., & Kelly, K.D. (2008). Medical illness, medication use and suicide in seniors: A population-based case-control study. *Joural of Epidemiological of Community Health, 62*, 138-146.

Vries, P. de, Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M., & Robben, P.B.M. (2008). The no-suicide contract: A risky ritual. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*, 667-671.

Weinberg, I., Gunderson, J.G., Hennen, J., & Cutter, C.J. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders, 20*, 482-492.

Niet verwerkt in wetenschappelijk onderbouwing

De volgende bronnen zijn genoemd in deel 3, maar zijn niet in de conclusies verwerkt; er is derhalve geen bewijstabel gemaakt.

Akhtar, S. (1995). *Quest for answers.* Jason Northvale, New Jersey, London: Aronson Inc.

Brent, D.A., & Mann, J.J. (2005). Family genetic studies of suicide and suicidal behaviour. *American Journal of Medical Genetics, 133c,* 13-24.

Fountoulakis, K.N., Gonda, X., Siamouli, M., & Rihmer, Z. (2009). Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: A review of the evidence. *Journal of Affective disorders, 113*, 21-29.

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide: Skills Training On Risk Management. *Journal of Advanced Nursing, 54*, 739-50.

Koehn, C.V., & Cutcliffe, J.R. (2007). Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: A systematic review of the literature, part one. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 14*, 134-40.

Luyn, J.B. van, & Kaasenbrood, A. (2010). Suïcidaliteit in de acute en sociale psychiatrie. In A. Kerkhof, & B. van Luyn (Red.), *Suicidepreventie in de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Maltsberger, J.T., & Buie, D.H. (1974). Countertransference hate in the treatment

of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry, 30*, 625-633.
Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: The Guilford Press.
Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kassow, PL., Petersen, L., Thorup, A., et al. (2002). OPUS Study: Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry, 181*, s98-s106.
Paris, J. (2003). *Personality disorders over time: Precursors, course and outcome*. Washington: American Psychiatric Publishing.
Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2009). Individual therapy techniques with suicidal adolescents. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook on suicidology and suicide prevention* (pp. 677-683). Oxford University Press.
Sun, F., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal Advanced Nursing, 53*, 680-90.
Verkes, R.J., Mast, RE.C. van der, Henegeveld, M.W., Tuyl, J.P., Zwinderman, A.H., & Van Kempen, G.M. (1998). Reduction by paroxetine of suicidal behaviour in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *American Journal of Psychaitry, 155*, 543-547.

Literatuur uit inleidingen en overige overwegingen

De volgende bronnen worden genoemd in inleidingen en overige overwegingen; er zijn geen bewijstabellen van gemaakt.

Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N, Windfur, K., Ashton, A., et al. (2006). *Avoidable deaths: Five year report by the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. London: UK Department of Health.
Bosman, M., & Meijel, B. van. (2009). *Begeleiding van patiënten die zelfverwonden: Een verpleegkundig interventiepakket.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
Busch, K.A., Fawcett, J., & Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry, 64*, 14-19.
Gibbons, R.D., Brown, C.H., Hur, K., Marcus, S.M., Bhaumik, D.K., Erkens, J.A., et al. (2007). Early evidence on the effects of regulator's suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1356-1363.
Gibbons, R.D., Brown, C.H., Hur, K., Marcus, S.M., Bhaumik, D.K., & Mann, J. (2007). Relationship between antidepressants and suicide attempts: An analysis of the Veteran Health Administration Data sets. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1044-1049.
Hawton, K., & Heeringen, K. van. (2009). Suicide. *Lancet, 373*, 1372-81.
Heisel, M.J., & Duberstein, P.R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 242-259.

Hermens, M, Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaal gedrag: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Huisman, A. (2010). *Learning from suicides*. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Joiner, T., & Rudd, M.D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68*, 909-916.

Klijn, E.A.M., & Berg, I. van den. (2004). Hoofdstuk 9: De WGBO en de Wet Bopz in relatie tot patiënten met lichamelijke aandoeningen. In Leentjens, A.F.G., Bannink, M., Boenink, A.D., & Huyse, F.J. (Red.), *Consultatieve psychiatrie in de praktijk* (pp. 101-17). Assen: Van Gorcum.

Koers, H. (1999). Wat te doen indien een patiënt na een auto-intoxicatie behandeling weigert? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 143*, 2497-2500.

Meijel, B. van. (2003). *Relapse prevention in patients with schizophrenia*. Utrecht: Utrecht University, Department of Nursing Science.

Quill, T.E., & Cassel, C.K. (1995). Nonabandonment: A central obligation for physicians. *Annals of Internal Medicine, 122*, 368-374.

Tandt, H., Audenaert, K., & Heeringen, C. van. (2009). SSRI's en suïcidaal gedrag bij volwassenen, adolescenten en kinderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 51*, 387-393.

Werf, B. van der, Goedhart, A., & Huiberts, S. (1998). *Signaleringsplannen, naar minder agressie en dwang in de psychiatrie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Wheeler, B.W., Gunnell, D., Metcalfe, C., Stephens, P., & Martin, R.M. (2008). The population impact on incidence of suicide and non-fatal self-harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: Ecological study. *British Medical Journal, 336*, 542-545.

Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., Does, A.J.W., van der, & Segal, Z.V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders, 91*, 189-194.

Zweig, R.A. (2005). Suicide prevention in older adults: An interdisciplinary challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 260-263.

Richtlijnen

APA. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Broek, W.W. van den, Birkenhäger, T.K., Boer, D. de, Burggraaf, J.P., Gemert, B. van, Groenland, T.H.N. et al. (Werkgroep elektroconvulsietherapie). (2010). *Richtlijn elektroconvulsietherapie, tweede herziene versie*. Utrecht: De Tijdstroom.

New Zealand Guideline Group. (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington: New Zealand Guideline Group.

Nolen, W.A., Kupka, R.W., Schulte, P.F.J., Knoppert-van der Klein, E.A.M., Honig A, Reichart CG, et al. (2008). *Richtlijn bipolaire stoornissen, tweede, herziene versie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tilburg, W. van, Veldhuizen, J.R. van, Beijaert, E.W., Ven-Dijkman, M.V. van de, Mulder, C.L., Schulte, et al., NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang. (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.

Trimbos-instituut. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie: Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut. (2009a). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (eerste revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut. (2009b). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis* (eerste revisie). Utrecht: Trimbos-instituut.

Deel 4
Na een overlijden door suïcide

Hoofdstuk 10
Professioneel handelen na een suïcide

1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt een kader voor het handelen na suïcide van een patiënt. In de eerste plaats wordt aandacht besteed aan het handelen van de professional direct na de suïcide (paragraaf 2). Een van de taken (paragraaf 2.1) betreft de opvang van de nabestaanden. Vanwege de neiging tot clustering van suïcidaal gedrag (Bowers et al., 2010) moet in de klinische praktijk aandacht worden besteed aan een mogelijk verhoogd suïciderisico van personen die met de suïcide worden geconfronteerd. Paragraaf 4 gaat in op de inschatting van het risico op problemen met de verliesverwerking en een mogelijk verhoogd suïciderisico bij nabestaanden. Hiervoor wordt tevens verwezen naar deel 2. Paragraaf 5 gaat in op de reactie van professionals op suïcide van een patiënt. Tot slot behandelt paragraaf 6 de evaluatie van suïcide in de instelling en de meldingsprocedure van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).
In dit hoofdstuk worden, voor zover dat van toepassing is, de taken van professionals in de eerstelijnszorg onderscheiden van professionals in de tweedelijnszorg. Dit onderscheid is niet helemaal strikt te maken. In de praktijk stemmen professionals in de eerste- en tweedelijnszorg hun taken bij suïcide op elkaar af. Aandachtspunten en procedures die in dit hoofdstuk worden beschreven, zijn ten dele ook van toepassing als een patiënt bij een suïcidepoging ernstig lichamelijk letsel heeft opgelopen.

2 Direct na een suïcide

Suïcide in een zorginstelling
In zorginstellingen is de (hoofd-) behandelaar eindverantwoordelijk voor het handelen bij een suïcide. De (hoofd-) behandelaar organiseert de nazorg en verdeelt de taken. Bij suïcide van een opgenomen patiënt of een patiënt die groepsbehandeling volgde moeten ook maatregelen worden getroffen voor de veiligheid van medepatiënten (zie paragraaf 2.1 en hoofdstuk 3 paragraaf 3.1).

De rol van de huisarts
Huisartsen maken gemiddeld een keer in de vier jaar een suïcide van een patiënt mee (Marquet et al., 2005) en ongeveer 60% van de mensen die een suïcide van nabij meemaakt doet korte of langere tijd na de suïcide een beroep op de huisarts (De Groot et al., 2009). Kenmerkend voor de rol van de huisarts in het geval van een suïcide is dat deze met verschillende betrokkenen te maken kan krijgen: familieleden, hulpverleningsdiensten, en de behandelaar of behandelaars van de overleden patiënt.
Taken van de huisarts na een suïcide hangen af van het moment waarop deze wordt ingelicht over de suïcide en door wie, de aard van het contact dat de huisarts vóór de suïcide met de overledene had en de aard van het contact tussen de huisarts en eventuele nabestaanden. Ook hangt het af van de gezondheidsrisico's van nabestaanden, of nabestaanden eigen patiënten van de huisarts zijn en van de behoefte van nabestaanden aan steun van de huisarts. Het overzicht van taken in paragraaf 2.1 biedt een kader voor het handelen van de huisarts in die specifieke omstandigheden.
Vaak vangt de huisarts de nabestaanden op of nabestaanden doen direct of in een later stadium uit zichzelf een beroep op de huisarts. De huisarts wordt dan vaak geconfronteerd met vragen van nabestaanden over de toedracht van de suïcide, over zorg die de overledene eventueel ontvangen heeft, en over nazorg voor zichzelf.
Ook nabestaanden die geen eigen patiënten van de betreffende huisarts zijn, richten zich soms tot de huisarts van de overledene om informatie in te winnen over de toestand van de patiënt in de periode voorafgaand aan de suïcide. De huisarts zal tegen de achtergrond van de wet- en regelgeving over het beroepsgeheim moeten afwegen welke informatie wel en welke niet gegeven kan worden (zie paragraaf 3 en bijlage 2).

2.1 Taken

Na een suïcide dient de behandelaar per keer af te wegen in hoeverre anderen (huisarts, nabestaanden, medecliënten, ketenpartners) over de suïcide c.q. het overlijden van de patiënt dienen te worden ingelicht. De informatie die daarbij wordt verstrekt, is zo relevant en zo beperkt mogelijk (proportionaliteitsbeginsel), zo veel mogelijk in de geest van de overledene, en bij voorkeur mondeling in een gesprek met de betrokkenen (Gerzon et al., 2007).
De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt (KNMG, 2010). In beginsel wordt alleen informatie gegeven indien de overledene daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven. Aangezien de regel 'na de dood geen inzage' tot situaties kan leiden die, bijvoorbeeld jegens de naasten, als onjuist moeten worden beschouwd, bestaan hierop een aantal uitzonderingen: veronderstelde toestemming van patiënt, een wettelijk voorschrift, en een conflict van

plichten bij de behandelaar wegens zwaarwegende belangen van derden (KNMG, 2010).
Nabestaanden krijgen de gelegenheid hun verzoeken kenbaar te maken. De professional bespreekt met de nabestaanden zijn overwegingen om de gevraagde informatie al dan niet te verstrekken. De professional moet bij zijn afweging om informatie te verstrekken meewegen dat deze informatie van grote betekenis kan zijn voor de verliesverwerking van de nabestaanden. De professional beslist op grond van de specifieke omstandigheden hoe hij hiermee omgaat. De professional moet bij zijn afweging om informatie te verstrekken meewegen dat deze informatie van grote betekenis kan zijn voor de verliesverwerking van de nabestaanden. De juridische overwegingen over het verstrekken van informatie aan nabestaanden zijn nader uitgewerkt in bijlage 5, Gezondheidszorgwetgeving.
Het overzicht van taken van de professional direct na de suïcide is gebaseerd op De Groot en De Keijser, 2010, waarin de stappen onderbouwd en toegelicht worden. De (klinische) context waarin de suïcide plaatsvindt, is bepalend voor de mate waarin de diverse taken van toepassing zijn en hoeveel personen beschikbaar zijn om deze uit te voeren. In veel ggz-instellingen zijn de taken vastgelegd in een suïcideprotocol.

Taken algemeen
De volgende punten zijn in het algemeen van belang.
- Licht onmiddellijk de familie of andere betrokkenen bij de patiënt in en organiseer de opvang (plaats, moment, wie is aanwezig).
- Zorg dat het gesprek met de familie of andere betrokkenen wordt gevoerd door de hoofdbehandelaar, eventueel in aanwezigheid van de geestelijk verzorger van de instelling, en indien mogelijk degenen die kort voor het overlijden nauw bij de patiënt betrokken waren.
- Informeer zo nodig leden van het behandelteam die vrij zijn.
- Zorg voor de opvang van betrokken teamleden. Maak gebruik van eventuele richtlijnen voor opvang van personeel na traumatische gebeurtenissen.
- Informeer de eindverantwoordelijken van de instelling.
- Informeer de huisarts van de patiënt.
- Zorg dat de status, het verpleegkundig dossier en eventueel andere relevante documenten ter beschikking blijven voor de evaluatie en eventuele melding aan de inspectie.
- Overleg met het team en de familie of het mogelijk is de begrafenis of crematie bij te wonen.
- Maak afspraken met het team en de familie hoe verdere nazorg wordt geregeld. Overweeg welke andere betrokkenen (bijvoorbeeld de huisarts) hierbij een rol kunnen hebben.
- Zorg voor uitvoerige rapportage door direct betrokkenen (zelf schrijven, of laten schrijven) (zie verder paragraaf 6).

Taken na opname of ambulante behandeling
De volgende punten zijn van belang als de overledene was opgenomen (of een ambulante groepsbehandeling volgde).

- Zorg voor de veiligheid van medepatiënten (zorg voor voldoende personeel, sluit indien nodig de deur).
- Informeer de medepatiënten. Aandachtspunt hierbij is de timing: zo snel mogelijk maar kies een geschikt moment. Schakel eventueel de geestelijk verzorger in (ook van belang bij ambulante groepsbehandelingen).
- Onderzoek de medepatiënten op de aanwezigheid van suïcidaal gedrag en neem zo nodig maatregelen (ook van belang bij ambulante groepsbehandelingen).
- Organiseer indien noodzakelijk de identificatie van de patiënt. Hierbij kunnen familieleden, andere nabestaanden of leden van het behandelteam worden betrokken.
- Draag zorg voor de verzorging van de overledene als het lichaam is vrijgegeven door justitie. Indien mogelijk en nodig: maak het lichaam toonbaar voor de familie. Schakel eventueel hulp in van medewerkers van het mortuarium.
- Verzamel persoonlijke bezittingen. Registreer waar deze uit bestaan en wat aan de familie is gegeven.

3 Opvang van nabestaanden

Jaarlijks worden in Nederland enkele tienduizenden mensen direct geconfronteerd met de gevolgen van suïcide. Voor al deze mensen geldt in meer of mindere mate dat zij achterblijven met de vraag naar het waarom van de suïcide en wat hun rol daarin geweest is. Wat hen bezighoudt is of ze iets hadden kunnen doen of moeten nalaten waardoor de tragische gebeurtenis niet had hoeven plaatsvinden. Schuld, spijt, taboe, angst, schaamte, het gevoel te hebben gefaald en door de overledene te zijn verlaten zijn kenmerkend voor het nabestaan na een suïcide. Reacties van nabestaanden kunnen sterk uiteenlopen, ook binnen het netwerk van nabestaanden van een en dezelfde overledene (De Groot & De Keijser, 2010).
Een verlies door suïcide veroorzaakt meestal heftige rouwreacties bij nabestaanden. Onzekerheid en zoeken naar antwoorden zijn kenmerkend voor het nabestaan na suïcide; dit zoeken is essentieel voor de verwerking van de suïcide. Dit kan onder meer betekenen dat de familie zo veel mogelijk informatie wil hebben om de suïcide te kunnen begrijpen. Aanbevolen wordt om binnen de grenzen van het beroepsgeheim alle informatie te geven die dit doel kan dienen.

Uit onderzoek blijkt dat veel nabestaanden behoefte hebben aan professionele nazorg; in diverse onderzoeken varieert dit van 26-88% (Jordan, 2001; Jordan & McMenamy, 2004). Desondanks bereikt het merendeel van de nabestaanden uiteindelijk op eigen kracht en met gebruik van steun uit het eigen netwerk weer een balans. Aanbevolen wordt het herstellend vermogen van nabestaanden aan te moedigen, evenals het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk van de nabestaanden.
Onderzoek naar het effect van rouwinterventies laat zien dat preventieve interventies tegen complicaties in het verwerken van een verlies geen risicoverlagend effect hebben. Wanneer er complicaties zijn opgetreden, kunnen rouwinterventies zinvol zijn (Wittouck et al., 2011). De thema's die de verwerking van een suïcide kleuren, hebben mogelijk tot gevolg dat nabestaanden minder snel geneigd zijn om hulp te zoeken of te accepteren. Degene die wel hulp zoeken voelen zich in veel gevallen niet begrepen of gehoord (McMenamy et al., 2008).

Aanbevelingen

- Aanbevolen wordt in de maanden na de suïcide alert te zijn op mogelijke problemen bij de verwerking van het verlies en nabestaanden indien nodig te verwijzen (zie paragraaf 4).
- Aanbevolen wordt om nabestaanden attent te maken op relevante hulpbronnen zoals www.113online.nl; en specifiek voor jongeren: www.survivalkid.nl. Deze websites bieden informatie, literatuuroverzichten, steun en de mogelijkheid contact te hebben met lotgenoten. Lokaal zijn er opvangprogramma's voor nabestaanden beschikbaar.

3.1 Het driefasenmodel voor de opvang

De opvang aan nabestaanden bestaat uit drie onderdelen: informeren, reconstrueren en consolideren. In het besef dat de professionele verantwoordelijkheid bij een suïcide per discipline verschilt worden aanbevelingen gedaan voor de nazorg op de korte, middellange en lange termijn.

Informeren

De eerste fase van de opvang bestaat uit het informeren van de nabestaanden in de eerste uren en/of dagen na de suïcide. Als de cliënt in zorg was op het moment van de suïcide is het gebruikelijk dat de (hoofd-) behandelaar deze verantwoordelijkheid op zich neemt en de familie van de cliënt te woord staat. Dikwijls zijn familieleden al op de hoogte gebracht door de politie of andere hulpverleningsdiensten of heeft een familielid of vriend de cliënt na de suïcide gevonden. Ook in die gevallen neemt de verantwoordelijke behandelaar contact op met de familie. Als de patiënt werd behandeld in een zorginstelling is er na het contact in veel gevallen contact tussen de (hoofd-) behandelaar en de huisarts van de patiënt.

De huisarts kan worden ingeschakeld bij het ondersteunen van de nabestaanden.

Reconstrueren
De tweede fase waarin een reconstructie van gebeurtenissen centraal staat, strekt zich uit vanaf het moment dat de familie wordt ingelicht tot aan de eerste weken na de suïcide. Veel nabestaanden hebben behoefte om te weten wat precies is voorgevallen. Door als professional zelf het initiatief te nemen om samen met de nabestaanden de suïcide na te bespreken, kunnen professionals mogelijk iets van eventueel wantrouwen wegnemen. In het algemeen ondervinden nabestaanden steun aan het reconstrueren van gebeurtenissen die – dikwijls zonder dat zij dit beseffen – gekleurd zijn door een psychiatrisch toestandsbeeld. Ook de algemene vraag naar de achtergronden en het waarom van een suïcide kan hierbij, met de kaders en inzichten uit deze richtlijn als context, en op een neutrale wijze besproken worden. Het kan nabestaanden helpen om betekenis te geven. Het uitgangspunt bij de informatieverstrekking is dat de professional helpt de suïcide voor nabestaanden in een voor de verwerking zuivere context te plaatsen. Hierbij houdt de professional waar nodig rekening met de eisen die de wet stelt aan de bescherming van de privacy van de patiënt. Een reconstructie helpt ook professionals om de suïcide te begrijpen, te verwerken en ervan te leren. Uit de houding van de professional moet blijken dat een reconstructie voor hen zinvol is.

Consolideren
De derde fase van de opvang staat in het teken van consolidatie, waarin nabestaanden verwezen kunnen worden voor verdere hulp of voor een (nagekomen) vraag bij de professional terechtkunnen. Voor een gedetailleerde uitwerking van deze gefaseerde opvang wordt verwezen naar De Groot en De Keijser (2010).

3.2 Kinderen en jongeren na een suïcide

In Nederland verliezen jaarlijks ongeveer 1.600 kinderen een ouder, broer of zus door suïcide, waarvan er circa 350 op dat moment jonger zijn dan 16 jaar (CBS-cijfers over 2007, zie http://statline.cbs.nl). Hoe kinderen en jongeren omgaan met verliezen hangt nauw samen met de ontwikkelingsfase waarin het kind of de jongere zich bevindt en zijn sociale omgeving. Hoe ouder het kind, hoe meer de manier van rouwen lijkt op rouw bij volwassenen (Fiddelaers-Jaspers, 2005). Kinderen en jongeren ontvangen na een suïcide vaak minder steun uit de omgeving dan ouders in het gezin (Dyregrov & Dyregrov, 2005).
Aangezien suïcidaal gedrag meestal samengaat met psychiatrische problematiek, hebben kinderen en jongeren die een gezinslid verliezen door

suïcide, vaak samengeleefd met iemand met psychische problemen. Ze hebben geleerd om te reageren op behoeften van anderen, maar (her-) kennen de eigen behoeften vaak slecht. Professionals, bijvoorbeeld de huisarts, kunnen dergelijke patronen signaleren en bijdragen aan bewustwording (Beardslee et al., 2003).
Het is net als bij volwassenen voor kinderen en jongeren belangrijk te praten over het waarom van de suïcide. Wij bevelen professionals aan om proactief en uitnodigend te zijn. Van belang is te benoemen dat suïcide niet voortkomt uit een incident (waar het kind of de jongere deel van uitmaakte), maar uit een opeenstapeling van gebeurtenissen, meestal in combinatie met een psychiatrische toestand. Dit kan helpen om gevoelens van schuld en afwijzing te verminderen (De Groot & De Keijser, 2010).
Door hun overlevingsmechanismen kunnen kinderen en jongeren anderen op afstand houden. Jongeren kunnen de ander soms met botte opmerkingen, cynisme en terugtrekgedrag op veilige afstand houden. Professionals moeten stevig blijven staan en contact blijven zoeken (Van 't Erve, 2010).
Voor de praktijk hebben Van 't Erve en Fiddelaers-Jaspers werkboeken ontwikkeld voor en met kinderen (*Weg van mij*) en jongeren (*Om alles wat er niet meer is*) die achterblijven na suïcide. Kinderen en jongeren worden aangemoedigd op een actieve manier met het verlies om te gaan. Met elkaar en met volwassenen kunnen ze onderzoeken welke gedachten en gevoelens zij hebben over de suïcide. De volwassene creëert openheid en veiligheid en respecteert de grenzen die het kind aangeeft (Van 't Erve & Fiddelaers-Jaspers, 2009).
Er zijn geen aanwijzingen dat kinderen nadelige gevolgen ondervinden van kennis over de doodsoorzaak en details over de gebruikte methode (Brown et al., 2008).

4 Risicoschatting van problemen in verliesverwerking

Beloop van verliesverwerking
De doodsoorzaak kan het verwerkingsproces compliceren, maar of dit gebeurt, hangt af van de aanwezigheid van kwetsbaarheidsfactoren die in het individu zijn verankerd zoals bijvoorbeeld emotionele instabiliteit. Persoonlijkheidskenmerken zoals veerkracht, oplossingsgerichtheid, de neiging om steun te zoeken en gebruik te maken van positieve herinneringen hebben een risicoverlagend effect (Bonanno et al., 2004). In het begin van het proces van verliesverwerking kunnen de omstandigheden (onverwachtheid, confrontatie met de overledene) bepalend zijn voor de heftigheid van rouwreacties; de mate en het tempo waarin rouwreacties

met het verstrijken van de tijd milder worden hangen af van persoonlijkheidsfactoren (De Groot, 2008).

Kans op problematische verliesverwerking

Onderzoek laat zien dat een op de vijf nabestaanden kort na het verlies zelf suïcidegedachten heeft (McMenamy et al., 2008; Cerel & Campbell, 2008; De Groot et al., 2010; De Groot & Broer, 2011). Er zijn aanwijzingen dat in het lange termijn beloop de aanwezigheid van suïcidegedachten samengaat met een verhoogd risico van psychiatrische (co-) morbiditeit. Andere factoren die samengaan met een verhoogde kans op complicaties zijn:

- eerdere ingrijpende verliezen en meervoudige verliezen;
- somatische (co-) morbiditeit;
- het verlies van een kind, vooral als het een enig kind was;
- gezins- of familieomstandigheden waarin sprake is van conflicten en weinig doelgerichtheid en onderlinge verbondenheid (Kissane et al., 1996);
- weinig sociale steun mede door een maatschappelijk taboe of stigma van suïcide;
- niet erkend zijn als nabestaande (stiefouders, ex-partners, buitenechtelijke relaties) (Stroebe et al., 2008).

Het effect van rouwinterventies

In het algemeen verminderen rouwinterventies alleen het risico van psychiatrische complicaties als dit risico is verhoogd (Currier e.a., 2009). De aanwezigheid van suïcidegedachten is een indicatie voor een verhoogd risico van depressie en gecompliceerde rouw. Aanbevolen wordt om nabestaanden met suïcidegedachten te verwijzen voor een behandeling van suïcidegedachten of mogelijk onderliggende psychiatrische (co-) morbiditeit. Nabestaanden met ernstige schuldgevoelens hebben baat bij cognitieve gedragstherapie (De Groot et al., 2007). Veel nabestaanden maken gebruik van lotgenotencontact, maar het is niet bekend welke effecten dit heeft.

Voor nabestaanden met een verhoogde kans op problemen in de verliesverwerking kunnen instellingen een specifiek hulpaanbod implementeren dat onderdeel is van activiteiten in het kader van suïcidepreventie (zie De Groot & De Keijser, 2010). Om dit te realiseren, is samenwerking in de ketenzorg bij suïcidaal gedrag noodzakelijk (Hermens et al., 2010), zodat kwetsbare nabestaanden worden opgespoord en daadwerkelijk met deze hulp worden bereikt. Huisartsen kunnen hierin een sleutelrol spelen omdat zij vaak goed op de hoogte zijn van de (psychiatrische) voorgeschiedenis van nabestaanden (De Groot & Broer, 2011).

5 De professional als nabestaande

Professionals die met suïcide van een patiënt te maken krijgen, hebben naast een professionele betrokkenheid hun persoonlijke beleving van de gebeurtenissen. Net als familieleden kunnen zij geschokt zijn, schuldgevoelens hebben, en kennen zij boosheid, rouw en twijfels over de juistheid van hun eigen handelen.
Er bestaat relatief weinig onderzoek naar de professional als nabestaande en het beschikbare onderzoek is uitsluitend beschrijvend. Hendin et al. (2004) vonden dat suïcide van een patiënt een grote emotionele impact op psychiaters heeft en het professionele handelen bij suïcidaal gedrag beïnvloedt. Vergelijkbare effecten zijn gevonden voor huisartsen en verpleegkundigen (Halligan & Corcoran, 2001; Valente & Saunders, 2002).
Uit een onderzoek onder Vlaamse assistent-psychiaters bleek de impact van een suïcide het grootst als arts-assistenten het gevoel hadden een goede of juist zeer moeizame relatie met de patiënt te hebben, bij een jonge leeftijd en een hoge intelligentie van de patiënt en als ze zich konden inleven in de familieomstandigheden en de problematiek van de patiënt (Heyn et al., 2004). Daarnaast spelen mogelijk persoonlijkheidsfactoren van de professional, ervaringen met suïcide in de eigen omgeving, opvattingen over suïcide en de mogelijkheden tot preventie van suïcide een rol (Van Heeringen, 2004). De suïcide van een patiënt verhoogt de kans op werkverzuim door ziekte (Kim et al., 2005).
Rinne-Albers et al. (1993) constateerden dat contact met nabestaanden en het bijwonen van de uitvaart de psychiater helpt bij de verwerking van de suïcide. Ook het schrijven van het suïcideverslag wordt als nuttig beleefd voor het verwerken van een suïcide.
In het algemeen wordt de professional na suïcide van een patiënt aangeraden de suïcide in team- en intervisieverband te evalueren. Professionals moeten de gelegenheid hebben in een veilige omgeving met elkaar schuldgevoelens en andere reacties op de suïcide te bespreken. Overwogen kan worden om de huisarts van de patiënt hierbij te betrekken.

6 Melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Bij de reconstructie van de suïcide is het de taak van de betrokken professional of professionals, om aan de hand van zo veel mogelijk beschikbare bronnen na te gaan wat de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling is geweest. Naast de informatie over de directe zorg zijn het contact met de familie of andere betrokkenen, collega's die bij de behandeling betrokken waren, professionals in andere instellingen en het patiëntendossier geschikte bronnen. Een aandachtspunt is te streven naar zo veel mogelijk

objectiviteit, bijvoorbeeld door derden die niet betrokken waren bij de behandeling, bij het interne onderzoek te betrekken. Daardoor kunnen professionals leren van een suïcide.
De behandelaar dient binnen een termijn van uiterlijk zes weken een rapportage op te stellen ten behoeve van het eigen, interne systeem van leren en verbeteren. Binnen dit systeem wordt relevante informatie over de suïcide gedeeld. De te leren lessen over het verder optimaliseren van suïcidepreventie worden hierdoor geborgd. Hiervoor bestaat een handreiking hoe instellingen het proces van meldingen kunnen organiseren (GGZ Nederland, 2011).

Aanbevelingen: verplicht melden
Los van dit interne systeem van melden en leren van suïcide moeten ggz-instellingen suïcides in de volgende gevallen te allen tijde melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ):

- wanneer een Bopz-maatregel van kracht was, zoals een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (ibs);
- wanneer sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiaire inrichting, een forensisch psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinrichting;
- wanneer de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg.

De meldingsplicht geldt ook voor suïcidepogingen met ernstig blijvend letsel. Voor gedetailleerde informatie over de meldingsprocedures zie www.igz.nl.
Bij twijfel over de noodzaak om een specifieke casus te melden kan contact worden opgenomen met de inspecteur.
De Raad van Bestuur van een zorginstelling is het orgaan dat de suïcides meldt bij de IGZ. Binnen de instelling speelt de geneesheer-directeur of eerste geneeskundige een centrale rol, zowel bij de suïcides die intern worden besproken, als bij het opstellen van de rapportage aan de IGZ.

Literatuur

Beardslee, W., Gladstone, T., Wright, E., & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics, 112*, 119-131.

Bonanno, G.A., Wortman, C.B., & Nesse, R.M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging, 19*, 260-271.

Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: A systematic review of inpatient suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 315-328.

Brown, E., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Thiel De Bocanegra, H., Zatta, E., et al. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies, 32*, 899-923.

Cerel, J., & Campbell, F. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 30-34.

Currier, J., Neimeyer, R., & Berman, J. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin, 134*, 648-661.

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide: The forgotten bereaved. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 35*, 714-724.

Erve, M. van 't. (2010). Jong geconfronteerd met zelfdoding. *Maandblad voor de geestelijke volksgezondheid, 10*, 524-530.

Erve, M. van 't, & Fiddelaers-Jaspers, R. (2009). Jij slaat af, ik ga verder: Jong zijn en achterblijven na een zelfdoding. *Pedagogiek in praktijk, 4*, 26-29.

Fiddelaers-Jaspers, R. (2005). *Jong verlies: Rouwende kinderen serieus nemen*. Kampen: Ten Have.

Gerzon, R.P., Dijk, K. van, Frederiks, B.J.M., et al. (2007). *Vraagbaak psychiatrie en recht*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

GGZ Nederland. (2011). *Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel*. Amersfoort: GGZ Nederland. Raadpleegbaar via: http://www.ggznederland.nl/kwaliteit-van-zorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf.

Groot, M. de, & Keijser, J. de. (2010). De opvang van nabestaanden na een suïcide. In A. Kerkhof, & B. van Luyn (Eds.), *Suïcidepreventie in de praktijk*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.

Groot, M. de, & Broer, J. (2011). De toeleiding van nabestaanden van personen overleden door suïcide naar familiegerichte nazorg: Een quasi-experimentele studie in Noord-Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 6*, 237-245.

Groot, M. de, Neeleman, J., Meer, K. van der & Burger, H. (2010). The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims The mediating role of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*, 425-437.

Groot, M. de. (2008). *Bereaved by suicide: Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses*. Dissertation, University of Groningen.

Groot M. de, Keijser, J. de, Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal, 334*, 994-996.

Groot M. de, Meer K. van der, & Burger, H. (2009). A survey of Dutch general practitioners' attitudes towards help seeking of suicide bereaved relatives. *Family Practice, 26*, 372-375.

Halligan, P., & Corcoran, P. (2001). The impact of patient suicide on rural general practitioners. *British Journal of General Practice, 51*, 295-296.

Heeringen, C. van. (2004). Leren van een suïcide. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 46*, 619-620.

Hendin, H., Haas, A.P., Maltsberger, J.T., Szanto, K., & Rabinowicz H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1442-1446.

Hermens, M., Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaal gedrag: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Heyn, E., Pieters G., Joos, S., & Gucht, V. de (2004). Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 46*, 579-587.

Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*, 91-102.

Jordan, J.R., & McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*, 337-349.

Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A.D., et al. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1017-1019.

Kissane, D.W., Bloch, S., Onghena, P., McKenzie, D.P., Snyder, R.D., &Dowe, D.L. (1996). The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *American Journal of Psychiatry,* 153, 659-666.

KNMG. (2010). *Richtlijn omgaan met medische gegevens.* Utrecht: KNMG.

Marquet, R., Bartelds, A., Kerkhof, A., Schellevis, F.G., & van der Zee, J. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice, 6*, 45.

McMenamy, J., Jordan, J., & Mitchell, A. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 375-389.

Rinne-Albers, M.A.W., Keemink, P.J., Hermans, P.J., et al. (1993). De reactie van Nederlandse behandelaars op de suïcide van een patiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 35*, 484-489.

Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Schut, H., et al. (2008). *Handbook of bereavement research and practice.* Washington, DC: American Psychological Association.

Valente, S.M., & Saunders, J.M. (2002). Nurses' grief reactions to a patient's suicide. *Perspectives in Psychiatric Care, 38*, 5-14.

Wittouck, C., Autreves, S. van, Jeagere, E. de, Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 69-7.

Bijlagen

Bijlage 1
Samenstelling werk- en klankbordgroep en focusgroepen

Werkgroep

- Dr. C. van Boven, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Dr. M.H. de Groot, onafhankelijk deskundige.
- Prof. dr. A.M. van Hemert, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Prof. dr. J.W. Hummelen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Dr. J. de Keijser, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Prof. dr. A.J.F.M. Kerhof, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Dr. P.L.B.J. Lucassen, Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Drs. J.W. Meerdinkveldboom, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Drs. B. Stringer, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- Drs. M. Steendam, Nederlands Instituut van Psychologen.
- Drs. A.A. Verlinde, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Dr. B. Verwey, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Klankbordgroep

De klankbordgroep was samengesteld uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties.

- Geneesheren-directeuren in de ggz.
- Ivonne van de Ven stichting.
- Landelijk platform GGZ.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).
- Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV).
- Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (NVVE).
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP).
- Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende hulp Artsen (NVSHA).
- Stichting Ex6.
- Stichting 113online.

- Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ).
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Focusgroepen
Als onderdeel van de klankbordgroep fungeerden twee focusgroepen: de focusgroep verpleegkundigen en de focusgroep patiëntenparticipatie.

Auteurs van bijlage 5, Gezondheidszorgwetgeving

De bijlage over gezondheidszorgwetgeving is geschreven door de volgende auteurs.
- Dr. C.M.T. Gijsbers van Wijk.
- Dr. A.J.K. Hondius.
- Drs. A.J.M.P. Rutgers.

Bijlage 2
Overzicht van de aanbevelingen

In deze bijlage zijn de onderwerpen en aanbevelingen uit de hoofdstukken 3 tot en met 10 van de richtlijn weergegeven. Daarbij is de paragraafindeling van de richtlijn aangehouden.

Hoofdstuk 3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling

2 Contact maken

2.1 Bepalende factoren bij contact

- Het is aan te bevelen dat de professional de mate van cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt vaststelt.
- Indien het cognitief disfunctioneren en de emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt het contact te zeer belemmeren moet de professional maatregelen nemen waardoor een zo veilig mogelijke situatie wordt gecreëerd.
- Het is sterk aan te bevelen dat professionals die betrokken zijn bij diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag zich scholen in de specifieke kennis en vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Deze kennis en vaardigheden dienen regelmatig door scholing te worden geactualiseerd.
- Het is sterk aan te bevelen dat professionals die met suïcidale patiënten werken daarover supervisie krijgen of deelnemen aan een intervisiegroep.

2.2 Benadering door afdelingsverpleegkundigen

- Het is aan te bevelen om op een opnameafdeling contact met de suïcidale patiënt niet alleen aan te gaan vanuit een observerende attitude, maar ook vanuit een houding van engagement. Het aanwezig zijn, valideren van de wanhoop en het bieden van hoop zijn hierbij belangrijker dan (te snel) zoeken naar oplossingen. Daarbij mag het belang van voldoende toezicht en waakzaamheid niet uit het oog worden verloren.

3 Zorg voor veiligheid

3.1 Maatregelen

- Het is sterk aan te bevelen dat de professional bij suïcidaal gedrag informeert of er in de directe omgeving middelen zijn waarmee de patiënt zichzelf kan beschadigen en dat de professional de toegang tot deze middelen zo mogelijk belemmert.
- Het is vereist dat professionals die met suïcidale patiënten te maken krijgen in noodsituaties kunnen rekenen op bijstand van politie en beveiligingspersoneel; daartoe dienen instellingen zoals psychiatrische en algemene ziekenhuizen en crisisdiensten afspraken te maken met deze diensten.
- Het is sterk aan te bevelen dat professionals in nood of urgente situaties het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens et al., 2010) volgen. Dat wil zeggen dat bij noodsituaties 112 gebeld wordt en bij urgente situaties de huisarts, die op zijn beurt beoordeelt of de crisisdienst moet worden ingeschakeld.
- Het is vereist dat er op een spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis mogelijkheden aanwezig zijn om toezicht te houden op een suïcidale patiënt.
- Het is vereist dat de professional, als de veiligheid van de patiënt in het geding is, kiest voor een behandelsetting met mogelijkheden om deze veiligheid te bieden.
- Het is vereist dat toepassing van dwang in een ggz-instelling plaatsvindt binnen de kaders van de Wet Bopz.
- Het is sterk aan te bevelen in situaties waarbij de veiligheid van een patiënt met suïcidaal gedrag geen uitstel duldt, te handelen volgens het principe van *safety first*; de professional dient zich in dergelijke gevallen niet te laten belemmeren door administratieve overwegingen.
- Het is sterk aan te bevelen aandacht te schenken aan de werkrelatie met de patiënt tijdens en na de toepassing van dwangmaatregelen.
- Het is sterk aan te bevelen bij verplaatsing van een suïcidale patiënt de veiligheid zo veel mogelijk te garanderen. Bestaat er twijfel over de mate waarin de patiënt zich in de hand heeft dan mag deze niet zonder begeleiding reizen en zijn maatregelen nodig om de veiligheid te waarborgen.

3.2 Verpleegkundigen

- Het is vereist verpleegkundigen te betrekken bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van beleid voor de toepassing van intensieve observatie en restrictieve maatregelen.
- Het is aan te bevelen om SEH-verpleegkundigen gericht te scholen in het omgaan met suïcidaal gedrag.

4 Omgaan met naasten

4.1 Professional en naasten

- Het is sterk aan te bevelen om naasten van suïcidale patiënten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van suïcidale patiënten voor zover dat binnen de grenzen van het beroepsgeheim te verantwoorden is.
- Het is aan te bevelen de patiënt eerst alleen te spreken om vertrouwelijke zaken te kunnen bespreken.
- Het is aan te bevelen om naasten te informeren en steun te bieden.

5 Continuïteit van zorg

5.1 Continuïteit bevorderen

- Het is sterk aan te bevelen het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010) in elke regio te implementeren, waarbij aandacht wordt besteed aan de samenwerking bij suïcidaal gedrag binnen en tussen alle disciplines die bij de diagnostiek en de behandeling betrokken zijn.

Hoofdstuk 4 Het diagnostische proces

1 Inleiding

2 Specifieke personen en situaties

2.1 Directe suïcidale uitingen

- Het is vereist om bij suïcidale uitlatingen oriënterend onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag. Afhankelijk van de eerste inschatting van de ernst van de uitlatingen, intentie en plannen moet nader onderzoek worden gedaan door een professional met psychiatrische expertise.
- Het is vereist om bij suïcidepogingen onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag door een professional met psychiatrische expertise (zie bijlage 4, Onderzoek en indicatiestelling).

2.2 Risicofactoren en risicosituaties

- Het is aan te bevelen om, geïntegreerd in het behandelcontact, actief onderzoek te doen naar suïcidegedachten bij een psychiatrische intake of crisissituatie (vooral bij depressieve stoornissen, maar ook bij andere aandoeningen), bij uitingen van wanhoop, bij belangrijke verlieservaringen (inclusief verlies van gezondheid), bij transitiemomenten in een lopende behandeling, bij onverwachte veranderingen in het klinische beeld van

een psychiatrische aandoening en bij gebrek aan verbetering of bij verslechtering van een psychiatrische aandoening.

3 Vragen naar suïcidaal gedrag

- Het is aan te bevelen om bij het navragen van suïcidaal gedrag gebruik te maken van een systematische interviewmethode.

4 Vragenlijsten en observatie-instrumenten

- Het gebruik van meetinstrumenten als enige vorm van informatieverzameling voor de diagnostiek van suïcidaal gedrag ter vervanging van het klinische oordeel wordt door de werkgroep niet aanbevolen. De functie van dergelijke lijsten voor de klinische praktijk is dat zij eventueel dienst kunnen doen als geheugensteun.

5 Aspecifieke observeerbare factoren

- Het is aan te bevelen om zogeheten niet-pluisgevoelens serieus te nemen en te bespreken met collega's en met de patiënt.

6 Risico op uitlokken suïcidaal gedrag

- Het is aan te bevelen om naar suïcidaal gedrag te vragen als daar aanleiding voor is. Patiënten waarderen daarbij een betrokken en deskundige houding van de professional. Het kan nodig zijn de gesprekstechniek af te stemmen op specifieke gevoeligheden van de patiënt wanneer deze uit het gesprek blijken.

7 Herhaalfrequentie

- Het is aan te bevelen om onderzoek naar suïcidaal op geregelde momenten te herhalen. Formele momenten om het onderzoek te herhalen zijn kritische momenten in de behandeling, crisissituaties, en onverwachte veranderingen in het klinische beeld.
- Het is aan te bevelen om met patiënten met suïcidaal gedrag die niet zijn opgenomen, vervolgafspraken te maken teneinde de ontwikkeling in het suïcidale gedrag te kunnen beoordelen.

8 Intoxicatie als belemmering

- Het is aan te bevelen om het onderzoek van suïcidaal gedrag bij geïntoxiceerde patiënten uit te stellen tot zij goed aanspreekbaar zijn. De veiligheid van de patient mag daarbij niet uit het oog worden verloren. Ook dan is het van belang om het onderzoek op een later tijdstip nog eens te herhalen.
- Het is aan te bevelen om behandelafspraken voor geïntoxiceerde patiënten voor de patiënt op schrift te stellen, ook al lijkt het bewustzijn helder.

Hoofdstuk 5 Stress- en kwetsbaarheidsfactoren

2 Kwetsbaarheidsfactoren

2.1 Biologische factoren

- Het is aan te bevelen om onderzoek naar een familiaire belasting niet selectief te richten op de eventuele genetische belasting, maar vooral op de actuele stressfactoren die het suïcidale gedrag direct beïnvloeden.
- Er zijn (nog) geen eenduidige aanwijzingen op basis waarvan biologische markers gebruikt kunnen worden in de klinische praktijk. Het gebruik van biologische markers wordt voor de klinische praktijk niet aanbevolen.

2.2 Persoonskenmerken

- Het is aan te bevelen om suïcidepogingen, vooral bij mannen boven 45 jaar, op te vatten als een belangrijke risico-indicator voor sterfte door suïcide.
- In het algemeen wordt aanbevolen om bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag aan te sluiten bij leeftijdsspecifieke thema's.
- NB Specifieke thema's over jongeren en ouderen worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 6, paragraaf 3 en 4.
- Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren in welke mate de patiënt beschikt over probleemoplossingvaardigheden.
- Bij persoonlijkheidsonderzoek in het kader van suïcidaal gedrag is het aan te bevelen in het bijzonder te letten op de mate van neuroticisme.
- Het is aan te bevelen om de seksuele geaardheid van de patiënt te betrekken in het onderzoek naar suïcidaal gedrag.

2.3 Levensovertuiging

- Het is aan te bevelen om bij het onderzoek van religie als beschermende factor voor suïcidaal gedrag de mate van actieve betrokkenheid specifiek na te vragen.

2.4 Maatschappelijke factoren en het steunsysteem

- Het is aan te bevelen maatschappelijke en steunfactoren die samenhangen met suïcidaal gedrag, zoals werkloosheid, lage sociaaleconomische status, de status van alleenstaande, en beroepsrisico's van groepen die beschikken over letale middelen, in het onderzoek te betrekken.

3 Stressoren

3.1 Psychiatrische aandoeningen

- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van symptomen van een psychiatrische aandoening en/of een persoonlijkheidsstoornis.
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van suïcidaal gedrag.
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag en een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis na te gaan of sprake is van comorbide depressie of een stoornis in het gebruik van middelen, en psychologische dimensies als impulsiviteit, wanhoop en angst.
- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis die zijn opgenomen, vlak voor het ontslag navraag te doen naar de aanwezigheid van suïcidegedachten, ook als hun toestand verbeterd lijkt.
- Tevens is het sterk aan te bevelen voor dergelijke patiënten, voor zij met ontslag gaan aansluitende nazorg tot stand te brengen en om het eerste contact kort na ontslag te laten plaatsvinden.

3.2 Psychologische factoren

- Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren of de patiënt zich wanhopig voelt, geen toekomstplannen heeft, in sterke mate negatieve gedachten heeft over zichzelf of dwangmatige gedachten heeft over suïcide. Ook is het aan te bevelen na te gaan of er sprake is van agressie en/ of impulsiviteit.

3.3 Negatieve ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen

- In het onderzoek naar suïcidaal gedrag dient de professional oog te hebben voor recente verliezen en ingrijpende gebeurtenissen.
- Het is aan te bevelen verlieservaringen en ingrijpende gebeurtenissen in samenhang met andere risicofactoren te onderzoeken, vooral in samenhang met psychiatrische aandoeningen. Verlieservaringen kunnen bestaande psychiatrische problemen ernstiger maken, of psychiatrische problemen oproepen.

4 Structuurdiagnose, prognose en behandelplan

4.1 Risicoweging

- Het is aan te bevelen om op basis van de beschikbare informatie te komen tot een diagnostische formulering waarin de aard en ernst van de suïcidale toestand wordt beschreven in samenhang met psychiatrische aandoeningen, relevante risico- en beschermende factoren en de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn of haar belangen te overzien en te waarderen. Het is in dit verband eveneens aan te bevelen heteroanamnestisch onderzoek te doen.
- Psychiatrische stoornissen, vooral depressieve stoornissen, verdienen specifieke aandacht. Kennis van risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag kan nuttig zijn bij het onderzoek van suïcidaal gedrag en licht werpen op de herkomst, de ernst en behandelmogelijkheden. In het zakelijk afvinken van risicofactoren ziet de werkgroep geen meerwaarde. De diagnostische formulering mondt uit in een individuele inschatting van de prognose en een (voorlopig) behandelplan. Interventies worden afgestemd op het veiligheids- en behandelbeleid. De naastbetrokkenen van de patiënt worden bij de afstemming en uitvoering van dit beleid waar mogelijk betrokken.
- De professional wordt aanbevolen bij de indicatiestelling rekening te houden met opvattingen en voorkeuren van de patiënt over de aard en de intensiteit van noodzakelijke professionele hulp, de benutting van beschermende factoren, en het verminderen van de invloed van relevante risicofactoren.
- De professional wordt aanbevolen de indicatiestelling en het behandelbeleid regelmatig te toetsen aan de hand van het effect ervan op het suïcidale gedrag, de tevredenheid van de patiënt en diens naasten en de mate waarin de situatie voor de patiënt veilig is.

Hoofdstuk 6 Diagnostiek bij specifieke groepen

3 Jongeren

- Bij jongere kinderen en adolescenten is het vereist en bij oudere adolescenten is het sterk aan te bevelen om bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag de ouders te betrekken, ook als de jongere zegt dat hij dit niet wil of niet nodig vindt.

3.1 Kwetsbaarheidsfactoren bij jongeren

- Het onderzoek naar kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide is bij jongeren niet anders dan bij volwassenen (zie hoofdstuk 5, paragraaf 2).

3.2 Stressoren bij jongeren

- Het onderzoek naar stressoren in relatie tot suïcidaal gedrag bij jongeren is niet anders dan bij volwassenen (zie hoofdstuk 5, paragraaf 3).
- Het is van belang is om het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij een jongere af te stemmen op diens ontwikkelingsfase. Daarom is het aan te bevelen dat dit onderzoek wordt verricht door een professional met kennis van en ervaring met deze leeftijdsgroep.
- Contact maken met een suïcidale jongere is evenals bij een volwassene van groot belang voor het onderzoek: vooral vanwege mogelijke aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. Daarom is het aan te bevelen dat dit onderzoek wordt gedaan door een professional met kennis en ervaring op dit terrein.

4 Ouderen

4.1 Kwetsbaarheidsfactoren bij ouderen

- Het is aan te bevelen om iedere suïcidepoging bij een oudere op te vatten als een indicatie voor een naderende suïcide.
- Het is aan te bevelen om de biografie en de sociale situatie te betrekken bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij ouderen.

4.2 Stressoren bij ouderen

- Het is aan te bevelen om alle verliezen waarmee ouderen te maken krijgen, op te vatten als mogelijke stressoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan van suïcidaal gedrag. De professional moet zich daarbij realiseren dat meestal meerdere verliezen een rol spelen.
- Het is aan te bevelen om alert te zijn op depressie, middelenmisbruik en somatische problemen zoals pijn, omdat deze bij ouderen gelden als risicofactoren voor het ontstaan van suïcidaal gedrag.
- Het wordt aanbevolen ouderen bij wie diverse risicoverhogende factoren voor suïcidaal gedrag aanwezig zijn, minimaal eenmaal per jaar te screenen op de aanwezigheid van doodsgedachten.

4.3 Het diagnostische proces bij ouderen

- Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag is een multifactoriële benadering het meest passend. Leeftijd, geslacht, de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, middelengebruik, wanhoop, eenzaamheid, fysiek welbevinden, levensgebeurtenissen en zingeving zijn factoren die van belang zijn.
- Juist bij ouderen dient de professional bij het onderzoek zich bewust te zijn van zijn eigen visie en houding tegenover doodswensen en suïcidaal gedrag van ouderen.

- Men dient alert te zijn op onderrapportage van de oudere en onderdiagnostiek van de hulpverlener.

5 Immigranten

- Op basis van de beschikbare evidentie zijn er onvoldoende gronden om algemene aanbevelingen te doen voor onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten. Het contact leggen en het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten vraagt om een cultuursensitieve benadering.
- Het is aan te bevelen om bij jonge Turkse en Surinaamse vrouwen (15-24 jaar) die een suïcidepoging doen, aandacht te besteden aan de relatie met de ouders en beperkingen die zijn opgelegd vanwege opvattingen over eer en maagdelijkheid en over de positie van meisjes en vrouwen.

6 Herhaald suïcidaal gedrag

- Aanbevolen wordt bij het inschatten van de kans op herhaling van suïcidaal gedrag te onderzoeken of de patiënt eerder een suïcidepoging heeft gedaan, ooit in psychiatrische behandeling was of op het moment van de poging is, en of bij de suïcidepoging bezodiazepinen werden gebruikt.
- Aanbevolen wordt bij patiënten met (herhaald) suïcidaal gedrag te onderzoeken of er sprake is van behandelbare psychiatrische (co-) morbiditeit. Tevens dient te worden nagegaan wat de aanleiding was tot de huidige suïcidepoging, wat in het verleden aanleidingen waren tot het doen van een suïcidepoging en waar de patiënt in de huidige situatie behoefte aan heeft.
- Bij patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan door snijden, of door een combinatie van methoden, dient sterker rekening te worden gehouden met de kans op herhaling op korte termijn dan bij patiënten die een poging hebben gedaan door een overdosis medicatie.
- Het is aan te bevelen bij chronische suïcidale patiënten in situaties waarin sprake is van veranderingen in het gedrag (bijvoorbeeld toename van psychiatrische (co-) morbiditeit), bij problemen in de relatie met de behandelaar, een reëel of dreigend verlies, actualisering van een trauma, of ernstige krenking, zorgvuldig te onderzoeken of sprake is van verergering van het suïcidale gedrag.
- Gebeurtenissen die aanleiding hebben gegegeven tot de suïcidepoging, dienen zorgvuldig te worden gerapporteerd, zodat van deze kennis gebruik kan worden gemaakt in de diagnostische fase wanneer de patiënt eventueel opnieuw een suïcidepoging doet.

Hoofdstuk 7 Eerste interventies

2 Somatische, psychiatrische en psychosociale interventies

- Het is vereist een somatisch arts in te schakelen wanneer bij een suïcidale patiënt aanwijzingen bestaan voor een somatische aandoening. Het is vereist om een professional met gespecialiseerde kennis van suïcidaal gedrag in te schakelen bij iedere patiënt die een suïcidepoging of serieuze suïcidale uitspraken heeft gedaan, of die ander gedrag vertoont dat een serieus risico van suïcide kan doen vermoeden.
- Het is aan te bevelen om eerste interventies te richten op beïnvloeding van het suïcidale gedrag en de directe aanleidingen daarvan. Daarbij behoren het bevorderen van de veiligheid van de patiënt, het bevorderen van een werkrelatie, behandelen van psychiatrische ontregelingen, het vaststellen van de juiste plaats van behandeling en bevorderen van de continuïteit van behandeling, en voor zover mogelijk het betrekken van naasten bij dit proces.
- Het is sterk aan te bevelen om aan patiënten waarbij er een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis is, psycho-educatie te geven over de stoornis, het suïcidale gedrag dat daarmee in verband staat, en de risicofactoren en beschermende factoren die medebepalend zijn. Het is sterk aan te bevelen indien mogelijk daarbij naasten te betrekken.
- Het is aan te bevelen met patiënt met suïcidaal gedrag een werkhypothese op te stellen om te komen tot behandeling van beïnvloedbare factoren teneinde suïcidaal gedrag te verminderen of te hanteren. Daarbij is het vereist vast te stellen of actuele psychiatrische verschijnselen en directe aanleidingen, meestal psychosociale stressoren, beïnvloedbaar zijn.
- Het is sterk aan te bevelen patiënten na een suïcidepoging door een psychiater te laten beoordelen. Daarbij zal verwijzing voor specialistische behandeling moeten worden overwogen.

3 WGBO en Wet Bopz

WGBO Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wet Bopz Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

- Het is vereist indien somatische behandeling nodig is teneinde ernstig nadeel af te wenden maar de patiënt dit weigert of zich verzet, de beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake door een arts te laten plaatsvinden.
- Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag wilsonbekwaam is maar behandeling weigert of zich hiertegen verzet, de arts handelt volgens de WGBO als 'goed hulpverlener' om nadeel voor de patiënt te voorkomen. Tegelijkertijd is aan te bevelen dat de professional zoekt naar alternatieven, probeert de patiënt te overtuigen en blijft streven naar consensus.

- Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag behandeling weigert of zich hiertegen verzet, een arts of psychiater beoordeelt of dwangopname volgens de Wet Bopz nodig is om gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis af te wenden.
- Het is vereist om somatische behandeling ter voorkoming van ernstige lichamelijke schade voorrang te geven.

4 Therapietrouw

- Het is sterk aan te bevelen na een suïcidepoging onmiddellijk aansluitende zorg te regelen en strategieën toe te passen die de therapietrouw kunnen verhogen, zoals telefonische follow-up, het sturen van een kaartje, of een huisbezoek.

5 Non-suïcidecontract

- Het is sterk af te raden gebruik te maken van een non-suïcidecontract in acute situaties of bij onbekende patiënten. In langer durende therapeutische relaties is het soms te overwegen om mondelinge afspraken te hanteren als middel om suïcidaal gedrag bespreekbaar te maken.

6 Signalerings- of veiligheidsplan

- Het is aan te bevelen om bij regelmatig terugkerend suïcidaal gedrag een veiligheidsplan, een signaleringsplan en/of een crisisresponskaart op te stellen voor het omgaan met toekomstig suïcidaal gedrag.
- Het is sterk aan te bevelen de inhoud en het effect van een signaleringsplan of crisisresponskaart regelmatig, in ieder geval na elke suïcidale crisis, te evalueren.
- Het is aan te bevelen om verpleegkundigen bij het opstellen en evalueren van signaleringsplannen en crisisresponskaarten een belangrijke rol te laten spelen.
- Het is sterk aan te bevelen op een SEH of andere acute setting patiënten en hun naasten zowel mondeling als schriftelijk te informeren over het mogelijk terugkerende karakter van suïcidaal gedrag en de stappen die dan gezet kunnen worden, vooral over hoe en waar professionele hulp ingeschakeld kan worden.

Hoofdstuk 8 Behandeling op langere termijn

2 Medicamenteuze en biologische interventies

2.1 Antidepressiva
2.2 Anxiolytica
2.3 Elektroconvulsietherapie (ECT)

- Het is sterk aan te bevelen patiënten met suïcidaal gedrag en een matige tot ernstige depressie met antidepressiva te behandelen.
- Het is sterk aan te bevelen antidepressieve medicatie voor korte perioden en in kleine hoeveelheden per recept voor te schrijven.
- Het is aan te bevelen suïcidale depressieve patiënten steeds opnieuw te zien met korte tussenpozen.
- Het is te overwegen bij de medicamenteuze behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-MAO-remmers, vanwege de toxiciteit bij een overdosis.
- Het is sterk aan te bevelen bij een suïcidale patiënt die qua stemming goed lijkt te reageren op antidepressiva, in het bijzonder na te gaan of ook het suïcidale gedrag afneemt.
- Het is sterk aan te bevelen bij het begin van een behandeling met antidepressieve medicatie attent te zijn op de mogelijkheid van plotselinge toename van suïcidaal gedrag.
- Het is te overwegen suïcidale patiënten die ook geagiteerd of angstig zijn of lijden aan slapeloosheid, te behandelen met anxiolytica of antipsychotica.
- Het is te overwegen bij acuut optredend ernstig suïcidaal gedrag bij patiënten met een depressie ECT toe te passen.
- Het is aan te bevelen bij patiënten, adequaat behandeld met antidepressiva, ook na beëindiging van een opname of bij een overgang van klinische naar ambulante behandeling alert te zijn op terugval in suïcidaal gedrag.

2.4 Antipsychotica, psychotherapie en psychotische stoornissen

- Het is te overwegen patiënten met psychotische stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met clozapine.

2.5 Lithium

- Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met bipolaire stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met lithium en bij eventueel staken van de behandeling patiënten te informeren over het (her-) optreden van suïcidaal gedrag en hen daarna intensief te volgen.

3 Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie

- Het is te overwegen bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag een probleemoplossingsgerichte of cognitieve therapie gericht op de suïcidaliteit aan te bieden.

4 Stress-kwetsbaarheidsfactoren

4.1 Behandeling bij depressie

- Het is aan te bevelen psychotherapeutische en farmacologische behandelvormen voor depressie toe te passen in de behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten.
- Voor de behandeling van wanhoop bij suïcidale depressieve patiënten kan de toepassing van cognitieve gedragstherapie worden overwogen.
- Het is aan te bevelen in de behandeling van depressieve patiënten met suïcidaal gedrag, naast de depressie ook het suïcidale gedrag als focus van de behandeling te nemen.
- Het is aan te bevelen na een behandeling voor een depressie na te gaan of er nog suïcidegedachten aanwezig zijn.

4.2 Behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen

- Bij de behandeling van patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen dialectische gedragstherapie (DGT) aan te bieden als behandeling om suïcidaal gedrag en lichamelijk letsel terug te dringen en het ggz-zorggebruik te verminderen.
- Het is te overwegen om aan patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis cognitieve gedragstherapie aan te bieden ter vermindering van het suïcidale gedrag.
- Bij de behandeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen een van de volgende therapievormen aan te bieden: mentalization-based therapie, schema-focused therapie, transference-focused therapie, en interpersoonlijke psychodynamische therapie.

4.3 Overige veelvoorkomende stress-kwetsbaarheidsfactoren

- Aanbevolen wordt bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag aandacht te hebben voor:
  - gevoelens van wanhoop;
  - gebruik van alcohol en andere psychotrope stoffen;
  - ervaringen met seksueel misbruik en geweld;
  - dwangmatige preoccupatie met suïcide;
  - slapeloosheid;
  - de fysieke conditie als gevolg van lichamelijke ziekten;
  - suïcide en/of suïcidaal gedrag in de familie van de patiënt;

- negatieve ervaringen met hulpverlening in verband met suïcidaal gedrag;
- gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat;
- ingrijpende gebeurtenissen en/of veranderingen in de omgeving en in het sociale netwerk van de patiënt.

5 Verpleegkundige interventies en methodieken

- Het is sterk aan te bevelen dat verpleegkundigen scholingsprogramma's voor het omgaan met suïcidaal gedrag volgen. Dat geldt overigens ook voor de andere doelgroepen van deze richtlijn: psychiaters, artsen, psychologen en psychotherapeuten.
- Eveneens is sterk aan te bevelen dat professionals die regelmatig werken met patiënten met suïcidaal gedrag, super- en intervisie volgen.
- Aanbevolen wordt om in de langdurende zorg bij patiënten met suïcidaal gedrag expliciet aandacht te besteden aan het bieden van hoop, door realistische toekomstperspectieven te bespreken, en door het opdoen van positieve ervaringen.
- Verpleegkundigen in de langdurende zorg wordt aanbevolen met patiënten met suïcidaal gedrag met regelmaat de volgende thema's te bespreken: kwaliteit van leven; wat maakt het leven de moeite waard; wat is in het leven belastend en draagt mogelijk bij aan suïcidaal gedrag; suïcidale gedachten, intenties, gedragingen en plannen; de neigingen om zichzelf iets aan te doen. Deze punten moeten worden besproken bij evaluaties van het behandelplan.

6 Chronisch suïcidaal gedrag

- Neem chronisch suïcidaal gedrag permanent serieus, maar wees terughoudend in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties.
- Zoek naar de bron en het voortduren van de psychische nood, in een langdurend engagement met de patiënt.
- Voorkom zelf het slachtoffer te worden van de suïcidale dreiging van de patiënt; blijf streven naar verandering en spreek de patiënt aan op en naar zijn autonome vermogen.
- Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht: vooral onmacht en agressie; maak regelmatig gebruik van inter- of supervisie.
- Blijf waakzaam op acute fasen in het chronische suïcidale gedrag en overweeg in geval van 'acuut op chronisch risico' zorgintensivering.
- Verzeker je van steun op elk niveau van de organisatie bij ernstige dreiging met suïcide en homicide.

Hoofdstuk 9 Behandeling van specifieke groepen

2 Jongeren

- Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van adolescenten met suïcidaal gedrag zo snel mogelijk en zo intensief als haalbaar is, de ouders en/of opvoeders te betrekken. De hulp aan de adolescent wordt aanzienlijk beter als gebruik wordt gemaakt van de informatie waarover de ouders en/of opvoeders beschikken, van hun betrokkenheid en zorg en van hun verantwoordelijkheid en gezag.
- Het is sterk aan te bevelen bij het beoordelen van de veiligheidaspecten niet slechts de toestand van de adolescent te beoordelen, maar ook de draagkracht van de ouders en/of opvoeders en hun vermogens om binnen de thuissituatie de veiligheid te organiseren en garanderen.

3 Ouderen

- Het is sterk aan te bevelen bij acuut suïcidaal gedrag of bij een eerste contact over suïcidaal gedrag of doodswensen bij ouderen, onmiddellijk de continuïteit van aansluitende zorg te waarborgen.
- Het verdient aanbeveling om slaapstoornissen bij ouderen met suïcidaal gedrag zo spoedig mogelijk te behandelen. Bij ouderen worden benzodiazepinen ontraden en geadviseerd andere lange- en kortetermijninterventies te hanteren, zoals slaapadviezen, gedragsmatige behandeling en andere sederende medicatie.
- Het is aan te bevelen om bij ouderen bij de behandeling van een depressie met suïcidaal gedrag SSRI's als medicatie te overwegen.
- Het is aan te bevelen om psychotherapeutische behandelvormen te overwegen bij depressies met suïcidaal gedrag bij ouderen.
- Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van ouderen met suïcidaal gedrag ook te streven naar verbetering van het fysieke welbevinden.
- Het verdient aanbeveling om indien mogelijk de naasten van ouderen te ondersteunen en in het behandelplan te betrekken.
- Het wordt aangeraden om iedere oudere met suïcidaal gedrag een geïntegreerde behandeling op maat te bieden. Samenwerking tussen verschillende disciplines en de eerste- en tweedelijnszorg is hierbij een voorwaarde.

Hoofdstuk 10 Professioneel handelen na een suïcide

2 Direct na een suïcide

2.1 Taken

Taken algemeen

- Licht onmiddellijk de familie of andere betrokkenen bij de patiënt in en organiseer de opvang (plaats, moment, wie is aanwezig).
- Zorg dat het gesprek met de familie of andere betrokkenen wordt gevoerd door de hoofdbehandelaar, eventueel in aanwezigheid van de geestelijk verzorger van de instelling, en indien mogelijk degenen die kort voor het overlijden nauw bij de patiënt betrokken waren.
- Informeer zo nodig leden van het behandelteam die vrij zijn.
- Zorg voor de opvang van betrokken teamleden. Maak gebruik van eventuele richtlijnen voor opvang van personeel na traumatische gebeurtenissen.
- Informeer de eindverantwoordelijken van de instelling.
- Informeer de huisarts van de patiënt.
- Zorg dat de status, het verpleegkundig dossier en eventueel andere relevante documenten ter beschikking blijven voor de evaluatie en eventuele melding aan de inspectie.
- Overleg met het team en de familie of het mogelijk is de begrafenis of crematie bij te wonen.
- Maak afspraken met het team en de familie hoe verdere nazorg wordt geregeld. Overweeg welke andere betrokkenen (bijvoorbeeld de huisarts) hierbij een rol kunnen hebben.
- Zorg voor uitvoerige rapportage door direct betrokkenen (zelf schrijven, of laten schrijven) (zie verder paragraaf 6).

Taken na opname of ambulante behandeling

- Zorg voor de veiligheid van medepatiënten (zorg voor voldoende personeel, sluit indien nodig de deur).
- Informeer de medepatiënten. Aandachtspunt hierbij is de timing; zo snel mogelijk maar kies een geschikt moment. Schakel eventueel de geestelijk verzorger in (ook van belang bij ambulante groepsbehandelingen).
- Onderzoek de medepatiënten op de aanwezigheid van suïcidaal gedrag en neem zo nodig maatregelen (ook van belang bij ambulante groepsbehandelingen).
- Organiseer indien noodzakelijk de identificatie van de patiënt. Hierbij kunnen familieleden, andere nabestaanden of leden van het behandelteam worden betrokken.

- Draag zorg voor de verzorging van de overledene als het lichaam is vrijgegeven door justitie. Indien mogelijk en nodig maak het lichaam toonbaar voor de familie. Schakel eventueel hulp in van medewerkers van het mortuarium.
- Verzamel persoonlijke bezittingen. Registreer waar deze uit bestaan en wat aan de familie is gegeven.

3 Opvang van nabestaanden

- Aanbevolen wordt in de maanden na de suïcide alert te zijn op mogelijke problemen bij de verwerking van het verlies en nabestaanden indien nodig te verwijzen (zie paragraaf 4).
- Aanbevolen wordt om nabestaanden attent te maken op relevante hulpbronnen zoals www.113online.nl; en specifiek voor jongeren: www.survivalkid.nl. Deze websites bieden informatie, literatuuroverzichten, steun en de mogelijkheid contact te hebben met lotgenoten. Lokaal zijn er opvangprogramma's voor nabestaanden beschikbaar.

6 Melden aan Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Verplicht melden

Los van het interne systeem van melden en leren van suïcide moeten ggz-instellingen suïcides in de volgende gevallen te allen tijde melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ):

- wanneer een Bopz-maatregel van kracht was, zoals een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (ibs);
- wanneer sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiaire inrichting, een forensisch psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinrichting;
- wanneer de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg.

De meldingsplicht geldt ook voor suïcidepogingen met ernstig blijvend letsel. Voor gedetailleerde informatie over de meldingsprocedures zie www.igz.nl.

Bijlage 3
Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en huisarts

Professionals werkzaam op een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) en huisartsen zijn niet ingebed in de ggz. Omdat zij veel in aanraking komen met patiënten met suïcidaal gedrag, heeft de werkgroep voor hen, uitgaande van de richtlijn, de volgende aanbevelingen geformuleerd.

1 Spoedeisende hulp

Bij patiënten met suïcidaal gedrag die op een SEH komen, gaat het meestal om patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan, maar er zijn ook patiënten die openlijk of bedekt aangeven een doodswens te hebben. In het eerste geval zal de somatische diagnostiek en behandeling direct aandacht moeten krijgen; in beide gevallen is van belang oriënterend onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag en om een bevoegd en bekwaam deskundige bij dit onderzoek te betrekken.

Basisvaardigheden
Tot de basisvaardigheden van SEH-professionals worden gerekend:
- het herkennen van suïcidaal gedrag (zie indicatie voor onderzoek naar suïcidaal gedrag, bijlage 4);
- oriënterend onderzoek van suïcidaal gedrag;
- herkennen van een psychiatrische stoornis;
- indicatiestellen voor verwijzing en/of consult deskundige; aandachtspunten:
  - is de patiënt voldoende somatisch stabiel;
  - is de patiënt psychisch voldoende in staat tot een gesprek?

Daarbij gelden de volgende algemene principes: contact maken, zorgen voor veiligheid, naasten bij de zorg betrekken, en de continuïteit van de zorg bewaken. Hier wordt aangegeven wat voor de SEH specifieke aandachtspunten zijn.

1.1 Triage
Tijdens triage worden beoordeeld: de noodzaak van somatische behandeling en het creëren van een veilige setting.

Noodzaak van somatische behandeling

- De noodzakelijke somatische behandeling gaat vooraf aan psychiatrische diagnostiek en behandeling.
- Als een patiënt met suïcidaal gedrag noodzakelijke behandeling weigert, moet een inschatting worden gemaakt of de patiënt wilsbekwaam is om een dergelijk besluit te nemen: 'wilsbekwaam ter zake van dat oordeel'.
- Als de patiënt wilsonbekwaam wordt geacht om te beslissen over de noodzakelijke somatische behandeling dan 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 conform de WGBO te handelen.
- Bij twijfel over de wilsbekwaamheid in het kader van noodzakelijk somatische handelen bij suïcidaal gedrag dient een deskundige geconsulteerd te worden.

Let wel: zelfs een patiënt zonder psychiatrische stoornis die betrekkelijk impulsief twintig tabletten paracetamol slikt en 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 dat daaraan verbonden is onvoldoende zal kunnen overzien (zie: hoofdstuk 2, paragraaf 6, Wilsbekwaamheid en diagnostiek).

Veilige setting

- De patiënt wordt opgevangen in een setting die veilig is voor patiënt en professional.
- Een veilige setting creëren betekent oog hebben voor het verhinderen dat een patiënt toegang heeft tot middelen waarmee hij zichzelf kan beschadigen.
- Overweeg altijd of beveiligingspersoneel of extra personeel moet worden ingeschakeld. Dit geldt voor alle situaties waarbij het gedrag van een patiënt niet hanteerbaar is (bijvoorbeeld bij onrust, agressie, verwardheid, vluchtgevaar).
- Overweeg wanneer de dienstdoende psychiater, arts-assistent psychiatrie en/of consultatief-psychiatrisch verpleegkundige moet worden ingeschakeld. Dit geldt ook voor alle situaties waarbij het gedrag van een patiënt niet hanteerbaar is, aangenomen dat beveiligingspersoneel reeds is ingeschakeld.
- Beoordeling of onvrijwillige opname op een psychiatrische afdeling nodig is, komt aan de orde als er acuut en onmiddellijk gevaar dreigt dat voortkomt uit een vermoeden van een psychiatrische aandoening en dat alleen kan worden afgewend door een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Indien deze situatie zich voordoet en de patiënt weigert opname dan is onvrijwillige opname mogelijk (zie voor toelichting:

hoofdstuk 7, paragraaf 3, WGBO en Bopz, en bijlage 5, paragraaf 5, Suicidaliteit en dwang: Wet Bopz).

Consultatie en verwijzing
De (dienstdoende) psychiater of arts-assistent psychiatrie of consultatief psychiatrisch verpleegkundige kunnen op elk gewenst moment tijdens onderzoek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag als deskundige op de SEH in consult worden gevraagd. Consultatie van een deskundige wordt in ieder geval gedaan bij iedere patiënt die een suïcidepoging heeft gedaan of die op de SEH is gekomen vanwege suïcidale uitingen. Afhankelijk van de mate van suïcidaliteit en de diagnose wordt samen met de patiënt en zo mogelijk ook met de naasten door de consulent een (voorlopig) behandelplan gemaakt en wordt de juiste setting voor de uitvoering daarvan gekozen.
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 en schriftelijke verslaggeving van zowel de SEH-arts als de consulent volgt zo snel mogelijk.

2 Huisarts

De huisarts is de professional die in contact komt met patiënten met elke vorm van suïcidaal gedrag: met patiënten die suïcidegedachten hebben, die plannen daartoe hebben, en na hun suïcidepoging; en met nabestaanden na een suïcide. Hier volgen aanbevelingen voor de huisarts in al deze situaties.

- Een patiënt die heeft aangeven reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen wordt somatisch onderzocht om vast te stellen of verwijzing voor somatische behandeling nodig is.
- Patiënten met gedachten aan de dood zonder gedachten er een einde aan te willen maken verdienen psychiatrische evaluatie in de eerste lijn voor diagnostiek van een psychiatrische stoornis, vooral van een depressieve stoornis.
- Voor patiënten die denken er een einde aan te maken, maar nog geen gedetailleerd plan hebben moet op korte termijn een bevoegd en bekwaam deskundige worden geconsulteerd, waarbij de huisarts zich er van vergewist dat het contact ook daadwerkelijk tot stand is gekomen.
- Patiënten die concrete plannen hebben moeten vanuit de eerste lijn met spoed worden verwezen naar een deskundige, meestal de ggz.

- Als een patiënt zich heeft gesuïcideerd wordt de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld. De huisarts zal dan ook, indien relevant, naasten op de hoogte brengen en zich een oordeel vormen welke nazorg nodig is (zie hieronder).

Basisvaardigheden

Tot de basisvaardigheden van de huisarts worden gerekend:

- het herkennen van suïcidaal gedrag (zie indicatie voor onderzoek naar suïcidaal gedrag, bijlage 4);
- oriënterend onderzoek van suïcidaal gedrag;
- herkennen van psychiatrische stoornis;
- indicatiestellen voor verwijzing/consult psychiater; aandachtspunten:
  - is de patiënt voldoende somatisch stabiel?
  - is de patiënt psychisch voldoende in staat tot een gesprek?

Daarbij gelden de volgende algemene principes: contact maken, zorgen voor veiligheid, naasten bij de zorg betrekken, en de continuïteit van zorg bewaken. Hier wordt aangegeven wat voor de huisarts specifieke aandachtspunten zijn.

Veiligheid

De veiligheid van de patiënt kan worden bevorderd als de huisarts de mogelijkheden om bescherming te bieden onderzoekt en aandacht heeft voor de continuïteit van zorg bij verwijzing naar een andere behandelsetting. De huisarts heeft een rol in het verstrekken van informatie die voor het systematische onderzoek van het suïcidale gedrag door anderen relevant is.

In acute situaties kan de veiligheid door de huisarts worden bevorderd door:

- het inschatten van de directe noodzaak van somatische interventies;
- het organiseren dat de patiënt niet alleen is; naasten van de patiënt kunnen hierbij worden ingeschakeld. Indien dit niet mogelijk of toereikend is, moet overwogen worden de nooddienst (112) in te schakelen voor assistentie;
- te bevorderen dat voorwerpen en middelen waarmee de patiënt zich kan suïcideren buiten het bereik van de patiënt worden gehouden;
- alert te zijn op plotselinge veranderingen in het klinische beeld of het suïcidale gedrag, in het bijzonder op het moment dat de patiënt wordt of is overgedragen naar een andere behandelsetting.

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.

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.

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.

Nazorg voor naasten na overlijden door suïcide

Als een patiënt is overleden door suïcide, kan de huisarts op de volgende manieren nazorg verlenen aan naasten.

- Naasten tot steun zijn in de periode na de suïcide, waarbij het herstellend vermogen en de steun uit het sociale netwerk (vrienden, familie) wordt benut.
- Informatie geven over wat normale rouwreacties zijn na een verlies door suïcide.
- Rekening houdend met wet- en regelgeving over het beroepsgeheim naasten van de patiënt zo goed mogelijk te informeren over gebeurtenissen rond de patiënt die helpen om de aanleiding tot de suïcide te reconstrueren.
- Alert zijn op het ontstaan van problemen in de verwerking van het verlies, in het bijzonder bij naasten die:
  - eerder ingrijpende verliezen hebben meegemaakt;
  - als ouders een kind hebben verloren door suïcide;
  - gevoelig zijn voor het ontwikkelen van psychiatrische (co)morbiditeit en suïcidaal gedrag;
  - deel uitmaken van een familie die zich kenmerkt door weinig onderlinge verbondenheid, conflicten, en die weinig gericht zijn op probleemoplossing;
  - weinig sociale steun ontvangen;
  - zich niet erkend voelen als nabestaanden, zoals stiefouders, ex-partners en buitenechtelijke relaties van de overledene.
- Naasten die psychiatrische problemen ontwikkelen, kunnen worden verwezen naar hulp in de tweedelijnszorg. Naasten met problemen die samenhangen met het verlies, kunnen baat hebben bij hulp specifiek gericht op nabestaanden na een suïcide.

Naasten informeren over een suïcidale patiënt

Hoe moet de huisarts omgaan met informatie over een suïcidale patiënt tegenover naasten?

- Huisartsen hebben een geheimhoudingsplicht, ook na het overlijden van de patiënt. Zonder toestemming van de patiënt mag de huisarts geen informatie verstrekken aan naastbetrokkenen.
- Indien de patiënt weigert familie en naasten in te lichten over de suïcidaliteit, moet de huisarts eerst alles in het werk stellen om de patiënt alsnog te motiveren om hen bij de behandeling te betrekken.
- Bij leven van de patiënt kan de hulpverlener volgens het 'conflict-van-plichtenmodel' anderen informeren wanneer het niet doorbreken van het beroepsgeheim ernstige schade oplevert voor een ander.
- In geval van acute en concrete suïcideplannen met een hoog risico op een fatale afloop voor de patiënt vraagt goed hulpverlenerschap toch actie van de huisarts: met voorbijgaan aan zijn geheimhoudingsplicht. In dit geval doorbreekt de huisarts de zwijgplicht zo min mogelijk en geeft de huisarts alleen relevante, feitelijke informatie.

- Zie Bijlage 5, Gezondheidszorgwetgeving.

Bijlage 4
Onderzoek en indicatiestelling

De diagnostiek van suïcidaal gedrag stelt eisen aan de professionele vaardigheden. Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek hoort tot de basisvaardigheden van iedere arts, verpleegkundige, psycholoog en psychotherapeut die actief in de zorg werkzaam is. Oriënterend onderzoek omvat: contact maken; onderzoek doen naar de actuele suïcidale toestand; stress- en kwetsbaarheidsfactoren in kaart brengen; naasten bij de zorg betrekken; een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen; en zorgen voor veiligheid en continuïteit van zorg.
Een volledig onderzoek van suïcidaal gedrag stelt specifieke eisen aan de gespreksvaardigheden en aan de kennis van psychische stoornissen en van andere stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Het onderzoek naar etiologie en pathogenese van het suïcidale gedrag, de beoordeling van de wilsbekwaamheid van iemand met suïcidaal gedrag, en de indicatiestelling voor behandeling worden beschouwd als specialistische vaardigheden die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is.
In deze bijlage staat beschreven hoe een onderzoek naar suïcidaal gedrag er in de praktijk uit kan zien, inclusief concrete vragen over suïcidaal gedrag. Deze vragen zijn bedoeld als voorbeeld, niet als voorschrift. De woordkeus en het doorvragen moeten worden aangepast aan de voorkeur van de onderzoeker en aan de specifieke omstandigheden van het onderzoek. Het onderzoek zoals dat hier is beschreven, is gestructureerd aan de hand van de hoofdstukken 2-6 van deze richtlijn. Het onderzoek is schematisch weergegeven in figuur B4.1.

1 Contact maken, veiligheid, naasten, continuïteit

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

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

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

2 Drie indicaties voor onderzoek

De zorgprofessional doet nader onderzoek naar suïcidaal gedrag:
- bij patiënten met een verhoogd risico op suïcidaal gedrag;
- na een suïcidepoging of zelfbeschadigend gedrag;
- bij openlijke of bedekte uitingen van suïcidaal gedrag.

2.1 Onderzoek bij verhoogd risico

Bij groepen met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag moet de professional een aantal oriënterende vragen stellen om een indruk te krijgen van de mate waarin suïcidaal gedrag aanwezig is. Dit kan in de volgende omstandigheden van toepassing zijn:
- vermoeden van een depressie of andere psychiatrische stoornis;
- psychiatrische crisissituaties;
- intake bij een psychiatrische instelling (ambulant en klinisch);
- transitiemomenten in een lopende psychiatrische behandeling;
- onverwachte, opvallende verandering van het klinische beeld (veelal verslechtering, maar soms ook verbetering);
- anticipatie op, of feitelijk optreden van een ingrijpende gebeurtenis (bijvoorbeeld verlieservaring, ernstige ziekte, juridische problemen, schaamtevolle gebeurtenis of vernedering);
- uitingen van wanhoop;
- mededelingen van anderen over de aanwezigheid van suïcidaal gedrag;
- eerder suïcidaal gedrag.

Oriënterende vragen

Als er een indicatie is om naar suïcidaal gedrag te vragen kan er, afhankelijk van de situatie, gebruikgemaakt worden van een hiërarchie van oriënterende vragen, oplopend van algemeen naar specifiek.
- Hoe gaat het met u?
- Hoe ziet u de toekomst op dit moment?
- Ziet u voor zichzelf nog enige toekomst?
- Hebt u wel eens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is?
- Denkt u wel eens aan de dood; wat zijn dat voor gedachten?
- Denkt u wel eens dat u een einde aan uw leven zou willen maken?

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

- ga door met 3 onderzoek van suïcidale uitspraken.

2.2 Onderzoek naar suïcidaal gedrag, suïcidepoging en zelfbeschadigend gedrag

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

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

Bij inname van medicamenten moet zorgvuldig worden nagevraagd welke medicamenten zijn ingenomen, in welke hoeveelheid en op welk moment. Afhankelijk van de bevindingen wordt als eerste de noodzakelijke hulpverlening in gang gezet om ernstig nadeel af te wenden.
Nadat de patiënt medisch voldoende is gestabiliseerd en voldoende helder van bewustzijn is, wordt een setting gecreëerd waarin nader onderzoek naar suïcidegedachten en gebeurtenissen kan plaatsvinden.

- ga door met 3, Onderzoek van suïcidale uitspraken.

3 Onderzoek van suïcidale uitspraken: CASE-benadering

Shea (1998) heeft een systematiek beschreven voor het onderzoek van suïcidale uitspraken die goed bruikbaar is in de klinische praktijk. De benadering is bekend onder het acroniem CASE (Chronological Assessment of Suicide Events). De onderzoeker vraagt in een logische, chronologische volgorde naar suïcidaal gedrag.
Als eerste vraagt de onderzoeker naar de actuele gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek. De onderzoeker sluit hiermee aan bij de actualiteit. Vervolgens vraagt de onderzoeker in detail naar de recente voorgeschiedenis (de laatste 4-8 weken). Deze periode geeft informatie over de omstandigheden, aanleidingen en omvang van het suïcidale gedrag. Vervolgens vraagt de onderzoeker meer algemeen naar de ruimere voorgeschiedenis en vooral naar eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Met de beschikbare informatie gaat de onderzoeker tot slot terug naar de gedachten van dit moment en de verwachtingen voor de directe toekomst. Figuur B4.2 geeft de schematische opbouw van de CASE-benadering weer.
Naast een beschrijving van de structuur van het gesprek met een suïcidale patiënt geeft Shea een aantal adviezen over interviewtechniek die kunnen helpen om betrouwbare informatie te krijgen over suïcidaal gedrag. Immers, patiënten met suïcidaal gedrag kunnen daar soms moeilijk op een

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

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

3.1 Gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek

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

Doorvragen

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

3.2 Recente voorgeschiedenis

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

Doorvragen

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

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

3.3 Ruimere voorgeschiedenis

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

Doorvragen

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

3.4 Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst

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

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

- ga door met onderzoek naar stress- en kwetsbaarheidsfactoren.

4 Stress- en kwetsbaarheidsfactoren

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

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

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

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

- ga door met 5, Diagnostische formulering.

5 Diagnostische formulering

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

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

- ga door met 6, Behandelplan.

6 Behandelplan

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

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

- ga door met 7, Follow-up.

7 Follow-up

Als de patiënt niet op afspraken verschijnt moet afhankelijk van de ernst van het suïcidale gedrag een actieve benadering worden gevolgd om met de patiënt in contact te treden.
Inventariseer in het follow-upcontact de relevante delen van de CASE-benadering en vraag naar nieuwe ontwikkelingen.

8 Ernstschaal

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

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

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

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

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

9 Aanwijzingen voor indicatiestelling in de eerste lijn

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

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

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

10 Behandelsetting

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

10.1 Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)

Na een suïcidepoging

Laat de patiënt bij voorkeur opnemen na een suïcidepoging indien:

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

Bij suïcidegedachten
Laat de patiënt bij voorkeur opnemen bij suïcidegedachten indien:
- er een specifiek suïcideplan is met hoge letaliteit;
- er een sterke doodswens is;
- er sprake is van vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid en/of stress.

10.2 Mogelijk opnemen

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

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

Zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten of -plan
Overweeg om de patiënt te laten opnemen zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten, -plan of -intentie indien:
- er aanwijzingen zijn uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese voor een hoog suïciderisico en een recente, acute toename van het risico.

10.3 Mogelijk naar huis
Overweeg om de patiënt naar huis te laten gaan na een suïcidepoging of bij de aanwezigheid van suïcidegedachten of -plan indien:
- het suïcidale gedrag een reactie is op een gebeurtenis (bijvoorbeeld zakken voor een examen; relatieproblemen), vooral als de opvattingen van de patiënt over de gebeurtenis intussen zijn veranderd;
- het plan of de methode een geringe letaliteit heeft;
- de patiënt een stabiele en ondersteunende omgeving heeft;
- de patiënt in staat is om mee te werken aan advies over follow-up.

10.4 Bij voorkeur naar huis

Laat de patiënt bij voorkeur naar huis gaan indien:

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

10.5 Afspraken nazorg

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

Literatuur

APA. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Kerkhof, A.J.F.M., & Heeringen, C. van. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In C. van Heeringen, & A.J.F.M. Kerkhof (Red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 151-152). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Raue, P.J., Brown, E.L., Meyers, B.S. Schulberg, H.C., & Bruce, M.L. (2006). Does every allusion to possible suicide require the same response? *Family Practice, 55*, 605-12.

Shea, S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 58-78.

Figuur B4.3 Voorbeeld van (veiligheids-) afspraken

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

U hebt gesproken met:
Naam: .....
De eerstkomende dagen verblijft u bij (adres):
Naam: .....
Straat: ..... Plaats: .....
Degene (degenen) die bereid is (zijn) voor opvang te zorgen, is (zijn) (naam, telefoonnummer):
Naam: .....
Telefoonnummer: .....
Naam: .....
Telefoonnummer: .....
De volgende medicijnen zijn u geadviseerd te gebruiken:

- .....
- .....

Als u opnieuw gedachten hebt aan zelfbeschadiging of de dood, gaat u na of u gebruik kunt maken van het signalerings-/veiligheidsplan dat is opgesteld met (naam, datum):
Naam; .....
Datum: ...-...-.....
Als u opnieuw gedachten hebt aan zelfbeschadiging of de dood, doet u het volgende:
bellen naar (naam, telefoonnummer):
Naam: .....
Telefoon: .....
Indien niet bereikbaar (naam, telefoonnummer):
Naam: .....
Telefoon: .....
Behandelaren die bereikbaar zijn voor hulp, advies of nazorg (namen, nummers):
Naam: .....
Telefoon: .....
Naam: .....
Telefoon: .....
Een afspraak voor u is gemaakt
bij (naam instelling): .....
met (naam behandelaar): .....
op (datum, tijdstip): .....
Een afspraak bij u thuis is gemaakt
op (datum, tijdstip): .....
met (naam behandelaar): .....
Overige afspraken:.....
.....
.....

Bijlage 5
Gezondheidszorgwetgeving

1 Inleiding

Suïcide en poging daartoe heeft van oudsher levensbeschouwelijke, psychiatrische en juridische kanten gehad. In veel landen was (en is soms) suïcide of een poging daartoe strafbaar, in Nederland en België niet meer. De invoering in Nederland van een aantal wetten in het gezondheidsrecht in de jaren negentig van de twintigste eeuw, waaronder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft althans enig juridisch kader geschapen. Deze bijlage licht juridische aspecten en kaders van het suïcideprobleem toe aan de hand van wet- en regelgeving en jurisprudentie (voor de wetteksten, zie www.overheid.nl).
Hoe hulpverleners dienen te handelen bij dreiging van een persoon tegen diens eigen leven valt – zo is bekend uit het tuchtrecht – voornamelijk op hoofdlijnen, in algemeenheid en vooral in termen van verantwoordelijkheden te regelen. Immers, een bespreking van een suïcide (-poging) en suïcidaliteit levert onmiddellijk al een probleem op bij die begrippen: wordt onder suïcide de handeling verstaan, of het resultaat (bijvoorbeeld de doodsoorzaak)? In juridisch opzicht is de grens tussen een gedachte aan, een verlangen of overweging tot, een voorbereiding van, en een poging tot suïcide complex. Het probleem van ambivalente begripshantering komt bijvoorbeeld naar voren in geneeskundige verklaringen waarin 'suïcidaliteit', dat zowel suïcidegedachten als suïcidaal gedrag kan omvatten, nu eens bij het stoornisbegrip wordt opgevoerd, dan weer bij het onderwerp gevaar, en soms zelfs op beide plaatsen.
Twee uitgangspunten – veelal in gespannen verhouding – bepalen het juridische denken: enerzijds autonomie en zelfbeschikking van de burger, met nadrukkelijk inbegrip van de psychiatrische patiënt; anderzijds de verplichting tot kwalitatief goede zorg, met patiëntveiligheid als dominante factor, desnoods ook voor diegenen die daarom niet vragen. Dat laatste zou meer overeen kunnen stemmen met Grondwetsartikel 22 (overheid bevordert gezondheid), terwijl het eerste meer past bij andere Grondwetsartikelen (bijvoorbeeld 10, 11 en 15).
In de Nederlandse cultuur en praktijk en zeker ook in de gezondheidszorg is ten opzichte van de ons omringende landen in de afgelopen decennia

een grote en vrijwel ongeclausuleerde nadruk gelegd op autonomie en zelfbeschikking. De Nederlandse rechtspraak legt vaak de nadruk op het 'zelfbeschikkingsrecht', terwijl het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) het begrip van de 'menselijke waardigheid' meer laat prevaleren. Autonomie en zelfbeschikking zijn onder andere neergelegd in grondwetsartikelen, zoals artikel 10 (eerbiediging en bescherming van de persoonlijke levenssfeer), artikel 11 (onaantastbaarheid van het menselijk lichaam) en artikel 15 (waarborgen bij vrijheidsontneming) en deze begrippen worden vooral gezien als afweerrechten: het recht met rust gelaten te worden, *the right to refuse treatment*. Ten gevolge van de harmonisering en uniformering van Europese wet- en regelgeving ontstaat er een discussie over de uitzonderlijke benadrukking van het zelfbeschikkingsrecht in Nederland, convergerend naar het Europese denken waarin bescherming van de menselijke waardigheid prevaleert.
Artikel 2 van het het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM) stelt: 'Het recht van een ieder op leven wordt beschermd door de wet', waarop een aantal uitzonderingen op deze verplichting van de verdragsstaten volgt – maar suïcide staat daar niet bij. Al in 2002 benadrukte het EHRM – redenerend vanuit de menselijke waardigheid – het ontbreken van een 'recht op suïcide' én de verplichting van een staat zich in te spannen een dreigende suïcide te voorkomen (Hendriks et al., 2008). De inspanningsverplichting het leven te beschermen wordt in recente jurisprudentie van het EHRM alleen maar verscherpt (zie paragraaf 9, Jurisprudentieoverzicht). Dat komt overeen met het standpunt van de Nederlandse Inspectie over de inzet van de Wet Bopz bij suïcidaal gedrag (kortweg: gevaar dat kán worden gekeerd, móet worden gekeerd: IGZ, 2000). Ook in de aanstaande Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), hoezeer ook gericht op goede behandeling, krijgt de veiligheid een belangrijke plaats. Het sluit aan bij het dominant geworden veiligheidsdenken: patiëntveiligheid krijgt grote nadruk.

2 Instellingsbeleid: Kwaliteitswet zorginstellingen

De instelling heeft een bestuurlijke verplichting vanwege het beleid voor suïcidepreventie. De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) schrijft voor dat de instelling 'verantwoorde zorg' levert, beleid voert voor kwaliteit, en beschikt over een kwaliteitssysteem met kwaliteitsindicatoren. Veiligheidsbeleid, ook op het gebied van suïcidepreventie, maakt hier deel van uit. De instelling is vrij dit zelf vorm te geven. Zij dient wel beleid geformuleerd te hebben betreffende suïcidepreventie, zoals protocollen over suïcidaliteitsbeoordeling en handelen na een suïcide. Deze protocollen zijn actueel en voor alle medewerkers toegankelijk via bijvoorbeeld een (elektronisch)

kwaliteitshandboek. In de Kwaliteitswet is ook het aan de IGZ melden van calamiteiten vastgelegd, waaronder een suïcide of een ernstige suïcidepoging verstaan kán worden.
In de nieuwe HKZ-normen (Stichting HKZ, 2009) staat (norm 2.3.1) dat 'de instelling bij iedere cliënt de risico's van de uitvoering van de zorg- of dienstverlening vaststelt'. Suïcidegevaar kan als zo'n risico worden gezien. Tevens wordt gesteld (norm 2.5.2 h): 'in het cliëntendossier zijn onder meer gegevens over het verloop van de zorgverlening opgenomen, bijvoorbeeld crisissituaties en suïcidegevaar'.

3 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, Burgerlijk Wetboek 7) biedt een kader voor de onderlinge verhoudingen tussen mensen, organisaties en instellingen. Goed hulpverlenerschap, overleg, informatie en instemming zijn hoofdthema's. Zo levert de hulpverlener zorg van een goed hulpverlener volgens de professionele standaard (artikel 453) en heeft daarbij informatieplicht (artikel 448) en dossierplicht (artikel 454). De professionele standaard heeft grote kenbronnen waarbij niet alleen standaarden in engere zin, protocollen[1] en richtlijnen een onderdeel zijn, maar ook *good clinical practice*, medemenselijkheid en aandachtige bejegening.
De WGBO heeft betrekking op alle patiënten die behandeld worden in de ggz tenzij een specifieke wet anders regelt (bijvoorbeeld bij patiënten die vallen onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de Wet Bopz). Bij het onderzoeken en behandelen van suïcidaliteit gaat het vooral om die artikelen die de geheimhouding en informatieplicht betreffen.

3.1 Geheimhoudingsplicht bij leven

Hulpverleners hebben een geheimhoudingsplicht, ook na het overlijden van de patiënt (artikel 457 Wet BIG, artikel 88). Zonder toestemming van patiënt geen informatieverstrekking. De geheimhoudingsplicht kan door de hulpverlener alleen onder bijzondere omstandigheden doorbroken worden. Indien de patiënt weigert familie en naasten in te lichten over de suïcidaliteit, zal men eerst alles in het werk moeten stellen om de patiënt alsnog te motiveren om hen bij de behandeling te betrekken.

1 Het is zinvol om onderscheid te maken tussen een protocol (handelingsvoorschrift waarvan alleen bij overmacht kan worden afgeweken) en een richtlijn (handelingsrichting waarvan beargumenteerd kan worden afgeweken).

Bij leven van de patiënt kan de hulpverlener volgens het 'conflict-van-plichtenmodel' anderen informeren wanneer het niet doorbreken van het beroepsgeheim ernstige schade oplevert voor een ander. In geval van acute en concrete suïcideplannen met een hoog risico op een letale afloop voor de patiënt zelf vraagt het goed hulpverlenerschap toch actie van de hulpverlener met voorbijgaan aan zijn geheimhoudingsplicht. Ook hier gelden de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid: de zwijgplicht wordt zo min mogelijk doorbroken en alleen relevante feitelijke informatie wordt gegeven. De afweging van belangen en toetsing van de criteria worden in het dossier vastgelegd.

3.2 Geheimhoudingsplicht na overlijden

Na een suïcide dient de behandelaar per keer af te wegen in hoeverre anderen (huisarts, nabestaanden, medecliënten, ketenpartners) over de suïcide c.q. het overlijden van de patiënt dienen te worden ingelicht. De informatie die daarbij wordt verstrekt, is zo relevant en beperkt mogelijk (proportionaliteitsbeginsel), is zo veel mogelijk in de geest van de overledene, en geschiedt bij voorkeur mondeling in een gesprek met de betrokkenen (Gerzon et al., 2007).

Hoe om te gaan met het beroepsgeheim na de suïcide van de patiënt? De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt (KNMG, 2010). Nabestaanden en andere partijen hebben wettelijk géén recht op informatieverstrekking of inzage in, en afschrift van het dossier. In beginsel wordt alleen informatie gegeven indien de overledene daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven. Aangezien de regel 'na de dood geen inzage' tot situaties kan leiden die, bijvoorbeeld jegens de naasten, als onjuist moeten worden beschouwd, bestaat hierop een aantal uitzonderingen: veronderstelde toestemming van patiënt, een wettelijk voorschrift, en een conflict van plichten bij de behandelaar wegens zwaarwegende belangen van derden (KNMG, 2010). Informatieverstrekking is ten eerste mogelijk wanneer dit 'in de geest van de overledene' is, dus wanneer verondersteld kan worden dat betrokkene daar bij leven toestemming voor zou hebben verleend aan de verzoeker. Deze 'veronderstelde toestemming' moet door de behandelaar zelf achteraf worden gereconstrueerd zonder dat hiervoor vaste criteria zijn. Daarbij mag men veronderstelde toestemming niet te gemakkelijk aannemen: er moeten concrete aanwijzingen zijn dat de overledene zou hebben ingestemd. Factoren die bij de afweging van belang zijn, zijn bijvoorbeeld: wie is de verzoeker, hoe was de verhouding met de overledene, wat is het doel van het verzoek, welke gegevens betreft het (privacygevoelig?), wat zijn de gevolgen voor nabestaanden? De behandelaar kan bijvoorbeeld toestemming veronderstellen als het gaat om een verzoek van een nabestaande die

bij leven een goede band had met de overledene en op de hoogte was van de inhoud van de behandeling.
De veronderstelde toestemming strekt zich niet zonder meer uit tot de gehele inhoud van het dossier. Bij veronderstelde toestemming is het verstandig geen inzage in, of afschrift van het gehele dossier te verlenen, maar mondeling of schriftelijk informatie te verstrekken over de inhoud van de behandeling voor zover de veronderstelde toestemming reikt. Bij een klacht tegen een arts door belanghebbenden wegens een vermeende medische fout met als gevolg het overlijden van de patiënt zal toestemming vaak kunnen worden verondersteld. Aangenomen kan worden dat de patiënt gewild zou hebben dat bekend wordt waardoor en hoe hij of zij is overleden.
Ten tweede kan een wettelijk voorschrift de behandelaar verplichten gegevens over de overledene te verstrekken aan derden, bijvoorbeeld aan de lijkschouwer volgens de Wet op de lijkbezorging (zie paragraaf 6.1). Een derde uitzonderingsgrond is een 'conflict van plichten' bij de behandelaar: enerzijds is deze gehouden aan de zwijgplicht jegens de patiënt, anderzijds zijn er andere zwaarwegende belangen die hem tot gegevensverstrekking nopen. Om een beroep te doen op het conflict van plichten, moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn:

- alles is in het werk gesteld om toestemming van de patiënt te verkrijgen;
- het niet doorbreken van het beroepgeheim levert ernstige schade op voor een ander;
- de hulpverlener verkeert in ernstige gewetensnood door handhaving van de zwijgplicht;
- er is geen andere weg dan doorbreking van de zwijgplicht om schade te voorkomen;
- het is vrijwel zeker dat hiermee de schade kan worden voorkomen of beperkt;
- de zwijgplicht wordt zo min mogelijk doorbroken: alleen relevante feitelijke informatie;
- de afweging van belangen en toetsing van de criteria worden in het dossier vastgelegd.

Na een suïcide kunnen zwaarwegende belangen voor de nabestaanden, bijvoorbeeld gezondheidsschade voor derden, de behandelaar doen besluiten toch gegevens te verstrekken. Ook het belang van waarheidsvinding in een gerechtelijke procedure kan als 'zwaarwegend' worden beschouwd. Persoonlijke belangen van derden, zoals financiële belangen (denk aan vragen van levensverzekeringen) of emotionele belangen (rouwverwerking) zijn niet zonder meer voldoende zwaarwegend om het beroepsgeheim op deze grond te doorbreken.
De genoemde gronden dienen onafhankelijk van elkaar te worden beoor-

deeld: pas als er onvoldoende concrete aanwijzingen zijn voor 'veronderstelde toestemming', en er geen wettelijk voorschrift tot gegevensverstrekking is, dient de behandelaar over te gaan tot afweging van de zwijgplicht en eventuele 'zwaarwegende belangen' (Dute, 2007). Informatieverstrekking betekent niet automatisch afschrift verstrekken van (delen van) het dossier, hoewel de KNMG (2010) stelt: 'de manier waarop de gegevens verstrekt zouden moeten worden (mondeling, inzage, afschrift) doet voor de principiële vraag of dit is toegestaan niet ter zake'.
Dit alles laat onverlet dat het goed gebruik is na een suïcide de familie en naasten uit te nodigen voor een persoonlijk gesprek met de behandelaren waarin het behandelbeleid wordt toegelicht, hun vragen zo veel mogelijk worden beantwoord, en waar nodig opvang en begeleiding bij het verwerken van hun verlies wordt aangeboden (zie hoofdstuk 10, paragraaf 3).

3.3 Geneeskundig handelen bij wilsonbekwame patiënten

De WGBO biedt de mogelijkheid om bij wilsonbekwaamheid geneeskundig te handelen, bijvoorbeeld na een suïcidepoging. Ingeval iemand wilsonbekwaam is ter zake van een behandeling (dat wil zeggen: niet in staat is beslissingen te nemen over zijn of haar behandeling), kan die behandeling zonder toestemming van de patiënt plaatsvinden (artikel 465 en 466). Dat kan alleen als ernstig (somatisch) nadeel moet worden afgewend, zoals bij maagspoelen na een suïcidepoging. Een vertegenwoordiger moet bij een als wilsonbekwaam beoordeelde patiënt geïnformeerde toestemming geven voor onderzoek en behandeling (artikel 448-450). Ontbreekt een dergelijke vertegenwoordiger op het (acute) moment, dan handelt de behandelaar als 'goed hulpverlener'.
Tot slot regelt de WGBO ook het opzeggen van een behandelingsovereenkomst door een hulpverlener: alleen als er 'gewichtige redenen' voor zijn (artikel 460). Een suïcidepoging is doorgaans geen gewichtige reden voor het beëindigen van een behandelrelatie.

4 Professionele verantwoordelijkheid: Wet BIG

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel het beschermen van een goede uitoefening van de gezondheidszorg. De wet ziet toe op 'alle verrichtingen die betrekking hebben op een persoon en die ertoe dienen hem van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen' (artikel 1).
Voor een aantal beroepen (de zogeheten artikel 3-beroepen) regelt de wet titelbescherming via inschrijving in het BIG-register en beschrijft de wet

globaal de deskundigheidsgebieden. Het is aan het veld, de beroepsgroepen zelf, hier nadere invulling aan te geven en de grenzen van de professionele verantwoordelijkheid te bepalen. Slechts een aantal geneeskundige handelingen heeft de wetgever – wegens hun ingrijpende karakter – voorbehouden aan specialisten met een daarop gerichte opleiding en training: de 'voorbehouden handelingen'. Voor elke individuele hulpverlener geldt daarbij: niet bekwaam is niet bevoegd. Binnen de ggz is discussie over de competentie voor de beoordeling van suïcidaal gedrag. Daarmee hangt samen op welke wijze de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de beroepsgroepen psychiaters, artsen, klinisch psychologen, gz-psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig specialisten en (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen is geregeld.

De Wet BIG geeft hier als kaderwet weinig houvast. Volgens de heersende – dus niet formeel wettelijke – praktijk die wordt ingegeven door jurisprudentie (zie paragraaf 9) is een suïcidebeoordeling veelal het domein van de arts, specifieker de psychiater. In een aantal instellingen is dit in het professioneel statuut ook als zodanig vastgelegd, vaak met een redenering analoog aan de voorbehouden handelingen: de risicovolle handelingen. In een aantal instellingen is in een professioneel statuut de beoordeling aan specialisten toebedeeld (artikel 14 Wet BIG): naast een psychiater kan ook een klinisch psycholoog en in sommige gevallen een verpleegkundig specialist deze beoordeling doen. Hierbij is uiteraard het ter zake deskundig zijn een voorwaarde: medewerkers dienen ook formeel te voldoen aan het criterium van bekwaamheid ter zake. Concreet betekent dit dat bij een nieuwe suïcidale patiënt, of bij het nieuw optreden van suïcidegevaar in een lopende behandeling, de behandelaar een psychiater consulteert (of waar dit bij professioneel statuut geregeld is, een klinisch psycholoog en een verpleegkundig specialist). Dit kan, maar hoeft niet te leiden tot een face-to-faceconsult met de patiënt. De volgende overwegingen zijn hierbij relevant.

Enerzijds stelt de Wet BIG nergens dat een suïcidaliteitsbeoordeling specifiek behoort tot het deskundigheidsgebied van de arts ('handelingen op het gebied van de geneeskunst'). Onderzoek naar suïcidaal gedrag behoort ook niet tot de door de wetgever vastgestelde voorbehouden handelingen, alhoewel het zeker verdedigbaar is het tot de 'risicovolle handelingen' te rekenen. De NVvP-commissie richtlijn Besluitvorming dwang (Van Tilburg et al., 2008) concludeert terecht dat suïcide niet exact te voorspellen is en 'er geen risicotaxatie-instrumenten bestaan waarmee de waarschijnlijkheid van een suïcide in een individueel geval precies is aan te geven'. Onderzoeksgegevens over de vraag of een suïcidaliteitsbeoordeling door een psychiater tot een betere voorspelling leidt dan de 'klinische blik' van andere BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren zoals de gz- of klinisch psycholoog of psychotherapeut, zijn ons niet bekend. Daarbij is

de bekwaamheid van een psychiater die weinig met suïcidale patiënten werkt waarschijnlijk geringer dan die van een klinisch psycholoog met veel expertise op dit terrein. Het beperken van onderzoek naar suïcidaal gedrag en de behandeling daarvan tot het domein van de psychiater voor elke suïcidale patiënt leidt tot een (te) defensief beleid en een onwerkbare situatie.
Anderzijds kan gesteld worden dat suïcidaliteit een ernstig en alarmerend symptoom van een psychiatrische stoornis kan zijn dat kan nopen tot (herziening van de) psychiatrische diagnostiek en (bijstelling van het) behandelbeleid, inclusief de overweging over een al of niet gedwongen psychiatrische opname. Volgens deze redenering ligt het voor de hand de psychiater in elk geval bij het behandelbeleid te betrekken als een ernstige psychiatrische stoornis vermoed kan worden of als de noodzaak van een psychiatrische opname afgewogen moet worden. Bij een vermoeden van een psychiatrische stoornis waarbij de noodzaak van een opname niet overwogen hoeft te worden, kan ook een klinisch psycholoog of een verpleegkundig specialist bij het behandelbeleid worden betrokken. Bij de beoordeling van suïcidaliteit behoort dus in ieder geval een specialist geconsulteerd te worden; in welke situatie welke discipline hiervoor wordt ingezet, zal afhankelijk zijn van het in de instelling geldende professionele statuut. Afhankelijk van de ingeschatte complexiteit en ernst van het beeld kan het consult beperkt blijven tot het gezamenlijk afwegen van de relevante factoren en een advies aan de behandelaar, zich uitbreiden tot een face-to-facebeoordeling van de patiënt door de specialist, of het (tijdelijk) overnemen van de behandelverantwoordelijkheid. Ongeacht of deze specialist besluit de suïcidale patiënt zelf te onderzoeken of te behandelen, draagt hij in deze situaties medeverantwoordelijkheid voor behandelbeslissingen.
Als leidraad geldt dat naarmate het psychiatrische beeld van de suïcidale patiënt complexer, ernstiger, acuter of meer aan verandering onderhevig is, de verantwoordelijkheid méér bij de psychiater en minder bij de klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist ligt (en dient te worden gelegd door overige behandelaren). In het jurisprudentieoverzicht (paragraaf 9) wordt nader ingegaan op deze 'groeiende' verantwoordelijkheid van de psychiater naarmate de problematiek zwaarder is. Daar wordt eveneens gesteld dat het nemen van behandelverantwoordelijkheid door de psychiater de overige bij de behandeling betrokken beroepsbeoefenaren niet ontslaat van verantwoordelijkheid voor hun eigen handelen ten opzichte van de suïcidale patiënt. Mutatis mutandis geldt deze verdeling van de verantwoordelijkheid ook wanneer de beoordeling door een klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist wordt uitgevoerd. Tot slot noopt de afweging om al dan niet dwang (Wet Bopz) in te zetten altijd tot een beoordeling door een (onafhankelijke) psychiater.

5 Suïcidaliteit en dwang: Wet Bopz

Het inzetten van dwang volgens de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) bij suïcidale (psychiatrische) patiënten is een complex en controversieel onderwerp. De vraag is of onderzoeken en behandelen van suïcidaliteit onder de Wet Bopz valt, en zo ja: wanneer? Wordt het gevaar van suïcide afgewend door dwang, of is dwang juist contraproductief en leidt dwang tot een hoger risico op suïcide?
Hoewel de effectiviteit van dwangmaatregelen bij suïcidepreventie niet wetenschappelijk is aangetoond, kan inzet van de Wet Bopz in het individuele geval echter wel degelijk een suïcide voorkomen. Om te besluiten tot een dwangopname (vanwege het acute karakter van het gevaar (in de zin van suïciderisico) zal hier veelal sprake zijn van een inbewaringstelling, ibs) dient volgens de Wet Bopz voldaan te zijn aan vier criteria: (1) een (vermoeden van een) geestesstoornis, (2) gevaar, (3) een causaal verband tussen beide en (4) het ontbreken van alternatieven om het gevaar af te wenden (ultimum remedium).
Het toetsen van het bereidheidcriterium, het ontbreken van bereidheid tot opname, is ondersteunend bij het besluit tot dwangopname (Dijkers & Widdershoven, 2008). De *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling* van de NVvP (2008) biedt psychiaters hulp bij de toepassing van dwang in de psychiatrie.
Volgens het Europese recht (EVRM) en Nederlandse jurisprudentie dient een geneeskundige verklaring (*objective medical expertise*) in de procedure van een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging opgesteld te worden door een psychiater. Voor een inbewaringstelling wordt de geneeskundige verklaring opgesteld door een psychiater. In goed beargumenteerde uitzonderlijke situaties kan dit door een andere arts gebeuren, waarbij de patiënt in het laatste geval zo spoedig mogelijk daarna alsnog door een psychiater moet worden beoordeeld.
Suïcidaliteit is op zichzelf geen geestesstoornis zoals bedoeld in de Wet Bopz. Hoewel personen die zich suïcideren in 90% van de gevallen een of meer psychiatrische aandoeningen hebben (APA, 2003), kan ook in afwezigheid van een psychiatrische stoornis een doodswens en daaruit voortvloeiend suïcidaal gedrag, optreden. Een complicatie binnen de Wet Bopz is dat suïcidaliteit in twee opzichten een criterium kan vormen: als symptoom van de geestesstoornis en als onderdeel van het gevaar ('dubbelcriterium') (Zuijderhoudt, 2004). Hierdoor kan een cirkelredenering ontstaan: de suïcidaliteit wordt opgevoerd zowel om de geestesstoornis aan te tonen (de patiënt is suïcidaal dus geestesgestoord), als om het gevaar dat de patiënt voor zichzelf veroorzaakt te onderbouwen (de patiënt is suïcidaal dus gevaarlijk). In de formulering van de geneeskundige verklaring moet echter duidelijk zijn wat de relatie tussen de geestesstoornis en het daaruit

voortvloeiende gevaar is. Nog daargelaten de impliciete vooronderstelling dat aan suïcidaliteit altijd een psychiatrische stoornis ten grondslag ligt (Achilles et al., 2006).
Wanneer het suïcidale gedrag actief in de kliniek aanwezig blijft, geïllustreerd door handelingen van de patiënten in de vorm van suïcidale gestes of pogingen op de afdeling, en er geen overeenstemming over het behandelplan wordt bereikt, kan het nodig zijn dwang in te zetten. Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties kunnen dit vijf middelen en maatregelen zijn: (1) separatie of (2) afzondering, en/of (3) fixatie, en/of (4) medicatie, en/of (5) toedienen van vocht en voeding.
De suïcidale patiënt die gedwongen opgenomen is, kan op grond van de Wet Bopz (artikel 36, lid 3) 'aan kleding en lichaam' worden onderzocht (gefouilleerd) en gevaarlijke voorwerpen kunnen hem worden ontnomen. De Wet Bopz laat onderzoek 'in het lichaam' niet toe! 'Gevaarlijke voorwerpen' kunnen in het licht van een suïcidepoging van uiteenlopende aard zijn (plastic zakken, veters, riemen, autosleutels, aanstekers).

6 Meldingsplicht suïcide

6.1 Wet op de lijkbezorging

De melding van elke vorm van overlijden is geregeld in de Wet op de lijkbezorging (Wlb). Bij een natuurlijke dood kan de overlijdensverklaring door zowel de behandelend arts als de gemeentelijk lijkschouwer worden afgegeven. Suïcide is een niet-natuurlijke dood. Hierbij kan geen overlijdensverklaring worden afgegeven door de behandelaar. De arts die de niet-natuurlijke dood heeft vastgesteld, meldt dit 'onverwijld' aan de gemeentelijk lijkschouwer. Afhankelijk van de doodsoorzaak (suïcide, ongeval, hulp bij zelfdoding) vult de gemeentelijk lijkschouwer het bijbehorende formulier in en stuurt dit aan de officier van justitie die beoordeelt of er een vermoeden is van strafbare feiten die nader onderzoek vereisen. Wanneer de suïcide zich buiten de instelling afspeelt, behoort het voorafgaande in de regel tot de taak van de huisarts en/of de politie.

6.2 Meldingsplicht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De afgelopen jaren meldden ggz-instellingen alle suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (in het vervolg: suïcides) aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), omdat deze door de IGZ werden beschouwd als een calamiteit volgens de definitie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (artikel 4a). Een promotieonderzoek (Huisman, 2010) heeft uitgewezen dat een groot deel van de suïcides niet direct samenhangt met aanwijsbare tekortkomingen in de zorg en daarmee niet voldoet aan de definitie van

calamiteit van de Kwaliteitswet. In 2010 heeft de IGZ via een pilot bij drie instellingen onderzocht of de genoemde bevindingen vanaf 2011 in gewijzigd landelijk beleid konden worden omgezet (zie ook: Van der Zanden, 2010; Zuijderhoudt, 2010; Gijsbers van Wijk e.a., 2011). De uitkomsten van deze pilot hebben de IGZ doen besluiten om met ingang van 1 mei 2011 niet alle suïcides verplicht meer te laten melden.
Er zijn nu twee groepen van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel die ggz-instellingen verplicht zijn te melden bij de IGZ. (Onder ggz-instellingen worden verstaan: alle ggz-instellingen die vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg blijven verplicht elke suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel te melden aan de IGZ.)

1. Suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel die verband houden met een tekortkoming in de zorg (calamiteitmelding). De Kwaliteitswet definieert een calamiteit als 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorgen die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid'. Een calamiteit betekent dus: een tekortkoming in de zorg; dit is aan de orde als er sprake is van onvoldoende toezicht op de patiënt, onvoldoende diagnostiek van suïcidaal gedrag, onvoldoende overdracht of communicatie en/of het onvoldoende volgen van professionele richtlijnen, het professionele statuut of de suïcidepreventienota van de instelling.
2. Suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel van een patiënt bij wie sprake is van een gedwongen opname en/of zorg en/of van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het gedwongen kader wordt gegeven door de Wet Bopz (ggz-instelling) of het Wetboek van strafrecht (ggz-instelling voor forensische zorg). De verplichting geldt ook voor een patiënt die vrijwillig een vrijheidsbeperkende maatregel heeft geaccepteerd en vervolgens zich suïcideert of een suïcidepoging doet met ernstig letsel als gevolg.

Een suïcide of een suïcidepoging met ernstig letsel moet aan de IGZ worden gemeld op basis van een door de IGZ vastgesteld format (zie www.igz.nl > Melden > Melden als zorgaanbieder > 'Format melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie').
Daarnaast vraagt de IGZ aan ggz-instellingen om vanaf 1 januari 2012 ieder kalenderjaar de volgende informatie over het daaraan voorafgaande jaar aan te leveren:

1. Het totaal aantal suïcides en de namen van de locaties en/of afdelingen waar de suïcides plaatsvonden.
2. Het totaal aantal suïcidepogingen met ernstig letsel en de namen van de locaties en/of afdelingen waar de suïcides plaatsvonden.

3. Maakt de instelling gebruik van een systeem om systematisch suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel te registreren en te analyseren en om op basis daarvan conclusies en eventuele verbetermaatregelen te formuleren?
4. Heeft de instelling verbetermaatregelen getroffen op grond van de analyse van suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel? Zo ja, welke; zo nee, waarom niet?

6.3 Wet openbaarheid van bestuur (Wob)

Op grond van de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) zijn er verzoeken gedaan om de verslaglegging van een suïcide. Naar aanleiding hiervan hebben nabestaanden met succes suïciderapportages opgeëist bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Landelijk Jurisprudentie Nummer: BB9778, Rechtbank Dordrecht, 2007). In reactie hierop heeft de Raad van State in april 2011 beslist dat inzage door nabestaanden in suïciderapportages op basis van de Wob niet is toegestaan (201008171/1/H3). In het veld heeft dit de discussie over het veilig melden aangewakkerd (Crul & Legemaate, 2008). In reactie hierop heeft de minister van VWS besloten dat bij rapportages vanuit de instelling de geheimhoudingsplicht prevaleert boven de Wob. In een brief van de IGZ aan ggz-instellingen wordt gesteld dat alleen de conclusies van de IGZ zoals verwoord in haar afhandelingsbrief openbaar gemaakt kunnen worden. Hiermee is een vorm van anonimisering geboden die echter niet garandeert dat de gegevens niet herleidbaar zijn tot een bepaalde persoon; reden om waakzaam te blijven vanwege het beroepsgeheim.

7 Suïcide en klachtrecht: Wklcz, tucht- en strafrecht

Het doel van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wklcz) is het regelen van de behandeling van klachten van patiënten van gezondheidszorginstellingen. Elke zorginstelling moet een regeling treffen voor de behandeling van klachten over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt' en voorzien in een klachtencommissie met een onafhankelijke voorzitter. In beginsel kan alleen door of namens een patiënt bij de klachtencommissie een klacht tegen een zorgaanbieder worden ingediend (artikel 2, lid 4). In afwijking hiervan mag bij de klachtencommissie eveneens een klacht tegen een zorgaanbieder worden ingediend over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt die inmiddels is overleden' (artikel 2, lid 6). Een familielid of naaste kan in dat geval een klacht indienen. De Wet Bopz heeft in artikel 41 klachtgronden beschreven en wie een klacht kan indienen. Bij suïcidaliteit zal een klacht dan veelal indirect beargumenteerd moeten worden,

bijvoorbeeld via de klachtgrond 'niet toepassen van het overeengekomen behandelingsplan'.
Er kunnen zich in de Wklcz complicaties voordoen bij de vraag of de overledene toestemming zou hebben gegeven voor het openen van het dossier. Wat te doen als de overledene expliciet heeft aangegeven dat familie en naasten geen toestemming krijgen tot inzage in het dossier en dan via een klachtprocedure dat wel zouden krijgen? Bij een klacht mag de behandelaar zich beroepen op zijn belang om zichzelf te kunnen verdedigen, dat – afhankelijk van de omstandigheden van het geval – zwaarder kan wegen dan de zwijgplicht.
Vooral bij het strafrecht, dat bij 'nalatige' suïcides door de nabestaanden ingezet kan worden, kan spelen dat de hulpverlener ter zake als verdachte onderwerp van onderzoek is en zich niet met succes op het beroepsgeheim en dus op de zwijgplicht kan beroepen; het beroepsgeheim is er ter bescherming van de patiënt en niet van de hulpverlener. Voor het tuchtrecht wordt verwezen naar paragraaf 9 over de jurisprudentie.

8 Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

De Nederlandse praktijk en ideologie rond 'zelfbeschikking' is afwijkend van die in Europees verband. Hoewel er vragen zijn in hoeverre een verzoek om levensbeëindiging een relatie heeft met suïcidaliteit, wordt voor juridische aspecten verwezen naar die specifieke wetgeving. Verwezen wordt naar de *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* (Tholen et al., 2009) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) waarin onder meer de zorgvuldigheidseisen, de rol van de SCEN-arts (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) en de regionale toetsingscommissies worden toegelicht.

9 Jurisprudentieoverzicht

9.1 Vertrekpunt: EHRM

Een vertrekpunt is de zaak Keenan versus het Verenigd Koninkrijk (Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM), 3 april 2001, *Bopz Jurisprudentie* 2001 nr 52, met noot van J. Dute) waarin het Europese Hof benadrukt dat krachtens artikel 2 EVRM (recht op leven) op de overheid een positieve plicht rust te trachten een suïcide te voorkomen. Die plicht wordt begrensd door enerzijds de fundamentele rechten van de betrokkene, anderzijds het gegeven dat niet elk gevaar kan worden uitge-

bannen. Maar bij 'those detained in their custody' draagt de overheid een verzwaarde verantwoordingsplicht, omdat degenen die van hun vrijheid beroofd zijn extra kwetsbaar zijn. Dat geldt ook voor patiënten opgenomen in het kader van de Wet Bopz.

9.2 De Wet Bopz

De Hoge Raad vindt (met het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM)) dat niet elk gevaar van suïcide door middel van dwangopneming moet worden uitgebannen (Hoge Raad, 14 december 1976, *Nederlandse Jurisprudentie*, 1977, 174), al is het uitgangspunt van de Wet Bopz dat gevaar dat kán worden gekeerd, móet worden gekeerd. De rechter toetst dan ook of aan de algemene rechtsbeginselen (doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit) is voldaan en kan dan ondanks suïcidegevaar een dwangopname afwijzen (Rechtbank Breda, 20 juli 2009 en 14 januari 2010, *Bopz Jurisprudentie* 2010 nrs 30 en 31 met noot van R. Zuijderhoudt; evenzo Rechtbank 's-Hertogenbosch, 31 maart 2010, 208929/FA RK 10-1510, *Bopz Jurisprudentie* 2010 met noot van R. Zuijderhoudt). Overigens mag dat er niet toe leiden dat de psychiater dan maar geen geneeskundige verklaring uitschrijft.

9.3 De WGBO

Die zware zorgplicht voor het leven is niet beperkt tot onvrijwillige opnames. Bij een vrijwillig opgenomen jonge moeder die zich ondanks het 'rode-stipbeleid' een ogenblik wist te onttrekken aan toezicht in de instelling en zich prompt suïcideerde met achterlating van een klein kind, legde de rechter de verantwoordelijkheid en daarmee de civielrechtelijke aansprakelijkheid geheel bij de instelling (Rechtbank Breda, 20 augustus 2002, *Bopz Jurisprudentie* 2002 nr 49 met noot van A. Blok, zeer leerzaam), conform de 'leer' uit het zogeheten Willibrordarrest (Hoge Raad 16 juni 2000, *Bopz Jurisprudentie* 2000 nr 54, met noot van R. Zuijderhoudt): als een veiligheidsnorm geschonden is (en daarvan is bij ontoereikend toezicht al snel sprake, zeker als er regels en protocollen zijn) volgt al snel aansprakelijkheid voor de gevolgen.

9.4 Het tuchtrecht, de Wet BIG

Betekent het voorgaande dat in de kliniek rigoureus elk risico moet worden uitgesloten, zoals de vader en tevens mentor van een (vrijwillig opgenomen) suïcidale vrouw eiste, terwijl de behandelaar haar een beetje 'ruimte' wilde geven? Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG 8 november 2001, *Bopz Jurisprudentie* 2002 nr 32, met noot van R. Zuijderhoudt) oordeelde van niet omdat 'gehandeld werd volgens een zorgvuldig overwogen behandelplan [...] de tragische afloop [...] ten spijt'. Het draait dus om de zorgvuldigheid van de handelwijze.

Niet altijd is glashelder wie daarin als verantwoordelijke optreedt. Doorgaans staat een zekere verantwoordelijkheid van de psychiater vast: 'het had op de weg van verweerster gelegen om bij een dergelijke stand van zaken een spoedige psychiatrische beoordeling en een directe vooraanmelding bij de crisisdienst [...] te realiseren. Deze zorgplicht vloeit ook voort uit artikel II.7 van de beroepscode voor psychiaters van de NVvP dat de psychiater ervoor verantwoordelijk is dat continuïteit van de hulpverlening en een goede bereikbaarheid verzekerd zijn' (Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 5 augustus 2008, 07/165). Sluit dit de eigenstandige bevoegdheid van andere BIG-geregistreerden uit? Niet voor zover die reikt: (Regionaal Tuchtcollege Den Haag 10 februari 2009, 2007 H 089a en 089b): 'de arts die vanaf het intakegesprek betrokken was bij de behandeling liet de reguliere vervolggesprekken over aan een ervaren verpleegkundige. Dat is niet ongebruikelijk en een dergelijke werkverdeling is verantwoord'.
In dezelfde lijn oordeelde het Regionaal Tuchtcollege College voor de Gezondheidszorg, Eindhoven (17 augustus 2009, 2008.59b): 'het is vooral niet onjuist geweest om het gesprek door een ervaren en met patiënt bekende sociaalpsychiatrisch verpleegkundige te laten voeren; deze mag immers daartoe bekwaam en derhalve bevoegd worden geacht'. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in recent hoger beroep specificeert de verantwoordelijkheden en legt een waarschuwing op: 'Hoewel ervan moet worden uitgegaan dat X een ervaren sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) is – die de patiënt bovendien kende van het eerste contact ... is het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van oordeel dat in dit geval, bij de hiervoor geschetste voorgeschiedenis van de patiënt en ná de tweede telefonische melding van de huisarts binnen één week tijd, een zelfstandige beoordeling ... door de arts (bedoeld is: de psychiater), althans door een andere psychiater had moeten plaatsvinden. Dat klemt temeer nu de arts (bedoeld is: de psychiater) op ... door de SPV van de actuele situatie (last van suïcidale ideaties) op de hoogte is gesteld. De arts heeft dus ten onrechte het gesprek op ... overgelaten aan de SPV en nagelaten de patiënt uiterlijk na de tweede melding van de huisarts ... zelf te zien en te beoordelen' (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 22 juli 2010, GJ 2010/114).
Het lijkt er dus op dat de zelfstandige beslissingsruimte van de verpleegkundige bij het inschatten van suïcidegevaar en 'management' van de suïcidale patiënt snel en sterk afneemt (en het vereiste van directe betrokkenheid van de psychiater toeneemt) naarmate de zaak acuter en ernstiger wordt, het beeld zich wijzigt, er (door verwijzers of de patiënt en/of familie) gerappelleerd wordt, kortom: de kans toeneemt dat de psychiater tot eigen, nieuwe bevindingen zou kunnen komen in een persoonlijk onderzoek van de patiënt: 'door op grond van haar eigen ervaring van meer dan twee maanden tevoren het verzoek om opname te beoordelen

als manipulatief heeft zij te weinig rekening gehouden met de mogelijkheid dat de psychische stoornis was verergerd of van karakter was veranderd' (Regionaal Tuchtcollege Den Haag 10 februari 2009, H 023a en 023f). Men bedenke: de (groeiende) verantwoordelijkheid van de psychiater doet niet af aan die van de andere betrokken hulpverleners: in het tuchtrecht draagt elk zijn persoonlijke verantwoordelijkheid en die lijkt dus wel eens te 'dubbelen'. Niet zelden ziet men ter zake van een suïcide zowel de psychiater als de klinisch psycholoog, de psychotherapeut, de gz-psycholoog, de SPV en de arts-assistent ter verantwoording geroepen; de andere disciplines zien dus niet de verantwoordelijkheid voor hun eigen handelen afnemen in de mate waarin die van de psychiater toeneemt.
Soortgelijke overwegingen betreffen de verantwoordelijkheidsverdeling tussen psychiater en arts-assistent. Enerzijds: 'Verweerder is als arts-assistent bekwaam en bevoegd tot het zelfstandig verrichten van onderzoek en risico-inschatting. Over de diagnose heeft verweerder ruggespraak gehouden met zijn supervisor, tevens psychiatrische achterwacht, en de behandelend psychiater' (Regionaal Tuchtcollege College voor de Gezondheidszorg, Groningen, 18 december 2008, G2008/20 resp. /21 en /02).
Maar anderzijds, in een geval waarin iemand als arts-assistent optrad: 'de arts (bedoeld is: de psychiater) had geen beoordeling 'op afstand' mogen geven, zonder I zelf te zien. Hij had … zijn beslissing niet mogen baseren op de bevindingen van R die – naar ter zitting is vastgesteld – op … zelfs niet als arts was geregistreerd. De arts (bedoeld is: de psychiater) had de gemelde bevindingen zelfstandig moeten controleren' (Regionaal Tuchtcollege Den Haag, 10 februari 2009, 2007 H 023a en 023f).
De genoemde zaken betreffen de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling tussen enerzijds de psychiater en anderzijds de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en de basisarts (arts-assistent). Naar verwachting zal de redeneertrant van het tuchtcollege niet anders zijn wanneer het de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling betreft tussen enerzijds een andere specialist dan de psychiater, en anderzijds de andere beroepen. In dit verband is het wezenlijk te vermelden dat een tuchtcollege voor de beoordeling van de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling zich (mede) zal laten leiden door een professioneel statuut of vergelijkbaar document.
Twee kwesties spelen in de (tucht-) rechtspraak nog een belangrijke rol. Ten eerste: ook bij suïcide of suïcidegevaar wordt toenemend een eigenstandig belang c.q. het recht van de familie erkend dat de zorgplicht van de hulpverlener raakt: 'Als goed hulpverlener jegens de naaste betrekkingen van patiënte (ex artikel 47 lid 1 sub 3 BIG) diende verweerder daarom ook klager (met zijn gezin) te informeren [...]' (Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 24 maart 2009, GJ 2009 nr 70). Het ging hier om een vrouw met ibs opgenomen na een zeer ernstige suïcidepoging, met wie maar zeer

beperkte samenwerking te bewerkstelligen was en bij wie de ibs tot slot werd opgeheven, waarna zij zich alsnog suïcideerde.
Een tweede kwestie die in de (tucht-) rechtspraak een belangrijke rol speelt, is de volgende. Bij het tuchtrecht staat men door het volstrekt individuele karakter van het tuchtproces soms voor de onmogelijke opgave recht te doen in situaties van ketenzorg (of veelal juist het ontbreken daarvan) waarin evident ontoereikend is gehandeld, maar het unfair zou zijn daarvoor één hulpverlener in het bijzonder als schuldige aan te wijzen en een maatregel op te leggen. Altijd staat een individuele, met name genoemde hulpverlener terecht, nooit een team of een bestuursraad. Bijvoorbeeld Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 9 december 2008, 2008/054: 'Het college acht het verwijt dat de arts op dit punt kan worden gemaakt van gering gewicht, nu van haar redelijkerwijs niet kon worden verwacht dat zij …. voorzag dat hij zo tussen wal en schip zou geraken.'
Het feit dat dit soort gebrekkige samenwerking tussen (zelfstandig bevoegde) disciplines en verschillende instellingen of teams in de ggz frequent voorkomt, alsmede dat beslissingen soms een onhelder en onpersoonlijk gezag dragen ('het team heeft besloten...') sluit niet een hardere tuchtrechtelijke toets uit, zoals opgelegd aan gynaecologen die in hun maatschap een gebrek aan onderlinge samenwerking combineerden met een verantwoordelijkheidsverdeling die onhelder was: 'Wanneer een maatschap van artsen ... de praktijkvoering inricht op de hiervoor omschreven wijze, waarbij niet één arts als (hoofd-) behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid voor de patiënt, maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend zien en de gezamenlijke ochtendbesprekingen, is iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk voor die wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt ... gevoerde beleid' (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 4 maart 2004, 2002/227). Voor de opvattingen van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg over taken en verantwoordelijkheden van die '(hoofd-) behandelaar' wordt verwezen naar Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 1 april 2008, 2007/037, voorts MC 2008, 63 nr 17 p. 726 e.v.), en de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG et al., van 26 januari 2010).
Samengevat: het draait bij de verantwoordelijkheid van de hulpverlener bij suïcidegevaar hoofdzakelijk om (1) het respecteren van de veiligheidsnorm (mogelijk begrensd door de afweerrechten van de patiënt), (2) de zorgvuldigheid waarmee de belangen van patiënt en naaste betrekkingen gewogen worden, (3) de inzet van de juiste bekwaamheid en discipline voor diagnostisch onderzoek en indicatiestelling naarmate de complexiteit en de ernst van het beeld groter worden of moeilijker in te schatten (uiteindelijk de

psychiater of een andere specialist zelf die onder omstandigheden beslist of hij of zij de patiënt zelf moet spreken en onderzoeken en beleid moet vaststellen), en (4) de kwaliteit van de regie en de samenwerking tussen hulpverleners.

10 Aanwijzingen voor de praktijk vanuit juridisch kader

In deze slotparagraaf vatten wij dit hoofdstuk samen in een aantal praktische handelingen en overwegingen. Tussen haakjes vindt u de wetten of regelingen die van toepassing zijn.

Regelen
U regelt de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling in geval van de beoordeling van de suïcidaliteit in een professioneel statuut of vergelijkbaar document (Wet BIG, tuchtrecht, professioneel statuut)

Grondrechten
U realiseert zich dat er spanning bestaat tussen de artikelen in de grondwet die de autonomie en zelfbeschikking van de patiënt beschermen (artikel 10, 11, 15) en de sociale artikelen die meer verplichting tot zorg bepalen (artikel 22). Hierdoor treedt een dilemma op dat u niet kunt oplossen met wettelijke regels.

Voorkómen
U zorgt voor behandelbeleid en een behandelaanbod dat voorziet in preventieve maatregelen en continuïteit van zorg. (Bool et al., 2007; VWS, 2008). U bent goed op de hoogte van de richtlijnen van uw instelling en uw beroepsvereniging (WGBO, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG, professioneel statuut).

Herkennen
U maakt contact met de patiënt door regelmatig de suïcidaliteit te beoordelen. U kunt dat vastleggen in een crisis- of signaleringsplan. U of uw instelling regelt welke professionals het onderzoek van suïcidaal gedrag kunnen doen en legt vast in welke situatie welke professional daarbij betrokken wordt. Zo wordt duidelijk wie in welke situatie wat doet. (Professioneel statuut, Wet BIG.)

Beoordelen
Suïcidaliteit is een dubbelbegrip. U dient bij uw onafhankelijke beoordeling een keuze te maken of de suïcidaliteit een onderdeel is van de stoornis, of gevaar vanuit de stoornis. U laat zich leiden door de *Richtlijn besluitvorming dwang* (Wet Bopz).

Informeren
U gaat altijd systematisch na welke relevante anderen u inlicht: huisarts, crisisdienst, supervisor, familie/naasten. U weet dat daarbij een conflict van plichten kan optreden tussen geheimhoudingsplicht en (morele) informatieplicht (WGBO, Wet Bopz).

Behandelen
U weegt de voor- en nadelen af van een ambulante of een klinische behandeling. U bent u 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 (WGBO).

Documenteren
U legt alle relevante afwegingen en beslissingen zorgvuldig vast in het dossier. Dit geldt in het bijzonder wanneer u afwijkt van een richtlijn. Voor de klachtencommissie of tuchtrechter is relevant wat u opgeschreven hebt: minder doet het ertoe wat u gedacht of gezegd hebt (Wklcz, Wet BIG, WGBO).

Ontslag
De eerste periode na een klinische opname is kwetsbaar. U regelt een goede continuïteit van zorg, in het bijzonder bij een gedwongen ontslag (Kwaliteitswet zorginstellingen, *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*: Hermens et al., 2010).

Nazorg
U overlegt met ketenpartners en legt in het dossier vast wie de regie en de verantwoordelijkheid heeft voor (onderdelen van) de behandeling en voor welke termijn dat geldt (*Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*: Hermens et al., 2010).

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).

Literatuur

APA. (2003). *Practice guidelines fot the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Achilles, R.A. (2006). Hoofdstuk 13. In R.A. Achilles, R.J. Beerthuis, & W.M. van Ewijk (Red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie*. Amsterdam: Benecke.

Bool, M., Blekman J., Jong, S. de, Ruiter, M., & Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit: Beleidsadvies*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Crul, B.V.M., & Legemaate, J. (2008). Meldingen aan de inspectie toch openbaar. *Medisch Contact, 3*, 122-124.

Dijkers, W., & Widdershoven, T.P. (2008). *Teksten wet Bopz*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Dute, J.C.J. (2007). Huisarts; beroepsgeheim; weigering inzage in medisch dossier door nabestaanden: verschaffen van inzage op straffe van een dwangsom wegens zeer uitzonderlijke omstandigheden. Rb Utrecht, 2007/3, pp. 542-548).

Gijsbers van Wijk, C.M.T., Beijaert, E., & Hondius, A. (2011). Wijziging meldingsprocedure suïcides aan IGZ: Een reactie. *Journaal GGZ en Recht, 7*, 42-48.

Gerzon, R. Ph., Dijk, K. van, Frederiks, B.J.M., Janssen, AJGM, Jonkers, A., & Stikker, T.E. (2007). *Vraagbaak psychiatrie en recht*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Hendriks, A.C., Frederiks, B.J.M., & Verkerk, M.A. (2008). Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 32, 2-18.

Hermens, M., Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Huisman, A. (2010). *Learning from suicides: Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit..

IGZ. (2000). *Gevaar in de wet Bopz.* Den Haag: Ministerie van VWS.

IGZ. (2010). *Leidraad meldingen IGZ Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen.* Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, maart 2010.

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. (2010). *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: KNMG.

KNMG. (2010). *Richtlijn omgaan met medische gegevens.* Utrecht: KNMG, januari 2010.

Minister van VWS. (2008). Beleidsadvies verminderen van suïcidaliteit: Standpunt van de Minister van VWS [Kenmerk CZ/CGG-2843047]. Den Haag: Ministerie van VWS, 26 juni 2008.

Stichting HKZ. (2009). *Certificatieschema instellingen voor de GGZ, versie 2009.* Utrecht: Stichting HKZ.

Tilburg, W. van, Veldhuizen, J.R. van, Beijaert, E.W., e.a. (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang). (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling.* Utrecht: De Tijdstroom.

Tholen, A.J., Berghmans, R.L.P., Huisman, J., Legemaate, J., Nolen, W.A., Polak, F., e.a. (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding). (2009). *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis.* Utrecht: De Tijdstroom.

Zanden, M.C.G. van der. (2010). Verandering meldingsprocedure van suïcides aan de Inspectie voor de gezondheidszorg. *Journaal GGZ en Recht, 6*, 96-98.

Zuijderhoudt, R.H. (2004). *Praktijkreeks Bopz deel 8: Stoornis en de Bopz.* Den Haag: Sdu.

Zuijderhoudt, R.H. (2010). Voorwoord. *Journaal GGZ en Recht, 6*, 94-96.

Jurisprudentie

Afkortingen

BJ	*Bopz Jurisprudentie (bron)*
CTG	Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
HR	Hoge Raad
LJN	Landelijk Jurisprudentie Nummer
MC	Medisch Contact
m nt	met noot van
NJ	*Nederlandse Jurisprudentie (bron)*
Rb	Rechtbank
RTC	Regionaal Tuchtcollege

Literatuur jurisprudentie

EHRM 3 april 2001, BJ 2001 nr 52, m nt J Dute.

HR 14 december 1976, NJ 1977, 174.

LJN: BB9778, Voorzieningenrechter Rechtbank Dordrecht, AWB 07/963, december 2007.

Rb Breda 20 juli 2009 en 14 januari 2010, BJ 2010 nrs 30 en 31 m nt R Zuijderhoudt.

Rb 's-Hertogenbosch 31 maart 2010, 208929 / FA RK 10-1510, BJ 2010 m nt R Zuijderhoudt.

Rb Breda, 20 augustus 2002, BJ 2002 nr 49 m nt A Blok.

HR 16 juni 2000, BJ 2000 nr 54, m nt R Zuijderhoudt CTG 8 november 2001, BJ 2002 nr 32 m nt R Zuijderhoudt.

RTC Amsterdam, 5 augustus 2008, 07/165).

RTC Den Haag, 10 februari 2009, 2007 H 089a en 089bRTC Eindhoven, 17 augustus 2009, 2008 59bCTG 22 juli 2010, GJ 2010/114.

RTC Den Haag 10 februari 2009, H 023a en 023f.
RTC Groningen, 18 december 2008, G2008/20 resp /21 en /02.
RTC Amsterdam 24 maart 2009, GJ 2009 nr 70.
CTG 9 december 2008, 2008 / 054.
CTG 4 maart 2004, 2002/227.
CTG 1 april 2008, 2007/037.
MC 2008, 63 nr 17 p. 726 e v.

Bijlage 6
Implementatie van deze richtlijn

Het schrijven en vaststellen van deze richtlijn is veel werk geweest door weinigen. Het implementeren is relatief weinig werk voor velen. Deze richtlijn vraagt erom dat u consequent de aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag toepast. Het vraagt aandacht op twee niveaus: van de professional, en van de organisatie. Wij definiëren de implementatie van deze professionale richtlijn als volgt.

> *Implementatie is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in: (1) het individuele professionele handelen; (2) het functioneren van organisaties en in de structuur van de gezondheidszorg.*

1 De professional

De professional die werkt met suïcidale patiënten, dient op de hoogte te zijn van de recente inzichten rond de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Hij of zij dient de samenvatting van de richtlijn te kennen en de belangrijkste aanbevelingen toe kunnen passen in de praktijk. Het is aan te bevelen dat professionals deelnemen aan na- en bijscholingsactiviteiten waarbij de belangrijkste aanbevelingen worden overgedragen en getraind. Organisaties die na- en bijscholingsactiviteiten verzorgen wordt gevraagd geaccrediteerde scholingsactiviteiten aan te bieden voor alle professionals in de (geestelijke) gezondheidszorg die met suïcidale patiënten te maken hebben.
In de opleiding tot BIG-geregistreerde professional dient de kennis van de samenvatting van deze richtlijn en het leren van contact-, diagnostische en behandelvaardigheden in het curriculum opgenomen te worden. Het gaat om de volgende beroepsgroepen: psychiater, klinisch psycholoog, gz-psycholoog, psychotherapeut, huisarts, verpleegkundig specialist, verpleegkundige, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, SEH-verpleegkundige, en SEH-arts. Het is derhalve van belang dat al deze professionals van een team of zorgprogramma zich scholen of bijscholen in deze nieuwe richtlijn, en niet slechts een selectie van professionals. Als niet het hele multidisciplinaire team de nieuwe richtlijnen schraagt, is de kans groot dat het implementatieproces stokt.

2 Organisaties en de structuur van de gezondheidszorg

Instellingen in de gezondheidszorg die te maken hebben met patiënten met suïcidaal gedrag, adviseren wij om op verschillende niveaus te zorgen voor implementatie.

2.1 Handelen volgens WGBO en Bopz

Op instellingsniveau dient duidelijk te zijn hoe de zorg rond suïcidale patiënten georganiseerd is. Hiervoor bestaan wettelijke kaders (WGBO en Bopz) en daarmee kan de instelling via patiëntveiligheidsbeleid, professioneel statuut en andere interne regels tot een verantwoord beleid komen. Daarbij dient helder te worden afgesproken welke professional waar verantwoordelijk voor is, in overeenstemming met bijlage 5 over gezondheidsrecht en de hoofdstukken over suïcidaal gedrag in deze richtlijn.

2.2 Zorgprogramma's

Instellingen die werken met zorgprogramma's beschikken meestal over een acute/crisisdienst of spoedopname-unit. In dit programma dienen de inzichten over diagnostiek en eerste behandeling bij suïcidaal gedrag die in de richtlijn beschreven staan toegepast te worden. In de specifieke zorgprogramma's (gerelateerd aan stoornissen) dient op een adequate wijze de stoornis en het suïcidale gedrag gediagnosticeerd en behandeld te worden. De richtlijn geeft daarover diverse aanbevelingen.

2.3 Afspraken met ketenpartners

In de richtlijn wordt aangesloten bij het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaliteit* (Hermens et al., 2010) waarin instellingen gestimuleerd worden regionale afspraken te maken voor de opvang en verwijzing van suïcidale patiënten. Goede afspraken tussen verschillende instellingen en tevens tussen behandelafdelingen van een instelling helpen voorkomen dat de suïcidale patiënt tussen wal en schip valt.

2.4 Verantwoordelijkheid voor implementatie bij herkenbare commissie

Het valt te overwegen de zorg voor een adequate implementatie in handen te leggen van een veiligheidscommissie in het kader van het veiligheidsbeleid, die toeziet op de kwaliteit van de zorg rond suïcidaal gedrag. In veel instellingen fungeert een dergelijke commissie al waar het gaat om de interne evaluatie van suïcides en bij de voorbereiding van meldingen van suïcide aan de Inspectie voor de gezondheidszorg. Teams kunnen ondersteund worden door speciaal opgeleide of op te leiden suïcideconsulenten die binnen de instelling teams en afdelingen bijstaan in het toepassen van de richtlijnen in hun beleid en bij patiënten met complex suïcidaal gedrag.

2.5 Beroepsorganisaties en cliëntenperspectief

De beroepsorganisaties Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) hebben deze richtlijn geaccordeerd. Ze zullen daarom een belangrijke rol spelen bij het toepassen van deze richtlijn door hun leden. De cliëntenorganisaties Ivonne van de Ven Stichting, Stichting Ex6, Stichting 113Online en Landelijk Platform GGZ hebben eveneens een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van deze richtlijn. Cliëntenraden kunnen daarom ook behulpzaam zijn bij en toezien op het proces van implementatie.

3 Begeleiding bij implementatie

Uit het verleden is bekend dat implementatie van nieuwe richtlijnen soms moeizaam verloopt. Voor de multidisciplinaire richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van angststoornissen en depressie is een organisatie opgericht die de implementatie van deze richtlijnen in de praktijk bevordert en toeziet op de naleving. Het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NedKAD) organiseert werkbezoeken aan de aangesloten ggz-centra en beoordeelt en faciliteert de naleving van de richtlijnen. Bezien moet worden of een dergelijke organisatie opgericht moet worden voor de borging van deze richtlijn, of dat het NedKAD gevraagd kan worden haar expertisegebied te verruimen. In dat geval wordt het NedKAD gevraagd de naleving van de *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* in hun werkbezoeken op te nemen.

Bijlage 7
Bewijsniveaus

Tabel B9.1 Indeling van methodologische kwaliteit van afzonderlijke onderzoeken

Classificatie	*Interventie*	*Diagnostisch accuratesseonderzoek*	*Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose**
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang.	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad.	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor *confounding* en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek).	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd.	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek, of patiënt-controleonderzoek.
C	Niet-vergelijkend onderzoek.		
D	Mening van deskundigen.		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk, dan geldt de classificatie voor interventies.

Bron: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Handleiding voor werkgroepleden, januari 2006.

De werkgroep sluit zich aan bij de voor ggz-richtlijnen veel toegepaste interpretatie van tabel B9.1, waarbij ook *single blind* RCT's in de richtlijn een A-niveau toegekend krijgen. Omdat onderzoek naar psychologische interventies niet dubbelblind uitgevoerd kan worden, is de indeling van methodologische kwaliteit anders niet volledig van toepassing op onderzoek naar psychologische interventies.

Tabel B9.2 Niveau van bewijs van conclusies

Niveau	*Gebaseerd op*
1	Minimaal één onderzoek van A1-niveau of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
2	Minimaal één onderzoek van A2-niveau, of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van B-niveau.
3	Minimaal één onderzoek van B- of C-niveau.
4	Mening van deskundigen.

Bron: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Handleiding voor werkgroepleden, januari 2006.