

Inhoudsopgave

Inleiding 2

BLOK A Suïcide & suïcidaal gedrag

- A1 Algemene kenmerken 5
- A2 Risicotaxatie en diagnostiek 14
- A3 Methodologie interview 20

BLOK B Differentiatie, behandeling en nazorg bij suïcidaal gedrag

- B1 Differentiatie van suïcidaal gedrag 31
- B2 Psychofarmaca en suïcidaal gedrag 37
- B3 Behandeling acuut suïcidaal gedrag 38
- B4 Behandeling chronisch suïcidaal gedrag 39
- B5 Nazorg en evaluatie na suïcide 41

Actie en verantwoording

- Nadere bespreking van vragen en casuïstiek 43
- Literatuur 47
- Opdrachtblad 'Invoering in de praktijk' 50
- Teamoverleg en intervisie 51
- Begrippenlijst **xx**
- Toets voor POHG 2019/3, Suïcide & suïcidaal gedrag in de huisartsenpraktijk 52

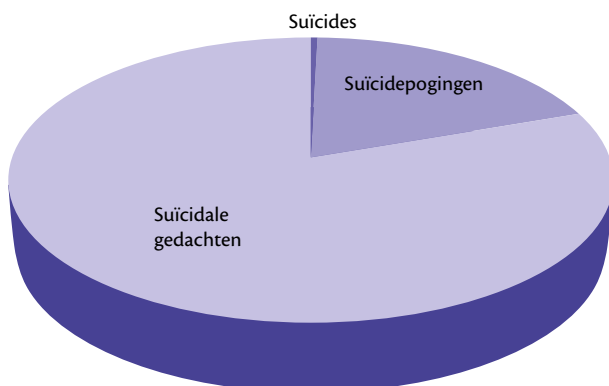
Inleiding

Suïcidaal gedrag is een symptoom dat vaak voorkomt en zich uitstrekt over veel verschillende psychiatrische ziekten. Ook komt suïcidaal gedrag voor zonder dat er sprake is van een classificatie volgens de DSM en lijkt het soms bij een ingewikkeld existentieel gedachtepatroon te passen.

Er zijn overigens in de DSM 5 maar twee classificaties waarin suïcidaal gedrag is opgenomen als symptoom; de borderline persoonlijkheidsstoornis en de depressieve stoornis.

Suïcide is een eindpunt van suïcidaal gedrag dat we in het algemeen slecht kunnen voorspellen en toont aan dat we als hulpverleners regelmatig met een levensbedreigende aandoening te maken hebben en dat sterfte ook een uitkomst kan zijn na ons interveniëren.

Ons handelen is in het algemeen gericht op risicoreductie en is vaak gebaseerd op gezond verstand. Suïcide is gelukkig een zeldzame uitkomst van suïcidaal gedrag. We worden in de praktijk echter wel vaak met suïcidaal gedrag geconfronteerd.



Figuur 1 Suïcidaal gedrag in Nederland.

Een suïcide heeft een grote impact op nabestaanden en de behandelaar of het behandelteam. Het is daarbij vaak ingewikkeld hoe er gehandeld moet worden na een suïcide, omdat de nabestaanden en de behandelaar of het behandelteam met tegenstrijdige gevoelens worden geconfronteerd. Na een suïcide kan de rouw bij een behandelaar samengaan met zowel het incasseren van de rouw als ook woede van nabestaanden.

In 2012 is de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* (MDR DBSG) verschenen (<https://suicidaliteit.nl/MDR%20Diagnostiek%20en%20Behandeling%20van%20Su%C3%AFcidaal%20Gedrag%20.pdf>) en in 2017 is de generieke module *Suïcidaal gedrag* verschenen (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag/inleiding>).

Het zijn gedetailleerde documenten geworden, die zijn bedoeld voor iedere hulpverlener die te maken kan krijgen met suïcidaal gedrag. In deze nascholing wordt veelvuldig

naar deze richtlijnen verwezen en eruit geciteerd. We willen met deze nascholing een summier vertaling naar de praktijkvoering maken. Iedere hulpverlener krijgt te maken met risicotaxatie bij suïcidaal gedrag. Er is echter weinig harde wetenschappelijke evidentie voorhanden en (klinische) ervaring, kennis en ontwikkelde intuïtie zijn belangrijk. Verder is een goede communicatie met de patiënt en zijn naasten essentieel. Er wordt geadviseerd om collega's bij ingewikkelde diagnostiek en bij twijfel of toetsing te betrekken. Taxatie van suïcidaal gedrag is uiteindelijk geen harde wetenschap.

In deze nascholing wordt ingaan op de algemene principes van suïcidaal gedrag en suïcide. Ook wordt de risicotaxatie van suïcidaal gedrag besproken. Verder wordt ingaan op differentiatie van suïcidaal gedrag en het handelen rondom suïcidaal gedrag. Er wordt ook kort op acuut en chronisch suïcidaal gedrag ingegaan er wordt kort ingegaan op enkele mogelijkheden voor begeleiding. Ten slotte wordt ingegaan op de handelwijze na een suïcide en de omgang met nabestaanden.

Doelstellingen van dit nascholingsprogramma

Algemeen leerdoel na afronding van dit nascholingsprogramma:

- je hebt meer kennis en inzicht over suïcidaal gedrag en suïcide. Verder heb je globaal kennis genomen van de in Nederland beschikbare richtlijnen;
- je hebt je verdiept in risicotaxatie van suïcidaal gedrag en je hebt een specifieke interviewmethode geleerd: de CASE-benadering;
- je hebt een visie op de differentiatie van suïcidaal gedrag en je weet te handelen in de huisartsenpraktijk;
- je bent geïnformeerd over het handelen na suïcide.

Opmerking

Dit nascholingsprogramma is in twee gedeelten, BLOK A en BLOK B, door te werken. U zult daar tweemaal ruim een uur voor nodig hebben. Mogelijk beklijft de stof ook beter als je het programma in twee gedeelten doorwerkt.

Afsluitende toets

Deze nascholing is voor twee punten geaccrediteerd. Je krijgt de punten toegekend als u de afsluitende toets succesvol ($\geq 70\%$ correct beantwoord) hebt afgerond.

Nota bene

Houd bij hoelang je met dit programma bezig bent.

Het is voor de redactie van AccreDidact nuttig om te weten hoeveel tijd je in totaal nodig hebt gehad om het gehele programma door te werken, de opdrachten uit te voeren, de vragen te beantwoorden en ten slotte alle vragen van de losse toets volledig en adequaat te beantwoorden. Als je de toets volledig hebt ingevuld, ga dan na hoeveel tijd je in totaal aan dit programma besteed hebt. **Vul de totaal bestede tijd in bij de betreffende vraag op het toetsblad.**

Over de auteur

Dr. Remco F.P. de Winter is psychiater bij onder meer de Haagse crisisdienst en specialismeider acute psychiatrie bij de Parnassia Groep. Hij is sinds 2011 de Nederlandse vertegenwoordiger voor de International Association for Suicide Prevention (IASP). Verder is hij als onderzoeker aan de VU verbonden en publiceert regelmatig over suïcidaal gedrag, in het bijzonder binnen de GGZ.

Belangenconflicten: geen.



A1 Algemene kenmerken

Dit nascholingsprogramma is bedoeld voor POH's-GGZ die te maken hebben met suïcidaal gedrag. De *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* (MDR DBSG) uit 2012 en de generieke module diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag uit 2018 zijn belangrijke naslagwerken. Ze vormen voor een groot gedeelte de basis van deze nascholing.

De beoordeling berust op een combinatie van kennis van risicofactoren en de aspecten van het suïcidaal gedrag, op klinische ervaring en intuïtie. Intuïtie wordt altijd weer beïnvloed door de eerder genoemde zaken.

Tussenvragen

- 1 Is suïcidaal gedrag hetzelfde als suïcidaliteit?

- 2 Kun je een voorbeeld geven van biologische, psychologische en sociale factoren bij suïcidaal gedrag?

Definities

Er zijn verschillende definities voor suïcidaal gedrag. In de MDR DBSG en de generieke module is suïcidaal gedrag gedefinieerd als het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden met inbegrip van zowel handelingen als gedachten. Binnen deze definitie wordt ook zelfbeschadigend gedrag meegenomen. Zie tabel 1 voor een onderverdeling van suïcidaal gedrag.

Tabel 1 Onderverdeling suïcidaal gedrag

suïcide	een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen
suïcidepoging	een handeling, met niet-fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (-vernietiging) of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysieke gevolgen verlangde verandering(en) te bewerkstelligen
suïcidale ideatie	betreft alle gedachten waarbij men suïcide overweegt. Het gaat over algemene gedachten, suïcidewensen en concrete suïcideplannen. Het gaat dus over het cognitief proces dat aan het gedrag voorafgaat

Deze definitie sluit aan bij het internationaal gehanteerde begrip ‘suicidal behaviour’. De achterliggende reden voor suïcidaal gedrag is vaak meerduidig en het kan ook gedurende de tijd wisselen, waarbij de wens om te sterven of juist te willen leven snel kan wisselen en ambivalent naast elkaar kunnen bestaan.

Suïcidaal gedrag kan onder andere een uiting zijn van wanhoop, een uitgesproken wens om te sterven, een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen, de wens om uit een ondraaglijke situatie te ontsnappen, de angst om de controle te verliezen of een communicatiemiddel met een ander zijn. Suïcidaal gedrag kan impulsief en zonder duidelijke voorafgaande overwegingen optreden. Vaak is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich gedreven voelt door de omstandigheden of door onmacht.

Elke vorm van suïcidaal gedrag is, hoe ambivalent ook, geassocieerd met een verhoogd risico op suïcide, waarbij een hoge mate van letaliteit van de suïcidepoging gepaard gaat met een hoger suïciderisico. Maar iedere vorm van suïcidaal gedrag kan riskant zijn, want de gevolgen van een daad zijn voor een persoon vaak niet goed te overzien. Suïcidaal gedrag moet altijd serieus worden genomen. Zo kan het innemen van 20 stuks paracetamol door een individu zelf als ongevaarlijk worden gezien, terwijl het in de praktijk tot ernstige somatische complicaties kan leiden.

Tabel 2 Belangrijke stress- kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren bij suïcidaal gedrag en associatie met suïcide (niet compleet)

algemeen	
– voorafgaande suïcidepogingen	– zelfdestructief gedrag
– suïcidepoging en letaliteit van de poging	– onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)
– suïcidegedachten, intentie, plannen	
demografische kenmerken	
– leeftijd (ouder)	– woonplaats
– geslacht (man)	– etniciteit
– beroep	
psychiatrische aandoeningen	
– stemmingsstoornis (bipolair)	– intoxicatie (alcohol en/of drugs)
– schizofrenie of psychotische stoornis	– angststoornis
– eetstoornis	– slaapstoornis (bij ouderen)
– persoonlijkheidsstoornis	– voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
– verslaving	
somatische ziekten	
– CNS	– maligniteiten
– erfelijke somatische aandoeningen	– pijn
psychologische factoren	
– machteloosheid en wanhoop	– impulsiviteit
– negatief denken	– verlieservaringen
– denken een last te zijn voor anderen	– ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing)
– angst	
– agitatie en/of agressie	
psychosociale factoren	
– werkloosheid	– alleenstaand
– detentie	– overig
– schulden	
genetica en biologie	
– suïcide in de familie	
additionele factoren	
– beschikbaarheid van middelen	
beschermende factoren	
– goede sociale steun	– actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
– verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen (vrouw)	– goede therapeutische relatie

Bij ieder individu wordt suïcidaal gedrag veroorzaakt door een wisselende combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren.

Biologische factoren kunnen genetische aspecten zijn. Zo is er gevonden dat een-eiige tweelingen meer risico hebben dan twee-eiige tweelingen. Er zijn relaties gevonden met bepaalde ontregelingen in het stresssysteem, zoals een samenhang tussen suïcidaal gedrag en een verhoogd cortisol.

Een voorbeeld van een psychologische factor is een misbruikverleden dat een verhoogd risico geeft op suïcide. Verder hebben ook aangeleerde copingsvaardigheden een belangrijke rol in het omgaan met stress en daardoor in de ontwikkeling van suïcidaal gedrag. Sociale factoren zoals een plotselinge armoedeval of sociale factoren gelegen in de cultuur spelen eveneens een belangrijke rol.

Statistisch hangt suïcidaal gedrag en suïcide samen met een groot aantal risicofactoren en beschermende factoren (tabel 2). Suïcide is een fenomeen waarbij talloze risicofactoren, beschermende, drempelverhogende en drempelverlagende factoren met elkaar interacteren. Er is echter geen sleutel over welke factoren er precies samengaan, elkaar versterken of juist verminderen en hoe het suïcidale proces uiteindelijk wordt beïnvloed.

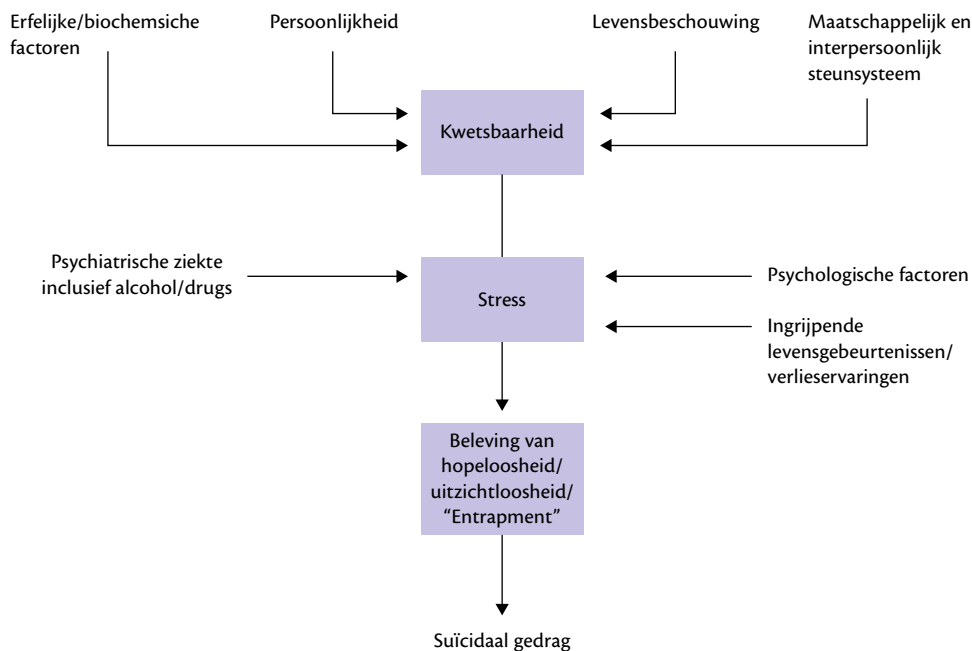
Er zijn helaas geen instrumenten die het optreden van een suïcide met enige betrouwbaarheid kunnen voorspellen. Het model voor stress, kwetsbaarheid en entrapment (figuur 2) is een combinatie van twee modellen om inzicht te krijgen in welke factoren elkaar kunnen beïnvloeden. Hierbij geeft het vastzitten (de entrapment ofwel het klemzitten) het individu geen zicht meer op een uitweg uit een onoverkomelijk kwellende situatie.

Cijfers

Tussenvragen

3 Bij hoeveel jongeren tussen de 0 en 15 jaar per 100.000 jongeren komt suïcide ongeveer voor?

4 Wat is de meestvoorkomende suïcidemethode in de Nederlandse bevolking?

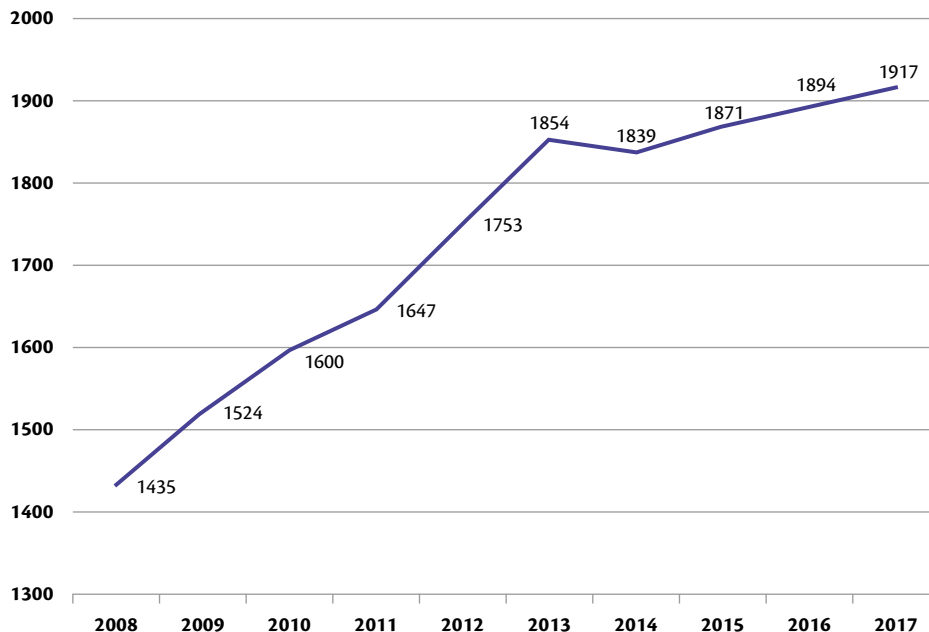


Figuur 2 Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment. De achterliggende factoren van suïcidaal gedrag zijn in de richtlijn geordend in een geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment.

In figuur 3 is het Nederlandse suïcidecijfer over de afgelopen tien jaar weergegeven. De Nederlandse bevolking telde in 2017 rond de 17,1 miljoen inwoners. Het suïcidecijfer wordt meestal uitgedrukt in het aantal suïcides per 100.000 inwoners. Soms wordt gecorrigeerd voor leeftijd door bijvoorbeeld een leeftijdsgroep te excluseren in de verdere berekeningen. Als voorbeeld de exclusie van de leeftijdsgroep van 0-15 jaar: er waren in 2017, in de leeftijdsgroep 0-15 jaar elf suïcides (acht meisjes, drie jongens) en in de bevolkingsgroep boven de 15 jaar 1906 suïcides.

Overigens waren er in 2017 in totaal 23 meer suïcides dan in 2016. De toename kwam vooral door jongeren tot 20 jaar, dit aantal was met 33 personen toegenomen tot een totaal aantal van 81 suïcides. Deze toename is schrikbarend en er is een campagne en een onderzoek ingezet om hier meer grip op te krijgen en om het te begrijpen. Verwacht wordt dat dit een tijdelijk effect is en dat het aantal weer zal dalen.

Bijzonder is dat de Netflix-serie *13 reasons why*, die onder jongeren zeer populair was, wordt gezien als een risicofactor. Het idee is dat een bepaalde romantisering rondom zelfdoding een besmettelijk effect kan hebben. Deze theorie is al lang bekend en wordt het Werther-effect genoemd.



Figuur 3 Suïcidecijfer in Nederland 2008 t/m 2017. (Bron: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/.](http://statline.cbs.nl/StatWeb/))

Er wordt van uitgegaan dat er bij het totaal aantal geregistreerde suïcides een onder-rapportage is. Er zijn immers sterfgevallen waarbij de oorzaak onbekend lijkt en er mogelijk onterecht geen suïcide wordt geregistreerd. Overigens lijken nabestaanden meer content met een 'natuurlijk overlijden' als doodsoorzaak dan met suïcide. Suïcides zijn vaak onbegrijpelijk en nabestaanden worden geconfronteerd met woede en verdriet, waar ze meestal geen raad mee weten. Ook zijn er vaak zelfverwijten en onuitgesproken schuldgevoelens. Dit kan leiden tot een ingewikkelde dynamiek waar ook hulpverleners nog jaren na het gebeuren mee kunnen worden geconfronteerd.

Voor de internationale vergelijking van de incidentie van suïcide is belangrijk dat landen betrouwbaar en eenduidig cijfers registreren over het aantal suïcides. Er wordt hierbij dan gekeken naar de verhouding van 'de sterfteoorzaak onbepaald' (SOO). Dit is in Nederland een relatief klein aandeel van het totaal aantal overledenen en heeft daardoor waarschijnlijk maar een klein effect op het aantal valse negatieve suïcides en daarmee op het totale suïcidecijfer. Toch zal het suïcidecijfer van een land eerder een onderschatting dan een overschatting zijn. Er zijn landen waar zeer lage aantallen worden opgegeven. In het verleden waren er bijvoorbeeld in Egypte nul suïcides. Er wordt daarbij gesuggereerd dat het taboe rondom suïcide vanuit onder andere het geloof van invloed kan zijn op de onjuiste registratie. Verder is het islamitisch geloof beschermend tegen diverse vormen van suïcide (behalve bij psychose).

Nederland had gedurende een lange periode een relatief gunstige positie met het aantal suicides binnen Europa en het suïcidecijfer lag onder het Europees gemiddelde. Vanaf 2007 is in ons land het aantal suicides fors toegenomen en heeft Nederland samen met Griekenland de hoogste stijging binnen Europa en zijn we meer naar het Europees gemiddelde gegroeid. Overigens is onbekend waardoor het getal in Nederland zo is gestegen. Er zijn verschillende verklaringen modellen. Waarschijnlijk spelen er meerdere factoren, waarbij de recessie van 2007 met nasleep een belangrijke rol lijkt te hebben. De toename heeft vooral onder mannen plaatsgevonden en de verhouding man-vrouw ligt in Nederland de laatste jaren boven de 2,5:1.

Er zijn in Nederland ook verschillen per provincie. Uit de laatste gegevens kwam naar voren dat de provincie Groningen verhoudingsgewijs het hoogste aantal overledenen door suïcide telde en Zuid-Holland het laagste.

Suïcide staat in Nederland als niet-natuurlijke doodsoorzaak op de tweede plaats na overlijden ten gevolge van een val (tabel 3).

Tabel 3 Niet natuurlijke doodsoorzaken over 2011 (CBS, 2014)

(Recentere gegevens zijn niet beschikbaar. Euthanasie wordt in de CBS-statistiek als natuurlijk overlijden aangemerkt.)

niet-natuurlijke doodsoorzaken	aantal	percentage
totaal	5845	100%
vallen van hoogte	2420	41,4%
suïcide	1647	28,2%
verkeersongevallen	696	11,9%
stikken	119	2,0%
moord	143	2,4%
verdrinken	70	1,2%
accidentele vergiftiging	128	2,1%
bedrijfsongeval	59	1,0%
verbranden	27	0,5%
door een object	21	0,5%
overige in de privésituatie	208	3,6%
onbekend	307	5,3%

In tegenstelling tot het aantal vervoersslachtoffers, dat van 2066 in 1980 gedurende de jaren gestaag gedaald is naar rond de 613 slachtoffers in 2017, is het aantal suïcides gestegen. In al wat ouder onderzoek komt naar voren dat het aantal suïcidepogingen in Nederland op 94.000 is berekend Bij de spoedeisende hulp (SEH) van algemene ziekenhuizen worden elk jaar ongeveer 15.000 patiënten na een suïcidepoging behandeld. Vrouwen doen vaker een poging dan mannen, terwijl ze minder door suïcide sterven. Daarnaast zijn er jaarlijks meer dan 410.000 personen met gedachten aan suïcide. Suïcidaal gedrag is een belangrijk gezondheidszorgprobleem voor patiënten, professionals en instellingen in zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. Het is wel belangrijk om te weten dat de minderheid (40% van de suïcides) ten tijde van het verrichten van de suïcide in behandeling was in de GGZ.

Uiteraard kan het ook betekenen dat, als er behandeling plaatsvindt binnen de GGZ, er minder kans op suïcide is. In de GGZ hebben we bij beoordeling altijd te maken met de selectie van mensen met suïcidaal gedrag die in ieder geval nog leven. Op macroniveau lijkt de behandeling van depressie in een populatie het totaal aantal suïcides te verminderen. Verder zijn er aanwijzingen dat in regio's waarbij meer gebruik wordt gemaakt van de GGZ de totale hoeveelheid suïcides vermindert en het percentage van suïcides binnen de GGZ iets toeneemt.

De meestvoorkomende methode van suïcide in Nederland is ophanging (tabel 4). In tabel 4 worden onder het kopje 'overige' onder andere de suïcides met vuurwapens, gas, pesticiden en snijden opgenomen. Vuurwapens nemen in andere delen van de wereld een veel prominentere positie in. Van de meer dan 30.000 vuurwapendoden in de Verenigde Staten wordt geschat dat het bij ongeveer twee derde om suïcides gaat. Er is veel onderzoek gedaan naar de belangrijke en sterke relatie van de beschikbaarheid van dodelijke methoden en het risico op suïcides.

Mogelijk speelt het een rol dat als er meer dodelijke methode beschikbaar zijn er ook minder 'suïcidepogingen' plaatsvinden. De poging is immers zo dodelijk dat de kans kleiner is dat je het er levend van afbrengt.

Culturele factoren en beschikbaarheid spelen dus een belangrijke rol. In bepaalde delen van Azië is aansteken van houtskool in een afgesloten ruimte een veelvoorkomende suïcidemethode.

Zo hebben we in de praktijk van de crisisdienst te maken gehad met de beoordeling van een patiënt die een barbecue had aangestoken in de badkamer. Bij beoordeling werd de poging in eerste instantie wat lacherig afgedaan en als niet ernstig beoordeeld. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het weinig voorkomen van deze methode in Nederland en het ontbreken van de kennis over het risico. Overigens is ook gevonden dat media-aandacht voor een dergelijke methode een groter risico op toename van sterfte door deze methode geeft.

Tabel 4 Suïcidemethoden over 2017

suïcidemethode	aantal	percentage
totaal	1917	100%
ophangen	909	47,4%
medicatie	342	17,8%
voor een railvoertuig springen	213	11,1%
van hoogte springen	136	7,1%
verdrinken	118	6,2%
overige	199	10,4%

Nationale preventie

Gedurende het laatste decennium is er in Nederland meer aandacht gekomen voor de preventie van suïcide en dit werd als belangrijk speerpunt gezien door onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het aantal verkeersslachtoffers is door een groot aantal projecten over de laatste vijftig jaar fors gereduceerd. Dit is een voorbeeld om door op veel vlakken te investeren ook het aantal suïcides omlaag te krijgen. Betere scholing, betere zorg, betere herkenning door hulpverleners, mediavorlichting, betere afscherming gevaarlijke spoorwegemplacements, voorlichting aan scholen, nauwkeurigere zorgafstemming binnen de GGZ et cetera.

Een belangrijke Nederlandse ontwikkeling voor de gewenste reductie van suïcides is de oprichting van 113 zelfmoordpreventie, www.113.nl. 113 is begonnen als combinatie van een website, chatdienst en een telefonische hulpdienst voor suïcidale personen, hun naasten en eventuele nabestaanden. Voor iedere hulpverlener is het belangrijk te weten dat 113 bestaat, zodat ernaar kan worden verwezen. Verder heeft 113 van de overheid een belangrijke voortrekkersrol gekregen in de ontwikkeling van betere suïcidepreventie door alle lagen van de samenleving heen.

A2 Risicotaxatie en diagnostiek

Tussenvraag

- 1 Kun je een voorbeeld geven van suïcidaliteit bij patiënten met psychotische kenmerken?

In onderdeel A1 zijn in tabel 1 belangrijke stress- en kwetsbaarheidsfactoren weergegeven. De belangrijkste risicofactoren zijn voorafgaande suïcidepogingen, de ervaring van een persoon om 'klem te zitten', middelbare leeftijd, depressie (bipolair) en het mannelijk geslacht. Psychologische autopsiestudies tonen aan dat de meerderheid van de mensen die zich suïcideert een psychiatrische stoornis heeft. Bij de bipolaire stoornis wordt geschat dat uiteindelijk een op de zes tot zeven mensen overlijdt door suïcide. Meestal gebeurt dit in de depressieve fase. Daarbij wordt gesuggereerd dat daden die zijn begaan gedurende een manie een langsparend effect kunnen hebben door verlieservaring op het sociaal en beroepsmatig functioneren.

Bij risicofactoren is het altijd belangrijk om naar het geheel te kijken. Het lastige van risicofactoren is dat ze op groepsniveau van groot belang zijn, maar bij de individuele patiënt nog steeds weinig voorspellende waarde kunnen hebben. In de literatuur komt naar voren dat bij grote populaties een voorgeschiedenis van suïcidepogingen als grootste risicofactor voor suïcide kan worden gezien.

Op individueel niveau zegt dit vaak niets over de uiteindelijke risicotaxatie. Ook andersom speelt dit een rol. Er zijn bijvoorbeeld geen duidelijke studies waarbij een depressie met (stemmingscongruente) psychotische kenmerken als grootste risicofactor wordt aangetoond. In de praktijk zijn we echter zeer beducht voor deze vorm van depressie, waarbij iemand ook suïcidaal gedrag vertoont. Naast het feit dat deze symptomatologie relatief weinig voorkomt, zullen we bij herkenning ook meer preventief gaan handelen, waardoor uiteraard de uitkomst wordt beïnvloed. Ook weten we niet wat de uitkomst van ons handelen is. Iedere persoon die we 'redden' is een 'no-case'.

Door de herkenning en ernst van het beeld wordt er adequater gehandeld, waardoor het risico op suïcide binnen deze groep waarschijnlijk daalt. Het is ingewikkeld om te beoordelen wat op groepsniveau het resultaat van de interventie uiteindelijk is. Het is ethisch onmogelijk om onderzoek te doen naar verschil van handelen bij ernstig suïcidaal gedrag met nihilisme, waarbij het natuurlijk beloop wordt vergeleken met bijvoorbeeld

klinische opname met aanvullend elektroconvulsieve therapie (ECT). Verder hebben we als hulpverleners te maken met een selectie van suïcidale mensen. Zoals eerder genoemd is minder dan de helft van het aantal patiënten dat zich suïcideert in behandeling bij de GGZ. We hebben bij suïcidaal gedrag te maken met mensen die het tot het moment van beoordeling in ieder geval hebben overleefd.

In de huisartsenpraktijk is kennis over suïcidaal gedrag belangrijk. Op het eiland Gotland in Zweden zijn aan aantal jaren geleden alle (huis)artsen in suïcidepreventie bijgeschoold (onderkenning van depressie en herkennen van suïcidaliteit). Er werd gevonden dat het aantal suïcides op het eiland afnam.

Uit Nederlands onderzoek komt naar voren dat 45% van de mensen die zich hebben gesuïcideerd in de voorafgaande dertig dagen gezien zijn door een huisarts. Van deze mensen is maar bij 31% suïcidaal gedrag herkend. Het betekent dat veel mensen zich melden met andere klachten dan suïcidaal gedrag. Het is uiteraard een puzzel hoe we deze mensen beter kunnen identificeren en dus ook betere hulp kunnen regelen.

Nog steeds is er bij hulpverleners vaak schroom om te vragen naar suïcidale gedachten. Het kan ook lastig zijn om ernaar te vragen. Weten betekent ook dat er sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid en daarbij wordt een hulpverlener ook met zijn eigen onmacht geconfronteerd.

Ook bestaat nog steeds de mythe dat als je naar suïcidaliteit vraagt, je mensen juist op dat idee kan brengen en dat ze door je vraag suïcidaal worden. Dit laatste is goed onderzocht en er is nog nooit een verband aangetoond.

In de praktijk zijn mensen met suïcidaliteit vaak erg eenzaam en worstelen zij met hun gevoelens en durven ze er ook anderen niet mee lastig te vallen. Vaak is het erover spreken een grote opluchting, wat leidt tot de vermindering van suïcidaliteit.

Ten slotte hoor je ook weleens de veronderstelling dat mensen die erover spreken het niet doen en mensen die erover zwijgen het wel doen. Hierbij is het van belang dat we altijd proberen om met mensen in gesprek te gaan. We bieden diegenen die er over zwijgen een klimaat om erover te spreken en de mensen die erover vertellen een luisterend oor. Verder kent de auteur talloze mensen die er vaak over spraken en ten slotte toch stierven door eigen hand.

Het in gesprek gaan met mensen die suïcidaal zijn is echter niet eenvoudig en het kan helpen om een aantal stappen te volgen en ook gestructureerd aandacht te hebben voor een aantal zaken.

Voordat we een patiënt met suïcidaal gedrag zien, zijn een aantal zaken van essentieel belang bij de beoordeling: de contactlegging, organiseren van veiligheid, betrekken van naasten en zorgen voor continuïteit.

Deze richtlijnpijlers zijn in casuïstiek uitgewerkt.

Contact maken

Casus 1 Mevrouw R.

Mevrouw R. is 29 jaar en is sinds haar 20e bekend met meerdere depressies en een uitgestelde diagnose op as 2. Recent heeft haar vriend haar verlaten en ze meldt zich op maandag bij u op het spreekuur. Ze heeft gebeld met haar moeder, die in het buitenland woont, en haar moeder eiste van haar dat ze naar de huisartspraktijk ging. Bij aanvang van het gesprek vertelt ze dat ze gisteravond acht tabletten paracetamol heeft ingenomen. Ze weet niet goed wat ze moet doen en ze reageert ook boos op uw vragen. Ze wil vooral geen inmenging van de GGZ en begint te mopperen over wat er allemaal fout is gegaan in haar leven en in de hulpverlening. U laat haar foeteren en blijft vriendelijk en excuseert zich voor de verschrikkelijke ellende die ze meemaakt. Daarna vraag je of je haar kan helpen waarop ze zwijgend haar ogen neerslaat. Na een korte tijd barst ze in huilen uit en biedt haar excuses aan en begint ze te praten.



Vraag

- 1 Kun je bij deze casus een ander scenario bedenken, waarbij je je minder vriendelijk en invoelend opstelt?

Bij het contact maken met de suïcidale patiënt, zoals mevrouw R., zijn enkele zaken van essentieel belang. Neem als hulpverlener altijd een houding aan waarbij een patiënt zich onbelemmerd voelt en niet stagneert in het communicatieve proces rondom het suïcidale gedrag. Er moet sprake zijn van een sfeer van vertrouwen en een hulpverlener moet daarbij 'echt' zijn en niet een rol spelen. Ook bij patiënten die bekend **staan** om hun externaliserende en claimende gedrag is een vriendelijke (empathische) en open grondtoon, zo veel mogelijk vrij van tegenoverdracht, essentieel voor het maken van contact. Uiteraard heb je wel oog voor de eigen grenzen binnen het contact.

We weten dat als een hulpverlener beter is getraind in het omgaan met suïcidaal gedrag, deze ook meer zelfvertrouwen krijgt in het omgaan met de specifieke problematiek. Men wordt dan minder afgeleid door onzekerheid en daardoor is er meer ruimte om controle te houden over het gesprek. Het behoedt je er ook voor dat je je aangevallen of machteloos voelt en daardoor gevangen kan raken in de collusie van de lijdensdruk die iemand bij je op tafel kan leggen.

Uiteraard is er verschil tussen contactlegging bij een bekende of (relatief) onbekende patiënt. Bij een bekende patiënt kun je iemand ook meer confronteren met eventuele onredelijkheid en grenzen benoemen binnen de hulpverlening.

Het organiseren van veiligheid

Casus 2 Meneer D.

Meneer D. is een man van Antilliaanse afkomst. Hij heeft pas gehoord dat zijn ex-partner met hun zoon terug is naar de Antillen. Verder is hij twee maanden geleden op non-actief gesteld als tramcontroleur na een geweldsincident en is hij in afwachting van juridische vervolging. Zijn zus is er niet gerust op. Ze heeft een onheilspellend sms'je gekregen en heeft de huisarts gebeld. De huisarts heeft contact opgenomen met de patiënt en hem uitgenodigd voor je spreekuur.



Vraag

- 1 Kun je bij meneer D. een scenario bedenken waarbij je snel voor veiligheid moet zorgen?

Eerst moeten we beoordelen of er een levensbedreigende situatie is. Een patiënt kan immers onder invloed van iets zijn, maar kan ook iets hebben ingenomen. Indien een patiënt van plan is om zich te suïcidieren, moeten we eerst een veilige situatie creëren waarbij we ervoor zorgen dat we zelf geen gevaar lopen. Het maakt uit of het in de praktijk is of bij huisbezoek. Gevaarlijk materiaal kan worden verwijderd, soms verlaat je de ruimte van beoordeling direct (bijvoorbeeld als je een gaslucht ruikt), als je je niet veilig voelt. Het kan ook zijn dat iemand maatregelen heeft genomen. Het is belangrijk om dit te achterhalen en nog eens na te vragen of er belangrijke anderen zijn die dit dan kunnen verwijderen.

Het kan in zeldzame gevallen, ook in de huisartspraktijk, voorkomen dat er politie-assistentie of andere hulp moet worden ingeroepen. Dit kan echter ingrijpend zijn en ook betekenen dat het opgebouwde vertrouwen direct weg is.

Het is belangrijk dat er zo veel mogelijk gebruikgemaakt wordt van naasten. Als het risico op suïcide hoog wordt geschat, kan worden overwogen om de crisisdienst in te schakelen. Dan kan iemand snel in zorg komen of vrijwillig (of bij weigering gedwongen) worden opgenomen. Tijdens de opname kan verder veiligheidsbeleid worden uitgevoerd. Uiteraard moet dit weloverwogen gebeuren en zo veel mogelijk in samenspraak met de huisarts, patiënt en naasten (zie B4).

Het betrekken van naasten

Casus 3 Mevrouw G.

Mevrouw G. is 52 jaar en heeft zich in afgelopen periode meerdere malen bij de huisarts gemeld met vage buikpijnlachten zonder somatische aanwijzingen. De huisarts vraagt of je haar kan zien, want ze vindt haar ook warrig. Mevrouw G. leeft alleen en heeft twee kinderen die beiden in het buitenland wonen. Haar echtgenoot is acht jaar geleden overleden. Recent is gas en licht afgesloten in verband met een betalingsachterstand. De huisarts weet dat de buurvrouw haar heeft zien wegglijden en erg ongerust is. Ze komt bijna niet meer buiten en de buurvrouw heeft boodschappen voor haar gehaald. De laatste week heeft ze het over engelen die haar roepen. Mevrouw G. zegt dat ze vooral rust nodig heeft. Haar dochter in Brussel mag je niet lastigvallen. De verblijfplaats van haar zoon is onbekend. De huisarts vraagt of jij een rol kunt spelen.



Vraag

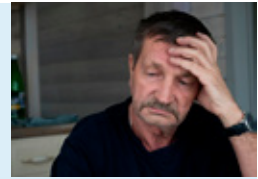
- 1 Welke naasten kun je proberen te bereiken?

Naasten kunnen familieleden, vrienden, kennissen, burens en cetera zijn. Het is belangrijk om deze naasten te betrekken bij de diagnostiek en afspraken die met patiënt worden gemaakt. Soms is het nodig om in eerste instantie een patiënt alleen te spreken, vanwege interferentie van het systeem op de informatie. Maar ook daarna zijn naasten zeer belangrijk voor hetero-anamnestiche informatie. Als een patiënt problemen bagatelliseert, geven naasten belangrijke aanvullende informatie. Naasten kunnen ook een eventuele waarborging van veiligheid (helpen) creëren. Het is belangrijk om op realistische wijze de beperkingen van interventies te bespreken en transparant te zijn over de mogelijkheden en grenzen van hulpverlening. Als naasten na een uitgebreide uitwisseling aangeven geen vertrouwen meer te hebben in de veiligheid, is opname bijna onvermijdelijk. Soms zijn er lastige situaties wanneer de patiënt geheimhouding naar de naasten vraagt. Dit zorgt in de regel voor complexe situaties met het risico dat je als hulpverlener in een spagaat terecht komt. Er kan een conflict ontstaan tussen geheimhoudingsplicht en informatieplicht. Het is belangrijk om een patiënt zo veel mogelijk te overtuigen dat er overleg kan plaatsvinden met belangrijke derden.

Continuïteit van zorg

Casus 4 Meneer Z.

Meneer Z. tobt al jaren met allerlei lichamelijk ongemakken. Recent is hij bij de uroloog geweest en deze heeft gemeld dat hij moet worden geopereerd. Tegen zijn vrouw vertelt hij dat het van hem allemaal niet meer hoeft. Zijn vrouw waarschuwt de huisarts en deze meldt hem met spoed bij je aan. In een eerste gesprek voelt meneer Z. zich goed door je gehoord. Je maakt je echter wel ongerust, want hij lijkt dingen achter te houden en lijkt zich op een bepaalde manier ook te schamen. Je meldt hem via de huisarts aan voor psychiatrische spoedbehandeling bij de GGZ. Na drie weken heeft hij nog niets gehoord vanuit de GGZ. De woensdag erna treft zijn vrouw hem opgehangen aan in de kelder.



Vraag

- 1 Hadden een adequate verwijzing en continuïteit van zorg een andere uitkomst kunnen geven?

Deze casus lijkt extreem, maar in de praktijk zijn er genoeg voorbeelden te geven waarbij door omstandigheden er geen continuïteit is. Het is van belang om bij aanmelding van een suïcidale patiënt na te gaan of de zorg ook daadwerkelijk van de grond komt en dat het voor de patiënt duidelijk is dat er snel een vervolg komt. Ook is het belangrijk dat de patiënt of zijn naasten weten hoe ze de instelling snel kunnen bereiken als dit tussentijds nodig is. Continuïteit van zorg is van essentieel belang. Het is bekend dat er een verhoogd risico van suïcide bij transitie momenten is, bijvoorbeeld na ontslag na opname, een wisseling van behandelaar, tijdelijke vervanging bij vakantie van een hulpverlener et cetera. Nogmaals: aansluitende ketenzorg en continuïteit zijn van essentieel belang.

Diagnostiek

Diagnostiek richt zich in eerste instantie op het inschatten van de prognose en het indiceren en organiseren van zorg. De diagnostiek omvat herkenning, onderzoek van de suïcidale toestand, onderzoek van het complex van factoren dat daartoe aanleiding heeft gegeven en beoordeling van de mate waarin de patiënt geacht mag worden zijn belangen te overzien en te waarderen. In tabel 2 staan de belangrijkste risicofactoren en beschermende factoren die altijd worden meegewogen in de taxatie.

In de praktijk is het gesprek het belangrijkste middel om de suïcidale gedachten en gebeurtenissen te inventariseren. Het is in het algemeen zinvol om hierbij onderscheid te maken tussen openingsvragen waarmee het thema van suïcidaal gedrag ter sprake wordt gebracht, en een onderzoeksstrategie waarmee de suïcidale toestand wordt uitgediept. Voor

de openingsvragen is het belangrijk om aan te sluiten bij de actuele situatie waarin patiënt zich bevindt en bij zijn beleving. Daarna volgen specifiekere vragen. Een geschikte methode om de suïcidale toestand verder uit te diepen is de CASE-benadering (zie hierna).

De MDR DBSG en de generieke module beschouwen het vragen naar suïcidegedachten en gebeurtenissen als een basisvaardigheid van hulpverleners 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.

A3 Methodologie van het interview

CASE-benadering van Shea

De CASE-benadering is ontwikkeld door Shawn Christopher Shea en is bedoeld om suïcidale uitspraken te onderzoeken in de klinische praktijk. De CASE wordt uitvoerig behandeld in de MDR DBSG en de generieke module.

CASE staat voor Chronological Assessment of Suicide Events. Hierbij vraagt de onderzoeker in een logische en specifieke chronologische volgorde naar suïcidaal gedrag (zie figuur 4). Het lijkt misschien een ingewikkelde methode maar het kan voor iedere hulpverlener een methode zijn om wat systematischer suïcidaal gedrag uit te vragen. Door de vorm van het interview blijft je buiten de machteloosheid die suïcidaal gedrag kan oproepen en kun je mogelijk beter inschatten of opschaling naar de gespecialiseerde GGZ nodig is.

Deze wijze van interviewen kan ook helpen bij problemen die niet zijn gerelateerd aan suïcidaal gedrag!

Eerst worden de recente gebeurtenissen uitgevraagd, vervolgens de situatie en ervaringen, dan de langere voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag en ten slotte de verwachtingen in de directe toekomst, in relatie tot het suïcidale gedrag.

Het onderzoek resulteert in een beschrijving die is opgebouwd uit een omschrijving 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 en een inschatting van de mate van wilsbekwaamheid. Op basis van de beschikbare informatie maakt de hulpverlener met de patiënt en naasten een inschatting van de prognose en indiceert interventies voor de korte en langere termijn.

Aangepast voor de POH-GGZ kan het betekenen dat na het onderzoek de beschrijving volgens de SOEP-methode als volgt is;

S: somberheid en suïcidale gedachten;

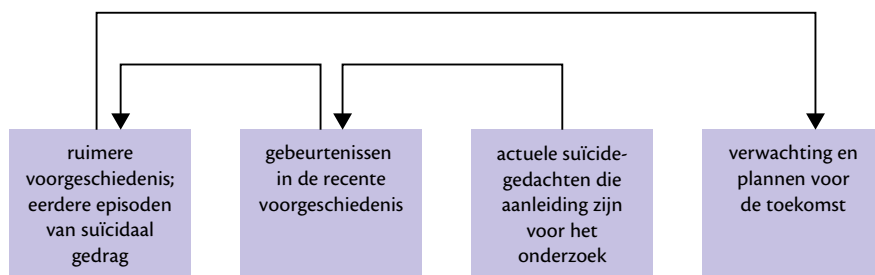
O: geen lichamelijke klachten, helder bewustzijn;

E: dit jaar gescheiden, problemen op werk en schulden, leidend aan depressieve klachten.

Heeft nog sterk steunsysteem (vrienden, kinderen);

P: inventariserende gesprekken oplossingsgericht met eventueel bij onvoldoende herstel aanmelden bij de GGZ.

Het is belangrijk om te benadrukken dat de CASE-benadering een flexibele interviewstrategie is, die puur bedoeld is voor het verhelderen van de suïcidale toestand. De benadering moet worden gezien als onderdeel van het gesprek. Daarnaast blijven ook de hiervoor beschreven algemene principes belangrijk: contact maken, veiligheid organiseren, naasten betrekken en zorgen voor continuïteit.



Figuur 4 CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events) van Shea.

Naast een beschrijving van de structuur van het gesprek met de suïcidale patiënt geeft Shea adviezen voor de interviewtechniek die kunnen helpen bij het verkrijgen van betrouwbare en zo compleet mogelijke informatie over het suïcidale gedrag.

Het is mogelijk dat de patiënt om verschillende redenen de onderzoeker onjuiste informatie geeft, bijvoorbeeld door angst, schaamte, de wens om familiegeheimen te beschermen, afweermechanismen (zoals rationalisatie of ontkenning) of als een bewuste poging om de onderzoeker een rad voor ogen te draaien. Deze vervormingen zullen vaker voorkomen als de POH-GGZ de patiënt naar zijn mening vraagt in plaats van naar een feitelijke beschrijving van het gedrag, de gebeurtenissen of de gedachten van de patiënt. De onderzoeker kan dan zelf de verkregen informatie op waarde schatten. Daarnaast kunnen subtiele aannames helpen bij het verkrijgen van informatie. Drie voorbeelden hiervan zijn:

- “Welke andere soorten drugs gebruikt u?”
- “Hoe vaak maken u en uw partner per week ruzie?”
- “Over welke andere manieren om uzelf te beschadigen of te doden heeft u nagedacht?”

De onderzoeker moet deze techniek wel voorzichtig hanteren, om te voorkomen dat het suggestief wordt. Ook bij patiënten die zich bijvoorbeeld sociaal wenselijk opstellen is voorzichtigheid geboden. Tot slot, het is bekend dat het voor een patiënt eenvoudiger is om algemene vragen valselijk ontkennend te beantwoorden dan een serie specifieke vragen. Daarmee kan de algemene vraag: “Welke andere soorten drugs gebruikt u”, worden vervangen door een serie van concrete vragen waarin een aantal soorten drugs worden langsgelopen zoals: “Hebt u ooit cocaïne gebruikt?” Belangrijk hierbij is om te wachten tot er daadwerkelijk antwoord is gegeven, alvorens naar de volgende vraag over te gaan.

Andere voorbeelden van een serie van vragen zijn:

- “Hebt u ooit overwogen uzelf te verhangen?”
- “Hebt u ooit overwogen een overdosis medicatie in te nemen?”
- “Hebt u ooit overwogen uzelf dood te schieten?”

Oefening met de CASE-benadering op basis van een casus

Zoals beschreven vraagt de onderzoeker bij de CASE-benadering naar: de gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren tot het onderzoek

- recente voorgeschiedenis;
- ruimere voorgeschiedenis;
- de actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst (zie ook figuur 4).

Casus 5 Mevrouw M.

Mevrouw M. is 48 jaar en zij heeft een goede baan bij een gerenommeerd internationaal bedrijf. Zij heeft een depressieve episode doorgemaakt, onder andere na de scheiding van haar man tien jaar tevoren. Zij heeft een tweeling (jongens van 18 jaar) die meestentijds bij haar woont en binnenkort uit huis gaat om te gaan studeren. Zij heeft sinds vijf jaar een moeizame relatie met een getrouwde man die woont werkt in Nederland, maar van Britse afkomst is, die niet voor haar wil scheiden, maar ook de relatie niet wil verbreken. Zijn echtgenote woont in Engeland. Ze reist regelmatig voor hem voor een aantal dagen naar Nederland. Mevrouw kampte recent weer met een depressieve episode en krijgt daarvoor van de huisarts een antidepressivum. Zij is bij de huisarts gekomen nadat ze was beoordeeld op de SEH van een groot stadsziekenhuis in Nederland, nadat zij een onbekende hoeveelheid pillen had ingenomen na de zoveelste ruzie met haar vriend. Op de SEH is duidelijk geworden dat zij na het nuttigen van enkele glazen rosé impulsief zes stuks van haar antidepressiva heeft ingenomen.

Op de SEH gaf ze met klem aan naar huis te willen en zei naar haar huisarts te gaan. De huisarts verwijst mevrouw M. naar jou nadat ze heeft aangegeven niet naar de GGZ te willen; ze is bang dat gespecialiseerde psychiatrische hulpverlening als een smet aan haar zou gaan kleven.

Je treft patiënt en partner in de wachtkamer aan en zegt dat je mevrouw in eerste instantie graag alleen zou willen spreken. Daarmee gaan beiden akkoord.



Gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren tot het onderzoek

Om een inschatting te kunnen maken van de ernst van de suïcidale toestand moet de onderzoeker een gedetailleerd beeld verkrijgen van de directe gebeurtenissen, gedachten of gevoelens die hebben geleid tot het moment van beoordeling. Hij voegt zich hierbij als het ware in de actuele belevingswereld van de patiënt en probeert de gebeurtenissen als een film in chronologische volgorde duidelijk te krijgen. Wat is er precies 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?

Hierbij is het belangrijk om door te vragen tot elk detail voor de onderzoeker duidelijk is. Vragen die beantwoord moeten zijn voordat naar volgende fase van de CASE-benadering wordt gegaan:

- Met welke methode heeft de patiënt geprobeerd zichzelf van het leven te beroven?
- Hoe serieus was de poging en hoe dodelijk?
(Als er sprake is van inname van pillen: welke pillen en hoeveel pillen nam de patiënt in? Als de patiënt zichzelf gesneden heeft: waar, hoe diep, waren hechtingen nodig?)
- Hoe serieus waren de intenties van de patiënt?
(Heeft patiënt iemand op de hoogte gesteld, vooraf of achteraf? Wie heeft hulpdiensten gebeld? Vond de poging plaats op een afgelegen plek of op een plek waarbij het logisch was dat de patiënt zou worden gevonden? Was er een afscheidsbrief of bericht aan dierbaren?)
- Wat vindt de patiënt ervan dat de poging niet gelukt is? Wat vindt de patiënt ervan dat hij nog steeds leeft?
- Was het een impulsieve of een geplande poging?
- Was er sprake van alcohol- of drugsgebruik ten tijde van de poging?
- Speelden interpersoonlijke factoren een rol bij de poging?
(Onder andere boosheid, gevoel van falen, gevoel dat de wereld beter af is zonder hem.)
- Was er sprake van een luxerende factor of stressor?
- Voelde de patiënt zich ten tijde van de poging hopeloos of wanhopig?
- Hoe kwam het dat de poging mislukte?
(Hoe is de patiënt gevonden? Wie heeft de hulpdiensten gebeld?)

Tussenvraag

- 1 Kun je deze vragen beantwoorden als je de gehele casus van mevrouw M. leest? Welke vragen zul je wel gebruiken en welke niet? Als je vragen niet gebruikt, hoe zou je dan alsnog informatie kunnen krijgen?

Casus 5 Mevrouw M. (vervolg)

Onderzoeker: "Ik heb begrepen dat u een moeilijke avond heeft gehad. Zou u mij daarover willen vertellen?"

Patiënt (in tranen): "Ik schaam me vreselijk. Ik heb een verantwoordelijke baan en heb een tweeling grotendeels alleen opgevoed, maar ben niet in staat om goed voor mezelf te zorgen. Waarom heb ik nu een relatie met een getrouwde man die in Nederland woont en werkt. Ik zie hem enkel als zijn vrouw terugreist naar Engeland. Hij kan niet kiezen en toch kan ik hem niet loslaten."

Onderzoeker: "Dat is inderdaad een ingewikkelde en pijnlijke situatie. En wat gebeurde er vanavond dat u zo wanhopig werd dat u geen andere uitweg zag dan meerdere van uw pillen in te nemen?"

Patiënt: "Ik heb hem na de zoveelste ruzie vanavond gezegd dat als hij niet zou kiezen, ik dat voor ons beiden zou doen en de relatie zou beëindigen. Ik kan dit niet langer. Het is te pijnlijk voor mij. Dat heb ik hem gezegd. We hadden al wat glazen rosé op en kregen nog heviger ruzie. Ik zei dat hij moest weggaan waarop hij huilend is vertrokken."

Onderzoeker (na korte stilte): "En wat gebeurde er daarna?"

Patiënt: "Daarna werd ik zo wanhopig en verdrietig dat ik geen uitweg meer zag. Dat mij dit als intelligente vrouw overkomt. Dat ik mezelf dit aandoe. Toen heb ik impulsief een serie pillen ingenomen en weggespoeld met nog een glas rosé. Daarna werd ik zo angstig en moest ik ineens aan mijn tweeling denken. Aan hun toekomst en wilde helemaal niet dood. Ik wilde alleen ontsnappen aan deze ellendige situatie. Toen heb ik toch mijn 'ex-vriend' gebeld om me naar het ziekenhuis te brengen. Hij schrok enorm en was erg lief voor me. Ook nu wilde hij weer mee en heeft hij daarvoor vrij genomen van zijn werk."

Recente voorgeschiedenis

Vervolgens vraagt de onderzoeker in detail naar suïcidale gedachten, intentie, plannen en gebeurtenissen in de recente voorgeschiedenis (de laatste vier tot acht weken) waarmee informatie wordt verkregen over de omstandigheden, aanleiding(en) en omvang van het suïcidale gedrag. Hij vraagt naar de intensiteit en frequentie. Belangrijk hierbij is weer om de informatie zo concreet mogelijk te krijgen. Blijf doorvragen tot het geheel duidelijk is.

Voorbeeldvragen:

- Wat waren precies de gedachten of acties?
- In welke periode speelde dit en hoe was dit in de laatste weken?
- In welke situatie(s) was hier sprake van?
- Hoe vaak had u deze gedachten? (Tienmaal? Honderdmaal? Nog vaker?) Hoeveel tijd per dag bent u bezig met deze gedachten? (Twee uur? Zes uur? Of nog langer?)



- Hebt u terugkerende kwellende of pijnlijke gedachten? Kunt u mij vertellen wat u op zo'n moment denkt?
- Wat zijn voor u aanleidingen om er zo over te denken?
- Hebt u eerder plannen gehad of gemaakt om uzelf iets aan te doen?
- Hebt u ooit eerder geprobeerd om een einde aan uw leven te maken?

Casus 5 Mevrouw M. (vervolg)

In deze fase blijkt dat mevrouw M. zich in de afgelopen weken toenemend klem voelt zitten en gedachten heeft over hoe het nu verder moet. Ze heeft vragen zoals: waarvoor zij nog zou leven en wat zij waard is. Haar tweeling staat op eigen benen en ze heeft een partner die haar aan het lijntje houdt. Bijna niemand weet van deze verhouding, ook haar kinderen niet. Ze schaamt zich vreselijk en verzint allerlei smoezen als zij naar Nederland gaat. Haar leven lijkt een steeds ingewikkeldere leugen te worden.

Ruimere voorgeschiedenis

Als derde komt de ruimere voorgeschiedenis aan bod die door de onderzoeker minder tot in detail hoeft te worden uitgevraagd. Hierbij gaat het met name om eerdere episodes van suïcidaal gedrag.

Vragen:

- Hebt u weleens eerder geprobeerd een einde aan uw leven te maken?
(Hoeveel pogingen of episodes waren dat er? Hoe ernstig waren deze eerdere suïcidepogingen? Wat was er toen aan de hand? Wanneer was dat? Wat hebt u toen gedaan?)
- Bent u weleens eerder zo wanhopig geweest?
- Hebt u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten gehad?
(Wat was er toen aan de hand? Wanneer was dat? Wat heeft u toen gedaan?)

Casus 5 Mevrouw M. (vervolg)

Mevrouw M blijkt nooit eerder een poging te hebben ondernomen om een einde aan haar leven te maken. Wel heeft zij na de scheiding van de vader van haar kinderen een periode gehad dat zij depressief was. In die periode zag zij ook niet waarom zij voor zichzelf zou leven, maar heeft haar tweeling haar erdoor gehaald. Die had toen nog de zorg van een gezonde moeder nodig.

Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst

Met de verzamelde informatie in het achterhoofd gaat de onderzoeker terug naar de actuele gedachten en de verwachtingen voor de directe toekomst. Na deze fase volgt het onderzoek naar de bijkomende factoren.

Vragen:

- Hoe is het nu voor u?
- Hoe ziet u de toekomst? Ziet u enige toekomst?
- Wat gaat u doen als u straks thuis bent of als ik weg ben? Wie kunt u vragen u te ondersteunen?

Casus 5 Mevrouw M. (vervolg)

Mevrouw M. weet niet goed wat ze zelf wil of verwacht van de toekomst. Maar inmiddels ontnuchterd is ze blij dat haar poging niet is geslaagd. Ze moet er niet aan denken wat dit had betekend voor haar tweeling. Ze merkt bij zichzelf dat ze het liefst weer naar huis gaat en haar sociale leven weer oppakt. Ze bedenkt zich dat ze eerdaags een vakantie heeft gepland met haar tweeling voor zij uit huis zouden gaan. Eigenlijk verheugt zij zich hier erg op. Ze vertelt de onderzoeker dat zij de relatie gaat beëindigen en beter alleen af is zonder al deze krenkingen. Het lijkt alsof de toekomst weer wat vorm krijgt en zij een ruimere blik krijgt. Ze geeft ook aan dat ze nog graag een aantal gesprekken met je wil hebben bij het verwerken van dit alles; misschien zelfs verlof op te nemen van haar werk om haar leven weer op de rails te krijgen. Of ze het haar tweeling gaat vertellen, weet ze nog niet.

Na het gesprek met partner spreekt de onderzoeker beiden weer. De partner is verdrietig, maar zeer welwillend en benoemt zijn eigen rol in deze puinhoop. Mevrouw M. imponeert verdrietig maar opgelucht. Samen verlaten ze de huisartsenpraktijk.

Vragen

a Met welke methode heeft mevrouw M. geprobeerd zichzelf van het leven te beroven?

b Hoe serieus was de poging en hoe letaal? (Als er sprake was van inname van pillen: welke pillen en hoeveel pillen nam zij in? Als zij patiënt zichzelf heeft gesneden: waar, hoe diep, waren hechtingen nodig?)

c Hoe serieus waren de intenties van mevrouw M.? (Heeft zij vooraf of achteraf iemand op de hoogte gesteld? Wie heeft hulpdiensten gebeld? Vond de poging plaats op een afgelegen plek of op een plek waarbij het logisch was dat zij gevonden zou worden? Was er een afscheidsbrief of bericht aan dierbaren?)

d Wat vindt mevrouw M. ervan dat de poging niet is gelukt? Wat vindt ze ervan dat zij nog steeds leeft?

e Was het een impulsieve of geplande poging?

f Was er sprake van alcohol- of drugsgebruik ten tijde van de poging?

g Speelden interpersoonlijke factoren een rol bij de poging? (Onder andere boosheid, een gevoel van falen, het gevoel dat wereld beter af is zonder haar.)

h Was er sprake van een luxerende factor of stressor?

i Voelde ze zich ten tijde van de poging hopeloos of wanhopig?

j Hoe kwam het dat de poging mislukte?

Opdracht

Ga terug naar de vragen in dit blok en vergelijk de antwoorden die je daar gaf met de informatie die daarna is gegeven. Welke leerpunten kun je nu voor jezelf formuleren?

Vragen

- 1 Wat is je speciaal opgevallen in de tekst van dit blok en wil je graag onthouden?

- 2 Welke punten uit dit blok wil je graag met je collega's bespreken?

- 3 Welke punten uit dit blok wil je graag met je werkgever bespreken?



B1 Differentiatie van suïcidaal gedrag

Tussenvragen

- 1 Is een opname een reële optie bij een patiënt met psychotische symptomen die zich daarbij suïcidaal uit?

- 2 Zijn bij depressie de suïcidale gedachten vaker langer bestaand?

Suïcidaliteit wordt in de regel als een uniform verschijnsel gedefinieerd en er is weinig onderzoek gedaan naar differentiatie bij suïcidaal gedrag. In de praktijk zien we verschillende vormen van suïcidaal gedrag.

Suïcidaal gedrag kan niet alleen worden gezien als een GGZ-'probleem'. De beoordeling van suïcidaal gedrag is vaak ingewikkeld en er wordt er vaak een grote verantwoordelijkheid neergelegd bij de hulpverlener en de zorgketen. Ook kunnen er juridische gevolgen

zijn indien een beoordeling leidt tot suïcide en naasten van oordeel zijn dat er niet juist gehandeld is.

Bij sommige vormen van suïcidaal gedrag kan het echter beter zijn om de autonomie bij de persoon te houden, waarbij de hulpverlening een meer begeleidende rol kan hebben. Bij andere vormen van suïcidaal gedrag mag er juist worden verwacht dat de hulpverlening een actievere en daarbij soms directieve rol moet spelen. Het moet echter wel duidelijk blijven waar de verantwoordelijkheden liggen en er moet ook samen met andere hulpverleners, de patiënt en zijn naasten worden gezocht naar consensus over de grenzen van behandel mogelijkheden.

Er kan worden gesteld dat de beoordeling van suïcidaal gedrag, als specialisme bij de GGZ hoort, maar dit betekent niet dat de GGZ het domein is waaruit de aanpak altijd moet voortkomen. Er kunnen bijvoorbeeld ernstige reactieve krachten zijn die mensen suïcidaal maken, maar waarop de GGZ weinig invloed heeft. Het is belangrijk dat de huisarts of POH-GGZ een eerste risicotaxatie doet. Daarbij moet vervolgens goed worden overwogen of daar vervolgzorg moet plaatsvinden. Overigens moet worden beseft dat patiënten bij een dergelijke taxatie van suïcidaal gedrag hun eigen risico kwijt zijn bij de verzekeraar.

Ook voor het begrip voor verantwoordelijkheid en eventuele juridische consequenties is het belangrijk om te kunnen begrenzen en te sturen waar mogelijkheden kunnen liggen.

Dreiging met suïcide wordt bijvoorbeeld soms als communicatiemiddel gebruikt. Een individu kan hiermee soms, bewust of onbewust, aantonen hoe ernstig zijn wanhoop is. Dit mag er nooit toe leiden dat suïcidaal gedrag wordt gebagatelliseerd. Ook bij het vermoeden dat suïcidaal gedrag als communicatiemiddel wordt ingezet, is een goede risicotaxatie essentieel. Mensen kunnen sterven door de gevolgen van het pathologische gedrag!

In de praktijk zijn er verschillende vormen van suïcidaal gedrag die ook het handelen bepalen. Dit handelen is vaak meer gebaseerd op een klinisch oordeel dan op richtlijnen.

Ook is er in de richtlijn geen duidelijk onderscheid in vormen van suïcidaal gedrag.

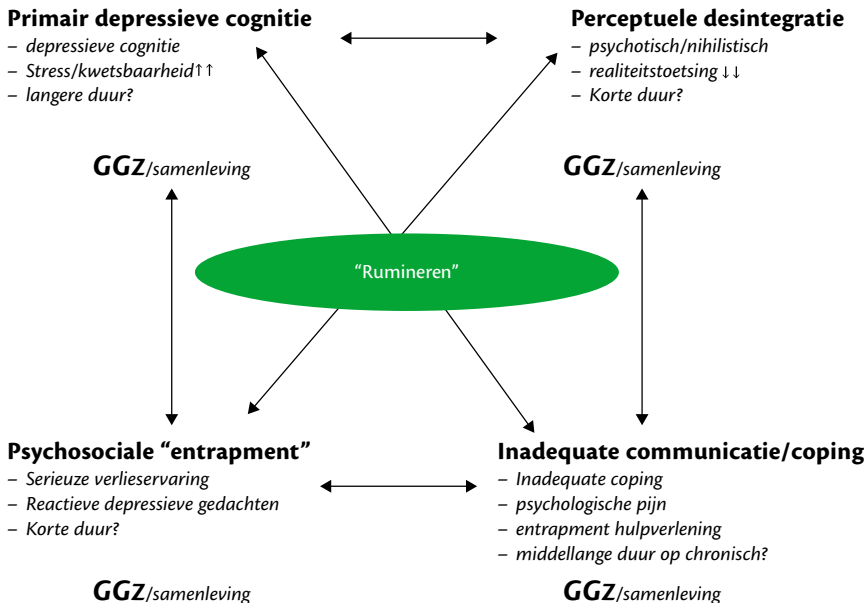
Bij een persoon met een depressie met daarbij een nihilistische psychotische beleving die zich daardoor wil suïcidieren, wordt anders gehandeld dan bij een juwelier van 61 waarbij het faillissement is uitgesproken over het familiebedrijf en deze zich vanuit acute wanhoop inspuut met zijn resterende insulinevoorraad.

Het suïcidale gedrag heeft in beide casussen een verschillende oorsprong en behoeft ook een verschillende aanpak. De aanpak kan verschillen op het niveau van de contactlegging tot het niveau van behandeling.

Uiteraard zijn er ook allerlei beïnvloedende factoren die een invloed op de vorm van suïcidaal gedrag hebben.

Op basis van klinische ervaring en vanuit een wetenschappelijke achtergrond is een model ontwikkeld dat vier vormen van suïcidaal gedrag onderscheidt. Suïcidaal gedrag op basis van (figuur 5):

- perceptuele desintegratie (psychose);
- primair depressieve cognitie;
- psychosociale draaikolk ('entrapment');
- inadequate communicatie en coping.



Figuur 5 Subtypen van suïcidaal gedrag.

Uitleg van de subtypen met voorbeelden

Verstoorde waarneming of waarneming (desintegratie van de perceptie en/of gedrag)

Het suïcidale gedrag komt voort uit psychose met daarnaast affectieve (depressieve) ontregeling of wordt daar voor een groot gedeelte door beïnvloed. Het beeld bestaat vaak pas sinds een kortere periode (eerder dagen of weken) dan maanden en is opvallend door de heftigheid.

Een klassiek beeld is een depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken.

Deze beelden dienen direct naar de gespecialiseerde GGZ te worden verwezen. Als patiënten dit weigeren, kan een (IBS-)beoordeling bij de crisisdienst worden aangevraagd.

Casus 6a

Een man van 25 jaar die sinds vijf jaar bekend is met schizofrenie wordt beoordeeld. Hij heeft de laatste periode veel geblowd en de laatste weken hoort hij de stem van Lucifer. Ongeveer vijf keer per dag zegt de stem dat hij stinkt en er een grote oplossing is als hij sterft door te springen van de tweede verdieping.

Casus 6b

Een 52-jarige vrouw wordt door u gezien en ze blijkt in haar buik te hebben gesneden, ogenschijnlijk ondiep; ze is net door de huisarts behandeld met een aantal pleisters. Opeens meldt ze aan u dat ze eigenlijk al dood is en dat haar darmen haar kinderen besmetten vanuit de zwartheid van haar ziel. Haar dementerende moeder waar ze voor zorgde is negen maanden geleden overleden en verder ligt een zoon van haar, die een kind heeft waar ze twee dagen per week voor zorgt, in scheiding. Sinds drie weken is ze toenemend somber en eet ze nog nauwelijks en slaapt ze nog maar drie uur per nacht.

Primair depressieve cognitie

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een depressieve gedachtegang en er is geen psychose. Het beeld kan lang aanwezig zijn (bijvoorbeeld al weken/maanden). Kenmerkend is dat de suïcidale gedachten deel uitmaken van de cognitie en dagelijks terugkerend zijn.

Een klassiek beeld is een depressieve stoornis, maar het kan ook onderdeel zijn van een angststoornis. Er kan bijmenging van persoonlijkheidsproblematiek zijn, maar het kan ook ontstaan bij persoonlijkheidsproblematiek en onderdeel worden van een terugkerend gedachtepatroon waarbij negatieve cognities of de trias van Beck aanwezig kunnen zijn (negatief over zichzelf, negatief over anderen en negatief over de toekomst). Deze vorm van suïcidaal gedrag lijkt betrekkelijk zeldzaam en deze mensen worden bij voorkeur bij de gespecialiseerde GGZ aangemeld, als dit niet lukt bij de basis-GGZ. Soms willen mensen dit zelf niet en dan is het wenselijk om met een psychiater te overleggen die aan de POH is verbonden.

Casus 7a

Een man van 56 jaar is sinds drie maanden gescheiden. Op zijn werk is er de laatste jaren veel stress door reorganisatieperikelen. Hij is dagelijks somber, slaapt slecht en wordt meestal om 4 uur wakker. Heeft geen interesse meer in zijn hobby's, kan het journaal niet meer aanzien en heeft het liefst geen tv aanstaan. Hij weet niet hoe hij dit nog moet gaan volhouden en denkt dood beter af te zijn.

Casus 7b

Een vrouw van 28 loopt al jaren vast en is in het verleden behandeld voor persoonlijkheidsproblematiek. Haar vriend geeft al maanden aan dat het zo niet langer gaat en dat hij erg twijfelt over de relatie. Ze heeft nergens meer zin in en is sinds vier weken in de ziektewet. Ze eet de laatste periode meer en is kilo's aangekomen. Ze kan bijna niets anders dan de hele dag zappend naar Netflix kijken, maar eigenlijk vindt ze dit verschrikkelijk. Ze voelt zich zeer waardeloos, een last voor de omgeving en een grote parasiet. Op een avond neemt ze tien tabletten paracetamol in en komt terecht op de SEH en wordt vervolgens naar haar huisarts verwezen.

Psychosociale draaikolk

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een ernstige verlieservaring of krenking, waardoor het leven van de patiënt volledig op zijn kop staat. Er wordt een erge zielenpijn ervaren die niet is vol te houden en waarbij iemand rust wil of wil stoppen met er zijn om de verschrikkelijke ellende niet te voelen. Het bestaat vaak sinds kort (uren/dagen/weken). Middelengebruik kan extra invloed hebben.

In de regel is vooral een oplossing voor het acute probleem een remedie. Bij ernstig onomkeerbaar verlies is vooral steun bij de acute rouw van belang. Hoewel dit beeld zeer reactief lijkt en soms al goed kan verbeteren op gesprekken bij een POH of acties binnen het sociale domein, moet soms worden opgeschaald naar de gespecialiseerde GGZ, omdat een korte opname soms de acute angst eruit kan halen.

Casus 8a

Een vrouw heeft een leenauto; gewoonlijk rijdt ze niet in een automaat. Ze brengt haar twee jonge kinderen naar de crèche. Ze parkeert en stapt uit en kijkt nog even op haar telefoon. Op dat moment rolt de auto de Rijn in. Ondanks haar pogingen om de auto nog te openen door ook in het water te springen, verdrinken haar twee kinderen. Hierna wordt een vrouw gezien die op geen enkele wijze meer wil leven.

Casus 8b

Een man van 65 jaar viert zijn afscheid als directeur van een autobedrijf. Hij heeft zich altijd volledig ingezet voor het bedrijf en heeft het bedrijf doen groeien en ziet dat als een zeer grote persoonlijke verdienste. Hij was ervan overtuigd dat de medewerkers hem erg gaan missen en hoopte dat er een onderscheiding zou zijn aangevraagd in de Orde van Oranje-Nassau; dat is niet gebeurd, zo blijkt op het afscheidsfeest. Op weg naar huis rijdt hij met een promillage van 0,5 tegen een boom. Zijn auto heeft goede airbags en zijn vrouw neemt hem mee naar de huisarts. Bij beoordeling geeft hij aan dat het allemaal voor niets is geweest en nu alleen nog maar voor de geraniums kan gaan wachten.

Inadequate coping en/of communicatie

Het suïcidale gedrag komt voort uit ernstige ervaren lijdensdruk, waarbij iemand niet goed weet te communiceren. Iemand kan soms alleen maar een hulpvraag formuleren en hopen op een oplossing door zich suïcidaal te uiten. Het suïcidale gedrag bestaat vaak al langer (maanden) en kan hevig fluctueren. Deze vorm van meer chronisch suïcidaal gedrag wordt vaak gezien bij persoonlijkheidsstoornissen zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Ook kan middelengebruik een belangrijke luxerende factor zijn. Het suïcidale gedrag komt vaak als externaliserend en niet echt over en hulpverleners voelen zich vaak klem gezet. Het kan samengaan met verlieservaringen waarbij de onmacht meer wordt geëxternaliseerd dan geïnternaliseerd. Vaak is het steunsysteem ook uitgeput en zien patiënten de hulpverleners als falend.

Er is een risico dat hulpverleners zich gemanipuleerd voelen en patiënten zich niet serieus genomen voelen, waarbij het gedrag wordt versterkt en er een groter risico op suïcide ontstaat. Bij deze vorm moeten we overigens beducht zijn voor acute suïcidaliteit op chronisch. Ook kunnen de typen in elkaar overgaan.

Overigens is het uiteraard zo dat de POH maar een beperkte invloed heeft. In de praktijk zijn er veel mensen die niet naar de gespecialiseerde GGZ of basis-GGZ willen, maar wel bij de huisarts willen blijven komen. Toch moet het voor een patiënt duidelijk zijn dat er grenzen zijn aan de zorg die er bij de POH wordt geboden en soms lijkt opschaling naar basis of gespecialiseerde GGZ onafwendbaar. Zoals gezegd is er altijd het risico dat deze vorm in een andere vorm van suïcidaal gedrag overgaat.

Casus 9a

Een 28-jarige man wordt alweer ontslagen. Hij heeft het laatste jaar meerdere banen gehad en krijgt telkens ruzie en voelt zich miskend. Zijn stemming wisselt dagelijks. Als kind heeft hij een zeer onveilige hechting meegemaakt. Hij heeft in meerdere kindertehuizen gezeten, waar ook sprake was van misbruik. Hij is meerdere malen kortdurend opgenomen en gaat vaak met onvrede weg. Hier voelt hij zich door iedereen in de steek gelaten en voelt zich verlaten. Hij belt naar de politie en zegt dat hij met een touw op het balkon staat. Als de crisisdienst komt is hij boos, hij scheldt en zegt dat ze toch nooit wat voor hem kunnen doen. Er komt een woordenwisseling en de patiënt wordt heengezonden en naar zijn huisarts verwezen. De volgende dag komt het bericht dat hij voor opkomst op de praktijk is overleden door ophanging.

Casus 9b

Een 37-jarige asielzoeker krijgt te horen dat ze met een uitzettingsprocedure Nederland moet verlaten. Ze neemt een forse hoeveelheid onbekende pillen in. Bij beoordeling wordt een wanhopige vrouw gezien die meldt dat ze niet weg kan. Ze wil liever dood dan worden weggestuurd. Het enige wat haar kan helpen is een verklaring dat ze ziek is en niet weg kan en moet leven in een land waar ze geholpen kan worden.

Differentiatie en consequenties voor behandeling en/of aanpak

Op basis van differentiatie kunnen er ook verschillende verantwoordelijkheden worden geformaliseerd. Je kunt je voorstellen dat een suïcide bij een patiënt na ernstige krenking in private omstandigheden moeilijker een hulpverlener kan worden aangerekend dan een suïcide bij een patiënt die geen continuïteit van zorg geboden kreeg, terwijl deze ervan overtuigd was dat zijn lichaam al dood was en zijn ziel alleen kon worden gered door een rituele zelfdoding.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de betekenis van opnames bij suïcidaliteit, een defensievere geneeskunde leidt tot meer opnames. Je kunt je waarschijnlijk voorstellen dat bij een psychotische depressie een klinische opname een suïcide mogelijk kan voor-

komen. Bij andere vormen van suïcidaal gedrag kan een klinische opname echter juist zeer schadelijk zijn en mensen een adequatere behandeling onthouden of zelfs door zelfstigma over de rand duwen. Studies die op dit gebied zijn verricht laten zien dat een gesloten of open opname geen verschillen toont in risicocijfers voor suïcide. Het is echter de vraag of dit bij een betere differentiatie niet anders zou zijn geweest.

Het is belangrijk dat de impact die suïcidaal gedrag heeft op een patiënt, de naasten, de hulpverlener en de maatschappij beter wordt begrepen en ook dat we beter in staat zijn om de verantwoordelijkheid bij suïcidaal gedrag zorgvuldig af te bakenen. Er zijn immers verschillende vormen van verantwoordelijkheid bij suïcidaal gedrag en beter differentiëren is een mogelijkheid om de hulpverlener met minder defensief hulpverlenersgedrag te laten handelen, dat op de lange termijn schadelijker is voor een patiënt.

B2 Psychofarmaca en suïcidaal gedrag

Tussenvragen

- 1 Welke twee psychofarmaca zijn evident zijn bij de behandeling van suïcidaal gedrag?

- 2 Kun je vertellen bij welke ziektebeelden deze medicatie helpt?

Voor de behandeling van suïcidaal gedrag zijn de farmacotherapeutische mogelijkheden begrensd.

Er is onvoldoende direct bewijs dat antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en ECT specifiek helpen in het reduceren van suïcidaal gedrag. Voor het anti-psychoticum clozapine en de stemmingsstabilisator lithium is er een duidelijke evidente werking aangetoond bij suïcidaal gedrag. Van clozapine is aangetoond dat het suïcide en

suïcidepogingen vermindert bij schizofrenie. Van lithium is er duidelijke bewijs dat het suïcide en suïcidepogingen vermindert bij de bipolaire stoornis en andere stemmingsstoornissen. Mogelijk kan de eerder besproken betere differentiatie ook leiden tot een gerichtere farmacologische behandeling.

Bij depressie (de meest voorkomende psychiatrische stoornis met kans op suïcide) en angststoornissen is er effectiviteit aangetoond met de behandeling van antidepressiva. Er is echter geen bewijs dat dit het aantal suïcides daadwerkelijk vermindert. In verschillende landen is er een relatie met de hoeveelheid voorschriften van antidepressiva in de bevolking en afname van het totaal aantal suïcides. Voorzichtigheid is geboden, omdat diverse variabelen tot dit effect kunnen bijdragen.

Van antidepressiva is het echter wel bekend dat gedurende de eerste maand na start onder andere de suïcidaliteit kan toenemen. Het is dan ook belangrijk om een vinger aan de pols contact af te spreken.

Er is voor ECT gering bewijs dat het een snellere afname van suïcidaal gedrag geeft dan op andere symptomen van depressie.

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de behandeling met ketamine bij suïcidaal gedrag en er wordt verwacht dat dit snel op de markt gaat komen.

B3 Behandeling van acuut suïcidaal gedrag

Tussenvraag

- 1 Kun je een voorbeeld geven van hoe je hopeloosheid en negatieve toekomstverwachtingen op de korte termijn kunt bijsturen?

Diagnostiek in de breedste zin van het woord is een eerste vereiste voordat behandeling van suïcidaal gedrag kan beginnen. Eerder is er ingegaan op de differentiatie van suïcidaal gedrag en met name bij de vormen perceptuele desintegratie (psychose) en de psychosociale draaikolk zal de suïcidaliteit vooral acuut kunnen zijn.

Er moet altijd worden bedacht of eerst somatische screening door de huisarts moet plaatsvinden om een onderliggende lichamelijke kwaal te kunnen uitsluiten. Er moet ook aandacht zijn voor eventuele intoxicatie (door bijvoorbeeld drugs- of alcoholgebruik), hoewel iemand dit misschien ontkent.

Voorbeelden van somatische aandoeningen die psychiatrische symptomatologie met suïcidaal gedrag kunnen geven; hypothyreoïdie, Cushing-syndroom, een meningioom, paraneoplastische verschijnselen et cetera.

Er moet worden onderscheiden welke factoren op de korte termijn kunnen worden beïnvloed, zoals actuele psychiatrische aandoeningen. Daarvoor kunnen symptoomgerichte psychofarmaca worden gegeven (zie de paragraaf Psychofarmaca en suïcidaal gedrag).

Verder kan een ernstige psychosociale stressor voor een acuut beeld zorgen (psychosociale draaikolk). De acute behandeling is dan ook gericht op verheldering van de problematiek en het bieden van veiligheid. Het is belangrijk dat er inzicht komt in hoeverre de hopeloosheid en toekomstverwachting zijn te beïnvloeden.

Voor zover mogelijk is het van groot belang om de naasten te betrekken bij het verkrijgen van informatie en daarna bij de behandeling. Het acute risico op suïcide kan soms groot zijn, maar ook weer binnen enkele dagen afnemen. Vergelijk het met de onverdraaglijke rouw de eerste dagen na het verlies van een dierbare, waarbij de tijd de pijn en verbijstering doen afnemen.

Bij suïcidaliteit bij psychotische symptomen is het essentieel om de inhoud daarvan te exploreren. Bij psychotische symptomatologie (wanen/hallucinaties) of depressie met nihilistische wanen is het zinvol om te inventariseren of er inhoudelijk een noodzaak bestaat om snel te sterven. Dit kun je uiteraard niet in de huisartsenpraktijk/POH hanteren en het is wenselijk dat iemand direct naar de s-GGZ wordt verwezen of dat zelfs de crisisdienst moet worden gebeld voor beoordeling.

B4 Behandeling chronisch suïcidaal gedrag

Tussenvraag

- 1 Wat is het risico van demoralisering?

Bij chronisch suïcidale patiënten is er sprake van langdurige terugkerende suïcidale gedachten. Soms al jarenlang en dagelijks gedurende een groot gedeelte van de dag. Het kan bij een breed scala van psychiatrische stoornissen voorkomen. Het merendeel heeft een cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis (met name borderlinepersoonlijkheidsstoornis). Eerder hebben we benoemd dat dit chronische suïcidale gedrag vooral voorkomt bij een inadequate coping om te communiceren over het lijden of vanuit een depressogene cognitie.

Naast een aantal psychiatrische stoornissen, zoals dysthyme stoornis en therapieresistente depressieve klachten, zien we het ook weleens optreden bij patiënten waarbij we geen psychiatrie in engere zin kunnen diagnosticeren. Het kan dan gaan om mensen die bijvoorbeeld uitgebreide existentiële twijfels hebben en daarbij een rigide zienswijze hebben ontwikkeld. Zonder dat er goede cijfers beschikbaar zijn, zien we deze vorm ook wel redelijk vaak bij mensen die binnen het autistische spectrum vallen.

Bij chronisch suïcidaal gedrag is klinische opname in de regel gecontra-indiceerd. De behandeling moet vooral ambulante plaatsvinden, eventueel een dagbehandeling. Als toch opname plaatsvindt moet dat kort zijn (< 48 uur) met als doel orde op zaken te stellen en het systeem of de therapeut kortdurend rust te geven. Er wordt geadviseerd om in de ambulante setting een crisisplan uit te werken.

Helaas haken veel mensen af bij de specialistische GGZ en is er grote kans dat ze daarna weer bij de huisarts terechtkomen en vervolgens weer bij jou. Het is dan belangrijk is om het aangedragen lijden van de patiënt te verdragen en te erkennen dat niets doen met wel erkenning geven aan het lijden het hoogst haalbare is.

Bij deze groep patiënten moet je echter ook alert zijn op veranderingen in het gedrag, waarbij er dan onderzoek moet worden verricht naar (de verandering van) suïcidaal gedrag. Deze veranderingen kunnen ontstaan door het optreden van psychiatrische comorbiditeit, reëel of dreigend verlies, verergering van traumaklachten of bij krenking.

Een ander risico is dat een patiënt door zijn chronisch suïcidale gedrag de POH-GGZ demoraliseert en dat een patiënt steeds zwaarder moet inzetten in de communicatie om serieus te worden genomen. Een verandering in gedrag kan dan mogelijk worden gemist, waarmee het risico ontstaat dat het niet wordt opgepakt door de hulpverlener.

B5 Nazorg en evaluatie na suïcide

Tussenvraag

- 1 Waarom werkt een defensieve houding van een behandelaar niet bij nabestaanden?

Na een suïcide moet de huisarts zo snel mogelijk de nabestaanden en andere betrokken hulpverleners informeren. Daarnaast is het belangrijk dat je het als hulpverlener ook bespreekt met andere collega's en daarbij steun zoekt.

Er moet ook rekening mee worden gehouden dat er bij direct betrokkenen een verhoogd risico op suïcide bestaat. Het is belangrijk om voorzichtig om te gaan met informatie en deze bij voorkeur mondeling te delen. Het is belangrijk om te beseffen dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt.

Het is raadzaam om de tijd te nemen en als hulpverlener te beseffen dat boosheid en onmacht van de nabestaanden deel uitmaken van de reactie. Een defensieve houding werkt zelden, verdragen en steunen is dan het beste. Het is raadzaam om dit als hulpverlener altijd te delen met anderen en om steun te zoeken bij je collega's.

Het is in retrospectief altijd gemakkelijk om aan te wijzen welke aspecten en risicofactoren niet zijn gezien en daarmee het gevoel van falen bij een hulpverlener te bevestigen.

Een suïcide heeft grote impact op zowel nabestaanden als hulpverleners. Meer dan een derde van de hulpverleners ervaart ernstige stress waaronder shock, verdriet, schuld, verraad, woede, schuldgevoel, schaamte en 'gezichtsverlies'. De steun van collega's helpt terwijl het maken van een rapport voor de Inspectie en onderzoek naar de casus niet helpt voor de stressreductie. Er zijn allerlei factoren die bijdragen aan stress, zoals:

- het niet klinisch opnemen van een patiënt die hoog suïcidaal wordt ingeschat en zich daarna suïcideert;
- het gevoel dat een beslissing rondom de behandeling heeft bijgedragen aan de suïcide;
- een negatieve reactie van de behandelaar op de patiënt;
- angst voor juridische vervolging door nabestaanden.

Het is belangrijk om te beseffen dat de meeste nabestaanden behoefte hebben aan nazorg. Een veelgehoorde klacht is dat er eenmalig een gesprek is, terwijl er juist na maanden nog grote behoefte kan zijn aan een vervolgesprek, omdat er nog veel onbeantwoorde vragen zijn.

Tot slot: suïcidaal gedrag komt veel voor, maar minder dan 0,5% van alle mensen met suïcidaal gedrag gaat gedurende een jaar daadwerkelijk over tot suïcide. Van alle suïcides vindt 60% plaats buiten het zicht van de gespecialiseerde GGZ. Daarbij is het voorspellen van een suïcide vaak onmogelijk: er kunnen veel factoren zijn die in de loop der tijd ook nog wisselen. Zo is het voorspellen van het weer voor een paar dagen gemakkelijker dan voor een paar weken. Bovendien zijn er bij weersvoorspellingen veel meer wetmatigheden bekend waarop berekeningen kunnen worden gemaakt. Menselijk gedrag is op dit gebied toch echt moeilijker voorspelbaar. Toch wordt er vaak onmogelijk veel verwacht van de hulpverlener en kan de druk die op je wordt uitgeoefend groot zijn. Geadviseerd wordt om buiten een strijd te blijven en als de druk te groot wordt advies te vragen aan andere hulpdiensten.

Als je helaas toch een suïcides meemaakt, is het ontzettend belangrijk om vooral ook goed voor je zelf te zorgen. Erover praten en je eigen rouw herkennen is belangrijk, zodat je zelf ook de onmacht een plek kan geven!

Verder zal altijd onbekend blijven hoeveel van de mensen die je ziet met suïcidaal gedrag je werkelijk tegen de dood hebt beschermd. Helaas blijft dus het vaak onbekend wanneer je 'goed' hebt gehandeld. Maar vergeet nooit dat je het verschil kunt maken en dat je een essentiële schakel kan zijn in het redden van een leven!

Vragen

- 1 Wat is je speciaal opgevallen in de tekst van dit blok en wil je graag onthouden?

- 2 Welke punten uit dit blok wil je graag met je collega's bespreken?

- 3 Welke punten uit dit blok wil je graag met je werkgever bespreken?

Nadere bespreking van vragen en casuïstiek

A1

Tussenvragen

- 1 Ja. De term suïcidaal gedrag sluit echter meer aan bij de Engelstalige en internationale terminologie.
- 2 Biologische factoren: genetische kwetsbaarheid, hypo/hyperthyreoïdie, ontregeling hypothalamus-hypofyse bijnier-as, et cetera.
Psychologische factoren: seksueel misbruik in het verleden, persoonlijkheidsontwikkeling in het algemeen, aangeleerde copingstrategieën, weinig probleemoplossend vermogen, introversie et cetera.
Sociale factoren: eenzaamheid, recent verlies, schulden, sociale deprivatie, geloofsrichting, cultuur van een land et cetera.
- 3 Voor de gehele Nederlandse bevolking ligt het cijfer rond de 10 per 100.000 inwoners. Bij jongeren onder 15 schommelt het aantal tussen de 3 en 12. Bijna altijd meer jongens dan meisjes. Het cijfer ligt voor de laatste 15 jaar tussen ongeveer 0,02 en 0,08 per 100.000 inwoners (niet verrekend voor leeftijd).
Onder de 10-jarige leeftijd is suïcide zeer zeldzaam. De laatste 60 jaar is er in Nederland negen maal suïcide geregistreerd onder de leeftijd van 10 jaar. Het kan natuurlijk ook betekenen dat de erkenning van suïcide op deze leeftijd zo heftig is dat een andere doodsoorzaak wordt geregistreerd.
- 4 Ophanging.

A2

Tussenvraag

- 1 Schuldwanen, wereldondergangswanen, armoedewanen, somatoforme wanen (bijvoorbeeld geen ingewanden meer hebben en deze niet meer voelen, intern rotten), gehoor-visuele hallucinaties met nihilistische thema's et cetera

Casus 1 Mevrouw R.

Je hebt bij een empathische, echte en open houding meer kans op vertrouwen en daardoor een realistische overdracht van informatie. Er is ook meer kans op de ontwikkeling van een coöperatieve werkrelatie. Dit bewerkstelligt je niet als je te snel in bijvoorbeeld de tegenoverdracht schiet, en daarbij niet professioneel handelt.

Casus 2 Meneer D.

Patiënt is niet eerder bekend geweest met dit gedrag of met inadequate communicatie door suïcidaal gedrag. Zijn zus heeft een sms'je gekregen (extra informatie niet in de tekst: waarin hij haar bedankt voor de liefde en dat ze niet boos op hem moet zijn en dat hij haar altijd lief heeft gehad). Dit lijkt een serieuze aankondiging voor suïcide. Patiënt moet snel worden gezien en onder meer de moet de politie worden gebeld, zodat die er met spoed voor kan zorgen dat de veiligheid wordt gegarandeerd.

Casus 3 Mevrouw G.

Je kunt in ieder geval met de buurvrouw gaan praten en inventariseren welke belangrijke anderen kunnen worden benaderd. De buurvrouw heeft wellicht meer informatie en contactgegevens van kinderen en belangrijke anderen. Uiteraard moet je dit ook met de patiënt communiceren. In de praktijk willen patiënten, in eerste instantie, soms weinig bemoeienis en anderen er niet mee lastigvallen.

Toch is het erg belangrijk om zo veel mogelijk de naasten te betrekken. Uiteraard conflicteert dit met het beroepsgeheim, maar als je de tijd neemt en er contact groeit, wordt uiteindelijk zelden geweigerd om naasten erbij te betrekken.

Casus 4 Meneer Z.

Ja. Er was dan eerder met behandeling gestart en waren er daarbij ook mogelijk goede veiligheidsafspraken gemaakt waardoor patiënt zich gesteund voelt.

A3

Tussenvraag

- 1 Eigen inzicht.

Casus 5 Mevrouw M.

- a Enkele glazen rosé en zes tabletten antidepressiva.
- b De poging moet serieus worden genomen. Het is een vrouw die zich op bepaalde momenten klem voelt zitten en dan impulsief een poging verricht. Ze heeft enkele glazen alcohol gedronken en daarna zes tabletten antidepressiva ingenomen, deze combinatie is niet letaal. Verder had ze direct spijt.

- c Het was een impulsieve daad. Ze heeft zelf snel hulp gezocht en er waren geen maatregelen genomen om de poging te laten slagen. Ze heeft ook niet nagedacht over de te nemen maatregelen indien ze zou sterven.
- d Ze heeft spijt en ze wil verder blijven leven voor haar kinderen.
- e Impulsief.
- f Alcohol, enkele glazen rosé.
- g Er was boosheid na ruzie over de relatie. Ze was wanhopig en verdrietig, voelde zich falen en zag geen uitweg meer.
- h Ja, ruzie met haar vriend, bij het besef vast te zitten in een ingewikkelde relatie.
- i Ja, ze was wanhopig en verdrietig.
- j De methode was intentioneel niet letaal en ze heeft na de poging direct hulp gezocht.

B1

Tussenvragen

- 1 Ja. In het differentiatiemodel wordt dit als suïcidaal gedrag vanuit perceptuele desintegratie gedefinieerd. Als er geen goede reële veiligheidsafspraken zijn te maken en ook de naasten/familie niet in staat zijn om goede veiligheidsafspraken te maken, is dit een belangrijke optie.
- 2 Ja. Bij depressie kan suïcidaal gedrag een van de symptomen zijn. Meestal zijn deze suïcidale gedachten al langer bestaand. Bij detectie daarvan ontstaat er bij de hulpverlening meestal meer besef van urgentie om gaan handelen en lijkt het soms acuut. Bij het gebruik maken van de CASE-methode blijkt toch vaak dat mensen al een lange periode lijden door deze gedachten.

B2

Tussenvragen

- 1 Clozapine en lithium.
- 2 Bij schizofrenie is clozapine een bewezen medicament. Lithium is een evidente medicamenteuze voor behandeling bij de bipolaire stoornis en unipolaire depressie.

B3

Tussenvraag

- 1 Bespreekbaar maken van dit thema. Oplossingsgerichte (korte termijn) en probleem-oplossende schemata doornemen. Inventariseren van bijvoorbeeld relationele of beroepsmatige stressoren en hier taboeloos over kunnen spreken en zoeken naar oplossingen. Uiteraard moet je continuïteit van zorg inzetten.

B4

Tussenvraag

- 1 De patiënt moet steeds meer uit de kast halen om serieus te worden genomen, terwijl de hulpverlener zich steeds machtelozer gaat voelen, maar ook laconieker kan worden om ermee te kunnen blijven omgaan. Door de serieuzere pogingen is er meer kans op letaliteit. Door een gedemoraliseerde houding heeft de hulpverlener daardoor ook meer kans om serieuze gedragsverandering en reële suïcidaliteitsdreiging niet meer waar te nemen.

B5

Tussenvraag

- 1 Met deze houding is er een grote kans dat er meer boosheid bij nabestaanden ontstaat. Je krijgt daardoor minder goed de kans om het betrekkningsniveau en de dynamiek op te merken, waarbij je minder goed kunt observeren en minder snel een neutrale 'positie' kunt voelen. Accepteren van boosheid en beseffen dat de persoonlijke toon tegen jou een rouwreactie kan zijn, maakt het gesprek minder beladen. Meestal vermindert de boosheid na verloop van tijd.

Literatuur



- Ajdacic-Gross V, Lauber C, Baumgartner M, Malti T, Rössler W. In-patient suicide – a 13-year assessment. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2009; 120: 71-75.
- Andresson KT. Suicide prevention and borderline personality disorder- The DiaS trial. PhD Thesis
Kopenhagen: University of Copenhagen; 2016.
- Baldessarini RJ, Tondo L, Viguera AC. Effects of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders. *Bipolar Disorder* 1999; 1: 17-24.
- Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo M. Bipolar disorder. In: Simon RI, Hales RE (red). *Textbook Suicide assessment and Management*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006.
- Baldessarini RJ, Tondo L. Psychopharmacology for suicide prevention. In: Pompili M, Tartarelli R, editors. *Evidence-based practice in suicidology*, 233-253). Göttingen: Hogrefe & Huber; 2010
- Boel M, Blekman J, de Jong S, Ruiters M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut; 2007
- Centraal Bureau Statistiek. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37683&D1=2-19&D2=0&D3=a&D4=11-14&VW=T>.
- Cukrowicz K., Smith P, Poindexter E. The effect of participating in suicide research: Does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide Taylor & Francis Ltdideation and attempts? *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2010; 40: 535-543.
- Dawson DL, Macmillan HL. *Relationship Management of the Borderline Patient. From Understanding to Treatment*. 1993.
- Beurs DP de, Groot MH de, Keijser J de, et al. Improving the application of a practice guideline for the assessment and treatment of suicidal behavior by training the full staff of psychiatric departments via an e-learning supported Train-the-Trainer program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013; 14(1) :9.
- Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C, Wisniewski SR, Thase ME. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Affect Disord* 2011; 133(3): 423-7.
- Winter RFP de, Krijger J de, Hazewinkel MC, Miedema N, Van Amerongen A. Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Psychopraktijk* 2011; 3(2): 19-23.
- Winter RFP de, Kerkhof AJFM. Suïcid und Suïcidprävention in den Niederlanden. *Suïcidprophylaxe* 2012; 3: 90-94.
- Winter RFP de, Beurs DP de. Behandeling van suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek . Hoofdstuk 17, pp 263-275. In: Kerkhof A, Luyn B van (Red.), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- Winter RFP de, Groot MH de, Dassen M van, Deen ML, Beurs DP de. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59(13): 140-149.
- Winter RFP de, Bos A van den. Differentiatie van suïcidaal gedrag. Voorjaarscongres NVVP 2018. <http://suïcidaliteit.nl/2018/VJCDifferentiatiedebuut.pdf>.
- Groot MH de, Kerkhof AJFM, De Ponti K. Onderzoek naar aspecten van suïcide in Nederland 2008-2012. Een quick scan. Amersfoort: GGZ Nederland; 2009.

- Groot MH de, Winter RF de. Beoordeling van het suïciderisico. In: Heeringen K van, Portzky G, Beurs D de, Kerkhof A. Handboek suïcidaal gedrag. Utrecht: de Tijdstroom; 2019.
- Beurs DP de, Hooiveld M, Kerkhof AJ, Korevaar JC, Donker GA (2016). Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ Open* 2016; 6(5): e010868.
- Generieke Module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. GGZ richtlijnen 2017.
- Goldney D. Suicide Prevention: a practical approach. Oxford University Press; 2013
- Gould MS, Marocco FA, Kleinman M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 1635-1643.
- Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2005; 73: 139-145.
- Janssen WA, Noorthoorn WJ, Vries WJ de, et al. Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 2009; 6: 457-471.
- Jobes DA. Managing suicidal Risk: A collaborative Approach second edition. Guilford press; 2016
- Joiner T. Why people die by suicide. Harvard University press; 2005.
- Hoeymans N, Schoemaker CG. De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen. RIVM, Bilthoven; 2010.
- Huisman A, Houwelingen CH van, Kerkhof AJ. Psychopathology and suicidemethod in mental health care. *J Affect Disord* 2010; 121(1-2): 94-99.
- Isaac M, Elias B, Katz LY, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2009; 54(4): 260-268.
- Koekkoek BW, Kaasenbrood AJA. Behandelen van chronische suïcidaleit vraagt om risico nemen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2008; 50(5): 283-287.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(7): 757-66.
- Mann JJ, Currier D. Evidence-based suicide prevention strategies: An overview. In: Pompili M, Tartarelli R, editors. Evidence-based practice in suicidology (pp. 65-85). Göttingen: Hogrefe and Huber; 2010.
- Martin J, LaCroix JM, Novak LA, Ghahramanlou-Holloway M. Typologies of Suicide: A Critical Literature Review. *Arch Suicide Res* 2019; 13: 1-16.
- Meltzer HY. Evidence-based treatment for reducing suicide risk in schizophrenia. In: Pompili M, Tartarelli R, editors. Evidence-based practice in suicidology (pp. 301-311). Göttingen: Hogrefe and Huber; 2010.
- Mokkenstorm J. On the road to zero suicides. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2019.
- Multidisciplinaire richtlijn. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull* 2007; 54(4): 306-69.
- O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 73-85.
- Shea SC. The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20): 58-72.
- Simon I. Suicide risk, assessing the unpredictable. In: Simon RI, Hales RE (editors). Textbook Suicide assessment and Management. Washington: American Psychiatric Publishing; 2006.
- Spuijbroek AT, Leezer YM, Beurs DP de, Winter RFP de. Het aandeel suïcides door patiënten met een stoornis waarvan de ggz-behandeling thans niet meer vergoed wordt. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58(11): 803-808.

- Have M ten, Graaf R de, Dorsselaer S van, et al. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de "Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study" (NEMESIS). Utrecht: Trimbo-instituut; 2007.
- Verwey B, Winter RFP de, Hemert AM van. De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *Psyfar* 2013; 8(1): 20-27.
- Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2010; 23(2): 127-30.
- Williams JMG, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. In: Hawton K, Heeringen Kv (red). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, pp 79-94. Chichester: John Wiley & Sons; 2000.

Opdrachtblad 'Invoering in de praktijk'

Dit opdrachtblad is bedoeld om je te stimuleren de voorgenomen veranderingen in praktijk te brengen. Gebruik hiervoor de punten die je hebt opgeschreven aan het einde van de blokken. Geef in steekwoorden de door jezelf te veranderen of in te voeren praktijkpunten aan.

BLOK A Suïcide & suïcidaal gedrag

BLOK B Differentiatie, behandeling en nazorg bij suïcidaal gedrag

Wanneer evalueer je de resultaten van de invoering van voorgaande veranderingen?

Datum:

Geef in steekwoorden aan wat je met de huisarts zou willen afspreken over de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag.

1

2

3

4

5

Teamoverleg en intervisie

Veel aspecten van dit programma lenen zich goed voor intervisie. Als voorbeeld tref je hierna een drietal punten aan die je zou kunnen meenemen naar intervisie. Ook kun je vragen die voor nader overleg, verdere uitwerking of verdieping in aanmerking komen in dit overleg inbrengen. Door uitwisseling van meningen en discussie met collega's wordt je eigen mening aangescherpt.

Te bespreken onderwerpen

Verzamel de punten die je met je collega's wilt bespreken en daarvoor hebt opgeschreven bij de betreffende vraag aan het einde van BLOK A en BLOK B.

Tijdens intervisie kunnen de volgende vragen aan bod komen:

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

Eigen vragen aan collega's

Hierna kun je jouw eigen vragen invullen die je aan collega's wilt stellen naar aanleiding van dit nascholingsprogramma. Zoek een gelegenheid om deze vragen aan jouw collega's te stellen.

1 _____

2 _____

3 _____

TOETS

Geaccrediteerd tot xxxxxx *

Beantwoord de volgende vragen nadat je dit nascholingsprogramma geheel hebt doorgewerkt.

Je kunt je antwoorden online invullen onder Mijn dossier op de website www.accredidact.nl.
Je vindt daar na het behalen van de toets de juiste antwoorden en feedback.

- 1 Het aantal zelfdodingen in Nederland per 100.000 inwoners ligt de laatste jaren rond de:
 - 20 per 100.000 inwoners
 - 5 per 100.000 inwoners
 - 40 per 100.000 inwoners
 - 10 per 100.000 inwoners

- 2 Bij de CASE-benadering als techniek, voor het uitvragen van suïcidaal gedrag, is het essentieel dat je:
 - eerst contact probeert te krijgen met belangrijke derden zoals familieleden en deze snel bij de behandeling betreft
 - op specifieke wijze eerst naar de recente voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag vraagt
 - direct vraagt naar het risico van suïcide in de nabije toekomst.
 - alle medicamenteuze interventies in kaart brengt

- 3 Welke factor is beschermend voor suïcide?
 - diagnose HIV
 - als beroep tandarts
 - het hebben van een vuurwapen
 - belijdend katholiek zijn

- 4 Het aantal suïcidepogingen per jaar in Nederlands wordt berekend op ongeveer:
 - 50.000
 - 15.000
 - 100.000
 - 200.000

- 5 Welke stelling(en) is/zijn juist?
- 1 het geïntegreerde model van stress, kwetsbaarheid en entrapment maakt een ordening van achterliggende factoren van suïcidaal gedrag
 - 2 het geïntegreerde model van stress, kwetsbaarheid en entrapment is een model waarmee in enige mate de kans op suïcidaal gedrag en suïcide voorspelt kan worden
- 1 is juist
- 2 is juist
- beide zijn juist
- beide zijn onjuist
- 6 Demoralisering kan vooral optreden:
- bij chronisch suïcidaal gedrag
- als naasten geen plek krijgen bij de behandeling en diagnostiek van suïcidaal gedrag
- bij langdurig gebruik van antidepressiva
- als bij acuut suïcidaal gedrag geen veiligheidsplan wordt gecreëerd
- 7 Wat is juist?
- de meerderheid van de mensen die zich suïcideert heeft geen psychiatrische stoornis in engere zin
- de multidisciplinaire richtlijn en generieke module is niet bedoeld voor POH-GGZ
- de contactlegging is één van de beschreven algemene principes bij de risicotaxatie en diagnostiek
- er zijn een aantal gevalideerde voorspellende vragenlijsten voor suïcide beschreven
- 8 Wat is niet een voorbeeld van discontinuïteit van zorg?
- een behandelaar die op vakantie gaat
- ontslag vanuit een psychiatrische kliniek
- datum van wisseling van stageplaats van de aios
- verandering van het elektronisch patiëntendossier
- 9 Wat is niet een psychologische kwetsbaarheidsfactor voor suïcide?
- impulsieve persoonlijkheid
- angst
- seksueel misbruik in het verleden
- sociale steun
- 10 Wat helpt een hulpverlener bij de verwerking na suïcide?
- voor de suïcide opnamevoorkomend te hebben gehandeld
- het schrijven van een rapport voor de Inspectie voor de gezondheidszorg
- een gesprek met een bevriende collega
- een brief van een advocaat

11 Hoeveel mensen met een bipolaire stoornis overlijden naar schatting door suïcide?

- 6 tot 7%
- 10%
- 15%
- 25%

12 Als je de suïcidaliteit uitvraagt volgens de CASE-benadering en je richt op de ruimere voorgeschiedenis, welke vraag is hierbij dan minder relevant en niet van toepassing?

- hebt u weleens eerder geprobeerd een einde aan uw leven te maken?
- bent u weleens eerder manisch of depressief geweest?
- bent u weleens eerder zo wanhopig geweest?
- hebt u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten had?

13 Welke stelling(en) is/zijn juist?

- 1 beschermende factoren zijn goede sociale steun, verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen (man), actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap en een goede therapeutische relatie
- 2 bij een man op leeftijd met impulscontroleproblemen en een detentieverleden die nu ongewild werkeloos is en daardoor machteloos en wanhopig is, is er sprake van meerdere risicofactoren voor een geslaagde suïcide

- 1 is juist
- 2 is juist
- beide zijn juist
- beide zijn onjuist

14 Welke stelling(en) is/zijn juist?

- 1 elke vorm van suïcidaal gedrag is, hoe ambivalent ook, geassocieerd met een verhoogd risico op suïcide, waarbij een hoge mate van letaliteit van de suïcidepoging gepaard gaat met een hoog suïciderisico
- 2 niet iedere vorm van suïcidaal gedrag kan riskant zijn, want de gevolgen van een daad zijn voor een individu vaak goed te overzien

- 1 is juist
- 2 is juist
- beide zijn juist
- beide zijn onjuist

