

Suicide en suïcidaal gedrag

~~bij de huisarts~~

Remco de Winter

Colofon

Missie	AccreDidact streeft ernaar kennis en inzicht bij medische beroepsbeoefenaren te verhogen en de ontwikkeling van het professioneel handelen te bevorderen door middel van onafhankelijke, geaccrediteerde nascholing.
Verschijningsfrequentie	De AccreDidact-programma's voor huisartsen verschijnen achtmaal per jaar.
Accreditatie	Dit programma is door de KNMG voor 2 punten geaccrediteerd onder ID 412763. Accreditatie geldt tot 11 december 2022.
Redactie	Dr. F.A. (Floris) van de Laar, hoofdredacteur Dr. L.J.A. (Lieke) Hassink-Franke Drs. A.J. (Arjan) Hoekstra L. (Louise) Kierkels Drs. C.M. (Marc) de Leeuw Drs. W.G.M. (Wil) Toenders K.C.M. (Karin) van der Velde-Wismans H. (Harold) Wenning MSc
Auteur	Dr. R.F.P. de Winter, psychiater
Didactische adviesraad	Dr. A.N. Goudswaard Dr. F. A. van de Laar Drs. C.J. in 't Veld
Uitgever	Marte Schallenberg

© 2020 AccreDidact, Houten

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Algemene voorwaarden	Leveringen en diensten geschieden volgens de Algemene Voorwaarden van AccreDidact, gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht op 12 mei 2014 onder nummer 30232746. Een exemplaar van deze voorwaarden zal op verzoek worden toegezonden. De voorwaarden zijn te raadplegen via www.accredidact.nl .
Disclaimer	(Para)medische en farmaceutische kennis is voortdurend aan verandering onderhevig. Wanneer nieuwe informatie beschikbaar komt, zijn veranderingen in behandeling, procedures, materialen en (genees-)middelen nodig. Redactie, auteurs en uitgever hebben er zo veel mogelijk voor gezorgd dat de informatie in dit nascholingsprogramma correct is. De lezer wordt echter sterk aangeraden te controleren of de informatie voldoet aan de meest recente wetgeving en behandelingsrichtlijnen.

Inhoudsopgave

Inleiding 4

BLOK A Suïcidaal gedrag en suicide

A1 Algemene kenmerken 9

A2 Risicotaxatie en diagnostiek 18

A3 Methodologie interview 25

BLOK B Differentiatie, behandeling en nazorg

B1 Differentiatie van suïcidaal gedrag 35

B2 Behandeling van suïcidaal gedrag 41

B3 Nazorg en evaluatie na suicide 45

Actie en verantwoording

Nadere bespreking van vragen en casuïstiek 48

Literatuur 52

Opdrachtblad 'Invoering in de praktijk' 55

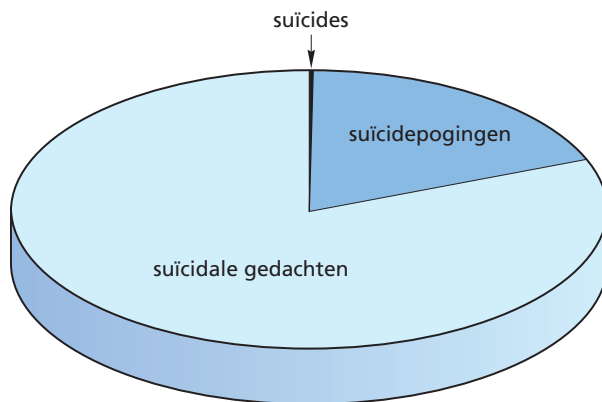
Teamoverleg/Hagro/FTO/WDH 56

Toets voor Huisartsen 2020/8 57

Inleiding

De huisarts heeft vaak te maken met suïcidaal gedrag dat kan worden opgevat als een symptoom dat zich uitstrekt over diverse psychiatrische aandoeningen. Ook komt suïcidaal gedrag voor zonder dat er sprake is van een 'harde' classificatie voor een psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis en lijkt het soms meer bij een ingewikkeld existentieel gedachtenpatroon te passen. Er zijn volgens de DSM 5 overigens 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 niet goed kunnen voorspellen. Het toont aan dat we als hulpverleners regelmatig met een levensbedreigende aandoening hebben te maken en dat sterfte óók een uitkomst kan zijn, zelfs na professioneel interveniëren. Ons handelen is in het algemeen gericht op risicoreductie en is vaak gebaseerd op gezond verstand, en een suïcide is een zeldzame uitkomst van suïcidaal gedrag. De auteur schat dat de werkzame huisarts gemiddelde eenmaal in de zes tot zeven jaar direct met een suïcide wordt geconfronteerd, terwijl er wekelijks een herkende of niet herkende patiënt is met suïcidaal gedrag en er een keer per een tot twee maanden sprake is van een patiënt die een suïcidepoging doet.



Figuur 1 Suïcidaal gedrag in Nederland.

Een suïcide heeft grote impact op nabestaanden en hulpverleners. Het is na een suïcide vaak moeilijk hoe er moet worden gehandeld, omdat zowel de nabestaanden als de behandelaar of het behandelteam met tegenstrijdige gevoelens worden geconfronteerd. Na een suïcide kan de rouw bij een behandelaar samengaan met het incasseren van zowel de rouw als de woede van nabestaanden. Ook voor de huisarts is het vaak ingewikkeld. Vanuit de praktijk kent de auteur een aantal huisartsen die zich zeer machteloos voelden en handelingsverlegen. Ze maakten zich grote zorgen om een patiënt, maar het lukte niet goed om de patiënt te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz. Soms doordat de ggz geen goede ingang of weerstand bood, maar ook doordat patiënten iedere vorm van hulpverlening afhielden en er geen goede ingang leek te zijn voor een andersoortige beoordeling.

In 2012 is de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* verschenen en in 2018 is de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* gepubliceerd. Verder is ook de *NHG-Standaard Depressie* zinvol. Het zijn gedetailleerde documenten bestemd voor iedere hulpverlener die te maken kan krijgen met suïcidaal gedrag. In deze nascholing wordt veelvuldig naar deze richtlijnen verwezen en eruit geciteerd.

Deze nascholing beoogt een (beknopte) vertaling naar de huisartspraktijk maken. Iedere huisarts krijgt te maken met risicotaxatie bij suïcidaal gedrag. Er is echter weinig hard wetenschappelijke bewijs beschikbaar en daardoor zijn (klinische) ervaring, kennis en ontwikkelde intuïtie van extra belang. Het pluis/niet-pluisgevoel is een belangrijke graadmeter. Verder is een goede communicatie met de patiënt en zijn naasten essentieel. Er wordt geadviseerd om collega's te betrekken bij lastige diagnostiek en beleid of twijfel rondom risicotaxatie. Taxatie van suïcidaal gedrag is uiteindelijk geen harde wetenschap.

Deze nascholing bespreekt 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. Acut en chronisch suïcidaal gedrag komen kort aan bod en er wordt gekeken naar enkele mogelijkheden voor begeleiding. Ten slotte wordt ingegaan op de handelwijze na een suïcide en de omgang met nabestaanden.

Doelstellingen van dit nascholingsprogramma

Na afronding van dit nascholingsprogramma:

- hebt u meer kennis over en inzicht in suïcidaal gedrag en suïcide;
- hebt u globale kennis over de in Nederland beschikbare richtlijnen en weet u ze te vinden;
- kunt u bij een patiënt met suïcidaal gedrag een globale risicotaxatie maken;
- kunt u de CASE-benadering, een specifieke interviewmethode, hanteren;
- hebt u kennis van en een visie op de differentiatie van suïcidaal gedrag;
- weet u beter hoe te handelen na een 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 beter als u het programma in twee gedeelten doorwerkt.

Afsluitende toets

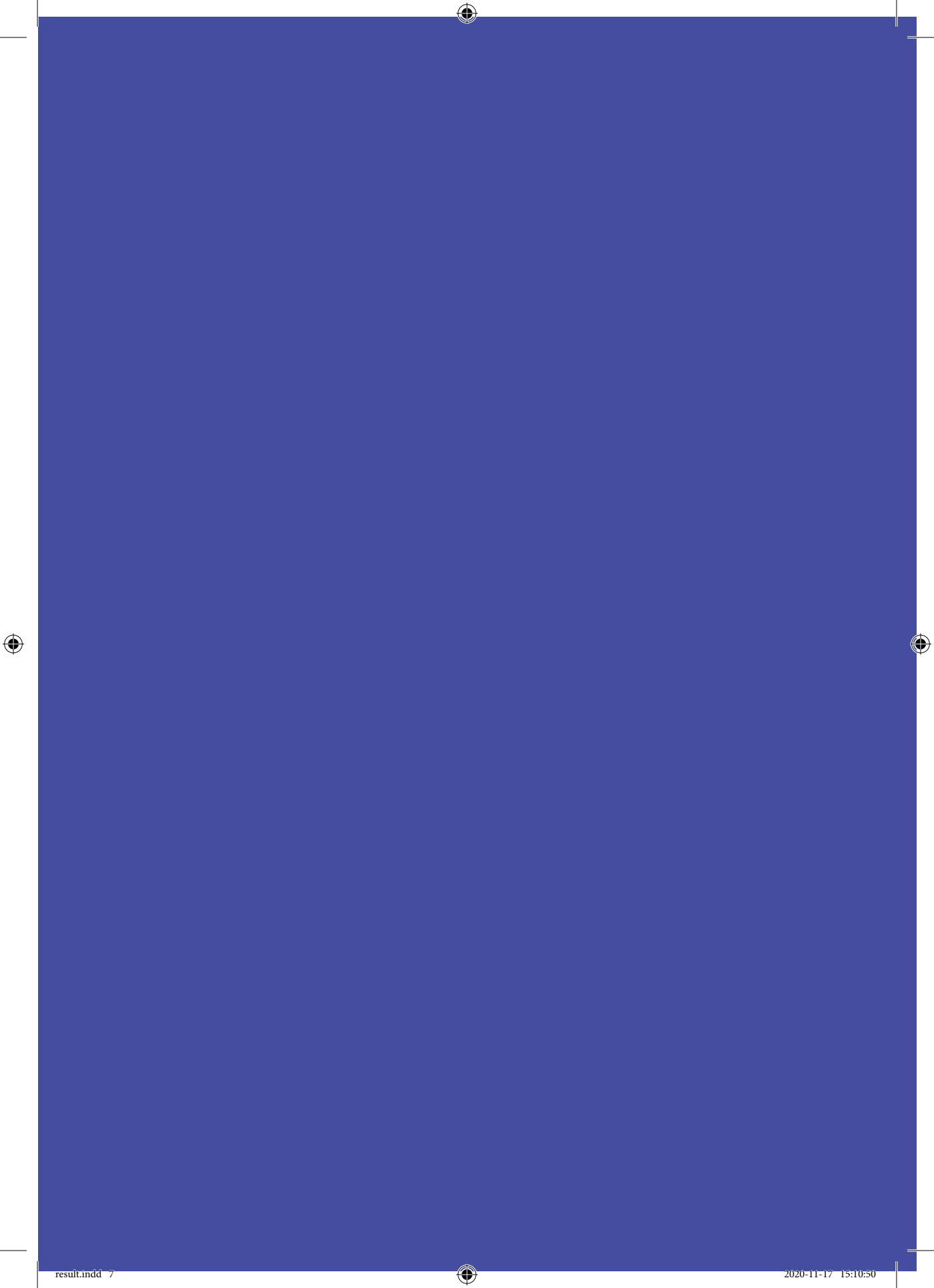
Deze nascholing is voor twee punten geaccrediteerd. U krijgt de punten toegekend als u de afsluitende toets succesvol ($\geq 70\%$ correct beantwoord) hebt afgerond.

Nota bene

Houd bij hoelang u met dit programma bezig bent. Het is voor de redactie van AccreDidact nuttig om te weten hoeveel tijd u 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 toets volledig en adequaat te beantwoorden. Als u de toets volledig hebt ingevuld, ga dan na hoeveel tijd u in totaal aan dit programma hebt besteed en vul dit in bij de betreffende vraag.

Over de auteur

Dr. Remco F.P. de Winter is psychiater en geneesheer-directeur bij GGZ Rivierduinen. Hij was tussen 2011 en 2018 de Nederlandse vertegenwoordiger voor de International Association for Suicide Prevention (IASP). Verder is hij als onderzoeker verbonden aan de VU en de Parnassia-groep en publiceert hij regelmatig over suïcidaal gedrag, in het bijzonder binnen de ggz. Belangenconflicten: Geen.



{A

Suïcidaal gedrag en suïcide

A1 Algemene kenmerken

Dit nascholingsprogramma is bedoeld voor huisartsen die te maken hebben met suïcidaal gedrag. De *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* uit 2012, de *NHG-Standaard Depressie* en de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* uit 2018 zijn belangrijke naslagwerken, die ook voor een groot gedeelte de basis vormen voor deze nascholing. De beoordeling berust op een combinatie van kennis van risicofactoren en de aspecten van het suïcidaal gedrag, en op klinische ervaring en intuïtie. Intuïtie wordt altijd weer beïnvloed door de eerdergenoemde zaken.

Definities

Opdracht

Test eerst de kennis die u nu hebt, voordat u dit onderdeel gaat doorlezen, en beantwoord daartoe de volgende vragen.

Vragen

- 1 Is suïcidaal gedrag hetzelfde als suïcidaliteit?

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

Er zijn verschillende definities voor suïcidaal gedrag. In de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* en de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* wordt 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. (Dus iedere “vorm” ook als het wordt gebruikt als een soort van escapistische gedachten. Ook kan dat betekenen dat mensen vooral even niets willen en rust wensen en alles wel even mag stoppen en daarbij slechts vluchtige suïcidale gedachten hebben. Uiteraard zit er ook een gradering in suïcidaliteit en daarin de taxatie van risico.) Het kunnen dus gedachten zijn, werkelijke gedachten en plannen rondom een (voorgenomen) poging, een poging of zelfs suïcide. Binnen deze definitie wordt ook zelfbeschadigend gedrag meegenomen. Tabel 1 geeft 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 potentieel fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.
suïcidepoging	Een handeling met niet-fatale afloop waarbij een individu opzettelijk, 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 het gedrag voorafgaat.

Deze definitie sluit aan bij het internationaal gehanteerde begrip ‘suïcidal behaviour’. De achterliggende reden voor suïcidaal gedrag is vaak meerduidig en kan ook veranderen, waarbij de wens om te sterven of juist te willen leven snel kan wisselen en ambivalent naast elkaar kan 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 naar een ander mens. Suïcidaal gedrag kan impulsief en zonder duidelijke voorafgaande overwegingen optreden. Vaak is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich voelt gedreven 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. Iedere vorm van suïcidaal gedrag kan echter riskant zijn, want de gevolgen van een daad zijn voor een persoon vaak niet goed te overzien. Suïcidaal gedrag moet altijd serieus wor-

den 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 door leverschade.

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 enkele tweelingen vaker samen suïcidaal gedrag vertonen dan twee-eiige tweelingen als een van beiden suïcidaal is. Er zijn relaties gevonden met bepaalde ontregelingen in het stresssysteem, bijvoorbeeld een samenhang tussen suïcidaal gedrag en een verhoogd cortisol.

Een voorbeeld van een psychologische factor is een misbruikverleden, dat een verhoogd risico geeft op suicide. Verder hebben ook aangeleerde copingvaardigheden 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.

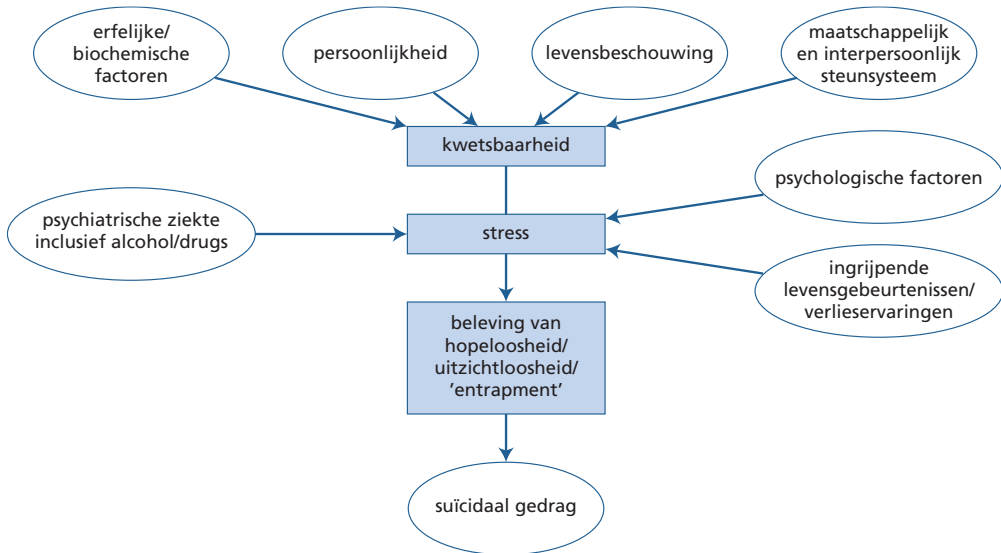
Statistisch hangen suïcidaal gedrag en suicide samen met een groot aantal risico- en beschermende factoren (tabel 2). Suicide is een fenomeen waarbij talloze risico-, beschermende, drempelverhogende en drempelverlagende factoren met elkaar interacteren. Er is echter geen sleutel voor welke factoren er precies samengaan, elkaar versterken of juist afzwakken, en hoe het suïcidale proces uiteindelijk wordt beïnvloed.

Er zijn helaas geen instrumenten die het optreden van een suicide 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 (entrapment oftewel het klem zitten) het individu geen zicht meer op een uitweg uit een onoverkomelijk kwellende situatie.



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

<p>algemeen</p> <ul style="list-style-type: none"> • voorafgaande suïcidepogingen • suïcidepoging en letaliteit van de poging • suïcidedgedachten, intentie, plannen • zelfdestructief gedrag • onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie) <p>demografische kenmerken</p> <ul style="list-style-type: none"> • leeftijd (ouder) • geslacht (man) • beroep • woonplaats • etniciteit <p>psychiatrische aandoeningen</p> <ul style="list-style-type: none"> • stemmingsstoornis (bipolair) • schizofrenie of psychotische stoornis • eetstoornis • persoonlijkheidsstoornis • verslaving • intoxicatie (alcohol en/of drugs) • angststoornis • slaapstoornis (bij ouderen) • voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling <p>somatische ziekten</p> <ul style="list-style-type: none"> • centraal zenuw stelsel • erfelijke somatische aandoeningen • maligniteiten • pijn 	<p>psychologische factoren </p> <ul style="list-style-type: none"> • machteloosheid en wanhoop • negatief denken • denken een last te zijn voor anderen • angst • agitatie en/of agressie • impulsiviteit • verlieservaringen • ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing) <p>psychosociale factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • werkloosheid • detentie • schulden • alleenstaand • overig <p>genetica en biologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • suïcide in de familie <p>additionele factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • beschikbaarheid van middelen <p>beschermende factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • goede sociale steun • verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen (vrouw) • actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap • goede therapeutische relatie
--	---



Figuur 2 Geïntegreerd model voor stress, kwetsbaarheid en entrapment (Van Hemert et al, 2012). De achterliggende factoren van suïcidaal gedrag zijn in de richtlijn geordend in een geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en entrapment (Williams, 2000; Goldney, 2008).

Cijfers

Vragen

3 Bij ongeveer hoeveel jongeren van 0–15 jaar oud per 100 000 jongeren komt suïcide voor?

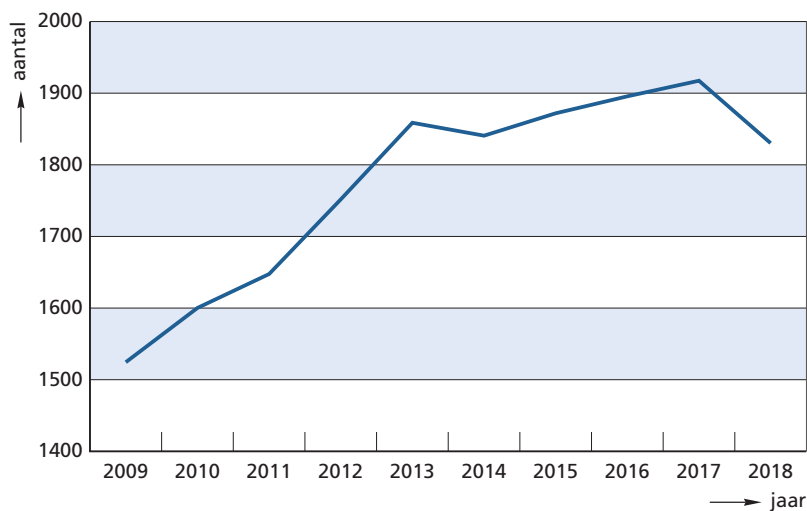
4 Wat is de meestvoorkomende suïcidemethode in de Nederlandse bevolking?

Figuur 3 toont het Nederlandse suïcidecijfer over de afgelopen tien jaar. De Nederlandse bevolking telde in 2018 rond de 17,3 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 excluderen in de verdere berekeningen. Als voorbeeld de exclusie van de leeftijdsgroep 0–19 jaar: er waren in 2018 in de leeftijdsgroep 0–10 jaar 0 suïcides en in de leeftijdsgroep 10–19 51 suïcides (30 jongens en 21 meisjes) en een schatting van 2,3 per 100000. In de bevolkingsgroep boven de 19 jaar waren er 1778 suïcides en bij de 50–59 jarigen 17,3 per 100000.

Overigens was er in 2017 een plotselinge toename onder jongeren tot 20 jaar. Het aantal was met 33 personen toegenomen tot een totaal aantal van 81 suïcides. Deze toename was schrikbarend en er zijn vervolgens een campagne en een onderzoek ingezet voor meer (be)grip. Helaas is er geen sluitende verklaring voor deze stijging gevonden. Het aantal suïcides onder jongeren van 10 tot 20 jaar daalde in 2018 tot 51 en het lijkt erop dat stijging tijdelijk was. De onder jongeren zeer populair Netflix-serie *13 reasons why* wordt gezien als een risicofactor. Deze serie verscheen in 2017. Het idee is dat een bepaalde romantisering rondom zelfdoding een besmettelijk effect kan hebben. Deze theorie is lang bekend en wordt het Werther-effect genoemd.

Er wordt van uitgegaan dat er bij het totaal aantal geregistreerde suïcides een onderrapportage 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 met woede en verdriet geconfronteerd, waarmee ze meestal geen raad 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.



Figuur 3 Suïcidecijfer in Nederland 2009–2018 (CBS).

Voor de internationale vergelijking van de incidentie van suïcide is het belangrijk dat landen betrouwbare en eenduidige 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 fout-negatieve suïcides en dus op het totale cijfer van suïcides. 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. Ook zijn er aanwijzingen dat suïcides door de overheid werden ontkend.

Een bekend voorbeeld is het op 31 oktober 1999 in de Atlantische Oceaan neerstorten van een vliegtuig van EgyptAir tijdens een vlucht van Los Angeles naar Caïro. Geen van de 217 inzittenden overleefde de ramp. Dat het suïcidale gedrag van de gezagvoerder het drama veroorzaakte, is altijd ontkend door de Egyptische overheid. Deze hield zich bij het standpunt dat Egyptische moslims zich nooit suïcideren.




Zo zijn diverse religies (islam, katholicisme etc.) die beschermend zijn tegen diverse vormen van suïcide (behalve bij psychose). Niet alleen door het mogelijk onderregistreren, maar ook door beschermende copingvaardigheden vanuit het geloof. Zo was er volgens de leer voor de katholieke zelfmoordenaar geen andere plek dan de hel.

Nederland had in Europa gedurende een lange periode een relatief gunstig aantal suïcides met een suïcidecijfer onder het Europees gemiddelde. Vanaf 2007 is in ons land het aantal suïcides fors toegenomen en heeft Nederland samen met Griekenland de hoogste stijging in Europa en benaderen we het Europees gemiddelde. De oorzaak van de stijging is onbekend, maar er zijn verschillende verklaringsmodellen. Waarschijnlijk zijn meerdere factoren van belang, waarbij de recessie van 2007 en de nasleep ervan een belangrijke rol lijken te hebben. Vooral onder mannen was er een toename; de verhouding man:vrouw ligt in Nederland de laatste jaren boven de 2:1.

Op het moment van schrijven zitten we midden in de coronacrisis. Voor het eerst in decennia is er een wereldwijde crisis waarbij een virus het openbare leven in zijn greep houdt. We weten niet wat er gaat gebeuren, maar de kans is groot dat het aantal suïcides de komende tijd zal toenemen. De afgelopen decennia zagen we na elke economische crisis een stijging van het aantal suïcides, vooral onder mannen van middelbare leeftijd. De SARS-uitbraak resulteerde in Hongkong in een stijging van suïcides onder oudere vrouwen. Vergelijkend onderzoek liet zien dat welvarender plaatsen, zoals Hongkong en ook Nederland, heftiger reageren op crises. De burgers zijn gewend aan stabiliteit, veiligheid en baanzekerheid, waardoor een crisis 'harder' wordt ervaren. We gaan er dus van uit dat de coronacrisis een effect zal hebben op de suïcidecijfers van Westerse landen. Bekende risicofactoren voor suïcide zoals financiële onzekerheid, wanhoop, relatiestress, alcohol en middelengebruik komen tijdens een crisis nu eenmaal meer voor.

In Nederland zijn er ook verschillen per provincie. Uit de laatste gegevens (2018) kwam naar voren dat de Zeeland verhoudingsgewijs het hoogste aantal overledenen door suïcide telde en Utrecht 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). Recentere gegevens zijn niet beschikbaar. Euthanasie wordt in de CBS-statistiek als natuurlijk overlijden aangemerkt.

niet natuurlijke doodsoorzaken	aan-tal	percentage
totaal		100%
vallen van hoogte		41,4%
suïcide		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 slachtoffers in 1980 gestaag is gedaald naar rond de 613 slachtoffers in 2017, is het aantal suïcides gestegen.

Uit al wat ouder onderzoek komt naar voren dat het aantal suïcidepogingen in Nederland op 94000 is berekend. Bij de spoedeisende hulp van algemene ziekenhuizen worden elk jaar ongeveer 15000 patiënten na een suïcidepoging behandeld. Vrouwen doen vaker een poging dan mannen, terwijl ze minder vaak door suïcide sterven. Daarnaast zijn er jaarlijks meer dan 410000 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) tijdens de suïcide in behandeling was in de ggz.

Internationaal wordt dit cijfer lager geschat en het is onderzocht in een recente meta-analyse van Stene-Larsen en Reneflot. Internationaal heeft tussen de 25–30% in het jaar van overlijden contact gehad met de ggz; de huisarts heeft echter 80% gezien in het jaar van suïcide. Overigens waren bij dit consult de meeste klachten niet direct te relateren aan suïcidaal gedrag.

Uiteraard kan het ook betekenen dat er tijdens behandeling in de ggz minder kans is op suïcide, aangezien we met hoogrisicogroepen te maken hebben en deze in veel gevallen kunnen worden


behandeld. Bij een gespecialiseerd oncologisch centrum is de sterfte immers ook hoger dan op een algemene afdeling interne geneeskunde.

In de ggz hebben we bij de 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 totale aantal suïcides te verminderen. Verder zijn er aanwijzingen dat in regio's waar 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 'overige' onder meer de suïcides met vuurwapens, gas, pesticiden en snijden opgenomen. Vuurwapens nemen in andere delen van de wereld een veel prominere positie in. Van de meer dan 30000 vuurwapendoden in de Verenigde Staten wordt geschat dat het bij ongeveer twee derde om suïcide 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 een rol dat als er meer dodelijke methoden 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. Een suïcidepoging met een vuurwapen leidt vaker tot overlijden dan de inname van medicatie.

Culturele factoren en beschikbaarheid spelen dus een belangrijke rol. In bepaalde gedeelten van Azië is het aansteken van houtskool in een afgesloten ruimte een veelvoorkomende suïcide-methode. 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 de beoordeling werd de poging in eerste instantie wat lacherig afgedaan en als niet ernstig beoordeeld. Dit komt waarschijnlijk doordat deze methode in Nederland weinig voorkomt, waardoor kennis van het risico ontbreekt. Overigens is er ook gevonden dat als media aandacht besteden aan een dergelijke methode er een groter risico is op toename van sterfte door deze methode. Wanneer media uitgebreid ingaan op de suïcide van een beroemdheid, met een beschrijving van de details, heeft dit invloed heeft op suïcidaal gedrag. Het aantal suïcides neemt toe en daarbij is er een toename van de beschreven of getoonde methode (het eerdergenoemde Werther-effect).¹¹³ Zelfmoordpreventie voert in Nederland een actief beleid om bij iedere vorm van media-aandacht voor suïcidaal gedrag bij het artikel of de reportage te laten vermelden hoe lezers in contact kunnen komen met hulpverlening. Er is aangetoond dat het aanbieden van hulp en het tonen van hulpmogelijkheden een beschermend effect hebben op suïcidaal gedrag. Dit wordt het Papageno-effect genoemd.

Tabel 4 Suïcidemethoden in 2018 (CBS).



suïcidemethode	aantal	percentage
totaal	1 829	100%
ophangen	833	45,5 %

medicatie	350	19,1%
voor een railvoertuig springen	186	10,2%
van hoogte springen	163	8,9%
verdrinken	97	5,3%
snijden/steken	56	3,1%
vuurwapen	41	2,2%
rest	103	5,6%

Nationale preventie

Tijdens het laatste decennium is er in Nederland meer aandacht gekomen voor de preventie van suïcide; het werd als speerpunt gezien door onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het aantal verkeersslachtoffers is door een groot aantal projecten over de laatste 50 jaar fors gereduceerd. Dit laat zien dat ook het aantal suïcides omlaag kan door op veel vlakken te investeren. Betere scholing, betere zorg, betere herkenning door hulpverleners, mediavorlichting, betere afscherming van gevaarlijke spoorwegemplacements, voorlichting aan scholen, nauwkeuriger zorgafstemming binnen de ggz et cetera.

Een belangrijke ontwikkeling voor de gewenste reductie van suïcides in Nederland is de oprichting van de stichting 113 Zelfmoordpreventie, www.113.nl. 113 is begonnen als combinatie van een website, chatdienst en een telefonische hulpdienst voor suïcidale personen, hun naasten en nabestaanden. Voor iedere hulpverlener is het belangrijk om te weten dat 113 Zelfmoordpreventie bestaat, zodat ernaar kan worden verwezen. 113 Zelfmoordpreventie is te bereiken op 0800-0113 en sinds kort ook op het directe nummer 113. Er kan zowel worden gebeld als gechat en de hulpverlening is gratis. Verder heeft de stichting 113 Zelfmoordpreventie van de overheid een belangrijke voortrekkersrol gekregen in de ontwikkeling van betere suïcidepreventie door alle lagen van de samenleving.

A2 Risicotaxatie en diagnostiek

Opdracht

Beantwoord de vraag voordat u dit nascholingsprogramma verder doorwerkt. Test uw parate kennis.

Vraag

1 Kunt u een voorbeeld geven van stemmingscongruente psychotische kenmerken?

Risicotaxatie

In tabel 1 staan belangrijke stress- en kwetsbaarheidsfactoren. De belangrijkste risicofactoren zijn voorafgaande suïcidepogingen, de ervaring van een persoon om ‘klem te zitten’, middelbare leeftijd, depressie (bipolair) en mannelijk geslacht. Het is vaak lastig om goed onderzoek te doen naar de precieze oorzaak van suïcide. De meeste kennis hierover is verkregen uit psychologische autopsiestudies. Hierbij wordt mede door interviews met naastbetrokkenen na de dood een diepgravend onderzoek gedaan naar de omstandigheden rondom het sterven door suïcide. Deze studies tonen aan dat de meerderheid van de mensen die zich suïcideren een psychiatrische stoornis heeft. Bij de bipolaire stoornis wordt geschat dat er uiteindelijk een op de zes tot zeven mensen overlijdt door suïcide. Meestal gebeurt dit in de depressieve fase, waarbij wordt gesuggereerd dat daden die zijn begaan gedurende een manie, door verlieservaring een langdurig effect kunnen hebben 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 is dit voor de uiteindelijke risicotaxatie vaak nietszeggend. 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 toont. Naast het feit dat deze symptomatologie relatief weinig voorkomt, zullen we bij herkenning ook meer preventief gaan handelen, waardoor uiteraard de uitkomst wordt beïnvloed. We weten niet wat de uitkomst is van ons handelen. 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 moeilijk om te beoordelen wat uiteindelijk op groepsniveau het resultaat is van de interventie. 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 elektroconvulsietherapie (ECT). Verder hebben we als hulpverleners te maken met een selectie van suïcidale mensen. Minder dan de helft van het aantal patiënten dat zich suïcideert is in behandeling bij de ggz. We hebben bij suïcidaal gedrag te maken met mensen die het in ieder geval tot het moment van beoordeling hebben overleefd.

In de huisartsenpraktijk is kennis over suïcidaal gedrag belangrijk. Op het eiland Gotland in Zweden zijn aan aantal jaar geleden alle (huis)artsen bijgeschoold in suïcidepreventie (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 30 dagen zijn gezien door een huisarts. Van deze mensen is maar bij 31% suïcidaal gedrag herkend. Het betekent dus dat veel mensen zich melden met andere klachten dan suïcidaal gedrag. De grote vraag is hoe we deze mensen beter kunnen herkennen en daarmee ook betere hulp kunnen regelen.

Hulpverleners hebben vaak nog steeds schroom om te vragen naar suïcidale gedachten. Het kan ook moeilijk 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 leeft nog steeds de mythe dat door naar suïcidaliteit te vragen, mensen juist op dat idee komen en dat ze door de vraag suïcidaal worden. Dit is goed onderzocht en er is nog nooit een verband aangetoond met negatieve gevolgen. Er is juist gevonden dat het professioneel navragen een positieve en beschermende kant heeft. In de praktijk zijn mensen met suïcidaliteit vaak erg eenzaam, worstelen zij met hun gevoelens en durven ze er anderen niet mee lastig te vallen. Vaak is het erover spreken een grote opluchting en daardoor vermindert de suïcidaliteit. Ook wordt weleens de veronderstelling gehoord dat mensen die erover spreken het niet doen en mensen die erover zwijgen het juist wel doen. Hierbij is het van belang dat we altijd proberen om met mensen in gesprek te gaan en degenen die erover zwijgen een klimaat bieden om erover te spreken en de mensen die erover vertellen een luisterend oor te bieden. Verder kent de auteur talloze mensen die er vaak over spraken en uiteindelijk toch stierven door eigen hand.

We kennen ook allemaal mensen die zich veelvuldig uiten met suïcidaal gedrag en ons hiermee klemzetten. Het is altijd belangrijk om in de gaten te houden of er een verandering van een patroon is. Bij chronisch suïcidaal gedrag is er altijd het risico dat een actuele stressor wel degelijk een acuut suïciderisico kan inhouden. Ook voor een praktijkassistent kan het nuttig zijn om alert te blijven op plotselinge veranderingen of afwijkingen van een bestaand patroon.

Als huisarts bent u vaak de eerste hulpverlener die met suïcidaal gedrag wordt geconfronteerd. Vaak wordt suïcidaal gedrag buiten kantooruren als acute reden bij de huisarts gemeld. Het is dan belangrijk om te weten of iemand in behandeling is bij de ggz en daarom door de ggz moet worden overgenomen, of dat het debuterende suïcidaliteit is en het door u als ernstig genoeg wordt ingeschat om daarvoor een psychiatrische crisisdienst in te schakelen. Er zijn grenzen aan de zorg en ook is niet iedere vorm van suïcidaal gedrag zodanig dat daarvoor moet worden opgeschaald. Soms zijn korte, eenvoudige interventies voldoende om het risico vanuit de eerste lijn voldoende te verminderen.

Het in gesprek gaan met mensen die suïcidaal zijn is echter niet eenvoudig en het kan helpen om een aantal stappen te volgen en gestructureerd aandacht te hebben voor een aantal zaken. Voordat we een patiënt met suïcidaal gedrag zien, zijn enkele zaken van essentieel belang bij de beoordeling: de contactlegging, het organiseren van veiligheid, naasten betrekken en zorgen voor continuïteit. Deze richtlijnpijlars zijn in casuïstiek uitgewerkt.

Contact maken

Casus 1 mevrouw R.

Mevrouw R. is 29 jaar en is sinds haar twintigste 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 vraagt u of u haar kunt 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.

a Kunt u een ander scenario bedenken wanneer u zich minder vriendelijk en invoelend opstelt?

Bij het maken van contact met een suïcidale patiënt zoals mevrouw R. zijn een paar zaken van essentieel belang. Als huisarts is het altijd goed om een houding aan te nemen waarbij een patiënt zich zodanig benaderd voelt dat er geen belemmering is en de patiënt niet stagneert in het communicatieve proces rondom het suïcidale gedrag. Er moet een sfeer van vertrouwen zijn en een hulpverlener moet daarbij echt zijn en niet 'gemaakt' een rol spelen. Ook bij patiënten die bekendstaan 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 hebt u 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 daarbij is er dan meer ruimte om controle te houden over het gesprek. Het behoedt u er ook voor dat u zich aangevallen of machteloos voelt en daardoor gevangen kan raken in de collusie van de lijdensdruk die iemand bij u op tafel kan leggen. Uiteraard is er verschil tussen contactlegging bij een bekende of (relatief) onbekende patiënt. Een bekende patiënt kunt u meer confronteren met eventuele onredelijkheid en wijzen op de grenzen van de hulpverlening.

Het organiseren van veiligheid

Casus 2 meneer D.

Meneer D. is een man van Antilliaanse afkomst. Recent heeft hij gehoord dat zijn ex-partner met hun zoon terug is naar de Antillen. Verder is hij twee maanden geleden na een geweldsincident op non-actief gesteld als tramcontroleur 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 patiënt en hem uitgenodigd op het spreekuur.

a Kunt u bij meneer D. een scenario bedenken waarbij u snel voor veiligheid moet zorgen?

Eerst moeten we beoordelen of er tijdens de beoordeling geen 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 suïcideren, moeten we eerst een veilige situatie creëren waarbij we zorgen dat we zelf geen gevaar lopen. Het maakt uit of het in de praktijk is of bij huisbezoek. Gevaarlijk materiaal kan worden verwijderd, maar soms zult u de ruimte van beoordeling direct verlaten (bijvoorbeeld als een gaslucht wordt waargenomen) als u zich 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. In de huisartspraktijk kan het voorkomen dat politieassistentie of andere hulp moet worden ingeroepen. Het kan zijn dat de veiligheid van een patiënt in het geding is, maar het kan natuurlijk ook voorkomen dat de huisarts in een lastige, onveilige situatie belandt waarbij hij hulp goed kan gebruiken. De veiligheid van de huisarts moet natuurlijk altijd voorop staan. Dit kan echter wel ingrijpend zijn en ook betekenen dat het opgebouwde vertrouwen direct weg is. Het is belangrijk dat er zo veel mogelijk wordt gebruikgemaakt van naasten. Als het risico van suïcide hoog wordt ingeschat, kan worden overwogen om de crisisdienst in te schakelen opdat iemand snel in zorg kan komen of zelfs vrijwillig of bij weigering gedwongen kan worden opgenomen, waarna tijdens opname verder veiligheidsbeleid kan worden uitgevoerd. Uiteraard moet dit weloverwogen gebeuren en zo veel mogelijk in samenspraak met de patiënt en naasten (zie ook onderdeel B2).

Het betrekken van naasten

Casus 3 Gerda

Gerda is 52 jaar heeft zich de afgelopen periode al meerdere malen bij de huisarts gemeld met vage buikpijnklachten zonder somatische aanwijzingen. Gerda leeft alleen en heeft twee kinderen

die in het buitenland wonen. Haar echtgenoot is acht jaar terug overleden. Recent zijn door een betalingsachterstand gas en licht afgesloten. De huisarts weet dat de buurvrouw haar heeft zien wegglijden en erg ongerust is. Gerda komt bijna niet meer buiten en de buurvrouw heeft boodschappen voor haar gehaald. De laatste week heeft ze het over engelen die haar roepen. Gerda zegt dat ze vooral rust nodig heeft. Haar dochter in Brussel mogen we niet lastigvallen. De verblijfplaats van haar zoon is onbekend.

a Welke naasten kunt u proberen te bereiken bij Gerda?

Naasten kunnen familieleden, vrienden, kennissen, buren et cetera. zijn. Het is belangrijk om deze naasten te betrekken bij de diagnostiek en de afspraken die met de patiënt worden gemaakt of als u bijvoorbeeld de psychiatrische crisisdienst wilt inschakelen. Soms is het nodig om in eerste instantie een patiënt, in verband met interferentie van het systeem op de informatie, alleen te spreken. Maar ook daarna zijn naasten zeer belangrijk voor hetero-anamnestiche informatie. Als een patiënt problemen bagatelliseert, zorgen naasten voor belangrijke aanvullende informatie. Naasten kunnen zij waarborging van veiligheid (helpen) creëren.

Het is belangrijk om realistisch te zijn over de beperkingen van interventies en transparant te zijn over de mogelijkheden en grenzen van hulpverlening. Geven naasten na een uitgebreide uitwisseling aan geen vertrouwen meer te hebben in de veiligheid, dan is opname bijna onvermijdelijk. Soms vraagt de patiënt om geheimhouding tegenover naasten. Dit zorgt in de regel voor complexe situaties waarbij de hulpverlener het risico loopt te worden gespleten door een conflict tussen geheimhoudingsplicht en informatieplicht. Het is belangrijk om een patiënt zo veel mogelijk te overtuigen dat er overleg kan zijn met belangrijke derden.

Het tot stand brengen van 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 meldt dat ze zich erg ongerust maakt. In een eerste gesprek voelt meneer Z. zich goed door u gehoord. U maakt zich toch ongerust, want hij lijkt dingen achter te houden en lijkt zich op een bepaalde manier ook te schamen. U meldt hem aan voor psychiatrische spoedbehandeling bij de ggz. Na drie weken heeft hij nog niets gehoord van de ggz. De woensdag erna treft zijn vrouw hem opgehangen aan in de kelder.

- a Hadden een adequate verwijzing en continuïteit van zorg bij meneer Z. een andere uitkomst kunnen geven?

De casus lijkt extreem, maar in de praktijk zijn er genoeg voorbeelden te geven waarin er door omstandigheden geen continuïteit is. Veel huisartsen lopen ook tegen de hulpverlening in de ggz aan en voelen zich soms met een kluitje in het riet gestuurd. Het is duidelijk dat de ketenzorg en verbinding nog flink kan worden verbeterd. Toch blijft het 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 patiënt duidelijk is dat er snel een vervolg komt. Ook is het belangrijk dat de patiënt (of zijn naasten) weet hoe de instelling snel kan worden bereikt mocht dit tussentijds nodig zijn. Continuïteit van zorg is van essentieel belang. Het is bekend dat er bij transitiemomenten een verhoogd risico op suïcide is, bijvoorbeeld na ontslag na opname, bij een behandelaar die van plaats wisselt, een hulpverlener die op vakantie gaat, tijdelijk vervanging et cetera.

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 mag worden geacht zijn belangen te overzien en te waarderen. In tabel 2 staan de belangrijke risico- 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 de patiënt zich bevindt en zijn beleving daarvan. Daarna volgen meer specifieke vragen. Een geschikte methode om de suïcidale toestand verder uit te diepen is de CASE-benadering (zie verder).

De *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* en de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* 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 interview

CASE-benadering van Shea

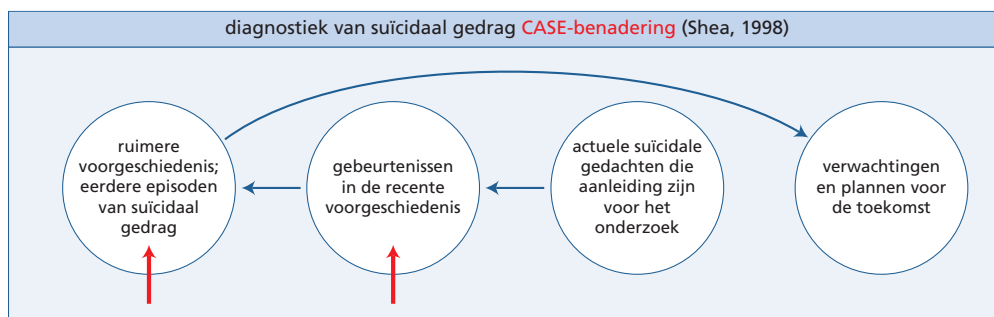
De CASE-benadering is ontwikkeld door Shawn Christopher Shea en is bedoeld om suïcidale uitspraken te onderzoeken in de klinische praktijk. CASE wordt uitvoerig behandeld in de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* en generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. CASE staat voor Chronological Assessment of Suicide Events. Hierbij vraagt de onderzoeker in een logische en specifieke chronologische volgorde naar suïcidaal gedrag (figuur 4). Het lijkt misschien een ingewikkelde methode, maar elke hulpverlener kan er systematisch suïcidaal gedrag mee uitvragen. Door de vorm van het interview blijft u buiten de machteloosheid die suïcidaal gedrag kan oproepen en kunt u 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 voor 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 huisarts of POH 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 tot 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 is bedoeld 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 van contact maken, veiligheid organiseren, naasten betrekken en zorgen voor continuïteit belangrijk.



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 over 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 onjuiste informatie verschaft aan de onderzoeker, zoals angst, schaamte, wens om familiegeheimen te beschermen, ten gevolge van 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 huisarts de patiënt naar zijn opinie vraagt en niet 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 aannamen helpen bij het verkrijgen van informatie. Drie voorbeelden zijn:

- Welke andere soorten drugs gebruikt u?
- Hoeveel keer per week maken u en uw partner ruzie?
- Over welke andere manieren om uzelf te beschadigen of te doden hebt 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. Het is voor een patiënt eenvoudiger om algemene vragen valselijk ontkennend te beantwoorden dan een serie van 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. Een ander voorbeelden van een serie vragen:

- 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 naar aanleiding 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 1 mevrouw M.

Mevrouw M. is 48 jaar en zij heeft een goede baan bij een gerenommeerd internationaal bedrijf. Zij heeft een depressieve episode doorgemaakt na onder andere de scheiding van haar man tien jaar geleden. Zij heeft een tweeling (jongens van 18 jaar) die meestentijds bij haar wonen en binnenkort uit huis gaan om te gaan studeren. Zij heeft sinds vijf jaar een moeizame relatie met een getrouwde man van Britse afkomst die woont en werkt in Nederland, die niet voor haar wil scheiden maar ook de relatie niet wil verbreken. Zijn echtgenote woont in Engeland en zij bezoekt hem regelmatig een paar dagen in Nederland. Mevrouw M. heeft recent weer gekampt met een depressieve episode en krijgt daarvoor een antidepressivum.

Zij is weer bij u 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 drinken van enkele glazen rosé impulsief zes stuks van haar antidepressivum heeft ingenomen. Op de SEH gaf ze met klem aan dat ze naar huis wilde en haar huisarts zou bezoeken, en geen crisisdienstbeoordeling wilde. Ze is bang dat gespecialiseerde psychiatrische hulpverlening als een smet aan haar zou gaan kleven. U treft de patiënt en haar partner in de wachtkamer aan en benoemt dat u patiënte 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 helder 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 alvorens naar volgende fase van CASE-benadering door te gaan:

- 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 patiënt in? Als de patiënt zichzelf heeft gesneden: waar, hoe diep, waren hechtingen nodig?)
- Hoe serieus waren de intenties van de patiënt? (Heeft patiënt vooraf of achteraf iemand op hoogte gesteld? Wie heeft de hulpdiensten gebeld? Vond de poging plaats op een afgelegen plek of op een plek waarbij het logisch was dat patiënt zou worden gevonden? Was er een afscheidsbrief of een bericht aan dierbaren?)
- Wat vindt de patiënt ervan dat de poging niet is gelukt? Wat vindt de patiënt ervan dat hij nog steeds leeft?

- Was het een impulsieve of geplande poging?
- Was er sprake van alcohol- of drugsgebruik ten tijde van de poging?
- Speelde er interpersoonlijke factoren een rol bij de poging? (O.a. boosheid, gevoel van falen, gevoel dat de wereld beter af is zonder hem/haar.)
- 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?)

Casus 1 mevrouw M. (vervolg)

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

Patiënt (in tranen): 'Ik schaam me vreselijk. Ik heb een verantwoordelijke baan en ik 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.'

O: '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?'

P: 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.'

O (na korte stilte): 'En wat gebeurde er daarna?'

P: '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 toen 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 (10 maal, 100 maal, nog meer)? Hoeveel tijd per dag bent u bezig met deze gedachten (2 uur, 6 uur, nog meer)?
- 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 1 mevrouw M. (vervolg)

In deze fase blijkt dat de patiënt 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 is zij waard? 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. Haar leven lijkt een steeds ingewikkeldere leugen te worden.

Ruimere voorgeschiedenis

Als derde komt de ruimere voorgeschiedenis aan bod, die door de onderzoeker minder gedetailleerd 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 hebt u toen gedaan?)

Casus 1 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 waarin zij depressief was. In die periode zag zij ook niet waarom zij voor zichzelf zou leven, maar haar tweeling heeft haar erdoor gehaald. Die had toen nog de zorg van een gezonde moeder nodig.

Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst

Met de eerder vergaarde informatie in het achterhoofd gaat de onderzoeker terug naar de gedachten van dit moment 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 c.q. als ik weg ben? Wie kunt u om ondersteuning vragen?

Casus 1 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 bemerkt bij zichzelf dat ze het liefst weer naar huis gaat en haar sociale leven weer oppakt. Ze bedenkt zich dat ze eerdaags een vakantie had 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 patiënte meer blikruimte terugkrijgt. Ze geeft ook aan graag een aantal gesprekken met u te willen 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.

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

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

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

d Wat vindt mevrouw M. ervan dat de poging niet is gelukt? Wat vindt zij 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 Speelde er interpersoonlijke factoren een rol bij de poging? (O.a. boosheid, gevoel van falen, gevoel dat de wereld beter af is zonder haar.)

h Was er sprake van een luxerende factor of stressor?

i Voelde mevrouw M. zich ten tijde van de poging hopeloos of wanhopig?

j Hoe kwam het dat de poging mislukte?

Opdracht

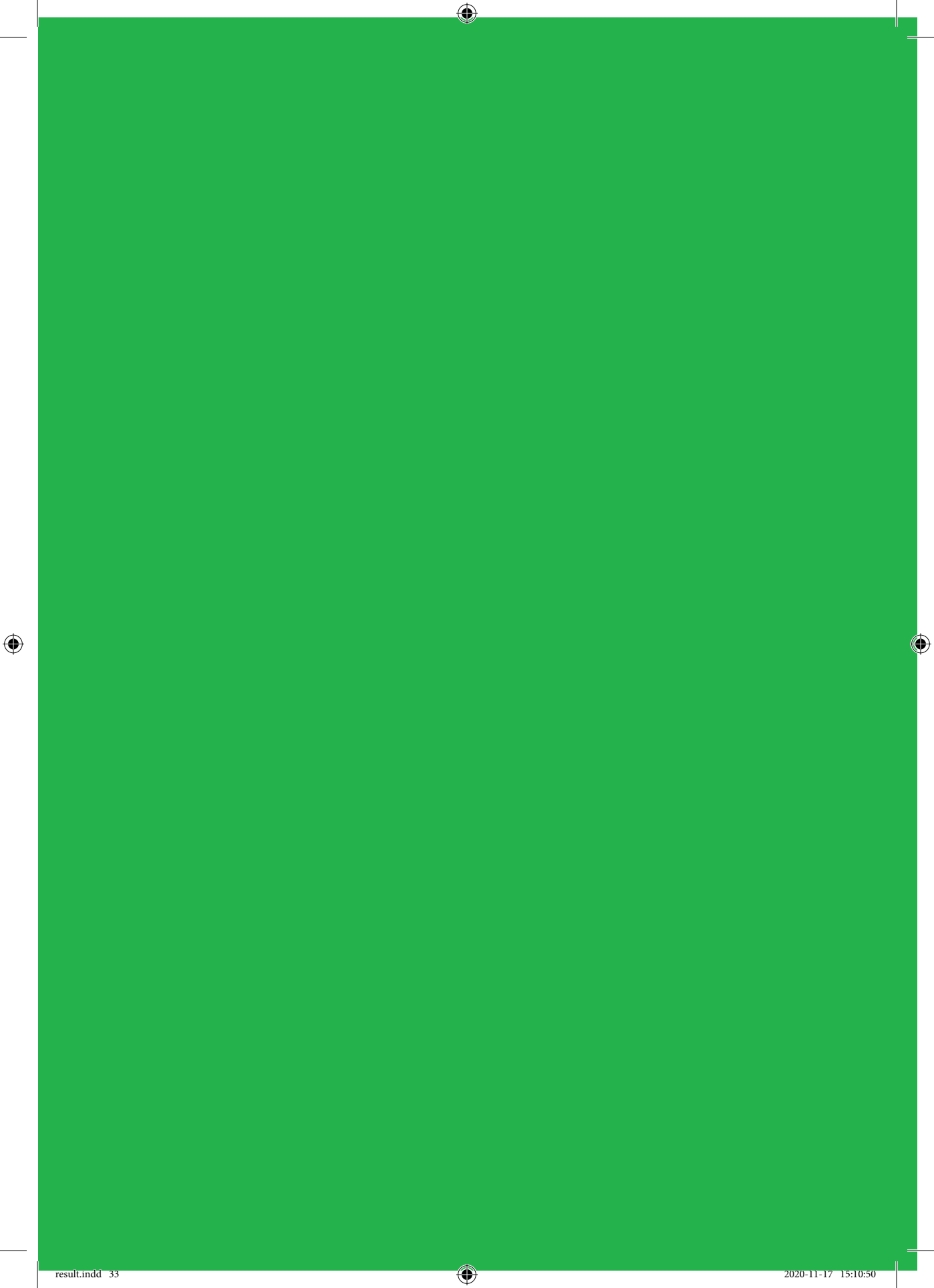
Ga terug naar de vragen in de onderdelen van BLOK A en vergelijk de antwoorden die u daar gaf met de informatie die daarna in dit blok is gegeven. Welke leerpunten kunt u nu voor uzelf formuleren?

Vragen

1 Wat is u verder opgevallen in BLOK A en wat wilt u graag onthouden?

2 Welke punten uit dit blok wilt u graag met uw collega's bespreken?

3 Welke punten wilt u graag met uw behandelteam en uw assistente(n) bespreken?



{B

Differentiatie, behandeling en nazorg

B1 Differentiatie van suïcidaal gedrag

Opdracht

Test eerst de kennis die u nu hebt, voordat u dit onderdeel gaat doorlezen, en beantwoord daartoe de volgende vragen.

Vragen

- 1 Vindt u een opname verdedigbaar bij een patiënt met psychotische symptomen die zich daarbij suïcidaal uit?

- 2 Kunnen suïcidale gedachten al langer bestaan, ook als er nog geen sprake is van een depressie?

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 moeilijk en er wordt vaak een grote verantwoordelijkheid neergelegd bij de hulpverlener en de zorgketen. Ook kunnen er juridische gevolgen zijn als een beoordeling leidt

tot suïcide en naasten van oordeel zijn dat er niet juist is gehandeld. Bij sommige vormen van suïcidaal gedrag kan het echter beter zijn om de autonomie bij de persoon te houden, waarbij de hulpverlening meer een begeleidende rol heeft, en bij andere vormen van suïcidaal gedrag mag er juist worden verwacht dat de hulpverlening een actievere en daarbij soms directieve rol speelt. Wel moet 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 behandelmogelijkheden.

De beoordeling van suïcidaal gedrag hoort als specialisme bij de ggz, maar dit betekent niet dat de aanpak altijd moet voortkomen vanuit de ggz. Er kunnen bijvoorbeeld ernstig reactieve krachten zijn die mensen suïcidaal maken waarop de ggz weinig invloed heeft. Het is belangrijk dat de huisarts een eerste risicotaxatie doet, waarbij vervolgens goed moet worden afgewogen of er vervolgzorg moet zijn. Overigens moet worden beseft dat patiënten bij een dergelijke taxatie van suïcidaal gedrag hun eigen risico bij de verzekeraar kwijt zijn.

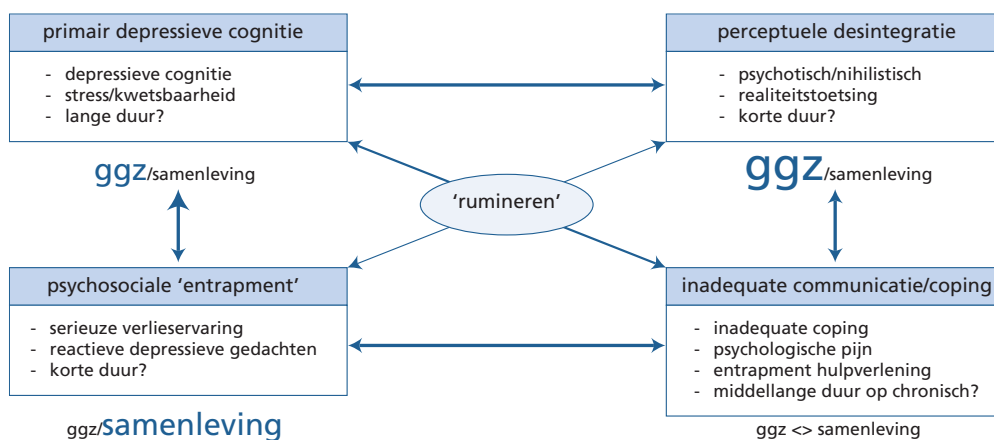
Ook voor het begrip van verantwoordelijkheid en eventuele juridische consequenties is het belangrijk om te kunnen begrenzen en te sturen waar mogelijkheden kunnen liggen. Dreiging met suïcide kan bijvoorbeeld soms als communicatiemiddel worden gebruikt; hiermee kan een individu, bewust of onbewust, aantonen hoe ernstig de 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 en verschillende vormen van handelen. Dit handelen is vaak meer gebaseerd op een klinisch oordeel dan op richtlijnen. Ook is er in de richtlijnen geen duidelijk onderscheid in vormen van suïcidaal gedrag. Bij een persoon met een depressie met daarbij een nihilistische psychotische beleving die zich daardoor wil suïcideren, wordt anders gehandeld dan bij een juwelier van 61 jaar oud waarbij het faillissement is uitgesproken over het familiebedrijf en die zich vanuit acute wanhoop inspuist met zijn resterende insulinevoorraad. Het suïcidale gedrag heeft in beide casussen een verschillende oorsprong en behoeft ook een verschillende aanpak. De aanpak kan verschillen van het niveau van de contactlegging tot het niveau van behandeling. Uiteraard zijn er ook allerlei andere factoren die invloed hebben op de vorm van suïcidaal gedrag.

Subtypen van suïcidaal gedrag

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

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



Figuur 5 Subtypen van suïcidaal gedrag.

Perceptuele desintegratie

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 valt op door de heftigheid.

Een klassiek beeld is een depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken, dit houdt in dat iemand bij de depressie wanen ontwikkelt die samen gaan met de affectieve ontregeling en vaak als onderwerp gerelateerd zijn aan bijvoorbeeld ondergang, onoverkomelijke schulden of bizarre overtrokken gedachten over eigen beïnvloeding op zaken die een ernstig negatief gevolg hebben. Ook kan het zijn dat een patiënt met schizofrenie voortdurend gehoorhallucinaties heeft met stemmen die hem de opdracht geven zich van het leven te beroven. Deze beelden dienen direct naar de gespecialiseerde ggz te worden verwezen. Weigert een patiënten, dan kan een (IBS-)beoordeling bij de crisisdienst worden aangevraagd.

Casus 5

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 dat een grote oplossing is als hij sterft door te springen van de tweede verdieping.

Casus 6

Een 52-jarige vrouw wordt door de crisisdienst gezien. Ze blijkt, zo te zien ondiep, in haar buik te hebben gesneden en is door de huisarts behandeld met een aantal plakpleisters. Opeens meldt ze dat ze eigenlijk al dood is en dat haar darmen haar kinderen besmetten vanuit de zwartheid van haar ziel. Haar dementerende moeder, die ze verzorgde, is negen maanden geleden overleden en

verder ligt een zoon, die een kind heeft waar ze twee dagen per week voor zorgt, in scheiding. Sinds drie weken is ze toenemend somber, 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 of maanden). Kenmerkend is dat de suïcidale gedachten deel uitmaken van de cognitie en dagelijks terugkeren. Een klassiek beeld is een depressieve stoornis, maar het kan ook onderdeel zijn van een angststoornis. Er kan bijmenging van persoonlijkheidsproblematiek zijn, maar het ook ontstaan bij persoonlijkheidsproblematiek en onderdeel worden van een terugkerend gedachtepatroon waarbij negatieve cognitie of de trias van Beck aanwezig kan zijn (negatief over zichzelf, negatief over anderen en negatief over de toekomst). Deze mensen worden bij voorkeur bij de gespecialiseerde ggz aangemeld. Soms lukt het om mensen bij de basis-ggz te behandelen, maar dat kan alleen als er goede afspraken worden gemaakt over risicotaxatie en er ook familie bij betrokken is. Soms willen mensen namelijk zelf niet naar de ggz. Een ggz-aanmelding kan soms het beeld verergeren doordat de ernst wordt benadrukt, maar het blijft altijd een afweging van risico's. Overleg bij twijfel met een psychiater. Bij een acuut risicovol beeld moet toch de crisisdienst worden bereikt.

Casus 7

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 4:00 uur wakker. Hij 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 volhouden en denkt dood beter af te zijn.

Casus 8

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 tijd 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 zichzelf, en een grote parasiet. Op een avond neemt ze tien tabletten paracetamol in en komt terecht op de SEH. Zij wordt vervolgens naar haar huisarts verwezen.

Psychosociale draaikolk

Het suïcidale gedrag komt primair voort uit een ernstige verlieservaring of krenking, waardoor het leven volledig op zijn kop staat. Er wordt een erge zielenpijn ervaren die niet vol te houden

is, 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 beïnvloedend zijn.

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 huisarts of POH of door acties binnen het sociale domein, moet er soms worden opgeschaald naar de gespecialiseerde ggz; soms kan een korte opname de angel eruit halen.

Casus 9

Een vrouw heeft een leenauto, normaal rijdt ze in een automaat. Ze gaat haar twee jonge kinderen naar de crèche brengen. Ze parkeert, 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 zelf in het water te springen, verdrinken haar twee kinderen. Hierna wordt een vrouw gezien die op geen enkele wijze meer wil leven.

Casus 10

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 doen groeien, en ziet dat als een zeer grote, persoonlijke verdienste. Hij is ervan overtuigd dat de medewerkers hem erg gaan missen. Ook hoopt hij dat er een koninklijk lintje voor hem is aangevraagd. Dat is niet gebeurd, blijkt op het afscheidsfeest. Op weg naar huis rijdt hij met 0,5 promille alcohol in zijn bloed 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 dat hij nu alleen nog maar voor de geraniums kan gaan wachten op het einde.

Inadequate coping of communicatie

Het suïcidale gedrag komt voort uit ernstige ervaren lijdensdruk waarbij iemand niet goed kan 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 persoonlijkheidsproblematiek zoals de persoonlijkheidsstoornis borderline. Ook kan middelengebruik een belangrijke luxerende factor zijn.

Het suïcidale gedrag komt vaak als externaliserend en niet echt over en hulpverleners voelen zich vaak klemgezet. Het kan samengaan met verlieservaringen waarbij de onmacht meer wordt geëxternaliseerd dan geïnternaliseerd. Vaak is het steunsysteem ook uitgeput en worden hulpverleners als falend gezien. Er is een risico dat hulpverleners zich gemanipuleerd voelen, waardoor mensen zich niet serieus genomen voelen. Zo wordt het gedrag versterkt en ontstaat een groter risico op suïcide. Bij deze vorm moet men ook beducht zijn op de wisseling van acute

naar chronische suïcidaliteit. Ook kunnen de typen in elkaar overgaan. Uiteraard heeft de huisarts hier maar een beperkte invloed.

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 huisarts of POH wordt geboden en dat soms opschaling naar basis- of gespecialiseerde ggz onafwendbaar is. Er is immers altijd het risico dat deze vorm in een andere vorm van suïcidaal gedrag overgaat.

Casus 11

Een 28-jarige man verliest wederom door ontslag zijn werk. Hij heeft het laatste jaar meerdere banen gehad, maar kreeg telkens ruzie en voelde zich miskend. Zijn stemming wisselt dagelijks. Als kind heeft hij een zeer onveilige hechting meegemaakt en hij heeft in meerdere kindertehuizen gezeten waarbij er ook sprake was van misbruik. Hij is meerdere malen kortdurend opgenomen en gaat vaak met onvrede weg.

Hij voelt zich door iedereen in de steek gelaten en verlaten. Hij belt naar de politie en zegt dat hij met een touw op het balkon staat. Als de crisisdienst komt is hij boos, scheldt hij hen verrot en verwijt hij hen dat ze toch nooit wat voor hem kunnen doen. Er volgt een woordenwisseling en de patiënt wordt heengezonden en naar zijn huisarts verwezen. De volgende dag komt het bericht dat hij voor komst naar de praktijk is overleden door ophanging. De crisisdienst had het beleid niet direct gemeld en de huisarts wist niets van het voorval.

Casus 12

Een 37-jarige asielzoeker krijgt te horen dat ze Nederland zal worden uitgezet. 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 en 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 of aanpak

Op basis van differentiatie kunnen ook verschillende verantwoordelijkheden worden geformaliseerd. U kunt zich voorstellen dat suïcide van een patiënt na ernstige krenking in private omstandigheden een hulpverlener moeilijker 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 gered kon worden door een rituele zelfdoding.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de betekenis van opname bij suïcidaliteit; defensievere geneeskunde leidt tot meer opnamen. U kunt zich waarschijnlijk voorstellen dat bij een psychotische depressie een klinische opname een suïcide mogelijk kan voorkomen. Bij andere vormen van suïcidaal gedrag kan een klinische opname juist zeer schadelijk werken en mensen een adequatere behandeling onthouden of zelfs door zelfstigma over de rand duwen. Studies laten zien

dat een gesloten of open opname geen verschillen toont in suïciderisiccijfers. Het is echter de vraag of dit bij een betere differentiatie niet anders zou zijn geweest.

Ook is het belangrijk dat de impact van suïcidaal gedrag op een patiënt, de naasten, de hulpverlener en de maatschappij beter wordt gevat en dat we ook 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 te laten handelen met minder defensief hulpverlenersgedrag dat op de lange termijn schadelijker is voor een patiënt.

B2 Behandeling van suïcidaal gedrag

Psychofarmaca en suïcidaal gedrag

Vragen

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

- 2 Bij welke ziektebeelden helpt deze medicatie?

De farmacotherapeutische mogelijkheden voor de behandeling van suïcidaal gedrag zijn begrensd. Er is onvoldoende direct bewijs dat antidepressiva, antipsychotica, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en ECT specifiek helpen bij het reduceren van suïcidaal gedrag. Voor het antipsychoticum 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 betere differentiatie ook leiden tot een gerichtere farmacologische behandeling.

Bij depressie (de meestvoorkomende psychiatrische stoornis met kans op suïcide) en angststoornissen is er effectiviteit aangetoond van de behandeling met antidepressiva. Er is echter

geen bewijs dat dit het aantal suicides daadwerkelijk vermindert. In verschillende landen is er een relatie met de hoeveelheid voorschriften van antidepressiva in de bevolking en een afname van het totaal aantal suicides. Voorzichtigheid is geboden, omdat diverse variabelen aan dit effect kunnen bijdragen.

Van antidepressiva is het wel bekend dat gedurende de eerste maand na start onder meer de suïcidaliteit kan toenemen en het is daarom belangrijk om de vinger aan de pols te houden. Het is belangrijk dat de patiënt voorlichting krijgt en dat er na het starten vervolcontact is. Ook het erbij betrekken van naasten en uitleg over de werking en mogelijke bijwerkingen zijn belangrijk. Bij veranderingen, zoals toenemende depressiviteit en daarbij meer suïcidaal worden, kunnen naasten dan contact opnemen. Het probleem bij de start van antidepressiva is dat de anhedonie achterblijft op het eerdere ontstane effect op psychomotore remming. Het duurt vaak meerdere weken voordat het positieve effect plaatsvindt. Mensen kunnen dan eerst actiever worden en 'gemakkelijker' overgaan op een planning van suicide bij een nog achterblijvend effect op de affectieve ontregeling.

De discussie rondom antidepressiva is ingewikkeld. Er wordt verondersteld dat de behandeling met antidepressiva op de lange termijn minder suicides geeft.

Voor ECT is er gering bewijs dat het een snellere afname van suïcidaal gedrag geeft dan van andere symptomen van depressie.

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

Behandeling van acuut suïcidaal gedrag

Vraag

- 3 Kunt een voorbeeld geven van hoe u hopeloosheid en negatieve toekomstverwachtingen op de korte termijn kunt bijsturen?

Diagnostiek in de breedste zin van het woord is een vereiste voordat behandeling van suïcidaal gedrag kan beginnen. Eerder is er ingegaan op de differentiatie van suïcidaal gedrag en vooral bij de vormen van perceptuele desintegratie (psychose) en de psychosociale draaikolk zal de suïcidaliteit vooral acuut kunnen zijn. Altijd moet worden overwogen of de huisarts eerst somatische screening doet waardoor een onderliggende lichamelijke kwaal kan worden uitgesloten. Er moet ook aandacht zijn voor eventuele intoxicatie (door bijvoorbeeld drugs- of alcoholgebruik), ook als iemand dit ontkent. Voorbeelden van somatische aandoeningen die psychiatrische symptomatologie met suïcidaal gedrag kunnen geven; hypothyreoïdie, cushingsyndroom, een menin-

geoom, paraneoplastische verschijnselen et cetera.

Er moet worden onderscheiden welke factoren op de korte termijn kunnen worden beïnvloed, zoals actuele psychiatrische aandoeningen, waarvoor symptoomgerichte psychofarmaca kunnen worden gegeven. 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 erg belangrijk 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 onverdraagbare rouw de eerste dagen na het verlies van een dierbare, waarbij de tijd de pijn en verbijstering doet afnemen.

Is er sprake is van suïcidaliteit bij psychotische symptomen, dan is het essentieel om de inhoud daarvan te exploreren. Bij psychotische symptomatologie (wanen of hallucinaties) of depressie met nihilistische wanen is het zinvol om te inventariseren of er inhoudelijk een noodzaak bestaat om snel te sterven. Uiteraard kan de huisartsenpraktijk/POH dit niet hanteren en het is wenselijk dat iemand direct naar de specialistische ggz wordt verwezen of dat zelfs de crisisdienst wordt gebeld voor beoordeling.

Behandeling chronisch suïcidaal gedrag

Vraag

- 4 Demoralisering is het fenomeen dat een patiënt zich hulpeloos en incompetent voelt en veel stress ervaart met daarbij uitzichtloosheid. De patiënt ervaart steeds meer controleverlies waarbij hij de grip op het leven verliest. De hoop op het terugkrijgen van controle vervliegt; het leven wordt als zinloos ervaren en komt in het teken te staan van existentieel lijden. Dit gevoel van machteloosheid wordt daarbij ook overgedragen aan o.a. de hulpverlener die meegaat in de wanhoop en zich mede hopeloos gaat voelen. Wat is het risico van demoralisering op de hulpverlener?
-
-
-

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 persoonlijkheidsstoornis in cluster B of C (met name borderline). Eerder is benoemd dat dit chronische suïcidale gedrag vooral voorkomt bij inadequate communicatie/coping 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. Goede cijfers ontbreken, maar we zien deze vorm ook 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 in dagbehandeling. Vindt toch opname plaats, dan moet die kort zijn (korter dan 48 uur) met als doel orde op zaken te stellen en het systeem of de therapeut kortdurend rust te geven. Geadviseerd wordt 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. Het is dan belangrijk om het aangedragen lijden van de patiënt te verdragen en te erkennen dat niets doen maar wel erkenning geven aan het lijden soms het hoogst haalbare is. De hopeloosheid en existentiële doodswens is vaak onverdraagbaar voor de hulpverlener die wil handelen. Ook gaat een patiënt juist steeds meer uit de kast halen om te benadrukken hoe erg zijn lijden is. Dat geeft een moeilijke overdracht op de hulpverlener, die niet actief kan handelen.

Bij deze groep patiënten moet men wel waakzaam zijn op veranderingen in het gedrag, waarbij dan onderzoek moet worden gedaan naar (de verandering van) suïcidaal gedrag. Dit wordt wel een acute verandering op het chronische patroon genoemd. 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 voor demoralisering bij de huisarts zorgt en dat die patiënt in de communicatie steeds zwaarder moet inzetten om serieus te worden genomen. Een verandering in gedrag kan dan mogelijk worden gemist, waardoor de hulpverlener er niets mee doet.

B3 Nazorg en evaluatie na suïcide

Vraag

- 1 Hebt u ooit te maken gehad met een suïcide of een ernstige poging en had u daarna een gesprek met nabestaanden? Als zij beschuldigend naar u waren, hielp het dan om defensief te zijn of hielp dat juist niet. Wat ging er goed en wat kon beter?

Na een suïcide moet de huisarts zo snel mogelijk de nabestaanden en andere betrokken hulpverleners informeren. Daarnaast is het belangrijk om het gebeuren te bespreken met collega's en bij hen steun te zoeken. Er moet ook rekening mee worden gehouden dat er bij direct betrokkenen een verhoogd risico op suïcide is. Het is belangrijk om voorzichtig om te gaan met informatie en deze bij voorkeur mondeling te verstrekken. Besef dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt.

Het is raadzaam om tijd te nemen en te beseffen dat boosheid en onmacht van de nabestaanden deel uitmaken van de reactie. Een defensieve houding werkt zelden, verdragen en steunen is het beste. Ook hier geldt: bespreken met collega's en bij hen steun zoeken. Het is in retrospectief altijd gemakkelijk om aan te wijzen welke aspecten en risicofactoren niet zijn gezien, wat het gevoel van falen bij een hulpverlener bevestigt.

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 doen naar de casus niet helpen 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;
- de behandelaar die negatief heeft gereageerd 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 maar één gesprek is, terwijl er juist na maanden nog grote behoefte kan zijn aan een gesprek, omdat er nog veel onbeantwoorde vragen zijn.

Suïcidaal gedrag komt veel voor en van alle mensen met suïcidaal gedrag is er een kans van minder dan 0,5% dat er gedurende een jaar ook suïcide plaatsvindt. Van alle suïcides vindt 60% plaats buiten het zicht van de gespecialiseerde ggz. Daarbij is het voorspellen van een suïcide vaak onmogelijk en zijn er veel, vaak wisselende factoren. Zo is ook het voorspellen van het weer voor een paar dagen gemakkelijker dan over 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 groot zijn. Geadviseerd wordt om buiten een strijd te blijven en als de druk te groot wordt advies te vragen aan andere hulpdiensten. Maakt u helaas toch een suïcide mee, dan is het ontzettend belangrijk om vooral ook goed voor uzelf te zorgen. Erover praten en uw eigen rouw herkennen is belangrijk om zelf ook de onmacht een plek te kunnen geven.

Altijd zal onbekend blijven hoeveel van alle mensen met suïcidaal gedrag die u ziet, u werkelijk tegen de dood hebt beschermd. Zo blijft helaas vaak onbekend bij wie u dus 'goed' hebt gehandeld. Vergeet echter nooit dat u het verschil kunt maken en dat u een essentiële schakel kunt zijn in het redden van een leven.

Opdracht

Ga terug naar de vragen in de onderdelen van BLOK B en vergelijk de antwoorden die u daar gaf met de informatie die daarna in dit blok is gegeven. Welke leerpunten kunt u nu voor uzelf formuleren?

Vragen

- 1 Wat is u verder opgevallen in BLOK B en wat wilt u graag onthouden?

- 2 Welke punten uit dit blok wilt u graag met uw collega's bespreken?

3 Welke punten wilt u graag met uw behandelteam en uw assistente(n) bespreken?

Nadere bespreking van vragen en casuïstiek

A1

Vragen

- 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 20 schommelt het aantal tussen de 44 en 81. Het zijn bijna altijd meer jongens dan meisjes. Onder de 10-jarige leeftijd is suïcide zeer zeldzaam. De laatste 60 jaar is er in Nederland negenmaal 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

Vragen

- 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.

- a U hebt bij een empathische, echte en open houding meer kans op vertrouwen en daardoor een realistische overdracht van informatie. Hierdoor is er ook meer kans op de ontwikkeling van een coöperatieve werkrelatie. Dit bereikt u niet als u bijvoorbeeld te snel in de tegenoverdracht schiet en daarbij niet professioneel handelt.

Casus 2 meneer D.

- a Meneer D. 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. Meneer D. moet snel worden gezien en de politie moet met spoed naar de patiënt om zo snel mogelijk diens veiligheid te garanderen.

Casus 3 Gerda

- a U kunt in ieder geval met de buurvrouw gaan spreken en inventariseren welke belangrijke anderen kunnen worden benaderd. De buurvrouw heeft wellicht meer informatie en contactgegevens van kinderen en belangrijke anderen. Uiteraard moet u dit ook met de patiënt communiceren. In de praktijk willen patiënten in eerste instantie soms weinig bemoeienis en anderen niet lastigvallen. Toch is het erg belangrijk om zo veel mogelijk de naasten te betrekken. Uiteraard conflicteert dit met het beroepsgeheim, maar als u de tijd neemt en er sprake is van contactgroei, wordt het erbij betrekken van naasten uiteindelijk zelden geweigerd.

Casus 4 meneer Z.

- a Ja. Dan was de behandeling eerder gestart en waren er daarbij ook mogelijk goede veiligheidsafspraken gemaakt waardoor patiënt zich gesteund zou hebben gevoeld.

A3

Casus 1 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 doet. 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 mocht ze sterven.

- d** Ze heeft spijt en ze wil 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

Vragen

- 1** Ja. In het differentiatie-model wordt dit gedefinieerd als suïcidaal gedrag vanuit perceptuele desintegratie. Als er geen goede, reële veiligheidsafspraken te maken zijn en ook 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 en ook zonder de volledige criteria voor depressie. Bij detectie daarvan ontstaat vanuit de hulpverlening meestal meer urgentiebesef om gaan handelen en lijkt het soms acuut. Bij de CASE-methode blijkt toch vaak dat mensen al een lange periode lijden door deze gedachten.

B2

Vragen

- 1** Clozapine en lithium.
- 2** Bij schizofrenie is clozapine een bewezen medicament. Lithium is een evidente medicamenteuze behandeling bij de bipolaire stoornis en unipolaire depressie.
- 3** Bespreekbaar maken van dit thema. Oplossingsgerichte (korte termijn) en probleemoplossende schemata doornemen. Inventariseren van bijvoorbeeld relationele of beroepsmatige stressoren en hier taboeloos over kunnen spreken en zoeken naar oplossingen. Uiteraard moet u continuïteit van zorg inzetten.
- 4** 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 groeit de kans dat de hulpverlener serieuze gedragsverandering en reële suïcidaliteitsdreiging niet meer waarneemt.

B3

Vragen

- 1 Als u deze houding aanneemt is er een grote kans dat er meer boosheid bij nabestaanden ontstaat. U krijgt daardoor minder goed de kans om het betrekkningsniveau en de dynamiek op te merken, waarbij u minder goed kunt observeren en minder snel een neutrale 'positie' kan voelen. Het accepteren van boosheid en beseffen dat de persoonlijke toon naar u een rouwreactie kan zijn, maakt het gesprek minder beladen. Meestal vermindert de boosheid na enige tijd.

Literatuur

- Ajdacic-Gross V, Lauber C, Baumgartner M, et al. In-patient suicide - a 13-year assessment. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2009;120:71-75
- Andreasson KT. Suicideprevention and borderlinepersonalitydisorder- The DiaStrial. PhD Thesis University of Copenhagen, 2016.
- Baldessarini RJ, Tondo L, Viguera AC. Effects of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders. *Bipolar Disorders* 1999;1:17-24.
- Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo M. Bipolar disorder. In: Simon RI, Hales RE ed. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management*. pp. 280-295. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006.
- Baldessarini RJ, Tondo L. Psychopharmacology for suicide prevention. In: Pompili M, Tartarelli R, editors. *Evidence-based practice in suicidology*. pp. 233-253. Göttingen: Hogrefe & Huber, 2010.
- Beurs DP de, Groot MH de, Keijsers 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.
- Beurs DP de, Hooiveld M, Kerkhof AJ, et al. Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ Open* 2016;6(5):e010868.
- Boel M, Blekman J, Jong S de, et al. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Trimbos-instituut, Utrecht, 2007.
- Centraal Bureau Statistiek. 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 ideation 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.
- Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, et al. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Affect Disord* 2011;133(3):423-7.
- Dückers MLA, Reifels L, Beurs DP de, et al. The vulnerability paradox in global mental health and its applicability to suicide – CORRIGENDUM. *Br J Psychiatry* 2019.
- 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, Portzky, Beurs de, et al. *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom, 2019.
- Generieke Module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. GGZ Standaarden, 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*. Guilford press, 2016.
- Joiner T. *Why people die by suicide*. Harvard University press, 2005.
- 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: Trimbos-instituut, 2007.
- Haw C, Hawton K, Gunnell D, et al. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Int J Soc Psychiatry* 2015;61:73-81.
- Hoeymans N, Schoemaker C.G. *De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen*. Bilthoven: RIVM, 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.
- Kerkhof AJ, Meer M van der, Beurs DP de, et al. Klinische les. Is de huisarts machteloos bij suïcidale patiënten? *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D5058.
- Koekkoek BW, Kaasenbrood AJA. Behandelen van chronische suïcidaliteit 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, et al. 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. VU Amsterdam, 2019.
- Multidisciplinaire richtlijn. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
- Niederkröthaler T, Braun M, Pirkis J, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;368:m575.
- 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.
- Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatry* 2015;5(2):243-54.
- 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 (red). *Textbook Suicide assessment and Management*. pp 1-32. Washington, 2006.
- Spuijbroek AT, Leezer YM, Beurs DP de, et al. Het aandeel suïcides door patiënten met een stoornis waarvan de ggz-behandeling thans niet meer vergoed wordt. *Tijdschr Psychiatr* 2016;58(11):803-808.
- Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health* 2019;47:9.
- Verwey B, Winter RFP de, Hemert AM van. De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *Psyfar* 2013;8(1):20-27.
- Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv* 2018;69:751.
- 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 K (eds) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. pp 79-94. Chichester: John Wiley & Sons, 2020.
- Winter RFP de, Krijger J de, Hazewinkel MC, et al. Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Psychopraktijk* 2011; 3(2):19-23.
- Winter RFP de, Beurs DP de. Behandeling van suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek. 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, et al. Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr* 2017;59(13):140-149.
- Winter RFP de, Beurs MH de. Suïcidaliteit bij volwassenen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D4632.
- Winter RFP de, Hazewinkel MC, Sande R van de, et al. Outreach Psychiatric Emergency Service. Characteristics of Patients With Suicidal Behavior and Subsequent Policy. *Crisis* 2020;41:375-382.
- Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, et al. The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis* 2010;31(2):86-92.

Opdrachtblad 'Invoering in de praktijk'

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

BLOK A SUÏCIDE & SUÏCIDAAL GEDRAG

BLOK B DIFFERENTIATIE, BEHANDELING EN NAZORG BIJ SUÏCIDAAL GEDRAG

Wanneer evalueert u de resultaten van de invoering van bovenstaande veranderingen?

Datum:

Geef in steekwoorden aan wat uw behandelteam, praktijkondersteuner(s) en/of assistente(n) moet(en) weten of doen of afspreken met betrekking tot dit programma.

Teamoverleg/Hagro/FTO/WDH

Veel aspecten van dit programma lenen zich goed voor een discussie in het teamoverleg, het gezondheidscentrum, de maatschap, de (A-)HOED, de Hagro etc.

Als voorbeeld treft u hieronder een aantal punten aan die u kunt meenemen naar dit overleg. Ook kunt u 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 uw eigen mening aangescherpt.

Te bespreken onderwerpen

Verzamel de punten die u met uw collega's wilt bespreken en daarvoor hebt opgeschreven bij de betreffende vraag aan het einde van BLOK A en BLOK B. In het teamoverleg met collega's, assistenten en POH kunnen de volgende zaken aan bod komen:

1. Zijn er afspraken in uw praktijk (intercollegiaal, met assistenten, met POH-GGZ) over omgaan met mensen die zich suïcidaal uiten?
2. Welke kennis / vaardigheden heeft uw POH-GGZ als het gaat om inschatten van suïciderisico?
3. Zijn er collega's / POH-GGZ die gebruik maken van een speciale methodiek (bijv. de CASE-benadering)? Zo ja, welke en wat is hun ervaring daarmee?
4. Naar welke hulpverleners verwijst u en/of met wie overlegt u als u een verhoogd suïciderisico vermoedt?
5. Indien van toepassing: ga terug naar (het dossier van) de laatste patiënt in uw praktijk die zich suïcideerde: waren er voortekenen? Wat was het beloop? Zijn er aspecten die u met de kennis van nu anders gedaan of ingeschat zou hebben?
6. Indien van toepassing: wat deed het met u toen een van uw patiënten zich suïcideerde? Heeft u nazorg gezocht voor u zelf?
7. Welke (werk)afspraken zijn er in uw huisartsenpost voor mensen die zich suïcidaal uiten?

Eigen vragen aan collega's

Hieronder kunt u uw eigen vragen invullen die u aan collega's wilt stellen naar aanleiding van dit nascholingsprogramma. Zoek een gelegenheid om deze vragen aan uw collega's te stellen.

TOETS

Geaccrediteerd tot 11 december 2022

Beantwoord de volgende vragen nadat u dit nascholingsprogramma geheel hebt doorgewerkt. U kunt de antwoorden online invullen onder *Mijn dossier* op de website www.accredidact.nl. U vindt daar na het behalen van de toets de juiste antwoorden en feedback.

1. Het aantal zelfdodingen per 100 000 inwoners is in Nederland ongeveer:
 - 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 u:
 - 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
 - tandarts als beroep
 - 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. Het geïntegreerde model van stress, kwetsbaarheid en entrapment is een model waarmee in enige mate de kans op suïcidaal gedrag en suïcide kan worden voorspeld.
juist/onjuist
6. Sinds enkele jaren is het niet noodzakelijk om iedere suïcide te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Melding moet wel plaatsvinden als er sprake is van specifieke omstandigheden. Welke omstandigheid hoort daar niet bij?
- Als er een wettelijke maatregel was.
 - Als de suïcide plaatsvindt op een gesloten opnameafdeling.
 - Als er sprake was van beperkende middelen.
 - Als de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met 'tekortkomende' zorg.
7. 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
8. Wat is juist?
- De meerderheid van de mensen die zich suïcideren heeft geen psychiatrische stoornis in engere zin.
 - De *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* en de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* zijn niet bedoeld voor huisartsen.
 - De contactlegging is een van de beschreven algemene principes bij de risicotaxatie en diagnostiek.
 - Er zijn verschillende gevalideerde voorspellende vragenlijsten voor suïcide beschreven.
9. Wat is geen 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
10. Wat is geen psychologische kwetsbaarheidsfactor voor suïcide?
- impulsieve persoonlijkheid
 - angst
 - seksueel misbruik in het verleden
 - sociale steun

11. Wat helpt een hulpverlener bij de verwerking na suïcide?
- voor de suïcide opnamevoorkomend hebben gehandeld
 - het schrijven van een rapport voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
 - een gesprek met een bevriende collega
 - een brief van een advocaat
12. Als men de suïcidaliteit uitvraagt volgens de CASE-benadering en men richt zich 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 gehad?
13. Bij een oudere 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.
juist/onjuist
14. 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.
juist/onjuist
15. De behandeling van chronisch suïcidaal gedrag is gericht op drie niveaus. Wat is onjuist?
- Behandeling van de psychiatrische comorbiditeit.
 - Inventariseren van uitlokkende en onderhoudende factoren (stressoren) en zoeken naar eventuele oplossingen.
 - Klinische opname heeft in principe de voorkeur.
 - Revalidatie: 'remoralisering' en psychosociaal herstel tegen de achtergrond van het bestaan van chronisch suïcidaal gedrag.



Lined writing area consisting of 26 horizontal blue lines.

