

# Concept multidisciplinaire richtlijn

## Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

### EIND VOLUME

ten behoeve van de commentaarfase

19 mei t/m 14 juli 2011

#### Redactie

A. M. van Hemert, A. J. F. M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey

#### Werkgroep

C. van Boven, A. M. van Hemert, J. W. Hummelen, M. H. de Groot, A. J. F. M. Kerkhof, J. de Keijser, P. Lucassen, J. Meerdinkveldboom, M. Steendam, B. Stringer, A. A. Verlinde, B. Verwey

#### Projectleiding

G. van de Glind



## Colofon

### *Financiering*

ZonMw, programma KKCZ

### *Opdrachtgevers*

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)  
en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

### *Teksten*

Werkgroep MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag  
onder voorzitterschap van A.M. van Hemert

### *Organisatie*

Trimbos-instituut

### *Projectleiding*

G. van de Glind

### *Eindredactie*

M.H. de Groot  
G. van de Glind

U kunt commentaar leveren op deze conceptrichtlijn door per e-mail een Word document te sturen naar [nzon@trimbos.nl](mailto:nzon@trimbos.nl) onder vermelding van: commentaarfase MDR DBSG

In dit Word document noemt u uw naam en u geeft aan of u op persoonlijke titel, dan wel namens een vereniging of instantie commentaar levert. Is dat laatste het geval, dan de naam van de vereniging of instantie noemen. U draagt dan tevens zelf verantwoordelijkheid voor het kortsluiten van dit commentaar met achterban en bestuur van de betreffende vereniging of instantie.

U geeft uw commentaar door achtereenvolgens 1) de pagina(s) en regelnummer(s) te noemen, 2) uw commentaar te geven en 3) uw suggesties voor verbetering te noteren. Commentaar dat op een andere wijze onder onze aandacht wordt gebracht kunnen wij niet in behandeling nemen.

### *Uitgever*

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 2011

Deze conceptrichtlijn is ook beschikbaar via [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)

### *Disclaimer*

Deze tekst is een concept bedoeld voor de formele commentaarfase in het ontwikkelingsproces. Dit houdt in dat de teksten, inclusief de aanbevelingen nog niet zijn geautoriseerd door betrokken partijen. Ook kunnen nog wijzigingen in de teksten en aanbevelingen worden aangebracht, op basis van de commentaarfase. Daarom kunnen aan deze tekst geen rechten of plichten worden ontleend of toegekend.

De diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag vraagt veel van zorgprofessionals. Enerzijds gaat het bij vragen rondom leven en dood om hoogst persoonlijke en existentiële thema's, waar niemand als bijzondere deskundige kan worden aangemerkt. Anderzijds weten we uit onderzoek dat psychiatrische stoornissen en emotionele problemen bij suïcide een grote rol spelen en dat de denkprocessen bij suïcidale mensen vaak ernstig verstoord zijn. In dit krachtenspel moet de zorgprofessional naar beste kunnen een persoonlijk contact aangaan met de betrokkene en de naasten, zich op de hoogte stellen van de toestand en in wijsheid afwegen welke interventies het meest passend zijn om ernstig onheil af te wenden. Eenduidige antwoorden zijn meestal niet voorhanden.

Bij het opstellen van de richtlijn heeft de werkgroep zich gebaseerd op de beschikbare evidentie, op bestaande internationale richtlijnen en op een klankbordgroep van deskundigen en vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen. Daarbij is gebleken dat de evidentie voor de besluitvorming in de praktijk belangrijke beperkingen kent. De uitkomst van een suïcidaal proces valt op basis van alle beschikbare evidentie nu eenmaal niet betrouwbaar te voorspellen. Daarmee is echter niet gezegd dat er geen basis is voor het handelen van professionals in situaties die als risicovol worden ingeschat. De basis voor het handelen zal eerder liggen in overwegingen van goede klinisch praktijkvoering dan in 'harde' evidentie. De evidentie geeft een richting, maar de besluitvorming is praktisch.

De richtlijn is multidisciplinair opgesteld in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en het Nederlands Instituut van Psychologen. De primaire doelgroepen zijn huisartsen, psychologen, psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen, maar de werkgroep meent dat de aanbevelingen ook voor anderen van belang kunnen zijn.

In de laatste 25 jaren is het aantal suïcides per hoofd van de bevolking in Nederland en ook daarbuiten gestaag afgenomen. Aangenomen mag worden dat maatschappelijke factoren en de kwaliteit van de gezondheidszorg daarbij een rol spelen. Er zijn kennelijk factoren die het aantal suïcides beïnvloeden. Het gaat dan niet alleen om de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, zoals besproken in deze richtlijn, maar ook om de behandeling van psychische stoornissen, waaronder de behandeling van depressie. Preventie van suïcide is een complex samenspel van maatschappelijke factoren, beschikbaarheid van middelen en het functioneren van de gezondheidszorg. Een zorgprofessional die weet hoe te handelen bij suïcidaal gedrag is daarvan een onmisbaar onderdeel. Het is de hoop van de werkgroep dat de richtlijn een praktische handreiking biedt voor het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag.

*Bert van Hemert, voorzitter*



CONCEPT



<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>	9
<b>2</b>	<b>Inleiding</b>	33
2.1	Waarom een richtlijn voor zorgprofessionals?	
2.2	Doelstelling	
2.3	Afbakening	
2.4	Werkwijze	
2.5	Leeswijzer	
<b>3</b>	<b>Visie op suïcidaal gedrag</b>	41
3.1	Wat is suïcidaal gedrag?	
3.2	Wat zijn oorzaken van suïcidaal gedrag?	
3.3	Hoe is suïcidaal gedrag te herkennen?	
3.4	Waarop is de diagnostiek van suïcidaal gedrag gericht?	
3.5	Wat is het belang van de wilsbekwaamheid bij de diagnostiek van suïcidaal gedrag?	
3.6	Hoe kan suïcidaal gedrag worden behandeld?	
3.7	Is suïcidaal gedrag te voorspellen?	
<b>4</b>	<b>Algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag</b>	55
4.1	Contact maken	
4.1.1	Welke factoren bepalen het contact met een suïcidale patiënt?	
4.1.2	Welke specifieke benaderingen kunnen worden aanbevolen voor verpleegkundigen op een afdeling?	
4.2	Zorg voor veiligheid	
4.2.1	Met welke maatregelen kan de veiligheid van een suïcidale patiënt worden gewaarborgd?	
4.2.2	Wat is de rol van verpleegkundigen bij het waarborgen van de veiligheid van een suïcidale patiënt?	
4.3	Omgaan met naasten van de suïcidale patiënt	
4.3.1	Hoe dient de professional met naasten van de suïcidale patiënt om te gaan?	
4.4	Continuïteit van zorg	
4.4.1	Hoe kan de continuïteit van de zorg aan suïcidale patiënten worden bevorderd?	
<b>5</b>	<b>Diagnostiek van suïcidaal gedrag</b>	71
<b>A</b>	<b>Onderzoek naar suïcidaal gedrag</b>	
5.1	Bij wie en in welke situaties moet onderzoek gedaan worden naar suïcidaal gedrag?	
5.1.1	Directe suïcidale uitingen	
5.1.2	Risicofactoren en risicosituaties	
5.2	Hoe kan de professional vragen naar suïcidaal gedrag en wat moet de professional vragen?	

5.3	Wat is de plaats van vragenlijsten of observatie-instrumenten bij het onderzoek van suïcidaal gedrag?	
5.4	Zijn specifieke observeerbare factoren van belang voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag?	
5.5	Kan het onderzoek naar suïcidaal gedrag een suïcide uitlokken?	
5.6	Hoe vaak moet onderzoek naar suïcidaal gedrag worden herhaald?	
5.7	Kan onderzoek naar suïcidaal gedrag plaatsvinden als de patiënt is geïntoxiceerd?	
<b>B</b>	<b>Bijkomende factoren</b>	84
5.8	Welke kwetsbaarheidfactoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag?	
5.8.1	Biologische factoren	
5.8.2	Persoonlijkheidskenmerken	
5.8.3	Levensovertuiging	
5.8.4	Maatschappelijke en interpersoonlijke factoren en steunsysteem	
5.9	Welke stressoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag?	
5.9.1	Psychiatrische aandoeningen	
5.9.2	Psychologische factoren	
5.9.3	Ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen	
5.9.4	Structuurdiagnose, prognose en behandelplan	
5.10	Welke elementen zijn van belang voor de risicoweging bij suïcidaal gedrag?	
<b>C</b>	<b>Specifieke groepen</b>	113
5.11	Is extra onderzoek nodig bij specifieke groepen en in speciale omstandigheden?	
5.12	Onderzoek bij jeugdigen	
5.13	Onderzoek bij ouderen	
5.14	Onderzoek van suïcidaal gedrag bij immigranten	
5.15	Onderzoek bij herhaald suïcidaal gedrag	
<b>6</b>	<b>Behandeling van suïcidaal gedrag</b>	155
<b>A</b>	<b>Eerste interventies</b>	
6.1	Welke somatische, psychiatrische en psychosociale interventies moeten het eerst worden overwogen?	
6.2	Welke eerste interventies vinden plaats onder WGBO en BOPZ?	
6.3	Welke interventies bevorderen de therapietrouw?	
6.4	Wat is het effect van een non-suïcidecontract op het verkleinen van de kans op suïcide en op de behandelrelatie?	
6.5	Wat is het effect van een signalerings- of veiligheidsplan? Welke elementen moet een veiligheidsplan bevatten?	
<b>B</b>	<b>Langere termijn behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag</b>	169
6.6	Hebben farmacotherapeutische en psychosociale interventies een positieve bijdrage op het verminderen van suïcidaal gedrag?	
6.6.1	Antidepressiva en suïcidaal gedrag	
6.6.2	Anxiolytica en suïcidaal gedrag	
6.6.3	ECT en suïcidaal gedrag	
6.6.4	Anti-psychotica, psychotherapie en suïcidaal gedrag bij psychotische stoornissen	
6.6.5	Lithium	



6.7	Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie	
6.8	Behandeling gericht op het beïnvloeden van bijkomende factoren of risicofactoren	
6.8.1	Behandeling van suïcidaal gedrag bij depressie	
6.8.2	Behandeling van suïcidaal gedrag bij persoonlijkheidsstoornissen	
6.8.3	Behandeling van andere veel voorkomende bijkomende factoren	
6.9	Welke verpleegkundige interventies of methodieken zijn aangewezen bij de zorg aan (langdurig) suïcidale patiënten?	
<b>C</b>	<b>Specifieke groepen</b>	191
6.10	Behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen	
6.11	Behandeling van suïcidaal gedrag bij jeugdigen	
<b>7</b>	<b>Professioneel handelen na een suïcide</b>	211
7.1	Het handelen van de professional direct na een suïcide	
7.1.1	Taken van de professional onmiddellijk na een suïcide	
7.2	De opvang van naastbetrokkenen van de overleden patiënt	
7.2.1	Het driefasenmodel voor de opvang	
7.2.2	Kinderen en jongeren na een suïcide	
7.3	Het inschatten van het risico van problemen in de verliesverwerking	
7.4	De professional als nabestaande	
7.5	Melden van suïcide aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg	
<b>Bijlage A</b>	<b>Samenstelling Werkgroep en Klankbordgroep MDR BBSG</b>	225
<b>Bijlage B</b>	<b>Onderzoek en indicatiestelling bij suïcidaal gedrag</b>	227
<b>Bijlage C</b>	<b>Suïcide en suïcidaal gedrag: Gezondheidswetgeving</b>	241
<b>Bijlage D</b>	<b>Bewijstabellen Diagnostiek van suïcidaal gedrag</b>	263
<b>Bijlage E</b>	<b>Bewijstabellen Behandeling van suïcidaal gedrag</b>	323

CONCEPT

## **Hoofdstuk 1 Samenvatting**

In dit hoofdstuk zijn de onderwerpen en aanbevelingen uit de hoofdstukken van de richtlijn samengevat.

5

## **2 Samenvatting Hoofdstuk 2 Inleiding**

10 Huisartsen, artsen op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen (SEH-artsen), psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen hebben in hun dagelijkse praktijk regelmatig te maken met suïcidaal gedrag. Omgaan met deze problematiek is een belangrijk onderdeel van hun werk, maar hoe dit moet is onvoldoende eenduidig omschreven en geborgd (Verwey 2006, Huisman 2010, Kerkhof en Van Luyn 2010). Een richtlijn met concrete aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag kan bijdragen aan het verbeteren van het professioneel handelen rond suïcidaal gedrag en maakt de zorg voor suïcidale patiënten transparant en toetsbaar.

15 Het doel van de richtlijn is concrete aanbevelingen te geven voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag op basis van het best beschikbare bewijs. De richtlijn is bedoeld voor psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen, SEH-artsen en verpleegkundigen.

20 De werkgroep heeft zich beperkt tot diagnostiek en behandeling van individuele patiënten door zorgprofessionals. Maatgevend voor de keuze van onderwerpen was het belang voor professionals die voor individuele patiënten tot een diagnose en een behandelplan moeten komen. Onderwerpen die door de werkgroep zijn overwogen maar buiten de richtlijn zijn gebleven zijn publieke gezondheidszorg, behandeling van nabestaanden, hulp bij zelfdoding en organisatie van de (keten)zorg.

25

## **Hoofdstuk 3 Samenvatting Hoofdstuk 3 Visie op suïcidaal gedrag**

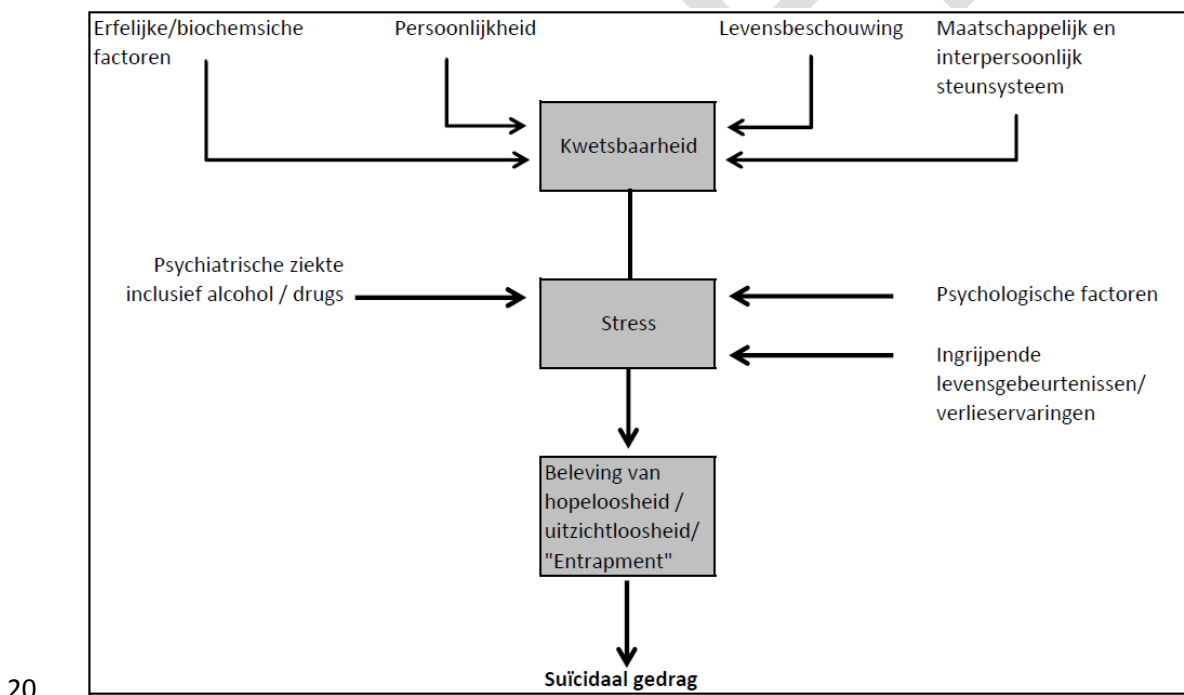
30 De term suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te willen doden. Suïcidaal gedrag is niet geheel af te grenzen van het bredere begrip zelfbeschadigend gedrag.

35 Bij het herkennen van suïcidaal gedrag moet onderscheid gemaakt worden tussen openlijke gedragingen en gedachten die niet tot uiting worden gebracht. Omdat er geen instrument bestaat waarmee suïcidaal gedrag ondubbelzinnig kan worden herkend, moeten professionals actief vragen naar de aanwezigheid van

suïcidedgedachten en -plannen en deze exploreren. Indien mogelijk wordt gebruik gemaakt van de kennis van naastbetrokkenen van de patiënt. Er zijn verschillende checklijsten die behulpzaam kunnen zijn bij een gesprek over suïcidaal gedrag, maar deze kunnen een persoonlijk en vertrouwelijk gesprek niet vervangen. Het gesprek kan er zelfs door worden gehinderd, omdat het door de patiënt als formeel en afstandelijk kan worden ervaren.

Oorzaken van suïcidaal gedrag zijn te onderscheiden in a) de suïcidale toestand en b) bijkomende factoren. De suïcidale toestand verwijst naar gedachten, intenties, motieven en handeling die op suïcide gericht zijn. Bijkomende factoren verwijzen naar het complex van individuele psychiatrische, psychologische en sociale factoren die met het suïcidale gedrag van de betrokkene samenhangen. Bij ieder individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologische en sociale factoren.

Om een ordening aan te brengen in de verschillende factoren gaat de werkgroep uit van een combinatie van twee modellen: het stress-kwetsbaarheidsmodel (naar Goldney 2008) en het *entrapment* model (Williams e.a. 2005). Deze modellen bieden voor de klinische praktijk de mogelijkheid om de factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag in onderlinge samenhang te plaatsen. Het onderzoek mondt uit in een structuurdiagnose die dient als uitgangspunt voor het opstellen van een (voorlopig) behandelplan.



Figuur 2.1

Het stress-kwetsbaarheidsmodel en 'entrapment' voor suïcidaal gedrag (naar Goldney 2008 & Williams e.a. 2005)

De structuurdiagnose is opgebouwd uit een formulering van de aard en de ernst van de symptomen met daarbij de hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) (Sno e.a. 2004). De professional zal een inschatting maken van het directe gevaar en een indicatie stellen voor de directe interventies en behandelsetting en voor de behandeling op langere termijn. Het is van belang om het

onderzoek naar suïcidaal gedrag en de formulering van het behandelplan te doen in samenwerking met de patiënt en de naastbetrokkenen.

5 De behandeling van suïcidaal gedrag moet aansluiten bij het unieke complex van factoren dat aan het gedrag van de individuele patiënt ten grondslag ligt. De behandeling kan bestaan uit interventies gericht op veiligheid c.q. bescherming, op de inhoud van de suïcidegedachten en op oorzakelijke factoren van het suïcidale gedrag.

10 Bij personen die een doodswens uiten of die een suïcidepoging hebben gedaan is de beoordeling van de wilsbekwaamheid bepalend voor het handelen van de professional. De beoordeling hiervan vergt een zorgvuldig afweging. Als uitgangspunt voor het medisch handelen geldt dat toestemming van de patiënt een noodzakelijke voorwaarde is mits de patiënt wilsbekwaam is. Wanneer de patiënt niet wilsbekwaam is moet de professional, indien mogelijk met toestemming van naastbetrokkenen, handelen om ernstig nadeel voor de patiënt af te wenden.

15

CONCEPT

**Hoofdstuk 4 Samenvatting Hoofdstuk 4 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag**

5 Hoofdstuk 4 behandelt vier onderwerpen die bij de diagnostiek en bij de behandeling van belang zijn. Het gaat om contact maken, zorg voor veiligheid, betrekken van naasten en continuïteit van zorg. Dit hoofdstuk is niet opgesteld aan de hand van de EBRO-systematiek (Van Everdingen e.a. 2004). Er zijn wel aanbevelingen geformuleerd; deze worden hierna genoemd.

10

**4.1 Contact maken**

Het is aan te bevelen dat de professional de mate van cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt vaststelt.

Indien het cognitief disfunctioneren en de emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt het contact te zeer belemmeren moet de professional maatregelen nemen waardoor een zo veilig mogelijke situatie wordt gecreëerd.

Het is sterk aan te bevelen dat professionals die betrokken zijn bij diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag zich scholen in de specifieke kennis en vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Deze kennis en vaardigheden dienen regelmatig door scholing te worden geactualiseerd.

Het is sterk aan te bevelen dat professionals die met suïcidale patiënten werken daarover supervisie krijgen of deelnemen aan een intervisiegroep.

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

#### 4.2 Zorg voor veiligheid

Het is sterk aan te bevelen dat de professional bij suïcidaal gedrag informeert of er in de directe omgeving middelen zijn waarmee de patiënt zichzelf kan beschadigen en de toegang tot deze middelen zo mogelijk belemmert.

Het is vereist dat professionals die met suïcidale patiënten te maken krijgen in noodsituaties kunnen rekenen op bijstand van politie en beveiligingspersoneel; daartoe dienen instellingen zoals psychiatrische en algemene ziekenhuizen en crisisdiensten afspraken te maken met deze diensten.

Het is sterk aan te bevelen dat professionals in nood of urgente situaties het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens e.a. 2010) volgen. Dat wil zeggen dat bij noodsituaties 112 gebeld wordt en bij urgente situaties de huisarts, die op zijn beurt beoordeelt of de crisisdienst moet worden ingeschakeld.

Het is vereist dat er op een spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis mogelijkheden aanwezig zijn om toezicht te houden op een suïcidale patiënt.

Het is vereist dat de professional, als de veiligheid van de patiënt in het geding is, kiest voor een behandelsetting met mogelijkheden om deze veiligheid te bieden.

Het is vereist dat toepassing van dwang in een GGZ-instelling plaatsvindt binnen de wettelijke kaders van de BOPZ.

Het is sterk aan te bevelen in situaties waarbij de veiligheid van een patiënt met suïcidaal gedrag geen uitstel duldt, te handelen volgens het principe van *safety first*; de professional dient zich in dergelijke gevallen niet te laten belemmeren door administratieve overwegingen.

Het is sterk aan te bevelen aandacht te schenken aan de werkrelatie met de patiënt tijdens en na de toepassing van dwangmaatregelen.

Het is sterk aan te bevelen bij verplaatsing van een suïcidale patiënt de veiligheid zo veel mogelijk te garanderen. Indien er twijfel bestaat over de mate waarin de patiënt zich in de hand heeft dan mag de patiënt niet zonder begeleiding reizen en zijn maatregelen nodig om de veiligheid te waarborgen.

Het is vereist verpleegkundigen te betrekken bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van beleid rond de toepassing van intensieve observatie en restrictieve maatregelen.

Het is aan te bevelen om SEH-verpleegkundigen gericht te scholen in het omgaan met suïcidaal gedrag.

#### 4.3 Omgaan met naasten van de suïcidale patiënt

Het is sterk aan te bevelen om naasten van suïcidale patiënten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van suïcidale patiënten voor zover dat binnen de grenzen van het beroepsgeheim te verantwoorden is.

Het is aan te bevelen de patiënt eerst alleen te spreken om vertrouwelijke zaken te kunnen bespreken.

Het is aan te bevelen om naasten te informeren en steun te bieden.

#### 4.4 Continuïteit van zorg

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



**Hoofdstuk 5 Samenvatting Hoofdstuk 5 Diagnostiek van suïcidaal gedrag**

**5 A Onderzoek naar suïcidaal gedrag**

**5.1 Bij wie en in welke situaties moet onderzoek gedaan worden naar suïcidaal gedrag?**

Het is vereist om bij suïcidale uitlatingen oriënterend onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag. Afhankelijk van de eerste inschatting van de ernst van de uitlatingen, intentie en plannen moet nader onderzoek worden gedaan door een professional met psychiatrische expertise.

Het is vereist om bij suïcidepogingen onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag door een professional met psychiatrische expertise.

Het is vereist om onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag bij directe suïcidale uitingen, zoals suïcidale uitspraken en (recente) suïcidepogingen, ook als deze door anderen worden gerapporteerd.

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

**10 5.2 Hoe kan de professional vragen naar suïcidaal gedrag en wat moet de professional vragen?**

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

**5.3 Wat is de plaats van vragenlijsten of observatie-instrumenten bij het onderzoek van suïcidaal gedrag?**

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

**5 5.4 Zijn specifieke observationele factoren van belang voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag?**

Het is aan te bevelen om zogenaamde niet-pluis gevoelens serieus te nemen en te bespreken met collega's en met de patiënt.

**5.5 Kan het onderzoek naar suïcidaal gedrag een suïcide uitlokken?**

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

**10 5.6 Hoe vaak moet onderzoek naar suïcidaal gedrag worden herhaald?**

Het is aan te bevelen om onderzoek naar suïcidaal op geregelde momenten te herhalen. Formele momenten om het onderzoek te herhalen zijn kritisch momenten in de behandeling, crisissituaties, en onverwachte veranderingen in het klinische beeld.

Het is aan te bevelen om met patiënten met suïcidaal gedrag die niet zijn opgenomen vervolgspraken te maken teneinde de ontwikkeling in het suïcidaal gedrag te kunnen beoordelen.

**5.7 Kan onderzoek naar suïcidaal gedrag plaatsvinden als de patiënt is geïntoxiceerd?**

Het is aan te bevelen om het onderzoek van suïcidaal gedrag bij geïntoxiceerde patiënten uit te stellen tot zij goed aanspreekbaar zijn. Ook dan is het van belang om het onderzoek op een later tijdstip nog eens te herhalen.

Het is aan te bevelen om behandelafspraken voor geïntoxiceerde patiënten voor de patiënt op schrift te stellen, ook al lijkt het bewustzijn helder.

**5.8 Welke kwetsbaarheidfactoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag?**

5

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

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

Voor de klinische praktijk valt het gebruik van biologische markers niet aan te bevelen.

Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren in welke mate de patiënt beschikt over probleemoplossingsvaardigheden.

Als er persoonlijkheidsonderzoek wordt gedaan is het aan te bevelen te letten op de mate van neuroticisme.

Het is aan te bevelen om de seksuele geaardheid van de patiënt te betrekken in het onderzoek naar suïcidaal gedrag.

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

Het is aan te bevelen maatschappelijke en steunfactoren die samenhangen met suïcidaal gedrag, zoals werkloosheid, lage sociaal-economische status, alleenstaande zijn, betrokkenheid bij huiselijk geweld, homoseksualiteit en beroepsrisico's van groepen die beschikken over letale middelen te betrekken in het onderzoek.

**B Bijkomende factoren**

**5.9 Welke stressoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag?**

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van symptomen van een psychiatrische aandoening en/of een persoonlijkheidsstoornis.

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van suïcidaal gedrag.

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag en een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis na te gaan of sprake is van comorbide depressie of een stoornis in het gebruik van middelen, en psychologische dimensies als impulsiviteit, hopeloosheid en angst.

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis die zijn opgenomen vlak voor het ontslag navraag te doen naar de aanwezigheid van suïcidedgedachten, ook als hun toestand verbeterd lijkt.

Tevens is het sterk aan te bevelen voor dergelijke patiënten voor zij met ontslag gaan aansluitende nazorg tot stand te brengen en om het eerste contact kort na ontslag te laten plaatsvinden.

Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren of de patiënt zich hopeloos voelt, geen toekomstplannen heeft, in sterke mate negatieve gedachten heeft over zichzelf of dwangmatige gedachten heeft over suïcide.

In het onderzoek naar suïcidaal gedrag dient de professional oog te hebben voor recente verliezen en ingrijpende gebeurtenissen.

Het is aan te bevelen verlieservaringen en ingrijpende gebeurtenissen in samenhang met andere risicofactoren, met name psychiatrische aandoeningen te onderzoeken. Verlieservaringen kunnen bestaande psychiatrische problemen ernstiger maken of psychiatrische problemen oproepen.

**5.10 Welke elementen zijn van belang voor de risicoweging bij suïcidaal gedrag?**

Het is aan te bevelen om op basis van de beschikbare informatie te komen tot een diagnostische formulering waarin de aard en ernst van de suïcidale toestand wordt beschreven in samenhang met psychiatrische aandoeningen, relevante risico- en beschermende factoren en de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn/haar belangen te kunnen overzien en te waarderen.

Psychiatrische stoornissen, met name depressieve stoornissen, verdienen daarbij specifieke aandacht. Kennis van risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag kan behulpzaam zijn bij het onderzoek van suïcidaal gedrag en licht werpen op de herkomst, de ernst en behandelmogelijkheden. In het zakelijk afvinken van risicofactoren ziet de werkgroep geen meerwaarde. De diagnostische formulering mondt uit in een individuele inschatting van de prognose en een (voorlopig) behandelplan. Interventies worden afgestemd op het veiligheids- en behandelbeleid.

De professional wordt aanbevolen bij de indicatiestelling rekening te houden met opvattingen en voorkeuren van de patiënt over de aard en de intensiteit van noodzakelijke professionele hulp, de benutting van beschermende factoren, en het verminderen van de invloed van relevante risicofactoren.

De professional wordt aanbevolen de indicatiestelling en het behandelbeleid regelmatig te toetsen aan de hand van het effect ervan op het suïcidale gedrag, de tevredenheid van de patiënt en diens naasten en de mate waarin de situatie voor de patiënt veilig is.

**5 5.11 Is extra onderzoek nodig bij specifieke groepen en in speciale omstandigheden?**

In het algemeen wordt aanbevolen om bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag aan te sluiten bij leeftijdsspecifieke thema's.

## C Specifieke groepen

### 5.12 Onderzoek bij jeugdigen

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

Het onderzoek naar kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide is bij jeugdigen niet anders dan bij volwassenen (zie paragraaf 5.8).

Het onderzoek naar stressoren in relatie tot suïcidaal gedrag bij jeugdigen is niet anders dan bij volwassenen (zie paragraaf 5.9).

Het is vereist om het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij jeugdigen af te stemmen op de ontwikkelingsfase van het kind.

Evenals bij volwassenen is contact maken met de suïcidale jongere van groot belang voor het onderzoek. De risicofactoren zoals beschreven voor volwassenen, met name de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, zijn voor jeugdigen niet anders dan voor volwassenen.

### 5 5.13 Onderzoek bij ouderen

Het is aan te bevelen om iedere suïcidepoging bij een oudere op te vatten als een indicatie voor een naderende suïcide.

Het is aan te bevelen om de biografie en de sociale situatie in het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij ouderen te betrekken.

Het is aan te bevelen om alle verliezen waarmee ouderen te maken krijgen op te vatten als mogelijke stressoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan van suïcidaal gedrag. De professional moet zich daarbij realiseren dat meestal meerdere verliezen een rol spelen.

Het is aan te bevelen om alert te zijn op depressie, middelenmisbruik en somatische problemen zoals pijn, omdat deze bij ouderen gelden als risicofactoren voor het ontstaan van suïcidaal gedrag.

Het wordt aanbevolen ouderen bij wie diverse risicoverhogende factoren voor suïcidaal gedrag aanwezig zijn, minimaal een keer per jaar te screenen op de aanwezigheid van doodsgedachten.

Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag is een multifactoriële benadering het meest passend. Leeftijd, geslacht, de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, middelengebruik, hopeloosheid, eenzaamheid, fysiek welbevinden, life events en zingeving zijn factoren die van belang zijn.

Juist bij ouderen dient de professional bij het onderzoek zich bewust te zijn van zijn eigen visie en houding ten opzichte van doodswensen en suïcidaal gedrag van ouderen.

#### **5.14 Onderzoek van suïcidaal gedrag bij immigranten**

Op basis van de beschikbare evidentie zijn er onvoldoende gronden om algemene aanbevelingen te doen voor onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten. Het contact leggen en het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten vraagt om een cultuursensitieve benadering.

Het is aan te bevelen om bij jonge Turkse en Surinaamse vrouwen (15-24 jaar) die een suïcidepoging doen aandacht te besteden aan de relatie met de ouders en beperkingen die werden opgelegd in relatie tot opvattingen over eer en maagdelijkheid en over de positie van meisjes en vrouwen.

#### **5 5.15 Onderzoek bij herhaald suïcidaal gedrag**

Aanbevolen wordt bij het inschatten van de kans op herhaling van suïcidaal gedrag te onderzoeken of de patiënt eerder een suïcidepoging deed, ooit in psychiatrische behandeling was of op het moment van de poging is en of bij de suïcidepoging bezodiazepines werden gebruikt.

Aanbevolen wordt bij patiënten met (herhaald) suïcidaal gedrag te onderzoeken of er sprake is van behandelbare psychiatrische (co)morbiditeit. Tevens dient te worden nagegaan wat de aanleiding was tot de huidige suïcidepoging, wat in het verleden aanleidingen waren tot het doen van een suïcidepoging en waar de patiënt in de huidige situatie behoefte aan heeft.

Bij patiënten die een suïcidepoging deden door snijden of door een combinatie van methoden dient sterker rekening te worden gehouden met de kans op herhaling op korte termijn dan bij patiënten die een poging deden door een overdosis medicatie.

Het is aan te bevelen bij chronische suïcidale patiënten in situaties waarin sprake is van veranderingen in het gedrag (bijvoorbeeld toename van psychiatrische (co)morbiditeit), bij problemen in de relatie met de behandelaar, een reëel of dreigend verlies, actualisering van een trauma of ernstige krenking zorgvuldig te onderzoeken of sprake is van verergering van het suïcidale gedrag.

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

5 **A Eerste interventies**

**6.1 Welke somatische, psychiatrische en psychosociale interventies moeten het eerst worden overwogen?**

Het is vereist een somaticus in te schakelen wanneer bij een suïcidale patiënt aanwijzingen bestaan voor een somatische stoornis.

Het is vereist een psychiater in te schakelen wanneer bij een suïcidale patiënt aanwijzingen bestaan voor een psychiatrische stoornis.

Het is aan te bevelen om eerste interventies te richten op beïnvloeding van het suïcidaal gedrag en de directe aanleidingen daarvan. Daarbij behoren het bevorderen van de veiligheid van de patiënt, het bevorderen van een werkrelatie, behandelen van psychiatrische ontregelingen, het vaststellen van de juiste plaats van behandeling en bevorderen van de continuïteit van behandeling.

Het is sterk aan te bevelen patiënten met een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis psycho-educatie te geven over de stoornis, het suïcidale gedrag dat daarmee in verband staat en de risicofactoren en beschermende factoren die medebepalend zijn. Het is sterk aan te bevelen indien mogelijk daarbij naasten te betrekken.

Het is aan te bevelen met patiënt met suïcidaal gedrag een werkhypothese op te stellen om te komen tot behandeling van beïnvloedbare factoren ten einde suïcidaal gedrag te verminderen of te hanteren. Daarbij is het vereist vast te stellen of actuele psychiatrische verschijnselen en directe aanleidingen, meestal psychosociale stressoren, beïnvloedbaar zijn.

Het is sterk aan te bevelen patiënten na een suïcidepoging door een psychiater te laten beoordelen. Daarbij zal verwijzing voor specialistische behandeling moeten worden overwogen.

10 **6.2 Welke eerste interventies vinden plaats onder WGBO en BOPZ?**

Het is vereist, indien somatische behandeling nodig is teneinde ernstig nadeel af te wenden maar de patiënt dit weigert of zich verzet, de beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake door een arts te laten plaatsvinden.



Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag wilsonbekwaam is maar behandeling weigert of zich hiertegen verzet, de arts handelt volgens de WGBO als 'goed hulpverlener' om nadeel voor de patiënt te voorkomen. Tegelijkertijd is aan te bevelen dat de professional zoekt naar alternatieven, probeert de patiënt te overtuigen en blijft streven naar consensus.

Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag behandeling weigert of zich hiertegen verzet, een arts of psychiater beoordeelt of dwangopname volgens de Wet BOPZ nodig is om gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis af te wenden.

Het is vereist somatische behandeling ter voorkoming van ernstige lichamelijke schade voorrang te geven.

### **6.3 Welke interventies bevorderen de therapietrouw?**

Het is sterk aan te bevelen na een suïcidepoging onmiddellijk aansluitende zorg te regelen en strategieën toe te passen die de therapietrouw kunnen verhogen, zoals telefonische follow-up, het sturen van een kaartje of een huisbezoek.

## **5 6.4 Wat is het effect van een non-suïcidecontract op het verkleinen van de kans op suïcide en op de behandelrelatie?**

Het is sterk af te raden gebruik te maken van een non-suïcidecontract in acute situaties of bij onbekende patiënten. In langer durende therapeutische relaties is het soms te overwegen om mondelinge afspraken te hanteren als middel om suïcidaal gedrag bespreekbaar te maken.

### **6.5 Wat is het effect van een signalerings- of veiligheidsplan? Welke elementen moet een veiligheidsplan bevatten?**

Het aan te bevelen om bij regelmatig terugkerend suïcidaal gedrag een veiligheidsplan, een signaleringsplan en/of een crisisresponskaart op te stellen voor het omgaan met toekomstig suïcidaal gedrag.

Het is sterk aan te bevelen de inhoud en het effect van een signaleringsplan of crisisresponskaart regelmatig, in ieder geval na elke suïcidale crisis, te evalueren.

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen bij het opstellen en evalueren van signaleringsplannen en crisisresponskaarten een belangrijke rol spelen.

Het is sterk aan te bevelen op een SEH of andere acute setting patiënten en hun naasten zowel mondeling als schriftelijk te informeren over het mogelijk terugkerend karakter van suïcidaal gedrag en de stappen die dan gezet kunnen worden, vooral over hoe en waar professionele hulp ingeschakeld kan worden.

## **B Langere termijn behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag**

5

### **6.6 Hebben farmacotherapeutische en psychosociale interventies een positieve bijdrage op het verminderen van suïcidaal gedrag?**

Het is sterk aan te bevelen patiënten met suïcidaal gedrag en een matige tot ernstige depressie met antidepressiva te behandelen.

Het is sterk aan te bevelen antidepressieve medicatie voor korte perioden en in kleine hoeveelheden per recept voor te schrijven.

Het is aan te bevelen suïcidale depressieve patiënten steeds opnieuw te zien met korte tussenposen.

Het is te overwegen bij de medicamenteuze behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-MAO-remmers in verband met de toxiciteit bij een overdosis.

Het is sterk aan te bevelen bij een suïcidale patiënt die qua stemming goed lijkt te reageren op antidepressiva in het bijzonder na te gaan of ook het suïcidaal gedrag afneemt.

Het is sterk aan te bevelen bij het begin van een behandeling met antidepressieve medicatie attent te zijn op de mogelijkheid van plotselinge toename van suïcidaal gedrag.

Het is te overwegen suïcidale patiënten die ook geagiteerd of angstig zijn of leiden aan slapeloosheid te behandelen met anxiolytica of antipsychotica.

Het is te overwegen bij acuut optredend ernstig suïcidaal gedrag bij patiënten met een depressie ECT toe te passen.

Het is aan te bevelen bij patiënten, adequaat behandeld met antidepressiva, ook na beëindiging van een opname of bij een overgang van klinische naar ambulante behandeling alert te zijn op terugval in suïcidaal gedrag.

Het is te overwegen patiënten met psychotische stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met clozapine.

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met bipolaire stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met lithium en bij eventueel staken van de behandeling patiënten te informeren over het (her)optreden van suïcidaal gedrag, en hen daarna intensief te vervolgen.

Het is sterk aan te bevelen dat de professional bij patiënten met een bipolaire stoornis die behandeld worden met lithium, attent is op een toename van suïcidaal gedrag bij het staken van lithium.

### **6.7 Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie**

Het is te overwegen bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag een probleemoplossingsgerichte of cognitieve therapie aan te bieden

Het is aan te bevelen psychotherapeutische en farmacologische behandelvormen voor depressie toe te passen in de behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten.

Voor de behandeling van hopeloosheid bij suïcidale depressieve patiënten kan de toepassing van cognitieve gedragstherapie worden overwogen.

Het is aan te bevelen in de behandeling van depressieve patiënten met suïcidaal gedrag, naast de depressie ook het suïcidale gedrag als focus van de behandeling te nemen.

Het is aan te bevelen na een behandeling voor een depressie na te gaan of er nog suïcidegedachten aanwezig zijn.

### **5 6.8 Behandeling gericht op het beïnvloeden van bijkomende factoren of risicofactoren**

Het is aan te bevelen psychotherapeutische en farmacologische behandelvormen voor depressie toe te passen in de behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten.

Voor de behandeling van hopeloosheid bij suïcidale depressieve patiënten kan de toepassing van cognitieve gedragstherapie worden overwogen.

Het is aan te bevelen in de behandeling van suïcidale depressieve patiënten, naast de depressie het suïcidale gedrag als focus van de behandeling te nemen.

Het is aan te bevelen na een behandeling voor een depressie na te gaan of er nog suïcidegedachten aanwezig zijn.

Bij de behandeling van patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen dialectische gedragstherapie (DGT) aan te bieden als behandeling om suïcidaal gedrag en het lichamelijk letsel terug te dringen en het GGZ-zorggebruik te verminderen.

Het is te overwegen om aan patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis cognitieve gedragstherapie aan te bieden ter vermindering van het suïcidale gedrag.

Bij de behandeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen een van de volgende therapievormen aan te bieden: mentalization-based therapie, schema focused therapie, transference-focused therapie, en interpersoonlijke psychodynamische therapie.

Aanbevolen wordt bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag aandacht te hebben voor:

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

5 **6.9 Welke verpleegkundige interventies of methodieken zijn aangewezen bij de zorg aan (langdurig) suïcidale patiënten?**

Het is sterk aan te bevelen dat verpleegkundigen scholingsprogramma's voor het omgaan met suïcidaal gedrag volgen. Eveneens is sterk aan te bevelen dat zij super- en intervisie volgen.

Aanbevolen wordt om in de langdurende zorg bij patiënten met suïcidaal gedrag expliciet aandacht te besteden aan het bieden van hoop door realistische toekomstperspectieven te bespreken en door het opdoen van positieve ervaringen.

Verpleegkundigen in de langdurende zorg wordt aanbevolen met patiënten met suïcidaal gedrag met regelmaat de volgende thema's te bespreken: kwaliteit van leven, wat maakt het leven de moeite waard, wat is in het leven belastend en draagt mogelijk bij aan suïcidaal gedrag, suïcidale gedachten, intenties, gedragingen en plannen, neigingen om zichzelf iets aan te doen. Deze punten moeten worden besproken bij evaluaties van het behandelplan.

## **C Specifieke groepen**

### **5 6.10 Behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen**

Het is sterk aan te bevelen bij acuut suïcidaal gedrag of bij een eerste contact over suïcidaal gedrag of doodswensen bij ouderen onmiddellijk continuïteit van aansluitende zorg te waarborgen.

Het verdient aanbeveling om slaapstoornissen bij ouderen met suïcidaal gedrag zo spoedig mogelijk te behandelen. Bij het voorschrijven van benzodiazepines moet, vanwege een mogelijk ontremmend effect met als gevolg toename van suïcidaal gedrag, de patiënt worden geïnformeerd over een mogelijk tegengesteld effect en moet het effect op de slaapstoornis op korte termijn worden geëvalueerd.

Het is sterk aan te bevelen om bij ouderen bij de behandeling van een depressie met suïcidaal gedrag SSRI's als medicatie te overwegen. Het is aan te bevelen om psychotherapeutische behandelvormen te overwegen bij depressies met suïcidaal gedrag bij ouderen.

Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van ouderen met suïcidaal gedrag ook te streven naar verbetering van het fysieke welbevinden.

Het verdient aanbeveling om indien mogelijk de naastbetrokkenen van ouderen te ondersteunen en in het behandelplan te betrekken.

Het wordt aangeraden om iedere oudere met suïcidaal gedrag een geïntegreerde behandeling op maat te bieden. Samenwerking tussen verschillende disciplines, eerste- en tweedelijnszorg is hierbij een voorwaarde.

### **6.11 Behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren**

Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van adolescenten met suïcidaal gedrag zo snel mogelijk en zo intensief als haalbaar is de ouders te betrekken. De hulp aan de adolescent wordt aanzienlijk beter als gebruik wordt gemaakt van de informatie waarover de ouders beschikken, van hun betrokkenheid en zorg en van hun verantwoordelijkheid en gezag.

Het is sterk aan te bevelen bij het beoordelen van de veiligheidsaspecten niet slechts de toestand van de adolescent te beoordelen, doch ook de draagkracht van de ouders en hun vermogens om binnen de thuissituatie de veiligheid te organiseren en garanderen.

CONCEPT

**Hoofdstuk 7      Samenvatting Hoofdstuk 7 Professioneel handelen na een  
suicide**

- 1    *Taken van de professional na suicide van een patiënt*
- onmiddellijk inlichten van de familie of andere betrokkenen bij de patiënt en het organiseren van de opvang door de hoofdbehandelaar;
  - opvang van naastbetrokkenen organiseren (zie punt 2);
  - informeren van teamleden en organiseren van opvang;
  - informeren van de eindverantwoordelijken van de instelling;
  - informeren van de huisarts van de patiënt;
  - informeren van eventuele medepatiënten;
  - informeren van eventuele medepatiënten en zorgdragen voor de veiligheid van medepatiënten;
  - zo nodig organiseren van de identificatie van de patiënt en de verzorging van de overledene nadat het lichaam is vrijgegeven door justitie;
  - zorgdragen voor het verzamelen en registreren van persoonlijke bezittingen van de patiënt;
  - uitvoerige rapportage (laten) schrijven door direct betrokkenen;
  - dossier van de patiënt ter beschikking houden voor de evaluatie en eventuele melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (zie punt 3);
  - organiseren van een evaluatie van de suïcide met relevante betrokkenen (eventueel de huisarts).

5

- 2    *De opvang van naastbetrokkenen*
- informeren van naastbetrokkenen tegen de achtergrond van wet- en regelgeving met betrekking tot het beroepsgeheim;
  - opvang van nabestaanden volgens het driefasenmodel
  - inventariseren van eventuele suïcidedgedachten bij nabestaanden en de risico's van complicaties in de verliesverwerking;
  - overleg met naastbetrokkenen over eventuele aanwezigheid van betrokken professionals bij de uitvaart.

3 *Melden van suïcidegevallen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg:*

- wanneer een BOPZ-maatregel van kracht was;
- als sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiaire inrichting, een forensisch psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinrichting;
- wanneer de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg.

De meldingsplicht geldt ook voor suïcidepogingen met ernstig blijvend letsel.



## Literatuur bij Hoofdstuk 1

- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, Klundert JLM van de, redacteuren (2004) Evidence based richtlijnontwikkeling Een leidraad voor de praktijk Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- 5
- Goldney DR (2008) Suicide Prevention Oxford: Oxford University Press
- Hermens M, van Wetten H, Sinnema H (2010) Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaliteit gedrag Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten Utrecht: Trimbos Instituut
- 10
- Huisman A (2010) Learning from suicides Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands Academisch proefschrift Amsterdam: Vrije Universiteit
- Kerkhof AJFM en Van Luyn BJ (red) (2010) Suïcidepreventie in de Praktijk Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- 15
- Sno HN, Beekman ATF, Hengeveld MW, Kuiper T, Kupka RW, Naarding P e.a. Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie Amsterdam: Boom; 2004
- Verwey B (2006) Don't forget Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital Academisch proefschrift: Universiteit Leiden
- 20
- Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Duggan D (2005) Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model In: Hawton K (ed) Prevention and treatment of suicidal behavior From science to practice Oxford: Oxford University Press, 71-8
- 25

CONCEPT

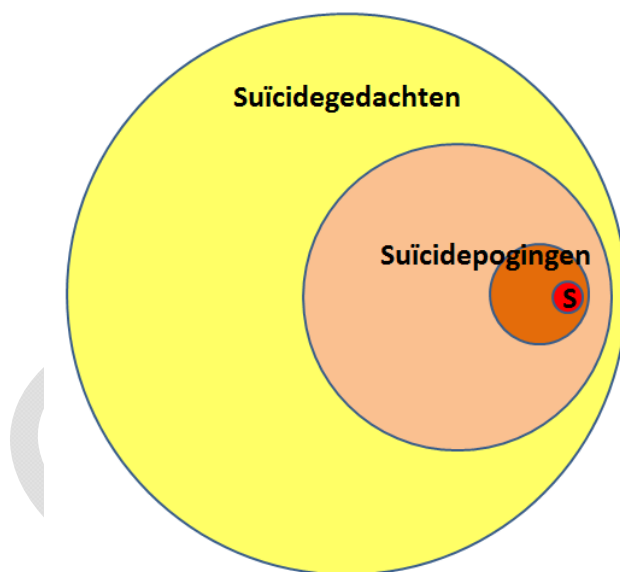
## 2.1 Waarom een richtlijn voor zorgprofessionals?

5

Suïcidaal gedrag is een omvangrijk en complex maatschappelijk probleem. Jaarlijks worden in Nederland door het Centraal Bureau voor de Statistiek ongeveer 1.500 doden als gevolg van suïcide geregistreerd (<http://statline.cbs.nl/2011>). Het aantal doden door suïcide is daarmee ongeveer twee maal hoger dan het aantal doden door verkeersongevallen. Het aantal mensen met gedachten aan suïcide en het aantal dat een suïcidepoging onderneemt is vele malen hoger. Volgens een onderzoek van het Trimbos Instituut onder volwassen inwoners van Nederland denken jaarlijks 410.000 mensen aan suïcide en doen 94.000 mensen een suïcidepoging (ten Have e.a. 2006). Van de laatste groep komen er jaarlijks ongeveer 15.000 in een algemeen ziekenhuis voor behandeling na een suïcidepoging (Hoeymans & Schoemaker 2010; Kamerstukken 2008, 2009). Figuur 1 toont de verhouding van de frequentie van suïcidegedachten, suïcidepogingen en suïcides in de Nederlandse bevolking.

20

25



Figuur 2.1

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

35 Een inhoudelijke richtlijn voor professionals beoogt het functioneren van professionals in de zorg te verbeteren. Huisartsen, artsen op de spoedeisende

- hulp van ziekenhuizen (SEH-artsen), psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen hebben in hun dagelijkse praktijk regelmatig te maken met suïcidaal gedrag. Omgaan met deze problematiek is een belangrijk onderdeel van hun werk, maar hoe dit moet is onvoldoende eenduidig omschreven en geborgd (Verwey 2006, Huisman 2010, Kerkhof & van Luyn 2010). Een richtlijn met concrete aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag kan bijdragen aan het verbeteren van het professioneel handelen rond suïcidaal gedrag en maakt de zorg voor suïcidale patiënten transparant en toetsbaar.
- 10 In 2007 bracht het Trimbos Instituut een beleidsadvies uit over het verminderen van suïcidaal gedrag (Boel e.a. 2007). Aanbevolen werd een landelijke multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen die als basis kan dienen voor lokale richtlijnen en protocollen in zorginstellingen. In de Beleidsagenda Suïcidepreventie heeft de minister deze aanbeveling overgenomen
- 15 (Kamerstukken 2008). Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft aangegeven belang te hechten aan een richtlijn voor professionals voor het omgaan met suïcidaal gedrag.

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

25

## 2.2 Doelstelling

Het doel van de richtlijn is concrete aanbevelingen te geven voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag op basis van het best beschikbare bewijs. De richtlijn is bedoeld voor psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen, SEH-artsen en verpleegkundigen. De richtlijn wordt ook aanbevolen aan andere BIG-geregistreerde professionals. De richtlijn is niet bedoeld voor professionals buiten de gezondheidszorg die geregeld met suïcidaal gedrag te maken krijgen zoals onderwijspersoneel, politie en geestelijk verzorgers. Voor deze professionals zijn geen richtlijnen beschikbaar en er is nauwelijks enig bewijs om het handelen op te baseren. De werkgroep adviseert deze professionals om samenwerking te zoeken met professionals in de gezondheidszorg.

40 De richtlijn is niet bedoeld als een uitputtende en limitatieve beschrijving van alle vormen van zorg die bij individuele patiënten kunnen worden toegepast. De richtlijn is ook geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing kan worden verklaard. Standaarden zijn dwingend en men dient daar in principe niet

van af te wijken, terwijl van richtlijnen in individuele gevallen beredeneerd mag worden afgeweken. Het uiteindelijke oordeel over de wijze van behandelen van suïcidaal gedrag bij de individuele patiënt ligt bij de professional die verantwoordelijk is. Die komt tot een oordeel op basis van alle beschikbare informatie en in de context van de actuele mogelijkheden en beperkingen. Het volgen van de richtlijn draagt bij aan rationeel klinisch handelen bij patiënten met suïcidaal gedrag, maar biedt geen garantie voor een gunstige uitkomst voor elke patiënt.

10

### 2.3 Afbakening

Het thema suïcidaal gedrag is breed en complex en de middelen die beschikbaar waren voor het opstellen van de richtlijn waren begrensd. De werkgroep heeft zich beperkt tot diagnostiek en behandeling van individuele patiënten door professionals. Maatgevend voor de keuze van onderwerpen was het belang voor professionals die voor individuele patiënten tot een diagnose en een behandelplan moeten komen. Onderwerpen die door de werkgroep werden overwogen maar buiten de richtlijn zijn gebleven worden hieronder benoemd. Voor de eerste twee onderwerpen kunnen in de toekomst wellicht specifieke richtlijnen worden ontwikkeld. Voor de andere onderwerpen zijn reeds richtlijnen beschikbaar.

#### *Publieke gezondheidszorg*

Aspecten die betrekking hebben op suïcidepreventie in de publieke gezondheidszorg zijn richtlijnen over uitingen in de media over suïcidaal gedrag, wetgeving over de beschikbaarheid van middelen waarmee iemand suïcide kan plegen, of programma's voor collectieve of geïndiceerde preventie. Publieke gezondheidszorg is een afzonderlijk geneeskundig specialisme gericht op de totale bevolking of groepen hieruit en niet op de diagnostiek en behandeling van individuele personen.

#### *Behandeling van nabestaanden*

De richtlijn gaat niet over de behandeling van nabestaanden van iemand die door suïcide om het leven is gekomen. De werkgroep onderkent dat dit een belangrijk onderwerp is dat naar verhouding weinig aandacht krijgt. Het onderwerp valt echter buiten het kennisgebied van de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Wel worden in Hoofdstuk 6 aanbevelingen gedaan voor het handelen van de professional na een suïcide, waar ook aandacht is besteed aan de opvang van nabestaanden.

### *Hulp bij zelfdoding*

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

### *Organisatie van de (keten)zorg*

Een belangrijk aspect van de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag is de continuïteit van de zorg en de samenwerking tussen de betrokken ketenpartners. Het belang hiervan wordt in deze richtlijn besproken in Hoofdstuk 3. De organisatie van de ketenzorg en de manier waarop die gewaarborgd kan worden valt buiten de reikwijdte van de richtlijn. Voor aanbevelingen hierover verwijzen wij naar het Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaal gedrag (Hermens e.a. 2010).

## **2.4 Werkwijze**

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

### *Empirische evidentie*

Bij het opstellen van de richtlijnen zijn twee uitgangspunten gehanteerd die soms met elkaar op gespannen voet stonden. Ten eerste is als werkwijze gekozen voor de methodiek van de *evidence-based* richtlijnontwikkeling (EBRO), ontwikkeld door het Centraal Begeleidingsorgaan Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (Van Everdingen e.a. 2004). Ten tweede is in de doelstelling

van de richtlijn vastgelegd dat deze aansluit bij vragen uit het werkveld. Veel van deze vragen zijn echter niet eenduidig te beantwoorden op basis van empirisch onderzoek. Het empirisch onderzoek naar suïcidaal gedrag heeft namelijk twee essentiële, methodologische beperkingen. In de eerste plaats is suïcide naar  
 5 verhouding een zeldzame gebeurtenis waardoor prospectief onderzoek met suïcide als uitkomstmaat vrijwel onmogelijk is. In de tweede plaats is suïcide een ongewenste gebeurtenis die waar mogelijk door ingrijpen zal worden afgewend. Nagenoeg alle resultaten van onderzoek waarin suïcidaal gedrag als uitkomstmaat geldt zijn hierdoor vertekend.

10

*Professioneel oordeel: werkgroep, klankbordgroepen en verpleegkundige focusgroep*

Omdat de evidentie op wetenschappelijk basis beperkt is woog het oordeel van deskundigen op het gebied van suïcidaal gedrag zwaar. Een brede  
 15 vertegenwoordiging van professionals was nauw betrokken bij de ontwikkeling waarbij gezocht is naar consensus over kennis en inzichten.

Professionals waren vertegenwoordigd in een werkgroep, klankbordgroepen en een verpleegkundige focusgroep. Voor het samenstellen van de werkgroep en een klankbordgroep zijn de betrokken beroepsverenigingen gevraagd om een  
 20 afvaardiging. Tevens zijn vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen en groepen en personen met specifieke deskundigheid uitgenodigd.

De uitgangsvragen en teksten zijn voorbereid door de werkgroep en voor commentaar voorgelegd aan de klankbordgroepen. Met de klankbordgroepen werd drie maal een invitationale conference belegd. Om het patiëntenperspectief  
 25 tot zijn recht te laten komen werd twee maal overlegd met vertegenwoordigers van de Ivonne van de Ven Stichting. Deze stichting van nabestaanden richt zich vanuit ervaringsdeskundigheid op het bevorderen van suïcidepreventie. Dit overleg werd later uitgebreid en er werd een focusgroep patiëntenparticipatie geformeerd, waarin vertegenwoordigers van Stichting Ex6, Stichting 113Online  
 30 en het Landelijk Platform GGZ vertegenwoordigd waren. Met de verpleegkundige focusgroep zijn drie bijeenkomsten belegd.

*Literatuuronderzoek*

Bestaande internationale richtlijnen zijn gebruikt als startpunt voor het  
 35 literatuuronderzoek. Het betreft de richtlijnen van de American Psychiatric Association (2003), de New Zealand Guideline Group (2003), het National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004), het Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2004) en het Royal College of Psychiatrists (2004, 2010). Daarnaast is gebruik gemaakt van twee uitgebreide  
 40 literatuurstudies van de Schotse overheid (McLean e.a. 2008, Leitner e.a. 2008). Voor Hoofdstuk 4 en 5 is aanvullend literatuuronderzoek uitgevoerd teneinde het literatuuroverzicht te actualiseren. De zoekopdrachten zijn opgenomen in de bewijstabellen die zijn toegevoegd als bijlagen. De verpleegkundige focusgroep

heeft voor diverse uitgangsvragen aanvullend gezocht in de verplegingswetenschappelijke literatuur.

## 5 2.5 Leeswijzer

De tekst van de richtlijn begint met een inleidend hoofdstuk waarin de doelstelling, de afbakening en het proces van de richtlijnontwikkeling zijn beschreven.

- 10 In Hoofdstuk 3 wordt beschreven wat suïcidaal gedrag is en hoe dit kan worden begrepen. Er worden twee modellen gepresenteerd die richtinggevend kunnen zijn bij diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag: het stress-kwetsbaarheidsmodel (naar Goldney 2008) en het *entrapment*-model (Williams e.a. 2005). De andere hoofdstukken sluiten aan bij de visie die in dit
- 15 hoofdstuk is verwoord. Hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 vormen de kern van de richtlijn en bevatten de aanbevelingen die zijn gebaseerd op de het best beschikbare bewijs en op het oordeel van deskundigen.

- Hoofdstuk 4 gaat over een aantal thema's met een algemeen belang voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Deze thema's zijn: contact
- 20 maken, zorg voor veiligheid, de rol van betekenisvolle anderen en continuïteit van zorg. Hoofdstuk 5 gaat over het onderzoek en diagnostiek van suïcidaal gedrag en Hoofdstuk 6 over de behandeling van suïcidaal gedrag met interventies voor de korte en voor de langere termijn. Hoofdstuk 7 geeft aanbevelingen over het professioneel handelen na een suicide.

- 25 Gezien de vragen die er zijn over aspecten van suïcidaal gedrag en gezondheidswetgeving heeft de werkgroep een aantal deskundigen gevraagd deze aspecten te behandelen. Hiermee doet de werkgroep een handreiking aan professionals.

- 30 Als bijlagen zijn opgenomen:

- A. Samenstelling Werkgroep MDR DBSG
- B. Suïcidaal gedrag en gezondheidswetgeving
- C. Onderzoek en indicatiestelling bij suïcidaal gedrag
- D. Bewijstabellen Diagnostiek van suïcidaal gedrag
- 35 E. Bewijstabellen Behandeling van suïcidaal gedrag



**Literatuur bij Hoofdstuk 2**

- American Psychiatric Association (2003) Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors Washington (DC): American Psychiatric Association  
5
- Bool M, Blekman J, de Jong S, Ruiters M, Voordouw I (red) (2007) Verminderen van suïcidaliteit Beleidsadvies Utrecht: Trimbos-instituut
- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ, Swinkels JA, Barneveld TA van, Klundert JLM van de, redacteuren (2004) Evidence based richtlijnontwikkeling  
10 Een leidraad voor de praktijk Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Goldney DR (2008) Suicide Prevention Oxford: Oxford University Press
- Have M ten, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W (2006) Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS) Utrecht: Trimbos-instituut  
15
- Hermens M, van Wetten H, Sinnema H (2010) Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaal gedrag Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten Utrecht: Trimbos Instituut
- Hoeymans N, Schoemaker CG (2010) De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen Bilthoven, RIVM  
20
- <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/07/05/rivm-rapport-de-ziektelast-van-suicide-en-suicidepogingen/cz-3009694b.pdf>
- <http://statlinecbs.nl/en-GB/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3256-wm.htm?RefererType=RSSItem>  
25
- Huisman A (2010) Learning from suicides Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands PhD Thesis Amsterdam: Vrije Universiteit
- Kamerstukken (2008) Beleidsagenda suïcidepreventie Tweede kamer, vergaderjaar 2007-2008, dossiernummer 22894, ondernummer 172 Den Haag, tweede kamer (<https://zoekofficielebekendmakingennl/kst-22894-172.pdf>)  
30
- Kamerstukken (2009) Jaarrapportage Vermindering suïcidaliteit CZ-CGGZ-2966471 Den Haag, tweede kamer (<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/12/01/jaarrapportage-vermindering-suïcidaliteit.html>)  
35
- Kerkhof AJFM, & Van Luyn BJ (Red) (2010) Suïcidepreventie in de Praktijk Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- KNMG (2003) Standpunt federatiebestuur KNMG inzake euthanasie Utrecht: KNMG  
40
- Leitner M, Barr W, Hobby L (2008) Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behavior: a systematic review Edinburgh: Scottish Government Social Research

- McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepson R (2008) Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: a literature review Edinburgh: Scottish Government Social Research
- 5 New Zealand Guideline Group (2003) The assessment and management of people at risk of suicide Wellington: New Zealand Guideline Group
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004) The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care London: National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- 10 Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists (2004) Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm Melbourne Victoria: Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists
- 15 Royal College of Psychiatrists (2004) Assessment following self-harm in adults London: Royal college of psychiatrists
- Royal College of Psychiatrists (2010) Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm College report CR158 London: Royal college of psychiatrists
- 20 Tholen AJ, Berghmans RLP, Huisman J, Legemaate J, Nolen WA, Polak F, Scherders MJWT (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding) (2009) Richtlijn omgaan met verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis Utrecht: De Tijdstroom
- Verwey B (2006) Don't forget Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital Academisch proefschrift: Universiteit Leiden
- 25 Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Duggan D (2005) Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model In: Hawton K (ed) Prevention and treatment of suicidal behavior From science to practice Oxford: Oxford University Press, 71-88

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

#### *Uitgangsvragen*

- 15 3.1 Wat is suïcidaal gedrag?
- 3.2 Wat zijn oorzaken van suïcidaal gedrag?
- 3.3 Hoe is suïcidaal gedrag te herkennen?
- 3.4 Waarop is de diagnostiek van suïcidaal gedrag gericht?
- 20 3.5 Wat is het belang van de wilsbekwaamheid bij de diagnostiek van suïcidaal gedrag?
- 3.6 Hoe kan suïcidaal gedrag worden behandeld?
- 3.7 Is suïcidaal gedrag te voorspellen?

### 3.1 Wat is suïcidaal gedrag?

De term suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te willen doden. Suïcidaal gedrag is niet geheel af te grenzen van het bredere begrip zelfbeschadigend gedrag. De Britse richtlijnen spreken over zelfbeschadigend gedrag (*self-harm*) ongeacht het motief of de mate waarin iemand de bedoeling heeft door het gedrag te overlijden (NICE 2004, Royal College of Psychiatrists 2010). De World Health Organization (WHO) sluit bij deze traditie aan met haar definitie van *suicidal act* (De Leo e.a. 2006). De richtlijn van de American Psychiatric Association (2003) heeft als onderwerp *The assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*, waarmee de richtlijn zich niet alleen richt op diagnostiek en behandeling van zelfbeschadiging dat reeds heeft plaatsgevonden, maar ook op suïcidegedachten en suïcideplannen (APA 2003, Silverman e.a. 2007a, Silverman e.a. 2007b).

In het literatuuronderzoek voor de huidige richtlijn heeft de werkgroep zich gericht op het spectrum van gedragingen dat verband houdt met de intentie dood te willen waaronder gedachten aan suïcide, fantasieën over suïcide en plannen maken om een suïcidepoging te doen en het doen van een suïcidepoging, hoe ambivalent dit ook is. Daarbij is inbegrepen zelfbeschadigend en/of risicovol gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden c.q. het risico van overlijden niet uit de weg gaat.

De intentie van suïcidaal gedrag is niet altijd eenduidig vast te stellen en moet breed worden opgevat (Hasley e.a. 2008). Patiënten kunnen bijvoorbeeld na een suïcidepoging ontkennen dat zij met hun daad de bedoeling hadden te overlijden, uit angst dat ze tegen hun zin worden opgenomen. Suïcidaal gedrag kan ook een uitdrukking zijn van de wens om te ontsnappen aan een moeilijk te verdragen situatie waarbij niet voor de dood wordt gekozen. De intentie van de gedragingen kan variëren in de tijd; op het ene moment kan iemand dood willen, op een volgend moment niet meer. Naast een intentie om dood te willen is er vaak een intentie om te willen leven. Vaak kenmerkt deze ambivalentie het suïcidale gedrag. Het begrip intentie moet hier overigens niet begrepen worden alsof de patiënt altijd een vrije keus heeft in zijn gerichtheid op dood en sterven. Niet zelden is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich gedreven voelt door de omstandigheden en/of door onmacht.

Bij een suïcidepoging is een ernstige mate van letaliteit vaak veelzeggend voor de intentie om te overlijden. Bij een suïcidepoging die bijna dodelijk afloopt kan een sterke doodsintentie meestal worden verondersteld. Dat neemt niet weg dat een poging met gering lichamelijk letsel ook kan samengaan met een sterke doodsintentie. Iemand die een poging doet, maakt niet altijd een correcte inschatting van de mate van letaliteit (Townsend e.a. 2001, Brown e.a. 2004, Harris e.a. 2005, Edelston e.a. 2006).

### 3.2 Wat zijn oorzaken van suïcidaal gedrag?

Oorzaken van suïcidaal gedrag zijn te onderscheiden in a) individuele motieven en intenties en b) bijkomende factoren. Bij de individuele motieven en intenties gaat het om de inhoud van de gedachten die de persoon over suïcide heeft. Bij de bijkomende factoren gaat het om factoren die met suïcidaal gedrag zijn geassocieerd en waarvan wordt aangenomen dat zij van invloed zijn op het ontstaan en onderhouden van de het suïcidale gedrag.

#### 10 *Individuele motieven en intenties*

Bij individuele motieven en intenties gaat het om de betekenis die de betrokkene geeft aan het suïcidale gedrag. Vanwege het subjectieve karakter ervan is het wetenschappelijk onderzoek over suïcidale motieven en intenties veelal kwalitatief van aard (Lakeman en FitzGerald 2008). Er is ook kwantitatief onderzoek naar de voorspellende waarde van uitspraken over suïcide, maar dit wordt beperkt doordat de omgeving bij ernstige suïcidale uitspraken in de meeste gevallen zal handelen om suïcide te voorkomen.

Motieven voor suïcidaal gedrag kunnen sterk uiteenlopen. Het kan gaan om een uitgesproken wens te willen sterven, een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te (willen) kunnen, een behoefte om te ontsnappen uit een situatie die de persoon als ondraaglijk ervaart, of om het denken te stoppen. Soms is suïcidaal gedrag een uiting van de behoefte anderen iets duidelijk te maken. Suïcidaal gedrag kan ook impulsief en zonder veel voorafgaand overwegen optreden.

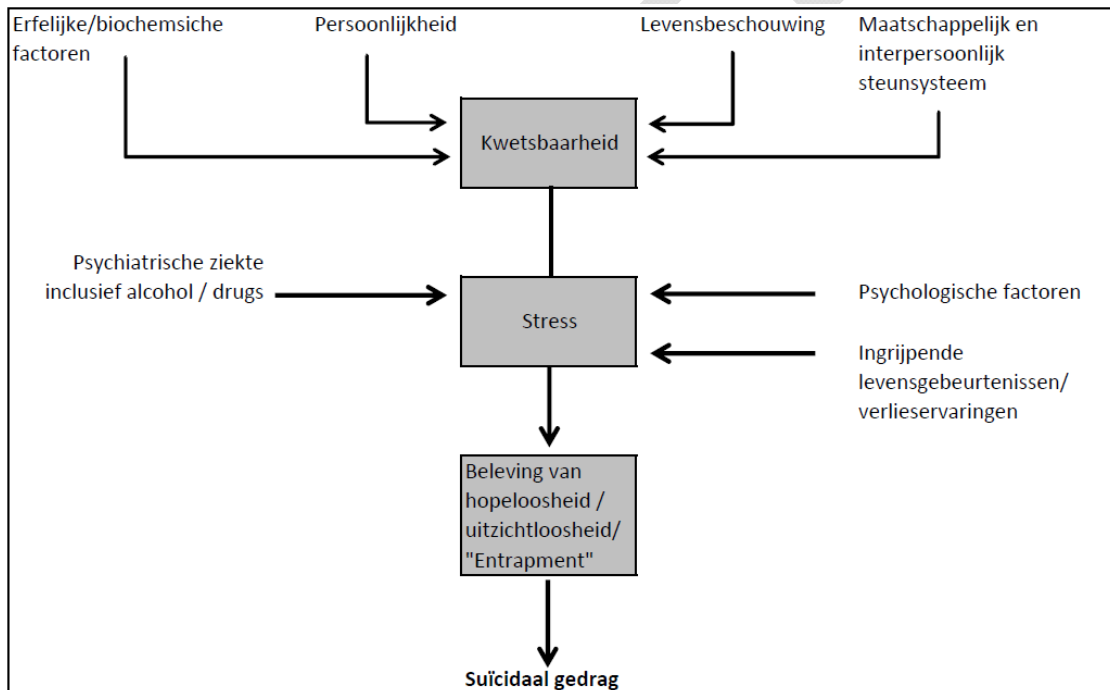
Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt nagevraagd wat de inhoud is van de suïcidale gedachten. Wat wil iemand bereiken en wat zijn daarvoor de motieven? Hoe concreter de ideeën over een levenseinde de patiënt heeft uitgewerkt, hoe sterker de doodsintentie wordt ingeschat. Welke plannen heeft iemand gemaakt en hoe gedetailleerd zijn die plannen uitgewerkt? In het dagelijks leven zijn de uitspraken van iemand over wat hij of zij wil gaan doen vaak de beste voorspeller voor het feitelijke gedrag dat volgt.

#### *Bijkomende factoren*

Naast de intenties en motieven van het individu zijn er door onderzoek vele bijkomende factoren geïdentificeerd die met suïcidaal gedrag zijn geassocieerd. Suïcidaal gedrag is multifactorieel. Bij elk individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologische en sociale factoren. Om een ordening aan te brengen in de verschillende factoren heeft de werkgroep gebruik gemaakt van twee modellen: het stress- kwetsbaarheidsmodel (Goldney 2008) en het *entrapment* model (Williams e.a. 2005). Deze modellen bieden voor de klinische praktijk de mogelijkheid om de

verschillende factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag in een onderlinge samenhang te plaatsen. Het stress-kwetsbaarheidsmodel gaat er vanuit dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het actuele gedrag losmaken en onderhouden. Het *entrapment* model beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren kunnen komen tot suïcidaal gedrag.

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



Figuur 3.1

Het stress-kwetsbaarheidsmodel en 'entrapment' voor suïcidaal gedrag (naar Goldney 2008 & Williams e.a. 2005)

Naast psychiatrische stoornissen zijn psychologische factoren van belang. In de psychologische literatuur worden impulsiviteit, hopeloosheid en sociale isolatie genoemd als constructen die - naast depressiviteit en angst - bijdragen aan het risico van suïcide (Conner e.a. 2001). Williams e.a. (2005) beschrijven in het *entrapment* model het tekortschieten van copingmechanismen. Bij iemand die kwetsbaar is voor het intens en heftig ervaren van gebeurtenissen en deze te

vertalen als 'vernedering', 'verlies' of 'afwijzing' kan verlies van zelfrespect en eigenwaarde optreden. Versterkt door een gebrek aan probleemoplossend vermogen kan dit leiden tot een toestand van hopeloosheid en uitzichtloosheid. Er ontstaat een situatie die Williams beschrijft als 'entrapment' (in een val opgesloten zitten). De persoon komt in een situatie waarin hij geen ontsnapping en geen redding meer ziet, met suïcidaal gedrag tot gevolg. Williams e.a. (2005) vergelijken deze situatie met een dier dat met zijn poot vastzit in een klem en kermt. De wanhoopskreet uit zich als suïcidegedachte, suïcidepoging of daadwerkelijke suïcide.

10

### 3.3 Hoe is suïcidaal gedrag te herkennen?

Er bestaat geen methode waarmee suïcidaal gedrag ondubbelzinnig kan worden herkend. Er zijn weliswaar verschillende checklijsten die behulpzaam kunnen zijn bij een gesprek over suïcidaal gedrag, maar deze kunnen een persoonlijk en vertrouwelijk gesprek niet vervangen. Het gesprek kan er zelfs door worden gehinderd, omdat het door de patiënt als formeel en afstandelijk kan worden ervaren. Patiënten met suïcidaal gedrag zijn vaak bang voor veroordeling, bang voor restrictieve maatregelen, bang om opgegeven te worden, bang om niet gehoord te worden. Zij voelen zich vaak sociaal geïsoleerd.

Suïcidegedachten en -plannen kunnen alleen worden herkend als de betrokkene bereid is om erover te praten. Het bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen; goed contact kan van levensbelang zijn. Goed contact is bovendien nodig voor goede diagnostiek en adequate behandeling van suïcidaal gedrag.

Bij een suïcidepoging is in veel gevallen sprake van openlijk gedrag dat een zekere intentie uitdrukt om zichzelf te willen doden. Vaak geeft de patiënt zelf aan dat hij of zij een suïcidepoging heeft gedaan. Professionals moeten een dergelijke mededeling serieus nemen en noodzakelijke hulp in gang zetten. Soms kan alleen uit de omstandigheden worden afgeleid dat iemand aan suïcide denkt of een suïcidepoging heeft gedaan. In die situaties moeten professionals vragen naar de aanwezigheid van suïcidegedachten en -plannen en deze exploreren. Daarbij moet ook – voor zover mogelijk – gebruik worden gemaakt van de kennis van naastbetrokkenen, zoals vrienden en familieleden of anderen in de omgeving van de patiënt. Zij merken suïcidaal gedrag of veranderingen in gedrag vaak goed op.

### 3.4 Waar is de diagnostiek van suïcidaal gedrag op gericht?

Suïcidaal gedrag is het resultaat van een uniek complex van factoren. Voor diagnostiek moet de professional een beeld krijgen van de ernst van de situatie en van het geheel van factoren die bij deze individuele patiënt leiden tot suïcidaal gedrag. Diagnostiek omvat de herkenning van het suïcidale gedrag, onderzoek naar gedachten over suïcide en naar de motieven, intenties en plannen, en onderzoek naar de bijkomende factoren die het suïcidale gedrag bepalen. Het onderzoek mondt uit in een structuurdiagnose die dient als uitgangspunt voor het opstellen van een (voorlopig) behandelplan.

Bij het herkennen van suïcidaal gedrag moet onderscheid gemaakt worden tussen openlijke gedragingen en gedachten die niet tot uiting worden gebracht. In openlijke gedragingen is het suïcidale gedrag voor de professional of voor naastbetrokkenen herkenbaar in uitspraken van de persoon of in hetgeen hij of zij doet. Er zijn echter ook situaties waarin de persoon geen uiting geeft aan suïcidale gedachten. De professional zal daar dan actief naar moeten vragen. Het gaat dan specifiek om situaties waarvan bekend is dat zij met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag gepaard gaan.

Het onderzoek naar gedachten over suïcide bestaat uit een gedetailleerde analyse van de inhoud van de gedachten, intenties, plannen en motieven. Wat is de intensiteit van de gedachten? Zijn er steeds terugkerende kwellende gedachten? Hoe vaak komen ze voor? Wat wil iemand bereiken? Welke plannen zijn gemaakt? Welke voorbereidingen zijn getroffen? Hoeveel haast heeft de betrokkene? Welke consequenties verwacht hij of zij voor zichzelf of voor anderen? Hoe is het toekomstperspectief? Welke situaties of gedachten wil de patiënt ontvluchten? Wat zijn aanleidingen voor de gedachten of in welke situaties komen deze gedachten voor?

Het onderzoek naar bijkomende factoren bestaat uit een inventarisatie van het complex van individuele psychiatrische, psychologische en sociale factoren die met het suïcidale gedrag van de betrokkene samenhangen. De belangrijkste factoren zijn nader uitgewerkt in Hoofdstuk 4.

Het resultaat van het onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt samengevat in een structuurdiagnose. De structuurdiagnose is opgebouwd uit een formulering van de aard en de ernst van de symptomen met daarbij de hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) (Sno e.a. 2004). De structuurdiagnose vormt het uitgangspunt voor het (voorlopige) behandelplan. De professional zal een inschatting maken van het directe gevaar en een indicatie stellen voor de directe interventies en behandelsetting, en voor de behandeling op langere termijn. Het is van groot belang om het onderzoek en de formulering van het behandelplan zo veel mogelijk te doen in samenwerking met de patiënt en indien mogelijk met de naastbetrokkenen.

Diagnostiek van suïcidaal gedrag stelt eisen aan de professionele vaardigheden. Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek hoort tot de basisvaardigheden van elke professional. Op basis



daarvan kan worden doorverwezen naar een meer gespecialiseerde setting. Een volledig onderzoek van suïcidaal gedrag stelt specifieke eisen aan de gespreksvaardigheden, aan de kennis van psychische stoornissen en van bijkomende factoren.

5

### 3.5 Wat is het belang van de wilsbekwaamheid bij de diagnostiek van suïcidaal gedrag?

10 Het begrip wilsbekwaamheid heeft een centrale rol in het Nederlandse  
gezondheidsrecht. Uitgangspunt is dat de toestemming van de patiënt een  
noodzakelijke voorwaarde is voor een medische handeling mits de patiënt  
wilsbekwaam is. Wanneer de patiënt niet wilsbekwaam is moet de professional,  
indien mogelijk met toestemming van naastbetrokkenen, handelen om ernstig  
15 nadeel voor de patiënt af te wenden.

De wilsverklaring kan in een schriftelijke, voorafgaande verklaring zijn  
vastgelegd. De arts is gehouden zo'n schriftelijke verklaring te respecteren mits  
sprake is van een heldere, op de situatie toegesneden verklaring van een patiënt  
die op het moment van opstellen van de wilsverklaring (nog) wilsbekwaam was.

20 Bij personen die een doodswens uiten of die een suïcidepoging hebben gedaan is  
de beoordeling van de wilsbekwaamheid bepalend voor het handelen van de  
professional. De patiënt moet in staat zijn tot een redelijke waardering ter zake.  
Het vaststellen hiervan vergt een zorgvuldig afweging. In haar rapport over de  
implementatie van de WGBO geeft het KNMG aan dat bij de beoordeling van  
25 wilsbekwaamheid drie aspecten moeten onderscheiden: het begripsvermogen,  
de beslisvaardigheid, een afweging van waarden (KNMG 2004).

#### *Begripsvermogen*

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

#### *Beslisvaardigheid*

35 Bij de beslisvaardigheid gaat het om het besef en de waardering van informatie.  
In het algemeen zijn de vereisten van beslisvaardigheid hoger als het gaat om  
instemming met ingrijpende en belastende ingrepen, bij weigering van  
behandelingen die levensreddend zijn, of wanneer wordt ingeschat dat het risico  
van ingrijpend handelen voor de patiënt niet opweegt tegen de voordelen die de

patiënt ondervindt wanneer het ingrijpen succesvol blijkt. Het gaat er dan niet om of de beslissing goed genoeg is, maar of de beslisvaardigheid goed genoeg is gezien de ernst van de situatie.

### 5 *Afweging van waarden*

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

In acute situaties waarin direct ingrijpen noodzakelijk is om ernstige gevolgen af te wenden zal in de meeste gevallen de tijd ontbreken om alle relevante aspecten zorgvuldig te beoordelen. In dergelijke situaties is het aangewezen om eerst te handelen. Dit geldt ook voor situaties waarin een schriftelijke wilsverklaring aanwezig is waarvan niet kan worden vastgesteld of de persoon op het moment van opstellen (nog) wilsbekwaam was.

De groep suïcidale patiënten die weloverwogen de balans heeft opgemaakt en een einde aan zijn of haar leven wil maken is klein (Van Tol 1985). Suïcidaal gedrag en een vraag om hulp bij zelfdoding moeten daarom in eerste instantie worden opgevat als signalen van onderliggende problematiek. Het beleid is dan gericht op levenshulp: suïcidepreventie en de behandeling van de onderliggende problematiek. Bij ouderen en bij personen met een ernstige en uitzichtloze ziekte komt de weloverwogen wens om niet meer te leven vaker voor dan bij jongeren. Voor de handelwijze bij verzoeken om hulp bij zelfdoding verwijzen wij naar de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG 2003, 2004) en van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Tholen e.a. 2009).

### **3.6 Hoe kan suïcidaal gedrag worden behandeld?**

De behandeling van suïcidaal gedrag moet aansluiten bij het unieke complex van factoren dat aan het gedrag van de individuele patiënt ten grondslag ligt. De behandeling kan bestaan uit interventies gericht op veiligheid c.q. bescherming, op de inhoud van de suïcidegedachten en op oorzakelijke factoren die het suïcidale gedrag bepalen.

In het eerste contact met of over een persoon met suïcidaal gedrag moet de professional een inschatting maken van de mate van urgentie van handelen. Het Kwaliteitsdocument Keten zorg bij suïcidaliteit beschrijft drie niveaus van urgentie: nood (< 20 minuten), urgent (< 24 uur), regulier (> 24uur) (Hermens e.a. 2010). Afhankelijk van de mate van urgentie organiseert de professional gepaste hulp. In noodsituaties moet direct worden ingegrepen, bijvoorbeeld bij een noodoproep door de politie, brandweer of ambulance. Bij urgente situaties spelen huisarts, spoedeisende hulp en spoedeisende psychiatrie een sleutelrol.

In aansluiting op het onderzoek naar het suïcidale gedrag moet de zorgprofessional met de patiënt en indien mogelijk met diens naastbetrokkenen bespreken wat gedaan kan worden om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Vragen die de professional samen met de patiënt moet doornemen zijn: zijn de suïcidegedachten voldoende in de hand te houden? Hoe veilig is het om naar huis te gaan? Beschikt de patiënt thuis over middelen waarmee hij of zij suïcide kan plegen? Is het mogelijk om die te verwijderen? Zijn er naastbetrokkenen beschikbaar die steun en veiligheid kunnen bieden?

Het maken van zogenaamde non-suïcideafspraken of het opstellen van een non-suïcidecontract is controversieel. Het kan een gevoel van schijnveiligheid geven voor zowel de professional als de patiënt en diens naastbetrokkenen. Als de professional inschat dat het risico van suïcide op korte termijn hoog is en het niet mogelijk is om toereikende veiligheidsafspraken te maken moet de professional overwegen of er gronden zijn voor een (gedwongen) opname.

Het inperken van de autonomie van patiënten met suïcidaal gedrag kan nodig zijn om de veiligheid te verhogen. Echter, deze maatregel kan ook averechts werken. Patiënten kunnen zich door een onvrijwillige opname nog sterker gevangen voelen in hun innerlijke conflict. Het gevoel van *entrapment* kan worden versterkt, met een toename van gevoelens van hopeloosheid en uitzichtloosheid. Suïcide kan hierdoor juist in de hand worden gewerkt.

Na interventies gericht op de veiligheid richt de behandeling zich op de inhoud van suïcidale gedachten en op het complex van oorzakelijke factoren. Omdat suïcidegedachten kunnen fluctueren gedurende de behandeling is het nodig om deze te blijven volgen en tot focus van behandeling te maken. Een crisisplan of een signaleringsplan kunnen hierbij een belangrijke functie hebben.

Als suïcidegedachten optreden als symptoom van een psychiatrische aandoening moet deze aandoening conform de geldende richtlijnen worden behandeld. Soms zal een biologische behandeling met psychofarmaca en bij uitzondering ook elektroconvulsietherapie (ECT) geïndiceerd zijn, bijvoorbeeld bij een psychotische depressie. In andere gevallen kan een primair psychotherapeutische aanpak de voorkeur hebben, bijvoorbeeld dialectische gedragstherapie bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis.

Het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van behandeling voor suïcidegedachten kent nog geen sterke traditie. Voor zover wetenschappelijk solide effectonderzoek is verricht betreft het onderzoek naar het effect van enkelvoudige interventies in homogene groepen met enkelvoudige diagnoses,

bijvoorbeeld patiënten met een depressie of borderline persoonlijkheidsstoornis. De populaties in deze studies zijn slechts ten dele representatief voor patiënten uit de dagelijkse praktijk. Dit betekent dat behandelaars van suïcidale patiënten hun behandelstrategie niet echt kunnen baseren op de wetenschappelijk bewijs.

5 In individuele gevallen zullen zij steeds moeten afwegen welke interventies geschikt zijn.

Ongeacht de aard van de behandeling moet er aandacht zijn voor de continuïteit van de zorg. De geneigdheid tot suïcidaal gedrag is vaak langdurig aanwezig of kan in stressvolle omstandigheden opnieuw de kop opsteken.

10 Overgangsmomenten in de behandeling (wisseling van behandelsetting, wisseling van behandelaar, ontslag uit een behandelsetting) zijn momenten waarop het suïciderisico is verhoogd. Goede samenwerking tussen zorgprofessionals is op die momenten essentieel (Hermens e.a. 2010).

15

### 3.7 Valt een suïcide te voorspellen?

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

25 *Het relatieve risico van suïcide en de toepassing bij groepen*

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

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

interventies die een minimale belasting met zich meebrengen, bijvoorbeeld navraag doen naar gedachten aan suïcide bij iedereen met een depressieve stoornis, of een oriënterend psychiatrisch onderzoek doen bij iedereen die een suïcidepoging heeft gedaan.

5

*Het absolute risico van suïcide en de toepassing bij individuen*

10 Een verhoging van het relatieve risico geeft nog geen informatie over het absolute risico voor de individuele persoon. Dit is vooral van belang als meer ingrijpende interventies worden overwogen. De kans dat een bepaalde uitkomst zich voordoet moet gewogen worden tegen de kans dat dat niet zo is. Een depressieve stoornis is weliswaar geassocieerd met een hogere kans op suïcide, maar het absolute risico dat iemand met een depressie door suïcide om het leven zal komen is nog altijd zeer gering. Er is brede consensus dat een betrouwbare voorspelling van een suïcide op basis van risicofactoren niet  
15 mogelijk is.

20 Dat wil niet zeggen dat een voorspelling van suïcidaal gedrag op basis van de intenties en motieven van de persoon, samen met de aanwezigheid van risicofactoren en/of het ontbreken van beschermende factoren altijd onjuist zou zijn. Er zijn omstandigheden waarin het risico van een suïcide hoog wordt ingeschat en op basis daarvan worden maatregelen genomen. Die voorkomen vervolgens dat de voorspelling uitkomt. Op basis van informatie over individuele cases maken zorgprofessionals een inschatting van de prognose en wordt een indicatie gesteld voor de meest passende en de minst schadelijke  
25 behandelinterventies.

25

### Literatuur bij Hoofdstuk 3

- American Psychiatric Association (2003) *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors* Washington (DC): American Psychiatric Association
- 5
- Brown, GK, Henriques, GR, Sosdjan, D, Beck, AT (2004) Suicide intent and accurate expectations of lethality: predictors of medical lethality of suicide attempts *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1170-1174
- Cavanagh, JTO, Carson, AJ, Sharpe, M, Lawrie, SM (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review *Psychological Medicine, 33*, 395-405
- 10
- Conner, KR, Duberstein, PR, Conwell, Y, Seidlitz, L, Caine, ED (2001) Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*, 367-385
- De Leo, D, Burgis, S, Bertolote, J, Kerkhof, AJFM, Bille-Brahe, U (2006) Definitions of Suicidal Behaviour: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study *Crisis, 27*, 4-15
- 15
- Eddleston, M, Karunaratne, A, Weerakoon, M, Kumarasinghe, S, Rajapakshe, M, Sheriff, MH, Buckley, NA, Gunnell, D (2006) Choice of poison for intentional self-poisoning in rural Sri Lanka *Clin Toxicol, 44*, 283-286
- 20
- Goldney, DR (2008) *Suicide Prevention* Oxford: Oxford University Press
- Harriss, L, Hawton, K, Zahl, D (2005) Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury *Br J Psych, 186*, 60-66
- 25
- Hasley, JP, Ghosh, B, Huggins, J, Bell MR, Adler LE, Shroyer AL (2008) A review of "suicidal intent" within the existing suicide literature *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 576-591
- Hermens, M, van Wetten, H, Sinnema, H (2010) *Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suicidaliteit Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten* Utrecht: Trimbos Instituut
- 30
- KNMG (2003) *Standpunt federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003* Utrecht, KNMG
- KNMG (2004) *Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid In: Implementatie van de WGBO Van wet naar praktijk Deel 2 Informatie en toestemming* Utrecht, KNMG, 117-122
- 35
- Lakeman, R, FitzGerald, M (2008) How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies *J Adv Nurs, 64*, 114-126
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004) *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care* London: National Institute for Clinical Excellence
- 40
- (NICE)
- Royal college of psychiatrists (2010) *Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm College report CR158* London: Royal College of Psychiatrists

- Silverman, MM, Berman, AL, Sanddal, ND, O'Carroll, PW, Joiner TE (2007a) Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 1: background, rationale, and methodology *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37, 248-263
- 5 Silverman, MM, Berman, AL, Sanddal, ND, O'Carroll, PW, Joiner TE (2007b) Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 2: suicide related ideations, communications, and behaviors *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277
- 10 Sno, HN, Beekman, ATF, Hengeveld, MW (2004) *Richtlijn voor psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* Amsterdam, Boom, 21
- Tholen, AJ, Berghmans, RLP, Huisman, J, Legemaate, J, Nolen, WA, Polak, F, Scherders, MJWT (NVvP-commissie Hulp bij zelfdoding) (2009) *Richtlijn omgaan met verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* Utrecht: De Tijdstroom
- 15 Townsend, E, Hawton, K, Harriss, L, Bale, E, Bond, A (2001) Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent *Soc Psychiatr Epidemiol*, 36, 228-234
- Van Tol, D (1985) *Hulp bij zelfdoding* Medische en juridische problemen Amsterdam: Elsevier
- 20 Williams, JMG, Crane, C, Barnhofer, T, Duggan, D (2005) Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model In: Hawton K (ed) *Prevention and treatment of suicidal behavior From science to practice* Oxford: Oxford University Press, 71-88

CONCEPT



5 *Inleiding*

In dit hoofdstuk worden vier onderwerpen besproken die in de literatuur over diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag aandacht krijgen. Deze onderwerpen houden verband met wat suïcidaal gedrag van professionals vraagt en bij hen oproept. Bedoeld wordt het specifieke van suïcidaal gedrag: de dreiging dat iemand zich van het leven zal beroven.

Om te weten te komen of er sprake is van suïcidaal gedrag is contact met de patiënt nodig en wil de professional het gedrag beïnvloeden dan is een werkrelatie nodig. Echter, contact maken met een suïcidale patiënt is niet altijd mogelijk of gemakkelijk. Daarom stellen we de vraag welke factoren het leggen van contact beïnvloeden. Omdat er dreiging met de dood is en contact niet altijd mogelijk of gemakkelijk is vereist dat voor de patiënt een veilige situatie wordt gecreëerd. De vraag wanneer dit aan de orde is en hoe, waar en door wie moet worden gehandeld. Verder is er de rol van de naasten van de patiënt. Kunnen zij betrokken worden, moeten zij betrokken worden en welke informatie wordt met hen uitgewisseld? Voorts wordt het belang van continuïteit van behandeling besproken, gelet op de specifieke aard van suïcidaal gedrag.

De werkgroep heeft gemeend dat deze onderwerpen basisvoorwaarden zijn voor adequate zorg aan patiënten met suïcidaal gedrag; de reden waarom er een apart hoofdstuk aan besteed wordt.

Over deze onderwerpen is nauwelijks gecontroleerd vergelijkend onderzoek beschikbaar. Naar factoren die het leggen van contact met een suïcidale patiënt beïnvloeden is bijvoorbeeld nooit gecontroleerd onderzoek gedaan; de literatuur hierover is beschrijvend en opvattingen zijn grotendeels afgeleid van psychodynamische principes. Dit geldt ook voor een groot deel van de andere onderwerpen. De uitgangsvragen worden dan ook beantwoord op basis van consensus die bereikt is tussen de leden van de werkgroep. Vandaar dat in de hoofdstuk wel referenties worden genoemd, maar van die beschikbare literatuur is geen weging opgenomen. Er worden dan ook geen bewijstabellen bijgevoegd.

35

**4.1 Contact maken**

Het is van belang er voor te zorgen het contact zo vorm te geven dat er een positieve werkrelatie met de patiënt kan ontstaan. Hieronder wordt verstaan een

relatie tussen de professional en de patiënt (en eventueel zijn naasten), zodat de patiënt in staat is om over zijn gedachten en gevoelens te spreken (APA 2003). Wanneer bij de aanvang van de beoordeling een positieve werkrelatie wordt opgebouwd neemt de validiteit van de verzamelde informatie toe en wordt de inschatting van de mate waarin de patiënt coöperatief is betrouwbaarder (New Zealand Guideline Group 2003). Een positieve werkrelatie is een beschermende factor tegen suïcide (New Zealand Guideline Group 2003, Ilgen e.a. 2009).

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de factoren die het contact met een suïcidale patiënt bepalen. Het betreft kenmerken van de patiënt die het contact kunnen belemmeren en hoe professionals hiermee om kunnen gaan. Ook kenmerken van de professional die het contact met een suïcidale patiënt beïnvloeden worden besproken.

#### 4.1.1 Welke factoren bepalen het contact met een suïcidale patiënt?

Het contact met een suïcidale patiënt wordt bepaald door de interactie tussen patiënt en professional. De patiënt verkeert meestal in een toestand van entrapment (klemzitten), zoals in Hoofdstuk 2 is beschreven. Deze toestand, die gepaard kan gaan met cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling, kan het contact met de professional belemmeren. Bij cognitief disfunctioneren gaat het bijvoorbeeld om zwart-wit denken, overgeneraliseren, tunneldenken of bewustzijn- en concentratiestoornissen. Bij emotionele ontregeling kan het gaan om hopeloosheid, schaamte, angst om als 'gestoord' te worden beschouwd of vrees voor een opname. Sommige patiënten willen weinig zeggen over hun suïcidale gedrag vanuit de wens dat het mogelijk blijft uitvoering te geven aan de suïcidale gedachten (Shea 1998).

De houding van de professional is eveneens bepalend voor het contact met de suïcidale patiënt. De professional en de patiënt hebben in principe tegenstrijdige oriëntaties: de patiënt wil dood en de professional is gericht op het verminderen van de suïcidedgedachten. De visie van de professional op hulpverlening aan suïcidale patiënten (Van Heeringen 2004) kunnen bij de professional reacties oproepen die het contact met de patiënt (en diens naasten) negatief beïnvloeden.

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

Steendam (2010) beschrijft verschillende factoren die angst bij professionals oproepen van waaruit het handelen gestuurd kan worden. Dikwijls bestaat de vrees het probleem groter te maken als met de patiënt over suïcide wordt gesproken. Ook kan er sprake zijn van angst voor de juridische, professionele en emotionele consequenties van een suïcide (Valente 2003). De vrees om paternalistisch te zijn en de patiënt te betuttelen, evenals de ideeën van de

professional over zelfbeschikking kunnen effectief contact met een suïcidale patiënt in de weg staan (Roose 2001, Goldblatt 2009). De behoefte angst voor machteloosheid te beheersen kan leiden tot het onnodig nemen van verregaande, restrictieve maatregelen. Ten slotte speelt een rol in hoeverre professionals zich laten leiden door angst voor de eigen dood (Yalom 1980).

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

Een professional kan met empathie, door deskundigheid uit te stralen en door transparant te zijn over zijn rol en werkwijze het contact met de suïcidale patiënt bevorderen. Professionals die specifiek zijn getraind in contact maken met suïcidale patiënten hebben meer zelfvertrouwen in het omgaan met de problematiek (Isaac e.a. 2009, Oordt e.a. 2009). In de internationale richtlijnen wordt aanbevolen dat professionals die met suïcidale patiënten werken interventie of supervisie hebben (APA 2003, New Zealand Guideline Group 2003, NICE 2004).

#### Aanbevelingen

Het is aan te bevelen dat de professional de mate van cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt vaststelt.

Indien het cognitief disfunctioneren en de emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt het contact te zeer belemmeren moet de professional maatregelen nemen waardoor een zo veilig mogelijke situatie wordt gecreëerd.

Het is sterk aan te bevelen dat professionals die betrokken zijn bij diagnostiek en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag zich scholen in de specifieke kennis en vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Deze kennis en vaardigheden dienen regelmatig door scholing te worden geactualiseerd.

Het is sterk aan te bevelen dat professionals die met suïcidale patiënten werken daarover supervisie krijgen of deelnemen aan een interventiegroep.

20

#### **4.1.2 Welke specifieke benaderingen kunnen worden aanbevolen voor verpleegkundigen op een afdeling?**

Verpleegkundigen, met name die werken op een afdeling psychiatrie, zijn vaak de professionals die het meest veelvuldig en intensief contact hebben met patiënten met suïcidaal gedrag. Dit geldt overigens ook voor verpleegkundigen werkzaam op een SEH.

25

De verpleegkundige heeft traditioneel als taak observatie en het waarborgen van veiligheid. Daarnaast zijn ook methodieken voor contact leggen beschreven. Het engagement-model wordt hier nader beschreven. Het model en hiervan afgeleide interventies zijn door Cutcliffe e.a. (2006) ontwikkeld voor de verpleegkundige zorg aan suïcidale patiënten vanuit een benadering van betrokkenheid en hoop. Het centrale doel van de begeleiding is de verbinding van de patiënt met het leven en met de mensen om hem heen te herstellen. In dit proces worden drie fasen onderscheiden: 1) uitdrukking geven aan (mede-)menselijkheid; 2) begeleiden van de patiënt terug naar het leven; 3) opnieuw leren leven. De kracht van dit model is dat het aansluit bij het tempo van de patiënt: te snel komen met oplossingen vergroot het gevoelde onbegrip en isolement waarin de patiënt verkeert.

Alhoewel vergelijkend onderzoek naar de meerwaarde ontbreekt ziet de focusgroep van verpleegkundigen de engagementsbenadering als kansrijk, overigens zonder het belang van observatie te veronachtzamen. In een opiniërend artikel beschrijven Cutcliffe en Barker (2002) de voor- en nadelen van de engagement benadering versus de directe observatiebenadering. Juist vanwege de rol die verpleegkundigen hebben in de behandeling van (suïcidale) patiënten is een benadering die uitgaat van contact en 'er zijn' te prefereren boven een benadering die eenzijdig op bescherming en beheersing is gericht. Critici van de engagement benadering wijzen op de risico's van onvoldoende toezicht en verminderde waakzaamheid.

#### *Aanbevelingen*

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

25

#### **4.2 Zorg voor veiligheid**

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

35

#### 4.2.1 Met welke maatregelen kan de veiligheid van een suïcidale patiënt worden gewaarborgd?

Maatregelen om de veiligheid van de patiënt te waarborgen dienen af te hangen van de suïcidale toestand van de patiënt (intenties, plannen), de psychiatrische toestand (angst, depressie, psychose), de aanwezigheid van psychologische factoren als hopeloosheid en impulsiviteit, de ernst van bijkomende symptomen (agitatie, impulsiviteit), het niveau van functioneren, de beschikbaarheid van steun en de aanwezigheid van overwegingen voor de patiënt om te willen leven (APA 2003). Op grond van deze factoren dient de professional te beslissen of interventies nodig zijn die de patiënt tegen zichzelf beschermen. De beschikbaarheid van middelen om een suïcidepoging mee te doen verhoogt het risico van een suïcidepoging of suïcide (Hawton en Van Heeringen 2009). Dit betekent dat professionals daar oog voor moeten hebben en zo mogelijk de toegang tot deze middelen moet verhinderen. Zij zullen daartoe in de praktijk maar beperkt in staat zijn en zullen op bijstand van anderen, bijvoorbeeld beveiligingspersoneel, moeten kunnen rekenen.

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

Onvrijwillige opname en toepassing van dwangmaatregelen moeten binnen de kaders van de wet BOPZ plaatsvinden. In alle noodgevallen geldt: safety first; dus eerst handelen en daarna zo spoedig mogelijk administratieve zaken regelen.

Maatregelen die nodig zijn om een noodsituatie te beheersen kunnen het leggen van een behandelrelatie in de weg staan, zeker als dwang moet worden toegepast. De professional dient zich hiervan bewust te zijn. Het is sterk aan te bevelen de toepassing met de patiënt en eventueel zijn naasten na te bespreken zodra de patiënt hiertoe in staat is. Daarbij dient expliciet aan de orde te komen hoe de patiënt (en eventueel zijn naasten) de toepassing van de dwangmaatregel heeft ervaren.

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

In een noodsituatie waarin wordt ingeschat dat binnen 20 minuten zorg aanwezig moet zijn en die zich buiten een instelling voordoet, kan iedereen via 112 een nooddienst (ambulance, politie of brandweer) oproepen. De nooddienst zal dan vervolgens doorleiden naar de SEH, de acute of consultatieve dienst. Per 5 instelling kunnen andere procedures gelden.

Is er sprake van een urgente situatie, dat wil zeggen een situatie waarin langer gewacht kan worden dan 20 minuten, geldt dat elke professional een beroep kan doen op de reguliere zorg van de huisarts van de patiënt. De huisarts kan beslissen of de patiënt door de acute psychiatrie moet worden gezien en welke 10 termijn geïndiceerd is. De routes voor verwijzing dienen daarbij bekend te zijn en door afspraken te zijn geregeld.

Als de patiënt een suïcidepoging heeft gedaan moet de professional ter plaatse beslissen wat moet gebeuren, afhankelijk van de beoordeling of sprake is van nood of urgentie. Een huisarts of psychiater moet direct de somatische toestand 15 inschatten en aan de hand daarvan handelen. Verpleegkundigen maken een eerste inschatting van de ernst en raadplegen onverwijld een somatisch arts of psychiater. In noodsituaties kan het te allen tijde nodig zijn om direct 112 te bellen.

Professionals die patiënten met suïcidaal gedrag beoordelen en behandelen 20 moeten kunnen rekenen op bijstand van personen die de veiligheid kunnen bewaken, zoals beveiligingspersoneel en politie. De instelling waar zij werken dient voorwaarden te scheppen waardoor veiligheid zo goed mogelijk kan worden gewaarborgd. Dit geldt ook voor ruimtelijke voorzieningen en menskracht.

Aan de hand van de beoordeling van de patiënt wordt in het (voorlopig) 25 behandelplan vastgelegd met welke maatregelen de veiligheid van de patiënt wordt nagestreefd en hoe getracht wordt de werkrelatie te handhaven.

Ten slotte, wanneer een patiënt al dan niet vrijwillig, van huis of elders naar een instelling gaat is ook voor veiligheid geboden. Dit geldt vooral als er twijfel is 30 over de mate waarin de patiënt controle over zijn impulsen heeft. Bij twijfel kan de patiënt niet zonder begeleiding reizen en zijn maatregelen nodig om de veiligheid te garanderen.

## Aanbevelingen

Het is sterk aan te bevelen dat de professional bij suïcidaal gedrag informeert of er in de directe omgeving middelen zijn waarmee de patiënt zichzelf kan beschadigen en de toegang tot deze middelen zo mogelijk belemmert.

Het is vereist dat professionals die met suïcidale patiënten te maken krijgen in noodsituaties kunnen rekenen op bijstand van politie en beveiligingspersoneel; daartoe dienen instellingen zoals psychiatrische en algemene ziekenhuizen en crisisdiensten afspraken te maken met deze diensten.

Het is sterk aan te bevelen dat professionals in nood of urgente situaties het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens e.a. 2010) volgen. Dat wil zeggen dat bij noodsituaties 112 gebeld wordt en bij urgente situaties de huisarts, die op zijn beurt beoordeelt of de crisisdienst moet worden ingeschakeld.

Het is vereist dat er op een spoedeisende hulp van een algemeen ziekenhuis mogelijkheden aanwezig zijn om toezicht te houden op een suïcidale patiënt.

Het is vereist dat de professional, als de veiligheid van de patiënt in het geding is, kiest voor een behandelsetting met mogelijkheden om deze veiligheid te bieden.

Het is vereist dat toepassing van dwang in een GGZ-instelling plaatsvindt binnen de wettelijke kaders van de BOPZ.

Het is sterk aan te bevelen in situaties waarbij de veiligheid van een patiënt met suïcidaal gedrag geen uitstel duldt, te handelen volgens het principe van *safety first*; de professional dient zich in dergelijke gevallen niet te laten belemmeren door administratieve overwegingen.

Het is sterk aan te bevelen aandacht te schenken aan de werkgrelatie met de patiënt tijdens en na de toepassing van dwangmaatregelen.

Het is sterk aan te bevelen bij verplaatsing van een suïcidale patiënt de veiligheid zo veel mogelijk te garanderen. Bestaat er twijfel over de mate waarin de patiënt zich in de hand heeft dan mag deze niet zonder begeleiding reizen en zijn maatregelen nodig om de veiligheid te waarborgen.

#### 4.2.2 Wat is de rol van verpleegkundigen bij het waarborgen van de veiligheid van een suïcidale patiënt?

- 5 Alle professionals worden in de omgang met patiënten met suïcidaal gedrag voor veiligheidsvragen gesteld, maar dit geldt in het bijzonder voor verpleegkundigen. Immers, verpleegkundigen die werken op een SEH of psychiatrische afdeling hebben de taak patiënten te observeren en te begeleiden. Dat betekent dat zij met patiënten veelvuldig contact hebben en geacht worden relevante
- 10 veranderingen in het gedrag van de patiënt te signaleren en direct te handelen

wanneer de veiligheid in het geding is. Daarbij gelden twee uitgangspunten voor het handelen: de patiënt dient beschermd te worden tegen de drang om zich te suïcidieren, en de patiënt moet zich op een afdeling veilig voelen om te kunnen herstellen. Verpleegkundigen bewaken het therapeutisch milieu tijdens een  
5 opname. Suïcidale patiënten kunnen zich veiliger voelen als ze weten dat ze bij hen terecht kunnen met hun wanhoopsgevoelens.

Bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen verpleegkundigen voor het dilemma komen te staan dat zij aan de ene kant verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van de patiënt en aan de andere kant  
10 frustreren vrijheidsbeperkende maatregelen de autonomie en de werkrelatie met de patiënt. Hierna wordt beschreven hoe met dit dilemma om te gaan.

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

In een review van Bowers e.a. (2010) wordt gesteld dat tijdens momenten van verminderd toezicht (verlof, ongeoorloofde afwezigheid, overdrachten,  
30 avond/nachtdiensten) het suïciderisico toeneemt. Ook afgelegen en afsluitbare ruimtes (toilet, badkamer) zonder toezicht leveren risico's op. Verpleegkundigen moeten in dergelijke omstandigheden te allen tijde waakzaam zijn en de patiënt direct observeren (Bowers e.a. 2008).

Directe observatie kan een groot beslag leggen op de tijd en beschikbaarheid  
35 van verpleegkundigen. Het kan door verpleegkundigen ook als stressvol worden beleefd. Zij ervaren gevoelens van onvermogen en angst om effectief bij te dragen aan de vermindering van het suïcidale gedrag van de patiënt (Cleary e.a. 1999).

De kritiek op directe observatie is dat de benaderingswijze voornamelijk gericht  
40 is op controle en beheersing van het suïcidale gedrag zonder oog te hebben voor de beleving van de suïcidale patiënt (Cutcliffe en Barker 2002). Het kan bij patiënten gevoelens oproepen van boosheid, verzet, ontmoediging en angst (Jones e.a. 2000, Cutcliffe e.a. 2006). Negatieve ervaringen van patiënten kunnen ertoe leiden dat de patiënten hun suïcidale gedrag verzwijgen om aan



directe observatie en dwangtoepassing te ontkomen (Cox e.a. 2010, Cutcliffe en Barker 2002, Cardell en Pitula 1999).

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

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

#### *Aanbevelingen*

Het is vereist verpleegkundigen te betrekken bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van beleid rond de toepassing van intensieve observatie en restrictieve maatregelen.

Het is aan te bevelen om SEH-verpleegkundigen gericht te scholen in het omgaan met suïcidaal gedrag.

20

### **4.3 Omgaan met naasten van de suïcidale patiënt**

25 De meeste suïcidale patiënten maken deel uit van een netwerk van naastbetrokkenen. Dit kunnen familieleden zijn, maar ook vrienden of kennissen van de patiënt. Net als de patiënt en de professional zullen ook zij zich afvragen waardoor het suïcidaal gedrag veroorzaakt wordt, hoe dit te beïnvloeden is en wat hun mogelijkheden hiertoe zijn. Op zijn minst zullen ook zij zich emotioneel betrokken en verantwoordelijk voelen; er is immers de dreiging dat degene bij  
30 wie zij betrokken zijn zichzelf iets zal aandoen en dit kan een zware belasting zijn.

In deze paragraaf worden deze personen aangeduid als 'naasten'. Ingegaan wordt op de vraag hoe professionals met naasten van suïcidale patiënten om moeten gaan.

#### 4.3.1 Hoe dient de professional met naasten van de suïcidale patiënt om te gaan?

Het betrekken van naasten is vanuit meer opzichten aan te raden (New Zealand Guideline Group 2003). Voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag kan de informatie en hulp van naasten essentieel zijn. Uit een onderzoek bij 153 suïcidepogers die een bijna-letale poging hadden gedaan bleek dat zij meer geneigd waren met een naaste over suïcide te praten dan met een professional (Barnes e.a. 2001). Aan naasten kan onder meer gevraagd worden of zij iets hebben opgemerkt wat zou kunnen wijzen op suïcidale uitingen of sprake is van eerdere suïcidepogingen, of er recent sprake is van ingrijpende levensgebeurtenissen en of veranderingen zijn opgevallen ten opzichte van het gebruikelijke functioneren van de patiënt. Ook is het relevant informatie in te winnen over suïcidaal gedrag in de familie en eventuele psychiatrische (co)morbiditeit die bij suïcidaal gedrag vaak aanwezig is.

Conform de WGBO mag aan derden geen informatie worden verstrekt zonder toestemming van de patiënt. In noodsituaties kan van de vereiste toestemming worden afgeweken.

Naasten voelen zich door suïcidaal gedrag van de patiënt vaak zwaar belast (Steendam 2010). Aandacht voor de emoties van de naasten, uitleg over suïcidaal gedrag en hoe hiermee kan worden omgegaan zal voor hen vaak steunend zijn. Er kan dan ook besproken worden wat ieders rol is in de begeleiding van de patiënt. Het is wenselijk om dit samen met de patiënt én zijn naasten te bespreken. De interactie tussen de suïcidale patiënt en zijn naasten kan dan eveneens worden geobserveerd. De NICE-richtlijn (NICE 2004) beveelt aan om waar mogelijk de patiënt eerst alleen te spreken, teneinde vertrouwelijke onderwerpen zonder de aanwezigheid van naasten te kunnen bespreken. Met de patiënt moet worden besproken welke informatie als vertrouwelijk beschouwd wordt.

Naasten kunnen informatie geven, maar hebben zelf vaak ook behoefte aan informatie en steun. Zij spelen een rol in het leven van de patiënt en kunnen een belangrijke bijdrage leveren als bondgenoot bij observatie, begeleiding of behandeling.

#### *Aanbevelingen*

Het is sterk aan te bevelen om naasten van suïcidale patiënten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van suïcidale patiënten voor zover dat binnen de grenzen van het beroepsgeheim te verantwoorden is.

Het is aan te bevelen de patiënt eerst alleen te spreken om vertrouwelijke zaken te kunnen bespreken.

Het is aan te bevelen om naasten te informeren en steun te bieden.

#### 4.4 Continuïteit van zorg

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

##### 10 4.4.1 Hoe kan de continuïteit van de zorg aan suïcidale patiënten worden bevorderd?

Continuïteit van zorg is essentieel bij de hulpverlening aan suïcidale patiënten. Continuïteit is in verschillende situaties relevant: tussen organisaties, tussen afdelingen, tussen disciplines in een team en in een instelling, in een klinische setting tussen de verschillende diensten (dag/nacht) van één discipline en tussen 15 ambulante (vrijgevestigde) professionals en instellingen. Samenwerking in een keten van zorg is essentieel. Om te kunnen samenwerken zijn deskundige professionals nodig evenals duidelijkheid over professionele rollen, goede afspraken in de zorgketen en een werkrelatie waarin onderling vertrouwen is.

20 Het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit (Hermens e.a. 2010) bevat aanbevelingen voor de organisatie van de zorg rond suïcidale patiënten zodat continuïteit wordt geboden. Taken en samenwerkingsvormen zijn hierin vastgesteld. De verschillende posities in de keten worden omschreven en toegelicht, zoals de positie van toeleider, huisarts, SEH en medisch specialisten, acute en consultatieve diensten en de reguliere GGZ:

- 25 ▪ toeleiders signaleren suïcidaal gedrag, kunnen dit bespreekbaar maken en de patiënten met suïcidaal gedrag toeleiden naar passende zorg;
- 30 ▪ de huisarts heeft een centrale rol in de zorg rond de patiënt met suïcidaal gedrag. De huisarts signaleert, doet de eerste diagnostiek, zorgt voor veiligheid en verwijst. Tevens biedt de huisarts overbruggingscontacten, mede ook als de zorg niet of niet voldoende tot stand komt;
- 35 ▪ de SEH-arts en de medisch specialist bieden somatische zorg, doen het eerste onderzoek, schakelen acute of consultatieve psychiatrie in zo nodig tegen de wil van de patiënt, leveren schriftelijke informatie aan en verwijzen naar een vervolg met goede informatieoverdracht;
- 40 ▪ acute en consultatieve psychiatrie hebben als belangrijkste taken crisisinterventie, diagnostiek van het suïcidale gedrag en belangrijkste bijkomende factoren, en (mede)behandeling totdat de patiënt is overgenomen door een andere partij. Indien nodig draagt de acute psychiatrie zorg voor een gedwongen opname met een BOPZ-maatregel en handelt dienovereenkomstig;

- de reguliere GGZ is verantwoordelijk voor het systematisch beoordelen van de ernst van het suïcidale gedrag met de kans op herhaling en het behandelen van patiënten met suïcidaal gedrag. Het behandelaanbod voor suïcidale mensen is divers (ambulant, deeltijd, klinisch) en kan geleverd worden door verschillende zorgaanbieders.

5

De organisatie en samenwerkingsafspraken dienen te worden aangepast aan de lokale omstandigheden. Gesteld wordt dat de langer durende behandeling van suïcidaal gedrag voornamelijk een taak is van tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

10

Binnen de GGZ is uiteraard ook goede overdracht tussen afdelingen nodig. De suïcidale patiënt is extra kwetsbaar bij discontinuïteit van zorg, bijvoorbeeld na ontslag of bij ambulante behandeling 's avonds en 's nachts, of wanneer de eigen behandelaar niet bereikbaar is. In de eerste weken na een klinische opname is er een verhoogde kans op suïcide en is het van belang om toe te zien op het tot stand komen van de beoogde continuïteit van zorg (De Leo en Heller 2007).

15

Volgens De Leo (2002) is voor suïcidepreventie een integratieve benadering nodig waarin psychiatrische, psychologische en sociologische aspecten worden geïntegreerd. Verpleegkundigen, psychologen en artsen/psychiaters hebben de taak om gezamenlijk de behandeling vorm te geven, waarbij ze aanvullend en op elkaar afgestemd de continuïteit in de tijd moeten bieden. Elke discipline heeft een specifieke rol in een multidisciplinair samenwerkingsverband. Voor de patiënt is het van belang dat hij weet bij wie hij waarvoor terecht kan.

20

De meeste GGZ-instellingen hebben een professioneel statuut waarin de taken van de verschillende disciplines zijn omschreven. In de juridische bijlage worden de verantwoordelijkheden zoals in de Wet BIG omschreven toegelicht.

25

De specialist, meestal de psychiater, is verantwoordelijk voor diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen van patiënten met suïcidaal gedrag. Vooral bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kan de specialist in sommige instellingen een klinisch psycholoog zijn. Alleen de arts/psychiater is bevoegd tot het voorschrijven van medicatie en het toepassen van dwang. Psychologen hebben een rol in het psychotherapeutisch behandelen van de suïcidale gedachten en coping van de patiënt.

30

Verpleegkundigen hebben een rol in de begeleiding op het psychosociale vlak. Zij zijn veelal het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Zij maken contact, bieden steun, zorgen voor een veilige omgeving. Dit impliceert dat verpleegkundigen een signalerende rol kunnen hebben bij veranderingen in het gedrag van de patiënt. Andere disciplines zoals de vaktherapie, geestelijke verzorging of de humanistisch raadsman/vrouw kunnen -afhankelijk van de problematiek en het behandelplan- een bijdrage leveren.

35

40

Niet alleen duidelijkheid over de verschillende rollen maar ook de wijze van samenwerken, de visie op het omgaan met suïcidale patiënten en de autonomie van de patiënt zijn belangrijk voor de continuïteit van zorg. Wanneer de ene

- professional geen reden ziet voor een klinisch verblijf maar de ander dit noodzakelijk vindt, kunnen door een multidisciplinair team verschillende boodschappen aan de patiënt gegeven worden. Een goed samenwerkingsverband biedt de mogelijkheid om deze dilemma's op een veilige manier te bespreken en breed gedragen keuzes te maken op basis van gezamenlijke observaties en kennis. Samenwerkingsbereidheid, erkenning van de rol van elke discipline en onderlinge steun zijn hiervoor nodig. Een duidelijke werkwijze en visie en regelmatige evaluaties zijn de voorwaarden die tijdige bijstelling van de behandeling mogelijk maken. Intervisie en gezamenlijke scholing leveren een bijdrage aan het optimaliseren van deze samenwerking en het uitvoeren van deze gezamenlijke taak.

#### *Aanbevelingen*

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

15

## Literatuur bij Hoofdstuk 4

- American Psychiatric Association (2003) Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors Washington (DC): American Psychiatric Association
- 5 Barnes LS, Ikeda RM, Kresnow MJ (2001) Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts *Suicide Life Threat Behav* 32(1 Suppl):68-75
- Bowers L, Gournay K, Duffy D(2000) Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies *Journal of advanced nursing*, 32, 437-444
- 10 Bowers L, Banda T, Nijman H(2010) Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 315-328
- Bowers L, Whittington R, Nolan P, Parkin D, Curtis S, Bhui K, Hackney D, Allan T, Simpson A (2008) Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study *British Journal of Psychiatry*, 193, 395-401
- 15 Cardell R, Pitula CR (1999) Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation *Psychiatric Services*, 50, 1066-1070
- 20 Cleary M, Jordan R, Horsfall J, Mazoudier P, Delaney J (1999) Suicidal patients and special observation *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 461-467
- Cox A, Hayter M, Ruane J (2010) Alternative approaches to 'enhanced observations' in acute inpatient mental health care: a review of the literature *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 162-171
- 25 Cutcliffe JR, Barker P (2002) Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations' *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9, 611-621
- Cutcliffe JR, Stevenson C, Jackson S, Smith P (2006) A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people *International Journal of Nursing Studies*, 43, 791-802
- 30 De Leo D (2002) *Struggling Against Suicide*, Crisis, 23, 23-31
- De Leo D, Heller T (2007) Intensive case management in suicide attempters following discharge from inpatient psychiatric care *Australian Journal of Primary Health* 2007 13:3 (49-58)
- 35 Goldblatt MJ, Maltzberger JT (2009) Countertransference in the treatment of suicidal patients In: D Wasserman and C Wasserman (red), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention A global perspective*, (pp 389-393) Oxford University Press
- 40 Hawton K Heeringen K van (2009) *Suicide* *Lancet*, 393, 1372-1381
- Heeringen C van (2004) *Leren van suicide* *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 619-620

- Hermens M, van Wetten H, Sinnema H (2010) Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaal gedrag Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten Utrecht: Trimbos Instituut
- 5 Ilgen MA, Czyz EK, Welsh DE, Zeber JE, Bauer MS, Kilbourne AM (2009) A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder *Journal of Affective Disorders*, 115, 246-251
- Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, Sareen J Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review *Canadian Journal of Psychiatry* 2009;54:260-8
- 10 Jones J, Ward M, Wellman N, Hall J, Lowe T (2000) Psychiatric inpatients' experience of nursing observation A United Kingdom perspective *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 38, 12
- Manna M (2010) Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science *Journal of Psychiatric and*  
15 *Mental Health Nursing*, 17, 268-273
- Muralidharan S, Fenton M (2008) Containment strategies for people with serious mental illness (review) *The Cochrane Library*, issue 3, artno: CD002084
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004) The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in  
20 primary and secondary care London: National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- New Zealand Guideline Group (2003) The assessment and management of people at risk of suicide Wellington: New Zealand Guideline Group
- Oordt, MS, Jobes DA, Fonseca VP, Schmidt MS (2009) Training mental health  
25 professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 21-28
- Roose SP (2001) Suicide: what is in the clinician's mind? *Ann N Y Acad Sci*, 932,151-7
- 30 Shea SH (1998) *Psychiatric Interviewing, the art of understanding* Philadelphia: Saunders Company
- Steendam M (2010) Angst voor je suïcidale patiënt *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 65, 467-473
- Valente SM (2003) Aftermath of a patient's suicide: a case study *Perspectives in psychiatric care*,39,17-22
- 35 Yalom ID (1980) *Existential psychotherapy* New York: Basic Books

CONCEPT



5 Dit hoofdstuk beschrijft het empirische bewijs dat aan het diagnostisch proces  
van suïcidaal gedrag ten grondslag ligt. Het hoofdstuk omvat drie delen. In deel A  
worden uitgangsvragen over het diagnostisch proces in het algemeen behandeld.  
10 In deel B worden de bijkomende factoren die suïcidaal gedrag beïnvloeden en  
hun plaats binnen het diagnostisch onderzoek besproken. In deel C worden  
uitgangsvragen behandeld voor enkele specifieke groepen: jeugdigen, ouderen,  
immigranten en patiënten met herhaald suïcidaal gedrag.

### A Onderzoek naar suïcidaal gedrag

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

#### 5.1 Bij wie en in welke situaties moet onderzoek gedaan worden naar suïcidaal gedrag?

25 Bij de beantwoording van deze vraag is onderscheid gemaakt tussen directe  
suïcidale uitingen en risicofactoren en/of risicosituaties.

##### 5.1.1 Directe suïcidale uitingen

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

*Wetenschappelijke onderbouwing*

Suicidepogingen voorspellen suicide - In een meta-analyse van 23 onderzoeken naar het risico van suicide na een suicidepoging of ernstige suïcidedgedachten vonden Harris en Barraclough (1997) een 38 tot 47 maal verhoogd risico gedurende follow-up periodes variërend van 10 tot 20 jaar. Het risico in deverschillende studies liep uiteen van een 0 tot een 120 keer verhoogd risico. Het risico van suicide was in de meeste studies het hoogst in de periode van drie tot 24 maanden na een poging (Harris en Barraclough 1997, Nordstrom e.a. 1995, Otsama en Lönnqvist 2002). Ook daarna blijft het risico van suicide aanzienlijk verhoogd (Tidemalm e.a. 2008, Haukka e.a. 2008, Jenkins e.a. 2002, Holley e.a. 1998). In een systematische review van 90 onderzoeken rapporteerden Owens e.a. (2002) een sterfterisico van 1,8% (ie 1800 per 100000 persoonsjaren) in het eerste jaar na zelfbeschadigend gedrag. Zeer hoge suïciderisico's zijn ook gerapporteerd voor suïcidepogers direct na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis (Haukka e.a. 2008, Holley e.a. 1998).

Het suïciderisico na een suicidepoging is bij mannen twee tot vier maal hoger dan bij vrouwen (Nordstrom e.a. 1995), bij een hogere leeftijd, vooral bij vrouwen (Skogman e.a. 2004), bij patiënten met recente pogingen of meer pogingen in de voorgeschiedenis, vooral bij mannen (Skogman e.a. 2004), bij een hoge suicide-intentie (Hjelmeland 1996; Arensman en Kerkhof 1996; Nordstrom e.a. 1995) vooral bij mannen (Skogman 2004), bij een psychiatrische voorgeschiedenis of lopende behandeling voor een psychiatrische aandoening, geringe sociale cohesie en chronische somatische aandoeningen (Harris en Barraclough 1997, Skogman e.a. 2004, Suokas e.a. 2001). Van alle psychiatrische aandoeningen is bij schizofrenie en stemmingsstoornissen het risico het hoogst (1,9 tot 4,1 maal, respectievelijk 1,7 tot 4,2 maal) (Tidemalm 2008, Haukka e.a. 2008).

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

In een psychologische autopsie studie is gevonden dat 38% van de vrouwen en 19% van de mannen die door suicide overleden, in het jaar daarvoor een niet-fatale poging hadden gedaan. In totaal overleden 62% van de mannen en 38% van de vrouwen bij hun eerste poging (Isometsa en Lonqvist 1998).

Suicidepogingen voorspellen sterfte -Na een suicidepoging is niet alleen het risico van sterfte door suicide aanzienlijk verhoogd, maar ook het risico van sterfte door andere oorzaken (Haukka e.a. 2008) Ostam en Lonqvist (2001) rapporteerden voor mannen en vrouwen respectievelijk een 38 en 25-voudig verhoogd risico van een gewelddadige dood gedurende 15 jaar na een suicidepoging.

Suïcidepogingen voorspellen suïcidepogingen -Uit een review van Owens e.a. (2002) van 90 studies naar zelfbeschadigend gedrag blijkt dat dit zich bij 16% van de patiënten binnen een jaar herhaalt en bij 21% binnen een tot vier jaar.

- 5 Suïcidale uitlatingen, suïcide-intentie, suïcideplannen en beschikbaarheid van middelen - Transitie van suïcidale uitlatingen naar suïcideplannen, en van suïcideplannen naar een geplande suïcidepoging wordt gezien bij respectievelijk 34% en 26% (Kessler e.a. 1999). Van de ongeplande suïcidepogingen treedt 90% op binnen een jaar na het ontstaan van de suïcidale uitlatingen; 60% van de geplande suïcidepogingen treedt op binnen een jaar (Kessler e.a. 1999). Diverse longitudinale studies laten zien dat suïcidale uitlatingen gecorreleerd zijn met suïcide op de lange termijn (Fawcett e.a. 1991, Brown e.a. 2000). Suïcidale uitlatingen die worden gedaan in de meest slechte periode van het leven van een patiënt zijn een sterkere voorspeller voor suïcide dan actuele suïcidale uitlatingen (OR 13,8 respectievelijk 5,4) (Beck e.a. 1999).

Suïcide-intentie verwijst naar de subjectieve verwachting en wens van patiënt te overlijden aan door hem zelf aangebracht letsel. Onderzoek laat zien dat de suïcide-intentie relevanter is dan de objectieve letaliteit van de gekozen methode (Beck e.a. 1975; Beck e.a. 1976). Een systematische review van Hasley e.a. (2008) naar suïcide-intentie laat zien dat er in het merendeel van de studies een relatie is tussen suïcide-intentie en de letaliteit en/of de gekozen methode voor de suïcidepoging. Eveneens werden in enkele cohortstudies een positieve relatie gevonden tussen suïcide-intentie en suïcide (Hasley e.a. 2008).

Een derde deel van de patiënten met suïcidale uitlatingen maakt suïcideplannen en 72% van de patiënten met een plan gaat ooit over tot een suïcidepoging (Kessler e.a. 1999). De aanwezigheid van een suïcideplan is geassocieerd met een verhoogd risico van suïcide; dit risico neemt verder toe wanneer de geplande methode meer lethaal is of het plan gericht is op het voorkomen van ontdekking (Weisman en Worden 1972).

30

*Conclusie*

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat suïcidepogingen sterke voorspellers zijn van herhaalde suïcidepogingen en van sterfte door suïcide en door andere gewelddadige oorzaken.</p> <p><i>A1 Harris en Barraclough 1997; Owens e.a. 2002; B Haukka e.a. 2008; C Otsama en Lonqvist 2001</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat suïcidale uitlatingen, suïcide-intentie, suïcideplannen, suïcidepogingen en suïcide nauw met elkaar samen hangen.</p> <p><i>B Hasley e.a. 2008; C Kessler e.a. 1999</i></p>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

- 5 Het is van belang te beseffen dat de onderzoeken die hier zijn samengevat werden uitgevoerd in een omgeving waar voor ernstige aandoeningen voor zover mogelijk behandeling is ingezet. De prognose na een suïcidepoging zal waarschijnlijk ongunstiger zijn als het suïcidale gedrag (en de bijkomende factoren – zie deel B) niet zouden zijn behandeld.

10 *Aanbevelingen*

Het is vereist om bij suïcidale uitlatingen oriënterend onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag. Afhankelijk van de eerste inschatting van de ernst van de uitlatingen, intentie en plannen moet nader onderzoek worden gedaan door een professional met psychiatrische expertise.

Het is vereist om bij suïcidepogingen onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag door een professional met psychiatrische expertise.

### 5.1.2 Risicofactoren en risicosituaties

- 15 In de literatuur is een groot aantal risicofactoren en risicosituaties beschreven die voorspellend zijn voor suïcidepogingen en suïcide. De belangrijkste kwetsbaarheidsfactoren en stressoren zijn beschreven in paragraaf 5.8 respectievelijk 5.9. Hier wordt een aantal situaties beschreven die gepaard gaan met een verhoogd risico van suïcide.

*Wetenschappelijke onderbouwing*

- 20 De wetenschappelijke onderbouwing voor het actief vragen naar suïcidaal gedrag is complex. Het bewijs staat verspreid over meerdere deelvragen in dit hoofdstuk. De werkgroep heeft zich in de keuze van factoren laten leiden door de aanbevelingen uit de APA-richtlijn (APA 2003, pp 8).

*Conclusie*

<b>Niveau 4</b>	<p>Psychiatrische crisissituaties, transitiemomenten in een lopende behandeling, onverwachte veranderingen in het klinische beeld van een psychiatrische aandoening, gebrek aan verbetering van een psychiatrische aandoening of een verslechtering zijn geassocieerd met een verhoogde kans op suïcide.</p> <p><i>APA 2003</i></p>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

5 De professional moet bij het actief vragen naar suïcidaal gedrag zich niet alleen laten leiden door empirische evidentie. Het exploreren van suïcidaal gedrag is aangewezen in situaties waarin de persoon bedreigd is of zich bedreigd voelt in essentiële levensvoorwaarden. Welke situaties dat zijn verschilt van persoon tot persoon.

10 Het navragen van suïcidaal gedrag heeft een speciale plaats bij depressieve stoornissen, omdat het verlies van levensvreugde een van de kernsymptomen van de aandoening is. De patiënt kan gekweld worden door ernstige gevoelens van hopeloosheid en uitzichtloosheid. Hetzelfde kan optreden naar aanleiding van gebeurtenissen. De professional kan zich van dergelijke situaties op de hoogte stellen door er direct naar te vragen.

15

*Aanbevelingen*

Het is vereist om onderzoek te doen naar suïcidaal gedrag bij directe suïcidale uitingen, zoals suïcidale uitspraken en (recente) suïcidepogingen, ook als deze door anderen worden gerapporteerd.

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

## 5.2 Hoe kan de professional vragen naar suïcidaal gedrag en wat moet de professional vragen?

Het onderzoek naar suïcidaal gedrag bestaat uit twee onderdelen: 1) een gedetailleerde analyse van suïcidegedachten en gebeurtenissen; 2) onderzoek naar relevante bijkomende factoren. Het klinisch interview is in de praktijk het belangrijkste onderzoeksinstrument. Daarnaast zijn er diverse vragenlijsten, checklists en beoordelingsschalen ontwikkeld. In deze paragraaf wordt het klinische interview van suïcidegedachten en gebeurtenissen besproken. Als zoekstrategie werd in PubMed met de zoektermen CLINICAL INTERVIEW SUICIDAL BEHAVIOR en CLINICAL ASSESSMENT SUICIDAL BEHAVIOR gezocht naar overzichtartikelen. Relevantie van artikelen werd beoordeeld op basis van de titels. De zoekstrategie werd aangevuld met kennis van leden van de werkgroep.

### 15 *Wetenschappelijke onderbouwing*

De zoekactie in PubMed leverde als enige de CASE-methode (Chronological Assessment of Suicide Events) op, ontwikkeld door Shea (1998, 1999). De CASE-methode is een interview voor het efficiënt vragen naar suïcidegedachten en gebeurtenissen in de klinische setting van de spoedeisende hulp. Voor de methode werd geen validerend empirisch bewijs gevonden.

Een lid van de werkgroep rapporteerde de CAMS-methode (Collaborative Assessment and Management of Suicidality), ontwikkeld door Jobes (2006). Naast onderzoek van suïcidaal gedrag is de CAMS-methode gericht op de behandeling van suïcidaal gedrag. Uit een klein retrospectief onderzoek bleek dat het suïcidale gedrag in een groep patiënten die met CAMS werd behandeld sneller was genormaliseerd dan in een groep die reguliere zorg kreeg (Jobes e.a. 2005). Over patiënten die waren opgenomen werd een implementatieonderzoek beschreven, zonder uitkomsten op het niveau van de patiënt (Ellis e.a. 2009).

### 30 *Conclusie*

<b>Niveau 4</b>	Voor het klinische interview van suïcidegedachten en gebeurtenissen werd onvoldoende empirische evidentie gevonden om een voorkeur op te kunnen baseren.  <i>Werkgroep MDR DBSG 2011</i>
-----------------	--

### *Overige overwegingen*

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

vollediger en beter overdraagbaar zal zijn. Het is zinvol om onderscheid te maken tussen openingsvragen waarmee het thema van suïcidaal gedrag ter sprake wordt gebracht, en een onderzoekstrategie waarmee de suïcidale toestand nader wordt uitgediept.

- 5 Voor de openingsvragen is het belangrijk om aan te sluiten bij de situatie van de patiënt op het moment van het onderzoek. Ervaren professionals gebruiken vaak een zekere hiërarchie, waarin algemene vragen worden gevolgd door meer specifieke vragen. Voorbeeldvragen zijn opgenomen in Bijlage B.

- 10 Het CASE-interview is een geschikte methode om de suïcidale toestand nader uit te diepen. De methode is speciaal voor de klinische praktijk ontwikkeld. De keuze van de werkgroep impliceert niet dat andere methoden minder geschikt zouden zijn.

- 15 De werkgroep beschouwt het vragen naar suïcidegedachten en gebeurtenissen als een basisvaardigheid van alle professionals. Het onderzoek van bijkomende factoren, met name van psychiatrische, psychologische en persoonlijkheidsfactoren, moet worden beschouwd als een specifieke deskundigheid van psychiaters en psychologen.

#### *Aanbevelingen*

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

20

### **5.3 Wat is de plaats van vragenlijsten of observatie-instrumenten bij het onderzoek van suïcidaal gedrag?**

- 25 Er zijn voor de beoordeling van suïcidaal gedrag een groot aantal vragenlijsten, checklists en beoordelingsschalen ontwikkeld (Brown 2004). De werkgroep heeft beoordeeld wat de plaats is van deze instrumenten bij het onderzoek van suïcidaal gedrag in de klinische praktijk. De beoordeling is overgenomen uit de APA-richtlijn (2003) Er werd geen aanvullend literatuuronderzoek verricht.

30

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

- 35 In een uitgebreide review beschrijft Brown (2004) 31 meetinstrumenten voor suïcidaal gedrag. Voorbeelden zijn de Beck Suicide Intention Scale (Beck, 1974), de Suicide Ideation Scale (Beck, 1979) en Hopelessness Scale (Beck, 1974) en de Pierce Suicide Intention Scale (Pierce, 1977). Het algemene oordeel over de

instrumenten is dat ze verschillende aspecten van suïcidaal gedrag redelijk betrouwbaar meten en dat ze bruikbaar zijn voor wetenschappelijk onderzoek. De bruikbaarheid voor de klinische praktijk valt sterk te betwijfelen, omdat de meeste instrumenten onvoldoende zijn uitgetest in prospectief onderzoek bij klinische patiënten. De schalen die beter zijn uitgetest tonen zonder uitzondering een zeer geringe voorspellende waarde (<3%) en een zeer hoog percentage vals-positieve uitkomsten (APA 2003).

*Conclusie*

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat vragenlijsten verschillende aspecten van suïcidaal gedrag betrouwbaar zouden kunnen meten, maar de voorspellende waarde is echter zeer gering.  <i>Brown 2004; APA 2003</i>
-----------------	--

10

*Overige overwegingen*

Vragenlijsten en observatie-instrumenten zijn voor de klinische praktijk vooral van belang voor het ontwikkelen van een degelijke systematiek voor het vragen naar suïcidaal gedrag (APA 2003). Het gevolg van een te groot vertrouwen in vragenlijsten, vooral in de handen van minder ervaren professionals, is dat een risicovolle schijn van zekerheid kan ontstaan. Een checklist kan wellicht goede diensten bewijzen als geheugensteun, maar vragenlijsten of observatie-instrumenten kunnen het klinisch diagnostisch onderzoek niet vervangen.

20 *Aanbevelingen*

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

**5.4 Zijn specifieke observeerbare factoren van belang voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag?**

25

In dit gedeelte wordt de vraag behandeld wat bekend is over specifieke observeerbare factoren. In de literatuur worden de reacties van gerichte observaties bij de professional aangeduid met het zogenaamde niet-pluis gevoel. De definitie die in veel studies gebruikt wordt voor dit gevoel is 'begrijpen zonder



rationale'. Het niet-pluis gevoel bij professionals ontstaat doordat een patiënt bepaalde signalen afgeeft of bepaalde gevoelens oproept die in relatie gebracht kunnen worden met suïcidale gevoelens bij de patiënt.

5 *Wetenschappelijke onderbouwing*

Uit een systematische review van onderzoek naar het gebruik van intuïtie in de verpleegkunde (Rew en Barrow 2007) en huisartsen (Stolper 2010) wordt geconcludeerd dat intuïtie een waardevol onderdeel van de klinische besluitvorming en beoordeling is.

10

*Conclusie*

<b>Niveau 3</b>	<p>Intuïtie kan een waardevol onderdeel van klinische besluitvorming zijn.</p> <p>Rew en Barrow 2007, Stolper 2010</p>
-----------------	--

*Overige overwegingen*

15 Signalen van een patiënt die volgens de werkgroep aanleiding zijn tot alertheid zijn uitingen door de patiënt van het gevoel klem te zitten, weglopen, snel weg willen, snel met ontslag willen, pillen sparen, zelfbeschadigend gedrag, stil en teruggetrokken zijn, vlakke mimiek, weinig of geen gevoelens uiten, boosheid op anderen die kan omslaan naar boosheid op zichzelf en destructief gedrag, plotselinge aandacht voor zelfzorg, zakelijke dingen regelen bij de notaris, spullen weggeven, discrepantie in de verhalen van de patiënt, incongruentie in verbale en non-verbale uitingen en een plotselinge omslag van een sombere stemming in vrolijkheid of euforie.

20  
25 Signalen bij professionals die wijzen op een niet-pluis gevoel zijn een gevoel niet op gemak te zijn in gezelschap van de patiënt, behoefte hebben de patiënt vaker dan gebruikelijk te controleren, ongerust zijn over de patiënt, gevoel geen grip op de patiënt te hebben of zich meer dan gebruikelijk verantwoordelijk voelen voor de patiënt.

30 Verpleegkundigen spelen een essentiële rol in het observeren van bovengenoemde signalen Het zorgvuldig rapporteren en overdragen van deze informatie voorkomt dat signalen en observaties uit beeld raken. Het is van belang na te gaan waar deze signalen bij deze patiënt vandaan komen. Het kan nuttig zijn om niet-pluis gevoelens met anderen en met de patiënt te bespreken om helder te krijgen waar de gevoelens vandaan komen en welke implicaties dit heeft voor het handelen.

35

Het is aan te bevelen om zogenaamde niet-pluis gevoelens serieus te nemen en te bespreken met collega's en met de patiënt.

### 5.5 Kan het onderzoek naar suïcidaal gedrag een suïcide uitlokken?

5

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

10

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

In een gerandomiseerd onderzoek naar iatrogene risico's van een screeningprogramma bij 2342 jeugdigen werd geen verschil gevonden tussen groepen die waren blootgesteld aan vragen over suïcidaal gedrag en een controlegroep waarin dit niet gebeurde (Gould e.a. 2005). In hoogrisico groepen van jongeren met depressieve symptomen of met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag waren spanningsklachten en suïcidegedachten in de interventiegroep significant afgenomen.

15

Cukrowicz e.a. (2010) rapporteerden een klein onderzoek bij 21 personen met een depressieve stoornis die deelnamen aan een intensief onderzoek naar suïcidegedachten. In de follow-ups na een en drie maanden gaf geen van de respondenten aan dat suïcidegedachten waren toegenomen. Bij de eerste follow-up waren de gedachten bij zeven deelnemers gelijk gebleven en bij 14 afgenomen. Bij de tweede follow-up waren dat respectievelijk negen en 12.

20

Uit psychotherapie is bekend dat als een professional denkt dat zijn patiënt suïcidegedachten heeft dit vaak blijkt te kloppen (Hendin e.a. 2006).

25

In een review van 31 onderzoeken naar de ervaring met professionals van personen met zelfbeschadigend gedrag komt naar voren dat een betrokken en deskundige houding van professionals door patiënten wordt gewaardeerd (Taylor e.a. 2009). Wat door patiënten werd gemist was een gevoel van betrokkenheid en duidelijke uitleg over de hulp die verleend werd.

30

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is niet aannemelijk dat suïcidaal gedrag wordt uitgelokt door er naar te vragen.</p> <p><i>A2 Gould e.a. 2005; B Cukrowicz e.a. 2010</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	<p>Patiënten met zelfbeschadigend gedrag waarderen een betrokken en deskundige opstelling van professional die uitleg geeft over de hulp die wordt verleend.</p> <p><i>B Taylor e.a. 2009</i></p>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

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

*Aanbevelingen*

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

**5.6 Hoe vaak moet onderzoek naar suïcidaal gedrag worden herhaald?**

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

*Wetenschappelijke onderbouwing*

Diverse studies waarin suïcidale patiënten langdurig werden gevolgd tonen de wisseling van suïcidaal gedrag over de tijd (Brown e.a. 2000, Fawcett e.a. 1990, Williams e.a. 2006, Zahl e.a. 2004). Het wisselend karakter heeft te maken met de ontwikkeling van de psychiatrische aandoening en de comorbiditeit.

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	Suïcidaal gedrag kent een wisselend beloop over de tijd. <i>Brown e.a. 2000; Fawcett e.a. 1990; Williams e.a. 2006; Zahl e.a. 2004</i>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

- 10 Het komen en gaan van suïcidaal gedrag is een van de uitdagingen in de zorg voor de suïcidale patiënt en vereist dat onderzoek van suïcidaal gedrag door de tijd heen herhaald moeten worden. Het is daarbij niet altijd nodig om een volledig onderzoek te herhalen. De onderzoeker moet in redelijkheid afwegen met welke intensiteit herhaald onderzoek wordt uitgevoerd.
- 15 Het is van belang om aandacht te besteden aan herhaald onderzoek van suïcidaal gedrag op kritische momenten in de behandeling, bijvoorbeeld bij verandering van vrijheden, plotselinge veranderingen in het klinische beeld of kritische overgangen in de behandeling zoals ontslag uit het ziekenhuis of overdracht van een patiënt aan een collega.
- 20 Een goede werkrelatie is van groot belang voor het uitvoeren van vervolgonderzoek. Soms zullen patiënten niet de waarheid vertellen, bijvoorbeeld als zij vrezen dat dit zal leiden tot een beperking van vrijheden. Naast directe vragen over suïcidegedachten moet de onderzoeker ook letten op verschijnselen als toename van depressie, hopeloosheid, angst of
- 25 bevelshallucinaties Een onverwacht sterke verbetering van het klinisch beeld, zeker bij patiënten die eerder ernstig suïcidaal waren, kan een teken zijn van dreigende suïcide (zie ook paragraaf 5.4).

*Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen om onderzoek naar suïcidaal op geregelde momenten te herhalen. Formele momenten om het onderzoek te herhalen zijn kritische momenten in de behandeling, crisissituaties, en onverwachte veranderingen in het klinische beeld.

Het is aan te bevelen om met patiënten met suïcidaal gedrag die niet zijn opgenomen vervolgspraken te maken teneinde de ontwikkeling in het suïcidaal gedrag te kunnen beoordelen.

5 **5.7 Kan onderzoek naar suïcidaal gedrag plaatsvinden als de patiënt is geïntoxiceerd?**

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

*Wetenschappelijke onderbouwing*

15 Patiënten die psychofarmaca gebruiken, in het bijzonder benzodiazepines, kunnen rustig en tamelijk helder lijken, maar hebben een grote kans tijdelijk aan anterograde amnesie te lijden wat betekent dat zij nieuwe informatie niet goed kunnen onthouden (Verwey e.a. 2000, 2005). Deze patiënten zijn dus tijdelijk vergeetachtig. Uit onderzoek blijkt dat zij zich van een gesprek met een professional weinig herinneren en dat de kans dat afspraken die worden gemaakt, bijvoorbeeld over nazorg, worden onthouden klein is.

20

*Conclusie*

<b>Niveau 4</b>	<p>Onderzoek naar het suïcidaal gedrag bij patiënten in geïntoxiceerde is toestand niet zinvol. Ook als de patiënt helder lijkt moet rekening gehouden worden met anterograde amnesie.</p> <p><i>C Verwey e.a. 2000; 2005</i></p>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

Geen

*Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen om het onderzoek van suïcidaal gedrag bij geïntoxiceerde patiënten uit te stellen tot zij goed aanspreekbaar zijn. Ook dan is het van belang om het onderzoek op een later tijdstip nog eens te herhalen.

Het is aan te bevelen om behandelafspraken voor geïntoxiceerde patiënten voor de patiënt op schrift te stellen, ook al lijkt het bewustzijn helder.

5

**B Bijkomende factoren**

10 Het onderzoek naar bijkomende factoren bestaat uit een inventarisatie van het complex van psychiatrische, psychologische en sociale factoren die met het suïcidale gedrag van de patiënt samenhangen. De bijkomende factoren zijn verdeeld in kwetsbaarheidsfactoren en stressoren. Bij de kwetsbaarheidsfactoren gaat het om persoonskenmerken of -eigenschappen met een duurzaam karakter. Kwetsbaarheidsfactoren zijn min of meer synoniem aan distale risicofactoren. Bij 15 de stressoren gaat het om factoren die door de tijd variëren en die op het moment van het suïcidale gedrag aanwezig zijn. Stressoren zijn min of meer synoniem aan proximale risicofactoren. Het onderscheid tussen de beide groepen van factoren is kunstmatig. Veel van de bijkomende factoren kunnen een rol hebben als kwetsbaarheidsfactor en als stressor. Duurzame werkloosheid kan 20 worden opgevat als kwetsbaarheidsfactor, en bij een ontslagsituatie als stressor. Op het moment van het suïcidale gedrag gaat het steeds om het complex van factoren dat in een onderlinge wisselwerking het gedrag bepaalt.

25 **5.8 Welke kwetsbaarheidfactoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag?**

30 De bespreking van kwetsbaarheidfactoren is verdeeld in de vier groepen die Goldney (2008) onderscheidt in het stress-kwetsbaarheid model zoals beschreven in Hoofdstuk 3: biologische factoren, levensovertuiging, persoonlijkheid en maatschappelijke en interpersoonlijke factoren (steunsysteem). Voor drie van de vier groepen wordt hierna besproken welke

evidentie er is voor een relatie met suïcidaal gedrag en wat het belang is voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag. In verband met de overlap wordt de persoonlijkheid besproken bij de psychiatrische en psychologische factoren.

5 Het literatuuronderzoek voor deze onderdelen is voornamelijk gebaseerd op de literatuur van de APA-richtlijn (APA 2003), aangevuld met literatuur het overzicht van de Schotse overheid (McLean e.a. 2008). Aanvullend is in PubMed gezocht naar recente review artikelen Voor de Nederlandse situatie is de literatuur aangevuld op basis van de kennis van de werkgroepleden.

## 10 **5.8.1 Biologische factoren**

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

### 15 **5.8.1.1 Geslacht**

De factor geslacht moet worden opgevat als een indicator voor een groot aantal achterliggende factoren. Naast biologische factoren zijn ook psychologische en culturele factoren van belang voor het verklaren van geslachtsverschillen.

#### 20 *Wetenschappelijke onderbouwing*

Met uitzondering van China en Singapore is het aantal suïcides wereldwijd bij mannen hoger dan bij vrouwen (Bertolote en Fleischmann 2009, Phillips e.a. 2002) De man/vrouw verhouding loopt internationaal sterk uiteen van 0,9 in China tot 7,9 in Panama. Gemiddeld is de verhouding wereldwijd 2,1. De man/vrouw verhouding in Nederland is de laatste 25 jaar geleidelijk toegenomen van 1,6 in 1983 tot 2,3 in 2007. Sinds 1983 is het aantal suïcides sterker gedaald voor vrouwen dan voor mannen (Van Hemert en De Kruif 2009, <http://statlineCBS.nl/startweb>). De man/vrouw verhouding geldt voor alle leeftijden. Het verschil kan op diverse manieren worden verklaard (Murphy 1998, Kerkhof 2010). Mannen zouden meer aanleidingen tot suicide kunnen hebben door een hogere frequentie van alcoholmisbruik, doordat zij zich minder vaak dan vrouwen laten behandelen voor een psychiatrische aandoening (Nemesis 2010) en door minder vaak troost en steun te zoeken in een sociaal netwerk. Mannen gaan in de uitvoer van hun suïcidale plannen gemiddeld daadkrachtiger te werk dan vrouwen. Naar verhouding gebruiken mannen vaker verhangingsmethode en vrouwen zelfvergiftiging (<http://statlineCBS.nl/startweb>). Bij vrouwen is zwangerschap en de zorg voor (jonge) kinderen een sterke beschermende factor voor suicide (Appleby 1991, Hoyer en Lund 1993, Harris en Barraclough 1994, Marzuk e.a. 1997, Qin en Mortensen 2003).

De hiervoor geschetste factoren kunnen worden aangevoerd als verklaring voor het verschil in het aantal suicides tussen mannen en vrouwen. Daarnaast zijn er voor vrouwen echter ook risicoverhogende factoren. Depressieve stoornissen komen bij vrouwen beduidend vaker voor dan bij mannen (Oquendo e.a. 2001, de Graaf e.a. 2010) en vrouwen hebben veel vaker dan mannen te maken met lichamelijk en seksueel misbruik (Plunkett e.a. 2001). Zwangerschap en de zorg voor kinderen is niet alleen een beschermende factoren. Een psychiatrische opname rond een zwangerschap en sterfte van een kind zijn geassocieerd met een aanzienlijke verhoging van het suïciderisico (Appleby e.a. 1998, Qin en Mortensen 2003).

Suïcidepogingen tonen een andere geslachtsverhouding dan suicides. In drie Nederlandse studies naar suïcidepogingen die worden behandeld in een algemeen ziekenhuis is een hoger aantal suïcidepogingen gevonden bij vrouwen dan bij mannen (Arensman e.a. 1995, Burger e.a. 2005, Burger e.a. 2010). Arensman e.a. (1995) vonden voor vrouwen een hogere incidentie van suïcidepogingen voor de gehele leeftijdsrange. Burger e.a. (2010) vonden in het meest recente onderzoek in Den Haag alleen een hogere incidentie bij vrouwen onder 55 jaar. In het Nederlandse NEMESIS-onderzoek was de relatie met leeftijd en geslacht voor zelfgerapporteerde suïcidegedachten en suïcidepogingen minder duidelijk, mogelijk omdat dit onderzoek beperkt was tot volwassen deelnemers van 18 tot 64 jaar (Ten Have e.a. 2006 2009).

*Conclusie*

<p><b>Niveau 3</b></p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat In Nederland mannen ongeveer twee maal vaker door suïcide sterven dan vrouwen.</p> <p><i>B Van Hemert en De Kruif 2009</i></p>
<p><b>Niveau 2</b></p>	<p>Het is aannemelijk dat vooral jongere vrouwen in Nederland vaker suïcidepogingen doen die worden behandeld in een algemeen ziekenhuis.</p> <p><i>A2 Arensman e.a. 1995; B Burger e.a. 2005; Burger e.a. 2010</i></p>
<p><b>Niveau 2</b></p>	<p>Zwangerschap en de zorg voor jonge kinderen zijn bij gezonde vrouwen geassocieerd met een lager suïciderisico.</p> <p><i>A1 Harris en Barraclough 1994; Qin en Mortensen 2003; Appleby 1991; Hoyer en Lund 1993; Marzuk e.a. 1997</i></p>



*Overige overwegingen*

De omgekeerde distributie van leeftijd en geslacht voor suïcidepogingen in vergelijking met suïcide is in de praktijk van belang bij het onderzoek van patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan. Jonge vrouwen doen naar verhouding vaak suïcidepogingen met naar verhouding weinig suïcides. Voor mannen van middelbare leeftijd en ouder geldt het omgekeerde. Het is waarschijnlijk dat suïcidepogingen bij oudere mannen beschouwd moeten worden als risicovoller.

10 *Aanbevelingen*

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

**5.8.1.2 Familiare (erfelijke) belasting**

Familiaire (erfelijke) belasting moet niet alleen opgevat worden als een biologische factor. Naast genetische factoren zijn ook de leergeschiedenis en omgevingsfactoren van belang.

*Wetenschappelijke onderbouwing*

Empirisch bewijs voor een erfelijke belasting voor suïcidaal gedrag komt uit drie soorten studies: familiestudies, tweelingstudies en adoptiestudies (Baldessarini en Hennen 2004, Brent en Melhem 2008).

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

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

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

10

#### Conclusie

<b>Niveau 2</b>	Suïcide en suïcidepogingen komen vaker voor in families met eerste- of tweedegraads verwanten die suïcidepogingen deden of door suïcide overleden.  <i>A1 Baldessarini en Hennen 2004; A2 Brent en Melhem 2008</i>
-----------------	--

<b>Niveau 2</b>	Tweeling- en adoptiestudies suggereren dat het familiair voorkomen van suïcide voor een deel is toe te schrijven aan genetische factoren. Dit is minder duidelijk voor suïcidepogingen.  <i>A1 Baldessarini en Hennen 2004; A2 Brent en Melhem 2008</i>
-----------------	---

#### Overige overwegingen

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

#### Aanbevelingen

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

### 5.8.1.3 Biologische markers

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

#### Wetenschappelijke onderbouwing

**10** Neurotransmitters - Op het gebied van neurotransmitters is onderzoek gedaan naar serotonine (5-HT), dopamine, adrenaline en noradrenaline, glutamaat en GABA, opioïd receptoren en acetylcholine (Ernst e.a. 2009). Van deze systemen is het 5-HT systeem het meest uitgebreid onderzocht. In meerdere onderzoeken, waaronder ook Nederlands onderzoek, is een associatie gevonden van verminderde serotonerge activiteit en suïcidaal gedrag (Verkes e.a. 1998; Mann e.a. 2003) en er zijn gunstige resultaten gerapporteerd van behandeling met 5-HT-heropnameremmers (Verkes e.a. 1998). Deze bevindingen zijn in later onderzoek niet consistent bevestigd (Van Heeringen 2003). Het gebruik van 5-HT-activiteit als marker voor suïcidaal gedrag is omstreden (Muller-Oerlinghausen e.a. 2004).

**20** HPA-as - Hyperactiviteit van de hypothalamus hypofyse-bijnieras (HPA-as) is eveneens geassocieerd met suïcidaal gedrag (Ernst e.a. 2009; Bunney en Fawcett, 1965). Postmortem onderzoek bij overledenen door suïcide liet verhoogde levels corticotrofinereleasing hormoon (CRH) zien (Nemeroff e.a. 1988, Austin e.a. 2003). Patiënten met een ernstige depressieve episode en een afwijkende dexametason suppressietest (DST) lieten een suïciderisico van **25** 26,8% zien in vergelijking met een risico van 2,9% bij een groep met een normale DST (Coryell en Schlessler 2001). HPA-as hyperactiviteit is bij patiënten met een suïcidepoging in de voorgeschiedenis geassocieerd met suïcide (Jokinen e.a. 2007).

**30** Lipiden - In enkele onderzoeken is een relatie gevonden tussen een laag serum cholesterool en verhoogd risico van suïcide en gewelddadige dood (Ernst e.a. 2009, Ellison en Morrison 2001, Fawcett e.a. 1997, Garland e.a. 2000, Partonen e.a. 1999). De klinische waarde van deze bevindingen is onduidelijk aangezien het gebruik van statines niet geassocieerd lijkt met een toename van geweld, **35** agressie, somberheid, ongelukken of suïcide (Manfredini e.a. 2000).

#### Conclusie

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn voor suïcidaal gedrag meerdere biologische correlaten gevonden onder andere in het serotoninesysteem, in de hypofyse-bijnieras en in de lipidenstofwisseling.</p> <p><i>B Ernst e.a. 2009</i></p>
-----------------	--

*Overige overwegingen*

Voor de genetische en andere biologische associaties geldt dat de resultaten van de onderzoeken moeilijk eenduidig zijn te interpreteren, omdat suïcidaal gedrag geen eenduidig fenotype kent en omdat er complexe interacties zijn met andere relevant factoren, zoals psychiatrische aandoeningen en omgevingsfactoren Het is onduidelijk hoe de causaliteit begrepen moet worden. Het onderzoek naar biologische markers heeft voor de klinische praktijk nog niet tot bruikbare resultaten geleid.

10 *Aanbevelingen*

Voor de klinische praktijk valt het gebruik van biologische markers niet aan te bevelen.

**5.8.2 Persoonlijkheidskenmerken**

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

*Wetenschappelijke onderbouwing*

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

Perfectionisme - Perfectionisme is een multidimensioneel begrip. O'Conner (2007) vergeleek in 29 studies de relatie tussen perfectionisme (i.e. zeer zelfkritisch en bezorgd om de verwachting die anderen van je hebben) en suïcidaal gedrag. Hoewel in meer studies een significante relatie werd gevonden, zijn de definities van het begrip zo verschillend dat vraagtekens gesteld moeten worden bij de generaliseerbaarheid van deze bevinding.

Neuroticisme - In de eerder genoemde overzichtstudie van Brezo e.a. (2006) wordt naast hopeloosheid, neuroticisme genoemd als persoonlijkheidsfactor die geassocieerd is met suïcidaal gedrag. Neuroticisme, hier omschreven als emotionele instabiliteit, hangt samen met suïcidedgedachten (Chioqueta en Stiles,

2005; Farmer e.a. 2001; Heisel e.a. 2006; Kerby 2003; Velting, 1999) en suïcidepogingen (Claes e.a. 2010; Useda e.a. 2007). Er zijn geen studies gevonden de een associatie met suïcide tonen. In alle studies is suïcidaal gedrag, gerelateerd aan hogere neuroticismescores, soms onafhankelijk van de aanwezigheid van depressie (Farmer e.a. 2001).

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

*Conclusie*

<p><b>Niveau 3</b></p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat neuroticisme een risicofactor is voor suïcidedgedachten en een suïcidepoging.</p> <p><i>B Brezo e.a. 2006</i></p>
<p><b>Niveau 2</b></p>	<p>Het is aannemelijk dat een gebrek aan probleemoplossingsvaardigheden een risicofactor is voor suïcidaal gedrag bij jongeren met een depressie.</p> <p><i>B Speckens e.a. 2005</i></p>
<p><b>Niveau 3</b></p>	<p>Perfectionisme is een multidimensioneel begrip Afhankelijk van de definiëring is perfectionisme mogelijk een risicofactor voor suïcidaal gedrag.</p> <p><i>B O'Conner 2007</i></p>
<p><b>Niveau 3</b></p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat bepaalde subgroepen in de bevolking een hoger suïciderisico hebben, zoals homo- en biseksuelen.</p> <p><i>C King 2008; Lewis 2009</i></p>

*Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren in welke mate de patiënt beschikt over probleemoplossingsvaardigheden.

Als er persoonlijkheidsonderzoek wordt gedaan is het aan te bevelen te letten op de mate van neuroticisme.

Het is aan te bevelen om de seksuele geaardheid van de patiënt te betrekken in het onderzoek naar suïcidaal gedrag.

**5.8.3 Levensovertuiging**

5 Voor het belang van levensovertuiging in relatie tot suïcidaal gedrag werd specifiek gezocht naar onderzoek over religie. Als uitgangspunt werd de APA-richtlijn (2003) gebruikt. Aanvullend werd in PubMed gezocht naar reviewartikelen met de trefwoorden RELIGION en SUICIDE.

10 *Wetenschappelijke onderbouwing*

Gearing en Lizardi (2009) schreven een review over de relatie tussen suïcidaal gedrag en religie op basis van een systematische search van PsycINFO en MEDLINE, voor de periode 1980–2008. Zij concludeerden dat de mate van religieuze betrokkenheid direct samenhangt met de mate van suïcidaal gedrag; meer betrokkenheid voorspelt een lager risico. Verschillende mechanismen zoals minder agressie en vijandigheid en meer redenen om te leven worden als verklaring gegeven. De beschermende rol van religie geldt voor alle onderzochte religies met de kanttekening dat het onderwerp niet overal even veel aandacht krijgt. In de studie van Stack en Kposowa (2011) zijn gegevens van de World Values Surveys betrokken van 50.547 individuen uit 56 landen. De individuele mate van acceptatie van suïcide was de afhankelijke variabele. De resultaten bevestigen dat religieuze betrokkenheid, religieuze integratie (het delen van overtuigingen met geloofsgenoten) en een religieus netwerk bijdragen aan lagere acceptatie van suïcide. De auteurs leggen een negatief verband tussen een lage acceptatiegraad van suïcide en suïcidaal gedrag.

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	Religie en actieve betrokkenheid bij een kerkgenootschap is een beschermende factor tegen suïcidaal gedrag.  <i>A1 Stack 2011; B Gearing 2009</i>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

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

5 *Aanbevelingen*

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

**5.8.4 Maatschappelijke en interpersoonlijke factoren en steunsysteem**

10 In dit onderdeel bespreken wij een restgroep van kwetsbaarheidsfactoren. Het betreft het empirisch bewijs over de relatie tussen suïcidaal gedrag en de sociaal-economische status en werkloosheid, burgerlijke staat, steunsystemen, huiselijk geweld en beroep.

*Wetenschappelijke onderbouwing*

15 Burgerlijke staat en steunsysteem - In een grote steekproef in diverse West-Europese landen vonden Lorant e.a. (2005) dat gehuwd zijn beschermt tegen suïcidaal gedrag. In diverse studies is gevonden dat alleenstaanden zich vaker suïcideren dan gehuwden en personen die leven in gezinsverband (Luoma en Pearson 2002, Heikkinen e.a. 1995, Kaprio e.a. 1987).

20 Het is aannemelijk dat verbondenheid met familie, kinderen en een partner, en het bredere sociale netwerk (vrienden, kennissen, burens, collega's etc), en het gevoel van verantwoordelijk zijn voor familieleden beschermt tegen suïcidaal gedrag (McLean e.a. 2008, Rubenowitz e.a. 2001, Hoyer en Lund 1993). Ook verbondenheid met een professional of mantelzorger is beschermend tegen  
25 suïcidaal gedrag (Chesley en Loring-McNulty 2003). Uit studies bij suïcidepogers (Chesley en Loring-McNulty 2003; Fleischmann e.a. 2008) waarin gevraagd werd hoe een herhaalde poging kon worden voorkomen, bleek dat het hebben van persoonlijke relaties de belangrijkste reden om te leven is.

30 Sociaal-economische status en werkloosheid - In een overzicht van 86 studies in Europa concludeerden Rehkopf en Buka (2006) dat in lagere sociaal-economische klassen suïcide vaker voorkomt en dat suïcide geassocieerd is met relatieve armoede en deprivatie, gebaseerd op het gevoel van achtergesteld zijn ten opzichte van anderen. In Nederlands onderzoek is gevonden dat mensen uit lagere sociaal-economische klasse vaker een suïcidepoging rapporteren en een  
35 hoger slagingspercentage hebben (Ten Have e.a. 2006).

Kraut en Walld (2003) concludeerden op basis van hun Canadese studie (n= 43188) dat onder werklozen vaker suïcidaal gedrag voorkomt. Platt en Hawton (2000) komen in een overzichtsstudie tot eenzelfde bevinding Het risico van suïcide was onder werklozen consequent verhoogd, ook als gecontroleerd wordt voor leeftijd, geslacht, sociale klasse en opleiding. Stuckler e.a. (2009) 5 onderzochten de relatie tussen economische recessie met name werkloosheid en sterftcijfers over een periode van 37 jaar in 26 Europese landen Toenemende werkloosheid hangt samen met meer suïcide bij zowel mannen als vrouwen.

*Beroep* - De overzichtsstudie van Platt en Hawton (2000) van 165 studies naar 10 werk en suïcidaal gedrag detecteerde enkele beroepen met een hoger risico van suïcide. Beroepen als arts of verpleegkundige hebben eenvoudiger toegang tot letale middelen. Dit geldt volgens de auteurs ook voor boeren die beschikken over landbouwgif. Het suïciderisico van politiemensen is vergeleken met de algemene bevolkingspopulatie niet verhoogd, ondanks de beschikbaarheid van 15 letale middelen zoals vuurwapens (Lindemann e.a. 1996). Voor militairen is het suïciderisico evenmin verhoogd (Rozanov e.a. 2009).

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Verbondenheid met familie, kinderen, partner en personen uit een breder sociaal netwerk zijn beschermende factoren tegen suïcidaal gedrag.</p> <p><i>B Drivene.a. 2004; Lorant e.a. 2005</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Verbondenheid met een professional beschermt tegen suïcidaal gedrag.</p> <p><i>A2 Fleischmann e.a. 2008</i></p>
-----------------	--

20

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat mensen met een lagere sociaal-economische status, werklozen, alleenstaanden en beroepsgroepen die beschikken over letale middelen een verhoogd risico van suïcidaal gedrag hebben.</p> <p><i>A2 Fleischmann e.a. 2008; B Platt en Hawton 2000; C King 2008; Lewis 2009</i></p>
-----------------	--

*Overige overwegingen*

Bepaalde maatschappelijke omstandigheden, zoals lage sociaal-economische status vertonen een statistische samenhang met suïcidaal gedrag, maar zijn zo



grofmazig dat ze alleen in samenhang met andere factoren van belang zijn in het onderzoek naar suïcidaal gedrag. Bovendien zijn veel maatschappelijke factoren niet onderzocht voor de Nederlandse situatie, waardoor het niet bekend is in hoeverre de conclusies voor de Nederlandse populatie gelden.

5

### *Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen maatschappelijke en steunfactoren die samenhangen met suïcidaal gedrag zoals werkloosheid, lage sociaal-economische status, de status van alleenstaande, betrokkenheid bij huiselijk geweld, homoseksualiteit en beroepsrisico's van groepen die beschikken over letale middelen in het onderzoek te betrekken.

## 10 **5.9 Welke stressoren zijn van belang bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag?**

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

### **5.9.1 Psychiatrische aandoeningen**

20 Bij psychiatrische aandoeningen kan suïcidaal gedrag een symptoom van de stoornis zijn. Ook zijn er psychiatrische symptomen die verband houden met een verhoogd risico van suïcide. Hieronder volgt een overzicht van de evidentie. Tabel 5.1 (blz 103) toont een overzicht van de relatieve risico's voor suïcide bij de verschillende diagnoses.

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

25 Psychiatrische aandoeningen - In een meta-analyse van 37 onderzoeken naar doodsoorzaken bij psychiatrische aandoeningen vonden Harris en Barraclough (1997) voor bijna alle psychiatrische aandoeningen een verhoogd risico van suïcide. Voor alle aandoeningen tezamen was het risico 11 keer hoger dan bij afwezigheid van een psychiatrische aandoening. In een meta-analyse van  
30 psychologische autopsie onderzoeken bleek dat 74-100% (mediaan 91%) van de personen die waren overleden door suïcide op dat moment leed aan een psychiatrische stoornis (Cavanagh e.a. 2003). Uit de meest recente meta-

analyse van 27 van soortgelijke onderzoeken, verricht tussen 1986 en 2002 van in totaal 3.275 suïcides blijkt dat tenminste 87% van de overledenen een of meer psychiatrische diagnoses had voorafgaand aan de suïcide (Arsenault-Lapierre e.a. 2004). Het meest frequent waren stemmingsstoornissen (43%) en stoornissen in gebruik van middelen (26%). Het Populatie Attributief Risico (PAR) van psychiatrische aandoeningen voor suïcide wordt geschat tussen 47 en 74% (Cavanagh e.a. 2003).

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

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

*Stemmingsstoornissen* - Harris en Barraclough (1997) vonden in hun meta-analyse voor unipolaire depressie een 20 maal verhoogd risico, voor bipolaire stoornissen een 15 maal verhoogd risico en voor dysthymie een 12 maal verhoogd risico. In een recentere meta-analyse van 28 onderzoeken werd voor bipolaire stoornissen een 22 maal verhoogd risico gevonden (Tondo e.a. 2003). In een prospectief onderzoek met een follow-up van 11 jaar bij 1983 patiënten met een unipolaire stoornis en 834 patiënten met een bipolaire stoornis was het risico bij bipolaire stoornissen vijf keer hoger dan bij unipolaire stoornissen (Tondo e.a. 2007). In dit onderzoek deden patiënten met een bipolaire stoornis twee keer zo vaak een suïcidepoging. In een recent epidemiologisch onderzoek werd significant meer suïcide-ideatie vastgesteld bij patiënten met een bipolaire stoornis (72%; n=1.154) dan met een unipolaire stoornis (39%; n=11904) (Weinstock e.a. 2009). Uit een prospectief onderzoek bij 6891 ambulante patiënten bleek dat het suïciderisico hoger was bij ernstiger depressies (Brown 2000). Suïcide bij patiënten met een depressieve stoornis komt het meest voor bij patiënten die opgenomen zijn geweest (Bostwick e.a. 2000, Angst e.a. 2002). Naast de stemmingsstoornis zijn ook andere factoren van belang, zoals angst, paniek, concentratieproblemen, slapeloosheid, anhedonie, hopeloosheid, alcoholmisbruik en comorbide stoornissen zoals angststoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen en persoonlijkheidsstoornissen (Fawcett e.a. 1990; Henriksson e.a. 1995; Hawton 2005).

Angststoornissen– In een registeronderzoek is gevonden dat het risico van suïcide bij angststoornissen zes keer hoger is dan in de algemene populatie (Harris en Barraclough 1997, Allgulander 1994). Een database met 20076 patiënten die behandeld waren voor angststoornissen liet een tienvoudig  
5 verhoogd risico zien (Khan e.a. 2002). Eenzelfde risico is gerapporteerd voor paniekstoornissen (Harris en Barraclough 1997). De relatieve risico's zijn waarschijnlijk overschat, omdat veel studies gebaseerd zijn op een selectie van de meest ernstige patiënten die vanwege een angststoornis waren opgenomen.

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

Angst - In een meta-analyse van 46 cohort of case-control onderzoeken en in een retrospectief dossieronderzoek van 76 patiënten opgenomen of recent ontslagen werd een sterke correlatie gezien tussen het risico van suïcide en de  
15 mate van angst, zeker als er ook een depressieve stoornis was (Conner e.a. 2001; Busch e.a. 2003). Bij depressieve patiënten die zich suïcideerden of suïcidepogingen deden is vastgesteld dat hevige angst of paniekaanvallen vaak voorkwamen, maar in een onderzoek naar angst bij 272 depressieve patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan werd geen verschil gevonden met degene  
20 die geen poging hadden ondernomen (Placidi e.a. 2000; Busch e.a. 2003).

Schizofrenie – Een latere meta-analyse van 29 case-control en cohort-  
onderzoeken liet zien dat het risico van suïcide bij schizofrenie 8,5 keer hoger is dan in de algemene bevolking (Hawton e.a. 2005). Dit komt overeen met de  
25 meta-analyse van Harris en Barraclough (1997) die gedeeltelijk op dezelfde studies was gebaseerd. Na een eerste psychose wordt het risico 12 keer groter ingeschat (Dutta 2010). In een systematisch overzicht van 29 cohortonderzoeken en een analyse van 51 onderzoeken na 2004 wordt het lifetime risico van suïcide bij patiënten met schizofrenie geschat op ongeveer 5% (Palmer e.a. 2005; Hor en Taylor 2010). Op grond van psychologische autopsie  
30 onderzoeken is geschat dat 7% van alle suïcides kan worden toegeschreven aan schizofrenie en 5% aan een schizo-affectieve stoornis (Heila e.a. 1997).

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

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

Risicofactoren zoals het ontbreken van een partner en werkloosheid hebben in het kader van schizofrenie weinig betekenis, omdat deze omstandigheden onder mensen met schizofrenie vaak voorkomen. Hoewel suïcide in het algemeen is geassocieerd met een lager opleidingsniveau is dit bij schizofrenie tegenovergesteld (Hawton e.a. 2005, McGirr e.a. 2006). Deze omgekeerde relatie tussen sociaal-economische status en suïcide bij patiënten met schizofrenie wordt verklaard door de hierboven genoemde demoralisatie hypothese (Drake en Cotton,1985; Lewine 2005; Restifo e.a. 2009).

Andere factoren die zijn geassocieerd met een verhoogd risico zijn onvoldoende therapietrouw, recente verliezen, agitatie en motorisch onrust (Hawton e.a. 2005).

Bij prominente negatieve symptomen is het suïciderisico verlaagd (Hawton e.a. 2005; McGirr e.a. 2006). Bevindingen uit onderzoek bij patiënten met positieve symptomen zijn inconsistent. Wanen lijken positief geassocieerd met een verhoogd suïciderisico, terwijl hallucinaties het risico lijken te verlagen (Hawton 2005). Er is geen duidelijk verband gevonden tussen suïcide en bevelshallucinaties (Rudnick 1999; Montross ea 2006; Kaplan e.a. 1999; Heila e.a. 1999; Harkavy-Friedman 2003). Er is echter beperkt onderzoek voorhanden. Het opvolgen van bevelshallucinaties komt voor en kan in sommige gevallen tot suïcidaal gedrag leiden. Bij psychotische patiënten dient het vragen naar dergelijke hallucinaties onderdeel van de anamnese te zijn.

In geval van suïcide bij schizofrenie en andere psychotische stoornissen lijkt er minder vaak sprake van psychiatrische comorbiditeit dan bij andere psychiatrische aandoeningen, met uitzondering van stoornissen in het gebruik van middelen (McGirr e.a. 2008; Kim e.a. 2003). Een comorbide depressie bij een patiënt met schizofrenie gaat echter gepaard met een verhoging van het risico. Hetzelfde geldt voor afzonderlijke depressieve symptomen als hopeloosheid, waardeloosheid, laag zelfbeeld en slaapproblemen (Hawton e.a. 2005; Lester 2006).

Bij 40% van de patiënten met schizofrenie is suïcide-ideatie is gevonden en bij 20-40% van de patiënten met schizofrenie komen suïcidepogingen voor (Drake e.a. 2006). Mogelijk zijn deze percentages bij patiënten met een schizo-affectieve stoornis nog hoger. Vaak gaat het om serieuze suïcidepogingen, zowel medisch gezien als wat betreft de intentie (Harkavy-Friedman e.a. 1999).

Stoornissen in het gebruik van middelen– Harris en Barraclough (1997) vonden een zes maal hoger suïciderisico bij alcoholmisbruik, voor cannabis een vier maal hoger risico, voor sedativa en hypnotica een 20 maal hoger risico, voor opiaten een 14 maal hoger risico en voor polidrugsgebruik een 20 maal hoger risico Het

relatieve risico van suïcide was met 44 het hoogste voor illegaal gebruik van sedativa en hypnotica. Wilcox e.a. (2004) constateerden in een overzicht van 42 studies dat middelenmisbruik en –afhankelijkheid de kans op suïcide sterk vergroten. Die kans is negen maal groter bij het misbruik van alcohol, 13,5 maal bij misbruik van opiaten en 16,8 maal groter voor polidrugsgebruikers. Cherpitel e.a. (2004) rapporteerden dat in 37 onderzoeken waarin suïcide is bestudeerd er bij 37% van de patiënten sprake was van alcoholgebruik. Op basis van 16 onderzoeken concludeerden zij dat er bij 40% van de suïcidepogingen sprake is van alcoholgebruik.

10 Relatieproblemen houden mogelijk verband met suïcide bij alcoholisten, maar deze kunnen ook gevolg zijn van het alcoholprobleem. Bij de helft tot driekwart van de alcoholisten die overleden aan suïcide is een depressie vastgesteld. Suïcide komt bij alcoholisten meestal laat in het beloop van de stoornis voor, nadat er vaker suïcide-uitingen voorkwamen en het met de patiënt geleidelijk in  
15 de meeste opzichten slechter gaat (APA 2003).

Ook suïcidepogingen komen veel voor bij alcoholisten; bij vrouwen vaker dan bij mannen, bij een jonge leeftijd, lage sociale status, op jonge leeftijd begonnen met drinken, alcoholgerelateerde problemen, grote hoeveelheden drinken, en alcoholisme in de directe familie. Het risico van suïcidepogingen is verhoogd bij  
20 patiënten met een comorbide psychiatrische aandoening zoals depressie, misbruik van andere middelen, antisociale persoonlijkheidsstoornis of angststoornis (APA 2003).

Voor andere middelen dan alcohol komt de APA richtlijn tot dezelfde bevindingen (APA 2003).

25 Eetstoornissen- Er is vooral bij anorexia nervosa een sterk verhoogd risico van suïcide (RR= 23; Harris en Barraclough 1997) en suïcidepogingen (Milos e.a. 2004) vastgesteld. Het suïciderisico bij boulimia kon in de meta-analyse van Harris en Barraclough niet worden vastgesteld vanwege te geringe aantallen. Verhoogde risico's werden gerapporteerd in de kleinere studies, hetgeen kan  
30 wijzen op publicatiebias. Verder is het niet duidelijk in hoeverre het extreem hoge relatieve risico aan de eetstoornis of aan comorbide stemmingsstoornissen moet worden toegeschreven (Pompili e.a. 2006).

ADHD - In 13 psychologische autopsie onderzoeken en 11 prospectieve lange termijn vervolgonderzoeken is geen duidelijk verband tussen ADHD en suïcide  
35 gevonden (James e.a. 2004). Als er al een verband bestaat zou dat vooral voor mannen gelden, maar dit kan ook het gevolg zijn van comorbide stoornissen zoals gedragsstoornis, misbruik van middelen en depressie.

Persoonlijkheidsstoornissen- De persoonlijkheidsstoornissen horen strikt genomen bij de kwetsbaarheidsfactoren. De stoornissen staan hier beschreven  
40 vanwege de samenhang met de andere psychiatrische aandoeningen Bij persoonlijkheidsstoornissen is het risico van suïcide zeven keer hoger dan in de algemene populatie (Harris en Barraclough 1997). Speciaal bij borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornissen en mogelijk ook bij vermijdende en schizoïde persoonlijkheidsstoornissen is de kans op suïcide verhoogd (Linehan

e.a. 2000). Vijf procent van de patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zou zich uiteindelijk suïcideren (Links e.a. 2003). Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornissen lopen de percentages uiteen van 3% (McGlashan 1986) tot 10% (Black ea2004).

- 5 Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is in het bijzonder het risico van suïcide verhoogd bij comorbide stemmingsstoornissen en/of middelenmisbruik (Isometsa e.a. 1996). Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Yen e.a. 2003).

10 In psychologische autopsie onderzoeken werd bij ongeveer de helft van de suïcides een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld (Hunt e.a. 2006, Brown e.a. 2000, Baxter en Appleby 1999). Het gebruik van de methode van psychologische autopsie wordt overigens door sommigen als minder bruikbaar beschouwd bij As II dan bij As I stoornissen (Ernst e.a. 2003).

15 Bij 55-70% van de suïcidepogingen werden persoonlijkheidsstoornissen vastgesteld (Cheng e.a. 1997, Chioqueta en Stiles 2004). Andersom doet 40-90% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wel eens een suïcidepoging (Linehan e.a. 2000). Vaak is er sprake van een comorbide psychiatrische diagnose met name een depressieve stoornis en middelenmisbruik (Oquendo e.a. 2003; Linehan e.a. 2000, Suominen e.a. 2000).

20 Comorbiditeit- Zoals hierboven al is aangegeven wordt bij patiënten die zich suïcideren vaak meer dan één psychiatrische aandoening vastgesteld. Datzelfde geldt voor de aanwezigheid van psychiatrische symptomen. Het zijn vooral stoornissen in het gebruik van middelen in het bijzonder alcohol, die zeer vaak worden vastgesteld bij alle vormen van suïcidaal gedrag (Harris en Barraclough  
25 1997; Cavanagh e.a. 2003, Wilcox e.a. 2004, Ilgen e.a. 2010). Depressies worden bij de helft tot driekwart van de patiënten met alcoholgerelateerde stoornissen die zich suïcideren gevonden (Murphy e.a. 1992). Bij alcoholisten met een lichamelijke ziekte en een psychiatrische aandoening is er een verhoogd risico van suïcide; hoe meer middelen gebruikt worden hoe hoger het risico.

30 Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben een verhoogd suïciderisico als er tevens depressieve symptomen of stoornis in gebruik van middelen bestaat (Linehan 2000, Ahrens e.a. 1996; Corbitt e.a. 1996) en een persoonlijkheidsstoornis wordt bij vrijwel alle suïcides vastgesteld (Isometsa 1996).

35 Voor suïcidepogingen geldt ook dat er vaak comorbide stoornissen worden vastgesteld (Suominen e.a. 1996). Het gaat om dezelfde comorbide stoornissen als bij suïcide Het lijkt erop dat hoe meer diagnoses worden vastgesteld, hoe groter de kans op een poging (Beautrais e.a. 1996; Borges e.a. 2000). Ook het aantal en de ernst van de symptomen zijn gerelateerd aan verhoogd risico,  
40 ongeacht of er sprake is van een psychiatrische diagnose.

Conclusie

<p><b>Niveau 1</b></p>	<p>Het is aangetoond dat het relatieve risico van suïcide, suïcidepogingen en suïcide-ideatie zeer sterk verhoogd is (tot 20 maal of hoger) bij stemmingsstoornissen. Er zijn aanwijzingen voor een vergelijkbaar verhoogd risico bij anorexia nervosa en bij misbruik van sedativa, opiaten en polidrugsgebruik. Het is aangetoond dat het risico sterk verhoogd is (tot 10 maal) bij schizofrenie, misbruik van alcohol, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen waarbij een opname noodzakelijk was.</p> <p><i>A2 Harris and Barraclough 1997; A2 Bostwick e.a. 2000, Arsenault-Lapierre e.a. 2004, Wilcox e.a. 2004, Hawton e.a. 2005, B James e.a. 2004</i></p>
<p><b>Niveau 1</b></p>	<p>Ongeveer 90% van de mensen die zich suïcideren hebben op het moment van suïcide een psychiatrische diagnose.</p> <p><i>A2 Cavanagh e.a. 2003, Arsenault-Lapierree e.a. 2004, Hawton e.a. 2005</i></p>
<p><b>Niveau 1</b></p>	<p>Het is aangetoond dat bijkomende factoren en comorbiditeit een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. Met name de combinatie van stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en alcohol komt veel voor.</p> <p><i>A2 Bostwick 2000, Angst 2002, Wilcox 2004, Cherpitel 2004, Hawton 2005; B Fawcett 1990, Henriksson 1995, Brown 2000</i></p>
<p><b>Niveau 3</b></p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat in meer dan de helft van de suïcidepogingen één of meer persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden vastgesteld. Bij de meeste van deze patiënten is sprake van een comorbide stemmingsstoornis en/of misbruik van middelen. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis.</p> <p><i>C Cheng e.a. 1997, Chioqueta en Stiles 2004; Suominen e.a. 2000, Oquendo e.a. 2003, Linehan e.a. 2000, Isometsa e.a. 1996; Yen e.a. 2003</i></p>

*Overige overwegingen*

Suïcidaal gedrag komt vaak voor bij psychiatrische aandoeningen en persoonlijkheidsstoornissen. Echter, het betekent niet dat in het beloop van de stoornis of behandeling per definitie suïcidaal gedrag zal ontstaan.

- 5 Comorbiditeit, met name stoornissen in het gebruik van middelen, depressie en angst, naast psychologische dimensies als impulsiviteit, agressie en angst spelen daarbij een rol. Patiënten blijken zich nogal eens te suïcideren tijdens een opname of kort na ontslag. Vragen die hierbij rijzen zijn: is er voldoende aandacht geweest voor het nog bestaande suïcidale gedrag ondanks dat patiënt
- 10 was opgeknapt? Is gedacht aan voldoende nazorg en is dit aansluitend gerealiseerd?

*Aanbevelingen*

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van symptomen van een psychiatrische aandoening en/of een persoonlijkheidsstoornis.

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening bij de anamnese, de heteroanamnese en het onderzoek na te gaan of sprake is van suïcidaal gedrag.

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met suïcidaal gedrag en een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis na te gaan of sprake is van comorbide depressie of een stoornis in het gebruik van middelen, en psychologische dimensies als impulsiviteit, hopeloosheid en angst.

Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met een psychiatrische aandoening of een persoonlijkheidsstoornis die zijn opgenomen vlak voor het ontslag navraag te doen naar de aanwezigheid van suïcidegedachten, ook als hun toestand verbeterd lijkt.

Tevens is het sterk aan te bevelen voor dergelijke patiënten voor zij met ontslag gaan aansluitende nazorg tot stand te brengen en om het eerste contact kort na ontslag te laten plaatsvinden.



Tabel 5.1 Het relatieve risico van suïcide bij psychiatrische diagnoses

diagnose	relatieve risico (RR)	
Stemmingsstoornissen		
- <i>unipolair</i>	20	Harris en Barraclough 1997
- <i>bipolair</i>	15-22	Harris en Barraclough 1997, Tondo e.a. 2003
- <i>dysthymie</i>	12	Harris en Barraclough 1997
Angststoornissen (behandeld)	6-10	Harris en Barraclough 1997, Khan e.a. 2002
Schizofrenie	85	Harris en Barraclough 1997, Hawton e.a. 2005
- <i>eerste psychose</i>	12	Dutta 2010
Middelenmisbruik		
- <i>alcohol</i>	6-9	Tondo e.a. 2003, Wilcox e.a. 2004, James e.a. 2004, Hawton e.a. 2005
- <i>cannabis</i>	4	Harris en Barraclough 1997
- <i>opiaten</i>	14	Harris en Barraclough 1997 Wilcox e.a. 2004
- <i>sedativa en hypnotica</i>	20-44	Harris en Barraclough 1997
- <i>polydruggebruik</i>	17-20	Harris en Barraclough 1997, Wilcox e.a. 2004
Eetstoornissen	23	Harris en Barraclough 1997
ADHD	1	James e.a. 2004
Persoonlijkheidsstoornissen	7	Harris en Barraclough 1997

### 5.9.2 Psychologische factoren

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

*Wetenschappelijke onderbouwing*

Hopeloosheid - Hopeloosheid is gerelateerd aan verhoogd suïciderisico, maar het is de vraag in hoeverre deze trek onderdeel is van een psychiatrische aandoening of daarvan losstaat. In een prospectief onderzoek onder 1985 ambulante patiënten bleek een hoge score op hopeloosheid significant meer voor te komen patiënten die zich suïcideerden (Beck e.a. 1985 1989a; 1989b; 1990). Omdat hopeloosheid vaak bij depressies voorkomt wordt aan deze factor dus een groot gewicht toebedeeld bij het ontstaan van suïcidaal gedrag (Uncapher e.a. 1998; Soloff e.a. 2000, Hall e.a. 1999). Young e.a. (1996) concluderen dat binnen de groep depressieve patiënten de mate van hopeloosheid bepalend is voor het al dan niet ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Brezo ea(2006) rapporteren op basis van een overzicht van 90 studies waarin 20000 personen waren betrokken, dat hopeloosheid een emotionele toestand is van waaruit relatief veel personen suïcidaal gedrag vertonen. Hopeloosheid hangt samen met suïcide-ideatie, suïcidepogingen en suïcide. Ook geeft dit onderzoek aanwijzingen dat 'psychische pijn', waaronder schaamte, vernedering, emotionele kwetsbaarheid en krenking risicofactoren zijn voor suïcidaal gedrag. Een meta-analyse van 46 cohort- en case-control onderzoeken liet zien dat suïcide verband houdt met onder ander impulsiviteit, hopeloosheid, depressie en angst (Conner e.a. 2001; Busch e.a. 2003).

Er zijn aanwijzingen dat hoop voor de toekomst beschermend is tegen suïcidepogingen. Meadows e.a. (2005) vergeleken 100 suïcidepogers met een controlegroep van 100 niet-pogers en constateerden dat naast andere factoren, uitzicht op een medische of psychiatrische behandeling of zakelijk succes beschermend is.

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

Last voor anderen - Joiner e.a. (2002) onderzochten door afscheidsbrieven te onderzoeken de ervaren last voor anderen, met name voor kinderen. Personen die door suïcide om het leven kwamen en suïcidepogers verschilden in twee afzonderlijke studies niet in mate van hopeloosheid, maar wel in de mate van ervaren belasting voor hun directe familie. Onder degenen die dachten anderen tot last te zijn kwam vaker suïcide voor en bij degenen die dit niet dachten vaker suïcidepogingen. Onduidelijk is in hoeverre de ervaren last voor anderen verklaard kan worden uit de eerder genoemde factoren, zoals negatief denken.

Impulsiviteit en agressie – Uit onderzoek naar impulsiviteit en agressie in relatie tot suïcidaal gedrag bleek het moeilijk te zijn deze begrippen goed te definiëren

en van elkaar te onderscheiden. Het lijkt erop dat ze in geval van suïcidaal gedrag bij alle psychiatrische aandoeningen in aanzienlijke mate voorkomen. Impulsiviteit is vooral onderzocht bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis die zichzelf beschadigen, maar het is moeilijk dergelijk gedrag alleen aan impulsiviteit toe te schrijven. Niet alle patiënten die suïcidepogingen doen blijken hoog te scoren op impulsiviteit. Een suïcidepoging kan gezien worden als een impulsieve daad, maar ook het gevolg van impulsiviteit van de suïcidepogger (Zouk e.a. 2006).

Verschillende onderzoeken laten zien dat impulsiviteit en agressie in hogere mate voorkomen bij suïcidepogers. Echter het is de vraag of deze trekken los kunnen worden gezien van andere risicofactoren als traumatisering. Mann e.a. (1999) vonden in een studie hogere agressie- en impulsiviteitsscores bij 184 opgenomen psychiatrische patiënten met suïcidaal gedrag dan bij opgenomen patiënten zonder suïcidaal gedrag. Dit suggereert dat er tevens een directe relatie is tussen agressie, impulsiviteit en suïcidaal gedrag. Daarnaast zijn studies verricht naar het temperament van suïcidepogers. Op basis van het onderzoek van Maser e.a. (2002) is het aannemelijk dat impulsiviteit gepaard gaat met een verhoogd risico van suïcide bij psychiatrische patiënten. Tevens zijn aanwijzingen dat agressie inclusief het gebruik van geweld jegens anderen geassocieerd is met een verhoogd risico van suïcide. Angst en Clayton (1986) vonden een relatie tussen premorbide agressie en suïcidepogingen en suïcide bij drie groepen psychiatrische patiënten.

*Conclusie*

25

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat hopeloosheid een risicofactor is voor een suïcidepoging en suïcide. <i>B Beck e.a. 1985; 1989a, 1989b, 1990; Brezo e.a. 2006</i>
-----------------	--

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat negatief en dwangmatig denken en geringe zelfwaardering risicofactoren zijn voor suïcidaal gedrag. <i>B Beck e.a. 1985, 1989a, 1989b, 1990; Brezo e.a. 2006, Morrison en ' O Conner 2008</i>
-----------------	--

<b>Niveau 2</b>	Er zijn aanwijzingen dat impulsiviteit en agressie een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. <i>A2 Conner e.a. 2001; C Maser e.a. 2002; Mann e.a. 1999</i>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

Het onderzoek naar psychologische factoren in relatie tot suïcidaal gedrag wordt gedomineerd door studies met veelal verschillende definities van psychologische begrippen, waardoor in overzichtsstudies lastig vergelijkingen te maken zijn.

- 5 Daarnaast zijn factoren vaak onderling geassocieerd en geassocieerd met psychiatrische aandoeningen, waardoor het moeilijk is vast te stellen wat de bijdrage is van elk van de factoren afzonderlijk.

*Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen bij het onderzoek van suïcidaal gedrag te inventariseren of de patiënt zich hopeloos voelt, geen toekomstplannen heeft, in sterke mate negatieve gedachten heeft over zichzelf of dwangmatige gedachten heeft over suïcide.

10

**5.9.3 Ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen**

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

20 *Wetenschappelijke onderbouwing*

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

De impact van het overlijden van een familielid door suïcide is door Kim e.a. (2005) onderzocht bij 274 familieleden van 25 mannen die door suïcide om het leven kwamen en 171 familieleden van 25 mannen in een gematchte  
30 controlegroep. De familieleden van mannen die suïcide pleegden hadden in deze studie een tien maal grotere kans om zelf een eind aan het leven te maken. De auteurs verklaren hun bevinding door familiale belasting en voorbeeldgedrag (zie paragraaf 5.8.1.2).

Verlies van gezondheid - Het verlies van gezondheid door een ernstige  
35 lichamelijke aandoening en het uitzicht op een verkorte levensverwachting en/of

verminderde kwaliteit van leven dragen bij aan suïcidaal gedrag (Harris en Barraclough 1994). Dit is gevonden voor kanker, multiple sclerose, ziekte van Huntington, chronische pijn, groeistoornis, functiebeperkingen ten gevolge van neurologische aandoeningen of hersenbeschadiging, HIV/AIDS, maagzweer, slecht instelbare hemofilie, kwaadaardige gezwellen en lupus erythematosus. Harris en Barraclough (1994) vonden geen verhoogd risico voor de ziekte van Parkinson, amputaties, diabetes mellitus, reumatoïde artritis, blindheid, hypertensie en CVA. In diverse studies (Quan e.a. 2002, Stenager e.a. 1992) komt naar voren dat naast de ziekte factoren als leeftijd en depressie het verhoogde suïciderisico ten dele verklaren.

Er zijn aanwijzingen dat epilepsie en het gebruik van antiepileptica gepaard gaan met een hoger suïciderisico, afhankelijk van het type epilepsie (Pompili e.a. 2005, Bell e.a. 2009, Patorno e.a. 2010). Bij deze conclusie zijn vraagtekens te zetten, omdat onvoldoende gecontroleerd is voor depressie wat bij een chronische ziekte zoals epilepsie vaker voorkomt dan in gezonde populaties (Machado e.a. 2011).

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

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

Detentie - Personen in detentie, vooral in de eerste fase, hebben een hoger suïciderisico. Fazel (2008) verrichte een overzichtstudie over 34 studies van 4780 suïcides in gevangenen in 12 landen. Gedetineerden hebben een hoger risico van suïcide vergeleken met niet-gedetineerden. Het risico hangt samen met psychiatrische problematiek, de ernst van de straf en het verblijf alleen in een cel. Het verhoogde suïciderisico in detentie is ook in Nederlands onderzoek gevonden (Blaauw en Kerkhof 1999).

45

Conclusie

<b>Niveau 2</b>	Het verlies van gezondheid door de aanwezigheid van sommige lichamelijke ziekten verhoogt het risico van suïcide.  <i>A1 Harris en Barraclough 1994</i>
-----------------	---

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

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat het verlies van een naast familielid door suïcide het risico van suïcide verhoogt.  <i>C Kim e.a. 2005</i>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat betrokkenen bij huiselijk geweld een verhoogd risico van suïcidaal gedrag hebben.  <i>C Simon e.a. 2002</i>
-----------------	--

5

*Overige overwegingen*

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

15 *Aanbevelingen*

In het onderzoek naar suïcidaal gedrag dient de professional oog te hebben voor recente verliezen en ingrijpende gebeurtenissen.
--

Het is aan te bevelen verlieservaringen en ingrijpende gebeurtenissen in samenhang met andere risicofactoren, met name psychiatrische aandoeningen, te onderzoeken. Verlieservaringen kunnen bestaande psychiatrische problemen ernstiger maken of psychiatrische problemen oproepen.

#### 5.9.4 Structuurdiagnose, prognose en behandelplan

5 Het onderzoek naar suïcidaal gedrag mondt uit in een diagnostische formulering die de basis vormt voor het behandelplan. In de diagnostische formulering volgt de werkgroep de indeling van een syndroomdiagnose en een structuurdiagnose, zoals beschreven in de richtlijn Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (Sno e.a. 2004).

10 De syndroomdiagnose bestaat uit twee onderdelen: de suïcidale toestand en de relevante bijkomende factoren. Bij de suïcidale toestand gaat het om een samenvatting van het CASE-interview naar actuele suïcidegedachten en gebeurtenissen, de recente en ruimere voorgeschiedenis met betrekking tot suïcidaal gedrag, en de huidige gedachten over de nabije toekomst. Bij de bijkomende factoren gaat het om een samenvatting van de relevante  
15 kwetsbaarheidsfactoren en stressoren, zoals beschreven in de voorgaande tekst. De structuurdiagnose bestaat uit de syndroomdiagnose met daarbij werkhypothesen met betrekking tot de etiologie en pathogenese van de suïcidale toestand. De diagnose moet uitmonden in een risicoformulering (prognose), een indicatiestelling voor interventies en de formulering van een (voorlopig)  
20 behandelplan.

#### 5.10 Welke elementen zijn van belang voor de risicoweging bij suïcidaal gedrag?

25 De professional moet bij de patiënt met suïcidaal gedrag een inschatting maken van het direct gevaar en een indicatie stellen voor de directe interventies en behandelsetting en voor de behandeling op langere termijn. Deze paragraaf gaat in op het wetenschappelijk bewijs voor het wegen van risicofactoren voor  
30 prognose en indicatiestelling. Het literatuuronderzoek is gebaseerd op de beschikbare literatuur van de APA-richtlijn (2003), aangevuld met een zoekopdracht in PubMed met de combinatie PREDICTION en SUICIDE. Relevante literatuur werd in volgorde geselecteerd op titel, abstract en inhoud van het artikel Voor het Populatie Attributief Risico werd gezocht op de woorden  
35 POPULATION ATTRIBUTABELE RISK, PAR en SUICIDE. Relevante literatuur werd in volgorde geselecteerd op titel, abstract en inhoud van het artikel.

*Wetenschappelijke onderbouwing*

Predictie - In de voorgaande tekst is een groot aantal factoren beschreven die samenhangen met een risico van suïcide en suïcidepogingen. Het gewicht van de afzonderlijk factoren is niet eenduidig te bepalen, omdat er grote verschillen kunnen zijn tussen populaties en onderzoeksdesigns en omdat factoren niet onafhankelijk zijn van elkaar. In onderzoek is herhaaldelijk geprobeerd om de informatie over risicofactoren met statistische methoden te wegen en te combineren met als doel suïcidepogingen en suïcide te voorspellen. Een van de klassieke studies is beschreven door Pokorny (1983, 1993). In dit onderzoek werden van 4691 mannen en 109 vrouwen die waren opgenomen gegevens verzameld over een groot aantal risicofactoren voor suïcidaal gedrag. Gedurende een vervolgperiode van vier tot zes jaar werd informatie verzameld over suïcide, suïcidepogingen en andere uitkomsten die samenhangen met suïcidaal gedrag. Het onderzoek bevestigde dat veel factoren statistisch significante voorspellers zijn van suïcidaal gedrag. Significante kenmerken die voorspellend waren voor later suïcidaal gedrag waren onder andere: eerdere suïcidepogingen, blank, man, alleenstaand, een diagnose stemmingsstoornis, schizofrenie, alcoholverslaving, en manipulatieve of vijandige persoonlijkheidstrekken. Van de 67 suïcides werden er 30 correct voorspeld. Echter, bij 773 personen was de voorspelling niet correct. Dit komt overeen met een positief voorspellende waarde van 4%. Het was dus wel mogelijk om een hoogrisicogroep te identificeren, maar de voorspellende waarde van een combinatie van factoren was gering.

In de literatuursearch vonden wij twee onderzoeken (Goldstein e.a. 1991, Powell e.a. 2000) en een review (Cassells e.a. 2005) met vergelijkbare bevindingen. We vonden een veelvoud van onderzoeken naar het voorspellen van suïcidaal gedrag, waarin alleen statistische associaties werden vermeld maar geen berekening van de voorspellende waarde. Wij nemen aan dat de voorspellende waarde bij deze onderzoeken niet hoger is dan in onderzoeken die de voorspellende waarde wel berekenden. Stefanson e.a. (2010) rapporteerden opvallend sterke bevindingen voor de Beck Suïcide Intentie Schaal bij 81 personen na een suïcidepoging. Met een gemiddelde follow-up van 9,7 jaar werd een positief voorspellende waarde van 16,7% gevonden. Gelet op de resultaten van een groot aantal studies die niet met deze bevinding overeenstemmen moet replicatie van deze bevinding worden afgewacht.

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



In een meta-analyse van psychologische autopsie onderzoeken was het PAR van psychiatrische aandoeningen tussen 47% en 74% (Cavanagh e.a. 2003). Een beperking van deze studies is dat de stoornissen retrospectief werden vastgesteld. In een groot bevolkingsonderzoek in Denemarken werd voor psychiatrische opname ooit in het leven een PAR gevonden van 33% voor mannen en 53% voor vrouwen (Qin e.a. 2003). Vooral affectieve stoornissen (mannen 26%, vrouwen 32%) en middelenmisbruik (mannen 19%, vrouwen 25%) dragen bij aan het PAR van suïcide voor psychiatrische stoornissen (Li e.a. 2011) Hoge PAR's zijn ook gerapporteerd voor lage socio-economische status (27%) (Taylor 1998) en lage opleiding (41% voor mannen, 20% voor vrouwen) (Li e.a. 2011). Bij deze onderzoeken werd echter niet gecontroleerd voor psychiatrische of andere factoren. In een studie waar werd gecontroleerd voor werkloosheid werd een PAR van slechts 3% gevonden (Mortensen e.a. 2000). Voor alleenstaanden is een voor confounding gecontroleerde PAR gerapporteerd van 10% (Mortensen e.a. 2000).

Krysinska (2009) geeft een review van een groot aantal studies waarin PAR's werden berekend voor verschillende factoren in relatie tot suïcidegedachten en suïcidepogingen. De bevindingen lopen uiteen, afhankelijk van de populatie (leeftijd, geslacht, klinisch, bevolking) en de uitkomst (suïcidegedachten, meer of minder ernstige suïcidepogingen). Bevindingen komen in grote lijnen overeen met de bevindingen voor suïcide Het belang van middelenmisbruik was met een PAR tussen 6% en 8% minder duidelijk.

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Van een groot aantal risicofactoren is aangetoond dat zij afzonderlijk of in combinatie een significant voorspellende waarde hebben voor suïcidaal gedrag De positief voorspellende waarde van de beste combinatie van risicofactoren blijft echter gering.</p> <p><i>A2 Pokorny 1983, 1993; Goldstein e.a. 1991; Powell e.a. 2000</i></p>
-----------------	---

25

<b>Niveau 2</b>	<p>Psychiatrische stoornissen dragen in hoge mate bij aan suïcide en suïcidepogingen, met een populatie attributief risico (PAR) van rond de 50%.</p> <p><i>A2 Cavanagh 2003; Krysinka 2009</i></p>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

Een belangrijke overweging bij het wegen van risicofactoren voor suïcidaal gedrag is dat er een grote mate van onderlinge correlatie is. De meeste risicofactoren kunnen niet los gezien worden van andere factoren. Er zijn niet veel onderzoeken waarin een weging wordt toegepast voor alle relevante

30

factoren Het valt te betwijfelen of het grote aantal risicofactoren dat in de literatuur genoemd wordt elk voor zich onafhankelijk bijdragen aan het optreden van suïcide.

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

10 Een derde overweging is dat er tussen populaties belangrijke verschillen kunnen zijn in suïcidaal gedrag. Internationaal zijn er bijvoorbeeld grote verschillen in de aantallen suïcides. Het valt niet uit te sluiten dat er ook grote verschillen zijn in de risicofactoren, zoals onder andere blijkt uit de internationale verschillen in de verhouding tussen het aantal suïcides onder mannen en vrouwen. In het  
15 wetenschappelijk bewijs zijn deze verschillen terug te zien, maar de kennis is onvoldoende gedifferentieerd om voor individuele personen op basis van bekende risicofactoren een zinvol risicoprofiel te formuleren. Bij individuele cases is maatwerk leidend.

20 Het ontbreken van evidentie over voorspellende factoren kan geen reden zijn om bij serieuze suïcidedreiging niet te handelen. In de praktijk zullen de uitingen van de individuele patiënt gewogen moeten worden naar de ernst van de suïcidedreiging. Die weging is vooral klinisch van aard. In Bijlage B is een beschrijving opgenomen van de ernst van de suïcidedreiging variërend van licht tot zeer ernstig.

25 Naast uitingen door de patiënt moeten de bijkomende factoren worden gewogen. De onderzoeker formuleert op basis van de beschikbare informatie een werkhypothese over de etiologie en pathogenese. Het is wenselijk om met de patiënt en de naastbetrokkenen te komen tot een samenhangende probleemdefinitie. Hierbij heeft het afvinken van een lijst van bekende  
30 risicofactoren geen meerwaarde. Exploratie van risico- en beschermende factoren kan wel bijdragen aan inzicht in het ontstaan van suïcidaal gedrag en kan een indruk geven van de ernst. Verder spelen omstandigheden als de duur (gaat het om chronische uitingen van suïcidaal gedrag of om incidentele uitingen), de context (staat iemand alleen bovenop een flatgebouw of zit de  
35 persoon thuis in gezelschap van naastbetrokkenen) en de beschikbaarheid van middelen een rol (Joiner 2009).

Bij een suïcidedreiging zal vaak psychiatrische beoordeling nodig zijn om de rol van psychiatrische (co)morbiditeit te beoordelen. Daarbij is het onderzoek naar depressieve stoornissen specifiek van belang, omdat suïcidedgedachten,  
40 hopeloosheid, agitatie en negatief denken een onderdeel zijn van het depressieve syndroom. Herkenning en behandeling van depressie is een belangrijke ingang voor preventie van suïcide (zie Hoofdstuk 6).

Op basis van de werkhypothese wordt samen met de patiënt en voor zover mogelijk met naastbetrokkenen beoordeeld welke interventies nodig zijn om

onheil af te wenden, en welke behandeling zinvol is. In Bijlage B zijn praktische aanwijzingen opgenomen voor de indicatiestelling voor interventies in de eerstelijnszorg en door specialisten.

#### *Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen om op basis van de beschikbare informatie te komen tot een diagnostische formulering waarin de aard en ernst van de suïcidale toestand wordt beschreven in samenhang met psychiatrische aandoeningen, relevante risico- en beschermende factoren en de mate waarin de patiënt in staat geacht mag worden zijn/haar belangen te kunnen overzien en te waarderen.

Psychiatrische stoornissen, met name depressieve stoornissen, verdienen daarbij specifieke aandacht. Kennis van risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag kan behulpzaam zijn bij het onderzoek van suïcidaal gedrag en licht werpen op de herkomst, de ernst en behandelmogelijkheden. In het zakelijk afvinken van risicofactoren ziet de werkgroep geen meerwaarde. De diagnostische formulering mondt uit in een individuele inschatting van de prognose en een (voorlopig) behandelplan. Interventies worden afgestemd op het veiligheids- en behandelbeleid.

De professional wordt aanbevolen bij de indicatiestelling rekening te houden met opvattingen en voorkeuren van de patiënt over de aard en de intensiteit van noodzakelijke professionele hulp, de benutting van beschermende factoren, en het verminderen van de invloed van relevante risicofactoren.

De professional wordt aanbevolen de indicatiestelling en het behandelbeleid regelmatig te toetsen aan de hand van het effect ervan op het suïcidale gedrag, de tevredenheid van de patiënt en diens naasten en de mate waarin de situatie voor de patiënt veilig is.

5

### **C Specifieke groepen**

10 In deel A en B van dit hoofdstuk zijn de algemene uitgangspunten en bijkomende factoren voor het onderzoek naar suïcidaal gedrag besproken voor de algemene populatie. Dit laatste deel geeft aanwijzingen voor specifieke groepen.

### 5.11 Is extra onderzoek nodig bij specifieke groepen en in speciale omstandigheden?

5 In dit gedeelte onderscheiden we vier groepen waarbij het de vraag is of bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag dient te worden afgeweken van de algemene richtlijn. De groepen betreffen jeugdigen, ouderen, immigranten en patiënten met herhaald suïcidaal gedrag. We beschrijven eerst de evidentie voor suïcidaal gedrag in relatie tot leeftijd en vervolgens voor de afzonderlijke groepen.

#### 10 *Wetenschappelijke onderbouwing*

Op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek beschreven Van Hemert en De Kruif (2009) voor Nederland de incidentie van suïcide naar leeftijd en geslacht voor de periode van 1970 tot 2007. Hier worden incidentiecijfers gegeven per 100.000 persoonsjaren in 2007.

15 Onder de 15 jaar kwam suïcide weinig voor (0,3 per 100.000 persoonsjaren). Tussen 15 en 19 jaar was de incidentie met 5,1 voor jongens en 1,4 voor meisjes betrekkelijk laag. Met het toenemen van de leeftijd nam de incidentie voor mannen geleidelijk toe van 10,5 in de groep 20-29 jaar tot 17,5 in de groep van 50-59 jaar. Daarna daalde de incidentie tot 14,0 in de groep 70-79 jaar. Bij de 20 mannen boven de 80 jaar was de incidentie met 22,1 het hoogst.

Voor vrouwen lag de piek voor de incidentie van suïcide tien jaar eerder. Tussen 20-29 jaar en 40-49 jaar nam de incidentie toe van 3,3 naar 7,5. Daarna was de incidentie min of meer constant tot 60-69 jaar, gevolgd door een afname tot 5,8 bij vrouwen boven de 70 jaar. De toename die wordt gezien bij mannen boven 25 de 80 jaar was er niet meer voor vrouwen. Het verlies aan levensjaren door suïcide in Nederland was in 2007 het grootst in de leeftijd van 20-59 jaar; 24.668 jaar voor mannen en 10.907 jaar voor vrouwen. Voor jeugdigen onder de 20 jaar was het totale verlies aan levensjaren 2.640 jaar en 5.023 jaar voor ouderen boven de 60 jaar.

30 Tussen 1983 en 2007 was er in Nederland en ook daarbuiten een aanzienlijke daling van het aantal suïcides met 38%. De daling was met 18% voor mannen van 20-59 jaar beperkt. Voor vrouwen was de daling in deze leeftijdsgroep 47%. De daling was met 58% het grootst voor mannen en vrouwen boven de 60 jaar.

De leeftijdsverdeling voor suïcidepogingen verschilt sterk van die van suïcides. 35 Arensman e.a. (1995) onderzochten de incidentie van suïcidepogingen die waren gemeld in de algemene ziekenhuizen in de regio Leiden in de periode 1989-1992. De GGD van Den Haag deed soortgelijk onderzoek in Den Haag in de periode 2002-2004 en 2008-2009 (Burger e.a. 2005, Burger e.a. 2010). Een consistente bevinding was dat het aantal suïcidepogingen bij jonge vrouwen het hoogst was 40 en dat het aantal afnam met de leeftijd. In het meest recente Haagse onderzoek was de incidentie voor vrouwen tussen 15 en 24 jaar rond 300 per 100000 persoonsjaren. Tussen 25 en 54 jaar was de incidentie voor vrouwen betrekkelijk

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

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat de incidentie van suïcide het hoogste is bij mannen van middelbare leeftijd en bij mannen boven de 80 jaar De incidentie van suïcidepogingen is het hoogst bij vrouwen jonder dan 20 jaar.</p> <p><i>A2 Arensman e.a. 1995; B Burger e.a. 2005, Burger e.a. 2010; Van Hemert en De Kruif 2009</i></p>
-----------------	---

10      *Overige overwegingen*

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

*Aanbevelingen*

<p>In het algemeen wordt aanbevolen om bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag aan te sluiten bij leeftijdsspecifieke thema's.</p>
--

20

**5.12      Onderzoek bij jeugdigen**

- Uit een systematische review van Evans e.a. (2005) waarin 128 studies naar de prevalentie van suïcidaal gedrag bij adolescenten (n=513.188) werden
- 25      geïncludeerd bleek dat 9,7% (95% CI 8,5-10,9) ooit een suïcidepoging had gedaan en 29,9% (95% CI 26,1-33,8) had ooit aan suïcide gedacht. Jeugdigen zijn per definitie nog niet volwassen en dienen derhalve op een andere wijze benaderd te worden dan volwassenen. Bovendien leven zij veelal nog binnen de context van hun gezin. Om diverse redenen dient deze gezinscontext zoveel

mogelijk bij de diagnostiek en de behandeling te worden betrokken. Daarbij gaat het om juridische en emotionele verantwoordelijkheden en ook om het juridische en emotionele gezag. De juridische verantwoordelijkheid cq het juridische gezag is aan de hand van de kalenderleeftijd wettelijk als volgt bepaald:

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

15

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

20

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

25

30

35

#### *Aanbeveling*

Bij jongere kinderen en adolescenten is het vereist en bij oudere adolescenten is het sterk aan te bevelen om bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag de ouders

te betrekken, ook als de jongere zegt dat hij dit niet wil of niet nodig vindt.

### 5.12.1 Kwetsbaarheidsfactoren bij jeugdigen

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

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

10 Geslacht– Net als bij volwassenen is het aantal suïcides bij jongens hoger dan bij meisjes (Van Hemert en De Kruif 2009, <http://statlinecbs.nl/startweb>). De laatste tien jaar waren in Nederland bij jeugdigen onder de 19 jaar gemiddeld 32 suïcides bij jongens en 13 bij meisjes. Onder de 15 jaar was suïcide zeldzaam; jaarlijks gemiddeld vijf suïcides bij jongens en twee bij meisjes.

15 Het aantal suïcidepogingen is bij meisjes vele malen hoger dan bij jongens. In drie Nederlandse onderzoeken werden van meisjes tussen 15 en 19 jaar vier tot vijf maal meer suïcidepogingen geregistreerd dan voor jongens van dezelfde leeftijd (Burger e.a. 2010, Burger e.a. 2005, Arensman e.a. 1995). Hetzelfde werd gevonden door Evans e.a. (2005). Het verschil in het aantal suïcidepogingen tussen jongens en meisjes is groter dan bij volwassenen.

20 Familiaire (erfelijke) belasting - In een uitgebreid overzichtsartikel vermeldt Beautrais (2003) dat familiäre en erfelijke factoren bij jeugdigen net als bij volwassenen sterke voorspellers zijn van suïcidaal gedrag.

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

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

35 Huiselijk geweld en verwaarlozing - Fergusson (2000) noemt verwaarlozing en seksueel misbruik als factoren die zijn geassocieerd met suïcidepogingen in de adolescentie. Evan e.a. (2004) komen in een overzicht van negen empirische onderzoeken tot de conclusie dat suïcidepogingen bij jeugdigen geassocieerd zijn met lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik.

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

Voor biologische markers en levensovertuiging werden geen studies bij jeugdigen gevonden.

10 *Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat in verhouding tot volwassenen jeugdigen zich minder vaak suïcideren, maar ze doen in verhouding tot het aantal suïcides vaker suïcidepogingen.</p> <p><i>B Andrews en Lewinsohn 1992, Beautrais e.a. 1996, Fowler e.a. 1986, Lesage e.a. 1994, Ivarson e.a. 1998, Pompili e.a. 2004; C Bridge 2006</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat familiere en erfelijke factoren, verwaarlozing en seksueel misbruik factoren geassocieerd zijn met suïcidepogingen in de adolescentie Er zijn aanwijzingen dat homo- en biseksuele jongeren vaker suïcidegedachten hebben en vaker suïcidepogingen doen.</p> <p><i>B Fergusson 2000; C King 2008, Lewis 2009</i></p>
<b>Niveau 2</b>	<p>Meisjes doen vaker suïcidepogingen dan jongens. nHet verschil tussen jongens en meisjes in het aantal suïcidepogingen is groter dan bij volwassenen.</p> <p><i>A1 Evans e.a. 2005; A2 Arensman e.a. 1995; B Burger e.a. 2005, Burger e.a. 2010</i></p>
<b>Niveau 2</b>	<p>Voor de relatie tussen overige kwetsbaarheidfactoren en suïcide zijn geen verschillen gevonden tussen jeugdigen en volwassenen.</p> <p><i>C King 2008; Lewis 2009</i></p>

15 *Overige overwegingen*



De overwegingen die zijn beschreven bij de kwetsbaarheidfactoren in Deel A zijn ook van toepassing op jeugdigen. Voor de preventie van suïcide onder jongeren is het van belang te constateren dat de methode van suïcide is veranderd. In 1969 was de meest gebruikte methode door jongeren van 15 tot 20 jaar verhangings (37%). Dit percentage bleef tot 2007 nagenoeg gelijk, maar springen voor de trein is aanzienlijk toegenomen en op dit moment de meest gebruikte methode (39%). Ook springen van een hoogte nam toe van 8% naar 18%. Er sterven daarentegen nauwelijks nog jongeren door een overdosis medicatie (CBS 2009). Een kanttekening bij deze verschuivingen is dat het jaarlijks om 10 betrekkelijk geringe aantallen gaat.

#### *Aanbevelingen*

Het onderzoek naar kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide is bij jeugdigen niet anders dan bij volwassenen (zie paragraaf 5.8).

#### **5.12.2 Stressoren bij jeugdigen**

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

#### 20 *Wetenschappelijke onderbouwing*

Psychiatrische aandoeningen – Net als bij volwassenen zijn er duidelijke aanwijzingen dat bij jeugdigen psychiatrische (co)morbiditeit een grote rol speelt bij suïcidaal gedrag (Beautrais e.a. 1996, Fowler e.a. 1986, Lesage e.a. 1994, Ivarson e.a. 1998, Andrews en Lewinsohn 1992, Bridge e.a. 2006, Pompili e.a. 25 2004). Met name stemmingsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, verslavingen en antisociaal gedrag zijn bij jeugdigen in verband gebracht met suïcidaal gedrag. Uit psychologische autopsie onderzoeken blijkt dat bij ongeveer 90% van de jongeren die overlijden door suïcide sprake is van een psychiatrische stoornis (Lesage e.a. 1994).

30 Psychologische factoren – Beautrais (1996) concludeert dat bij adolescenten met suïcidaal gedrag met betrekking tot de persoonlijkheid en de cognitieve stijl vaak sprake is van een gering gevoel van eigenwaarde, sterke gevoelens van hopeloosheid, van introversie, impulsiviteit en roekeloosheid. Hun sociaal-emotionele vaardigheden schieten vaak tekort Pfeffer (2001). vermeldt naast 35 vergelijkbare bevindingen gebrek aan toekomstperspectief en gevoelens van hulpeloosheid. Ook Arie e.a. (2005) wijzen bij adolescenten met een depressieve stoornis op afhankelijkheid en een sterke angst om betekenisvolle anderen te verliezen; jongeren zouden naar verhouding vaker suïcidaal gedrag vertonen dan volwassenen met dezelfde problematiek.

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

15

*Conclusie*

<p><b>Niveau 3</b></p>	<p>Net als bij volwassenen zijn er duidelijke aanwijzingen dat bij jeugdigen psychiatrische (co)morbiditeit een grote rol speelt bij suïcidaal gedrag.</p> <p><i>B Andrews en Lewinsohn 1992, Beautrais e.a. 1996, Fowler e.a. 1986, Lesage e.a. 1994, Ivarson e.a. 1998, Pompili e.a. 2004; C Bridge 2006</i></p>
<p><b>Niveau 3</b></p>	<p>Het onderzoek naar ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen bij jeugdigen is beperkt. Voor de meeste stressoren zijn geen verschillen gevonden voor jeugdigen ten opzicht van volwassenen.</p> <p><i>B Beautrais e.a. 1996, Marttunen e.a. 1993</i></p>
<p><b>Niveau</b></p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat psychologische factoren als gering gevoel van eigenwaarde, sterke gevoelens van hopeloosheid, van introversie, impulsiviteit en roekeloosheid, en tekort schietende sociaal-emotionele vaardigheden leiden tot meer suïcidaal gedrag dan bij volwassenen.</p> <p><i>B Beautrais e.a. 1996; C Pfeffer e.a. 2001, Arie e.a. 2005</i></p>

20 *Overige overwegingen*

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

#### Aanbevelingen

Het onderzoek naar stressoren in relatie tot suïcidaal gedrag bij jeugdigen is niet anders dan bij volwassenen (zie paragraaf 5.9).

#### 10 **5.12.3 Het diagnostisch proces bij jeugdigen en hun gezinnen**

- De kwetsbaarheidfactoren en stressoren zijn op hoofdlijnen voor jeugdigen en volwassenen gelijk. Het verantwoordelijkheidskader en de werkwijze is voor jeugdigen anders. In deze paragraaf wordt een aantal aandachtspunten beschreven die specifiek van belang zijn voor het diagnostisch proces bij jeugdigen. Deze punten zijn gebaseerd op klinische ervaring en niet op systematische literatuuronderzoek.

- Contact maken - Net als bij volwassenen is het contact voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag van cruciaal belang. Dit vraagt om specifieke vaardigheden. Het opbouwen van een samenwerkingsrelatie vormt de basis voor de verdere hulpverlening. Bij de bespreking van de kwetsbaarheidfactoren en stressoren kan het belang daarvan door de adolescent anders zijn ervaren dan door volwassenen. Het tonen van empathie voor de aanleidingen van het gedrag en het begrijpen van het belang ervan voor de adolescent, helpt om een vertrouwensrelatie te krijgen waarbij de adolescent zich serieus genomen voelt in zijn wanhoop.

- Ontwikkelingsfase en psychiatrische morbiditeit - Het is belangrijk om een inschatting te maken van de ontwikkelingsfase van de jeugdige (in vergelijking met de kalenderleeftijd). Hiermee kan bij het maken van afspraken rekening worden gehouden. Bij de aanwezigheid van psychiatrische problematiek bepaalt de ontwikkelingsfase van de adolescent vaak de mate waarin de pathologie reeds een uitgesproken karakter kent. Bij de diagnostiek van jeugdigen met suïcidaal gedrag dient steeds de aard en de ernst van een onderliggende psychiatrische stoornis onderzocht te worden. Bijzondere aandacht is vereist voor depressieve stoornissen. Bij twijfel over aard en ernst van de psychopathologie dient jeugdpsychiatrische expertise worden gezocht. Kennis van gedrag dat hoort bij adolescenten met psychiatrische problemen is nodig voor de beoordeling van de toestand en kan helpen om het contact te verbeteren.

- Het gezinssysteem en de school - Het gezinssysteem speelt bij jeugdigen een grote rol vanwege juridische verantwoordelijkheden. Vanwege het belang voor de diagnostiek en behandeling zal het vrijwel altijd nodig zijn om het

gezinssysteem actief te betrekken. Hierbij moet de professional niet alleen de interacties tussen de gezinsleden observeren en uitvragen. Ook de gedachten van de ouders over suïcide in het algemeen en suïcidaal gedrag van hun kind in het bijzonder zijn van belang. Daarnaast kunnen de ouders gegevens  
5 verstrekken over de ontwikkeling van het kind, de huidige omstandigheden en de problemen daarbij. Het is van belang dat zij dit doen in aanwezigheid van hun kind; daarmee kan worden bijgedragen aan openheid in het gezin over belangrijke onderwerpen, zodat de communicatie binnen het gezin kan verbeteren (zie paragraaf 5.1.2.1). Mededelingen van de jongere over zichzelf  
10 kunnen worden aangevuld of genuanceerd door de ouders.

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

Bij het navragen van ingrijpende gebeurtenissen en verlieservaringen kan een beeld worden verkregen van de sociale context waarin de adolescent verkeert. Hierbij komen zowel risico- als beschermende factoren naar voren waarbij die laatste benut kunnen worden voor het te maken veiligheidsplan. Van het gezin  
25 moet duidelijk worden welke andere gezinsleden thuis zijn en welke rollen zij spelen, maar ook welke andere personen bijdragen aan het functioneren van het gezin. Belangrijk is te weten of er sprake is van een familiale belasting. Wanneer in het gesprek familiegegevens naar voren komen waaruit blijkt dat leden van het gezin of van de familie eerder te kampen hadden met suïcidaal  
30 gedrag, dient deze informatie zodanig benaderd te worden dat het voor de adolescent duidelijk wordt dat suïcidaal gedrag niet gezien wordt als een acceptabele uitweg uit de problemen.

De school is voor veel jongeren een belangrijke plaats. Zorgprofessionals worden ingeschakeld door decanen, mentoren en andere leerlingbegeleiders Pompili e.a.  
35 (2011) beschrijven in een overzichtartikel enkele belangrijke waarschuwingssignalen die betrekking hebben op a) onverwachte gedragsverandering zoals plotseling verslechterde schoolprestaties en schoolverzuim, terugtrekgedrag met grote stemmingsverandering en b) actief in de weer met de thema's depressie, dood en suïcide.

40 Veiligheid - Bij de ouders is van belang na te gaan hoe groot hun betrokkenheid is en welke veiligheid zij willen en kunnen bieden, zowel op het emotionele vlak als in praktische zin. De professional moet observeren hoe beschermend de ouders zijn, in hoeverre ze hun kind vertrouwen, of er sprake is van verwaarlozing, en/of samenwerking tussen ouders en het kind. Ook is van  
45 belang dat zij in staat zijn zolang de crisis duurt zich te richten op de veiligheid

van het kind. Belangrijk is na te gaan of de ouders bereid en in staat zijn om afspraken te maken en na te komen.

5 Bij de inzet van de ouders voor een maximale veiligheid voor hun kind thuis mogen zij niet overvraagd worden. In het gesprek moet indringend aan hen gevraagd worden of zij tot hun inzet in staat zijn en welke begrenzingsen deze inzet kent. Zo nodig wordt besproken welke extra hulp ingezet kan worden. Essentieel is dat de verhouding tussen de draaglast en draagkracht van alle betrokkenen wordt vastgesteld, opdat wordt voorkomen dat een zwakke schakel het veiligheidsplan beperkt.

10

#### *Aanbeveling*

Het is vereist om het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij jeugdigen af te stemmen op de ontwikkelingsfase van het kind.

Evenals bij volwassenen is contact maken met de suïcidale jongere van groot belang voor het onderzoek. De risicofactoren zoals beschreven voor volwassenen, met name de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, zijn voor jeugdigen niet anders dan voor volwassenen.

### 15 **5.13 Onderzoek bij ouderen**

Ouderen komen steeds dichterbij de dood te staan. Ze bevinden zich in de derde en vierde levensfase en denken vaker aan de dood. Veroudering brengt veel lichamelijke, psychische en sociale veranderingen met zich mee. Ouderen  
20 kunnen de kwaliteit van leven als verminderd gaan beleven. Sommige ouderen ontwikkelen een doodswens, al dan niet gepaard gaand met suïcidaal gedrag. Een gesprek over de dood en mogelijke doodswensen en diagnostiek naar de oorzakelijke factoren en suïcidaal gedrag is in dat geval geïndiceerd.

In Nederland heeft ca 2% van de ouderen een doodswens en een deel is 'klaar met het leven'. Van hen voldoet 20% aan de criteria van een depressieve stoornis (Rurup e.a. 2005), bij de overigen wordt veelal geen psychiatrische stoornis geconstateerd. Veel ouderen in deze laatste groep vindt suicide niet gepast en zoeken veelal naar een oplossing die geaccepteerd is en waarmee ze anderen niet belasten. Soms is het weten dat een wettelijk geaccepteerde  
25 euthanasie als oplossing voorhanden is, reden om voorlopig door te kunnen leven.  
30

### 5.13.1 Kwetsbaarheidsfactoren bij ouderen

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

#### 10 *Wetenschappelijke onderbouwing*

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

20 *Sociale factoren*- De sociale inbedding wordt met het vorderen van de leeftijd vaak meer beperkt. Eenzaamheid kan dan het gevolg zijn en dit is een van de factoren die kan bijdragen aan het ontstaan van doodswensen en suïcidaal gedrag (Heisel en Flett 2006). Wiktorsson e.a. (2010) melden dat bij 60% van de ouderen die een suïcidepoging hadden gedaan hebben eenzaamheid wordt gerapporteerd; 71% hiervan vindt de situatie hopeloos. Relationele problemen kunnen bijdragen aan suïcidaal gedrag. Verbondenheid met en zorgen voor kinderen is een beschermende factor (Bonnewijn e.a. 2009).

#### *Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Een hoge leeftijd bij mannen vormt een risicofactor voor suïcide.</p> <p>Het risico van suïcide bij mannen boven de 80 jaar is drie maal zo hoog dan bij vrouwen in deze leeftijdsgroep.</p> <p>Ouderen geven minder vaak signalen af aan professionals over hun suïcidegedachten.</p> <p>Suïcidepogingen bij ouderen hebben een sterkere voorspellende waarde voor suïcide dan in jongere leeftijdsgroepen.</p> <p><i>B Van Hemert en De Kruif 2009; B Voaklander e.a. 2008; B Conwell 1998; B Frierson; B Waern e.a. 2002; B Marquet e.a. 2002; B Oude Voshaar e.a. 2011</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	Het is aannemelijk dat sociale isolatie en eenzaamheid het risico van suïcidaal gedrag bij ouderen kan verhogen.  <i>B Wiktorsson e.a. 2010; B Heisel en Flett 2006</i>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

5 De kwetsbaarheid bij ouderen wordt mede bepaald door de hele levensloop. Trauma's uit alle vroegere levensfasen kunnen bijdragen aan de kwetsbaarheid, die op latere leeftijd aanwezig is. De biografie is dan ook een belangrijke element van een compleet onderzoek naar de kwetsbaarheid bij ouderen.

10 Het bespreken van een doodswens met hun kinderen vinden veel ouderen moeilijk en belastend. Waern ea(2002) constateerden dat 66% van de ouderen suïcidale uitspraken tegen familieleden deden voorafgaand aan de suïcide en dat slechts 10% doodsgedachten in het laatste contact met de professional had besproken.

*Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen om iedere suïcidepoging bij een oudere op te vatten als een indicatie voor een naderende suïcide.

Het is aan te bevelen om de biografie en de sociale situatie in het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij ouderen te betrekken.

15

**5.13.2 Stressoren bij ouderen**

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

*Wetenschappelijke onderbouwing*

25 Psychiatrische stoornissen- Bij ouderen is de aanwezigheid van een psychiatrische ziekte een van de belangrijkste stressoren die suïcidaal gedrag veroorzaken. Vaak is sprake van depressie. Het verschil met volwassenen is dat bij ouderen vaak sprake is van onderdiagnostiek, onderbehandeling en de hoge incidentie van depressie bij ouderen. Depressie bij ouderen is vaak ondergediagnosticeerd en gaat gepaard met een verhoogde kans op suïcidaal

gedrag (Oyama e.a. 2005). De incidentie van depressie inclusief de milde depressie is bij ouderen ca 10%. Bij ouderen met depressie die op latere leeftijd is ontstaan komt vaker suïcide voor dan bij ouderen die op jongere leeftijd voor het eerst depressief werden (Oude Voshaar e.a. 2011). Bij een jaarlijkse screening op depressie neemt vooral bij vrouwen het suïciderisico af (Oyama e.a. 2005). Wiktorson e.a. (2009) vonden bij 95% die een suïcidepoging hadden gedaan een depressie, waarvan bij 68% een ernstige. Waern e.a. 2002, Frierson (1991) en Bonnewijn e.a. (2009) komen eveneens tot deze conclusie. Bij ouderen die suïcide pleegden, bleek achteraf 38% een depressie en een comorbide As 1 stoornis te hebben, vooral dysthymie of een psychotische angststoornis (Waern e.a. 2002). Ouderen die zijn overleden door suïcide hadden vaak een slaapstoornis (Bonnewijn e.a. 2009, Voaklander e.a. 2008). Cognitieve achteruitgang vormt geen risico voor suïcidaal gedrag (Voaklander e.a. 2008) hoewel Erlangsen e.a. (2008) en Bonnewijn e.a. (2009) vonden dat dit in de eerste maanden na de diagnose dementie wel is verhoogd. Stoornissen in het gebruik van middelen, vooral benzodiazepines en alcohol zijn geassocieerd met suïcide bij ouderen (Waern e.a. 2002, Frierson 1991). Voaklander e.a. (2008) vond een lineair verband tussen de hoeveelheid van het gebruik van benzodiazepine en suïcide bij ouderen.

Psychologische factoren- In het psychologisch onderzoek bij ouderen worden factoren zoals persoonlijkheid, coping, levensloop, beleving van de eigen situatie en kwaliteit van leven meegenomen. Elke factor kan een rol spelen in het al of niet ontstaan van een doodswens en/of suïcidaal gedrag.

Impulsiviteit, vermijdende copingmechanismen en narcistische persoonlijkheidskenmerken, met frustratie over controleverlies door het ouder worden zijn geassocieerd met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag (Heisel e.a. 2007; Neufeld en O'Rourke 2009, Bonnewijn e.a. 2009), vooral bij het ontbreken van zingeving of als sprake is van rouw, hopeloosheid en verlies van persoonlijke waarde en sociale functies (Heisel en Flett 2006, Bonnewijn e.a. 2009, Wiktorsson e.a. 2010, Frierson 1991). Ouderen met suïcidaal gedrag -al dan niet met een depressie- ervaren intensere hopeloosheid dan ouderen die niet suïcidaal zijn (Szanto e.a. 1998).

Verlieservaringen en somatische factoren - Ouder worden gaat gepaard met verliezen, zoals het verlies van naasten, van maatschappelijke rollen en van lichamelijke mogelijkheden. Omgaan met verliezen is één van de taken van een oudere. Soms verloopt een rouwproces gecompliceerd en draagt het verlies bij aan het ontstaan van suïcidaal gedrag (Erlangsen e.a. 2004). Professionals die met ouderen werken beschouwen verlies als een van de belangrijkste risicofactoren (Brown e.a. 2004).

Het ouder worden brengt naast algemeen lichamelijk achteruitgang ook een verhoogde kans op somatische problemen met zich mee. Functionele beperkingen, een verminderde beleving van het fysieke welbevinden en het ontbreken van de kans op verbetering heeft invloed op het ontstaan van suïcidaal gedrag (Frierson 1991, Voaklander e.a. 2008, Bonnewijn e.a. 2009). Prostaatcancer (Llorente e.a. 2003), diabetes (Pompilli e.a. 2009), incontinentie, leverziekten en kanker (Voaklander e.a. 2009) zijn alle geassocieerd met een



- 5 verhoogde kans op suïcidaal gedrag. In een systematische review van onderzoek naar chronische pijn en suïcidaal gedrag is gevonden dat suïcide-ideatie vaker voorkomt bij patiënten met chronische pijn- al of niet gepaard gaand met depressie (Fishbain 1999). Fysiek onwelbevinden speelt bij ouderen een belangrijker rol in het ontstaan van suïcidaal gedrag dan bij jongere volwassenen, evenals recente ingrijpende levensgebeurtenissen (Oude Voshaar e.a. 2011).

*Conclusie*

<b>Niveau 1</b>	<p>Een groot deel van de ouderen met suïcidaal gedrag heeft een psychiatrische stoornis en meestal een depressie die op latere leeftijd voor het eerst is ontstaan.</p> <p><i>B Oude Voshaar e.a. 2011; B Voaklander e.a. 2008; B Wiktorsson e.a. 2010; B Oyama e.a. 2005; B Waern e.a. 2002; B Frierson 1991</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat misbruik van alcohol en benzodiazepines, een verhoogde kans geeft op suïcidaal gedrag.</p> <p><i>B Vaoklander e.a. 2008; B Waern e.a. 2002; B Frierson 1991</i></p>
-----------------	---

10

<b>Niveau 3</b>	<p>Het is waarschijnlijk dat in de periode kort na het stellen van de diagnose dementie sprake is van een verhoogd suïciderisico.</p> <p><i>B Erlangsen e.a. 2008, Bonnewijn e.a. 2009</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 1</b>	<p>Psychologische factoren zoals hopeloosheid en het ontbreken van zingeving en vermijdende coping, zijn belangrijke oorzaken van suïcidaal gedrag bij ouderen.</p> <p><i>B Heisel en Flett 2006; B Heisel e.a. 2007; B Wiktorsson e.a. 2010; C Neufeld en O'Rourke 2009; B Frierson 1991</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat verlies een belangrijke stressor is die kan bijdragen aan het ontstaan van suïcidaal gedrag bij ouderen en dat er vaak sprake is van meerdere verliezen.</p> <p><i>B Erlangsen e.a. 2004; B Oude Voshaar e.a. 2011; B Szanto e.a. 1998</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is bewezen dat fysieke achteruitgang en somatische ziekten zoals prostaatkanker, diabetes en chronische pijn, mede oorzaken kunnen zijn voor suïcidaal gedrag bij ouderen.</p> <p><i>B Voaklander e.a. 2008; B Pompilli e.a. 2009; B Llorente e.a. 2003; A Fishbain 1999; B Frierson 1991; B Oude Voshaar e.a. 2011</i></p>
-----------------	--

#### *Overige overwegingen*

Psychologische factoren kunnen zelfs bij een depressie ook een beschermende werking hebben, zoals het gevoel ergens bij te horen, nodig te zijn of het hebben van een positieve toekomstoriëntatie. Positieve emoties kunnen ook bescherming bieden tegen suïcidaal gedrag rond chronische somatische problemen (Bonnewijn e.a. 2009). Bij een het onderzoek naar suïcidaal gedrag moeten naast stressoren de factoren die steun geven worden onderzocht. Het is wenselijk om een heteroanamnese af te nemen. De heteroanamnese kan informatie verschaffen over gedrag, ziektegeschiedenis, de actuele situatie en stressoren. Ook moet onderzocht worden in hoeverre de oudere beschikt over een steunend netwerk.

#### *Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen om alle verliezen waarmee ouderen te maken krijgen op te vatten als mogelijke stressoren die een rol kunnen spelen in het ontstaan van suïcidaal gedrag. De professional moet zich daarbij realiseren dat meestal meerdere verliezen een rol spelen.

Het is aan te bevelen om alert te zijn op depressie, middelenmisbruik en somatische problemen zoals pijn, omdat deze bij ouderen gelden als risicofactoren voor het ontstaan van suïcidaal gedrag.

Het wordt aanbevolen ouderen bij wie diverse risicoverhogende factoren voor suïcidaal gedrag aanwezig zijn, minimaal een keer per jaar te screenen op de aanwezigheid van doodsgedachten.

15

### **5.13.3 Het diagnostisch proces bij ouderen**

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

20

*Wetenschappelijke onderbouwing*

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

10 Professionals zijn bij ouderen eerder dan bij jongeren geneigd om suïcidaal gedrag te accepteren als horend bij de leeftijd, wat goed hulpverlenerschap in de weg kan staan (Deluty 1988). Uncapher en Arean (2000) legden aan een groep van 100 artsen en een even grote controlegroep een inhoudelijk identieke casus voor, met als verschil de leeftijd en de toevoeging dat de oudere gepensioneerd was. Suïcidaal gedrag werd in beide groepen herkend, echter van de groep ouderen vaker geaccepteerd als passend bij de leeftijd. Professionals zijn 15 geneigd als ze geen oplossing voor een doodswens -geuit in de vorm van een euthanasieverzoek - weten, geen aanvullende behandeling aan te bieden en een verder gesprek uit de weg te gaan (Rurup 2005).

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Suïcidaal gedrag bij is ouderen multifactoriëel bepaald.</p> <p><i>B Bonnewijn e.a. 2009; B Vaoklander e.a. 2008; B Conwell 1998, B Oude Voshaar e.a. 2011</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat de houding van de professional effect heeft op het resultaat en de kwaliteit van het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij ouderen.</p> <p><i>D Deluty 1988; B Rurup 2005; A Uncapher en Arean 2000</i></p>
-----------------	---

20

*Overige overwegingen*

Ouderen en professionals accepteren vaker een sombere stemming en het denken aan de dood als passend bij de leeftijd. Onderrapportage en onderdiagnostiek is dan het gevolg.

25

Aanbevelingen

Bij het onderzoek naar suïcidaal gedrag is een multifactoriële benadering het meest passend. Leeftijd, geslacht, de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, middelengebruik, hopeloosheid, eenzaamheid, fysiek welbevinden, life events en zingeving zijn factoren die van belang zijn.

Juist bij ouderen dient de professional bij het onderzoek zich bewust te zijn van zijn eigen visie en houding ten opzichte van doodswensen en suïcidaal gedrag van ouderen.

#### 5.14 Onderzoek van suïcidaal gedrag bij immigranten

5

Bij immigranten zijn meerdere factoren van invloed op suïcidaal gedrag, zoals factoren die samenhangen met het land van herkomst (culturele opvattingen, religie en etniciteit) en er zijn factoren die samenhangen met migratie zoals adaptatie aan de nieuwe cultuur, sociale achterstand en een hoger risico van psychische stoornissen bij immigranten. De problematiek van migranten laat zich niet eenduidig samenvatten omdat die sterk bepaald wordt door de specifieke omstandigheden van de migratie. Naast de literatuur uit de APA-richtlijn (2003) heeft de werkgroep gezocht naar literatuur over het voorkomen van suïcidaal gedrag bij immigranten in Nederland.

15

##### *Wetenschappelijke onderbouwing*

In Amerikaans onderzoek werd voor de grotere immigrantengroepen een lager suïciderisico gevonden dan voor autochtone Amerikanen (APA 2003). De incidentie van suïcide bij migranten neigt in eerste instantie naar de incidentie van het land van herkomst, met een ontwikkeling in de loop van de tijd in de richting van het nieuwe thuisland (Singh en Siahpush 2001, Kliwer en Ward 1988, Sainsbury 1955). In sommige onderzoeken is gevonden dat acculturatiestress kan bijdragen aan suïcidaal gedrag (Hovey 2000). In Nederland is onderzoek gedaan naar verschillen in de incidentie van suïcide en van suïcidepogingen bij diverse immigrantengroepen. Garssen e.a. (2006) vonden voor de periode 1996-2005 aanzienlijke verschillen in sterfte door suïcide tussen migrantengroepen in Nederland. Deze verschillen weerspiegelden deels de suïcidecijfers in de landen van herkomst. Met name de mannelijke Westerse immigranten hadden in het algemeen een hoger suïciderisico dan autochtoon Nederlandse mannen. Lagere suïciderisico's werden gevonden voor Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen, met uitzondering van jonge Turkse mannen. In aanvullende analyses voor Nederlandse Surinamers vond Garssen (2007) significant hogere suïcidecijfers voor Hindoestaanse en Creoolse mannen vanaf 20 jaar tot de middelbare leeftijd. De suïcidecijfers van Surinaams-Nederlandse

vrouwen waren veel lager dan die voor de mannen en weken in de meeste gevallen niet significant af van die van autochtoon Nederlandse vrouwen.

5 Schudel e.a. (1998) rapporteerden voor de periode 1987-1993 een drie maal hogere incidentie van suïcidepogingen in Den Haag bij jonge Surinaamse vrouwen van 15 tot 25 jaar in vergelijking met Nederlandse vrouwen van dezelfde leeftijd. Burger e.a. (2009) rapporteerden uit een vervolgonderzoek voor de periode 2002-2004 een twee maal hogere incidentie van suïcidepogingen voor jonge Turkse en een anderhalf maal hogere incidentie voor Surinaamse vrouwen. Een lagere incidentie voor suïcidepogingen werd gerapporteerd voor 10 Marokkaanse mannen en vrouwen en voor Surinaamse vrouwen van middelbare leeftijd.

15 Van Bergen e.a. (2010) vonden voor de periode 2003-2006 in Rotterdam een twee maal hogere zelfrapportage van suïcidepogingen voor Surinaamse meisjes van 14-16 jaar en een anderhalf maal hogere zelfrapportage voor Turkse meisjes. Risicofactoren voor suïcidepogingen waren voor autochtone en allochtone meisjes niet verschillend. In twee kwalitatieve onderzoeken naar het welbevinden van jonge Surinaamse en Turkse vrouwen vond Salverda (2004 2010) geen belangrijk rol voor migratie gerelateerde factoren zoals 20 arbeidsparticipatie van de ouders, opleiding, taalbeheersing, inkomen, religie en gezinssamenstelling. Factoren die wel van invloed waren op het welzijn van de meisjes was een verstoorde relatie met de ouders en beperkingen die werden opgelegd in de keuze- en bewegingsvrijheid, met name in relatie tot opvattingen over eer en maagdelijkheid en over de positie van meisjes en vrouwen.

25 *Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Mannelijke westerse immigranten hebben in het algemeen een hoger suïciderisico dan autochtoon Nederlandse mannen Turkse en Marokkaanse immigranten hebben een lager suïciderisico, met uitzondering van jonge Turkse mannen Hindoestaanse en Creoolse mannen vanaf 20 jaar tot de middelbare leeftijd hebben een hoger suïciderisico.</p> <p><i>B Garssen 2006, 2007</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Turkse en Surinaamse vrouwen in Nederland van 15-24 jaar doen vaker suïcidepogingen dan autochtone Nederlandse vrouwen van dezelfde leeftijd.</p> <p><i>B Burger e.a. 2009, Schudel e.a. 1998, Van Bergen e.a. 2010</i></p>
-----------------	--

*Overige overwegingen*

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

*Aanbevelingen*

Op basis van de beschikbare evidentie zijn er onvoldoende gronden om algemene aanbevelingen te doen voor onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten. Het contact leggen en het onderzoek naar suïcidaal gedrag bij immigranten vraagt om een cultuursensitieve benadering.

Het is aan te bevelen om bij jonge Turkse en Surinaamse vrouwen (15-24 jaar) die een suïcidepoging doen aandacht te besteden aan de relatie met de ouders en beperkingen die werden opgelegd in relatie tot opvattingen over eer en maagdelijkheid en over de positie van meisjes en vrouwen.

10

**5.15 Onderzoek bij herhaald suïcidaal gedrag**

*Inleiding*

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

20

*Wetenschappelijke onderbouwing*

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

25

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

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

- 20 Uit de data afkomstig van 6.933 cases die werden behandeld in drie van de vijf ziekenhuizen (n=9089) werd een model ontwikkeld waarmee herhaling van suïcidaal gedrag binnen zes maanden werd voorspeld. Vervolgens werd de validiteit getoetst aan de hand van data afkomstig van 2.153 cases behandeld in de andere twee ziekenhuizen (n=2.760) Uit het onderzoek bleek dat 94% (BI 92-95%) van alle patiënten die binnen zes maanden een herhaalde poging deden (n=1.583, 17%, waarvan 22 suicides) bij de indexpoging voldeden aan de  
25 volgende vier criteria: eerder een suïcidepoging gedaan, in psychiatrische behandeling, ooit een psychiatrische behandeling ondergaan, indexpoging gedaan met benzodiazepines (Cooper e.a. 2006).

- 30 Uit data van de National Suïcide Research Foundation (2009) over de periode 2003–2008 afkomstig van 8.755 patiënten die werden behandeld in het ziekenhuis na een suïcidepoging bleek het risico van herhaald suïcidaal gedrag binnen een jaar hoger te zijn als de patiënt bij de index poging zichzelf sneed (eventueel in combinatie met een andere methode), dan wanneer de patiënt een overdosis nam (NSRF 2008). Vergelijkbare uitkomsten werden gevonden in een  
35 community-based onderzoek onder 30000 15- en 16-jarigen uit zes Europese landen en Australië (CASE-study). Het risico van herhaling was hoger na indexpogingen door snijden (59%) of een combinatie van methoden (63%), dan door een overdosis medicatie (45%) (Madge e.a. 2008).

Conclusie

<b>Niveau 3</b>	<p>Patiënten die in een algemeen ziekenhuis worden behandeld na een suïcidepoging en die eerder een suïcidepoging deden, op dat moment in psychiatrische behandeling zijn, eerder een psychiatrische behandeling ondergingen en de suïcidepoging deden met benzodiazepines hebben een verhoogd risico van een herhaalde suïcidepoging.</p> <p><i>B Cooper e.a. 2006</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat het risico van een herhaalde poging hoger is bij patiënten die een poging deden door snijden, snijden in combinatie met andere methoden of door een combinatie van methoden, dan bij patiënten die een suïcidepoging doen door een overdosis.</p> <p><i>C Madge e.a. 2008, NSRF 2008</i></p>
-----------------	--

Overige overwegingen

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

- 15 Suïcidaal gedrag is een van de diagnostische criteria voor borderline persoonlijkheidsstoornis; sommige patiënten zijn chronisch suïcidaal, bij anderen staat het suïcidale gedrag (sterker) op de voorgrond wanneer sprake is van stress en/of psychiatrische comorbiditeit (Paris 2008). Internationale richtlijnen bevelen aan bij elke patiënt met suïcidaal gedrag zowel de behoeften van de patiënt te inventariseren, als een inschatting te maken van de kans op herhaling,
- 20 waarbij onderzocht moet worden of sprake is van psychiatrische comorbiditeit (NICE 2004; APA 2003; Royal College of Psychiatrists 1994).

- De richtlijn van de New Zealand Guideline Group (2003) wijst erop dat bij patiënten die bekend zijn met herhaald suïcidaal gedrag de neiging bestaat om zorgvuldig onderzoek naar de aanleiding voor de herhaalde poging na te laten.
- 25 Aanbevolen wordt bij personen met recidiverend suïcidaal gedrag de aanleiding tot het zogenaamde acuut-op-chronisch risico (Van Luyn 2010) te onderzoeken. Dit kan ontstaan wanneer de patiënt wordt geconfronteerd met een stressfactor die geassocieerd is met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag



- (zie paragraaf 5.9, vooral een reëel of dreigend verlies, actualisering van een trauma, ernstige krenking, problemen in de relatie met de behandelaar). De richtlijn van de New Zealand Guideline Group (2003) beveelt aan om in de diagnostische fase gebruik te maken van bestaande kennis over stressfactoren die bij de individuele patiënt aanleiding geven tot herhaald suïcidaal gedrag.
- 5 Verandering in de werkrelatie met de vaste professional, regressief gedrag, plotselinge verbetering van klachten of weggeven van bezittingen zijn voorbeelden van signalen voor het acuut-op-chronisch risico (Van Luyn 2009).

## 10 Aanbevelingen

Aanbevolen wordt bij het inschatten van de kans op herhaling van suïcidaal gedrag te onderzoeken of de patiënt eerder een suïcidepoging deed, ooit in psychiatrische behandeling was of op het moment van de poging is en of bij de suïcidepoging bezodiazepines werden gebruikt.

Aanbevolen wordt bij patiënten met (herhaald) suïcidaal gedrag te onderzoeken of er sprake is van behandelbare psychiatrische (co)morbiditeit. Tevens dient te worden nagegaan wat de aanleiding was tot de huidige suïcidepoging, wat in het verleden aanleidingen waren tot het doen van een suïcidepoging en waar de patiënt in de huidige situatie behoefte aan heeft.

Bij patiënten die een suïcidepoging deden door snijden, of door een combinatie van methoden dient sterker rekening te worden gehouden met de kans op herhaling op korte termijn dan bij patiënten die een poging deden door een overdosis medicatie.

Het is aan te bevelen bij chronische suïcidale patiënten in situaties waarin sprake is van veranderingen in het gedrag (bijvoorbeeld toename van psychiatrische (co)morbiditeit), bij problemen in de relatie met de behandelaar, een reëel of dreigend verlies, actualisering van een trauma of ernstige krenking zorgvuldig te onderzoeken of sprake is van verergering van het suïcidale gedrag.

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

## Literatuur bij Hoofdstuk 5

**Onderstaande literatuur is opgenomen in de wetenschappelijke  
5 onderbouwing en in de conclusies. Er is een bewijstabel aanwezig (zie  
Bijlage C).**

- Andrews JA, Lewinsohn P (1992) Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and co-occurrence with Psychiatric Disorders *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 4
- 10 Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J (2002) Mortality of patients with mood disorders: a follow-up over 34-38 years *Journal of Affective Disorders*, 68: 167-181
- Appleby L (1991) Suicide during pregnancy and in the first postnatal year *Br Med J*, 302, 137-140
- 15 Arensman E, Kerkhof AJ, Hengeveld MW, Mulder JD (1995) Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in The Netherlands *J Epidemiol Comm Health*, 49, 285-289
- Arie M, Haruvi-Ctalan L, Apter A (2005) Personality and Suicidal Behavior in Adolescents *Clinical Neuropsychiatry*, 2, 1, 37-47
- 20 Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G (2004) Psychiatric diagnosis in 3275 suicides: a meta-analysis *BMC Psychiatry*,; 4: 37-47
- Baldessarini RJ, Hennen, J (2004) Genetics of suicide: an overview *Harv Rev Psychiatry*, 12, 1-13
- 25 Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1996) Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Youth Aged 13 through 24 Years *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35,
- Beautrais AL(2003) Life Course Factors Associated with Suicidal Behavior in Young People *American Behavioral Scientist*, 46, 1137
- 30 Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B (1985) Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation *Am J Psychiatry*; 142: 559-563
- Beck AT, Brown G, Steer RA (1989a) Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:309-310
- 35 Beck AT, Steer RA: Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters *J Affect Disord* (1989b); 17:203-209;
- Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA (1990): Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients *Am J Psychiatry*; 147:190-195
- 40 Bonnewijn A, Shah A, Demyttenaere K(2009) Suicidality and suicide in older people *Reviews in Clinical Gerontology*;19:271-294

- Bostwick JM, Pankratz VS (2000): Affective disorders and suicide risk: a reexamination *Am J Psychiatry*; 157:1925-1932
- Brent DA, Melhem N (2008) Familial transmission of suicidal behavior *Psychiatr Clin North Am*, 31, 157-77
- 5 Brezo J, Paris J, Turecki G (2006) Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completion: a systematic review *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA (2006) Adolescent suicide and suicidal behavior *J of Child Psychology and Psychiatry* 47, 372-394
- 10 Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR (2000) Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study *J Consult Clin Psychol*, 68, 371- 377
- Brown LM; Bongar B; Cleary KM (2004) A profile of psychologists's views of critical risk factors for completed suicide in older adults *Professional Psychology, Research and Practice*, 35:90-96
- 15 Burger I, van Hemert AM, Bindraban CA, Schudel WJ (2005) Parasuicides in Den Haag Meldingen in de jaren 2000-2004 *Epidemiologisch Bulletin*, 40, 2-8
- Burger I, van Hemert AM, Schudel WJ, Middelkoop BJC (2009) Suicidal behavior in four ethnic groups in The Hague, 2002-2004 *Crisis*, 30, 63-67
- 20 Burger I, van der Linden C, Bos A, Eckhardt T, Post S, van Yperen M, van Hemert AM (2010) Voorkomen van parasuicides in Den Haag Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009 *Epidemiologisch Bulletin*, 45, 1-11
- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review *Psychological Medicine*, 2003; 33: 395-405
- 25 Cheng AT Mann AH, Chan KA personality disorder and suicide A case-control study, *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, 441-446
- Cherpitel CJ, Borges LGG, Wilcox HC (2004), Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A review of the Literature *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28 (5)
- 30 Chioqueta AP, Stiles TC, Assessing suicide risk in cluster C personality disorders, *Crisis*, 2004, 25, 128-133
- Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED: Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:367-385
- 35 Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED: Age differences in behaviors leading to completed suicide *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6:122-126
- Cooper J, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K (2006) A clinical tool for assessing risk after self-harm *Annals of emergency medicine*, 48, 459-466
- 40 Corbitt EM, Malon KM, Haas GL, Mann J (1996) Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders *Journal of Affective Disorders*, 39, 1, 1996, 61-72

- Cukrowicz K, Smith P, Poindexter E (2010) The effect of participating in suicide research: does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide ideation and attempts? *Suicide Life Threat Behav*, 40, 535-543
- 5 Deluty RH(1998) Factors affecting the acceptability of suicide 1998 *J of Death and Dying*; 19(4): 315-326
- Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y: Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data *Am J Geriatr Psychiatry* 2008, 16:220-228
- 10 Ernst, C, Mechawar, N, Turecki, G (2009) Suicide neurobiology *Prog Neurobiology*, 89, 315-33
- Fawcett, J, Scheftner, WA, Fogg, L, Clark, DC, Young, MA, Hedeke, D, Gibbons, R (1990) Time-related predictors of suicide in major affective disorder *Am J Psychiatry*, 147,1189-1194
- 15 Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors *Journal of Clinical Psychiatry* 2008;69(11):1721-31
- Fergusson, DM, Woodward, LJ, Horwood, LJ(2000) Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood *Psychological Medicin* 30,23-39
- 20 Fishbain DA: The association of chronic pain and suicide *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4:221-227 [F]
- Fowler, RC, CLRich, DYoung (1986 ): San Diego Suicide Study II Substance Abuse in Young Cases *Arch Gen Psychiatry*, 43,
- 25 Frierson RL: Suicide attempts by the old and the very old *Arch Intern Med* 1991; 151:141-144 [E]
- Garssen, MJ, Hoogenboezem, J, Kerkhof, AJFM (2006) Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 2143-2149
- 30 Garssen, MJ, Hoogenboezem, J, Kerkhof, AJFM (2007) Zelfdoding onder Nederlandse Surinamers naar ethniciteit *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 373-381
- Gearing RE, Lizardi D Religion and suicide *J Relig Health* 2009 Sep;48(3):332-41
- 35 Goldstein, RB, Black, DW, Nasrallah, A, Winokur, G (1991) The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders *Arch Gen Psychiatry*, 48, 418-422
- Gould, MS, Marocco, FA, Kleinman, M, Thomas, JG, Mostkoff, K, Cote, J, Davies, M (2005) Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs A randomized controlled trial *JAMA*, 293, 1635-1643
- 40 Harris, EC, Barraclough, B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis *Br J Psychiatry*, 170, 205-228

- Hasley, JP, Ghosh, B, Huggins, J, Bell, MR, Adler, LE, Shroyer, ALW (2008) A review of "suicidal intent" within the existing suicide literature *Suicide Life Threat Behav*, 38, 576-591
- 5 Haukka, J, Suominen, K, Partonen, T, Lönqvist, J (2008) Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003 *Am J Epidemiol*, 167, 1155-1163
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J & Deeks JJ: Schizophrenia and suicide: a systematic review of risk factors *British Journal of Psychiatry* 2005a; 187: 9-20
- 10 Hawton, K, Sutton, L, Haw, C, Sinclair, J, & Harris, L 2005b Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 693-704
- Heisel MJ, Flett GL: The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:9,742-751
- 15 Heisel MJ, Link PS, Conn D, Reekum R van, Flett GL: Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:734-741
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Kuoppasalmi and JK Lonnqvist (1993) Mental disorders and comorbidity in suicide *Am J Psychiatry* 1993; 150:935-940
- 20 Hoyer, G, Lund, E (1993) Suicide among women related to number of children in marriage *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:134-137
- Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Mart-tunen MJ, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK: Suicide among subjects with personality disorders *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667-673
- 25 Ivarson, T, Larsson, B, Gillberg, C(1998 ) A 2-4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 96-104
- James, A, Lai, FH, Dahl, C Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004; 110: 408-415
- 30 Kessler, RC, Borges, G, Walters, EE (1999) Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626
- 35 Kim, C D, Seguin, M, Therrien, N, Riopel, G, Chawkey, N, Lesege, A D, & Turecki, G (2005) Familial aggregation of suicidal behaviour: A family study of male suicide completers from the general population *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019
- King, CA, Merchant, CR(2008) Social and Interpersonal Factors Relating to Suicidal Intent: A Review of the Literature *Archives of Suicidal Research*, 12, 181-196 Gearing RE, Lizardi D Religion and suicide *J Relig Health* 2009
- 40 Sep;48(3):332-41
- Kposowa AJ: Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study *Psychol Med* 2001; 31:127-138

- Kraut A, Walld R Influence of lack of full-time employment on attempted suicide in anitoba, Canada Scand J Work Environ Health 2003;29(1):15-21
- Krysinska, K, Martin, G (2009) The struggle to prevent and evaluate: application of population attributable risk and preventive fraction to suicide prevention research Suicide Life Threat Behav, 39, 548-57
- 5 Lesage, AD et al (1994): Suicide and Mental Disorders: A Case-control Study of Young Men Am J Psychiatry, 151, 7
- Lewis NM Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe Health Place
- 10 2009;15(4):1029-45
- Lindeman, S, Laara, E, Hakko, H, Lonnqvist, (1996) J A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors The British Journal of Psychiatry 1996 168: 274-279
- Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders, in The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide Edited by Haw-ton K, van Heeringen K Chichester, England, John Wiley & Sons, 2000, pp 147-178
- 15 Llorente MD, et al: Prostate cancer, a significant risk factor of late-life suicide Am J Geriatr Psychiatry 2005, 13:195-201
- 20 Lorant V, AE Kunst, M Huisman, G Costa & J Mackenbach (2005) Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study Britisch Journal of, 187, 49-54
- Madge, N, Hewitt, A, Hawton, K, de Wilde, E, Corcoran, P, Fekete, S et al (2008) Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study Journal of Child Psychology & Psychiatry, 667-677
- 25 National Suicide Research Foundation (NSRF) (2008). National registry of deliberate self-harm Ireland-Annual report 2006/07, available at [http://www.nsrp.ie/reports/RegistryReport2006\\_07/NSRF\\_06\\_07\\_NRDSH.pdf](http://www.nsrp.ie/reports/RegistryReport2006_07/NSRF_06_07_NRDSH.pdf).
- 30 Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients Am J Psychiatry 1999; 156:181-189
- Marquet RL, Bartels AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis FG, Zee J van der The epidemiologie of suicide and attempted suicide in Dutch general practicer 1983-2003 BMC Family practice 2005: 6-45
- 35 Marttunen, MJ, Aro, HM, Lonnqvist, JK (1993) Precipitant Stressors in Adolescent Suicide J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32,
- Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N, Iqbal MI: Lower risk of suicide during pregnancy Am J Psychiatry 1997; 154:122-123
- Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, Solomon D, Clayton P: Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? a 14-year prospective study Suicide Life Threat Behav 2002; 32:10-32
- 40

- Morrison, R & O'Connor, R C (2008) A systematic review of the relationship between rumination and suicidality *Suicide and Life Threatening Behavior*, 38, 523–538
- 5 Neufeld E, O'Rourke N: Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults *Can J Psychiatry* 2009;54(10):684–692
- O'Connor, R C (2007) The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 37, 698–714
- Ostama, A, Lönnqvist, J (2001) Excess mortality of suicide attempters *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 29-35
- 10 Oquendo MA, Friend JM, Halberstam B, Brodsky BS, Burke AK, Grunebaum MF, Malone KM, Mann JJ: Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior *Am J Psychiatry* 2003; 160: 580–582
- 15 Oude Voshaar RC, Cooper J, Murphy E, Steeg S, Kapur N, Purandare N, first episode of self-harm in older age: a 10-year prospective study 2011 Accepted for publication *JCP*
- Oude Voshaar RC, Kapur N, Bickley H, Williams A, Purandare N, Suicide in later life: a comparison between cases with early- onset and late-onset depression 2011 accepted for publication
- 20 Owens D, Horrocks J, House A (2002) Fatal and non-fatal repetition of self – harm Systematic review *Br J Psychiatry* 2002 Sep;181:193-9
- Oyama, H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi T, et al: Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005, 59, 337-344
- 25 Pfeffer, CR (2001) Diagnosis of Child and Adolescent Suicidal Behavior: Unmet Needs for Suicide Prevention *Biol Psychiatry*, 49, 1055-1061
- Platt, S & Hawton, K (2000) Suicidal behaviour and the labour market In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K Hawton & K Van Heeringen), pp 303-378 Chichester: John Wiley & Sons
- 30 Pokorny, AD (1983) Prediction of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study *Arch Gen Psychiatry*, 40, 249–257
- Pokorny, AD (1993) Suicide prediction revisited *Suicide Life Threat Behav*, 23, 1-10
- 35 Pompili,M,Mancinelli,I,Girardi,P,Ruberto,A and Tatarelli,R (2004): Suicide in Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis *Eat Disord*, 36, 99-103
- Powell, J, Geddes, J, Deeks, J, Goldcare, M, Hawton, K (2000) Suicide in psychiatric hospital in-patients Risk factors and their predictive power *Br J Psychiatry*, 176, 266-272
- 40 Qin, P, Preben Bo Mortensen, PB (2003) The Impact of Parental Status on the Risk of Completed Suicide *Arch Gen Psychiatry*, 60, 797-802

- Rehkopf , DH & Buka, SL (2006) The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review  
*Psychological Medicine*, 36, 145-157
- 5 Rew L, Barrow EM Jr State of the science: intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon *ANS Adv Nurs Sci* 2007 Jan-Mar;30(1):15-25
- Rurup ML, Muller MT, Onwuteaka-Philipsen , Heide van der A, Wal van der G, Maas van der P: Requests for euthanasia or physician-assisted suicide from older persons who do not have a severe disease: an interview study 2005  
*Psychological Medicine*, 35, 665-671
- 10 Schudel, WJ, Struben, HWA, Vroom-Jongerden, JM (1998) Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst in Den Haag, *Epidemiologisch Bulletin*, 33, 7-13
- Simon TR, Anderso M, Thompson MP, Crosby A, Sacks JJ (2002) Assault victimization and suicidal ideation or behavior within a national sample of US adults *Suicide Life Threat Behav*; 32:42-50
- 15 Speckens, AEM, & Hawton, K (2005) Social problem-solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review *Suicide and social (dis)connection: A short-term study of Life-Threatening Behavior*, 35, 365-387
- Stack S, Kposowa , AJ (2011) Religion and Suicide: Integrating Four Theories Cross- nationally In: O'Conner, RC, Platt, S & Gordon, J (2011) *International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice* Oxford: Wiley & Son
- 20 Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK: Suicide attempts and personality disorder *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102:118-125
- Szanto K, Reynolds CF, Conwell Y, Begley AE, Houck P: High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide *J Am Ger Soc* 46(11), Nov 1998, pp 1401-1406
- 25 Taylor, TL, Hawton, K, Fortune, S, Kapur, N (2009) Attitudes towards clinical services among people that self harm *Br J Psychiatry*, 194, 104-110
- Uncapher H, Arean PA: Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients *J Am Ger Soc* 2000; 188-192
- 30 Van Bergen, DD Eikelenboom, M, Smit, JH, van de Looij-Jansen, PM, Saharso, S(2010) Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: rates and risk factors *Ethnicity & Health*, 5, 515-530
- Van Hemert, AM, de Kruif, M (2009) Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden *Ned Tijdschr Geneesk*, 153, 1102-1107
- 35 Verwey, B , Eling, P, Wientjes, H, Zitman, F G (2000) Memory impairment in those who attempted suicide by benzodiazepine overdose, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(6), 456-459
- 40 Verwey B, Muntendam A, Ensing K, Essink G, Pasker-de Jong PC, Willekens FL, Zitman FG. (2005) Clinically relevant anterograde amnesia and its relationship with blood levels of benzodiazepines in suicide attempters who took an overdose. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 29:47-53.



- Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM, Pahal J, Saar P, Kelly KD: Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 138-146
- 5 Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmsson K: Mental disorder in elderly suicides: a case-control study *Am J Psychiatry* 2002; 159:450-455 [D]
- Wilcox HC, Conner KR, Caine ED Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies *Drug Alcohol Depend* 2004; 76 (): S11-S19
- 10 Williams, JMG, Crane, C, Barnhofer, T, van der Does, AJW, Segal, ZV (2006) Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes *J Aff Dis*, 91, 189-194
- Yen S, Shea MT, Pagano M et al, Axis I and axis II disorders are predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *J of Abnormal Psychology*, 2003, 112, 375-381
- 15 Zahl, D, Hawton, K (2004) Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study in 11 583 patients *Br J Psychiatry*, 185, 70-75

**Literatuur die in Hoofdstuk 5 is opgenomen, maar niet in de conclusies zijn verwerkt; er is derhalve geen bewijstabel gemaakt.**

- 5 Ahrens B, Haug H-J (1996) Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 17(2), 59-63
- Allaraisanen A, Miettunen J, Rasanen P, Fenton W, Kouviu-maa-Honkanen HT & Isohanni M Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2009; 25: 25
- 10 Allgulander, C Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis *Archives of General Psychiatry*, 1994; 51: 708-712
- American Psychiatric Association (2003) Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors *Am J Psychiatry*, 160: 1-60
- 15 Angst J, Clayton P: Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues *Compr Psychiatry* 1986; 27:511-532
- Appleby, L, Mortensen, PB, Faragher, EB (1998) Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission *Br J Psychiatry*, 173, 209-211
- 20 Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R: Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey *Br Med J* 1999; 318:1235-1239
- Arensman, E, Kerkhof, AJFM (1996) Classification of attempted suicide: a review of empirical studies, 1963-1993 *Suicide Life Threat Behav*, 26, 46-67
- 25 Arensman, E, Corcoran, P, & Fitzgerald, A (2011) *Deliberate Self-Harm: Extent of the Problem and Prediction of Repetition* In RO'Connor, S Platt, & J Gordon (Eds), *International Handbook of Suicide Prevention* (pp 119-132) John Wiley & Sons, Ltd: Cichester
- Austin, MC, Janosky, JE, Murphy, HA (2003) Increased corticotropin-releasing hormone immunoreactivity in monoamine-containing pontine nuclei of depressed suicide men *Mol Psychiatry*, 8, 324-332
- 30 Baxter D, Appleby L: Case register study of suicide risk in mental disorders *Br J Psychiatry* 1999; 175:322-326
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK: Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study *Am J Psychiatry* 1996; 153:1009-1014
- 35 Beck, AT, Beck, R, Kovacs, M (1975) Classification of suicidal behaviors I quantifying intent and medical lethality *Am J Psychiatry*, 132, 285-287
- 40 Beck, AT, Brown, GK, Steer, RA, Dahls-gaard, KK, Grisham, JR (1999) Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients *Suicide Life Threat Behav*, 29, 1-9

- Beck, AT, Kovacs, M, Weissman, A (1979) Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation *J Consult Clin Psychol*, 47, 343–352
- Beck, AT, Schuyler, D, Herman, I (1974) Development of suicidal intent scales  
In: Beck, AT, Resnik, H, Lettieri, DJ (eds) *The prediction of suicide* Bowie (MD), Charles Press
- Beck, AT, Weissman, A, Lester, D, Trexler, L (1976) Classification of suicidal behaviors II dimensions of suicidal intent *Arch Gen Psychiatry*, 33, 835–837
- Beck, AT, Weissman, A, Lester D, Trexler, L (1974) The measurement of pessimism: the hopelessness scale *J Consult Clin Psychol*, 42, 861–865
- Bertolote, JM, Fleischmann, A (2009) A global perspective on the magnitude of suicide mortality In: Wasserman D, Wasserman C (eds) *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* Oxford: Oxford University Press
- Blaauw, E, Kerkhof, AJFM, Winkel, FW, & Sheridan, L (2001) Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands *British Journal of Forensic Practice*, 3(4), 22-28
- CBS Statline (2009) Doodsoorzaken; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken <http://statline.cbs.nl>
- Black DW, Blum N, Pfohl B , et al, Suicidal behaviour in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention, *Journal of personality disorders*, 2004, 18,226-239
- Borges G, Walters EE, Kessler RC: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior *Am J Epidemiol* 2000; 151:781–789
- Bourgeois M, Swendsen J, Youg F, Amador X, Pini S, Cassano GB, et al  
Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial *American Journal of Psychiatry* 2004; 161 (8): 1494-1496
- Brown, GK (2002) *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults* Rockville (MD), National Institute of Mental Health
- Bunney, WEJ, Fawcett, JA (1965) The possibility of a biochemical test for suicidal potential *Arch Gen Psychiatry*, 13, 232–238
- Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG Clinical correlates of inpatient suicide *J Clin Psychiatry* 2003 Jan;64(1):14-9
- Chesley, K & Loring-McNulty, N (2003) Process of suicide: perspective of the suicide attempter *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9, 41-45
- Chioqueta, AP, & Stiles, TC (2005) Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicid ideation *Personality and Individual Differences*, 38, 1283-1291
- Claes, L, Muehlenkamp, J, Vandereycken, W, Hamelinck, L, Martens, H, & Claes, S (2010) Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts

in patients admitted to a psychiatric crisis unit *Personality and Individual Differences*, 48, 83-87

- 5 Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED: Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:367-385
- Coryell, W, Schlessner, M (2001) The dexamethasone suppression test and suicide prediction *Am J Psychiatry*, 158, 748-753
- 10 Cassells, C, Paterson, B, Dowding, D, Morrison, R (2005) Long- and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: a review of the literature *Crisis*, 26, 53-63
- Crane, C, Barnhofer, T, & Williams, J M G (2007) Reflection, brooding, and suicidality: A preliminary study of different types of rumination individuals with a history of major depression *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 497-504
- 15 Currier, D, Mann, JJ (2008) Stress, genes and the biology of suicidal behavior *Psychiatr Clin Nort Am*, 31, 247-269
- De Graaf, R, ten Have, M, van Dorsselaer, S (2010) De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten Utrecht, Trimbos
- 20 De Graaf, R, Sandfort, TGM, ten Have, M, 2006 Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands *Archives of Sexual Behavior* 35 (3), 253-262
- Drake RE, Cotton PG Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia *British Journal of Psychiatry* 188; 148: 554-559
- 25 Drake RE: Suicide attempts and completed suicides among schizophrenia patients In *Suicide in schizophrenia* Edited by Tatarelli R, Pompili M, Girardi P New York: Nova Science Publishers Inc; 2006
- Dutta R, Murray RM, Boydell J: Determining the long-term risk of suicide and premature death following a first episode of psychosis: An incidence cohort approach *Schizophr Res* 2010; 117(2-3): 182-183
- 30 Elliott, J L; Frude, N Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(1), 2001, 20-26
- 35 Ellis, TE, Allen, JG, Woodson, H, Frueh, BC, Jobes, DA (2009) Implementing an evidence-based approach to working with suicidal inpatients *Bull Menninger Clin*, 73(4), 339-354
- Ellis, T E & Rutherford, B (2008) Cognition and suicide: Two decades of progress *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 47-68
- Ellison, LF, Morrison, HI (2001) Low serum cholesterol concentration and risk of suicide *Epidemiology*, 12, 168-172
- 40 Ernst, C, Mechawar, N, Turecki, G (2009) Suicide neurobiology *Prog Neurobiology*, 89, 315-33
- Ernst C, Lalovic A, Lesage A et al, Suicide and no axis I psychopathology, *BMC Psychiatry*, 2003, 4, 359-364

- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J (2005) The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies *Suicide Life Threat Behav*,35:239-50
- Farmer, A, Redman, K, Harris, T, Webb, R, Mahmood, A, Sadler, S, et al (2001)  
5 The Cardiff sib-pair study *Crisis*, 22(2), 71-73
- Fawcett, J, Busch, KA, Jacobs, D, Kravitz, HM, Fogg L (1997) Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model *Ann N Y Acad Sci*, 836, 288-301
- Fleischmann, A Bertolote, JM, Wasserman, D, De, LD Bolhari, J Botega, NJ et al(2008) Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters± A  
10 randomized controlled trail in five countries *Bulletin of the WHO*, 86, 703-709
- Garland, M, Hickey, D, Corvin, A, Golden, J, Fitzpatrick, P, Cunningham, S, Walsh N (2000) Total serum cholesterol in relation to psycho-logical correlates in parasuicide *Br J Psychiatry*, 177, 77-83
- Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K: Suicide after discharge from psychiatric  
15 inpatient care *Lancet* 1993; 342:283-286
- Hall RC, Platt DE, Hall RC: Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: evaluation of suicide risk in a time of managed care *Psychosomatics* 1999; 40:18-27
- Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ:  
20 Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide *J Clin Psychiatry* 2003; 64:871-874
- Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, Gorman JM: Suicidal behavior in schizo-phrenia: characteristics of individuals who had and had not at-tempted suicide *Am J Psychiatry* 1999; 156:1276-1278
- 25 Hawton, K & Heeringen, K v (2009) Suicide *Lancet*, 393, 1372-1381
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Mart-tunen MJ, Lonnqvist JK: Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication *J Clin Psychiatry* 1999; 60:200-208
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Mart-tunen MJ, Lonnqvist  
30 JK: Suicide and schizophrenia: a nation-wide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia *Am J Psychiatry* 1997; 154:1235-1242
- Heikkinen, M E, Isometsa, E T, Marttunen, M J, Aro, H M, & Lönqvist, J K (1995) Social factors in suicide *British Journal of Psychiatry*, 167, 747-753
- 35 Heisel, M J, Duberstein, P R, Conner, K R, Franus, N, Beckman, A, & Conwell, Y (2006) Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older *Journal of Affective Disorders*, 90, ` 175-180
- Hendin, H, Ann Pollinger Haas, AP, Maltzberger, JT, Koestner, B and Szanto, K, (2006) Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients, *Am J Psychiatry*  
40 163:67-72,
- Hjelmeland, H (1996) Repetition of parasuicide: a predictive study *Suicide and life-threatening behavior*, 26, 395-404

- Holley, HL, Fick, G, Love, EJ (1998) Suicide following an inpatient hospitalization for suicide attempt: a Canadian follow-up study *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 543-551
- 5 Hor, K, Taylor, M Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors *J Psychopharmacology*, 2010; 24 (11\_ement): 81-90
- Hoyer G, Lund E: Suicide among women related to number of children in marriage *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:134-137;
- Hovey JD Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 125-139
- 10 Hunt, IM, Kapur, N, Robinson, J et al, Suicide within 12 month of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey *British Journal of Psychiatry*, 2006, 188, 135-142
- Ilgen MA, Burnette ML, Conner KR, et al The association between violence and lifetime suicidal thoughts and behaviors in individuals treated for substance use disorders *Addict Behav* 2010;35:111-115
- 15 Isometsa, ET, Lönnqvist, JK (1998) Suicide attempts preceding completed suicide *Br J Psychiatry*, 173, 531-535
- Jenkins, GR, Hale, R, Papanastassiou, M, Crawford, MJ, Tyrer, P (2002) Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study *Br Med J*, 325, 1155
- 20 Jobes, DA (2006) *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach* New York (NY), The Guilford Press
- Jobes, DA, Wong, SA, Conrad, AK, Drozd, JF, Neal-Walden, T (2005) The collaborative assessment and management of suicidality versus treatment as usual: a retrospective study with suicidal outpatients *Suicide Life Threat Behav*, 25 35(5), 483-497
- Joiner, T E, Pettit, J W, Walker, R L, Voelz, Z R, Cruz, J, Rudd, M D, & Lester, D (2002) Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 531-545
- 30 Jokinen, J, Carlborg, A, Mårtensson, B, Forslund, K, Nordström, A, Nordström, P (2007) DST non-suppression predicts suicide after attempted suicide *Psych Res*, 150, 297-303
- Jokinen, J (2010) Suicide intent scale in the prediction of suicide *J Affect Dis*, ePub ahead of print
- 35 Kaplan KJ, Harrow M: Psychosis and functioning as risk factors for later suicidal activity among schizophrenia and schizoaf-fective patients: a disease-based interactive model *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29:10-24
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H: Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons *Am J Public Health* 1987; 77:283-287;
- 40 CBS, 2009
- Kapur, N & Gask, L (2009) Introduction to suicide and self-harm *Psychiatry*, 8, 233-236

- Kendler, KS (2010) Genetic and environment pathways to suicidal behavior: reflections of a genetic epidemiologist *Eur Psychiatr*, 25, 300-303
- Kerby, DS (2003) CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 35, 249-261
- 5 Kerkhof, A & Van Spijker, B (2011) Worrying and Rumination as Proximal Risk Factors for Suicidal Behaviour Pp 199-210 In O' Conner, RC, Platt, S & Gordon, J *International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice* Oxford: Wiley & Sons
- 10 Kety, SS, Rosenthal, D, Wender, PH, Schulsinger, F (1968) The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics *J Psychiatr Res*, 6( 1), 345-362
- Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA: Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA data- base *J Affect Disord* 2002; 68:183-190
- 15 Kim C , Lesage A, Seguin M, Chawsky N, Vanier C, Lipp O et al Patterns of co-morbidity in male suicide completers *Psychological Medicine* 2003; 33(7): 1299-1309
- Kliewer, EV, Ward, RH (1988) Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country *Am J Epidemiol*, 127, 640-653
- 20 Lester D Hopelessness and suicide in schizophrenia In: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P (Eds) *Suicide in schizophrenia* Nova Science Publishers Inc New York, 2006
- Lewine RR Social class of origin, lost potential, and hopelessness in schizophrenia *Schizophrenia Research* 2005; 76 (2-3): 329-335
- 25 Li, Z, Page, A, Martin, G, Taylor, R (2011) Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review *Soc Sci Med*, 72, 608-616
- Links, PS, Gould, B, Ratnayake, R, Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder, *Canadian Journal of psychiatry*, 2003, 48, 301-310
- 30 Luoma JB, Pearson JL: Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health* 2002; 92:1518-1522
- Machado RA, Espinosa AG, Melendrez D, González YR, García VF, Rodríguez YQ Suicidal risk and suicide attempts in people treated with antiepileptic drugs for epilepsy *Seizure* 2011 Jan 24
- 35 Manfredini, R, Caracciolo, S, Salmi, R, Boari, B, Tomelli, A, Gallerani, M (2000) The association of low serum cholesterol with depression and suicidal behaviours: new hypotheses for the missing link *J Int Med Res*, 28, 247-257
- Mann, JJ (2003) Neurobiology of suicidal behaviour *Nat Rev Neurosci*, 4, 819-828
- 40 McGirr A, Tousignant M, Routhier D, Pouliot L, Chawky N, Margolese HC et al: Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study *Schizophrenia Research* 2006; 84 (1): 132-143

- McGirr A, Seguin M, Renaud J, Benkelfat C, alda M, & Turecki G: Gender and risk factors for suicide: evidence for heterogeneity in predisposing mechanisms *Journal of clinical Psychiatry* 2006; 67: 1612-1617
- 5 McGirr A, Turecki G What is specific to suicide in schizophrenia? Behavioural, clinical and sociodemographic dimensions *Schizophrenia Research* 2008; 98(1-3): 217-224
- McGlashan TH, The Chesnut lodge follow-up study III: Long-term outcome of borderline personalities, *Archives of general psychiatry*, 1986, 43, 2-30
- 10 McLean, J, Maxwell, M, Harris, F & Jepson, R (2008) Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review Edinburgh: Scottish Government Social Research
- Meadows, LA, Kaslow,NJ,Thompson,MP and Jurkovic, GJ (2005) Protective Factors Against Suicide Attempt Risk Among African American Women Experiencing Intimate Partner Violence, *American Journal of Community*
- 15 *Psychology*, 36, 1, 56-66
- Meltzer HY: Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4:279-283
- Milos, G, Spindler, A, Hepp, U, Schnyder, U Suicide and suicidal ideation: links with psychiatric morbidity in eating disorders *General Hospital Psychiatry*, 2004;
- 20 26: 129-135
- Montross LP, Zisook S, Kasckow J Command Hallucinations and Suicide Risk In: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P (Eds) *Suicide in schizophrenia* Nova Science Publishers Inc New York, 2006
- Mortensen, PB, Agerbo, E, Erikson, T, Qin, P, Westergaard-Nielsen, N (2000)
- 25 *Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark* *Lancet*, 355, 9-12
- Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 459-463
- Müller-Oerlinghausen, B, Roggenbach, J, Franke, L (2004) Serotonergic platelet markers of suicidal behavior – do they really exist? *J Affect Disord*, 79, 13-24
- 30 Murphy, GE (1998) Why women are less likely than men to commit suicide *Compr Psychiatry* 1998; 39:165-175
- Nemeroff, CB, Owens, MJ, Bissette, G, Andorn, AC, Stanley, M (1988) Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims *Arch Gen Psychiatry*, 45, 577-579
- 35 Nordenthoft M, Mortensen PB: Hospital admission and suicide in schizophrenia In: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P (Eds) *Suicide in schizophrenia* Nova Science Publishers Inc New York, 2006
- Nordstrom, P, Asberg, M, Aberg-Wistedt, A, Nordin, C (1995) Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders *Acta Psychiatr Scand*, 92, 345-350
- 40 Oquendo, MA, Ellis, SP, Greenwald, S, Malone, KM, Weissman, MM, Mann, JJ (2001) Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States *Am J Psychiatry*, 158, 1652-1658



- Owens, D, Horrocks, J, & House, A (2002) Fatal and non-fatal repetition of self-harm Systematic review *Br J Psychiatry*, 181, 193-199
- Palmer BA, Pankratz VS & Bostwick JM: The lifetime risk of suicide in schizophrenia; A re-examination *Arch of Gen Psych* 2005; 62 (3): 247-253
- 5 Paris, J (2008) *Treatment of Borderline Personality Disorder: A Guide to Evidence-Based Practice* New York: Guilford Press
- Partonen, T, Haukka, J, Virtamo, J, Taylor, PR, Lonnqvist, J (1999) Association of low serum total cholesterol with major depression and suicide *Br J Psychiatry*, 175, 259-262
- 10 Patorno E, Bohn RL, Wahl PM, Avorn J, Patrick AR, Liu J, Schneeweiss S Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death *JAMA* 2010 Apr 14;303(14):1401-9
- Pierce, DW (1977) Suicidal intent in self-injury *Br J Psychiatry*, 130, 377-385
- Pirkis J, Burgess P, Dunt D: Suicidal ideation and suicide attempts among  
15 Australian adults *Crisis* 2000; 21:16-25
- Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ: Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts *Am J Psychiatry* 2000; 157:1614-1618
- Plunkett, A, O'Toole, B, Swanston, H, Oates, RK, Shrimpton, S, Parkinson, P  
20 (2001) Suicide risk following child sexual abuse *Ambul Pediatr*, 1, 262-266
- Pompili M, Mancinelli I, Ruberto A, Kotzalidis GD, Girardi P, Tatarelli R: Where schizophrenic patients commit suicide: A review of suicide among inpatient and former inpatients *Intl J Psychiatry Med* 2005; 35: 171-190
- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, et al Suicide in the epilepsies: A meta-analytic  
25 investigation of 29 cohorts *Epilepsy Behav* 2005;7:305- 310
- Pompili, M, Girardi, P, Tatarelli, G, Ruberto, A, Tatarelli, R Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern *Eating Behaviors*, 2006; 7: 384-394
- Pompili, M, Innamorati, M, Girardi, P, Tatarelli, R & Lester, D (2011) Evidence-based interventions for preventing suicide in youths (170-210) In: Pompili, M & Tatarelli, R (Eds) *Evidence-based practice in suicidology A source book* Cambridge: Hogrefe
- 30
- Qin, P, Agerbo, A, Mortensen, PB (2003) Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997 *Am J Psychiatry*, 160, 765-772
- 35
- Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ: Association between physical illness and suicide among the elderly *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:190-197;
- 40 Restifo K, Harkavy-Friedman JM & Shrout PE Suicidal behaviour in schizophrenia: A test of the demoralization hypothesis *Journal of Nervous & Mental Diseases* 2009; 197 (3): 147-153

- Rozanov, V, Mehlum, L & Stiliha, R (2009) Suicide in military settings: combats and veterans Pp 249-256 In: D Wasserman & C Wasserman (Eds) Oxford textbook of suicidology and suicide prevention A global perspective Oxford: University Press
- 5 Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P (2001): Life events and psychosocial factors in elderly suicides—a case-control study *Psychol Med* 31:1193–1202
- Rudnick A Relation between command hallucinations and dangerous behaviour *Journal of American Academy of Psychiatry Law* 1999; 27(2): 253-257
- 10 Runeson, B, Tidemalm, D, Dahlin, M, Lichtenstein, P, Långström, N (2010) Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study *Br Med J*, 340, c3222
- Roy, A, Segal, NL (2001) Suicidal behavior in twins: a replication *J Affect Dis*, 66, 71-74
- 15 Sainsbury, P (1955) *Suicide in London: An Ecological Study* London, Chapman and Hall
- Salverda, B (2004) *Laat me los – hou me vast Verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindoestaanse afkomst* GGD afdeling Epidemiologie, Den Haag
- 20 Salverda B (2010) *Wel en Wee Turks-Nederlandse meisjes aan het woord over hun leven* GGD afdeling Epidemiologie, Den Haag
- Sandfort, TGM, de Graaf, R, Bijl, RV, Schnabel, P, 2001 Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS) *Archives of General Psychiatry* 58, 85–91
- 25 Schulsinger, F, Kety, SS, Rosenthal, D, Wender, R (1979) A family study of suicide, in *Origins, Prevention, and Treatment of Affective Disorders* In: Schou, M, Stromgren, E (eds) *Origins, prevention and treatment of affective disorders* New York, Academic Press, 1979, 277–287
- Shea, SC (1998) The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation *J Clin Psychiatry*, 59, 58-72
- 30 Shea, SC (1999) *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors* Hoboken (NJ), Wiley
- Singh, GK, Siahpush, M (2001) All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States *Am J Public Health*, 91, 392–399
- 35 Siris SG: Depression in schizophrenia: perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1379–1389
- Skogman, K, Alsén, M, Öjehagen, A (2004) Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide A follow-up study of 1052 suicide attempters *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 113-120
- 40

- Sno HN, Beekman ATF, Hengeveld MW, Kuiper T, Kupka RW, Naarding P e.a. Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Amsterdam: Boom; 2004.
- 5 Stefansson J, Nordström P, Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ: Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study *Am J Psychiatry* 2000; 157:601–608
- Stack S (2001) Occupation and suicide *Soc Sci Q* 82:384–396
- 10 Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Bronnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K, Bille-Brahe U: Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992; 55:542–545
- Stuckler, D, S Basu, M Suhrcke, A Coutts, M McKee 2009 The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis *The Lancet* 374(9686):315-23
- 15 Suokas, J, Suominen, K, Isometsa, E, Ostama, A, Lönnqvist J (2001) Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide findings of a 14-year follow-up study *Acta Psychiatr Scand*, 104, 117–121
- Taylor, R, Morrell, S, Slaytor, E, Ford, P (1998) Suicide in urban New South Wales, Australia 1985-1994: socio-economic and migrant interactions *Soc Sci Med*, 47, 1677-1686
- 20 Ten Have, M, de Graaf, R, van Dorsselaer, S, Verdurmen, J, van 't Land, H, Vollebergh, W (2006) Suicidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen Resultaten van de "Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study" (NEMESIS) Utrecht, Trimbos
- 25 Ten Have, M, de Graaf, R, van Dorsselaer, S, Verdurmen, J, van 't Land, H, Vollebergh, W, Beekman, A (2009) Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population *Can J Psychiatry*, 54, 824-33
- Tidemalm, D, Långström, N, Lichtenstein, P, Runeson, B (2008) Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up *Br Med J*, 337, a2205
- 30 Tondo L, Isacsson G, Baldessarini RJ: Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention *CNS Drugs* 2003; 17:491–511
- Useda, J D, Duberstein, P R, Conner, K R, Beckman, A, Franus, N, Tu, X, et al(2007) Personality differences in attempted suicide versus suicide in adults 50 years of age or older *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 126-133
- 35 Uncapher, H, Gallagher-Thompson, D, Osgood, N J, & Bongar, B (1998) Hopelessness and suicidal ideation in older adults *The Gerontologist*, 38, 62–70
- Van Heeringen K (2003) The neurobiology of suicide and suicidality *Can J Psychiatry*, 48, 292-300
- 40 Velting, D M (1999) Suicidal ideation and the five-factor model of personality *Personality and Individual Differences*, 27, 943-952

- Verkes, RJ, Van der Mast, RC, Kerkhof, AJ, Fekkes, D, Hengeveld, MW, Tuyl, JP, van Kempen, GM (1998) Platelet serotonin, monoamine oxidase activity, and [3h]paroxetine binding related to impulsive suicide attempts and borderline personality disorder *Biol Psychiatry*, 15, 740-746
- 5 Verkes, RJ, Van der Mast, RC, Hengeveld, MW, Tuyl, JP, Zwinderman, AH, van Kempen GM (1998) Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patient with repeated suicide attempts but not major depression *Am J Psychiatry*, 155, 543-547
- Vizcarra, B, Hassan, F, Hunter, W M, Munoz, S R, Ramiro, L, & De Paula, C S  
10 (2004) Partner violence as a risk factor for mental health among women from communities in the Philippines, Egypt, Chile, and India *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 11, 125-129
- Wagner, BM (1997) Family Risk Factors for Child and Adolescent Suicidal Behavior *Psychological Bulletin*, 121, 246-298
- 15 Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB: Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program *Am J Psychiatry* 2000; 157:1876-1878
- Weinstock, L M, Strong, D, Uebelacker, L A, & Miller, I W (2009) Differential itemfunction- ing of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of  
20 mania versus without: An item response theory analysis *Bipolar Disorder*, 11, 289-297
- Weisman, A, Worden, JW (1972) Risk-rescue rating in suicide assessment *Arch Gen Psychiatry*, 26, 553-560
- Wender, PH, Kety, SS, Rosenthal, D, Schulsinger, F, Ortmann, J, Lunde, I (1986)  
25 Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders *Arch Gen Psychiatry*, 43, 923-929
- Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M: Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 Years and older and a general population comparison group *Am J Geriatr Psychiatry* 18:1, January 2010, 57-67
- 30 Wilson ST, Amador XF Awareness of illness and the risk of suicide in schizophrenia In: Tatarelli R, Pompili M, Girardi P (Eds) *Suicide in schizophrenia* Nova Science Publishers Inc New York, 2006
- Wingood GM, DiClemente RJ, Raj A: Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters *Am J Prev Med*  
35 2000; 19:270-275;
- Young MA, Fogg LF, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J: Stable trait components of hopelessness: baseline and sensitivity to depression *J Abnorm Psychol* 1996; 105:155-165)
- Zouk, H, Tousignant, M, Séguin, M, Lesage, A, & Turecki, G (2006)  
40 Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 195-204

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

### 10 **A Eerste interventies**

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

#### 20 **6.1 Welke somatische, psychiatrische en psychosociale interventies moeten het eerst worden overwogen?**

In zowel eerste- als tweedelijnsvoorzieningen worden patiënten gezien met meer  
25 of minder ernstige suïcidale gedragingen; reden om hier de vraag te beantwoorden welke interventies op welk moment nodig zijn.

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

30 Er is geen onderzoek gedaan naar de vraag welke somatische, psychiatrische en psychosociale interventies moeten worden gedaan. Uit het stress-kwetsbaarheidsmodel en de toestand van entrapment (zie Hoofdstuk 3) waarin een patiënt verkeert kunnen interventies worden afgeleid.

*Overige overwegingen*

- Somatische interventies zijn nodig als anamnese en onderzoek wijzen in de richting van een somatische aandoening, bijvoorbeeld bij het plotseling optreden van een bewustzijnsverandering of bizar gedrag. De arts zal de interventies moeten bepalen en in veel gevallen is consultatie van een psychiater nodig, vooral als psychische ontregeling dreigt of al plaatsvindt. Wetenschappelijk onderzoek naar welke somatische interventies wanneer nodig zijn is niet voorhanden, omdat het niet gaat om interventies gericht op een specifieke aandoening.
- 5
- 10 Ook kunnen somatische interventies nodig zijn wanneer het vermoeden rijst dat de patiënt reeds een zelfbeschadigende handeling heeft verricht. Gedetailleerd moet worden nagevraagd welke medicijnen zijn ingenomen, wanneer, in welke hoeveelheid, al dan niet met alcohol ingenomen, enzovoort.
- 15 Psychiatrische en psychosociale interventies zullen zich richten op beïnvloeding van de ernst van het suïcidale gedrag en de directe aanleidingen, althans voor zover dat mogelijk is. Eerste interventies zijn erop gericht de veiligheid van de patiënt te bevorderen, de werkrelatie te bevorderen, eventuele psychiatrische ontregelingen te behandelen, de juiste setting van behandeling vast te stellen en de continuïteit van de zorg te bevorderen. Ook dienen indien mogelijk en zo snel mogelijk familieleden en/of de partner bij de behandeling te worden betrokken.
- 20 Hieronder wordt nader ingegaan op interventies bij ambulante patiënten, klinische patiënten en patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan.

*Ambulante en klinische patiënten*

- 25 Bij ambulante patiënten zal de eerste interventie neerkomen op een gesprek waarin duidelijk wordt of het suïcidale gedrag is te hanteren of te verminderen. Wetenschappelijk onderzoek is niet voorhanden; interventies zullen afhangen van de hypothese over hoe het suïcidaal gedrag is ontstaan. Dit geldt ook voor klinische patiënten. Patiënt en professional zullen bij een goede werkrelatie samen een werkhypothese opstellen die leidend is voor het bepalen van eventuele interventies.
- 30
- Daarbij is nodig onderscheid te maken tussen factoren die wel of niet beïnvloedbaar zijn. Het is niet aannemelijk dat factoren als langdurige kwetsbaarheid of persoonlijkheidsstoornissen op korte termijn beïnvloed kunnen worden. Uiteraard zijn deze factoren ook van belang en professionals doen er goed aan de mogelijkheid van beïnvloeding dan wel behandeling op langere termijn met de patiënt te bespreken. Factoren die mogelijk wel op korte termijn beïnvloedbaar zijn, zoals actuele psychiatrische verschijnselen en directe aanleidingen, meestal psychosociale stressoren, worden hierna besproken.
- 35
- 40 Eerste interventies gericht op een actuele psychiatrische aandoening betreffen het verstrekken van psychofarmaca. In de eerste plaats gaat het onder andere om bestrijden van angst, hopeloosheid, agitatie, slapeloosheid en hallucinaties of wanen die het suïcidale gedrag van de patiënt deels of geheel veroorzaken.

Gezien het feit dat bij ongeveer 90% van alle suïcides een psychiatrische stoornis, meestal een depressie, is vastgesteld moeten professionals alert zijn op de aanwezigheid hiervan. Zowel de patiënt als de naasten moeten geïnformeerd worden over de betekenis en de gevolgen van een eventuele psychiatrische stoornis (zie ook Hoofdstuk 4). Suïcidaal gedrag komt vaak voor bij depressies en met patiënt en naasten is daarom een goede samenwerking, een bondgenootschap, vereist. Immers, de behandeling van een depressie leidt pas na enkele weken tot zichtbaar resultaat en tot die tijd is dit bondgenootschap noodzakelijk. Het bespreken van risicofactoren kan daarbij ook helpen de relevantie ervan te bepalen en reële verwachtingen te blijven koesteren over de mogelijkheid van het voorkomen van suïcide. Dit alles geldt ook voor patiënten met suïcidaal gedrag die aan andere psychiatrische stoornissen lijden. Psycho-educatie over de stoornis zelf, het suïcidale gedrag dat daarmee in verband staat en de risicofactoren en beschermende factoren die medebepalend zijn, behoren tot de eerste interventies.

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

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

Het is van belang rekening te houden met de toestand van de patiënt zoals deze die zelf ervaart. Na doorvragen kunnen patiënten meestal aanleidingen noemen, waarbij het soms opvalt dat bij sommige recidivisten onder de suïcidepogers niet erg ingrijpende gebeurtenissen tot suïcidaal gedrag hebben geleid (Joiner en Rudd 2000). Het is dus van belang de eigen perceptie van de patiënt, zijn eigen verhaal en de intentie en motieven van het suïcidaal gedrag te kennen. Het empathisch benoemen van aspecten als klemzitten en de daarmee gepaard gaande vermindering van de probleemoplossingsvaardigheden bevordert de werkrelatie en de motivatie voor nazorg en behandeling.

40

Een voorbeeld: *een 56-jarige man wordt door de huisarts beoordeeld nadat hij bij zijn vrouw had aangegeven naar het spoor te zullen gaan. Bij onderzoek wordt een moedeloze man gezien die vertelt dat hij een conflict met zijn vrouw heeft gehad die vond dat hij 'eindelijk eens iets aan zijn passieve houding moest doen'. Hij blijkt na een arbeidsconflict al drie maanden thuis te zitten, somber te*

45

zijn, slecht te slapen en te eten. Zijn vrouw is geschokt en ziet zijn suïcidedreiging als het volgende bewijs van zijn vermijdende houding. De werkhypothese luidt dat er sprake is van een depressie die nog niet behandeld wordt bij een man die zich afgewezen voelt door zijn vrouw. De eerste  
5 interventie bestaat uit het benoemen van zijn sombere stemming en gevoelens van afwijzing, die hij herkent en waardoor hij zich begrepen voelt. De volgende interventie is een gesprek met patiënt en zijn vrouw, waarbij uitleg over depressie wordt gegeven. Echtgenote blijkt daarop opgelucht te zijn, waarna  
10 wordt overeengekomen dat behandeling voor de depressie geïndiceerd is. Expliciet wordt afgesproken dat echtgenote bij de behandeling betrokken zal blijven.

#### *Patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan*

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

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

20 Uit een cohortonderzoek bij 246 patiënten die na een suïcidepoging op een SEH kwamen werd 58% niet door een psychiater beoordeeld. Degene die tussen 17:00 en 09:00 uur kwamen werden minder vaak door een psychiater beoordeeld dan degenen die tussen 09:00 en 17:00 uur kwamen. Van de niet-beoordeelde patiënten deed 37% een recidiefpoging in het daaropvolgende jaar,  
25 in de andere groep was dat 18% (Hickey e.a. 2001).

In een cohortonderzoek van 604 suïcidepogers gezien in een algemeen ziekenhuis bleek dat binnen 12 weken 18 % van de patiënten die niet waren beoordeeld een recidiefpoging deden, terwijl dat bij 10% het geval was van de patiënten die wel beoordeeld werden ( $p < 0.005$ ). Dit impliceert dat de kans op  
30 een recidief bij deze laatste groep ongeveer de helft kleiner was (Kapur e.a. 2002). In eenzelfde soort onderzoek met langere follow-up bij 658 suïcidepogers kon dat niet bevestigd worden, maar bleek dat verwijzing voor specialistische behandeling de recidiefkans halveerde (Kapur e.a. 2004). In beide onderzoeken bleek er een grote groep suïcidepogers te zijn die niet de zorg kregen die het  
35 risico van herhaling van een poging kan verminderen. Omdat de beoordeling en de zorg die een deel wel kreeg nogal bescheiden lijkt, is uit deze onderzoeken toch de conclusie te trekken dat beoordeling en verwijzing op zich al tot een opmerkelijke vermindering van recidieven kan leiden.

In dit verband is een onderzoek van Cedereke en Ojehagen (2002) relevant  
40 waarin werd vastgesteld dat suïcidepogers zelf vooral behoefte hadden aan hulp bij gezondheidsproblemen en bij basale en sociale problemen (Cedereke en Ojehagen 2002). Daar valt uit af te leiden dat aandacht voor dergelijke problemen bij het maken van een behandelplan van belang is.



Conclusie

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat psychiatrische en psychosociale beoordeling van patiënten met suïcidaal gedrag op een SEH de kans op een recidief verkleint.</p> <p><i>C: Hickey 2001; B Kapur 2002; B Kapur e.a. 2004</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat verwijzing van patiënten die een suïcidepoging deden naar specialistische behandeling de kans op recidief vermindert.</p> <p><i>B: Kapur e.a. 2004</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat betekenisvolle anderen relevante informatie kunnen verstrekken over patiënten met suïcidaal gedrag op een afdeling spoedeisende hulp</p> <p><i>C: Magne-Invar e.a. 1999; Cedereke e.a. 2002</i></p>
-----------------	---

5 *Aanbevelingen*

<p>Het is vereist een somaticus in te schakelen wanneer bij een suïcidale patiënt aanwijzingen bestaan voor een somatische stoornis.</p> <p>Het is vereist een psychiater in te schakelen wanneer bij een suïcidale patiënt aanwijzingen bestaan voor een psychiatrische stoornis.</p> <p>Het is aan te bevelen om eerste interventies te richten op beïnvloeding van het suïcidaal gedrag en de directe aanleidingen daarvan. Daarbij behoren het bevorderen van de veiligheid van de patiënt, het bevorderen van een werkrelatie, behandelen van psychiatrische ontregelingen, het vaststellen van de juiste plaats van behandeling en bevorderen van de continuïteit van behandeling.</p>
--

Het is sterk aan te bevelen patiënten met een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis psycho-educatie te geven over de stoornis, het suïcidale gedrag dat daarmee in verband staat en de risicofactoren en beschermende factoren die medebepalend zijn. Het is sterk aan te bevelen indien mogelijk daarbij naasten te betrekken.

suïcidaal gedrag te verminderen of te hanteren. Daarbij is het vereist vast te stellen of actuele psychiatrische verschijnselen en directe aanleidingen, meestal psychosociale stressoren, beïnvloedbaar zijn.

Het is sterk aan te bevelen patiënten na een suïcidepoging door een psychiater te laten beoordelen. Daarbij zal verwijzing voor specialistische behandeling moeten worden overwogen.

## 6.2 Welke eerste interventies vinden plaats onder WGBO en BOPZ?

- 5 Professionals komen dikwijls voor de situaties te staan waarin zij of anderen zich afvragen hoe in te grijpen bij een patiënt die zich suïcidaal uit, maar de patiënt hulp afwijst of niet goed in staat is daarover uitspraken te doen. Het is van belang erop te wijzen dat iedere professional er altijd goed aan doet te handelen naar eigen inzicht en mogelijkheden zoals dat in de opleiding is geleerd, met inachtneming van het wettelijk criterium van 'goed hulpverlenerschap'.
- 10 Daarnaast is het vereist de mogelijkheden te kennen die de wet hen biedt.

### *Wetenschappelijke onderbouwing*

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

*Conclusie*

<b>Niveau 4</b>	<p>Professionals zijn voor hun handelen bij suïcidale patiënten gehouden aan de WGBO en de BOPZ. Dat wil zeggen dat een BOPZ-opname nodig kan zijn om dreigend gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis te voorkomen. De WGBO vigeert bij wilsbekwaamheidsbeoordeling.</p> <p>richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling, 2008</p>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

- 5 Eerste interventies zullen afhankelijk zijn van de toestand van de patiënt. Bij patiënten met suïcidaal gedrag kan het in de praktijk voor professionals moeilijk zijn te interveniëren, omdat de patiënt dit weigert of zich hier daadwerkelijk tegen verzet. Is somatisch handelen noodzakelijk om ernstig nadeel voor de lichamelijke gezondheid, in het ernstigste geval overlijden, te voorkomen, dan dient beoordeeld te worden of de patiënt wilsbekwaam is. Buiten of binnen een instelling of ziekenhuis dient een arts dit te doen (dit kan dus ook een psychiater zijn). Op een SEH komt het nogal eens voor dat de psychiater voor beoordeling van de wilsbekwaamheid wordt gevraagd, maar iedere arts dient dit zelf te kunnen. Bij twijfel kan de psychiater in consult gevraagd worden. Bij
- 10 wilsonbekwaamheid handelt de arts volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) als goed professional, nadat deze getracht heeft vervangende toestemming van naastbetrokkenen te verkrijgen. Bij twijfel geldt: wel behandelen. Een patiënt die na zelfbeschadigend gedrag behandeling weigert, ongeacht de reden die daarvoor wordt gegeven, mag als
- 15 wilsonbekwaam worden beschouwd. Immers, de patiënt geeft met de weigering aan niet in staat te worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Tevens geeft de WGBO (artikel 466, lid 1) aan dat zonder toestemming gehandeld mag worden indien de tijd ontbreekt voor het vragen van toestemming (Koers, 1999).
- 20
- 25 Indien de patiënt wilsbekwaam wordt geacht maar behandeling blijft weigeren of zich hiertegen verzet, dient beoordeeld te worden of patiënt voldoet aan de vier cumulatieve criteria om een inbewaringstelling (IBS) in de zin van de Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) aan te vragen. Dit rechtvaardigt op zich alleen dwangopname op een psychiatrische afdeling en
- 30 geen somatische behandeling of psychiatrische dwangbehandeling. Een BOPZ-opname is bedoeld om dreigend gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis te voorkomen; de WGBO kan gebruikt worden als legitimering om een noodzakelijke somatische behandeling in te zetten bij wilsonbekwame patiënten.
- 35 Daar waar de WGBO en BOPZ conflicteren (bijvoorbeeld bij een somatische dwangbehandeling ter voorkoming van ernstige somatische schade die niet in

- een psychiatrisch ziekenhuis gegeven kan worden) dient de somatische behandeling voorrang te krijgen (Klijn e.a. 2004). De overwegingen en besluitvorming in deze gevallen volgt de richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling (Van Tilburg, 2008). Indien een patiënt wilsbekwaam wordt
- 5 geacht ter zake van zijn of haar oordeel te willen sterven, dient dat gerespecteerd te worden, maar een dergelijke situatie is anders dan wanneer een patiënt na een suïcidepoging op een SEH belandt. Zelfs in geval de patiënt een verklaring overlegt dood te willen, is op zo'n moment sprake van wilsonbekwaamheid ter zake van behandeling van somatisch letsel.
- 10 Het toepassen van dwangmaatregelen kan suïcide niet altijd voorkomen. Een onderzoek naar dwangmaatregelen die waren toegepast bij 76 opgenomen patiënten die zich hadden gesuïcideerd toonde dat bij de helft een-op-een-begeleiding of elk kwartier observatie was toegepast (Busch, e.a. 2003).
- 15 Na te hebben vastgesteld dat restrictieve maatregelen niet altijd een suïcide kunnen voorkomen, doet zich de vraag voor of er alternatieven zijn. In de eerste plaats is niet aangetoond hoe vaak restrictieve maatregelen een suïcide wel voorkomen, maar in de praktijk is dat zeker niet uitgesloten. Daarbij komt dat het toepassen van dergelijke maatregelen op velerlei manieren kan gebeuren. In het ideale geval komt het met een patiënt toch tot samenwerking, waarbij
- 20 restrictieve maatregelen als een positief middel worden gezien. Daarnaast streven verdient sterke aanbeveling.

#### *Aanbevelingen*

Het is vereist, indien somatische behandeling nodig is teneinde ernstig nadeel af te wenden maar de patiënt dit weigert of zich verzet, de beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake door een arts te laten plaatsvinden.

Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag wilsonbekwaam is maar behandeling weigert of zich hiertegen verzet, de arts handelt volgens de WGBO als 'goed hulpverlener' om nadeel voor de patiënt te voorkomen. Tegelijkertijd is aan te bevelen dat de professional zoekt naar alternatieven, probeert de patiënt te overtuigen en blijft streven naar consensus.

Het is vereist dat, indien een patiënt met suïcidaal gedrag behandeling weigert of zich hiertegen verzet, een arts of psychiater beoordeelt of dwangopname volgens de Wet BOPZ nodig is om gevaar voortvloeiend uit een psychiatrische stoornis af te wenden.

Het is vereist somatische behandeling ter voorkoming van ernstige lichamelijke schade voorrang te geven.

### 6.3 Welke interventies bevorderen de therapietrouw?

Een van de problemen die zich voordoen bij de zorg aan patiënten met suïcidaal gedrag, specifiek patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan, is de geringe therapietrouw. Dikwijls blijken patiënten niet in behandeling te komen of tijdens  
5 de behandeling af te haken. Veertig procent zou niet in zorg komen (Van Heeringen, 1992). Het is dus van belang te weten welke interventies de therapietrouw kunnen bevorderen.

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

10 In principe zal bij iedere patiënt met suïcidaal gedrag die nog niet in behandeling is behandeling worden nagestreefd. Een behandeling sluit idealiter aan bij de behoeften van de patiënt. In een onderzoek bleken van 216 suïcidepogers de basale en sociale behoeften na 12 maanden niet veranderd (Cedereke e.a. 2002); reden voor de auteurs te pleiten voor een betere inventarisatie van deze  
15 behoeften tijdens het eerste contact.

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het effect van interventies om de therapietrouw te vergroten. Dat dit nodig is mag worden afgeleid uit de vaststelling dat suïcidepogers zich van een consult met een psychiater in een ziekenhuis dikwijls weinig herinneren en dat zij er bij thuiskomst in een aantal  
20 opzichten niet goed aan toe zijn. In een onderzoek bij 52 suïcidepogers werd vastgesteld dat de psychiatrische diagnostiek en de mate van suïcidaal gedrag tijdens het verblijf in een ziekenhuis na een poging een zelfde beeld op te leveren als wanneer dit vijf dagen later thuis nog eens wordt onderzocht (Verwey e.a. 2009). Echter, thuis bleken deze patiënten significant meer te piekeren en  
25 een lagere zelfwaardering te hebben dan tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Ook bleek de helft zich weinig meer te herinneren van de afspraken die in het ziekenhuis waren gemaakt ten aanzien van de nazorg.

Telefonische follow-up een maand na een suïcidepoging kan mogelijk de therapietrouw verhogen en de kans op een herhaalde poging verminderen. In  
30 een gerandomiseerd onderzoek werden 216 suïcidepogers na een maand twee keer gebeld om ze te motiveren zich te laten behandelen of de behandeling voort te zetten (Cedereke e.a. 2002). Van degenen die gebeld waren en bij aanvang niet in psychiatrische behandeling waren bleek 56% na een jaar in behandeling te zijn (overigens niet psychiatrisch), een significante stijging van meer dan  
35 30%. In dit onderzoek werd vastgesteld dat de interventie niet tot minder suïcidepogingen had geleid. Van 827 suïcidepogers bleken degene die tijdens een crisis een telefonisch consult konden aanvragen na zes maanden niet minder vaak een herhaalde poging te hebben gedaan (Evans 1999). Er was een  
40 aanwijzing dat degenen die een eerste poging hadden gedaan wel profiteerden van deze interventie. Van 605 suïcidepogers bleken degene die na een maand werden gebeld na 13 maanden minder vaak herhaalde pogingen te hebben gedaan dan diegenen die na drie maanden waren gebeld. (Vaiva e.a. 2006).

Voorzichtig mag worden geconcludeerd dat een telefonische follow-up de therapietrouw kan verhogen en de kans op recidieven kan verminderen.

Patiënten actief vervolgen door een of meerdere huisbezoeken aan patiënten die niet op een afspraak komen, kan de therapietrouw verhogen. In een gerandomiseerd onderzoek bij 516 patiënten na een suïcidepoging bleek na een jaar in de interventiegroep de therapietrouw significant hoger te zijn te zijn (Van Heeringen e.a. 1995) dan in de controlegroep. Het aantal herhaalde pogingen bleek ook te verminderen, zij het net niet significant ( $p=0.056$ ). In een vergelijkbaar onderzoek werden 119 geselecteerde patiënten thuis door een verpleegkundige bezocht die een korte interventie deed, waarbij bleek dat na zes maanden het aantal recidieven significant was verminderd (9% versus 28%) (Guthrie e.a. 2001).

In vijf landen werden in totaal 1.876 suïcidepogers gerandomiseerd naar een conditie waarin zij een zogenaamde brief intervention and contact (BIC) kregen aangeboden (Fleischmann e.a. 2008). De BIC bestond uit informatie, educatie en praktische adviezen, gegeven in tien telefonische of poliklinische contacten over een periode van een jaar. Na 18 maanden bleek dat in de interventiegroep significant minder patiënten zich hadden gesuïcideerd.

In Australië werd onderzocht of het acht keer sturen van een kaartje over een periode van een jaar aan een suïcidepogger effectief was om herhaalde pogingen te voorkomen. In dit gerandomiseerde onderzoek bleek het aantal patiënten dat binnen twee jaar een herhaalde poging ondernam niet te verminderden, maar het aantal pogingen per persoon verminderde significant (Carter e.a. 2007).

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat het actief volgen van patiënten na een suïcidepoging helpt de therapietrouw te verbeteren en mogelijk herhaalde pogingen en suïcides kan voorkomen.</p> <p><i>B Van Heeringen 1995, Vaiva e.a. 2006, Fleischmann 2008 A2 Carter 2007, Verwey 2009</i></p>
-----------------	---

25 *Overige overwegingen*

Het is van belang erop te wijzen dat therapietrouw niet alleen is toe te schrijven aan de opstelling van de patiënt in zijn of haar toestand. Bij onvoldoende trouw zal iedere professional moeten nagaan welke andere redenen daarvoor kunnen zijn. Voelt de patiënt zich voldoende gehoord of begrepen en zo niet, wat is daarvan de oorzaak? Is de diagnose juist geweest en met de patiënt besproken? Evaluatie van het contact of de behandeling kan ertoe leiden dat de professional actief probeert de patiënt te motiveren voor behandeling.

Gezien het belang van continuïteit van behandeling en zorg op korte termijn bij patiënten met suïcidaal gedrag, in het bijzonder na een suïcidepoging of na

ontslag na een opname, dient het realiseren van ketenzorg prioriteit te hebben. Dat geldt zowel de individuele behandeling van patiënten als het maken van afspraken tussen afdelingen en instellingen. Hier wordt verwezen naar het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens e.a. 2010, Hoofdstuk 4)

5

#### *Aanbevelingen*

Het is sterk aan te bevelen na een suïcidepoging onmiddellijk aansluitende zorg te regelen en strategieën toe te passen die de therapietrouw kunnen verhogen, zoals telefonische follow-up, het sturen van een kaartje of een huisbezoek.

#### 10 **6.4 Wat is het effect van een non-suïcidecontract op het verkleinen van de kans op suïcide en op de behandelrelatie?**

Om de veiligheid van suïcidale patiënten te vergroten, worden vaak afspraken gemaakt tussen patiënt en de professional over wat de patiënt zal of kan doen wanneer hij of zij in een suïcidale crisis komt. Dat kan in de vorm van een  
15 signalerings- of veiligheidsplan, of in de vorm van een non-suïcidecontract. Er zijn vele varianten van dergelijke afspraken in omloop, waardoor het moeilijk is algemene uitspraken te doen over de waarde. Bovendien is het welhaast onmogelijk de waarde van veiligheidsafspraken in gecontroleerd onderzoek vast te stellen. In het navolgende wordt nagegaan wat bekend is over het effect van  
20 non-suïcidecontracten op het verkleinen van de kans op suïcide en op de behandelrelatie. Onder non-suïcidecontracten wordt verstaan alle schriftelijke of mondelinge afspraken waarin de patiënt toezegt een zekere periode geen suïcide te zullen plegen, terwijl de professional toezegt steeds bereikbaar te zijn om de patiënt bij te staan op moeilijke momenten, dan wel dat collega's bereikbaar  
25 zullen zijn.

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

In een dossieronderzoek van meldingen van suïcides aan de Inspectie voor de  
30 Gezondheidszorg (IGZ) over de periode 1996-2006 bleek dat in 23% van de gevallen sprake was van een non-suïcidecontract (De Vries e.a. 2008). De indruk was dat non-suïcidecontracten vaker werden gebruikt bij patiënten met een hoger ingeschat suïciderisico.

Drew e.a. (2001) onderzochten retrospectief non-suïcidecontracten en  
35 zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag aan de hand van data van twee psychiatrische afdelingen van een ziekenhuis. In totaal werden 650 ziekenhuisrecords bekeken gedurende 6,5 maanden: 31 (4.8%) personen

vertoonden zelfbeschadigend gedrag, 14 van de 31 patiënten had hierbij een  
suïcidale intentie. Bij 33% van alle patiënten werden non-suïcidecontracten  
gebruikt, bij de 31 patiënten met zelfbeschadiging gedrag was dit 65% (n=20).  
Patiënten met een non-suïcidecontract hadden een vijf tot zeven keer hogere  
5 kans op zelfbeschadigend gedrag dan patiënten zonder non-suïcidecontracten.  
Ook hier kwam naar voren dat het gebruik van dergelijke contracten vooral werd  
ingezet bij de patiënten met een hoger ingeschat risico op suïcide.

Farrow e.a. (2002) voerden een kwalitatief onderzoek uit naar de vraag waarom  
verpleegkundigen in crisisteams soms eerder non-suïcidecontracten gebruiken  
10 dan te vertrouwen op hun intuïtie. Uit deze studie kwam de suggestie naar voren  
dat dergelijke contracten soms werden gebruikt als zelfbescherming van de  
verpleegkundige tegen een mogelijke negatieve beoordeling door collega's en  
leidinggevendenden. Overigens bleek dat geen van de verpleegkundigen ooit een  
training had ondergaan in het toepassen van non-suïcidecontracten. Zij  
15 gebruikten de contracten vooral wanneer ze geen enkele andere interventie  
meer konden bedenken, of als een laatste middel bij gebrek aan beter,  
tijdgebrek en overbelasting vanwege crisissituaties bij andere patiënten.

De APA-richtlijn (2003) vat samen dat non-suïcidecontracten niet beschouwd  
mogen worden als een substituut voor zorgvuldige beoordeling. De bereidheid  
20 van de patiënt een contract te accepteren of te weigeren kan niet worden gezien  
als aanwijzing voor verdere risico's. Er zijn aanwijzingen dat het gebruik  
patiënten belemmert om over hun suïcidale gedrag te praten. Daarbij worden  
zulke contracten niet aanbevolen voor patiënten die geagiteerd, psychotisch,  
impulsief, of onder invloed van middelen zijn. Non-suïcidecontracten worden wel  
25 gebruikt in langer bestaande behandelrelaties, maar kunnen niet gebruikt  
worden in crisisdiensten of bij nieuwe patiënten (APA 2003).

De New Zealand Guideline Group richtlijn (2003) stelt dat het gebruik van een  
non-suïcidecontract op geen enkele wijze de veiligheid van de patiënt garandeert  
en ook niet werkt om af te schrikken.

30

### Conclusie

<b>Niveau 4</b>	Er zijn aanwijzingen dat een non-suïcidecontract niet bijdraagt tot het voorkomen van suïcide. Een non-suïcidecontract geeft geen garantie dat de patiënt zich niet zal suïcideren.  D De Vries e.a. 2008; C Farrow e.a. 2002, Drew 2001
-----------------	--



*Overige overwegingen*

In de praktijk wordt het non-suïcidecontract nog regelmatig gebruikt, maar de ervaringen van patiënten, verpleegkundigen en psychiaters zijn wisselend. Wisselend voor wat betreft het aangaan van een therapeutische relatie en het contact tussen patiënt en professionals, en het al dan niet voorkómen van suïcide. Daarnaast hebben contracten mogelijk schadelijke effecten, zoals een verminderde aandacht voor het feitelijke suïciderisico (De Vries, 2008). Van belang is op te merken dat schriftelijk ondertekende non-suïcidecontracten geen rechtsgeldigheid bezitten. Door patiënten worden ze soms contrecouper ondertekend en ook uit angst geen hulp meer te zullen ontvangen.

*Aanbevelingen*

Het is sterk af te raden gebruik te maken van een non-suïcidecontract in acute situaties of bij onbekende patiënten. In langer durende therapeutische relaties is het soms te overwegen om mondelinge afspraken te hanteren als middel om suïcidaal gedrag bespreekbaar te maken.

**6.5 Wat is het effect van een signalerings- of veiligheidsplan?  
Welke elementen moet een veiligheidsplan bevatten?**

Bij suïcidaal gedrag en herhaald zelfbeschadigend gedrag kan ingezet worden op vroegsignalering en vroege interventie. Bij het opstellen en toepassen van signaleringsplannen (Bosman en Van Meijel, 2009; Fluttert e.a. 2008, Van der Werf e.a. 1998, Van Meijel, 2003) wordt vroegtijdige signalering door de patiënt van voortekenen nagestreefd. De ervaring is dat suïcidaal en zelfdestructief gedrag meestal niet van het ene op het andere moment ontstaan, maar een geleidelijke opbouw herkenbaar is. Soms zijn er specifieke risicomomenten en situaties bekend waarin het gedrag optreedt. De tijd vanaf het moment dat de eerste tekenen van ontregeling zichtbaar zijn tot het moment van escalatie waarbij het suïcidale gedrag zich in volle hevigheid voordoet, biedt mogelijkheden voor preventieve interventies. Door het snel en adequaat reageren op de vroege voortekenen, kan ernstige schade mogelijk voorkomen worden. Voor patiënten met langdurige kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag lijkt het werken met signaleringsplannen een belangrijke aanvulling te zijn.

Onderdeel van het signaleringsplan is de crisisresponskaart, voor die momenten waarop acuut handelen nodig is om schade te voorkomen. Het doel van signaleringsplannen en crisisresponskaarten is de patiënt meer inzicht te geven in het proces van oplopende stress en wanhoop, en leren zelfstandig te worden in het doorstaan van (suïcidale) crises.

De terminologie van dergelijke plannen is niet eenduidig; veel gebruikte termen zijn signaleringsplan, veiligheidsplan, noodplan, crisisplan, crisisresponskaart, crisiskaart.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is weinig onderzoek naar het gebruik van signaleringsplannen ten behoeve van het voorkomen van suïcidaal gedrag. Potter e.a. (2005) onderzochten in een quasi-experimenteel design de implementatie van een veiligheidsplan in de acute psychiatrie door verpleegkundigen. Er werden twee metingen uitgevoerd (na drie en 12 maanden) onder 44 verpleegkundigen werkzaam in een acute psychiatrie afdeling in de UK. Door de veiligheidsplannen voelde 48% zich comfortabeler bij het begeleiden van suïcidale patiënten. Deelnemers waren verdeeld over de vraag of veiligheidsplannen de relatie met de patiënt bevorderden. Na de implementatie van de veiligheidsplannen werd een lichte maar niet significante daling in het aantal incidenten van zelfbeschadiging gevonden.

Conclusie

<b>Niveau 4</b>	Er is enige aanwijzing dat voor verpleegkundigen een veiligheidsplan een nuttig hulpmiddel is bij de opvang en begeleiding van suïcidale patiënten.  <i>C Potter e.a. 2005</i>
-----------------	--

15 *Overige overwegingen*

Overeenkomstige elementen in crisisresponskaarten zijn 1) het opnemen van gegevens van contactpersonen die in tijden van crisis geïnformeerd moeten worden; 2) acties die de persoon zelf kan uitvoeren op het moment dat hij in crisis verkeert; 3) als dat niet afdoende werkt, informatie waar de persoon hulp kan inschakelen (binnen en buiten kantooruren) van bijvoorbeeld een GGZ-instelling. Ook de mogelijkheid om [www.113online.nl](http://www.113online.nl) te consulteren kan hierin opgenomen worden.

Signaleringsplannen gaan verder dan een crisisresponskaart en proberen het proces van oplopende stress en wanhoop in beeld te brengen aan de hand van uitlokkers en vroege voortekenen. Er wordt een indeling gemaakt in fases van oplopende spanning en wanhoop, waarbij per fase de belangrijkste vroege voortekenen zijn benoemd. Per fase worden acties omschreven die de persoon zelf of eventuele naasten kunnen inzetten om spanning en wanhoop te reduceren. Het is aan te bevelen om een belangrijke persoon uit het netwerk van de patiënt te betrekken bij het maken van het signaleringsplan. Deze kan meedenken met de patiënt en de patiënt ondersteunen bij het uitvoeren van de acties uit het signaleringsplan. Het samen met de patiënt opstellen van crisisresponskaarten en signaleringsplannen is veelal een verpleegkundige taak. Het is van belang na een crisis te evalueren in hoeverre het signaleringsplan heeft gewerkt en/of moet worden bijgesteld.

In acute settingen, zoals op een spoedeisende hulp, is het niet altijd haalbaar om een crisisresponskaart op te stellen, maar ook daar kan zowel mondeling als

schriftelijk informatie aan patiënt en naasten worden verstrekt over het mogelijk terugkerende karakter van suïcidale gedachten en welke stappen dan gezet kunnen worden, vooral hoe en waar professionele hulp ingeschakeld kan worden.

*Aanbevelingen*

Het aan te bevelen om bij regelmatig terugkerend suïcidaal gedrag een veiligheidsplan, een signaleringsplan en/of een crisisresponskaart op te stellen voor het omgaan met toekomstig suïcidaal gedrag.

Het is sterk aan te bevelen de inhoud en het effect van een signaleringsplan of crisisresponskaart regelmatig, in ieder geval na elke suïcidale crisis, te evalueren.

Het is aan te bevelen dat verpleegkundigen bij het opstellen en evalueren van signaleringsplannen en crisisresponskaarten een belangrijke rol spelen.

Het is sterk aan te bevelen op een SEH of andere acute setting patiënten en hun naasten zowel mondeling als schriftelijk te informeren over het mogelijk terugkerend karakter van suïcidaal gedrag en de stappen die dan gezet kunnen worden, vooral over hoe en waar professionele hulp ingeschakeld kan worden.

5

**B Langere termijn behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag**

10 Onderzoek met voldoende methodologische kwaliteit naar de effectiviteit van behandelingen voor suïcidaal gedrag is nog schaars. Er is meer bekend over het voorkomen van (recidiverende) suïcidale gedachten en suïcidepogingen, dan over het voorkomen van mortaliteit door suïcide. Dit gegeven vraagt enige terughoudendheid ten aanzien van conclusies en aanbevelingen voor de praktijk.

15 Hierna worden interventies besproken die gericht zijn op het direct beïnvloeden van het suïcidale gedrag, en op het beïnvloeden van bijkomende en risicofactoren voor suïcidaal gedrag.

20 **6.6 Hebben farmacotherapeutische en psychosociale interventies een positieve bijdrage op het verminderen van suïcidaal gedrag?**

25 Het belangrijkste doel bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag is het verminderen en voorkomen van gedachten en pogingen. Omdat suïcidaal

gedrag voortkomt uit kwetsbaarheidsfactoren in combinatie met stress is de vraag welke farmacologische, biologische, psychosociale en psychotherapeutische interventies suïcidaal gedrag beïnvloeden van belang.

## 5 *Wetenschappelijke onderbouwing*

Er is een aantal gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCT's) verricht naar de effectiviteit van psychofarmaca en ECT op het optreden van suïcidale gedachten en gedragingen bij patiënten met suïcidaal gedrag of met risicofactoren voor suïcidaal gedrag. Verder zijn RCT's verricht die aantonen dat psychofarmacologische, psychosociale of psychotherapeutische interventies effectief zijn in het terugdringen van suïcide pogingen en suïcidegedachten. Er zijn gecontroleerde studies verricht die hebben aangetoond dat psychofarmacologische interventies de mortaliteit door suïcide kunnen verminderen. Zo is vastgesteld dat suïcide bij patiënten met een bipolaire stoornis die lithium gebruiken vijf keer minder vaak voorkomt en ook bij patiënten met een unipolaire depressie heeft het gebruik van lithium een positief effect. Hetzelfde geldt voor patiënten met psychotische stoornissen die clozapine gebruiken. Ten slotte zijn er epidemiologische studies die het voorschrijven van psychofarmaca relateren aan afname van mortaliteit door suïcide op het niveau van de bevolking van een regio of land, maar de uitkomsten van deze studies zijn niet eenduidig (Baldessarini en Tondo 2010).

### 6.6.1 Antidepressiva en suïcidaal gedrag

Uit verschillende reviews blijken tegengestelde resultaten. Van het gebruik van antidepressiva is nog niet onomstotelijk aangetoond dat dit het aantal suïcides vermindert (Mann en Currier 2010, Baldessarini en Tondo 2010). Wel is de effectiviteit van antidepressiva aangetoond in de behandeling van depressie (de meest voorkomende psychiatrische stoornis met kans op suïcide) en angststoornissen. In sommige landen is het aantal suïcides gedaald met de toename van het gebruik van moderne antidepressiva (SSRI's). In een overzicht van 29 ecologische studies vonden Baldessarini en Tondo (2010) dat in negen studies toegenomen gebruik van antidepressiva gepaard ging met nationale, regionale of tijdelijke vermindering van het aantal suïcides. In zes andere studies werd zo'n verband niet gevonden, en in 14 studies werden inconsistente resultaten gevonden voor verschillende groepen uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Tussen 1950 (toen antidepressiva nog niet voorhanden waren) en 2000 werd in de helft van 78 landen vermindering in het aantal suïcides gevonden, terwijl in de andere helft een toename werd geconstateerd. Bestudering van de relatie tussen toegenomen gebruik van antidepressiva en veranderingen in het aantal suïcides op nationaal niveau tussen 1990 en 2000 leidt tot dezelfde conclusie. Baldessarini en Tondo (2010) concluderen dat ecologische studies naar deze relatie kampen met een groot aantal andere beïnvloedende factoren, waaronder de toegankelijkheid van hulpverlening.

In een aantal studies werd een vermindering van (herhaald) niet-fataal suïcidaal gedrag gevonden na behandeling met SSRI's. In Nederland werd in dit opzicht een preventief effect gevonden van paroxetine (Verkes e.a. 1998) voor vrouwen met recidiverende suïcidepogingen die niet depressief waren.

- 5 Voor de adequate toepassing van antidepressiva wordt verwezen naar de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos, 2005).

### 6.6.2 Anxiolytica en suïcidaal gedrag

10 Hevige angst, paniekaanvallen, agitatie en ernstige slapeloosheid kunnen symptomen zijn van een depressie. Angst en slapeloosheid zijn risicofactoren voor het optreden van suïcidaal gedrag. Het lijkt dan ook van belang om deze symptomen te behandelen met anxiolytica. Er is echter weinig onderzoek naar het effect van anxiolytica op suïcidaal gedrag en uit het weinige onderzoek blijkt vooralsnog geen preventief effect (Möller 2009).

15

### 6.6.3 ECT en suïcidaal gedrag

20 Er is geen onderzoek bekend waarin specifiek de effectiviteit van ECT op het symptoom suïcidaal gedrag is onderzocht. Wel zijn er aanwijzingen dat ECT een snellere afname van suïcidaal gedrag bewerkstelligt dan van de meeste andere symptomen van een depressie (Prudic e.a. 1999, Sharma 2001). In de richtlijn Elektroconvulsietherapie wordt suïcidaal gedrag als een extra argument gezien om ECT toe te passen als het een symptoom is van een klinisch beeld (bijvoorbeeld depressie of psychose) waarvoor ECT geïndiceerd is (Van den Broek e.a. 2010).

25

### Conclusie

<b>Niveau 2</b>	De beschikbaarheid van effectieve antidepressiva, gecombineerd met de sterke relatie tussen depressie en suïcide, maakt dat er een belangrijke rol is weggelegd voor het voorschrijven van antidepressiva bij de behandeling van depressie met suïcidaal gedrag.  <i>A1 Möller 2009</i>
-----------------	---

<b>Niveau 3</b>	Er zijn geen aanwijzingen dat het gebruik van anxiolytica bij angst, agitatie en/of slapeloosheid behulpzaam kan zijn bij de preventie van suïcidaal gedrag
-----------------	---

	<i>A1 Möller 2009</i>
--	-----------------------

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat ECT een snellere afname van suïcidaal gedrag bewerkstelligt dan van de meeste andere symptomen van depressie.  <i>C Prudic en Sackeim 1999, Sharma 2001</i>
-----------------	--

*Overige overwegingen*

- 5 Patiënten met suïcidaal gedrag en een stemmingsstoornis, een psychotische stoornis of een angststoornis dienen volgens de voor die aandoeningen ontwikkelde richtlijnen te worden behandeld.
- 10 Na enkele *case reports* over toegenomen agressie, impulscontroleverlies en kans op suïcide door gebruik van SSRI's zijn diverse onderzoeken naar dit vermeende effect uitgevoerd. Hoewel dit effect niet werd bevestigd, lijkt het van belang om de patiënt in te lichten over het mogelijk optreden van toenemende angst en onrust bij het starten met antidepressiva. De arts zal de eerste weken na het starten met antidepressiva de klinische conditie van de patiënt moeten vervolgen. Indien agitatie, onrust of slaapproblemen optreden is behandeling met sedativa te overwegen.
- 15 Om het optreden van schade door overdosering met antidepressiva te verminderen bestaat er bij de behandeling van depressie een voorkeur voor niet-TCA's en niet-MAO-remmers, die in kleine hoeveelheden per recept worden voorgeschreven.
- 20 Er zijn klinische casusverslagen die wijzen op de mogelijkheid van een plotselinge toename van suïcidaal gedrag na de start met antidepressiva, zowel bij jongeren, volwassenen als ouderen. Aangenomen wordt dat de remming verminderd is, terwijl de stemming nog even somber is. Clinici dienen hier alert op te zijn.
- 25 De vraag is of het voorschrijven van antidepressiva bij adolescenten een toename van suïcidaal gedrag kan uitlokken. Data gepoold over een aantal kortdurende RCT's laten zien dat het voorschrijven van antidepressiva bij jongere patiënten met acute *major depression* kan leiden tot meer suïcidepogingen en suïcide ideatie (Baldessarini en Tondo 2010). Het is niet aangetoond dat het voorschrijven van antidepressiva bij jongeren leidt tot meer suïcide
- 30 De periode na een GGZ-behandeling is een periode met een hoog suïciderisico. Ook na een adequate behandeling met antidepressiva komen suïcides voor, vaak in de eerste drie maanden (Appleby e.a. 2006, Huisman 2010). Wanneer

patiënten ontslagen worden uit een klinische opname en ambulantly behandeld worden, is het gevaar van suïcide aanwezig.

CONCEPT

*Aanbevelingen*

Het is sterk aan te bevelen patiënten met suïcidaal gedrag en een matige tot ernstige depressie met antidepressiva te behandelen.

Het is sterk aan te bevelen antidepressieve medicatie voor korte perioden en in kleine hoeveelheden per recept voor te schrijven.

Het is aan te bevelen suïcidale depressieve patiënten steeds opnieuw te zien met korte tussenposen.

Het is te overwegen bij de medicamenteuze behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-MAO-remmers in verband met de toxiciteit bij een overdosis.

Het is sterk aan te bevelen bij een suïcidale patiënt die qua stemming goed lijkt te reageren op antidepressiva in het bijzonder na te gaan of ook het suïcidaal gedrag afneemt.

Het is sterk aan te bevelen bij het begin van een behandeling met antidepressieve medicatie attent te zijn op de mogelijkheid van plotselinge toename van suïcidaal gedrag.

Het is te overwegen suïcidale patiënten die ook geagiteerd of angstig zijn of lijden aan slapeloosheid te behandelen met anxiolytica of antipsychotica.

Het is te overwegen bij acuut optredend ernstig suïcidaal gedrag bij patiënten met een depressie ECT toe te passen.

Het is aan te bevelen bij patiënten, adequaat behandeld met antidepressiva, ook na beëindiging van een opname of bij een overgang van klinische naar ambulante behandeling alert te zijn op terugval in suïcidaal gedrag.

#### **6.6.4 Anti-psychotica, psychotherapie en suïcidaal gedrag bij psychotische stoornissen**

5

##### *Wetenschappelijke onderbouwing*

10 Bij patiënten met schizofrenie blijkt dat het gebruik van clozapine leidt tot een afname van suïcide, suïcidepogingen en opnames. In een meta-analyse van zes studies naar de effecten van clozapine versus andere antipsychotica bij de  
15 behandeling van psychotische patiënten bleek bij de behandeling met clozapine een 2,9 maal grotere reductie van suïcides en 3,3 maal grotere reductie van suïcidepogingen (Hennen en Baldessarini 2005). Een RCT onder 980 hoogrisico patiënten met schizofrenie en schizo-affectieve stoornissen werd clozapine vergeleken met olanzapine. Na twee jaar was er sprake van 24% suïcidepogingen en/of klinische opnamen in de groep met clozapine-behandeling



versus 32% in de groep die met olanzapine werd behandeld en dit verschil was significant. Een verschil in het vóorkomen van suïcide kon niet worden vastgesteld vanwege de kleine aantallen (n=5 in de groep die met clozapine- werd behandeld en n=3 in de groep met de olanzapine-behandeling) (Meltzer e.a. 2005).

In cohortstudies waar suïcidepogingen werden geregistreerd in de perioden voor en na de start van behandeling met clozapine werden steeds aanzienlijke reducties van het aantal suïcidepogingen onder patiënten met schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen gevonden (Meltzer en Okayli 1995, Spivak e.a. 1997, Modestin e.a. 2005). In een Finse studie onder schizofreniepatiënten die behandeld werden met clozapine werden minder suïcides geobserveerd (25.594 persoonjaren, 19 suïcides) dan onder patiënten die met olanzapine werden behandeld (19.629 persoonjaren, 44 suïcides) of onder patiënten die behandeld werden met risperidone (15.060 persoonjaren, 37 suïcides) (Tiihonen e.a. 2009).

Meltzer (2010) geeft een overzicht van cohort studies, case-control studies en retrospectieve onderzoeken van registraties van medicatievoorschriften betreffende de behandeling met clozapine en concludeert dat al deze studies wijzen op een preventief effect van clozapine (Meltzer 2010).

De waarde van psychotherapeutische interventies bij psychotische patiënten met een suïciderisico is vooralsnog niet gedemonstreerd. In een omvangrijke RCT (n=278) werden patiënten met recent ontstane schizofrenie gerandomiseerd naar een van drie condities: op suïcidaal gedrag gerichte CGT, ondersteunende counseling, of gebruikelijke zorg (Tarrier 2006). De behandelingen bestonden uit 15 tot 20 uur individuele therapie sessies binnen vijf weken na binnenkomst in de kliniek en boostersessies tot aan drie maanden. Er waren geen verschillen tussen deze drie groepen wat betreft de reductie in suïcidaal gedrag, maar omdat bij alle drie de groepen de reductie van suïcidaal gedrag groot was en er sprake was van aanzienlijke uitval zijn effecten mogelijk gemaskeerd. Vooralsnog is er dus geen bewijs dat CGT meer effect zou hebben op reductie van suïcidaal gedrag bij patiënten met schizofrenie dan andere behandelingen.

In een studie van Nordentoft e.a. (2002) werden 341 patiënten met een eerste psychotische episode gerandomiseerd naar een geïntegreerde behandeling gericht op het verminderen van suïcidaal gedrag en hopeloosheid, of naar de gebruikelijke behandeling. Hoewel de geïntegreerde behandeling wel leidde tot minder hopeloosheid, werd geen reductie gezien van het aantal suïcidepogingen, evenmin in het niveau van depressie.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat clozapine het risico van suïcidaal gedrag vermindert bij patiënten met psychotische stoornissen.  <i>A2 Meltzer 2005, Tiihonen 2009; B Hennen en Baldessarini 2005, Baldessarini en Tondo 2010, Meltzer 2010</i>
----------	---

Overige overwegingen

5 Geen.

Aanbevelingen

Het is te overwegen patiënten met psychotische stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met clozapine.
---

### 6.6.5 Lithium

10

*Wetenschappelijke onderbouwing*

Er is sterk en consistent bewijs dat het gebruik van lithium bij patiënten met een stemmingsstoornis is geassocieerd met minder suïcidepogingen en suïcides. (Baldessarini e.a. 2003, Tondo e.a. 2001, Cipriani e.a. 2005, Baldessarini en Tondo 2010). Een meta-analyse van acht studies waarin lithium werd vergeleken met behandelingen zonder lithium liet een viervoudig verminderd risico op suïcide en suïcidepogingen bij de behandeling met lithium (Guzzetta e.a. 2007). Dit geldt voor zowel patiënten met een bipolaire stoornis als met een unipolaire depressie. Het risico van suïcidaal gedrag bij patiënten met een unipolaire depressie, een bipolaire II of I stoornis blijkt bij gebruik van lithium niet hoger te zijn dan in de algemene populatie. Stoppen met lithium bij bipolaire patiënten geeft een fors verhoogde kans op suïcide en suïcidepogingen (Baldessarini e.a. 1999).

25 Met betrekking tot de behandeling met andere stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur, olanzapine, lamotrigine) als profylaxe voor recidiverende stemmingsepisodes is vooralsnog geen bewijs dat deze middelen suïcidaal gedrag verminderen (Baldessarini en Tondo 2010).

Uit een meta-analyse van Fountoulakis e.a. (2009) bleek dat psychotherapeutische interventies naast farmacotherapeutische interventies ten aanzien van suïcidaal gedrag bij patiënten met een bipolaire stoornis geen meerwaarde heeft. In een meta-analyse van Gray en Otto (2001) werd nagegaan welke interventies effectief waren in het verminderen van psychosociale risicofactoren voor suïcide bij bipolaire stoornissen. Drie strategieën bleken effectief: 1) interventies gericht op het inroepen van acute hulp in tijden van crisis door patiënten zelf; 2) trainingen in probleemoplossingsvaardigheden; 3) de combinatie van trainingen in probleemoplossingsvaardigheden met intensieve en herhaalde oefening in cognitieve, sociale en emotionele interpretatie, en vaardigheden om met spanning om te gaan.

*Conclusie*

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat bij patiënten met een stemmingsstoornis gebruik van lithium het risico op suïcide en suïcidepogingen aanzienlijk vermindert. Dit effect geldt zowel patiënten met een bipolaire stoornis als die met een unipolaire depressie. Stoppen met lithium bij bipolaire stoornissen geeft een fors verhoogde kans op suïcide en suïcidepogingen.</p> <p><i>A2 Baldessarini e.a. 2003; A2 Cipriani 2005; A2 Baldessarini en Tondo 2010; A2 Guzzetta e.a. 2007; A Baldessarini e.a. 1999</i></p>
-----------------	--

15

*Overige overwegingen*

*Geen.*

<p>Het is sterk aan te bevelen bij patiënten met bipolaire stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met lithium en bij eventueel staken van de behandeling patiënten te informeren over het (her)optreden van suïcidaal gedrag en hen daarna intensief te vervolgen.</p> <p>Het is sterk aan te bevelen dat de professional bij patiënten met een bipolaire stoornis die behandeld worden met lithium attent is op een toename van suïcidaal gedrag bij het staken van lithium.</p>
--

20

## 6.7 Probleemoplossingsbenaderingen en cognitieve gedragstherapie

### *Wetenschappelijke onderbouwing*

5 Verschillende studies hebben zich gericht op de evaluatie van het effect van  
behandelingen die zich direct richten op het terugdringen van suïcidaal gedrag in  
populaties van suïcidepogers of ambulante patiënten met gemengde  
achtergronden of gemengde psychiatrische beelden, waarbij depressieve  
klachten in meer of mindere mate het beeld bepalen. Het gaat voornamelijk om  
10 oplossingsgerichte behandelingen en cognitieve gedragstherapie. In een enkele  
studie werd een korte psychodynamische interpersoonlijke behandeling geboden  
aan patiënten na een suïcidepoging.

In een kleine studie van Salkovskis e.a. (1990) werden alleenwonende patiënten  
(n=20) na een recente suïcidepoging door overdosering en/of na een  
15 geschiedenis van tenminste twee eerdere suïcidepogingen en/of bij een hoge  
score op eerdere psychiatrische behandeling, problematisch alcoholgebruik,  
gerandomiseerd naar een gebruikelijke behandeling en een experimentele  
behandeling bestaande uit kortdurende cognitief-gedragstherapeutische,  
oplossingsgerichte therapie inclusief huiswerkopdrachten, teneinde herhaling van  
20 suïcidaal gedrag te voorkomen. De resultaten lieten verbetering zien op  
depressie, hopeloosheid en spanning, en een afname van suïcidepogingen in de  
eerste zes maanden. De behandeling in deze studie was naar verhouding beperkt  
in de tijd (tot een maand na de suïcidepoging), evenals het effect.

In twee meta-analyses (Hawton 1998, Townsend e.a. 2001) met gecontroleerde  
25 trials waarin probleemoplossingstherapie werd vergeleken met gebruikelijke  
behandeling voor patiënten met zelfbeschadigend gedrag, bleek dat  
probleemoplossingstherapie leidde tot iets minder recidive dan de gebruikelijke  
behandeling, maar het verschil was niet significant. Wel leidt  
probleemoplossingstherapie tot een significante afname van depressie,  
30 hopeloosheid en algemene problemen.

Een RCT van Rudd e.a. (1996) evalueerde de effecten van een intensieve  
groepstherapie met probleemoplossingsgerichte cognitieve therapie gericht op  
emotionele expressie, het suïcidale gedrag zelf en de aanleidingen daartoe,  
interpersoonlijke probleemoplossingsstrategieën, sociale vaardigheden en  
35 hopeloosheid. Deelnemers (n=302) waren overwegend jonge mannen  
(militairen). Follow-up metingen werden gedaan tot 24 maanden na afloop van  
de behandeling. De deelnemers in beide condities verbeterden aanzienlijk, maar  
tussen de condities was er geen verschil.

In een systematische review en meta-analyse van Tarrier e.a. (2008) werden 28  
40 RCT's betrokken naar effecten van cognitieve gedragstherapie op de behandeling  
van suïcidaal gedrag met als uitkomstmaat de reductie in suïcidaal gedrag. Deze  
meta-analyse omvatte verschillende populaties: adolescenten, volwassenen,  
suïcidepogers, depressieve patiënten, psychotische patiënten en patiënten met  
borderline persoonlijkheidsstoornis. Zowel individuele als groepsbehandelingen

- werden geïnccludeerd. De resultaten van deze meta-analyse wijzen op een sterk algeheel, significant effect van CGT op de reductie van suïcidaal gedrag in de verschillende populaties samengenomen. Subgroepanalyses wezen op een significant effect voor de behandeling van volwassen populaties maar niet voor jongeren, een sterk effect voor individuele behandeling maar niet voor groepstherapie, en een significant effect van CGT vergeleken met minimale behandeling of gebruikelijke behandeling, maar niet voor CGT vergeleken met een andere actieve behandeling. De effecten van de behandeling bleven op middellangetermijn gehandhaafd, dat wil zeggen tot na 26-24 maanden.
- 10 Een kwalitatief goede studie werd uitgevoerd door Brown e.a. (2005). Een groep van 120 patiënten die een suïcidepoging deden werden gerandomiseerd naar gebruikelijke behandeling of ambulante individuele cognitieve gedragstherapie (10 sessies, wekelijks of tweewekelijks). De behandeling was gericht op het identificeren van uitlokkende gedachten, beelden en opvattingen die aan de suïcidepoging voorafgingen, het verminderen van hopeloosheid en sociaal isolement, en het versterken van probleemoplossingsstrategieën, impulscontrole, en therapietrouw. Het doel was recidivepogingen voorkomen. In de 18 maanden follow-up deden deelnemers aan de experimentele conditie significant minder vaak opnieuw een poging (24%) dan de deelnemers in de conditie van de gebruikelijke behandeling (42%). Het niveau van depressie en hopeloosheid was in de experimentele conditie significant minder geworden, terwijl suïcidegedachten in beide groepen evenveel afnamen.
- 15
- In een RCT van Slee e.a. (2008) werden 90 patiënten (15-35 jaar, voornamelijk meisjes) die zich zelf herhaaldelijk hadden beschadigd al dan niet met suïcidale intentie, gerandomiseerd naar gebruikelijke zorg of de experimentele interventie bestaande uit tien ambulante, individuele wekelijkse therapiezittingen aansluitend op de ziekenhuisbehandeling, gevolgd door twee boostersessies. De behandeling duurde 5,5 maanden. Het betrof een cognitieve gedragstherapeutische behandeling volgens de benadering van Rudd (2001).
- 25
- 30 Centraal in de behandeling stond de identificatie en het veranderen van mechanismen die het zelfbeschadigende gedrag in stand houden. Na de follow-up periode van negen maanden bleek de experimentele groep deelnemers significant verbeterd op alle uitkomsten: recidiverende zelfbeschadiging, depressie, angst, suïdecognities, hulpeloosheid, de perceptie anderen tot last te zijn, intolerantie voor stress, het idee niet geliefd te (kunnen) zijn en zelfwaardering. In deze studie bleken de effecten groter te worden naar mate de follow-up metingen later in de tijd plaatsvonden. Dit is de enige studie met een dergelijk effect. Het is waarschijnlijk (op grond van de kenmerkende symptomen, maar niet met een diagnostisch interview vastgesteld) dat in deze studie een aantal jonge vrouwen met persoonlijkheidsproblematiek geïnccludeerd waren.
- 35
- 40
- Guthrie e.a. (2001) evalueerden de effecten van een kortdurende (vier zittingen) ambulante psychodynamische interpersoonlijke therapie voor 119 patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan met een overdosis medicijnen. De behandeling vond plaats bij de patiënten thuis. De focus lag op de behandeling van interpersoonlijke problemen. Deelnemers in de interventiegroep kenden bij de
- 45

follow-up na zes maanden significant minder suïcidale gedachten en minder suïcidepogingen vergeleken met patiënten die gebruikelijke zorg kregen.

5 Een kortdurende cognitieve gedragstherapie (vijf sessies plus twee booster sessies) waarbij gebruik werd gemaakt van een zelfhulpboek resulteerde in minder suïcidepogingen per patiënt, alhoewel het percentage patiënten dat recidiveerde in de experimentele conditie en de controleconditie gelijk was (Tyrer e.a. 2003, 2004). De interventie leek kosteneffectief vooral voor patiënten zonder borderline persoonlijkheidsstoornis.

10 In een opvangcentrum voor suïcidepogers in Kopenhagen (Nordentoft, 2005) werden patiënten behandeld met probleemoplossingstechnieken en oplossingsgerichte behandeling. De studie betrof geen experimenteel design. In de behandelgroep bleek het aantal recidivepogingen beduidend minder dan in de groep die geen gebruik maakte van het behandelaanbod.

15 *Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie en probleemoplossingtherapieën suïcidaal gedrag kunnen reduceren in de ambulante behandeling van patiënten die suïcidepogingen hebben ondernomen of behandeld worden voor suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag.</p> <p><i>B Salkovskis 1990; A2 Brown 2005; A2 Slee 2008; A1 Hawton 1998; A1 Townsend 2001; A1 Tarrier 2008; B Tyrer e.a. 2003, 2004; C Nordentoft 2005</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 3</b>	<p>Er zijn aanwijzingen dat kortdurende psychodynamische interpersoonlijke behandeling suïcidaal gedrag kan reduceren in de ambulante behandeling van patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen of behandeld worden voor suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag.</p> <p><i>B Guthrie 2001</i></p>
-----------------	---

*Overige overwegingen*

20 Geen.

*Aanbevelingen*

Het is te overwegen bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag een probleemoplossingsgerichte of cognitieve therapie aan te bieden

5 **6.8 Behandeling gericht op het beïnvloeden van bijkomende factoren of risicofactoren**

Als er sprake is van As I of As II stoornissen waarbij suïcidaal gedrag optreedt, dienden deze psychiatrische stoornissen behandeld te worden conform de richtlijnen met de daarbij passende medicatie. In deze paragraaf worden de behandelingen van de meest voorkomende aandoeningen bij suïcidale patiënten: 10 depressie en borderline persoonlijkheidsstoornis besproken. Voor de behandeling van patiënten met psychotische stoornissen, met bipolaire stoornissen en met middelenafhankelijkheid wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen.

**6.8.1 Behandeling van suïcidaal gedrag bij depressie**

15 Voor een uitputtende beschrijving van de behandeling voor depressie wordt verwezen naar de richtlijn Depressie (Richtlijnconsortium Nederland, 2009).

*Wetenschappelijke onderbouwing*

20 Psychotherapeutische behandelvormen en farmacotherapie zijn effectief voor het behandelen van depressie (Cuijpers e.a. 2008, Cuijpers e.a. 2009, Richtlijnconsortium Nederland, 2009). Deze bronnen laten zien dat het effect van combinaties van farmacotherapie en psychotherapie iets groter is dan de effecten van de afzonderlijke componenten bij bepaalde groepen depressieve patiënten. In de meeste studies werden echter (te) suïcidale patiënten 25 uitgesloten van deelname en werd suïcidaal gedrag (suïcide, suïcidegedachten of suïcidepogingen) niet als uitkomstmaat meegenomen. Het is derhalve nog niet bewezen dat een adequate psychotherapeutische of psychosociale behandeling van depressie daarmee ook het suïciderisico vermindert. Wel is bewezen dat cognitieve gedragstherapie effectief is in de behandeling van hopeloosheid, een 30 belangrijke psychologische risicofactor voor suïcidaal gedrag (APA 2003, Tarrier e.a. 2008). In een systematische review en meta-analyse van Tarrier (2008) over 28 RCT's met betrekking tot cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op suïcidaal gedrag als behandelingsfocus werd in 11 studies een maat voor hopeloosheid meegenomen. Het effect van CGT op hopeloosheid over deze 35 studies gezamenlijk was groot en significant. Hopeloosheid lijkt een belangrijke invloed te hebben op het suïcidale gedrag bij depressieve patiënten. Interventies die hopeloosheid reduceren zullen daarmee ook het suïciderisico reduceren (APA 2003).

Conclusie

<b>Niveau 1</b>	Het is aangetoond dat psychotherapeutische behandelvormen en farmacotherapie effectief zijn in de behandeling van depressie.  <i>A1 Cuijpers e.a. 2008, Cuijpers e.a. 2009; A1 Richtlijnconsortium Nederland 2009</i>
-----------------	---

<b>Niveau 1</b>	Het is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectief is in de behandeling van hopeloosheid bij depressieve patiënten  <i>A APA 2003; A1 Tarrier e.a. 2008</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

- 5 Wanneer een eerdere depressie samengaat met suïcidaal gedrag zal een volgende depressieve episode naar alle waarschijnlijkheid opnieuw samengaan met suïcidaal gedrag. Suïcidaal gedrag is het meest constante symptoom van terugkerende depressieve episodes (Williams e.a. 2006). Het is dan ook aan te bevelen de kans op terugkeer van suïcidaal gedrag na een behandeling  
10 uitdrukkelijk te bespreken.

Ook al zijn psychotherapeutische behandelvormen en farmacotherapie effectief in de behandeling van depressie, en zal daarmee het suïciderisico kunnen verminderen, zeker is dit lang niet altijd. Het is bekend dat na een klinische opname voor depressie en na een ambulante behandeling vanwege depressie  
15 toch suïcides kunnen voorkomen, ook al was de behandeling schijnbaar succesvol. De eerste maanden na ontslag uit een klinische opname vormen zelfs een hoge risicoperiode (Appleby e.a. 2006; Huisman 2010). Aanbevolen wordt dan ook om tijdens de behandeling expliciet aandacht te besteden aan suïcidaal gedrag als focus van de behandeling en aan het einde van de behandeling na te  
20 gaan of er nog suïcidegedachten aanwezig zijn. Ook verdient het aanbeveling om voor het afsluiten van de behandeling de patiënt door middel van psycho-educatie voor te bereiden op een mogelijke terugkeer van suïcidaal gedrag.



*Aanbevelingen*

Het is aan te bevelen psychotherapeutische en farmacologische behandelvormen voor depressie toe te passen in de behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve patiënten.

Voor de behandeling van hopeloosheid bij suïcidale depressieve patiënten kan de toepassing van cognitieve gedragstherapie worden overwogen.

Het is aan te bevelen in de behandeling van depressieve patiënten met suïcidaal gedrag, naast de depressie ook het suïcidale gedrag als focus van de behandeling te nemen.

Het is aan te bevelen na een behandeling voor een depressie na te gaan of er nog suïcidedachten aanwezig zijn.

**6.8.2 Behandeling van suïcidaal gedrag bij persoonlijkheidsstoornissen**

- 5 Het is aangetoond dat individuele psychotherapieën met verschillende theoretische oriëntaties werkzame interventies zijn voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen (richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, Trimbos 2008, Giessen-Bloo e.a. 2006). Bij
- 10 de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) is suïcidaal gedrag een van de meest op de voorgrond tredende kenmerken.

*Wetenschappelijke onderbouwing*

- 15 In deze paragraaf wordt de effectiviteit van drie psychotherapeutische interventies besproken voor het behandelen van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Farmaceutische interventies voor deze patiëntengroep moeten nog verder onderzocht worden, daarover is nog weinig bekend.

- 20 *Dialectische gedragstherapie (DGT) voor suïcidaal gedrag bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*

- Kenmerken van DGT zijn het voortdurend bijhouden en bespreken van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag gedurende de loop van de behandeling. Het zelfbeschadigende en suïcidale gedrag wordt expliciet als focus van de
- 25 behandeling genomen, zeker in de eerste fasen. Patiënten worden aangemoedigd de therapeut te bellen voordat zij overgaan tot zelfbeschadiging.

Een studie van Linehan (1991) vergeleek DGT (n=39) met behandeling zoals gebruikelijk (n=42) onder 81 vrouwen met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) die in de voorgaande vijf jaar tenminste twee keer een suïcidepoging deden of zichzelf hadden beschadigd, waarvan tenminste een keer in de  
5 voorafgaande acht weken. In de DGT-groep vond in de eerste zes maanden van de follow-up significant minder suïcidaal gedrag per persoon plaats (1,5 versus 9,0 gedragingen in de controlegroep) met minder lichamenteel letsel en minder opnamedagen, langere therapietrouw, betere sociale aanpassing en beter sociaal en beroepsmatig functioneren.

10 In een Nederlandse studie (Van den Bosch e.a. 2002; Verheul e.a. 2003; Van den Bosch e.a. 2005), werden 58 vrouwen met BPS gerandomiseerd naar DGT of gebruikelijke zorg. Comorbide middelenafhankelijkheid was geen  
exclusiecriteria. De interventie was overeenkomstig de Linehan handleiding (1991). Minder vrouwen in de DGT groep (7%) deden suïcidepogingen dan in de  
15 groep die gebruikelijke zorg kreeg (26%), maar het verschil was niet significant na 12 maanden behandeling. Zelfbeschadigend gedrag verminderde wel significant tussen beide groepen (35% in DGT versus 57% in de controlegroep). Ook bleek het effect van DGT-behandeling groter voor degenen met de ernstiger  
stoornissen. Uitval was groter in de controlegroep (77%) dan in de DGT groep  
20 (37%).

Linehan e.a. (2006), vergeleken DGT met gebruikelijke zorg bestaande uit ambulante psychotherapie door psychotherapeuten die niet gespecialiseerd waren in DGT. Daartoe werden 101 vrouwelijke patiënten met BPS met recent  
suïcidaal of zelfbeschadigend gedrag gerandomiseerd naar een van beide  
25 condities. In de DGT-groep was gedurende de twee jaar dat de studie duurde het aantal suïcidepogingen de helft in vergelijking met de controlegroep (23% versus 46%, NNT=4,2). Patiënten in de DGT-groep hoefde significant minder vaak opgenomen te worden vanwege suïcidedreiging en kende minder ernstig lichamenteel letsel over alle suïcidepogingen en momenten van zelfbeschadiging  
30 samengenomen. Er was significant minder uitval in de DGT-groep, minder opnames in psychiatrische ziekenhuizen en bezoeken aan psychiatrische crisiscentra.

In een RCT van McMain e.a. (2009) waarin 180 patiënten met BPS en tenminste twee episodes met zelfbeschadigend en/of suïcidaal gedrag in de laatste vijf jaar.  
35 Er werd geen verschil gevonden tussen het effect van DGT en een algemene psychiatrische behandeling gedurende een jaar bestaande uit een psychodynamisch georiënteerde behandeling met medicamenteuze ondersteuning. Bij nameting bleken beide groepen sterk verbeterd te zijn.

## Conclusie

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat Dialectische Gedragstherapie (DGT) effectief is in de behandeling van suïcidaal gedrag c.q. zelfbeschadigend gedrag bij vrouwelijke patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis.</p> <p><i>B Linehan 1991, 1993, 2006; A2 Verheul 2003; A2 Van den Bosch 2002; A2 Van den Bosch 2005</i></p>
-----------------	--

## Overige overwegingen

- 5 Dialectische gedragstherapie vergt een intensieve scholing van therapeuten en verpleegkundigen. Op dit moment is DGT nog niet overal beschikbaar en de vraag is groter dan het aanbod. Effectiviteitsstudies zijn vooral verricht onder vrouwelijke patiënten. Er is vooralsnog geen redenen om te veronderstellen dat mannelijke patiënten met BPS niet ook zouden kunnen profiteren van DGT.

## 10 Aanbevelingen

Bij de behandeling van patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen dialectische gedragstherapie (DGT) aan te bieden als behandeling om suïcidaal gedrag en het lichamelijk letsel terug te dringen en het GGZ-zorggebruik te verminderen.

## Overige vormen van cognitieve gedragstherapie voor suïcidaal gedrag bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis

- 15 In een niet-gecontroleerde studie onderzochten Brown e.a. (2004) de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie voor het terugdringen van suïcidaal gedrag. Bij 32 suïcidale patiënten met BPS vonden zij een significante en klinisch relevante afname van suïcidegedachten en hieraan gerelateerde hopeloosheid, depressie, disfunctionele opvattingen en symptomen passend bij BPS.
- 20 In een kleine RCT (n=30) werd aan suïcidale patiënten met BPS gebruikelijke zorg of een protocolleerde, individuele cognitief-gedragstherapeutische behandeling geboden (Weinberg e.a. 2006). De behandeling was specifiek gericht op niet-fataal suïcidaal gedrag. Resultaten wezen uit dat de cognitief-gedragstherapeutische behandeling tijdens de follow-up leidde tot minder niet-  
25 fataal suïcidaal gedrag en een grotere reductie van suïcidaal gedrag met minder ernstig letsel dan in de groep die gebruikelijke zorg kreeg.

Conclusie

<b>Niveau 3</b>	Er zijn aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie gericht op suïcidaal gedrag werkzaam kan zijn in de behandeling van suïcidale patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis.  <i>B Weinberg e.a. 2006; C Brown e.a. 2004</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

5 Geen.

Aanbevelingen

Het is te overwegen om aan patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis cognitieve gedragstherapie aan te bieden ter vermindering van het suïcidale gedrag.

10 *Psychodynamisch georiënteerde (interpersoonlijke) psychotherapie voor suïcidaal gedrag bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis.*

Er is uitgebreide ervaring met psychodynamische en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën voor de behandeling van suïcidale patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Onderzoek wijst op steeds duidelijker resultaat. In een reeks van publicaties uit twee studies toonden Bateman en  
15 Fonagy (1999, 2001, 2008, 2009) aan dat behandeling met *mentalization* en partiële opname in de kliniek leidt tot significant minder suïcidepogingen, zelfbeschadiging en een groter aantal patiënten dat helemaal afziet van zelfbeschadiging dan gebruikelijke behandeling. Daarnaast leidt het tot minder opnamedagen, vermindering van depressieve symptomen en verbeterd sociaal  
20 en interpersoonlijk functioneren. Verbeteringen werden tot vijfjaar follow-up behouden. Ook bij ambulante behandelde patiënten liet *mentalization-based* behandeling significante verbeteringen zien.

Clarkin e.a. (2007) vergeleken drie ambulante behandelingen voor patiënten met  
25 borderline persoonlijkheidsstoornissen: dialectische gedragstherapie (DGT), *transference-focused* therapie, en ondersteunende psychodynamische therapie. Alle drie de behandelingen leidden tot verbeteringen van depressie, angst, globaal functioneren en sociale aanpassing. Zowel *transference-focused* als dialectische gedragstherapie waren geassocieerd met een significante vermindering van suïcidaal gedrag. Uit een RCT van Giessen-Bloo e.a. (2006)  
30 blijken zowel schema-focused therapie als *transference-focused* therapie gericht

op suïcidaal gedrag en een algehele verbetering van de persoonlijkheidspathologie, effectieve behandelingen zijn voor psychopathologisch disfunctioneren waaronder suïcidaal gedrag. Daarbij bleek schema-focused therapie effectiever dan *transference-focused* therapie.

5

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat <i>mentalization-based</i> therapie, <i>transference-focused</i> therapie, schema focused therapie en interpersoonlijke psychodynamische therapievormen effectief zijn in de behandeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis.</p> <p><i>B Bateman en Fonagy 1999; B Bateman en Fonagy 2001, 2006, 2008, 2009; A2 Giessen-Bloo 2006; A2 Clarkin 2007</i></p>
-----------------	--

*Overige overwegingen*

- 10 De studies hebben bijna uitsluitend betrekking op vrouwen. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat de gevonden effectiviteit niet zou gelden voor mannelijke patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis.

*Aanbevelingen*

Bij de behandeling van suïcidaal gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis is te overwegen een van de volgende therapievormen aan te bieden: *mentalization-based* therapie, schema-focused therapie, *transference-focused* therapie, en interpersoonlijke psychodynamische therapie.

15

**6.8.3 Behandeling van andere veel voorkomende bijkomende factoren.**

- 20 Bij de behandeling van suïcidaal gedrag dient ook aandacht te zijn voor andere bijkomende factoren die bij sommige patiënten een extra bijdrage leveren aan het suïciderisico. Uit Hoofdstuk 5 zijn risicofactoren bekend die tijdens de behandeling aandacht verdienen. De belangrijkste worden hier kort aangestipt; zij kunnen bij verschillende diagnostische categorieën en in verschillende fasen van de behandeling een rol spelen.

*Hopeloosheid*

- 5 Sterke gevoelens van hopeloosheid kunnen een voorbode zijn van suïcidaal gedrag. In de behandeling dient daar uitdrukkelijk aandacht aan te worden besteed. Wanhoop betreft meestal de belangrijkste persoonlijke belangen en een bedreiging van de identiteit. In de behandeling dient dan ook altijd geïnventariseerd te worden waarover patiënten het meest wanhopig zijn (APA 2003).

*Gebruik van alcohol en andere psychotrope stoffen*

- 10 Het gebruik van alcohol of van andere bewustzijnsveranderende middelen kan suïcidale en of hopeloze gevoelens versterken. In elke behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag moet aandacht zijn voor het gebruik van deze middelen. Het voorkomen c.q. beperken van drankgebruik of gebruik van psychotrope  
15 middelen moet als een belangrijk therapeutisch doel worden aangemerkt bij de behandeling van suïcidale patiënten (APA 2003).

*Seksueel misbruik en geweld*

- 20 Bij een deel van de patiënten met suïcidaal gedrag, vooral (maar niet uitsluitend) bij vrouwen met recidiverend suïcidaal gedrag, speelde of speelt nog seksueel misbruik of geweld in het ouderlijk gezin of in de huidige partnerrelatie. Professionals doen er goed aan steeds naar dergelijke ervaringen te informeren en indien van toepassing deze in de behandeling te betrekken. Behandelingen die dergelijke traumatische ervaringen effectief aangrijpen zullen daarmee ook het suïciderisico verminderen (APA 2003).

25

*Dwangmatige preoccupatie met suïcide*

- 30 Wanneer patiënten dwangmatig gepreoccupeerd zijn met suïcide dan kan overwogen worden cognitieve interventies in te zetten zoals ook bij obsessief-compulsieve stoornissen worden ingezet (anti-piekeroefeningen, *mindfulness*, gecontroleerd piekeren over suïcide). Wanneer patiënten niet kunnen slapen vanwege hun dwangmatig denken aan suïcide dient uiteraard deze slapeloosheid te worden behandeld.

*Lichamelijke ziekten*

- 35 Zoals in Hoofdstuk 5 is aangegeven zijn veel lichamelijke ziekten, pijn en beperkingen geassocieerd met een verhoogd suïciderisico. In de behandeling dient derhalve steeds aandacht te zijn voor de fysieke conditie en aandoeningen

die de patiënt ervaart en voor de invloed die daarvan uitgaat op het suïciderisico (APA 2003).

*Suicide in de familiegeschiedenis*

5 Door degenen die te maken hadden met suïcide van familieleden kan het eigen suïcidale gedrag als een ernstige bedreiging of als noodlot worden ervaren (zie Hoofdstuk 7). De betekenis die suïcide van familieleden voor de patiënt heeft dient bij de behandeling steeds in ogenschouw te worden genomen (APA 2003).

10 *Eerdere hulpverlening*

Ervaringen met eerdere hulpverlening kunnen de huidige hulpverleningsrelatie sterk beïnvloeden. De opeenvolging van niet of minder succesvolle behandelingen kan de patiënt tot de overtuiging brengen onbehandelbaar te zijn, of als zodanig te worden beschouwd door de professional. Dergelijke  
15 overtuigingen dienen steeds geïnventariseerd en besproken te worden, in het licht van realistische toekomstperspectieven (APA 2003).

*Gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat*

Deze gevoelens en gedachten komen veelvuldig naar voren tijdens de  
20 behandeling van suïcidale patiënten. Ze zijn zowel een weerspiegeling van de mate van depressie, als een realiteit in de ogen van de patiënt. Dergelijke gedachten en gevoelens onderhouden en verergeren suïcidale crises en dienen derhalve ook expliciet als focus van de behandeling te worden aangemerkt. Dat geldt ook voor de overtuiging anderen tot last te zijn, de overtuiging dat er  
25 niemand is die van de patiënt houdt, de overtuiging dat de suïcide van de patiënt zal leiden tot opluchting bij familieleden, etc. Dergelijke gedachten dienen steeds krachtig te worden bestreden.

*Ondersteuning door familie/partner/vrienden*

30 Gedurende de behandeling zal de professional zich steeds moeten vergewissen van de kracht van het steunsysteem om de patiënt bij te staan in zijn strijd. Plotselinge veranderingen in de thuissituatie, een aangekondigde scheiding, een vakantieperiode van ouders; dergelijke zaken kunnen het suïciderisico beïnvloeden en dienen derhalve sterk in de gaten te worden gehouden. Het gaat  
35 hierbij niet alleen om de objectief vast te stellen sterkte van het steunsysteem, maar vooral ook om de perceptie van de patiënt van dit steunsysteem.

Aanbevelingen

Aanbevolen wordt bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag aandacht te hebben voor:

- gevoelens van hopeloosheid;
- gebruik van alcohol en andere psychotrope stoffen;
- ervaringen met seksueel misbruik en geweld;
- dwangmatige preoccupatie met suïcide;
- slapeloosheid;
- de fysieke conditie als gevolg van lichamelijke ziekten;
- suïcide en/of suïcidaal gedrag in de familie van de patiënt;
- negatieve ervaringen met hulpverlening in verband met suïcidaal gedrag;
- gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat;

ingrijpende gebeurtenissen en/of veranderingen in de omgeving en in het sociale netwerk van de patiënt.

**6.9 Welke verpleegkundige interventies of methodieken zijn aangewezen bij de zorg aan (langdurig) suïcidale patiënten?**

5

Een aanzienlijk deel van de populatie in de langdurende zorg heeft een verhoogd suïciderisico. Langdurige psychiatrische en somatische problemen, verlieservaringen, verlies van sociale rollen en beperkte sociale steun komen veel voor. Toch leert de praktijk dat suïcidaal gedrag vooral ter sprake komt bij actuele crises.

10

*Wetenschappelijke onderbouwing*

In de verpleegkundige wetenschappelijke literatuur werden in totaal 41 artikelen gevonden, waarvan er vier verwerkt zijn in evidentietabellen. De empirische literatuur levert weinig kennis op over effectiviteit van verpleegkundig handelen op suïcidaal gedrag bij de patiënten. De literatuur in dit veld betreft overwegend subjectieve evaluatie van trainingen en deskundigheidbevordering.

15

In een studie van Gask e.a. (2006) werd de zogenaamde STORM-training (Skills training on Risk Management) geëvalueerd in de klinische staf van drie GGZ-instellingen in de UK. Deze training werd over het algemeen goed ontvangen,

20



vooral bij juniormedewerkers. Het zelfvertrouwen in openlijk praten met patiënten over suïcide werd groter. Deze en andere studies ondersteunen dat deskundigheidsbevordering bij verpleegkundigen op prijs wordt gesteld en dat zij zich competentier voelen door de trainingen. GGZ-verpleegkundigen geven aan dat zij een centrale en cruciale rol spelen in het verbeteren van hopeloosheid en suïcidale gevoelens en dat de kwaliteit van het contact tussen verpleegkundigen en patiënten hierbij doorslaggevend is (Sun e.a. 2006; Koehn en Cutcliffe 2007).

Meerwijk e.a. (2010) ontwikkelden en evalueerden een richtlijn voor het verplegen van suïcidale patiënten met schizofrenie in Nederland. Interventies die daarin centraal staan zijn: 1) regelmatig contact houden met de patiënt; 2) duidelijk maken wanneer het volgende contactmoment is; 3) de toegang tot dodelijke middelen beperken; 4) een sociaal steunsysteem mobiliseren; 5) steun bieden in het oplossen van problemen; 6) voorlichting geven over rehabilitatieprogramma's en buddysystemen. Het is belangrijk voor deze complexe doelgroep om de interventies met de verschillende disciplines te overleggen.

De richtlijn werd geïmplementeerd en getest in een pilotstudie onder 21 verpleegkundigen in twee psychiatrische instellingen in Nederland. Verpleegkundigen gaven aan zich daarna meer bewust te zijn van suïcidaal gedrag en meer alert te zijn geworden op risicofactoren.

Deskundigheidsbevordering onder verpleegkundigen leidt tot vaardigheden en gevoelens van competentie bij verpleegkundigen in het verplegen van suïcidale patiënten. Zij kunnen daardoor beter omgaan met de hopeloosheid van patiënten. Vooral door begrip en niet-veroordelende attitudes wordt de kwaliteit van het contact met suïcidale patiënten verbeterd. De werkgroep is van mening dat een verpleegkundige richtlijn voor suïcidale patiënten met schizofrenie bruikbaar is.

*Conclusie*

<b>Niveau 4</b>	<p>Een verpleegkundige richtlijn voor de omgang met suïcidale patiënten met schizofrenie vergroot de vaardigheid en competentiegevoelens van verpleegkundigen in het omgaan met suïcidale patiënten.</p> <p><i>C Meerwijk 2010</i></p>
-----------------	--

30

*Overige overwegingen*

In de internationale literatuur wordt een aantal methodieken beschreven die kennis, attitude en vaardigheden van verpleegkundigen positief beïnvloeden. Binnen de verpleegkundige focusgroep bestaat consensus over het belang van het met regelmaat bespreekbaar maken van het onderwerp suïcidaal gedrag in de meest brede zin van het woord. Een aanknopingspunt lijkt de basisanamnese

35

- uit de verpleegkundige richtlijn, zoals ontwikkeld door Meerwijk e.a. (2010). Thema's die daarin besproken worden zijn: 1) kwaliteit van leven; 2) wat maakt het leven de moeite waard; 3) wat is in het leven erg belastend en draagt mogelijk bij aan suïcidaal gedrag; 4) suïcidale gedachten, intenties, gedragingen en plannen; 5) de neiging om zichzelf feitelijk iets aan te doen.

#### Aanbevelingen

Het is sterk aan te bevelen dat verpleegkundigen scholingsprogramma's voor het omgaan met suïcidaal gedrag volgen. Eveneens is sterk aan te bevelen dat zij super- en intervisie volgen.

Aanbevolen wordt om in de langdurende zorg bij patiënten met suïcidaal gedrag expliciet aandacht te besteden aan het bieden van hoop door realistische toekomstperspectieven te bespreken en door het opdoen van positieve ervaringen.

Verpleegkundigen in de langdurende zorg wordt aanbevolen met patiënten met suïcidaal gedrag met regelmaat de volgende thema's te bespreken: kwaliteit van leven, wat maakt het leven de moeite waard, wat is in het leven belastend en draagt mogelijk bij aan suïcidaal gedrag, suïcidale gedachten, intenties, gedragingen en plannen, neigingen om zichzelf iets aan te doen. Deze punten moeten worden besproken bij evaluaties van het behandelplan.

## 10 C Specifieke groepen

### 6.10 Behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen

- 15 Voor ouderen gelden dezelfde principes van de eerste interventies en de behandelmogelijkheden als voor volwassenen. Diverse factoren maken het zinvol om apart aandacht aan ouderen te besteden, namelijk: 1) suïcide komt bij ouderen relatief vaak voor; 2) ouderen doen suïcidale uitlatingen maar uiten ook dikwijls doodswensen zonder suïcidaal gedrag; deze doodswensen vragen om
- 20 begeleiding en kunnen behandeld worden; 3) in aansluiting op het multifactoriële onderzoek bij ouderen (zie paragraaf 5.13) is een meersporenbeleid in de behandeling gewenst; 4) de dynamiek van en rond ouderen met suïcidaal gedrag onderscheidt zich doordat ouderen en professionals geneigd zijn doodswensen te interpreteren als horend bij de leeftijd. Hierdoor is minder geneigdheid een
- 25 complete behandeling in te zetten.

*Wetenschappelijke onderbouwing*

- 5 In de acute fase zijn continuïteit in de begeleiding en behandeling van een eventuele slaapstoornis relevante interventies. Wekelijkse ondersteuning, telefonisch contact en een 24-uurs crisistelefoon leverden bij ouderen een significante reductie van hopeloosheid op vooral bij vrouwen en leidde tot vermindering van depressie en suïcidaal gedrag (Morrow-Howel 1998, De Leo 2002, Fiske e.a. 2000).
- 10 Bij ouderen met suïcidaal gedrag is vaak sprake van een slaapstoornis die behandeld moet worden (Voaklander e.a. 2008, Bonnewijn e.a. 2009). Echter, behandeling met benzodiazepines kan samengaan met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag (Voaklander e.a. 2008).
- 15 Studies bij ouderen met suïcidaal gedrag waarin het effect van tegelijkertijd meer behandelcomponenten werden onderzocht, zijn de IMPACT-studie (Unutzer e.a. 2002, 2006) en de PROSPECT-studie (Alexopoulos e.a. 2009, Bruce e.a. 2004). In de IMPACT-studie werden activeringsprogramma's, een caremanager en farmacologische of gedragstherapie ingezet en vergeleken met gebruikelijke zorg. In de experimentele conditie verminderden suïcidegedachten meer dan in de controleconditie met bovendien een snelle afname van depressie.
- 20 De PROSPECT-studie met op indicatie een caremanager, monitoring, psychotherapie, follow-up en medicatie liet bij patiënten met MDD een tweemaal zo grote afname van suïcidegedachten zien dan de gebruikelijke zorg, maar dit verschil was niet significant. Het verschil was wel significant bij ouderen met een minor depressie (Alexopoulos e.a. 2009, Bruce e.a. 2004).
- 25 Oyama e.a. (2005, 2008) vonden in een community-based vergelijkend onderzoek met een 7-11 jaar follow-up bij oudere vrouwen een 70% reductie van het aantal suïcides bij een jaarlijkse screening op depressie, gecombineerd met mental health workshops en depressiebehandeling bij een huisarts of psychiater. Bij oudere mannen vond alleen reductie plaats indien ze naar een
- 30 psychiater werden doorverwezen (Oyama e.a. 2005, 2008).
- Szanto (2001, 2003) vond in een case-serie onderzoek bij depressieve ouderen met een hoog suïciderisico een 67% respons op een gecombineerde behandeling met antidepressiva en psychotherapie; bij depressieve ouderen met een laag suïciderisico was dit zelfs 85%. Zowel in de IMPACT-studie als in de PROSPECT-studie werd gevonden dat de kwaliteit van de geboden zorg samenhangt met een
- 35 open houding van professionals ten aanzien van suïcidaal gedrag en doodswensen (Uncapher en Arean 2000; Hunkeler e.a. 2006).
- Barak e.a. (2006) vonden in een retrospectieve interventiestudie dat suïcidaal gedrag bij ouderen verminderde door het gebruik van SSRI's. Stone e.a. (2009)
- 40 vonden in een meta-analyse van RCT's met verschillende antidepressiva, waaronder TCA's, een beschermend effect op suïcidaal gedrag bij een leeftijd boven de 65 jaar.

Psychologische behandeling kan bestaan uit zowel groepsmatige als individuele interpersoonlijke psychotherapie met de focus op zingeving en nieuwe persoonlijke doelen. Beiden zijn effectief gebleken voor een reductie van depressie en suïcidaal gedrag (Lapierre e.a. 2007, Heisel e.a. 2009, Szanto e.a. 2001, 2003).

5

Somatische stoornissen kunnen een oorzakelijke factor zijn bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. Behandeling, voorlichting en verbetering van functioneren zijn dan ook geïndiceerd (Pompili e.a. 2009, Llorente e.a. 2003, Voaklander e.a. 2008). Lin e.a. (2003) vonden dat met de behandeling van de depressie bij oudere patiënten met artritis ook de pijn verminderde. Tevens verbeterde het functioneren en de kwaliteit van leven.

10

*Conclusie*

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat bij ouderen continuïteit van zorg een belangrijke bijdrage levert aan de reductie van suïcidaal gedrag, depressie en hopeloosheid.</p> <p><i>B Morrow-Howel 1998; B De Leo e.a. 1995, 2002; C Fiske e.a. 2000</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat het behandelen van slaapstoornissen bij ouderen de kans op suicide vermindert.</p> <p><i>B Voaklander 2008; A Bonnewijn e.a. 2009</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat een geïntegreerde behandeling (medicamenteuze behandeling gecombineerd met psychotherapie, een care manager, activeringsprogramma's) effectief is bij het reduceren van suïcidaal gedrag bij ouderen.</p> <p><i>A1 Oyama 2008, 2005; B Szanto 2001; B Unutzer 2002, 2006; Alexopoulos 2009; Bruce 2004; C Szanto 2001, 2003</i></p>
-----------------	---

<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat het optimaliseren van fysiek welbevinden een belangrijke bijdrage levert bij de behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen.</p> <p><i>B Voaklander 2008, Llorente 2003, Pompili 2009, Lin 2003</i></p>
-----------------	--

<b>Niveau 1</b>	<p>Het is aangetoond dat SSRI's effectief zijn bij ouderen voor het verminderen van suïcidaal gedrag</p> <p><i>B Barak e.a. 2006; A1 Stone e.a. 2009</i></p>
<b>Niveau 2</b>	<p>Het is aannemelijk dat psychotherapie, in de vorm van interpersoonlijke psychotherapie of groepspsychotherapie, depressie en suïcidaal gedrag kan reduceren.</p> <p><i>B Lapierre e.a. 2007; B Szanto 2001; C Szanto e.a. 2003; C Heisel e.a. 2009</i></p>
<b>Niveau 3</b>	<p>Het is waarschijnlijk dat een open houding ten aanzien van doodswensen bij ouderen essentieel is voor de hulpverlening aan ouderen met suïcidaal gedrag.</p> <p><i>C Rurup 2005; A Uncapher en Arean 2000, Hunkeler 2006</i></p>

*Overige overwegingen*

5 Door naasten en andere professionals te betrekken wordt de oudere uit zijn isolement gehaald met betrekking tot zijn doodswens. Ook de naastbetrokkenen moeten ondersteund en erkend worden in hun betrokkenheid en emoties, en in hoe zij met deze doodswens om kunnen gaan. Duidelijkheid over de vervolgstappen en het maken van een noodplan geeft de oudere houvast en controle. Een opname kan geïndiceerd zijn bij wilsonbekwaamheid en de onmogelijkheid om contact te krijgen. In de periode na een opname kan de kans op een suïcide verhoogd zijn. Afstemmen, informeren en betrekken van andere professionals maakt een consequente benadering mogelijk en vergroot openheid en duidelijkheid (zie ook Hoofdstuk 4).

15 Een belangrijk aspect van hulpverlening aan ouderen met doodsgedachten is de noodzaak hen als professional 'niet in de steek te laten' (Quill en Cassel 1995). De consequentie van het serieus nemen van een doodswens betekent dat als mogelijke onderliggende oorzaken van suïcidaal gedrag behandeld zijn en er nog steeds doodsgedachten zijn, de professional en de oudere samen kijken hoe hiermee omgegaan kan worden. Persoonlijke grenzen van de professional, grenzen van hulpverlening en juridische kaders moeten hierin meegenomen worden (zie Hoofdstuk 3 en Bijlage B). Deze behandelstrategie en zorgaspecten maken duidelijk dat dit geen taak is van één enkele professional. Een  
20 multidisciplinaire aanpak en samenwerking in de keten van zorg rondom de oudere is hiervoor noodzakelijk (Zweig 2005, Heisel 2009).

- Sociaal isolement en eenzaamheid bij ouderen zijn belangrijke oorzakelijke factoren voor het ontstaan van suïcidaal gedrag. Doorbreken van dit isolement door in overleg met de ouderen te zoeken naar mogelijkheden om contacten te leggen, het herstel van contacten met het systeem en deelname aan maatschappelijke activiteiten zijn waarschijnlijk zinvolle interventies.
- 5

#### *Aanbevelingen*

Het is sterk aan te bevelen bij acuut suïcidaal gedrag of bij een eerste contact over suïcidaal gedrag of doodswensen bij ouderen onmiddellijk de continuïteit van aansluitende zorg te waarborgen.

Het verdient aanbeveling om slaapstoornissen bij ouderen met suïcidaal gedrag zo spoedig mogelijk te behandelen. Bij het voorschrijven van benzodiazepines moet de patiënt worden geïnformeerd over een mogelijk tegengesteld effect vanwege een mogelijk ontremmend effect met als gevolg toename van suïcidaal gedrag. Tevens moet het effect op de slaapstoornis op korte termijn worden geëvalueerd.

Het is sterk aan te bevelen om bij ouderen bij de behandeling van een depressie met suïcidaal gedrag SSRI's als medicatie te overwegen.

Het is aan te bevelen om psychotherapeutische behandelvormen te overwegen bij depressies met suïcidaal gedrag bij ouderen.

Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van ouderen met suïcidaal gedrag ook te streven naar verbetering van het fysieke welbevinden.

Het verdient aanbeveling om indien mogelijk de naastbetrokkenen van ouderen te ondersteunen en in het behandelplan te betrekken.

Het wordt aangeraden om iedere oudere met suïcidaal gedrag een geïntegreerde behandeling op maat te bieden. Samenwerking tussen verschillende disciplines, de eerste- en tweedelijnszorg is hierbij een voorwaarde.

### 10 **6.11 Behandeling van suïcidaal gedrag bij jeugdigen**

#### *Wetenschappelijke onderbouwing*

- Er is betrekkelijk weinig onderzoek verricht naar de behandeling van suïcidaal gedrag bij kinderen en jeugdigen, zo blijkt uit een meta-analyse van Schaffer e.a. (2009). Er is een klein aantal studies verricht naar de effectiviteit van interpersoonlijke therapie bij depressieve adolescenten die voorzichtig positieve effecten laten zien op het verminderen van suïcidaal gedrag (Mufson e.a. 1999,
- 15

2004). Er zijn aanzetten tot het modificeren van dialectische gedragstherapie (DGT) voor adolescenten (Miller e.a. 2007). Er zijn enkele studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij suïcidale depressieve jongeren (Brent 2009). Er zijn geen studies bekend over psychodynamisch georiënteerde  
5 behandelingen met suïcidale jongeren en hun familieleden. Belangrijkste interventie is gezinstherapie waarover veel is geschreven, maar weinig evaluatieonderzoek is verschenen (Brent 2009).

In gecontroleerde studies naar farmacologische en psychotherapeutische interventies werden jongeren met een te hoog suïciderisico veelal uitgesloten  
10 van deelname en suïcidaal gedrag als uitkomstenmaat werd lang niet altijd bestudeerd. Er is geen bewijs dat dagbehandeling of klinische opnamen effectief zijn in de reductie van suïcidaal gedrag onder adolescenten (Shaffer en Pfeiffer 2009, Brent 2009, Pompili e.a. 2010). Dat neemt uiteraard niet weg dat er vele redenen kunnen zijn om depressieve suïcidale jongeren klinisch op te nemen of  
15 dagbehandeling aan te bieden.

In een overzicht en meta-analyse van 18 studies werd geen bewijs gevonden dat psychosociale interventies (beperkt aantal individuele sessies van cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en dialectische gedragstherapie) van  
20 adolescenten en jong-volwassenen onmiddellijk na suïcidaal gedrag toekomstige suïcide helpen voorkomen (Crawford e.a. 2007).

Voor zover aanwezig worden de belangrijkste empirische bevindingen in deze paragraaf gecombineerd met consensus van klinici. Omdat depressie de belangrijkste risicofactor is voor suïcidaal gedrag onder jongeren wordt hieraan  
25 eerst aandacht besteed. Bij de behandeling van suïcidale jongeren zijn contact, veiligheid en continuïteit van zorg even belangrijk als bij volwassenen (zie Hoofdstuk 4). Meer aandacht verdient de rol die het gezin speelt bij de ontwikkeling van suïcidaal gedrag in het beschermen tegen suïcidaal gedrag en bij de behandeling van suïcidaal gedrag.

### 30 *Behandeling van suïcidaal gedrag bij depressie onder adolescenten*

Onderzoek, diagnostiek en behandeling van depressie zijn de belangrijkste opgaven voor professionals die suïcidale jongeren behandelen. Wanneer de depressie vroeg inzet en ernstig en chronisch is, is het suïciderisico groter (Brent 2009). Misbruik van alcohol en drugs, gedragsstoornissen, impulsiviteit en  
35 agressie, een geschiedenis van seksueel misbruik, conflicten met ouders, gepest worden en suïcidaal gedrag in de familie dragen bij aan een verhoogd risico van suïcidaal gedrag (Lewinsohn e.a. 1996, Brent e.a. 1997, Fergusson en Woodward 2002, Brent en Mann 2005, Brent, 2009). De behandeling van de depressie vergt zowel een behandeling van de depressie, de comorbide aandoeningen en de  
40 context van het gezin of leefomgeving. Omdat suïcidaal gedrag onder jongeren altijd gevolgen heeft voor gezin, vrienden, klasgenoten, leraren en professionals dient de context van de jongere aandacht van professionals te krijgen.

Psychofarmacologische en psychotherapeutische interventies zijn effectief voor het terugdringen van depressie, maar veel minder staat vast of daarmee ook

suïcidaal gedrag wordt tegengegaan. We verwijzen voor de behandeling van depressie naar de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2009) en naar Brent (2009), Spirito Esposito-Smythers (2009) en Pompili e.a. (2010).

- 5 In een studie van Brent e.a. (1997) werden cognitieve gedragstherapie, ondersteunende psychotherapie en gezinstherapie voor suïcidale depressieve adolescenten vergeleken. Alle drie de behandelingen leidden tot afname van suïcidaal gedrag. Er was geen controlegroep met gebruikelijke klinische behandeling. In een studie van Mufson e.a. (1999) bleek in de afname van
- 10 depressieve symptomen interpersoonlijke therapie superieur aan gebruikelijke behandeling, maar niet wat betreft suïcidaal gedrag. In een studie van March e.a. (2004) werden cognitieve gedragstherapie, fluoxetine en de combinatie van beiden vergeleken met een placebo. Alleen de combinatie van fluoxetine en cognitieve gedragstherapie leidde tot een significante reductie van suïcidaal gedrag.
- 15 Twee grotere studies met patiënten met ernstiger en langduriger depressie en meer suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis lieten echter geen beschermend effect zien van de combinatie van anti-depressieve medicatie en cognitieve gedragstherapie wat betreft suïcidaal gedrag (Goodyer e.a. 2007, Brent e.a. 2008). Asarnow e.a. (2005) onderzochten de effecten van kwaliteitsbevordering
- 20 in de eerstelijns gezondheidszorg (individueel toegesneden cognitieve gedragstherapie, medicatie, of beide) versus de gebruikelijke behandeling. Zij vonden een significante reductie in depressie en een bijna significante reductie in suïcidaal gedrag.
- 25 In een quasi-experimentele studie van Rathus en Miller (2002), werd Linehan's dialectische gedragstherapie aangepast voor suïcidale adolescenten met trekken van de borderline persoonlijkheidsstoornis (n=29) en vergeleken met gebruikelijke behandeling (n=82). Een derde van de suïcidale adolescenten had suïcidepogingen ondernomen. In beide groepen kregen de deelnemers 24
- 30 individuele therapiesessies gedurende drie maanden. Er konden geen verschillen in de afname van suïcidaal gedrag tussen beide groepen worden waargenomen. Ongeveer 40% van de adolescenten in beide groepen recidiveerde met suïcidaal gedrag.
- 35 In een RCT omtrent individuele psychotherapie voor suïcidaal gedrag bij adolescenten van Donaldson e.a. (2005) werd cognitieve gedragstherapie vergeleken met probleemoplossingsgerichte, ondersteunende psychotherapie. Beide behandelingen werden uitgevoerd in tien individuele sessies afgewisseld met gezinsgesprekken. Meer dan de helft van de adolescenten had een voorgeschiedenis van meerdere suïcidepogingen. De resultaten lieten
- 40 verbeteringen zien op depressie en suïcidaal gedrag in de experimentele conditie, maar geen verschillen tussen beide condities in de follow-up.



## Conclusie

<b>Niveau 3</b>	<p>Hoewel individuele psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelingen effectief gebleken zijn in de behandeling van depressie bij adolescenten, is er vooralsnog in onvoldoende bewijs dat farmacologische en psychosociale of psychotherapeutische behandelingen ook effectief zijn in de reductie van suïcidaal gedrag.</p> <p><i>A Crawford e.a. 2007; A Brent e.a. 1997; B Mufson e.a. 1999, 2004; A March e.a. 2004; A Goodyer e.a. 2007; A Brent e.a. 2008; B Asarnow e.a. 2005; B Shaffer e.a. 2001; B Rathuis en Miller 2002; B Pompili e.a. 2010; B Lewinsohn e.a. 1996; B Fergusson en Wodward 2002; B Donaldson e.a. 2005</i></p>
-----------------	--

## Overige overwegingen

5 Er zijn indicaties dat het voorschrijven van SSRI's kan leiden tot toename van suïcidaal gedrag bij adolescenten. Net als bij volwassenen dient het voorschrijven van SSRI's omgeven te worden met grote voorzichtigheid (korte perioden, beperkte hoeveelheden, regelmatige controle, en waarschuwing tegen mogelijke toename van het suïcidale gedrag).

10 Toch zijn er aanwijzingen dat in het algemeen het voorschrijven van SSRI's positieve effecten heeft op suïcidaal gedrag van adolescenten (Brent 2009). In verschillende landen is een correlatie gevonden tussen toenemend gebruik van SSRI's bij depressieve adolescenten en een afname van het aantal suïcides onder adolescenten. Nadat de Amerikaanse Food and Drugs Administration (FDA) een waarschuwing uitzond over de mogelijk averechtse effecten van SSRI's op het

15 suïciderisico onder jongeren en dit leidde tot een afname in het aantal keren dat SSRI 's werd voorgeschreven bij adolescenten, zou het aantal suïcides onder jongeren juist weer zijn toegenomen (Gibbons e.a. 2007). Dit effect zou zijn waargenomen in de VS en in Nederland, maar de methodologische kwaliteit van deze studie is bekritiseerd (Wheeler 2008, APA, 2003, Tandt e.a. 2009, Hawton

20 en Van Heeringen 2009). De conclusie lijkt te zijn dat meer depressieve suïcidale jongeren baat hebben bij SSRI's dan dat er door geschaad zouden worden (Brent 2009).

## Gezinsbenaderingen

25 In een RCT van Harrington e.a. (1998) werden 162 adolescenten die een suïcidepoging hadden ondernomen met een overdosering medicijnen gerandomiseerd naar een gebruikelijke behandeling of een gezinstherapie gedurende vijf sessies die thuis werd gegeven. De gezinstherapie richtte zich op gezinsconflicten, problemen bij de ouders, suïcidaal gedrag van de adolescenten

en hopeloosheid. Er werd geen verschil waargenomen tussen beide groepen wat betreft de reductie van suïcidaal gedrag.

5 Een RCT van Huey e.a. (2004) omtrent de effectiviteit van multi-systeemtherapie (een benadering gericht op een combinatie van individuele en gezinstherapie) voor suïcidale adolescenten (n=156) versus gebruikelijke behandeling liet evenmin duidelijke effecten zien op suïcidaal gedrag, depressie en hopeloosheid bij de deelnemende adolescenten.

### Conclusie

<b>Niveau 3</b>	Hoewel psychotherapeutische gezinsbenaderingen effectief gebleken zijn bij de behandeling van depressie bij adolescenten is er voorsnog in onvoldoende studies bewijs gevonden dat deze gezinsbenaderingen ook effectief zijn in de reductie van suïcidaal gedrag.  <i>B Harrington e.a. 1998; B Huey e.a. 2004; B Brent 2009</i>
-----------------	---

10

### Overige overwegingen

Op grond van de wetenschappelijke literatuur over effectiviteit van interventies kunnen we niet concluderen dat de behandeling van suïcidaal gedrag of van het risico en bijkomende factoren bij adolescenten anders zou moeten zijn dan bij 15 volwassenen. Toch is er een belangrijk verschil: adolescenten leven in de context van het gezin of in een ander verband met personen die verantwoordelijkheid dragen voor hun welzijn en opvoeding. In een suïcidale crisis zijn ouders of verzorgers degenen die het eerst kunnen ingrijpen om de veiligheid te bevorderen. Dat maakt dat in de behandeling van suïcidaal gedrag bij 20 adolescenten veel aandacht moet zijn voor de rol van de opvoeders en voor de verantwoordelijkheden van professional en opvoeder. Omdat veel suïcidaal gedrag van adolescenten (tevens) relationele aspecten kent, mogelijk in de etiologie maar zeker ook in de gevolgen, is het van het grootste belang waar mogelijk de ouders of andere verantwoordelijken bij de behandeling te 25 betrekken. Bij gebrek aan empirisch gefundeerde behandelingen moeten we ons richten op hetgeen professionals die met suïcidale adolescenten in de praktijk werken adviseren. Daaruit komt een aantal algemene aanbevelingen naar voren waarover consensus lijkt te bestaan.

30 Bij de behandeling van suïcidaal gedrag van adolescenten dienen zo spoedig mogelijk ouders of andere verantwoordelijken ingelicht en betrokken te worden.

Wanneer een adolescent suïcidaal gedrag vertoont dient dat onverwijld besproken te worden met de ouders/opvoeders, al vraagt de adolescent om

geheimhouding. Het is onverstandig een belofte van geheimhouding te doen, omdat in crisissituaties het niet mogelijk is om deze belofte gestand te doen.

5 Wanneer een adolescent suïcidaal gedrag vertoont is er meestal sprake van een acute crisis. Ouders en andere verantwoordelijken dienen zo mogelijk nog in die crisissituatie gezien te worden.

10 Maak zo spoedig mogelijk dwingende afspraken over het niveau van veiligheid dat de adolescent moet omgeven. Maak afspraken over aanwezigheid en over bewaking van gevaarlijke situaties en toezicht, etc. Laat de adolescent niet alleen. Vraag de ouders welke maatregelen zij kunnen opbrengen of welke  
15 hulpbronnen zij kunnen inschakelen. Geef de ouders educatie over het gevaar, uitlokkende omstandigheden, waarschuwingssignalen, kans op terugkeer van het suïcidale gedrag en de rol van alcohol en drugs bij het intensiveren van het suïcidale gedrag. Zorg voor overeenstemming over het belang van een  
behandeling. Maak een afspraak voor een vervolcontact op een korte termijn (indien nodig de volgende dag). Zorg ervoor dat de ouders te allen tijde de  
professional kunnen bellen voor eventuele vragen of in crisissituaties.

20 Vraag de ouders in het bijzijn van hun kind naar hun inzichten en verklaringen omtrent het suïcidale gedrag van hun dochter/zoon. Vraag de adolescent zelf naar de achtergronden intenties en motieven van het suïcidale gedrag, liefst in het bijzijn van de ouders. Informeer naar suïcidaal gedrag in de familiekring.

25 Wees beducht op ernstige gezinsconflicten (mishandeling, misbruik) die mogelijk van invloed zijn op het suïcidale gedrag. Maar ook in dergelijke omstandigheden is het van belang de ouders bij de behandeling te betrekken. De professional moet vaardig omgaan met enerzijds de soms vertrouwelijke informatie die de  
adolescent geeft en anderzijds de openheid betrachten die nodig is om veiligheid te creëren. De professional is meervoudig partijdig: hij/zij ondersteunt zowel de  
adolescent als diens ouders. Bevestig de ouders in hun ouderlijke rol en draag bij  
aan de ouderlijke betrokkenheid en aan hun gezag. De ouders dienen de regie  
over het gedrag van hun zoon of dochter te herwinnen; de professional benut  
30 hierbij het morele gezag van de ouders.

35 Een psychiatrische opname is te overwegen als de adolescent elk contact met de professional en met anderen afweert en niet bereid is afspraken te maken omtrent de veiligheid of daartoe niet in staat is (bijvoorbeeld als gevolg van de psychiatrische symptomatologie of intoxicatie). Een opname is ook geïndiceerd  
wanneer sprake is van een persisterende doodswens waarbij geen ambivalenties  
waar te nemen zijn. Daarin worden relaties met anderen niet meer als  
betekenisvol ervaren door de adolescent. Een derde reden voor opname kan zijn  
dat de ouders onvoldoende in staat zijn in de thuissituatie de benodigde  
veiligheid te garanderen en ook niet over een alternatieve mogelijkheid  
40 beschikken.

In de praktijk blijkt dat in veel gevallen het suïcidale gedrag binnen enkele dagen zodanig vermindert dat met ontslag kan worden gegaan. In die dagen kan de gezinssituatie zich ook weer herstellen en is naar huis gaan in de regel

verantwoord, mits de hulpverlening ambulante en op een zo kort mogelijke termijn wordt vervolgd.

*Aanbevelingen*

Het is sterk aan te bevelen bij de behandeling van adolescenten met suïcidaal gedrag zo snel mogelijk en zo intensief als haalbaar is de ouders te betrekken. De hulp aan de adolescent wordt aanzienlijk beter als gebruik wordt gemaakt van de informatie waarover de ouders beschikken, van hun betrokkenheid en zorg en van hun verantwoordelijkheid en gezag.

Het is sterk aan te bevelen bij het beoordelen van de veiligheidsaspecten niet slechts de toestand van de adolescent te beoordelen, maar ook de draagkracht van de ouders en hun vermogens om binnen de thuissituatie de veiligheid te organiseren en garanderen.

5

## Literatuur bij Hoofdstuk 6

**Literatuur van de wetenschappelijke onderbouwing. Van de onderstaande literatuur is een bewijstabel beschikbaar. (Zie Bijlage E).**

5

Alexopoulos GS, Reynolds CF, 3rd, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant, BH, Oslin DW, Ten Have T, The Prospect Group: Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study *Am J Psychiatry* 2009; 166: 882-890

10 Asarnow, JR, Jaycox, LH, Duan, N, et al (2005) Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial *Journal of the American Medical Association*, 293, 311-319

15 Baldessarini, RJ, Tondo, L, Viguera, AC (1999) Effects of discontinuing lithium maintenance treatment in bipolar disorders *Bipolar Disorders*, 1, 17-24

Baldessarini, RJ, Tondo, L, Hennen, J (2003) Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings *J Clin Psychiatry*, 64,

20 Baldessarini RJ, Tondo, L (2010) Psychofarmacology for Suicide Prevention In: M Pompili and R Tartarelli (Eds) Evidence based practice in Suicidology Gottingen: Hogrefe and Huber (pp 233-253)

Barak Y, Olmer A, Aizenberg D: Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients, *Neuropharmacology* 2006; 31:178-181

25 Bateman, A, Fonagy, P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial *American Journal Psychiatry*, 156, 1563-1569

Bateman, A, Fonagy, P (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up *American Journal Psychiatry*, 158, 36-42

30 Bateman, A, Fonagy, P (2008) 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization based treatment versus treatment as usual *American Journal Psychiatry*, 165, 631-638

Bateman, A, Fonagy, P (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder *American Journal Psychiatry*, 166, 1355-1364

35 Bonnewijn A, Shah A, Demyttenaere K: Suicidality and suicide in older people *Reviews in Clinical Gerontology* 2009; 19:271-294

40 Bosch, L van den, Verheul, R, Schippers, GM, Brink, W van den (2002) Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects *Addictive Behaviors*, 27, 911-923

Bosch, L van den, Koeter, M, Stijnen, T, Verheul, R, Brink, W van den (2005) Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241

Bewijstabel: zie Bosch van den et al 2002

Brent, DA , Holder, D, Kolko, D et al (1997) A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments Archives of General Psychiatry, 54, 877-885

- 5 Brent, DA, Emslie, GJ, Clarke, GN, et al (2008) Switching to venlafaxine or another SSRI with or without cognitive behavioural therapy for adolescents with SSRI resistant depression The TORDIA randomized control trial Journal of the American Medical Association, 299, 901-913

- 10 Brent, DA (2009) Effective treatments for suicidal youth Pharmacological and psychosocial approaches In: D Wasserman C Wasserman (Eds) Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention Oxford University Press (pp 667-676)

Brown, GK, Newman, CF, Charlesworth, SE, Crits-Christoph P, Beck, AT (2004) An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder Journal of Personality Disorders, 18, 257-271

- 15 Brown, GK, Ten Have, T, Henriques, GR, Xie, SX, Hollander, JE, Beck, AT (2005) Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts Journal of the American Medical Association, 294-563-570

- 20 Bruce M, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos JS: Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients JAMA: Journal of the American Medical Association 2004; 291: 1081-1091

Carter, GL, Clover, K, Whyte, IM, Dawson, AH, D'Este, C (2007) Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning Br J Psychiatry, 191, 548-553

- 25 Cedereke, M, Ojehagen A. (2002a) Patients' needs during the year after a suicide attempt A secondary analysis of a randomised controlled intervention study Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 37, 357-363

- 30 Cedereke, M, Monti, K, Ojehagen, A (2002b) Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study Eur Psychiatry, 17, 82-91

Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR (2005) Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials Am J Psychiatry, 162, 1805-19

- 35 Clarkin, JF, Levy, KN, Lenzenweger, MF, Kernberg, OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study American Journal of Psychiatry, 164, 922-928

Crawford, MJ, Thomas, O, Khan, N, Kulinskaya, E (2007) Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide British Journal Psychiatry, 190, 11-17

- 40 Cuijpers, P, Straten, A van, Oppen, P van, Andersson G (2008) Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76, 6, 909-922

- Cuijpers P, Straten A van, Warmerdam L, Andersson G (2009) Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis *Depression and Anxiety*, 26, 279-288
- 5 De Leo D. 2002: Struggling against suicide, the need of an integrative approach *Crisis*; 23 (1): 23-31
- Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C (2005) Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 113-120
- 10 Drew BL, Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15(3):99-106
- Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DG (1999) Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition *British Journal of Psychiatry*, 175, 23-27
- 15 Farrow TL, Owing their expertise: why nurses use 'no suicide contracts' rather than their own assessments *Int J Ment Health Nurs* 2002;11(4):214-9
- Fergusson DM, Woodward LJ (2002) Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression *Archives of General Psychiatry*, 59, 225-231
- 20 Fiske A: Future directions in late life suicide prevention *OMEGA*, 2000; Vol 42(1) 37-53
- Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ et al (2008) Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries *Bull World Health Organ*, 86, 703-709
- 25 Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A (2006) Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema - Focused Therapy vs Transference - Focused Therapy *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658
- 30 Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson, et al (2007) Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial *British Medical Journal*, 335, 106-107
- Gray SM, Otto MW (2001) Psychosocial approaches to suicide prevention: applications to patients with bipolar disorder *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 25), 56-64
- 35 Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E et al (2001) Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning *BMJ*, 323, 135-138
- 40 Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ (2007) Lithium treatment reduces suicidal risk in recurrent major depressive disorder *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 380-383
- Harrington R, Kerfoot M, Dyer E et al (1998) Randomized trial of a home based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 512-518

- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremmer S, Feldman E, Goldney R, Gunnell D, Hazell P, Van Heeringen K, House A, Owens D, Sakinofski I, Traskman-Bendz L (1998) Deliberate self-harm: a systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition British Medical Journal, 317, 441-447
- 5
- Heeringen C van, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J (1995) The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study PsycholMed, 25, 963-970
- 10
- Heisel MJ, Duberstein PR, Talbot NL, King DA, Xin MT: Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide: preliminary findings Professional Psychology, Research and practice 2009;40: 156-164
- Hennen J, Baldessarini RJ (2005) Suicidal risk during treatment with Clozapine: a meta-analysis Schizophrenia Research, 73, 139-145
- 15
- Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H (2001) Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide J PsychosomRes, 50, 87-93
- Huey SJ, Henggeler SW, Rowland MD, et al (2004) Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 183-190
- 20
- Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, Lin LHB, Harpole LH, Arean P, Levine S, Grypma LM, Hargreaves WA, Unützer J: Long term outcomes from the IMPACT randomized trial for depressed elderly patients in primary care 2006: 1; Online first BMJ.
- 25
- Kapur N, House A, Dodgson K, May C, Creed F (2002) Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberate self poisoning: cohort study Br Med J, 325, 866-867
- Kapur N, Cooper J, Hiroeh U, May C, Appleby L, House A (2004) Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study
- 30
- GenHospPsychiatry, 26, 36-41
- Lapierre S, Dubé M, Bouffard L, Alain M: Addressing suicidal ideations with the realization of meaningful personal goals Crisis 2007; 28(1): 16-25
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1996) Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors and clinical implications Clinical Psychology Science and Practice, 3, 25-46
- 35
- Lin EHB, Katon W, von Korff M, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, Hunkeler E, Harpole L, Hegel M, Arean P, Hoffing M, Penna PD, Langston C, Unutzer J, for the IMPACT Investigators: Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis JAMA, November 12, 2003; 290: 18
- 40
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991) Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients Archives of General Psychiatry, 48, 1060-1064



- Linehan MM, Heard HL, Armstrong E (1993) Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients Archives of General Psychiatry, 50, 971-974
- 5 Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder Archives of General Psychiatry, 63, 757-766
- 10 Lliorente MD, Burkte M, Gregory GR, Bosworth HB, Grambow SC, Horner RD, Golden A, Olsen EJ, Prostate Cancer, a significant risk factor for late-life suicide, Am J Geriatr Psychiatry 2005;13:195-201
- Magne-Ingvar, U, Ojehagen A (1999) Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 34, 73-79
- 15 March JS, Silva S, Petrycki S, et al (2004) Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression Treatment for adolescent depression study (TADS) randomized controlled trial Journal of the American Medical Association, 292, 807-820
- 20 McMMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL (2009) A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder American Journal of Psychiatry, 166, 1365-1374
- 25 Meerwijk EL, van Meijel B, Kerkhof A, de Vogel W, Grypdonck M Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia Perspectives in Psychiatric Care 2010;46(1):65-73
- Meltzer HY, Okayli G (1995) Reduction of suicidality during Clozapine treatment of neuroleptic resistant schizophrenia: Impact on risk-benefit assessment American Journal of Psychiatry, 152, 183-190
- 30 Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A et al (2005) Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International suicide prevention trial (Intersept) Archives of General Psychiatry, 60, 82-91
- Meltzer HY (2010) Evidence based treatment for reducing suicide risk in schizophrenia In: M Pompili and R Tartarelli (Eds) Evidence based practice in Suicidology Gottingen: Hogrefe and Huber (pp 301-311)
- 35 Modestin J, Dal Pian D, Agarwalla P (2005) Clozapine diminishes suicidal behaviour; a retrospective evaluation of clinical records Journal of Clinical Psychiatry, 66, 534-538
- 40 Möller HJ (2009) Pharmacological and other biological treatments of suicidal individuals In: D Wasserman C Wasserman (Eds) Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention Oxford University Press (pp395-405)
- Morrow-Howell N, Becker-Kemppainen S, Judy L: Evaluating an intervention for the elderly at risk of suicide Research on Social Work Practice 1998; 8(1): 28-46

- Mufson L, Weissman MM, Moreau D et al (1999) Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579
- 5 Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P et al (2004) A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584
- Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B (2005) Effect of suicide prevention centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen *European Psychiatry*, 20, 121-128
- 10 Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi T, Takizawa T, Miura R, Kumagai K: Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2005;59: 337-344
- 15 Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J: Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: a meta-analysis of the evidence from Japan *Community Ment Health J* 2008;44:311-320
- Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Amore M, Ferrara C, Tatarelli R, Girardi P: Quality of life and suicide risk in patients with Diabetes Mellitus *Psychosomatics* 2009; 50:16-23
- 20 Pompili M, Innamorati M, Girardi P, Tatarelli R, Lester D (2010) Evidence – based interventions for preventing suicide in youths In: M Pompili and R Tatarelli (Eds) *Evidence based practice in Suicidology* Gottingen: Hogrefe and Huber (pp 165-202)
- 25 Potter ML, Vitale-Nolen R, Dawson AM Implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2005;11(3):144-55 BT 51 en 52a
- Prudic J, Sackeim HA: Electroconvulsive therapy and suicide risk *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 2:104-10; discussion 111-6
- 30 Rathus JH, Miller AL (2002) Dialectical behaviour therapy adapted for suicidal adolescents *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32, 146-157
- Rudd MD, Rajab MH, Orman DT, Stulman DA, Joiner T, Dixon W (1996) Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: preliminary results *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 179-190
- 35 Salkovskis PM, Atha C, Storer D (1990) Cognitive – behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial *British Journal of Psychiatry*, 157, 871-876
- Shaffer, DS Pfeffer C (2001) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 24s-51s
- 40 Sharma V The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders *Can J Psychiatry* 2001 Oct;46(8):704-9
- Slee N, Garnefski N, Leeden R van de, Arensman E, Spinhoven P (2008) Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial *British Journal of Psychiatry*, 192, 202-211

- Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, Hammad TA, Temple R, Rochester G: Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration 2009 *BMJ* aug 11;339:b2880
- 5 Szanto K, Mulsant BH, Houck PR, Miller MD, Mazumdar S, Reynolds III CF: Treatment outcome in suicidal vs Non-suicidal elderly patients (2001) *American Journal of Geriatric Psychiatry* 9 (3) pp 261-268
- Szanto K, Benoit HM, Houck P, Dew MA, Reynolds CF: Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:610-617
- 10 Tarrrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L (2006) Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT *Schizophrenia Research*, 83, 15-27
- Tarrrier N, Taylor K, Gooding P (2008) Cognitive behavioral interventions to reduce suicide behavior A systematic review and meta-analysis *Behavior Modification*, 32, 77-108
- 15 Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck ea (2009) 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) *Lancet*, 374, 620-627
- 20 Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ (2001) Reduced suicide risk with long term lithium treatment in major affective illness: A meta-analysis *Acta psychiatrica Scandinavica*, 104, 163-172
- Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, Van Heeringen K (2001) The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems *Psychological Medicine*, 2001, 31, 979-988
- 25 Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V et al (2003) Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the Popmact study *Psychological Medicine*, 33, 969-976
- 30 Tyrer P, Tom B, Byford S, Schmidt U et al (2005) Differential effects of manual assisted cognitive therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the popmact study *Journal of personality disorders*, 18, 102-116
- 35 Uncapher H, Arean PA: Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients *J Am Ger Soc* 2000; 188-192
- Unutzer J, Katon W, Callahan C, Williams J, Hunkeler E, Harpole L, et al: Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial *JAMA: J of the Am Med Ass* 2002; 288(22): 2836-2845
- 40 Unutzer J, Tang LQ, Oishi S, et al: Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients *Am J Geriatr Soc* 2006; 54: 1550-1556

Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A et al (2006) Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study *Br Med J*, 332, 1241-1245

5 Verheul R, Bosch L van den, Koeter MW, Ridder MAJ de, Stijnen T, Van den Brink W (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder *British Journal Psychiatry*, 182, 135-140

Bewijstabel: zie Bosch van den et al 2002

10 Verwey B, Bozdog MA, van Waarde JA, van Rooij IA, de Beurs E, Zitman FG (2009) Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from the hospital *Crisis*

Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM, Pahal J, Saar P, Kelly KD: Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study *J Epid Comm Health* 2008; 62: 138-146

15 Vries P de, Huisman A, Kerkhof AJFM, Robben PBM (2008) The no-suicide contract: A risky ritual *Tijdschrift voor Psychiatrie* 8 50:10 (667-671)

Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ (2006) Manual assisted cognitive treatment for deliberate self harm in borderline personality disorder patients *Journal of Personality Disorders*, 20, 482-492

### 5 *Inleiding*

Dit hoofdstuk biedt een kader voor het handelen na suïcide van een patiënt. In de eerste plaats wordt aandacht besteed aan het handelen van de professional direct na de suïcide. In paragraaf 7.1 is dit weergegeven. Een van de taken betreft de opvang van de naastbetrokkenen; dit wordt in paragraaf 7.2 uitgewerkt. Vanwege de neiging tot clustering van suïcidaal gedrag (Bowers e.a. 2010) moet in de klinische praktijk aandacht worden besteed aan een mogelijk verhoogd suïciderisico van personen die met de suïcide worden geconfronteerd. In paragraaf 7.3 wordt ingegaan op de inschatting van het risico op problemen met de verliesverwerking en een mogelijk verhoogd suïciderisico bij nabestaanden. Hiervoor wordt tevens verwezen naar Hoofdstuk 5. Paragraaf 7.4. gaat in op de reactie van professionals op een suïcide van patiënt. Ten slotte wordt in paragraaf 7.5 ingegaan op de evaluatie van suïcide in de instelling en op de meldingsprocedure van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

In dit hoofdstuk worden voor zover dat van toepassing is de taken van professionals in de eerstelijnszorg onderscheiden van professionals in de tweedelijnszorg. Dit onderscheid is niet helemaal strikt te maken. In de praktijk stemmen professionals in de eerste- en tweedelijnszorg hun taken rond de suïcide op elkaar af.

Aandachtspunten en procedures die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn ten dele ook van toepassing als een patiënt bij een suïcidepoging ernstig lichamelijk letsel heeft opgelopen.

### 7.1 **Het handelen van de professional direct na een suïcide**

30

#### *Suïcide in een zorginstelling*

In zorginstellingen is de (hoofd)behandelaar eindverantwoordelijk voor het handelen rond een suïcide. De (hoofd)behandelaar organiseert de nazorg en verdeelt de taken. Bij suïcide van een opgenomen patiënt of een patiënt die groepsbehandeling volgde moeten ook maatregelen worden getroffen voor de veiligheid van medepatiënten (zie paragraaf 7.1.1 en Hoofdstuk 4 paragraaf 4.2.1).

*De rol van de huisarts*

Huisartsen maken gemiddeld een keer in de vier jaar een suïcide van een patiënt mee (Marquet e.a. 2005) en ongeveer 60% van de mensen die een suïcide van nabij meemaakt doet korte of langere tijd na de suïcide een beroep op de huisarts (De Groot e.a. 2009). Kenmerkend voor de rol van de huisarts rond een suïcide is dat hij met verschillende betrokkenen te maken kan krijgen: familieleden, hulpverleningsdiensten, en behandelaar(s) van de overleden patiënt.

Taken van de huisarts na een suïcide hangen af van het moment waarop deze wordt ingelicht over de suïcide en door wie, de aard van het contact dat de huisarts vóór de suïcide met de overledene had en de aard van het contact tussen de huisarts en eventuele naastbetrokkenen. Ook hangt het af van de gezondheidsrisico's van nabestaanden, of nabestaanden eigen patiënten van de huisarts zijn en van de behoefte van nabestaanden aan steun van de huisarts. Het overzicht van taken in paragraaf 7.1.1 biedt een kader voor het handelen van de huisarts in die specifieke omstandigheden.

Vaak vangt de huisarts de naastbetrokkenen op of zij doen direct of in een later stadium uit zichzelf een beroep op de huisarts. De huisarts wordt dan vaak geconfronteerd met vragen van nabestaanden over de toedracht van de suïcide, over zorg die de overledene eventueel ontvangen heeft, en over nazorg voor zichzelf.

Ook nabestaanden die geen eigen patiënten van de betreffende huisarts zijn richten zich soms tot de huisarts van de overledene om informatie in te winnen over de toestand van de patiënt in de periode voorafgaand aan de suïcide. De huisarts zal tegen de achtergrond van de wet- regelgeving met betrekking tot het beroepsgeheim moeten afwegen welke informatie wel en welke niet gegeven kan worden (zie paragraaf 7.2 en Bijlage C).

### **7.1.1 Taken van de professional onmiddellijk na een suïcide**

Na een suïcide dient de behandelaar per keer af te wegen in hoeverre anderen (huisarts, naastbetrokkenen, medeciënten, ketenpartners) over de suïcide c.q. het overlijden van de patiënt dienen te worden ingelicht. De informatie die daarbij wordt verstrekt is zo relevant en beperkt mogelijk (proportionaliteitsbeginsel), zoveel mogelijk in de geest van de overledene, en bij voorkeur mondeling in een gesprek met de betrokkenen (Gerzon e.a. 2007).

De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt (KNMG 2010). In beginsel wordt alleen informatie gegeven indien de overledene daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven. Aangezien de regel 'na de dood geen inzage' tot situaties kan leiden die, bijvoorbeeld jegens de naasten, als onjuist moeten worden beschouwd, bestaan hierop een aantal uitzonderingen: veronderstelde toestemming van patiënt, een wettelijk voorschrift, en een conflict van plichten bij de behandelaar wegens zwaarwegende belangen van derden (KNMG 2010).

De professional beslist op grond van de specifieke omstandigheden hoe hij hiermee omgaat. De juridische overwegingen met betrekking tot het verstrekken van informatie aan nabestaanden zijn nader uitgewerkt in Bijlage C.

5 Het overzicht van taken van de professional direct na de suïcide is gebaseerd op (De Groot en De Keijser 2010) waarin de stappen zijn onderbouwd en toegelicht worden. De (klinische) context waarin de suïcide plaatsvindt is bepalend voor de mate waarin de diverse taken van toepassing zijn en hoeveel personen beschikbaar zijn om deze uit te voeren. In veel GGZ-instellingen zijn de taken vastgelegd in een suïcideprotocol.

10

*De volgende punten zijn in het algemeen van belang:*

- Onmiddellijk inlichten van de familie of andere betrokkenen bij de patiënt en het organiseren van de opvang (plaats, moment, wie is aanwezig).
- 15 ▪ Het gesprek met de familie of andere betrokkenen wordt gedaan door de hoofdbehandelaar, eventueel in aanwezigheid van de geestelijk verzorger van de instelling en indien mogelijk degenen die kort voor het overlijden nauw bij de patiënt betrokken waren.
- Informeer zo nodig leden van het behandelteam die vrij zijn.
- 20 ▪ Zorg voor de opvang van betrokken teamleden. Maak gebruik van eventuele richtlijnen voor opvang van personeel na traumatische gebeurtenissen.
- Informeer de eindverantwoordelijken van de instelling.
- Informeer de huisarts van de patiënt.
- 25 ▪ Zorg dat de status, het verpleegkundig dossier en eventueel andere relevante documenten ter beschikking blijven voor de evaluatie en eventuele melding aan de inspectie.
- Overleg met het team en de familie of het mogelijk is de begrafenis of crematie bij te wonen.
- 30 ▪ Maak afspraken met het team en de familie hoe verdere nazorg wordt geregeld. Overweeg welke andere betrokkenen (bijvoorbeeld de huisarts) hierbij een rol kunnen hebben.
- Uitvoerige rapportage (laten) schrijven door direct betrokkenen (zie verder paragraaf 7.5).

*De volgende punten zijn van belang als de overledene was opgenomen (of een ambulante groepsbehandeling volgde):*

- Zorg voor de veiligheid van medepatiënten (zorg voor voldoende personeel, sluit indien nodig de deur).
- 5 ▪ Informeer de medepatiënten. Aandachtspunt hierbij is de timing; zo snel mogelijk maar kies een geschikt moment. Schakel eventueel de geestelijk verzorger in (ook van belang bij ambulante groepsbehandelingen).
- 10 ▪ Onderzoek de medepatiënten op de aanwezigheid van suïcidaal gedrag en neem zo nodig maatregelen (ook van belang bij ambulante groepsbehandelingen).
- Indien noodzakelijk de identificatie van de patiënt organiseren. Hierbij kunnen familieleden, andere naastbetrokkenen of leden van het behandelteam worden betrokken.
- 15 ▪ Draag zorg voor de verzorging van de overledene als het lichaam is vrijgegeven door justitie. Indien mogelijk en nodig maak het lichaam toonbaar voor de familie. Schakel eventueel hulp in van medewerkers van het mortuarium.
- 20 ▪ Verzamel persoonlijke bezittingen. Registreer waar deze uit bestaan en wat aan de familie is gegeven.

## **7.2 De opvang van naastbetrokkenen van de overleden patiënt**

25 Jaarlijks worden in Nederland enkele tienduizenden mensen direct geconfronteerd met de gevolgen van suïcide. Voor al deze mensen geldt in meer of mindere mate dat zij achterblijven met de vraag naar het waarom van de suïcide en wat hun rol daarin geweest is. Wat hen bezighoudt is of ze iets hadden kunnen doen of moeten nalaten waardoor de tragische gebeurtenis niet had hoeven plaatsvinden. Schuld, spijt, taboe, angst, schaamte, het gevoel te hebben gefaald en door de overledene te zijn verlaten zijn kenmerkend voor het nabestaan na een suïcide. Reacties van nabestaanden kunnen sterk uiteenlopen, ook binnen het netwerk van nabestaanden van een en dezelfde overledene (De Groot en De Keijser 2010).

35 Een verlies door suïcide veroorzaakt meestal heftige rouwreacties bij naastbetrokkenen. Onzekerheid en zoeken naar antwoorden zijn kenmerkend voor het nabestaan na suïcide; dit zoeken is essentieel voor de verwerking van de suïcide. Dit kan onder meer betekenen dat de familie zoveel mogelijk informatie wil hebben om de suïcide te kunnen begrijpen. Aanbevolen wordt om



binnen de grenzen van het beroepsgeheim alle informatie te geven die dit doel kan dienen.

5 Uit onderzoek blijkt dat veel nabestaanden behoefte hebben aan professionele nazorg; in diverse studies varieert dit van 26-88% (Jordan 2001; Jordan en McMenamy 2004). Desondanks bereikt het merendeel van de nabestaanden uiteindelijk op eigen kracht en met gebruik van steun uit het eigen netwerk weer een balans. Aanbevolen wordt het herstellend vermogen van nabestaanden aan te moedigen, evenals het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk van de naastbetrokkenen.

10 Onderzoek naar het effect van rouwinterventies laat zien dat preventieve interventies om complicaties in het verwerken van een verlies geen risicoverlagend effect hebben. Wanneer er complicaties zijn opgetreden, kunnen rouwinterventies zinvol zijn (Wittouck e.a. 2011). De thema's die de verwerking van een suïcide kleuren, hebben mogelijk tot gevolg dat nabestaanden minder  
15 snel geneigd zijn om hulp te zoeken of te accepteren. Degene die wel hulp zoeken voelen zich in veel gevallen niet begrepen of gehoord (McMenamy e.a. 2008).

Aanbevolen wordt in de maanden na de suïcide alert te zijn op mogelijke problemen bij de verwerking van het verlies en nabestaanden indien nodig te verwijzen (zie paragraaf 7.3).  
20

Aanbevolen wordt om nabestaanden attent te maken op relevante hulpbronnen zoals bijvoorbeeld [www.113online.nl](http://www.113online.nl) en, specifiek gericht op jongeren, [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl). Deze websites bieden informatie, literatuuroverzichten, steun en de mogelijkheid contact te hebben met lotgenoten. Lokaal zijn er  
25 opvangprogramma's voor nabestaanden beschikbaar.

### 7.2.1 Het driefasenmodel voor de opvang

De opvang aan nabestaanden bestaat uit drie onderdelen: informeren, reconstrueren en consolideren. In het besef dat de professionele  
30 verantwoordelijkheid rond een suïcide per discipline verschilt worden aanbevelingen gedaan voor de nazorg op de korte, respectievelijk middellange- en lange termijn.

#### *Informeren*

35 De eerste fase van de opvang bestaat uit het *informeren van de nabestaanden* in de eerste uren en/of dagen na de suïcide. Als de cliënt in zorg was op het moment van de suïcide is het gebruikelijk dat de (hoofd)behandelaar deze verantwoordelijkheid op zich neemt en de familie van de cliënt te woord staat. Dikwijls zijn familieleden al op de hoogte gebracht door de politie of andere  
40 hulpverleningsdiensten of heeft een familielid of vriend de cliënt na de suïcide gevonden. Ook in die gevallen neemt de verantwoordelijke behandelaar contact

op met de familie. Als de patiënt werd behandeld in een zorginstelling is er na het contact in veel gevallen contact tussen de (hoofd)behandelaar en de huisarts van de patiënt. De huisarts kan worden ingeschakeld bij het ondersteunen van de naastbetrokkenen.

5

### *Reconstrueren*

De tweede fase waarin *een reconstructie van gebeurtenissen* centraal staat, strekt zich uit vanaf het moment dat de familie wordt ingelicht tot aan de eerste weken na de suïcide. Veel nabestaanden hebben behoefte om te weten wat  
10 precies is voorgevallen. Door als professional zelf het initiatief te nemen om samen met de nabestaanden de suïcide na te bespreken, kunnen professionals mogelijk iets van eventueel wantrouwen wegnemen. In het algemeen ondervinden nabestaanden steun aan het reconstrueren van gebeurtenissen die  
15 –dikwijls zonder dat zij dit beseffen– gekleurd zijn door een psychiatrisch toestandsbeeld.

Het uitgangspunt bij de informatieverstrekking is dat de professional helpt de suïcide voor nabestaanden in een voor de verwerking zuivere context te plaatsen. Hierbij moet de professional rekening houden met de eisen die de wet  
20 stelt aan het beschermen van de privacy van de patiënt. Een reconstructie helpt ook professionals om de suïcide te begrijpen, te verwerken en er van te leren. Uit de houding van de professional moet blijken dat een reconstructie voor hen zinvol is.

### *Consolideren*

25 De derde fase van de opvang staat in het teken van *consolidatie*, waarin nabestaanden verwezen kunnen worden voor verdere hulp of voor een (nagekomen) vraag bij de professional terecht kan. Voor een gedetailleerde uitwerking van deze gefaseerde opvang wordt verwezen naar De Groot en De Keijser (2010).

30

## **7.2.2 Kinderen en jongeren na een suïcide**

In Nederland verliezen jaarlijks ongeveer 1.600 kinderen een ouder, broer of zus door suïcide waarvan er ca. 350 op dat moment jonger zijn dan 16 jaar (CBS  
35 2007). Hoe kinderen en jongeren omgaan met verliezen hangt nauw samen met de ontwikkelingsfase waarin het kind of de jongere zich bevindt en zijn sociale omgeving. Hoe ouder het kind, hoe meer de manier van rouwen lijkt op rouw bij volwassenen (Fiddelaers-Jaspers 2005). Kinderen en jongeren ontvangen na een suïcide vaak minder steun uit de omgeving dan ouders in het gezin (Dyregrov en  
40 Dyregrov 2005).

Aangezien suïcidaal gedrag meestal samengaat met psychiatrische problematiek, hebben kinderen en jongeren die een gezinslid verliezen door suïcide vaak samengeleefd met iemand met psychische problemen. Ze hebben geleerd om te reageren op behoeften van anderen, maar (her)kennen de eigen behoeften vaak slecht. Professionals, bijvoorbeeld de huisarts, kunnen dergelijke patronen signaleren en bijdragen aan bewustwording (Beardslee e.a. 2003)

Het is net als bij volwassenen voor kinderen en jongeren belangrijk te praten over het waarom van de suïcide. Aanbevolen wordt dat professionals proactief en uitnodigend zijn. Van belang is te benoemen dat suïcide niet voortkomt uit een incident (waar het kind of de jongere deel van was), maar uit een opeenstapeling van gebeurtenissen, meestal in combinatie met een psychiatrische toestand. Dit kan helpen om gevoelens van schuld en afwijzing te verminderen (De Groot en de Keijser 2010).

Door hun overlevingsmechanismen kunnen kinderen en jongeren anderen op afstand houden. Jongeren kunnen de ander soms met botte opmerkingen, cynisme en terugtrekgedrag op veilige afstand houden. Professionals moeten stevig blijven staan en contact blijven zoeken (Van 't Erve 2010).

Voor de praktijk hebben Van 't Erve & Fiddelaers-Jaspers werkboeken ontwikkeld voor en met kinderen (*'Weg van mij'*) en jongeren (*'Om alles wat er niet meer is'*) die achterblijven na suïcide. Kinderen en jongeren worden aangemoedigd op een actieve manier met het verlies om te gaan. Met elkaar en met volwassenen kunnen ze onderzoeken welke gedachten en gevoelens zij hebben over de suïcide. De volwassene creëert openheid en veiligheid en respecteert de grenzen die het kind aangeeft (van 't Erve en Fiddelaers-Jaspers 2009).

Er zijn geen aanwijzingen dat kinderen nadelige gevolgen ondervinden van kennis over de doodsoorzaak en details over de gebruikte methode (Brown e.a. 2008).

### 30 **7.3 Het inschatten van het risico van problemen in de verliesverwerking**

#### *Factoren die het beloop van verliesverwerking bepalen*

De doodsoorzaak kan het verwerkingsproces compliceren, maar of dit gebeurt hangt af van de aanwezigheid van kwetsbaarheidsfactoren die in het individu zijn verankerd zoals bijvoorbeeld emotionele instabiliteit. Persoonlijkheidskenmerken zoals veerkracht, oplossingsgerichtheid, de neiging om steun te zoeken en gebruik te maken van positieve herinneringen hebben een risicoverlagend effect (Bonanno e.a. 2004). In het begin van het proces van verliesverwerking kunnen de omstandigheden (onverwachtheid, confrontatie met de overledene) bepalend zijn voor de heftigheid van rouwreacties; de mate en het tempo waarin

rouwreacties met het verstrijken van de tijd milder worden hangen af van persoonlijkheidsfactoren (De Groot 2008).

*Factoren die de kans op problematische verliesverwerking verhogen*

- 5 Onderzoek laat zien dat een op de vijf nabestaanden kort na het verlies zelf  
suïdegedachten heeft (McMenamy e.a. 2008, Cerel en Campbell 2008, De  
Groot e.a. 2010, De Groot en Broer 2011). Er zijn aanwijzingen dat in het lange  
termijn beloop de aanwezigheid van suïdegedachten samengaat met een  
10 verhoogd risico van psychiatrische (co)morbiditeit (De Groot en Kollen in  
voorbereiding). Andere factoren die samengaan met een verhoogde kans op  
complicaties zijn:
- eerdere ingrijpende verliezen en meervoudige verliezen;
  - somatische (co)morbiditeit;
  - het verlies van een kind, met name als het een enig kind was;
  - 15 ▪ gezins- of familieomstandigheden waarin sprake is van conflicten en weinig  
doelgerichtheid en onderlinge verbondenheid (Kissane e.a. 1996);
  - weinig sociale steun;
  - niet erkend zijn als nabestaande (stiefouders, ex-partners, buitenechtelijke  
relaties) (Stroebe e.a. 2008).

20

*Het effect van rouwinterventies*

In het algemeen verminderen rouwinterventies alleen het risico van  
psychiatrische complicaties als dit risico is verhoogd (Currier e.a. 2009). De  
aanwezigheid van suïdegedachten is een indicatie voor een verhoogd risico van  
25 depressie en gecompliceerde rouw (De Groot en Kollen in voorbereiding).  
Aanbevolen wordt om nabestaanden met suïdegedachten te verwijzen voor een  
behandeling van suïdegedachten of mogelijk onderliggende psychiatrische  
(co)morbiditeit. Nabestaanden met ernstige schuldgevoelens hebben baat bij  
cognitieve gedragstherapie (De Groot e.a. 2007). Veel nabestaanden maken  
30 gebruik van lotgenotencontact, maar het is niet bekend welke effecten dit heeft.

Voor nabestaanden met een verhoogde kans op problemen in de  
verliesverwerking kunnen instellingen een specifiek hulpaanbod implementeren  
dat onderdeel is van activiteiten in het kader van suïdepreventie (zie De Groot  
en De Keijser 2010). Om dit te realiseren is samenwerking in de ketenzorg rond  
35 suïcidaal gedrag noodzakelijk (Hermens e.a. 2010), zodat kwetsbare  
nabestaanden worden geïdentificeerd en daadwerkelijk met deze hulp worden  
bereikt. Huisartsen kunnen hierin een sleutelrol spelen omdat zij vaak goed op

de hoogte zijn van de (psychiatrische) voorgeschiedenis van nabestaanden (De Groot en Broer 2011).

#### 5 7.4 De professional als nabestaande

Professionals die met suïcide van een patiënt te maken krijgen hebben naast een professionele betrokkenheid hun persoonlijke beleving van de gebeurtenissen. Net als familieleden kunnen zij geschokt zijn, schuldgevoelens hebben, en  
10 kennen zij boosheid, rouw en twijfels over de juistheid van het eigen handelen.

Er bestaat relatief weinig onderzoek naar de professional als nabestaande en het beschikbare onderzoek is uitsluitend beschrijvend. Hendin e.a. (2004) vonden dat suïcide van een patiënt een grote emotionele impact op psychiaters heeft en het professionele handelen rond suïcidaal gedrag beïnvloedt. Vergelijkbare  
15 effecten zijn gevonden voor huisartsen en verpleegkundigen (Halligan en Corcoran 2001, Valente en Saunders 2002).

Uit een onderzoek onder Vlaamse assistent-psychiaters bleek de impact van een suïcide het grootst als arts-assistenten het gevoel hadden een goede of juist zeer moeizame relatie met de patiënt te hebben, bij een jonge leeftijd en een hoge  
20 intelligentie van de patiënt en als ze zich konden inleven in de familieomstandigheden en de problematiek van de patiënt (Heyn e.a. 2004). Daarnaast spelen mogelijk persoonlijkheidsfactoren van de professional, ervaringen met suïcide in de eigen omgeving, opvattingen over suïcide en de mogelijkheden tot preventie van suïcide een rol (Van Heeringen 2004). De  
25 suïcide van een patiënt verhoogt de kans op werkverzuim door ziekte (Kim e.a. 2005).

Rinne-Albers-Keemink e.a. (1993) constateerden dat contact met nabestaanden en het bijwonen van de uitvaart de psychiater helpt bij de verwerking van de suïcide. Ook het schrijven van het suïcideverslag wordt als nuttig beleefd voor  
30 het verwerken van een suïcide.

In het algemeen wordt de professional na suïcide van een patiënt aangeraden de suïcide in team- en intervisieverband te evalueren. Professionals moeten de gelegenheid hebben in een veilige omgeving met elkaar schuldgevoelens en andere reacties op de suïcide te bespreken. Overwogen kan worden om de  
35 huisarts van de patiënt hierbij te betrekken.

## 7.5 Melden van suïcide aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

Bij de reconstructie van de suïcide is het de taak van de betrokken professional(s) om aan de hand van zo veel mogelijk beschikbare bronnen na te gaan wat de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling is geweest. Naast de informatie over de directe zorg zijn het contact met de familie of andere betrokkenen, collega's die bij de behandeling betrokken waren, professionals in andere instellingen en het patiëntendossier geschikte bronnen. Een aandachtspunt is te streven naar zoveel mogelijk objectiviteit, bijvoorbeeld door derden die niet betrokken waren bij de behandeling bij het interne onderzoek te betrekken. Op deze wijze kunnen professionals leren van een suïcide.

De behandelaar dient binnen een termijn van uiterlijk zes weken een rapportage op te stellen ten behoeve van het eigen, interne systeem van leren en verbeteren. Binnen dit systeem wordt relevante informatie over de suïcide gedeeld. De te leren lessen over het verder optimaliseren van suïcidepreventie worden hierdoor geborgd.

### *Verplicht melden van suïcides bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg*

Los van dit interne systeem van melden en leren van suïcide moeten GGZ-instellingen suïcides in de volgende gevallen te allen tijde melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ):

- wanneer een BOPZ-maatregel van kracht was, zoals een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS);
- wanneer sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiare inrichting, een forensisch psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinrichting;
- wanneer de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg.

De meldingsplicht geldt ook voor suïcidepogingen met ernstig blijvend letsel. Voor gedetailleerde informatie over de meldingsprocedures zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

Bij twijfel over de noodzaak om een specifieke casus te melden kan contact worden opgenomen met de inspecteur.

De Raad van Bestuur van een zorginstelling is het orgaan dat de suïcides meldt bij de IGZ. Binnen de instelling speelt de geneesheer-directeur of eerste geneeskundige een centrale rol, zowel bij de suïcides die intern worden besproken, als bij het opstellen van de rapportage aan de IGZ.

## Literatuur bij Hoofdstuk 7

- Beardslee W, Gladstone T, Wright, E, & Cooper A (2003) A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change *Pediatrics*, 112, 119-131
- 5 Bonanno GA, Wortman CB, & Nesse RM (2004) Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood *Psychology and Aging*, 19, 260-271
- Bowers L, Banda T, & Nijman H (2010) Suïcide inside, a systematic review of inpatient suicide *J Nerv Ment Dis*, 198, 315-328
- 10 Brown E, Amaya-Jackson L, Cohen J, Handel S, Thiel de Bocenegra H, & Zatta E e a (2008) Childhood traumatic grief: a multi-site empirical examination of the construct and its correlates *Death Studies*, 32, 899-923
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006) <http://statline.cbs.nl>
- Cerel J & Campbell F (2008) Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 38, 30-34
- 15 Currier J, Neimeyer R, & Berman J (2008) The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review *Psychological bulletin*, 134, 648-661
- 20 De Groot M & de Keijser J (2010) De opvang van nabestaanden na een suïcide In AKerkhof & B Van Luyn (Eds), *Suïcidepreventie in de praktijk Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghum*
- De Groot M (2008) Bereaved by suicide Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses University of Groningen
- 25 De Groot MH, de Keijser J, Neeleman J, Kerkhof AJFM Nolen, WA & Burger H (2007) Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial *British Medical Journal*, 334, 994-996
- 30 De Groot MH, van der Meer K, & Burger H (2009) A survey of Dutch general practitioners' attitudes towards help seeking of suicide bereaved relatives *Family Practice*, 26, 372-375
- De Groot M, Neeleman J, van der Meer K, & Burger H (2010) The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims The mediating role of suicide ideation *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 425-437
- 35 De Groot M, Broer J De toeleiding van nabestaanden van personen overleden door suïcide naar familiegerichte nazorg Een quasi-experimentele studie in Noord-Nederland *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 6, 237-245
- 40 De Groot M & Kollen B (2011) The eight to ten year course of bereavement following suicide. Support for the stress-diathesis model of suicidal behavior
- Dyregrov K & Dyregrov A (2005) Siblings after suicide: the forgotten bereaved In: *Suicide & Life-threatening Behavior*, 35, 714-724

- Fiddelaers-Jaspers R (2005) Jong verlies Rouwende kinderen serieus nemen Kampen: Ten Have
- Gerzon RP, van Dijk K, Frederiks BJM, Janssen AJGM, Jonkers A, Stikker TE (2007) Vraagbaak psychiatrie en recht Den Haag: Sdu Uitgevers
- 5 Halligan P & Corcoran P (2001) The impact of patient suicide on rural general practitioners *British Journal of General Practice*, 51, 295-296
- Hendin H, Haas A P, Maltzberger J T, Szanto K, & Rabinowicz H (2004) Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient *AmJPsychiatry*, 161, 1442-1446
- 10 Hermens M, van Wetten H, Sinnema H (2010) Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaal gedrag Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten Utrecht: Trimbos Instituut
- Heyn E, Pieters G, Joos S, & de Gucht V (2004) Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 15 46, 579-587
- Jordan J R & McMenemy J (2004) Interventions for suicide survivors: a review of the literature *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 337-349
- Jordan J (2001) Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91-102
- 20 Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD et al (2005) Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019
- Kissane D W, Bloch S, Onghena P, McKenzie DP, Snyder RD, & Dowe DL (1996) 25 The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families *AmJPsychiatry*, 153, 659-666KNMG (2010) *Richtlijn omgaan met medische gegevens* Utrecht: KNMG
- Marquet R, Bartelds A, Kerkhof A, Schellevis F, & van der Zee J (2005) The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983- 30 2003 *BMC Family Practice*, 6
- McMenemy J, Jordan J, & Mitchell A (2008) What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study *Suicide & life-threatening behavior*, 38, 375-389
- Rinne-Albers MAW, Keemink PJ, Hermans PJ, & Van der Ploeg GJ (1993) De reactie van Nederlandse behandelaars op de suïcide van een patiënt *Tijdschrift 35 voor Psychiatrie*, 35, 484-489
- Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, & Stroebe W (2008) *Handbook of bereavement research and practice* Washington DC: American Psychological Association
- Valente SM & Saunders JM (2002) Nurses' grief reactions to a patient's suicide 40 Perspectives in *Psychiatric Care*, 38, 5-14
- Van Heeringen C (2004) Leren van een suïcide *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 619-620



- Van 't Erve M (2010) Jong geconfronteerd met zelfdoding *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 10, 524-530
- Van 't Erve M & Fiddelaers-Jaspers R (2009) Jij slaat af, ik ga verder Jong zijn en achterblijven na een zelfdoding *Pedagogiek in praktijk*, 4, 26-29
- 5 Wittouck C, Van Autreves S, De Jeagere E, Portzky G, Van Heeringen K (2011) The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis *Clin Psychol Review*, 31, 69-78

CONCEPT



CONCEPT



**Werkgroep**

- Dhr. dr. C. van Boven, Nederlands Huisartsen Genootschap
- 5 Mw. dr. M. H. de Groot, onafhankelijk deskundige
- Dhr. prof. dr. A.M. van Hemert, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Dhr. prof. dr. J.W. Hummelen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Dhr. dr. J. de Keijser, Nederlands Instituut van Psychologen
- Dhr. prof. dr. A.J.F.M. Kerhof, Nederlands Instituut van Psychologen
- 10 Dhr. dr. P.L.B.J. Lucassen, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Dhr. drs. J.W. Meerdinkveldboom, Nederlands Instituut van Psychologen
- Mw. drs. B. Stringer, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en lid van het lectoraat GGZ-verpleegkunde
- Dhr. drs. M. Steendam, Nederlands Instituut van Psychologen
- 15 Mw. drs. A.A. Verlinde, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Dhr. dr. B. Verwey, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

## *Bijlage A*

### **Klankbordgroep**

De klankbordgroep was samengesteld uit vertegenwoordigers van:

Geneesheren-directeuren in de GGZ

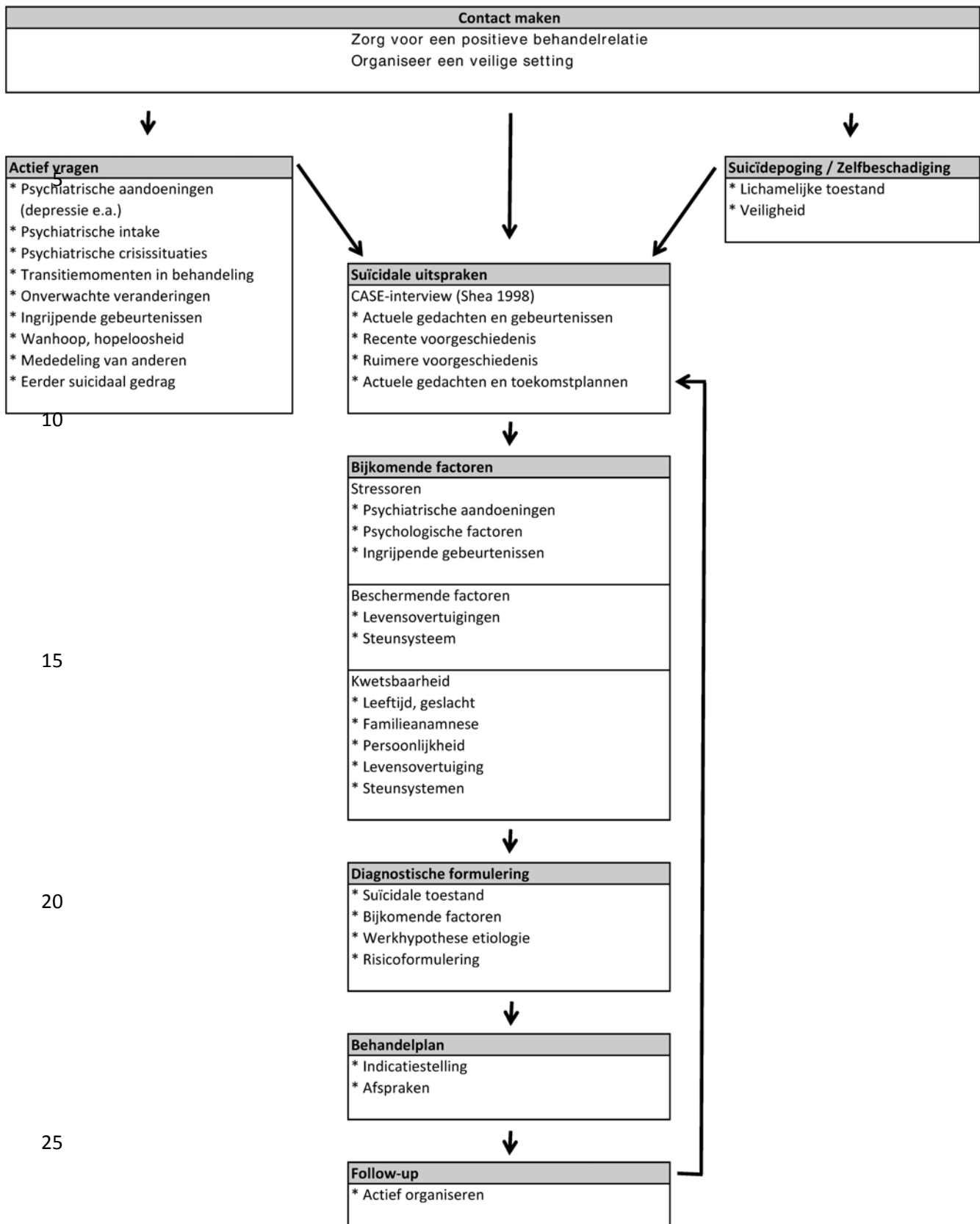
Ivonne van de Ven stichting

- 5 Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
  - Landelijk platform GGZ Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
  - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
  - Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
  - Nederlandse Patienten Vereniging (NPV)
- 10 Nederlandse Vereniging Verzekeringsgeneeskunde
  - Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
  - Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE)
  - Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
  - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- 15 Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
  - Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende hulp Artsen (NVSHA)
  - Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (VGVZ)
  - Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

5 De diagnostiek van suïcidaal gedrag stelt eisen aan de professionele vaardigheden. Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek hoort tot de basisvaardigheden van iedere professional. Een volledig onderzoek van suïcidaal gedrag stelt specifieke eisen aan de gespreksvaardigheden en aan de kennis van psychische stoornissen en van andere bijkomende factoren.

10 In deze bijlage staat beschreven hoe een volledig onderzoek naar suïcidaal gedrag er in de praktijk uit kan zien. Het onderzoek zoals dat hier is beschreven is gestructureerd aan de hand van de hoofdstukken 2, 3 en 4 van de richtlijn. Het onderzoek is schematische weergegeven in Figuur A1.

CONCEPT



Figuur A1

Onderzoek van suïcidaal gedrag: een beknopte strategie



## 1 Contact maken

Voor het onderzoek van suïcidaal gedrag is het van groot belang om er voor te zorgen dat in het contact een positieve behandelrelatie kan ontstaan, zodat de patiënt zo goed mogelijk in staat is om over zijn gedachten en gevoelens te spreken. Wanneer bij de aanvang van de beoordeling een positieve behandelrelatie wordt opgebouwd neemt de validiteit van de verzamelde informatie toe en de inschatting van de mate waarin de patiënt coöperatief is, wordt betrouwbaarder. Een positieve behandelrelatie is een beschermende factor tegen suïcide. Voor een nadere uitwerking van de wijze van contact maken wordt verwezen naar Hoofdstuk 3.

## 2 Drie ingangen naar onderzoek van suïcidaal gedrag

De zorgprofessional kan kennisnemen van suïcidaal gedrag:

- door op indicatie actief te vragen naar suïcidale gedachten of plannen;
- doordat de patiënt zich aandient voor medische behandeling na een suïcidepoging of zelfbeschadigend gedrag;
- door directe suïcidale uitspraken van de patiënt.

## 3 Actief vragen naar suïcidaal gedrag

Bij groepen met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag moet de professional actief een aantal oriënterende vragen stellen om een indruk te krijgen van de mate waarin suïcidaal gedrag aanwezig is.

Dit kan in de volgende omstandigheden van toepassing zijn:

- vermoeden van een depressie of andere psychiatrische stoornis;
- psychiatrische crisissituaties;
- intake bij een psychiatrische instelling (ambulant en klinisch);
- transitiemomenten in een lopende psychiatrische behandeling;
- onverwachte, opvallende verandering van het klinische beeld (veelal verslechtering, maar soms ook verbetering);

- anticipatie of feitelijk optreden van een ingrijpende gebeurtenis (bijvoorbeeld verlieservaring, ernstige ziekte, juridische problemen, schaamtevolle gebeurtenis of vernedering);
- uitingen van wanhoop of hopeloosheid;
- 5 ▪ mededelingen van anderen over de aanwezigheid van suïcidaal gedrag;
- eerder suïcidaal gedrag.

#### *Oriënterende vragen*

10 Als er een indicatie is om naar suïcidaal gedrag te vragen kan afhankelijk van de situatie gebruik gemaakt worden van een hiërarchie van oriënterende vragen, oplopend van algemeen naar specifiek.

- Hoe gaat het met u?
- Hoe ziet u de toekomst op dit moment?
- Ziet u voor zichzelf nog enige toekomst?
- 15 ▪ Heeft u wel eens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is?
- Denkt u wel eens aan de dood; wat zijn dat voor gedachten?
- Denkt u wel eens dat u een einde aan uw leven zou willen maken?

Bij aanwijzingen voor suïcidegedachten moet de inhoud zo concreet mogelijk worden nagevraagd.

20 --> ***ga door met onderzoek van suïcidale uitspraken***

#### **4 Medische behandeling van zelfbeschadigend gedrag of suïcidepoging**

25 Bij zelfbeschadigend gedrag of bij een (dreigende) suïcidepoging moet de professional zich oriënteren op de lichamelijke toestand en de veiligheid van de patiënt.

- Zijn direct maatregelen nodig om de veiligheid te bevorderen?
- Is noodassistentie nodig van politie, brandweer of ambulance?
- 30 ▪ Heeft de patiënt medische behandeling nodig om ernstig nadeel af te wenden?

- Wat is de mate van urgentie?

Bij inname van medicamenten moet zorgvuldig worden nagevraagd welke medicamenten zijn ingenomen, in welke hoeveelheid en op welk moment.

- 5 Afhankelijk van de bevindingen wordt als eerste de noodzakelijke hulpverlening in gang gezet om ernstig nadeel af te wenden.

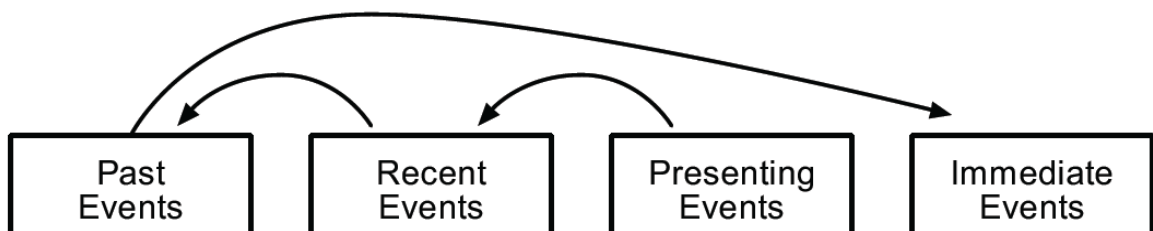
Nadat de patiënt medisch voldoende is gestabiliseerd en voldoende helder van bewustzijn is wordt een setting gecreëerd waarin nader onderzoek naar suïcidegedachten en gebeurtenissen kan plaatsvinden.

- 10 --> **ga door met onderzoek van suïcidale uitspraken**

## 5 Onderzoek van suïcidale uitspraken

- 15 Shea (1998) heeft een systematiek beschreven voor het onderzoek van suïcidale uitspraken die goed bruikbaar is in de klinische praktijk. De benadering staat bekend als het CASE-interview (Chronological Assessment of Suicide Events). De onderzoeker vraagt in een logische chronologie naar suïcidaal gedrag.

- 20 Als eerste vraagt de onderzoeker naar de actuele gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek. De onderzoeker sluit hiermee aan bij de actualiteit. Vervolgens vraagt de onderzoeker in detail naar de recente voorgeschiedenis (laatste 4-8 weken). Deze periode geeft veel informatie over de omstandigheden, aanleidingen en omvang van het suïcidale gedrag. Vervolgens vraagt de onderzoeker meer algemeen naar de ruimere voorgeschiedenis en met name naar eerdere episodes van suïcidaal gedrag.
- 25 Met de beschikbare informatie gaat de onderzoeker tenslotte terug naar de gedachten van dit moment en de verwachtingen voor de directe toekomst. Figuur 2 geeft de schematische opbouw van het CASE-interview weer.



Figuur A2

- 30 CASE-interview (Chronological Assessment of Suicide Events) (Shea 1998)

## 6 Gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek

Vorm als eerste een gedetailleerd beeld van de directe gebeurtenissen, gedachten en/of gevoelens die hebben geleid tot het moment van beoordeling.

- 5 Probeer de gebeurtenissen als een filmpje in chronologische volgorde helder te krijgen; maak het specifiek: wat is er gebeurd, waar was u, hoe was de situatie, wanneer was dat, wat dacht u toen, hoe voelde u zich, wat heeft u gedaan, wat waren toen uw gedachten?

### 10 Doorvragen

- Heeft u gedachten aan zelfmoord? Denkt u dat u dood beter af bent?
- Heeft u plannen om zelfmoord te plegen?
- Hoe zien die plannen er uit? Welke methoden heeft u overwogen?
- Welke voorbereidingen had u getroffen?
- 15 ▪ Hoeveel haast heeft u om uw plannen uit te voeren?

### Recente voorgeschiedenis

- 20 Vraag in detail naar suïcidale gedachten, intentie, plannen en gebeurtenissen in de voorgaande periode (4-8 weken); vraag naar intensiteit en frequentie. Maak de informatie weer zo concreet mogelijk. Wat waren precies de gedachten of acties; wanneer; in welke situatie?

### Doorvragen

- Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken?
- 25 ▪ Hoe vaak had u deze gedachten? Hoe vaak per dag (10 maal, 100 maal? meer nog?)
- Heeft u terugkerend kwellende gedachten? Wat denkt u op zo'n moment?
- Wat zijn aanleidingen voor u om zo te denken?
- 30 ▪ Hoeveel tijd bent u per dag bezig met deze gedachten? (4 uur? 8 uur? Meer nog?)
- Heeft u plannen gehad/gemaakt om uzelf iets aan te doen?
- Heeft u geprobeerd om een einde aan uw leven te maken?

## Ruimere voorgeschiedenis

- Vraag naar de ruimere voorgeschiedenis. Dit hoeft niet met veel detail. Het is voldoende om te weten of er eerder episoden zijn geweest met suïcidaal gedrag. Hoeveel eerdere episoden zijn er geweest? Hoe ernstig waren eventuele eerdere suïcidepogingen?
- 5

### Doorvragen

- Bent u wel eens eerder zo wanhopig geweest?
- 10 ▪ Heeft u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten gehad? Wat was er toen aan de hand?
- Heeft u ooit eerder geprobeerd een einde aan uw leven te maken? Wat was er toen aan de hand?
- Wanneer was dat? Wat heeft u toen gedaan?

## 15 Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst

Vraag naar de actuele toestand en naar plannen voor de directe toekomst

- Hoe is het nu voor u?
  - Hoe ziet de toekomst?; ziet u nog enige toekomst?
  - Wat gaat u doen als u straks weer thuis bent c.q. als ik weg ben?
- 20 --> *ga door met onderzoek naar bijkomende factoren*

## 7 Bijkomende factoren

- 25 Naast de directe vragen over het suïcidale gedrag vormt de onderzoeker zich een beeld van de relevante bijkomende factoren die het gedrag mogelijk veroorzaken of onderhouden. Het onderzoek naar bijkomende factoren is meestal ten dele vervlochten met het voorgaande deel van het onderzoek van suïcidale uitspraken. Bij het onderzoek naar bijkomende factoren vormt de onderzoeker zich een beeld van de belangrijke stressoren, beschermende factoren en
- 30 kwetsbaarheidsfactoren. Deze belangrijkste factoren staan beschreven in Hoofdstuk 4. Hier volgt alleen een beknopte opsomming:

### Stressoren

- psychiatrische aandoeningen;
  - psychologische factoren; met name impulsiviteit, agressiviteit, hopeloosheid, uitzichtloosheid en gebrekkige coping;
- 5
- verlieservaringen.

### Beschermende factoren

- levensovertuiging;
  - steunsysteem, inclusief de zorg voor kinderen.
- 10

### Kwetsbaarheidsfactoren

- leeftijd;
  - geslacht;
  - suïcide in de familieanamnese;
- 15
- persoonlijkheid.

--> *ga door met diagnostische formulering*

## 8 Diagnostische formulering

- 20 Het resultaat van het onderzoek naar suïcidaal gedrag wordt samengevat in een structuurdiagnose. De structuurdiagnose is opgebouwd uit een formulering van de suïcidale toestand (gedachten, intenties, plannen, motieven), een formulering van de belangrijkste bijkomende factoren en een werkhypothese over oorzaken en in stand houdende factoren. Bij de structuurdiagnose wordt een inschatting
- 25 gegeven van de ernst van de suïcidaliteit en het risico voor de korte (enkele dagen) en de langere termijn (enkele weken).

Samenvattend bestaat de diagnostische formulering uit:

- een formulering van de suïcidale toestand;
- 30
- een samenvatting van de relevante bijkomende factoren;

- een werkhypothese over oorzaken en in stand houdende factoren;
- een risicoweging voor de korte en de langere termijn.

--> *ga door met formuleren van (voorlopig) veiligheids/behandelplan*

5

## 9 Behandelplan

De diagnostische formulering vormt het uitgangspunt voor het (voorlopige) behandelplan. Het is van groot belang om het (voorlopige) behandelplan zo veel mogelijk samen met de patiënt op te stellen. Betrek daarbij zo mogelijk ook de naastbetrokkenen.

10

- Bepaal op basis van de risicoweging de geïndiceerde interventies (zie aanwijzingen voor indicatiestelling);
- maak afspraken over de veiligheid, verwijderen van beschikbare middelen, bij wie kan de patiënt terecht voor ondersteuning, wat is de handelwijze bij het hanteren van suïcidaal gedrag, maak een plan 'voor als ...'
- maak afspraken over vervolgbehandeling;
- stel de afspraken op schrift (zie afspraken nazorg).

15

--> *organiseer de follow-up actief*

20

## 10 Follow-up

Als de patiënt niet op afspraken verschijnt moet, afhankelijk van de ernst van het suïcidale gedrag, een actieve benadering worden gevolgd om met de patiënt in contact te treden.

25

Herhaal in het follow-up contact de relevante delen van het CASE-interview en vraag naar nieuwe ontwikkelingen.

## Ernst van suïcidaal gedrag

Het suïcidale gedrag kan ingedeeld worden naar gradaties van ernst (Kerkhof en Van Heeringen 2000). De gradaties die hier worden omschreven zijn gevormd op basis van het oordeel van deskundigen. De prognostische waarde ervan laat zich niet onderzoeken, omdat de interventies die worden toegepast ingrijpender zullen zijn naarmate de ernst van het gedrag groter is.

10 Lichte mate - De patiënt heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, maar speelt met het idee als mogelijkheid, lijkt controle te hebben over suïcidale impulsen. Patiënt wil liever leven dan sterven.

15 Ambivalent – De patiënt wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Suïcidaliteit is sterk impulsief ingekleurd, en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. Patiënt wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.

20 Ernstige mate – De patiënt heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suïcide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij of zij er niet meer is, maar kan suïcide nog  
25 enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Wil veel liever sterven dan doorgaan met leven. Is benauwd voor eigen impulsiviteit.

30 Zeer ernstige mate – De patiënt is wanhopig, kan alleen nog maar aan suïcide denken, heeft geen oog voor mogelijke consequenties voor achterblijvers, heeft een uitgebreid plan klaar en mogelijk reeds geoefend. Patiënt is slapeloos en emotioneel ontredderd. Heeft zichzelf niet meer onder controle. Blickvernaauwing treedt op (tunnelvisie, presuïcidaal syndroom), patiënt is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook helemaal niet meer leven, kan niet langer wachten met suïcide plegen, elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot  
35 suïcide.



### **Aanwijzingen voor indicatiestelling in de eerste lijn**

Een gezaghebbend Amerikaans artikel (Raue e.a. 2006) geeft de volgende adviezen voor het beleid rond suïcidaal gedrag in de eerste lijn.

- 5
- Patiënten met gedachten aan de dood zonder gedachten er een einde aan te willen maken verdienen psychiatrische evaluatie in de eerste lijn voor diagnostiek van een depressieve stoornis of andere psychiatrische stoornis.
- 10
- Patiënten die denken er een einde aan te maken maar nog geen gedetailleerd plan hebben moeten op korte termijn gezien worden door een deskundige op dit terrein.
  - Patiënten die concrete plannen hebben moeten vanuit de eerste lijn met spoed worden verwezen.

15

Vaak heeft de huisarts de beschikking over een aantal relevante gegevens zoals informatie over psychiatrische aandoeningen in het heden of verleden, eerdere pogingen, structuur van het sociale vangnet of recente psychotrauma's. Het is van belang om die informatie in het onderzoek te betrekken.

## **Aanwijzingen voor indicatiestelling door specialisten**

De onderstaande aanwijzingen voor indicatiestelling bij suïcidaal gedrag zijn overgenomen uit de praktijk richtlijn voor de beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag van de American Psychiatric Association (2003). De aanwijzingen geven richting aan het beleid; zij mogen niet worden opgevat als voorschrift.

### **1 Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)**

10 Na een suïcidepoging als:

- de patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant is;
- de poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was;
- voorzorgen zijn genomen om ontdekking te voorkomen;
- er een persisterend plan of intentie is;
- 15 ▪ de patiënt spijt heeft dat hij nog leeft c.q. de spanning is toegenomen;
- de patiënt een man is van middelbare leeftijd of ouder, met een nieuwe psychiatrische aandoening, nieuw suïcidaal gedrag of bekend is met alcoholafhankelijkheid en impulsiviteit;
- de patiënt weinig ondersteuning heeft (inclusief huisvesting);
- 20 ▪ er bij onderzoek uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen of weigering van hulp;
- er een psychiatrische stoornis is met een metabole, toxische, infectueuze etiologie , waarvoor nader onderzoek in een gestructureerde setting noodzakelijk is;

25

Bij suïcidegedachten als:

- er een specifiek suïcideplan is met hoge letaliteit;
- er een sterke doodswens is;
- er sprake is van vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid/stress.

30

## 2 Mogelijk opnemen

Na een suïcidepoging zonder de kenmerken die hierboven staan beschreven.

Bij suïcidegedachten in combinatie met:

- 5
  - psychose of een andere ernstige psychiatrische aandoening;
  - suïcidepogingen in de voorgeschiedenis, vooral als die ernstig waren;
  - een lichamelijke ziekte als bijkomende factor;
  - een beperkt steunsysteem (inclusief het ontbreken van huisvesting);
  - een onwerkzame ambulante of deeltijdbehandeling;
- 10
  - gebrek aan medewerking aan een ambulante of deeltijdbehandeling;
  - ontbrekende arts-patiënt relatie of geen toegang tot ambulante voorzieningen;
  - de noodzaak van deskundige observatie, medisch onderzoek of diagnostisch onderzoek waarvoor een gestructureerde setting nodig is.

15

Zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten/plan/intentie als:

- er aanwijzingen uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese voor een hoog suiciderisico en een recente acute toename van het risico.

## 20 3 Mogelijk naar huis

Na een suïcidepoging of bij de aanwezigheid van suïcidegedachten of -plan als:

- het suïcidale gedrag een reactie is op een gebeurtenis (b.v. zakken voor een examen, relatieproblemen), vooral als de opvattingen van de patiënt over de gebeurtenis inmiddels zijn veranderd;
- 25
  - het plan of de methode een geringe letaliteit heeft;
  - de patiënt een stabiele en ondersteunende omgeving heeft;
  - de patiënt in staat is om mee te werken aan advies over follow-up.

## 4 Bij voorkeur naar huis

- 30 De patiënt heeft chronisch suïcidaal gedrag zonder een voorgeschiedenis met een suïcidepoging met hoge letaliteit, een veilige, ondersteunende omgeving en een lopende ambulante behandeling.

## **5           Afspraken nazorg**

Als de patiënt na afloop van een behandeling voor suïcidaal gedrag naar huis gaat, kunnen afspraken over nazorg worden vastgelegd met behulp van het formulier op de volgende bladzijde.

- 5 Het formulier wordt bij voorkeur samen met de patiënt (en eventuele naasten) worden ingevuld en aan de patiënt worden meegegeven.

CONCEPT

U heeft gesproken met:

De eerstkomende dagen verblijft u (adres):

Degene(n) die bereid is (zijn) voor opvang te zorgen is (zijn) (naam, telefoonnummer):

De volgende medicijnen zijn u geadviseerd te gebruiken:

Als u opnieuw gedachten heeft aan zelfbeschadiging of dood gaat u na of u gebruik kunt maken van het met u opgestelde signalerings-/veiligheidsplan dat is opgesteld met (naam, datum):

Als u opnieuw gedachten heeft aan zelfbeschadiging of dood doet u het volgende:

bellen naar (naam, telefoonnummer):

indien niet bereikbaar (naam, telefoonnummer):

behandelaren die bereikbaar zijn voor hulp, advies of nazorg (namen, nummers):

Een afspraak voor u is gemaakt

bij (naam instelling):

met (naam behandelaar):

op (datum, tijdstip):

Een afspraak bij u thuis is gemaakt

op (datum, tijdstip):

met (naam behandelaar):

Overige afspraken:

**Literatuur bij Bijlage B**

- American Psychiatric Association. (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- 5
- Kerkhof, AJFM., van Heeringen, C. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In: Van Heeringen, C., Kerkhof, AJFM (red.). Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 151-152.
- 10
- Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Schulberg HC, Bruce ML. Does every allusion to possible suicide require the same response? *J Fam Pract* 2006;55:605-12
- Shea SC (1998). The Chronological assessment of Suicide Events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psychiatry*, 59, suppl 20, 58-78.

C.M.T. Gijsbers van Wijk, A.J.K. Hondius, A.J.M.P. Rutgers

5 *Inleiding*

Suïcide en poging daartoe heeft van oudsher levensbeschouwelijke, psychiatrische en juridische kanten gehad. In veel landen was (en is soms) suïcide of een poging daartoe strafbaar, in Nederland en België niet meer. De invoering in Nederland van een aantal wetten in het gezondheidsrecht in de jaren negentig van de 20ste eeuw (waaronder de Wet BOPZ, de Wet BIG en de WGBO) heeft althans enig juridisch kader geschapen. In deze bijlage worden juridische aspecten en kaders van het suïcideprobleem aan de hand van wet- en regelgeving en jurisprudentie toegelicht.<sup>1</sup> Hoe er door hulpverleners gehandeld moet worden bij dreiging van een persoon tegen diens eigen leven valt – zo is bekend uit het tuchtrecht – voornamelijk op hoofdlijnen, in algemeenheid en vooral in termen van verantwoordelijkheden te regelen. Immers, een bespreking van suïcide(poging) en suïcidaliteit levert onmiddellijk al een probleem ten aanzien van die begrippen op: wordt onder suïcide de handeling verstaan of het resultaat (bijvoorbeeld de doodsoorzaak)? In juridisch opzicht is de grens tussen een gedachte aan, een verlangen of overweging tot, een voorbereiding van en een poging tot suïcide complex. Het probleem van ambivalente begripshantering komt bijvoorbeeld naar voren in geneeskundige verklaringen waar 'suïcidaliteit', dat zowel suïcidegedachten als suïcidaal gedrag kan omvatten, nu eens bij het stoornisbegrip wordt opgevoerd, dan weer bij het onderwerp gevaar, en soms zelfs op beide plekken.

Twee uitgangspunten - veelal in gespannen verhouding - bepalen het juridische denken: enerzijds autonomie en zelfbeschikking van de burger, met nadrukkelijk inbegrip van de psychiatrische patiënt; anderzijds de verplichting tot kwalitatief goede zorg, met patiëntveiligheid als dominante factor, desnoods ook voor diegenen die daarom niet vragen. Dat laatste zou meer in lijn kunnen zijn met Grondwetsartikel 22 (overheid bevordert gezondheid), terwijl het eerste meer past bij andere Grondwetsartikelen (bijvoorbeeld 10,11 en 15).

In de Nederlandse cultuur en praktijk en zeker ook in de gezondheidszorg is ten opzichte van de ons omringende landen in de afgelopen decennia een grote en vrijwel ongeclausuleerde nadruk gelegd op de autonomie en zelfbeschikking. In de Nederlandse rechtspraak wordt vaak de nadruk gelegd op het 'zelfbeschikkingsrecht', terwijl het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) het begrip van de 'menselijke waardigheid' meer laat prevaleren.

40 <sup>1</sup> Voor de wetteksten wordt verwezen naar [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl)

De autonomie en zelfbeschikking zijn onder andere in Grondwetsartikelen zoals art. 10 (eerbiediging en bescherming van de persoonlijke levenssfeer), art. 11 (onaantastbaarheid van het menselijk lichaam) en art. 15 (waarborgen bij vrijheidsontneming) neergelegd en worden vooral gezien als afweerrechten: het recht met rust gelaten te worden, 'the right to refuse treatment'. Ten gevolge van de harmonisering en uniformering van Europese wet- en regelgeving ontstaat er een discussie over de uitzonderlijke benadrukking van het zelfbeschikkingsrecht in Nederland, convergerend naar het Europese denken waarin bescherming van de menselijke waardigheid prevaleert.

5

10 Art. 2 Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens (EVRM) stelt: 'Het recht van een ieder op leven wordt beschermd door de wet' waarop een aantal uitzonderingen op deze verplichting van de verdragsstaten volgt – maar suïcide staat daar niet bij. Al in 2002 benadrukte het EHRM, redenerend vanuit de menselijke waardigheid, het ontbreken van een 'recht op suïcide' én de

15 verplichting van een staat zich in te spannen een dreigende suïcide te voorkomen (Hendriks e.a. 2008). De inspanningsverplichting het leven te beschermen wordt in recente jurisprudentie van het EHRM alleen maar verscherpt (zie jurisprudentie, paragraaf 9). Dat komt overeen met het standpunt van de Nederlandse Inspectie over de inzet van de wet BOPZ bij

20 suïcidaal gedrag (kortweg: gevaar dat kán worden gekeerd móet worden gekeerd, IGZ 2000). Ook in de aanstaande Wet Verplichte GGZ (WVGGZ), hoezeer ook gericht op goede behandeling, krijgt de veiligheid een belangrijke plaats. Het sluit aan bij het dominant geworden veiligheidsdenken: patiëntveiligheid krijgt grote nadruk.

25

## 1 Instellingsbeleid: Kwaliteitswet Zorginstellingen

De instelling heeft een bestuurlijke verplichting ten aanzien van het beleid rond suïcidepreventie. De Kwaliteitswet Zorginstellingen schrijft voor dat de instelling 'verantwoorde zorg' levert, beleid voert ten aanzien van de kwaliteit, en beschikt over een kwaliteitssysteem met kwaliteitsindicatoren. Veiligheidsbeleid, ook op het gebied van suïcidepreventie, maakt hier deel van uit. De instelling is vrij dit zelf vorm te geven. Zij dient wel beleid geformuleerd te hebben betreffende

30

35 suïcidepreventie, zoals protocollen over suïcidaliteitsbeoordeling en handelen na een suïcide. Deze protocollen zijn actueel en voor alle medewerkers toegankelijk via bijvoorbeeld een (elektronisch) kwaliteitshandboek. In de Kwaliteitswet is ook het aan de IGZ melden van calamiteiten vastgelegd, waaronder een suïcide of een ernstige suïcidepoging verstaan kán worden.

40 In de nieuwe HKZ-normen (Stichting HKZ 2009) staat (norm 2.3.1) dat 'de instelling bij iedere cliënt de risico's van de uitvoering van de zorg- of dienstverlening vaststelt'. Suïcidegevaar kan als zo'n risico worden gezien. Tevens wordt gesteld (norm 2.5.2 h): 'in het cliëntendossier zijn onder meer



gegevens over het verloop van de zorgverlening opgenomen, bijvoorbeeld crisissituaties en suïcidegevaar’.

5     **2           Suïcidaliteit en behandelingsovereenkomst: Wet  
Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO)**

10     De WGBO (BW boek 7) biedt een kader voor de onderlinge verhoudingen tussen mensen, organisaties en instellingen. Goed hulpverlenerschap, overleg, informatie en instemming zijn hoofdthema’s. Zo levert de hulpverlener zorg van een *goed hulpverlener* volgens de professionele standaard (art. 453) en heeft daarbij informatieplicht (art. 448) en dossierplicht (art. 454). De professionele standaard heeft grote kenbronnen waarbij niet alleen standaarden in engere zin, protocollen<sup>2</sup> en richtlijnen een onderdeel zijn, maar ook ‘good clinical practice’,  
15     medemenselijkheid en aandachtige bejegening.

20     De WGBO heeft betrekking op alle patiënten die behandeld worden in de GGZ tenzij een specifieke wet anders regelt (bijvoorbeeld bij patiënten die vallen onder de wet BOPZ). Bij het onderzoeken en behandelen van suïcidaliteit gaat het vooral om die artikelen die de geheimhouding en informatieplicht betreffen.

*Geheimhoudingsplicht bij leven*

25     Hulpverleners hebben een geheimhoudingsplicht, ook na het overlijden van de patiënt (art. 457, Wet BIG art. 88). Zonder toestemming van patiënt geen informatieverstrekking. De geheimhoudingsplicht kan door de hulpverlener alleen onder bijzondere omstandigheden doorbroken worden. Indien de patiënt weigert familie en naasten in te lichten over de suïcidaliteit, zal men eerst alles in het werk moeten stellen om de patiënt alsnog te motiveren om hen bij de behandeling te betrekken.

30     Bij leven van de patiënt kan de hulpverlener volgens het ‘conflict van plichten model’ anderen informeren wanneer het niet doorbreken van het beroepsgeheim ernstige schade oplevert *voor een ander*. In geval van acute en concrete suïcideplannen, met een hoog risico op een letale afloop *voor patiënt zelf*, vraagt het goed hulpverlenerschap toch actie van de hulpverlener met voorbij gaan aan zijn geheimhoudingsplicht. Ook hier gelden de eisen van proportionaliteit,  
35     subsidiariteit en doelmatigheid: de zwijgplicht wordt zo min mogelijk doorbroken en alleen relevante feitelijke informatie wordt gegeven.

40     <sup>2</sup> Het is zinvol om onderscheid te maken tussen een protocol (handelingsvoorschrift waar alleen bij overmacht van kan worden afgeweken) en een richtlijn (handelingsrichting waarvan beargumenteerd kan worden afgeweken).

De afweging van belangen en toetsing van de criteria worden in het dossier vastgelegd.

5 *Geheimhoudingsplicht na overlijden*

Na een suïcide dient de behandelaar per keer af te wegen in hoeverre anderen (huisarts, naastbetrokkenen, medecliënten, ketenpartners) over de suïcide c.q. het overlijden van de patiënt dienen te worden ingelicht. De informatie die daarbij wordt verstrekt is zo relevant en beperkt mogelijk  
10 (proportionaliteitsbeginsel), zoveel mogelijk in de geest van de overledene, en bij voorkeur mondeling in een gesprek met de betrokkenen (Gerzon e.a. 2007).

Hoe om te gaan met het beroepsgeheim na de suïcide van de patiënt? De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt (KNMG, 2010) Nabestaanden en andere partijen  
15 hebben wettelijk géén recht op informatieverstrekking of inzage in en afschrift van het dossier. In beginsel wordt alleen informatie gegeven indien de overledene daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven. Aangezien de regel 'na de dood geen inzage' tot situaties kan leiden die, bijvoorbeeld jegens de  
20 naasten, als onjuist moeten worden beschouwd, bestaat hierop een aantal uitzonderingen: veronderstelde toestemming van patiënt, een wettelijk voorschrift, en een conflict van plichten bij de behandelaar wegens zwaarwegende belangen van derden (KNMG 2010).

Informatieverstrekking is ten eerste mogelijk wanneer dit 'in de geest van de overledene' is, dus wanneer verondersteld kan worden dat betrokkene daar bij  
25 leven toestemming voor zou hebben verleend aan de verzoeker. Deze 'veronderstelde toestemming' moet door de behandelaar zelf achteraf worden gereconstrueerd zonder dat hiervoor vaste criteria zijn. Daarbij mag men veronderstelde toestemming niet te gemakkelijk aannemen: er moeten concrete  
30 aanwijzingen zijn dat de overledene zou hebben ingestemd. Factoren die bij de afweging van belang zijn: wie is de verzoeker, hoe was de verhouding met de overledene, wat is het doel van het verzoek, welke gegevens betreft het (privacygevoelig?), wat zijn de gevolgen voor nabestaanden etc. De behandelaar kan bijvoorbeeld toestemming veronderstellen als het gaat om een verzoek van  
35 een nabestaande die bij leven een goede band had met de overledene en op de hoogte was van de inhoud van de behandeling. De veronderstelde toestemming strekt zich niet zonder meer uit tot de gehele inhoud van het dossier. Bij veronderstelde toestemming is het verstandig geen inzage in of afschrift te verlenen van het gehele dossier, maar mondeling of schriftelijk informatie te verstrekken over de inhoud van de behandeling voor zover de veronderstelde  
40 toestemming reikt. Bij een klacht tegen een arts door belanghebbenden wegens een vermeende medische fout met als gevolg het overlijden van de patiënt zal toestemming vaak kunnen worden verondersteld. Aangenomen kan worden dat de patiënt gewild zou hebben dat bekend wordt waardoor en hoe hij/zij is overleden.

Ten tweede kan een wettelijk voorschrift de behandelaar verplichten gegevens over de overledene te verstrekken aan derden, bijvoorbeeld aan de lijkhouder volgens de Wet op de Lijkbezorging (zie paragraaf 5). Een derde uitzonderingsgrond is een 'conflict van plichten' bij de behandelaar: enerzijds is deze gehouden aan de zwijgplicht jegens de patiënt, anderzijds zijn er andere zwaarwegende belangen die hem tot gegevensverstrekking nopen. Om een beroep te doen op het conflict van plichten moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn:

- alles is in het werk gesteld om toestemming van de patiënt te verkrijgen;
- 10 ▪ het niet doorbreken van het beroepsgeheim levert ernstige schade op voor een ander;
- de hulpverlener verkeert in ernstige gewetensnood door handhaving van de zwijgplicht;
- 15 ▪ er is geen andere weg dan doorbreking van de zwijgplicht om schade te voorkomen;
- het is vrijwel zeker dat hiermee de schade kan worden voorkomen of beperkt;
- de zwijgplicht wordt zo min mogelijk doorbroken: alleen relevante feitelijke informatie.
- 20 ▪ De afweging van belangen en toetsing van de criteria worden in het dossier vastgelegd.

Na een suïcide kunnen zwaarwegende belangen voor de nabestaanden, bijvoorbeeld gezondheidsschade voor derden, de behandelaar doen besluiten toch gegevens te verstrekken. Ook het belang van waarheidsvinding in een gerechtelijke procedure kan als 'zwaarwegend' worden beschouwd. Persoonlijke belangen van derden, zoals financiële belangen (denk aan vragen van levensverzekeringen) of emotionele belangen (rouwverwerking), zijn niet zonder meer voldoende zwaarwegend om het beroepsgeheim op deze grond te doorbreken.

30 Bovenstaande gronden dienen onafhankelijk van elkaar te worden beoordeeld: pas als er onvoldoende concrete aanwijzingen zijn voor 'veronderstelde toestemming', en er geen wettelijk voorschrift tot gegevensverstrekking is, dient de behandelaar over te gaan tot afweging van de zwijgplicht en eventuele 'zwaarwegende belangen' (Dute 2007). Informatieverstrekking betekent niet automatisch afschrift verstrekken van (delen van) het dossier, hoewel de KNMG 35 (2010) stelt: 'de manier waarop de gegevens verstrekt zouden moeten worden (mondeling, inzage, afschrift) doet voor de principiële vraag of dit is toegestaan niet ter zake'.

40 Dit alles laat onverlet dat het goed gebruik is na een suïcide de familie en naasten uit te nodigen voor een persoonlijk gesprek met de behandelaren waarin het behandelbeleid wordt toegelicht, hun vragen zoveel mogelijk worden

beantwoord, en waar nodig opvang en begeleiding bij het verwerken van hun verlies wordt aangeboden (zie Hoofdstuk 7, paragraaf 7.2).

*Geneeskundig handelen bij wilsonbekwame patiënten*

5 De WGBO biedt de mogelijkheid om bij wilsonbekwaamheid geneeskundig te handelen, bijvoorbeeld na een suïcidepoging. Ingeval iemand wilsonbekwaam ter zake van een behandeling is, kan die behandeling zonder toestemming van patiënt plaatsvinden (art. 465 en 466). Dat kan alleen als ernstig (somatisch) nadeel moet worden afgewend, zoals bijvoorbeeld bij maagspoelen na een  
10 suïcidepoging. Een vertegenwoordiger moet bij een als wilsonbekwaam beoordeelde patiënt geïnformeerde toestemming geven voor onderzoek en behandeling (art. 448-450). Ontbreekt een dergelijke vertegenwoordiger op het (acute) moment, dan handelt de behandelaar als 'goed hulpverlener'.

Ten slotte regelt de WGBO ook het opzeggen van een  
15 behandelingsovereenkomst door een hulpverlener: alleen als er 'gewichtige redenen' voor zijn (art. 460); een suïcidepoging is doorgaans geen gewichtige reden voor het beëindigen van een behandelrelatie.

20 **3 Professionele verantwoordelijkheid: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)**

Doel van de wet BIG is het beschermen van een goede uitoefening van de gezondheidszorg. De wet ziet toe op 'alle verrichtingen die betrekking hebben op  
25 een persoon en die ertoe dienen hem van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen' (artikel 1). Voor een aantal beroepen (de 'artikel 3 beroepen') regelt de wet titelbescherming via inschrijving in het BIG-register en beschrijft zij globaal de deskundigheidsgebieden. Het is aan het  
30 veld, de beroepsgroepen zelf, hier nadere invulling aan te geven en de grenzen van de professionele verantwoordelijkheid te bepalen. Slechts een aantal geneeskundigen handelingen heeft de wetgever, wegens hun ingrijpende karakter, voorbehouden aan specialisten met een daarop gerichte opleiding en training: de 'voorbehouden handelingen'. Voor elke individuele hulpverlener  
35 geldt daarbij: niet bekwaam is niet bevoegd.

Binnen de GGZ is discussie over de competentie voor de beoordeling van suïcidaal gedrag. Daarmee hangt samen op welke wijze de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de beroepsgroepen psychiaters, artsen, klinisch psychologen, GZ-psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig  
40 specialisten en (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen is geregeld. De wet BIG geeft hier als kaderwet weinig houvast. Volgens de heersende - dus niet formeel

wettelijke – praktijk, die wordt ingegeven door jurisprudentie (zie paragraaf 8), is een suïcidebeoordeling veelal het domein van de arts, specifiek de psychiater. In een aantal instellingen is dit in het professioneel statuut ook als zodanig vastgelegd, vaak met een redenering analoog aan de voorbehouden handelingen: de risicovolle handelingen. In een aantal instellingen is in een professioneel statuut de beoordeling aan specialisten (art. 14 wet BIG) toebedeeld, naast een psychiater kan ook een klinisch psycholoog en in sommige gevallen een verpleegkundig specialist deze beoordeling doen. Hierbij is uiteraard het ter zake deskundig zijn een voorwaarde: medewerkers dienen ook formeel te voldoen aan het criterium van bekwaamheid ter zake. Concreet betekent dit dat bij een nieuwe suïcidale patiënt, of bij het nieuw optreden van suïcidegevaar in een lopende behandeling, de behandelaar een psychiater (of waar dit bij professioneel statuut geregeld is een klinisch psycholoog en een verpleegkundig specialist) consulteert. Dit kan, maar hoeft niet te, leiden tot een face-to-face consult met de patiënt. De volgende overwegingen zijn hier relevant.

Eenzijds stelt de wet BIG nergens dat een suïcidaliteitsbeoordeling specifiek behoort tot het deskundigheidsgebied van de arts ('handelingen op het gebied van de geneeskunst'). Onderzoek naar suïcidaal gedrag behoort ook niet tot de door de wetgever vastgestelde voorbehouden handelingen, alhoewel het zeker verdedigbaar is het onder de 'risicovolle handelingen' te rekenen. De NVvP-commissie richtlijn Besluitvorming dwang (Van Tilburg e.a. 2008) concludeert terecht dat suïcide niet exact te voorspellen is en 'er geen risicotaxatie instrumenten bestaan waarmee de waarschijnlijkheid van een suïcide in een individueel geval precies is aan te geven'. Onderzoeksgegevens over de vraag of een suïcidaliteitsbeoordeling door een psychiater tot een betere voorspelling leidt dan de 'klinische blik' van andere BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, zoals de GZ- of klinisch psycholoog of psychotherapeut, zijn ons niet bekend. Daarbij is de bekwaamheid van een psychiater die weinig met suïcidale patiënten werkt waarschijnlijk geringer dan die van een klinisch psycholoog met veel expertise op dit terrein. Het beperken van onderzoek naar suïcidaal gedrag en de behandeling daarvan tot het domein van de psychiater voor elke suïcidale patiënt leidt tot een (te) defensief beleid en een onwerkbaar situatie.

Anderzijds kan gesteld worden dat suïcidaliteit een ernstig en alarmerend symptoom van een psychiatrische stoornis kan zijn dat kan nopen tot (herziening van de) psychiatrische diagnostiek en (bijstelling van het) behandelbeleid, inclusief de overweging ten aanzien van een al of niet gedwongen psychiatrische opname.

Volgens deze redenering ligt het voor de hand de psychiater in ieder geval bij het behandelbeleid te betrekken als een ernstige psychiatrische stoornis vermoed kan worden of als de noodzaak van een psychiatrische opname afgewogen moet worden. Bij vermoeden op een psychiatrische stoornis, waarbij de noodzaak van een opname niet overwogen hoeft te worden, kan ook een klinisch psycholoog of een verpleegkundig specialist bij het behandelbeleid worden betrokken. Bij de beoordeling van suïcidaliteit behoort dus in ieder geval een specialist geconsulteerd te worden; in welke situatie welke discipline hiervoor wordt ingezet zal afhankelijk zijn van het in de instelling geldende

professioneel statuut. Afhankelijk van de ingeschatte complexiteit en ernst van het beeld kan het consult beperkt blijven tot het gezamenlijk afwegen van de relevante factoren en een advies aan de behandelaar, zich uitbreiden tot een face-to-face beoordeling van de patiënt door de specialist, of het (tijdelijk) overnemen van de behandelverantwoordelijkheid. Ongeacht of deze specialist besluit de suïcidale patiënt zelf te onderzoeken of te behandelen, draagt hij in deze situaties medeverantwoordelijkheid voor behandelbeslissingen.

Als leidraad geldt dat naarmate het psychiatrisch beeld van de suïcidale patiënt complexer, ernstiger, acuter of meer aan verandering onderhevig is, de verantwoordelijkheid méér bij de psychiater en minder bij de klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist ligt (en dient te worden gelegd door overige behandelaren). In het jurisprudentieoverzicht (paragraaf 8) wordt nader ingegaan op deze 'groeïende' verantwoordelijkheid van de psychiater naarmate de problematiek zwaarder is. Daar wordt eveneens gesteld dat het nemen van behandelverantwoordelijkheid door de psychiater de overige bij de behandeling betrokken beroepsbeoefenaren niet ontslaat van verantwoordelijkheid voor hun eigen handelen ten opzichte van de suïcidale patiënt. Mutatis mutandis geldt deze verdeling van de verantwoordelijkheid ook wanneer de beoordeling door een klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist wordt uitgevoerd.

Tenslotte noopt de afweging om al dan niet dwang (wet BOPZ) in te zetten altijd tot een beoordeling door een (onafhankelijke) psychiater.

#### **4 Suïcidaliteit en dwang: Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wet BOPZ)**

Het inzetten van dwang volgens de wet BOPZ bij suïcidale (psychiatrische) patiënten is een complex en controversieel onderwerp. De vraag is of onderzoeken en behandelen van suïcidaliteit onder de wet BOPZ valt en zo ja wanneer? Wordt het gevaar van suïcide afgewend door dwang of is dwang juist contraproductief en leidt tot hoger risico op suïcide?

Hoewel de effectiviteit van dwangmaatregelen bij suïcidepreventie niet wetenschappelijk is aangetoond, kan inzet van de Wet BOPZ in het individuele geval echter wel degelijk een suïcide voorkomen. Om te besluiten tot een dwangopname<sup>3</sup> dient volgens de Wet BOPZ voldaan te zijn aan vier criteria: een (vermoeden van een) geestesstoornis, gevaar, een causaal verband tussen beide en het ontbreken van alternatieven om het gevaar af te wenden (ultimum remedium).

<sup>3</sup> Vanwege het acute karakter van het gevaar (in de zin van suïciderisico) zal hier veelal sprake zijn van een inbewaringstelling (IBS).

Het toetsen van het bereidheidscriterium, het ontbreken van bereidheid tot opname, is ondersteunend bij het besluit tot dwangopname (Dijkers en Widdershoven 2008). De Richtlijn besluitvorming dwang: opname en  
 5 behandeling van de NVvP (2008) biedt psychiaters hulp bij de toepassing van dwang in de psychiatrie.

Volgens het Europese recht (EVRM) en Nederlandse jurisprudentie dient een geneeskundige verklaring (objective medical expertise) in de procedure van een  
 10 inbewaringstelling of rechterlijke machtiging opgesteld te worden door een psychiater. Voor een inbewaringstelling wordt de geneeskundige verklaring opgesteld door een psychiater. In goed beargumenteerde uitzonderlijke situaties kan dit door een andere arts gebeuren, waarbij de patiënt in het laatste geval daarna alsnog door een psychiater moet worden beoordeeld.

Suïcidaliteit is op zichzelf geen geestesstoornis zoals bedoeld in de Wet BOPZ.  
 15 Hoewel personen die zich suïcideren in 90% van de gevallen één of meer psychiatrische aandoeningen hebben (APA 2003), kan ook in afwezigheid van een psychiatrische stoornis een doodswens en daaruit voortvloeiend suïcidaal gedrag, optreden. Een complicatie binnen de Wet BOPZ is dat suïcidaliteit in twee opzichten een criterium kan vormen: als symptoom van de geestesstoornis en als onderdeel van het gevaar ('dubbelcriterium') (Zuijderhoudt 2004).  
 20 Hierdoor kan een cirkelredenering ontstaan: de suïcidaliteit wordt opgevoerd zowel om de geestesstoornis aan te tonen (de patiënt is suïcidaal *dus* geestesgestoord), als om het gevaar dat de patiënt voor zichzelf veroorzaakt te onderbouwen (de patiënt is suïcidaal *dus* gevaarlijk). In de formulering van de  
 25 geneeskundige verklaring moet echter duidelijk zijn wat de relatie tussen de geestesstoornis en het daaruit voortvloeiende gevaar is. Nog daargelaten de impliciete vooronderstelling dat aan suïcidaliteit altijd een psychiatrische stoornis ten grondslag ligt (Achilles e.a. 2006).

Wanneer het suïcidaal gedrag actief in de kliniek aanwezig blijft, geïllustreerd  
 30 door handelingen van patiënten in de vorm van suïcidale gestes of pogingen op de afdeling, en er geen overeenstemming over het behandelplan wordt bereikt, kan het nodig zijn dwang in te zetten. Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties kunnen dit vijf middelen en maatregelen zijn: separatie of afzondering, en/of fixatie, en/of medicatie, en/of toedienen van vocht en  
 35 voeding.

De suïcidale patiënt die gedwongen opgenomen is kan op grond van de wet BOPZ (art. 36, lid 3) 'aan kleding en lichaam' worden onderzocht (gefouilleerd) en gevaarlijke voorwerpen kunnen hem worden ontnomen. De wet BOPZ laat onderzoek 'in het lichaam' niet toe! 'Gevaarlijke voorwerpen' kunnen in het licht  
 40 van een suïcidepoging van uiteenlopende aard zijn (plastic zakken, veters, riemen, autosleutels, aanstekers).

## 5 Meldingsplicht suïcide

### *Wet op de Lijkbezorging*

De melding van elke vorm van overlijden is geregeld in de Wet op de  
5 Lijkbezorging. Bij een natuurlijke dood kan de overlijdensverklaring door zowel  
de behandelend arts als de gemeentelijk lijkschouwer worden afgegeven. Suïcide  
is een niet-natuurlijke dood. Hierbij kan geen overlijdensverklaring worden  
afgegeven door de behandelaar. De arts die de niet-natuurlijke dood heeft  
10 vastgesteld meldt dit 'onverwijld' aan de gemeentelijk lijkschouwer. Afhankelijk  
van de doodsoorzaak (suïcide, ongeval, hulp bij zelfdoding) vult de gemeentelijk  
lijkschouwer het bijbehorende formulier in en stuurt dit aan de Officier van  
Justitie die beoordeelt of er een vermoeden is van strafbare feiten die nader  
onderzoek vereisen. Wanneer de suïcide zich buiten de instelling afspeelt,  
behoort bovenstaande in de regel tot de taak van de huisarts en/of de politie.

15

### *Meldingsplicht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*

Onder calamiteit verstaat de inspectie 'iedere niet beoogde of onverwachte  
gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of  
een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt van de instelling heeft geleid'.  
20 Suïcides worden door de inspectie voor de gezondheidszorg tot op heden onder  
de calamiteiten geschaard. Op grond van art. 4a van de Kwaliteitswet  
Zorginstellingen dienen calamiteiten, inclusief suïcides, zo snel mogelijk te  
worden gemeld aan de inspectie door de geneesheer-directeur (IGZ 2010). Dit  
kan schriftelijk of elektronisch via het daartoe strekkende meldingenformulier op  
25 de website van de Inspectie voor de gezondheidszorg ([www.izg.nl](http://www.izg.nl)). Als  
meerdere zorgverleners bij een suïcidant betrokken zijn (ketenzorg) verwacht de  
inspectie van elke ketenpartner een aparte suïcidemelding en rapportage om zo  
een totaalbeeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg.

In het beroepsveld en bij de inspectie is discussie of elke suïcide(poging)  
30 beschouwd moet worden als een calamiteit in de zin van de Kwaliteitswet.  
Hiermee wordt immers de suggestie gewekt dat iedere suïcide gerelateerd zou  
zijn aan tekortkomingen in de kwaliteit van zorg. De IGZ heeft het voornemen  
haar toezicht op individuele casuïstiek via het suïcideverslag, te wijzigen in  
toezicht op hoe instellingen hun eigen interne toezicht op suïcides organiseren en  
35 borgen. Zij wil de verplichte meldingen van suïcides beperken tot 1) suïcides van  
gedwongen opgenomen (BOPZ-)patiënten, 2) patiënten bij wie  
vrijheidsbeperkende interventies werden toegepast (separatie) en 3) suïcides  
waarvan de instelling zelf meent dat zij mogelijk samenhangen met  
tekortkomende zorg. In 2010 wordt door de IGZ via een pilot bij 3 GGZ-  
40 instellingen onderzocht of bovenstaande vanaf 2011 in landelijk beleid kan  
worden omgezet (zie ook: Van der Zanden 2010; Zijderhoudt 2010).



*Wet Openbaarheid Bestuur (WOB)*

Naar aanleiding van verzoeken op grond van de WOB om de verslaglegging van een suïciderapportage, zijn er enkele rechtszaken geweest waarbij nabestaanden met succes suïciderapportages opgeëist hebben bij de inspectie (LJN: BB9778, 5 Rb Dordrecht 2007). In het veld heeft dit de discussie over het veilig melden aangewakkerd (Crul en Legemaate 2008). In reactie hierop heeft de Minister van VWS besloten dat bij rapportages vanuit de instelling de geheimhoudingsplicht prevaleert boven de WOB. In een brief van de IGZ aan GGZ-instellingen wordt gesteld dat alleen de conclusies van de IGZ zoals verwoord in haar 10 afhandelingbrief openbaar gemaakt kunnen worden. Hiermee is een vorm van anonimisering geboden die echter niet garandeert dat de gegevens niet herleidbaar zijn tot een bepaalde persoon; reden om waakzaam te blijven ten aanzien van het beroepsgeheim.

15

**6 Suïcide en klachtrecht: wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), tucht- en strafrecht**

Het doel van de Wkcz is het regelen van de behandeling van klachten van 20 patiënten van gezondheidszorginstellingen. Elke zorginstelling moet een regeling treffen voor de behandeling van klachten over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt' en voorzien in een klachtencommissie met een onafhankelijke voorzitter. In beginsel kan *alleen door of namens* een patiënt bij de klachtencommissie een klacht tegen een 25 zorgaanbieder worden ingediend (art. 2, lid 4). In afwijking hiervan mag bij de klachtencommissie eveneens een klacht tegen een zorgaanbieder worden ingediend over 'een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens een cliënt *die inmiddels is overleden*' (art. 2, lid 6). Een familielid of naaste kan in dat geval een klacht indienen. De Wet BOPZ heeft in art. 41 30 klachtgronden beschreven en wie een klacht kan indienen. Bij suïcidaliteit zal een klacht dan veelal indirect beargumenteerd moeten worden, bijvoorbeeld via de klachtgrond 'niet toepassen van het overeengekomen behandelingsplan'.

Er kunnen zich in de Wkcz complicaties voordoen bij de vraag of de overledene toestemming zou hebben gegeven voor het openen van het dossier. Wat te doen 35 als de overledene expliciet heeft aangegeven dat familie en naasten geen toestemming krijgen tot inzage in het dossier en dan via een klachtprocedure dat wel zouden krijgen? Bij een klacht mag de behandelaar zich beroepen op zijn belang om zichzelf te kunnen verdedigen, dat - afhankelijk van de omstandigheden van het geval - zwaarder kan wegen dan de zwijgplicht.

40 Vooral bij het strafrecht, dat bij 'nalatige' suïcides door de nabestaanden ingezet kan worden, kan spelen dat de hulpverlener ter zake als verdachte onderwerp van onderzoek is en zich niet met succes op het beroepsgeheim en dus op de zwijgplicht kan beroepen; het beroepsgeheim is er ter bescherming van de

patiënt en niet van de hulpverlener. Voor het tuchtrecht wordt verwezen naar paragraaf 9 over de jurisprudentie.

## 7 Suïcidaliteit en hulp bij zelfdoding: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding

5

De Nederlandse praktijk en ideologie rond 'zelfbeschikking' is afwijkend van die in Europees verband. Hoewel er vragen zijn in hoeverre een verzoek om levensbeëindiging een relatie heeft met suïcidaliteit, wordt voor juridische aspecten verwezen naar die specifieke wetgeving. Verwezen wordt naar de richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (Tholen e.a. 2009) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) waarin ondermeer de zorgvuldigheidseisen, de rol van de SCEN-arts en de regionale toetsingscommissies worden toegelicht.

10

15

## 8 Jurisprudentieoverzicht

*Vertrekpunt: EHRM*

Een vertrekpunt is de zaak Keenan vs Verenigd Koninkrijk (EHRM 3 april 2001, BJ 2001 nr 52, m.nt. J. Dute) waarin het Europese Hof benadrukt dat krachtens art. 2 EVRM (recht op leven) op de overheid een positieve plicht rust te trachten een suïcide te voorkomen. Die plicht wordt begrensd door enerzijds de fundamentele rechten van de betrokkene, anderzijds het gegeven dat niet elk gevaar kan worden uitgebannen. Maar bij 'those detained in their custody' draagt de overheid een verzwaarde verantwoordingsplicht, omdat degenen die van hun vrijheid beroofd zijn extra kwetsbaar zijn. Dat geldt ook voor patiënten opgenomen in het kader van de wet BOPZ.

25

30 *De wet BOPZ*

De Hoge Raad vindt (met het EHRM) dat niet elk gevaar van suïcide door middel van dwangopneming moet worden uitgebannen (HR 14 december 1976, NJ 1977, 174), al is het uitgangspunt van de Wet BOPZ dat gevaar dat kán worden gekeerd, móet worden gekeerd. De rechter toetst dan ook of aan de algemene rechtsbeginselen (doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit) is voldaan en kan dan ondanks suïcidegevaar een dwangopname afwijzen (Rb Breda 20 juli 2009 en 14 januari 2010, BJ 2010 nrs 30 en 31 m. nt. R. Zuijderhoudt; evenzo Rb 's-Hertogenbosch 31 maart 2010, 208929 / FA RK 10-1510, BJ 2010 m.nt. R.

35

Zuijderhoudt). Overigens mag dat er niet toe leiden dat de psychiater dan maar geen geneeskundige verklaring uitschrijft.

*De WGBO c.a.*

5 Die zware zorgplicht voor het leven is niet beperkt tot onvrijwillige opnames. Bij  
 een vrijwillig opgenomen jonge moeder die zich ondanks het 'rode stip-beleid'  
 een ogenblik wist te onttrekken aan toezicht in de instelling en zich prompt  
 10 suïcideerde met achterlating van een klein kind, legde de rechter de  
 verantwoordelijkheid en daarmee de civielrechtelijke aansprakelijkheid geheel bij  
 de instelling (Rb Breda, 20 augustus 2002, BJ 2002 nr 49 m.nt. A.Blok, zeer  
 leerzaam), conform de 'leer' uit het zogenaamde Willibrordarrest (HR 16 juni  
 2000, BJ 2000 nr 54, m. nt R. Zuijderhoudt): als een veiligheidsnorm  
 geschonden is (en daarvan is bij ontoereikend toezicht al snel sprake, zeker als  
 er regels en protocollen zijn) volgt al snel aansprakelijkheid voor de gevolgen.

15

*Het tuchtrecht, de wet BIG*

Betekent het voorgaande dat in de kliniek rigoureuus elk risico moet worden  
 uitgesloten, zoals de vader en tevens mentor van een (vrijwillig opgenomen)  
 20 suïcidale vrouw eiste, terwijl de behandelaar haar een beetje 'ruimte' wilde  
 geven? Het Centraal Tuchtcollege (CTC 8 november 2001, BJ 2002 nr 32 m.nt.  
 R. Zuijderhoudt) oordeelde van niet omdat 'gehandeld werd volgens een  
 zorgvuldig overwogen behandelplan (...) de tragische afloop (...) ten spijt'. Het  
 draait dus om de zorgvuldigheid van de handelwijze.

Niet altijd is glashelder wie daarin als verantwoordelijke optreedt. Doorgaans  
 25 staat een zekere verantwoordelijkheid van de psychiater vast: 'het had op de  
 weg van verweerster gelegen om bij een dergelijke stand van zaken een  
 spoedige psychiatrische beoordeling en een directe vooraanmelding bij de  
 crisisdienst (...) te realiseren. Deze zorgplicht vloeit ook voort uit art. II.7 van de  
 beroepscode voor psychiaters van de NVvP dat de psychiater ervoor  
 30 verantwoordelijk is dat continuïteit van de hulpverlening en een goede  
 bereikbaarheid verzekerd zijn' (RTC Amsterdam, 5 augustus 2008, 07/165). Sluit  
 dit de eigenstandige bevoegdheid van andere BIG-geregistreeerden uit? Niet voor  
 zover die reikt: (RTC Den Haag, 10 februari 2009, 2007 H 089a en 089b): 'de  
 arts die vanaf het intakegesprek betrokken was bij de behandeling liet de  
 35 reguliere vervolggesperken over aan een ervaren verpleegkundige. Dat is niet  
 ongebruikelijk en een dergelijke werkverdeling is verantwoord'. In dezelfde lijn  
 oordeelde het RTC Eindhoven (17 augustus 2009, 2008.59b): 'het is met name  
 niet onjuist geweest om het gesprek door een ervaren en met patiënt bekende  
 sociaal-psychiatrisch verpleegkundige te laten voeren; deze mag immers daartoe  
 40 bekwaam en derhalve bevoegd worden geacht'. Het CTG in recent hoger beroep  
 specificeert de verantwoordelijkheden en legt een waarschuwing op: 'Hoewel  
 ervan moet worden uitgegaan dat X een ervaren SPV is – die de patiënt  
 bovendien kende van het eerste contact ... is het CTG van oordeel dat in dit  
 geval, bij de hiervoor geschetste voorgeschiedenis van de patiënt en ná de

tweede telefonische melding van de huisarts binnen één week tijd, een zelfstandige beoordeling ... door de arts (bed: psychiater), althans door een andere psychiater had moeten plaatsvinden. Dat klemt temeer nu de arts (bed: psychiater) op ... door de SPV van de actuele situatie (last van suïcidale ideaties) op de hoogte is gesteld. De arts heeft dus ten onrechte het gesprek op ... overgelaten aan de SPV en nagelaten de patiënt uiterlijk na de tweede melding van de huisarts .. zelf te zien en te beoordelen' (CTG 22 juli 2010, GJ 2010/114).

Het lijkt er dus op dat de zelfstandige beslissingsruimte van de verpleegkundige bij het inschatten van suïcidegevaar en 'management' van de suïcidale patiënt snel en sterk afneemt (en het vereiste van directe betrokkenheid van de psychiater toeneemt) naarmate de zaak acuter en ernstiger wordt, het beeld zich wijzigt, er (door verwijzers of de patiënt en/of familie) gerappelleerd wordt, kortom: de kans toeneemt dat de psychiater tot eigen, nieuwe bevindingen zou kunnen komen in een persoonlijk onderzoek van de patiënt: 'door op grond van haar eigen ervaring van meer dan twee maanden tevoren het verzoek om opname te beoordelen als manipulatief heeft zij te weinig rekening gehouden met de mogelijkheid dat de psychische stoornis was verergerd of van karakter was veranderd' (RTC Den Haag 10 februari 2009, H 023a en 023f). Men bedenke: de (groeierende) verantwoordelijkheid van de psychiater doet niet af aan die van de andere betrokken hulpverleners: in het tuchtrecht draagt elk zijn persoonlijke verantwoordelijkheid en die lijkt dus wel eens te 'dubbelen'. Niet zelden ziet men ter zake van een suïcide zowel de psychiater als de klinisch psycholoog, de psychotherapeut, de GZ-psycholoog, de SPV en de arts-assistent ter verantwoording geroepen; de andere disciplines zien dus niet de verantwoordelijkheid voor hun eigen handelen afnemen in de mate waarin die van de psychiater toeneemt.

Soortgelijke overwegingen betreffen de verantwoordelijkheidsverdeling tussen psychiater en arts-assistent. Enerzijds: 'Verweerder is als arts-assistent bekwaam en bevoegd tot het zelfstandig verrichten van onderzoek en risico-inschatting. Over de diagnose heeft verweerder ruggespraak gehouden met zijn supervisor, tevens psychiatrische achterwacht, en de behandelend psychiater' (RTC Groningen, 18 december 2008, G2008/20 resp. /21 en /02). Maar anderzijds, in een geval waarin iemand als arts-assistent optrad: 'de arts (bed: de psychiater) had geen beoordeling 'op afstand' mogen geven, zonder I zelf te zien. Hij had ... zijn beslissing niet mogen baseren op de bevindingen van R die – naar ter zitting is vastgesteld – op ... zelfs niet als arts was geregistreerd. De arts (bed: de psychiater) had de gemelde bevindingen zelfstandig moeten controleren' (RTC Den Haag, 10 februari 2009, 2007 H 023a en 023f).

Bovenstaande zaken betreffen de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling tussen enerzijds de psychiater en anderzijds de verpleegkundige (SPV) en basisarts (arts-assistent). Naar verwachting zal de redeneertrant van het tuchtcollege niet anders zijn wanneer het de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling tussen enerzijds de specialist en anderzijds de andere beroepen betreft. In dit verband is het wezenlijk te vermelden, dat een tuchtcollege voor de beoordeling van de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling zich (mede) zal laten leiden door een professioneel statuut of vergelijkbaar document.

Twee zaken spelen in de (tucht)rechtspraak nog een belangrijke rol.

Ten eerste: ook bij suicide(gevaar) wordt toenemend een eigenstandig belang c.q. het recht van de familie erkend, dat de zorgplicht van de hulpverlener raakt: 'Als goed hulpverlener jegens de naaste betrekkingen van patiënte (ex art 47 lid 5 1 sub 3 BIG) diende verweerder daarom ook klager (met zijn gezin) te informeren (...)' (RTC Amsterdam 24 maart 2009, GJ 2009 nr 70). Het ging hier om een vrouw met IBS opgenomen na een zeer ernstige suïcidepoging, met wie maar zeer beperkte samenwerking te bewerkstelligen was en bij wie de IBS tenslotte werd opgeheven waarna zij zich alsnog suïcideerde.

10 Ten tweede: het tuchtrecht ziet zich door het volstrekt individuele karakter van het tuchtproces (altijd staat een individuele met name genoemde hulpverlener terecht, nooit een team of een bestuursraad) soms voor de onmogelijke opgave recht te doen in situaties van ketenzorg (of veelal juist het ontbreken daarvan) waarin evident ontoereikend is gehandeld, maar het unfair zou zijn daarvoor één 15 hulpverlener in het bijzonder als schuldige aan te wijzen en een maatregel op te leggen. Bijvoorbeeld CTG 9 december 2008, 2008 / 054: 'Het college acht het verwijt dat de arts op dit punt kan worden gemaakt van gering gewicht, nu van haar redelijkerwijs niet kon worden verwacht dat zij ... voorzag dat hij zo tussen wal en schip zou geraken'. Het feit dat dit soort gebrekkige samenwerking 20 tussen (zelfstandig bevoegde) disciplines en verschillende instellingen of teams in de GGZ frequent voorkomt, alsmede dat beslissingen soms een onhelder en onpersoonlijk gezag dragen ('het team heeft besloten...') sluit niet een hardere tuchtrechtelijke toets uit, zoals opgelegd aan gynaecologen die in hun maatschap een gebrek aan onderlinge samenwerking combineerden met een 25 verantwoordelijkheidsverdeling die onhelder was: 'Wanneer een maatschap van artsen ... de praktijkvoering inricht op de hiervoor omschreven wijze, waarbij niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van de patiënt, maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend 30 zien en de gezamenlijke ochtendbesprekingen, is iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk voor die wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt.... gevoerde beleid' (CTG 4 maart 2004, 2002/227). Voor de opvattingen van het CTG ten aanzien van taken en verantwoordelijkheden van die '(hoofd)behandelaar' wordt verwezen naar CTG 1 35 april 2008, 2007/037, voorts MC 2008, 63 nr 17 p. 726 e.v.), en de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG e.a. van 26 januari 2010).

Samengevat: het draait bij de verantwoordelijkheid van de hulpverlener bij 40 suïcidegevaar hoofdzakelijk om 1) het respecteren van de veiligheidsnorm (mogelijk begrensd door de afweerrechten van de patiënt), 2) de zorgvuldigheid waarmee de belangen van patiënt en naaste betrekkingen gewogen worden, 3) de inzet van de juiste bekwaamheid en discipline voor diagnostisch onderzoek en indicatiestelling naarmate de complexiteit en de ernst van het beeld groter worden of moeilijker in te schatten (uiteindelijk de psychiater of een andere 45 specialist zelf die onder omstandigheden beslist of hij of zij de patiënt zelf moet spreken en onderzoeken en beleid moet vaststellen), en 4) de kwaliteit van de regie en de samenwerking tussen hulpverleners.

## 9 Aanwijzingen voor de praktijk vanuit het juridisch kader

In deze slotparagraaf vatten wij dit hoofdstuk samen in een aantal praktische handelingen en overwegingen. Tussen haakjes vindt u de wetten of regelingen die van toepassing zijn.

Regelen - u regelt de samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling in geval van de beoordeling van de suïcidaliteit in een professioneel statuut of vergelijkbaar document (Wet BIG, tuchtrecht, professioneel statuut)

Grondrechten - u realiseert zich dat er spanning bestaat tussen de artikelen in de grondwet die de autonomie en zelfbeschikking van de patiënt beschermen (art 10,11,15) en de sociale artikelen die meer verplichting tot zorg bepalen (art 22). Hierdoor treedt een dilemma op dat u niet kunt oplossen met wettelijke regels.

Voorkómen - u zorgt voor behandelbeleid en een behandelaanbod dat voorziet in preventieve maatregelen en continuïteit van zorg. (Boel e.a. 2007, VWS 2008), U bent goed op de hoogte van de richtlijnen van uw instelling en uw beroepsvereniging (WGBO, Kwaliteitswet Zorginstellingen, wet BIG, professioneel statuut).

Herkennen - u maakt contact met de patiënt door regelmatig de suïcidaliteit te beoordelen. Zo wordt duidelijk wie in welke situatie wat doet. U kunt dat vastleggen in een crisis- of signaleringsplan. U of uw instelling regelt welke professionals het onderzoek van suïcidaal gedrag kunnen doen en legt vast in welke situatie welke professional betrokken wordt (professioneel statuut, wet BIG).

Beoordelen - suïcidaliteit is een dubbelbegrip. U dient bij uw onafhankelijke beoordeling een keuze te maken of de suïcidaliteit een onderdeel is van de stoornis, of gevaar vanuit de stoornis. U laat zich leiden door de Richtlijn besluitvorming dwang (wet BOPZ).

Informereren - u gaat altijd systematisch na welke relevante anderen u inlicht: huisarts, crisisdienst, supervisor, familie/naasten. U weet dat daarbij een conflict van plichten kan optreden tussen geheimhoudingsplicht en (morele) informatieplicht (WGBO, wet BOPZ).

Behandelen - U weegt de voor- en nadelen af van een ambulante of een klinische behandeling. U bent u bewust van de groeiende verantwoordelijkheid van de psychiater naarmate de psychiatrische problematiek ernstiger en complexer is en opname wordt overwogen. U handelt steeds als goed hulpverlener (WGBO).

Documenteren - u legt alle relevante afwegingen en beslissingen zorgvuldig vast in het dossier. Dit geldt in het bijzonder wanneer u afwijkt van een richtlijn. Voor de klachtencommissie of tuchtrechter is relevant wat u opgeschreven heeft; minder doet het er toe wat u gedacht of gezegd heeft (Wkcz, wet BIG, WGBO).

Ontslag - de eerste periode na een klinische opname is kwetsbaar. U regelt een goede continuïteit van zorg, in het bijzonder bij een gedwongen ontslag (Kwaliteitswet Zorginstellingen, Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit, Hermens e.a. 2010).

- 5 Nazorg - u overlegt met ketenpartners en legt in het dossier vast wie de regie en de verantwoordelijkheid heeft voor (onderdelen van) de behandeling en voor welke termijn dat geldt (Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit, Hermens e.a. 2010).

- 10 Hulp bij zelfdoding - u toetst een verzoek van de patiënt tot hulp bij zelfdoding en uw handelen aan de richtlijn Omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis (Tholen e.a. 2009).

CONCEPT

## Literatuur bij Bijlage C

- American Psychiatric Association (2003) *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors* Washington DC: American Psychiatric Association
- 5 Achilles RA (2006) Hoofdstuk 13 In: *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*, RA Achilles, RJ Beerhuis en WM van Ewijk (red) Amsterdam: Benecke
- Bool M, Blekman J, de Jong S, Ruiter M, Voordouw I (2007) *Verminderen van Suïcidaliteit Beleidsadvies* Utrecht: Trimbos Instituut
- 10 Crul BVM en Legemaate J (2008) Meldingen aan de inspectie toch openbaar *Medisch Contact*, 3, 122-124
- Dijkers W & Widdershoven TP (2008) *Teksten wet Bopz* Den Haag: Sdu Uitgevers
- Dute JCJ (2007) Rb Utrecht, 2007/31 Huisarts; beroepsgeheim; weigering  
15 inzage in medisch dossier door nabestaanden: verschaffen van inzage op straffe van een dwangsom wegens zeer uitzonderlijke omstandigheden, pp 542-548
- Gerzon R Ph, Dijk K van, Frederiks BJM, Janssen, AJGM, Jonkers A, Stikker TE (2007) *Vraagbaak psychiatrie en recht* Den Haag: Sdu Uitgevers
- Hendriks AC, Frederiks BJM & Verkerk MA (2008) Het recht op autonomie in  
20 samenhang met goede zorg bezien *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 32, 2-18
- Hermens M, Wetten H van, Sinnema H (2010) *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten* Utrecht: Trimbos Instituut
- IGZ (2000) *Gevaar in de wet Bopz* Den Haag: Ministerie van VWS
- 25 IGZ (2010) *Leidraad meldingen IGZ Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen* Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, maart 2010
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF (2010) *Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*
- 30 KNMG (2010) *Richtlijn omgaan met medische gegevens* Utrecht: KNMG, januari 2010
- Minister van VWS (2008) *Beleidsadvies verminderen van suïcidaliteit Standpunt van de Minister van VWS Kenmerk CZ/CGG-2843047* Den Haag: Ministerie van VWS, 26 juni 2008
- 35 Stichting HKZ (2009) *Certificatieschema instellingen voor de GGZ, versie 2009* Utrecht: Stichting HKZ
- Tilburg W van, Dijkman-van de Ven M, Sikkens E (NVvP commissie Richtlijn besluitvorming dwang) (2008) *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling* Utrecht: De Tijdstroom
- 40 Tholen AJ, Berghmans RLP, Huisman J, Legemaate J, Nolen WA, Polak F, Scherders MJWT (NVvP commissie Hulp bij zelfdoding) (2009) *Richtlijn omgaan*



*met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis* Utrecht: De Tijdstroom

Zanden MCG van der (2010) Verandering meldingsprocedure van suïcides aan de Inspectie voor de gezondheidszorg *Journal GGZ en Recht*, 6 (5), 96-98

- 5 Zuijderhoudt RH (2004) *Praktijkreeks Bopz deel 8: Stoornis en de Bopz* Den Haag: Sdu

Zuijderhoudt RH (2010) Voorwoord *Journal GGZ en Recht*, 6 (5), 94-96

## 10 Jurisprudentie

EHRM 3 april 2001, BJ 2001 nr 52, m nt J Dute

HR 14 december 1976, NJ 1977, 174

- 15 LJN: BB9778, Voorzieningenrechter Rechtbank Dordrecht, AWB 07/963, december 2007

Rb Breda 20 juli 2009 en 14 januari 2010, BJ 2010 nrs 30 en 31 m nt R Zuijderhoudt

Rb 's-Hertogenbosch 31 maart 2010, 208929 / FA RK 10-1510, BJ 2010 m nt R Zuijderhoudt

- 20 Rb Breda, 20 augustus 2002, BJ 2002 nr 49 m nt A Blok

HR 16 juni 2000, BJ 2000 nr 54, m nt R Zuijderhoudt CTC 8 november 2001, BJ 2002 nr 32 m nt R Zuijderhoudt

RTC Amsterdam, 5 augustus 2008, 07/165)

- 25 RTC Den Haag, 10 februari 2009, 2007 H 089a en 089b RTC Eindhoven, 17 augustus 2009, 2008 59b CTG 22 juli 2010, GJ 2010/114

RTC Den Haag 10 februari 2009, H 023a en 023f

RTC Groningen, 18 december 2008, G2008/20 resp /21 en /02

RTC Amsterdam 24 maart 2009, GJ 2009 nr 70

CTG 9 december 2008, 2008 / 054

- 30 CTG 4 maart 2004, 2002/227

CTG 1 april 2008, 2007/037

MC 2008, 63 nr 17 p 726 e v

