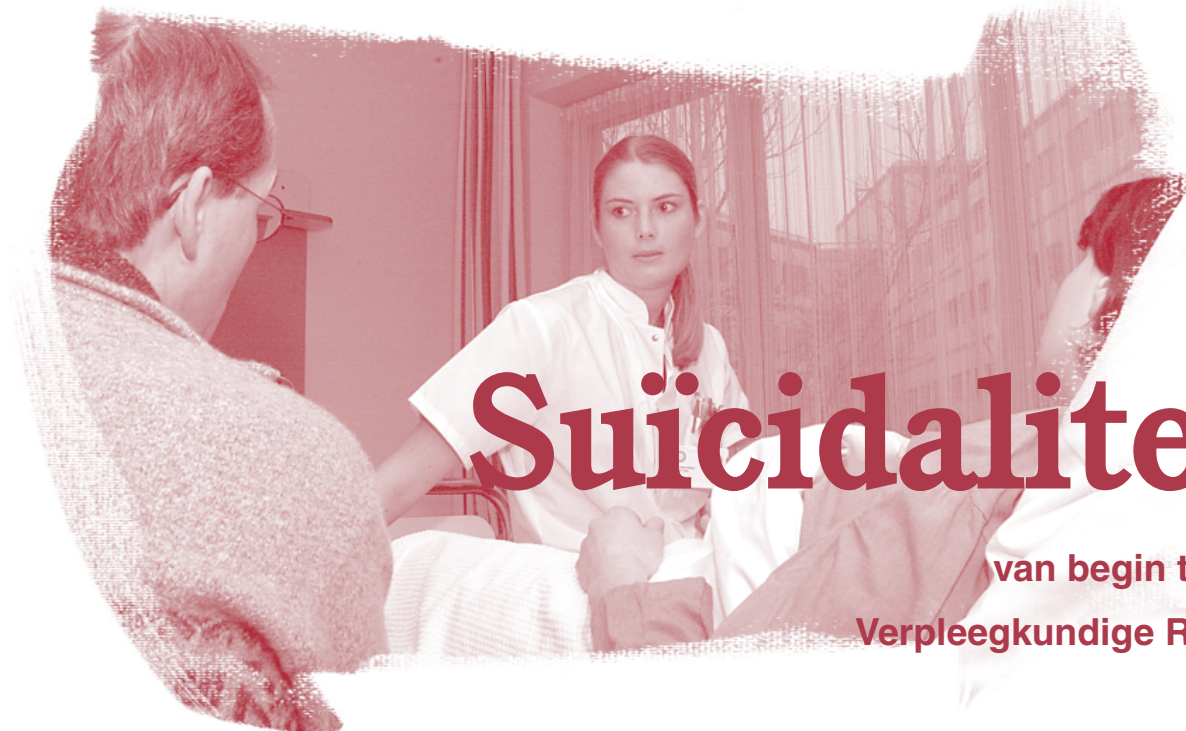


De VCPV is een vereniging van verpleegkundigen die werkzaam zijn in de consultatieve psychiatrie. De consultatieve psychiatrie wordt ook wel liaisonpsychiatrie genoemd. De dienstverlening van de Verpleegkundig Consulent Psychiatrie (VCP) richt zich op het geven van consultatie aan verpleegkundigen en verpleegkundige teams.



Omslagontwerp en boekverzorging: Peter Straatman
Foto's: Roy Geeraths, medisch fotograaf UMC, Utrecht
Tekstverzorging: Ben de Ree
Druk: Stichting Rooddruk, Utrecht
©VCPV, Groningen, 2001



Suïcidaliteit

van begin tot eind
Verpleegkundige Richtlijn

Redactie
Palske Zandstra
Jan van der Woude
Ben de Ree

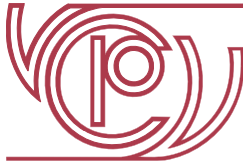


Vereniging voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde



*Opvang van suïcidale patiënten
in het algemeen ziekenhuis en
andere zorgcentra*





Een uitgave van de Vereniging voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde

Redactie: Palske Zandstra, Jan van der Woude en Ben de Ree

De totstandkoming van deze verpleegkundige richtlijn werd mogelijk gemaakt door secretariële en administratieve ondersteuning van het VU Medisch Centrum te Amsterdam, het Universitair Medisch Centrum Utrecht, locatie Academisch Ziekenhuis Utrecht en ziekenhuis Hilversum.

Financiële ondersteuning is ontvangen van:



Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport



VERECO BEKUMED B.V.

Distributeur van Posey, Venacare en Oba producten.

Gevestigd te Amersfoort

Voorwoord

Deze verpleegkundige richtlijn is bedoeld om de verpleegkundige problemen rondom suïcidaliteit inzichtelijk te maken. Elk jaar moeten mensen behandeld worden in het algemeen ziekenhuis vanwege een suïcidepoging. Het verplegen van een suïcidale patiënt in een niet-psihiatrische instelling kan bemoeilijkt worden doordat de verpleegomgeving niet aangepast is op de specifieke zorgvragen. In een open instelling is continu toezicht niet altijd gewaarborgd; een ziekenhuis is een omgeving met open deuren, vol gevaarlijke materialen. Verpleegkundigen voelen zich soms niet voldoende vaardig om een suïcidale patiënt te begeleiden. Daarnaast is de werkdruk hoog en is er meestal weinig tijd voor extra aandacht of gesprekken.

Vaak hebben patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen een moeilijk toegankelijke houding, hetgeen door hun omgeving als een negatieve houding ten aanzien van hulp kan worden opgevat. Patiënten kunnen na een suïcidepoging zeer tegenstrijdig zijn in het stellen van hun hulpvraag. Door middel van het schrijven van deze richtlijn hopen wij verpleegkundigen handreikingen te bieden met betrekking tot de omgang met deze problematiek.

Deze richtlijn is geschreven door een werkgroep van de Vereniging voor Consultatieve Psychiatische Verpleegkunde (VCPV). De richtlijn sluit aan op de eerder ontwikkelde richtlijn “verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt” uit 1998 van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).

De VCPV heeft deze verpleegkundige richtlijn ontwikkeld specifiek voor de beroepspraktijk van het algemene ziekenhuis (AZH), maar deze is ook bruikbaar in de thuiszorg, revalidatiecentra en instellingen voor lichamelijke en verstandelijk gehandicapten.

In de tekst wordt veelvuldig de term verpleegkundige gebruikt. Hiermee worden niet alleen verpleegkundigen, maar ook verzorgenden en andere hulpverleners bedoeld, die directe verpleegkundige zorg aan de patiënt verlenen. In verband met de leesbaarheid is er voor gekozen patiënten met hij of hem aan te duiden, en verpleegkundigen met zij of haar.

Met het gebruik van de term patiënt wordt niet alleen bedoeld een patiënt in een algemeen ziekenhuis, maar ook patiënten in andere instellingen zoals revalidatiecentra, patiënten in de thuiszorg, maar ook bewoners van instellingen zoals verzorgingstehuizen en instellingen voor lichamelijke- en verstandelijk gehandicapten.

Bij het gebruik van de term VCP kan men ook bedenken dat in sommige instellingen binnen de gezondheidszorg voor deze taak de Sociaal Psychiatisch Verpleegkundige, werkzaam bij de Riagg, ingeschakeld kan worden. In de richtlijn wordt de term Beschermende Maatregelen gebruikt, hiermee worden bedoeld de vrijheidsbeperkende interventies en veiligheidsmaatregelen rondom het bed.

In de richtlijn worden algemeen geldende adviezen gegeven, hetgeen betekent dat verpleegkundigen de richtlijn in hun instelling kunnen gebruiken op een manier die passend is bij de eigen werkwijze.

De toepassing van de richtlijn is niet alleen de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen, maar ook van het management van de eerder genoemde zorginstellingen. Men doet er daarom goed aan om binnen verpleegkundige teams de richtlijn zorgvuldig te bespreken. Zo kan de richtlijn het uitgangspunt zijn voor verbetering van de kwaliteit van de zorg van een instelling.

Wij willen Ben de Ree bedanken voor zijn bijdrage aan de totstandkoming van de richtlijn. Door zijn kritische commentaar, opbouwende feedback en niet aflatende steun gedurende het schrijven van deze richtlijn kon de werkgroep haar opdracht tot een goed einde brengen.

Tot slot danken we Peter Straatman voor de mooie opmaak, die de richtlijn zo goed hanteerbaar maakt.

*Palske Zandstra en Jan van der Woude,
Eindhoven/Utrecht, april 2001*

Samenstelling van de werkgroep

werkgroepleden:

Palske Zandstra,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Diaconessenhuis, Eindhoven, voorzitter van de werkgroep en redactie
Jan van der Woude,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Utrecht, redactie
Hanneke Klein,	secretaresse Psychiatrisch Consultatieve Dienst, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam, tekstverwerking en redactie
Hennie Detiger,	verpleegkundig consulent psychiatrie, RK Zorgcentrum St. Jacob, Amsterdam
Rianne van Gool,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Amphia Ziekenhuis, Breda
Gerrit-Jan van der Linden,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Psychiatrisch Centrum Amsterdam, Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam
Peter Mortier,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Ziekenhuis Zeeuws Vlaanderen, Terneuzen
Nel Visser,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Kennemer Gasthuis, Locatie Elizabeth Gasthuis, Haarlem
Jan de Waal,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem
Hans Warning,	verpleegkundig consulent psychiatrie, Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden

Inhoudsopgave

	Voorwoord	3
	Inhoudsopgave	5
1.	Inleiding.....	7
2.	Begripsomschrijving van suïcidaliteit	9
3.	Verantwoordelijkheden van de verpleegkundige	13
4.	Vermoeden van suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag bij patiënten	17
5.	Gespreksvoering bij suïcidale patiënten	19
6.	De beoordeling van suïcidaliteit.....	23
7.	Wat te doen na een suïcidepoging van een patiënt.....	25
8.	Verpleegkundig handelen bij gevaar voor suïcide	29
9.	Gevaar voor suïcide in de thuiszorg en andere zorgcentra	33
10.	Wat te doen na een suïcide.....	35
11.	Zelfhelp voor verpleegkundigen na een ervaring met een suïcidale patiënt.....	37
12.	Bronvermelding	39



Verpleegkundig Consulent Psychiatrie

Functie omschrijving

- ◆ De Verpleegkundig Consulent Psychiatrie (VCP) kan ingeschakeld worden om verpleegkundige teams te ondersteunen bij de zorg voor de suïcidale patiënt.
- ◆ De VCP kan gesprekken met de suïcidale patiënt en betrokkenen voeren.
- ◆ De VCP draagt zorg voor het, samen met de verpleegkundigen, uitwerken van de specifieke zorgvragen en de integratie daarvan in het algehele behandelplan.
- ◆ De VCP geeft advies betreffende de omgangswijze met de patiënt, evalueert het zorgproces en de eventuele spanningsvolle, moeilijke situaties die zich hebben voorgedaan.
- ◆ De VCP verstrekt, op aanvraag van de instelling of het team, scholing en vaardigheidstraining met betrekking tot suïcidaliteit en psychiatrische problematiek in brede zin.

Inleiding

Verpleegkundigen kunnen in hun werk geconfronteerd worden met suïcidale patiënten. In deze richtlijn worden de voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep specifieke aandachtspunten met betrekking tot de herkenning van en zorg voor de suïcidale patiënt beschreven. De herkenning én de eerste opvang van de suïcidale patiënt kan bemoeilijkt worden door beperkte specifieke kennis en vaardigheden van de hulpverleners. Er zijn meestal géén concrete protocollen of richtlijnen voorhanden, met deze richtlijn wil de vereniging handvatten aanreiken voor de directe zorg voor de suïcidale patiënt.

Omgaan met suïcidaliteit roept altijd veel vragen op. Aan de ene kant heeft ieder mens het recht om zelf te beschikken over zijn leven, maar anderzijds kan er sprake zijn van een ziekteproces waardoor hij zijn situatie niet goed meer overziet en een verkeerde keuze kan maken.

Het begeleiden van een suïcidale patiënt kan om een aantal redenen sterke reacties oproepen. Zo kan men zich opeens realiseren dat de betreffende patiënt wel eens gedurende jouw dienst van het balkon zou kunnen springen. Soms is het moeilijk om begrip op te brengen voor het gedrag van de suïcidale patiënt. Je kunt er ook tegenop zien om de patiënt naar suïcidale gevoelens te vragen, omdat je bang bent hem daardoor juist aan te zetten tot suïcide. Ofschoon al deze gevoelens begrijpelijk zijn, mag dit er nooit toe leiden dat de patiënt géén gehoor vindt voor de signalen die hij uitzendt: suïcidale of fatalistische uitingen van patiënten dien je altijd serieus te nemen.

Ten aanzien van de opvang van patiënten na een suïcide poging is, met betrekking tot de kans op herhaling van

de poging, bekend dat een doeltreffende eerste opvang cruciaal is. Het direct ingaan op de uitingen van suïcidaliteit én het regelen van adequate hulp, zijn belangrijke verpleegkundige interventies om het suïciderisico te verkleinen. Suïcidale gevoelens en/of een suïcidepoging kunnen voor de patiënt een heel eenzame, angstaanjagende en traumatische ervaring zijn. Bij de verwerking hiervan is professionele hulp noodzakelijk.

Bij de analyse van de suïcidale uiting dient met name bij ernstig zieke patiënten aan de orde te komen in hoeverre het eigenlijk om een vraag om euthanasie gaat. Indien dit het geval is, dient men te handelen in overeenstemming met de in het ziekenhuis of instelling geldende richtlijn betreffende euthanasie.

Doelstellingen van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is het kunnen bieden van handvatten voor de herkenning, opvang en begeleiding van de patiënt. Enerzijds wordt de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige verduidelijkt, anderzijds wordt een behandelkader geschapen waarbinnen de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken disciplines helder zijn afgegrensd.

De verpleegkundige richtlijn kan gebruikt worden als basismateriaal voor een protocol “op maat” betreffende de omgang met suïcidaliteit binnen uw instelling.

Definities

Suïcidale gedachten of Suïcidaliteit

- ◆ Van suïcidale gedachten of suïcidaliteit spreken we indien iemand denkt aan suïcide of dit overweegt.

Suïcide

- ◆ Van suïcide spreken we in geval van gedrag met dodelijke afloop. Deze dodelijke afloop is het gevolg van door de betrokken persoon zelf in gang gezette en uitgevoerde handelingen
- ◆ Deze handeling(en) wordt(en) ondernomen in de wetenschap of verwachting van de afloop
- ◆ De betrokken persoon bedoelt met deze handeling(en), via hun dodelijk gevolg, bepaalde door hem of haar gewenste veranderingen te bewerkstelligen

Suïcidepoging

- ◆ We spreken van een suïcidepoging in geval van gedrag zonder dodelijke afloop
- ◆ Dit gedrag bestaat hieruit, dat iemand zichzelf verwondt of een zodanige hoeveelheid van een bepaalde stof inneemt dat de norm voor wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd, wordt overschreden
- ◆ Het gedrag wordt door de handelende persoon opzettelijk of weloverwogen uitgevoerd*
- ◆ De handelende persoon bedoelt met het gedrag via de feitelijke of mogelijke lichamelijke gevolgen ervan bepaalde gewenste veranderingen te bewerkstelligen

* Opzettelijk betekent niet altijd weloverwogen. Vaak vinden suïcidepogingen plaats in een opwelling tijdens een crisissituatie zonder dat de persoon zijn motieven en de gevolgen van zijn daad geheel kan overzien

Begripsomschrijving van suïcidaliteit

Inleiding

Wanneer spreek je over suïcidaliteit? Veel mensen denken wel eens “Was ik maar dood, het is me allemaal te veel.” Deze uitingen kunnen de wanhoop over het beloop van een ziekte weergeven of kunnen passen in het verwerkingsproces. Of er daadwerkelijk sprake is van suïcidaliteit moet blijken uit het gesprek met de patiënt. Suïcidaliteit kan voortkomen uit een ernstig onvermogen om bepaalde levensproblemen te hanteren of kan een gevolg zijn van een psychiatrische stoornis zoals een depressie, een psychose of ernstige verslavingsproblematiek. Als de patiënt géén andere uitweg ziet dan die van suïcide en daar ook plannen voor maakt, is er sprake van ernstige suïcidaliteit.

Epidemiologie¹

Suïcide is een van de tien meest voorkomende doods-oorzaken. Suïcide is de oorzaak van dertig procent van alle sterfgevallen onder studenten en van tien procent van alle sterfgevallen van mensen tussen de leeftijd van 25 en 34 jaar. Het is de op een na grootste doodsoorzaak onder adolescenten. Maar meer dan zeventig procent van de mensen die suïcide plegen is ouder dan 40 jaar en het percentage neemt sterk toe onder mensen die ouder zijn dan 60 jaar, vooral bij mannen.

Zelfmoordpogingen komen meer voor bij mensen die nog niet van middelbare leeftijd zijn, vooral bij ongetrouwde adolescente meisjes en ongetrouwde mannen van rond de 30 jaar. Vrouwen ondernemen vaker suïcidepogingen dan mannen, mannen suïcideren zich vaker dan vrouwen. Suïcidepogingen komen minder vaak voor bij mensen met een vaste relatie. Suïcide komt vaker voor onder familieleden van mensen die een suïcidepoging

hebben ondernomen of die door zelfdoding zijn gestorven. Zelfmoord komt minder vaak voor bij die mensen die een religieuze levensovertuiging hebben. Het lidmaatschap van een kerk en een sterk geloof voorkomen echter niet noodzakelijkerwijs impulsieve suïcidedaden die voortkomen uit frustratie, woede en wanhoop, vooral als er ook sprake is van gevoelens van schuld of onwaardigheid.

Een brief die is achtergelaten door iemand die een mislukte suïcidepoging onderneemt, geeft aan dat de poging met voorbedachten rade geschiedde; de kans op herhaling is dan groot.

Oorzaken

Suïcidaal gedrag is gewoonlijk het gevolg van een wisselwerking tussen verscheidene factoren:

- Geestelijke stoornissen: voornamelijk depressie, schizofrenie en verslaving.
- Sociale factoren: gebrek aan sociale steun, verlies, schulden en problemen met huisvesting of werk.
- Persoonlijkheidsstoornissen: impulsiviteit en agressie.
- Een ongeneeslijke lichamelijke aandoening.

Meer dan de helft van alle mensen die een suïcidepoging ondernemen, is depressief. Vaak wordt een bepaalde factor, bijvoorbeeld een relatiebreuk, gezien als de laatste druppel.

Suïcide vormt vaak de laatste daad in een patroon van zelfvernietigend gedrag. Zelfvernietigend gedrag komt vaker voor onder mensen die een traumatische jeugd hebben doorgemaakt, vooral diegenen die als kind zijn mishandeld of verwaarloosd.

¹ Bron: vanaf Epidemiologie t/m Preventie, uit: Merck Manual handboek, hoofdstuk 85, blz. 412 t/m 416, “Zelfmoordgedrag”, geparafraseerde weergave.



Alcohol verhoogt de kans op suïcidaal gedrag omdat het de depressieve gevoelens verergert en de zelfbeheersing doet afnemen. De helft van de suïcidepogingen geschiedt onder invloed van alcohol. Alcoholisme zelf leidt tot depressie, in de nuchtere periodes ontstaan intense gevoelens van wroeging. Daardoor ontstaat bij alcoholisten bijzonder vaak de neiging tot zelfmoord.

Naast depressie verhogen ook andere geestelijke stoornissen de kans op suïcide. Mensen met schizofrenie plegen vaker suïcide dan mensen die niet aan die stoornis lijden. Bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen bestaat ook het risico van een suïcidepoging, vooral bij mensen die slecht tegen frustratie kunnen.

Een ander belangrijk aspect bij suïcidepogingen is het element van Russische roulette, waarbij de persoon besluit om de beslissing van het lot te laten afhangen. Sommige mensen zoeken de spanning van gevaarlijke activiteiten op, waarbij ze een levensgevaarlijk risico lopen, zoals roekeloos rijden of gevaarlijke sporten.

Methoden

De methode die iemand kiest om suïcide te plegen wordt vaak bepaald door beschikbaarheid en door culturele factoren. Een overdosis geneesmiddelen is de meest gebruikte methode bij suïcidepogingen.

Preventie

Elke suïcidaal of -dreiging moet serieus worden genomen. Aangezien tien tot twintig procent van de mensen die een suïcidepoging ondernemen binnen een jaar nog een poging doen, moeten alle mensen die een poging tot zelfdoding ondernemen worden behandeld. Ongeveer tien procent van alle pogingen is dodelijk. Hoewel een suïcide of een poging daartoe soms een totale verassing of schok is, waren er in de meeste gevallen wel waarschuwingstekenen. Aangezien de meeste mensen die suïcide plegen depressief zijn, is de juiste diagnose

en behandeling van de depressie de belangrijkste praktische stap ter voorkoming van suïcide.

Goede psychiatrische en sociale zorg na een poging tot zelfdoding is de beste manier om een volgende suïcidepoging te voorkomen.



W.G.B.O.

De W.G.B.O. schrijft in artikel 453 over goed hulpverlenerschap

“De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiend uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard”

Verantwoordelijkheden van de verpleegkundige

Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we enkele belangrijke vragen ten aanzien van de verantwoording die verpleegkundigen dragen indien zij zorg verlenen aan patiënten met suïcidaal gedrag of waarvan wij vermoeden dat zij suïcide gedachten hebben.

Waaruit bestaat mijn verantwoordelijkheid voor de zorg ten aanzien van de suïcidale patiënt?

Als verpleegkundige ben je verantwoordelijk voor het direct doorgeven van het vermoeden op suïcidaliteit aan de leidinggevende en de arts, ook als de patiënt om geheimhouding van zijn suïcidaliteit verzoekt. Je bent, als verpleegkundige, niet verantwoordelijk voor de beoordeling van de ernst van de suïcidaliteit. Deze verantwoording, dat wil zeggen het verrichten van diagnostiek, ligt bij de arts. Iedere verpleegkundige is slechts verantwoordelijk voor het eigen handelen zoals mag worden verwacht op grond van scholing, ervaring en vaardigheden. Het is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige om bij twijfel over de suïcidaliteit van een patiënt, overleg te voeren met collega's en de behandelend arts. Tevens is van belang dat zij haar werk verricht overeenkomstig hetgeen is aangegeven in de, voor de instelling geldende, verpleegkundige richtlijnen en protocollen.

Ben ik verantwoordelijk voor de veiligheid van een suïcidale patiënt op een algemene verpleegafdeling binnen een niet-psychiatrische instelling?

De mogelijkheden om een patiënt te bewaken in een algemeen ziekenhuis (of een niet psychiatrische instelling) zijn beperkt. Een ziekenhuis is een open instelling zonder specifieke veiligheidsmaatregelen ten aanzien van suïcidale mensen. Continu toezicht is, behalve op een intensive care afdeling, slechts kortdurend mogelijk. Wanneer een ernstig suïcidale patiënt op een algemene verpleegafdeling komt te liggen zal met spoed gezocht moeten worden naar de mogelijkheid van overplaatsing naar een gespecialiseerde afdeling, zoals een PAAZ of een APZ. Wanneer de patiënt intensieve medische zorg nodig heeft is overplaatsing vaak nog niet mogelijk. De behandelend arts en geconsulteerd psychiater zijn eindverantwoordelijk. Het bewaken van een suïcidale patiënt in het algemeen ziekenhuis kan noodzakelijk zijn, wanneer overplaatsing nog niet mogelijk is. Tijdens deze periode zal het afdelingsteam samen met de psychiater en de VCP een behandelplan opstellen waarin de afspraken rondom veiligheid, crisisbeleid, alternatieve maatregelen zoals sederende medicatie, aanwezigheid van familie en dergelijke beschreven staan. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor het, naar beste kunnen, nakomen van deze afspraken. Knelpunten moeten zo spoedig mogelijk binnen het team besproken worden. Zorgvuldige rapportage van afspraken (ook telefonische afspraken)





is belangrijk. Het is belangrijk dat de verpleegkundige de wijzigingen in het gedrag van de patiënt en de ondernomen acties rapporteert en dat zij knelpunten in de zorg kenbaar maakt.

Mag ik ingaan op een verzoek van de patiënt om geheimhouding?

Ga daar niet mee akkoord want de begeleiding van een suïcidale patiënt is teamwerk, neem het nooit alleen op je schouders. De verpleegkundige dient de patiënt uit te leggen dat zij geen geheim kan bewaren op grond van haar beroepsverantwoordelijkheid. Indien de verpleegkundige hier niet duidelijk in is, kan zij onder onaanvaardbare druk komen te staan. Op grond van je verantwoordelijkheid als verpleegkundige moet je deze situatie voorleggen aan de arts, ook als de patiënt dit niet wil. In het kader van de verpleegkundige beroepsverantwoordelijkheid is dit in juridische zin de juiste weg. Je kan aan de patiënt uitleggen dat, wanneer jij er niet bent, je collega's de begeleiding over moeten kunnen nemen. Het is wel belangrijk om aan te geven dat je zorgvuldig om zult gaan met de informatie en dat je een deskundige overdracht en verslaglegging in het dossier van de patiënt

Overwegingen bij vermoeden van suïcidaliteit

- ◆ Ga bij jezelf na waarom je denkt dat de patiënt suïcidaal is
- ◆ Waar komt je “niet pluisgevoel” vandaan?
- ◆ Is dit op grond van concrete signalen of intuïtie?
- ◆ Vraag je collega's of zij jouw ongerustheid herkennen én delen

Indien er aanwijzingen lijken te zijn voor suïcidaliteit:

- ◆ Ga dan in gesprek met de patiënt
- ◆ Schakel een arts, collega of een andere deskundige in als je jezelf niet bekwaam genoeg acht om in gesprek te gaan met de betreffende patiënt

Vermoeden van suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag bij patiënten

Inleiding

Het overkomt veel mensen wel eens in hun leven dat ze zich niet opgewassen voelen tegen de problemen waar ze voor staan. Soms kan men op een bepaald moment door uitputting, wanhoop of somberheid geen andere oplossing meer vinden en lijkt de dood door suïcide de enige uitweg. Vaak is een suïcidepoging een roep om hulp. Meestal laten mensen vooraf wel merken dat zij zo niet meer verder kunnen of willen leven. Dit zijn belangrijke signalen van mogelijke suïcidaliteit. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe je iemand kunt begeleiden waarvan je vermoedt dat hij over suïcide denkt.

Wat moet ik doen als ik denk dat een patiënt suïcidaal is?

Het is belangrijk om uitingen en signalen die wijzen op mogelijke suïcidaliteit niet te negeren, te ontwijken of weg te wuiven. Daardoor kan de patiënt nog verder teruggedrongen worden in zijn isolement. Als je niet ingaat op de signalen van suïcidaliteit kan de patiënt bijvoorbeeld denken dat je hem niet begrijpt of niet serieus neemt. Ga er op in als een patiënt een terneergeslagen indruk maakt of een

sombere of bevreemdende uitspraak doet zoals bijvoorbeeld: “ik zie het niet meer zitten” of “U hoeft zich over mij geen zorgen meer te maken”.

Je hoeft niet meteen met oplossingen te komen; luisteren en begrip tonen zijn het belangrijkste in deze fase.

Het is niet zo dat, wat mensen soms denken, je iemand zal aanzetten tot zelfdoding door aan hem te vragen of hij wel eens over suïcide denkt. Persoonlijke aandacht zal door de patiënt ervaren worden als herkenning van zijn isolement en wanhoop. Het getoonde begrip kan de neiging tot suïcide doen verminderen.



Gespreksadviezen

- ◆ Vraag aan de patiënt of je bij hem mag komen zitten en ga een gesprek aan
- ◆ Neem ruim de tijd (minimaal tien minuten) voor een gesprek
- ◆ Toon interesse, stel je luisterend op
- ◆ Vertel dat je het idee hebt dat hij het moeilijk heeft
- ◆ Probeer in het gesprek met de patiënt helder te krijgen of de gedachte aan suicide bestaat, zo ja, sinds wanneer en hoe sterk de gedachte aan suicide is
- ◆ Probeer de patiënt te helpen bij het verwoorden van zijn gevoelens; “als ik u goed begrijp dan hoeft het van u zo niet verder omdat...”
- ◆ Het is belangrijk om deze gevoelens van de patiënt te accepteren en deze niet te ontkennen of goed te praten zoals: “maar gelukkig komen uw kinderen straks op bezoek, daar knapt u vast van op...”
- ◆ Als je het gevoel hebt dat je niet verder komt of durft te gaan met het doorvragen over suicidaliteit kun je het gesprek afsluiten door bijvoorbeeld te zeggen: “ik kan me goed voorstellen dat u het heel moeilijk heeft. Ik ga een afspraak maken met de dokter, zodat hij/zij met u hier verder over doorpraat.”

Gespreksvoering bij suïcidale patiënten

Inleiding

Patiënten die het leven niet meer zien zitten hebben vaak moeite om deze gedachten te bespreken. Een opname in het ziekenhuis brengt gevoelens van onzekerheid en afhankelijkheid teweeg. Daarnaast beseft de patiënt vaak dat het eigen destructieve gedrag of de gedachte daaraan, haaks staat op wat men in het ziekenhuis nastreeft. Angst voor onbegrip en afwijzing door hulpverleners en naasten kunnen het uiten van de gevoelens bemoeilijken.

Soms lijkt de suïcidepoging een manipulatiemiddel waarbij de patiënt probeert, door te dreigen met een suïcidepoging, anderen aan te zetten tot bepaald ge-

wenst gedrag. Het kan moeilijk zijn om daar mee om te gaan. Soms wordt ook gedacht dat suïcide toch niet te voorkomen is als men dat eenmaal van plan is. Het is echter zo dat het merendeel van de suïcidale mensen niet zozeer de dood als wel een oplossing voor zijn moeilijke problemen zoekt; daar ligt wel een hulpvraag met mogelijkheden!

Hoe de suïcidale gedachten ook tot uiting komen: het blijft altijd zaak om het suïcidale gedrag serieus te nemen. Doet men dat niet dan zal de patiënt verder in zijn isolement wegzakken of zich gedwongen voelen het gedrag versterkt te herhalen om duidelijk te maken dat het zo niet verder gaat.

Het aangaan van contact en het komen tot een goed gesprek is de belangrijkste stap in het behandelproces. Het doel van het gesprek is de patiënt persoonlijke ondersteuning te geven en te exploreren of er sprake is van gevaar voor suïcide. In dit hoofdstuk worden tips gegeven hoe je zo'n gesprek kunt voeren.

Er kunnen gemakshalve twee conclusies worden getrokken uit het gesprek met de patiënt. Je vindt dat de patiënt suïcidaal is, of je vindt de patiënt niet suïcidaal. Voor de duidelijkheid zijn de conclusies op de volgende pagina's verdeeld in ja en nee.



Ja

Je vindt de patiënt suïcidaal

Indien dit het geval is beschouw dit dan als ernstig en bespreek dit altijd met je collega en de arts van de afdeling. Suïcidaliteit moet altijd onderzocht worden door een deskundige

Verpleegkundig handelen

- ◆ Neem **direct** contact op met de arts, psychiater of VCP
- ◆ Vraag om een **spoedconsult**
- ◆ Blijf **rustig** en **vriendelijk** tegenover de patiënt
- ◆ Leg uit waarom je bij de patiënt blijft
- ◆ **Hou contact** door je aanwezigheid en door regelmatig met hem of haar te praten
- ◆ Neem zo nodig beschermende maatregelen die gevaar afwenden (zie voor meer hierover in hoofdstuk 8)

Indien familie of vertrouwens-persoon aanwezig is

- ◆ Informeer de familie of vertrouwenspersoon (indien mogelijk in overleg met de patiënt)
- ◆ Besteed aandacht aan de opvang van naasten
- ◆ Vraag hen naar de mogelijke aanleiding of achterliggende problemen
- ◆ Regel voor de naasten of de vertrouwenspersoon op korte termijn een gesprek met de arts of een psychiater of een VCP

Nee

Je vindt de patiënt niet suïcidaal

Rapporteer deze bevinding duidelijk en bespreek deze met je collega's en de arts. Het is van belang om in de verpleegkundige begeleiding aandacht te schenken aan de problemen die tijdens het gesprek naar voren zijn gekomen

Aandachtspunten voor de verpleegkundige zorg

- ◆ **Geef ondersteuning door:** extra aandacht in de vorm van gesprekjes
- ◆ **Schakel andere disciplines in,** zoals een VCP, maatschappelijk werker, psycholoog of geestelijk verzorger voor gesprekken
- ◆ Biedt afleiding en/of ontspanning aan
- ◆ Schakel de afdeling “**activiteitenbegeleiding**” in (indien mogelijk)
- ◆ **Stel een bezoeksregeling op.** Dit eventueel in samenspraak met familie of vrienden
- ◆ **Regel praktische hulp.** Het kan nodig zijn om professionele zorg in de thuissituatie in te schakelen (bijvoorbeeld thuiszorg, of maatschappelijk werk) dan wel andere hulp zoals vrijwilligershulp
- ◆ **Rapporteer nauwgezet.** Heldere rapportage, overdracht en overleg met de arts zijn belangrijk. Hierdoor bereik je een eenduidige ondersteunende en opbouwende benadering

Het non-suicide contract

Hoewel deze niet rechtsgeldig zijn kan een psychiater **non-suicide afspraken** maken met een patiënt. In dit “contract” belooft de patiënt zich gedurende een bepaalde tijd niet te suicideren en om hulp aan de verpleegkundige te vragen als hij suïcidale gedachten krijgt.

Het is belangrijk dat je als **verpleegkundige aanwezig** bent bij het maken van deze afspraken.

Non-suicide afspraken hebben als doel de patiënt te laten merken dat zijn suïcidale gevoelens serieus genomen worden. In eerste instantie wordt afgesproken om de suicide een bepaalde tijd uit te stellen. Daarbij maken de patiënt en de hulpverlener samen een persoonlijke afspraak; de patiënt zal om hulp vragen als hij suïcidale gevoelens voelt opkomen. De hulpverlener belooft de patiënt om samen met hem te zoeken naar andere oplossingen. Deze afspraken worden meestal op papier gezet en getekend door de patiënt en psychiater.

Non-suicide afspraken geven **géén garantie** ten aanzien van het suiciderisico. Ze hebben vooral als doel de patiënt aan te moedigen nog wat meer **tijd te nemen om te kijken naar alternatieven** in plaats van zich te suicideren.

De beoordeling van de suïcidaliteit

Inleiding

De vaststelling of een patiënt inderdaad suïcidaal is geschiedt in de algemene gezondheidszorg door een psychiater. In dit hoofdstuk bekijken wij hoe dit in de praktijk zal plaatsvinden en welke rol je als verpleegkundige hierbij kunt hebben. Tevens geven we enkele adviezen hoe je op de hoogte kunt blijven van de behandelaafspraken die door de psychiater en/of behandelend arts gemaakt worden.

Door wie en hoe wordt suïcidaliteit beoordeeld?

De consultatief psychiater of de VCP worden ingeschakeld wanneer er sprake lijkt te zijn van suïcidaliteit. De psychiater wordt in consult gevraagd om de ernst van de suïcidaliteit te bepalen. De psychiater onderzoekt het psychiatrisch toestandsbeeld, de omstandigheden en de voorgeschiedenis van de patiënt. Na een suïcidepoging onderzoekt de psychiater met name de intentie van de poging: wat wilde de patiënt bereiken? Is er sprake van kans op herhaling? De beoordeling van de psychiater behoort te resulteren in schriftelijke rapportage van de bevindingen, afspraken en/ of adviezen aan het behandelend team.

Afspraken omtrent de begeleiding bij suïcidaliteit

Probeer aanwezig te zijn bij het gesprek tussen consultatief psychiater en de patiënt.

De verpleegkundige beoordeelt de afspraken en adviezen van de psychiater op duidelijkheid en uitvoerbaarheid. De VCP kan helpen bij het uitwerken van een plan voor de verpleegkundige zorg, onder andere: is er toe-

zicht nodig en in welke mate, moet de bewegingsvrijheid beperkt worden en hoe, moeten gevaarlijke materialen verwijderd worden, of nog niet. Bij onduidelijkheden over de afspraken moet opnieuw overlegd worden met de psychiater / VCP.

Uit de beoordeling volgen afspraken over de vervolgbehandeling en begeleiding. Besloten wordt of de patiënt op de verpleegafdeling kan blijven en welke voorzieningen er getroffen moeten worden. Overplaatsing naar een PAAZ of APZ zal overwogen worden. Wanneer een ernstig suïcidale patiënt wegens lichamelijke klachten of letsel opgenomen moet worden of blijven is continu toezicht noodzakelijk en moet toepassing van vrijheidsbeperkende interventies of beschermende maatregelen worden overwogen (zie hoofdstuk acht).

Wanneer je het gevoel hebt dat de patiënt in zijn gedrag niet betrouwbaar is bespreek dit dan

Hoe duidelijk de afspraken ook zijn, er kunnen altijd omstandigheden ontstaan die niet in het verpleegkundig dossier of het medisch dossier beschreven staan. De verpleegkundige heeft altijd het recht om te overleggen met het diensthoofd of de arts indien zij twijfels heeft over de veiligheid van de situatie rondom een suïcidale patiënt.

Adequaat verpleegkundig handelen na een suïcidepoging

- ◆ Waarschuw **altijd** zo snel mogelijk een arts. Deze schakelt een deskundige in op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg
- ◆ Je **houding** als verpleegkundige is van groot belang voor een goede eerste opvang van de patiënt
- ◆ Probeer een **vriendelijke doch zakelijke betrokkenheid** uit te stralen. Daardoor maak je duidelijk dat je overzicht en controle hebt waardoor je de patiënt gerust kunt stellen
- ◆ Richt je op wat in het hier en nu belangrijk is en laat het langere termijn beleid over aan de arts en een **deskundige uit de geestelijke gezondheidszorg**

Wat te doen na een suïcidepoging van een patiënt

Inleiding

Bij de beoordeling van de ernst van de suïcidepoging gaat het om de intentie; wat wil of wilde de patiënt bereiken en hoe groot is de kans op een herhaling? Is het een ernstige poging tot zelfdoding of probeert de patiënt hulp te vragen voor zijn problemen door middel van zijn suïcidale gedrag? In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste uitgangspunten en de verpleegkundige zorg na een suïcidepoging.

Serius nemen

Ga er vanuit dat een suïcidepoging altijd een serieus signaal van onvermogen is om bepaalde levensproblemen te hanteren. De patiënt weet blijkbaar geen andere oplossing dan die van een suïcide poging. Soms heeft het suïcidale gedrag een duidelijk manipulatief karakter en wil de patiënt iets anders bereiken dan de dood. Het kan voor de hulpverlener of naasten moeilijk zijn om serieus en respectvol in te gaan op dit gedrag. De patiënt voelt zich dan niet begrepen en dit vergroot weer de kans op suïcidaal gedrag omdat de patiënt zich gedwongen voelt nog duidelijker te maken dat het zo niet verder gaat. Hoe de suïcidale gedachten ook tot uiting komen, neem het suïcidale gedrag altijd serieus.

Intentie onderzoeken

De intentie van de suïcidepoging hoeft niet overeen te komen met de daadwerkelijke lichamelijke schade; deze kan zowel ernstiger als minder ernstig zijn dan de patiënt zelf verwachtte. De ernst van het letsel of de vergiftiging is een slechte maatstaf voor de beoordeling van de ernst van de suïcidaliteit en de kans op herhaling. De ernst van de suïcidaliteit en de intentie van de poging worden

onderzocht door middel van gesprekken met de patiënt en diens naasten.

Lichamelijke aspecten van de zorg

Het is de verantwoordelijkheid van de arts om de patiënt lichamenlijk te onderzoeken na een suïcidepoging. Dit sluit niet uit dat je als verpleegkundige de lichamelijke functies van de patiënt scherp in de gaten moet houden.

Behandeling van poging tot zelfmoord op de Spoed Eisende Hulp afdeling

Veel mensen die een poging tot zelfdoding ondernemen, worden bewusteloos op de Spoed Eisende Hulp afdeling van het ziekenhuis opgenomen. Wanneer bekend is dat de persoon een overdosis van een bepaald middel of vergif heeft ingenomen, neemt een arts de volgende stappen:

- Verwijdering van zoveel mogelijk van het middel of vergif uit het lichaam door maagspoeling en het voorkomen van verdere absorptie van het middel (maagspoelen met warm water, achterlaten van actieve kool, toedienen van laxantia).
- Observeren van vitale functies en behandeling van symptomen om de persoon in leven te houden.
- Toediening van een tegengif als vaststaat welk middel is ingenomen (als er een tegengif bestaat; via apotheek farmaceutisch/toxicologisch laboratorium)

Belangrijk

- Bij auto-intoxicatie met benzodiazepine is er sprake van verslechterde geheugenfunctie gedurende een dag tot een aantal dagen na de overdosis. Dit is

Praktische adviezen

- ◆ Geef **extra aandacht** in de vorm van korte gesprekjes
- ◆ Schakel andere disciplines in zoals de VCP, maatschappelijk werk, psychologie of geestelijk verzorger voor **ondersteunende gesprekken**
- ◆ Geef afleiding en bied prettige activiteiten aan
- ◆ Schakel, indien mogelijk, de afdeling “**activiteitenbegeleiding**” in
- ◆ Stel een **bezoekregeling** op. Dit kan eventueel met hulp van de familie of vrienden en in overleg met de patiënt gebeuren

van belang bij maken van behandelafspraken en het ontslag naar huis; betrek een vertrouwenspersoon bij deze afspraken en plan spoedig een nieuwe afspraak.

- Het geven van Flumazenil (anexate) om de patiënt beter aanspreekbaar te maken is onjuist (dit kan leiden tot opwindingstoestand, de patiënt loopt vaak weg en raakt elders weer in coma). Het kan hooguit worden toegepast als diagnosticum voor een benzodiazepine intoxicatie.

Uit het gesprek met de psychiater zal blijken of er sprake is van gevaar voor een herhaalde suïcidepoging

Zodra de eerste noodzakelijke medische behandeling heeft plaatsgevonden zal zo spoedig mogelijk een psychiatrisch consult worden aangevraagd. Ook als de patiënt nog niet goed aanspreekbaar is. De psychiatrisch consulent kan bijvoorbeeld contact opnemen met familie,

huisarts, de geestelijke gezondheidszorg en alvast afspraken maken met de verpleegafdeling waar de patiënt heen zou kunnen gaan.

Mensen met een ernstige psychiatrische ziekte worden gewoonlijk opgenomen op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor verdere observatie en probleeminventarisatie. Wanneer de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen kan een gedwongen opname in een psychiatrische instelling noodzakelijk zijn. De patiënt wordt dan tegen zijn wil opgenomen met een In Bewaring Stelling (IBS) of Rechtelijke Machtiging (RM). Is de kans op herhaling van de suïcidepoging aanwezig, lees dan hoofdstuk acht aandachtig door. Wanneer de psychiater beoordeelt dat de patiënt na de suïcidepoging niet suïcidaal is, zal altijd nazorg aangeboden moeten worden in de zin van een gesprek door de huisarts, een VCP, een medewerker van de Riagg of maatschappelijk werk.

Hoe gaat het nu verder?

Het blijft van belang om in de verpleegkundige begeleiding aandacht te schenken aan de achterliggende problematiek. Samen met de VCP kan hier een verpleegplan voor worden opgesteld. De VCP kan eventueel bepaalde aspecten van de verpleegkundige zorg op zich nemen. Ondersteuning geef je door gesprekje's en meer bezoek. Schakel, indien mogelijk, medewerking in van de afdeling 'activiteitenbegeleiding'. Hiermee kan je de patiënt afleiding aanbieden. Wanneer een patiënt met ontslag gaat, kan het nodig zijn om extra zorg in de thuissituatie te realiseren.



Maatregelen bij acuut gevaar

- ◆ Plaats de suïcidale patiënt **in het zicht**
- ◆ **Houd contact** met de patiënt, blijf in de buurt en praat regelmatig met hem
- ◆ Overleg met de psychiater en / of VCP over de te nemen **veiligheidsmaatregelen** (beschermende maatregelen)
- ◆ indien de patiënt tevens contusioneel of delirant is door het ongeval of door intoxicatie, dan zijn **beschermende maatregelen** altijd noodzakelijk zoals:
 - Vergrendelen van raam en / of balkon
 - Patiënt door middel van fixatieband of “Zweedse” band en eventueel polsbanden vastleggen in bed, tenzij er continu toezicht is
 - Bed laagste stand, bedhekken omhoog, in combinatie met de band
 - Verwijderen van kabels en snoeren waaraan de patiënt zich zou kunnen verhangen en voorkom dat de patiënt perifere lijnen los kan trekken
 - Verwijder gevaarlijke voorwerpen rondom het bed zoals aansteker, scherpe voorwerpen, nagelknipper, schaar, zakmes of bijtende stoffen
 - **Geén** medicatie in eigen beheer geven. Toezicht op medicatie inname houden
 - Lichtje aanlaten
- ◆ De familie of wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt inlichten in overleg met de psychiater

Verpleegkundig handelen bij gevaar voor suïcide

Inleiding

Het opstellen van een specifiek begeleidingsplan is een steun en leidraad voor een verpleegkundig team. Het begeleidingsplan wordt door het afdelingsteam in samenwerking met de VCP opgesteld en bestaat uit een aantal adviezen die vermeld staan in het kader van “Maatregelen bij acuut gevaar.” In dit hoofdstuk worden de onderdelen van het begeleidingsplan beschreven.

Het begeleidingsplan

1. ADL

Het is belangrijk je te realiseren dat een ernstig overspannen of depressieve patiënt meestal vermoeid zal zijn. Het kost de patiënt de grootste moeite te komen tot minimale algemeen dagelijkse levensfuncties (ADL). Ook een patiënt die onder invloed van psychotische belevingen suïcidaal is kan grote moeite hebben met de ADL en vermoeid en lusteloos zijn. Houd daar rekening mee in het verlenen van zorg. Het herstel van een depressie, overspannenheid of psychose vergt tijd en geduld. Herstel duurt een lange tijd. Rust, voldoende hygiënische zorg, voeding, vochtinname en enige beweging zijn noodzakelijk. Stel hierbij je verwachtingen niet te hoog. Verwacht niet dat een patiënt op korte termijn enthousiaster of actiever zal worden. Blijf een patiënt altijd de normale aandacht geven, zoals aanspreken, groeten, een gesprekje en uitleg over onderzoeken.

2. Controle frequentie van de suïcidale patiënt

Maak afspraken met de psychiater over de mate van toezicht en overleg over de specifieke observatiepunten.

3. Vrijheidsbeperking

Overleg met de psychiater of de bewegingsvrijheid van de patiënt beperkt moet worden.

- Maak vervolgens afspraken met de patiënt over de bewegingsvrijheid.
- De patiënt mag in eerste instantie niet alleen van de slaapzaal of verpleegafdeling af.
- Zijn vrijheidsbeperkende interventies, zoals een Zweedse- of onrustband, beddekken en/of pols- en enkelbanden nodig?
- Bij vrijheidsbeperkende interventies kan het noodzakelijk zijn om de angst te dempen door middel van rustgevendende medicatie.
- De behandelend arts moet op de hoogte zijn van de vrijheidsbeperkende interventies en de reden hiervan in de status vermelden.
- Patiënt en familie moeten ingelicht worden over de reden van de vrijheidsbeperking en andere beschermende maatregelen.
- Indien patiënt en/of familie niet akkoord gaat moet een gesprek met een psychiater en/of arts worden geregeld.
- De psychiater maakt afspraken met de patiënt en het team over de duur van de beschermende maatregelen en vrijheidsbeperking. Het tijdstip van evaluatie dient te worden afgesproken.

4. Medicatie

Medicatie dien je zoveel mogelijk op vaste tijden te geven. Controleer op innemen en doorslikken om het “sparen” van medicijnen te voorkomen. Draag er zorg

Beleid bij crisissituaties

- ◆ In het verpleegkundig dossier en in de medische status **moet duidelijk vermeld** staan welke **acties** ondernomen moeten worden bij crisissituaties zoals wanneer de patiënt tegen advies naar huis gaat of bij acute suïcidaliteit
- ◆ De psychiater en / of VCP maakt met het afdelingsteam **afspraken** over de bereikbaarheid
- ◆ De psychiater en / of VCP spreekt af wanneer hij weer op de afdeling komt voor **herbeoordeling** en vervolgesprekken.

voor dat de patiënt, indien nodig, voldoende pijnstilling krijgt. Maak goede afspraken over 'zo nodig' of ingrijp medicatie bij onrustig gedrag of acute suïcidaliteit. Zorg dat de 'zonodig'- medicatie in voorraad is.

5. Opvang vertrouwenspersonen en/of partner

Stel vertrouwenspersoon/partner op de hoogte van de gang van zaken en informeer hem of haar over het begeleidingsplan. Besteed aandacht aan de opvang van vertrouwenspersonen en/of partner. Regel zonodig een gesprek ter ondersteuning voor hen met de arts of de psychiater of de VCP.

6. Rapportage

Rapportage en overdracht van informatie aan elkaar is de basis van goede zorgverlening. Overleg daarom regelmatig met de behandelend arts en zie erop toe dat de afspraken die worden gemaakt helder en werkbaar toepasbaar zijn voor jezelf en je collega's. Tenslotte is het van belang verpleegkundige handelingen zorgvuldig en nauwgezet te rapporteren. Heldere rapportage en overdracht zijn belangrijk om een gezamenlijke en ondersteunende en opbouwende benadering te bewerkstelligen en om te kunnen evalueren.

Langer verblijf van de patiënt op de verpleegafdeling van het algemeen ziekenhuis

Bij een voorspoedig herstel van de patiënt kunnen, in samenspraak met de patiënt, het behandelteam en de consultatief psychiater/VCP, afspraken gemaakt worden over de wijze van ontslag en de nazorg. Het is van belang dat de huisarts geïnformeerd wordt.

Indien de psychiatrische toestand van de patiënt niet verbeterd en gevaar voor suïcide aanwezig blijft, is een behandeling op een PAAZ of binnen een APZ aangewezen. Tenslotte kan het voorkomen dat een suïcidale patiënt opgenomen blijft op de verpleegafdeling vanwege zijn lichamelijke aandoening. Een aantal extra aandachtspunten in de zorg voor de patiënt staan beschreven in het laatste deel van hoofdstuk 7.



Gevaar voor suïcide in de thuiszorg

- ◆ Stel direct de **huisarts of de psychiater** of een Riagg crisisdienst op de hoogte
- ◆ **Laat de patiënt niet alleen** tenzij aanwezige familie of andere vertrouwenspersonen in staat zijn de observatie tijdelijk over te nemen
- ◆ Bepreek met de patiënt dat jij je zorgen maakt over zijn of haar toestand
- ◆ **Informeer de naaste betrokkenen**, indien de patiënt dit toestaat en vraag naar hun gedachten over het ontstaan van deze situatie
- ◆ Bespreek met hen in hoeverre zij in staat zijn de patiënt te begeleiden
- ◆ Regel voor de naaste betrokkenen een gesprek met de psychiater; besteed aandacht aan de **opvang van vertrouwenspersonen en / of partner**
- ◆ Treed actief en doortastend op met betrekking tot de veiligheid van de patiënt
- ◆ Overweeg in geval van nood, indien de arts niet direct bereikbaar is, de hulp van instanties als de **GG & GD, politie, of Riagg crisisdienst** in te roepen
- ◆ **Rapporteer alle gemaakte afspraken** en andere belangrijke informatie zo concreet mogelijk in het zorgdossier

Gevaar voor suïcide in de thuiszorg en andere zorgcentra

De Thuiszorg

De verpleegkundige in de thuiszorg werkt veelal zelfstandig. Haar werkgebied bevindt zich in de eigen leefomgeving van de patiënt. Suïcidaliteit doet een groot beroep op de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige in de thuiszorg. Zij moet zelfstandig en accuraat handelen in een vaak complexe, moeilijk controleerbare situatie. Met de op dat moment beschikbare mensen en middelen moet de verpleegkundige maatregelen nemen om het

gevaar voor suïcide af te wenden. Het is dan ook van belang om met de leidinggevende en de verantwoordelijke huisarts afspraken te maken over: het beleid bij suïcidaliteit en inschakeling van een psychiater of andere vertegenwoordiger van de geestelijke gezondheidszorg en de bereikbaarheid in acute situaties. Deze afspraken moeten op papier staan en bekend zijn binnen het team en de instelling. Het is belangrijk dat de verpleegkundige de gelegenheid krijgt om haar ervaringen te evalueren met de leidinggevende en de betrokken arts. Na een gedwongen opname, een ernstige suïcidepoging of suïcide is een nabespreking met de familie, het verpleegkundige team en de arts van belang voor de analyse en verwerking van deze gebeurtenis.

Revalidatiecentra, instellingen voor lichamelijk-, en verstandelijk gehandicapten en andere zorgcentra

Binnen elk zorgcentrum kan het voorkomen dat een patiënt een suïcidepoging onderneemt. Een aantal adviezen zijn beschreven met het doel om goede hulpverlening te bewerkstelligen.

Instellingen kunnen natuurlijk een beroep doen op het Riagg of een Psychiatrisch Consultatieve Dienst om de afspraken en een stroomschema met betrekking tot de handelwijze bij suïcidaliteit zo concreet mogelijk uit te werken. Voor informatie over de dichtstbijzijnde VCP kan men de website van de VCPV bezoeken <http://www.lcvv.nl/vcpv>



Aanvullende adviezen bij gevaar voor suïcide

Binnen revalidatie centra, instellingen voor lichamelijk- en verstandelijk gehandicapten en andere zorgcentra

- ◆ Schakel direct na overleg met de leidinggevende of arts de Psychiatrische Consultatieve Dienst, een VCP, psychiater of de Riagg crisisdienst in
- ◆ Bespreek met de bewoner dat jij je zorgen maakt over zijn of haar toestand
- ◆ **Laat de bewoner niet alleen** tenzij vertrouwenspersonen toezicht kunnen houden
- ◆ Informeer naaste betrokkenen en vraag naar hun bevindingen
- ◆ Besteed aandacht aan de opvang van naaste betrokkenen
- ◆ Regel voor hen een gesprek met de arts of psychiater.
- ◆ Treed actief en doortastend op ten aanzien van veiligheid van de bewoner
- ◆ Betrek anderen erbij, bijvoorbeeld het avondhoofd, collega's van een andere afdeling en afhankelijk van de ernst van de situatie de beveiliging
- ◆ Neem, na in overleg met en in opdracht van psychiater, **indien acuut gevaar bestaat vrijheidsbeperkende interventies en veiligheidsmaatregelen**
- ◆ Plaats de suïcidale bewoner **in het zicht**
- ◆ Overweeg tijdelijke overplaatsing naar een **meerpersoonskamer of een beveiligde ruimte**. Leg de patiënt uit dat dit geen straf is, maar een tijdelijke noodmaatregel
- ◆ Vraag de arts **zonodig medicatie** ("ingrijp"-medicatie in geval van een noodsituatie) af te spreken
- ◆ Zie erop toe dat de **afspraken** die worden gemaakt **helder en uitvoerbaar** zijn in de 24 uurdienst
- ◆ In het verpleegkundig dossier moet duidelijk vermeld staan welke **acties** ondernomen moeten worden bij crisissituaties bijvoorbeeld wanneer de bewoner tegen het advies in de instelling wil verlaten
- ◆ Licht de **vertrouwenspersoon** of **belangenbehartiger** in

Wat te doen bij suïcide

Inleiding

Ondanks alle verpleegkundige zorg voor een patiënt en goed contact met hem kan het toch voorkomen dat een patiënt zich suïcideert. Suïcide hoeft zeker niet veroorzaakt te worden uit nalatigheid of tekortkoming in de zorg. Soms is een suïcide het resultaat van een langdurig en afgewogen innerlijk denkproces, waar de patiënt welbewust géén uiting aan heeft willen geven. Het komt ook voor dat de suïcide een weerspiegeling is van boosheid en onvrede jegens andere personen. Zo'n suïcide roept bij alle betrokkenen veel schuldgevoelens en ontredde-ring op.

Situatie waarin je de overledene aantreft

Mocht je voor de situatie komen te staan dat je iemand aantreft na een suïcide dan dien je een aantal maatregelen te nemen. Daarbij zijn een aantal regels van belang. Ben je ervan overtuigd dat de patiënt overleden is, laat hem dan in de positie waarin je hem hebt aange-troffen. In het geval van twijfel kijk je of de ademhaling nog aanwezig is en schat in of reanimeren mogelijk is. Waarschuw vervolgens direct een arts. Het niet meer aanraken van de overledene is belangrijk aangezien je door in te grijpen in de situatie de werkzaamheden van de recherche kunt bemoeilijken.

Indien een patiënt op een tweepersoonskamer of zaal verblijft is het uiteraard van belang te voorkomen dat medepatiënten geconfronteerd worden met de suïcide.

Vaststellen van de doodsoorzaak door de GG & GD arts

Alleen een arts kan de dood van een patiënt vaststellen. Bij suïcide zal de arts een onnatuurlijke dood vaststel-

len en dit melden bij de politie en de GG & GD arts. De GG & GD arts is de gemeentelijk lijkschouwer en melding geschiedt via de CPA (centrale post ambulance). Rechercheurs van de politie komen bij een onnatuurlijke dood altijd onderzoek doen naar oorzaak en toedracht. De GG & GD arts zal de overledene eerst onderzoeken. Deze arts geeft al dan niet toestemming ten aanzien van het afleggen van het lichaam van de overleden patiënt.

Het inlichten van nabestaanden en medepatiënten of bewoners

Overleg altijd eerst met de arts en bespreek hoe nabestaanden worden ingelicht. Het is de taak van de arts om de familie van het gebeurde op de hoogte te brengen. In overleg met de behandelend- of afdelingsarts moet worden afgesproken wanneer en hoe de medepatiënten of medebewoners op de hoogte worden gebracht van hetgeen heeft plaatsgevonden.

De meeste instellingen beschikken wel over een protocol waarin de stappen die te nemen zijn na een suïcide worden beschreven. Essentieel is de multidisciplinaire bespreking waarbij analyse en verwerking centraal staat. Tevens wordt bekeken welke personen extra aandacht moeten krijgen. Bij jongeren is het bijvoorbeeld van belang dat de school, clubs, onderwijzers worden benaderd voor specifieke nazorg. In een thuiszorg situatie zijn dit de familie, Paaz en het Riagg. De GG & GD heeft hierin een coördinerende taak.

Tips voor zelfhelp

- ◆ Probeer het gebeurde onder ogen te zien en te erkennen
- ◆ Probeer te praten maar forceer jezelf niet
- ◆ Verwerk het op jouw manier, ieder doet het anders. De één wil praten en de ander wil het in zijn eentje stil verwerken
- ◆ Pot gevoelens niet op, maar uit ze. Laat ook je partner en kinderen weten dat je in beslag genomen bent door nare dingen op je werk
- ◆ Neem de tijd voor het natuurlijke, langzame, zekere proces van herstel
- ◆ De indringende herinneringen cirkelen aanvankelijk steeds maar rond, de beelden en indrukken komen zo maar voor de geest. Na enige tijd rondcirkelen gaat de traumatische ervaring bezinken en komt het voorval alleen naar boven doordat iets of iemand je er aan doet denken
- ◆ De eerste tijd na een traumatische ervaring wordt je sterk in beslag genomen door herbelevingen. Daardoor is de concentratie slechter, kan je schrikachtig en prikkelbaar zijn. Het is belangrijk om extra voorzichtig te zijn in het verkeer en het dagelijks leven
- ◆ Bedenk dat het incident gevoelens van eerdere verliezen kan losmaken
- ◆ Gun jezelf momenten van ontspanning en doe regelmatig routine werkzaamheden, met andere woorden wissel confrontatie af met afleiding
- ◆ Stel je kwetsbaar op en wees bereid steun te aanvaarden. Steun van andere mensen kan alles dragelijker maken
- ◆ Verwacht niet dat de herinneringen snel zullen verdwijnen; bijbehorende beelden en emoties zullen je nog een hele tijd vergezellen
- ◆ Bezig zijn met bijvoorbeeld lichte karweitjes, wandelen of fietsen, kan verlichtend werken
- ◆ Overactiviteit is niet goed, omdat daardoor de aandacht en de hulp die jezelf nodig hebt in de verdrukking raakt
- ◆ Neem voldoende tijd om te rusten, te slapen, te denken en bij je vrienden en familie te zijn
- ◆ Wees duidelijk en eerlijk tegenover je familie, vrienden en collega's over je behoeften
- ◆ Probeer als de allereerste fase van hevige emoties voorbij is, een zo normaal mogelijk leven te leiden. Lang thuis blijven helpt je niet. Probeer wel indringende of moeilijke situaties te vermijden
- ◆ Wees erop voorbereid dat niet iedereen begripvol en invoelend zal reageren op jouw verhaal
- ◆ Bedenk dat het incident gevoelens van eerdere verliezen kan losmaken
- ◆ Als je niet voldoende steun krijgt, vraag er dan om
- ◆ Wees voorzichtig met alcohol en kalmerende middelen

Zelfhelp¹ voor verpleegkundigen na een ervaring met een suïcidale patiënt

Inleiding

Geconfronteerd worden met suïcide of suïcidaliteit, de schade, de consequenties voor de zorg en de bezorgdheid die deze patiënt bij je kan oproepen, kan een buitengewoon beroep doen op je draagkracht.

Je kunt last hebben van de spanning die je ervaren hebt en de beelden die nog op je netvlies staan. Ingrijpende indrukken moeten verwerkt worden en hebben tijd nodig. Het kan zelfs zo zijn dat de ervaring kan leiden tot klachten. Klachten zoals slecht slapen, nare dromen, verminderde concentratie, schuldgevoel en prikkelbaarheid. Toch is dit meestal tijdelijk mits je uiting kunt geven aan je ervaringen. Tijdige herkenning is van groot belang. Tijd nemen voor de verwerking en er over praten helpt. Dit kan met je leidinggevende of je collega. Indien er meer collega's dezelfde ervaringen hebben, is het zinvol om hierover in groepsverband te praten. Overweeg deze bijeenkomst te

laten leiden door de verpleegkundig consultant psychiatrie of de psychiater. Na een ernstige gebeurtenis, zoals een geslaagde suïcide of een suïcidepoging op de afdeling, moet altijd zorgvuldig geëvalueerd worden met alle betrokken partijen. Het doel hiervan is elkaar te steunen bij het verwerken van het gebeurde, na te gaan of er juist gehandeld is en wat de stappen moeten zijn als zich in de toekomst een soortgelijke situatie voordoet. Opvang van betrokken collega's is essentieel. Stel een opvanggesprek niet uit; organiseer het zo snel mogelijk.

Handreiking

Een confrontatie met een suïcide kan een traumatische ervaring zijn. Wij hebben een lijst met praktische handreikingen gemaakt die je kan helpen het gebeurde te verwerken.

¹ Met opzet wordt het woord 'zelfhelp' in plaats van zelfhulp gebruikt, omdat hiermee de nadruk komt te liggen op de activiteiten van de betrokkene zelf. Dit in tegenstelling tot het begrip 'hulp' dat meer duidt op van buiten aangereikte oplossingen.

Bronvermelding

CBO, “De opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen”, Utrecht, 1991.

CBO, “Verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt”, Utrecht, 1998.

Diekstra R.F.W., “Over suïcide”, Alphen aan de Rijn, 1981.

Klungers J., “Verpleegkundige zorg voor suïcidale patiënten in klinische situaties, Verpleegkundige probleemgebieden, diagnoses & interventies”, Dwingeloo, 1995.

Medisch Handboek, Merck Manual blz. 412 t/m 416, Houten/Diegem, 2000.