

Suïcide in de verslavingszorg

*Richtlijn voor preventie, handelen na suïcide
en nazorg voor hulpverleners*

M. de Jong *
C.A.J. de Jong * **

* Novadic, netwerk voor verslavingszorg
Schijndelseweg 46, 4591 TB Sint Oedenrode
Tel 04134 85858, email: cor.de.jong@novadic-kentron.nl

** Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA)
Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen e-mail: c.dejong@acsw.ru.nl

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1. Prevalentie van suïcidepogingen en suïcides in de verslavingszorg	4
2. Doel van richtlijn	8
3. Begrippenlijst en afkortingen	9
4. Preventie van suïcide	11
4.1 Achtergrond	11
4.2 Stappenplan suïcidepreventie	13
4.3 Inschatting	15
4.4 Crisisinterventie	15
5. Handelen bij suïcidaliteit en na een suïcidepoging of suïcide	17
6. Handelen na suïcide: impact op hulpverleners	23
7. Literatuur	26
8. Bijlagen	29
I. Doorvragen naar de aard van de suïcide-ideatie	30
II. Suïcide intentie Schaal (SIS)	32
III. Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcidepoging	36
IV. Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcide	38
V. Verslaglegging na suïcide volgens richtlijn van Geneeskundige Inspectie voor Geestelijke Volksgezondheid	40
VI. Evaluatiegesprek hulpverleners	41
VII. Evaluatiegesprek familie/naasten	43
VIII. Leden van de werkgroep	44
IX. Deelnemerslijst expertronde	45
X. Vignetten	46
Colofon	48

Voorwoord

Iedereen die werkt in de verslavingszorg weet dat verslaafd zijn een aanzienlijk gezondheidsrisico met zich mee brengt. Verslaafde patiënten hebben door het gebruik van middelen vaak lichamelijke aandoeningen die de levensverwachting verminderen. Niet zelden hebben ze ook psychiatrische stoornissen die bijdragen aan de hoge morbiditeit en mortaliteit.

Het onbedoeld overlijden en de zelf gekozen dood zijn vaak verhuld in de mortaliteitsgegevens van verslaafde patiënten. In ieder geval levert het overlijden van een patiënt, bedoeld of onbedoeld, een dramatisch einde van het leven van de patiënt en van de therapeutische relatie. Een einde dat niet verhuld moet blijven.

In deze richtlijn wordt eerst aan de hand van een korte literatuurstudie de prevalentie van suïcidepogingen en suïcides bij patiënten met stoornissen door gebruik van psychoactieve stoffen besproken (Hfdst 1). De preventie van suïcidepogingen en suïcides in de klinische praktijk komt daarna aan bod (Hfdst 4). Vervolgens wordt een handvat gegeven voor het handelen na een suïcidepoging of een suïcide (Hfdst 5). Hierna wordt aandacht besteed aan de impact van een suïcide op hulpverleners (Hfdst 6).

Suïcidaliteit speelt zich af tegen de achtergrond van complexe problemen en is daarmee zelf complex. Een richtlijn die alle problemen in deze oplost is daarom een illusie. Wel biedt deze richtlijn een houvast bij het inschatten van het suïciderisico en het handelen na een suïcidepoging of suïcide. De richtlijn is er om het aantal suïcides in de verslavingszorg zo ver mogelijk terug te dringen, maar ook om situaties waarin zich suïcides hebben voorgedaan professioneel aan te pakken.

De eerste aanzet voor de richtlijn is geschreven vanwege suïcides in de intramurale behandelingssetting. Later is de richtlijn aangepast, zodat ze ook in de ambulante setting kan worden gebruikt.

Het initiatief voor het schrijven van deze richtlijn is genomen tijdens een van de laatste bijeenkomsten van de Regiegroep Richtlijnontwikkeling in het kader van het schrijven van de Richtlijn 'Gedwongen Ontslag'. In de Regiegroep participeren het Platform 1^e geneeskundige in de verslavingszorg, Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, sectie verslaving, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde, Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland.

Het opstellen van een richtlijn is de eerste stap in het toepassen van practice-based of evidence-based interventies. De voorwaarden voor het daadwerkelijk toepassen is dat er een implementatieplan wordt opgesteld en uitgevoerd.

We stellen voor dat de richtlijn zoals die er nu is wordt beproefd in de praktijk en dat de Regiegroep na een jaar evalueert hoe de toepassing is verlopen. Dan kan er duidelijkheid komen over de nodige bevoegdheden en bekwaamheden van medewerkers om verschillende stappen uit de richtlijn toe te passen en de noodzakelijke deskundigheidsbevordering daartoe.

Namens de Regiegroep

Marieke de Jong, arts
Cor de Jong, hoogleraar Verslaving en Verslavingszorg
Maart 2006

1. Prevalentie van suïcidepogingen en suïcides in de verslavingszorg

In de Nederlandse bevolking ondernemen naar schatting per jaar 140 per 100.000 vrouwen en 85 per 100.000 mannen een suïcidepoging.¹ Vrouwen doen vaker een suïcidepoging, mannen voeren vaker een suïcide uit.² Suïcidepogingen komen vaker voor onder gescheiden mensen, werklozen, laag opgeleiden en mensen met een psychiatrische voorgeschiedenis. Het betreft voornamelijk jonge mensen tussen de 15 en 44 jaar. Na de eerste suïcidepoging volgt bij 40% van de mensen een recidief. De kans op een recidief is het grootst in de eerste drie maanden na medische behandeling als gevolg van een suïcidepoging. Op termijn overlijdt 10% van de patiënten aan een nieuwe suïcidepoging.¹

Verslaving is een chronische ziekte met hoge morbiditeit en hoge mortaliteit. Eén van de oorzaken hiervan is suïcide. In Nederland zijn geen gegevens bekend over de exacte prevalentie van bedoeld of onbedoeld overlijden (suïcide of overdosering) bij verslaafde patiënten. Aanwezigheid van alcohol- en drugafhankelijkheid geeft een verhoogd risico op suïcidaal gedrag, voornamelijk bij patiënten met ernstige stemmingsstoornissen. Het is moeilijk om verslavingsgedrag, dat onder andere leidt tot destructief gedrag en roekeloosheid, af te grenzen van suïcidaliteit. Suïcide komt slechts zelden voor in afwezigheid van psychiatrische problematiek.³ Suïcidepogingen en suïcides worden multifactorieel bepaald, belangrijke determinanten zijn afhankelijkheid van psychoactieve stoffen, psychiatrische stoornissen, persoonskenmerken en omgevingsfactoren.

Afhankelijkheid van psychoactieve stoffen

Uit wereldwijd uitgevoerde psychologische autopsieonderzoeken blijkt dat alcoholisme en misbruik van middelen een belangrijke rol spelen in 15 tot 27% van alle suïcides.³ Middelenmisbruik in het algemeen wordt geassocieerd met een 7,5-voudig verhoogd risico op suïcide, dit blijkt uit een onderzoek onder meer dan 500.000 Amerikaanse militaire veteranen.⁴

Alcoholmisbruik en –afhankelijkheid vormen een risicofactor voor suïcidaal gedrag. Het aantal suïcidepogingen bij patiënten afhankelijk van alcohol ligt tussen 13 tot 50%. 5 à 8% van de alcoholafhankelijke patiënten overlijdt aan suïcide⁴⁻⁶, dit is 7 tot 20 keer hoger dan in de algemene populatie.⁴ Aanwezigheid van alcoholafhankelijkheid draagt bij aan 20 tot 35% van het totale aantal suïcides.⁷

Enigszins verrassend is de relatie tussen roken en suïcidaal gedrag, voornamelijk van suïcides bij volwassenen op middelbare leeftijd en suïcidepogingen bij vrouwen. Uit een epidemiologische studie onder 100.000 vrouwen blijkt dat de kans op suïcide verdubbeld is bij het roken van 1 tot 24 sigaretten per dag en een viervoudige toename bij consumptie van 25 of meer sigaretten per dag.⁴ Breslau e.a.⁸ concluderen dat het dagelijks roken van sigaretten een voorspellende waarde heeft voor het optreden van suïcidale gedachten en suïcidepogingen. Deze relatie is onafhankelijk van de aanwezigheid van een depressie of afhankelijkheid van alcohol of drugs.

Cocaïnemisbruik en –afhankelijkheid zijn ook geassocieerd met een toename van suïcidepogingen en suïcides, vooral bij adolescenten. In een studie bij 749 patiënten in New York werd in 18 tot 25% van de gevallen cocaïnegebruik gezien bij post-mortem analyse na suïcides.^{4 9} In een andere studie uit de Verenigde Staten wordt een percentage van 10% cocaïnegebruik bij suïcides gerapporteerd.¹⁰ Cocaïnegebruik leidt vaker tot suïcidale gedachten dan andere psychoactieve stoffen.¹¹ De sterkste associatie tussen suïcidaliteit en middelenmisbruik bestaat bij cocaïnegebruikers.¹² Cocaïnemisbruik bij depressieve alcoholverslaafde patiënten leidt tot een verhoogde prevalentie van suïcidaal gedrag en suïcidale gedachten.¹³

Patiënten die afhankelijk zijn van opiaten ondernemen 14 keer vaker een suïcide dan mensen uit de algemene bevolking. In deze groep is het echter moeilijk onderscheid te maken tussen een fatale overdosis zonder suïcidale intentie of een geplande suïcide.⁴ Associaties tussen suïcidaal gedrag en misbruik van andere psychoactieve stoffen, zoals cannabis, amfetaminen en hallucinogenen, zijn onzeker en onvoldoende onderzocht om hier verdere uitspraken over te doen.⁴

Pathologisch gokken leidt tot een hoog aantal suïcidepogingen en is geassocieerd met impulsief gedrag, psychiatrische comorbiditeit en sociale problemen. Deze combinatie van risicofactoren lijkt bij te dragen aan de toename van het suïcidaal gedrag.¹⁴

Psychiatrische comorbiditeit

Psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen op zichzelf leiden tot een verhoogd suïciderisico.¹⁵ Depressie en middelenmisbruik zijn de meest belangrijke risicofactoren voor suïcides in alle leeftijdsgroepen.⁴ In ongeveer 90% van alle suïcidegevallen is er sprake van een psychiatrische stoornis.^{16 17}, en in meer dan 80% van de gevallen is deze stoornis onbehandeld op het moment van overlijden.¹⁸ Het is moeilijk onderscheid te maken tussen de bijdrage van stemmingsstoornissen en van middelenmisbruik aan suïcidaal gedrag. Middelenmisbruik kan enerzijds een onafhankelijk variabele zijn of anderzijds een symptomatisch gevolg van een primaire stemmingsstoornis, zoals bij zelfmedicatie.⁴ Depressie is de belangrijkste risicofactor voor suïcide¹, met name als dit gepaard gaat met ernstige wanhoop. In veel gevallen blijft een depressie ongediagnosticeerd en onbehandeld, zelfs na een suïcidepoging.^{3 18} Stemmingsstoornissen, depressies en bipolaire stoornissen zijn geassocieerd met 60% van de suïcides.¹⁸

Uit onderzoek van Tondo et al⁴ blijkt dat een depressieve stemming en middelenmisbruik sterk geassocieerd zijn met suïcidaliteit. De kans op suïcide bij patiënten met stemmingsstoornissen met als comorbiditeit middelenmisbruik is twee keer zo groot. Dit suggereert dat de aanwezigheid van middelenmisbruik leidt tot een aanvullend risico. Goldberg et al² ondersteunt de opvatting dat misbruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen een sterk, onafhankelijk effect heeft op suïcidaliteit, los staand van stemmingsstoornissen.

Het doormaken van meerdere depressieve periodes heeft een negatieve invloed op de prognose, vermindert de kans op therapierespons en verhoogt het risico op demoralisatie en hopeloosheid. Deze factoren dragen bij tot een toename van het suïciderisico.²

Psychosociale aspecten van middelenmisbruik die relevant zijn voor het risico van een suïcide zijn vergrote impact van persoonlijk verlies, slechte coping bij negatieve gebeurtenissen en affectieve disregulatie.² Misbruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen kan leiden tot een vermindering van het functioneren en een toename van de ernst van affectieve stoornissen. Deze consequenties kunnen een groter gevoel van hopeloosheid en toegenomen kwetsbaarheid voor suïcide tot gevolg hebben.²

Depressies bij patiënten met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen kunnen worden geclassificeerd naar tijdstip van ontstaan: voor afhankelijkheid, tijdens abstinentie of tijdens periodes van gebruik van psychoactieve stoffen. Deze drie typen van depressies verhogen het risico op een suïcidepoging. Een depressie aanwezig vóór afhankelijkheid van psychoactieve stoffen voorspelt de ernst van de suïcide-intentie. Depressies tijdens abstinentie hebben een voorspellende waarde voor het aantal suïcidepogingen.¹⁹

Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn er twee momenten waarop het suïcidegevaar het grootst is. Dit risico treedt op in de eerste week na opname en in de eerste week na ontslag. Het risico is met name hoog bij patiënten met affectieve stoornissen en een korte opnameduur. Het suïcidegevaar bij patiënten met affectieve stoornissen en schizofrene stoornissen vermindert snel bij adequate behandeling. Bij alcoholafhankelijke patiënten gaat dit herstel langzamer en blijft het risico op suïcide veel langer bestaan.²⁰ Uit onderzoek van Motto en Bostrom²¹ blijkt dat systematisch contact houden met patiënten die vervolgbehandeling weigeren in de eerste 2 jaar na een behandeling leidt tot een vermindering van het aantal suïcides. Na 2 jaar is er echter geen positief effect meer waarneembaar.

Persoonlijkheidskenmerken en omgevingsfactoren

Er zijn een aantal persoonlijkheidseigenschappen die de kwetsbaarheid voor suïcide verhogen, doordat zij gevoelens van hopeloosheid versterken, namelijk impulsiviteit en agressie, dichotoom denken, rigiditeit en een gebrekkig oplossend vermogen.^{1 3} Impulsiviteit blijkt een belangrijke rol te spelen in zowel suïcidaliteit als middelenmisbruik.² Veel suïcidaal gedrag is nogal impulsief. Suïcidepogingen zijn meestal niet gepland, maar gebeuren

plotseling.³ Een hoge mate van het vooraf beramen van een suïcidepoging heeft een sterke voorspellende waarde voor het slagen van een suïcide.²

Roy²²⁻²⁴ heeft in verschillende studies gekeken naar de kenmerken van patiënten die afhankelijk zijn van opiaten of cocaïne en onderscheidt gemaakt tussen het wel of niet hebben ondernomen van een suïcidepoging. De patiënten die een suïcidepoging hebben gedaan, hebben vaker het vrouwelijke geslacht, een familie-anamnese met suïcidaal gedrag en traumatische ervaringen op kinderleeftijd. Introverte, neurotische en psychotische kenmerken komen frequenter voor in deze groep. Ze hebben ook meer comorbiditeit met alcoholafhankelijkheid, depressies en lichamelijke aandoeningen.

Risicofactoren voor suïcidepogingen bij patiënten afhankelijk van alcohol zijn eerdere suïcidepogingen, jonge leeftijd, gescheiden, afhankelijkheid van andere psychoactieve stoffen, psychiatrische stoornissen geïnduceerd door middelenmisbruik en ernstige alcoholafhankelijkheid.⁶ Suïcides komen daarentegen vaker voor bij ouderen met langdurige alcoholafhankelijkheid die veel problemen in directe leefomgeving hebben en onlangs de laatst overgebleven dierbare hebben verloren.²⁵

Garlow¹⁰ heeft onderzoek gedaan naar verschil in leeftijd, geslacht en etniciteit bij personen die alcohol of cocaïne hebben gebruikt voorafgaande aan de suïcide. Cocaïnegebruik voorafgaande aan de suïcide wordt bijna alleen gezien bij mannen tussen de 21 en 50 jaar en vooral bij Afrikaanse Amerikanen. Alcoholgebruik wordt gevonden bij eenderde van de blanke patiënten onafhankelijk van leeftijd of geslacht en bij 20% van de Afrikaanse patiënten. Het middelenmisbruik bij tieners verschilt enorm per etniciteit. Het merendeel van de Afrikaans-Amerikaanse jongeren gebruikt geen alcohol of cocaïne voorafgaande aan de suïcide. Terwijl de helft van de blanke tieners alcohol en/of cocaïne heeft gebruikt voor het plegen van de suïcide. Hoe dit zit in Nederland weten we niet, maar gezien de complexiteit van onze maatschappij zijn differentiële effecten ook hier wel te verwachten.

In de studie van Cottler e.a.¹² is onderzoek gedaan naar suïcidale gedachten bij patiënten die afhankelijk zijn van psychoactieve middelen. Er is een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Mannen en vrouwen met suïcidale gedachten hebben vaker een depressieve stemming, een antisociale persoonlijkheidsstoornis en alcoholafhankelijkheid en voldoen vaker aan de criteria van een depressie dan patiënten zonder suïcidale gedachten. Mannen met suïcidale gedachten zijn vaker afhankelijk van cocaïne dan mannen zonder suïcidale gedachten. Alcoholafhankelijkheid, antisociale persoonlijkheidsstoornissen en het aantal criteria van een depressie hebben een voorspellende waarde voor suïcidale gedachten bij mannen. Bij vrouwen zijn een oudere leeftijd, gehuwde status, alcoholafhankelijkheid en het aantal criteria van depressieve stoornissen van voorspellende waarde voor suïcidale gedachten.

In het algemeen is de problematiek van verslaafde patiënten complex. De complexiteit wordt ook zichtbaar in de therapeutische relatie, zowel die van korte als lange duur (bijvoorbeeld: crisisinterventie respectievelijk langdurige begeleiding of psychotherapie). Overdracht en tegenoverdracht zetten de therapeutische relatie onder druk en kunnen bijdragen aan een verhoging van het risico voor suïcidepogingen of suïcide.²⁶

Verandering van hulpverlener en zorginstelling kan een verhoogd suïciderisico met zich meebrengen.

Het is belangrijk rekening te houden met culturele en religieuze achtergrond van de patiënt en diens familieleden bij het bespreken van de suïcidepoging of de suïcide.

Geconcludeerd wordt dat afhankelijkheid van psychoactieve stoffen en co-morbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, met name ernstige depressies, belangrijke risico's vormen voor suïcidaal gedrag, suïcidepogingen en suïcides. Het valt buiten het bestek van het doel van deze richtlijn een samenhangend model op te stellen voor het optreden van suïcidepogingen en suïcides bij verslaafde patiënten. Adequate behandeling van afhankelijkheid van psychoactieve stoffen en psychiatrische co-morbiditeit vormen een essentieel onderdeel van de preventie van suïcidepogingen en suïcides.

Veel voorkomende misverstanden:

'Suïcidaliteit als schreeuw om aandacht, moet je niet belonen.'

'Mensen die over suïcide spreken, plegen geen suïcide.'

2. Doel van richtlijn

Het algemene doel van de richtlijn is hulpverleners in de verslavingszorg een handreiking te bieden hoe zij professioneel om kunnen gaan met suïcidaliteit en suïcide. Meer toegespitst krijgen hulpverleners handvatten waarmee ze:

- Inzicht kunnen krijgen in het belang van preventie van suïcidepogingen en suïcides
- Inzicht kunnen krijgen in de impact van een suïcidepoging of een suïcide op hulpverleners
- Goede nazorg kunnen krijgen als ze betrokken zijn bij een suïcidepoging of suïcide
- Kennis nemen over wat gedaan moet worden bij suïcidepogingen en suïcides
- Preventief kunnen handelen ter voorkoming van een suïcidepoging of een suïcide bij patiënten die afhankelijk zijn van psychoactieve middelen
- Praktisch en zorgvuldig kunnen handelen bij suïcidegevaar, na een suïcidepoging of na een suïcide

3. Begrippenlijst en afkortingen

AMW	algemeen maatschappelijk werk
Balanssuïcide	zelfdoding waarbij de betrokkene bewust, zonder depressief te zijn, tot de conclusie komt dat de toestand waarin hij/zij zich bevindt hopeloos is en dat uitzicht op verbetering ontbreekt
Behandelingsverantwoordelijke	term voor diverse functiebenamingen zoals zorgcoördinator, behandelcoördinator, verantwoordelijke behandelaar. Deze persoon is direct betrokken bij de behandeling van de patiënt.
Hulpverlener	A. BIG-geregistreerden: verpleegkundigen, psychologen, artsen en psychiaters B. Niet-BIG-geregistreerden: maatschappelijk werkers en sociaal pedagogisch hulpverleners
Lijnfunctionaris	een in de hiërarchische lijn taakverantwoordelijke medewerker die meestal niet direct meewerkt in de dagelijkse zorg/begeleiding voor de patiënt. In de verslavingszorg bestaan hiervoor de volgende termen: lijnmanager, clustermanager, unitmanager, teamleider en afdelingshoofd.
Medewerker	persoon werkzaam binnen verslavingszorg die geen hulpverlener is
Onbedoeld overlijden	gedrag met dodelijke afloop als gevolg van door de betrokkene uitgevoerde handelingen zonder verwachting van deze afloop, bijvoorbeeld overlijden door overdosering
Parasuïcidaal gedrag	gedrag lijkend op suïcidaal gedrag zonder intentie tot of gedachten over levensbeëindiging
SIS	Suïcide Intentie Schaal
Suïcidaal gedrag	gedrag zonder dodelijk afloop. Het gedrag is altijd opzettelijk, maar niet altijd overwogen; de handeling kon impulsief zijn. Patiënt is zich niet altijd bewust van zijn motieven.
Suïcidaliteit	geneigdheid zich in gedachten en/of woorden en/of daden bezig te houden met de eigen levensbeëindiging
Suïcide	gedrag met dodelijke afloop als gevolg van door de betrokken persoon zelf geïnitieerde en uitgevoerde handelingen. Deze handelingen zijn ondernomen in de verwachting van de afloop.
Suïcidepoging	gedrag zonder dodelijke afloop. Dit gedrag bestaat hieruit dat iemand zichzelf verwondt of een zodanige

hoeveelheid van een bepaalde stof inneemt dat de norm van wat algemeen als therapeutisch wordt beschouwd wordt overschreden. Het gedrag wordt door handelend persoon opzettelijk of weloverwogen uitgevoerd. De handelend persoon bedoelt met het gedrag via de feitelijk of mogelijk lichamelijke gevolgen ervan bepaalde gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

4. Preventie van suïcidepoging en suïcide

4.1 Achtergrond

In het algemeen is het streven van professionals om een suïcidepoging of een suïcide te voorkomen. Het blijkt echter dat het voorkomen van suïcidepogingen en suïcides niet eenvoudig is. Suïcidepogingen en suïcides zijn in veel gevallen moeilijk te voorspellen. Er zijn wel enkele aandachtspunten die mogelijk een gunstig effect hebben op het voorkomen van suïcide. Het is van belang op de hoogte te zijn van de risicofactoren voor suïcide. Deze risicofactoren (zie stappenplan suïcidepreventie²⁷) kunnen immers dan pas in kaart worden gebracht waarna aan de hand daarvan eventueel verdere actie kan worden ondernomen.

Een suïcidepoging in de voorgeschiedenis heeft een sterke voorspellende waarde op het risico van een suïcidepoging in de toekomst.²⁸ Dit blijkt ook uit de studie van Breslau e.a.⁸; de resultaten geven weer dat het risico op suïcidaal gedrag meer dan 5-voudig is na eerder suïcidaal gedrag. Uit neurobiologisch onderzoek blijkt dat een laag waarde van metaboliëten van serotonine (= 5-hydroxytryptamine = 5-HT) in de liquor een voorspellende waarde heeft op het ondernemen van een suïcidepoging bij patiënten die al eerder een suïcidepoging hebben gedaan.^{2,28} Deze stoornissen in de serotoninestofwisseling leiden tot ontregeling van agressie- en angstregulatie met verhoogd risico op (auto)agressief gedrag. Het medicamenteus ingrijpen in het serotonerge systeem kan de kans op suïcidaal gedrag bij individuen met serotoninedefecten verminderen.³ Uit een studie bij 224 patiënten die een suïcidepoging hadden ondernomen met follow-up-duur van 12 jaar blijkt dat hoge scores op de 'Beck's Suïcidal Intention Scale'²⁹ de enige voorspellende waarde is voor suïcide na een eerdere suïcidepoging. De mate van hopeloosheid heeft geen voorspellende waarde op het recidiveren van een suïcidepoging.³⁰

Bij de preventie van suïcide is het screening op de aanwezigheid van een ernstige depressie bij patiënten afhankelijk van psychoactieve stoffen van groot belang. Ernstige depressies zijn namelijk een belangrijke risicofactor voor suïcidaal gedrag. Depressies waarbij hopeloosheid op de voorgrond staat, leiden tot toename van suïcidaliteit. Een overgrote meerderheid van depressieve patiënten die suïcide pleegden, was niet als dusdanig gediagnosticeerd en behandeld.³ Uit de systematische review van Mann e.a.¹⁸ blijkt dat depressies in veel gevallen niet behandeld worden, ook niet na een suïcidepoging. Het tijdig diagnosticeren en behandelen van depressies speelt daarom een belangrijke rol in het voorkomen van suïcides.^{18,31}

Gegevens over specifieke interventies voor suïcidepreventie zijn beperkt. Het gebruik van lithium bij de behandeling van depressies vormt een uitzondering, het blijkt namelijk een gunstig effect te hebben op de preventie van suïcides. Daarnaast bestaat er een matige tot sterke aanwijzing voor een relatie tussen het toegenomen aantal voorgeschreven antidepressiva en de afname van de suïcidegevallen in de bevolking.³¹ De serotonerge antidepressiva verminderen het suïcidale gedrag bij depressieve patiënten drastisch.² Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) kunnen helpen om de symptomen van alcoholafhankelijkheid en de depressieve kenmerken te verminderen in depressieve alcoholisten met suïcidaliteit.² In de eerste weken van het gebruik van SSRI's moet de hulpverlener extra alert zijn, omdat in de literatuur beschreven wordt dat bij een kleine groep het risico op suïcide in deze periode licht verhoogd is. De rol van atypische antipsychotica als stemmingsstabilisatoren worden steeds meer onder de aandacht gebracht. Het gebruik van clozapine heeft mogelijk anti-suïcidale effecten.² Verder wetenschappelijk onderzoek is nodig naar de gunstige effecten van verschillende medicatie op verminderen van suïcidaliteit bij patiënten afhankelijk van psychoactieve stoffen. Psychosociale interventies kunnen effectief zijn bij preventie van suïcide. Er zijn echter weinig gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken die verschillende psychosociale behandelingen bestuderen.³¹

Hoge impulsiviteit en lage intentie/voorbereiding komen vaak voor bij individuen met alcoholafhankelijkheid die een suïcidepoging ondernemen. De anti-impulsiviteit en anti-agressie effecten van SSRI's kunnen een rol spelen bij gebruik bij sommige depressieve patiënten waarbij hoge risico's bestaan voor suïcidaliteit en alcoholisme.²

Er bestaan duidelijke aanwijzingen dat de meeste individuen die suïcide ondernemen in contact zijn geweest met hulpverleners in de periode voor hun dood.³¹ Tot 66% van de patiënten heeft in de maand voorafgaande aan de suïcide nog contact gehad met een arts.¹⁸ Artsen en andere hulpverleners moeten daarom goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van preventie van suïcide. Dit geldt ook voor hulpverleners in de verslavingszorg. Hulpverleners moeten daarnaast kennis hebben van de risicofactoren voor suïcide en leren omgaan met het begeleiden van patiënten met een risico op suïcide. Bij het vermoeden van suïcidaliteit moet men hiernaar informeren. Geruststellen is weliswaar vaak de eerste en meest natuurlijke reactie, maar niet altijd de beste. Steun, empathie en goede informeren naar de problemen en twijfels en niet veroordelen of wegwuiven is essentieel.³² Het onderkennen van de aanwezigheid van een depressie is hier ook van groot belang. Het trainen van artsen/psychiaters heeft een gunstig effect op het aantal gediagnosticeerde en behandelde depressieve patiënten met het bijkomende effect dat het aantal suïcides dalen.¹⁸

De verminderen van toegang tot dodelijke methoden, zoals beschikbaarheid van wapens en middelengebruik, restrictie op voorschrijven en verkoop van barbituraten en constructies op plaatsen die een goede mogelijkheid geven om vanaf te springen, leidt tot een afname van het aantal suïcides.¹⁸

Cornelius e.a.³³ hebben een inventarisatie gedaan naar de ontbrekende informatie over suïcidale gedachten en suïcidaliteit bij alcoholisten. Suïcidaliteit komt veel voor bij alcoholafhankelijkheid.

De functie van alcohol lijkt in belangrijke mate op die van suïcidaal gedrag, namelijk het al dan niet tijdelijk veranderen van het bewustzijn van een problematisch leven of een problematische situatie.^{3 25} Bij patiënten afhankelijk van psychoactieve middelen spelen externe gebeurtenissen, zoals verlies van laatst overgebleven dierbare, een belangrijke risico voor het plegen van suïcides in tegenstelling tot depressieve of niet-afhankelijke patiënten.²⁵

Uit onderzoek van Wasserman e.a.^{34 35} blijkt dat een restrictief alcohol beleid kan bedragen aan het verminderen van het aantal suïcides. In deze onderzoeken is gekregen naar het voorkomen van suïcides voor en na het starten van een restrictieve anti-alcohol campagne door Gorbachev in de voormalige USSR. Na de invoering van dit beleid zijn het aantal suïcides significant afgenomen, zowel bij mannen als vrouwen.

Patiënten die na een opname worden ontslagen moeten in de eerste week na ontslag extra goed gevolgd worden. In deze periode is het risico op suïcide sterk verhoogd bij patiënten die suïcidaal zijn geweest.³⁶

4.2 Stappenplan suïcidepreventie

Bij het opstellen van het nu volgende stappenplan is gebruik gemaakt van enkele lokaal opgestelde richtlijnen of protocollen. Ook is gebruik gemaakt van de Richtlijn Verpleegkundige zorg bij suïcidaliteit.³²

In het stappenplan voor suïcidepreventie²⁷ zijn drie fasen te onderscheiden, namelijk signalering, verificatie en interventie. Op ieder moment kan iemand, zowel hulpverleners als niet-hulpverleners, signalen van een patiënt opvangen over een mogelijk suïciderisico. Alle hulpverleners moeten in principe in staat zijn om het risico op suïcide te kunnen signaleren en te verifiëren. Er moet gezorgd worden dat hulpverleners hiervoor competent zijn. Als onderdeel van deze competentie moet men beschikken over kennis van psychopathologie en suïcidaliteit en bekwaamheid in het voeren van een gesprek over suïcidaliteit volgens professionele standaard.

Enkele praktische aanbevelingen bij het voeren van een gesprek om kans op suïcide te beoordelen zijn een open, neutrale houding, investeren in de therapeutische relatie, directe en expliciete vragen, met name van letaliteit van de plannen, hopeloosheid of wanhoop, aandacht voor tegenoverdracht, valideren van het lijden van de patiënt, focus op actuele problemen.³⁷ In bijlage I worden suggesties gedaan voor het doorvragen bij het vermoeden op of waarnemen van suïcide-ideatie. Op basis hiervan kan de ernst van de overwegingen worden ingeschat. Bij niet-hulpverleners, zoals familieleden, medepatiënten, administratieve medewerkers en medewerkers van de facilitaire dienst, moet er duidelijkheid bestaan over wie zij kunnen aanspreken over signalen van een patiënt met suïcidale gedachten of plannen. De eerste 3 stappen van de interventiefase kunnen worden doorlopen door een daarvoor bevoegde hulpverlener met de bovengenoemde competentie. De verdere interventie ofwel behandeling moet worden uitgevoerd door een psychiater. De hulpverlener moet zich bij iedere stap uit het stappenplan afvragen of zij/hij met deze problematiek om kan, mag of wil gaan en zonodig een psychiater moet inschakelen. Bij twijfel is het altijd verstandig om te overleggen. Tijdens het uitvoeren van het stappenplan moet het eventueel aanwezige behandelplan van de patiënt in ogenschouw worden genomen. Het kan zijn dat het afgesproken beleid met de patiënt afwijkt van het stappenplan.

Het is belangrijk om inschatten van suïcidaliteit regelmatig te herhalen, zeker als de omstandigheden zijn veranderd. Het suïciderisico kan namelijk sterk fluctueren.³⁶

Daarna wordt ingegaan op het inschatten van de mate van eigen verantwoordelijkheid en worden een aantal maatregelen opgesomd ter crisisinterventie.

1. Signaleringsfase (risico-indicatoren)

<ul style="list-style-type: none"> • Eerder suïcidepoging • Suïcidaal gedrag van familie • Geweldservaring of seksueel misbruik in jeugd • Eerdere opname in psychiatrie • Recent verlies, met name wegvallen van laatst overgebleven vertrouweling (overlijden, scheiding) • Herenigingwens met overledene • Depressieve verschijnselen, met name uiting van wanhoop • Sterke gevoelens van hopeloosheid • Suïcidale gedachten • Suïcideplan • Roekeloos (verslavings)gedrag • Sterk negatief toekomstbeeld, een zwart gat, bedreigde levensdoelen • Persoonskenmerken: impulsiviteit, agressiviteit, dichotoom denken, rigiditeit en gebrekkig oplossend vermogen • Acute gedragsverandering <ul style="list-style-type: none"> - sociale isolatie - presuïcidaal syndroom (verwaarlozing zelf/planten/dieren, vernietiging van oude herinneringen, weggegeven emotioneel materiaal) - afnemende weerbaarheid • Een of meerdere van bovenstaande punten in combinatie met (overmatig) gebruik van psychoactieve middelen 	
2. Verificatiefase	
Inschatting van risico op suïcidaliteit	Nee → reguliere behandeling Twijfel → verwijzing en zie interventiefase Ja → zie interventiefase
3. Interventiefase	
Kan/wil/mag je omgaan met zelfdodingsproblemen?	Nee → verwijzen naar ... Ja → vervolg protocol
I. Maak expliciet bespreekbaar	Suïcidaal gedrag Bedoeling van suïcide Aanleidingen van suïcide
II. Schat suïcide gevaar in Hulpmiddelen zijn:	Nijmeegse Suïcide Predictie Questionnaire Verkorte Suïcide risicoschaal van Pallis Suicide Risk Assessment van Motto
III. Schat overlijdensrisico in Hulpmiddel is:	Suïcide intentieschaal van Beck (zie bijlage II)
IV. Interventies	

4.3 Inschatting

Als de ernst van het risico op suïcidaliteit is ingeschat kan op basis van het volgende stappenplan getaxeerd worden in hoeverre de patiënt verantwoordelijk te stellen is voor eigen gedrag.

1. Depressieve stemming en wanen/hallucinaties?	Ja → depressieve psychose Nee → zie 2	- psychiatrisch consult - medicatie: antidepressiva - klinisch/ambulant? - crisisinterventie *
2. Wanen/hallucinaties of tevoren bizar gedrag, niet depressief?	Ja → Nee → zie 3	- psychiatrisch consult - medicatie: antipsychotica - klinisch/ambulant? - crisisinterventie *
3. (Tevoren) depressief met vitale kenmerken?	Ja → vitale depressie Nee → zie 4	- psychiatrisch consult - medicatie: antidepressiva - crisisinterventie *
4. Vrij plotseling niet verklaarbare depressie zonder vitale kenmerken?	Ja → levens- of neurotische problemen Nee → zie 5	- psychiatrisch consult - psychotherapie - crisisinterventie *
5. Bekend met stemmingswisselingen?	Ja → persoonlijkheidsstoornis Nee → zie 6	- psychiatrisch consult - evt. medicatie - structuur en steun - evt. psychotherapie
6. Alleen situatief bepaald?	Ja → maatschappelijke problematiek Nee → zie 7	- verwijzen - steun - zelfhulpgroep

* zie 4.4 crisisinterventie

Bij 1 t/m 5 neemt de therapeut de verantwoordelijkheid gedeeltelijk over en laat desnoods de patiënt onvrijwillig opnemen via de BOPZ. Bij alle stappen is het noodzakelijk dat collegiaal overleg plaatsvindt, bij de eerste 5 altijd met een psychiater; bij stap 6 is dat wenselijk. Bij punt 6 legt de therapeut de autonomie grotendeels bij de patiënt zelf.

4.4 Crisisinterventie

Crisisinterventiemaatregelen

- Vraag toestemming te mogen helpen bij het verminderen van de crisis
- Leg empathisch contact (zie ook paragraaf 4.2 over praktische aanbeveling bij het voeren van een gesprek om suïciderisico te beoordelen)
- Probeer middelen te (laten) elimineren
- Probeer sociale contacten te herstellen of organiseer (tijdelijke, overbruggende) vervangende contacten
- Vermijd pseudo-opbeurende uitspraken als 'morgen zie je alles anders', 'het leven kan zo mooi zijn'. Het blijkt dat suïcidanten dit ervaren als onbegrip/afwijzing.
- Houd een niet-zelfdodingsgesprek en zie patiënt altijd eerder terug dan hij/zij nodig vindt. De meeste auteurs adviseren frequente contacten in de eerste drie weken. Een gesprek de volgende dag blijkt te werken. Overweeg het opstellen van een non-suïcide contract.
- Is medicatie nodig?

- Expliciteer het dilemma: medicatie om je er door te helpen versus suïcidemiddel
- Geef een weinig gevaarlijk middel en in beperkte hoeveelheid
- Maak afspraken over het beheer ervan
- Overleg met huisarts en apotheek over het niet geven van herhalingsrecept
- Realiseer je dat je bij verwijzing verantwoordelijk/aansprakelijk blijft tot het moment dat het contact tussen patiënt en degene naar wie men verwijst tot stand is gekomen.

Daar waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van lokale crisisinterventieteams van de verslavingszorg of de psychiatrie.

5. Handelen bij suïcidaliteit en na een suïcidepoging of suïcide

Na een ernstige suïcidepoging en een suïcide moet er snel en adequaat gehandeld worden. Er zijn veel praktische zaken die geregeld moeten worden op zo'n moment. Uit de literatuur blijkt dat veel psychiaters in opleiding niet worden onderwezen in het praktisch handelen na een suïcide.^{38 39} Waarschijnlijk geldt dit ook voor andere disciplines. In deze richtlijn staat drie stappenplannen die doorlopen moet worden om zo tot een structurele aanpak te komen na een suïcidepoging of suïcide. Voor elk stappenplan wordt aangegeven welk signaal (acute dreiging) er wordt waargenomen door welke werknemer (bijv. maatschappelijk werker) en welke actie ondernomen moet worden op welk moment. Achtereenvolgens komen de volgende gedetailleerde stappenplannen aan de orde: Acute dreiging van suïcide (A), Suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letsel (B.1), suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel (B.2) en suïcide (C). In de bijlagen worden voor de suïcidepogingen (B.1 en B.2) en suïcide (C) afvinklijsten gepresenteerd die kunnen dienen voor adequate dossiervoering. De exacte volgorde van het afwerken van deze handleiding is enigszins onderhevig aan persoonlijke smaak/ervaring. Ook na een dreiging van een suïcide of een milde suïcidepoging is het zaak op een gestructureerde manier te werk te gaan, zodat hiervoor ook een stappenplan wordt aangeboden. De stappenplannen kunnen zowel in de intramurale als ambulante zorg worden toegepast. In de ambulante setting kan de hulpverlener op een later moment betrokken raken bij de suïcide, het verdient de voorkeur om vanaf dat moment alsnog het stappenplan te gebruiken. Bij het informeren van medepatiënten van ambulante patiënten moet men rekening houden met netwerk van deze patiënt.

De Suïcide Intentie Schaal (SIS) is een betrouwbaar en valide instrument om de ernst van de intentie van de suïcidepoging te meten bij patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen. De SIS bevat 15 items om het verbale en non-verbale gedrag van de patiënt te kwantificeren voorafgaand aan en tijdens de meest recente suïcidepoging. Ieder item kan worden gescoord op een ordinale schaal van 0 tot 2 met een totale score variërend tussen 0 en 30. De eerste 8 items gaan over de objectieve omstandigheden rondom de suïcidepoging. Dit deel van de schaal kan ook achteraf worden ingevuld voor patiënten die een suïcide hebben ondernomen. Het tweede deel van de SIS geeft de percepties van de suïcidepleger over het doel van de poging, mate van voorbedachte rade en verwachtingen t.a.v. dodelijkheid en reversibiliteit. Het interview afgenomen door de hulpverleners zoals omschreven duurt ongeveer 10 minuten.⁴⁰ Het is onduidelijk in hoeverre de SIS voldoet in situaties waarin de patiënt de intentie tot suïcide heeft geuit tijdens een fase van intoxicatie.

Bij incidenten zoals suïcidedreiging verdient het de voorkeur dat er nauwe samenwerking tussen behandelingsverantwoordelijke en lijnfunctionaris plaats vindt.

A. Acute dreiging van suïcide

Signaal = medewerkers van verslavingszorginstelling of derden (medepatiënten, naasten, huisarts) signaleren direct suïcidegevaar en melden dit bij verslavingsarts, AMW, huisarts, politie, Spoedeisende Hulp van ziekenhuis etc.

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet mogelijk inlichten van dienstdoende arts	Direct
2	Verslavingszorginstelling zorgt voor directe opvang van patiënt en eventueel naasten	Direct
3	Behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts overlegt met huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene En rapporteert schriftelijk aan huisarts en/of andere behandelaars	Binnen 24 uur Binnen 1 week
4	Verslavingszorginstelling zorgt zonodig voor aansluitende hulp	

B.1 Suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letsel

Signaal = medewerkers van verslavingszorginstelling of derden (medepatiënten, naasten, huisarts) signaleren een suïcidepoging zonder letsel en melden dit bij verslavingsarts, AMW, huisarts, politie, Spoedeisende Hulp van ziekenhuis etc.

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet mogelijk inlichten van dienstdoende arts	Direct
2	Verslavingszorginstelling zorgt voor directe opvang van patiënt en eventueel naasten	Direct
3	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie II)	Binnen 24 uur
4	Behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts overlegt met huisarts en/of andere behandelaars van de betrokkene En rapporteert schriftelijk aan huisarts en/of andere behandelaars	Binnen 24 uur Binnen 1 week
5	Verslavingszorginstelling zorgt zonodig voor aansluitende hulp	
6	Verslavingszorginstelling rapporteert schriftelijk aan huisarts over vervolg	Binnen 3 weken
7	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke	

* Raadplegen van familie/naasten vindt bij een wilsbekwame patiënt alleen met toestemming van de patiënt plaats. Bij een wilsonbekwame (niet aanspreekbare) patiënt wordt overlegd met familie/naasten. Het verdient aanbeveling om de overwegingen tot het informeren van familieleden/naasten zorgvuldig in het dossier te vermelden.

B.2 Suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel

Signaal = *suïcidepoging met serieus lichamelijk letsel gesignaleerd door medewerkers van verslavingszorginstelling of door derden (medepatiënten, naasten, huisarts) en gemeld (via, via) bij ambulancedienst of rechtstreeks bij Spoedeisende Hulp van ziekenhuis*

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Reanimatie door medewerkers verslavingszorginstelling	Direct
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2	Direct
3	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts	Direct
4	Noodzakelijke medische behandeling door Spoedeisende Hulp/ziekenhuis	Direct
5	Inlichten van Raad van Bestuur of dienstdoende lid van management	Binnen 24 uur
6	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts	Direct
7	Inlichten van medewerkers door lijnfunctionaris	Direct
8	Inlichten van 1 ^e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris	Binnen 24 uur
9	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	Direct
10	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert	Binnen 24 uur Binnen 1 week
11	Inlichten van medepatiënten: <ul style="list-style-type: none"> - aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige - extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige - inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen 	Zo snel mogelijk in ieder geval binnen 24 uur
12	<i>Klinisch</i> Hoofden andere teams binnen sector inlichten	Binnen 24 uur
13	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)	Binnen 24 uur
14	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris	Binnen 1 week
15	Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1 ^e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de inspectie (zie bijlage V).	Binnen 1 week
16	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)	Binnen 1 week

17	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke	
----	---	--

C. Suïcide

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Reanimatie	Direct
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2	Direct
3	Oproepen behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts	Direct
4	Indien patiënt overleden is: dood laten vaststellen door arts en situatie ongewijzigd laten tot komst van politie	
5	Recherche bellen; dienstdoende arts maakt melding van niet-natuurlijke dood/suïcide	Direct
6	Inlichten van dienstdoende lid van management bereikbaarheidsdienst	Direct
7	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke/dienstdoende arts	Direct
8	Inlichten van 1 ^e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris	Direct
9	Inlichten van werknemers op afdeling en inschakelen van extra verpleegkundig personeel	Direct
10	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	Direct
11	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert	Binnen 24 uur Binnen 1 week
12	Inlichten van medepatiënten: <ul style="list-style-type: none"> - aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige - van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige - extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige - inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen 	Zo snel mogelijk, in ieder geval binnen 24 uur
13	<i>Klinisch</i> Hoofden andere teams binnen sector inlichten	Binnen 24 uur
14	<i>Klinisch</i> Inlichten van verpleging andere afdelingen door lijnfunctionaris	Binnen 24 uur
15	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris	Binnen 1 week
16	Telefonisch inlichten van Inspectie	Binnen 48 uur

	Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1 ^e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de Inspectie (zie bijlage V).	Binnen 2 weken
17	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van 1 ^e gedeelte van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)	Binnen 48 uur
18	Familie schakelt begrafenisonderneming in, begrafenisonderneming verstrekt de verklaring van overlijden aan de arts. Indien overledene geen familie of relatie had, kan de arts bellen naar de Gemeentelijke Dienst voor de Lijkverzorging (afdeling Sociale Dienst). De gemeentelijke dienst regelt de begrafenis en de financiële zaken.	Binnen 48 uur
19	Eventueel bezoek van begrafenis/crematie door hulpverleners in overleg met familie of naast betrokkenen	
20	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)	Binnen 1 week
21	Evaluatiegesprek familie of naast betrokkenen (zie bijlage VII)	Binnen 2 weken

6. Handelen na suïcide: impact op hulpverleners

Suïcide van patiënten levert een significante bijdrage aan stress onder hulpverleners. Het blijkt dat suïcide van een patiënt een negatief effect heeft op de gezondheid en welbevinden van psychiaters, psychiaters in opleiding, klinisch psychologen en verpleegkundigen, waarbij sommige hulpverleners symptomen van depressie, angst en post-traumatisch stress syndroom vertonen. Het is van belang om te beoordelen welke impact van de suïcide heeft op het functioneren van het gehele team.⁴¹

In de literatuur wordt vooral aandacht besteed aan de impact van suïcide op psychiaters in opleiding. Deze arts-assistenten zijn meer kwetsbaar vanwege hun intensievere contact met patiënten, relatieve onervarenheid, inadequate steun en beperkt begrip van de normale reactie op suïcide.^{42 43} Veel psychiaters in opleiding krijgen te maken met een suïcide van een patiënt, variërend van 43 tot 69%.^{38 39 42} Deze ervaringen kunnen een negatief effect hebben op zowel het professioneel functioneren als op het privé-leven. Uit onderzoek bij psychiaters in opleiding in Schotland blijkt dat een goede training tijdens de opleiding een betere voorbereiding zou kunnen geven op dit soort gebeurtenissen. Bijna iedereen had onderwijs gekregen in risico-inschatting van suïcide, slechts een kwart kreeg enige onderricht in het post-incidentbeleid van suïcide.³⁸ Psychiaters in opleiding in Vlaanderen hebben in 44% enig onderwijs gehad in het inschatten van het risico van suïcide en slechts 10% vermeldt onderricht te hebben gekregen over welke procedure te volgen na de suïcide van een patiënt. Bij 15% had de suïcide een aspect van hun persoonlijke leven in negatieve zin beïnvloed en bij 18% had dat een negatieve invloed op professioneel gebied gehad. In vergelijking met buitenlandse gegevens is de impact van de suïcide bij deze assistenten aan de lage kant.³⁹ De opleiders spelen een belangrijke rol in het geven van advies en steun na een suïcide van een patiënt.^{38 39} Volgens Van Heeringen⁴⁴ krijgt de opleider bij de suïcide van een patiënt de mogelijkheid om de assistent te leren om de suïcide te zien als een onderdeel van het leerproces. Dit leerproces zal de assistent de vaardigheden kunnen verschaffen die hem of haar in staat stellen tegelijkertijd op een adequate manier met eigen gevoelens om te gaan en ondersteuning te bieden aan de getroffen familie. Kolthof e.a.⁴⁵ sluiten hierop aan door te zeggen dat supervisie na existentieel schokkende gebeurtenissen dient ter bevordering van emotionele groei en verdere professionalisering van de assistent. In de literatuur wordt alleen gesproken over psychiaters in opleiding, maar goede begeleiding na suïcide is ook van belang voor leerling-verpleegkundige en andere onervaren hulpverleners. Volgens Kolthof e.a.⁴⁵ is het belangrijk om een veilig werkklimaat voor psychiaters in opleiding te creëren om over gevoelens rondom suïcide met supervisors te kunnen praten.

In onderzoek bij ervaren psychiaters in Schotland⁴⁶ wordt in bij 40% veranderingen in het professioneel handelen beschreven. Voorbeelden hiervan zijn een meer gestructureerde aanpak van patiënten met suïciderisico en toegenomen gebruik van wetgeving van de geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer 15% heeft overwogen vervroegd met pensioen te gaan naar aanleiding van suïcide van een patiënt.⁴⁶ Behandelaars ervaren het eigen verdriet als wel het gebrek aan almacht bij suïcide en daarnaast de angst voor reacties van collega's en familie van betrokkene. Het begrijpen van een zwaar verlies en de factoren die hier invloed op hebben kan behandelaren helpen en kan de negatieve consequenties van hun eigen verdriet verminderen.⁴⁷

Het meemaken van een suïcide van een patiënt is een van de moeilijkste ervaringen voor psychiaters op professioneel gebied. Suïcide komt relatief vaak voor en mag zelfs een beroepsrisico genoemd worden.⁴³ Er zijn veel verschillende reacties mogelijk, zoals posttraumatisch stress syndroom, schaamte, schuldgevoelens, woede, isolatie, angst voor reacties uit omgeving en uiteindelijk berusting.^{48 49} Belangrijke methode om te leren omgaan met suïcide van een patiënt zijn het verminderen van gevoel van isolatie, het gebruik maken van de ervaring om anderen voor te bereiden of te begeleiden in soortgelijke situaties.⁴⁹

Berusting komt vooral van het besef dat suïcide nu eenmaal voorkomt en dat behandelaars slechts een beperkte invloed op hun patiënten hebben.⁵⁰

Uit de literatuur blijkt dat de impact van dood door suïcide leidt tot schuldgevoelens en somberheid bij behandelaars.⁴⁷ De impact van de suïcide op hulpverleners kan onder andere worden gemeten met de Schokverwerkingslijst (SVL), de Nederlandse versie van de Impact of Event Scale. Uit onderzoek blijkt dat deze Nederlandse vertaling een valide instrument is.⁵¹ Deze vragenlijst bestaat uit 15 vragen over vermijding en herbeleving van gedachten en gevoelens over de gebeurtenis met een totaalscore tussen 0 en 75. De SVL heeft de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen getraumatiseerde en niet-getraumatiseerde individuen. Een totaalscore van 20 of meer wordt beschouwd als klinisch significant.^{39 52}

Behandelteams waarderen de aanwijzingen en steun van ervaren collega's over de impact van suïcide. De meeste steun wordt ervaren door de directe collega's, gevolgd door partners, familie en vrienden.^{41 46} Het steun zoeken bij collega's, supervisors of supportgroepen kan helpen om te leren omgaan met de suïcide van een patiënt.⁴⁷ Speciale bijeenkomsten om de suïcide te bespreken worden als waardevol en nuttig beschouwd⁴⁶, vooral als door ervaren hulpverleners openlijk wordt gesproken over de verstorende invloed van een suïcide op een team.⁴¹ Het is van belang aandacht te besteden aan het gegeven dat veel suïcides niet te voorspellen zijn.^{41 53}

Het deelnemen aan vervolgebeurtenissen na een suïcide van een patiënt, zoals begrafenissen, crematie of herdenkingsbijeenkomst, kunnen behulpzaam zijn voor hulpverleners om de gebeurtenissen te verwerken.^{48 50} Daarnaast kan het een goede manier zijn om de betrokkenheid van hulpverleners aan nabestaanden te laten blijken.

Training en opleiding in suïcidepreventie en nazorg na suïcide en het kunnen terugvallen op duidelijke richtlijnen blijken een algemene voorwaarde om hulpverleners minder kwetsbaar te maken voor suïcide van patiënten. Het biedt een houvast en zorgt ervoor dat verschillende aspecten gepland en gefaseerd kunnen verlopen.⁴⁸

De inbreng van een clinicus niet verbonden aan de instelling kan met een psychologische autopsie educatieve en therapeutische voordelen opleveren voor het team. De eerste psychologische autopsie wordt beschreven door Schneidman. Vervolgens zijn er verschillende versies verschenen gebaseerd op persoonlijke ervaringen. Een pragmatische psychologische autopsie (zie bijlage VI: evaluatiegesprek hulpverleners) blijkt hanteerbaar en nuttig en bestaat uit een lijst van 16 te bespreken punten. Het bespreken van deze factoren geeft het team de kans om de suïcide in een context te plaatsen en het helpt het gevoel van schuld te verminderen. Het is belangrijk om dit niet te snel na de suïcide te doen (1 tot 6 maand(en) na de suïcide) en om een buitenstaander deze bespreking te laten voorzitten. Het vermijden van aanwijzen van een zondebok en het vergoelijken is van belang.⁵³ Het is aan te bevelen om deze psychologische autopsie bij elk overlijden van een patiënt met een onduidelijke oorzaak uit te voeren.

Advies

- Tijdens de opleiding van psychiaters, verslavingsartsen, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers moet aandacht worden geschonken aan de risico-inschatting van suïcide. Er moet ook informatie worden gegeven over de gang van zaken na een suïcide, o.a. over teambesprekingen, gesprekken met nabestaanden, verslaglegging in dossier, emotionele verwerking en gerechtelijk en/of vervolging na een suïcide.
- Bespreking van ervaringen van assistenten/leerlingen met supervisor en collega's moet een vaste plaats krijgen in de evaluatie na suïcide.
- De impact van suïcide op hulpverleners kan worden gemeten met de Schokverwerkingslijst.
- Ongeveer 1 tot 6 maanden na de suïcide moet tijd worden gepland voor een psychologische autopsie.

7. Literatuur

1. Kerkhof AJFM, Arensman E, Neeleman J, Wilde de EJ. Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland; Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie: Ivonne van de Ven Stichting & Depressiestichting, 2003.
2. Goldberg JF, Singer TM, Garno JL. Suicidality and substance abuse in affective disorders. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 25):35-43.
3. Heeringen Van C, Kerkhof AJFM, editors. *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
4. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Minnai GP, Salis P, Scamonatti L, et al. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):63-69.
5. Foster T. Dying for a drink. Global suicide prevention should focus more on alcohol use disorders. *BMJ* 2001;323:817-818.
6. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 2003;160:56-63.
7. Murphy G, Wetzel R. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(4):383-392.
8. Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the Risk of Suicidal Behavior. A prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:328-334.
9. Morton WA. Cocaine and psychiatric symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1(4):109-113.
10. Garlow SJ. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psychiatry* 2002;159:615-619.
11. Garlow SJ, Purselle D, D'Orio B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence* 2003;70:101-104.
12. Cottler LB, Campbell W, Krishna VAS, Cunningham-Williams RM, Abdallah AB. Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:431-437.
13. Cornelius JR, Thase ME, Salloum IM, Cornelius MD, Black A, Mann JJ. Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics. *Addictive Behaviors* 1998;23(1):119-121.
14. Kausch O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1031-1038.
15. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003;160:1494-1500.
16. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):70-74.
17. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:822-835.
18. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies. A Systemic Review. *JAMA* 2005;294(16):2064-2074.
19. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin SH. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:1600-1602.
20. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:427-432.
21. Motto J, Bostrom A. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services* 2001;52:828-833.
22. Roy A. Characteristic of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 2001;158:1215-1219.

23. Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 2002;63:403-407.
24. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Research* 2003;121:99-103.
25. Kerkhof AJFM. Afhankelijkheid en suïcidaliteit. In: Buisman W, Kasselmann J, Majoor B, Schippers G, Silvis J, Walburg J, editors. *Handboek Verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995:B-6350, 1-15.
26. Forrest GG. *Countertransference in chemical dependency counseling*. New York: The Hawarth Press, 2002.
27. Protocol Suïcidepogers: Opvang en nazorg. 's-Hertogenbosch: RIAGG, 1995.
28. Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):7-11.
29. Beck AT, Schuyler D, Herman IH. Development of Suicidal Intent Scales. In: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, editors. *The Prediction of Suicide*. Bowie, Maryland: Charles Press, 1974:45-56.
30. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2004;4(11).
31. Grandin LD, Yan LJ, Gray SM, Jamison KR, Sachs GS. Suicide prevention: increasing education and awareness. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 25):12-16.
32. Richtlijn: verpleegkundige zorg bij de suïcidale patiënt. Utrecht: Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad / Centraal Beleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), 1998.
33. Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, Bukstein OG, Kelly TM. Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(5):89S-96S.
34. Wasserman D, Varnik A, Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89(5):306-313.
35. Wasserman D, Varnik A, Eklund G. Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1998;394(suppl.):26-33.
36. The assessment and management of people at risk of suicide. *Best Practice Evidence-based Guideline*. Wellington: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health, 2003.
37. Zuketto C. Hoe kun je suïciderisico's inschatten? Gesprekvaardigheden en attitude van de hulpverlener. *PsychoPraxis* 2005;1:2-5.
38. Dewar IG, Eagles JM, Klein S, Gray NM, Alexander DA. Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin* 2000;24:20-23.
39. Heyn De E, Pieters G, Joos S, Gucht De V. Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004;46(9):579-587.
40. Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Philadelphia: University of Pennsylvania, 2003:1-57.
41. Linke S, Wojciak J, Day S. The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin* 2002;26:50-52.
42. Yousaf F, Hawthorne M, Sedgwick P. Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin* 2002;26:53-55.
43. Campbell C, Fahy T. De taak van hulpverleners na suïcide van een patiënt. *PsychoPraxis* 2002;4:147-151.
44. Heeringen Van C. Leren van een suïcide. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004;46(9):619-620.
45. Kolthof HJ, Schutter N, Hoencamp E. Hoe kunnen psychiaters in opleiding omgaan met de emotionele aspecten van agressie en suïcide? *Tijdschrift voor psychiatrie* 2000;42(2):117-120.
46. Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000;320:1571-1574.

47. Valente SM. Aftermath of patient's suicide: a case study. *Perspect Psychiatry Care* 2003;39(1):17-22.
48. Andriessen K, Fauw de N. Het overkomt ons niet: de suïcide van een cliënt. *PsychoPraxis* 2005;3:90-94.
49. Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1630-1634.
50. NN. Een psychologe en de zelfmoord van een cliënt. *PsychoPraxis* 2004;6:219-223.
51. Ploeg van der E, Mooren TTM, Velden van der PG, Kleber RJ, Brom D. Construct validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychological Assessment* 2004;16(1):16-26.
52. Devilly GJ. Assessment Devices: Impact of Event Scale (IES): Swinburne University, Clinical & Forensic Psychology, 2004:Web site:
<http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/assessment.html>.
53. Hodelet N, Hughson M. What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin* 2001;25:43-45.
54. Melding calamiteiten en bijzondere gebeurtenissen. 's-Hertogenbosch: Staatstoezicht op de Volksgezondheid: geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid voor Noord-Brabant en Limburg, 1992.

8. Bijlagen

- I Doorvragen naar de aard van de suïcide-ideatie
- II Suïcide Intentie Schaal (SIS)
- III Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcidepoging
- IV Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcide
- V Verslaglegging na suïcide volgens richtlijn van Geneeskundige Inspectie voor Geestelijk Volksgezondheid
- VI Evaluatiegesprek hulpverleners
- VII Evaluatiegesprek familie/naasten
- VIII Leden van de werkgroep
- IX Deelnemerslijst Expertronde
- X Vignetten

Bijlage I Doorvragen naar de aard van de suïcidale ideatie¹

Hoe ernstig is het suïciderisico? In welke mate is de patiënt suïcidaal? Als er sprake is van suïcidaliteit dan kan dit allerlei vormen aannemen en het is een van de belangrijkste opgaven voor de hulpverlener een gedetailleerde momentopname van de suïcidale ideatie te maken, waarin alle aspecten naar voren komen.

Vragen die hier gesteld kunnen worden zijn:

- Hoe vaak denkt u aan suïcide? (af en toe, dagelijks, bij voortduring)
- Hoe intens denkt u aan suïcide? (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie)
- Hoe wanhopig voelt u zich nu? (bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit)
- Komen er in uw gedachten ook beelden van suïcide naar boven? (heldere beelden van mogelijke methoden, springen of een vuurwapen hanteren, of alleen gedachten)
- Hoe indringend zijn gedachten en beelden van suïcide? (overweldigend, oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar) Beangstigen deze gedachten of beelden u?
- Heeft u impulsen om toe te geven aan uw verlangen om suïcide te plegen? Bent u bang om de controle over uzelf te gaan verliezen? Heeft u zichzelf in de hand?
- Wat is aantrekkelijker voor u: de gedachte om door te leven of om te sterven? Zou u liever door willen leven, of leeft u alleen nog maar in afwachting van u sterven?
- Als u aan uw eigen dood denkt, heeft u dan veel verdriet, of moet u dan veel huilen? (emotionele kleur kan onverschillig zijn of lijken, of juist zeer aangedaan)
- Heeft u al een plan gemaakt over hoe u een eind aan uw leven zou kunnen maken? Heeft u een voorkeur voor een methode, plaats, datum?
- Heeft u al voorbereidingen getroffen in die richting? (tijden genoteerd dat treinen een spoorwegovergang passeren, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidbrief geschreven, al een keer boven op de flat gestaan ter voorbereiding)
- Hoeveel haast heeft u met uw wens om suïcide te plegen? (is er nog enige tijd, of is er grote haast om vandaag nog suïcide te plegen)
- Welke dingen houden u tegen om suïcide te plegen? (familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken)
- Wat zou u bereiken als u suïcide zou plegen? (eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen makkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent)
- Welke zijn de consequenties van uw suïcide voor anderen? (ernstig leed voor achterblijvenden, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud)

Aan de antwoorden op bovenstaande en soortgelijke vragen kan de hulpverlener verschillende graden van ernst van de suïcide-ideatie afleiden. Grofweg kunnen vier niveaus worden onderscheiden.

1. **Lichte mate:** de patiënt heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij of zij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, etc, maar speelt met het idee als mogelijkheid. Lijkt controle over suïcide impulsen te hebben. Patiënt wil veel liever leven dan sterven.
2. **Ambivalentie:** patiënt wil zowel suïcide plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, het is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Suïcidaliteit is hier sterk

impulsief gekleurd, en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. Patiënt wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.

3. **Ernstige mate:** patiënt heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders meer 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 er niet meer is, maar kan de suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Wil veel liever sterven dan doorgaan met leven. Is benauwd voor de eigen impulsiviteit.
4. **Zeer ernstige mate:** 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. Blickvernauwing treedt op (tunnelvisie, het presuïcidale 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 verder leven, kan niet langer wachten met suïcide te plegen, elk moment kan in een impulsdoorbraak leiden tot suïcide.

Zoals duidelijk zal zijn, zijn deze vier niveaus niet sterk afgegrensd, ze lopen in elkaar over. De ernst van de suïcidaliteit kan sterk wisselen waardoor patiënten kunnen wisselen van minder ernstig naar ernstig suïcidaal en vice versa. Niet elke patiënt zal precies passen in de omschrijvingen van de verschillende niveaus.

Bijlage II Suïcide Intent Scale (SIS)

Dit is een Nederlandse bewerking van een Engelstalige vragenlijst "Suïcide Intent Scale" (SIS) ²⁹ om de ernst van een suïcidepoging in te schatten.

Gespreksinstructie:

Ik zou het met u willen hebben over de dingen die gebeurd zijn vlak voor u werd opgenomen of behandeld in het ziekenhuis. Denkt u alstublieft terug aan wat er is gebeurd en probeert u zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven wat geleid heeft tot uw opname / behandeling in het ziekenhuis. Wat heeft u precies gedaan?

Schrijf de essentie op. Beoordeelaars moeten zodanig vertrouwd zijn met de codering van de SIS dat zij op grond van het verhaal van de patiënt de vragen kunnen scoren.

Moedig de patiënt aan te vertellen wat er is gebeurd en gebruik de vragen hieronder als controle om er zeker van te zijn dat alle relevante onderwerpen aan bod zijn geweest.

Bij het scoren van de antwoorden moet U zeker van uw zaak zijn. Wanneer dat niet het geval is, stel dan additionele vragen in uw eigen woorden of zoals ze hieronder geformuleerd zijn.

Bij vraag 1 tot 8 gaat het om uw oordeel gebaseerd op uw indruk van het verhaal van de patiënt.

Bij vraag 9 tot 15 gaat het om het antwoord van de patiënt. Noteer wat de patiënt zegt, ook als u zelf een andere indruk hebt.

Door beoordelaar te stellen vragen	Door beoordelaar te scoren; omcirkel 0,1 of 2
1. Had u direct contact met iemand toen u probeerde u zelf iets aan te doen? Bijvoorbeeld was er iemand in de kamer of had u iemand aan de telefoon?	Isolatie 0. iemand aanwezig 1. iemand in de buurt of in contact 2. niemand in de buurt of in contact
2. Op welk tijdstip heeft u het gedaan? Verwachtte u iemand? Zou er iemand binnen enkele uren binnen kunnen komen? Wist u dat u lang de tijd had voordat er iemand binnen zou komen? Of heeft u niet over die mogelijkheid nagedacht?	Tijdstip 0. zodanig dat tussenkomst van anderen waarschijnlijk is 1. zodanig dat tussenkomst van anderen onwaarschijnlijk is 2. zodanig dat tussenkomst van anderen zo goed als uitgesloten is
3. Heeft u iets gedaan om te voorkomen dat men u zou vinden? Bijvoorbeeld telefoon uitgeschakeld, briefje op de deur.	Voorzorgsmaatregelen tegen ontdekking en/of interventie van anderen 0. geen voorzorgsmaatregelen 1. passieve maatregelen zoals ontlopen van anderen, maar zonder iets te doen om hun tussenkomst te verhinderen (bijv. alleen in een kamer zonder de deur op slot te doen) 2. actieve maatregelen (bijv. afgesloten deur)
4. Heeft u nadat u zich had verwond/vergiftigd nog naar iemand opgebeld en verteld wat u gedaan had?	Iets doen om hulp te krijgen na de poging 0. bracht mogelijke hulpverlener(s) op de hoogte van de poging 1. zocht contact, maar bracht mogelijke hulpverlener(s) niet op de hoogte van de poging 2. zocht geen contact met hulpverlener

<p>5. Heeft u nog dingen gedaan zoals rekeningen betaald, afscheid genomen of een testament gemaakt toen u besloten had u zelf te vergiftigen/verwonden?</p>	<p>Laatste handelingen met het oog op de verwachte dood</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. geen 1. had overwogen bepaalde zaken af te wikkelen of dat inderdaad gedaan (bijv. rekeningen betaald) 2. definitieve regelingen getroffen (testament gemaakt, bepaalde bezittingen weggegeven, zich verzekerd)
<p>6. Had u veel voorbereidingen getroffen? Had u er lang aan gewerkt door bijvoorbeeld lange tijd pillen te sparen?</p>	<p>Mate waarin poging gepland was</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. geen aanwijzingen voor planning 1. nauwelijks of in beperkte mate planning van poging 2. uitvoering suïcideplan
<p>7. Heeft u een of meerdere afscheidsbrieven geschreven? Zo ja: Aan wie? Zo nee: Heeft u er aan gedacht een afscheidsbrief te schrijven?</p>	<p>Afscheidsbrief</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. schreef geen afscheidsbrief en had daar ook niet over nagedacht 1. had er over nagedacht een afscheidsbrief te schrijven, maar heeft het niet gedaan 2. een of meer afscheidsbrieven aanwezig
<p>8. Heeft u in het afgelopen jaar tegen mensen in uw omgeving en/of familie gezegd dat u uzelf iets zou gaan aandoen? Heeft u zich er wellicht in bedekte termen over uitgelaten?</p>	<p>Uitlatingen over suïcideplannen in jaar voorafgaande aan de poging</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. geen 1. dubbelzinnige of bedekte uitlatingen 2. ondubbelzinnige uitlatingen
<p>9. Kunt u mij zeggen wat u hoopte te bereiken door uzelf te vergiftigen/ te verwonden?</p>	<p>Doel van poging</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. anderen mobiliseren, iets duidelijk maken 1. tijdelijke rust, niet meer hoeven denken, eindelijk eens slapen 2. dood
<p>10. Hoe schatte u de kans in dat u zou sterven als gevolg van wat u deed?</p>	<p>Verwachtingen t.a.v. dodelijkheid daad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. dacht dat het onwaarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven of dacht er niet over na 1. dacht dat het mogelijk, maar niet waarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven 2. dacht dat hij/zij waarschijnlijk zou sterven
<p>11. <u>Bij overdosis</u>: Dacht u dat de hoeveelheid pillen die u nam meer of minder was dan de hoeveelheid waaraan u zou sterven? (Had u nog meer pillen?) <u>Anders</u>: Heeft u gedacht aan andere methoden die gevaarlijker of minder gevaarlijk zouden zijn dan wat u heeft gedaan?</p>	<p>Begrip van dodelijkheid methode</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. deed zichzelf minder aan dan hij/zij dacht dat dodelijk was of dacht er niet over na 1. dacht dat het mogelijk, maar niet waarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven 2. daad overtreft of evenaart wat de patiënt dacht dat dodelijk zou zijn
<p>12. Beschouwde u wat u deed als een poging om uw leven te beëindigen?</p>	<p>Ernst van poging</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. beschouwde daad niet als een serieuze poging om zijn/haar leven te beëindigen 1. was niet zeker of daad een serieuze poging was om zijn/haar leven te beëindigen 2. beschouwde daad als serieuze poging om zijn/haar leven te beëindigen

<p>13. Welke gevoelens had u t.o.v. leven en dood? Had u sterker het gevoel te willen leven dan te willen sterven? Of kon het u niet schelen of u zou leven of sterven?</p>	<p>Ambivalentie t.o.v. het leven</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. wilde niet sterven 1. kon het niet schelen of hij/zij zou leven of sterven 2. wilde sterven
<p>14. Hoe schatte u de kans dat u het zou overleven als u naderhand een medische behandeling zou krijgen?</p>	<p>Begrip van reversibiliteit</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. dacht dat het onwaarschijnlijk was dat hij/zij zou sterven wanneer hij/zij medisch behandeld zou worden 1. wist niet zeker of de dood afgewend kon worden door een medische behandeling 2. was er zeker van te zullen sterven ook als hij/zij medisch behandeld zou worden
<p>15. Hoe lang voordat u zichzelf vergiftigde/verwondde, had u besloten dat u het zou doen? Had u er lang over nagedacht of heeft u het in een opwelling gedaan?</p>	<p>Mate van voorbedachte rade</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. geen, impulsief 1. daad 3 uur of korter voor poging overwogen 2. daad meer dan 3 uur voor de poging overwogen

Een score van 13 of meer weerspiegelt een sterke suïcide-intentie bij de huidige poging en een verhoogd risico op recidief

Bijlage III Afvinklijst Stappenplan Handelen bij suïcidepoging

Suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel

Stap	Actie	Naam	Paraaf	Datum
1	Reanimatie door hulpverleners verslavingszorginstelling			
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2			
3	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts			
4	Noodzakelijke medische behandeling door Spoedeisende Hulp/ziekenhuis			
5	<i>Klinisch/Ambulant</i> Inlichten van Raad van Bestuur of dienstdoende lid van management			
6	Inlichten van lijnfunctionaris van betreffende afdeling door behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts			
7	Inlichten van medewerkers door lijnfunctionaris			
8	Inlichten van 1 ^e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris			
9	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke			
10	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert			
11	<i>Klinisch</i> Inlichten van medepatiënten:			
	Aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige			
	Extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen			
12	<i>Klinisch</i> Hoofden andere teams binnen sector inlichten			
13	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van Suicide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)			
14	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris			

15	Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1 ^e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de inspectie (zie bijlage V).			
16	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)			
17	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke			

Bijlage IV Afvinklijst Stappenplan Handelen bij Suïcide

Stap	Actie	Naam	Paraaf	Datum
1	Reanimatie			
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2			
3	Oproepen behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts			
4	Patiënt is overleden: dood laten vaststellen door arts en situatie ongewijzigd laten tot komst van politie			
5	Recherche bellen; dienstdoende arts maakt melding van niet-natuurlijke dood/suïcide			
6	Inlichten van dienstdoende lid van management bereikbaarheidsdienst			
7	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke/dienstdoende arts			
8	Inlichten van 1 ^e geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris			
9	Inlichten van werknemers op afdeling en inschakelen van extra verpleegkundig personeel			
10	Inlichten van familie/naasten door behandelingsverantwoordelijke			
11	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert			
12	<i>Klinisch</i> Inlichten van medepatiënten:			
	Aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige			
	Extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige			
	Inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen			
13	<i>Klinisch</i> Hoofden andere teams binnen sector inlichten			
14	<i>Klinisch</i> Inlichten van verpleging andere afdelingen door lijnfunctionaris			
15	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten			

	Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris			
16	Telefonisch inlichten van Inspectie Schriftelijk inlichten van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid door lijnfunctionaris via de 1 ^e geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de Inspectie (zie bijlage V).			
17	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van 1 ^e gedeelte van Suïcide Intentieschaal (SIS; zie bijlage II)			
18	Familie schakelt begrafenisonderneming in, begrafenisonderneming verstrekt de verklaring van overlijden aan de arts. Indien overledene geen familie of relatie had, kan de arts bellen naar de Gemeentelijke Dienst voor de Lijkverzorging (afdeling Sociale Dienst). De gemeentelijke dienst regelt de begrafenis en de financiële zaken.			
19	Eventueel bezoek van begrafenis/crematie door hulpverleners in overleg met familie of naast betrokkenen			
20	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage VI)			
21	Evaluatiegesprek familie of naast betrokkenen (zie bijlage VII)			

Bijlage V
Verslaglegging na suïcidepoging of suïcide volgens richtlijn van Geneeskundige
Inspectie voor Geestelijke Volksgezondheid ⁵⁴

Aandachtspunten verslaglegging bij een suïcidepoging of suïcide *

1. Persoonsgegevens
Waar onder naam, geslacht, geboortedatum, burgerlijke staat, nationaliteit, opleiding, bron van inkomen, woonsituatie.
2. Biografische anamnese/voorgeschiedenis
Waar onder het eventueel voorkomen van suïcidepogingen en/of suïcides in de familie c.q. bij de partner; aantal eerdere suïcidepogingen; aantal eerdere opnamen in psychiatrische ziekenhuizen; datum laatste opname.
3. Diagnose
De psychopathologische diagnose bij de laatste behandeling c.q. opname (DSM-IV).
4. Behandeling
Waar onder soort afdeling, aard van de behandeling, verblijfsduur, mate van bewegingsvrijheid, juridische status.
5. Situatie rond (ernstige poging tot) suïcide
Waar onder eventuele directe aanleiding of rekening is gehouden met mogelijke suïcide, datum laatste onderzoek door of contact met psychiater en andere behandelaars, beveiligingsafspraken, personele bezetting van de afdeling van de suïcidant.
6. Suïcidale handeling
Waar onder datum en tijdstip, tijdstip ontdekking, door wie ontdekt, tijdsverloop tussen suïcide en ontdekking, toegepaste methode, plaats van suïcide, afscheidsbrief.
7. Optreden behandelteam/behandelaars na suïcide
Waar onder suïcide kenbaar gemaakt aan medepatiënten, doorgesproken met personeel van de betreffende afdeling, tijdelijke voorzorgsmaatregelen ter preventie van meer suïcides, nazorg aan de familie en op welke wijze, bespreking suïcidegeval in suïcide of MIP, suïcide gemeld aan huisarts.

* Deze aandachtspunten ten behoeve van uw verslaglegging zijn geenszins limitatief bedoeld, maar betreffen een minimaal aantal aspecten op welke in de verslaglegging in ieder geval ingegaan dient te worden.

Bijlage VI Evaluatiegesprek hulpverleners

Doelstellingen

- Evaluatie van suïcidepoging* of suïcide
- Aandacht voor emoties van teamleden
- Bespreking van praktische zaken rondom suïcide

Deelnemers

Het gehele multidisciplinaire team onder leiding van gespreksleider/voorzitter.

Inhoud

1. Toestand van patiënt in algemene zin:

- Bij aanvang behandeling
- Voorgeschiedenis
- Verloop van de behandeling

2. Evaluatie van de gebeurtenis

Naast vaststelling van de feitelijkheden worden hierin de vragen meegenomen: Hoe heeft het kunnen gebeuren? Had dit voorkomen kunnen worden? Hierbij dient de veiligheid van de bespreking bewaakt te worden, in die zin dat teamleden zich niet in het beklagdenbankje gezet voelen.

Bespreek:

- Evaluatie diagnostiek: psychiatrische en medische voorgeschiedenis (vorige suïcidepogingen, diagnose, behandeling), psychiatrische voorgeschiedenis van familie (ziekte, suïcide), persoonlijkheid en leefstijl, patronen van reacties op stressoren.
- Toestand van patiënt gedurende de laatste weken en dagen: recente stressoren of belangrijke life events, interpersoonlijke relaties (bronnen van steun), suïcidale gedachten (wanneer en hoe vaak geuit), verslechtering of verbetering voorafgaande aan dood (stemming, vegetatieve tekenen), krachten (redenen om te leven, toekomstplannen), inschatting van suïcidale intentie, aanvullende informatie
- Behandelaspecten als medicatie, PB-gesprekken en eventuele psychotherapie
- Laatste contacten met patiënt, eventuele suïcideneigingen
- Middelen, uur en plaats van de suïcide(poging): suïcide (tijd, plaats, methode, wie heeft het ontdekt), rol van alcohol en drugs (gebruik in voorgeschiedenis en gebruik in relatie met suïcide), dodelijkheid van methode
- Eventuele pogingen tot reanimatie
- Reacties van nabestaanden/familie/relatie: effect op omgeving
- Reacties van groepsgenoten
- Functioneren van draaiboek, mogelijk aanpassing van richtlijn

3. Conclusies

- Ten aanzien van de patiëntengroep (denk aan suïcidepreventie)
- Ten aanzien van nazorg van de nabestaande/familie/relatie
- Ten aanzien van Afdelingsbeleid (behandeling, begeleiding, werkwijze, procedures etc.)

* Afhankelijk van de ernst van de suïcidepoging kan een evaluatiegesprek worden gepland, waarin ook het verdere beleid voor deze patiënt moet worden besproken.

4. Emotionele verwerking
 - Wat beteken(t)(de) deze patiënt voor het team en voor individuele teamleden?
 - Hoe verwerken de direct betrokken medewerkers de gebeurtenissen? Met daarbij extra aandacht voor de medewerker die de patiënt gevonden heeft.
 - Hoe wordt hun verdere opvang georganiseerd?
 - Wie bewaakt dit?

5. Verslaglegging op basis van bovenstaande punten

Bijlage VII Evaluatiegesprek familie/naasten

Aandachtspunten bij evaluatiegesprek met familie/naasten

Na een suïcidepoging of suïcide vindt er een gesprek plaats met familieleden of naasten. Dit gesprek wordt actief aangeboden door behandelingsverantwoordelijke. Bij het gesprek dienen de behandelingsverantwoordelijke en verpleegkundige aanwezig te zijn. Het is raadzaam om een niet bij de afdeling betrokken persoon (bv lijnfunctionaris) bij het gesprek aanwezig te laten zijn.

De doelstellingen van het gesprek zijn:

1. het geven van informatie omtrent de suïcidepoging of suïcide
2. familieleden/naasten hun verhaal laten doen
3. steun bieden aan familieleden/naasten en eventuele hulpvraag verhelderen
4. meer inzicht verkrijgen in de problematiek van de patiënt
5. informatie uit het gesprek is bruikbaar in het kader van de evaluatie
6. aanbieden/aankondigen vervolggesprek

Het verdient aanbeveling om na drie maanden bij de betrokkenen navraag te doen naar de stand van zaken betreffende het verwerkingsproces.

Bijlage VIII Leden van de werkgroep op studiedag 02-06-2005

Deelnemers	Instelling
Dhr. Barten	GGZ NML
Mw. Benneker	TACTUS
Mw. Van den Broek	Novadic-Kentron
Mw. Coppens	De Grift
Dhr. Van Gestel	Novadic-Kentron
Dhr. H. De Haan	TACTUS
Dhr. W.J. De Haan	TACTUS
Mw. Hulic	Novadic-Kentron
Dhr. De Jong	Novadic-Kentron, NISPA
Mw. De Jong	Novadic-Kentron
Dhr. Van Oosteren	De Grift
Dhr. Reintjes	GGZ NML
Dhr. Smedes	Ned Ver voor Psychiatrisch Verpleegkundigen
Mw. R Tillema	Novadic-Kentron
Dhr. Van Waveren	Brijder
Dhr. Wijdeveld	GGZ NML

Bijlage IX Deelnemerslijst expertronde

Naast de deelnemers aan de werkconferentie werd de concept richtlijn voorgelegd aan experts, waarvan de onderstaande hebben gereageerd:

- GGZ Nederland, juridische zaken, Mw. Mr. T. Stikker
- Vrije Universiteit Amsterdam, Dhr. Prof. Dr. A.J.F.M. Kerkhof
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, Dhr. Drs. A.F.W. Kok

Bijlage X Vignetten

De vignetten zijn ontleend aan de klinische praktijk, dat wil zeggen deze casus hebben zich recent voorgedaan. Ze kunnen dienen om in opleidingssituaties of in behandelingsteams te bespreken hoe men omgaat met dergelijke situaties. Het zijn geen geschiedenissen die volgens het boekje verlopen, ze weerspiegelen de weerbarstige praktijk en de dilemma's die zich daarin voordoen.

Een 48- jarige cliënte is al jaren bekend met polydruggebruik, ze krijgt een opiaatvervangende behandeling met methadon. Zij komt dagelijks op de post om haar methadon af te halen. Sinds kort is deze post van locatie veranderd en zijn er gebruikersruimtes aan toegevoegd. Cliënte heeft in het verleden diverse suïcidepogingen ondernomen variërend van een overdosis met pillen tot modder spuiten in een ader. Haar pogingen worden over het algemeen gezien als een roep om aandacht en passend bij haar persoonlijkheid, die met name trekken vertoont die passen bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het bijgebruik van heroïne en cocaïne lijkt de laatste maanden toe te nemen. Cliënte meldt zich op een dag met een afscheidsbrief bij de verslavingsarts. Zij wil geen opname, omdat zij thuis de zorg heeft over haar hondje. De arts bespreekt haar wens een einde te maken aan haar leven en het contrast met haar zorgen over haar hondje als ze zou worden opgenomen. De afscheidsbrief lijkt toch een manier om in gesprek te komen over haar uitzichtloze leven. De arts maakt op korte termijn een afspraak bij de psychiater. De avond voor de afspraak met de psychiater is cliënte, na gebruik van cocaïne, van haar flat op de 7^{de} verdieping gesprongen.

Een 30 -jarige vrouw wordt tijdens het weekend in de gebruikersruimte schreeuwend en om zich heen slaand aangetroffen. Zij is niet aanspreekbaar en lijkt hoogstwaarschijnlijk zich intraveneus een hoge dosering cocaïne te hebben toegediend. Met drie man wordt zij in bedwang gehouden. Zij heeft zich ook verwond aan een gebroken spiegel. Medecliënten geven aan dat zij al dagen 'doorhaalt': gebruiken, tippelen en weer gebruiken. De ambulance wordt gebeld door de verpleegkundige. Ze wordt naar het ziekenhuis gebracht. De verpleegkundige stelt de dienstdoende verslavingsarts niet op de hoogte, waardoor er geen overleg is geweest.

In de nabespreking enkele weken later blijkt de verpleegkundige met zeer ambivalente gevoelens te kampen ten opzicht van de patiënte. Eerder heeft ze met haar gesproken en gaf de patiënte aan dat ze zo'n goede band had met de verpleegkundige. Zelf had de verpleegkundige ook dat gevoel. Het zelfbeschadigende gedrag heeft de verpleegkundige als zeer krenkend ervaren vanwege de veronderstelde goede relatie. Uit boosheid heeft ze de 'zaak' snel afgewerkt en de collega's, waaronder de arts niet ingelicht.

Een 37- jarige man is vrijgekomen uit detentie alwaar hij naar eigen zeggen slecht is behandeld. Hij werd gestraft vanwege dealen en mishandeling van zijn ex-vrouw. Hij meldt zich bij de verslavingszorg voor methadon en hij wordt opnieuw ingesteld. Uit het urineonderzoek blijkt hij heroïne en cocaïne bij te gebruiken. Sinds zijn vrijlating is hij nauwelijks hanteerbaar. Hij dreigt vrijwel dagelijks zichzelf iets aan te doen met een mes. Op een dag heeft hij de daad bij het woord gevoegd en zich gesneden in de polsen, voor het pand van de dagopvang. Hij is meegenomen door de politie. De dagen erna uit hij zich opnieuw suïcidaal waarop de arts besluit de crisisdienst van de eigen instelling in te schakelen en vindt er overleg plaats door de arts met de crisisdienst van de GGZ. Deze geeft aan dat het beeld van cliënt hetzelfde is als een aantal dagen ervoor bij de beoordeling in de politiecel. Er is toen niet besloten tot een gedwongen opname. Een nieuwe beoordeling in het kader van de BOPZ wordt niet nodig geacht omdat er geen sprake is van een psychiatrisch toestandsbeeld, maar uitsluitend van antisociaal, dwingend gedrag. Uiteindelijk

krijgt cliënt tijdelijk onderdak bij een opvanghuis, ook daar wordt hij voortijdig weggestuurd. Twee dagen later wordt hij gevonden, met een naald in de arm. Geconstateerd wordt dat er sprake is van een overdosering, van verder onderzoek wordt daarom afgezien.

Colofon

Titel van publicatie

Suïcide in de verslavingszorg; richtlijn voor preventie, handelen na suïcide en nazorg voor hulpverleners

De publicatie is uitgebracht vanwege GGZ Nederland

Onder redactie van

Drs. M. de Jong, arts, Novadic-Kentron

Prof. Dr. C.A.J. de Jong, NISPA en Novadic-Kentron

De uitgave is tot stand gekomen in samenwerking met de Regiegroep richtlijnontwikkeling in de verslavingszorg waarin participeren het Platform 1^e geneeskundige in de verslavingszorg, Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, sectie verslaving, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde, Vereniging Verslavingsgeneeskunde Nederland.

Publicatienummer 2006 304

ISBN

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijk toestemming van de auteurs van deze richtlijn.