
Richtlijn verpleging en verzorging

Effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis

Deel A: Theoretische onderbouwing en aanbevelingen

Hogeschool INHOLLAND

Hogeschool INHolland

Institute of Advanced Studies and Applied Research ASAR

Lectoraat GGZ-Verpleegkunde



UMC Utrecht

Universitair Medisch Centrum Utrecht

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en

Eerstelijns Geneeskunde

Disciplinegroep Verplegingswetenschap

Utrecht / Amsterdam

2 maart 2008

Dit project is mogelijk gemaakt door een subsidie van:



Het verveelvoudigen en openbaar maken van de richtlijn in zijn geheel door middel van fotokopieën, waaronder begrepen het opslaan als PDF-bestand, is toegestaan mits de verantwoordelijke instanties en auteurs duidelijk worden vermeld.

Verantwoordelijke instanties

Hogeschool INHOLLAND
Institute of Advanced Studies and Applied Research ASAR
Lectoraat GGZ-Verpleegkunde
Postbus 403
1800 AK Alkmaar
Telefoon 072 5183456
www.inholland.nl
www.ggzverpleegkunde.nl

Universitair Medisch Centrum Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde
Disciplinegroep Verplegingswetenschap
Postbus 85060
3508 AB Utrecht
Telefoon 030 2538426
www.umcutrecht.nl

met medewerking van:

Schizofreniestichting
- Kenniscentrum voor zorg en beleid -
Oude Haagweg 353
2552 ES Den Haag
telefoon: 070 3917177
www.schizofreniestichting.nl

Verantwoordelijke auteurs

Dr. Berno van Meijel (Hogeschool INHOLLAND)
Ing. Esther Meerwijk, MSc. (UMC Utrecht)
Prof. dr. Jan van den Bout (Universiteit Utrecht)
Prof. dr. Mieke Grypdonck (UMC Utrecht / Universiteit Gent)

Samenvatting

Het doel van deze richtlijn is hulpverleners, in het bijzonder verpleegkundigen, te ondersteunen in het effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis. De totale richtlijn bestaat uit twee delen (deel A en B) en twee losse werkboeken voor gebruik in de praktijk.

In het voorliggende deel van de richtlijn (deel A) wordt een theoretische onderbouwing van de richtlijn gegeven die resulteert in aanbevelingen voor het begeleiden van patiënten met schizofrenie bij wie sprake is van suïcidaliteit. Deze onderbouwing is hoofdzakelijk gebaseerd op een Amerikaanse richtlijn van de *American Psychiatric Association* die is verschenen in 2003 onder de titel *Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*. Aanvullend is gebruik gemaakt van literatuur die vanaf 2002 is gepubliceerd.

In deel B zijn de aanbevelingen specifiek uitgewerkt voor de verpleegkundige beroepsgroep. Daar worden ook de werkboeken verder toegelicht.

Inhoud

Verantwoordelijke instanties	1
Samenvatting.....	2
1 Introductie	4
1.1 Doel	5
1.2 Doelgroep	5
1.3 Opbouw van de richtlijn	6
1.4 Voorwaarden voor effectieve implementatie van de richtlijn	7
1.5 Methodische verantwoording	8
1.6 Definities	9
1.7 Herziening en actualisering	9
2 Beoordeling en behandeling van suïcidaliteit.....	10
2.1 Beoordeling van suïcidaliteit.....	10
2.2 Suïcidaliteit en schizofrenie	13
2.3 Inschatting van het suïciderisico	14
2.4 Psychiatrisch management	20
2.5 Behandeling.....	21
3 Aanbevelingen.....	25
Gebruikte literatuur	32
Bijlage A : Betrokken adviseurs, experts en organisaties.....	35
Bijlage B : Methodische verantwoording	37
Bijlage C : Criteria om implementatie te toetsen.....	43

1 Introductie

Schizofrenie is een ernstige psychiatrische aandoening die diep ingrijpt in de levens van de mensen die aan deze ziekte lijden. De patiënten worden in hun leven vaak geconfronteerd met grote verliezen op verschillende levensgebieden. Door de ziekte worden zij in meer of mindere mate afhankelijk van anderen (hulpverlening, familie en vrienden). Meer dan eens moeten studies en carrière's worden afgebroken, de vriendenkring neemt af, hobby's kunnen niet meer worden uitgevoerd et cetera. De patiënt is na het uitbreken van de ziekte niet meer 'de oude'. In algemene zin kan men spreken van optredend rol- en functieverlies bij de patiënt wat leidt tot verslechtering van het persoonlijke en maatschappelijke functioneren.

De patiënt staat voor de grote opgave te leren omgaan met de ziekte en de gevolgen ervan. Het leven moet opnieuw worden opgebouwd met aangepaste doelen. De toekomstverwachtingen moeten worden bijgesteld. Veel patiënten slagen er op den duur in – soms met vallen en opstaan - een nieuw persoonlijk evenwicht te bereiken. Ondanks de concessies die zij aan het leven moeten doen, kunnen zij overwegend vrede hebben met de nieuwe levenssituatie en ervaren zij de kwaliteit van hun leven als voldoende.

Helaas is het zo dat een deel van de patiënten niet of slechts heel moeilijk tot aanvaarding van de ziekte en de nieuwe levenssituatie kan komen. De gevoelens van demoralisatie en wanhoop kunnen zo overweldigend zijn dat zij zo niet verder willen leven en in het uiterste geval een einde aan hun leven maken. Het leven met schizofrenie is in hun beleving te zwaar om te dragen. Suïcide kan dan een keuze zijn na een rationele afweging. Leven met schizofrenie betekent dat deze ziekte soms heel letterlijk overleefd moet worden. In sommige gevallen zijn het de psychotische symptomen (bijvoorbeeld paranoïde wanen en extreme angst) die de patiënt drijven tot een (impulsieve) suïcide of een poging daartoe.¹

De persoon met schizofrenie die vecht voor zijn herstel, die zoekt naar antwoorden op zijn levensvragen, die behoefte heeft aan ondersteuning en bekrachtiging, die de teleurstellingen over een leven met schizofrenie probeert te verwerken, die soms wordt beheerst door gevoelens van demoralisatie, hopeloosheid en suïcidale gedachten, deze persoon verdient optimale behandeling en begeleiding door de hulpverleners. De hulpverlening aan suïcidale patiënten met schizofrenie stelt zeer hoge eisen aan de hulpverlener. Uit de praktijk en uit onderzoek blijkt echter dat hulpverleners zich veelal onvoldoende in staat achten om goed met deze patiënten om te gaan.^{17;19;20} Zij vinden het moeilijk om een goede inschatting te maken van het suïciderisico bij de patiënt. En als men het vermoeden heeft dat een patiënt suïcidaal is: hoe kan men dit dan op een goede manier met de patiënt bespreekbaar maken? En welke interventies kunnen vervolgens worden ingezet om de patiënt zo

optimaal mogelijk te begeleiden met zijn problemen en noden, om hiermee hopelijk ook het suïciderisico te kunnen verminderen?

De voorliggende richtlijn biedt ondersteuning aan hulpverleners in de behandeling en begeleiding van suïcidale patiënten met schizofrenie. Dit kan zowel in een ambulante, poliklinische of klinische setting zijn. Het is duidelijk dat we bij suïcidale patiënten te maken hebben met zeer complexe problematiek. Met de uitvoering van de aanbevelingen uit deze richtlijn moet recht worden gedaan aan deze complexiteit. En we moeten ons realiseren dat met de uitvoering van deze aanbevelingen het probleem van suïcidaliteit nooit volledig beheersbaar zal worden. Sommige patiënten zijn zo vasthoudend in hun besluit om een einde aan hun leven te maken dat het in de praktijk niet altijd te voorkomen is dat ze hun besluit daadwerkelijk uitvoeren. Werken met suïcidale patiënten betekent voor de hulpverlener dan ook werken met een hoge mate van onzekerheid en onvoorspelbaarheid. Deze onzekerheid moet je als hulpverlener leren accepteren en het niet willen oplossen.

1.1 Doel

Het doel van deze richtlijn is hulpverleners, in het bijzonder verpleegkundigen, te ondersteunen in het effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis. Hierbij staan drie subdoelen centraal, namelijk om hulpverleners te ondersteunen bij het:

1. bespreekbaar maken van suïcidaliteit met de patiënt;
2. inschatten van het suïciderisico bij de patiënt;
3. selecteren en uitvoeren van interventies in geval van aanwezige suïcidaliteit.

Het overstijgende doel is daarbij niet alleen het verminderen van het suïciderisico, maar ook het ondersteunen van de patiënt bij het hervinden van een nieuw levensperspectief en het verhogen van zijn kwaliteit van leven.

1.2 Doelgroep

Hulpverleners

De richtlijn kan worden toegepast door hulpverleners die verantwoordelijk zijn voor de directe behandeling en begeleiding van patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis. Binnen deze richtlijn wordt het multidisciplinaire kader voor de behandeling en begeleiding van suïcidale patiënten beschreven. De praktische uitwerking van de richtlijn vindt specifiek plaats ten behoeve van de verpleegkundige discipline. Dit gebeurt vanuit de motivatie dat verpleegkundigen een

belangrijk deel van de dagelijkse zorg verlenen aan schizofrene patiënten en dat zij binnen deze context van zorgverlening ook frequent met suïcidaliteit worden geconfronteerd. De kwaliteit van zorg voor suïcidale patiënten met schizofrenie kan naar verwachting toenemen wanneer verpleegkundigen in hun begeleidingscontacten beter worden toegerust om suïcidaliteit te herkennen, hierover in gesprek komen met de patiënt en passende interventies uitvoeren. De interventies van de verpleegkundige vinden in multidisciplinaire afstemming plaats onder eindverantwoordelijkheid van de behandelaar.

Patiënten

De richtlijn is primair bestemd voor toepassing bij patiënten met schizofrenie, schizofreniforme stoornis of schizoaffectieve stoornis. Omwille van de leesbaarheid zal deze doelgroep in het navolgende meestal worden aangeduid als 'patiënten met schizofrenie'.

1.3 Opbouw van de richtlijn

De richtlijn bestaat uit twee delen (deel A en B) en verder uit twee losse werkboeken voor gebruik in de praktijk. In deel A van de richtlijn wordt een theoretische onderbouwing van de richtlijn gegeven die resulteert in aanbevelingen voor hulpverleners. In deel B worden die aanbevelingen specifiek uitgewerkt voor de verpleegkundige beroepsgroep in de vorm van aanwijzingen voor gegevensverzameling, systematische risico-inschatting en interventies. In de twee werkboeken voor de praktijk worden de basisanamnese en de voortgezette anamnese beschreven. Deze anamneses spelen een centrale rol bij de gegevensverzameling en het kiezen van interventies.

Het vervolg van deel A van de richtlijn is als volgt opgebouwd:

- eerst wordt een korte *methodische verantwoording* van de richtlijn gegeven;
- vervolgens worden *definities van begrippen* uitgewerkt die in deze richtlijn veel worden gebruikt;
- daarna worden de belangrijkste aspecten van de *beoordeling, behandeling van en zorg aan suïcidale patiënten* beschreven. Hierbij wordt ook ingegaan op specifieke aspecten van *suïcidaliteit bij schizofrenie*;
- vervolgens worden *aanbevelingen* geformuleerd die samen het multidisciplinaire kader vormen van de zorg voor suïcidale patiënten met schizofrenie.

Naar gebruikte literatuur wordt in de richtlijn verwezen met eindnoten in superscript.

1.4 Voorwaarden voor effectieve implementatie van de richtlijn

Om de richtlijn binnen uw organisatie te gaan gebruiken zijn geen organisatorische wijzigingen nodig. Uiteraard moet de richtlijn binnen de organisatie goed worden geïntroduceerd, maar het gebruik van de werkboeken voor basisanamnese en voortgezette anamnese is mogelijk binnen de huidige praktijkvoering, zowel de klinische als de ambulante.

De richtlijn biedt ondersteuning bij het opstellen van een interventieplan gericht op het verminderen van het suïciderisico. De richtlijn beschrijft hoe een interventieplan kan worden opgesteld, maar het verdient de voorkeur dat dit interventieplan wordt geïntegreerd binnen de bestaande structuur van het zorgdossier van de patiënt (behandelplan, verpleegplan, crisisplan et cetera). Afhankelijk van uw bestaande praktijk kan invoering van de richtlijn aanpassingen binnen deze structuur nodig maken.

Om deze richtlijn effectief in te zetten binnen uw organisatie is het van belang om aandacht te besteden aan implementatie en scholing. Voor de implementatie van deze richtlijn is een goed uitgewerkt implementatieplan nodig. Hierin dienen in ieder geval de volgende punten uitgewerkt te zijn:

- de doelen die men concreet beoogt met de invoering van de richtlijn;
- de concrete resultaten die invoering van de richtlijn voor de organisatie op moeten leveren;
- een sterkte/zwakte –analyse waarin de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van de richtlijn worden geanalyseerd;
- een plan van aanpak met bijbehorend tijdsplan waarin de verschillende stappen van de invoering van de richtlijn worden besproken, rekening houdend met de uitgevoerde sterkte/zwakte-analyse. Wellicht moeten vooraf eerst activiteiten worden verricht gericht op verandering van specifieke factoren die de invoering van de richtlijn belemmeren. Gedacht kan worden aan het bevorderen van draagvlak onder leidinggevendend, motivatie van medewerkers en financiële randvoorwaarden voor de invoering;
- de wijze van evaluatie van de invoering van de richtlijn.

Ter ondersteuning van de invoering van de richtlijn is een scholingsmodule opgesteld. De scholing kan via het lectoraat GGZ-verpleegkunde van de Hogeschool INHOLLAND aan medewerkers van uw instelling worden aangeboden. Deze scholing wordt sterk aanbevolen ten behoeve van een adequate toepassing van de richtlijn. Onderwerpen die tijdens de scholing vooral aandacht krijgen zijn de beleving van de suïcidale patiënt met schizofrenie, de achtergronden van suïcidaal gedrag, het werken met de richtlijn in de praktijk en de training van vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Nadere informatie over de scholing is te verkrijgen via het lectoraat (zie pagina 1).

Het gebruik van de richtlijn brengt geen aanvullende operationele kosten met zich mee omdat de richtlijn kan worden geïntegreerd in de bestaande praktijkvoering van de verpleegkundigen. Voor

zover er kosten zijn, hebben die te maken met scholing en introductie van de richtlijn binnen uw organisatie.

Om na te kunnen gaan of de richtlijn in de praktijk wordt toegepast kan gebruik worden gemaakt van indicatoren. Bijlage C gaat hier nader op in.

1.5 Methodische verantwoording

De aanbevelingen in dit deel van de richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op een Amerikaanse richtlijn die is opgesteld door de *Work Group on Suicidal Behaviors* en die is uitgegeven door de *American Psychiatric Association* (APA). Deze richtlijn is verschenen in 2003 en is getiteld *Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*.²¹ Deze richtlijn is – zoals uit de titel blijkt – niet specifiek gericht op patiënten met schizofrenie, maar op de algemene patiëntenpopulatie. Aan deze richtlijn hebben een groot aantal deskundigen meegewerkt. Er is een zeer uitvoerig en wetenschappelijk verantwoord literatuuronderzoek uitgevoerd. Conceptversies van die richtlijn zijn beoordeeld door zes verschillende organisaties en 60 individuele professionals. We mogen er dus op vertrouwen dat deze Amerikaanse richtlijn de state-of-the-art kennis op het gebied van de behandeling en begeleiding van suïcidale patiënten adequaat weergeeft.

Aanvullend op deze APA-richtlijn is gezocht naar relevante wetenschappelijke publicaties vanaf 2002. In de literatuurlijst is een indicatie gegeven van de wetenschappelijke kwaliteit van de publicaties die naast de APA-richtlijn zijn gebruikt. Bij de uitwerking van interventies is mede gebruik gemaakt van de *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie* van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ uit 2005.⁹ Verder zijn de interventies gebaseerd op expertkennis.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn zijn professionals uit de praktijk geraadpleegd die de opstellers adviseerden over de inhoud en vormgeving van de richtlijn (Ontwikkeldgroep). Het betrof vier verpleegkundigen en een psycholoog, allen met uitvoerige ervaring in de zorg voor patiënten met schizofrenie. De ontwikkelde conceptrichtlijn is vervolgens ter toetsing voorgelegd aan een multidisciplinair samengesteld expertpanel (Expertgroep). De commentaren van deze experts zijn verwerkt in de definitieve versie van de richtlijn.

De bruikbaarheid van de richtlijn is tot slot getoetst in twee instellingen waar de richtlijn werd geïmplementeerd en geëvalueerd door 21 verpleegkundigen. De resultaten van deze toetsing zijn verwerkt in de definitieve versie van de richtlijn.

Alle betrokken adviseurs, experts en organisaties zijn weergegeven in Bijlage A. Een meer uitgebreide methodische verantwoording van de ontwikkeling van deze richtlijn is weergegeven in Bijlage B.

1.6 Definities

In deze richtlijn gaan we uit van de volgende definities (gebaseerd op de APA-richtlijn).

Suïcide

De bij zichzelf teweeggebrachte dood waarbij er (impliciet of expliciet) aanwijzingen zijn dat de persoon de bedoeling had te overlijden.

Suïcidepoging

Zelfbeschadigend gedrag met een niet-dodelijke afloop waarbij er (impliciet of expliciet) aanwijzingen zijn dat de persoon de bedoeling had te overlijden.

Suïcidale ideatie

De aanwezigheid van regelmatig terugkerende gedachten die samenhangen met zelfdoding.

Suïcidale intentie

De drang en wens tot zelfbeschadigend gedrag dat de dood tot gevolg heeft.

Suïcidale plannen

Plannen, al of niet vastgelegd op papier of anderszins, over de concrete methode, omstandigheden of tijdstip om zichzelf te doden.

1.7 Herziening en actualisering

Om steeds volgens de laatste stand van zaken zorg te blijven geven is het belangrijk om een richtlijn regelmatig te actualiseren. Het Lectoraat GGZ-Verpleegkunde van Hogeschool INHOLLAND neemt de verantwoordelijkheid op zich om deze richtlijn eens in de vijf jaar te actualiseren. Daarvoor zal een literatuuronderzoek naar nieuw wetenschappelijk inzicht worden uitgevoerd. Voorstellen tot wijziging worden beoordeeld op hun consequenties voor de praktijk. Dit zal in eerste instantie door de auteurs gebeuren, en indien nodig zal gebruik worden gemaakt van externe experts. De eerstvolgende herziening zal uiterlijk in 2012 plaatsvinden.

2 Beoordeling en behandeling van suïcidaliteit

In dit hoofdstuk wordt het multidisciplinaire kader geschetst voor de behandeling en begeleiding van suïcidale patiënten. De tekst is grotendeels ontleend aan de eerdergenoemde richtlijn van de *American Psychiatric Association*, getiteld *Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. De tekst heeft betrekking op de behandeling en begeleiding van suïcidale patiënten in zijn algemeenheid. In paragraaf 2.2 en 2.3 zal specifiek ingegaan worden op suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis.

Bij de conclusies en aanbeveling in deze tekst staan coderingen aangegeven in Romeinse cijfers die verwijzen naar het bijhorende niveau van wetenschappelijke bewijskracht. De APA-richtlijn hanteert de volgende drie niveaus:

- [I] Aanbeveling met een sterke wetenschappelijke bewijskracht
- [II] Aanbeveling met een matige wetenschappelijke bewijskracht
- [III] Aanbeveling op basis van expertkennis en/of ervaring

2.1 Beoordeling van suïcidaliteit

Het psychiatrische onderzoek is een essentieel onderdeel bij de beoordeling van suïcidaliteit [I]. Dit onderzoek richt zich op de medisch-psychiatrische geschiedenis van de patiënt, evenals op diens huidige psychiatrische toestandbeeld. Psychiatrisch onderzoek draagt bij aan:

1. vaststelling van specifieke factoren of kenmerken die bijdragen aan het suïciderisico of suïcidaal gedrag. De mogelijkheid bestaat dat deze factoren middels interventies te beïnvloeden zijn waardoor het suïciderisico vermindert;
2. vaststelling van de veiligheid van de patiënt en de bepaling van de meest geschikte behandelsetting;
3. psychiatrische diagnostiek die mede de basis vormt voor de behandeling en begeleiding.

De mogelijkheden tot beoordeling van suïcidaliteit zijn onder meer afhankelijk van de setting waar de patiënt verblijft, van de mogelijkheden en bereidheid van de patiënt om informatie te verschaffen, en van de beschikbaarheid van informatie uit eerdere contacten met de patiënt of uit andere bronnen (hulpverleners, familieleden of medische status).

Er zijn verschillende suïcidebeoordelingsschalen ontwikkeld, vooral voor onderzoeksdoeleinden.¹³ Deze schalen kunnen worden gebruikt ter ondersteuning van de beoordeling van suïcidaliteit, maar kunnen zeker niet gebruikt worden als voorspellende instrumenten. De waarde van

de beschikbare instrumenten om suïcide in het individuele geval te voorspellen is zeer beperkt. Ze kunnen echter wel een aanvulling vormen op een grondige klinische beoordeling [I]. Een voorbeeld van een dergelijke schaal is de *InterSePT Scale for Suicidal Thinking*.¹⁰ Tabel 1 biedt een overzicht van de kenmerken en aspecten die geëvalueerd dienen te worden bij suïcidale patiënten. Deze tabel is gebaseerd op de APA-richtlijn.

Tabel 1: Beoordeling van suïcidale patiënten

Huidige presentatie van suïcidaliteit

- Suïcidale gedachten, plannen, gedragingen en intentie.
- Specifieke methoden die overwogen worden voor suïcide, inclusief de *feitelijke* dodelijkheid van deze methoden en de *verwachte* dodelijkheid zoals beoordeeld door de patiënt. Tevens bepaling van de beschikbaarheid van (vuur-)wapens.
- Aanwijzingen voor hopeloosheid, impulsiviteit, anhedonie (onvermogen om te genieten), paniekaanvallen of angst.
- Levensdoelen en toekomstplannen (vooral het afwezig zijn daarvan).
- Alcohol- en ander middelenmisbruik samenhangend met de suïcidale presentatie.
- Gedachten, plannen en intentie tot het plegen van geweld jegens anderen.

Psychiatrische stoornissen

- Huidige symptomen van psychiatrische stoornissen, met speciale aandacht voor stemmingsstoornissen, schizofrenie, middelenmisbruik, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.
- Eerdere psychiatrische stoornissen en behandelingen, met bijzondere aandacht voor het behandelverloop en eerdere behandelresultaten.

Geschiedenis

- Eerdere suïcidepogingen, voortijdig afgebroken suïcidepogingen, of andere vormen van zelfbeschadigend gedrag.
- Vroegere of huidige medische diagnoses en behandelingen, inclusief chirurgische ingrepen en ziekenhuisopnames.
- Familiegeschiedenis van suïcide of suïcidepogingen. Familiegeschiedenis van psychiatrische ziekten, inclusief middelenmisbruik.

Psychosociale situatie

- Actuele psychosociale crises of chronische psychosociale stressoren, waaronder interpersoonlijke verliezen, financiële problemen of veranderingen in de socio-economische status, familieruzie, huiselijk geweld, seksueel of fysiek misbruik of verwaarlozing (nu of in het verleden).
- Werknemerstatus, leefsituatie, aanwezigheid van kinderen, aanwezigheid van externe steun.

Tabel 1: Beoordeling van suïcidale patiënten

- Familie- / gezinssamenstelling en de kwaliteit van de relaties daarbinnen.
- Culturele en religieuze opvattingen over dood of suïcide.

Individuele sterkten en kwetsbaarheden

- Copingvaardigheden.
- Persoonlijkheidskenmerken.
- Eerdere reacties op stress.
- Mate van realiteitstoetsing.
- Vermogen om psychisch leed te verdragen en om persoonlijke behoeften te bevredigen.

Bij de beoordeling van suïcidale patiënten kan de informatie afkomstig zijn van de patiënt zelf, maar ook van andere bronnen, zoals familieleden, vrienden en andere leden van het sociale netwerk van de patiënt. De contacten met deze personen kunnen meteen benut worden om het sociale netwerk van de suïcidale patiënt te versterken. Dit doel kan worden bereikt zonder dat de vertrouwelijkheid van het contact tussen hulpverlener en patiënt wordt geschaad. In situaties waarin het uitwisselen van informatie van essentieel belang is voor de veiligheid van de patiënt en van anderen is het, vanwege uw plicht om goede zorg te verlenen, toegestaan en zelfs vereist om deze informatie te delen met relevante personen, ook wanneer de patiënt hiervoor geen toestemming geeft [I].

Het zal niet in alle situaties mogelijk zijn om al de genoemde informatie op korte termijn te verkrijgen. Het is dan van belang de aandacht in eerste instantie te richten op die aspecten die als het meest relevant worden beoordeeld (bijvoorbeeld vanwege de veiligheid van de patiënt). Volgende contacten kunnen dan worden aangewend om aanvullende informatie te verzamelen.

Het eenvoudigweg informeren bij de patiënt naar suïcidale ideaties en gedragingen zal niet altijd de gewenste informatie opleveren. Mogelijk beïnvloeden culturele en religieuze opvattingen over dood en suïcide de bereidheid van de patiënt om over suïcidaliteit te spreken gedurende de periode van beoordeling. Het is dus wenselijk de culturele en religieuze opvattingen van de patiënt over leven en dood te verkennen, in het bijzonder gerelateerd aan suïcide [II]. Wanneer suïcide strijdig is met opvattingen en overtuigingen van de patiënt of diens omgeving, maar voor de patiënt toch een aantrekkelijke optie of zelfs de enige optie is, kan dit voor de patiënt een extra reden zijn om het onderwerp te vermijden.

In het geval van een geschiedenis van suïcidepogingen, voortijdig afgebroken suïcidepogingen of andere vormen van zelfbeschadigend gedrag, is het van belang informatie te verkrijgen over de timing, de suïcidale intentie, de methoden en de gevolgen van het suïcidale gedrag [I]. Ook moet de context worden vastgesteld waarbinnen het suïcidale gedrag optrad en of dit gedrag optrad in combinatie met een alcoholintoxicatie, chronisch alcoholmisbruik of misbruik van andere middelen

[II]. Voor patiënten die in psychiatrische behandeling zijn of waren, is het van belang de sterkte en de stabiliteit van de therapeutische relatie vast te stellen [II].

Bij patiënten die melding maken van specifieke methoden voor suïcide is het belangrijk de verwachtingen van de patiënt over de dodelijkheid van deze methoden vast te stellen. De mogelijkheid bestaat dat de feitelijke dodelijkheid groter is dan de door de patiënt verwachte dodelijkheid. Hierdoor kan de patiënt komen te overlijden terwijl de suïcidale intentie relatief laag is [I]. De omgekeerde situatie kan ook optreden: de patiënt is in de veronderstelling voor dodelijke middelen te hebben gekozen terwijl deze feitelijk niet dodelijk zijn, waardoor hij niet overlijdt.

Het suïciderisico moet als hoog worden ingeschat bij patiënten met een hoge suïcidale intentie, vooral wanneer zij uitgewerkte suïcideplannen hebben met gewelddadige en onomkeerbare methoden [I]. Wanneer de patiënt toegang heeft tot dodelijke wapens dient met de patiënt en met andere leden van het sociaal netwerk besproken te worden hoe de toegang tot deze wapens verhinderd kan worden [I].

De schriftelijke vastlegging van de beoordeling van de suïcidale patiënt is essentieel met het oog op de continuïteit van zorg (overdracht) en de mogelijkheid tot evaluatie achteraf [I]. Dit geldt ook voor het overleg dat is gevoerd met andere hulpverleners, familieleden of met andere leden van het sociaal netwerk van de patiënt [I]. Ook afspraken betreffende de toegang tot dodelijke wapens dienen schriftelijk te worden vastgelegd [I].

2.2 Suïcidaliteit en schizofrenie

In een groot aantal studies is aangetoond dat patiënten met schizofrenie of een aanverwante stoornis een (sterk) verhoogd risico op suïcide hebben vergeleken met de normale bevolking. Hoe groot het suïcidepercentage nu werkelijk is, is nog onderwerp van debat. De schatting van het *life-time* risico – dat wil zeggen het risico dat een patiënt met schizofrenie op enig moment in zijn leven suïcide pleegt – varieert van 4 tot 15% in verschillende studies. De uiteenlopende percentages kunnen voor een deel verklaard worden door verschillen in patiëntenpopulaties en onderzoeksmethodologie in de verschillende studies. Een recente meta-analyse schat het *life-time* risico op 4,9%.¹³

Suïcidale *ideaties* en *suïcidepogingen* komen frequent voor bij patiënten met schizofrenie. Verschillende studies, waarbij patiënten met schizofrenie gedurende langere tijd werden gevolgd, rapporteren cijfers voor suïcidale ideaties van 40 – 53% en voor eerdere suïcidepogingen van 23 – 55%. Voor patiënten met een schizo-affectieve stoornis ligt dit cijfer wellicht nog hoger. Patiënten rapporteren dat deze suïcidepogingen vaak vooraf werden gegaan door depressieve gevoelens, stressoren en psychotische symptomen. De suïcidepogingen onder patiënten met schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis hadden vaak ernstige medische gevolgen en werden gekenmerkt door een hoge suïcidale intentie. Recent onderzoek heeft bevestigd dat patiënten met een schizo-affectieve stoornis een hoger risico op suïcide hebben dan patiënten met schizofrenie.^{3;7}

Suicide bij schizofrenie treedt relatief frequent op in de eerste jaren van de ziekte, waarbij de periode na ziekenhuisopname wordt aangemerkt als een periode van verhoogd risico. Het verhoogde risico blijft echter bestaan gedurende het leven van de patiënt. Een chronisch ziektebeloop, herhaaldelijke klinische opnames en eerdere suïcidepogingen zijn belangrijke risicofactoren. Verder worden bij schizofrene patiënten als risicofactoren aangemerkt: mannelijk geslacht, jongere leeftijd (jonger dan 30 jaar) en sociale isolatie. Het suïciderisico lijkt ook verhoogd te zijn gedurende periodes van verbetering na een psychotische terugval of gedurende periodes waarin een depressieve stemming bij de patiënt aanwezig is (inclusief de zogenaamde postpsychotische depressie).

2.3 Inschatting van het suïciderisico

Suicide is een relatief weinig voorkomend fenomeen, zelfs binnen groepen met een hoog risico. Suïcidale ideatie en eerdere suïcidepogingen zijn belangrijke risicofactoren voor een geslaagde suïcide, maar desondanks zal het overgrote deel van de personen mét deze risicofactoren géén suïcide plegen. De betrekkelijke zeldzaamheid van suïcide maakt het onmogelijk suïcide adequaat te voorspellen, ook bij aanwezigheid van meerdere belangrijke risicofactoren.

Deze onmogelijkheid tot adequate voorspelling mag echter niet tot de conclusie leiden dat risicofactoren onbelangrijk zijn, en zeker niet dat suïcidale patiënten onbehandelbaar zijn. Een centraal doel in de behandeling van suïcidale patiënten is de deskundige inschatting van deze risicofactoren (en ook van beschermende factoren), met het doel om via effectieve behandelvormen het risico van suïcide te beperken [I]. Bij de afweging van risicofactoren en beschermende factoren zijn de volgende aspecten van belang:

- aanwezigheid van psychiatrische ziekte(n);
- specifieke psychiatrische symptomen, zoals hopeloosheid, angst, agitatie of ernstige suïcidale ideaties;
- specifieke omstandigheden, zoals psychosociale stressoren en de beschikbaarheid van middelen om suïcide te plegen;
- andere factoren, zoals genetische, medische, psychologische of psychodynamische factoren [I].

Tabel 2 biedt een overzicht van de belangrijkste factoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico. De risicofactoren staan in willekeurige volgorde. De tabel is gebaseerd op de APA-richtlijn en is van toepassing op de algemene populatie. De laatste sectie van de tabel geeft een aantal risicofactoren weer die specifiek in verband worden gebracht met schizofrenie.

Recent is door Hawton en zijn medewerkers een meta-analyse uitgevoerd naar risicofactoren bij schizofrenie.⁸ De (algemene) risicofactoren die zowel in de APA-richtlijn als in die meta-analyse

worden beschreven, en dus van toepassing lijken te zijn op patiënten met schizofrenie, zijn in *Tabel 2* gemarkeerd met een asterisk (*) in superscript. Superscript letters verwijzen naar eindnoten onderaan de pagina, en superscript cijfers naar literatuur achter in dit document.

Tabel 2: Factoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico

Suïcidale gedachten/gedragingen

- Suïcidale ideaties (nu of in het verleden) *
- Suïcidale plannen (nu of in het verleden)
- Eerdere suïcidepogingen *
- Dodelijkheid van de suïcidale plannen of pogingen hiertoe
- Suïcidale intentie

Psychiatrische diagnoses

- Schizofrenie
- Depressieve stoornis *
- Bipolaire stoornis
- Anorexia nervosa
- Middelenafhankelijkheid *^a
- Cluster B persoonlijkheidsstoornissen (i.h.b. borderline persoonlijkheidsstoornis)^b
- Co-morbiditeit van as I en as II stoornissen

Lichamelijke ziekten^c

- Neurologische aandoeningen
- Oncologische aandoeningen
- HIV/AIDS
- Chronische pijn
- Functionele aandoeningen

Psychosociale kenmerken

- Gebrek aan sociale steun (inclusief het alleen wonen)
- Werkloosheid^d

^a De meta-analyse van Hawton et al. noemt alleen drugs als risicoverhogend. Voor alcohol werd geen associatie gevonden.

^b Moran concludeert dat bij psychotische stoornissen elke persoonlijkheidsstoornis een significant hoger risico op suïcide geeft.¹²

^c Hawton et al. vonden geen associatie tussen lichamelijke ziekten en het suïciderisico.

^d Hawton et al. vonden geen significant verband tussen het hebben van werk en het suïciderisico.

Tabel 2: Factoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico

- Verlies van sociaal-economische status
- Slechte verstandhouding met familieleden ^e
- Huiselijk geweld ^f
- Recente stressvolle levensgebeurtenissen

Trauma's in de kindertijd

- Seksueel en lichamelijk misbruik ^g

Genetische en familiale aspecten

- Suïcide in de familie (voornamelijk eerstegraads verwanten) *
- Psychiatrische stoornissen in de familie (waaronder middelenafhankelijkheid) * ^h

Psychologische kenmerken

- Hopeloosheid *
- Psychische pijn ^e
- Ernstige en aanhoudende angst
- Paniekaanvallen
- Schaamte en vernedering ^e
- Psychologische verwarring ^e
- Verminderde zelfwaardering * ^e
- Extreme narcistische kwetsbaarheid ^e
- Impulsiviteit *
- Agressief gedrag ⁱ
- Agitatie *

Cognitieve kenmerken

- Verlies van executieve functies ^f
- Vernauwing van het denken (tunnelvisie)
- Denken in uitersten
- Geslotenheid

^e Gebaseerd op klinische expertise.

^f Geassocieerd met een verhoogd risico van een suïcidepoging.

^g Roy concludeert dat seksueel, lichamelijk en emotioneel misbruik en verwaarlozing een significant hoger risico geven voor een suïcidepoging bij patiënten met schizofrenie.¹⁶

^h Hawton et al. noemen alleen depressie als risicofactor.

ⁱ Hawton et al. vonden in de meta-analyse geen significant verband tussen agressie en suïciderisico, maar benoemen dat er grote verschillen in bevindingen zijn tussen de studies onderling.

Tabel 2: Factoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico

Demografische kenmerken

- Mannelijk geslacht *^j
- Verlies van partner via overlijden of scheiding, alleenstaand zijn (in het bijzonder voor mannen)^k
- Hogere leeftijd
- Adolescentie en jongvolwassen leeftijd^l
- Blanke huidskleur *
- Homo- of biseksualiteit

Overige algemene factoren

- Beschikbaarheid van vuurwapens
- Middelenintoxicatie
- Onstabiele of slechte therapeutische relatie^f

Factoren specifiek voor schizofrenie

- Eerste jaren na het uitbreken van de ziekte
- Periode van herstel na een psychotische episode
- Momenten van transities in zorg (ontslag)^m
- Chronisch ziektebeloop en multiële psychiatrische opnames
- Relatief hoog niveau van premorbide functioneren gevolgd door een ernstige achteruitgang in functioneren ten gevolge van de ziekte schizofrenieⁿ
- Inzicht in de gevolgen van de aandoening en een realistisch besef van het verlies van capaciteiten^o
- afwezigheid van vertrouwen dat behandeling de verloren gegane capaciteiten zal kunnen herstellen
- Aanwezigheid van psychotische symptomen *^p
- Angst voor mentale desintegratie *^q

^j Vrouwen hebben ten opzichte van mannen een verhoogd suïciderisico voor suïcidepogingen.

^k Hawton et al. noemen het alleen wonen als risicoverhogend.

^l Hawton et al. lieten leeftijd in de meta-analyse buiten beschouwing.

^m Qin and Nordentoft concluderen dat de eerste week na opname en ontslag gepaard gaat met een verhoogd suïciderisico.¹⁵

ⁿ Hawton et al. noemen als trend dat een hoger opleidingsniveau het suïciderisico verhoogt.

^o Hawton et al. vonden in hun meta-analyse geen associatie met inzicht als gevolg van tegenstrijdige onderzoeksbevindingen.

^p Hawton et al. noemen met name paranoïde ideatie en achterdocht als risicoverhogend. Fialko constateerde dat gehoorshallucinaties en wanen met een schuldinducerend karakter een hoger risico geven op suïcidale ideatie.⁶

^q Wordt niet genoemd in de APA-richtlijn maar wel door Hawton et al.

Tabel 2: Factoren die samenhangen met een verhoogd suïciderisico

- Recente verlieservaringen *^q
- Slechte therapietrouw *^q
- Verstoord slaappatroon *^r

Het is van belang te realiseren dat risicofactoren niet óf aanwezig óf afwezig zijn, maar dat ze kunnen variëren in intensiteit. Ze kunnen een risico vormen voor bepaalde personen, maar niet voor anderen. Of ze kunnen bijvoorbeeld een risico gaan vormen wanneer ze in combinatie optreden met bepaalde psychosociale stressoren.

De APA-richtlijn beschrijft dat psychotische symptomen frequent aanwezig zijn tijdens een suïcide(poging) door patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis. Hawton e.a. geven echter aan dat hallucinaties in het algemeen risicoverlagend zijn ten aanzien van suicidaliteit. Zij vinden ook geen verband tussen wanen en suïcidaliteit. Daarbij is echter geen onderscheid gemaakt naar verschillende soorten psychotische symptomen. Een recente studie wijst op het belang van de emotionele inhoud van de hallucinaties en wanen.⁶ Met name een negatieve inhoud, de tijdsduur gedurende welke de symptomen spanning veroorzaken en de intensiteit daarvan zouden bepalend zijn voor het suïciderisico. Bevelshallucinaties vormen bij slechts een bescheiden deel van de patiënten de directe aanleiding tot de suïcide.

Er bestaat in de wetenschappelijke literatuur weinig overeenstemming over de relatie tussen ziekteinzicht en suïciderisico. De APA-richtlijn schrijft dat het suïciderisico in het bijzonder verhoogd is bij patiënten die een goed inzicht hebben in de gevolgen van de ziekte, vooral wanneer dit inzicht gepaard gaat met gevoelens van hopeloosheid. Het suïciderisico zou eveneens verhoogd zijn bij de patiënten die goed zicht hebben op de verloren gegane persoonlijke capaciteiten, vooral wanneer zij pessimistisch zijn over het herstel ervan. Juist patiënten met een hoog niveau van premorbide en intellectueel functioneren zouden in dit opzicht kwetsbaar zijn. Zij ervaren een relatief grote teruggang in hun persoonlijke en maatschappelijke functioneren. Deze relatie tussen inzicht in de gevolgen van de aandoening en suïcidaliteit wordt door onderzoek echter niet altijd bevestigd.^{4,22} Soms wordt zelfs een afname van het suïciderisico gevonden bij een toename van het inzicht in de gevolgen van de ziekte.⁴ Op langere termijn heeft inzicht in de gevolgen van de ziekte mogelijk een risicoverlagende werking wanneer de hopeloosheid eenmaal is overwonnen en men een weg heeft gevonden om met de aandoening en de gevolgen ervan om te gaan.

^r Wordt niet genoemd in de APA-richtlijn. Hawton et al. benoemen een trend.

Wanneer risicofactoren zijn vastgesteld bij de individuele patiënt kan worden bepaald welke te beïnvloeden zijn en welke niet. Het is echter ook van belang zicht te behouden op de niet veranderbare risicofactoren, zoals ziektebeloop, behandelgeschiedenis en eerdere suïcidepogingen.

Het suïciderisico kan verlaagd worden door te focussen op die risicofactoren die veranderbaar zijn [1], bijvoorbeeld aandacht voor psychische en sociale problemen, versterking van sociale steun en de behandeling van aanwezige psychiatrische stoornissen en symptomen.

Naast de risicofactoren is het ook van belang de factoren in kaart te brengen die een beschermend effect hebben ten aanzien van suïcidaliteit. Deze staan samengevat in *Tabel 3* die eveneens is ontleend aan de APA-richtlijn.

Tabel 3: Beschermende factoren ten aanzien van suïcidaliteit

Algemene factoren

- Thuiswonende kinderen ^a
- Verantwoordelijkheidsgevoel naar familieleden
- Zwangerschap
- Religiositeit ^b
- Levensvoldoening
- Aanwezige realiteitstoetsing ^c
- Aanwezige copingvaardigheden ^c
- Aanwezige probleemoplossende vaardigheden ^c
- Beschikbaarheid van sociale steun
- Hoge kwaliteit van de therapeutische relatie ^c

Factoren specifiek voor schizofrenie

- prominente negatieve symptomen ^d

^a Dit geldt niet voor patiënten met een postpartum psychose of met een stemmingsstoornis.

^b Mohr et al. bevestigen dat religiositeit risicoverlagend kan werken, maar benadrukken ook dat het voor sommige patiënten juist risicoverhogend is. De betekenis van religiositeit en de invloed ervan op suïcidaliteit moet derhalve per patiënt worden vastgesteld. ¹¹

^c Gebaseerd op klinische expertise.

^d Hawton et al. vonden op basis van tegenstrijdige studies geen eenduidige associatie met het suïciderisico. ⁸

2.4 Psychiatrisch management

Het psychiatrisch management bestaat uit een breed pallet van interventies die dienen te worden uitgevoerd bij patiënten met suïcidale ideaties, plannen en gedragingen [I]. De keuze voor een geschikte behandelsetting maakt hier deel van uit, met hierbij aandacht voor de veiligheid van de patiënt en de mogelijkheden om een goede behandelrelatie met de suïcidale patiënt tot stand te brengen. Verder bestaat het management uit de coördinatie van de zorg en behandeling die wordt geleverd door de leden van het multidisciplinaire team. De toestand van de patiënt en de respons op het behandelplan dienen geregeld vastgesteld te worden. Ook dient er een voortdurende inschatting gemaakt te worden van de veiligheid van de patiënt, de psychiatrische status en het niveau van functioneren. Tot slot verdient de therapietrouw van de patiënt de aandacht van de hulpverlener en dient voorlichting gegeven te worden aan de patiënt en (indien geïndiceerd) aan familieleden en andere leden van het sociaal netwerk van de patiënt.

Patiënten met suïcidale ideaties, plannen of gedragingen dienen behandeld te worden in de setting die het minst beperkend is, maar die desondanks veilig en effectief is [I]. De keuze voor een specifieke behandelsetting hangt niet alleen af van het bestaande suïciderisico en het mogelijke gevaar voor anderen, maar tevens van:

- de medische en psychiatrische comorbiditeit,
- de beschikbaarheid en sterkte van het sociale netwerk van de patiënt,
- de mogelijkheden van de patiënt om adequaat in zijn zelfzorg te voorzien,
- de mogelijkheden en bereidheid van de patiënt om de hulpverlening van betrouwbare informatie te voorzien over de eigen toestand,
- de mogelijkheden en bereidheid van de patiënt om mee te werken aan de uitvoering van het behandelplan.

De nadelen van intensieve psychiatrische behandeling – bijvoorbeeld klinische opname - dienen afgewogen te worden tegen de mogelijke nadelen ervan (werkonderbreking, financiële consequenties, sociaal stigma et cetera).

Sommige patiënten kunnen aanhoudend zelfbeschadigend gedrag vertonen zonder dat er daarbij aanwijzingen zijn voor suïcidaliteit. In sommige gevallen kan dit echter toch samengaan met een suïcidale intentie. Bij iedere zelfbeschadigende handeling van de patiënt dient dit beoordeeld te worden in de specifieke context waarin het gedrag optreedt [I]. Met andere woorden, iedere keer moet opnieuw worden ingeschat of er (ook) sprake is van suïcidaliteit.

Bij de behandeling en begeleiding van patiënten met suïcidaal gedrag dient de hulpverlener zich bewust te zijn van eigen emoties en reacties die van invloed zijn op de zorg voor de patiënt [I]. Voor patiënten die volgens de hulpverlener moeilijk te behandelen en begeleiden zijn, kan consultatie

en supervisie gewenst zijn om de inhoud van het behandelplan te toetsen, om eventuele alternatieve interventies af te wegen en om gevoelens van tegenoverdracht te bespreken [I].

Het non-suïcidecontract kan in bepaalde individuele gevallen van waarde zijn, maar het kan nooit worden beschouwd als vervangend voor zorgvuldige diagnostiek en behandeling [I]. Het doel van het suïcidecontract is vooral om tijd te winnen voor verdere behandeling. De bereidheid van de patiënt tot medewerking aan een non-suïcidecontract kan niet gezien worden als een aanwijzing dat de patiënt in staat is met ontslag te gaan. Andersom geldt dat de weigering tot medewerking niet direct aanleiding is om tot klinische opname over te gaan [I]. Het gebruik van non-suïcidecontracten wordt niet aanbevolen bij patiënten die geagiteerd, psychotisch of impulsief zijn, of bij patiënten die onder invloed staan van middelen [II]. Het gebruik van deze contracten kan enkel plaats vinden binnen goede therapeutische allianties tussen hulpverlener en patiënt. Ze dienen daarom niet gebruikt te worden binnen de Spoedeisende Hulp of bij patiënten die nog onvoldoende bekend zijn bij de hulpverlening [II].

Ondanks alle gedane inspanningen van inschatting en behandeling komen suïcides voor in de hulpverleningspraktijk. Veel patiënten die zich suïcideren hadden in de periode hieraan voorafgaand contact met de hulpverlening. Deels ontvingen zij ook een of andere vorm van behandeling. De dood van een patiënt heeft vaak grote gevolgen voor de hulpverlener. Het leidt veelal tot gevoelens van schuld en angst niet goed te hebben gehandeld in de gegeven situatie. De suïcide van de patiënt kan leiden tot aantasting van het professionele zelfvertrouwen. Ondersteuning van collega-hulpverleners of van andere professionals kan van grote waarde zijn zodat de hulpverlener weer in staat is andere patiënten effectief te behandelen en begeleiden, en tevens om aan de hulpvragen van nabestaanden tegemoet te kunnen komen [II].

Hulpverleners dienen zich bewust te zijn dat de privacybescherming van de patiënt ook van kracht is na overlijden. De rapportages in het dossier van de patiënt dienen na zijn overlijden juist gedateerd te worden (de actuele datum), eerdere rapportages mogen niet meer gewijzigd te worden [I]. Het is van belang dat er gesprekken met de familie en andere nabestaanden plaatsvinden, wat een positieve bijdrage kan leveren aan de rouwverwerking [II]. In de nasleep van de suïcide van een geliefde persoon zijn de familieleden zelf kwetsbaarder voor lichamelijke en psychische aandoeningen. Zij dienen ondersteund te worden in het verkrijgen van adequate psychologische hulp [II].

2.5 Behandeling

Bij het opstellen van het behandelplan voor suïcidale patiënten dienen zowel somatische (met name farmacologische) interventies als psychosociale interventies (inclusief psychotherapie) overwogen te worden [I]. Uit de praktijk blijkt dat veel suïcidale patiënten baat hebben bij een combinatie van beide therapievormen [II]. De behandeling dient onder andere gericht te zijn op de beïnvloedbare

risicofactoren die bij de inschatting van het suïciderisico zijn vastgesteld (zie 2.3) [I]. Gedurende de behandeling dient voortdurende evaluatie van deze risicofactoren plaats te vinden.

De behandeling richt zich op de behandeling van as-I en as-II stoornissen, met specifieke aandacht voor symptomen als depressie, agitatie, angst en slapeloosheid. Verder dient de behandeling zich te richten op de achterliggende psychologische of psychosociale stressoren [I]. Het doel van de medicamenteuze behandeling kan zijn acute symptoomverlichting of de behandeling van een specifieke psychiatrische stoornis. De doelen van de psychosociale behandeling zijn breder en eerder op de langere termijn gericht: verbetering van interpersoonlijke relaties, copingvaardigheden, psychosociaal functioneren en emotieregulatie.

Bij de behandeling dienen de voorkeuren van de patiënt expliciet bij het opstellen van het behandelplan betrokken te worden [I].

Farmacologische interventies

Antidepressiva kunnen aangewezen zijn bij suïcidale patiënten die lijden aan acute of chronische depressies en angsten [III]. Het wordt aanbevolen om typen antidepressiva voor te schrijven met een laag risico op overlijden bij acute overdosering. De medicatie dient in beperkte hoeveelheden voorgeschreven te worden, vooral bij patiënten die nog niet goed bekend zijn bij de hulpverlener [I]. Bij patiënten die lijden aan slapeloosheid kan een sederend antidepressivum of slaapmedicatie worden overwogen [II]. Het optreden van effecten van de antidepressiva kan meerdere dagen tot weken duren; vandaar dat de patiënt in deze periode intensief geobserveerd en begeleid dient te worden. Patiënten dienen goed voorgelicht te worden over de verwachte effectiviteit en het moment waarop deze effecten optreden [I].

Benzodiazepines kunnen geïndiceerd zijn bij ernstige slapeloosheid, agitatie, paniekstoornissen en angst [II], met hierbij een voorkeur voor de langwerkende boven de kortwerkende middelen [III]. Het gebruik van benzodiazepines moet afgewogen worden tegen het nadeel van ontremming en tegen de mogelijke interactie met andere sedativa, inclusief alcohol [I]. Alternatieve medicatie kan overwogen worden bij geagiteerde en angstige patiënten, waaronder trazodon, tweede-generatie antipsychotica (in een lage dosering) en sommige anticonvulsiva (bijvoorbeeld gabapentine en divalproex) [III].

Indien benzodiazepines worden verminderd of gestaakt na langdurig gebruik, dient de dosering geleidelijk verlaagd te worden; de patiënt moet nauwlettend gemonitord te worden op symptomen van angst, agitatie, depressie en suïcidaliteit [II].

Er bestaat sterk bewijs dat langdurige onderhoudsbehandeling met lithium bij patiënten met een bipolaire stoornis leidt tot risicoverlaging van suïcide en suïcidepogingen. Dit effect – hoewel minder sterk - is ook te vinden bij patiënten met een recidiverende ernstige depressie [II]. Bij het voorschrijven van de hoeveelheid lithium dient de toxiciteit van dit middel bij overdosering in acht te worden genomen [I].

Het gebruik van anticonvulsiva is effectief gebleken bij de behandeling van manieën en bipolaire depressie, maar er is geen bewijs dat deze medicatie invloed heeft op suïcide of suïcidaal gedrag [II].

Het gebruik van clozapine bij patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis gaat samen met significant lagere cijfers voor suïcidepogingen en wellicht ook suïcide. Het voorschrijven van clozapine dient dan ook serieus overwogen te worden bij psychotische patiënten met frequente suïcidale ideaties, suïcidepogingen of beide [II]. In zijn algemeenheid hebben de tweede generatie antipsychotica (o.a. risperidon, olanzapine, quetiapine, aripiprazol) bij schizofrenie en schizoaffectieve stoornis de voorkeur boven de eerste generatie antipsychotica [I].

Psychotherapeutische en psychosociale interventies

Psychotherapie en andere psychosociale interventies spelen een belangrijke rol bij de behandeling van patiënten met suïcidale ideaties en gedragingen [II]. Er bestaat aanzienlijk bewijs van de effectiviteit van psychotherapie bij specifieke psychiatrische stoornissen die samengaan met een verhoogd suïciderisico, waaronder de depressieve stoornis (zonder psychotische kenmerken) en de borderline persoonlijkheidsstoornis. De interpersoonlijke psychotherapie en cognitieve gedragstherapie zijn geschikte behandelmethoden bij suïcidaal gedrag, vooral bij patiënten die ook symptomen van een depressie vertonen [II].⁵ Verder kan cognitieve gedragstherapie worden toegepast bij aanwezigheid van twee belangrijke risicofactoren, namelijk hopeloosheid [II] en eerdere suïcidepogingen bij ambulante depressieve patiënten [III]. Ook zijn er aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie suïcidale ideatie vermindert en effectief is bij patiënten met bevelshallucinaties.^{2;18} Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan dialectische gedragstherapie, schema-gerichte cognitieve therapie of psychodynamische therapie de aangewezen behandelvorm zijn [II].

Hoewel niet specifiek gericht op suïcidaliteit kunnen andere psychosociale interventies helpen bij het verminderen van symptomen en de verbetering van het psychosociale functioneren van vooral patiënten met een psychotische stoornis en van patiënten met een alcohol – of middelenafhankelijkheid [III]. Voor patiënten met suïcidaal gedrag kunnen specifieke psychosociale interventies van nut zijn, zoals acute interventies, outreachende nazorg, probleemoplossende therapie, kortdurende psychologische behandeling en gezins-, relatie- of groepstherapie. Het bewijs voor de effectiviteit van deze benaderingen is echter nog zeer onvolledig [III].

Overige interventies

Electroconvulsieve therapie (ECT) is effectief gebleken bij de behandeling van patiënten met een ernstige depressieve stoornis, zowel met als zonder psychotische kenmerken. ECT wordt aanbevolen bij ernstige episodes van de depressieve stoornis die samengaan met suïcidale gedachten en gedragingen [I]. Onder bepaalde omstandigheden kan ECT ook worden toegepast bij de behandeling

van suïcidale patiënten met schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, of gemengde c.q. manische episodes van de bipolaire stoornis [III].

ECT is – onafhankelijk van de diagnose – in het bijzonder geïndiceerd bij patiënten met katatone verschijnselen of voor patiënten bij wie uitstel van behandelingsrespons levensbedreigend is [I]. Tevens kan ECT de aangewezen behandeling zijn voor suïcidale zwangere patiënten of voor patiënten die medicamenteuze therapie niet konden verdragen of bij wie geen respons optrad [II].

Er bestaat geen bewijs voor de lange termijn effectiviteit van ECT met betrekking tot suïcidaliteit. Voortgezette behandeling met medicatie of vervolg ECT's is daarom aangewezen na een eerste ECT-behandeling [I].

3 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen samengevat voor het effectief begeleiden van patiënten met schizofrenie die lijden aan suïcidale ideaties, intentie en/of gedragingen. Deze aanbevelingen liggen in het verlengde van het beschrevene in de vorige hoofdstukken. De aanbevelingen worden geschreven vanuit een multidisciplinaire invalshoek. In deel B van deze richtlijn worden de aanbevelingen nader uitgewerkt waarbij vooral de verpleegkundige begeleiding aandacht krijgt.

De aanbevelingen zijn geordend volgens de paragrafen in het vorige hoofdstuk. Ook bij de hier gepresenteerde samenvatting van de aanbevelingen zullen de drie eerder genoemde niveaus van bewijskracht worden gehanteerd:

- [I] Aanbeveling met een sterke wetenschappelijke bewijskracht
- [II] Aanbeveling met een matige wetenschappelijke bewijskracht
- [III] Aanbeveling op basis van expertkennis en/of ervaring

Beoordeling van suïcidaliteit

Aanbeveling 1

Bij alle patiënten met schizofrenie die suïcidaal zijn – of bij wie het vermoeden hiervan bestaat – dient een psychiatrisch onderzoek te worden uitgevoerd. Het onderzoek richt zich op de medisch-psychiatrische geschiedenis van de patiënt en op zijn psychiatrische toestandbeeld. Het doel is het vaststellen van het suïciderisico, evenals het identificeren van factoren die daaraan bijdragen (I).

Aanbeveling 2

Ter ondersteuning van de beoordeling van suïcidaliteit kan gebruik worden gemaakt van suïcidebeoordelingsschalen. De beschikbare schalen zijn echter niet geschikt voor het betrouwbaar voorspellen van suïcide. Gebruik van deze schalen is nimmer vervangend voor een grondige klinische beoordeling (I).

Aanbeveling 3

Bij de beoordeling van suïcidaliteit wordt aanbevolen gebruik te maken van de informatie van leden van het sociaal netwerk. Wanneer de veiligheid van de patiënt in het geding is kan informatie tussen hulpverlener en netwerkliden worden uitgewisseld ook wanneer de patiënt hiervoor geen toestemming heeft verleend (I).

Aanbeveling 4

Het is wenselijk de culturele en religieuze opvattingen van de patiënt te verkennen over leven, dood en suïcide. De opvattingen kunnen de bereidheid en mogelijkheden van de patiënt beïnvloeden om over eigen suïcidaliteit te spreken (II).

Aanbeveling 5

De hulpverlener dient inzicht te verkrijgen in eerder suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag van de patiënt (aard, timing, methoden, suïcidale intentie en de gevolgen ervan) (I). Tevens dient de context te worden vastgesteld waarbinnen dit gedrag optrad en of er gelijktijdig sprake was van een alcoholintoxicatie, chronisch alcoholmisbruik of het gebruik van andere middelen (II).

Aanbeveling 6

De hulpverlener dient een inschatting te maken van de sterkte en stabiliteit van de therapeutische relatie met de patiënt. Ingeschat moet worden of er een basis is van vertrouwen en respect. Deze relatie kan bij een goede kwaliteit een beschermend effect hebben ten aanzien van suïcidaliteit (II).

Aanbeveling 7

Bij actuele suïcidaliteit dienen de verwachtingen van de patiënt over de dodelijkheid van de gekozen methoden vastgesteld te worden. Het kan voorkomen dat de feitelijke dodelijkheid van deze methode groter is dan de verwachte dodelijkheid, waardoor de patiënt bij toepassing van de methoden overlijdt terwijl de suïcidale intentie relatief laag was (I).

Aanbeveling 8

De hulpverlener dient bijzonder waakzaam te zijn voor de veiligheid van de patiënt bij een hoge suïcidale intentie, vooral wanneer er uitgewerkte suïcideplannen zijn met gewelddadige en onomkeerbare methoden (I).

Aanbeveling 9

Wanneer de patiënt toegang heeft tot dodelijke wapens of middelen dient de hulpverlener in samenspraak met de patiënt en met leden van het sociaal netwerk maatregelen te nemen om de toegang tot deze wapens / middelen te verhinderen (I).

Inschatting van het suïciderisico

Aanbeveling 10

De hulpverlener dient ten aanzien van de patiënt met schizofrenie een zorgvuldige inschatting te maken van aanwezige risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide (I). Multidisciplinair overleg is daarbij van belang.

Psychiatrisch management

Aanbeveling 11

Suïcidale patiënten dienen behandeld te worden in de setting die het minst beperkend is, maar die desondanks veilig en effectief is (I). Naast het aspect van veiligheid dienen overwogen te worden:

1. medische en psychiatrische comorbiditeit,
2. beschikbaarheid en sterkte van het sociaal netwerk van de patiënt,
3. mogelijkheden van de patiënt om adequaat in zijn zelfzorg te voorzien,
4. mogelijkheden van de patiënt om de hulpverlening van betrouwbare informatie te voorzien over zijn eigen toestand
5. mogelijkheden van de patiënt om mee te werken aan de uitvoering van het behandelplan.

Aanbeveling 12

De hulpverlener dient zich bewust te zijn van eigen emoties en reacties in de begeleiding en behandeling van suïcidale patiënten. Consultatie en intervisie kunnen gewenst zijn om de inhoud van het behandelplan te bespreken, evenals gevoelens van tegenoverdracht (I).

Aanbeveling 13

Het gebruik van een non-suïcidecontract kan overwogen worden binnen goede therapeutische allianties, waarbij het doel is tijd te winnen voor de toepassing van interventies die bijdragen aan de verlaging van het suïciderisico. Er kan echter geen zekerheid worden ontleend aan deze contracten en ze kunnen nooit vervangend zijn voor zorgvuldige diagnostiek en begeleiding (I).

Het gebruik van non-suïcidecontracten wordt niet aanbevolen bij patiënten die geagiteerd, psychotisch of impulsief zijn, of bij patiënten die onder invloed staan van middelen (II).

Aanbeveling 14

Hulpverleners dienen – in het geval van een suïcide of poging daartoe – ondersteuning te ontvangen van collega-hulpverleners of van andere professionals. Hiermee wordt bijgedragen aan de verwerking van de suïcide(poging) door de hulpverlener. Daarnaast stelt het hem of haar in staat andere patiënten en nabestaanden adequaat te begeleiden (II).

Aanbeveling 15

Nabestaanden van de patiënt die zich suïcideerde (of een poging hiertoe ondernam) dienen ondersteuning te ontvangen in het verkrijgen van adequate psychologische hulp. Deze hulp hoeft niet noodzakelijkerwijs geboden te worden door de hulpverlener van de patiënt (II).

Behandeling

Aanbeveling 16

Bij het opstellen van het behandelplan dienen de voorkeuren van de patiënt expliciet betrokken te worden (I).

Aanbeveling 17

Bij de behandeling en begeleiding van suïcidale patiënten met schizofrenie dienen zowel somatische als psychosociale interventies overwogen te worden (I).

Aanbeveling 18

De behandeling en begeleiding dienen zich vooral te richten op de risicofactoren die beïnvloedbaar zijn en waarmee naar verwachting het suïciderisico verlaagd kan worden (I). Bij de planning van de behandeling en begeleiding dienen zowel de algemene als de bijzondere risicofactoren (die specifiek van toepassing zijn op patiënten met schizofrenie) betrokken te worden (II).

Aanbeveling 19

De patiënt dient medisch-psychiatrisch volgens de *state-of-the-art* behandeld worden voor zijn schizofrenie en eventuele comorbide psychiatrische stoornissen. Symptomen als depressie, angst, agitatie en slapeloosheid verdienen hierbij bijzondere aandacht (I).

Aanbeveling 20

Bij de suïcidale patiënt met schizofrenie dient in multidisciplinair verband vastgesteld te worden of er een indicatie bestaat voor psychotherapie (waaronder ook relatie- en gezinstherapie) ter verlichting en vermindering van specifieke klachten of symptomen die gerelateerd zijn aan het suïcidale denken en/of gedrag (I).

Aanbeveling 21

De behandeling van de suïcidale patiënt met schizofrenie dient zich mede te richten op de verbetering van zijn of haar psychosociale functioneren via beschikbare psychosociale interventies (II). De *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* (2005) biedt aanbevelingen ten aanzien van deze psychosociale interventies.

Aanbeveling 22

Bij de begeleiding van suïcidale patiënten dienen specifieke psychosociale interventiestrategieën overwogen te worden, waaronder acute interventies, outreachende nazorg, intensieve monitoring, het actief aanbieden van contactmomenten en probleemoplossende interventies (niveau III).

Rapportage

Aanbeveling 23

De hulpverlener dient de activiteiten en resultaten in het kader van inschatting van suïcidaliteit en de uitgevoerde interventies zorgvuldig schriftelijk vast te leggen. Dit geldt ook voor het overleg dat heeft plaatsgevonden met de leden van het sociaal netwerk van de patiënt (I).

Ook na het overlijden van de patiënt door suïcide dient zorgvuldige dossiervoering plaats te vinden. De privacybescherming van de patiënt blijft van kracht ook na diens overlijden (I).

Gebruikte literatuur

De volgende codering, overgenomen van de APA-richtlijn, is gebruikt om de wetenschappelijke bewijskracht van de gebruikte literatuur aan te geven:

- A *Gerandomiseerde dubbelblinde klinische trial*. Onderzoek van een interventie waarbij deelnemers prospectief worden gevolgd; er is een experiment- en controlegroep; deelnemers zijn willekeurig verdeeld over de twee groepen; zowel de deelnemers als de onderzoekers zijn blind voor die verdeling.
- A- *Gerandomiseerde klinische trial*. Hetzelfde als onder [A] maar niet dubbelblind.
- B *Klinische trial*. Een prospectief onderzoek waarbij het effect van een interventie longitudinaal wordt gevolgd. De studie voldoet niet aan de eisen voor *gerandomiseerde klinische trial*.
- C *Cohort of longitudinaal onderzoek*. Een onderzoek waarbij deelnemers prospectief worden gevolgd zonder dat er sprake is van een specifieke interventie.
- D *Patiënt controle-onderzoek*. Een onderzoek waarbij een patiëntengroep en een controle groep in het heden retrospectief worden gevolgd.
- E *Review met secundaire data-analyse*. Een gestructureerde analytische review van bestaande data, bijvoorbeeld een meta-analyse.
- F *Review*. Een kwalitatieve review en discussie van eerder gepubliceerde literatuur zonder een kwantitatieve synthese van de data.
- G *Overige*. Case studies en andere studies die hierboven niet genoemd zijn, boeken, meningen van experts.

1. Acosta, F.J., Aguilar, E.J., Cejas, M.R., Gracia, R., Caballero-Hidalgo, A. & Siris, S.G. (2006). Are there subtypes of suicidal schizophrenia? A prospective study. *Schizophrenia Research*, 86, 215-220. [C]
2. Bateman, K., Hansen, L., Turkington, D. & Kingdon, D. (2007). Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 284-290. [A-]
3. Bhatia, T., Thomas, P., Semwal, P., Thelma, B.K., Nimgaonkar, V.L. & Deshpande, S.N. (2006). Differing correlates for suicide attempts among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in India and USA. *Schizophrenia Research*, 86, 208-214. [G]
4. Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Amador, X., Pini, S., Cassano, G.B. et al. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1494-1496. [A]
5. Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E. & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570. [A-]
6. Fialko, L., Freeman, D., Bebbington, P.E., Kuipers, E., Garety, P.A., Dunn, G. et al. (2006). Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 177-186. (G)

7. Goldstein, G., Haas, G.L., Pakrashi, M., Novero, A.M. & Luther, J.F. (2006). The cycle of schizoaffective disorder, cognitive ability, alcoholism, and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 35-43. [G]
8. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20. [E]
9. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Trimbos. [F]
10. Lindenmayer, J.P., Czobor, P., Alphs, L., Nathan, A.M., Anand, R., Islam, Z. et al. (2003). The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophrenia Research*, 63, 161-170. [G]
11. Mohr, S., Brandt, P.Y., Borrás, L., Gillieron, C. & Huguelet, P. (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1952-1959. [G]
12. Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F. & Fahy, T. (2003). Does co-morbid personality disorder increase the risk of suicidal behaviour in psychosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 441-448. [C]
13. Palmer, B.A., Pankratz, V.S. & Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253. [E]
14. Preston, E. & Hansen, L. (2005). A systematic review of suicide rating scales in schizophrenia. *Crisis*, 26, 170-180. [F]
15. Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 427-432. [G]
16. Roy, A. (2005). Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 690-693. [G]
17. Sun, F.K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L.I. (2005). Suicide: a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 447-455. [F]
18. Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A. & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320. [A-]
19. Valente, S. & Saunders, J.M. (2004). Barriers to suicide risk management in clinical practice: a national survey of oncology nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 629-648. [G]
20. Verhoeven, M., Meijel, B. van, Winter, K. de, & Kars, M. (2007). Als de dood voor het leven: over de verpleegkundige zorg aan suïcidale patiënten. *Verpleegkunde*, 22, 8-9. [G]
21. Work Group on Suicidal Behaviors (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. American Psychiatric Association. [F]
22. Yen, C.F., Yeh, M.L., Chen, C.S. & Chung, H.H. (2002). Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 443-447. [C]

Bijlage A : Betrokken adviseurs, experts en organisaties

Auteurs:

Dr. B. van Meijel	lector GGZ-verpleegkunde Hogeschool INHOLLAND
Ing. E.L. Meerwijk, MSc.	onderzoeker UMC Utrecht, divisie Julius Centrum
Prof. dr. M.H.F. Grypdonck	hoogleraar Verplegingswetenschap UMC Utrecht / Universiteit Gent
Prof. dr. J. van den Bout	hoogleraar Klinische Psychologie Universiteit Utrecht

Adviseurs:

Prof. dr. R.S. Kahn	hoogleraar Klinische en biologische psychiatrie Universiteit Utrecht Medisch manager divisie Hersenen UMC Utrecht
Prof. dr. A.J.F.M. Kerkhof	hoogleraar Klinische psychologie, psychopathologie & suïcidepreventie Vrije Universiteit Amsterdam

Ontwikkelgroep voor het eerste concept:

E.C.M. Garrels	Senior verpleegkundige UMC Utrecht, afdeling Psychotische stoornissen
Drs. J.E.H. Machielsen	Verpleegkundig specialist UMC Utrecht, afdeling Psychotische stoornissen
Drs. V. Nuboer	Psycholoog BAVO Europoort, afdeling Ouderen
H.G. Rebel	Verpleegkundige Eleos, afdeling De Bedding
R. Voesenek	Teamleider ambulante team psychosebehandeling Altrecht

Expertpanel dat de concepten heeft beoordeeld:

C. van Alphen	patiëntenvereniging Anoiksis
Prof. Dr. M. van der Gaag	hoogleraar Cognitieve gedragstherapie Vrije Universiteit Amsterdam
D. Hidajattoellah	patiëntenvereniging Anoiksis
B. Koekkoek	Verpleegkundig specialist en junior onderzoeker Altrecht / De Gelderse Roos
Dr. T. Kuipers	Psychiater en Directeur zorg GGZ Nijmegen
M. Lansen	patiëntenvereniging Anoiksis
Drs. J.E.H. Machielsen	Verpleegkundig specialist UMC Utrecht, afdeling Psychotische stoornissen
Drs. M.W. Mauritz	programmaleider Support en Psychose & Verpleegkundig specialist GGNet
M. Muis	patiëntenvereniging Anoiksis
R. Voesenek	Teamleider ambulant team psychosebehandeling Altrecht

Instellingen waarbinnen verpleegkundigen hebben meegedaan aan de *pilot* studie:

Adhesie GGZ Midden-Overijssel

Altrecht Utrecht

Bijlage B : Methodische verantwoording

De ontwikkeling van deze richtlijn is via meerdere versies verlopen. In deze bijlage worden de volgende versies onderscheiden: eerste concept, concept, tentatieve versie en definitieve versie van de richtlijn. Bij het tot stand komen van deze versies zijn de in Bijlage A genoemde groepen van personen op verschillende manieren betrokken geweest. In het navolgende is beschreven wanneer en op welke manier zij hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze richtlijn. Omdat de wetenschappelijke literatuur de basis vormt voor de richtlijn, is hieronder eerst beschreven welke literatuur is geselecteerd en bestudeerd. Deze literatuurstudie is in twee delen uitgevoerd.

Literatuurstudie 1

Ten behoeve van het eerste concept van de richtlijn zijn twee publicaties in het bijzonder bestudeerd, namelijk:

1. Work Group on Suicidal Behaviors (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. American Psychiatric Association (APA).
2. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (2000). Hawton, K. & Van Heeringen, C. (red.).

Daarnaast zijn de volgende via internet toegankelijke databases doorzocht:

- Medline
- Cochrane library;
- de databases www.clinicaltrials.gov en www.controlled-trials.gov (niet meer beschikbaar);
- EMBASE.

De verschillende onderdelen van deze literatuurstudie worden nu achtereenvolgens beschreven in termen van zoekstrategieën en resultaten.

Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors

De *Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors* van de *American Psychiatric Association* is een wetenschappelijk verantwoorde richtlijn, gebaseerd op een systematische literatuurstudie. De richtlijn is opgesteld via een procedure waarin internationaal erkende wetenschappers en klinici hun professionele inbreng hadden. Deze procedure staat verantwoord in de APA-richtlijn. Deze richtlijn mag als toonaangevend worden aangemerkt op het gebied van suïcidaliteit en suïcidepreventie.

The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide

Uit *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* zijn twee hoofdstukken bestudeerd omdat zij een systematische beschrijving geven van interventiestudies. Deze hoofdstukken zijn: *Psychotherapeutic Approaches to Suicidal Ideation and Behaviour* (Heard) en *Prevention of Suicide in Psychiatric Patients* (Appleby).

Heard deelt vijftien effectiviteitsstudies in naar verschillende typen interventiestrategieën. De auteur concludeert op basis van deze studies dat de sterkste wetenschappelijke evidentie bestaat voor psychosociale interventiestrategieën bestaande uit probleemoplossingsstrategieën in combinatie met intensieve zorg / outreach, in het bijzonder voor patiënten die zich onttrekken aan contact/behandeling. Er worden drie studies beschreven met significante resultaten op de variabelen suïcidepogingen en suïcidale ideatie. Daarnaast worden in een studie met cognitieve gedragstherapie als interventie positieve resultaten beschreven: in de experimentele groep werden minder suïcideplannen gemaakt dan in de controlegroep. Ook de dialectische gedragstherapie boekt positieve resultaten met betrekking tot parasuïcidaal gedrag, echter deze therapievorm is ontwikkeld en getest specifiek bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Een belangrijke beperking van een groot deel van deze studies is de beperkte steekproefomvang. In de meeste studies worden wel effecten in de gewenste richting gevonden, echter de grootte van de steekproef is zo beperkt dat de resultaten niet het niveau van significantie bereiken, met een reële kans op type-II fouten.

Appleby bespreekt de resultaten van met name observationele studies en evalueert deze op hun implicaties voor behandelingsstrategieën voor suïcidale patiënten. Hij vat de belangrijkste componenten van deze strategieën als volgt samen: (1) vermindering van toegang tot middelen die benut kunnen worden voor het plegen van suïcide (medicatie, wapens etc.), (2) identificatie van hoog-risico groepen op basis van aanwezige risicofactoren, (3) intensivering van behandeling in tijden van verhoogd risico, met inachtneming van langdurige suïcidaliteit bij een deel van de patiënten, en (4) adequate behandeling.

Medline

Het doel van deze Medline-zoekstrategie was om *reviews* te vinden die specifiek betrekking hadden op suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis.

Zoektermen: *suicid** AND *risk factors* (gelimiteerd tot *reviews*).

Selectiecriteria:

- inclusie van *reviews* die betrekking hebben op patiënten met schizofrenie;
- inclusie van artikelen in de Engelse taal;
- exclusie van *reviews* die betrekking hebben op kinder- en/of jeugdpsychiatrische populaties;
- exclusie van *reviews* die betrekking hebben op biologisch psychiatrische thema's;
- periode 1990 – 2004.

Na toepassing van de selectiecriteria en bestudering van de titels en abstracts zijn uit de oorspronkelijke 123 hits uiteindelijk vijf *review* artikelen geselecteerd:

1. Caldwell, C.B. & Gottesman, I.I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, 16(4), 571-589.
2. Harkavy-Friedman, J.M. & Nelson, E.A. (1997). Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 68(4), 361-375.
3. Meltzer, H.Y. (2002). Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Reports*, 4(4), 279-283.

4. Pinikahana, J., Happell, B. & Keks, N.A. (2003). Suicide and schizophrenia: a review of literature for the decade (1990-1999) and implications for mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 27-43.
5. Siris, S.G. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15(2), 127-135.

Bij de ontwikkeling van een *evidence-based* richtlijn voor de herkenning van, en het omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie is het van belang een inschatting te maken van de aard en de ernst van aanwezige risicofactoren voor suïcide of suïcidaliteit. De beschikbare literatuur biedt voldoende wetenschappelijke evidentie voor relevante risicofactoren, zowel voor de algemene patiëntenpopulatie als specifiek voor de populatie van patiënten met schizofrenie.

Cochrane Library

Zoekterm: suïcid*

Selectiecriteria:

- inclusie van *reviews* en protocollen die betrekking hebben op suïcide of suïcidaal gedrag bij volwassenen;
- exclusie van medicatiestudies.

Alle 207 *reviews* en protocollen zijn beoordeeld op relevantie voor de richtlijnontwikkeling. Daaruit resulteerde één artikel:

- Hawton, K. et al. (1999). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

De 23 door Hawton et al. geselecteerde *trials* zijn op basis van het type interventie ingedeeld in elf categorieën. Per categorie zijn de *summary odds ratio* berekend. Er zijn aanwijzingen voor effectiviteit van probleemoplossende therapie (vergeleken met standaardbehandeling), het gebruik van zogenaamde *emergency cards* en van *outreaching* behandelingsstrategieën. De auteurs geven aan dat de beperkte steekproefomvang debet is aan het niet bereiken van statistische significantie binnen een aantal studies. Voor de effectiviteit van de dialectische gedragstherapie bestaat overtuigend bewijs bij zelfbeschadigend gedrag.

www.clinicaltrials.gov en www.controlled-trials.gov

Zoektermen: 'suicide', 'suïcidal'.

Er zijn 61 studies gevonden waarvan er twee aan de eerder genoemde criteria voldeden. De resultaten van deze studies waren echter nog niet beschikbaar.

EMBASE

Zoekterm: suïcid*.

Van de 37 hits waren drie publicaties relevant voor ons doel van richtlijnontwikkeling:

1. Linehan, M.M. (1997). Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 302-328.
2. Sande, R. van der, Buskens, E., Allart, E., Graaf Y. van der & Engeland, H. van (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 43-50.
3. Townsend, E. et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31(6), 979-988.

Alleen de meta-analyse van Townsend et al. bleek van aanvullend belang ten opzichte van voorgaande beschrijvingen. De patiënten die probleemoplossende interventiestrategieën kregen aangeboden, hadden een significante verbetering op de uitkomstmaten depressie, hopeloosheid en probleemoplossing.

Conclusie van literatuurstudie 1

Op basis van de gevonden literatuur is besloten om de *Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors* (APA, 2003) als uitgangspunt te nemen voor het eerste concept van de richtlijn. Omdat alle gevonden *reviews* met betrekking tot risicofactoren van vóór 2003 waren is besloten ook voor risicofactoren uit te gaan van de APA richtlijn. Van de overige gevonden literatuur is alleen de studie van Townsend van voldoende methodologische kwaliteit om op te nemen in de richtlijn.

Literatuurstudie 2

Het tweede deel van de literatuurstudie is uitgevoerd ten tijde van de *pilot* studie (zie hierna) om na te gaan of er tijdens de ontwikkeling van de richtlijn nieuwe publicaties zijn verschenen die voor de richtlijn van belang waren. Het betrof een systematische zoekopdracht naar relevante literatuur in: Medline, Embase, Psycinfo, CINAHL en Cochrane.

Zoektermen:

- suicide (gelimiteerd tot interventiestudies);
- suicide AND risk factors (gelimiteerd tot *reviews*);
- suicide AND (risk assessment OR schizofrenia).

Voor zover mogelijk is gezocht met standaard zoektermen (MESH en EMTREE)

Selectiecriteria:

- inclusie van artikelen in de Engelse taal;
- inclusie van artikelen met abstract;
- inclusie van artikelen vanaf 2002;
- exclusie van artikelen die betrekking hebben op kinder- en/of jeugdpsychiatrische populaties;
- exclusie van artikelen die betrekking hebben biologisch psychiatrische thema's;

- exclusie van specifieke populaties.

Na toepassen van de selectiecriteria resteerden 194 artikelen. Daarvan vielen 131 artikelen af na het lezen van de samenvatting. De 63 artikelen die overbleven zijn opgevraagd en in hun geheel bestudeerd. Daarvan vielen nog eens 47 artikelen af omdat ze een te beperkte relatie met schizofrenie hadden of het wetenschappelijke bewijs niet sterk genoeg was om in de richtlijn op te nemen (bijvoorbeeld: kleine groepen, geen controlegroep, studies die nieuwe bevindingen presenteren die (nog) niet door andere studies zijn bevestigd). De conclusies uit de 16 artikelen die uiteindelijk overbleven zijn verwerkt in de tentatieve versie van de richtlijn.

Ontwikkelgroep

Het doel van de ontwikkelgroep was om te adviseren over een eerste concept van de richtlijn. De leden van deze ontwikkelgroep zijn benaderd op grond van hun werkervaring met suïcidale patiënten met schizofrenie en aanverwante stoornissen. Vroeg in het ontwikkelproces is in twee bijeenkomsten met de groep gesproken over de mogelijke vorm en inhoud van de richtlijn. Hun ervaringskennis is als aanvulling op wetenschappelijke kennis uit de literatuur gebruikt om een eerste concept van de richtlijn op te stellen.

Expertpanel

Het expertpanel bestond uit vier ervaringsdeskundige patiënten en zes professionals met een ruime ervaring op het gebied van suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie en aanverwante stoornissen. In individuele interviews met de leden van het panel is hun reactie gevraagd op het eerste concept van de richtlijn. Van ieder interview is een geluidsopname gemaakt die is gebruikt om opmerkingen van de experts te classificeren en coderen. Daarbij zijn de volgende wijzigingsniveaus onderscheiden:

- Code 3: tekstfragment moet worden aangepast/aangevuld omdat het onjuist is, of strijdig is met ervaringskennis of met wat uit de huidige literatuur bekend is;
- Code 2: aanpassing/aanvulling maakt de richtlijn sterker of completer;
- Code 1: aanpassing/aanvulling zou kunnen, maar ook zonder deze aanpassing is de richtlijn van voldoende kwaliteit;
- Code 0: geen aanpassing/aanvulling nodig.

Ieder lid van het panel kreeg de gelegenheid om op de schriftelijke uitwerking van het interview te reageren. Alle reacties zijn vervolgens samengevoegd, waarna een schriftelijk voorstel is gedaan hoe de afzonderlijke reacties zouden worden verwerkt in de conceptversie van de richtlijn. Ook op dit voorstel konden de experts reageren. Op basis van het voorstel en de reacties van de experts daarop is een definitief concept van de richtlijn opgesteld dat is gebruikt voor de *pilot* studie.

In een later stadium, na de *pilot* studie, is ook de tentatieve versie van de richtlijn aan het expertpanel voorgelegd. Voorstellen voor wijziging zijn verwerkt waarna de definitieve richtlijn is vastgesteld.

Pilot studie

Het concept van de richtlijn is gebruikt ten behoeve van een *pilot* studie. Het doel van deze *pilot* studie was om de bruikbaarheid van de richtlijn te testen bij toepassing in de verpleegkundige praktijk.

De 21 deelnemers aan de *pilot* studie hadden een opleiding als verpleegkundige of sociaal psychiatrisch verpleegkundige en hadden gemiddeld 11 jaar ervaring met het begeleiden van suïcidale patiënten. De deelnemers waren afkomstig van twee grote GGZ instellingen en werkten ambulante of klinisch (zowel open als gesloten afdelingen).

Via twee scholingsbijeenkomsten is gewerkt aan kennisoverdracht op het gebied van suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie, evenals aan praktische vaardigheden voor het gebruik van de richtlijn. De deelnemers kregen daarbij de gelegenheid om in kleine groepjes te oefenen met het toepassen van de richtlijn en de bijbehorende werkboeken.

De deelnemers is gevraagd om de richtlijn minimaal twee keer in zijn geheel uit te voeren met patiënten van de eigen afdeling of *case load*. Daarvoor was een toetsingsperiode van ruim 4 maanden beschikbaar. De verzamelde data bestonden uit de ingevulde basisanamneses, voortgezette anamneses en opgestelde interventieplannen. Daarnaast is door de deelnemers op de computer een logboek bijgehouden en zijn per GGZ instelling halverwege en aan het eind van de toetsingsperiode groepsinterviews gehouden om ervaringen te bespreken. Tijdens het tweede interview is de deelnemers ook gevraagd om een enquêteformulier over hun ervaringen met de richtlijn in te vullen.

Naar aanleiding van de resultaten van de *pilot* studie is de richtlijn gewijzigd en is er een tentatieve versie geschreven. De wijzigingen hadden vooral betrekking op de aansluiting van de voortgezette anamnese op de basisanamnese en de voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn. Daarnaast zijn enkele voorbeeldzinnen toegevoegd of gewijzigd.

Bijlage C : Criteria om implementatie te toetsen

Om na te kunnen gaan of de richtlijn in de praktijk wordt toegepast kan gebruik worden gemaakt van indicatoren. Het gaat hierbij om uitkomsten van het implementatieproces en niet om effecten van het gebruik van de richtlijn. De richtlijn *Effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis* doet aanbevelingen die op zich niet uniek zijn. Het meten of iedere individuele aanbeveling in de praktijk wordt toegepast is daarom niet maatgevend voor het gebruik van de richtlijn. Wat wel uniek is en een concreet resultaat van het toepassen van de richtlijn, is het aantal basisanamneses en voortgezette anamneses dat gedurende een periode is ingevuld (procesindicatoren). Hiervoor is het uiteraard belangrijk dat de richtlijn goed is geïntroduceerd binnen de instelling en dat verpleegkundigen hebben geleerd hoe ze de richtlijn moeten toepassen (structuurindicator). Analooq aan de prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg basisset* (projectgroep Prestatie-indicatoren GGZ, 2006) worden de indicatoren uitgedrukt als een verhoudingsgetal.

Indicator:	Basisanamneses
Omschrijving:	ratio van aantal ingevulde basisanamneses t.o.v. het aantal dat had kunnen worden ingevuld.
Type indicator:	Proces
Teller:	aantal ingevulde basisanamneses
Noemer:	aantal patiënten met schizofrenie die in zorg zijn (zowel klinisch als ambulant)
Informatiebron:	Zorgdossier
Indicator:	Voorgezette anamneses
Omschrijving:	ratio van aantal ingevulde voortgezette anamneses t.o.v. het aantal dat naar verwachting had kunnen worden ingevuld.
Type indicator:	Proces
Teller:	aantal ingevulde voortgezette anamneses
Noemer:	aantal patiënten met schizofrenie die in zorg zijn (zowel klinisch als ambulant) en bij wie na de basisanamnese bleek dat er sprake was van suïcidaliteit + aantal patiënten met schizofrenie die in zorg zijn en van wie bekend is dat er sprake is van suïcidaliteit zonder dat de basisanamnese is afgenomen.
Informatiebron:	Zorgdossier
Indicator:	Richtlijnverspreiding
Omschrijving:	ratio van aantal instellingen dat zegt de richtlijn te hebben geadopteerd t.o.v.

het aantal instellingen in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

Type indicator: Structuur

Teller: aantal instellingen dat zegt de richtlijn te hebben geadopteerd

Noemer: aantal instellingen in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland

Informatiebron: koepelorganisatie, sleutelpersonen binnen instellingen