

11

Inschatten van suïcidaal gedrag

Jos de Keijser en Martin Steendam

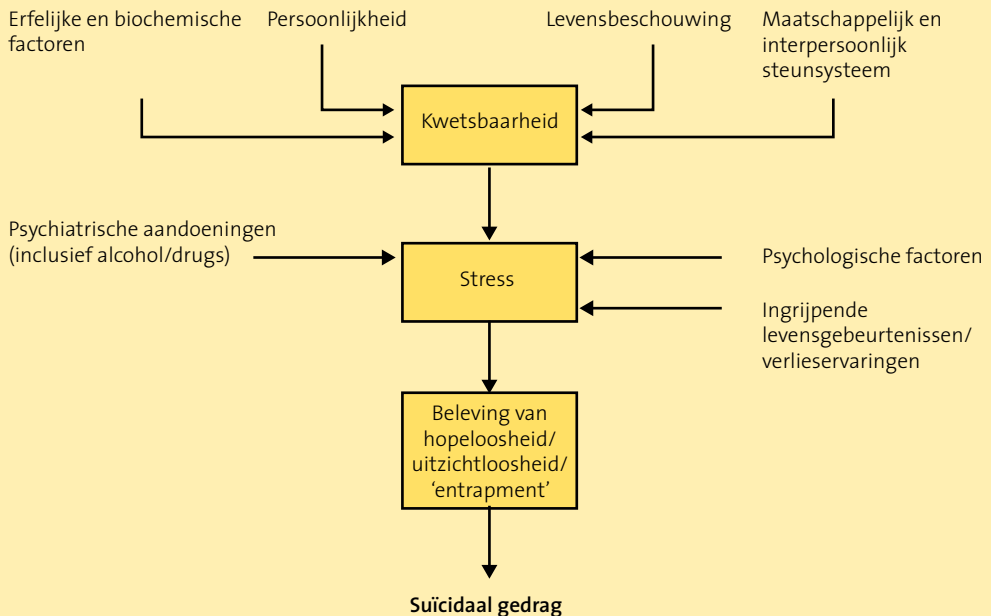
- 1 Inleiding
 - 2 Contact maken en naasten bij de zorg betrekken
 - 3 Diagnostiek
 - 3.1 Structuurdiagnose
 - 4 Veiligheidsplan
 - 5 Conclusie
- Literatuur

1 Inleiding

Suïcidaal gedrag betekent: het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te willen doden. Dit gaat niet altijd samen met een eenduidige wens van de patiënt om niet meer te leven. Veel vaker kan gesproken worden van een zekere ambivalentie. Er is een wens om te leven en een wens om dood te gaan. Deze wensen zijn voor professionele hulpverleners en familieleden lang niet altijd zichtbaar. Per 10.000 inwoners zijn er circa 300 mensen met suïcidegedachten, ongeveer 100 doen één poging, een tiental doet twee pogingen en er is wellicht één die zich suïcideert (Van Hemert e.a., 2012b). Het hebben van suïcidegedachten is dus weliswaar een voorspeller voor suïcide, maar bepaald geen krachtige. Dit maakt het voorspellen van suïcide tot een, wetenschappelijk gezien, kansarme opgave.

Toch moet in de dagelijkse praktijk een inschatting gemaakt worden van de mate waarin de patiënt suïcidaal is en van de kans op suïcide. Hiervoor is informatie nodig die soms niet of nauwelijks beschikbaar is. Over dit dilemma handelt dit hoofdstuk: hoe kan de professional een verantwoorde inschatting maken van suïcidaal gedrag? Welke methode kan hij gebruiken en over welke kennis en vaardigheden dient hij te schikken? De *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert e.a., 2012b) geeft uitgebreid antwoord op deze vragen en biedt bovendien een theoretisch model dat goed als achtergrond gebruikt kan worden om het suïciderisico in te schatten.

Figuur 11.1 Geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid en 'entrapment' voor suïcidaal gedrag



Bron: Van Hemert e.a., 2012, p. 45.

Het stress-kwetsbaarheids- en entrapmentmodel, gebaseerd op Goldney (2008) en Williams en anderen (2005) (zie figuur 11.1) is een gecombineerd model dat uitgaat van duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het suïcidale gedrag triggeren en onderhouden. *Entrapment* ('fuijk') is het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren suïcidaal gedrag kunnen ontwikkelen. Bij ieder individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologische en sociale factoren. De suïcidale toestand omvat suïcidegedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis, en gedachten over de nabije toekomst. Essentieel zijn betekenissen van gedachten en handelingen in termen van motieven, intenties, overwegingen en plannen zoals door de patiënt gerapporteerd en manieren om zich te beschermen tegen suïcide, bijvoorbeeld met hulp van een steunsysteem en een levensbeschouwing.

Met het model uit figuur 11.1 in het hoofd zijn vier uitgangspunten bij de diagnostiek van suïcidaal gedrag van belang: het contact, de naasten, diagnostisch onderzoek en een veiligheidsplan. Ten eerste de kwaliteit van het contact tussen de patiënt en professional. Als de patiënt zich vrij voelt over zijn suïcidegedachten te praten, is de professional beter in staat de ernst van het suïcidale gedrag in te schatten. Daarnaast kan veel informatie ingewonnen worden bij de naasten, die veelal zowel onderdeel van het probleem als onderdeel van de oplossing zijn. Een derde uitgangspunt is degelijk diagnostisch onderzoek. We gebruiken hiervoor het CASE-interview (Shea, 1998). De inschatting van het suïcidale gedrag mondt uit in een veiligheidsplan dat met de patiënt en diens naasten wordt opgesteld.

2 Contact maken en naasten bij de zorg betrekken

Goed contact tussen patiënt en professional faciliteert de anamnese, verdiept het psychiatrisch onderzoek en vormt de motor van de therapeutische werkrelatie. Dit geldt voor alle vormen van psychologische en psychiatrische hulp, maar bij uitstek bij suïcidaal gedrag. De mogelijkheid van contact en de kwaliteit daarvan kan het verschil tussen leven en dood betekenen. Het biedt snel en direct perspectief, hoop en verlichting van lijden, als het contact goed is.

Marijke (1)

Marijke is een 47-jarige vrouw met recidiverende depressies. Ze is meerdere malen opgenomen, twee keer is daaraan een suïcidepoging voorafgegaan. Er is sprake van familiale belasting (een moeder en een oudere zuster met depressie). Marijke is bovendien gevoelig voor stress. Recentelijk is het contact met haar dochter verslechterd door een ruzie over geld. Tegelijkertijd moest Marijke op haar uitkering inleveren vanwege bijstandsfraude. Ze is nu vrijwel altijd thuis en voelt zich in toenemende mate alleen. Haar ex-man, Hans, houdt haar in de gaten, maar hij is soms voor langere tijd in het buitenland.

Op een avond hoort de buurvrouw gerommel op het dak; ze denkt aan een inbreker. Dit blijkt Marijke te zijn die zich verward uit. Op verzoek van de buurvrouw komt ze naar beneden. Via de huisarts komt ze in contact met de crisisdienst van de ggz. De dienstdoende psychiater spreekt haar in haar woonkamer. Inmiddels is haar ex-man gealarmeerd en gekomen. Hij maakt zich grote zorgen.

Marijke zelf is bang voor een heropname. De psychiater probeert contact met Marijke te maken, maar hij merkt dat ze het contact afhoudt. Ze zegt dat het wel weer gaat en dat ze misschien haar antidepressieve medicatie moet verhogen. De psychiater gaat rustig bij haar zitten, en zegt dat hij er niet bij voorbaat op uit is om haar op te nemen. Hij vraagt wat er in haar omgving toen ze op dak liep. Na enige tijd vertelt ze dat de televisie stuk ging en ze dacht dat ze nu helemaal niets meer had; geen geld voor een nieuwe televisie, geen geld om zich te kleden, kortom dat alles verloren was. 'Je moet wel wanhopig geweest zijn', zegt de psychiater.

Om een beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat bij de patiënt heeft geleid tot suïcidaal gedrag, is een goed contact tussen patiënt en professional onontbeerlijk. Goed contact houdt in dat de patiënt zich vrij kan voelen om over zijn suïcidedgedachten te praten. De professional gaat een werkrelatie aan met de patiënt die gebaseerd is op het tonen van betrokkenheid en begrip.

De mogelijkheid om met de patiënt in contact te komen kan bemoeilijkt worden door de somatische, psychiatrische en/of psychologische toestand van de patiënt. Hierdoor kan het zicht op de suïcidedgedachten beperkt zijn. Zeker bij geïntoxiceerde patiënten of bij ernstig somatisch zieke patiënten kan het onderzoek van het suïcidale gedrag niet of niet volledig mogelijk zijn. In deze situaties is het aan te bevelen om het verzamelen van meer complete informatie uit te stellen tot een later moment en/of de informatie te verkrijgen via naastbetrokkenen. Zorg voor veiligheid en continuïteit van zorg zal op dat moment eerste prioriteit zijn. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid van de patiënt wat betreft de doodsintentie, moet deze worden beoordeeld door een specialist.

Als contact wel mogelijk is, gaat het er uiteindelijk om dat de patiënt zich vertrouwd, gerespecteerd en niet beoordeeld voelt. Dat maakt het voor de patiënt veilig te vertellen over suïcidale gedachten en over de wanhoop die daaraan ten grondslag ligt. De patiënt kan zich op deze wijze eenvoudiger openstellen voor verdere afspraken en behandeling. Contact met suïcidale mensen is voor professionals lastig en soms belastend. Hierbij speelt mee dat het veelal gaat om contact dat onder tijdsdruk en op moeilijke tijdstippen moet worden gelegd. Bovendien kunnen aanwezige persoonlijkheidsproblematiek, emotionele lading of intoxicaties de opbouw van een constructief gesprek compliceren. Maar er is meer dat het contact tussen hulpverlener en patiënt kan belemmeren. De gesprekspartners delen elkaars perspectief op suïcidaliteit niet, ten minste niet a priori. Voor de meeste professionals is de suïcidaliteit een probleem dat moet worden opgelost op een manier dat de dood moet worden voorkomen. Voor de suïcidale patiënt is de dood een optie, die uiteindelijk kan worden benut wanneer geen andere weg uit de wanhoop te vinden is. Het is een houvast en het geeft enige autonomie. Dit verschil in perspectief kan in het gesprek leiden tot dubbele agenda's (De Keijser & Mokkenstorm, 2010).

De dubbele agenda van de patiënt ontstaat door het conflict tussen de wens geholpen te worden en de wens niet langer te leven; dit gecombineerd met de vrees dat het geven van openheid van zaken kan leiden tot verlies van autonomie en meer specifiek van de mogelijkheid er zelf een einde aan te maken. De dubbele agenda van de professional vloeit voort uit de voorwaardelijke acceptatie van en empathie met suïcidale intenties: dood willen is bespreekbaar, zolang je het maar niet doet. Het raakt ook de persoonlijke, normatieve achtergrond van de professional. Het werken met suïcidale mensen is als glad ijs: hulpverleners hebben behoefte aan grip op de situatie, zodat de patiënt geen suicide zal plegen. De suicide wordt niet alleen gevreesd vanwege de omvang van het verlies en de uitwer-

king op de nabestaanden, maar ook vanwege de vermeende gevolgen voor de professional zelf. Een patiënt verliezen door suïcide is pijnlijk en soms schaamtevol, en kan professionele repercussies hebben zoals klachtenprocedures, tuchtzaken, claims en burn-out (Steendam, 2010). Het is voor professionals belangrijk dat ze zich bewust zijn van zowel de eigen agenda als die van de suïcidale patiënt. Door training kan de professional zijn zelfvertrouwen vergroten. Er zijn aanwijzingen (Oordt e.a., 2009) dat het contact met de suïcidale patiënt hierdoor verbeterd wordt.

Marijke (2)

Uit de informatie van haarzelf en haar ex-man blijkt dat Marijke de laatste weken depressiever is geworden. Ze stapelt alle problemen (geld, contactverlies met haar dochter, angst voor de toekomst) op elkaar en ziet geen uitweg. De psychiater vraagt hoe het contact tussen Marijke en haar ex-man Hans is geweest de laatste weken. Marijke heeft hem vermeden, naar nu blijkt omdat ze zich schaamt voor haar geldproblemen en de ruzie met haar dochter. De psychiater vraagt haar of Hans kan helpen bij deze problemen. Hij is bereid met haar mee te gaan naar de Kredietbank en met hun dochter te gaan praten. Hier stemt Marijke mee in. Ze maakt tevens de afspraak met de psychiater dat ze twee dagen later zal langskomen voor een vervolgesprek.

Het bij de zorg betrekken van naasten in geval van een suïcidale crisis gebeurt in de praktijk te weinig (Van Hemert e.a., 2012b). Regelmatig ontstaat een dergelijke crisis doordat de naasten signalen geven dat ze het ondersteunen van een psychiatrische patiënt zwaar vinden. De patiënt voelt zich tot last. In deze situatie dient niet alleen de patiënt, maar dienen ook de naasten gesteund en ontlast te worden. Naasten kennen de patiënt meestal goed en kunnen een belangrijke bron van informatie zijn. Ze kunnen de professional helpen de informatie van de patiënt op waarde te schatten. Naastbetrokkenen hebben vaak behoefte aan uitleg, hulp en steun. Wanneer professionals aan deze behoefte tegemoetkomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de patiënt, de kwaliteit van de werkrelatie met de patiënt en zijn naastbetrokkenen en op de therapietrouw.

3 Diagnostiek

Suïcidaal gedrag laat zich evenals alle andere vormen van psychopathologie het beste onderzoeken in deze volgorde: contact maken, hulpvraag verhelderen, anamnese, onderzoek, diagnose en indicatiestelling. Het eerste doel van het diagnostisch onderzoek is het vestigen van een samenwerkingsrelatie op basis van een gezamenlijk begrip van wat er aan de hand is en waar de ruimte voor verbetering ligt. Het tweede doel is het opstellen van een gezamenlijk gedragen veiligheidsplan waarmee met de beschikbare middelen een zo gunstig mogelijke prognose kan worden bereikt. Bij suïcidaal gedrag gaat dit om het herwinnen van hoop, niveau van functioneren en herstel van de binding aan het leven.

Onderzoek van suïcidaal gedrag is geïndiceerd bij iedereen die met enige overtuiging suïcidale uitspraken doet of die een suïcidepoging heeft gedaan. Suïcidale patiënten brengen hun suïcidegedachten echter niet altijd uit zichzelf ter sprake. In de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert e.a., 2012b) wordt aanbevolen in de volgende situaties actief navraag te doen naar suïcidegedachten:

- bij psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral als er sprake is van depressie;
- bij suïcidale uitingen en uitingen van wanhoop;
- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen;
- op transitie momenten in lopende psychiatrische behandelingen;
- bij onverwachte veranderingen, uitblijven van verbetering, of verslechtering van het klinische beeld;
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat er sprake kan zijn van suïcidegedachten, bijvoorbeeld een 'niet-pluisgevoel' bij onverwacht herstel.

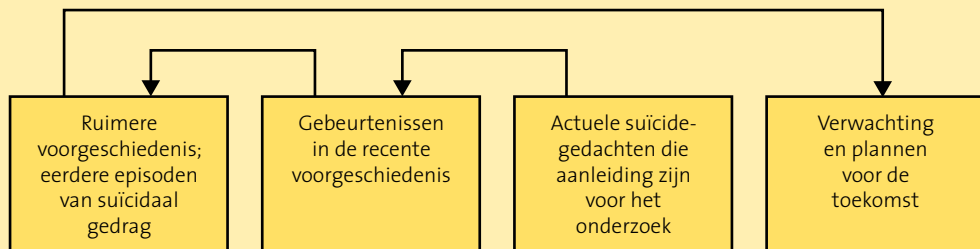
Aanbevolen wordt om suïcidaal gedrag systematisch te onderzoeken aan de hand het CASE-interview (Shea, 1998).

Het systematische onderzoek naar suïcidaal gedrag begint met onderzoek van de huidige suïcidale toestand. Vervolgens worden gebeurtenissen in de recente geschiedenis onderzocht die (mogelijk) het suïcidale gedrag hebben uitgelokt of verergerd. Daarna wordt navraag gedaan naar eerder suïcidaal gedrag en de aanleidingen daartoe. Hierdoor ontstaat zicht op stress-, kwetsbaarheidsfactoren en beschermende factoren die voor de patiënt van invloed zijn op het ontstaan van suïcidaal gedrag. Tot slot wordt geïnventariseerd hoe de patiënt de toekomst ziet en wat er volgens de patiënt zou moeten veranderen om aan de suïcidale toestand een einde te maken. Kennis van deze factoren en de betekenis en beïnvloedbaarheid ervan bieden aanknopingspunten voor de behandeling.

3.1 Structuurdiagnose

De informatie uit het CASE-interview (zie figuur 11.2) kan in een structuurdiagnose (Sno e.a., 2004) worden samengebracht. Die bestaat uit de formulering van de aard en de ernst van de symptomen, met hypothesen over de etiologie en de pathogenese en met een inschatting van het directe gevaar. Het geeft indicaties voor zowel mogelijke directe interventies en keuze van behandelsetting als ook voor de behandelplannen voor de langere termijn. In de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* wordt een ernstmaat aangehouden (zie tabel 11.1). De acties zijn afhankelijk van de instelling en setting. Het voorbeeld uit tabel 11.1 wordt gebruikt binnen de instelling waarin de auteurs van dit hoofdstuk werken.

Figuur 11.2 CASE-interview (Chronological Assessment of Suicidal Episodes)



Bron: Shea, 1998.

Tabel 11.1 Ernstmate van suïcidaliteit en acties

<i>Mate</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Acties</i>
Lichte mate	Vluchtige gedachten, impuls onder controle	– Focus behandeling
		+
Ambivalent	Afwisselend suïcide willen en willen leven, impulsiviteit, breuk met anderen	– Toetsen collega – Veiligheidsplan
		+
Ernstige mate	Voortdurende gedachten, wanhopig, plan, benauwd voor eigen impulsiviteit	– Consult specialist – Intensivering
		+
Zeer ernstige mate	Ontredderd, op drempel van suïcide	– Familie, crisisdienst, anders opname

Marijke (3)

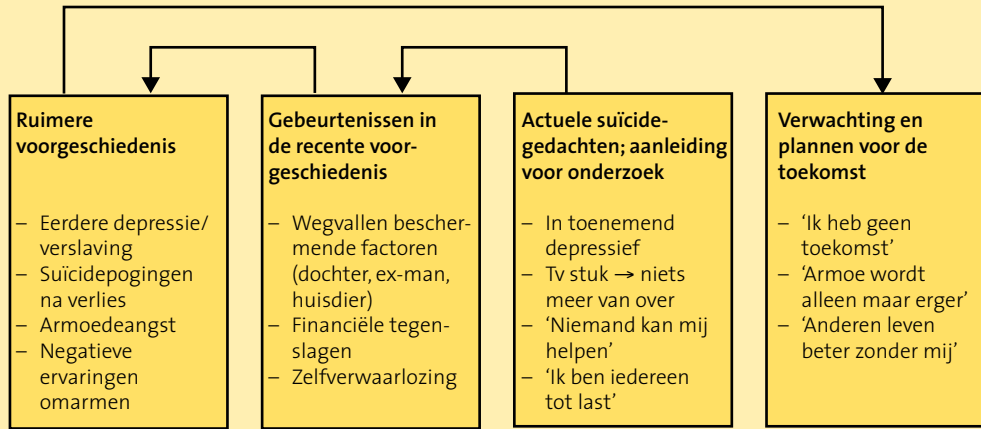
Tijdens het vervolgggesprek bij de ggz vertelt Marijke, die samen met Hans komt, over gebeurtenissen die de laatste tijd hebben plaatsgevonden en die haar wanhopig hebben gemaakt. Haar geldgebrek brengt haar in een negatieve gedachtespiraal. Ze heeft haar huisdier weg moeten doen, eet eenzijdig, houdt contacten met familie en kennissen af omdat ze zich schaamt voor haar armoede. Op slechte momenten vertoont ze impulsief gedrag, en koopt TelSell- of Wehkampartikelen op afbetaling. De psychiater die het CASE-interview met haar doorloopt, vraagt vervolgens naar de omstandigheden bij haar eerdere suïcidepogingen.

De eerste poging was na het overlijden van haar moeder. Marijkes vader vertrok toen ze 3 jaar was en haar moeder heeft haar altijd verzorgd, ook op momenten dat ze heel arm waren. Na haar moeders dood bleek er geen geld te zijn voor een begrafenis. Marijke schaamde zich hier erg voor en deed een poging met slaappillen. De tweede poging was na haar echtscheiding, ook toen was ze verdrietig en speelden er geldkwesties. Haar man wilde niet langer voor de schulden van haar gokverslaving opdraaien. De deurwaarder dwong haar om haar huis te verkopen.

De psychiater vraagt haar vervolgens hoe ze naar de toekomst kijkt: 'Het wordt alleen maar erger, iedereen laat me in de steek, ik heb geen geld meer om de rekeningen te betalen, ik ben de mensen en de maatschappij alleen maar tot last.' Het gesprek gaat verder over wat haar ervan heeft weerhouden eerder een eind aan haar leven te maken. Na enige aarzeling begint Marijke over het contact met haar dochter: dat ze die mist. Tot voor kort hoopte ze een leuke oma voor haar kleinkind te kunnen worden, maar nu schaamt ze zich voor haar huis en haarzelf en na de laatste ruzie met haar dochter is de hoop op een goed contact helemaal vervlogen. Ze is met haar ex-man inmiddels wel naar de Kredietbank geweest, er wordt aan een oplossing gewerkt, maar ze heeft nog geen contact met haar dochter durven opnemen.

De structuurdiagnose van Marijke bevat de informatie uit figuur 11.3 en een inschatting van de ernst. Tijdens de nachtelijke suïcidale uiting vond de psychiater haar in ernstige mate suïcidaal. Er konden met Marijke en haar ex-man goede afspraken gemaakt worden over de veiligheid. Daarnaast speelde de negatieve ervaringen van Marijke met opnamen ook een rol bij de overweging van de psychiater om haar niet op te nemen. Tijdens het bezoek twee dagen later schat de psychiater de ernst iets lager in: ze is nog wanhopig, denkt negatief over haar toekomst, maar werkt wel mee aan oplossingen en heeft geen uitgewerkte plannen meer hoe ze een eind aan haar leven gaat maken. De psychiater maakt met Marijke en Hans een veiligheidsplan.

Figuur 11.3 CASE-interview (casus Marijke)




4 Veiligheidsplan

Het veiligheidsplan is een op papier gemaakte afspraak tussen de professional, de suïcidale patiënt en één of twee belangrijke personen die de patiënt aanwijst om de veiligheid van de patiënt te vergroten. Het veiligheidsplan is integraal onderdeel van het behandelplan. Bij suïcidale patiënten is de continuïteit van zorg essentieel (Hermens e.a., 2010). Het plan dient afgestemd te worden met de diverse professionals en mantelzorgers. Het bevat in elk geval:

- gegevens van contactpersonen die bij crisis geïnformeerd dienen te worden;
- acties om zelf te ondernemen in een crisis;
- informatie hoe hulp ingeschakeld kan worden (binnen en buiten kantooruren) van bijvoorbeeld een ggz-instelling.

Veelal wordt een indeling in fasen (groen, oranje, rood en rood-knipper) aangehouden van oplopende spanning en wanhoop, waarbij per fase de belangrijkste vroege voortekenen worden benoemd. Per fase staat tevens beschreven hoe spanning en wanhoop te verminderen. Een onderdeel van het veiligheidsplan kan ook de Crisiskaart zijn (Van der Ham e.a. 2011) die de patiënt kan overleggen aan derden bij een dreigende crisis. De doelen van het veiligheidsplan zijn het versterken van de autonomie en het oplossingsgerichte denken van de patiënt, het verminderen van het gevoel van entrapment en het verbeteren van de samenwerking met de hulpverlener en direct betrokkenen. In het veiligheidsplan wordt een verbinding gelegd met het behandelplan. Naast de crisis dient vanzelfsprekend eveneens de onderliggende psychiatrische stoornissen behandeld te worden. Het veiligheidsplan kan opmerkingen bevatten om de patiënt te motiveren tot deze behandeling. De behandeling van suïcidaal gedrag valt buiten deze bijdrage, zie de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert e.a., 2012).

Figuur 11.4 Veiligheidsplan (casus Marijke)

	<p>Rood knipper: ben een gevaar voor mezelf: bel binnen kantooruren de crisisdienst van de ggz en buiten kantooruren de Dokterswacht of vraag Hans hen te bellen.</p>
	<p>Rood: ben zeer wanhopig, kan zelf niet meer rustig worden, vraag Hans te komen, als hij niet beschikbaar is buurvrouw Anneke of de huisarts.</p>
	<p>Oranje: ben onrustig, probeer afleiding te zoeken door stadswandeling, bezoek dagopvangplek ggz, kijken naar favoriete dvd van tv-serie Southpark.</p>
	<p>Groen: blijf contacten onderhouden, medicijnen gebruiken, hobby's uitvoeren, doe geen onbezonnen aankopen, besef dat mijn stemming soms daalt, maar weer verbetert.</p>

Marijke (4)

In het veiligheidsplan (zie figuur 11.4) wordt afgesproken dat Hans de komende periode elke dag bij haar langskomt. Samen gaan ze naar bij de Kredietbank en proberen ze het contact met Marijkes dochter te herstellen. Marijke is bereid haar antidepressieve medicatie te verhogen en vervolgspraken met de psychiater te maken. Op schrift wordt een veiligheidsplan vastgelegd met vier fasen. Dit communiceert Marijke met de betrokkenen.

Voor haar veiligheid moedigt de psychiater Marijke aan contact te zoeken met haar dochter. De maatschappelijk werker van de ggz is bereid om met Marijke en haar dochter gesprekken te voeren.

Een veiligheidsplan dient regelmatig geëvalueerd te worden. In geval van Marijke kan bij het herstellen van de band met haar dochter dit contact als een beschermende factor toegevoegd worden.

5 Conclusie

De professional kan suïcidaal gedrag van de patiënt niet voorspellen. Het inschatten is het zoeken naar informatie waarbij de professional hulp van de patiënt en diens naasten nodig heeft. Van groot belang hierbij is het maken van contact en het vestigen van een vertrouwensband. Deels laat de professional zich leiden door intuïtie, zonder te beschikken over alle informatie. Door optimaal contact te maken met de patiënt en diens naasten, kan de professional op zoek gaan naar de ambivalentie van de doodswens en de achterliggende wanhoop van de patiënt. Kennis van stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag en factoren die de patiënt hiertegen beschermen, zoals beschreven in kader 11.1, helpt bij dit zoekproces. Voor de continuïteit van het contact worden vervolgspraken gemaakt met de patiënt en diens naaste en worden deze afspraken gecommuniceerd met alle betrokkenen en vastgelegd in een veiligheidsplan.

Kader 11.1 Schema voor diagnostiek van suïcidaal gedrag**Doelen**

- Inschatten van de prognose van suïcide.
- Indicatiestelling voor zorg.
- Organiseren van zorg.

Voorbereiden

- Organiseer veiligheid.
- Verzamel voorinformatie.
- Organiseer de setting.

Onderzoek

- 1 Maak contact.
- 2 Bepaal de suïcidale toestand (CASE-benadering; Shea, 1998).
- 3 Bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren.
- 4 Betrek naasten bij het onderzoek.
- 5 Formuleer de structuurdiagnose.
- 6 Bepaal de indicatie voor verdere zorg.

Afronden

- Maak een plan met de patiënt (op schrift).
- Organiseer veiligheid.
- Betrek naasten bij de diagnostiek.
- Maak afspraken over het vervolg; wat als ...
- Bepaal de noodzaak van vervolgonderzoek.
- Organiseer de verdere zorg actief.
- Rapporteer.
- Suïcidepoging.
- Letaliteit van de poging.
- Suïcidedachten, intentie, plannen.
- Beschikbaarheid van een middel.
- Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag.

Persoonskenmerken

- Leeftijd (ouder).
- Geslacht (man).

Psychiatrische aandoeningen

- Stemmingsstoornis.
- Angststoornis.

- Schizofrenie of psychotische stoornis.
- Intoxicatie (alcohol en/of drugs).
- Verslaving.
- Eetstoornis.
- Persoonlijkheidsstoornis.
- Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling.
- Slaapstoornis (bij ouderen).
- Suïcide in de familie.

Psychologische factoren

- Wanhoop.
- Negatief denken.
- Denkt een last te zijn voor anderen.
- Angst.
- Agitatie en/of agressie.
- Impulsiviteit.

Gebeurtenissen en verlies

- Verlieservaringen.
- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing).
- Lichamelijke ziekte, pijn.
- Werkloosheid.
- Detentie.

Overig

- Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie).

Beschermende factoren (selectie)

- Goede sociale steun.
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen.
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap.
- Goede therapeutische relatie.

Literatuur

- Goldney, D.R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Ham, L. van der, Voskes, Y., Kempen, N. van, & Widdershoven, G. (2011). Effecten van de Crisiskaart: Een evaluatie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 12, 916-928.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, & Verweij, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012a). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag: Samenvatting*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, & Verweij, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012b). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hermens, M., Wetten, H. van, Sinnema, H., & Anzion, P. (2010). *Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaal gedrag. Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Keijser, J. de, & Mokkenstorm, J.K. (2010). In contact met suïcidale mensen. Diagnostisch onderzoek en begrip voor behoeften. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 444-453.
- Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, M.S. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 21-28.
- Shea, S.H. (1998). *Psychiatric Interviewing, the art of understanding*. Philadelphia: Saunders Company.
- Sno, H.N., Beekman, A.T.F., Hengeveld, M.W., Kuiper, T., Kupka, R.W., Naarding, P. e.a. (2004). *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen*. Amsterdam: Boom.
- Steendam, M. (2010). Angst voor je suïcidale patiënt. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 467-473.
- Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior: Elaborating the entrapment model. In: K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behavior: From science to practice* (pp. 71-88). Oxford: Oxford University Pres.