

# 16

## Preventie van suïcidaal gedrag

*Martin Steendam en Jos de Keijser*

- 1 Een groot probleem
  - 2 Een Nederlandse richtlijn
  - 3 Belangrijke thema's in suïcidepreventie
  - 4 Goed contact maken
  - 5 Beschikbaarheid van letale middelen inperken
  - 6 Verbeteren van toegankelijkheid van zorg
    - 6.1 Gatekeepertrainingen
    - 6.2 Stichting 113Online
  - 7 Samenwerken in de zorgketen
  - 8 Terugvalpreventie na een suïcidepoging
  - 9 Samenvatting en conclusie
- Literatuur

## 1 Een groot probleem

De omvang en uitwerking van suïcides en suïcidaal gedrag zijn enorm. In 2011 overleden in Nederland 1.647 mensen met als doodsoorzaak suïcide. Jarenlang schommelde het aantal suïcides rond de 1.530 per jaar. In ruim twee derde van de sterfgevallen ging het om een man. Na opvallend lagere cijfers in 2007 steeg het aantal suïcides geleidelijk weer tot 1.647 in 2011 (CBS-gegevens).

Het aantal suïcidepogingen is niet goed te meten en moet worden geschat. Op basis van zelfrapportage in het NEMESIS-onderzoek (De Graaf, Ten Have & Dorsselaer, 2010) onder ruim 6.000 respondenten vermeldde 1% het afgelopen jaar een suïcidepoging te hebben gedaan. Dat betekent dat het aantal suïcidepogingen geschat kan worden op 94.000 per jaar. Van de mensen die een suïcidepoging doen, wordt een deel behandeld op de afdeling Spoedeisende hulp. Dit aantal wordt geschat op 14.000 (Verwey, 2007). Nog groter dan het aantal suïcidepogingen is het aantal mensen met gedachten om zelf een einde aan het leven te maken. Vanuit het eerdergenoemde NEMESIS-onderzoek werd geschat dat het hier gaat om 410.000 mensen die aan suïcide denken gemeten over de periode van één jaar. Een vergelijking met andere doodsoorzaken kan helpen om de relatieve omvang van het probleem te verhelderen. In 2011 kwamen in het verkeer 611 mensen om, dus minder dan de helft van het aantal suïcides in dat jaar. Die verhouding was eerst volledig omgekeerd. In 1972 waren er 3.460 verkeersslachtoffers, meer dan vijf keer zoveel als nu; het aantal suïcides was ook toen rond de 1.500. In de jaren daarna werd een gestage afname van het aantal verkeersdoden zichtbaar, een daling die veelal wordt toegeschreven aan preventieve maatregelen, waaronder betere inrichting van wegen, aanleg van rotondes, verkeershandhaving en veiliger auto's.

De ziektelast van een aandoening kan berekend worden met behulp van DALY's (*disability adjusted life years*). Gedachten aan suïcide blijken dan qua ernst en belasting voor mensen vergelijkbaar met astma of hartklachten. Suïcidepogingen zijn qua ernst te vergelijken met depressieve stoornissen of een heroïneverslaving (Kerkhof, 2012).

Ook familie en naasten worden belast door suïcidaal gedrag van iemand in hun nabijheid. Nabestaanden van iemand die een einde aan zijn of haar leven maakt, hebben een fors verhoogd risico zelf ook suïcidaal te worden, en ook bij een suïcidepoging zijn er na een jaar nog duidelijk negatieve effecten hiervan te zien bij naastbetrokkenen. Kortom, de noodzaak van suïcidepreventie is er dus meer dan ooit, zo werd geconcludeerd door de werkgroep die verantwoordelijk was voor de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert e.a., 2012).

## 2 Een Nederlandse richtlijn

Belangrijke internationale richtlijnen over suïcidaal gedrag zijn afkomstig van de American Psychiatric Association (APA, 2003), van de New Zealand Guideline Group (2003), van het National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004, huidige naam: National Institute for Health and Care Excellence) en van de European Psychiatric Association (Wasserman e.a., 2012). In Nederland verscheen recentelijk de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert e.a., 2012). Deze richtlijn is samengesteld

op basis van wetenschappelijke evidentie en er is aansluiting gezocht bij de drie eerst genoemde internationale richtlijnen. De richtlijn bevat concrete aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, om zo het professionele handelen bij suïcidaal gedrag te verbeteren. Het doel van de richtlijn om de zorg voor suïcidale patiënten transparant en toetsbaar maken. Samen met het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens, Van Wetten & Sinnema, 2010) (zie paragraaf 7) wil men met deze richtlijn bijdragen aan de preventie van suïcides in Nederland.

‘Suïcidaal gedrag’ betekent volgens de richtlijn: ‘het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te willen doden’ (Van Hemert e.a., 2012, p. 4). Automutilatie komt in de richtlijn niet aan bod; de afgrenzing van deze thematiek ligt besloten in de toevoeging dat suïcidaal gedrag ‘een zekere intentie om zichzelf te willen doden’ uitdrukt.

In de richtlijn wordt een visie op suïcidaal gedrag beschreven met een gecombineerd model, bestaande uit een stress-kwetsbaarheidsmodel en een entrapmentmodel. Een onderscheid wordt daarin gemaakt tussen de suïcidale toestand (gedachten, intenties, motieven en handelingen gericht op suïcide) en bijkomende factoren (psychiatrische, psychologische en sociale factoren die met het suïcidale gedrag samenhangen). Met behulp van een structuurdiagnose worden vervolgens aard en ernst van de symptomen beschreven, in samenhang met ontstaansvoorwaarden (etiologie) en ontstaanswijze (pathogenese). De structuurdiagnose is de basis voor een behandelplan en moet zo mogelijk in samenwerking met patiënt en naastbetrokkenen opgesteld worden. Hoofdstuk 11 beschrijft dit model uitvoeriger.

### 3 Belangrijke thema's in suïcidepreventie

Een indeling die tegenwoordig erg gebruikelijk is, maakt onderscheid naar doelgroepen voor suïcidepreventie door te spreken over:

- *universele preventie* voor de gehele bevolking. Voorbeeld: publieksvoorlichting of lespakket;
- *selectieve preventie* voor verhoogdriscogroepen. Voorbeeld: training ‘Leren signaleren’, gerichte publieksvoorlichting of gatekeepertrainingen;
- *geïndiceerde preventie* voor mensen met risico's of beginnende symptomen. Voorbeeld: gespreksgroep voor nabestaanden, begeleidingsgesprekken ‘Verlies door zelfdoding’, calamiteitenprotocol;
- *zorggerelateerde preventie* voor individuen met een ziekte of een of meer gezondheidsproblemen. Voorbeeld: nazorg van jongeren in het kader van het Suïcide Nazorg project (SuNa, Den Haag).

Soms ook combineert de hulpverlening meerdere vormen van suïcidepreventie. Een voorbeeld hiervan is 113-online (zie paragraaf 6.2). In de multidisciplinaire richtlijn komt een aantal thema's vooral naar voren zoals:

- goed contact maken met suïcidale mensen en hun wanhoop;
- inperken van beschikbaarheid van letale middelen;
- toegankelijkheid van zorg verbeteren en daarmee vroegtijdige opsporing van risicogevalen mogelijk maken (casefinding door gatekeepers);
- zorgvuldig samenwerken in de zorgketen van suïcidale patiënten;

- terugvalpreventie of recidiefpreventie na een suïcidepoging;
- preventie na een suïcide voor nabestaanden;
- de effecten van media-aandacht en preventie.

De gedachte is dat een samenhangende preventie-interventie die deze aspecten combineert, waarschijnlijk het meest effectief is (Van der Feltz-Cornelis e.a., 2011). Vijf van deze zeven thema's vormen het raamwerk voor het vervolg van dit hoofdstuk en worden hierna uitgebreider besproken. De twee thema's (1) nazorg na suïcide en (2) de effecten van media zijn uiteraard ook van groot belang, maar zullen hier niet verder worden besproken.

#### 4 Goed contact maken

Contact maken is niet altijd gemakkelijk, zeker niet in situaties waarin mensen verkeren die gedachten hebben aan de dood. Een aantal factoren kan de kwaliteit van het contact tussen patiënt en professional negatief beïnvloeden.

- 1 *Bij de patiënt* kan sprake zijn van emotionele ontregeling en cognitief disfunctioneren. Emoties als wanhoop, schaamte, angst of cognitieve verstoringen in de vorm van overgeneraliseren, zwart-wit- of tunneldenken kunnen het contact bemoeilijken. En ook is er vaak het idee of de overtuiging dat je jezelf niet kunt helpen, maar ook dat anderen je niet kunnen helpen.
- 3 *Bij de professional* kan het contact bemoeilijkt worden door angst het probleem groter te maken, door angst voor consequenties (juridisch, professioneel en/of emotioneel) van een suïcide of door confrontatie met latent aanwezige angsten bij de hulpverlener over de eigen dood (Steendam, 2010).
- 2 Er kunnen *tegenstrijdige belangen* zijn. De professional heeft als doel hulp verlenen, de patiënt wil dood of is op zijn minst verward of ambivalent in wat hij wil. Deze verschillen in oriëntatie kunnen de patiënt het gevoel geven dat de hulpverlener meer gericht is op 'bestrijden' dan begrijpen van de suïcidale gedachten en verlangens. Dit wordt ook wel de dubbele agenda genoemd (De Keijser & Mokkenstorm, 2010).

Contact maken is een basale vaardigheid voor professionals die in de curricula voor de verschillende opleidingen de nodige aandacht krijgt. Voor het goed contact maken met suïcidale patiënten (Kerkhof & Van Heeringen, 2000) geldt een aantal specifieke en praktische aanbevelingen.

- Vraag goed door, als een zeer betrokken en uiterst belangstellend journalist. 'Denkt u vaak aan de dood? Hoe vaak: de hele dag door; direct al bij het opstaan?'; 'Op welke manier wilt u een einde aan uw leven maken; waarom hebt u voor die manier gekozen?'; 'Hoe is het voor u om te denken aan de dood?'
- Vraag met empathie naar de wanhoop die vaak achter de gedachten aan de dood ligt. 'U zegt dat u dood wilt. Dan moet u wel erg wanhopig zijn; klopt dat?' Om dan te kunnen vervolgen met: 'Waarover bent u zo wanhopig?'
- Let op ambivalenties in gedachten of gevoelens. 'U wilt dood, en tegelijk noemt u ook dat u het erg vindt dat u uw kleinkind dan nooit zult zien'; 'U zegt dat u dood beter af bent, maar ook dat u uw naasten hier niet mee wilt belasten.'
- Vraag en zoek naar discrepanties in de tijd. 'Is het altijd zo geweest? Wilde u altijd al dood?'; of: 'Wat is er gebeurd dat u nu wel dood wilt?'

Probeer samen met de patiënt gedachten en gevoelens concreet te maken, om op die manier dichterbij gevoelens te komen. Vaak generaliseren suïcidale patiënten, of

hanteren zij vormen van zwart-witdenken. 'U zegt dat er niemand is die u zal missen. Hoe is dat voor uw zoon, met wie u vaak gaat vissen?' Of: 'Van wie hebt u altijd gehoopt dat die u zou missen, en vindt u het pijnlijk om nu te zeggen dat ook die u niet zal missen?'

Belangrijk is om onderscheid te maken tussen acute en chronische suïcidaliteit. In acute situaties moet het contact maken over wanhoop ingebed zijn in het leggen van een goede, affectieve werkrelatie en gericht zijn op behandeling van psychopathologie en suïcidaliteit. In chronische situaties is de aandacht vooral gericht op onderhoudende factoren, met als doel het leren omgaan met het hebben van chronisch suïcidale gedachten.

Let wel: mensen met chronische suïcidaliteit kunnen ook opnieuw tijdelijk acuut suïcidaal zijn. Het risico is dat behandelaars hun alertheid verliezen en ten onrechte geen alarm slaan, of gedemoraliseerd raken als gevolg van de permanente blootstelling aan suïcidale gedrag en hun emoties van ergernis, vermoeidheid of teleurstelling niet goed kunnen verbergen (Van Luyn & Kaasenbrood, 2010).

## 5 Beschikbaarheid van letale middelen inperken

Om zich te kunnen suïcideren zijn middelen nodig, zoals medicijnen, een touw, een trein of een flat. Verhangen of wurgen komt het vaakst voor, iets meer bij mannen (47%) dan bij vrouwen (31%). Vergiftigen komt op de tweede plaats, bij vrouwen beduidend meer (28%) dan bij mannen (16%). Andere vormen zijn van een hoogte springen, voor een rijdend voertuig springen (meestal de trein), of met een steek- of vuurwapen zich van het leven beroven. Het gebruik van een vuurwapen komt in Nederland zelden voor (Kerkhof, 2010b). Op Europees niveau ligt dit anders (Värnik e.a., 2008).

Beperking van beschikbaarheid van of toegang tot letale middelen heeft zin, zo blijkt uit een overzicht van onderzoek hiernaar (Sarchiapone e.a., 2011). In India werd met succes in de dorpen het landbouwgif achter slot en grendel gezet; het niet langer toxisch zijn van keukengas bleek in Engeland een forse (19 tot 33%) daling van het aantal suïcides tot gevolg te hebben. Het beveiligen van het spoor op specifieke plekken door het plaatsen van hekwerk, lichten en borden die verwijzen naar 113-online heeft ook tot doel het aantal suïcides te verminderen (Van Houwelingen, 2011).

Naast de letale middelen zijn er ook de drempelverlagende middelen. Alcoholmisbruik (bij 40% van de suïcidepogingen is sprake van alcoholgebruik), cannabis of sedativa kunnen het suïciderisico fors verhogen, bij polydruggebruik kan dit zelfs leiden tot een twintigmaal hoger risico (Wilcox, Conner & Caine, 2004).

Beroepsgroepen die gemakkelijk toegang hebben tot letale middelen, zoals boeren (landbouwgif) en artsen (medicijnen), hebben een verhoogd risico op suïcidaal gedrag (Platt & Hawton, 2000). Het suïciderisico van politiemensen is vergeleken met de algemene bevolkingspopulatie niet verhoogd, ondanks de beschikbaarheid van vuurwapens.

## 6 Verbeteren van toegankelijkheid van zorg

Uit onderzoek blijkt dat het aannemelijk is dat er een relatie is tussen toegankelijkheid van de zorg en het aantal suïcides en suïcidepogingen. Een laagdrempelig toegang tot huisarts en andere eerstelijnszorg gecombineerd met adequate doorverwijzingen naar en

samenwerking met gespecialiseerde zorg in de tweede lijn is dan ook van belang. In deze paragraaf staan we stil bij twee recente initiatieven om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren, namelijk het organiseren van gatekeepertrainingen en de start van 113-online.

### 6.1 Gatekeepertrainingen

Mensen met suïcidale gedachten of gedrag zoeken lang niet altijd hulp hiervoor. Van de mensen met suïcidale gedachten ontvangt 44% geen hulp (Bruffaerts e.a., 2011) of is niet succesvol in het naar voren brengen van hun probleem bij de professional. De neiging geen hulp te zoeken kan gezien worden als een van de kernsymptomen van suïcidaal gedrag (Kerckhof, 2010a). Gedachten dat behandeling toch niet helpt, angst voor stigmatisering, onderschatten van de ernst van de problematiek, hopen dat het vanzelf overgaat. Dit zijn gedachten en gevoelens die er mede voor zorgen dat mensen met suïcidale gedachten niet uit zichzelf hulp zoeken.

Dan zou het mooi zijn als er andere mensen in de nabijheid van suïcidale mensen zijn die de suïcidale problemen wel herkennen, erover kunnen praten met de suïcidale mensen en hen kunnen motiveren voor en verwijzen naar adequate hulp. Deze andere mensen functioneren dan als gatekeepers, omdat zij de toegang tot de zorg voor suïcidale mensen kunnen ontsluiten.

Deze gatekeeperrol kan passen bij professionals in de eerste lijn en bij anderen in de omgeving van suïcidale mensen. Door training worden gatekeepers goed voorbereid voor hun taak. Een trainingsvorm die veel aandacht heeft gekregen is de QPR-training (*question, persuade, and refer*) van Paul Quinnett (<http://www.qprinstitute.com/about.html>). Deze training bestaat uit drie basale stappen of vaardigheden die potentiële gatekeepers worden geleerd, namelijk:

- om gerichte vragen te stellen en door te vragen (*question*);
- om in gesprek te gaan over de wanhoop en het belang van het zoeken van hulp (*persuade*);
- en om vervolgens suïcidale mensen te verwijzen naar huisarts of gespecialiseerde hulp (*refer*).

Kenmerkend voor deze en andere vergelijkbare trainingen is dat het accent naast overdracht van kennis veelal ligt op het aanleren van vaardigheden en het reflecteren op attituden. Uit onderzoek met gatekeepertrainingen komt naar voren dat deze mogelijk bijdragen aan vermindering van suïcidaal gedrag (Hegerl e.a., 2006; Isaac e.a., 2009; Knox e.a., 2003; 2010; Rutz, 2001). De trainingen dragen bij aan het verbeteren van competentiegevoelens en het veranderen van attituden van hulpverleners (Oordt e.a., 2009). Omdat gatekeepertrainingen vaak onderdeel zijn geweest van meer omvangrijke preventieprogramma's, was achteraf niet altijd goed vast te stellen wat de relatieve bijdrage van de gatekeepers was aan de afname van suïcidaal gedrag. Men denkt tegenwoordig echter dat gatekeepertraining onderdeel moet zijn van een suïcidepreventieaanpak op meerdere niveaus (Van der Feltz-Cornelis e.a., 2011).

### 6.2 Stichting 113Online

Het tweede initiatief wat hier genoemd kan worden is 113Online. Stichting 113Online is een zelfstandige en onafhankelijke zorgaanbieder op het gebied van zelfmoordpreventie en biedt zowel online als telefonische hulp. Op het web presenteren ze zichzelf als volgt.

‘Hoe je het ook noemt, zelfmoord of zelfdoding, bij 113Online kun je hierover praten. Anoniem, vrij en open. Via de telefoon, e-mail of chat. Je kunt 24 uur per dag vertellen over je angst, depressie en gepieker. En ook voor nabestaanden of als je je zorgen maakt om iemand.’

De onlinehulp en -voorlichting van 113Online is zowel bedoeld voor suïcidale mensen als voor hun naasten en nabestaanden. Om al deze groepen zo goed mogelijk verder te helpen, maakt 113Online gebruik van de kwaliteiten van ervaringsdeskundigen, getrainde vrijwilligers en professionele hulpverleners. Zij worden op verschillende manieren ingezet om bezoekers van de site al chattend of telefonisch te woord te staan. Hiermee moet 113Online een laagdrempelige aanvulling worden op de reguliere suïcidehulpverlening. En zo de toegankelijkheid van de zorg verbeteren.

Het is belangrijk dat professionals patiënten en hun familie informeren over 113Online. Ook het vermelden van de website ([www.113online.nl](http://www.113online.nl)) of het telefoonnummer (0900-113 0 113) in crisis- of veiligheidsplannen kan gezien worden als een preventieve maatregel en een aanvulling op andere vormen van preventie in de reguliere ggz-instellingen.

## 7 Samenwerken in de zorgketen

Op basis van een inventarisatie bij een brede kring van experts uit het veld bleek dat continuïteit een van de belangrijkste knelpunten is in de organisatie van de zorg (Hermens, Van Wetten & Sinnema, 2010). De transfermomenten binnen en tussen instellingen blijken risicovol te zijn. De samenwerking tussen huisarts, tweedelijnszorg, specialisten, en poliklinische en klinische afdelingen, kan gezien en beschreven worden als een keten. Direct na overgangsmomenten voor een patiënt van de ene naar een andere zorgvorm of behandelaar is er een verhoogd risico op toename van het suïcidaal gedrag (Huisman & Kerkhof, 2008).

Mede op basis van dit gegeven werd enkele jaren geleden het *Kwaliteitsdocument Keten-zorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten* opgesteld (Hermens, Van Wetten & Sinnema, 2010). Daarin worden de transfermomenten besproken en de daarbij behorende risico's. Er worden handreikingen gedaan wat de verschillende taken van alle partijen zijn en hoe er in elke regio sluitende afspraken gemaakt kunnen worden tussen de verschillende ketenpartners.

Bij deze zorgketen gaat het vooral om de volgende vier partijen: huisarts, Spoedeisende Eerste Hulp (SEH), acute en consultatieve psychiatrie, en de reguliere ggz. Zij zijn er gezamenlijk voor verantwoordelijk om een sluitende zorgketen voor mensen met suïcidaal gedrag te vormen. Het Kwaliteitsdocument bevat gerichte en praktische aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Het document richt zich daarbij op de organisatie van de zorg en niet op het inhoudelijke professionele handelen. Dat is meer het domein van de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert e.a., 2012). Samen vormen deze twee documenten dan ook een tweeluik dat professionals zicht geeft op wat goede diagnostiek en behandeling is, en wat goed georganiseerde zorg is.

Om de zorg te kunnen optimaliseren, is het belangrijk om juist over de transfermomenten heldere procedureafspraken te hebben. Hoe loopt de toegang tot zorg, wordt er goed

samengewerkt, is er een heldere terugkoppeling en informatieoverdracht, worden belangrijke bevindingen en overwegingen goed vastgelegd in een dossier, is duidelijk bij wie de behandelverantwoordelijkheid ligt na overdrachtsmomenten, hoe moet je handelen als (na)zorg geweigerd wordt? In het Kwaliteitsdocument zijn dat de thema's waarvoor de aandacht van de ketenpartners gevraagd wordt. Het zijn herkenbare thema's waar je als professional in je handelen bij suïcidale patiënten rekening mee hebt te houden.

## 8 Terugvalpreventie na een suïcidepoging

Het aantal suïcidepogingen in Nederland werd berekend op ongeveer 94.000 per jaar. Voor bijna de helft van de mensen die een suïcidepoging doen, is het niet de eerste keer. De kans op terugval (een volgende poging) is groot, met een fors risico op een fatale afloop. Is het mogelijk om terugval in suïcidaal gedrag te voorkomen? En hoe doe je dat? Het gaat hier om zorggerelateerde preventie.

Na een suïcidepoging hebben mensen een verhoogd risico op een volgende poging, mogelijk met fatale afloop. Zowel het interpersoonlijke model van Joiner (2009) als het cognitieve model van Beck en Brown (Wenzel, 2009) laten zien hoe dat werkt. Mensen overlijden door suïcide omdat ze zowel in staat zijn een einde aan hun leven te maken als omdat ze het willen, aldus Joiner. Een suïcidepoging is een oefening in het gevecht tussen doodswensen en het verlangen naar leven, zin en verbondenheid. Een suïcidepoging versterkt het kunnen en willen en heeft zo een drempelverlagend effect op een volgende poging. Vanuit het cognitieve model van Beck wordt gesteld dat een suïcidepoging negatieve schema's activeert en versterkt, met als gevolg een (toegenomen) kans op herhaling, een volgende poging.

Behandeling na een suïcidepoging moet zich dan ook niet alleen richten op de pathologie waar de suïcidaliteit mee samenhangt, maar ook rechtstreeks zich richten op de suïcidale cognities. Op die manier kan een op de suïcidaliteit gerichte behandeling na een suïcidepoging een preventieve werking hebben tegen een volgende poging. Uit een onderzoek van Brown en anderen (2005) bleek dat patiënten na een cognitief-gedragstherapeutische behandeling 50% minder kans hadden op een volgende poging, en dat er een significante afname was van depressieve gevoelens en hopeloosheid.

Als voorbeeld van een dergelijke behandeling wordt hier kort aandacht gegeven aan een in Friesland ontwikkelde behandelmodule (Steendam & De Keijser, 2011) op basis van het model van Beck en Brown. Het bestaat uit een programma van acht tot tien sessies. In de eerste één tot twee sessies staan kennismaken, informeren en motiveren centraal. De tweede fase (vijf of zes sessies) is de eigenlijke behandelfase. In deze tweede fase worden de basisovertuigingen die kunnen leiden tot suïcidedachten geïnventariseerd, alsook de situaties die deze gedachten kunnen oproepen. Met behulp van cognitieve technieken worden deze gedachten uitgedaagd. De laatste een of twee gesprekken worden gebruikt voor consolidering en afronding.

In de module wordt gebruikgemaakt van een werkboek, met daarin oefeningen. Een voorbeeld van zo'n oefening is het uitschrijven van redenen om te leven en redenen om dood te willen. Een dergelijke oefening kan vermijdingsgedrag tegenover negatieve cognities verminderen en ruimte bieden voor acceptatie van deze negatieve gedachten, en daar-



naast om weer contact te kunnen maken met positieve gevoelens over het leven (zie [www.voorkomsuicide.nl](http://www.voorkomsuicide.nl) voor meer te downloaden informatie).

Belangrijk in de behandelmodule is ook het bij de zorg betrekken van naasten van de patiënt, vaak partner of familie. Het gesprek met patiënt en naasten kan helpen om gevoelens van schaamte, boosheid en angst voor herhaling te uiten. Dat kan bijdragen aan het herstellen van de vaak door de poging beschadigde relatie. Bij de patiënt kan het gevoel anderen tot last te zijn afnemen en kan het zich (weer) betrokken weten bij partner of familie juist wordt versterkt. En ook voor partner of familie kunnen de gezamenlijke gesprekken ondersteunend en helend zijn voor het contact.

Ook wanneer niet gebruikgemaakt wordt van een dergelijke specifieke module, is het van belang oog te hebben voor de suïcidale gedachten en gevoelens die na een poging nog aanwezig kunnen zijn bij de patiënt. Het bij de zorg betrekken van familie en bespreken van de emotionele gevolgen van de suïcidepoging voor iedereen hoort daar onlosmakelijk bij.

Ook is systematische nazorg gericht op suïcidepreventie is gewenst, bijvoorbeeld op de afdelingen Spoedeisende Eerste Hulp (SEH's). In een vervolg op het advies over suïcide van de Gezondheidsraad uit 1986, is dat een van de adviezen van het rapport van het Trimbos-instituut uit 2007 (Boel e.a., 2007)

## 9 Samenvatting en conclusie

Suïcides, suïcidepogingen en suïcidedgedachten komen veelvuldig voor, deels buiten het bereik van de zorg en in belangrijke mate juist ook in de zorg. Goede preventie kan ertoe leiden dat gedachten niet in pogingen uitmonden of dat pogingen uiteindelijk niet fataal worden. Goede preventieve maatregelen kunnen ertoe leiden dat er een verschuiving optreedt, waardoor meer mensen met suïcidale gedachten in behandeling bij de ggz komen, met daarmee ook een risico op een kleine toename van het aantal suïcides binnen de ggz. Daarbij zijn gecombineerde maatregelen het meest zinvol, bijvoorbeeld vergroten van mogelijkheden tot contact, aan elkaar koppelen van preventieve activiteiten, toegang tot behandeling en follow-up na een tentamen suïcidii, evenals beperking van toegang tot letale middelen.

## Literatuur

- APA (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Boel, M., Blekman, J., Jong, S., Ruiters, M., Voordouw, I., Doeven, M., e.a. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit, Beleidsadvies: Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brown, G.K., Have, T. ten, 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. *JAMA*, 294, 563-570.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., e.a. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199, 64-70.

- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., e.a. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. *Crisis*, 32, 319-333.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36, 1225-1233.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, & Verweij, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hermens, M., Wetten, H. van, & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Houwelingen, C. van (2011). *Studies into train suicide: The contribution of psychopathology, railway parameters and environmental factors*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Huisman, A., & Kerkhof, A.J.F.M. (2008). Preventie van suïcide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 197-203.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L.V., Belik, S.L., Deane, F.P., Enns, M.W., e.a.; Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 260-268.
- Joiner, T.E. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington: American Psychological Association.
- Keijser, J. de, & Mokkenstorm, J.K. (2010). In contact met suïcidale mensen. Diagnostiek onderzoek en begrip voor behoeften. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6, 444-453.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2010a). Epidemiologie van suïcidaal gedrag: Trends, patronen en verklaringen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6, 432-443.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2010b). Epidemiologie van suïcidaal gedrag. In: A. Kerkhof, & B. van Luyn (Red.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 23-38). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2012). Calculating the burden of disease of suicide, attempted suicide, and suicide ideation by estimating disability weights. *Crisis*, 33, 63-65.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Heeringen, C. van (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In: C van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof (Red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 148-159). (Zeist: Cure & Care development). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knox, K.L., Litts, D.A., Talcott, G.W., Feig, J.C., & Caine, E.D. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: Cohort study. *BMJ*, 327, 1376-1378.
- Knox, K.L., Pflanz, S., Talcott, G.W., Campise, R.L., Lavigne, J.E., Bajorska, A., e.a. (2010). The US Air Force suicide prevention program: Implications for public health policy. *American Journal of Public Health*, 100, 2457-2463.
- Luyn, J.B. van, & Kaasenbrood, A. (2010). Suïcidaliteit in de acute en sociale psychiatrie. In: A. Kerkhof & B. van Luyn (Red.), *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- New Zealand Guideline Group. (2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington: New Zealand Guideline Group.

- NICE (2004). *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- 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.
- Platt, S., & Hawton, K. (2000). Suicidal behaviour and the labour market. In: K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 303-378). Chichester: John Wiley & Sons.
- Quinnett, P. (zj). *Suicide: The forever decision* (3rd ed.). Raadpleegbaar via: [http://www.qprinstitute.com/pdfs/Forever\\_Decision.pdf](http://www.qprinstitute.com/pdfs/Forever_Decision.pdf).
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62, 123-129.
- Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 4550-4562.
- Steendam, M. (2010). Angst voor je suïcidale patiënt. *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid*, 65, 467-473.
- Steendam, M. & Keijser, J. de (2011). Behandeling na een suïcidepoging kan terugval voorkomen. *Psychopraktijk*, 3, 18-21.
- Värnik, A., Kõlves, K., Feltz-Cornelis, C.M. van der, Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., e.a. (2008). Suicide methods in Europe: A gender-specific analysis of countries participating in the 'European Alliance Against Depression'. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 545-551.
- Verwey, B. (2007). *Don't forget: Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital*. Proefschrift, Universiteit van Leiden.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., e.a.; European Psychiatric Association (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27, 129-141.
- Wenzel, A. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wilcox, H.C., Conner, K.R., & Caine, E.D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, S11-S19.