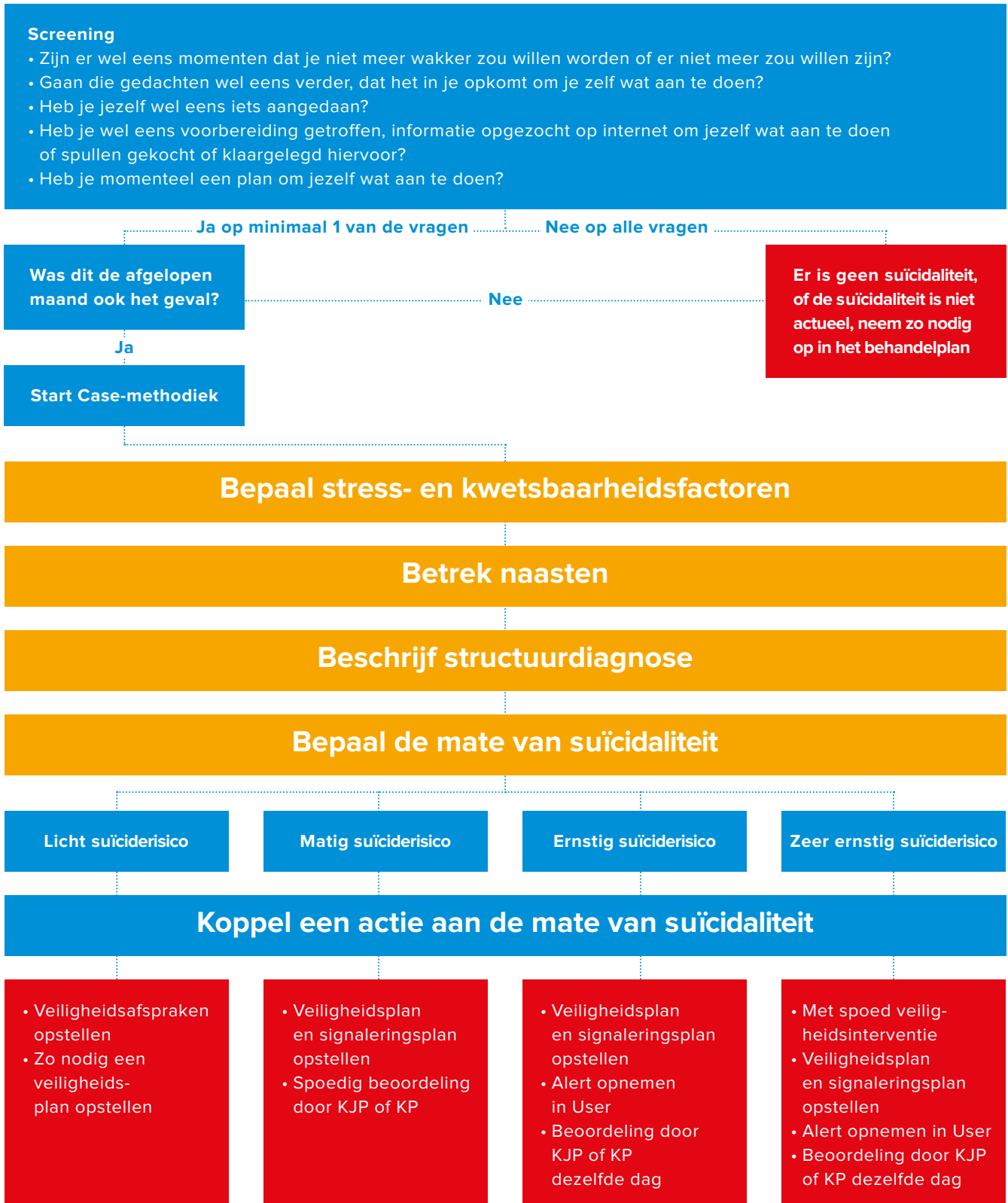
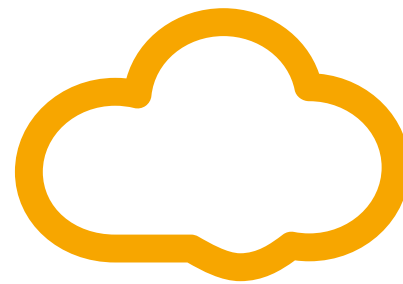


Suïcidepreventie protocol

Schematische samenvatting





Inleiding

De term ‘suïcidaal gedrag’ wordt in de ‘Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag’ beschreven als het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.

Dit protocol is opgezet als handreiking voor de behandelaar in het primaire proces, zodat deze meegenomen wordt in welke stappen gezet kunnen worden bij (vermoeden van) suïcidaal gedrag. Deze handreiking is een eerste opzet om de richtlijn voor volwassenen te vertalen naar de situatie van kinderen en jeugdigen, waarbij weging van ontwikkelingsniveau en systemische interventies meer centraal staan. Nieuwe ontwikkelingen, inzichten of expert opinions maken dat aanpassingen hierin gedaan worden. Het blijft altijd aan de behandelaar zelf om te blijven beoordelen wat in voorliggende gevallen nodig en wenselijk is.

1. Screening

De screening vindt plaats bij binnenkomst van een patiënt en ook tijdens een lopende behandeling bij aanwezigheid van (een vermoeden van) suïcidaliteit of een verandering hierin.

Doe in de volgende situaties actief navraag naar suïcidegedachten:

- bij psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen;
- bij uitingen van wanhoop;

- na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen;
- op transitie momenten in de lopende psychiatrische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname;
- bij onverwachte veranderingen, plotselinge onverklaarde verbetering bij ernstige suïcidaliteit, gebrek aan verbetering, of verslechtering van het klinische beeld van een psychiatrische stoornis;
- in elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat sprake kan zijn van suïcidaal gedrag.

Het is aan te raden het suïciderisico te inventariseren met behulp van de volgende screenende vragen:

1. Zijn er wel eens momenten dat je niet meer wakker zou willen worden of er niet meer zou willen zijn?
2. Gaan die gedachten wel eens verder, dat het in je opkomt om je zelf wat aan te doen?
3. Heb je jezelf wel eens iets aangedaan?
4. Heb je wel eens voorbereiding getroffen, informatie opgezocht op internet om jezelf wat aan te doen of spullen gekocht of klaargelegd hiervoor?
5. Heb je momenteel een plan om jezelf wat aan te doen?

Wanneer op vraag 1 respectievelijk vraag 2 ontkennend wordt geantwoord en er bij navraag nooit een dergelijke situatie is geweest kunnen de vragen erna worden overgeslagen. Er is geen sprake van suïcidaliteit.

Wanneer op één van de vragen bevestigend wordt geantwoord en dit ook de afgelopen maand het geval was, ga dan door met het afnemen van een CASE-interview. Spits het interview toe op de situatie die geschetst is (dus bijvoorbeeld in welke situatie zijn die suïcidale gedachten wel eens opgekomen, wanneer was dat, waar was je op dat moment, wie was er bij je etc...)

Neem het CASE interview ook af indien je nog onvoldoende informatie hebt over de factoren die ertoe geleid hebben dat een eerdere ernstige episode zich voordeed.

2. CASE-methodiek

De CASE-methodiek is een gestructureerde interviewtechniek om in contact te komen met je patiënten en om op structurele wijze de belangrijkste risico- en beschermende factoren in kaart te brengen. Bij de CASE-methodiek worden allereerst de actuele gedachten en feitelijke gebeurtenissen of gedragingen uitgevraagd, dan de recente voorgeschiedenis (4-8 weken) en hierna de ruimere voorgeschiedenis van eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Vervolgens wordt er met de patiënt besproken hoe hij of zij de toekomst ziet, welke plannen hij of zij heeft, en wat er zou moeten veranderen om het toekomstperspectief te verbeteren.



Chronological Assessment of Suicide Events (CASE-methodiek)





3. Bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren

Hieronder volgt een lijst van bekende stress- en kwetsbaarheidsfactoren die invloed hebben op het risico op suïcidaal gedrag, zoals beschreven in het handboek suïcidaal gedrag bij jongeren.

Nagaan van items op deze lijst kan een indruk geven van de actieve factoren in de voorliggende casus die invloed kunnen hebben op het risico.

	Van toepassing bij jongeren	Toevoeging
Psychologische kenmerken	Geneigd zijn tot internaliseren	minderheid externaliseert
	Emotioneel teruggetrokken	
	Matige emotionele vaardigheden	
	Geringe zelfwaardering	of juist opgeblazen zelfgevoel
	Beperkte frustratietolerantie	
	Zwart-witdenken	
	Idee te falen	
	Ernstige identiteitsvragen	bijv: wie ben ik, seksuele identiteit
Sociale factoren	Veel onrust en wisselingen meegemaakt	
	Meerdere situaties van ervaren verlaten	
	Hebben contact met lotgenoten	
	Vaker ge-/misbruik van middelen	let op ontremmende / verdovende werking
	Weinig neiging tot hulp vragen	

	Van toepassing bij jongeren	Toevoeging
Gezinsfactoren	Negatieve interactiepatronen	en weinig hoop bij alle gezinsleden
	Ouders weten niet waar jongere uithangt / met wie hij omgaat	
	Ouders zijn /lijken onderbetrokken	let op: neem ouders wel mee
	Ouders zijn onzeker over rol	
	Ouders hebben eigen problematiek	
	Ouders zijn in (v)echtscheiding	
Eigen psychopathologie	Depressies / depressieve gevoelens	primair of als gevolg
	Psychose	met name daarna indien veel restklachten / schade
	Angstproblematiek	let met name op paniek en wanhoop / hoge lijdensdruk
	Eetstoornissen	
	Persoonlijkheidsproblematiek	met name bij (vermeende) afwijzing
	Middelenmisbruik	Risicovol en risicoverhogend op verschillende manieren: bij gebruik op zich als zelfmedicatie, tegelijk met andere middelen of methoden en bij onttrekking.
	Aanpassingsproblemen	
	Gedragsproblemen	
Piekeren over suïcide	Gedachtecircuit met ervaren controleverlies	vooral risicovol wanneer de gedachten volledig bezit van de jongere nemen en er geen weg uit lijkt te zijn
	Piekeren over piekeren, vicieuze cirkel	
	Onophoudelijk twijfelen	
	Slapeloosheid, uitputting	
	Bijwerking somatische geneesmiddelen	Sommige somatische geneesmiddelen hebben bijwerkingen op het vlak van stemming en suïcidaliteit.



Alhoewel het goed is om kennis te hebben van al deze factoren, is deze lijst weinig handzaam voor de alledaagse praktijk. Hieronder staat de meest handzame beschikbare lijst voor risicotaxatie, die bijvoorbeeld bij intakes en overdrachtsmomenten als korte en bondige checklist kan dienen. Merk wel op dat dit alleen een checklist is die goede structuurdiagnostiek niet vervangt.

Screeningslijst suïcidaliteit	Ja	Nee	Weet niet
Eerdere suïcidepogingen			
Suïcide in de familie			
Ernstige psychiatrische aandoening			
Huidige intentie op een einde aan het leven te maken			
Huidig misbruik van drugs/alcohol			
Gevoelens van hopeloosheid of gebrek aan controle			
Recent afbreken behandeling of behandelontrouw			
Overdracht van ene behandelaar/behandelvorm naar andere behandelaar/behandelvorm			
Recent verlies of dreigend verlies			
Hoog niveau van lijdensdruk			
Lichamelijke ziekte of handicap			
Woont alleen (na ontslag)			
Sociale isolatie			
Recent ontslag uit ziekenhuis			
Bezorgdheid uitgesproken door naasten			
Andere individuele factoren (bv stressoren, coping, relaties)			
Ander risico voor zichzelf (bv: zelfverwaarlozing, ongevallen, automutilatie, misbruik door derden, lichamelijke gezondheid)			

Meer informatie nodig? Zo ja, van wie?

4. Betrek naasten

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt al heel systemisch gedacht en gewerkt. Toch verdient dit onderwerp extra nadruk waar het suïcidaal gedrag betreft. Binnen de WGBO kunnen jongeren vanaf 16 jaar zelfstandig een behandelingsovereenkomst aangaan waarbij zij dus ook zelf mogen besluiten of ouders wel of niet geïnformeerd mogen worden. Dit kan een conflict van plichten opleveren voor de hulpverlener wanneer informatie wordt toevertrouwd die de veiligheid van de jongere aangaat. Sinds de transitie naar de gemeenten werken alle jeugd-ggz professionals namelijk ook binnen het jeugdwettelijke kader, waarbij veiligheid en een goede ontwikkeling van jongeren voorop staat. Hierin is positie krijgen of houden van de rol van de ouder in de opvoeding en het bieden van veiligheid ook essentieel.

Dit conflict kan ondervangen worden door uitleg te bieden aan jongeren met betrekking tot het hoe en waarom van uitvragen van informatie en het delen van informatie. Soms is het noodzakelijk uitleg te geven over het effect van hun gedrag op de ouder en andersom. Denk ook aan het betrekken van de andere (ook niet betrokken) ouder in het geval van een echtscheiding.

Doe geen beloften om suïcidaal gedrag geheim te houden. Als het even kan laat ouders bij het gesprek zijn als je de suïcidaliteit bevraagt. Hierbij is het soms ook nodig om kort ouders verwachtingen te schetsen (mogelijk zal het pijnlijk voor u zijn om bepaalde zaken te horen als wij gezamenlijk in gesprek gaan, toch is het nodig om de informatie goed boven tafel te krijgen om daarna een passend plan te maken, ik wil u vragen om goed te luisteren en de jongere zoveel mogelijk zelf te laten spreken). Wanneer het niet lukt om dit gezamenlijk met ouders te bespreken zal veiligheid verder geprioriteerd moeten worden en dit eerste onderwerp of kader van behandeling moeten zijn (vertrouwen, communicatie en samenwerking met ouders of andere naasten).



5. Structuurdiagnose

De structuurdiagnose is een beschrijving van het optreden, de aard en de ernst van het suïcidale gedrag binnen de bredere context waarin dit optreedt. Hierin wordt de informatie van de onder 1 t/m 4 verzamelde informatie af- of overwogen en geïntegreerd.

De structuurdiagnose van het suïcidale gedrag wordt opgesteld, bestaande uit:

- een beschrijving van de huidige suïcidale toestand;
- een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren;
- hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag;
- de mate van wilsbekwaamheid (de mate waarin je denkt dat iemand nog in staat is een afgewogen gezonde keuze te maken).


Een voorbeeld van een structuurdiagnose is bijvoorbeeld te vinden in het handboek suïcidaal gedrag bij jongeren (zie literatuurlijst). Het belang van een structuurdiagnose zit erin dat er specifiek aandacht wordt besteed aan de veiligheid, door de context te beschrijven waarbinnen het suïcidale gedrag optreedt. Door de structuurdiagnose te integreren in de beschrijvende diagnose vloeien logisch de adviezen, afspraken en acties voort uit de beschrijving van de diagnostiek en in het behandelplan. Wanneer suïcidaal gedrag op is getreden als (incidentele of acute) uiting van wanhoop binnen een context van bredere psychopathologie, dan is het aanbevolen de structuurdiagnostiek van suïcidaal gedrag apart op te stellen en vervolgens te integreren binnen de beschrijvende diagnose.

Bij langer durend suïcidaal gedrag heeft het gedrag vaak een op zichzelf staande functie gekregen binnen de context. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij matige tot zeer ernstige (borderline)persoonlijkheidsproblematiek. De beschrijvende diagnose zal in dit geval voornamelijk bestaan uit de facetten die volgen uit de structuurdiagnose. In deze situatie kan de structuurdiagnostiek direct worden geïntegreerd binnen de beschrijvende diagnose.

6. Bepaal mate van suïcidaliteit

Stadium 1: Licht suïciderisico (Lichte mate van suïcidale ideatie)	Vluchtige gedachten aan zelfdoding, maar nog niet nagedacht over een plan. Denkt niet een einde aan zijn leven te gaan maken en kan ook nog aan andere dingen denken. Realiseert zich bovendien de consequenties voor familie en vrienden. Speelt met het idee als mogelijkheid, maar lijkt controle over de suïcidale impulsen te hebben. Wil liever leven dan sterven.
Stadium 2: Matig suïciderisico (Ambivalenties zijn sterk aanwezig)	Wil zowel doodgaan als doorgaan met leven. Suïcidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen; het is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. De suïcidaliteit is sterk impulsief gekleurd en uitgebreide plannen of voorbereidingen heeft de jongere niet gemaakt. Wil, sterk afwisselend, dan weer dood en dan weer leven.
Stadium 3: Ernstig suïciderisico (Ernstige mate van suïcidale ideatie)	Voortdurend gedachten en beelden van zelfdoding in zijn hoofd. Voelt zich wanhopig en kan nergens anders meer aan denken. Voelt zich sterk aangetrokken tot zelfdoding en heeft al verschillende methoden overwogen. Uitgebreid plan is gemaakt met verschillende voorbereidingen. Denkt dat het voor anderen beter is als hij er niet meer is, kan de zelfdoding nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Wil veel liever sterven dan doorgaan met leven, is tegelijkertijd ook benauwd voor de eigen impulsiviteit.
Stadium 4: Zeer ernstig suïciderisico (Zeer ernstige mate van suïcidale ideatie en preoccupatie)	De jongere in dit stadium is wanhopig: kan alleen nog maar aan zelfdoding denken, heeft geen oog voor mogelijke consequenties voor de achterblijvers en heeft een uitgebreid plan klaar en mogelijk reeds geoefend. De jongere is slapeloos en emotioneel ontredderd. Hij heeft zichzelf niet meer onder controle. Er treedt blikvernaauwing op. Hij is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren en is onrustig en radeloos. Hij heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook helemaal niet verder leven en kan niet langer wachten met doodgaan. Elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot zelfdoding. In deze fase is de mogelijkheid contact te maken meestal zeer beperkt of afwezig. Er is sprake van groot alarm (pre-suïcidale fase).

7. Koppel acties aan verhoogde suïciderisico's




Stadium 1: Licht suïciderisico (Lichte mate van suïcidale ideatie)	Veiligheidsafspraken, zo nodig veiligheidsplan
Stadium 2: Matig suïciderisico (Ambivalenties zijn sterk aanwezig)	Veiligheidsplan en signaleringsplan opstellen Zo spoedig mogelijk beoordeling door KJP of KP
Stadium 3: Ernstig suïciderisico (Ernstige mate van suïcidale ideatie)	Veiligheidsplan en signaleringsplan opstellen Alert opnemen in User Beoordeling door KJP of KP dezelfde dag
Stadium 4: Zeer ernstig suïciderisico (Zeer ernstige mate van suïcidale ideatie en preoccupatie)	Met spoed veiligheidsinterventie Veiligheidsplan en signaleringsplan opstellen Alert opnemen in User Beoordeling door KJP of KP dezelfde dag

Veiligheidsafspraken

Wanneer er gedachten zijn er niet meer te willen zijn (zgn. passieve suïcidaliteit), zonder actieve gedachten, dan is het aan te raden om afspraken te maken omtrent de veiligheid. Bespreek met de patiënt en zijn/haar naasten dan naar wie de patiënt bij veranderingen in suïcidaliteit toe kan stappen om dit te bespreken. Bespreek ook met de naasten dat als zij verslechtering zien in psychiatrisch functioneren of verandering horen in suïcidaliteit, met wie zij dan wanneer contact moeten en kunnen opnemen.

Signaleringsplan en veiligheidsplan

Onderdeel van de behandeling van suïcidaliteit is het leren herkennen en hanteren van oplopende emoties. Dit kan alleen in rustige tijden, omdat bekend is dat bij oplopende emoties "de wijze geest" wordt uitgeschakeld en er meer primaire emotionele reacties optreden.



Vanuit samenwerking met gezin, patiënt en behandelaar kan de patiënt middels de methode van een signaleringsplan (opstellen en bijstellen) samen uitzoeken en inzicht geven in hoe de spanningsregulatie bij hem/haar tot uiting komt in gedrag en wat er voor nodig is van patiënt zelf of zijn omgeving om de spanning te doen zakken. Loopt de spanning op, dan kan een patiënt of zijn gezin op het plan kijken wat nodig is om een crisis te voorkomen.

Een veiligheidsplan is, zoals het woord al aangeeft, een plan dat insteekt op de veiligheid. Door waarschuwingssignalen van een crisis te beschrijven, oplossingsvaardigheden, concrete contacten en praktische afspraken met netwerk en hulpverlening te beschrijven wordt onmiddellijk inzichtelijk op welke wijze geacteerd kan worden in geval er sprake is van een crisissituatie.

In het geval van chronische suïcidaliteit zullen signaleringsplan en veiligheidsplan bij elkaar geïntegreerd kunnen worden en in elkaars verlengde liggen.

In het geval van acute suïcidaliteit is het vaak (nog) niet gelukt om een signaleringsplan op te stellen en wordt eerst gestart met het maken van veiligheidsafspraken zoals geformuleerd in het veiligheidsplan.

Er zijn verschillende bruikbare sjablonen van signaleringsplannen en veiligheidsplannen. Allerlei voordelen kleven er aan allerlei modellen, ook afhankelijk van specifieke teams, ervaring en vertrouwdheid met gebruik. Groot nadeel hierbij is dat er te weinig uniformiteit op dit gebied is, te weinig centrale monitoring en registratie en het te weinig slagvaardigheid geeft om hierin bij te sturen bij doorontwikkeling en voortschrijdend inzicht. Advies is dus gebruik te maken van de meest doorontwikkelde modellen hieronder, beschikbaar op Connect.

Afhankelijk van het mentaliserend vermogen, het cognitieve vermogen en de leeftijd kan gebruik worden gemaakt van een versie met een stoplicht, smileys of meer een verbale versie. Zie de connectgroep suïdepreventie voor de sjablonen van signaleringsplannen.

Voor het veiligheidsplan wordt geadviseerd het model van 113 zelfmoordpreventie te gebruiken, zie 113online.nl of de aangepaste systemische versie voor jongeren. Deze laatste versie is opgesteld door de werkgroep en aangeboden aan 113 online om op hun website op te nemen.

Alert opnemen in het patiëntendossier

Op verschillende plaatsen in het patiëntendossier kunnen (waarnemend) behandelaren geattendeerd worden op een situatie van verhoogde suïcidaliteit. Werkafspraken is om dit in de vragenlijst in User/Alta te noteren onder het kopje veiligheid, zodat dit overzichtelijk bij elkaar staat. Daarnaast kan het secretariaat een pop-up in het dossier plaatsen op verzoek van behandelaren, zodat bij het openen van het dossier direct duidelijk is dat er sprake is van een ernstig verhoogd suïciderisico.

Beoordeling door KJP of KP spoedig of dezelfde dag

Wanneer er sprake is van (een verandering in) suïcidaliteit, dan is het noodzakelijk om zo spoedig mogelijk de regiebehandelaar te betrekken om gezamenlijk te beoordelen of er wijzigingen moeten worden doorgevoerd in het beleid. Is er sprake van (verandering naar) ernstige suïcidaliteit neem dan telefonisch contact op met de regiebehandelaar.

Veiligheidsinterventies

In welke mate en op welke wijze het meest passend ingestoken kan worden op het bevorderen van de veiligheid is casus-specifiek maatwerk. Gedacht kan worden aan het tijdelijk wegnemen van mogelijkheden, situaties of spullen waarmee suïcide gepleegd kan worden. Zorg dat je altijd de betrokken of waarnemend regiebehandelaren, patiënt en gezaghebbende ouders/verzorgers hierbij betreft. Dergelijke interventies kunnen fors ingrijpen in de autonomie van de patiënt. Wanneer hier wettelijke maatregelen voor nodig zijn, dan is dit voorbehouden aan een KJP.





8. Overige informatie

Training suïcidepreventie

Er wordt bij Karakter intern een 1-daagse suïcidepreventie training aangeboden aan medewerkers. De training richt zich op de concrete toepassing van de belangrijkste aanbevelingen uit de Multidisciplinaire Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (2012): contact maken, betrekken van naasten, continuïteit van zorg en veiligheid. Daarnaast komen de samenwerking in een team en het onderscheid tussen acute en chronische suïcidaliteit aan bod.

Karakter, september 2019

Dit protocol wordt regelmatig geëvalueerd en (waar nodig) bijgesteld.

Tot slot

9. Literatuur

- Meerdinkveldboom, J.; Rood I.; Kerkhof A Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren, 2019, ISBN 9789024402861 (aanrader!)
- Heeringen, K. van; et al.. Handboek suïcidaal gedrag, 2e herziene druk 2019, ISBN 9789058983244
- Haan, R. den; Bannink F. Suïcidepreventie, bouwen aan hoop 2017. ISBN 9789024404988
- Hemert, A.M. van et.a., Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag, 2012, ISBN 9789058982230
- Kleinsman A., Kaptein N., Veiligheid in de GGZ, leren van incidenten en calamiteiten, 2017, ISBN 9789491969171

Auteurs:

Mw. L. Hoekstra, kinder- en jeugdpsychiater Karakter
Mw. T. Nieuwenhuis, kinder- en jeugdpsychiater Karakter
Mw. M. Plugge, kinder- en jeugdpsychiater Karakter
Mw. L. Wasterval, kinder- en jeugdpsychiater Karakter