
SUÏCIDALITEIT IN DE ACUTE DIENST

Richtlijnen voor de SPV

Brigitte Huls, Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in opleiding. Werkzaam in de crisisdienst volwassenenzorg (VWZ) bij Emergis, instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te Zeeland. Dit artikel is een afstudeeropdracht voor de SPV opleiding aan de Hogeschool Avans te Breda.

Inleiding

Als aankomend Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige gaat mijn aandacht uit naar de zorg voor cliënten in een suicidale crisis. Crisisinterventie bij cliënten die overwegen een eind aan hun leven te maken is belastend werk en het bepalen van risico op suicide is voor de hulpverlener een moeilijke en veeleisende vraag. De SPV in de acute dienst wordt hiermee met grote regelmaat geconfronteerd omdat praktisch alle psychiatrische aandoeningen gepaard gaan met een verhoogd risico op suicide. Bij depressieve mensen is het risico zelfs twintig maal groter ten opzichte van de gewone bevolking. (Heeringen & Kerkhof, 2000) Ondanks dat er aanwijzingen zijn dat het toepassen van richtlijnen het aantal suicides kan verminderen, constateerden De Winter e.a. in een landelijke inventarisatie, dat veel inschattingen van suiciderisico die worden gemaakt niet geprotocolleerd zijn en voor een groot deel berusten op individuele ervaring en een 'niet pluis'-gevoel van de medewerker. (Winter e.a., 2006)

Onderzoek van Verwey e.a. toonde aan dat ongeveer een derde van de Nederlandse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beschikken over schriftelijke richtlijnen voor de opvang van suicidepogers. Gezien de omvang van het klinische probleem van suicidepogingen is dit een gering aantal. (Verwey e.a., 2007)

Jenner benoemt in zijn reactie op dit onderzoek dat het beeld dat Verwey e.a. schetsen slechts het topje van de ijsberg is. Ondanks dat een meerderheid van depressieve mensen die zelfmoord pleegden niet als dusdanig gediagnosticeerd en behandeld was, signaleert Jenner eveneens depressiediagnostiek op intuïtie in plaats van op kenmerken. Hij noemt "de kwalitatieve realiteit van zorg aan suicidale mensen, somberder en in schrille tegenspraak met de beeldvorming over kwaliteit en kwaliteitsbevordering die ggz-instellingen naar buiten toe uitdragen". (Jenner, 2007) Ook Kerkhof en Kallen spreken van onvoldoende bekendheid met richtlijnen en protocollen en een basaal opleidingspeil van hulpverleners omtrent risicotaxatie en behandelingsstrategieën, dat nog steeds onvoldoende is. (Kerkhof, 2007) (Kallen, 2008) Daar komt bij dat binnen de sociale psychiatrie een lange traditie bestaat om mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving te helpen. Vanuit de visie op opname binnen de sociale psychiatrie mag verondersteld worden dat de SPV zal proberen de problemen op te lossen binnen de eigen leefomgeving van de cliënt. Maar de dreiging dat iemand zich van het leven zal beroven legt een zware druk op die omgeving en op de hulpverlener. Hierdoor ontstaat een spanningsveld tussen, enerzijds de druk op opname vanuit de omgeving van de cliënt en anderzijds de visie op opname vanuit de sociale psychiatrie. Dit wordt door de SPV ervaren als een zware belasting waardoor de factor 'dreiging met suicide door de cliënt' de grootste rol speelt bij de beslissing tot opname. (Verberk, 1992)

Hoe kan de SPV in dit spanningsveld een juiste afweging maken en welke voorwaarden zijn nodig om begeleiding van de suicidale cliënt in de thuissituatie mogelijk te maken?

Dit artikel geeft antwoord op de vraag:

"Met welke interventies volgens sociaal psychiatrische uitgangspunten kan de SPV het risico op suicide verkleinen bij psychiatrische cliënten in een suïcidale crisis, zonder de cliënt op te nemen?"

Alvorens deze vraag te beantwoorden zal ik het suïcidaal proces nader toelichten, stil staan bij de prevalentie van suicide en ingaan op de richtlijnontwikkeling. Als laatste wil ik aandacht geven aan de meest recente ontwikkelingen op het gebied van crisisinterventie bij suïcidaliteit.

Het suïcidaal proces

Met 'suïcidaliteit' worden alle mogelijke uitingen bedoeld van suïcidale ideatie (denken aan zelfdoding als mogelijke oplossing voor problemen) en suïcidaal gedrag in de vorm van suïcidepoging (poging tot zelfdoding met niet-fatale afloop) of suicide (met fatale afloop). De term suïcidepoging wordt gebruikt ondanks het feit dat bij een meerderheid van de pogingen geen sprake is van een wens om te sterven: men wil tegelijkertijd dood en niet dood, sterven maar ook hulp krijgen. Veel suïcidaal gedrag is impulsief, pogingen tot levensbeëindiging zijn vaak niet gepland. Meestal is de wens om zich iets aan te doen niet meer dan een uur of enkele uren van te voren opgekomen. Suïcidaliteit is nooit het gevolg van één enkele oorzaak maar een signaal van verstoring van een evenwicht waarbij psychologische, biologische en omgevingsgebonden factoren een rol spelen. Veel mensen zullen nooit suïcidaal worden, hoe erg de levensgebeurtenissen die hen overkomen ook zijn. Anderen reageren met suïcidaliteit op schijnbaar kleine tegenslagen.

Het beste kan worden uitgegaan van een procesmodel van suïcidaliteit waarbij de kwetsbaarheid voor zelfdoding op veel verschillende manieren wordt gevormd en beïnvloed door de menselijke levensloop. Maar deze kwetsbaarheid is slechts één aspect van suïcidaliteit. Er moet ook sprake zijn van een (cumulatie van) uitlokkende gebeurtenis(sen) die het suïcidaal proces verder in gang zetten zoals relatieproblemen, ernstige lichamelijke ziekte, problemen gerelateerd aan opleiding en werk of financiële problemen. Recidive is veelal een belangrijk kenmerk van het proces want suïcidaliteit is een latent aanwezig blijvende kwetsbaarheid. Wanneer een poging tot zelfdoding eenmaal is opgenomen in het gedragsrepertoire, kan elke negatieve gebeurtenis, zoals een ruzie met een vriendje, suïcidale verlangens en gedrag uitlokken: eens suïcidaal, altijd suïcidaal. De laatste psychologische stap naar daadwerkelijk suïcidaal gedrag wordt altijd gezet in een emotionele crisis. Suïcidaal gedrag zonder voorafgaande emotionele ontreddeering is zeer zeldzaam. Essentieel in deze crisis is het ontbreken van enig toekomstperspectief. Mensen die suicide plegen verwachten dat hun toekomst even ellendig is als het huidige bestaan. Er is geen enkele verwachting van verbetering. (Heeringen & Kerkhof, 2000) Omdat zij niet langer geconfronteerd willen zijn met het ondraaglijke bestaan en geen ontsnappingsmogelijkheden meer zien, zullen gevoelens van hopeloosheid alleen maar toenemen.

'Een crisis bestaat als de mogelijkheden van een individu om een noodzakelijk of wenselijk doel te bereiken uitgeput, ontoereikend of geblokkeerd zijn.' (Jenner, 2005) Hierin verschilt de suïcidale crisis niet veel van een algemeen crisispatroon waarin een nieuw evenwicht stabiliseert in vier tot acht weken.

Er is één kenmerkend verschil: in tegenstelling tot iemand die in een niet-suïcidale crisis verkeert, weet de persoon in een suïcidale crisis wel een duidelijke oplossing: uitschakelen van het bewustzijn voor de pijnlijke situatie door zelfdoding.

Figuur 1: Motieven bij suïcidepoging

Motieven die een rol spelen bij suïcidepogingen (uitgedrukt in percentages respondenten, N = 113)		
1	De situatie was zo ondraaglijk dat ik niets anders wist te doen	78 %
2	Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn	55 %
3	Ik wilde een tijdje weg uit een onmogelijk situatie	50 %
4	Ik wilde sterven	48 %
5	Ik wilde geen pijn meer voelen	44 %
6	Ik leek de controle over mezelf te verliezen	42 %
7	Ik wilde anderen duidelijk maken hoe wanhopig ik me voelde	39 %
8	Ik wilde het voor anderen gemakkelijker maken	27 %
9	Ik wilde hierdoor hulp van iemand zien te krijgen	27 %
10	Ik wilde weten of er iemand was die werkelijk van me hield	14 %
11	Ik wilde iemand laten zien hoeveel ik van hem/haar hield	13 %
12	Ik wilde anderen betaald zetten voor de manier waarop ze me behandeldden	13 %
13	Ik wilde iemand van mening doen veranderen	10 %
14	Ik wilde dat iemand zich schuldig zou gaan voelen	10 %

Bron: A.J.F.M. Kerkhof (1985), *Suïcide en de Geestelijke Gezondheidszorg*

Prevalentie van suïcide

In 2007 hebben 1353 mensen een einde gemaakt aan hun leven. Het aantal zelfdodingen is daarmee sterk gedaald ten opzichte van voorgaande jaren. Het is het laagste aantal dat sinds 1975 is waargenomen. Het aantal zelfdodingen lag in 2007 ruim 11 procent lager dan in 2006, toen 1524 zelfdodingen plaatsvonden. De afname in 2007 is opvallend omdat het aantal zelfdodingen al lange tijd rond de 1500 gevallen per jaar schommelt. Het is aannemelijk dat de daling onder andere een gevolg is van betere hulpverlening, nieuwe aanpak in een aantal grote GGZ instellingen en aangescherpt toezicht van de inspectie van de gezondheidszorg. (Kerkhof, 2008) Ondanks dit alles vraagt het nog steeds grote aandacht dat jaarlijks 94.000 volwassenen een poging tot zelfdoding doen. Enkele actuele gegevens:

- Zelfdoding komt onder kinderen en jongeren betrekkelijk weinig voor. In 2005 pleegden veertig jongens en elf meisjes onder de 20 jaar suicide. Niet-dodelijk suïcidaal gedrag komt echter relatief veel voor in deze groep, namelijk bij 6,6 procent van de jongeren.
- Onder twintigers is suïcide na verkeersongevallen de tweede doodsoorzaak.
- Het aantal volwassenen dat ooit suïcidedgedachten had is 11,1 procent, terwijl 2,7 procent ooit een poging deed.
- Jaarlijks denken 410 duizend volwassenen aan suicide, 94 duizend volwassenen doen een poging.
- In totaal belanden jaarlijks 14 duizend mensen in het ziekenhuis na een suïcidepoging. (Bool e.a., 2007)

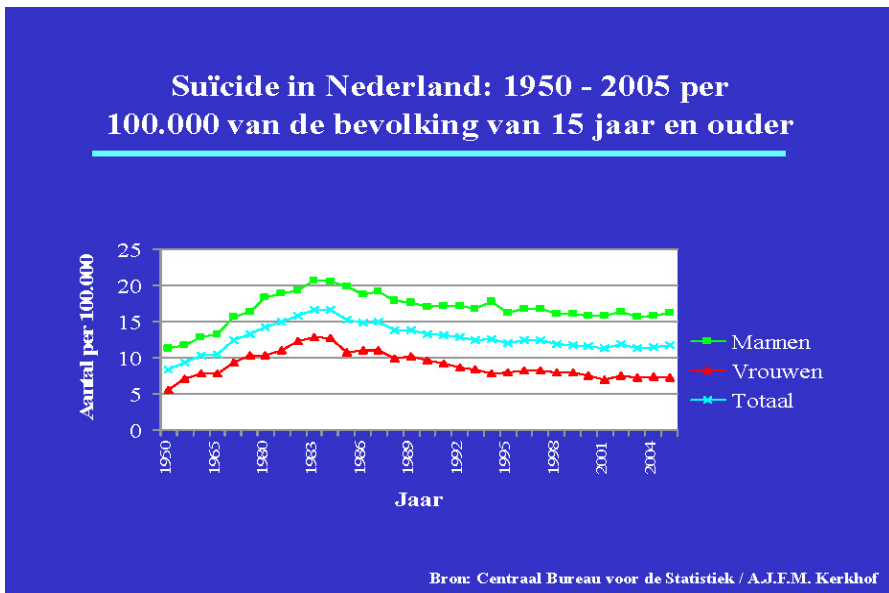
Richtlijnontwikkeling

Volgens Van der Stel is het voorkomen van suicide één van de meest genoemde interventiedoelen van preventie in de geestelijke gezondheidszorg. (Stel, 2004) Toch heeft Nederland nog steeds geen landelijke multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit. Het loopt hierin achter op een groot aantal landen in Europa.

In grote delen van onze samenleving heerst nog steeds de eigenaardige liberale opvatting dat suïcide een vrije keus is. Aan dit beeld ligt echter een gebrek aan kennis en inzicht ten grondslag. Suicidepreventie is geen aanslag op het 'ultieme recht van zelfbeschikking'. Het is meer een erkenning van het feit dat het overgrote merendeel van de suïcides een wanhoopskeuze is die tot stand komt in een staat van emotionele ontredde. (Arensman e.a., 2003)

Zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen zijn uitingen van ernstig lijden en gaan niet alleen de mensen zelf aan, maar ook hun familie en vrienden - hun nabestaanden. Het Trimbosinstituut heeft daarom in 2007 het 'Beleidsadvies: Verminderen van suïciditeit' uitgebracht, een actualisering van het 'Advies inzake Suïcide van de Gezondheidsraad' in 1986.

Figuur 2: prevalentie van suïcide



In het rapport wordt geconcludeerd dat het oorspronkelijke advies uit 1986 tot te weinig beleidsmatige aanknopingspunten heeft geleid voor interventies bij suïciditeit, waardoor de mogelijkheden tot preventie onvoldoende benut zijn. Een greep uit de aanbevelingen: Verbeter herkenning van suïciditeit en adequate hulp door professionals door kennis te vergroten en vaardigheden te leren, maak suïciditeit bespreekbaar en leer professionals er mee om te gaan en realiseer een landelijke multidisciplinaire richtlijn suïciditeit die de bestaande richtlijnen voor beroepsgroepen aanvult en als basis dient voor lokale protocollen en richtlijnen binnen zorginstellingen. (Boel e.a., 2007) Internationaal zijn wel verschillende richtlijnen voor suïciditeit gepubliceerd. Kerkhof en Heeringen geven een overzicht en samenvatting van deze richtlijnen. (Heeringen & Kerkhof, 2000)

Crisisinterventie bij suïciditeit

Suïciditeit is een complex proces. Ondanks het feit dat er over suïcide veel bekend is, blijft het moeilijk een zelfdoding in een individuele situatie te voorspellen. Kennis over het proces van suïciditeit is van belang om aanknopingspunten te vinden voor interventies.

Internationale richtlijnen schrijven een regelmatig terugkerend gefaseerd proces van risicobeoordeling voor als onderdeel van de behandeling. Zo'n risico-inschatting van de aard en ernst van suicidaliteit begint met de vaardigheid risicofactoren te herkennen en combineren. Zo laten we al eerder dat mensen met een langdurige kwetsbaarheid voor suicide een sterk verhoogde kans hebben om daadwerkelijk suicide te plegen. Zijn ze in verschillende opzichten kwetsbaar, bijvoorbeeld omdat ze weinig sociale steun hebben of lijden aan een psychische stoornis zoals een (onopgemerkte) depressie dan zal het risico verder toenemen. Voordelen van systematische risicotaxatie zijn dat de cliënt beter beschermd kan worden en dat beslissingen tot opname meer weloverwogen gemaakt kunnen worden. Dit kan het eerder genoemde spanningsveld rondom een eventuele opname van de suicidale cliënt, bij de SPV in de acute dienst doen verminderen. Maar er zijn meer voordelen. Contact krijgen met de cliënt is de eerste opdracht. Door met hem de suicidale verlangens direct te bespreken als onderdeel van de risicotaxatie, kan het schuldgevoel van de cliënt geneutraliseerd worden en krijgt hij het gevoel dat er over suicide vrijelijk gesproken kan worden. Dit zorgt voor een betere vertrouwens- en werkrelatie. Bovendien kan het gevoel van isolatie wat de cliënt door zijn verlangens in veel gevallen ervaart, verminderen door het intermenselijk en waardevrije contact wat de SPV hem biedt. (Heeringen & Kerkhof, 2000) Beoordeling van suiciderisico moet echter nooit alleen gericht zijn op het vermijden van suicide maar ook op de achtergronden van suicidale ideatie. Door het juist diagnosticeren van tot dan toe onontdekt gebleven psychische of psychiatrische problematiek, in het bijzonder comorbide depressie, is een betere afstemming van de behandeling mogelijk wat het risico op suicide zal verminderen: "Goede crisisdiagnostiek is de basis van verantwoord handelen." (Jenner, 2005) Bij een systematische risicotaxatie gaat de SPV samen met de cliënt een aantal vaste items langs waarvan is aangetoond dat ze het risico op suicide verhogen dan wel verlagen.

De eerste peiler van de risicotaxatie vormt de kwetsbaarheidfactoren die kan worden opgedeeld in twee groepen. Enerzijds de socio-demografische risicofactoren zoals leeftijd 25-49 jaar, gescheiden zijn, alleen of in onstabiele woonomstandigheden leven en anderzijds de psychologische en psychiatrische risicofactoren waaronder depressieve stoornissen vooral gepaard gaand met hopeloosheid, angst en paniek, alcohol- drugsmisbruik, schizofrenie, eerder zelfdestructief gedrag of suicidepogingen, impulsiviteit, familiale belasting bijvoorbeeld door suicide in de familie, een levensgeschiedenis vol traumatische gebeurtenissen en geweld in het gezin. Naast langdurige zijn er ook acute risicofactoren of risicomomenten zoals de eerste dagen van een opname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis of de periode vlak na ontslag, de eerste dagen na ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een suicidepoging, de periode na suicide van een familielid of medepatiënt, ernstig verlies of dreiging daarvan en tijdens wisseling van zorgsoort of behandelaar. De beoordeling van het belang van de risicofactoren wordt opgedeeld in twee categorieën: weinig risicofactoren waarbij maximaal twee factoren aanwezig zijn en veel risicofactoren, drie of meer waaronder ten minste één van de belangrijkste vier: depressie, schizofrenie, alcoholisme en eerdere suicidaliteit. Suicidepogingen, zelfdestructief gedrag en suicidale ideatie in de voorgeschiedenis zijn een belangrijke voorspeller van toekomstige pogingen. Hoe meer eerdere pogingen in de voorgeschiedenis en gewelddadiger de methoden hoe groter de kans op één of meer toekomstige pogingen.

De tweede belangrijke peiler van de risicotaxatie is het maken van een gedetailleerde momentopname van de suicidale ideatie waarin alle aspecten van suicidaliteit naar voren komen. Het geeft een hoop informatie over de mate van hopeloosheid en emotionele ontredde en de aanwezigheid en ernst van een

eventuele depressie en helpt de ontredderde en verwarde cliënt zijn gedachten te ordenen. Vragen die hier gesteld kunnen worden betreffen de inhoud en intensiteit van de suicidale piekergedachten, methode, plannen en genomen voorbereidingen tot suicide, hindernissen, voordelen, doel en consequenties van zelfdoding. Aan de antwoorden van deze vragen kan de SPV verschillende graden van ernst van de suicidale ideatie afleiden.

Grofweg kunnen vier niveaus worden onderscheiden:

- Lichte mate waarbij de cliënt vluchtige gedachten heeft aan suicide, niet nagedacht heeft over een plan en zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden nog realiseert. De cliënt wil liever leven dan sterven.
- Ambivalentie waarin de cliënt zowel suicide wil plegen als doorgaan met leven. Suïcidaliteit is sterk impulsief gekleurd, uitgebreide plannen zijn niet gemaakt. De cliënt wil sterk wisselend dan weer dood, dan weer leven.
- Ernstige mate waarin de cliënt zich wanhopig voelt en voortdurend gedachten en beelden van suicide in zijn hoofd heeft. Hij heeft verschillende methoden overwogen, plannen gemaakt en denkt dat het voor anderen beter is als hij er niet meer is. De cliënt is bang voor de eigen impulsiviteit maar kan de suicide nog enige tijd uitstellen.
- Zeer ernstige mate waarbij de cliënt wanhopig is, onrustig, slapeloos en emotioneel ontredderd. Blikvernaauwing treedt op en op elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot zelfdoding.

Figuur 3: Systematische Riscotaxatie



De aanwezigheid van beschermende factoren kunnen ervoor zorgen dat de suicidaliteit zal afnemen en dienen daarom te worden meegenomen in de risicotaxatie. Bekende voorbeelden hiervan zijn de aanwezigheid van een goed sociaal netwerk en familiale integratie. Heeft de cliënt een gezin waarin hij leeft, is zijn familie in staat om hem op te vangen en bescherming te bieden? Maar ook religie, adequate behandeling van onderliggende problematiek en contact met hulpverlening bij crisis of depressie is van beschermende waarde. Tijdens de laatste stap van deze systematische risicotaxatie gaat het erom een gewogen beoordeling te maken van bovengenoemde langdurige en actuele risicofactoren in combinatie met het risicomoment en de inschatting van de ernst van de suicidale ideatie en andere relevante zaken die in het individuele geval

meegewogen dienen te worden. Belangrijk hierbij is dat de aanwezige combinatie van risicofactoren kan betekenen dat een cliënt met een lichte vorm van suïcidale ideatie gevaarlijker kan zijn dan een cliënt met ernstige suïcidale ideatie zonder aanwezigheid van (belangrijke) risicofactoren. Deze weging kan leiden tot één van de volgende beoordelingen: gering suïciderisico waarbij de kans op suicide vermoedelijk zeer klein is, reëel risico waarbij de kans op zelfdoding werkelijk bestaat maar vermoedelijk niet acuut en acuut suïciderisico waarbij de kans op suicide zeer groot is op korte termijn. (Heeringen & Kerkhof, 2000)

Wanneer sprake is van een reëel of acuut suïciderisico maken internationale richtlijnen een onderscheid in korte termijn en lange termijn interventies en in farmacologische, psychotherapeutische en omgevingsgebonden interventies. Voor de SPV in de acute dienst zijn voornamelijk de korte termijn en omgevingsgebonden interventies van belang. Korte termijn interventies zijn gericht op de eerste uren en dagen en hebben als belangrijkste doel de mogelijkheid te creëren om te werken aan lange termijn veranderingen zoals het aanleren van probleemoplossende vaardigheden of de behandeling van een depressief toestandbeeld. Middelen waarmee suicide uitgevoerd kan worden als vuurwapens en medicatie moeten hiertoe verwijderd worden. Daarnaast is het belangrijk aandacht te schenken aan de beschikbaarheid en inschakeling van sociale ondersteuning, belangrijke anderen die de suïcidale persoon kunnen bijstaan en beschermen. Een suicidepoging en zeker dood door suicide zijn ingrijpend voor het leven van betrokkenen en hun directe omgeving. Dit alleen al rechtvaardigt het benaderen van systeemleden (Jenner, 2005). Daarnaast sluit het betrekken van het systeem bij de ondersteuning van de suïcidale cliënt aan bij de sociaal psychiatrische benadering. Vanuit deze benadering is de SPV voor de oplossing sterk gericht op de wisselwerking tussen de cliënt en diens omgeving. Waarom kan iemand in een suïcidale crisis ambulante behandeld blijven, terwijl een identieke situatie bij een andere cliënt tot opname leidt? Daarin speelt als vanzelfsprekend mee of iemand kan terugvallen op steun uit zijn sociaal netwerk en of er wel een netwerk beschikbaar is. Zeker wanneer iemand met enige regelmaat in crisis raakt en de crisis emotioneel erg belastend is voor de omgeving, is ondersteuning voor zowel de cliënt als zijn omgeving van groot belang. Internationale richtlijnen benadrukken het belang van psycho-educatie over waarschuwingssignalen, de noodzaak van medicatie en therapietrouw en de invloed van psychiatrische aandoeningen op het beoordelingsvermogen. Cliënt en familie moeten duidelijke instructies krijgen over de bereikbaarheid van hulpverlening en welke stappen er ondernomen moeten worden bij bezorgdheid. De praktijk leert ons dat juist die cliënten waarbij sprake is van risicofactoren als alcoholmisbruik en meerdere suicidepogingen in de voorgeschiedenis (de veelplegers), vaak nauwelijks of niet meer kunnen terugvallen op een netwerk omdat de omgeving uitgeput raakt en het niet meer volhoudt. (Onderwater e.a., 2005) Als hulp en steun (tijdelijk) niet meer te verwachten zijn van direct betrokkenen rest de hulpverlener geen andere mogelijkheid dan de zorg over te nemen en te beslissen tot opname van de suïcidale cliënt. In een ambulante setting is continuïteit van zorg en een actieve opstelling van de SPV van groot belang. Bij verwijzing naar ambulante hulp na opvang van crisissituaties moet rekening worden gehouden met een beperkte verwijs- en therapietrouw. Internationale richtlijnen geven aan dat een outreaching strategie van de hulpverlening waarbij de SPV actief contact legt met de cliënt en hem zo nodig thuis opzoekt, de verwijstrouw en daarmee de kans op adequate behandeling kan verhogen.

Het gebruik van een non-suicide contract wordt in de richtlijnen niet aangeraden omdat er geen degelijk wetenschappelijk bewijs voor bestaat. Het kan de hulpverlener een vals gevoel van zekerheid geven waardoor het risico bestaat dat deze minder aandacht besteedt aan een grondige risicotaxatie.

Oenen e.a. spreken van een suicide uitstelovereenkomst als rituele bekrachtiging van de samenwerkingsrelatie. Hierbij vragen ze de cliënt welke mogelijkheden deze nog ziet om zijn voornemen uit te stellen tot hij grondig onderzocht heeft of suicide inderdaad de enige uitweg is: een korte bezinningsperiode tot de volgende afspraak die op korte termijn gerealiseerd dient te worden. Voorwaarde hiervoor is wederom de aanwezigheid van een steunend netwerk dat zich bereid verklaart om opvang te verlenen. Bij het bepleiten van uitstel is volgens hen een aantal zaken van belang. Allereerst tonen we respect voor een eventuele keuze van de cliënt voor de dood. Daarnaast brengen we positieve en sterke kanten van de cliënt onder de aandacht en helpen we hem bij het aanbrengen van structuur. Dit kan door de cliënt onder andere te helpen samen met de naasten een dagprogramma te maken waarin de invulling van de komende dagen concreet omschreven wordt, zodat de eerste periode van uitstel overzichtelijk en hanteerbaar is. (Oenen e.a., 2007) Ook deze overeenkomst biedt geen garanties en mag nooit in de plaats komen van een gedegen systematische risicotaxatie.

Conclusies

Ondanks het feit dat het moeilijk is een zelfdoding in een individuele situatie te voorspellen kan het toepassen van richtlijnen het aantal suicides verminderen. Hoewel een Nederlandse richtlijn suïciditeit (nog) ontbreekt schrijven internationale richtlijnen een regelmatig terugkerend gefaseerd proces van risicobeoordeling voor. In de praktijk berusten nog veel inschattingen van suiciderisico op individuele ervaring en intuïtie van de medewerker. Ongeprotocolleerde taxaties verschaffen de SPV weinig houvast voor de keuze van interventies. Het is aangetoond dat de SPV met een systematische risicotaxatie een betere inschatting kan maken van het aanwezige suiciderisico waardoor de cliënt beter beschermd kan worden en interventies met meer onderbouwing gekozen.

De SPV moet hiertoe samen met de cliënt een beoordeling maken van langdurige en actuele risicofactoren in combinatie met het risicomoment en een inschatting maken van de ernst van de suïcidale ideatie van dat moment. Bij een aangetoond reëel of acuut suiciderisico wordt het belang van systeeminterventies door alle internationale richtlijnen onderstreept. Belangrijke anderen uit de omgeving van de suïcidale cliënt kunnen de suïcidale persoon bijstaan en beschermen wanneer zij zich hiertoe bereid verklaren. Zij moeten hiervoor actief worden uitgenodigd door de SPV en psycho-educatie ontvangen over waarschuwingssignalen, de noodzaak van medicatie en therapietrouw en de invloed van psychiatrische aandoeningen op het beoordelingsvermogen. Cliënt en familie dienen duidelijke instructies te krijgen over de bereikbaarheid van hulpverlening en welke stappen er ondernomen moeten worden bij bezorgdheid. In een ambulante setting is continuïteit van zorg, liefst door dezelfde hulpverlener en een actieve 'outreaching' opstelling van de SPV van groot belang om therapietrouw te bevorderen zodat gewerkt kan worden aan lange termijn veranderingen. Door het toepassen van deze internationale richtlijnen kan de SPV een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteitsverbetering van de zorg aan suïcidale cliënten in de acute dienst.

Literatuur

- Arensman e.a., E. (2003). *Kaderdocument Nationaal actieplan suicidepreventie*. Amsterdam/Eindhoven: I. van de Ven stichting, Depressiestichting.
- Bool e.a., M. (2007). *Verminderen van suicidaliteit: beleidsadvies*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Heeringen, C. v., & Kerkhof, A. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suicidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Huisman e.a., A. (2006). Richtlijnen voor de behandeling van suicidale patiënten: een overzicht. *Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie*.
- Jenner, J. (2005). *Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Jenner, J. (2007). Reactie op 'Richtlijnen voor de opvang van suicidepogers in de Nederlandse ggz-instellingen' en 'Matig beleid'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 413.
- Kallen, A. (2008). Suicidepreventie nationaal. *Tijdschrift voor psychiatrie*, samenvattingenboek voorjaarscongres 2008, s201-203.
- Kerkhof, A. (2007). Reactie op Jenner. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 414-15.
- Kerkhof, A. (2008, september 24). 'Unieke' daling zelfmoorden. *Gelderlander*.
- Kerkhof, A. (2008, september 26). Workshop Suicidepreventie: taxatie en interventie. *Suicide in Nederland: 1950-2007*. Arnhem, Gelderland.
- Oenen e.a., F. (2007). *Praktijkboek Crisisinterventie, de kunst van het intervenieren in moeilijke behandelingsituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Onderwater e.a., K. (2005). *Sociale psychiatrie*. Utrecht: Lemma BV.
- Stel, J. v. (2004). *Handboek preventie, voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Verberk, F. (1992). De door de spv ervaren druk in relatie tot de beslissing tot opname, een onderzoeksverslag. *Plektrum*, 18-29., Eindhoven: NVSPV
- Verwey e.a., B. (2007). Richtlijnen voor de opvang van suicidepogers in Nederlandse ggz-instellingen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 157-165.
- Winter e.a., R. d. (2006, januari 20). *Ontwikkeling van richtlijnen voor beoordeling suiciderisico*. Opgeroepen op september 10, 2008, van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: www.nvvp.net/upload/35427/samenvatting_binnenwerk_2006-01-20.pdf.