

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

HET ONDERWERP

Suïcidaal gedrag kan gezien worden als een manier om een oplossing te zoeken voor ondraaglijke pijn en onoplosbare problemen. We spreken van suïcidaal gedrag als iemand:

- gedachten heeft over zelfdoding en/of;
- de intentie heeft zichzelf te doden en/of;
- bezig is met het voorbereiden van zelfdoding en/of;
- een poging doet om zichzelf te doden.

Suïcidaal gedrag bestaat dus niet alleen uit handelingen maar ook uit gedachten. Het heeft veel overeenkomsten met zelfbeschadigend gedrag. Iemand met suïcidaal gedrag lijkt zijn of haar huidige leven te willen beëindigen, maar vaak is er, net als bij mensen die zichzelf beschadigen, vooral de behoefte om met ondraaglijke ervaringen, gevoelens of emoties om te kunnen gaan.

De bedoeling van suïcidaal gedrag kan per persoon verschillen. Sommige mensen willen echt stoppen met leven, anderen willen niet meer verder leven op de manier zoals ze dat nu doen, weer anderen willen met suïcidaal gedrag vooral bereiken dat er naar hen wordt geluisterd. Suïcidaal gedrag kan ook een uitdrukking zijn van de wens om te ontsnappen aan een moeilijk te verdragen situatie waarbij niet voor de dood wordt gekozen.

De persoon heeft niet altijd een vrije keus in zijn gerichtheid op dood en sterven. Vaak is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de persoon zich gedreven voelt door de omstandigheden en/of door onmacht. Onmacht om met problemen om te gaan, kan leiden tot een gevoel van uitzichtloosheid. De persoon komt in een situatie waarin hij geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht, met suïcidaal gedrag tot gevolg.

PATIËNTENPERSPECTIEF

Aandachtspunten patiëntenperspectief

- Contact maken is de kern van het omgaan met iemand met (een vermoeden van) suïcidaal gedrag.
- Het is belangrijk dat het lijden van de persoon met suïcidaal gedrag wordt erkend, dat hij zich gehoord en gesteund voelt en dat er open wordt gesproken over de wens tot zelfdoding. Dit vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen.
- Professionals moeten durven doorvragen.
- Vraag altijd aan de patiënt wie zijn belangrijkste naasten zijn en op welke manier zij bij de behandeling betrokken kunnen worden.

AANBEVELINGEN VAN PATIËNTEN

- Spreek open over de suïcidale gedachten of suïcide poging. Durf concreet te zijn.
- Wees beschikbaar, neem de tijd, wees warm en liefdevol. Ga letterlijk naast iemand zitten als dat mogelijk is.
- Praat iemand geen schuldgevoel aan. Leef mee en laat merken dat suïcidale gedachten er mogen zijn.
- Bespreek eerst de problemen en het verhaal van de persoon. Kom niet meteen met oplossingen of tips om iets te gaan doen. Eerst luisteren en dan pas over vervolgstappen nadenken.
- Kom afspraken na. Vat het gesprek regelmatig samen. Stimuleer iemand zelf aantekeningen van de gesprekken en een afsprakenlijstje te maken.
- Ga samen met de persoon na wat signalen zijn waaruit zou kunnen blijken dat hij weer suïcidaal wordt. Wees alert op signalen dat er mogelijk iets niet goed gaat.
- Blijf vragen naar suïcidale gedachten, ook in latere fasen. Neem initiatief en wacht niet af tot iemand er zelf mee komt of tot er sprake is van een crisis.
- Vraag of iemand wil praten of liever iets anders wil doen. Bijvoorbeeld samen een wandeling maken, muziek luisteren of juist stil zijn en niets hoeven. Bied de mogelijkheid tot mailcontact.
- Wijs op andere mogelijkheden voor ondersteuning, zoals 113online, een ervaringsdeskundige of (online) zelfhulp- of lotgenotengroep.

KERNELEMENTEN VAN GOEDE ZORG

Vroege onderkenning en preventie

Het is vaak moeilijk om suïcidaal gedrag te herkennen, zeker als mensen niet in behandeling zijn bij de ggz. Ongeveer de helft van de mensen zoekt in de weken voor de suïcide hulp bij de huisarts. Dit doen zij echter meestal met een andere hulpvraag. Vaak kan alleen uit de omstandigheden worden afgeleid dat iemand aan suïcide denkt of een suïcidepoging heeft gedaan.

Naasten, zoals vrienden en familieleden, zijn een belangrijke informatiebron. Zij merken suïcidaal gedrag en veranderingen in gedrag vaak goed op. Vraag als professional (binnen en buiten de ggz) actief en onderzoek suïcidedgedachten en -plannen bij een vermoeden op suïcidaal gedrag. (wie moet dit doen?)

Diagnostiek

Bepaal ernst en urgentie: bepaal als hulpverlener eerst hoe ernstig en dringend de situatie is, of direct hulp nodig is en zo ja waar en door wie. Aandachtspunten bij het inschatten van de ernst en urgentie zijn: de lichamelijke toestand, combinatie van psychische en verslavingsproblemen, concreet plan, impulscontrole, voorgeschiedenis, gevoel van wanhoop, ondersteuning vanuit omgeving en de maatschappelijke situatie.

Onderzoek suïcidaal gedrag: ga na de eerste inschatting van de situatie dieper in op het suïcidaal gedrag. Vraag naar de actuele gedachten en gebeurtenissen en vervolgens naar de voorgeschiedenis, zoals eerdere perioden van suïcidaal gedrag, eerdere behandelingen voor psychiatrische problemen, suïcides in de familie, et cetera. Vraag aan de patiënt hoe hij over zijn toekomst denkt en hoe dit toekomstbeeld kan verbeteren.

Inventariseer de aard en verloop van klachten en problemen vooraf: onderzoek ten slotte samen met de patiënt en zijn naasten wat de aard en het verloop van de klachten en problemen zijn en wat aan het suïcidale gedrag vooraf is gegaan. Bespreek wat de patiënt met het suïcidaal gedrag wil bereiken. Wil iemand bijvoorbeeld vooral het bewustzijn uitschakelen, ontsnappen aan het leven, het lijden verkorten of iemand kwetsen? Handelt iemand onder invloed van stemmen of in een opwelling? De reden voor suïcidaal gedrag is het belangrijkste aanknopingspunt voor behandeling.

Behandeling en begeleiding

Stel op basis van de diagnose samen met de patiënt een individueel behandelplan op. Zoek hierbij naar een aanpak die past bij het individu en de situatie. De beslissingen over de behandeling worden zo veel mogelijk gezamenlijk met patiënt en naasten.

De behandeling bestaat uit eerste interventies en daarop aansluitende lange termijn behandeling:

- **Eerste interventies:** gericht op veiligheid scheppen, de patiënt tegen zichzelf beschermen, psycho-educatie en voorlichting over suïcidaal gedrag.
- **Lange termijn behandeling:** gericht op het behandelen van het suïcidale gedrag, eventueel met gebruik van psychotherapie en medicatie. Stel een signalerings- of veiligheidsplan op. Dit plan heeft als doel om duidelijkheid en inzicht te krijgen in het ontstaan en ontwikkeling van suïcidaal gedrag. Voor de behandeling van onderliggende psychische stoornissen dienen de daartoe opgestelde zorgstandaarden en richtlijnen gevolgd te worden.

Monitoring

Besteed tijdens de behandeling van suïcidaal gedrag en onderliggende problematiek structureel aandacht aan de ernst van het suïcidaal gedrag, in het bijzonder bij kritische momenten in de behandeling. Bijvoorbeeld bij verandering van vrijheden, plotselinge veranderingen in het klinische beeld of kritische overgangen in de behandeling zoals ontslag uit het ziekenhuis of overdracht van een patiënt aan een collega.

Wees waakzaam bij verschijnselen als verslechtering of onverwachte sterke verbetering van de klachten, onvrede over de behandeling of bij toename van sociaal isolement.

Herstel, participatie en re-integratie

Herstel gaat om het ontwikkelen van veerkracht en om het omgaan met – en het leven weer oppakken na – ontwrichtende ervaringen. Hierbij spelen zinvragen als 'hoe kan ik leven met mijn pijn', 'wat maakt mijn leven nog de moeite waard' een belangrijke rol. Het vraagt moed van de hulpverlener om werkelijk contact te maken met mensen die emotionele pijn uiten. Alleen dan kunnen zij iemand bijstaan in moeilijke situaties.

Ook ervaringsdeskundigen spelen een belangrijke rol bij de ondersteuning van herstel.

Ervaringsdeskundigen weten uit eigen ervaring hoe je perioden van crisis en machteloosheid te boven kunt komen. Ze zijn een rolmodel en bieden hoop dat herstel mogelijk is. Ook kunnen zij de weg openen voor ondersteuning door naasten en vrijwilligers.

ORGANISATIE VAN ZORG

Een probleem in de zorg rondom suïcidaal gedrag is dat er geen of weinig afspraken worden gemaakt over de zorgketen. Daardoor kan de continuïteit van zorg in gevaar komen en kunnen patiënten tussen wal en schip vallen. Daarom moeten in iedere regio door relevante partijen overeenkomsten worden opgesteld over ieders verantwoordelijkheden bij de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Hierbij is het belangrijk dat de verantwoordelijkheid van een hulpverlener pas eindigt, wanneer een warme overdracht naar een andere hulpverlener in de keten heeft plaatsgevonden. Het initiatief voor het maken van deze overeenkomsten moet worden genomen door de gespecialiseerde ggz. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor afstemming met andere behandelaars en voor regelmatige evaluatie van de samenwerking.

Belangrijk in de samenwerking tussen ketenpartners is het doorlopen van een proces van commitment en vertrouwen. Wanneer ketenpartners elkaar kennen en vertrouwen, zal het eenvoudiger zijn om tot afspraken te komen en weten aanbieders elkaar te vinden bij eventuele knelpunten.

KETENPARTNERS MAKEN IN IEDER GEVAL AFSPRAKEN OVER DE VOLGENDE THEMA'S:

- Toegang tot de zorg: bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure, wachttijden, communicatie met toeleiders, patiënten en naasten over bij wie ze welke zorg kunnen krijgen
- Keuze behandelsetting: opname of ambulante / thuis.
- Continuïteit van zorg: 'warme' overdracht en sluitende afspraken over het overgeven en -nemen van de verantwoordelijkheid.
- Interne overdracht.
- Beschikbaarheid van crisis- en BOPZ-bedden (Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen), laagdrempelige inloop- en time-out voorzieningen.
- Informatieoverdracht: afspraken over de wijze van terugkoppeling en informatieoverdracht, en de snelheid en inhoud hiervan.
- Nazorg en outreachende zorg.