

Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek Suïcidaal gedrag

Jolien Bueno de Mesquita, Remco de Winter, Bas Verwey en Marieke de Groot

In 2012 is de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van suïcidaal gedrag gepresenteerd. De richtlijn bevat in de praktijk effectief gebleken aanbevelingen over hoe om te gaan met suïcidaal gedrag. Veel aandacht is er voor het maken van contact met de betreffende persoon, het creëren van veiligheid, het bewerkstelligen van continuïteit van zorg en het betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. In onderstaand artikel worden de verschillende thema's uit de richtlijn toegelicht.

Inleiding

Suïcidaal gedrag vormt een aanzienlijk gezondheidszorgprobleem voor patiënten, professionals en instellingen in zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. De artikelen van Burger en Gilissen eerder in dit themanummer geven inzicht in de omvang van dit probleem.

Dankzij een politieke lobby door de Ivonne van de Venstichting (1), een initiatief van nabestaanden, wetenschappers en medici, is na 2003 de aandacht voor suïcidepreventie sterk toegenomen en werd het een speerpunt van onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In 2007 werd in een beleidsadvies het doel geformuleerd het aantal suïcides met 5 % per jaar te verminderen (2). Deze afname van het aantal suïcides zou moeten worden bereikt doordat hulpverleners in staat zijn om suïcidegedrag bij hun cliënten sneller te signaleren en bespreekbaar te maken.

In 2009 werd in opdracht van het ministerie van VWS een landelijke multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag ontwikkeld, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en ondersteund door het Trimbos Instituut. De richtlijn kwam tot stand met een subsidie vanuit het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg van Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) (3). Begin 2012 werd de richtlijn officieel gepresenteerd.

De richtlijn bestaat uit vier componenten: de visie op suïcidaal gedrag, algemene principes voor de omgang met suïcidaal gedrag, en diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Ook wordt aandacht besteed aan het professionele handelen na een suïcide. Deze componenten staan centraal in dit artikel.

Visie op suïcidaal gedrag

In de richtlijn wordt de term 'suïcidaal gedrag' gedefinieerd als het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden, met inbegrip van zowel handelingen als gedachten (3). De richtlijn sluit aan bij het internationaal gebruikte begrip suicidal behaviour.

De intentie van suïcidaal gedrag is zelden eenduidig en kan wat betreft ernst variëren in de tijd, waarbij de wens om te sterven naast, tegenover of volgend op de wens om te leven kan staan. Suïcidaal gedrag kan diverse achtergronden hebben, zoals een uitgesproken wens om te sterven, of een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen. Dikwijls is suïcidaal gedrag een manier om te willen ontsnappen uit een ondraaglijke situatie, of komt het voort uit angst om de controle te verliezen. Suïcidaal gedrag kan ook een manier zijn om de ander iets duidelijk te maken of om het denken te stoppen. Suïcidaal gedrag kan impulsief en zonder veel voorafgaand overwegen optreden. Vaak is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich gedreven voelt door de

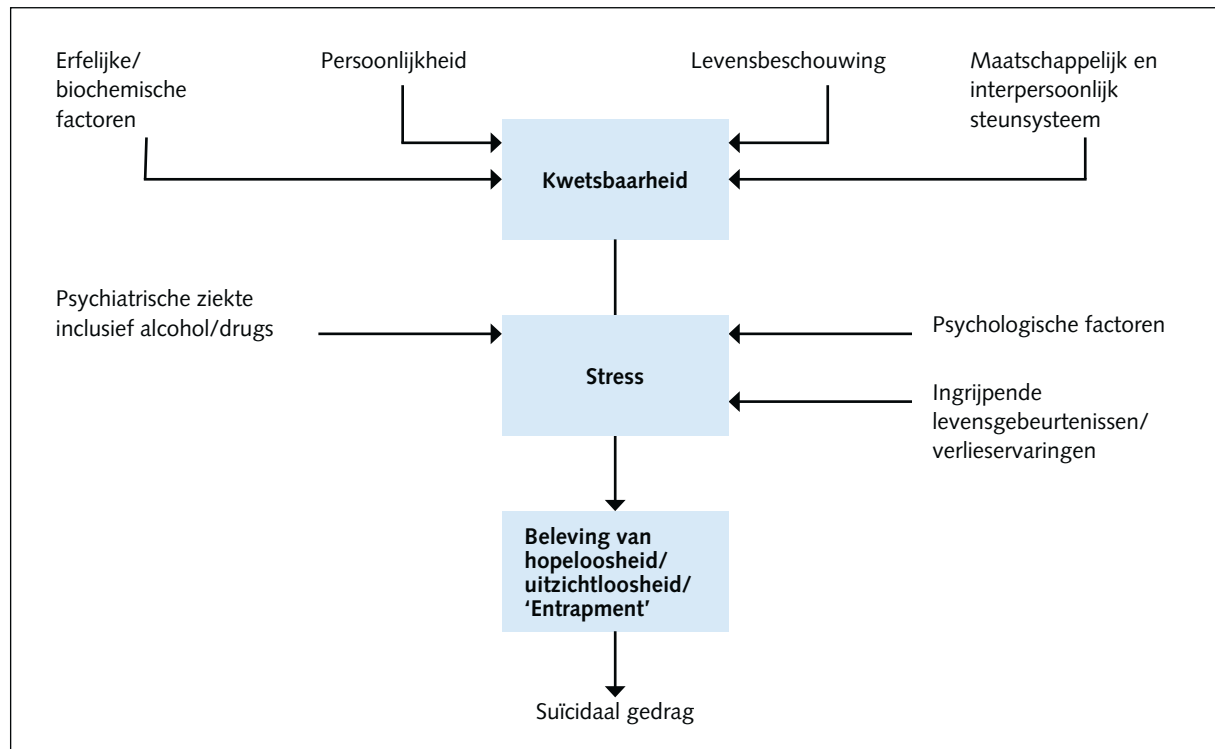
Over de auteurs:

Dr. J. M. Bueno de Mesquita is psychiater in opleiding en pleitbezorger voor de preventie van suïcide en suïcidaal gedrag in de Haagstreek, Parnassia Groep; dr. R. F. P. de Winter is als psychiater en afdelingshoofd-zorg, Bureau 24-uurszorg ('Crisisdienst') werkzaam bij de Parnassia Groep en is de Nederlandse vertegenwoordiger voor de International Association for Suicide Prevention (IASP); dr. B. Verwey is werkzaam als psychiater in het ziekenhuis Rijnstate te Arnhem en lid van de werkgroep voor de Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek van Suïcidaal Gedrag (MRBDSG); dr. M. H. de Groot is senior onderzoeker aan de VU (Amsterdam), zij heeft een praktijk voor advies, informatie & training rond suïcidepreventie in Garmerwolde en is lid van de werkgroep voor de MRBDSG.
E-mail: r.dewinter@parnassia.nl

Figuur 1.

Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment (3).

De achterliggende factoren van suïcidaal gedrag zijn in de richtlijn (3) geordend in een geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid (4) en entrapment (5).



omstandigheden en/of onmacht (3).

Elke vorm van suïcidaal gedrag betekent een verhoogd risico op suïcide. Daarom moeten hulpverleners dit gedrag - hoe ambivalent of ogenschijnlijk onschuldig ook - altijd serieus nemen. Na een suïcidepoging waarbij de kans op overlijden groot was, is het suïciderisico extra verhoogd. Maar ook een relatief onschuldige poging kan riskant zijn, vooral als de patiënt de gevolgen niet goed heeft (kunnen) overzien.

Bij elk individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een unieke combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren. Suïcidaal gedrag hangt samen met een groot aantal risico- en beschermende factoren (zie tabel 1). Er zijn echter geen instrumenten die het optreden van suïcide met enige betrouwbaarheid kunnen voorspellen. Om inzicht te krijgen in risico- en beschermende factoren voor suïcide beveelt de richtlijn aan om gebruik te maken van een geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid (4) en entrapment (5) (zie figuur 1). Dit model geeft inzicht

in langdurende factoren die de individuele kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag verhogen of verlagen, in samenhang met bevorderende of onderhoudende stressfactoren. Behalve de verhoogde gevoeligheid voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag en stressfactoren, is er sprake van een cognitieve toestand die heeft geleid tot de beleving van de situatie als onoplosbaar, oneindig en ondraaglijk en de gedachte dat hieraan alleen valt te ontkomen door te sterven. Deze toestand wordt aangeduid met 'entrapment': in een val opgesloten zitten.

Kenmerken van 'entrapment' zijn tunneldenken, catastrofaal denken, zwart-wit denken of overgeneraliseren, en concentratiestoornissen. Dit kan de mogelijkheid om contact te maken met een suïcidale patiënt negatief beïnvloeden, waardoor een juiste beoordeling van wat een suïcidale patiënt zegt kan worden belemmerd. In dit kader is het van belang te beseffen dat de aanwezigheid van één of meer psychiatrische stoornis(sen) als stressfactor een substantiële rol speelt bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. Uit psychologische autopsie studies is

Tabel 1.*Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren (3).***Algemeen:**

- Suïcidepoging
- Letaliteit van de poging
- Suïcidegedachten, 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
- Denken 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

gebleken dat bij minimaal 90% van de suïcides sprake was van psychiatrische (co)morbiditeit, vooral stemmingsstoornissen al dan niet in combinatie met alcoholmisbruik. Ook de beschikbaarheid van middelen om suïcide mee te plegen verhoogt het suïciderisico. Zo ligt in de Verenigde Staten het gebruik van vuurwapens bij suïcide veel hoger dan in Nederland (6). Verondersteld wordt dat dit het gevolg is van het verschil in de beschikbaarheid van vuurwapens tussen Nederland en de Verenigde Staten.

Algemene principes voor de omgang met suïcidaal gedrag

Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek worden gezien als basisvaardigheden waarover alle artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten in de gezondheidszorg moeten beschikken. Specialistische vaardigheden zijn het onderzoek naar de etiologie en pathogenese van het suïcidale gedrag, en de indicatiestelling voor behandeling. Deze dienen te worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is. De beoordeling van de mate

waarin de patiënt geacht mag worden zijn belangen te overzien en te waarderen (wilsbekwaamheid) en de mate waarin deze in staat is om te beslissen over noodzakelijke medische behandeling, is voorbehouden aan artsen. Voor zover de professionele bevoegdheden niet zijn geregeld in de Wet BOPZ (dwangopname) en de Wet BIG (onder andere voorschrijven van medicatie), zijn deze bevoegdheden vastgelegd in het professioneel statuut van de instelling waar de deskundige werkt. Dit statuut is maatgevend.

De richtlijn geeft aan dat in elke situatie waarin sprake is van suïcidaal gedrag, een suïcidepoging of een sterk vermoeden, hier onderzoek naar gedaan dient te worden door een professional. Zoals bij uitingen van wanhoop, na een ernstige verlieservaring of een ingrijpende (traumatische) gebeurtenis, bij onverwachte veranderingen van de toestand van de patiënt, bij een gebrek aan verbetering en bij verslechtering van het klinische beeld van een psychiatrische stoornis.

Omdat het ontstaan van suïcidaal gedrag voor elk individu wordt veroorzaakt door een unieke

combinatie van factoren beveelt de richtlijn aan om dit complex van factoren systematisch te onderzoeken. Hiertoe is het noodzakelijk om contact te maken met de suïcidale patiënt, zodat deze zijn suïcidedachten kan bespreken. Dit klinkt vanzelfsprekender dan het is. De praktijk laat zien dat bij een deel van de suïcidegevallen er voorafgaand geen signalen zijn opgemerkt. Verbeterde kennis bij hulpverleners over risicofactoren voor suïcide kan ertoe leiden dat een verhoogde kans op suïcidaal gedrag eerder wordt herkend en dat professionals dit gedrag sneller en doeltreffender bespreekbaar kunnen maken. Dit vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. Nascholing en intervisie zijn daarom essentieel voor alle professionals die betrokken zijn bij personen met een kans op suïcidaal gedrag.

Algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Basisvoorwaarden zorg

De richtlijn behandelt vier onderwerpen die verband houden met het specifieke van suïcidaal gedrag, namelijk de dreiging dat iemand zich van het leven zal beroven. Het zijn basisvoorwaarden voor goede zorg, voor iedere voorwaarde worden aanbevelingen gedaan.

Contact maken

Om een goed beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat tot het gedrag heeft geleid is een goed contact tussen patiënt en professional onontbeerlijk. Een positieve werkrelatie bevordert de validiteit en betrouwbaarheid

van de verzamelde informatie. Het contact kan bemoeilijkt worden door de toestand van de patiënt, maar zeker ook door de houding van de professional. Diens eigen visie ten aanzien van suïcidaal gedrag en de emoties die daarbij worden gewekt, kunnen zijn of haar houding beïnvloeden. Bij onvoldoende coöperatie van de patiënt of twijfel aan de wilsbekwaamheid kan de veiligheid in gevaar komen en dient een psychiater te worden geconsulteerd. Professionals, die regelmatig met suïcidale patiënten te maken hebben, wordt naast nascholing intervisie geadviseerd.

Organiseren van veiligheid

Suïcidaal gedrag brengt soms acuut gevaar met zich mee; voor de patiënt zelf en/of voor zijn omgeving. Directe organisatie van veiligheid is dan van belang. Het inschakelen van hulpdiensten (politie, beveiligingspersoneel) en indien mogelijk het betrekken van omstanders en naasten wordt sterk aanbevolen. Ook bij langer durende en chronische suïcidale toestanden maakt zorg voor de veiligheid een belangrijk deel uit van de omgang met het gedrag. De richtlijn beveelt aan om veiligheidsplannen te maken voor patiënten met suïcidaal gedrag.

Continuïteit van zorg

Veiligheid en continuïteit van zorg hangen nauw met elkaar samen. Onderzoek laat zien dat transitie-momenten in de zorg (overplaatsing, wisseling van behandelaar, ontslag uit een klinische setting) een verhoogd suïciderisico met zich meebrengen. Van belang is oog te hebben voor de rol van de verschillende betrokken professionals zoals de

Tabel 2.

Schematisch overzicht van het diagnostisch proces bij suïcidaal gedrag (3).

Doelen

- Inschatten van de prognose van suïcide
- Indicatiestelling voor zorg
- Organiseren van zorg
- Bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- Betrek naasten bij het onderzoek
- Formuleer de structuurdiagnose
- Bepaal de indicatie voor verdere zorg

Vorbereiden

- Organiseer veiligheid
- Verzamel voorinformatie
- Organiseer de setting

Onderzoek

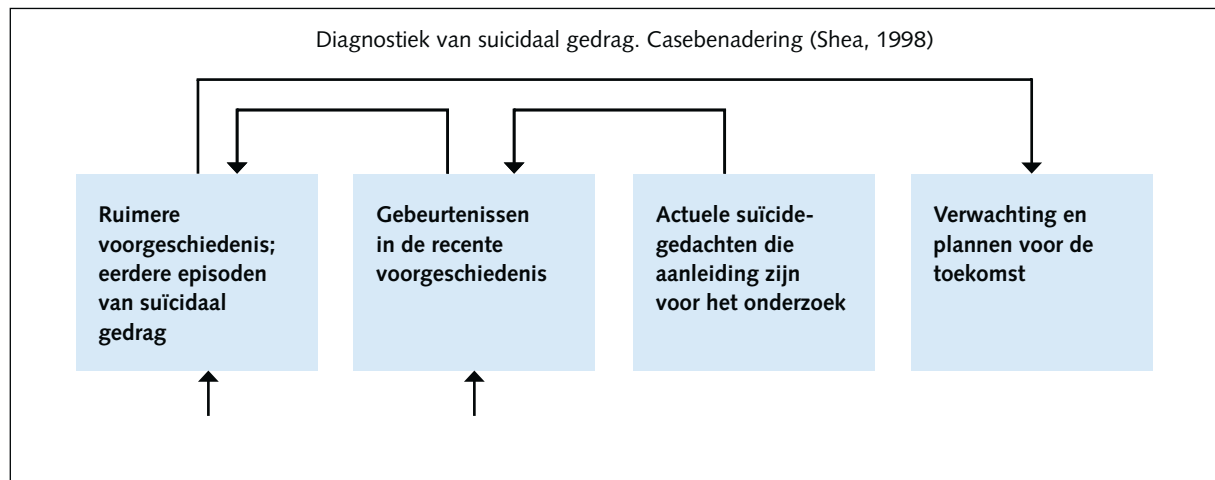
- Contact maken
- Bepaal de suïcidale toestand (CASE-benadering, Shea et al)

Afronden

- Maak een plan met de patiënt (op schrift):
 - Organiseer veiligheid
 - Betrek naasten bij de diagnostiek
 - Maak afspraken over vervolg; wat als... ?
- Bepaal de noodzaak van vervolgonderzoek
- Organiseer de verdere zorg actief
- Rapporteer

Figuur 2.

CASE-benadering van Shea (8).



Spoedeisende Hulp van het algemeen ziekenhuis, de huisarts, de Crisisdienst van GGZ-instellingen. In crisissituaties gaat in deze zorgketen soms veel mis. In het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit, waarnaar de richtlijn verwijst, wordt systematisch beschreven hoe continuïteit van zorg voor suïcidaal gedrag in de multidisciplinaire keten van zorg op regionaal niveau kan worden georganiseerd (7).

Het betrekken van naasten bij diagnostiek en behandeling

In de richtlijn is er nadrukkelijk voor gekozen om te spreken van een 'bondgenootschap' tussen professionals, patiënt en naasten om suïcidaal gedrag te beoordelen en te behandelen. Naasten beschikken vaak over relevante informatie en kunnen naar draagkracht helpen bij het organiseren van veiligheid. De rol van naasten bij de behandeling kan betekenisvol zijn door het (aan)bieden van steun en contact en het signaleren van veranderingen in de (suïcidale) toestand.

Systematisch onderzoek van de suïcidale toestand en indicatiestelling

Het diagnostische proces bij suïcidaal gedrag richt zich op het inschatten van de prognose, de noodzakelijke zorg en organisatie van deze zorg (zie tabel 2). Daarnaast wordt beoordeeld in welke mate de patiënt geacht mag worden zijn belangen te overzien en te waarderen.

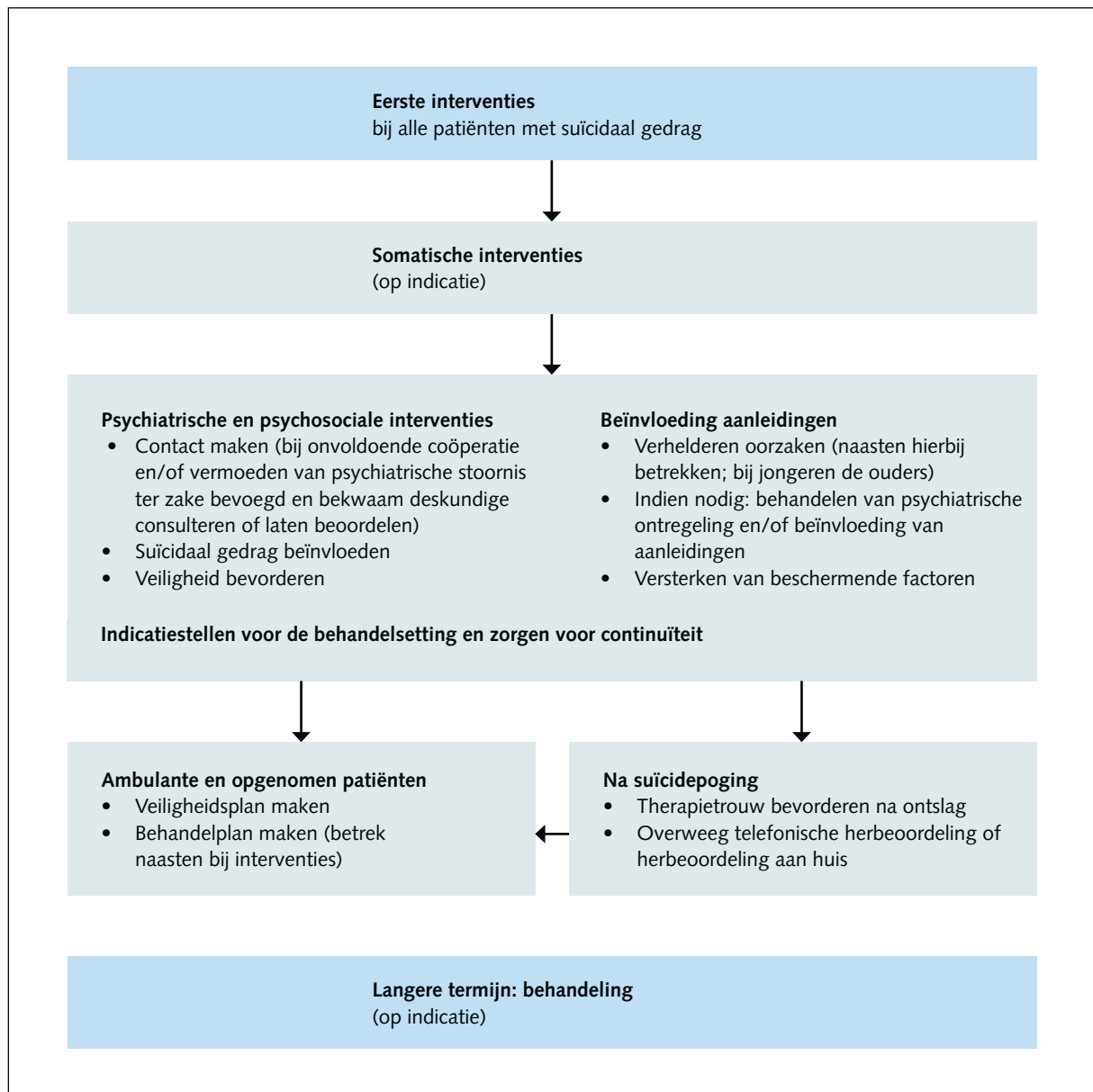
De richtlijn ontmoedigt het gebruik van instrumenten om de suïcidale toestand te beoordelen, omdat hiervoor geen wetenschappelijke basis bestaat. Aanbevolen wordt om voor diagnostiek van suïcidale

uitspraken gebruik te maken van de CASE-benadering (Clinical Assessment of Suicidal Episodes) (8). Met deze methode wordt de huidige suïcidale toestand onderzocht en wordt nagegaan wat de aanleiding was tot het ontstaan van de huidige toestand. Daarna wordt navraag gedaan naar eventuele eerdere suïcidale episoden en de aanleiding daarvan en ten slotte wordt gevraagd naar de kijk van de patiënt (en eventuele naasten) op de toekomst (zie figuur 2). Met deze methode wordt nagegaan of er sprake is van een langdurende kwetsbaarheid voor suïcide, van stressfactoren die bij de patiënt tot de huidige toestand hebben geleid en van eventuele gebeurtenissen die in het verleden tot suïcidaal gedrag hebben geleid. De visie van de patiënt op de toekomst biedt aanknopingspunten voor een inschatting van de mate van wanhoop; hoe wanhopiger de patiënt, hoe hoger het suïciderisico op de korte en langere termijn (9).

De bevindingen worden samengevat in een structuurdiagnose waarin in ieder geval de huidige suïcidale toestand, de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren, hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag en een inschatting van de mate van wilsbekwaamheid wordt beschreven.

Behandeling van suïcidaal gedrag

Op basis van de structuurdiagnose maakt de professional met de patiënt en diens naasten een inschatting van de prognose van het suïcidale gedrag en bepaalt deze de indicatie voor interventies. In de

Figuur 3.*Interventies bij suïcidaal gedrag op korte en lange termijn (3).*

richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen eerste interventies en interventies voor de langere termijn (figuur 3). De centrale vragen bij de eerste interventies zijn: wat moet er nu gebeuren (o.a. somatische interventies), hoe realiseer ik dit en in welke setting? Hierop volgen de psychiatrische en psychosociale interventies, die gericht zijn op beïnvloeding van de oorzakelijke factoren, organiseren van veiligheid, indicatiestelling van de behandelsetting en organiseren van continuïteit van zorg. Als de patiënt na een suïcidepoging niet wordt opgenomen, wordt een

spoedige herbeoordeling aanbevolen.

De behandeling op de langere termijn richt zich op twee aspecten: behandeling van het suïcidale gedrag zelf, en behandeling van stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Onderzoek laat zien dat alleen van lithium-carbonaat en clozapine is aangetoond dat zij suïcidaal gedrag bij patiënten met bipolaire stoornissen respectievelijk schizofrenie, verminderen (10).

De oplossingsgerichte- en cognitieve psychotherapie zijn effectieve psychotherapeutische interventies voor het verminderen van de ernst van het suïcidale

gedrag. Psychiatrische stoornissen worden behandeld volgens de geldende richtlijnen. Verschillende vormen van psychotherapie verminderen suïcidaal gedrag bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Professioneel handelen na suïcide

Het handelen van professionals na suïcide of na een ernstige suïcidepoging wordt in de richtlijn beschreven in drie fasen (11): direct na de suïcide, de middellange termijn (tot zes weken na suïcide) en de lange termijn (enkele weken of maanden erna; zie tabel 3). In de eerste fase is het informeren van naasten en betrokken professionals het belangrijkste aandachtspunt. Daarna volgt de fase van het reconstrueren van de suïcide en het rapporteren en analyseren van de bevindingen. Dit laatste is belangrijk voor het interne systeem van leren en verbeteren van de zorg voor suïcidale patiënten. In de weken en maanden na de suïcide staat het organiseren van opvang voor nabestaanden centraal. Verder kan suïcidaal gedrag bij professionals heftige emotionele reacties oproepen, waarvoor gerichte interventie van belang is.

Tot slot

In de richtlijn wordt gesteld dat het bij de preventie van suïcides en suïcidaal gedrag gaat om een ingewikkelde interactie tussen maatschappelijke factoren, beschikbaarheid van middelen en het functioneren van de gezondheidszorg. Een zorgprofessional die handvatten heeft en weet hoe zorgvuldig te handelen bij suïcidaal gedrag, is van grote waarde in deze interactie. De richtlijn zelf is een zinvolle en aanvullende praktische handreiking voor het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag. De toepassing van richtlijnen is echter niet vanzelfsprekend. Ter bevordering van de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn in de geestelijke gezondheidszorg wordt onderzoek verricht aan de Vrije Universiteit met de Pitstop-suïcidede studie, een onderzoek naar het effect van een train-de-trainers-model (12). De resultaten van dit onderzoek worden verwacht in 2013. De Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek van Suïcidaal Gedrag is online te vinden onder www.ggzrichtlijnen.nl.

Tabel 3.

Taken van de professional na suïcide of een ernstige suïcidepoging (1).

Taken	Toelichting (binnen richtlijn of naar literatuur)
<p>Direct na de suïcide</p> <p>Informeren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familie/eventuele naasten • Eindverantwoordelijken van de instelling • Eventuele medepatiënten • Leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars • Huisarts van de patiënt • Rapporteren <p>Opvang organiseren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor familie en eventuele andere naasten. • Voor eventuele medepatiënten • Onderzoek medepatiënten op de aanwezigheid van suïcidaal gedrag • Voor leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie De Groot & De Keijser, 2010 (11) • Houd het dossier beschikbaar voor evaluatie • Zorg voor veiligheid en continuïteit • Verzamel persoonlijke bezittingen van de patiënt <ul style="list-style-type: none"> • Zie De Groot & De Keijser, 2010 (11) • Zorg voor veiligheid • Zie paragraaf 4.1, Schema voor diagnostiek • Betrek eventueel de huisarts van de patiënt en/of de geestelijk verzorger bij de zorg • Overweeg het (laten) bijwonen van de uitvaart door leden van het multidisciplinaire team

Tabel 3 (vervolg)

Taken	Toelichting (binnen richtlijn of naar literatuur)
<p>Middellange termijn (binnen zes weken na de suïcide)</p> <p>Reconstrueren van de suïcide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met familie en andere naasten • Met leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars • Rapporteer <p>Rapporteren voor het interne systeem van leren en verbeteren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betrek eventueel de huisarts van de patiënt en/of geestelijk verzorger bij de zorg • Zie Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (GGZ Nederland, 2011): www.ggznederland.nl/kwaliteit-vanzorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf
<p>Melden van de suïcide bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een Bopz-maatregel van kracht was • er sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiaire inrichting, een forensisch-psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinstelling • de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Door de Raad van Bestuur • De meldingsvoorwaarden gelden ook bij suïcidepogingen met ernstig letsel • Zie www.igz.nl > Melden > Melden als zorgaanbieder > Format melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie
<p>Lange termijn (binnen enkele weken of maanden na de suïcide)</p> <p>Consolideren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiseer opvang en/of zorg voor nabestaanden met een expliciete hulpvraag en/of een verhoogd risico van suïcidaal gedrag en/of problemen in de verliesverwerking • Implementeer eventuele verbeteringen in de zorg voor suïcidale patiënten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie De Groot & De Keijser, 2010 (11) • Zie paragraaf 5, Schema voor behandeling. • Betrek eventueel de huisarts of geestelijk verzorger bij de zorg • Verwijs naasten naar www.113online.nl • Verwijs kinderen en jongeren naar www.survivalkid.nl. • Zie Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (GGZ Nederland, 2011): www.ggznederland.nl/kwaliteit-vanzorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf

Referenties:

1. Kerkhof AJFM, Arensman E, Neeleman J, De Wilde E. Suïcide en suïcidepreventie in Nederland. Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie. Amsterdam: Ivonne van de Ven Stichting/Depressiestichting, 2003.
2. Bool M, Blekman J, Jong S de, Ruiter M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Actualisering van het Advies inzake Suïcide Gezondheidsraad 1986. 2007. Utrecht, Trimbos Instituut.
3. Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B e.a. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
4. Goldney D. Suicide Prevention: a practical approach. Oxford: Oxford University Press, 2008.
5. Williams JMG, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. In Hawton K, Heeringen K van, eds. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, p. 79-94. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
6. Hawton K, Heeringen K van. Suicide. Lancet 2009; 393: 1372 - 81.
7. Hermens M, Wetten H van, Sinnema H. Kwaliteitsdocument Keten zorg bij suïcidaliteit. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
8. Shea S. Psychiatric Interviewing, the art of understanding. Philadelphia: Saunders Company, 1998.
9. Kuo WH, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality A 13-year community-based study. Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol. 2004; 39: 497 - 501.
10. Verwey B, Winter RFP de, Hemert AM van. De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Psyfar submitted, 2013.
11. De Groot MH, Keijser J de. De opvang van nabestaanden na een suïcide. In Kerkhof A, Van Luyn B, eds. Suïcidepreventie in de praktijk, Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 2010.
12. Beurs D de, Groot MH de, Keijser J de, Verwey B, Mokkenstorm J, Twisk J e.a. Improving the application of a practice guideline for the assessment and treatment of suicidal behavior by training the full staff of psychiatric departments: Cluster RCT study protocol of an e-learning supported Train the Trainer program. BMC Trails 2012 (in druk).