
Richtlijn verpleging en verzorging

Effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis

Deel B: Gegevensverzameling en interventies

Hogeschool INHOLLAND

Hogeschool INHOLLAND

Institute of Advanced Studies and Applied Research ASAR

Lectoraat GGZ-Verpleegkunde



UMC Utrecht

Universitair Medisch Centrum Utrecht

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en

Eerstelijns Geneeskunde

Disciplinegroep Verplegingswetenschap

Utrecht / Amsterdam

2 maart 2008

Dit project is mogelijk gemaakt door:



Het verveelvoudigen en openbaar maken van de richtlijn in zijn geheel door middel van fotokopieën, waaronder begrepen het opslaan als PDF-bestand, is toegestaan mits de verantwoordelijke instanties en auteurs duidelijk worden vermeld.

Verantwoordelijke instanties

Hogeschool INHOLLAND
Institute of Advanced Studies and Applied Research ASAR
Lectoraat GGZ-Verpleegkunde
Postbus 403
1800 AK Alkmaar
Telefoon 072 5183456
www.inholland.nl
www.ggzverpleegkunde.nl

Universitair Medisch Centrum Utrecht
Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde
Disciplinegroep Verplegingswetenschap
Postbus 85060
3508 AB Utrecht
Telefoon 030 2538426
www.umcutrecht.nl

Met medewerking van:

Schizofreniestichting
- Kenniscentrum voor zorg en beleid -
Oude Haagweg 353
2552 ES Den Haag
telefoon: 070 3917177
www.schizofreniestichting.nl

Verantwoordelijke auteurs

Dr. Berno van Meijel (Hogeschool INHOLLAND)
Ing. Esther Meerwijk, MSc. (UMC Utrecht)
Prof. dr. Jan van den Bout (Universiteit Utrecht)
Prof. dr. Mieke Grypdonck (UMC Utrecht / Universiteit Gent)

Samenvatting

Het doel van deze richtlijn is hulpverleners, in het bijzonder verpleegkundigen, te ondersteunen in het effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis. De totale richtlijn bestaat uit 2 delen (deel A en B) en twee losse werkboeken voor gebruik in de praktijk.

In deel A is een theoretische onderbouwing van de richtlijn gegeven die resulteert in aanbevelingen voor het begeleiden van patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis bij wie sprake is van suïcidaliteit. In het voorliggende deel van de richtlijn, deel B, worden deze aanbevelingen specifiek uitgewerkt voor de verpleegkundige beroepsgroep. Het effectief gebruik van de richtlijn, de wijze van gegevensverzameling en het kiezen van interventies worden in dit deel beschreven.

In de twee losse werkboeken zijn de *basisanamnese* en de *voortgezette anamnese* beschreven. Deze anamneses spelen een centrale rol bij de gegevensverzameling en het kiezen van interventies.

Inhoud

Verantwoordelijke instanties	- 1 -
Samenvatting	- 2 -
1 Introductie	- 4 -
1.1 Doel	- 4 -
1.2 Doelgroep	- 4 -
1.3 Opbouw van de richtlijn	- 5 -
2 Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn	- 6 -
2.1 Complexiteit	- 6 -
2.2 Beleving van de patiënt	- 6 -
2.3 Gedeelde verantwoordelijkheid	- 7 -
2.4 Therapeutische relatie	- 8 -
3 Gegevensverzameling	- 11 -
3.1 Procesbeschrijving	- 11 -
3.2 Ernst van suïcidaliteit	- 13 -
4 Probleemgebieden en interventies	- 14 -
4.1 Bepalen van probleemgebieden	- 14 -
4.2 Interventies	- 16 -
4.3 Bepalen van de behandelsetting	- 21 -
4.4 Vastleggen van interventies	- 22 -
Gebruikte Literatuur	- 23 -

1 Introductie

De richtlijn *Effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis* bestaat uit twee delen, deel A en B, en twee aanvullende werkboeken. In deel A wordt een theoretische onderbouwing van de richtlijn gegeven die resulteert in aanbevelingen voor hulpverleners. In deel B, het deel dat voor u ligt, worden deze aanbevelingen specifiek uitgewerkt voor de verpleegkundige beroepsgroep. In dit deel wordt ingegaan op het verzamelen van gegevens en het kiezen van passende interventies. Hiertoe zijn twee anamneses beschikbaar:

- een *basisanamnese* met als doel om vast te stellen of er bij de patiënt sprake is van suïcidaliteit;
- een *voortgezette anamnese* om aanvullende informatie te verkrijgen over de ernst van de suïcidaliteit en over risicofactoren die van invloed zijn op de suïcidaliteit. Op basis van deze informatie kunnen – zo veel mogelijk in samenspraak met de patiënt - interventies worden geselecteerd en uitgevoerd.

Voor beide anamneses is een los werkboek beschikbaar waarin de anamnesegegevens kunnen worden vastgelegd. De anamneses zijn sterk gestructureerd van opzet om tot systematische gegevensverzameling te komen. Het is echter van groot belang om met de patiënt een open gesprek aan te gaan waarin de patiënt alle ruimte krijgt om vanuit zijn eigen beleving zijn ervaringen weer te geven. Het vastleggen van gegevens dient dus bij voorkeur achteraf te geschieden en niet in het gesprek met de patiënt zelf. Bij beide anamneses vindt u als bijlage een themalijst bijgevoegd, die u kan ondersteunen bij het voeren van het gesprek met de patiënt.

1.1 Doel

Het doel van deze richtlijn is hulpverleners, in het bijzonder verpleegkundigen, te ondersteunen in het effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis. Hierbij staan drie subdoelen centraal, namelijk het ondersteunen van hulpverleners bij het:

1. bespreekbaar maken van suïcidaliteit met de patiënt;
2. inschatten van het suïciderisico bij de patiënt;
3. selecteren en uitvoeren van interventies in geval van aanwezige suïcidaliteit.

Het overstijgende doel is daarbij niet alleen het verminderen van het suïciderisico, maar ook het ondersteunen van de patiënt bij het hervinden van een nieuw levensperspectief en het verhogen van zijn kwaliteit van leven.

1.2 Doelgroep

Hulpverleners

De richtlijn kan worden toegepast door hulpverleners die verantwoordelijk zijn voor de directe behandeling en begeleiding van patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis.

Patiënten

De richtlijn is primair bestemd voor toepassing bij patiënten met schizofrenie, een schizofreniforme stoornis of een schizo-affectieve stoornis. Omwille van de leesbaarheid zal deze doelgroep in het navolgende worden aangeduid als ‘patiënten met schizofrenie’.

1.3 Opbouw van de richtlijn

Dit deel B van de richtlijn is als volgt opgebouwd. In het volgende hoofdstuk worden voorwaarden beschreven om deze richtlijn effectief te kunnen gebruiken. Hoofdstuk 3 gaat vervolgens in op het systematisch verzamelen van gegevens van de patiënt. Het feitelijke verzamelen van gegevens is beschreven in twee werkboeken (de *basisanamnese* en de *voortgezette anamnese*) waarnaar in dit deel wordt verwezen. Ook wordt in dit hoofdstuk beschreven hoe u een globale inschatting kunt maken van de ernst van de suïcidaliteit van de patiënt.

In hoofdstuk 4 staan het bepalen van probleemgebieden en het kiezen van passende interventies centraal. Ter afsluiting wordt ook besproken hoe een en ander schriftelijk kan worden vastgelegd. Naar gebruikte literatuur wordt in de richtlijn verwezen met eindnoten in superscript.

2 Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn

2.1 Complexiteit

Om een richtlijn goed te kunnen gebruiken is inzicht in het onderwerp een belangrijke voorwaarde. Het is daarom van belang dat deel A van deze richtlijn als achtergrondinformatie wordt gebruikt. Zoals in deel A (het achtergronddocument) van de richtlijn is aangegeven gaat het bij suïcidaliteit om een complex probleem. Verschillende factoren zijn van invloed op het ontstaan en de uiting van suïcidaliteit. De aanloop naar suïcidaal gedrag kan van persoon tot persoon, en ook van moment tot moment enorm verschillen. Bij de ene patiënt kan de suïcidaliteit chronisch van aard zijn, en bij de andere persoon kan er sprake zijn van een acute suïcidale crisis.

Veel patiënten met schizofrenie zijn bekend met suïcidaliteit, maar dat betekent niet dat er altijd sprake is van een acuut suïciderisico. Suïcidaliteit kan beschreven worden als een continuüm dat begint met sombere gedachten, gevoelens van wanhoop en hopeloosheid. Dit kan overgaan in het frequenter denken over de eigen dood, de wens om dood te zijn (lees: het bevrijd zijn van lijden) en het maken van concrete plannen die uiteindelijk kunnen leiden tot daadwerkelijke suïcide (of een poging hiertoe). Deze richtlijn is mede bedoeld om houvast te geven bij het vaststellen van interventies die passen bij de positie waar de patiënt zich op dat continuüm bevindt. Er zijn afhankelijk van die positie verschillende interventievormen mogelijk waarbij steeds zorgvuldige afwegingen gemaakt moeten worden.

De individuele situatie van een patiënt kan er toe leiden dat er met goede argumenten van een bepaalde aanbeveling uit de richtlijn moet worden afgeweken. Het is steeds van belang om vanuit de individuele situatie van een patiënt tot de meest passende interventies te komen. De interventies kunnen echter pas effectief zijn bij een attitude van de hulpverlener van onvoorwaardelijke acceptatie, betrokkenheid en echtheid. Al met al is de begeleiding van suïcidale patiënten dus complex. Gevorderde competenties van de hulpverlener zijn nodig. Deze kunnen via scholing worden verworven. Daarnaast is het van belang om de zorg en verantwoordelijkheid voor de suïcidale patiënt te delen met collega-hulpverleners (zie 2.3).

2.2 Beleving van de patiënt

Praten over suïcide is geen aandachttrekkerij van de patiënt. Suïcide is een manier van omgaan met problemen die niet het hoofd kunnen worden geboden. Patiënten schamen zich soms voor hun suïcidale gedachten. Onzekerheid en twijfel hoe er op gereageerd zal worden, kunnen tot gevolg hebben dat de patiënt er niet gemakkelijk zelf over begint. Dit maakt het des te belangrijker dat de hulpverlener het onderwerp actief ter sprake brengt. Zeker na een suïcidepoging is er vaak sprake van schaamte.¹¹ Het kan gebeuren dat de patiënt door gedrag of uiterlijk een façade optrekt waarachter hij zich verschuilt en waardoor zijn suïcidale gedachten onzichtbaar blijven voor de buitenwereld. Het is belangrijk om naar de patiënt te benoemen dat er over suïcidale gedachten gesproken mag worden. Als iemand al meerdere psychotische periodes achter de rug heeft denkt hij wellicht: “Kan ik het aan om nog een keer een psychose door te maken? En kan mijn omgeving het nog een keer aan?” Het is dan niet vreemd dat de wanhoop toeslaat en er suïcidale gedachten bij de patiënt opkomen.

Het is belangrijk dat de beleving van de suïcidale patiënt een centrale rol krijgt in de zorg.⁷ De patiënt is erbij gebaat wanneer hij de mogelijkheid geboden krijgt in een sfeer van openheid en vertrouwen zijn problemen, angsten, gedachten en impulsen te bespreken. Bij hulpverleners leeft nogal eens de vrees dat door over suïcidaliteit te praten de patiënt op ideeën wordt gebracht of dat bestaande suïcidale neigingen bij de patiënt verder worden versterkt. In de praktijk blijkt echter dat patiënten het vaak op prijs stellen om met iemand over suïcidale gedachten te kunnen praten⁸, ook al vinden ze het vaak wel moeilijk. Door ruimte te bieden aan de beleving van de patiënt geeft u aan dat u het onderwerp wilt bespreken. De patiënt wordt in de gelegenheid gesteld zijn emotionele isolement te doorbreken. Wanneer deze ruimte *niet* wordt geboden, blijft de patiënt gevangen zitten in zijn depressieve en hopeloze gedachtewereld waar hij zonder de hulp van anderen nauwelijks nog uit kan komen. Het niet bieden van passende hulp versterkt gevoelens van eenzaamheid, uitzichtloosheid en hopeloosheid die op hun beurt de suïcidale gedachten en impulsen verder kunnen versterken.

Een valkuil voor de hulpverlener is dat bij uitingen van suïcidaliteit meteen het idee ontstaat dat tot beschermende en vrijheidsbeperkende acties moet worden overgegaan, dit om de veiligheid van de patiënt te waarborgen en het eigen professionele handelen te legitimeren. Het risico bestaat dat hierdoor de aandacht voor de beleving van de patiënt naar de achtergrond verschuift. Het is belangrijk om in eerste instantie te reageren vanuit de menselijke relatie met de patiënt. Hierbij mag u zeker ook uw eigen schrik of bezorgdheid uiten, maar het is vooral van belang om goed te luisteren naar de patiënt. De patiënt wil gehoord worden en in zijn of haar gevoelens erkend worden. Dit draagt bij aan de opbouw van de therapeutische relatie die nodig is om effectief voor deze patiënt te kunnen zorgen.

Open en niet (ver)oordelend luisteren naar de suïcidale patiënt is een essentiële vaardigheid voor hulpverleners. Luisteren is essentieel omdat het tot een goed begrip leidt voor de suïcidale gedachten en intentie van de patiënt. Uiteindelijk kunt u als hulpverlener tot een uitspraak te komen als: ‘Als u het zo ziet, dan kan ik me heel goed voorstellen dat u overweegt om een einde te maken aan uw leven’. Let wel: hier staat niet dat de hulpverlener het ermee eens is, maar er staat nadrukkelijk: ‘Als u het zo ziet, dan ...’.

Bovenstaande neemt natuurlijk niet weg dat de veiligheid en bescherming van de patiënt zeer belangrijke aspecten van de zorg zijn. Soms moet er door de hulpverlener actief worden opgetreden om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. In deze richtlijn krijgt veiligheid dan ook veel aandacht.

2.3 Gedeelde verantwoordelijkheid

Omgaan met suïcidale patiënten gaat over leven en dood. De confrontatie met suïcidaal gedrag kan voor de hulpverlener daarom ook een confrontatie zijn met de eigen visie op leven en dood. De gezondheids- en bestaansproblemen van de patiënt rechtvaardigen vanuit beroepsethisch oogpunt dat de hulpverlener verantwoordelijkheid neemt voor de zorg voor de suïcidale patiënt. Dit is een verantwoordelijkheid die zwaar kan vallen. Deze verantwoordelijkheid kan en moet daarom ook niet door een individuele hulpverlener alleen gedragen worden. Het is goed u te realiseren dat u als hulpverlener verantwoordelijk bent voor het leveren van optimale zorg voor de patiënt. Het is echter onmogelijk om volledige verantwoordelijkheid te dragen voor het leven van de patiënt. Dit is een verantwoordelijkheid die nooit in volle omvang waargemaakt kan worden. Het is belangrijk om samen met collega-hulpverleners te bespreken hoe de zorg voor de suïcidale patiënt optimaal vormgegeven kan worden, maar ook hoe ver de verantwoordelijkheid voor het leven van de patiënt reikt.

Wanneer een patiënt zich naar een verpleegkundige toe suïcidaal uit, dan is het de verantwoordelijkheid van deze verpleegkundige om er voor te zorgen dat de patiënt gezien wordt door een psychiater. Goed overleg met collega-hulpverleners binnen de multidisciplinaire samenwerking en afstemming van taken is van groot belang. Binnen het multidisciplinaire team kan men de eigen bevindingen rapporteren en toetsen aan de oordelen van anderen. Ook kan men gezamenlijk vaststellen welke behandeling en zorg nodig is voor de patiënt en wie deze het beste uit kan voeren. Er zal echter niet in alle zorgsituaties sprake zijn van een formeel multidisciplinair team. Desondanks blijft het altijd van belang overleg te voeren met collega-hulpverleners over de eigen inschattingen en over de meest passende zorg en behandeling in die situatie. Via intervisie kan men eventueel de gevoelens van onzekerheid delen die inherent zijn aan de zorg voor suïcidale patiënten.

2.4 Therapeutische relatie

Een goede therapeutische relatie met de suïcidale patiënt is van groot belang om ondersteuning te kunnen bieden in zijn of haar levensnood. Dit kan worden bereikt door in een sfeer van openheid, acceptatie, vertrouwen en respect over eventuele suïcidale gedachten, intentie en plannen te praten. Bied de patiënt een luisterend oor, luister open en niet (ver)oordelend naar zijn verhaal. Pas als het verhaal van de patiënt goed bekend is en wanneer er vertrouwen binnen de relatie is ontstaan, kan beoordeeld worden wat er gedaan kan worden aan de suïcidaliteit en de achterliggende problematiek. Empathie en beschikbaarheid zijn in eerste instantie belangrijker dan actie en daadkracht, tenzij er vanzelfsprekend sprake is van een suïcidale crisis waarbij de veiligheid van de patiënt of die van anderen in het geding is.

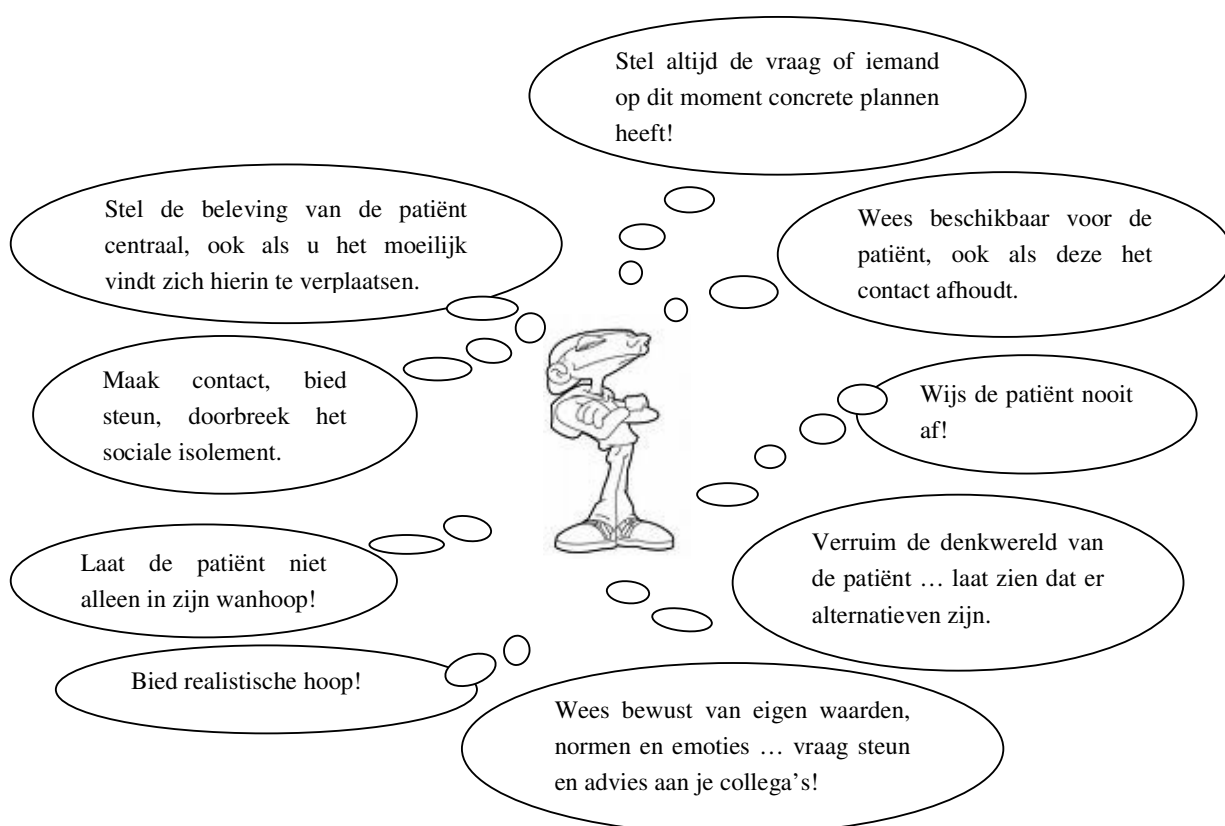
De communicatie met de schizofrene suïcidale patiënt is soms extra moeilijk vanwege de symptomen die eigen zijn aan schizofrenie: de patiënt met uitgesproken negatieve symptomen kan bijvoorbeeld weinig mededeelzaam zijn over eigen gedachten, gevoelens en gedragingen. De patiënt met uitgesproken positieve symptomen kan erg chaotisch zijn in zijn presentatie of vanuit gevoelens van achterdocht moeite hebben om de hulpverlener te vertrouwen. U zult als hulpverlener dan ook moeten zoeken naar een geschikt moment om met de patiënt het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan. De communicatie met de patiënt kan verder bemoeilijkt worden als u niet dezelfde taal spreekt, bijvoorbeeld bij allochtone patiënten. Het creëren van een open sfeer waar in vertrouwen met elkaar kan worden gesproken is dan een hele opgave. Zeker wanneer het gesprek via een tolk moet plaatsvinden.

De aspecten die in het bijzonder van belang zijn in het contact en de communicatie met de suïcidale patiënt zijn weergegeven in figuur 1. In het vervolg van de richtlijn krijgen deze aspecten meer concreet invulling.

Het is mogelijk dat het binnen de relatie met de patiënt simpelweg niet klikt. Er kunnen regelmatig conflicten zijn of de patiënt gaat het contact uit de weg. In dat geval zal er van de opbouw van een constructieve therapeutische relatie geen sprake zijn. Het kan zijn dat een patiënt zelf aangeeft geen vertrouwen te hebben in de hulpverlening of behandeling. Of wellicht bent u als hulpverlener zo betrokken en voelt u de uitzichtloosheid van een situatie zelf zo sterk, dat u uw eigen machteloosheid uitstraalt in het contact met de patiënt. In die gevallen is het belangrijk om te overleggen met collega's, bijvoorbeeld in het multidisciplinaire overleg of tijdens intervisie. In het belang van de patiënt kan het soms nodig zijn om de zorg voor de patiënt over te dragen aan een collega. Daarbij moet wel bedacht

worden dat de overdracht van zorg op zich risicoverhogend kan werken. Ondanks de vastgestelde noodzaak tot overdracht, kan het gevoelens van onveiligheid bij de patiënt oproepen en de suïcidale intentie versterken.

Open en niet (ver)oordelend luisteren betekent ook dat u als hulpverlener suïcide niet op voorhand als optie moet uitsluiten. Goede zorg houdt in dat u aanbiedt om gezamenlijk uit te zoeken of suïcide de juiste optie is voor de patiënt of dat er toch nog alternatieven zijn om uit de problemen te komen. Probeer met de patiënt af te spreken om, zolang u samen naar oplossingen zoekt, een beslissing omtrent suïcide uit te stellen. Doe dit liefst in het bijzijn van een betrokken familielid of vriend(in). Laat daarbij blijken dat uitstel geen afstel hoeft te zijn, en dat ook niet kiezen een optie is. De patiënt is er dan blijkbaar nog niet aan toe om te kiezen.⁹ Het kan ook een aanwijzing zijn dat er toch nog wel redenen zijn om aan het leven vast te houden. Laat in alle gevallen uw emotionele betrokkenheid bij de patiënt blijken. Hierdoor voelt de patiënt zich door u gewaardeerd ongeacht de beslissing die hij neemt.



Figuur 1: Belangrijke aspecten in het contact en communicatie met de suïcidale patiënt

Het kan gebeuren dat een patiënt over uitstel niet langer afspraken wil maken en dat hij of zij besluit dat verder leven geen optie is. Als in zo'n geval niet wordt voldaan aan criteria voor een juridische maatregel is het noodzakelijk dat de behandelend arts de patiënt met spoed ziet en spreekt. Blijf zonnodig bij de patiënt totdat deze met de behandelend arts heeft gesproken. Probeer voordat u uit elkaar gaat een nieuwe afspraak te maken, of laat weten wanneer u contact met de patiënt zult opnemen. Maak duidelijk dat u beschikbaar bent voor de patiënt en dat de patiënt altijd welkom is als hij of zij zelf contact wil opnemen. Laat blijken dat u voor de patiënt van harte hoopt dat het in de

tussentijd niet tot uitvoer van suïcidale plannen hoeft te komen. Het is verder van belang dat de patiënt zo spoedig mogelijk wordt besproken in het multidisciplinaire team om na te gaan of alle mogelijke opties zijn overwogen en uitgevoerd om de patiënt te helpen bij het hervinden van een nieuw levensperspectief. Mocht u tot de conclusie zijn gekomen dat werkelijk alles is geprobeerd, dan kan een moreel beraad met uw collega's wellicht helpen om te bepalen hoe verder kan worden gehandeld. Vragen die tijdens dit beraad moeten worden beantwoord zijn: 'Is er grond voor een beschermende maatregel op juridische basis?' En als dat niet het geval is 'Hoe wordt de begeleiding verder vorm gegeven?' Want ook al weigert een patiënt verdere behandeling, dan nog kan hem of haar begeleiding worden aangeboden.

3 Gegevensverzameling

De aanleiding om met een patiënt met schizofrenie over suïcidaliteit te gaan praten kan heel verschillend zijn. In het ene geval bent u ambulante werkzaam en komt u er bij de patiënt thuis onverwacht voor te staan omdat de patiënt er zelf over begint. Ook kan het zijn dat u zelf een soort van ‘niet pluis gevoel’ heeft. In weer een ander geval werkt u in de kliniek en komt er iemand in een suïcidale toestand binnen of heeft deze persoon net een suïcidepoging ondernomen. Dit hoofdstuk over gegevensverzameling beschrijft het proces hoe u kunt handelen in die verschillende situaties. Daarbij wordt uitgegaan van verschillende vormen van suïcidaliteit die nader zullen worden beschreven (zie 3.1).

Het daadwerkelijk verzamelen van gegevens vindt plaats in een basisanamnese en een voortgezette anamnese. Thema's die daarbij aan de orde kunnen komen staan in de bijbehorende werkboeken uitgewerkt, waarbij ook voorbeeldzinnen worden genoemd die tijdens het gesprek met de patiënt kunnen worden gebruikt. Het is nadrukkelijk *niet* de bedoeling dat u al deze voorbeeldzinnen en vragen als een vragenlijst af gaat nemen. Het gaat erom dat u een open gesprek met de patiënt voert en dat de aangeboden voorbeeldvragen hierbij ondersteunend zijn. De themalijsten die aan de anamneses zijn toegevoegd kunnen u helpen het gesprek met de patiënt te voeren

De volgende paragraaf beschrijft het proces van gegevensverzameling. Daarna wordt in paragraaf 3.2 een classificatie beschreven voor de mate van ernst van suïcidaliteit.

3.1 Procesbeschrijving

De wijze van gegevensverzameling is afhankelijk van de manier waarop een patiënt zich presenteert. Wanneer een patiënt zich niet openlijk presenteert met suïcidaliteit, maar u vermoedt dat daarvan wel sprake is, dan begint u met de basisanamnese (zie *Werkboek basisanamnese*). Thema's die daarin aan de orde komen zijn afgeleid van de *Scale for Suicide Ideation*.² Het betreft:

- kwaliteit van leven;
- wens om te leven of juist niet te willen leven;
- suïcidale gedachten en intentie.

Na afloop van het gesprek met de patiënt vult u het werkboek in en maakt u een inschatting van het suïciderisico. Als u aan het eind van de basisanamnese concludeert dat er sprake is van suïcidale gedachten, intentie, plannen of gedragingen gaat u verder met de voortgezette anamnese (zie *Werkboek voortgezette anamnese*). De inhoud van de voortgezette anamnese is gebaseerd op de theoretische onderbouwing in deel A van de richtlijn. Als u na de basisanamnese tot de conclusie komt dat er geen sprake is van suïcidaliteit, dan is er uiteraard ook geen aanleiding om een voortgezette anamnese af te nemen. Overleg bij twijfel altijd met een collega-hulpverlener.

Als een patiënt zich wel presenteert met suïcidale gedachten, intentie, plannen of gedragingen, dan maakt u eerst een inschatting van de aard van die suïcidaliteit. Dit doet u op basis van de manier waarop de patiënt zich presenteert. Afhankelijk van deze inschatting gaat u verder met de basisanamnese, de voortgezette anamnese of wellicht direct met interventies als de veiligheid van de

patiënt daarom vraagt. In deze richtlijn worden, ter illustratie van hoe de patiënt zich aan u kan presenteren, de volgende vormen van suïcidaliteit onderscheiden:

1. impulsief;
2. chronisch;
3. rationeel;
4. manipulatief.

Deze vormen worden nu achtereenvolgens beschreven.

Impulsieve type

Bij het impulsieve type is het vooral van belang om rust te brengen. Deze patiënten zijn door hun wanhoop over hun levenssituatie of door een psychotische crisis in een dusdanige toestand dat ze een impulsieve suïcidepoging zouden kunnen doen. Ze zien geen andere uitweg. Bij deze patiënten kan het noodzakelijk zijn om eerst te zorgen voor hun veiligheid. Hoewel de aanwezigheid van suïcidaliteit op zichzelf geen vraag meer is, kunnen vragen uit de basisanamnese gebruikt worden om met de patiënt in gesprek te komen over hoe het tot deze acute situatie is gekomen. Door rustig te blijven en door bereidheid te tonen erover te willen praten, geeft u de patiënt een voorbeeld hoe met suïcidale impulsen kan worden omgegaan. Door er over te praten normaliseert u de situatie en neemt u de patiënt serieus. Pas wanneer de patiënt in rustiger vaarwater is gekomen kan met de voortgezette anamnese verder worden gegaan.

Chronische type

Bij chronische suïcidaliteit is de ernst van de suïcidaliteit niet meteen duidelijk. De situatie is echter meestal van dien aard dat men rustig het gesprek met de patiënt kan aangaan aan de hand van de voortgezette anamnese. Bij patiënten met schizofrenie overheersen de negatieve symptomen soms zo sterk, dat men wel suïcidaal is maar niet tot uitvoering van suïcidale plannen komt.

Rationele type

Ook bij het rationele type is de ernst van de suïcidaliteit niet meteen duidelijk. Deze patiënt heeft na het wegvallen van toekomstverwachtingen een rationele afweging gemaakt en is tot de conclusie gekomen dat het leven voor hem nog onvoldoende waarde heeft. Bij dit type kan het voorkómen van suïcide erg moeilijk zijn. De patiënt is vaak rustig en is in staat om zijn eigen suïcidaliteit te relativeren waardoor er niet aan IBS-criteria wordt voldaan. Aan de hand van de voortgezette anamnese kan men het gesprek met de patiënt aangaan om gezamenlijk te proberen toch opnieuw enig perspectief te creëren.

Manipulatieve type

Het manipulatieve type betreft patiënten die zeggen zich te zullen suïcideren als er niet aan hun voorwaarden en verwachtingen wordt voldaan. Het is belangrijk om te laten weten dat de patiënt u daarmee niet kan chanteren, omdat chantage een slechte basis vormt voor een therapeutische relatie. Het is van belang met de patiënt het gesprek aan te gaan waarbij de aanwezige problemen openlijk besproken worden en waarbij naar volwaardige oplossingen voor de problemen gezocht worden. De patiënt zal enige bereidheid moeten tonen om aan de vorming van een therapeutische relatie te willen meewerken voordat met de voortgezette anamnese kan worden begonnen. Het is goed om te bedenken

dat deze patiënten wel een echt probleem hebben. Dit type komt minder voor bij patiënten met schizofrenie.

3.2 Ernst van suïcidaliteit

Aan het eind van de anamneses dient u een inschatting maken van de ernst van de suïcidaliteit en het suïciderisico. Om daarbij enig houvast te bieden wordt in deze paragraaf een classificatie van de ernst van suïcidaliteit beschreven.¹⁰ De volgende gradaties worden onderscheiden:

1. licht;
2. ambivalent;
3. ernstig;
4. zeer ernstig.

Hier volgt een korte beschrijving van iedere gradatie.

Licht

De patiënt heeft af en toe vluchtige gedachten aan suïcide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij suïcide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, maar speelt met het idee als mogelijkheid. Hij lijkt wel controle te hebben over zijn suïcidale impulsen. De patiënt wil veel liever wel leven dan niet. Er is een suïciderisico, maar de kans op suïcide is vermoedelijk gering.

Ambivalent

De patiënt is geneigd tot suïcide, maar wil ook doorgaan met leven. De suïcidaliteit is sterk impulsief gekleurd en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. De patiënt wil afwisselend niet meer leven en dan weer wel leven. Er is sprake van een reëel suïciderisico.

Ernstig

De patiënt heeft voortdurend gedachten en beelden van suïcide in zijn hoofd, hij voelt zich wanhopig en sterk aangetrokken tot suïcide. Hij heeft al verschillende methoden overwogen en een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, maar hij kan de suïcide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Hij wil in zijn huidige situatie veel liever niet meer leven dan doorgaan met leven. Er is sprake van een reëel suïciderisico.

Zeer ernstig

De patiënt is wanhopig en kan alleen nog aan suïcide denken. Mogelijke consequenties voor achterblijvers spelen geen rol meer. Hij heeft een uitgebreid plan klaar en mogelijk al geoefend met de uitvoering ervan. De patiënt heeft geen energie meer om door te leven en wil ook helemaal niet verder leven. Elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot suïcide. Er is sprake van een acuut suïciderisico.

Het volgende hoofdstuk gaat over het vaststellen van probleemgebieden waarop geïntervenieerd kan worden en over interventies.

4 Probleemgebieden en interventies

Via de basisanamnese en de voortgezette anamnese heeft u de suïcidale gedachten, intentie en gedragingen van de patiënt in kaart gebracht, evenals de factoren die van invloed zijn op de suïcidaliteit. De volgende stap is het bepalen van probleemgebieden en interventies op basis van de verzamelde gegevens. Deze interventies worden zo veel mogelijk opgesteld in samenspraak met de patiënt en eventueel met mantelzorgers. Een ondersteunend therapeutisch contact met de patiënt is van groot belang om een goed interventieplan op te stellen en het effectief uit te voeren.

In de volgende paragrafen komen achtereenvolgens het bepalen van probleemgebieden, het kiezen van interventies, het bepalen van de behandelsetting en het schriftelijk vastleggen van de interventies aan de orde.

4.1 Bepalen van probleemgebieden

Het doel van het bepalen van probleemgebieden is om na te gaan op welke gebieden effectief geïntervenieerd zou kunnen worden. Dit kan echter pas nadat eerst is zorg gedragen voor de veiligheid van de patiënt. De volgende paragraaf begint daarom met interventies die gericht zijn op de veiligheid van de patiënt.

Bij het scoren van risicofactoren in de werkboeken is de *afwezigheid* van een risicofactor steeds met een '0' gescoord. De *aanwezigheid* van een risicofactor is steeds met een '1' of een '2' gescoord. Deze scores zijn een indicatie voor risicofactoren die aandacht behoeven. Soms kunnen risicofactoren geclusterd worden waarna op basis van het cluster uiteindelijk één probleem kan worden geformuleerd. De checklist in **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** kunt u gebruiken om aan te geven welke problemen u constateert en welke interventies u overweegt. Geef daarbij een prioriteit aan voor de volgorde waarin problemen moeten worden aangepakt (bijvoorbeeld korte, middellange of lange termijn). Formuleer niet teveel problemen omdat daardoor het overzicht voor u en voor de patiënt verloren gaat. Het uiteindelijke doel van de interventies is om de patiënt te ondersteunen in het hervinden van een nieuw levensperspectief.

Loop de scores in de werkboeken systematisch langs zodat u geen probleemgebieden ontgaan. Het is belangrijk om te realiseren dat het noteren van een probleemgebied vooral zinvol is wanneer u verwacht op dat gebied iets voor de patiënt te kunnen doen. Het vervolg van deze paragraaf bestaat uit voorbeelden van mogelijke probleemgebieden.

Suïcidale gedachten en gedrag

De inhoud van suïcidale ideaties kan direct aanknopingspunten aanleveren voor interventies. De patiënt vertelt bijvoorbeeld:

“Ik zie het leven niet meer zitten. Door mijn ziekte ben ik alles verloren wat voor mij belangrijk was en niemand lijkt zich om mij te bekommeren. Soms denk ik wel eens dat ik dood beter af ben”.

De probleemgebieden kunnen in dat geval zijn:

- moeite met verlieservaringen;

- gebrek aan sociale steun.

Gevolgen van schizofrenie

Over gevolgen van de ziekte zou u genoteerd kunnen hebben:

De patiënt kan vanwege zijn afhankelijkheid van intensieve zorg niet meer terugkeren naar zijn ouderlijk huis. Er is een plaats in een beschermende woonvorm voor hem aangevraagd, wat hij maar moeilijk kan accepteren.

Als probleemgebieden zouden omschreven kunnen worden:

- verdriet en boosheid;
- moeite met acceptatie van ervaren verliezen.

Psychosociale factoren

De patiënt scoorde een '2' op 'Spanningen binnen het gezin' en over het steunsysteem van de patiënt schreef u bijvoorbeeld:

Uit het verhaal van de patiënt en de familieleden blijkt dat er grote spanningen binnen het gezin zijn ontstaan doordat de patiënt zich - tot grote ergernis van de overige gezinsleden - aan alle verantwoordelijkheden binnen het gezin heeft onttrokken.

Als probleemgebied zou u dan kunnen noemen:

- spanningen binnen het gezin.

Psychologische en cognitieve factoren

De patiënt scoort een '2' op de kenmerken somberheid, hopeloosheid en vernauwing van het denken. Deze kenmerken lijken sterk met elkaar samen te hangen en kunnen daarom als één probleemgebied worden genoteerd:

- depressie.

Of u schreef bijvoorbeeld:

Patiënt trekt zich bij toenemende somberheid en hopeloosheid steeds meer terug in zijn eigen wereld en is daardoor moeilijk bereikbaar voor hulpverleners. Zij reageert steeds maar niet op de uitnodigingen van de zijde van de hulpverleners.

Als probleemgebied zou omschreven kunnen worden:

- terugtrekgedrag bij somberheid/hopeloosheid.

Middelengebruik

Middelengebruik is een lastig probleem, zeker als patiënten niet geneigd zijn om hier iets aan te doen. Het probleem zou als volgt kunnen worden geformuleerd:

- ernstig alcoholmisbruik met sterk impulsief gedrag.

Lichamelijke aandoeningen

Op het gebied van lichamelijke aandoeningen van de patiënt kan een verpleegkundige niet altijd wat doen. Soms kan het voldoende zijn om door te verwijzen als er sprake is van onbehandelde klachten. U kunt bijvoorbeeld als probleemgebied opschrijven:

- onbehandelde reumatoïde artritis met veel pijnklachten.

4.2 Interventies

Nadat de probleemgebieden zijn vastgesteld, kan er gericht voor interventies worden gekozen. Door samen met de patiënt te zoeken naar geschikte interventies en deze goed door te spreken wordt de betrokkenheid van de patiënt bij zijn eigen behandeling vergroot.

Het doel is te komen tot een op de patiënt toegesneden interventieplan. Dat plan zal naar verwachting zeer uiteenlopende interventies bevatten, variërend van 'behandeling van depressieve symptomen' tot 'begeleiding van de patiënt bij het vinden van een zinvolle daginvulling'. Soms ook zullen er zeer praktische problemen zijn die om een oplossing vragen, bijvoorbeeld het aanvragen van een uitkering. Het één is niet meer of minder belangrijk dan het ander. Juist door de gecombineerde uitvoering van interventies kan er een bijdrage geleverd worden aan de kwaliteit van leven van de patiënt en de vermindering van het suïciderisico. Zo bleek uit onderzoek onder patiënten met schizofrenie die een eerste psychotische episode doormaakten, dat een geïntegreerde behandeling leidde tot significant minder gevoelens van hopeloosheid.⁵ Die behandeling bestond uit *assertive community treatment*, psycho-educatie aan de familie, sociale vaardigheidstraining en behandeling met antipsychotica.

Een belangrijk deel van problemen kunnen via therapeutische interventies worden beïnvloed. Een deel van deze interventies kan door verpleegkundigen worden uitgevoerd. Voor een ander deel is doorverwijzing naar of samenwerking met andere disciplines noodzakelijk. Het is waarschijnlijk dat de problemen van de patiënt om de inzet vraagt van verschillende disciplines. De verpleegkundige die met betrekking tot suïcidaliteit interventies vaststelt moet daarom duidelijk aangeven welke discipline verantwoordelijk is voor de uitvoering en de coördinatie van de interventies. De interventies zullen naar verwachting voor een deel overlappen met het *behandelplan* van de patiënt. Het is vanzelfsprekend niet de bedoeling dat er dubbel werk wordt verricht. Daar waar dit van toepassing is kan worden verwezen naar het *behandelplan* en vice versa.

In het vervolg van deze paragraaf worden specifieke interventies beschreven, georganiseerd naar de thema's die in de voortgezette anamnese centraal staan. Daarbij worden als eerste interventies genoemd gericht op de veiligheid van de patiënt. Bij de keuze van interventies is onder andere geput uit

de aanbevelingen uit de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*.³ Verder zijn de interventies gebaseerd op expertkennis.

4.2.1 Interventies bij suïcidale gedachten en gedrag

Veiligheid van de patiënt

Indien er sprake is van een reëel of acuut suïciderisico neem dan maatregelen ter bescherming van de patiënt:

- zorg dat de patiënt zo min mogelijk toegang heeft tot dodelijke wapens en middelen;
- mobiliseer bescherming in de omgeving van de patiënt, bijvoorbeeld door permanente nabijheid en toezicht van mantelzorgers en/of hulpverleners;
- overweeg plaatsing van de patiënt in een intensieve zorg unit. Bedenk dat een opname op zich risicoverhogend kan werken;
- overweeg het aanvragen van een juridische maatregel (IBS/RM);
- bied structuur aan de patiënt: maak duidelijke afspraken; spreek af dat je hem/haar op een bepaald tijdstip wilt zien.

Blijf ondanks de noodzaak tot beschermende acties in contact met de patiënt. Leg uit waarom de beschermende interventies noodzakelijk zijn. Blijf beschikbaar voor de patiënt en laat hem niet alleen in zijn lijden.

Crisisresponskaart

Een crisisresponskaart is een kaart die de patiënt bij zich draagt en waarop een aantal stappen staan beschreven die de patiënt kan doorlopen bij ernstige suïcidale gedachten en gedrag. Het is de bedoeling om de stappen op de kaart samen met de patiënt te beschrijven. De volgende stappen kunnen op de kaart worden opgenomen⁶:

1. Ik probeer te achterhalen waardoor ik precies van slag raak.
2. Ik ga minimaal 30 minuten dingen doen waardoor ik me beter ga voelen (bijvoorbeeld naar muziek luisteren, fietsen, mijn beste vriend bellen et cetera).
3. Ik herhaal stap 1 en 2 minimaal één keer.
4. Als de suïcidale gedachten aanhouden en dreigen te leiden tot concreet suïcidaal gedrag, dan bel ik mijn behandelaar op telefoonnummer
5. Als de suïcidale gedachten blijven en ik het gevoel heb dat ik mijn gedrag niet meer onder controle heb, ga ik naar de crisisdienst (vermelding adres en telefoon).

Om de acties op de crisisresponskaart een meer bindend karakter te geven kan de kaart zowel door de hulpverlener als de patiënt worden ondertekend. De patiënt spreekt hiermee de intentie uit zich tijdens de behandeling te houden aan wat er op de crisiskaart staat. De hulpverlener belooft voor de patiënt beschikbaar te zijn als de situatie daarom vraagt.

Het opstellen van een crisisresponskaart is niet zinvol bij patiënten die geagiteerd, psychotisch of impulsief zijn, of bij patiënten die onder invloed staan van middelen. Een model crisisresponskaart is opgenomen in **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

4.2.2 Interventies gericht op aspecten gerelateerd aan de schizofrenie

De verpleegkundige formuleert specifieke interventies die zijn gerelateerd aan de (gevolgen van) de ziekte schizofrenie. Deze interventies kunnen gericht zijn op:

- voorlichting over het herstel van een psychotische decompensatie;
- voorlichting over herstel- of rehabilitatieprojecten;
- voorlichting over en begeleiding bij het omgaan met de beperkingen en handicaps van schizofrenie;
- versterken van het vertrouwen in behandeling en behandelaars door beschikbaar en betrouwbaar te zijn. Kom afspraken na;
- voorlichting over de bijwerkingen van antipsychotische medicatie;
- observatie van psychotische symptomen bij de patiënt, in het bijzonder paranoïde symptomen en bevelshallucinaties, en het rapporteren hierover aan de behandelaar. Tevens kunnen de interventies gericht zijn op het beperken van de schadelijke gevolgen van deze symptomen, waaronder impulsieve reacties die beschadigend zijn voor de patiënt zelf of voor anderen;
- het ondersteunen van de patiënt in zijn dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld opruimen of afwassen).

Houd bij het geven van voorlichting rekening met beperkingen van de patiënt in aandachtspanne en concentratie. Ogenschijnlijk eenvoudige handelingen kunnen voor een patiënt met schizofrenie al te vermoeiend of complex zijn.

4.2.3 Interventies gericht op het psychosociale functioneren

Sociale steun

De verpleegkundige brengt het sociale systeem van de patiënt in kaart en onderzoekt op welke wijze de steun aan de patiënt vanuit de omgeving kan worden versterkt. Ze onderneemt actie om deze steun feitelijk te mobiliseren. Deze steun kan afkomstig zijn van hulpverleners, familie/naasten van de patiënt, of van medepatiënten. Daarnaast kunnen afspraken worden gemaakt met leden van het sociale systeem van de patiënt met betrekking tot de signalerende functie die ze kunnen hebben ten aanzien van de toestand van de patiënt en eventuele suïcidaliteit.

De patiënt kan worden geadviseerd deel te nemen aan lotgenotengroepen. Een andere mogelijkheid is de patiënt te laten participeren in zogenaamde maatjesprojecten of gebruik te laten maken van vriendendiensten. Ook zijn er kwartiermakersinitiatieven die patiënten ondersteunen bij het vinden van een plek binnen de wijk waar ze wonen.

Gezinsinterventies

De verpleegkundige formuleert interventies die bijdragen aan meer constructieve gezinsinteracties, waardoor zowel de belasting voor de patiënt als voor de overige gezinsleden vermindert. Eventueel vindt doorverwijzing plaats naar een gezinsinterventieprogramma of naar een gespecialiseerde hulpverlener.

Studie

Leer- en studieactiviteiten kunnen nieuwe levensinvulling geven. De verpleegkundige verkent de wensen en mogelijkheden van de patiënt op dit gebied, hierbij gebruikmakend van of verwijzend naar gespecialiseerde diensten op dit gebied.

Werk

De maatschappelijke participatie van de patiënt kan worden versterkt via vrijwilligerswerk of betaald werk. Maar ook het werken in een sociale werkplaats kan het gevoel geven weer ergens bij te horen. De patiënt kan ook worden verwezen naar een voorziening voor arbeidsrehabilitatie. In wetenschappelijk onderzoek heeft de methode van supported employment / individual placement and support haar effectiviteit bewezen.

4.2.4 Interventies gericht op psychologische en cognitieve factoren

Contact met de patiënt

De verpleegkundige ondersteunt de patiënt door regelmatige contacten met de patiënt te hebben, ook wanneer het initiatief niet van de patiënt uitgaat. De verpleegkundige kan haar betrokkenheid naar de patiënt toe uiten door contact te zoeken via bijvoorbeeld e-mail, SMS, voice-mail of post. Het is belangrijk om dit te blijven doen, ook als de patiënt zelf het contact met de hulpverlener mijdt. Het besef bij de patiënt dat er mensen zijn die zich in tijden van crisis om hem of haar bekommeren – ook wanneer het voor deze persoon zelf moeilijk is om het contact met hulpverleners aan te gaan - kan als zeer steunend worden ervaren.

Maak afspraken met de patiënt over wanneer er weer contact is. Dat kan bijvoorbeeld door af te spreken wanneer u weer bij de patiënt langs komt, wanneer u de patiënt belt of wanneer de patiënt u belt. Hiermee heeft de patiënt steeds een moment in de toekomst waar hij naar toe kan leven.

Ondersteunende gespreksvoering

De verpleegkundige kan de patiënt extra ondersteunende gesprekken aanbieden. Hierin wordt de patiënt de mogelijkheid geboden om suïcidale gedachten en gedragingen te uiten en de achterliggende motieven en emoties te bespreken. Daarmee wordt voor u duidelijk hoe de patiënt tegen zijn situatie aankijkt. Dit is niet zelden een eenzijdige visie. Er kan dan gezocht worden naar mogelijk alternatieven om de eigen levenssituatie te beoordelen en er mee om te gaan. Probeer aan te sluiten bij de manier van coping van de patiënt en probeer uit te vinden wat de patiënt helpt. Niet iedere patiënt vindt het prettig uitgebreid te praten over de eigen situatie. Soms kan alleen maar aanwezig zijn de patiënt al helpen. Ga indien mogelijk bij de familie na wat de patiënt als helpend ervaart.

Uit onderzoek is bekend dat patiënten met schizofrenie een rouwproces doormaken.⁴ Fases als schok, ontkenning, treuren en erkenning van verlies zijn daarin herkenbaar. Door goed te luisteren geeft de verpleegkundige de patiënt de gelegenheid om verlieservaringen te verwoorden, wat mogelijk een positieve invloed op het rouwproces heeft. Binnen de gesprekken kan worden onderzocht waarin de patiënt troost ervaart, waardoor uitzichtloosheid en hopeloosheid kunnen verminderen. Bij het zoeken

naar nieuwe realistische levensperspectieven kan het helpen om niet te ver vooruit te kijken, maar te leven bij de dag.

Als er familieleden zijn met een psychiatrische stoornis of als er binnen de familie suïcide is voorgekomen, dan dient bij de patiënt te worden nagegaan hoe hij daarmee omgaat. Wanneer een familielid zonder succes psychiatrisch is behandeld of in geval van suïcide binnen de familie kan de drempel voor de patiënt om suïcide te plegen lager worden. Bespreek hoe de patiënt deze zaken ervaart en verwoord dat de eigen situatie niet gelijk is aan die van de betreffende familieleden.

Voorlichting en educatie, zowel over suïcidaliteit als over de ziekte schizofrenie, kunnen onderdeel uitmaken van deze begeleidende gesprekken. Daarbij is het belangrijk om in te schatten hoeveel de patiënt aankan en welke copingvaardigheden de patiënt heeft. Voorlichting en educatie dienen aan te sluiten bij de patiënt en diens levenssituatie.

Probleemoplossing

In bepaalde gevallen kan de oplossing van specifieke problemen bijdragen aan vermindering van het suïciderisico. Bijvoorbeeld: de patiënt ervaart een probleem op het gebied van huisvesting (veel lawaai en onrust), wat zijn kwaliteit van leven ernstig aantast en depressieve gevoelens versterkt.

Bij de oplossing van een dergelijk probleem kunnen de volgende stappen worden gevolgd¹:

- Leg de patiënt de stappen van het proces van probleemoplossing uit;
- Help de patiënt om het probleem dat aan de orde is duidelijk en realistisch te verwoorden;
- Denk samen met de patiënt creatief na over verschillende manieren waarop het probleem opgelost zou kunnen worden;
- Maak samen met de patiënt een inschatting van diens copingvaardigheden die behulpzaam kunnen zijn om tot een oplossing van het probleem te komen. Waar schieten de copingvaardigheden te kort?
- Overdenk samen met de patiënt de praktische consequenties en implicaties van de verschillende oplossingsrichtingen;
- Maak samen met de patiënt een overwogen keuze voor een van de oplossingsrichtingen. Hierbij worden de voorkeuren van de patiënt expliciet meegewogen;
- Deel de gekozen oplossingsstrategie op in haalbare stappen, rekening houdend met de copingvaardigheden van de patiënt;
- Bereik overeenstemming met de patiënt over de wijze waarop de verschillende stappen worden uitgevoerd;
- Evalueer met de patiënt de effectiviteit van de uitvoering van de verschillende stappen: leidt het tot de oplossing of vermindering van het geformuleerde probleem? Overweeg zo nodig alternatieve oplossingsstrategieën.

Ondersteuning psychiatrische behandeling

De anamnese kan uitwijzen dat psychiatrische behandeling dient te worden ingezet gericht op vermindering van symptomen gerelateerd aan schizofrenie of een comorbide psychiatrische stoornis. De verpleegkundige ondersteunt de psychiatrische/psychologische behandeling door het bieden van voorlichting en educatie aan de patiënt, het bevorderen van therapie- en medicatietrouw, en het monitoren van effecten van de behandeling.

Doorverwijzing

De psychische problemen van de patiënt kunnen dermate complex en ernstig zijn dat doorverwijzing voor een psychotherapeutische begeleiding geïndiceerd is (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of ondersteunende psychotherapie). De verpleegkundige bespreekt dit binnen het multidisciplinaire team waar de indicatie voor psychotherapeutische behandeling wordt vastgesteld. De verpleegkundige overlegt met de psychotherapeut over de wijze waarop de verpleegkundige de psychotherapeutische behandeling kan ondersteunen. Daarnaast bespreekt de verpleegkundige met de patiënt het belang van de doorverwijzing en motiveert de patiënt om daarvan gebruik te maken.

4.2.5 Interventies gericht op middelenmisbruik

De verpleegkundigen staan verschillende interventies ter beschikking gericht op het middelenmisbruik:

- de verpleegkundige onderzoekt de motivatie van de patiënt om met het gebruik van middelen te stoppen of het te verminderen;
- de verpleegkundige geeft de patiënt voorlichting over de schadelijke gevolgen van middelenmisbruik;
- de verpleegkundige begeleidt de patiënt bij het stoppen of bij de vermindering van het middelenmisbruik, dan wel bij de beperking van de schadelijke gevolgen van het middelenmisbruik;
- de verpleegkundige onderzoekt met de patiënt de mogelijkheden om de verleiding van de verslavende middelen zoveel mogelijk te voorkomen (bijvoorbeeld door de middelen niet in huis te hebben of door plaatsen te vermijden waar gedeald of gebruikt wordt);
- desgewenst vindt doorverwijzing plaats naar een gespecialiseerde voorziening voor verslavingszorg.

4.2.6 Interventies gericht op lichamelijke aandoeningen

In geval van (mogelijke) lichamelijke aandoeningen kunnen de volgende interventies worden uitgevoerd:

- de verpleegkundige draagt er zorg voor dat lichamelijke aandoeningen en klachten onder de aandacht van een medicus komen;
- de verpleegkundige ondersteunt de medische behandeling, o.a. door de patiënt voorlichting te geven en door de therapietrouw van de patiënt te bevorderen.

4.3 Bepalen van de behandelsetting

Tenzij in verband met de (bedreigde) veiligheid van de patiënt al eerder is gekozen voor een bepaalde behandelsetting, moet na vaststelling van de probleemgebieden en interventies afgewogen worden welke behandelsetting het meest geschikt is voor de patiënt. Beoordeel dit in samenspraak met de behandelaar en andere collega's van het multidisciplinaire team. Uitgangspunten daarbij zijn:

- behandeling en begeleiding dienen plaats te vinden in de setting die het minst beperkend is, maar die desondanks veilig en effectief is;

- de voordelen van intensieve klinische opname dienen afgewogen te worden tegen de negatieve gevolgen ervan, zoals werkonderbreking, sociaal stigma en verlies aan zelfvertrouwen.

Gedacht kan worden aan:

- ambulante zorg met intensivering van de contactfrequentie en daarnaast het aanbieden van extra voorzieningen, bijvoorbeeld bezoek aan een lotgenotengroep en een dagactiviteiten-centrum om het sociale isolement te doorbreken;
- psychiatrisch intensieve thuiszorg of acute dagbehandeling wanneer tijdelijk een intensiever zorgaanbod gewenst is;
- *Assertive Community Treatment* (ACT) bij langdurig zorgafhankelijke patiënten die zich frequent aan zorg onttrekken en die gebaat zijn bij laagdrempelige *outrreachinge* zorg;
- klinische behandeling bij een reëel of acuut suïciderisico.

4.4 Vastleggen van interventies

In deel A van deze richtlijn (het achtergronddocument) is het belang van goede rapportage benadrukt. De probleemgebieden, doelen en interventies moeten worden vastgelegd in een suïcide-interventieplan. Het meest voor de hand liggend is om deze te koppelen aan bestaande verpleegplannen of behandelplannen die binnen uw organisatie in gebruik zijn. Het formulier in **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** kan daarbij gebruikt worden als hulpmiddel. Belangrijk is wel dat de interventies gericht op suïcidepreventie hoge prioriteit verdienen en als zodanig ook een duidelijk herkenbare plaats binnen bestaande verslaglegging dienen te krijgen.

Nadat het suïcide-interventieplan op papier is gezet kan de betrokkenheid van de patiënt verder worden vergroot door expliciet om goedkeuring en toestemming van de patiënt te vragen. Tevens kan een kopie van het interventieplan aan de patiënt worden gegeven. Daarmee bekrachtigt u de afspraken en krijgen deze een meer bindend karakter.

Gebruikte Literatuur

De volgende codering, overgenomen van de APA-richtlijn, is gebruikt om de wetenschappelijke bewijskracht van de gebruikte literatuur aan te geven:

- A *Gerandomiseerde dubbelblinde klinische trial*. Onderzoek van een interventie waarbij deelnemers prospectief worden gevolgd; er is een experiment- en controlegroep; deelnemers zijn willekeurig verdeeld over de twee groepen; zowel de deelnemers als de onderzoekers zijn blind voor die verdeling.
- A- *Gerandomiseerde klinische trial*. Hetzelfde als onder [A] maar niet dubbelblind.
- B *Klinische trial*. Een prospectief onderzoek waarbij het effect van een interventie longitudinaal wordt gevolgd. De studie voldoet niet aan de eisen voor *gerandomiseerde klinische trial*.
- C *Cohort of longitudinaal onderzoek*. Een onderzoek waarbij deelnemers prospectief worden gevolgd zonder dat er sprake is van een specifieke interventie.
- D *Patiënt controle-onderzoek*. Een onderzoek waarbij een patiëntengroep en een controle groep in het heden retrospectief worden gevolgd.
- E *Review met secundaire data-analyse*. Een gestructureerde analytische review van bestaande data, bijvoorbeeld een meta-analyse.
- F *Review*. Een kwalitatieve review en discussie van eerder gepubliceerde literatuur zonder een kwantitatieve synthese van de data.
- G *Overige*. Case studies en andere studies die hierboven niet genoemd zijn, boeken, meningen van experts.

1. Bancroft, J. (1986). Crisis Intervention. In S.Bloch (red.), *An introduction to the psychotherapies*. Oxford: Oxford University Press. [G]
2. Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. [G]
3. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Trimbos. [F]
4. Mauritz, M. & Meijel, B. van (2006). Verlies en rouw bij patiënten met schizofrenie. Over leven in een andere wereld. *Verpleegkunde*, 21, 128-138. [G]
5. Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kassow, P., Petersen, L., Thorup, A. et al. (2002). OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry Supp.*, 43, s98-106. [A-]
6. Rudd, M.D., Mandrusiak, M. & Joiner Jr, T.E. (2006). The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 243-251. [F]
7. Sun, F.K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L.I. (2005). Suicide: a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 12(4), 447-455. [F]

8. Talseth, A.G., Lindseth, A., Jacobsson, L., Norberg, A. (1999). The meaning of suicidal psychiatric in-patients' experiences of being cared for by mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 29(5), 1034-1041. [G]
9. Van Heeringen, C. (red.) (2007). *Handboek suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom. [G]
10. Van Heeringen, C. & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. [G]
11. Wiklander, M., Samuelson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 293-300. [G]