

# Informatie-uitwisseling

*Een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de (morele) informatieplicht*

## *Bijlagen*

*Britta Schoenmakers  
In opdracht van Novadic-Kentron*

*Vught, mei 2015*



## Inhoudsopgave

- A** Stappenplan doorbreking zwijgplicht
- B** Klachtenregeling Cliënten van Novadic-Kentron
- C** Protocol 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'
- D** Vragenlijst interview I
- E** Uitwerking interview I
- F** Vragenlijst interview II
- G** Uitwerking interview II
- H** Vragenlijst m.b.t. protocol
- I** Respons vragenlijst m.b.t. protocol



## A. **Stappenplan doorbreking zwijgplicht**



## Stappenplan doorbreking zwijgplicht

---

Doorbreking van de zwijgplicht is mogelijk in de volgende gevallen:

### Stap 1: Is er expliciete toestemming van de cliënt?

De cliënt heeft expliciet, mondeling dan wel schriftelijk, toestemming gegeven om informatie te verstrekken aan anderen dan hij zelf.

Ja? → Er mag informatie verstrekt worden aan anderen dan de cliënt. De medische hulpverlener mag in een dergelijk geval niet meer informatie verstrekken dan strikt noodzakelijk is. Toestemming geeft dus geen vrijbrief om informatie te verstrekken.

Nee? → Ga door naar stap 2.

### Stap 2: Is er veronderstelde toestemming van de cliënt?

Veronderstelde toestemming kan worden aangenomen wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de toegang wordt verleend in een concrete situatie (inclusief spoedeisende zorg);
- de patiënt kan redelijkerwijs verwachten dat toegang tot zijn patiëntengegevens wordt verleend (kenbaarheid);
- gegevens voor zorgdoeleinden worden verstrekt (inclusief overdracht van zorg, zorgondersteuning zoals dossierbeheer, financiële afwikkeling en dergelijke);
- de patiënt daartegen geen bezwaar heeft gemaakt; en
- de gegevensverstrekking beperkt blijft tot hetgeen noodzakelijk is voor de ontvanger.

Ja? → Er mag informatie verstrekt worden aan anderen dan de cliënt. De medische hulpverlener mag in een dergelijk geval niet meer informatie verstrekken dan strikt noodzakelijk is.

Nee? → Ga door naar stap 3.

### Stap 3: Is er sprake van een wettelijke plicht?

De wetgever geeft in een artikel aan dat de medische hulpverlener verplicht is zijn zwijgplicht te doorbreken, omdat in een dergelijke situatie het verstrekken van informatie zwaarder weegt dan de plicht om te zwijgen.

Ja? → Er mag informatie verstrekt worden aan anderen dan de cliënt. De medische hulpverlener mag in een dergelijk geval niet meer informatie verstrekken dan strikt noodzakelijk is. Ook dient de cliënt op de hoogte te worden gesteld over welke informatie is verstrekt aan derden.

Nee? → Ga door naar stap 4.

### Stap 4: Is er sprake van een conflict van plichten?

Bij een conflict van plichten moet er sprake zijn van een ernstig dreigend gevaar dat zonder het doorbreken van de zwijgplicht niet kan worden afgewend. Om de zwijgplicht te doorbreken op grond van een conflict van plichten dienen de volgende criteria worden afgewogen:

1. De medische hulpverlener heeft alles gedaan om toestemming van de cliënt te krijgen om informatie te verstrekken aan derden.
2. De zwijgplicht brengt de medische hulpverlener in gewetensnood.

3. Bij het niet doorbreken van de zwijgplicht ontstaat er naar alle waarschijnlijkheid ernstige schade voor de cliënt of een ander.
4. Het is vrijwel zeker dat door de doorbreking van de zwijgplicht de ernstige schade kan worden voorkomen of beperkt.
5. Er is geen andere mogelijkheid dan het doorbreken van de zwijgplicht om het te verwachten gevaar af te wenden.

Ja? → Er mag informatie verstrekt worden alleen aan diegene die de ernstige schade kan beperken of voorkomen. De medische hulpverlener mag hierbij alleen juiste en verifieerbare informatie verstrekken en moet de informatie onderbouwen met argumenten. Daarnaast mag de medische hulpverlener alleen de informatie verstrekken dat nodig is om de ernstige schade te beperken of te voorkomen.

**LET OP! Slechts goede bedoelingen of bezorgdheid is onvoldoende om de zwijgplicht te doorbreken, er moet sprake zijn van een ernstig dreigend gevaar!**

Nee? → Ga door naar stap 5.

#### **Stap 5: Is er sprake van een zwaarwegend belang?**

Bij een zwaarwegend belang is er geen sprake van een ernstig dreigend gevaar. De medische hulpverlener dient zelf een belangenafweging te maken tussen het behouden van zijn zwijgplicht en het doorbreken van zijn zwijgplicht in een dergelijk geval. Hierbij dient een ander belang zo zwaar geschaad te worden door het behouden van de zwijgplicht dat er geen andere optie is dan het doorbreken van de zwijgplicht.

Ja? → Er mag informatie verstrekt worden aan anderen dan de cliënt. De medische hulpverlener mag in een dergelijk geval niet meer informatie verstrekken dan strikt noodzakelijk is.

Nee? → In deze situatie is doorbreking van de zwijgplicht niet mogelijk.



## **B. Klachtenregeling cliënten van Novadic-Kentron**



# KLACHTENREGELING CLIËNTEN VAN NOVADIC-KENTRON

De Klachtenregeling Cliënten van Novadic-Kentron is in overeenstemming met de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), de Wet bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Deze klachtenregeling geldt voor alle cliënten, familieleden en naastbetrokkenen van Novadic-Kentron en betreft alle vestigingen van Novadic-Kentron. Deze klachtenregeling is voorgelegd en goedgekeurd door de Cliëntenraad van Novadic-Kentron.

## Wat is een klacht?

Een klacht is een uiting van ongenoegen die overal over kan gaan, bijvoorbeeld over de gang van zaken bij de intake, de behandeling of bij opname en ontslag in de kliniek. Een klacht kan ook gaan over de wijze waarop een cliënt bejegend is door de medewerkers van Novadic-Kentron. Of over een gebrek aan adequate informatie of voorlichting. Ook klachten op het gebied van (seksuele) intimidatie vallen onder de regeling. Er zijn in de WKCZ geen beperkingen aangebracht waarover geklaagd kan worden.

Volgens de wet kan de cliënt zelf klagen of namens hem of haar, de familie of andere naastbetrokkenen. In dat geval is instemming van de cliënt met het indienen van een klacht vereist. Familieleden en andere naastbetrokkenen kunnen klachten hebben over bijvoorbeeld het geïnformeerd worden of het betrokken worden bij de behandeling of over de bejegening van medewerkers van Novadic-Kentron jegens henzelf.

## Visie van Novadic-Kentron op klachten

Binnen Novadic-Kentron wordt een klacht gezien als feedback van de cliënt, familie of naastbetrokkenen. Novadic-Kentron wil een klacht zo goed mogelijk behandelen en gaat ervan uit dat een klacht een belangrijk signaal kan inhouden over punten in de hulpverlening die mogelijk verbetering behoeven.

Aan het vinden van een bevredigende oplossing voor alle partijen wordt groot belang gehecht. Daarom dient klachtenbemiddeling en probleemoplossing waar mogelijk aangereikt te worden in een zo vroeg mogelijke fase.

Deze visie vraagt om een houding van open staan en objectiviteit ten aanzien van de klager en zijn klacht. Het betekent ook dat de weg om een klacht kenbaar te maken toegankelijk en eenvoudig moet zijn en dat de klacht serieus genomen moet worden. De gegevens over klachten dienen systematisch verzameld te worden en door Novadic-Kentron aangewend te worden voor bevordering van de kwaliteit van zorg.

## De klachtenprocedure

- Bij een klacht heeft het de voorkeur dat de klager in eerste instantie degene(n) benadert op wie de klacht betrekking heeft. Want een direct gesprek met die perso(o)n (en) is de snelste mogelijkheid om tot een oplossing te komen en kan uiteindelijk veel narigheid voorkomen. Een en ander geldt zowel voor de klager als voor degene tegen wie de klacht gericht is.
- Komen de betrokkenen er samen niet uit, dan kan de klager zich wenden tot de leidinggevende van de medewerker of van de afdeling. Vanaf dit moment wordt de klacht formeel en gaat deze de klachtenprocedure in. De leidinggevende is in zijn functie verantwoordelijk voor de kwaliteit van de hulpverlening en draagt in dit kader ook zorg voor een zorgvuldige afhandeling van klachten. Eventueel kan hierbij de hulp van de Klachtenfunctionaris worden ingeroepen. De leidinggevende moet de klacht ten allen tijde melden bij de Klachtenfunctionaris in verband met het signaleren van verbeterpunten in de zorg.
- Het is aan de klager (cliënt, familie of naastbetrokkene) om al dan niet in te willen gaan op het aanbod van een bemiddelingsgesprek.
- Het staat de klager vrij om zich direct wenden tot de leidinggevende van degene tegen wie de klacht gericht is of om zich direct tot de Raad van Bestuur van Novadic-Kentron te wenden.

- Er zijn situaties waarin de klager behoefte kan hebben aan een gesprek met een persoon die niet direct bij de hulpverlening betrokken is, bijvoorbeeld wanneer de cliënt zijn ontevredenheid nog niet goed kan duiden of wanneer er sprake is van een klacht op het gebied van intimidatie. De cliënt kan dan terecht bij de Klachtenfunctionaris.
- Cliënten kunnen met hun vragen en eventuele ontevredenheid over de gang van zaken ook terecht bij (de help-desk van) de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP). Er vindt zowel structureel als incidenteel overleg plaats tussen PVP en Klachtenfunctionaris om gelijktijdige ondersteuning aan de klager te voorkomen.
- Als bemiddeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid of niet in beeld kwam omdat bemiddeling niet werd gewenst kan de klager zich wenden tot de Klachtencommissie. Novadic-Kentron is aangesloten bij de Klachtencommissie van de GGzE te Eindhoven.
- De klager heeft het recht om de klacht niet eerst intern bij Novadic-Kentron, maar rechtstreeks bij de Klachtencommissie neer te leggen. De Klachtenfunctionaris en de Patiëntenvertrouwenspersoon kunnen hierover informatie geven en begeleiding in bieden.
- Het staat de klager eveneens vrij om externe instanties in te schakelen, zoals een Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG), een tuchtcollege t.a.v. bepaalde beroepsbeoefenaren, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de civiele rechter of de strafrechter.

Samengevat:

De klager kan zich wenden tot:

- De persoon of de afdeling op wie de klacht betrekking heeft
- De leidinggevende van die perso(o)n(en)
- De Klachtenfunctionaris óf de Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP)
- De Klachtencommissie
- Overige externe instanties

De klager is vrij om te kiezen welke weg hij bewandelt.

## **De Klachtenfunctionaris**

De Klachtenfunctionaris is belast met de ondersteuning van zowel de cliënt (of familie en naastbetrokkenen) als de betrokken medewerker(s) bij de behandeling van klachten. Dit houdt in:

- Het in ontvangst nemen van klachten. De inhoud van de klacht en hetgeen de klager met de klacht wenst te bereiken wordt vastgesteld;
- Informeren en adviseren over de klachtenprocedure;
- In voorkomende gevallen (bij klachten op het gebied van intimidatie, ontevredenheid niet kunnen duiden e.d.) bieden van een eerste aanspreekpunt voor de klager. De klachtenfunctionaris luistert naar de cliënt, helpt zonodig bij het helder formuleren van de klacht en het doel van de klager;
- Opvang en ondersteuning bieden aan de medewerkers tegen wie de klacht gericht is. De Klachtenfunctionaris luistert, informeert en adviseert over de vervolgprocedure;
- Op verzoek van de klager, aangeklaagde of de leidinggevende onderzoeken van de klacht en ondersteuning bieden bij het zoeken naar een oplossing. De Klachtenfunctionaris creëert een actieve rol in een bemiddelings situatie, met de intentie een verstoorde relatie tussen cliënt en de hulpverlener of tussen cliënt en Novadic-Kentron te herstellen;
- Ondersteunen van de klager, de aangeklaagde en de organisatie bij het neerleggen van de klachten bij de Klachtencommissie;
- Bewaken van een zorgvuldige afhandeling van de klachten;
- Systematisch verzamelen van gegevens over klachten en signaleren van verbeterpunten in de zorg

De Klachtenfunctionaris functioneert zelfstandig en onpartijdig binnen het kader van de klachtenregeling. De functie wordt uitgevoerd door (een) medewerker(s) in dienst van Novadic-Kentron die niet direct betrokken is bij de hulpverlening maar wel goed op de hoogte is van de praktijk van de hulpverlening. Novadic-Kentron zal met het faciliteren van deze functie rekening houden met de omvang van het werkgebied. De Klachtenfunctionaris is lid van de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (de VKIG).

De Klachtenfunctionaris is bevoegd tot het onderzoeken van de klacht -met inachtneming van de privacy en toestemming van de klager. Daartoe kan de Klachtenfunctionaris informatie inwinnen bij de instelling, de betrokken medewerker(s) en /of derden. Met schriftelijke toestemming van de

cliënt mag de Klachtenfunctionaris het (medisch) dossier inzien op voor de klacht relevante gegevens.

### **De Patiëntenvertrouwenspersoon**

De patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) is een onafhankelijke klachtondersteuner die in dienst is van een landelijke stichting: de Stichting PVP in Utrecht. Op basis van een tewerkstellingsovereenkomst met de Stichting PVP werkt de patiëntenvertrouwenspersoon bij Novadic-Kentron. De PVP stelt zich partijdig op aan de kant van de cliënt. De PVP treedt op als belangenbehartiger of klachtondersteuner van de cliënt. Hij luistert, ondersteunt en adviseert de cliënt bij de behandeling van de klacht, o.a. door het verstrekken van informatie over rechten, het adviseren over vervolgstappen en het begeleiden van de klacht naar de klachtencommissie. Verder kan hij samen met de cliënt of in naam van de cliënt een gesprek voeren met betrokken medewerkers / leidinggevenden in de instelling. In de klinische afdelingen houdt de PVP regelmatig spreekuur. Ambulante cliënten kunnen gebruik maken van de help-desk van de PVP. De PVP en de Klachtenfunctionaris kunnen over en weer naar elkaar verwijzen. Ook vindt er incidenteel overleg plaats tussen PVP en Klachtenfunctionaris om gelijktijdige ondersteuning aan de klager te voorkomen. De PVP heeft de mogelijkheid om structurele tekortkomingen in de organisatie te signaleren aan de Raad van Bestuur.

### **De Klachtencommissie**

Volgens de WKCZ dient iedere gezondheidsinstelling een klachtencommissie in te stellen om aan klagers de mogelijkheid te bieden om hun onvrede door een onafhankelijke commissie te laten beoordelen en om uit de klachten voortkomende signalen aan te wenden voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

Novadic-Kentron is aangesloten bij de Klachtencommissie van de GGzE te Eindhoven. De Klachtencommissie is een onafhankelijke commissie, waar klachten van cliënten en patiënten van meerdere zorginstellingen in de regio neergelegd kunnen worden. De werkwijze en de termijnen die de Klachtencommissie hanteert zijn vastgelegd in het Protocol Klachtenregeling van de Klachtencommissie patiënten / cliënten van de GGzE. Dit protocol is ter inzage en staat op N-K net. Een klacht indienen bij de Klachtencommissie kan alleen maar schriftelijk. Dat kan met een brief of een klachtenformulier of een BOPZ-klachtenformulier naar:

De Klachtencommissie van Novadic-Kentron

Postbus 909

5600 AX Eindhoven.

De Klachtencommissie bekijkt eerst of zij de klacht in behandeling zal nemen. Als dit het geval is onderzoekt de commissie de klacht. Eerst wordt gekeken of bemiddeling mogelijk is. Indien geen bemiddeling mogelijk is, of in geval een bemiddelingspoging niet slaagt, volgt verdere (formele) behandeling van de klacht. Hierbij vindt hoor en wederhoor plaats van de klager en de aangeklaagde. Op grond van het onderzoek verklaart de commissie of de klacht geheel of gedeeltelijk gegrond is of ongegrond. Ook kan de commissie in dit stadium alsnog een bemiddeling voorstellen. Soms doet de Klachtencommissie aanbevelingen aan de instelling om soortgelijke klachten in de toekomst te voorkomen. De instelling moet aan de commissie laten weten of ze de aanbevelingen opvolgt en zo ja, welke maatregelen genomen zijn.

### **Omgang met klachtgegevens:**

De verschillende klachtinstanties nemen de privacy in acht van zowel de klager als de aangeklaagde. Zij zijn gehouden aan een geheimhoudingsplicht; ook ten opzichte van elkaar. De wijze waarop de klachtgegevens worden bewaard voldoet aan de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Klachtgegevens worden tot maximaal 2 jaar na afsluiting van de klachtafhandeling bewaard. Klachtgegevens worden apart van het cliëntendossier bewaard.

### **Verslag**

De Klachtenfunctionaris, de Patiëntenvertrouwenspersoon en de Klachtencommissie geven minimaal eenmaal per jaar een overzicht van de klachten aan de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur draagt er zorg voor dat de gegevens gebruikt worden in de kwaliteitscyclus. In het jaarverslag vermeldt Novadic-Kentron hoe er met deze klachten is omgegaan.

## **Inspectie voor de Gezondheidszorg**

De Inspectie voor de gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving van de voorschriften van de klachtwetgeving. Novadic-Kentron biedt de Inspectie jaarlijks de gegevens over de klachten uit het jaarverslag aan. Conform de wettelijke verplichting meldt Novadic-Kentron calamiteiten en seksueel misbruik met voorrang aan bij de Inspectie.

### **Voorlichting:**

Novadic-Kentron zorgt voor goede en uniforme voorlichting over deze klachtenregeling zowel voor cliënten als voor medewerkers. Alle cliënten ontvangen bij binnenkomst een exemplaar van de klachtenfolder, die gebaseerd is op deze klachtenregeling. De klachtenfolder is bij elke vestiging van Novadic-Kentron opvraagbaar. Tevens is op elke locatie of afdeling van Novadic-Kentron opvraagbaar:

- De volledige tekst van deze Klachtenregeling cliënten van Novadic-Kentron
- Het reglement van de externe Klachtencommissie
- Klachtenformulier en BOPZ-klachtenformulier t.b.v. de externe Klachtencommissie
- De functiebeschrijving van de Klachtenfunctionaris
- Een folder van de PVP
- De tekst van de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)

Medewerkers van Novadic-Kentron kunnen deze regelingen op het intranet vinden, alsook:

- Richtlijnen voor het schrijven van een verweerschrift in het kader van de interne klachtenregeling, de WKCZ en de BOPZ

## **C. Protocol 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'**





# **Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg**

Protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag,  
handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners

Namens de suïcidepreventiecommissie  
Dr. E. J. Franzek  
Psychiater / 1<sup>e</sup> Geneeskundige

In afstemming met RvB, RMO en het hoger management  
Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg  
Hogedwarsstraat 3  
5261 LX Vught

Juni 2014

## Inhoudsopgave

<a href="#">Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg</a> .....	17
<a href="#">Inhoudsopgave</a> .....	18
<a href="#">Voorwoord</a> .....	20
<a href="#">1. Doel van het protocol</a> .....	21
<a href="#">2. Suïcidaal gedrag en suïcides: een ernstig probleem in de gezondheidszorg</a> .....	22
<a href="#">2.1. Prevalentie suïcidepogingen en suïcides in Nederland</a> .....	22
<a href="#">2.2. Suïcidaal gedrag als een persoonlijkheidsdimensie</a> .....	22
<a href="#">2.2.1. Relationale onmacht en hulpeloosheid</a> .....	22
<a href="#">2.2.2. Disfunctionele affectregulatie</a> .....	22
<a href="#">2.2.3. Impulsiviteit</a> .....	23
<a href="#">2.2.4. Dichotoom denken</a> .....	23
<a href="#">2.2.5. Rigiditeit</a> .....	23
<a href="#">2.2.6. Overgeneraliseren</a> .....	23
<a href="#">2.2.7. Narcisme</a> .....	23
<a href="#">2.3. Suïcidaal gedrag en suïcides en psychiatrische stoornissen</a> .....	24
<a href="#">2.4. Suïcidaal gedrag en suïcides en verslaving</a> .....	24
<a href="#">2.5. Suïcidaal gedrag en suïcides bij verslaving en psychiatrische comorbiditeit</a> .....	25
<a href="#">2.6. Suïcidaal gedrag, leeftijd, geslacht, etniciteit en omgevingsfactoren</a> .....	25
<a href="#">3. Visie op suïcidaal gedrag</a> .....	27
<a href="#">3.1. De suïcidale toestand</a> .....	27
<a href="#">3.2. Het stress – kwetsbaarheid – entrapment model</a> .....	27
<a href="#">4. Diagnostiek van suïcidaal gedrag</a> .....	27
<a href="#">4.1. Contact met een suïcidale cliënt</a> .....	28
<a href="#">4.2. Betrekking van naasten</a> .....	29
<a href="#">4.3. Veiligheid en continuïteit</a> .....	30
<a href="#">4.4. Stress – kwetsbaarheidsfactoren</a> .....	30
<a href="#">4.5. Beschermende factoren</a> .....	30
<a href="#">5. Behandeling van suïcidaal gedrag en suïcidepreventie</a> .....	31
<a href="#">5.1. Farmacologische behandeling</a> .....	31
<a href="#">5.2. Psychosociale interventies</a> .....	31
<a href="#">5.3. Behandelsettings bij suïcidaal gedrag</a> .....	31
<a href="#">5.3.1. Bij voorkeur opnemen</a> .....	32
<a href="#">5.3.2. Mogelijk opnemen</a> .....	32
<a href="#">5.3.3. Mogelijk naar huis</a> .....	32
<a href="#">5.3.4. Bij voorkeur naar huis</a> .....	32
<a href="#">5.4.1. Signaleringsfase (risico-indicatoren)</a> .....	33
<a href="#">5.4.2. Verificatiefase</a> .....	33
<a href="#">5.4.3. Inschatting</a> .....	33
<a href="#">5.4.4. Crisisinterventie</a> .....	34
<a href="#">6. Professioneel handelen bij acuut dreigend suïcidaal gedrag, bij een suïcidepoging zonder en met ernstig letsel en bij suïcide</a> .....	35
<a href="#">6.1. Handelen bij acuut dreigend suïcidaal gedrag</a> .....	36
<a href="#">6.2. Handelen bij een suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letsel</a> .....	36
<a href="#">6.3. Handelen bij een suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel</a> .....	37
<a href="#">6.4. Handelen na een suïcide</a> .....	38
<a href="#">7. De impact van een suïcide op hulpverleners</a> .....	39
<a href="#">8. Wet- en regelgeving</a> .....	40
<a href="#">8.1. Bevoegdheid om een suïcidale cliënt te beoordelen</a> .....	40
<a href="#">8.2. Beoordeling wilsbekwaamheid en beoordeling in het kader van de Wet BOPZ</a> .....	41
<a href="#">8.3. Toestemming cliënt voor behandeling</a> .....	41
<a href="#">8.4. De suïcidale cliënt wil met ontslag</a> .....	41
<a href="#">8.5. Dossievorming en inzage door nabestaanden</a> .....	42
<a href="#">8.6. Melden van een suïcide en/of suïcidepoging met ernstig letsel bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg</a> .....	42
<a href="#">9. Literatuur</a> .....	43
<a href="#">10. Bijlagen</a> .....	47
<a href="#">Bijlage 1 Voorbeeldvragen bij verdenking van een suïcidale toestand</a> .....	47
<a href="#">Bijlage 2 Voorbeeldvragen na een suïcidepoging</a> .....	48
<a href="#">Bijlage 3 Voorbeelden van stress- en kwetsbaarheidsfactoren</a> .....	49

<a href="#">Bijlage 4 Handelingen bij suïcidepoging zonder ernstig lichamelijk letsel</a> .....	50
<a href="#">Bijlage 5 Handelingen bij een suïcidepoging met ernstig lichamelijk letsel</a> .....	51
<a href="#">Bijlage 6 Handelen na een suïcide</a> .....	52
<a href="#">Bijlage 7 Evaluatiegesprek hulpverleners</a> .....	54
<a href="#">Bijlage 8 Evaluatiegesprek familie/naasten</a> .....	56
<a href="#">Bijlage 9 Meldformulier poging tot suïcide</a> .....	57
<a href="#">Bijlage 10 Meldformulier suïcide</a> .....	62
<a href="#">Colofon</a> .....	66

## Voorwoord

Artsen, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen en andere hulpverleners die werkzaam zijn in de gezondheidszorg worden tijdens hun werkzaamheden vaak geconfronteerd met suïcidaal gedrag en suïcides. In de verslavingszorg zijn het onbedoeld overlijden en de zelf gekozen dood vaak vermeld in de mortaliteitsgegevens van cliënten. In alle gevallen levert het overlijden van een cliënt, bedoeld of onbedoeld, een dramatisch einde van het leven van de cliënt en van de therapeutische relatie. Een einde dat niet vermeld moet blijven.

Dit protocol maakt de belangrijkste aanbevelingen omtrent suïcidaal gedrag en suïcide toegankelijk voor de praktijk. Aan de hand van een korte literatuurstudie wordt duidelijk hoe groot het probleem van suïcidaal gedrag, suïcidepogingen en suïcides in de algemene gezondheidszorg is. De behandeling van suïcidaal gedrag en de preventie van suïcides in de klinische praktijk komt uitgebreid aan bod. Vervolgens worden handvatten gegeven voor het handelen na een suïcidepoging of een suïcide. Verder wordt aandacht besteed aan de impact van een suïcide op hulpverleners en familie van betrokkenen.

In het protocol wordt niet ingegaan op filosofische, morele en religieuze aspecten van suïcide. Het protocol is niet bedoeld als uitputtende en limitatieve beschrijving van alle vormen van zorg die bij individuele cliënten kunnen worden toegepast. Suïcidaal gedrag speelt zich altijd af tegen de achtergrond van multiple en complexe problemen en is daarmee zelf complex. Een protocol dat alle problemen in deze oplost is daarom een illusie. Wel biedt dit protocol een houvast bij de diagnose en het inschatten van suïcidaal gedrag en het suïciderisico en het handelen na een suïcidepoging of suïcide.

Het protocol kan worden toegepast bij suïcidaal gedrag en suïcides zowel in de intramurale behandelingssetting als in de ambulante setting.

Namens de commissie suïcidepreventie Novadic-Kentron

Dr. E. J. Franzek  
Juni 2014

## 1. Doel van het protocol

Het algemene doel van het protocol is hulpverleners in de verslavingszorg een handreiking te bieden hoe zij professioneel om kunnen gaan met suïcidaal gedrag, suïcidepogingen en suïcides zoals

- Inzicht kunnen krijgen in de algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
- Inzicht kunnen krijgen in het belang van behandeling van suïcidaal gedrag en preventie van suïcides
- Preventief kunnen handelen ter voorkoming van een suïcidepoging of een suïcide bij cliënten die afhankelijk zijn van psychoactieve middelen
- Praktisch en zorgvuldig kunnen handelen bij suïcidaal gedrag, na een suïcidepoging of na een suïcide
- Inzicht kunnen krijgen in de impact van suïcidaal gedrag, een suïcidepoging of een suïcide op hulpverleners en naasten
- Goede nazorg kunnen verlenen aan nabestaanden van cliënten die suïcide hebben gepleegd
- Als hulpverleners goede nazorg kunnen krijgen als ze betrokken zijn bij een suïcidepoging of suïcide
- Het aantal suïcides in de verslavingszorg zo ver mogelijk terug te dringen

Het protocol is ook bedoeld om veel voorkomende misverstanden tegen te werken, zoals “suïcidaal gedrag is een schreeuw om aandacht, die je niet moet belonen”, “mensen die over suïcide spreken, plegen geen suïcide”, “praten over suïcidaal gedrag, werkt suïcide in de hand”, “het nemen van een overdosis kan geen suïcidepoging zijn”, “dronken mensen suïcideren zich niet”, “we kennen hem/haar al zo lang, hij/zij doet het toch niet”.

Het protocol is vooral bedoeld om hulpverleners te attenderen om iedere vorm van suïcidaal gedrag serieus te nemen en adequaat en professioneel daarop te reageren.

Een suïcide wordt vanuit een medisch – psychologisch – sociaal standpunt gezien als een van de meest tragische gebeurtenissen die een mens en diens naasten kunnen overkomen.

## **2. Suïcidaal gedrag en suïcides: een ernstig probleem in de gezondheidszorg**

Conform de definitie van de WHO wordt suïcide als volgt gedefinieerd: "Suïcide of zelfdoding is een handeling met dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd, in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen" (Kerkhof & van Luyn 2010).

Bij suïcidaal gedrag en elke suïcide spelen vaak meerdere oorzaken. Soms ligt de verklaring meer bij psychiatrische aandoeningen, soms meer bij psychologische mechanismen, lichamelijke ziekten, traumatische levenservaringen en vaak bij een combinatie van al deze oorzaken. In sommige gevallen zijn suïcides achteraf onverklaarbaar en vooraf onvoorspelbaar.

### **2.1. Prevalentie suïcidepogingen en suïcides in Nederland**

In de Nederlandse bevolking kwamen uitgaande van het jaar 2008 per jaar gemiddeld 6,5 per 100.000 vrouwen en 15 per 100.000 mannen van 15 jaar en ouder door suïcide om het leven. Het aantal zelfdodingen op het totaal sterfgevallen in een jaar is ongeveer 1%. De gederfde levensvreugde van nabestaanden is moeilijk in een getal uit te drukken, maar lijkt groter dan bij nabestaanden van de meeste andere doodsoorzaken, omdat de leeftijd van degenen die door suïcide om het leven komen veel lager is dan gemiddeld, en omdat deze doodsoorzaak vaak veel extra leed met zich meebrengt, zoals schuldgevoelens, depressie, gecompliceerde rouw en isolement (Kerkhof & van Luyn 2010).

Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 14.000 suïcidepogingen behandeld op Spoedeisende Hulp afdelingen, waarvan 9500 leiden tot ziekenhuisopname. In een Nederlands bevolkingsonderzoek bleek dat bijna 3% van de bevolking naar eigen zeggen ooit een suïcidepoging heeft ondernomen en dat 1% dat in het afgelopen jaar heeft gedaan (Ten Have e.a. 2006). Geëxtrapoleerd zou dat neerkomen op 94.000 suïcidepogingen per jaar en zou betekenen dat er maar liefst 80.000 pogingen per jaar niet gezien worden door medische en psychologische instanties.

Van alle mensen die een suïcidepoging ondernemen en daarvoor in het ziekenhuis behandeld worden, recidiveert 40% in een periode van tien jaar en 10% komt binnen tien jaar door suïcide om het leven (Kerkhof & van Luyn 2010).

### **2.2. Suïcidaal gedrag als een persoonlijkheidsdimensie**

Kwetsbaarheid voor suïcide kan ook opgevat worden als een persoonlijkheidsdimensie. Bij sommige mensen lijkt de kwetsbaarheid voor suïcide een levenslang kenmerk te zijn en onderzoek heeft opgeleverd dat bepaalde persoonlijkheidsdimensies bijzonder belangrijk zijn in de aanloop naar suïcidaal gedrag: relationele onmacht, hulpeloosheid, gebrekkige affectregulatie, impulsiviteit, dichotoom denken, perfectionisme, rigiditeit, overgeneraliseren, een gebrekkig probleemoplossend vermogen en verhoogde krenkbaarheid van het zelfbeeld.

#### **2.2.1. Relationele onmacht en hulpeloosheid**

Samengaand met traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en adolescentie, zoals fysieke en emotionele verwaarlozing, gebroken gezinnen, geweld in het gezin, seksueel misbruik, ouders met verslaving of andere psychische aandoeningen, ontwikkelen sommige mensen een negatief zelfbeeld, hebben zelf grote relationele problemen en ervaren toenemende gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid. Iedere (nieuwe) negatieve relationele gebeurtenis kan suïcidaal gedrag uitlokken. Aangeleerde hulpeloosheid wordt dan vaak een verbindende schakel tussen diverse levensgebieden en de hulpeloze persoon verwacht op geen enkele wijze meer invloed te kunnen uitoefenen op de problematische levenssituaties die hem overkomen (Kerkhof 2010).

#### **2.2.2. Disfunctionele affectregulatie**

Hoe iemand omgaat met gevoelens van frustratie is afhankelijk van zijn affectregulatie, de wijze waarop hij de eigen gedachten, gevoelens en gewaarwordingen onder ogen kan zien, kan verdragen, bijstellen of herwaarderen. Suïcidale personen zijn zich vaak niet bewust van emotionele reacties, accepteren noch begrijpen hun eigen emotionele reacties en hebben moeite met het controleren van impulsen (Slee e.a. 2008).

### **2.2.3. Impulsiviteit**

Suïcidaal gedrag is meestal impulsief en suïcidepogingen zijn zelden gepland, maar gebeuren plotseling. Het werd gevonden dat bij de helft van een groep patiënten die na een suïcidepoging werden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis minder dan tien minuten verstreken waren tussen de eerste gedachte aan een suïcidepoging en de daadwerkelijke poging (Deisenhammer e.a. 2009). Gewelddadige impulsiviteit is een goed bekende risicofactor voor suïcide en suïcidepogingen die met gewelddadige middelen worden uitgevoerd. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen die gekenmerkt zijn door verhoogde impulsiviteit, affectieve labiliteit, woede, vijandigheid, lage frustratietolerantie en gebrekkige planning, zoals de antisociale en de borderlijn persoonlijkheidsstoornissen, hebben als gevolg daarvan een enorm verhoogd suïcide risico (Williams & Pollock 2000).

### **2.2.4. Dichotoom denken**

Dichotoom denkende mensen neigen hun ervaringen en evaluaties te verwoorden in alles-of-niets termen, een gebeurtenis is of helemaal goed of helemaal slecht. Deze mensen neigen dan ook hun zelfbeeld in alles-of-niets termen te beschrijven. Hopeloosheid is per definitie een globaal concept dat geen nuancering toestaat. Dichotoom denken werd bij mensen die een suïcidepoging doen significant vaker gevonden dan in controlegroepen (Neuringer 1961, 1964, 1976). Ook **perfectionisme** is een vorm van zwart-wit denken en kan predisponeren tot extreem negatieve evaluaties en depressie. Van belang voor het begrip van een suïcidale crisis is dat dichotoom denken uiteraard invloed heeft op de verwachtingen die mensen in een emotionele crisis hebben ten aanzien van de mogelijkheden om hun problemen te verbeteren of op te lossen.

### **2.2.5. Rigiditeit**

Suïcidale mensen pakken hun problemen op een rigide wijze aan. Ze zijn passief en hebben een lage dunk van hun mogelijkheden om problemen op te lossen. Hun competentieverwachting is laag, zij verwachten geen controle over de uitkomst van probleemoplossingen te hebben, noch over de daarbij te verwachten emoties. Zij laten vaak de problemen zichzelf oplossen, dan wel hopen ze erop dat anderen de problemen voor hen oplossen en hun probleemoplossingen zijn nauwelijks op de toekomst gericht (Linehan e.a. 1987, Orbach e.a. 1990).

### **2.2.6. Overgeneraliseren**

Depressieve en suïcidale patiënten hebben meer moeite specifieke herinneringen te produceren als reactie op relevante stimuli. Zij neigen ertoe zich aan levensgebeurtenissen op een algehele, overgegeneraliserende wijze te herinneren en deze wijze van omgaan met het verleden hangt vaak samen met een onvermogen zich een genuanceerde toekomst voor te stellen (Williams e.a. 1996, 1997, 2000). De overgegeneraliseerde kijk op de toekomst kan ertoe leiden dat geen enkele oplossing meer wordt verwacht en dat gevoelens van hopeloosheid zich versterken, een emotie die bij uitstek het hele toekomstige leven kan omvatten (Kerkhof 2010).

### **2.2.7. Narcisme**

Elke activiteit die ervoor zorgt dat de structuur, de stabiliteit en het positieve gevoel ten opzichte van het zelfbeeld in stand worden gehouden is narcisme. De kwetsbaarheid voor narcistische krenkingen is een groot risico voor de ontwikkeling van suïcidaal gedrag en narcistische krenkingen kunnen een rol spelen bij plotselinge suïcides, bijvoorbeeld vanwege gezichtsverlies bij negatieve levensgebeurtenissen. Narcistische persoonlijkheden vermelden vaak dat hun hele persoonlijkheid dreigt te desintegreren, dat ze hun identiteit dreigen te verliezen als belangrijke

doelen in hun leven niet meer realiseerbaar zijn. Emotionele ontreddeering treedt op tegen de achtergrond van bedreigde persoonlijke belangen (Lazarus 1991, Frijda 1988). Suïcide kan dan een disfunctionele manier zijn om het zelfbeeld blijvend te beschermen tegen (verdere) aftakeling.

### **2.3. Suïcidaal gedrag en suïcides en psychiatrische stoornissen**

Psychiatrische stoornissen op zichzelf leiden tot een verhoogd suïciderisico (Hawton e.a. 2003). In ongeveer 90% van alle suïcidegevallen is er sprake van een psychiatrische stoornis (Shaffer & Craft 1999, Gaynes e.a. 2004) en in meer dan 80% van de gevallen is deze stoornis onbehandeld op het moment van overlijden (Mann e.a. 2005).

In een meta-analyse werd gevonden dat 87% van alle mensen die door suïcide om het leven kwamen een psychiatrische stoornis in de voorgeschiedenis had (Arsenault-Lapierre e.a. 2004). Van het totaal had in de voorgeschiedenis 43% een depressieve stoornis, 26% een stoornis in de afhankelijkheid van middelen, 16% een persoonlijkheidsstoornis, en 9% een psychotische stoornis.

Meer dan de helft van alle depressieve patiënten heeft suïcidale gedachten van verschillende intensiteit. Uit een meta-analyse blijkt het suïciderisico ten opzichte van de gewone bevolking bij depressie ongeveer twintigmaal groter te zijn, vijftienmaal groter bij bipolaire stoornissen, twaalfmaal groter bij dysthyme stoornissen en zestienmaal groter bij niet anders omschreven stemmingsstoornissen (Harris & Barraclough 1997).

Bij angststoornissen werd een duidelijke associatie met suïcidegedachten en suïcidepogingen aangetoond, maar de associatie met suïcide is onduidelijk vanwege de hoge mate van comorbiditeit met depressie (Sareen e.a. 2005).

Verslaving aan middelen is een belangrijke risicofactor voor suïcidaal gedrag en er bestaat een bijzonder sterke associatie tussen verslaving en suïcide. Daarover wordt in punt 2.4. van dit protocol op in gegaan.

Suïcidaal gedrag overschrijdt wel de grenzen van de verschillende ziektebeelden en komt bij alle (psychische) ziektebeelden voor. Suïcidaal gedrag kan dus meer worden gezien als een algemeen symptoom bij psychische stoornissen dan dat het voorbehouden is aan bepaalde afzonderlijke stoornissen (Oquendo e.a. 2008).

### **2.4. Suïcidaal gedrag en suïcides en verslaving**

Middelenmisbruik kan enerzijds een onafhankelijk variabele zijn of anderzijds een symptomatisch gevolg van een primaire stemmingsstoornis, zoals bij zelfmedicatie. Uit onderzoek blijkt dat een depressieve stemming en middelenmisbruik sterk geassocieerd zijn met suïcidaliteit (Tondo e.a., 1999). Psychosociale aspecten van middelenmisbruik die relevant zijn voor het risico van een suïcide zijn vergrote impact van persoonlijk verlies, slechte coping bij negatieve gebeurtenissen en affectieve disregulatie. De kans op suïcide bij patiënten met stemmingsstoornissen met als comorbiditeit middelenmisbruik is twee keer zo groot. Dit suggereert dat de aanwezigheid van middelenmisbruik leidt tot een aanvullend risico. Onderzoek ondersteunt de opvatting dat misbruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen een sterk, onafhankelijk effect heeft op suïcidaliteit, los staand van stemmingsstoornissen (Goldberg e.a. 2001). Middelenmisbruik in het algemeen wordt geassocieerd met een 7,5-voudig verhoogd risico op suïcide (Tondo e.a. 1999).

Uit wereldwijd uitgevoerde psychologische autopsieonderzoeken blijkt dat alcoholisme en misbruik van middelen een belangrijke rol spelen in 15 tot 27% van alle suïcides (van Heeringen & Kerkhof 2000). Het meest is bekend over de relatie tussen alcoholafhankelijkheid en suïcide. In de Verenigde Staten wordt geschat dat een kwart van alle suïcides gepleegd wordt door personen die afhankelijk zijn van alcohol. Naar schatting sterft 4% van de mensen die alcoholafhankelijk zijn door suïcide. Bijzonder hoog is het risico op suïcide onder alcoholverslaafde mensen boven de 40 jaar. 15% van deze mensen komt door suïcide om het leven. Van de alcoholverslaafde mensen die zich suïcideren, heeft 75% naast de alcoholafhankelijkheid nog een andere psychiatrische



diagnose. In de meeste gevallen is er daarbij sprake van een depressieve stoornis (Steenkist 2010).

Cocaïnegebruik leidt vaker tot suïcidale gedachten dan andere psychoactieve stoffen en is geassocieerd met een toename van suïcidepogingen en suïcides, vooral bij adolescenten (Garlow e.a. 2003, Cottler e.a. 2005). In een studie bij 749 door suïcide om het leven gekomen mensen in New York werd in 18 tot 25% van de gevallen cocaïnegebruik gezien bij de post-mortem analyse (Tondo e.a. 1999, Morton 1999). Een andere studie rapporteert een percentage van 10% cocaïnegebruik bij suïcides (Garlow 2002). Bij depressieve alcoholverslaafde patiënten die ook cocaïne gebruiken is de prevalentie van suïcidaal gedrag en suïcidale gedachten significant verhoogd (Cornelius e.a. 1988).

Patiënten die afhankelijk zijn van opiaten ondernemen 14 keer vaker een suïcide dan mensen uit de algemene bevolking. In deze groep is het echter moeilijk onderscheid te maken tussen een fatale overdosis zonder suïcidale intentie of een suïcide (Tondo e.a. 1999).

Associaties tussen suïcidaal gedrag en misbruik van andere psychoactieve stoffen, zoals cannabis, amfetaminen en hallucinogenen, zijn onzeker en nog onvoldoende onderzocht om hier verdere uitspraken over te kunnen doen.

Enigszins verrassend is de relatie tussen roken en suïcidaal gedrag, voornamelijk van suïcides bij volwassenen op middelbare leeftijd en suïcidepogingen bij vrouwen. Uit een epidemiologische studie onder 100.000 vrouwen blijkt dat de kans op suïcide verdubbeld is bij het roken van 1 tot 24 sigaretten per dag en een viervoudige toename bij consumptie van 25 of meer sigaretten per dag (Tondo e.a. 1999). Het dagelijks roken van sigaretten zou een voorspellende waarde hebben voor het optreden van suïcidale gedachten en suïcidepogingen. Deze relatie werd onafhankelijk van de aanwezigheid van een depressie of afhankelijkheid van alcohol of drugs gevonden (Breslau e.a. 2005).

Pathologisch gokken, leidt tot een hoog aantal suïcidepogingen en is geassocieerd met impulsief gedrag, psychiatrische comorbiditeit en sociale problemen. Deze combinatie van risicofactoren lijkt bij te dragen aan de toename van het suïcidaal gedrag (Kausch 2003).

## **2.5. Suïcidaal gedrag en suïcides bij verslaving en psychiatrische comorbiditeit**

Depressie en middelenmisbruik zijn de meest belangrijke risicofactoren voor suïcides in alle leeftijdsgroepen (Tondo e.a. 1999). Het is echter zeer moeilijk onderscheid te maken tussen de bijdrage van stemmingsstoornissen en van middelenmisbruik aan suïcidaal gedrag. In veel gevallen blijft een depressie ongediagnosticeerd en onbehandeld, zelfs na een suïcidepoging (Heeringen & Kerkhof 2000, Mann e.a. 2005). Depressies bij patiënten met afhankelijkheid van psychoactieve stoffen kunnen worden geclassificeerd naar tijdstip van ontstaan: voor afhankelijkheid, tijdens abstinentie of tijdens periodes van gebruik van psychoactieve stoffen. Een depressie aanwezig vóór afhankelijkheid van psychoactieve stoffen voorspelt de ernst van de suïcide-intentie. Depressies tijdens abstinentie hebben een voorspellende waarde voor het aantal suïcidepogingen (Aharonovich e.a. 2002).

Het doormaken van meerdere depressieve periodes heeft een negatieve invloed op de prognose, vermindert de kans op therapierespons en verhoogt het risico op demoralisatie en hopeloosheid. Bijkomend misbruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen kan leiden tot een verdere vermindering van het functioneren en een toename van de ernst van de affectieve stoornissen. Dit kan een groter gevoel van hopeloosheid en toegenomen kwetsbaarheid voor suïcide tot gevolg hebben.

## **2.6. Suïcidaal gedrag, leeftijd, geslacht, etniciteit en omgevingsfactoren**

Risicofactoren voor suïcidepogingen bij patiënten afhankelijk van alcohol zijn eerdere suïcidepogingen, jonge leeftijd, gescheiden, werklozen, laag opgeleiden, afhankelijkheid van andere psychoactieve stoffen, psychiatrische stoornissen en psychiatrische stoornissen

geïnduceerd door middelenmisbruik (Preuss e.a. 2003). Het betreft voornamelijk jonge mensen tussen de 15 en 44 jaar (Goldberg, Singer, Garno 2001). Bij ouderen met langdurige alcoholafhankelijkheid komen suïcides daarentegen vaker voor als de ouderen veel problemen in de directe leefomgeving hebben en onlangs de laatst overgebleven dierbare hebben verloren (Kerkhof 1995).

Onderzoek in de Verenigde Staten toont dat cocaïnegebruik voorafgaande aan de suïcide bijna alleen bij mannen tussen de 21 en 50 jaar en vooral bij Afrikaanse Amerikanen wordt gezien. Alcoholgebruik wordt gevonden bij een derde van de blanke patiënten onafhankelijk van leeftijd of geslacht en bij 20% van de Afrikaanse patiënten. Het middelenmisbruik bij tieners verschilt enorm per etniciteit. Het merendeel van de Afrikaans-Amerikaanse jongeren gebruikt geen alcohol of cocaïne voorafgaande aan de suïcide. Terwijl de helft van de blanke tieners alcohol en/of cocaïne heeft gebruikt voor het plegen van de suïcide (Garlow 2002). Hoe dit zit in Nederland weten we niet, maar gezien de complexiteit van onze maatschappij zijn differentiële effecten ook hier wel te verwachten.

In de studie van Cottler e.a. (2005) is onderzoek gedaan naar suïcidale gedachten bij patiënten die afhankelijk zijn van psychoactieve middelen. Er is een onderscheid gemaakt tussen mannen en vrouwen. Mannen en vrouwen met suïcidale gedachten hebben vaker een depressieve stemming, een antisociale persoonlijkheidsstoornis en alcoholafhankelijkheid en voldoen vaker aan de criteria van een depressie dan patiënten zonder suïcidale gedachten. Mannen met suïcidale gedachten zijn vaker afhankelijk van cocaïne dan mannen zonder suïcidale gedachten. Alcoholafhankelijkheid, antisociale persoonlijkheidsstoornissen en het aantal criteria van een depressie hebben een voorspellende waarde voor suïcidale gedachten bij mannen. Bij vrouwen zijn een oudere leeftijd, gehuwde status, alcoholafhankelijkheid en het aantal criteria van depressieve stoornissen van voorspellende waarde voor suïcidale gedachten.

Er is een kleine groep mensen die veelvoudig suïcidepogingen onderneemt, vooral in de groep van jonge vrouwen met borderlijn persoonlijkheidsstoornissen. In tegenstelling tot wat velen denken, zijn er in deze groep toch betrekkelijk veel mensen die uiteindelijk, na vele tientallen pogingen, door suïcide om het leven komen (Kerkhof 2010).

Vrouwen doen vaker een suïcidepoging, mannen voeren vaker een suïcide uit (Goldberg e.a. 2001). Algemeen wordt er vanuit gegaan dat vooral psychologische verschillen de suïcidecijfers van mannen en vrouwen verklaren. In emotionele problemen terecht gekomen, zoeken vrouwen eerder dan mannen troost en hulp bij familieleden, vrienden, burens en hulpverleners. Mannen neigen hun problemen voor zichzelf te houden, beschouwen emotionele problemen vaak als zwakte en zoeken troost in drank of drugs. Vrouwen ontlenen hun identiteit vaak aan relaties, opvoeden en verantwoordelijkheid, aan zorgen voor en ondersteunen. Mannen ontlenen hun identiteit veel meer aan presteren, aanzien, macht en inkomen. De typisch mannelijke levensdoelen zijn veel vatbaarder voor blokkades, voor frustratie en voor bedreiging. Het zelfbeeld van mannen is kwetsbaarder bij ontslag, een slecht functioneringsgesprek, faillissement, ziekte of handicap, gezichtsverlies, werkloosheid en maatschappelijk achteruitgang. Vrouwen staan over het algemeen veel sterker in het leven. Zij kunnen hun identiteit aan meer situaties ontlenen dan mannen. Hun identiteit is opgebouwd uit een aantal rollen zoals moeder, partner, vriendin, zus, werknemer etc. Als één van deze identiteiten wegvalt, hebben zij nog vele andere over (Kerkhof 2010).

Verandering van hulpverlener en zorginstelling kan een verhoogd suïciderisico met zich meebrengen.

Het is belangrijk rekening te houden met culturele en religieuze achtergrond van de patiënt en diens familieleden bij het bespreken van suïcidaal gedrag, de suïcidepoging of de suïcide.

Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn er twee momenten waarop het suïcidegevaar het grootst is. Dit risico treedt op in de eerste week na opname en in de eerste week na ontslag. Het risico is met name hoog bij patiënten met affectieve stoornissen en een korte opnameduur. Het suïcidegevaar bij patiënten met affectieve stoornissen en schizofrene stoornissen vermindert snel

bij adequate behandeling. Bij alcoholafhankelijke patiënten gaat dit herstel langzamer en blijft het risico op suïcide veel langer bestaan (Quin & Nordentoft 2005).

Systematisch contact houden met patiënten die vervolgbehandeling weigeren in de eerste 2 jaar na een behandeling leidt tot een vermindering van het aantal suïcides. Na 2 jaar is er echter geen positief effect meer waarneembaar (Motto & Bostrom 2001).

### **3. Visie op suïcidaal gedrag**

Suïcidaal gedrag wordt gedefinieerd als het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. Hoe ambivalent dit ook is. De term "gedrag" verwijst daarbij naar zowel handelingen als naar gedachten. Suïcidaal gedrag kan ontstaan uit een uitgesproken wens om te sterven, uit een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen of niet meer willen leven, uit een behoefte om te ontsnappen uit een situatie die de persoon als ondraaglijk ervaart, uit een behoefte om het negatieve denken te stoppen (NVvP, NIP, V&VN 2012).

Ook heeft de mens niet altijd een vrije keus in zijn gerichtheid op dood en sterven. Niet zelden is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de mens zich gedreven voelt door de omstandigheden en/of door onmacht. Belangrijk is te constateren dat elke vorm van suïcidaal gedrag geassocieerd is met een verhoogd risico op suïcide (NVvP, NIP, V&VN 2012).

#### **3.1. De suïcidale toestand**

De suïcidale toestand omvat alle suïcidegedachten en suïcidale handelingen in de recente en ruimere voorgeschiedenis en gedachten over de nabije toekomst. Cruciaal zijn hierbij betekenissen van gedachten en handelingen in termen van motieven, intenties, overwegingen en plannen.

#### **3.2. Het stress – kwetsbaarheid – entrapment model**

De achterliggende factoren van suïcidaal gedrag worden geïntegreerd in een stress – kwetsbaarheid – entrapment model. Kwetsbare mensen komen door persoonlijk ervaren stress in een situatie terecht waarin zij geen ontsnapping meer zien ("in een val opgesloten zitten") en ook redding door anderen niet meer mogelijk achten, met suïcidaal gedrag tot gevolg (Goldney 2008, Williams e.a. 2005). Het geïntegreerde model van stress, kwetsbaarheid en entrapment biedt de mogelijkheid om factoren die bijdragen aan suïcidaal gedrag in onderlinge samenhang te plaatsen.

### **4. Diagnostiek van suïcidaal gedrag**

De meeste mensen die suïcide plegen zijn in de periode voor hun dood met hulpverleners in contact geweest (Grandin e.a. 2001) en tweederde van deze mensen heeft in de maand voorafgaande aan de suïcide nog contact gehad met een arts (Mann e.a. 2005). Deze gegevens onderstrepen hoe belangrijk het is om suïcidaal gedrag te herkennen en te diagnosticeren. Gedachten aan suïcide worden niet altijd geuit, maar kunnen wel worden vermoed. De enige manier om achter dit (verborgen) suïcidaal gedrag te komen, is door er onderzoek naar te doen.

Het wordt gesteld dat het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek tot de basisvaardigheden behoort van alle artsen, psychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen in de algemene gezondheidszorg (NVvP, NIP, V&VN 2012).

Het oriënterend onderzoek omvat:

- contact maken en herkennen van suïcidaal gedrag
- onderzoek doen naar de actuele suïcidale toestand
- stress- en kwetsbaarheidsfactoren in kaart brengen

- naasten betrekken bij de zorg
- een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen
- zorgen voor veiligheid en continuïteit van zorg

Op basis van het oriënterend onderzoek kan een structuurdiagnose van het suïcidaal gedrag opgesteld worden, bestaande uit:

- een beschrijving van de huidige suïcidale toestand
- een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidaal gedrag
- de mate van wilsbekwaamheid

Op basis van deze informatie maakt de professional, voor zover mogelijk samen met de betrokkene en diens naasten, een inschatting van de prognose. De professional stelt ook de indicatie voor interventies op de korte en langere termijn voor het verminderen of voorkomen van (herhaald) suïcidaal gedrag. Het onderzoek naar etiologie en pathogenese van het suïcidale gedrag en de indicatiestelling voor behandeling zijn specialistische vaardigheden die door bevoegde en bekwame deskundige (artsen, psychologen, psychotherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialisten) worden uitgevoerd. De beoordeling of iemand wilsbekwaam is om te beslissen over noodzakelijke medische behandeling, is voorbehouden aan een arts.

Rechtstreeks naar de (acute) geestelijke gezondheidszorg kunnen volgende professionals verwijzen:

- huisartsen
- medisch specialisten
- SEH – artsen
- Bureau Jeugdzorg
- Bedrijfsartsen

Andere disciplines, zoals personeel in de sector onderwijs, welzijn, jeugdzorg en gehandicaptenzorg zijn gevraagd om niet direct naar de (acute) geesteliks gezondheidszorg maar eerst naar een van de reeks genoemde professionals te verwijzen.

#### **4.1. Contact met een suïcidale cliënt**

Om een beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat bij een cliënt heeft geleid tot suïcidaal gedrag is een goed contact tussen cliënt en professional onontbeerlijk. Een goed contact houdt in dat de cliënt zich vrij kan voelen om over zijn suïcidedgedachten te praten. De relatie vormt de basis voor het tonen van betrokkenheid en begrip. Empathie en een benadering zonder gevoelens van tegenoverdracht worden van een professionele hulpverlener verwacht.

Een actieve navraag naar suïcidedgedachten wordt urgent geadviseerd in de volgende situaties:

- Bij iedere psychiatrisch onderzoek en/of crisissituaties, vooral bij depressieve symptomen
- Bij uitingen van wanhoop
- Na ernstige verliezen (inclusief verlies van gezondheid) en ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen
- Op transitie momenten in de lopende psychiatrisch-psychologische behandelingen, zoals bij wisseling van behandelaars of na ontslag uit een klinische setting
- Bij gebrek aan verbetering of verslechtering van een het klinische beeld van een psychiatrische stoornis
- In elke andere situatie waarin de professional vermoedt dat er mogelijk sprake kan zijn van suïcidaal gedrag

Met een cliënt in contact te komen kan echter bemoeilijkt worden door de somatische, psychologische en/of psychiatrische toestand van de cliënt. In het bijzonder bij geïntoxiceerde cliënten of bij ernstig somatisch en psychiatrisch zieke cliënten kan het systematische onderzoek van het suïcidale gedrag niet of niet volledig mogelijk zijn. In deze situaties wordt aanbevolen om het verzamelen van meer complete informatie uit te stellen tot een later moment en/of de informatie te verkrijgen van naasten. Op dat moment zijn dan veiligheid en continuïteit van zorg eerste prioriteit (NVvP, NIP, V&VN 2012).

Bij het vragen naar suïcidaal gedrag kan, afhankelijk van de situatie, gebruik gemaakt worden van een hiërarchie van oriënterende vragen, die oplopen van algemeen naar specifiek. Bij aanwijzingen voor suïcidegedachten moet de inhoud zo concreet mogelijk worden nagevraagd (bijlage 1).

Na een suïcidepoging moet nauwkeurig worden gevraagd wat er precies gebeurd is. Daarbij wordt ook ingegaan op de recente en ruimere voorgeschiedenis (bijlage 2).

#### **4.2. Betrekking van naasten**

Het wordt aanbevolen om bij elke fase van het onderzoek en behandeling naasten van de cliënt te betrekken. Naasten hebben vaak behoefte aan uitleg, hulp en steun. Wanneer aan deze behoefte wordt tegemoet gekomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de cliënt, de kwaliteit van de werkrelatie met de cliënt en diens naasten, en ook op de therapietrouw. Hiervoor zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- De cliënt en diens naasten gaan ermee akkoord dat de naasten bij de zorg worden betrokken.
- De mate waarin naasten bij de zorg betrokken worden, is in overeenstemming met hun draagkracht en bereidheid.
- De betrekking van naasten bij onderzoek en behandeling dient in overeenstemming te zijn met de actuele wet- en regelgeving voor het recht op privacy en het beroepsgeheim.
- Het recht op privacy en het beroepsgeheim moet worden afgewogen tegen veiligheid en de mogelijkheid van ernstig nadeel voor de cliënt door het bij de zorg betrekken van naasten.
- Het moet altijd blijven gewaarborgd dat de cliënt de mogelijk heeft om vertrouwelijke zaken met uitsluitend de professional te bespreken.

Bij jongeren zijn er duidelijke wettelijke vereisten om de ouders bij de zorg te betrekken. De wettelijke vereisten hangen daarbij af van de leeftijd van de jongere cliënt:

- Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het wettelijk verplicht om de ouders die het ouderlijke gezag hebben, te betrekken bij het vaststellen van de behandelovereenkomst.
- Jongeren tussen 12 en 16 jaar hebben met de ouders een gedeeld recht op het sluiten van een behandelovereenkomst.
- Vanaf 16 jaar is de instemming voor een behandelovereenkomst door de ouders wettelijk niet meer verplicht.
- Het ouderlijke gezag vervalt als de jongere 18 jaar is. De ouders blijven wel zorgplicht houden tot 21 jaar van hun kind.

Bij de afweging om de ouders te betrekken bij de zorg wordt van de professional verwacht zich niet alleen te laten leiden door de leeftijd, maar vooral door de ernst van het klinische beeld en de mate waarin direct handelen noodzakelijk is (NVvP, NIP, V&VN 2012).

### **4.3. Veiligheid en continuïteit**

De ernst van het suïcidaal gedrag, de somatische en psychiatrische toestand en de mate van coöperatie van de cliënt bepalen welke interventies nodig zijn om de cliënt tegen zichzelf te beschermen. De professionals moeten daarbij vooral oog hebben voor de directe noodzaak van behandeling van de somatische en psychiatrische toestand en er moet oog zijn voor het verhinderen van toegang tot middelen waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen. In het kader van veiligheid en continuïteit is er verder aandacht gevraagd voor de volgende punten:

- Professionals moeten kunnen rekenen op bijstand van hulpdiensten, zoals politie, ambulance, brandweer. In zorgsettings moeten professionals een beroep kunnen doen op collega's en zo nodig beveiligingspersoneel.
- Als de veiligheid van de cliënt niet gegarandeerd is, kunnen onvrijwillige opname en dwangmaatregelen nodig zijn. Hierbij geldt het principe dat het handelen allereerst op de veiligheid gericht moet zijn en (direct) daarna op de juridische afhandeling en het herstel van wederkerigheid in de behandelrelatie.
- Omdat suïcidaal gedrag een wisselend beloop kent, moet het onderzoek naar de suïcidale toestand geregeld worden herhaald.
- Tijdens transitie momenten in de behandeling, bijvoorbeeld overplaatsen naar een andere behandelsetting en bij ontslag, en in niet-acute situaties moeten goede afspraken worden gemaakt met de vervolghandelaars (naasten) over de nazorg en de afspraken worden vastgelegd in een veiligheidsplan, signaleringsplan en/of behandelplan.
- Noodzakelijk zijn verder goede afspraken met ketenpartners (Hermens e.a. 2010)

### **4.4. Stress – kwetsbaarheidsfactoren**

Het wordt gesteld dat suïcidaal gedrag voortkomt en onderhouden wordt door duurzame factoren die de individuele kwetsbaarheid kunnen verhogen. In combinatie met stress en andere kwetsbaarheidsfactoren kan het suïcidaal gedrag los worden gemaakt en door het psychologische proces dat entrapment wordt genoemd (zie ook 3.2.), ontwikkelen kwetsbare individuen een toenemend gevoel van uitwegloosheid met een toenemend gevaar van suïcide. In bijlage 3 zijn voorbeelden van stress-kwetsbaarheidsfactoren samengevat (bijlage 3).

### **4.5. Beschermende factoren**

Naast stress- en kwetsbaarheidsfactoren zijn er ook beschermende factoren zoals

- Een goed sociaal netwerk van familie en/of vrienden met goede steun
- Verantwoordelijkheid hebben en zich verantwoordelijk voelen tegenover anderen, vooral tegenover eigen kinderen
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap, waarbij de religie suïcide niet toestaat
- Goede therapeutische relatie met hulpverleners

## **5. Behandeling van suïcidaal gedrag en suïcidepreventie**

### **5.1. Farmacologische behandeling**

Gegevens over specifieke medicamenteuze interventies voor suïcidepreventie zijn beperkt. Goed onderzocht is wel het gebruik van lithium bij de behandeling van depressies, daarbij blijkt dat lithium een gunstig effect heeft op de preventie van suïcides. Daarnaast bestaat er een matige tot sterke aanwijzing voor een relatie tussen het toegenomen aantal voorgeschreven antidepressiva en de afname van de suïcidegevallen in de bevolking (Grandin e.a. 2001). Ook werd gevonden dat de serotonerge antidepressiva het suïcidale gedrag bij depressieve patiënten drastisch verminderen (Goldberg e.a. 2001). Selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) hebben anti-impulsieve en anti-agressieve effecten. Zij zouden kunnen helpen om de symptomen van alcoholafhankelijkheid en de depressieve kenmerken te verminderen bij depressieve alcoholisten met suïcidaliteit (Goldberg e.a. 2001). In de eerste weken van het gebruik van SSRI's moet de hulpverlener echter extra alert zijn, omdat in de literatuur beschreven wordt dat bij een kleine groep het risico op suïcide in deze periode licht verhoogd is. De rol van atypische antipsychotica als stemmingsstabilisatoren en daarmee als middelen voor suïcidepreventie worden steeds meer onder de aandacht gebracht. Het gebruik van clozapine zou mogelijk anti-suïcidale effecten kunnen hebben (Goldberg e.a. 2001). Er is echter nog veel meer wetenschappelijk onderzoek nodig naar de gunstige effecten van verschillende medicatie op verminderen van suïcidaliteit bij patiënten afhankelijk van psychoactieve stoffen.

### **5.2. Psychosociale interventies**

De praktijk toont dat psychosociale interventies effectief kunnen zijn bij de behandeling van suïcidaal gedrag en de preventie van suïcide. Vooral de alertheid van hulpverleners voor de kenmerken van suïcidaal gedrag is belangrijk (zie ook 3.1.) en artsen, psychologen, psychotherapeuten en andere hulpverleners moeten goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van preventie van suïcide. Dit geldt vooral ook voor hulpverleners in de verslavingszorg. Hulpverleners moeten kennis hebben van de risicofactoren en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide, kwetsbare persoonskenmerken kunnen inschatten, psychologische ontwikkelingen herkennen (zie ook 2.3, 3.2. en 4.5.) en leren omgaan met het begeleiden van patiënten met suïcidaal gedrag en een risico op suïcide (zie ook 4.1., 4.2., 4.3.) Steun, empathie en goed informeren naar de problemen en twijfels en niet veroordelen of wegwuiven is essentieel (NVvP, NIP, V&VN 2012). Het trainen van psychiaters, andere medisch specialisten en artsen op het herkennen van suïcidaliteit heeft een gunstig effect op het aantal gediagnosticeerde en behandelde depressieve patiënten met het bijkomende effect dat het aantal suïcides daalt. Ook verminderen van toegang tot dodelijke methoden, zoals beschikbaarheid van wapens en middelengebruik, restrictie op voorschrijven en verkoop van barbituraten en constructies op plaatsen die een goede mogelijkheid geven om vanaf te springen, heeft geleid tot een afname van het aantal suïcides (Mann e.a. 2005).

Een restrictief alcoholbeleid kan bijdragen aan het verminderen van het aantal suïcides. In onderzoeken in de voormalige USSR is gekeken naar het voorkomen van suïcides voor en na het starten van een restrictieve anti-alcohol campagne door Gorbachov in de voormalige USSR. Na de invoering van dit beleid zijn het aantal suïcides significant afgenomen, zowel bij mannen als vrouwen (Wasserman e.a. 1998).

### **5.3. Behandelsettings bij suïcidaal gedrag**

De indicaties voor verschillende behandelsettings bij suïcidaal gedrag zijn overgenomen uit de praktijkrichtlijn voor de beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag van de American Psychiatric Association (APA 2003). Het betreft aanwijzingen voor de richting aan het beleid en zij mogen niet worden opgevat als voorschrift.

### **5.3.1. Bij voorkeur opnemen**

De voorkeur voor opnemen in een psychiatrische kliniek of PAAZ is altijd te overwegen na een suïcidepoging indien de volgende feiten zich voordoen:

- de cliënt/patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant is;
- de suïcidepoging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was;
- voorzorgen zijn genomen om ontdekking te voorkomen;
- er een persisterend plan of een persisterende intentie is
- de cliënt/patiënt spijt heeft dat hij/zij nog leeft, of indien een gevoel van spanning is toegenomen;
- de cliënt/patiënt een man is van middelbare leeftijd of ouder, met een nieuwe psychiatrische aandoening of nieuw suïcidaal gedrag;
- de cliënt/patiënt weinig sociaal-maatschappelijk ondersteuning heeft (inclusieve geen huisvesting);
- er bij onderzoek uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen, of weigering van hulp;
- er een psychiatrische stoornis is met een metabole, toxische, infectueuze etiologie, waarvoor nader onderzoek in een gestructureerde setting noodzakelijk is.

De voorkeur gaat ook richting opnemen bij suïcidegedachten met een specifiek suïcideplan met hoge letaliteit, bij een sterke doodswens en bij vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid en stress.

### **5.3.2. Mogelijk opnemen**

Als de onder 5.3.1. beschreven situaties ontbreken is na een suïcidepoging toch de mogelijkheid van opnemen te overwegen bij suïcidegedachten in combinatie met:

- een psychose of een andere ernstige psychiatrische aandoening;
- een lichamelijke ziekte als bijkomende factor;
- een beperkt steunsysteem, vooral ook het ontbreken van huisvesting;
- een onwerkzame of gebrek aan medewerking aan een ambulante of deeltijdbehandeling;
- een ontbrekende arts-cliëntrelatie;
- de noodzaak van deskundige observatie, medisch-psychiatrisch-psychologisch onderzoek en diagnostiek waarvoor een gestructureerde setting nodig is;
- er uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese aanwijzingen zijn voor een hoog suïciderisico en een recente toename van het risico.

### **5.3.3. Mogelijk naar huis**

De mogelijkheid om de cliënt/patiënt na een suïcidepoging of bij suïcidegedachten naar huis te laten gaan bestaat als het suïcidaal gedrag een reactie is op een gebeurtenis zoals zakken voor een examen of relatieproblemen, vooral als de opvattingen van de cliënt inmiddels veranderd zijn. De mogelijkheid om evenzo van een opname af te zien is als het suïcideplan of de methode een geringe letaliteit heeft, de cliënt een stabiele en ondersteunende omgeving heeft en de cliënt is staat is (in staat wordt geacht) om mee te werken aan advies over follow-up.

### **5.3.4. Bij voorkeur naar huis**

De voorkeur om een cliënt naar huis te laten gaan is gegeven als er chronisch suïcidaal gedrag aanwezig is, zonder voorgeschiedenis met een suïcidepoging met hoge letaliteit, maar met een veilige, ondersteunende omgeving en een lopende ambulante behandeling.



## 5.4. Stappenplan voor de suïcidepreventie

In het stappenplan voor suïcidepreventie zijn drie fasen te onderscheiden, namelijk signalering, verificatie en interventie (RIAGG 1995). Op ieder moment kan iemand, zowel hulpverleners als niet-hulpverleners, signalen van een patiënt opvangen over een mogelijk suïciderisico. Alle hulpverleners moeten in principe in staat zijn om het risico op suïcide te kunnen signaleren en te verifiëren (zie 4.). Bij niet-hulpverleners, zoals familieleden, medepatiënten, administratieve medewerkers en medewerkers van de facilitaire dienst, moet er duidelijkheid bestaan over wie zij kunnen aanspreken over signalen van een patiënt met suïcidale gedachten of plannen. De eerste 3 stappen van de interventiefase kunnen worden doorlopen door een daarvoor bevoegde hulpverlener met de bovengenoemde competentie. De verdere interventie ofwel behandeling moet worden uitgevoerd door een psychiater. De hulpverlener moet zich bij iedere stap uit het stappenplan afvragen of zij/hij met deze problematiek om kan, mag of wil gaan en zonodig een psychiater moet inschakelen. Bij twijfel is het altijd verstandig om te overleggen. Tijdens het uitvoeren van het stappenplan moet het eventueel aanwezige behandelplan van de patiënt in ogenschouw worden genomen. Het kan zijn dat het afgesproken beleid met de patiënt afwijkt van het stappenplan.

<b>5.4.1. Signaleringsfase (risico-indicatoren)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eerdere suïcidepoging</li> <li>• Suïcidaal gedrag in de familie</li> <li>• Geweldservaring of seksueel misbruik in jeugd</li> <li>• Eerdere opname in psychiatrie</li> <li>• Recent verlies, met name wegvallen van laatst overgebleven vertrouweling (overlijden, scheiding)</li> <li>• Herenigingswens met overledene</li> <li>• Depressieve verschijnselen, met name uiting van wanhoop</li> <li>• Sterke gevoelens van hopeloosheid</li> <li>• Suïcidale gedachten</li> <li>• Suïcideplan</li> <li>• Roekeloos (verslavings)gedrag</li> <li>• Sterk negatief toekomstbeeld, een zwart gat, bedreigde levensdoelen</li> <li>• Persoonskenmerken: impulsiviteit, agressiviteit, dichotoom denken, rigiditeit en gebrekkig oplossend vermogen</li> <li>• Acute gedragsverandering               <ul style="list-style-type: none"> <li>- sociale isolatie</li> <li>- presuïcidaal syndroom (verwaarlozing zelf/planten/dieren, vernietiging van oude herinneringen, weggegeven emotioneel materiaal)</li> <li>- afnemende weerbaarheid</li> </ul> </li> <li>• Een of meerdere van bovenstaande punten in combinatie met (overmatig) gebruik van psychoactieve middelen</li> </ul>	
<b>5.4.2. Verificatiefase</b>	
Inschatting van risico op suïcidaliteit	Nee → reguliere behandeling Twijfel Ja → zie interventiefase
<b>5.4.3. Inschatting</b>	
Kan/wil/mag je omgaan met zelfdodingproblemen?	Nee → verwijzen naar ... Ja → vervolg protocol
I. Maak expliciet bespreekbaar	Suïcidaal gedrag Bedoeling van suïcide Aanleidingen van suïcide
II. Schat suïcidegevaar in Hulpmiddelen zijn:	Bijlagen 1, 2, 3

III. Schat overlijdensrisico in	
IV. Interventies	

Als de ernst van het risico op suïcidaliteit is ingeschat kan op basis van het volgende stappenplan getaxeerd worden in hoeverre de patiënt verantwoordelijk te stellen is voor eigen gedrag.

1. Depressieve stemming en wanen/hallucinaties?	Ja → depressieve psychose Nee → zie 2	- psychiatrisch consult - medicatie: - antidepressiva - klinisch/ambulant? - crisisinterventie (zie 5.4.4.)
2. Wanen/hallucinaties of tevoren bizar gedrag, niet depressief?	Ja → Nee → zie 3	- psychiatrisch consult - medicatie: - antipsychotica - klinisch/ambulant? - crisisinterventie (zie 5.4.4.)
3. (Tevoren) depressief met vitale kenmerken?	Ja → vitale depressie Nee → zie 4	- psychiatrisch consult - medicatie: - antidepressiva - crisisinterventie (zie 5.4.4.)
4. Vrij plotseling niet verklaarbare depressie zonder vitale kenmerken?	Ja → levens- of neurotische problemen Nee → zie 5	- psychiatrisch consult - psychotherapie - crisisinterventie (zie 5.4.4.)
5. Bekend met stemmingswisselingen?	Ja → persoonlijkheidsstoornis Nee → zie 6	- psychiatrisch consult - evt. medicatie - structuur en steun - evt. psychotherapie
6. Alleen situatief bepaald?	Ja → maatschappelijke problematiek	- verwijzen - steun - zelfhulpgroep

Bij 1 t/m 5 neemt de therapeut de verantwoordelijkheid gedeeltelijk over en laat desnoods de patiënt onvrijwillig opnemen via de BOPZ. Bij alle stappen is het noodzakelijk dat collegiaal overleg plaatsvindt, bij de eerste 5 altijd met een psychiater; bij stap 6 is dat wenselijk. Bij punt 6 legt de therapeut de autonomie grotendeels bij de patiënt zelf.

#### 5.4.4. Crisisinterventie

Daar waar het mogelijk is wordt gebruik gemaakt van lokale crisisinterventieteams van de verslavingszorg of de psychiatrie.

Crisisinterventiemaatregelen zijn:

- Vraag toestemming te mogen helpen bij het verminderen van de crisis
- Leg empathisch contact (zie ook 4.1.)
- Probeer middelen te (laten) elimineren
- Probeer sociale contacten te herstellen of organiseer (tijdelijke, overbruggende) vervangende contacten
- Vermijd pseudo-opbeurende uitspraken als 'morgen zie je alles anders', 'het leven kan zo mooi zijn'. Het blijkt dat suïcidanten dit ervaren als onbegrip/afwijzing.
- Houd een niet-zelfdodingsgesprek en zie patiënt altijd eerder terug dan hij/zij nodig vindt. De meeste auteurs adviseren frequente contacten in de eerste drie weken. Een gesprek de volgende dag blijkt te werken. Overweeg het opstellen van een non-suïcide contract.

- Is medicatie nodig?
  - Expliciteer het dilemma: medicatie om je er door te helpen versus suïcidemiddel
  - Geef een weinig gevaarlijk middel en in beperkte hoeveelheid
  - Maak afspraken over het beheer ervan
  - Overleg met huisarts en apotheek over het niet geven van herhalingsrecept
- Realiseer je dat je bij verwijzing verantwoordelijk/aansprakelijk blijft tot het moment dat het contact tussen patiënt en degene naar wie men verwijst tot stand is gekomen.
- Realiseer je dat het suïciderisico sterk kan fluctueren (New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health 2003). Het is daarom belangrijk om het inschatten van suïcidaliteit regelmatig te herhalen, zeker als de omstandigheden zijn veranderd.

## **6. Professioneel handelen bij acuut dreigend suïcidaal gedrag, bij een suïcidepoging zonder en met ernstig letsel en bij suïcide**

Bij acuut dreigend suïcidaal gedrag en na een ernstige suïcidepoging en een suïcide moet er snel en adequaat gehandeld worden. Er zijn veel praktische zaken die geregeld moeten worden op zo'n moment. Uit de literatuur blijkt dat veel psychiaters in opleiding niet worden onderwezen in het praktisch handelen na een suïcidepoging en suïcide (Dewar e.a. 2000, Heyn e.a. 2004). Waarschijnlijk geldt dit nog veel meer voor andere disciplines in de gezondheidszorg. In dat protocol staan drie stappenplannen die doorlopen moeten worden om zo tot een structurele aanpak te komen bij acuut dreigend suïcidaal gedrag, na een suïcidepoging of suïcide. Voor elk stappenplan wordt aangegeven welk signaal er wordt waargenomen door welke werknemer (bijv. maatschappelijk werker) en welke actie ondernomen moet worden op welk moment. Achtereenvolgens komen de volgende gedetailleerde stappenplannen aan de orde: Acute dreiging van suïcide (6.1.), Suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letsel (6.2.), suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel (6.3.) en suïcide (6.4.). In de bijlagen worden voor de suïcidepogingen en suïcide afvinklijsten gepresenteerd die kunnen dienen voor adequate dossiervoering. De exacte volgorde van het afwerken van deze handleiding is enigszins onderhevig aan persoonlijke smaak/ervaring. Ook na een dreiging van een suïcide of een milde suïcidepoging is het zaak op een gestructureerde manier te werk te gaan, zodat hiervoor ook een stappenplan wordt aangeboden. De stappenplannen kunnen zowel in de intramurale als ambulante zorg worden toegepast. In de ambulante setting kan de hulpverlener op een later moment betrokken raken bij de suïcide, het verdient de voorkeur om vanaf dat moment alsnog het stappenplan te gebruiken. Bij het informeren van medepatiënten van ambulante patiënten moet men rekening houden met netwerk van deze patiënt.

Bij incidenten zoals suïcidedreiging verdient het de voorkeur dat er nauwe samenwerking tussen behandelingsverantwoordelijke en lijnfunctionaris plaats vindt.

## 6.1. Handelen bij acuut dreigend suïcidaal gedrag

(Onder punt 10 is een bijlage te vinden die afzonderlijk kan worden afgedrukt)

*Signaal = medewerkers van verslavingszorginstelling of derden (medepatiënten, naasten, huisarts) signaleren direct suïcidegevaar en melden dit bij verslavingsarts, AMW, huisarts, politie, Spoedeisende Hulp van ziekenhuis etc.*

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet mogelijk inlichten van dienstdoende arts	Direct
2	Verslavingszorginstelling zorgt voor directe opvang van patiënt en eventueel naasten*	Direct
3	Behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts overlegt met huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene En rapporteert schriftelijk aan huisarts en/of andere behandelaars	Binnen 24 uur Binnen 1 week
4	Verslavingszorginstelling zorgt zonedig voor aansluitende hulp	

## 6.2. Handelen bij een suïcidepoging zonder dreiging van ernstig lichamelijk letsel

(onder punt 10 is een bijlage te vinden die afzonderlijk kan worden afgedrukt)

*Signaal = medewerkers van verslavingszorginstelling of derden (medepatiënten, naasten, huisarts) signaleren een suïcidepoging zonder letsel en melden dit bij verslavingsarts, AMW, huisarts, politie, Spoedeisende Hulp van ziekenhuis etc.*

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet mogelijk inlichten van dienstdoende arts	Direct
2	Verslavingszorginstelling zorgt voor directe opvang van patiënt en eventueel naasten*	Direct
3	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, bijvoorbeeld met behulp van Suïcide Intentieschaal (zie 4.)	Binnen 24 uur
4	Behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts overlegt met huisarts en/of andere behandelaars van de betrokkene En rapporteert schriftelijk aan huisarts en/of andere behandelaars	Binnen 24 uur Binnen 1 week
5	Verslavingszorginstelling zorgt zonedig voor aansluitende hulp	
6	Verslavingszorginstelling rapporteert schriftelijk aan huisarts over vervolg	Binnen 3 weken
7	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke	

---

\* Raadplegen van familie/naasten vindt bij een wilsbekwame patiënt alleen met toestemming van de patiënt plaats. Bij een wilsonbekwame (niet aanspreekbare) patiënt wordt overlegd met familie/naasten. Het verdient aanbeveling om de overwegingen tot het informeren van familieleden/naasten zorgvuldig in het dossier te vermelden.

### 6.3. Handelen bij een suïcidepoging met dreiging van ernstig lichamelijk letsel

(onder punt 10 is een bijlage te vinden die afzonderlijk kan worden afgedrukt)

Signaal = *suïcidepoging met serieus lichamelijk letsel gesignaleerd door medewerkers van verslavingszorginstelling of door derden (medepatiënten, naasten, huisarts) en gemeld (via, via) bij ambulancedienst of rechtstreeks bij Spoedeisende Hulp van ziekenhuis*

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Reanimatie door medewerkers verslavingszorginstelling	Direct
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2	Direct
3	Inlichten van behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts, direct leidinggevende	Direct
4	Noodzakelijke medische behandeling door Spoedeisende Hulp/ziekenhuis	Direct
5	Inlichten van Raad van Bestuur of dienstdoende lid van management	Binnen 24 uur
6	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke of dienstdoende arts	Direct
7	Inlichten van medewerkers door lijnfunctionaris	Direct
8	Inlichten van 1 <sup>o</sup> geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris	Binnen 24 uur
9	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	Direct
10	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in en rapporteert	Binnen 24 uur Binnen 1 week
11	Inlichten van medepatiënten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> <li>- mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> <li>- van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige</li> <li>- extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> </ul> inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen	Zo snel mogelijk in ieder geval binnen 24 uur
12	<i>Klinisch</i> Hoofden andere teams binnen sector inlichten	Binnen 24 uur
13	Professionele beoordeling suïcidaliteit door arts/psychiater, klinisch Psycholoog/GZ-psycholoog	Binnen 24 uur
14	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (VIM) door lijnfunctionaris	Binnen 1 week
15	Schriftelijk inlichten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg via de 1 <sup>o</sup> geneeskundige en Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de inspectie (zie 8.6.)	Binnen 4 weken
16	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage 7)	Binnen 1 week
17	Evaluatiegesprek met patiënt door behandelingsverantwoordelijke	

#### 6.4. Handelen na een suïcide

(onder punt 10 is een bijlage te vinden die afzonderlijk kan worden afgedrukt)

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Reanimatie (zo nog mogelijk en zinvol)	Direct
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2	Direct
3	Oproepen behandelingsverantwoordelijke, indien niet aanwezig dienstdoende arts	Direct
4	Indien patiënt overleden is: dood laten vaststellen door arts en situatie ongewijzigd laten tot komst van politie	
5	Recherche bellen; dienstdoende arts maakt melding van niet-natuurlijke dood/suïcide	Direct
6	Inlichten van dienstdoend lid van management bereikbaarheidsdienst	Direct
7	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke/dienstdoende arts	Direct
8	Inlichten van 1 <sup>e</sup> geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris	Direct
9	Inlichten van werknemers op afdeling en inschakelen van extra verpleegkundig personeel	Direct
10	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	Direct
11	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in en rapporteert	Binnen 24 uur Binnen 1 week
12	Inlichten van medepatiënten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> <li>- mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> <li>- van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige</li> <li>- extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> </ul> inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen	Zo snel mogelijk, in ieder geval binnen 24 uur
13	<i>Klinisch</i> Hoofden andere teams binnen sector inlichten	Binnen 24 uur
14	<i>Klinisch</i> Inlichten van verpleging andere afdelingen door lijnfunctionaris	Binnen 24 uur
15	Schriftelijk inlichten van Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) door lijnfunctionaris	Binnen 1 week
16	Schriftelijk melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg via 1 <sup>e</sup> geneeskundige in afstemming met de Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de Inspectie (zie 8.6.).	Binnen 4 weken
17	Professionele beoordeling suïcidaliteit door psychiater/klinisch psycholoog	Binnen 1 week
18	Familie schakelt begrafenisonderneming in, begrafenisonderneming verstrekt de verklaring van overlijden aan de arts. Indien overledene geen familie of relatie had, kan de arts bellen naar de Gemeentelijke Dienst voor de Lijkverzorging (afdeling Sociale Dienst). De gemeentelijke dienst regelt de begrafenis en de financiële zaken.	Binnen 48 uur
19	Eventueel bezoek van begrafenis/crematie door hulpverleners in overleg met familie of naast betrokkenen	
20	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage 7)	Binnen 1 week

21	Evaluatiegesprek familie of naast betrokkenen (zie bijlage 8)	Binnen 2 weken
----	---	----------------

## 7. De impact van een suïcide op hulpverleners

Suïcide van patiënten levert een significante bijdrage aan stress onder hulpverleners. Het blijkt dat suïcide van een patiënt een negatief effect heeft op de gezondheid en welbevinden van psychiaters, psychiaters in opleiding, klinisch psychologen en verpleegkundigen, waarbij sommige hulpverleners symptomen van depressie, angst en posttraumatisch stress syndroom vertonen. Het is van belang om te beoordelen welke impact van de suïcide heeft op het functioneren van het gehele team (Linke e.a. 2002).

In de literatuur wordt vooral aandacht besteed aan de impact van suïcide op psychiaters in opleiding. Deze arts-assistenten zijn meer kwetsbaar vanwege hun intensievere contact met patiënten, relatieve onervarenheid, inadequate steun en beperkt begrip van de normale reactie op suïcide (Yousaf e.a. 2002, Campbell & Fahy 2002). De ervaringen van een suïcide kunnen een negatief effect hebben op zowel het professioneel functioneren als op het privéleven. Uit onderzoek bij psychiaters in opleiding in Schotland blijkt dat een goede training tijdens de opleiding een betere voorbereiding zou kunnen geven op dit soort gebeurtenissen. Bijna iedereen had onderwijs gekregen in risico-inschatting van suïcide, maar slechts een kwart kreeg enige onderricht in het post-incidentbeleid van suïcide (Dewar e.a. 2000). Psychiaters in opleiding in Vlaanderen hebben in 44% enig onderwijs gehad in het inschatten van het risico van suïcide en slechts 10% vermeldt onderricht te hebben gekregen over welke procedure te volgen na de suïcide van een patiënt. Bij 15% had de suïcide een aspect van hun persoonlijke leven in negatieve zin beïnvloed en bij 18% had dat een negatieve invloed op professioneel gebied gehad (Heyn e.a. 2004).

Volgens van Heeringen (2004) krijgt de opleider bij de suïcide van een patiënt de mogelijkheid om de assistent te leren om de suïcide te zien als een onderdeel van het leerproces. Dit leerproces zal de assistent de vaardigheden kunnen verschaffen die hem of haar in staat stellen tegelijkertijd op een adequate manier met eigen gevoelens om te gaan en ondersteuning te bieden aan de getroffen familie. Kolthof e.a. (2000) zeggen dat supervisie na existentieel schokkende gebeurtenissen dient ter bevordering van emotionele groei en verdere professionalisering van de assistent. In de literatuur wordt alleen gesproken over psychiaters in opleiding, maar goede begeleiding na suïcide is vooral ook van belang voor leerling-verpleegkundige en andere (onervaren) hulpverleners.

In onderzoek bij ervaren psychiaters in Schotland (Alexander e.a. 2000) wordt bij 40% veranderingen in het professioneel handelen beschreven. Voorbeelden hiervan zijn een meer gestructureerde aanpak van patiënten met suïciderisico en toegenomen gebruik van wetgeving van de geestelijke gezondheidszorg.

Het meemaken van een suïcide van een patiënt is een van de moeilijkste ervaringen voor psychiaters op professioneel gebied. Suïcide komt relatief vaak voor en mag zelfs een beroepsrisico genoemd worden (Campbell & Fahy 2002). Er zijn veel verschillende reacties mogelijk, zoals posttraumatisch stress syndroom, schaamte, schuldgevoelens, woede, isolatie, angst voor reacties uit omgeving en uiteindelijk berusting (Andriessen & Fauw 2005, Gitlin 1999). Belangrijke methode om te leren omgaan met suïcide van een patiënt zijn het verminderen van gevoel van isolatie, het gebruik maken van de ervaring om anderen voor te bereiden of te begeleiden in soortgelijke situaties. Berusting komt vooral van het besef dat suïcide nu eenmaal voorkomt en dat behandelaars slechts een beperkte invloed op hun patiënten hebben.

Behandelteams waarderen de aanwijzingen en steun van ervaren collega's over de impact van suïcide. De meeste steun wordt ervaren door de directe collega's, gevolgd door partners, familie en vrienden (Linke e.a. 2002, Alexander e.a. 2000). Het steun zoeken bij collega's, supervisors of supportgroepen kan helpen om te leren omgaan met de suïcide van een patiënt (Valente 2003). Speciale bijeenkomsten om de suïcide te bespreken worden als waardevol en nuttig beschouwd,

vooral als door ervaren hulpverleners openlijk wordt gesproken over de verstorende invloed van een suïcide op een team. Het is van belang aandacht te besteden aan het gegeven dat veel suïcides niet te voorspellen zijn (Hodelet & Hughson 2001).

Het deelnemen aan vervolgebeurtenissen na een suïcide van een patiënt, zoals begrafenis, crematie of herdenkingsbijeenkomst, kunnen behulpzaam zijn voor hulpverleners om de gebeurtenissen te verwerken. Daarnaast kan het een goede manier zijn om de betrokkenheid van hulpverleners aan nabestaanden te laten blijken (Andriessen & Fauw 2005).

Training en opleiding in suïcidepreventie en nazorg na suïcide en het kunnen terugvallen op duidelijke richtlijnen blijken een algemene voorwaarde om hulpverleners minder kwetsbaar te maken voor suïcide van patiënten. Het biedt een houvast en zorgt ervoor dat verschillende aspecten gepland en gefaseerd kunnen verlopen (Andriessen & Fauw 2005).

De inbreng van een clinicus niet verbonden aan de instelling kan met een psychologische autopsie educatieve en therapeutische voordelen opleveren voor het team. De eerste psychologische autopsie wordt beschreven door Schneidman. Vervolgens zijn er verschillende versies verschenen gebaseerd op persoonlijke ervaringen. Een pragmatische psychologische autopsie (zie bijlage 7, evaluatiegesprek hulpverleners) blijkt hanteerbaar en nuttig en bestaat uit een lijst van 16 te bespreken punten. Het bespreken van deze factoren geeft het team de kans om de suïcide in een context te plaatsen en het helpt het gevoel van schuld te verminderen. Het is belangrijk om dit niet te snel na de suïcide te doen (1 tot 6 maand(en) na de suïcide) en om een buitenstaander deze bespreking te laten voorzitten. Het vermijden van aanwijzen van een zondebok en het vergoelijken is van belang. Het is aan te bevelen om deze psychologische autopsie bij elk overlijden van een patiënt met een onduidelijke oorzaak uit te voeren (Hodelet & Hughson 2001).

#### **Adviezen:**

- Tijdens de opleiding van psychiaters, verslavingsartsen, verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers moet aandacht worden geschonken aan de risico-inschatting van suïcide. Er moet ook informatie worden gegeven over de gang van zaken na een suïcide, o.a. over teambesprekingen, gesprekken met nabestaanden, verslaglegging in dossier, emotionele verwerking en gerechtelijk en/of vervolging na een suïcide.
- Bespreking van ervaringen van assistenten/leerlingen met supervisor en collega's moet een vaste plaats krijgen in de evaluatie na suïcide.
- Ongeveer 1 tot 6 maanden na de suïcide moet tijd worden gepland voor een psychologische autopsie.

## **8. Wet- en regelgeving**

### **8.1. Bevoegdheid om een suïcidale cliënt te beoordelen**

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) regelt dat voor elke professional geldt: **niet bekwaam is niet bevoegd**. In het professioneel statuut van de instelling wordt vastgelegd wie verantwoordelijk wordt geacht voor de beoordeling van suïcidaal gedrag. Verder dienen alle professionals goed op de hoogte te zijn van de richtlijnen van hun beroepsvereniging. **Dit protocol wordt in het bijzonder aanbevolen aan iedere arts, psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundige die bij Novadic-Kentron werkzaam is.** Novadic-Kentron gaat daarvan uit dat het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek tot de basisvaardigheden behoort van iedere afzonderlijke professional uit deze beroepsgroepen. Oriënterend onderzoek omvat contact maken (zie 4.1.), onderzoek doen naar de suïcidale toestand (zie 4.), het in kaart brengen van stress- en kwetsbaarheidsfactoren (zie 4.4.), het bij de beoordeling betrekken van naasten (zie 4.2.), een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen en het zorgen voor veiligheid en continuïteit (zie 4.3.).



## 8.2. Beoordeling wilsbekwaamheid en beoordeling in het kader van de Wet BOPZ

De beoordeling of de patiënt/cliënt wilsbekwaam is om te beslissen over de noodzakelijke medische behandeling, en de beoordeling in het kader van de Wet BOPZ, zijn voorbehouden aan een arts. Als de beoordeling wegens de Wet Bopz niet is gedaan door een psychiater, dient deze beoordeling zo snel mogelijk alsnog te volgen. Het wordt aanbevolen een psychiater bij diagnostiek en behandeling altijd te betrekken als een ernstige psychiatrische stoornis vermoed wordt en/of als de noodzaak tot een psychiatrische opname afgewogen moet worden.

## 8.3. Toestemming cliënt voor behandeling

Mag een professional een patiënt/cliënt zonder diens toestemming behandelen na een suïcidepoging? Bij de indicatiestelling kan spanning bestaan tussen de artikelen in de grondwet die autonomie en zelfbeschikking van de patiënt/cliënt beschermen (artikel 10, 11, en 15) versus de sociale artikelen die meer verplichting tot zorg bepalen (artikel 22). Hierdoor kan een dilemma optreden dat niet kan worden opgelost met wettelijke regels.

Een somatische behandeling zonder toestemming kan alleen plaatsvinden indien de patiënt/cliënt als wilsbekwaam wordt beoordeeld om besluiten te nemen over behandeling, en wanneer ernstig nadeel moet worden afgewend. Bij de beoordeling of een patiënt/cliënt met suïcidaal gedrag wilsbekwaam is, moet het **begripsvermogen en de beslisvaardigheid van de patiënt/cliënt worden beoordeeld en worden afgewogen tegen de nadelen die kunnen ontstaan bij het niet behandelen**. Het wordt gevraagd om aan de beslisvaardigheid hoge eisen te stellen in het bijzonder bij weigering van interventies die levensreddend zijn. Als het bij de mogelijkheden hoort, dient vervangende toestemming te worden gezocht (NVvP, NIP & V&VN 2012).

In het kader van goed hulpverlenerschap is de hulpverlener gevraagd bij acute en concrete suïcideplannen en een hoog risico op een fatale afloop afwegingen te maken over wilsbekwaamheid en de noodzaak om ernstig nadeel af te wenden. Daarbij kan het noodzakelijk zijn om de minimaal noodzakelijke informatie met naasten of andere professionals te delen. De patiënt/cliënt moet hiervan direct, of zo snel als verantwoord mogelijk is, op de hoogte worden gesteld.

Het kan een conflict van plichten optreden tussen geheimhoudingsplicht en informatieplicht. Indien de professional het noodzakelijk acht naasten van de patiënt/cliënt te informeren en de patiënt/cliënt hiervoor geen toestemming geeft, wordt van de professional verwacht er alles aan te doen om de patiënt/cliënt te overtuigen van de noodzaak om anderen te informeren (NVvP, NIP & V&VN 2012).

Wanneer het risico van suïcide of ernstige zelfbeschadiging hoog wordt ingeschat, moet worden overwogen of een gedwongen opname (IBS=inbewaringstelling) geïndiceerd is om het gevaar af te wenden. In dit geval moet het gevaar wel voortkomen uit een psychiatrische stoornis (Van Tilburg e.a. 2008).

## 8.4. De suïcidale cliënt wil met ontslag

De eerste periode na een klinische opname is kwetsbaar. Als een cliënt met ontslag wil en geen medisch-psychiatrische contra-indicaties aanwezig zijn, moet een goede continuïteit van zorg worden geregeld. Dit geldt in het bijzonder bij een ontslag tegen het advies van de behandelaar. De professional dient hierbij te overleggen met ketenpartners en in het dossier moet worden vastgelegd wie de regie en de verantwoordelijkheid heeft voor (onderdelen van) de behandeling, voor welke termijn dat geldt, en hoe de afspraken zijn over samenwerking (Hermens e.a. 2010).

Altijd moet een afweging plaatsvinden over de voor- en nadelen van een ambulante versus een klinische behandeling. Afhankelijk van de ernst van de psychiatrische problematiek wordt de beslissing genomen. **Bij aanwezigheid van psychiatrische problematiek wordt geadviseerd om patiënt/cliënt niet te laten gaan, maar te overwegen of een gedwongen opname**

**geïndiceerd is (zie ook 5.3.).** De beoordeling dient indien mogelijk te worden gedaan door een (bij voorkeur onafhankelijke) psychiater. Als die niet beschikbaar is dan mag de beoordeling ook worden gedaan door een arts die geen psychiater is. In het laatste geval moet de patiënt/cliënt echter binnen een redelijke termijn (binnen 24 uur) alsnog door een psychiater worden beoordeeld.

### **8.5. Dossiervorming en inzage door nabestaanden**

In het dossier moeten alle relevante bevindingen, afwegingen en beslissingen zorgvuldig worden vastgelegd, in het bijzonder wanneer wordt afgeweken van een richtlijn. Voor een klachtencommissie of de tuchtrechter is wat door de professionals is gerapporteerd relevanter dan wat de professional dacht of heeft gezegd.

De algemene regel is dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van een patiënt (KNMG 2010). Nabestaanden en andere partijen hebben **geen wettelijk recht** op informatie of inzage in een afschrift van het dossier. In het beginsel wordt daarom alleen informatie gegeven indien de overledene daarvoor bij leven toestemming heeft gegeven.

Er zijn drie uitzonderingen (KNMG 2010):

- veronderstelde toestemming van de patiënt/cliënt;
- een wettelijk voorschrift;
- een conflict van plichten bij de behandelaar wegens zwaarwegend belangen van derden;

In veel situaties kan veronderstelde toestemming een redelijke grond zijn om wel informatie te geven. **Emotionele problemen van familieleden na het overlijden van de patiënt/cliënt wordt echter niet opgevat als zwaarwegend belang.** Die informatie die na het overlijden wordt verstrekt, moet zo relevant en beperkt mogelijk zijn, zo veel mogelijk in de geest van de overledene, en wordt gegeven in een gesprek met de betrokkenen.

### **8.6. Melden van een suïcide en/of suïcidepoging met ernstig letsel bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg**

Een suïcide en/of een suïcidepoging met ernstig letsel dient bij de Inspectie van de Gezondheidszorg te worden gemeld indien:

- een Bopz-maatregel van kracht was;
- er sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiaire inrichting, een forensich-psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinrichting;
- de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg.

De melding aan de IGZ wordt gedaan door 1<sup>e</sup> geneeskundige in afstemming met de Raad van Bestuur (zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl) > melden > melden als zorgaanbieder > Format melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie).

## 9. Literatuur

- Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin SH. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:1600-1602.
- Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000;320:1571-1574.
- Andriessen K, Fauw de N. Het overkomt ons niet: de suicide van een cliënt. *PsychoPraxis* 2005;3:90-94.
- APA. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington DC, 2003.
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004, 4, 37.
- Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the Risk of Suicidal Behavior. A prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:328-334.
- Campbell C, Fahy T. De taak van hulpverleners na suicide van een patiënt. *PsychoPraxis* 2002;4:147-151.
- Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, Bukstein OG, Kelly TM. Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(5):89S-96S.
- Cornelius JR, Thase ME, Salloum IM, Cornelius MD, Black A, Mann JJ. Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics. *Addictive Behaviors* 1998;23(1):119-121.
- Cottler LB, Campbell W, Krishna VAS, Cunningham-Williams RM, Abdallah AB. Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:431-437.
- Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2009, 70:19-24.
- Devilly GJ. Assessment Devices: Impact of Event Scale (IES): Swinburne University, Clinical & Forensic Psychology, 2004:Web site:  
<http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/assessment.html>.
- Dewar IG, Eagles JM, Klein S, Gray NM, Alexander DA. Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin* 2000;24:20-23.
- Foster T. Dying for a drink. Global suicide prevention should focus more on alcohol use disorders. *BMJ* 2001;323:817-818.
- Frijda NH. De emoties. Amsterdam: Bert Bakker, 1988.
- Garlow SJ. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psychiatry* 2002;159:615-619.
- Garlow SJ, Purselle D, D'Orio B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Dependence* 2003;70:101-104.
- Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140:822-835.
- Gitlin MJ. A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry* 1999;156(10):1630-1634.

GGZ Nederland. Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel. Raadpleegbaar via: <http://www.ggz nederland.nl/kwaliteit-van-zorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011>.

Goldberg JF, Singer TM, Garno JL. Suicidality and substance abuse in affective disorders. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 25):35-43.

Goldney DR. Suicide prevention. Oxford, *Oxford University press*, 2008.

Grandin LD, Yan LJ, Gray SM, Jamison KR, Sachs GS. Suicide prevention: increasing education and awareness. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 25):12-16.

Groot M de, Keijser J de. De opvang van nabestaanden na suïcide. In: Kerkhof AJFM, Luyn BJ de (red.) Suïcidepreventie in de praktijk. Utrecht, *Bohn Stafleu van Loghum*. 2010

Harris CE, Barraclough BM. Suicide as an outcome for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:205-228.

Have M ten, Graaf R.de, Dorsselaer S van, Verdurmen J, Land H van't, Vollebergh W. Suïcidaliteit in de algemen bevolking: gedachten en pogingen. Utrecht, *Trimbos Instituut*, 2006.

Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003;160:1494-1500.

Heeringen van C. Leren van een suïcide. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004;46(9):619-620.

Heeringen van C, Kerkhof AJFM, editors. *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.

Hermens M, Wetten H van, Sinnema H. Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaliteit: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten. Utrecht, *Trimbos-instituut*. 2010.

Heyn De E, Pieters G, Joos S, Gucht De V. Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suïcide van patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004;46(9):579-587.

Hodelet N, Hughson M. What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin* 2001;25:43-45.

Kausch O. Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1031-1038.

Kerkhof AJFM. Afhankelijkheid en suïcidaliteit. In: Buisman W, Kasselmann J, Majoor B, Schippers G, Silvis J, Walburg J, editors. *Handboek Verslaving*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995:B-6350, 1-15.

Kerkhof AJFM, Arensman E, Neeleman J, Wilde de EJ. Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland; Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie: Ivonne van de Ven Stichting & Depressiestichting, 2003.

Kerkhof AD. Epidemiologie van suïcidaal gedrag. In: Kerkhof AD & van Luyn B. Suïcidepreventie in de praktijk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, pp 23-38, 2010.

Kerkhof AD & van Luyn B. Suïcidepreventie in de praktijk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010.

KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. Utrecht, *KNMG*, 2010.

Kolthof HJ, Schutter N, Hoencamp E. Hoe kunnen psychiaters in opleiding omgaan met de emotionele aspecten van agressie en suïcide? *Tijdschrift voor psychiatrie* 2000;42(2):117-120.

Lazarus RS. Emotion and adaption. Oxford, *Oxford University Press*, 1991.

Linehan MM, Camper P, Chiles JA, Strohsahl K, Shearing E. Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitieve therapie and Research*, 1987, 11:1-12.

- Linke S, Wojciak J, Day S. The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin* 2002;26:50-52.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies. A Systemic Review. *JAMA* 2005;294(16):2064-2074.
- Morton WA. Cocaine and psychiatric symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;1(4):109-113.
- Motto J, Bostrom A. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services* 2001;52:828-833.
- Murphy G, Wetzel R. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(4):383-392.
- Neuringer C. Dichotomous evaluation in suicidal individuals. *Journal of consulting Psychology*, 1961, 25:445-449.
- Neuringer C. Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting Psychology*, 1964, 28:54-58.
- Neuringer C. Current development in the study of suicidal thinking. In: Schneidman ES (ed.) *Suicidology: contemporary developments*. New York, Grune & Stratton, 1976, 234-252.
- NVvP, NIP, V&VN. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidal gedrag. Utrecht, *De Tijdstroom*, 2012.
- New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health. The assessment and management of people at risk of suicide. *Best Practice Evidence-based Guideline*. Wellington, 2003.
- Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ, Giner J. Issues for DSM-V: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *American Journal of Psychiatry*, 2008, 165:1383-1384.
- Orbach I, Bar-Joseph H, Dorr N. Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide and Lifethreatening behavior*, 1990, 20:56-64.
- Ploeg van der E, Mooren TTM, Velden van der PG, Kleber RJ, Brom D. Construct validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychological Assessment* 2004;16(1):16-26.
- Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 2003;160:56-63.
- Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:427-432.
- RIAGG. Protocol Suïcidepogers: Opvang en nazorg. 's-Hertogenbosch, 1995.
- Roy A. Characteristic of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 2001;158:1215-1219.
- Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 2002;63:403-407.
- Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Research* 2003;121:99-103.
- Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf R de, Asmundson GJH, Have M ten, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*. 2005, 62:1249-1257.
- Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 2):70-74.
- Shea SC. The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *The Journal of clinical psychiatry* 1998; 59:58-72.

Slee N, Garnefski N, Spinhoven P, Arensman E. The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, 38:274-286.

Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2004;4(11).

Steenkist C. Suïcidaliteit en verslaving. In: Kerkhof AD & van Luyn B. Suïcidepreventie in de praktijk, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, pp. 331-339, 2010.

Tilburg W van, Veldhuizen JR van, Beijaert EW, e.a. Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Utrecht, *De Tijdstroom*, 2008.

## 10. Bijlagen

### Bijlage 1 Voorbeeldvragen bij verdenking van een suïcidale toestand

#### A) Oriënterende basisvragen

- Hoe gaat het met u?
- Hoe ziet u de toekomst op dit moment?
- Ziet u voor zichzelf nog enige toekomst?
- Hebt u wel eens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is?
- Denkt u wel eens aan de dood; wat zijn dat voor gedachten?
- Denkt u wel eens dat u een einde aan uw leven zou willen maken?

#### B) Doorvragen bij aanwijzingen voor een suïcidale toestand

- Hoe *vaak* denkt u aan suïcide? (af en toe, dagelijks, bij voortdoring?)
- Hoe *intens* denkt u aan suïcide (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie?)
- Hoe *wanhopig* voelt u zich *nu*? (bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit?)
- Komen in uw gedachte ook *beelden van suïcide* naar boven? (heldere beelden van mogelijke methoden of alleen gedachten?)
- Hoe *indringend* zijn gedachte en beelden van suïcide? (overweldigend, oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar? *Beangstigen* deze gedachten of beelden u?)
- Hebt u *impulsen* om toe te geven aan uw verlangens om suïcide te plegen? Bent u bang de *controle* over uzelf te verliezen? Hebt u zichzelf in de hand?
- Wat is *aantrekkelijker* voor u: de gedachte om door te zullen *leven* of om te zullen *sterven*? (zou u liever door willen leven of leeft u alleen nog maar in afwachting van uw sterven?)
- Als u aan uw eigen dood denkt, heeft u dan veel *verdriet*, of moet u dan veel huilen? (*emotionele kleur* kan onverschillig lijken of juist zeer aangedaan)
- Hebt u al een *plan* gemaakt over hoe u een eind aan uw leven zou kunnen maken? (hebt u voorkeur voor een methode, voor een plaats of voor een datum?)
- Hebt u al *voorbereidingen* getroffen in die richting? (bijvoorbeeld tijden genoteerd dat treinen een spoorwegovergang passeren, medicijnen gespaard, touw klaar gelegd, afscheidsbrief geschreven, al een keer boven op de flat gestaan ter voorbereiding?)
- Hoeveel *haast* heeft u met uw wens om suïcide te plegen? (is er nog enige tijd of is er grote haast om vandaag nog suïcide te plegen?)
- Welke dingen *houden u tegen* om suïcide te plegen? (familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken?)
- Wat zou u *bereiken* als u suïcide zou plegen? (eindelijk rust, overleden dierbaren terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen makkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent?)
- Welke zijn de *consequenties* van uw suïcide *voor anderen*? (ernstig leed voor achterblijvende, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud?)

## **Bijlage 2 Voorbeeldvragen na een suïcidepoging**

### **A) Vragen naar de actuele situatie**

- Hoe was de situatie voor de suïcidepoging? (doorvragen)
- Wat hebt u gedaan? (doorvragen)
- Wat waren u gedachten daarbij? (doorvragen)

### **B) Vragen naar de recente voorgeschiedenis**

- Hoe lang speelt dit al?
- Hoe was dit in de laatste weken?
- Hoe vaak had u deze gedachten? Hoe vaak per dag? (tienmaal?, honderdmaal? Meer nog?)
- Hebt u terugkerend kwellende gedachten?
- Wat denkt u op zo'n moment?
- Wat zijn de aanleidingen voor u om zo te denken?
- Hoeveel tijd was u per dag bezig met deze gedachten? (vier uur? Acht uur? Meer nog?)
- Wanneer hebt u de plannen gemaakt om uzelf iets aan te doen?

### **C) Vragen na de ruimere voorgeschiedenis**

- Bent u wel eens al eerder zo wanhopig geweest?
- Hebt u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten had?
- Hebt u eerder al geprobeerd om een einde aan uw leven te maken



### **Bijlage 3 Voorbeelden van stress- en kwetsbaarheidsfactoren**

- **Persoonskenmerken zoals:**
  - Man
  - Lage of geen opleiding
  - Alleenstaand en/of relatieproblemen
  - Sociaal-maatschappelijke en financiële problemen
  - Oudere leeftijd
  
- **Eerdere suïcidepogingen of zelfdestructief gedrag**
- **Intoxicaties door alcohol en/of drugs in de voorgeschiedenis**
- **Beschikbaarheid van een middel om suïcide te plegen**
  
- **Psychische aandoeningen zoals:**
  - Stemmingsstoornis
  - Angststoornis
  - Psychotische stoornis inclusieve schizofrenie
  - Eetstoornis
  - Persoonlijkhedsstoornis
  - Verslaving
  - Slaapstoornis (vooral bij ouderen)
  - Suïcide in de familie
  
- **Psychologische factoren zoals:**
  - Waanhoop
  - Negatief en dichotoom denken
  - Denken een last te zijn voor anderen
  - Angst en agressiviteit
  - Agitatie
  - Impulsiviteit
  - Narcisme
  
- **Gebeurtenissen en verlies zoals:**
  - Verlieservaringen (Scheiding, werkloosheid, overlijden van dierbaren)
  - Alleenstaand en/of relatieproblemen
  - Sociaal-maatschappelijke problemen (Dakloosheid, detentie, schulden en andere financiële problemen)

#### Bijlage 4 Handelingen bij suïcidepoging zonder ernstig lichamelijk letsel

Handel bij een suïcidepoging zonder of een niet als ernstig aan te merken lichamelijk letsel volgens onderstaand stappenplan:

Stap	Actie	Tijdsplan
1.	Inlichten behandelverantwoordelijke, direct leidinggevende en dienstdoend arts	Direct
2.	Zorg voor directe opvang van cliënt en eventuele naasten / medeciënten	Direct
3.	Taxatie suïciderisico door bevoegde en bekwame professional	Binnen 24 uur
4.	Beleidsoverleg door betrokken behandelaar(s) / verpleegkundigen met behandelingsverantwoordelijke / dienstdoend arts	Binnen 24 uur
5.	Regel aansluitende hulp met eventuele bijstelling van het behandelplan	Binnen 24 uur
6.	Schriftelijke melding aan VIM-commissie volgens meldingsformulier	Binnen week
7.	Bij ernstig voortgezet suïciderisico en/of bij meerdere herhalingen van deze en vergelijkbare daden: <ul style="list-style-type: none"><li>- korte melding aan huisarts</li><li>- melding aan 1<sup>e</sup> Geneeskundige mondeling/email</li></ul> en volgens protocol (bijlage 9) (Na beoordeling kan intercollegiale bespreking van de casus in de Suïcidecommissie volgen.)	Binnen week (huisarts)  Binnen 24 uur  Binnen 4 weken
8.	Evaluatie met betrokken cliënt door behandelingsverantwoordelijke,	Ter gelegener tijd

Zorg voor goede *verslaglegging*.

## Bijlage 5 Handelingen bij een suïcidepoging met ernstig lichamelijk letsel

Handel bij een suïcidepoging met (dreiging van) ernstig lichamelijk letsel volgens onderstaand stappenplan:

Stap	Actie	Tijdsplan
1.	Zo nodig reanimatie / eerste hulp	direct
2.	Zo nodig bellen ambulancedienst 112	direct
3.	Inlichten behandelingsverantwoordelijke, direct leidinggevende en dienstdoend arts	direct
4.	Noodzakelijke medische behandeling door Spoedeisende Hulp / Ziekenhuis	direct
5.	Inlichten lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke of dienstdoend arts	direct
6.	Inlichten medewerkers door lijnfunctionaris	direct
7.	Door lijnfunctionaris/behandelingsverantwoordelijke wordt 1 <sup>e</sup> Geneeskundige ingelicht (via deze eventueel de RVB)	direct
8.	Inlichten familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	direct
9.	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoend Arts) licht huisarts/andere behandelaars/ collega's van andere afdelingen in	binnen 24 uur
10.	Schriftelijke rapportage aan huisarts	binnen 1 week
11.	Inlichten medeciënten: in kliniek: aanwezige cliënten van afdeling bijeenroepen en informeren; ambulante medeciënten voor wie informatie van belang kan zijn informeren; uitvoerders: lijnfunctionaris / behandelaar / verpleegkundige. -in kliniek: van verlof terugkerende cliënten inlichten door verpleegkundige; extra bespreking op afdeling; ambulante zo nodig extra bespreking in groepsverband; exploreren van suïciderisico bij medeciënten en nemen van geëigende maatregelen; uitvoerders: lijnfunctionaris en verpleegkundige	Zo snel mogelijk, in kliniek in ieder geval binnen 24 uur
12.	Taxatie suïciderisico bij betrokkene door bevoegde en bekwame professional	binnen 24 uur
13.	Schriftelijk melding aan VIM-commissie volgens meldingsformulier	binnen 1 week
14.	Schriftelijke melding aan 1 <sup>e</sup> Geneeskundige (bijlage 9) en via deze aan de Inspectie volgens protocol (zie 8.6.)	binnen 2 weken binnen 4 – 6 weken
15.	Evaluatiegesprek met hulpverleners	Binnen 1 week
16.	Evaluatie met betrokken cliënt door behandelingsverantwoordelijke	Ter gelegener tijd

Zorg voor goede verslaglegging.

## Bijlage 6 Handelen na een suïcide

Stap	Actie	Tijdsplan
1	Reanimatie (zo nog mogelijk en zinvol)	Direct
2	Bellen ambulancedienst 1-1-2	Direct
3	Oproepen behandelingsverantwoordelijke, direct leidinggevende en, dienstdoende arts	Direct
4	Indien patiënt overleden is: dood laten vaststellen door arts en situatie ongewijzigd laten tot komst van politie	
5	Recherche bellen; dienstdoende arts maakt melding van niet-natuurlijke dood/suïcide	Direct
6	Inlichten van dienstdoend lid van management bereikbaarheidsdienst	Direct
7	Inlichten van lijnfunctionaris door behandelingsverantwoordelijke/dienstdoende arts	Direct
8	Inlichten van 1 <sup>e</sup> geneeskundige door behandelingsverantwoordelijke/lijnfunctionaris	Direct
9	Inlichten van werknemers op afdeling en inschakelen van extra verpleegkundig personeel	Direct
10	Inlichten van familieleden/naasten door behandelingsverantwoordelijke	Direct
11	Behandelingsverantwoordelijke (of dienstdoende arts) licht huisarts en/of andere behandelaars van betrokkene in En rapporteert	Binnen 24 uur Binnen 1 week
12	Inlichten van medepatiënten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- aanwezige patiënten van betreffende afdeling bijeen roepen en bekende feiten mededelen door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> <li>- mededelen op andere afdelingen door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> <li>- van verlof terugkerende patiënten individueel inlichten door verpleegkundige</li> <li>- extra bespreking op afdeling door lijnfunctionaris en verpleegkundige</li> </ul> inventariseren van risico op suïcide bij medepatiënten en mogelijke maatregelen treffen	Zo snel mogelijk, in ieder geval binnen 24 uur
13	<i>Klinisch</i> Hoofden andere teams binnen sector inlichten	Binnen 24 uur
14	<i>Klinisch</i> Inlichten van verpleging andere afdelingen door lijnfunctionaris	Binnen 24 uur
15	Schriftelijk inlichten van Veilig Incidenten Melden (VIM) door lijnfunctionaris	Binnen 1 week
16	Schriftelijk melding aan de 1 <sup>e</sup> Geneeskundige (zie bijlage 10) en schriftelijke melding aan Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid via de 1 <sup>e</sup> geneeskundige in afstemming met de Raad van Bestuur volgens richtlijnen van de Inspectie (zie 8.6.).	Binnen 2 weken Binnen 4 - 6 weken
17	Professionele beoordeling suïcidaliteit door psychiater/klinisch psycholoog	Binnen 48 uur
18	Familie schakelt begrafenisonderneming in, begrafenisonderneming verstrekt de verklaring van overlijden aan de arts. Indien overledene geen familie of relatie had, kan de arts bellen naar de Gemeentelijke Dienst voor de Lijkverzorging (afdeling Sociale Dienst). De gemeentelijke dienst regelt de begrafenis en de financiële zaken.	Binnen 48 uur
19	(Eventueel) bezoek van begrafenis/crematie door hulpverleners in overleg met familie of naast betrokkenen	
20	Evaluatiegesprek hulpverleners (zie bijlage 7)	Binnen 1 week
21	Evaluatiegesprek familie of naast betrokkenen (zie bijlage 8)	Binnen 2

		weken
--	--	-------

Zorg voor goede verslaglegging.

## Bijlage 7 Evaluatiegesprek hulpverleners

### Doelstellingen

- Evaluatie van suïcidepoging\* of suïcide
- Aandacht voor emoties van teamleden
- Bespreking van praktische zaken rondom suïcide

### Deelnemers

Het gehele multidisciplinaire team onder leiding van gespreksleider/voorzitter.

### Inhoud

1. Toestand van patiënt in algemene zin:
  - Bij aanvang behandeling
  - Voorgeschiedenis
  - Verloop van de behandeling
2. Evaluatie van de gebeurtenis  
Naast vaststelling van de feitelijkheden worden hierin de vragen meegenomen: Hoe heeft het kunnen gebeuren? Had dit voorkomen kunnen worden? Hierbij dient de veiligheid van de bespreking bewaakt te worden, in die zin dat teamleden zich niet in het beklagdenbankje gezet voelen.

### Bespreek:

- Evaluatie diagnostiek: psychiatrische en medische voorgeschiedenis (vorige suïcidepogingen, diagnose, behandeling), psychiatrische voorgeschiedenis van familie (ziekte, suïcide), persoonlijkheid en leefstijl, patronen van reacties op stressoren.
  - Toestand van patiënt gedurende de laatste weken en dagen: recente stressoren of belangrijke life events, inter-persoonlijke relaties (bronnen van steun), suïcidale gedachten (wanneer en hoe vaak geuit), verslechtering of verbetering voorafgaande aan dood (stemming, vegetatieve tekenen), krachten (redenen om te leven, toekomstplannen), inschatting van suïcidale intentie, aanvullende informatie
  - Behandelaspecten als medicatie, PB-gesprekken en eventuele psychotherapie
  - Laatste contacten met patiënt, eventuele suïcideneigingen
  - Middelen, uur en plaats van de suïcide(poging): suïcide (tijd, plaats, methode, wie heeft het ontdekt), rol van alcohol en drugs (gebruik in voorgeschiedenis en gebruik in relatie met suïcide), dodelijkheid van methode
  - Eventuele pogingen tot reanimatie
  - Reacties van nabestaanden/familie/relatie: effect op omgeving
  - Reacties van groepsgenoten
  - **Functioneren van draaiboek, mogelijk aanpassing van het protocol**
3. Conclusies
    - Ten aanzien van de patiëntengroep (denk aan suïcidepreventie)
    - Ten aanzien van nazorg van de nabestaande/familie/relatie
    - Ten aanzien van Afdelingsbeleid (behandeling, begeleiding, werkwijze, procedures etc.)

---

\* Afhankelijk van de ernst van de suïcidepoging kan een evaluatiegesprek worden gepland, waarin ook het verdere beleid voor deze patiënt moet worden besproken.

4. Emotionele verwerking

- Wat beteken(t)(de) deze patiënt voor het team en voor individuele teamleden?
- Hoe verwerken de direct betrokken medewerkers de gebeurtenissen? Met daarbij extra aandacht voor de medewerker die de patiënt gevonden heeft.
- Hoe wordt hun verdere opvang georganiseerd?
- Wie bewaakt dit?

5. Verslaglegging op basis van bovenstaande punten

## **Bijlage 8 Evaluatiegesprek familie/naasten**

Aandachtspunten bij evaluatiegesprek met familie/naasten

Na een suïcidepoging of suïcide vindt er een gesprek plaats met familieleden of naasten. Dit gesprek wordt actief aangeboden door behandelingsverantwoordelijke. Bij het gesprek dienen de behandelingsverantwoordelijke en verpleegkundige aanwezig te zijn. Het is raadzaam om een niet bij de afdeling betrokken persoon (bv lijnfunctionaris) bij het gesprek aanwezig te laten zijn.

De doelstellingen van het gesprek zijn:

1. het geven van informatie omtrent de suïcidepoging of suïcide
2. familieleden/naasten hun verhaal laten doen
3. steun bieden aan familieleden/naasten en eventuele hulpvraag verhelderen
4. meer inzicht verkrijgen in de problematiek van de patiënt
5. informatie uit het gesprek is bruikbaar in het kader van de evaluatie
6. aanbieden/aankondigen vervolgesprek

Het verdient aanbeveling om in korte afstanden en na drie maanden bij de betrokkenen navraag te doen naar de stand van zaken betreffende het verwerkingsproces.



## Bijlage 9 Meldformulier poging tot suïcide



### Te vermelden gegevens:

Personalialia	Nummer: Naam: Geboortedatum: Geslacht: man/vrouw Woonsituatie:  Aangemaakt op:
Psychiatrische voorgeschiedenis	
Eerdere suïcidepogingen (aantal, ernst, aard en datum laatste poging)	
Familieanamnese, inclusief suïcide(pogingen)	
Biografie	

**Huidige opname en/of behandeling:**

Datum aanmelding/opname	
Juridische status	
Reden aanmelding/opname	
Behandelcontext	
Inschatting suïcidaliteit bij aanmelding	
Somatische problematiek	
Voorlopige conclusie bij aanmelding/opname (incl. diagnose (DSM-IV-R))	Voorlopige conclusie DSM-IV-TR As I : As II : As III : As IV : As V :
Korte inhoud behandelplan	
Beloop van de behandeling	
Medicatiebeleid	
Plaats van en aandacht voor de suïcidaliteit en het suïciderisico in de behandeling	
Op welke wijze is het netwerk/ de familie ingeschakeld bij de behandeling, het verlof of ontslag	
Diagnostische conclusie voor de suïcidepoging	

--	--

**Risicotaxatie tijdens de laatste behandelfase:**

Biografische/langdurige risicofactoren (overzicht en weging ernst)	
Bepaling risicomoment (bv. overplaatsing, ontslag, recent verlies, e.d.)	
Ernst suïcidale ideatie	
Voortekenen (ernstige paniekaanvallen, excessief piekeren en afstand doen van dierbare zaken, e.d.)	
Beschermende factoren (partner, vrienden, werk, e.d.)	
Frequentie van de risicotaxatie en door wie	
Conclusie van de laatste risicotaxatie vlak voorafgaand aan de suïcidepoging	

**Gegevens omtrent de suïcidepoging:**

Datum, methode, tijdstip en plaats	
Voorafgaande suïcidale gestes en uitingen en hoe hierop is gereageerd	
Was er sprake van overplaatsing/ ontslag of verandering van zorgsoort. Wat was de nazorg.	

**Handelingen na de suïcidepoging:**

Begeleiding nabestaanden (acuut en op langere termijn)	
Begeleiding medepatiënten	

Begeleiding medewerkers	

**Evaluatie van de suïcidepoging:**

Op welke wijze verhoudt de gemelde suïcidepoging zich tot het beleid op het gebied van de suïcidepreventie/nota suïcidepreventie?	
Situatie in het behandelteam kort voor de suïcidepoging	
Mogelijke andere van invloed zijnde factoren	
Welke actiepunten zijn uit de analyse van de suïcidepoging tijdens de interne evaluatiebespreking van de suïcide naar voren gekomen?	
Is de suïcidepoging gemeld aan de MIP/FONA-commissie?	
Conclusie uit de evaluatie van de suïcidepoging	

**Eindconclusie:**

Wat is de conclusie van het eigen onderzoek betreffende deze suïcidepoging?	
Op welke punten geeft de suïcidepoging u aanleiding om uw beleid op het terrein van de suïcidepreventie in het algemeen te herzien?	

Naam en handtekening:

Naam en handtekening:

.....  
.....

psychiater

behandelaar

## Bijlage 10 Meldformulier suïcide



### Te vermelden gegevens:

Personalia	Nummer: Naam: Geboortedatum: Geslacht: man/vrouw Woonsituatie:  Aangemaakt op:
Psychiatrische voorgeschiedenis	
Eerdere suïcidepogingen (aantal, ernst, aard en datum laatste poging)	
Familieanamnese, inclusief suïcide(pogingen)	
Biografie	

### Huidige opname en/of behandeling:

Datum aanmelding/opname	
Juridische status	
Reden aanmelding/opname	
Behandelcontext	
Inschatting suïcidaliteit bij aanmelding	
Somatische problematiek	
Voorlopige conclusie bij aanmelding/	Voorlopige conclusie DSM-IV-TR

opname (incl. diagnose (DSM-IV-R))	As I : As II : As III : As IV : As V :
Korte inhoud behandelplan	
Beloop van de behandeling	
Medicatiebeleid	
Plaats van en aandacht voor de suïcidaliteit en het suïciderisico in de behandeling	
Op welke wijze is het netwerk/ de familie ingeschakeld bij de behandeling, het verlof of ontslag	
Diagnostische conclusie voor suïcide	

**Risicotaxatie tijdens de laatste behandelfase:**

Biografische/langdurige risicofactoren (overzicht en weging ernst)	
Bepaling risicomoment (bv. overplaatsing, ontslag, recent verlies, e.d.)	
Ernst suïcidale ideatie	
Voortekenen (ernstige	

paniekaanvallen, excessief piekeren en afstand doen van dierbare zaken, e.d.)	
Beschermende factoren (partner, vrienden, werk, e.d.)	
Frequentie van de risicotaxatie en door wie	
Conclusie van de laatste risicotaxatie vlak voorafgaand aan de suïcide	

**Gegevens omtrent de suïcide:**

Datum, methode, tijdstip en plaats	
Voorafgaande suïcidale gestes en uitingen en hoe hierop is gereageerd	
Was er sprake van overplaatsing/ ontslag of verandering van zorgsoort. Wat was de nazorg.	

**Handelingen na de suïcide:**

Begeleiding nabestaanden (acuut en op langere termijn)	
Begeleiding medepatiënten	
Begeleiding medewerkers	



**Suicide-evaluatie:**

Op welke wijze verhoudt de gemelde suïcide zich tot het beleid op het gebied van de suïcidepreventie/nota suïcidepreventie?	
Situatie in het behandelteam kort voor de suïcide	
Mogelijke andere van invloed zijnde factoren	
Welke actiepunten zijn uit de analyse van de suïcide tijdens de interne evaluatiebespreking van de suïcide naar voren gekomen?	
Is de suïcide gemeld aan de MIP/FONA-commissie?	
Conclusie suïcide-evaluatie	

**Eindconclusie:**

Wat is de conclusie van het eigen onderzoek betreffende deze suïcide?	
Op welke punten geeft de suïcide u aanleiding om uw beleid op het terrein van de suïcidepreventie in het algemeen te herzien?	

Naam en handtekening:

.....

psychiater

Naam en handtekening:

.....

behandelaar

## **Colofon**

Titel van het protocol:

### **Suïcidaal gedrag en suicide in de verslavingszorg;**

Protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suicide voor naasten en hulpverleners

Het protocol is uitgebracht vanwege de Novadic-Kentrongroep, netwerk voor verslavingszorg

Onder redactie van

Dr. E. J. Franzek, psychiater, 1<sup>e</sup> geneeskundige van Novadic-Kentrongroep, voorzitter  
suïcidepreventiecommissie.

Het protocol is een volledig nieuw bewerkte versie van het protocol "Suïcide in de verslavingszorg" (2005-2009) en is tot stand gekomen in samenwerking van de suïcidepreventiecommissie met het bestuur van de Novadic-Kentrongroep, het hoger management van de organisatie en met de regiomanagers binnen de Novadic-Kentrongroep.

Het protocol heeft een geldigheidsduur van 5 jaar en dient 2019 herzien te worden.

Vught, juni 2014

## D. Vragenlijst interview I



## Vragenlijst interview

**Geïnterviewde:** X  
**Functie:** Gezondheidspsycholoog  
**Werklocatie:** Jeugdkliniek Kentra 24  
**Onderwerp:** Casus en werkwijze bespreking jongere (+16) met suïcidaal gedrag  
**Datum:** 16 april 2015

### Casus

Cliënt is opgenomen binnen Kentra 24 vanwege zijn multipele middelenafhankelijkheid en gokproblematiek. Gedurende de opname varieerde de suïcidaliteit van cliënt. Uitingen van suïcidaal gedrag namen voornamelijk toe op momenten dat cliënt zich onvoldoende gehoord of gezien voelde. Cliënt wenste *niet* dat zijn vader en moeder geïnformeerd werden over het feit dat cliënt zich suïcidaal uitte. Op enig moment heeft cliënt *zelf* zijn moeder op de hoogte gebracht van zijn suïcidaliteit, zonder dit te bespreken met zijn medische hulpverlener. De moeder van cliënt gedroeg zich hierop grensoverschrijdend richting de hulpverlening. De moeder van cliënt kampt met borderlineproblematiek en cliënt met narcistische en manipulerende coping, wat uiteindelijk voor een conflict zorgde richting de medische hulpverleners. Cliënt heeft uiteindelijk geen suïcidepoging ondernomen, maar heeft hier wel mee gedreigd. Deze dreiging gaf een escalerende reactie met de moeder van cliënt.

### Vragen met betrekking tot de casus

- In welke relatie stond u tot de cliënt? Wat was uw functie?
- Stonden er nog andere hulpverleners in contact met cliënt?
- Waaruit bleek de suïcidaliteit van cliënt?
- Wisten de andere hulpverleners ook van de suïcidaliteit van cliënt? In hoeverre wisten zij hier iets over?
- Cliënt wenste liever niet dat zijn ouders op de hoogte hiervan kwamen. Welke afspraken zijn er destijds gemaakt met betrekking tot informatie uitwisseling naar de naasten van de cliënt?
- Had u liever gehad dat u de ouders wel op de hoogte mocht stellen? Waarom?
- Mocht u wel andere naasten van cliënt informeren over zijn suïcidaliteit?
- Hoe hebt u in dat geval gehandeld?
- Cliënt heeft uiteindelijk *zelf* zijn moeder geïnformeerd over zijn suïcidaliteit. U geeft aan dat de moeder zich hierop grensoverschrijdend gedroeg richting de hulpverlening. Wat bedoelt u hiermee?
- Wat was het conflict richting de hulpverlening? Het ouderlijk gezag vervalt zodra de jongere 18 jaar is. De ouders blijven wel zorgplicht houden tot hun kind 21 jaar is.
- Wat was precies de reactie van de moeder van cliënt?
- Heeft het *niet* verstrekken van informatie aan de ouders van cliënt nog gevolgen gehad? Hebben de ouders bijvoorbeeld een klacht ingediend?
- Had u achteraf gezien anders willen handelen in deze situatie?

### Vragen met betrekking tot de werkwijze

- Wat is de procedure bij de diagnose en het inschatten van suïcidaal gedrag en het suïcide risico? Gebruikt u hierbij het stappenplan voor suïcidepreventie uit het protocol?
- Hoe is de procedure om de naasten van een cliënt te kunnen betrekken bij de behandeling van de cliënt?
- In beginsel is hier toestemming voor nodig van de cliënt. Op welk moment wordt er aan de cliënt hiervoor toestemming gevraagd?

- Wordt het wel of niet verkrijgen van de toestemming genoteerd? Moet de cliënt dit ondertekenen? Wordt er nog meer hierbij genoteerd, bijvoorbeeld het doel van het vertrekken van informatie en aan wie er precies welke informatie mag worden verstrekt?
- Zijn hier bepaalde formulieren voor?
- Zodra er toestemming is gegeven, wordt dan alle informatie verstrekt aan de naasten van de cliënt?
- Zorgt het niet verkrijgen van toestemming van de cliënt voor een belemmering in de behandeling?
- Wat is de procedure wanneer de cliënt geen toestemming geeft voor het verstrekken van informatie aan zijn naasten? Op welke manier gaat u dan te werk?
- Bent u op de hoogte van alle uitzonderingen die de zwijgplicht kunnen doorbreken? (de wettelijke plicht, conflict van plichten, zwaarwegend belang)
- Hoe maakt u de afweging om uw zwijgplicht te doorbreken? Welke punten neemt u mee in uw afweging? (Leeftijd, ernst klinisch beeld, de mate waarin direct handelen noodzakelijk is)
- Wanneer kiest u ervoor om juist geen informatie te verstrekken aan naasten, en daarmee niet uw zwijgplicht te doorbreken?
- Weet u welke risico's en gevolgen verbonden zitten aan het niet gerechtvaardigd doorbreken van uw zwijgplicht? (Klachtrecht, tuchtrecht, strafrecht?)

#### **Wilsonbekwame en minderjarige cliënten**

- Wat is de procedure bij een wilsonbekwame cliënt? Wat doet u als de wettelijke vertegenwoordiger geen toestemming geeft om informatie te verstrekken aan de naasten van de cliënt?
- Wat is de procedure bij een minderjarige cliënt?
  - jonger dan twaalf
  - tussen twaalf en zestien
  - ouder dan zestien
- Wat doet u in een geval een veertienjarige cliënt suïcidaal is maar niet wil dat zijn ouders hiervan op de hoogte worden gesteld?
- Wat doet u in een geval een zestienjarige cliënt suïcidaal is maar niet wil dat zijn ouders hiervan op de hoogte worden gesteld?

#### **Vragen met betrekking tot het protocol**

In juni 2014 is het protocol 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de verslavingszorg' openbaar gemaakt. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag en het handelen en nazorg na een suïcide voor naasten en hulpverleners.

- Bent u bekend met het protocol? Is het protocol op een bepaalde wijze aan u bekend gemaakt?
- Gebruikt u het protocol? Waarom wel/niet?
- Het protocol geeft aan dat de betrekking van de naasten van de cliënt in overeenstemming dient te zijn met de actuele wet- en regelgeving voor het recht op privacy en het beroepsgeheim. Weet u met welke wetgeving u rekening moet houden?
- Is het protocol u geheel duidelijk? Hoe ziet u hier graag verbetering in?
- Het protocol bevat ook nog enkele bijlagen met stappenplannen met betrekking tot professioneel handelen bij acuut dreigend suïcidaal gedrag, bij een suïcidepoging zonder en met ernstig letsel en bij suïcide. Maakt u hier gebruik van?
- Welke aanbevelingen ter verbetering van het protocol zou u zelf hebben?
- Stel dat er geen regels waren geweest, hoe had je dan graag willen handelen? Had je dan hetzelfde gehandeld?

## **E. Uitwerking interview I**





## **Uitwerking interview I**

**Geïnterviewde:** X  
**Functie:** Gezondheidspsycholoog  
**Werklocatie:** Jeugdkliniek Kentra 24  
**Onderwerp:** Casus en werkwijze bespreking jongere (+16) met suïcidaal gedrag  
**Datum:** 16 april 2015

### **Casus**

Cliënt is opgenomen binnen Kentra 24 vanwege zijn multipele middelenafhankelijkheid en gokproblematiek. Gedurende de opname varieerde de suïcidaliteit van cliënt. Uitingen van suïcidaal gedrag namen voornamelijk toe op momenten dat cliënt zich onvoldoende gehoord of gezien voelde. Cliënt wenste *niet* dat zijn vader en moeder geïnformeerd werden over het feit dat cliënt zich suïcidaal uitte. Op enig moment heeft cliënt *zelf* zijn moeder op de hoogte gebracht van zijn suïcidaliteit, zonder dit te bespreken met zijn medische hulpverlener. De moeder van cliënt gedroeg zich hierop grensoverschrijdend richting de hulpverlening. De moeder van cliënt kampt met borderlineproblematiek en cliënt met narcistische en manipulerende coping, wat uiteindelijk voor een conflict zorgde richting de medische hulpverleners. Cliënt heeft uiteindelijk geen suïcidepoging ondernomen, maar heeft hier wel mee bedreigd. Deze dreiging gaf een escalerende reactie met de moeder van cliënt.

### **Wat was de relatie tussen u en de cliënt?**

Ik was hoofdbehandelaar van de cliënt. Ik ben hier binnen Kentra 24 behandelcoördinator en van alle cliënten die hier worden opgenomen wordt het hoofdbehandelaarschap tijdelijk naar mij overgedragen. Dus ik ben eigenlijk de hoofdbehandelaar in de kliniek, alleen ik heet behandelcoördinator. Maar het is dezelfde rol.

### **Dus er waren ook medebehandelaars die in contact stonden met de cliënt?**

Ja, sowieso hier binnen de afdeling dan. Daarnaast heb je nog een verantwoordelijk behandelaar die buiten de kliniek betrokken is bij de cliënt. In dit geval was dat wel fijn, want de verantwoordelijke behandelaar was ook werkzaam binnen onze kliniek, waardoor er korte lijnen bestonden tussen de behandelaars.

### **Waren de medehandelaars op de hoogte van de suïcidaliteit van cliënt?**

Ja, die waren daar ook van op de hoogte.

### **Waaruit bleek de suïcidaliteit van cliënt?**

Het was een behoorlijke manipulatieve cliënt met vermoedelijk persoonlijkheidsproblematiek, wat cliënt deed wanneer hij vond dat het niet snel genoeg ging of hij het idee had dat hij ergens geen grip op had. Cliënt was ook vooral ontevreden over het feit dat hij te lang moest wachten en dat de programma's te lang duurden en als we dan iets aanboden dan woof hij het weer weg. Het was eigenlijk nooit goed. Cliënt uitte dat dan als manipulatieve suïcidaliteit. Cliënt zei dan bijvoorbeeld, het was destijds winter, 'nou, ik spring hier dadelijk in de vijver en dan verdrink ik automatisch wel aan een verdrinkingsdood'. Of cliënt zei tegen de begeleiding of tegen de andere cliënten en uiteindelijk ook tegen zijn moeder van 'ja, dan loop ik gewoon hier de weg op onder een auto'. Dus dat waren zijn uitlatingen. Cliënt heeft geen poging daartoe ondernomen, maar hij deed wel zulke suggestieve uitlatingen en dan gerelateerd aan het terrein hier. Deze uitlatingen deed hij de ene keer bij de begeleiding en andere keren bij de andere cliënten. Maar voornamelijk woede ging daar mee aan de haal. En wij konden dat wel plaatsen in zijn persoonlijkheidsdynamiek en het signaal dat er blijkbaar onvrede of onduidelijkheid bij de cliënt bestond. Hierover konden we dan een gesprek aangaan met hem.

**Cliënt wilde in eerste instantie niet dat zijn ouders op de hoogte werden gesteld van zijn suïcidaliteit.**

Cliënt wilde zijn ouders helemaal nergens bij betrekken. Terwijl wij juist gezinsgesprekken starten omdat er in het systeem gewoon heel veel problematiek ligt. Sowieso, willen we dat altijd wel met jongeren, maar het is natuurlijk niet altijd helpend voor een jongere. Maar in dit geval hadden wij wel het idee dat het noodzakelijk was om de diagnostiek helder te krijgen. Cliënt heeft dat heel lang afgehouden, al onze voorstellen daarin, zowel qua begeleiding als met betrekking tot de diagnostiekbetrokkenheid. Uiteindelijk heeft cliënt toen zelf toch wat lijntjes uitgelegd om toch moeder en vader (gebroken gezin) erbij te betrekken. Vanaf dat moment heeft cliënt eerst bij de begeleiding wat benoemd en toen hij zijn moeder wat meer ging betrekken heeft hij ook uitlatingen naar zijn moeder gedaan. Moeder was toen helemaal in rep en roer dat wij dit niet met haar als moeder gedeeld hadden. Terwijl dat cliënt dus heel lang heeft gezegd dat hij niet wilde dat wij iets vertelde aan zijn vader en moeder.

**En wat doen jullie dan als cliënt zegt dat hij niet wil dat zijn ouders op de hoogte worden gebracht? Wordt dit ergens in opgenomen?**

Hoeho ergens in opgenomen?

**Cliënt geeft in principe geen toestemming om informatie te verstrekken. Is daar een bepaalde procedure voor dat dit wordt opgenomen in het dossier?**

Nou, het is eigenlijk andersom. Wanneer de cliënt hier binnenkomt, stellen wij altijd de vraag 'wie is jou contactpersoon in geval van crisis of noodsituaties, wie kunnen wij dan benaderen?' Dit is een standaard vraag en wanneer de cliënt een contactpersoon opgeeft dan tekent de cliënt daar ook voor. Dus dan heb je een handtekening en daarmee de toestemming om contact op te nemen in bijzondere situaties. De cliënt kan natuurlijk op ieder moment, indien hij meerderjarig is, zijn toestemming intrekken of weigeren bij aanvang te tekenen. Maar wij verzoeken wel altijd minstens een contactpersoon. Dat kan ook bijvoorbeeld een huisarts zijn of bv'er. De insteek is natuurlijk altijd om een steunende ouder te hebben of een naastbetrokkene die wij kunnen benaderen in een dergelijke situatie. Maar een meerderjarige jongere heeft daar in principe een eigen stem in natuurlijk.

**Ja, en dan krijg je inderdaad het conflict. Want voor de ouders is het gewoon nog hun kind. En de cliënt voelt zich volwassen en wil niet dat zijn ouders geïnformeerd worden.**

Ja, klopt. De cliënt voelt zich volwassen en dacht in het begin van dat hij het allemaal zelf wel kon. Op een gegeven moment merkte hij dat hij er toch niet alleen uit zou komen. Moeder is bekend met borderlineproblematiek, gebroken gezin, er is heel veel gebeurd. Op een gegeven moment is hij zijn moeder gaan inzetten door zijn suïcidaliteit te uiten naar zijn moeder toe, waarop moeder ontzettend boos reageerde. Je zag toen gebeuren dat zijn moeder zich eigenlijk heel schuldig leek te voelen dat zij de moederrol nooit goed heeft aangepakt en over hoe het nu met haar zoon gaat. Hierdoor is zij zich gaan afreageren op ons. Op dat moment is het de hulpverlener die verkeerd heeft gehandeld, omdat ze het niet kon verdragen dat zij als moeder gefaald had. Je zag heel duidelijk dat proces, maar dat werd wel behoorlijk extreem neergezet door moeder.

**Want zij vond jullie ook echt de schuldige op dat moment?**

Ja, zij heeft flink gescholden en het escaleerde. We hebben de behandeling op die momenten meermaals moeten stopzetten. Het liep alle spuigaten uit. Moeder heeft ook tegen de psychiater een aantal uitlatingen gedaan en ging daar veel te ver in. Dus we hebben uiteindelijk het hoofd van de afdeling erbij moeten roepen. Op dat moment hebben we met ze allen een plan opgesteld hoe we met deze behandeling en de moeder verder gingen, want moeder had ook een klacht ingediend.

### **Een interne klacht?**

Ja, volgens mij had ze inderdaad intern een klacht ingediend. Toen hebben we uiteindelijk besloten om de psychiater buiten schot te laten, want die had volgens de moeder allemaal gedaan en die was de boeman. Ik kon vrij onafhankelijk nog mijn rol pakken en de hoofd behandeling ook. Cliënt hebben we hierbij wel betrokken, we hebben uitgelegd wat we wilden gaan doen en dat wij onafhankelijk met hem en zijn vader en stiefmoeder en moeder in gesprek wilden gaan om te bespreken wat er nu allemaal aan de hand is. Moeder was namelijk finaal over de grens gegaan, waardoor de behandeling van haar kind op het spel stond. Als moeder hiermee door zou gaan hadden wij op een moment moeten dat wij op die manier niet meer samen hadden kunnen werken. We hebben toen een gesprek gehad met cliënt zijn vader en stiefmoeder, dat verliep hartstikke goed. Tijdens het gesprek is een hele hoop opgehelderd. Met moeder heeft uiteindelijk ook een gesprek plaatsgevonden en dat bracht uiteindelijk, gelukkig, wel voldoende rust om weer verder te kunnen met de behandeling.

### **Had u liever gehad dat u moeder en vader meteen in het begin op de hoogte had mogen brengen?**

Ja, dat is ook beter voor de behandeling. Dan kun je die dynamiek ook meteen ondervangen.

### **Heeft u op een gegeven moment nog een afweging gemaakt over het eventueel toch inlichten van de ouders?**

Op dit moment waren er nog geen redenen om een afweging te maken. Dit is natuurlijk wel vaker aan de orde. Dat je denkt oké spanningsveld met je beroepsgeheim, wat doe je wel en wat doe je niet. Maar in dit geval was het zo duidelijk dat het niet ging om een acuut gevaar. Cliënt gebruikte het voornamelijk om mee te dreigen om zijn zin te krijgen. Bij hele impulsieve jongeren houden we er natuurlijk altijd rekening mee dat ze als statement een suïcidepoging kunnen doen wat kan leiden tot een suïcide, maar zo concreet was het in dit geval niet. Elke keer waren we in staat zijn uitspraken te tackelen en weer in samenwerking komen. Ik heb het natuurlijk wel overwogen, dat doe je natuurlijk altijd. Hierbij maak ik een afweging tussen de argumenten voor de doorbreking van mijn zwijgplicht en de argumenten tegen in belang van de samenwerking. In dit geval was het erg moeilijk om met de cliënt in samenwerking te komen dus dat was al een zwaar argument. Want op het moment dat we de zwijgplicht zouden doorbreken dan zouden we hem per definitie kwijt zijn. En het was dus niet zo acuut in die zin dat wij het idee hadden dat hij een gevaar voor zichzelf vormde en dat wij de ouders hierbij nodig hadden. Die twee argumenten samen maakte dat wij besloten om de zwijgplicht niet te doorbreken.

### **En beslissen jullie dit dan in onderling overleg, met de medebehandelaars? Of is dat een persoon die dat beslist?**

We werken hier met een multidisciplinair team, dus je hebt het 24-uursteam. Daarom heen een multidisciplinair behandelteam. Ik ben dan uiteindelijk eindverantwoordelijke samen met de psychiater hier. In zulke situaties is het eigenlijk altijd een sparring tussen mij, de psychiater en de arts. Dan bekijken we de situatie. Wanneer het echt op het randje is dat we niet zeker weten of we de juiste beslissing nemen dan kunnen we altijd nog contact hebben met de eerste geneeskundige ter consultatie. En in dit geval was het natuurlijk wel zo dat de psychiater in een hele lastige positie gemanoeuvreerd werd, dus die kon in dit geval dat gesprek niet mee doen. Dus ik heb met name met de arts naar deze situatie gekeken om het toestandbeeld goed te beoordelen. Vanuit daar hebben wij samen te besloten wat we wel en niet zouden doen.

**De reactie van de moeder was dat zij extreem fel tegen jullie, als hulpverleners, inging en met name aan het schelden was en het was jullie schuld dat cliënt suïcidaal was.**

Klopt, zij vond dat wij niet goed voor haar zoon zorgde. Moeder vond dat wij de suïcidaliteit van de cliënt zeer serieus moesten nemen. En op dat moment vond zij dat wij dat niet deden.

**Maakte de moeder ook verwijten dat jullie niet eerder met deze informatie zijn gekomen?**

Nee, dat niet per definitie. Maar meer dat wij debet waren aan dat hij die klachten liet zien. Dus dat ging behoorlijk ver.

**En het niet verstrekken van informatie naar de moeder toe heeft er dus toe geleid dat moeder een klacht heeft ingediend. Heeft de moeder alleen een klacht via Novadic-Kentron ingediend of ook een wettelijke klacht?**

Nee, zo ver is het niet gekomen. Wij hebben ook meteen op de klacht ingesprongen. Ook meteen op korte termijn een gesprek georganiseerd. Meteen eigenlijk haar het idee gegeven van, we horen je, we nemen het heel serieus, want zij had het idee dat wij dat niet deden. Dit gesprek zorgde eigenlijk al heel snel voor tevredenheid bij de moeder, en dat zij niet verder een klachtenprocedure heeft gestart.

**Komt het weleens voor dat er een klachtenprocedure wordt gestart?**

Klachtenprocedures? Ja, niet alleen gekoppeld aan het beroepsgeheim en suïcidaliteit. Maar het komt inderdaad voor. We hebben hier natuurlijk te maken met jongeren die uit hele kwetsbare systemen komen. Vaak zijn ouders ook psychiatrisch belast of verslaafd.

**Had u achteraf anders willen handelen tijdens de gehele situatie? Of heeft u het gevoel dat deze situatie voorkomen had kunnen worden?**

Ik denk niet dat we het hadden kunnen voorkomen, maar had de toeleiding van de cliënt naar hier strakker neergezet kunnen worden dat wij per definitie verwachten dat ouders betrokken worden. Dat je eigenlijk van te voren al iets van een afspraak hebt van, oké als jij hier wordt opgenomen voor diagnostiek, dan zullen we je ouders per definitie moeten betrekken willen we dit kunnen doen met je. Dus eigenlijk had dat eerder in de toeleiding met de verantwoordelijk behandelaar besproken moeten worden en de cliënt moeten laten tekenen dat hij daarmee instemde. En dan had je misschien dit conflict kunnen ondervangen.

**Wordt de wens van de cliënt om zijn ouders niet te betrekken bij zijn behandeling en dus ook geen informatievertrekking naar de ouders toe opgenomen in het dossier?**

Ja, juist expliciet. Dus er wordt duidelijk gerapporteerd. Er wordt een gezinstaxatie voorgesteld. Alle pogingen om cliënt zover te krijgen dat hij toch instemt worden ook vermeld. Dan wordt er heel duidelijk gerapporteerd dat de cliënt toch wenst dat er geen informatie verstrekt wordt naar zijn ouders toe. Ook met alle motieven die daarbij genoemd worden. Het is belangrijk dat de dossieropbouw heel helder is. Mocht er dan iets gebeuren, dan heb je het zwart op wit staan en dat is heel belangrijk.

**Wat is de procedure voor het inschatten van het suïcidaal gedrag?**

We hebben toevallig laatst met heel het team een suïcidepreventie training gehad. Vaak komen de eerste signalen binnen op het 24-uursteam. Die weten nu dat ze dan moeten doorvragen en specifieke vragen moeten stellen. Vaak koppelen ze dit dan terug aan mij of mijn vervanger. Van dit is het beeld, welke stappen zullen we verder uitzetten. Is het voldoende dat we met het signaleerplan kijken van hoe nu verder. Zullen we de cliënt toch bij de psychiater laten inschatten of toch bij de arts. Dus zo hebben we wel verschillende stappen om te kijken van hoe nu verder. Dus nu hebben we wel een duidelijk plaatje met ze alle hoe suïcide preventie kunnen doen en signalen serieus kunnen nemen.

### **Was het verplicht om aan de training deel te nemen?**

Wij hebben gezegd voor het team, dit is verplicht. Er is een presentatie gegeven, een afgeleide van de multidisciplinaire richtlijn. Deze richtlijn is toepasselijker gemaakt voor Novadic-Kentron. En wij hebben hier sowieso crisisbeleid, suïcidaliteit zijn we heel erg mee bezig.

### **Is suïcidaliteit een steeds vaker voorkomend probleem?**

Ja.

### **Wat is de procedure om de naasten van de cliënt bij de behandeling te betrekken?**

Bij minderjarigen begint dat bij binnenkomst. Wij hanteren de leeftijd tot 18 jaar als minderjarigen. En wettelijk is natuurlijk dat grensgebied 16-18 dat de jongeren in principe kan zeggen dat zijn ouders niks hoeven te weten. Dan wordt er natuurlijk nog wel met die cliënt in gesprek gegaan. Maar uiteindelijk heeft de cliënt het recht om te zeggen dat hij zijn ouders niet bij de behandeling wil betrekken.

Onder de zestien jaar worden de ouders sowieso betrokken bij de behandeling. Zij tekenen ook het behandelplan mee. Zij zijn ook bij alle behandelplan besprekingen aanwezig en wanneer er wijzigingen zijn worden deze ook besproken met de ouders.

Voor de rest is ons uitgangspunt altijd wat ik net zeg we hebben betrokkenheid en naastbetrokkenenbijeenkoms, ouderbijeenkoms, oudergesprekken, we hebben een gezinsbegeleider hier vast aan gekoppeld. Dus het is er eigenlijk helemaal op toegespitst bij jongeren.

### **Stel de cliënt geeft wel toestemming, worden er dan ook afspraken gemaakt van welke informatie met de ouders besproken worden, met welk doel? Komt dat ook allemaal in het dossier?**

Ja, er worden dan wel afspraken gemaakt, deze afspraken komen minder concreet terug in het dossier. Maar ons uitgangspunt is altijd communiceren via de cliënt. Dus wij doen ook alle besprekingen met de cliënt en de ouders. Alles wordt transparant op tafel gelegd. We gaan niet over de cliënt van alles vinden. Dus wanneer er iets speelt, bijvoorbeeld cliënt heeft een terugval gehad en de ouders weten dit niet, dan gaan we samen met de cliënt de ouders bellen. De cliënt doet het verhaal en wij lichten eventueel punten nog extra toe en ondersteunen. Maar wij gaan niet achter de rug van cliënt om zijn ouders bellen en vertellen wat er aan de hand is. Wij maken de cliënt medegenoot van zijn eigen behandeling.

### **Stel de cliënt geeft geen toestemming. Dat zorgt voor een belemmering in de behandeling. Uitgangspunt is dat de ouders betrokken worden bij de behandeling.**

Ja, meestal wel inderdaad. Ik zie het eigenlijk bijna nooit dat een cliënt een heel behandeltraject niet wil dat zijn ouders betrokken raken bij de behandeling. Vaak trekken ze nog wel bij. Dus vaak is dat ook een heel proces.

### **Wat is de procedure dan wanneer een cliënt zegt: 'nee, ik wil niet dat mijn ouders informatie krijgen?' Ga je dan afwegingen maken om alsnog informatie te vestrekken naar de ouders toe?**

Bedoel je dan bij crisissituaties? In dat geval kijken we wie de contactpersoon is van de cliënt en wie is de voogd. Dan wordt er wel met cliënt gesproken over stel dit doet zich voor met wie kunnen wij dan contact leggen. Er worden dan afspraken gemaakt over wanneer het beroepgeheim toch doorbroken moet worden. En vooral bij jongeren waarbij wij verwachten dat een crisis zich uiteindelijk voor kan doen moet je dit wel erg goed voorbespreken.

**Dus jullie maken op voorhand afspraken wanneer het beroepsgeheim doorbroken wordt?**

Ja, wij proberen dat steeds vaker te doen. Ook omdat ik net al aangaf dat suïcidaliteit steeds vaker voorkomt. Dus wij proberen ook steeds vaker in de voorbereiding daar afspraken over te maken. En doet het zich voor, dan communiceer je ook met de cliënt. Dan vertel je de cliënt dat je op dat moment deels je beroepsgeheim moet schenden, want je hoeft natuurlijk niet alles te vertellen, om een signaal af te geven. Als iemand hier met ontslag moet omdat hij flink fors agressief is geweest en iemand mishandeld heeft en hij zegt mijn ouders mogen dit niet weten en wij vinden het zorgwekkend dat hij alleen naar buiten gaat, dan zeggen wij: 'wij gaan nu wel je ouders bellen, bel jij bij voorkeur?' Zo niet, dan gaan we samen bellen. En dat moeten wij hier ook wel steeds meer doen. En we moeten hier heel transparant over zijn. En het liefst afspraken maken in een rustige en stabiele situatie.

**En is het ook al eens voorgekomen dat die afspraken vooraf niet gemaakt waren en dat je zelf een afweging moet gaan maken of je je zwijgplicht mag doorbreken? En op welke gronden mag ik dat dan doen?**

Ja, dat komt inderdaad ook voor. Het is dan inderdaad een afweging. Hierbij wordt er dan gekeken naar wat wordt er gezegd en niet meer zeggen dan nodig is. Dit wordt afgestemd met het team en er worden afspraken gemaakt wie het gaat zeggen en wat er gezegd moet worden bij bepaalde vragen. Dus dat komt ook wel eens voor. Het kan ook heel onverwacht voorkomen. Of een cliënt die opeens zijn toestemming intrekt. Dus dan komt het ook wel voor. En dan beseft je ook dat je deels je beroepsgeheim moet gaan schenden. Dus dan dient er een afweging gemaakt te worden. Ik krijg heel vaak vragen hoe we hier mee om moeten gaan. De hoofdbehandelaren zijn vaak beter op de hoogte met betrekking tot dit onderwerp dan de medebehandelaars. Dus zij komen vaak bij ons met de vraag hoe moet ik hier mee om gaan. En dan is het voor mij ook een grijs gebied, dus ik moet ook een afweging maken. En ik ben ook niet dagelijks bezig met alle veranderingen in de wet. Dus als er iets meer helderheid in kader kan komen dan zou dat wel voor iedereen heel fijn zijn.

**Wanneer kiest u er juist voor om geen informatie te verstrekken, wanneer er wel een akkoord is.**

Je weegt steeds af, en wanneer het niet relevant is wordt het niet aan de ouders gemeld. Je wilt natuurlijk ook de autonomie en de zelfredzaamheid van de jongere vergroten. Leer op eigen benen te staan. Dus kies je ook eerder er voor om juist de ouders niet te informeren. Dat heeft meer een therapeutische achtergrond.

**Is het voor jullie ook duidelijk welke gevolgen eraan verbonden zitten wanneer de zwijgplicht doorbroken wordt terwijl dit niet gerechtvaardigd was, buiten de interne klachtenprocedure om?**

Ja, de tuchtrechtspraak. Ernst is vaak met ons in gesprek en die benadrukt ons elke keer op het tuchtrecht. Dus het is wel bekend wat het inhoud en wat het voor consequenties heeft. En dat je op je eigen professionele identiteit en houding wordt aangesproken. Dat geldt voor iedereen.

**Er wordt dus voornamelijk alleen gesproken over het tuchtrecht?**

Ja, ik weet niet waar je nog meer op doelt?

**Je kunt ook strafrechtelijk vervolgd worden. En je hebt ook nog de civiele aansprakelijkheid. Via die procedure kan er een schadevergoeding geclaimd worden.**

Ja, inderdaad. Maar er wordt voornamelijk gehamerd op het tuchtrecht. Die andere twee komen eerlijk gezegd niet eens in mijn hoofd op. Voor de werkvloer hamer ik er wel steeds op wat de consequenties zijn via de interne procedure. Daar zijn ze beter van

doordrongen. Een tijd geleden werd er van allerlei informatie verstrekt zonder er bij na te denken. Sinds enige tijd wordt er enorm op geïnvesteerd van ben je bewust van je beroepsgeheim. We zijn juist heel voorzichtig in wat er wel kan en wat er niet kan.

**Het huidige protocol is in juni 2014 openbaar gemaakt. Werken jullie ook met dit protocol?**

Ja.

**Is dat protocol destijds ook op een bepaalde manier bekend gemaakt. Of is het algemeen bekend dat het bijvoorbeeld op MAVIM staat?**

Toentertijd bestond nog het zzb-overleg, een inhoudelijk overleg en daar is het wel een aantal keer in besproken. Ook de suïcidepreventie. Daarnaast zijn daar ook de formulieren besproken, hoe wij deze dienen in te vullen wanneer er sprake is geweest van een poging of een suïcide. En vanuit daar is het verder gegaan naar de regio's.

Het nieuwe protocol is eigenlijk niet zo goed bekend gemaakt. Eigenlijk in de suïcidepreventie training is die kort even naar voren gekomen.

Het probleem is voornamelijk dat mensen geen weet hebben van het protocol. Mijn advies is dan ook: 'maak het in een stappenplan of stroomschema overzichtelijk, niet te complex, geen taaie stukken'. En wanneer zich in de praktijk een situatie voordoet wil ik meteen duidelijk hebben waar ik iets kan vinden. En niet een uur nog een stuk moeten lezen want dan kan de situatie al uit de hand zijn gelopen. Juist in deze acuut dreigende situaties is het belangrijk dat er duidelijk en bondige informatie te vinden is over hoe wij dienen te handelen. Dat is er op dit moment nog niet.

**In het protocol wordt er gesproken van een conflict van plichten en van de huidige wet en regelgeving. Zijn deze begrippen duidelijk? Is het duidelijk welke wet hiermee wordt bedoeld?**

De organisatie vraagt op die manier heel veel van ons zelf, veel eigen studie. Als organisatie moet je dit meer faciliteren, dat deze informatie voor ons beschikbaar is. En vooral dit soort gevoelige belangrijke informatie. En dan kun je niet verwachten dat alle mensen alle wetten gaan doorlezen. Het is meer een gemakzucht van, ik heb het benoemd in het protocol en dat is voldoende. Dat is op dit moment niet goed geregeld in de organisatie.

**Het protocol is niet geheel duidelijk. Hoe ziet u het voor u om daar verbetering in te brengen?**

Ik vind echt dat iedereen hierin getraind moet worden. In de zin van wat te doen bij... Hoe herken je suïcidaal gedrag, hoe voorkom je dat het uit de hand loopt, hoe betrek je het systeem daarbij. Ik vind dat eigenlijk een minimale voorwaarde. Meer trainingen ook omdat het steeds vaker voorkomt. En dan wel onder spot. Van presentaties steekt men over het algemeen niet veel van op. Concrete oefensituaties, die zich daadwerkelijk in de praktijk hebben voor gedaan, hierop brainstormen, rollenspellen. Dat pakt. En dan niet alleen de hoofdbehandelaren, maar iedereen, medebehandelaren, 24-uursteam. Eigenlijk iedereen die in samenwerking staat met de cliënt. En ook iedereen verplichten om hieraan deel te nemen.

**Stel dat er helemaal geen wettelijke regels met betrekking tot dit onderwerp waren. Hoe zou het handelen in een desbetreffende situatie er dan uitzien.**

Ik vind de huidige wetgeving eigenlijk prima. De wetgeving belemmert het handelen van ons niet. Ik vind het belangrijk om de samenwerking met de cliënt te hebben. Dat de cliënt ook nog zijn eigen regie heeft over wat wil ik wel en wat wil ik niet verstrekken. En ik vind het ook heel legitiem om in bepaalde crisissituaties bepaalde dingen wel te benoemen na

een afweging in het privacybelang van de cliënt. Ik vind juist dat de wet een duidelijk kader biedt en ik zou het niet anders willen.

**Zijn er eventueel nog instanties of juristen waarmee jullie eventueel contact mee op kunnen nemen wanneer jullie niet zeker weten of jullie de juiste beslissing nemen?**

We hebben sinds kort gelukkig intern een jurist sinds. Dus dat vind ik wel prettig, dat mocht het nodig zijn we altijd haar als hulplijn kunnen inschakelen. Mochten wij ergens mee zitten, dan kan zij de juridische kant daarvan uitzoeken en dat geeft ons toch weer wat meer tools om mee verder te werken. Dus dat is wel een soort hulplijn.



## **F. Vragenlijst interview II**



## Vragenlijst interview II

**Geïnterviewde:** X  
**Functie:** Gezondheidspsycholoog, cognitief gedragstherapeut  
**Werklocatie:** Oss, Raadhuisshof  
**Onderwerp:** Casus en werkwijze bespreking volwassene met suïcidaal gedrag  
**Datum:** 23 april 2015

### Casus

Cliënte had een vakantie met haar vriend gepland naar Aruba. Deze vakantie zorgde voor veel spanningen omdat een ex-vriend van haar moeder, die cliënte heeft misbruikt, op Aruba woont. De dag voordat cliënte op vakantie gaat, hoort cliënte dat haar contract op haar werk niet verlengd wordt. Ook hoort zij nog voor vertrek dat haar vader terminaal ziek is. Cliënte besluit om toch op vakantie te gaan, omdat haar vader niet duidelijk is over zijn wensen. Op vakantie krijgt zij een telefoontje waarin haar vader zegt dat hij boos is dat zij toch op vakantie is gegaan en geeft haar de schuld van alles. Als cliënte terug komt van vakantie, is zij helemaal op. Zij meldt aan haar behandelaar dat ze de stem van haar moeder in haar hoofd hoort. De stem spoort haar aan tot suïcide en geeft zeer concrete tips. Binnen een paar dagen uit cliënte zich zeer suïcidaal en gaat zij naar een psychiater. Uiteindelijk overlijdt haar vader. Hierna mist ze haar vader, maar cliënte is ook boos op haar vader en voelt zich in de steek gelaten maar acht zichzelf in de kern schuldig aan alles. Cliënte wil haar emoties niet uiten en alles wordt haar teveel. De behandelaar mag de vriend van cliënte niet vertellen hoe depressief zij is en hoeveel gedachten zij aan de dood heeft.

Op een dag kan de behandelaar geen contact met met cliënte vinden. Cliënte zegt overbodig te zijn in dit leven en dood te willen. Hierbij zegt zij dat de stem van haar moeder gelijk heeft en dat ze alleen maar rust kan krijgen als ze luistert naar de stem. Cliënte loopt dan weg uit het gesprek met haar behandelaar. De behandelaar voelt zich uiteindelijk gedwongen om haar uit haar stilstaande auto met ronkende motor te laten halen door de politie. Ook heeft de behandelaar toch de vriend van cliënte gebeld en uitgelegd dat cliënte op het politiebureau is wegens suïcidaliteit. Tot aan dit moment had de vriend van cliënte geen idee van het feit dat zijn vriendin suïcidaal was. De behandelaar vreesde voor de behandelrelatie tussen haar en haar cliënte. Cliënte heeft de dag naar het incident aangegeven dat ze echt van plan was om een eind aan haar leven te maken en is de behandelaar dankbaar voor haar handelen.

### Vragen met betrekking tot de casus

- In welke relatie stond u tot de cliënt? Wat was uw functie?
- Stonden er nog andere hulpverleners in contact met de cliënt?
- Wisten de andere hulpverleners van de suïcidaliteit van cliënt? In hoeverre wisten zij hier iets over?
- Cliënte wilde niet dat haar vriend op de hoogte gebracht werd van haar suïcidaal gedrag. Welke afspraken zijn er destijds gemaakt met betrekking tot informatie uitwisseling naar de naasten van cliënte?
- Hoe heeft u gehandeld vanaf het moment dat cliënte aangaf dat haar vriend niet op de hoogte mocht worden gesteld?
- Mochten er wel andere naasten op de hoogte gesteld worden?
- Wordt er bij een volwassene cliënt aan het begin van de behandeling al gevraagd of er naasten betrokken mogen worden bij de behandeling?
- Wordt dit opgenomen in het dossier van de cliënte? Hoe wordt dit opgenomen in het dossier?
- Was er wel een contactpersoon afgesproken ingeval van acuut dreigend gevaar?

- Hoe maakt u op dat moment een afweging of er contact moet worden opgenomen met de contactpersoon?
- Op een gegeven moment heeft u toch contact opgenomen met de vriend van cliënte en hem op de hoogte gesteld van het suïcidale gedrag van cliënte. Waarom heeft u besloten dit toch te doen?
- Heeft het niet eerder verstrekken van informatie aan de vriend nog gevolgen gehad?
- Had u achteraf anders willen handelen in deze situatie?

### **Vragen met betrekking tot de werkwijze**

- Wat is de procedure bij de diagnose en het inschatten van suïcidaal gedrag en het suïcide risico? Gebruikt u hierbij het stappenplan voor suïcidepreventie?
- Hoe is de procedure om de naasten van een cliënt te kunnen betrekken bij de behandeling van de cliënt?
- Op welk moment wordt er toestemming van de cliënt gevraagd?
- Wordt het wel of niet verkrijgen van de toestemming genoteerd? Moet de cliënt dit tekenen? Wordt er nog meer hierbij genoteerd, bijvoorbeeld het doel van het verstrekken van informatie en aan wie er precies welke informatie mag worden verstrekt?
- Zijn hier bepaalde formulieren voor?
- Zodra er wel toestemming is gegeven, wordt dan alle informatie verstrekt aan de naasten van de cliënt?
- Zorgt het niet verkrijgen van toestemming van de cliënt voor een belemmering in de behandeling?
- Wat is de procedure wanneer de cliënt geen toestemming geeft voor het verstrekken van informatie aan zijn naasten? Op welke manier gaat u dan te werk?
- Bent u op de hoogte van alle uitzonderingen die de zwijgplicht kunnen doorbreken? (wettelijke plicht, conflict van plichten, zwaarwegend belang)
- Hoe maakt u de afweging om uw zwijgplicht te doorbreken? Welke punten neemt u mee in uw afweging? (leeftijd, ernst klinisch beeld, de mate waarin direct handelen noodzakelijk is)
- Weet u welke risico's en gevolgen verbonden zitten aan het niet gerechtvaardigd doorbreken van uw zwijgplicht? (Klachtrecht, tuchtrecht, strafrecht)

### **Vragen met betrekking tot het protocol**

In juni 2014 is het protocol 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de verslavingszorg' openbaar gemaakt. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag en het handelen en nazorg na een suïcide voor naasten en hulpverleners.

- Bent u bekend met het protocol? Is het protocol op een bepaalde wijze aan u bekend gemaakt?
- Gebruikt u het protocol? Waarom wel/niet?
- Het protocol geeft aan dat de betrekking van de naasten van de cliënt in overeenstemming dient te zijn met de actuele wet- en regelgeving voor het recht op privacy en het beroepsgeheim. Weet u met welke wetgeving u rekening moet houden?
- Is het protocol u geheel duidelijk? Hoe ziet u hier graag verbetering in?
- Het protocol bevat ook nog enkele bijlagen met stappenplannen met betrekking tot professioneel handelen bij acuut dreigend suïcidaal gedrag, bij een suïcidepoging zonder en met ernstig letsel en bij suïcide. Maakt u hier gebruik van?
- Welke aanbevelingen ter verbetering van het protocol zou u zelf hebben?
- Stel dat er geen regels waren geweest, hoe had je dan graag willen handelen? Had je dan hetzelfde gehandeld?

## **G. Uitwerking interview II**



## **Uitwerking interview II**

**Geïnterviewde:** X  
**Functie:** Gezondheidspsycholoog, cognitief gedragstherapeut  
**Werklocatie:** Oss, Raadhuisshof  
**Onderwerp:** Casus en werkwijze bespreking volwassene met suïcidaal gedrag  
**Datum:** 23 april 2015

### **Casus**

Cliënte had een vakantie met haar vriend gepland naar Aruba. Deze vakantie zorgde voor veel spanningen omdat een ex-vriend van haar moeder, die cliënte heeft misbruikt, op Aruba woont. De dag voordat cliënte op vakantie gaat, hoort cliënte dat haar contract op haar werk niet verlengd wordt. Ook hoort zij nog voor vertrek dat haar vader terminaal ziek is. Cliënte besluit om toch op vakantie te gaan, omdat haar vader niet duidelijk is over zijn wensen. Op vakantie krijgt zij een telefoontje waarin haar vader zegt dat hij boos is dat zij toch op vakantie is gegaan en geeft haar de schuld van alles. Als cliënte terug komt van vakantie, is zij helemaal op. Zij meldt aan haar behandelaar dat ze de stem van haar moeder in haar hoofd hoort. De stem spoort haar aan tot suïcide en geeft zeer concrete tips. Binnen een paar dagen uit cliënte zich zeer suïcidaal en gaat zij naar een psychiater. Uiteindelijk overlijdt haar vader. Hierna mist ze haar vader, maar cliënte is ook boos op haar vader en voelt zich in de steek gelaten maar acht zichzelf in de kern schuldig aan alles. Cliënte wil haar emoties niet uiten en alles wordt haar teveel. De behandelaar mag de vriend van cliënte niet vertellen hoe depressief zij is en hoeveel gedachten zij aan de dood heeft.

Op een dag kan de behandelaar geen contact meer met cliënte vinden. Cliënte zegt overbodig te zijn in dit leven en dood te willen. Hierbij zegt zij dat de stem van haar moeder gelijk heeft en dat ze alleen maar rust kan krijgen als ze luistert naar de stem. Cliënte loopt dan weg uit het gesprek met haar behandelaar. De behandelaar voelt zich uiteindelijk gedwongen om haar uit haar stilstaande auto met ronkende motor te laten halen door de politie. Ook heeft de behandelaar toch de vriend van cliënte gebeld en uitgelegd dat cliënte op het politiebureau is wegens suïcidaliteit. Tot aan dit moment had de vriend van cliënte geen idee van het feit dat zijn vriendin suïcidaal was. De behandelaar vreesde voor de behandelrelatie tussen haar en haar cliënte. Cliënte heeft de dag naar het incident aangegeven dat ze echt van plan was om een eind aan haar leven te maken en is de behandelaar dankbaar voor haar handelen.

### **Wat was uw relatie met de cliënt?**

Ik was de psycholoog van cliënte.

### **Dus er stonden ook nog andere mensen met cliënte in contact? Bijvoorbeeld medebehandelaars?**

Nee, er stonden geen andere mensen met cliënte in contact.

### **Dus u bent de enige destijds geweest die op de hoogte is geweest van het suïcidale gedrag van cliënte?**

Klopt, alleen de psychiater is vanaf halverwege het traject op de hoogte gebracht van deze situatie. De psychiater heeft op dat moment voornamelijk een suïcide inschatting gedaan.

### **In hoeverre is de psychiater op dat moment op de hoogte gebracht van de situatie van de cliënte?**

Er is alleen de informatie verstrekt aan de psychiater die hij op dat moment nodig had om de situatie in te schatten. Dus weinig achtergrond informatie, alleen wat de aanleiding was waardoor het nu zo slecht met de cliënte ging en wat mijn twijfels waren. Mijn inhoudelijk

leidinggevende en een naastencollega wisten ook van alles, dus de gehele situatie. Cliënte was hiervan op de hoogte, zij wist dat ik tussendoor met mijn collega's in overleg ging over de situatie. Cliënte was ook op de hoogte van het feit dat ik mijzelf ongemakkelijk voelde over hoe zij zich uitte.

**Vond de cliënt de informatie-uitwisseling met uw collega's wel goed?**

Ja, daar had cliënte geen probleem mee. Maar ik mocht absoluut geen informatie verstrekken aan haar vriend.

**Mocht u alleen geen informatie verstrekken aan haar vriend of ook aan andere naasten?**

Nee, ik mocht aan niemand informatie verstrekken. Cliënte had ook bijna geen contact met haar familie. Haar vriend stond het dichtste bij haar, maar daar mocht geen informatie aan verstrekt worden.

**Op welk moment heeft u aan cliënte gevraagd of haar vriend betrokken mocht worden bij de behandeling?**

Vanaf het begin. Het traject met cliënte is niet begonnen met het trauma gedeelte. Zij kwam binnen met sociale angstklachten en verslavingsklachten en wilde haar verleden hier niet bij betrekken. Op dat moment is haar vriend enigszins bij de behandeling betrokken geweest, want haar vriend wilde ook niet meer dat cliënte hen geld vergokte. Dus die wilde wat vertrouwen in de behandeling hebben en is daarom bij sommige evaluatiegesprekken aanwezig geweest. Op die manier is haar vriend bij de behandeling betrokken geweest. Vanaf het moment dat cliënte zich rot ging voelen en doodgaan als een uitweg begon te zien, wilde cliënte niet dat ik dat met haar vriend deelde. Want dat was haar recht eigenlijk, zij was bang dat zij gecontroleerd zou gaan worden en dat zij haar vrijheid kwijt zou raken.

**Dus eigenlijk heeft cliënte in het begin toestemming gegeven dat er informatie aan haar vriend verstrekt werd en later deze toestemming ingetrokken op het moment dat het slechter met haar ging.**

Ja, dat klopt.

**Is dit in het dossier van cliënte opgenomen? Of was dit een mondelinge afspraak?**

Dit staat alleen opgenomen in de voortgangsrapportages. Hierin staat opgenomen dat ik heb gevraagd of ik haar vriend ook mocht uitnodigen voor het bijwonen van een evaluatiegesprek en of ik hem mocht bellen op het moment dat het slecht met haar ging. Want later, na het geëscaleerde moment, hebben wij wel opgenomen dat ik wel contact met haar vriend mocht opnemen in situaties dat het zou escaleren. Er staat opgenomen dat ik de vrijheid had om in te schatten wanneer ik hem ging bellen. Daar heb ik geen gebruik van gemaakt, maar ik had vanaf dat moment wel de toestemming van cliënte.

**Dus alleen in de voortgangsrapportages staat opgenomen wanneer cliënte wel toestemming had gegeven en wanneer niet?**

Ja, dat klopt. Ik mocht geen contact opnemen met haar vriend. In geen een situatie. Dit stond in een voortgangsrapport opgenomen. Ook stond daarin opgenomen dat ik juist wel contact met haar vriend wilde opnemen, maar dat ik dat niet mocht. En dat ik dit met cliënte besprak.

**Is er geen speciale formulier dat door de cliënt ondertekend wordt wanneer hij of zij juist wel of juist geen toestemming tot informatie verstrekking geeft?**

Je kant ervoor kiezen om iemand een toestemmingsverklaring te laten teken, net zoals een toestemmingsverklaring voor de huisarts. Dit formulier kun je laten ondertekenen, dat je er in opneemt met wie er contact mag worden opgenomen. In sommige gevallen maak ik daar gebruik van, bijvoorbeeld om met ouders of een partner contact op te kunnen



nemen. Maar in de meeste gevallen maak ik een mondelinge afspraak. Dan zeg ik tegen cliënt dat er zonder zijn toestemming geen informatie de deur uit gaat en over het algemeen zullen we dan gesprekken houden in een driegesprek, zodat de cliënt er dan bij is.

**Dus in deze situatie stond er ook geen contactpersoon opgenomen met wie u contact kon opnemen in dreigende situatie?**

Nee, er stond geen contactpersoon opgenomen. Want cliënte wilde niet dat haar vriend op de hoogte werd gebracht van deze situatie en verder had cliënt niet veel mensen om haar heen. Er was ook zo een 2,5 jaar geen reden om een groot signaleringsplan op te zetten.

Je ziet het wel vaker bij mensen met ernstige trauma's dat ze eerst vertrouwen hebben in de behandelaar en het daarna pas breed kunnen maken naar hun familie toe. Terwijl je idealiter zou willen dat iemand een steunsysteem zou hebben waarna hij kan terugvallen na een heftige traumasessie. Maar ik heb tweemaal gehad dat er voor die persoon eerst een stukje behandeling diende te komen voordat iemand iets meer vertrouwen durfde te hebben in zijn omgeving. En dat was bij cliënte dus ook het geval.

Bij een volwassene ambulante cliënt is het niet vanzelfsprekend dat er een contactpersoon wordt opgenomen. Vaak staat er wel een nummer van een partner genoteerd in het algemene dossier, maar dat nummer wordt niet genoteerd met het idee van met deze persoon neem ik contact op wanneer de situatie escaleert.

Het is wel steeds meer een gewoonte op een partner, ouders of andere naastbetrokkene actief te betrekken, dus dat je daar veel meer over praat in de zin van wie is er nou thuis en hoe denken zij over jouw situatie.

**Op een gegeven moment is er afgesproken dat u bij acuut dreigend gevaar contact met de vriend van cliënte mocht opnemen.**

Ik weet dat ik bij acuut dreigend gevaar dat recht volgens mij toch wel heb. In ieder geval om met de politie of de huisarts contact op te nemen. Maar ik doe het liever met de toestemming van de cliënt. De eerste keer, de geëscaleerde situatie in de auto, heb ik zonder toestemming van cliënte contact opgenomen met haar vriend. En dat liep gelukkig goed af.

**Op het moment dat cliënte aangaf dat zij een doodwens had mocht u geen contact opnemen met haar vriend. Toen heeft er zich een situatie voorgedaan waarin u toch heeft besloten contact op te nemen met haar vriend, zonder de toestemming van cliënte. Na deze situatie is cliënte met haar vriend op gesprek geweest en heeft zij aangegeven dat in het vervolg contact mag worden opgenomen met haar vriend mocht zich weer een escalerende situatie zich voordoen.**

Inderdaad, na deze situatie heb ik de situatie met cliënte nabesproken. Ik heb toen de vraag voorgelegd: 'stel dat een dergelijke situatie zich nog een keer voordoet hoe gaan wij dan handelen?' En op dat moment heeft cliënte toestemming gegeven om in het vervolg contact op te nemen met haar vriend.

**Uiteindelijk heb jij ervoor gekozen om toch contact op te nemen met de vriend van cliënte en te vertellen dat zijn vriendin suïcidale gedachten heeft, terwijl dit van cliënte niet mocht. Wat heeft jou doen besluiten toch contact op te nemen met de vriend?**

Cliënte werd op een gegeven moment meegenomen door de politie. De auto van cliënte bleef op dat moment staan voor ons pand. Cliënte riep toen nog kwaad 'Wie gaat hem nu ophalen?' Want ze zei ook tegen de politie dat zij zichzelf niks zou aandoen en dat ze gewoon haar vriend ging ophalen. Een combinatie van ja die jongen staat daar te wachten

en die weet niet wat er aan de hand is en zijn vriendin is op het politiebureau en die moet daar op een gegeven moment ook weer weg. Op dat moment kon ik gewoon niet anders, dat was zo een dringende situatie dat ik wel contact moest opnemen met de vriend om uit te leggen wat er allemaal aan de hand is.

**Toen heeft u ook uitgelegd dat cliënte suïcidale gedachten heeft en hoe ernstig het is?**

Ja, en dat het ook al een tijdje speelde.

**En hoe heeft de vriend van cliënte daarop gereageerd, dat jij hem pas op dat moment vertelde wat er met zijn vriendin aan de hand was? Heeft dat nog gevolgen gehad?**

Nee, uit eindelijk niet. Het was een hele lieve zachte jonge. Ik had het wel heel erg goed begrepen als hij wel boos was geworden. Op dat moment zei hij vooral: 'en hoe kom ik nu thuis?' Hij snapte op dat moment de ernst van de situatie totaal niet, terwijl ik het wel een aantal keer duidelijk heb uitgelegd. Na de situatie heb ik cliënte en haar vriend samen gesproken. Ik heb hun kunnen uitleggen waarom ik ervoor heb gekozen toch contact op te nemen met haar vriend. En beide snapte dit heel goed.

**Had jij achteraf anders willen handelen?**

Ik had dit heel graag willen voorkomen, maar ik zou echt niet weten hoe. Ik denk dat hoe het is verlopen dat dat goed is geweest, omdat er genoeg vertrouwen was om het wel aan de vriend te vertellen. Mijn twijfel zat hem er vooral in dat zij op dat moment verteld dat zij een eind aan haar leven wil maken en dat betekend dat zij het ook echt wil. Het was wel een momentopname, achteraf zei cliënte: 'ik ben heel blij dat je dit hebt gedaan, want ik had het anders echt gedaan.' Uiteindelijk heeft het haar heel veel gebracht. Ik ben mezelf helemaal kapot geschrokken, maar ik denk niet dat ik in deze casus het had kunnen voorkomen. Wel ben ik van mening dat ik er ontzettend veel van heb geleerd.

**Ben je nu anders een behandeling ingegaan bij andere cliënten, wanneer je denkt dat het wel eens kan leiden tot suïcidale gedachten?**

Ik vind dat er heel veel nadruk op gelegd moet worden dat andere mensen op de hoogte zijn over hoe de cliënt zichzelf voelt. En dat de cliënt weet dat hij daar niet alleen in is. Dus op dat moment dat ik het breed heb gemaakt naar de psychiater toe en heel veel ben blijven overleggen met mijn inhoudelijke leidinggevende, dat was goed. Maar in dit geval kon ik het niet groter maken dan dit. Er zijn nou eenmaal mensen die zeer geïsoleerd leven en niemand vertrouwen. Dus ik denk niet dat ik het in deze casus anders had gedaan.

Ik ben ook blij dat het onderwerp dood er zo mocht zijn. Want ze is na deze situatie nog steeds blijven spelen met het idee, maar vanaf dat moment heb ik het helemaal open gegooid. We zijn echt gaan praten over de voordelen ervan. Tot aan de situatie waarop het escaleerde was ik voornamelijk bezorgd over cliënte. Daarna ben ik er minder bang voor geworden. Maar puur in het veilig stellen van de situatie, ik weet niet hoe ik het anders had moeten doen.

**Toen de vriend eenmaal op de hoogte was, is hij toen ook mee naar gesprekken geweest dat jullie daar ook met hem over hebben gepraat?**

Nee, we hebben niet met de vriend verder nog gepraat over de gedachten van cliënte. Wel is er algemene informatie over de behandeling en over hoe het gaat en hoe je met elkaar om gaat etc. verstrekt aan de vriend. Zodat cliënte zich wat rustiger thuis zou voelen. Want haar neiging was op het moment dat ze niet lekker in haar vel zat om zichzelf af te reageren op haar vriend. Dus daar hebben wel met de vriend over gesproken. Maar echt met hem bespreken van ik denk wel eens aan de dood en van mij hoeft het niet meer, nee zulke gesprekken hebben wij niet met hem gehouden. Dat was

echt haar uitweg. Dat veranderde later ook in: 'ik vertrek naar Amerika en ik ga daar in een videotheek werken'. Zij gebruikte de dood destijds echt als uitweg.

### **Hoe schat jij suïcidaal gedrag in? Gebruikt u daar wel het protocol voor?**

Daar is een stappenplan voor. Dit stappenplan gebruik ik voornamelijk uit mijn hoofd. Maar mocht ik hem er echt bij moeten pakken dan weet ik hem wel te vinden. Maar wanneer mensen zich wat somberder uitten, dan blijf ik het wel vragen of er ook sprake is van een doodswens. Het stappenplan is voornamelijk bedoeld om te kijken hoe concreet het is, met een termijn en een middel etc.

### **Hoe is de procedure in beginsel om naasten van een cliënt te betrekken bij de behandeling? Wordt dat al in het begin van de behandeling gevraagd?**

Tegenwoordig wel, tegenwoordig denk ik wel dat iedereen dat in eerste instantie vraagt. Ook omdat dat bij de eerste CRA uitleg zit, dat je omgeving zeer belangrijk is en dat die betrokken kan worden en dat die mee mogen komen.

### **Dus dat is pas sinds een tijd?**

Dat het ook echt in het protocol zit geweven? Het werd al wel steeds vaker bij het behandelplan erbij vermeld dat de omgeving erbij betrokken kan worden, maar het is wel de laatste jaren veel meer in opkomst.

### **Op welk moment wordt er normaal gesproken toestemming aan de cliënt gevraagd?**

Bij de intake, maar vaak, denk ik, ligt er bij die toestemming voornamelijk de nadruk op informatie uitwisseling naar de GGZ of de huisarts toe.

### **Niet echt direct naar naasten van de cliënt?**

Nee, maar als er een naasten bij is of wanneer iemand op advies van zijn ouders is gestuurd dan bespreek je wel even met de cliënt hoe je met informatieverstrekking naar anderen toe wil omgaan.

### **Ga je dan niet direct uit van veronderstelde toestemming?**

Juist niet, in eerste instantie zal ik in zo een situatie juist uitleggen dat ik expliciet geen informatie uitwissel zonder de toestemming van cliënt. Dus in beginsel ga ik er vanuit dat ik geen informatie uitwissel zonder de toestemming van cliënt. Mocht ik wel informatie gaan uitwisselen met toestemming dan zal ik er ook altijd voor proberen te zorgen dat dat gebeurd in een driegesprek en niet telefonisch achter de rug van de cliënt om het met zijn naasten bespreek.

### **De toestemming, mocht die wel worden gegeven, dan wordt dat min of meer wel genoteerd in voortgangsrapportages. Er worden bepaalde formulieren voor gebruikt, er worden alleen formulieren gebruikt voor toestemming naar andere zorginstellingen toe zoals de GGZ en de huisarts?**

Soms wordt er ook wanneer het gaat om informatie verstrekking naar derden toe het formulier gebruikt. Wanneer een cliënt dit heel duidelijk aangeeft dan kan ervoor gekozen worden de cliënt het toestemmingsformulier te laten ondertekenen. Dat zijn standaard formulieren, daar kun je de naam op invullen naar wie er wel informatie mag worden verstrekt.

### **Zodra er wel toestemming is gegeven, wordt dan alle informatie aan naasten verstrekt?**

Nee, er wordt dan nog steeds een afweging gemaakt wat er wel verstrekt gaat worden en wat niet. Maar wanneer er toestemming is gegeven voel je jezelf wel wat vrijer om een beslissing te maken om informatie te verstrekken. Vaak houd ik mezelf wat terughoudender, dan vraag ik aan de naasten waar zij mee zitten en wat hun vragen zijn

en dan geef ik alleen daar antwoord op. Maar ik vertel altijd wel aan de cliënt wat er is verteld aan zijn naasten.

**Wanneer de cliënt geen toestemming geeft om informatie te verstrekken naar naasten, zie jij dit dan als een belemmering voor de behandeling?**

Nee, omdat ik het over het algemeen wel voor elkaar krijg wanneer iemand zich zorgen maakt (een naastbetrokkene) om die persoon in de kamer te krijgen zodat er toch met die persoon en de cliënt samen wordt gesproken. Meestal vinden ze dit ook wel goed, omdat ze er toch zelf bij zitten. En ik spreek zo een gesprek ook altijd voor. Want ik ga tijdens een gesprek niet liegen, maar het kan voorkomen dat er bepaalde dingen zijn waarover een cliënt niet wil dat dat wordt verteld, dit wordt dan voorafgaand aan het gesprek besproken zodat de vertrouwensband intact blijft.

**Als de cliënt geen toestemming geeft om informatie te vertrekken naar naasten toe, op welke manier ga je dan te werk wanneer je van mening bent dat zij eigenlijk wel op de hoogte gebracht dienen te worden?**

Zoveel mogelijk via de cliënt zelf. Blijft die volhouden dat er geen informatie verstrekt mag worden dan is het erg afhankelijk van de situatie of ik ervoor kies om toch contact op te nemen met de naasten van de cliënt. In sommige gevallen moet je kiezen tussen je werkrelatie en de veiligheid van iemand. Ik probeer het zoveel mogelijk gewoon via de cliënt, en dat lukt eigenlijk altijd. Maar anders dan doe ik het uiteindelijk toch. In dit geval ging het om een kwestie van leven en dood en dan moet het op een gegeven moment wel, al vond ik het echt niet makkelijk. En bij cliënten met kleine kinderen kan ik me ook wel situaties indenken. Maar vaak als je het goed uitlegt wat je wilt doen, uitlegt wat je verantwoordelijkheid is en wat voor invloed het kan hebben als je de informatie voor je houdt en dat dat niet professioneel is dan kunnen de meeste mensen daar wel iets mee.

**De wet geeft een aantal uitzonderingen wanneer je je zwijgplicht mag doorbreken. Ben jij op de hoogte van al deze uitzonderingen?**

Ik denk het niet, dat weet ik niet zeker. Van de wettelijke plicht ben ik op de hoogte. En bij de behandeling van minderjarige cliënten die hebben een aandachtsfunctionaris, die kent de regeltjes dus zodra je niet weet wat je moet doen dan kun je daar heen gaan. En dan leg je de situatie uit en hij vertelt dan wat jouw volgende stap is. Dus bij alle jeugdtwijfels kunnen wij altijd met diegene contact opnemen of het AMK.

Maar wanneer je behalve bij dreigend gevaar voor zichzelf of anderen je zwijgplicht mag doorbreken zou ik niet weten. Ik weet dat het de punten waarop je een zwijgplicht mag doorbreken vaak zijn. Er zijn wel regels maar die maken een situatie verder niet zwart/wit. Want wat is dan dreigend gevaar? En wanneer zit je in een conflict?

Wat ik vrees wat wij als organisatie niet zo goed doen, ook als je kijkt naar user, is dat wij sowieso binnenhuis teveel delen. Officieel mag ik bij een evaluatiegesprek met collega's alleen dingen vertellen die relevant zijn om te delen met collega's. Maar ook wanneer ik bijvoorbeeld een psychootdiagnostisch onderzoek doe dan moet volgens mij de vaktherapeut alleen maar weten wat voor hem relevant is en niet de rest van het verhaal. En daar gaan we denk ik wel een beetje de mist in. Naar buiten toe valt het allemaal wel mee denk ik, maar binnenhuis, ja iedereen kan alles lezen. Iedereen die toegang heeft tot user die kan overal in.

**Hoe heb je in deze situatie de afweging gemaakt om de zwijgplicht te doorbreken?**

Ja, dit was echt meisje in auto met lopende motor, waar ik naast ben gaan zitten en mij verteld ja als ik wegrijd dan ga ik daar tegen dat viaduct mezelf doodrijden. Dus op dat moment was het voor mij wel duidelijk dat ik mijn zwijgplicht moest doorbreken.

**Weet u welke risico's en gevolgen er zitten aan het doorbreken van de zwijgplicht wanneer dit niet gerechtvaardigd is?**

Ik weet het niet zeker, maar ik denk dat er een klacht ingediend kan worden en die komt dan terecht bij een GGZ tuchtrechtbank. Dus dat ik dan iets van een boete krijg of in het ergste geval uit mijn functie wordt gezet.

En voor ons als gezondheidspsychologen zijn er geen specifieke situaties waarvan je weet als ik dit doe dan kan ik vervolgd worden. Wanneer een bepaalde cliënt een van ons kwaad wil doen dan zou hij ons altijd aan kunnen klagen. Maar ik ga er vanuit dat als ik op zo een moment kan vertellen wat ik heb gedaan en waarom ik dit heb gedaan dat ik dan nog wel een goede kans maak.

**En denk jij dat wanneer iedereen op de hoogte is van de risico's en gevolgen dat zij ook beter zullen nadenken voordat zij hun zwijgplicht zullen doorbreken?**

Ik denk wel dat iedereen beseft dat ze in situaties aangeklaagd kunnen worden.

**Je weet wel dat het protocol er is, weet je ook waar je het protocol kan vinden?**

Als ik het protocol nodig zou hebben, dan zou ik hem wel kunnen vinden via Mavim.

**Het protocol is vorig jaar juni ingegaan. Is dit ook naar jullie toe gecommuniceerd?**

Misschien, ik durf niet met zekerheid te zeggen dat dat naar ons is gecommuniceerd.

**En heeft u gebruik gemaakt van de suïcide preventietraining?**

Ik heb er wel iets van meegekregen, maar deze training heb ik niet gevolgd.

**Is het protocol u geheel duidelijk?**

Ik heb het protocol nog nooit gelezen. Maar waarschijnlijk heb ik op verschillende plekken versies gekregen.

**Weet u of u wel de bijlagen gebruikt van het protocol?**

Ik weet wel dat deze bijlagen er zijn, maar ik heb ze zelf nog nooit gebruikt. Je pakt deze bijlagen er pas bij wanneer zich een dergelijke situatie voordoet.

**Hoe denk jij dat de organisatie dit zelf kan verbeteren, de kennis over dit onderwerp naar jullie toe?**

Ik denk dat het beste helpt in de huidige organisatie, dat je dit in de kleinere teams als onderwerp moet stellen. Zodat je het daar een keer met je team over hebt gehad. En dat je daarna bijvoorbeeld een iemand aanstelt uit je team die een keer alles goed doorspilt, zodat diegene de vraagbaak wordt, net zoals dat je voor de jeugd de aandachtsfunctionaris hebt. Maar in ieder geval dat er een keer met de mensen waar jij zelf mee te maken hebt er goed over gepraat wordt.

**Zou u het fijn vinden als er voor jullie ook een soort van een hulplijn zou zijn net zoals bij de jeugd, een jurist waar je bijvoorbeeld contact mee kunt opnemen?**

Ja, dit zou ik erg fijn vinden. Het zou fijn zijn voor leidinggevende, hoofdbehandelaren en psychologen wanneer zij zichzelf afvragen, zitten we nog goed, handelen we goed, zitten we nog binnen de wet dat we even contact met iemand kunnen opnemen.

**Stel er was geen wet, had je dan anders gehandeld?**

In dit geval niet. Maar, even los van de wet, is het toch wel fijn om aan de ethische regels van je vak te voldoen. Want anders kom je te dicht bij en wordt je zoals een familielid. Over het algemeen ben ik wel tevreden over hoe het op dit moment geregeld is. En dat de uitzonderlijke situaties grijze gebieden zijn is ook geen probleem, totdat je een keer in een situatie zit en je niet meer weet wat je moet doen.



## H. Vragenlijst m.b.t. protocol





## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol?
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt?
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet?
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval?
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval?
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven?
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden?
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk?
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen?
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van?

Hartelijk bedankt voor uw tijd en het invullen van de vragenlijst!

## **Bijlage 1**

### **Alinea 4.2 Betrekking van naasten**

Het wordt aanbevolen om bij elke fase van het onderzoek en behandeling naasten van de cliënt te betrekken. Naasten hebben vaak behoefte aan uitleg, hulp en steun. Wanneer aan deze behoefte wordt tegemoet gekomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de cliënt, de kwaliteit van de werkrelatie met de cliënt en diens naasten, en ook op de therapietrouw. Hiervoor zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- De cliënt en diens naasten gaan ermee akkoord dat de naasten bij de zorg worden betrokken.
- De mate waarin naasten bij de zorg betrokken worden, is in overeenstemming met hun draagkracht en bereidheid.
- De betrekking van naasten bij onderzoek en behandeling dient in overeenstemming te zijn met de actuele wet- en regelgeving voor het recht op privacy en het beroepsgeheim.
- Het recht op privacy en het beroepsgeheim moet worden afgewogen tegen veiligheid en de mogelijkheid van ernstig nadeel voor de cliënt door het bij de zorg betrekken van naasten.
- Het moet altijd blijven gewaarborgd dat de cliënt de mogelijk heeft om vertrouwelijke zaken met uitsluitend de professional te bespreken.

Bij jongeren zijn er duidelijke wettelijke vereisten om de ouders bij de zorg te betrekken. De wettelijke vereisten hangen daarbij af van de leeftijd van de jongere cliënt:

- Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het wettelijk verplicht om de ouders die het ouderlijke gezag hebben, te betrekken bij het vaststellen van de behandelovereenkomst.
- Jongeren tussen 12 en 16 jaar hebben met de ouders een gedeeld recht op het sluiten van een behandelovereenkomst.
- Vanaf 16 jaar is de instemming voor een behandelovereenkomst door de ouders wettelijk niet meer verplicht.
- Het ouderlijke gezag vervalt als de jongere 18 jaar is. De ouders blijven wel zorgplicht houden tot 21 jaar van hun kind.

Bij de afweging om de ouders te betrekken bij de zorg wordt van de professional verwacht zich niet alleen te laten leiden door de leeftijd, maar vooral door de ernst van het klinische beeld en de mate waarin direct handelen noodzakelijk is (NVvP, NIP, V&VN 2012).

## I. Respons vragenlijst m.b.t. protocol



## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door:

Psycholoog

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Ja
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Via mail en ZVB (denk ik ,weet ik niet meer precies)
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Ja ik werk met het protocol. In geval van suïcidaal gedrag of suïcidale uitingen.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Nee niet helemaal. Ik doe dit altijd in overleg met cliënt, hier gaan zij eigenlijk altijd mee akkoord. Als zij niet akkoord zouden gaan zou ik het lastig vinden om te beoordelen wanneer ik mijn beroepsgeheim wel mag doorbreken en wanneer niet.
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Zie hierboven, dit heb ik nog nooit aan de orde gehad. Ik zou het wel fijn vinden om hier mee handvatten voor te krijgen.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Zie hierboven. Ik zou dit in ieder geval bespreken met de hoofdbehandelaar voordat ik hiertoe over zou gaan.
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? De eerste twee wel, conflict van plichten vind ik niet helemaal helder. Ik kan me hier wel iets bij voorstellen (ben op de hoogte van de stappen van Leenen) maar dit blijft voor mij een lastig punt.
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? Stap 2 t/m 5 van de conflict van plichten toets vind ik niet helemaal duidelijk.
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? Ten eerste meer bekendheid over conflict van plichten toets.

Ik kwam hier achter toen ik zelf vastliep in een casus en dit navroeg bij de jurist van NK. Volgens mij zijn deze stappen niet breed bekend bij alle hulpverleners. Ten tweede duidelijkere uitleg bij de te nemen stappen, evt. aangevuld met voorbeelden.

10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? Ja daar maak ik gebruik van, bijvoorbeeld na een suïcidepoging.

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door: Verslavingsarts

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Nee
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? N.v.t.
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? N.v.t.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Ja
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Bespreken met de cliënt
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Bij dreigend gevaar dat niet op een andere manier is af te wenden
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? Ja
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? N.v.t.
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? N.v.t.
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? N.v.t. ken het protocol tot op heden niet

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door: Preventiewerker

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Nee
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Niet
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Nee. Vanuit preventie n.v.t. Aangezien wij geen formele ingeschreven cliënten hebben.  
Kan zich uiteraard theoretisch wel voordoen, maar is in mijn carrière van ruim 12 jaar bij NK niet voorgevallen.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie bijlage 1) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Ik ken het protocol niet en kan het niet vinden op intranet. Misschien moet je dat erbij sturen. Dan kan ik er desgewenst natuurlijk wel naar kijken. Al heb ik dus nog nooit met dat bijltje gehakt... Laat maar weten!
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval?
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven?
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden?
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk?
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen?
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van?



## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door: Preventiewerker

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Nee
2. Hoe het protocol aan u bekend gemaakt? -
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? -
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? –
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Nog nooit meegemaakt. Ik zou het niet weten. Dat zou ik als het gebeurt moeten uitzoeken.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? -
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? -
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? -
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? -
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? -

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door:           Manager Training en Coaching

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Nee, ik ken het protocol niet
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Niet bekend gemaakt, althans...ik kan het me niet herinneren
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Ik werk niet met het protocol, want ik ben geen hulpverlener en werk niet direct met cliënten of hun naasten.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval?
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval?
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven?
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden?
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk?
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen?
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van?

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door: Senior verpleegkundige

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Ja, in de zin dat ik weet dat het aanwezig is. Heb het verder niet bestudeerd of vergeleken met het eerder aanwezige protocol
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Naar afdeling gestuurd
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Nee, Nog geen situatie gehad die gebruik protocol nodig maakte
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie bijlage 1) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Nee, En ik mis ook info over het vastleggen van afspraken hierover tussen cliënt en naasten
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Overleggen met teamleider en hoofdbehandelaar. Bij acute noodzaak van info aan naasten zal ik zelf beslissing nemen
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Op moment dat uit protocol blijkt dat gevaar aanwezig is en in situatie dat bekend is dat cliënt contact heeft met naasten.
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? Globaal . Zou me er opnieuw over in moeten lezen.
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? Weet niet
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? Mezelf er toe zetten het te lezen
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? N.v.t. Zie 1

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door: Senior reclasseringswerker

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Nee
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Met deze mail
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Nee, ik ben adviseur bij de verslavingsreclassering
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Nee, het is wat tegenstrijdig, vierde en vijfde uitgangspunt.
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Ik ga in overleg met mijn leidinggevende.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Als ik daar toestemming voor heb na overleg met leidinggevende. Is in mijn werk nog nooit voorgekomen.
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? Ik heb mij hier niet in verdiept. Als een cliënt in de PI zich suïcidaal uit, geef ik dit altijd door aan de begeleiding.
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? Misschien een keer voorlichting in ons team?
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? Zie 8
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? Nee, ik heb ze niet gelezen.

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door:

Hoofd Leefstijl en Preventie

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Nee niet op de letter, maar het zal op Mavim staan neem ik aan als ik het nodig zou moeten hebben
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Ik heb er niet naar gezocht tot op heden
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Ik werk als manager niet meer zelf met patiënten, de medewerkers wel
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Ik heb het nog niet gelezen.
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Mogelijk kun je beter een uitvoerend werker voor deze vragenlijst uitzoeken merk ik omdat de vragen zeer inhoudelijk zijn en niet mijn dagelijkse werkzaamheden betreffen.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven?
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden?
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk?
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen?
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van?

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door: Gezondheidspsycholoog

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Ja
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Intranet en te vinden op Mavim
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Ja, maar niet structureel. Eigenlijk vooral wanneer er daadwerkelijk een suïcidepoging heeft plaats gevonden om dan de juiste route te volgen m.b.t. het aangeven van een dergelijk incident. Soms ook bij een zeer complexe casus om handvatten te krijgen over hoe hiermee om te gaan. Maar nauwelijks in het MDO of i.o.m. collega's om van te leren a.d.h.b. casuïstiek.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Nee. Wat bijv. als een cliënt overleden is of weigert en wel wilsbekwaam is maar bijv. dezelfde dag onder invloed niet meer wilsbekwaam is.
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Dan geef ik geen informatie.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Nog nooit voorgekomen. Als het om de veiligheid gaat dan probeer ik andere afspraken te maken om die te borgen dan de naasten inschakelen als iemand dat echt niet wil. Bijv. een opname.
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? Eerste wel, tweede kan ik me iets bij voorstellen maar ik vraag me af of ik er zoveel kan bedenken als er zijn. Derde begrijp ik, maar vind ik zo weinig concreet dat ik me daar als hulpverlener erg onzeker bij voel. Zou fijn zijn als dat begrip concretere kon worden gemaakt of onderbouwd met jurisprudentie.
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? Ik denk dat ik vooral veel behoefte heb aan voorbeelden, overleg met collega's, een betrokken jurist voor advies. Verder

aan meer concrete voorbeelden van hoe te handelen en meer 'Jip en Janneke' taal.

9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? Supervisie, onderwerp meer aandacht geven in primair proces of door medewerkers die hier in thuis zijn (acute dienst) voorlichting over te laten geven, juridisch advies, platform om casuïstiek te bespreken. Hier vooral niet alleen in staan.
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? Ik zoek dit enkel op wanneer er sprake is geweest van een suïcide(poging).

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door:

Gezondheidspsycholoog

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Ja ik ken het protocol
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Het staat om MAVIM en mij is bekend dat alle protocollen daar terug te vinden zijn. Op het moment dat ik het nodig heb pak ik het erbij.
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Ja, gelukkig zelden. Alleen wanneer er sprake is van suïcidegevaar, dan pak ik het er bij.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Nee, niet aan de hand van dit protocol. Wanneer ik daarvoor info wil, richt ik me op privacy wetgeving en WGBO.
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Ik heb het gelukkig nog nooit meegemaakt. Wanneer dat wel zo zou zijn zou ik overleg hebben met eerste geneeskundige in jurist binnen de instelling om te kijken of er voldoende gronden zijn voor informatieplicht of niet.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Hangt er van af. Wanneer cliënt niet expliciet toestemming heeft gegeven, maar ik vanuit de behandelrelatie weet dat cliënt het wel goed vindt dat er contact is, zou ik het ten aller tijden doen. Wanneer ik dat niet zeker weet, of wanneer cliënt expliciet geen toestemming geeft geef ik pas na overleg met jurist en eerste geneeskundige info. Dus pas wanneer ik gecheckt heb of er voldoende gronden zijn voor de informatieplicht.
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? Veronderstelde toestemming is voor mij denk ik wel helder. Wanneer sprake is van wettelijk voorschrift en wanneer sprake is van conflict van plichten is voor mij niet helemaal helder.
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? Zie punt 7



9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? Dat er extra aandacht voor is in bijvoorbeeld een werkoverleg / themaoverleg. Ik kan zelf contact opnemen wanneer nodig met jurist binnen de instelling en ook fijn als ik het kan terugvinden op intranet. Het streven is geloof ik dat deze zaken ook op ons Kwaliteitshandboek komen te staan.
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? Tot nu toe heb ik alleen bijlage 6, 9 en 10 gebruikt.

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door: Gezondheidspsycholoog

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Onvoldoende, ik bekijk het protocol pas wanneer ik het nodig heb.
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Genoemd in overleg.
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Ik werk met het protocol wanneer nodig.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Weet ik niet.
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Overleg met hoofdbehandelaar collega.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Wanneer uit overleg blijkt dat dit noodzakelijk is om de cliënt te beschermen.
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? Nee nog niet.
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? Kan ik niet zeggen.
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? Het zou goed zijn als het protocol meer aandacht krijgt in bijvoorbeeld teamoverleg.
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? Nog niet van toepassing geweest.

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door:

Senior beleidsmedewerker

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Nee
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt?
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet?
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval?
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval?
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven?
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden?
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk?
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen?
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van?

## Vragenlijst Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg

Ingevuld door:

Verpleegkundige specialist

In juni 2014 is er een nieuw protocol opgesteld genaamd 'Suïcidaal Gedrag en Suïcide in de Verslavingszorg'. Dit is een protocol voor preventie en behandeling van suïcidaal gedrag, handelen en nazorg na suïcide voor naasten en hulpverleners.

Naar aanleiding van mijn onderzoek heb ik een aantal vragen opgesteld met betrekking tot dit protocol. Deze vragen zijn opgesteld om inzichtelijk te krijgen hoe bekend het protocol is onder de medewerkers van Novadic-Kentron en in hoeverre het protocol daadwerkelijk wordt toegepast. Hieronder ziet u de vragen. U kunt onder de vraag uw antwoord typen en het bestand retour mailen.

1. Kent u het protocol? Ja
2. Hoe is het protocol aan u bekend gemaakt? Via mail en intranet(dacht ik)
3. Werkt u met het protocol? Zo ja, in welke mate werkt u met het protocol? Zo nee, waarom niet? Als ik suïcidaal gedrag aan de hand heb dan zou ik het protocol er wel bijpakken. Maar tot nu toe nog niet aan de hand gehad.
4. In het protocol is slechts één alinea (alinea 4.2 Betrekking van naasten, zie **bijlage 1**) gewijd aan hoe naasten van een cliënt betrokken moeten worden bij de behandeling van de cliënt. Bent u na het lezen van het protocol volledig op de hoogte in hoeverre u informatie mag vertrekken aan de naasten van een cliënt in een dergelijk geval? Nee, ik vind het redelijk vaag verwoord.
5. Verder wordt er in het protocol aangegeven dat er sprake kan zijn van een conflict tussen de geheimhoudingsplicht en de informatieplicht. Het kan namelijk voorkomen dat u van mening bent dat het noodzakelijk is de naasten van de cliënt te informeren, maar dat de cliënt hier geen toestemming voor geeft. Wat doet u in een dergelijk geval? Lastig, maar als ik echt van mening ben dat het beter is de familie te informeren dan doe ik dat denk ik.
6. Vanaf welk moment gaat u informatie verstrekken aan de naasten van de cliënt zonder dat de cliënt daar toestemming voor heeft gegeven? Als ik denk dat het ten goede komt van de cliënt, maar de cliënt niet meer in staat is om deze beslissing overwogen te nemen.
7. Er worden drie mogelijkheden genoemd om de geheimhoudingsplicht te doorbreken. Namelijk de veronderstelde toestemming van de cliënt, een wettelijk voorschrift en een conflict van plichten. Is het voor u duidelijk wat deze mogelijkheden inhouden? Nee.
8. Welke punten zijn voor u nog onduidelijk? Alle drie.
9. Wat is volgens u een goede manier om hier meer duidelijkheid over te krijgen? Wat zijn uw wensen? Duidelijke uitleg wat dit betekend, en wat dan wel of niet mag.
10. Tot slot bestaan er tien bijlagen met betrekking tot dit protocol. Hierin staan verschillende stappenplannen etc. in opgenomen. Maakt u gebruik van deze bijlagen en in hoeverre maakt u hier gebruik van? Als het nodig is denk ik wel.