

Beleid

‘Handelen bij Suïcidaliteit’

Noorderbreedte

Titel	Beleid Handelen bij Suïcidaliteit Noorderbreedte
Auteurs	<i>Iefke Ankersmit en Annemarieke Versteeg (m.m.v. Bernadette Bos en Gerieke Veenstra)</i>
Versie	1.0 Oktober 2025

Handelingsprotocol bij (vermoedelijke) suïcide van een cliënt

Direct handelen – niet eerst het hele protocol lezen

1. Red het leven van de cliënt
In geval van twijfel wordt gehandeld alsof cliënt nog leeft
2. Schakel collega verzorgende in
3. Waarschuw onmiddellijk de dienstdoende van de medische dienst
Bel teamleider. Indien teamleider niet aanwezig: bel (dienstdoende) locatiemanager
4. Als medische dienst niet direct aanwezig kan zijn, bel 112 met het verzoek een ambulance te sturen
Geef door wat er is gebeurd en waar
Volg instructies van de hulpdiensten
5. Beoordeel de situatie: is er direct gevaar voor anderen of jezelf?
Breng collega's, medebewoners en eventuele andere aanwezigen in veiligheid
Beveilig de plek indien nodig.
6. Op aangeven van medische dienst of ambulanceverpleging wordt politie gebeld via 112
Bij een (mogelijke) zelfdoding op de afdeling wordt de locatie door de politie aangemerkt als plaats delict. De politie neemt het onderzoek over, wat betekent dat zij tijdelijk de regie hebben en de afdeling kan worden afgesloten. Dit is ingrijpend voor medewerkers en bewoners. Wees voorbereid op de impact hiervan en zorg dat er direct aandacht is voor opvang van collega's en bewoners.
7. Registreer contactgegevens van de informant(en)
8. Laat de situatie zoveel mogelijk onaangetast
Raak niets aan totdat hulpdiensten zijn gearriveerd, tenzij reanimatie nodig is
9. Sluit ruimte af
Indien geen reanimatie (meer) wordt uitgevoerd; er mag verder niets worden verplaatst of aangeraakt
Alleen bevoegde personen (medische dienst, verpleegkundige, politie, officier van justitie) kunnen de ruimte betreden
10. Volg verdere stappen uit het volledige protocol
Zie pagina 9 en verder voor uitgebreide toelichting en opvolging.

Tip: Print dit uit en hang het zichtbaar in kantoor of bewaar het in de crisismap.
Zorg dat je het alarmnummer van de medische dienst/leidinggevende paraat hebt.

Heb jij als medewerker vragen over suïcide? Op de website www.113.nl kan je informatie vinden, als jij vanuit jouw privésfeer vragen hebt over suïcide.

Beschrijving van de verantwoordelijkheden binnen het suïcidebeleid

Binnen onze instelling zijn de verantwoordelijkheden rondom suïcidepreventie en het handelen na een suïcide op verschillende niveaus belegd, met als doel de veiligheid van cliënten te waarborgen en adequaat te kunnen reageren op incidenten.

Directie/RvB

De directie/RvB is eindverantwoordelijk voor het suïcidebeleid binnen de organisatie. Zij stellen het beleid vast, zorgen voor implementatie en evaluatie, en stellen middelen beschikbaar om het beleid uit te voeren. Ook zijn zij verantwoordelijk voor het melden van suïcides aan de IGJ en het bevorderen van een cultuur van veiligheid, openheid en leren.

Locatiemanager

De locatiemanager draagt zorg voor de uitvoering van het beleid op locatie. Dit betekent onder andere: coördinatie van het stappenplan na een suïcide, aandacht voor cliënten en medewerkers, veilige personele bezetting, en het stimuleren van goede samenwerking en communicatie in en tussen teams.

Teamleider

De teamleider speelt een belangrijke rol in de dagelijkse aansturing van het zorgteam. Hij of zij ondersteunt medewerkers in het signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit, zorgt voor goede afstemming met de behandelaren, en draagt bij aan een veilig en open werkklimaat waarin zorgen kunnen worden gedeeld. Ook ondersteunt de teamleider het team bij het doorlopen van het stappenplan na een suïcide.

Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de zorg aan de individuele cliënt. Dat omvat het inschatten van risico's, het opstellen van een behandelplan, het betrekken van het netwerk, en het coördineren van het behandelproces. Na een suïcide ligt bij de regiebehandelaar de verantwoordelijkheid voor het zorgdossier, contact met naasten, en inhoudelijke reflectie en evaluatie.

Medebehandelaren en zorgteamleden

Medebehandelaren ondersteunen de regiebehandelaar in de uitvoering van het behandeltraject. Zorgteamleden leveren dagelijkse zorg, signaleren risicogedrag, en bespreken dit tijdig met de juiste collega's. Daarmee vormen zij een essentieel onderdeel van zowel preventie als handelen na een incident.

Inhoudsopgave

HANDELINGSPROTOCOL BIJ (VERMOEDELIJKE) SUÏCIDE VAN EEN CLIËNT	2
INHOUDSOPGAVE	4
H1. INLEIDING	5
WAT IS SUÏCIDALITEIT EN WAT KUNNEN OORZAKEN HIERVOOR ZIJN?	5
SUÏCIDEPREVENTIE BIJ OUDEREN	6
SIGNALEREN VAN SUÏCIDALITEIT	6
DIAGNOSTIEK VAN SUÏCIDALITEIT EN DE EERSTE INTERVENTIES (VEILIGHEIDSPLAN)	6
BEHANDELEN VAN SUÏCIDALITEIT	6
PROFESSIONEEL HANDELEN NA GESLAAGDE OF BIJNA GESLAAGDE SUÏCIDEPOGING	6
UITGANGSPUNTEN VOOR HET HANDELEN BIJ SUÏCIDALITEIT	7
H2. DIAGNOSTIEK VAN SUÏCIDALITEIT EN DE EERSTE INTERVENTIES (VEILIGHEIDSPLAN)	7
H3. BEHANDELEN VAN SUÏCIDALITEIT	8
H4. PROFESSIONEEL HANDELEN NA SUÏCIDE OF SUÏCIDEPOGING MET ERNSTIG LETSEL TOT GEVOLG	10
STAP 1: EERSTE ACTIES NA EEN SUÏCIDE OF ERNSTIGE SUÏCIDEPOGING	10
STAP 2: CRISISTEAM IN ACTIE	11
STAP 3: EERSTE EVALUATIE EN ONTBINDEN CRISISTEAM	13
STAP 4: OPVANG VAN NABESTAANDEN	14
STAP 5: ONDERZOEK	15
STAP 6: TWEEDE EVALUATIE	15
LITERATUURLIJST	16
BIJLAGE 1. BEKNOPTTE HAND-OUT VOOR ZORGTEAMS BIJ SUÏCIDALITEIT – ZAKKAARTJE VOOR DE ZORG	18
BIJLAGE 2. VOORBEELD VAN EEN STRUCTUURDIAGNOSE	22
BIJLAGE 3. VOORBEELD VAN EEN VEILIGHEIDSPLAN	24
BIJLAGE 4. CASE-KAART NOORDERBREEDTE	26
BIJLAGE 5. TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN EN CHECKLIST NA (ERNSTIGE) SUÏCIDE(POGING)	29
TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN IN HOOFDLIJNEN	29
CHECKLIST VOOR HET CRISISTEAM EN VERDERE ACTIES NA EEN SUÏCIDE OF ERNSTIGE SUÏCIDEPOGING	30
BIJLAGE 6. EVALUATIEGESPREK MULTIDISCIPLINAIR TEAM	31
BIJLAGE 7. GESPREKKEN MET NABESTAANDEN	32

H1. Inleiding

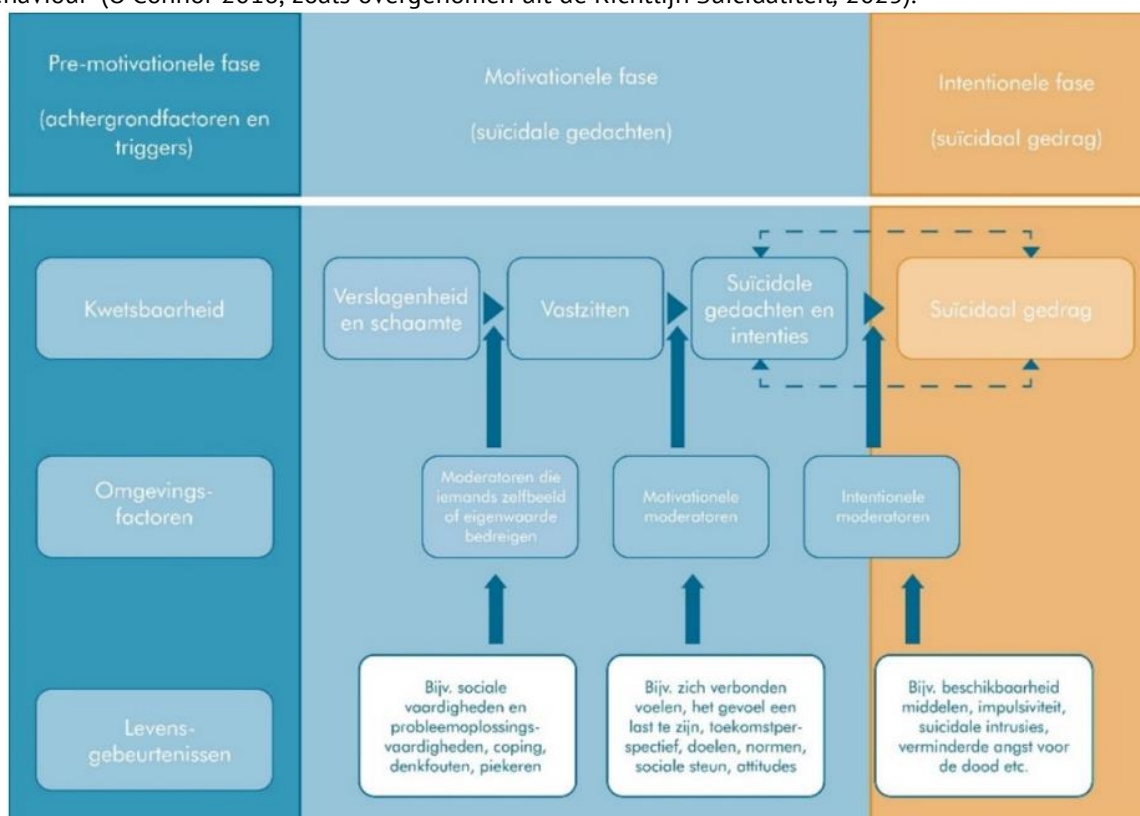
Dit beleidsstuk is van toepassing op de medewerkers en cliënten van Noorderbreedte die (tijdelijk) bij Noorderbreedte verblijven. Voor het (be)handelen van suïcidaliteit in de extramurale setting wordt verwezen naar de landelijke Richtlijn 'Suïcidaliteit' (2025).

Wat is suïcidaliteit en wat kunnen oorzaken hiervoor zijn?

Suïcidaliteit omvat gedachten en gedragingen gericht op het beëindigen van het eigen leven, variërend van suïcidale gedachten (zoals het maken van een plan) tot daadwerkelijke pogingen. De ernst van suïcidaliteit kan variëren: het ene moment wil iemand dood en het andere moment wil iemand juist blijven leven (Richtlijn Suïcidaliteit, 2025).

De oorzaken van suïcidaliteit zijn complex en individueel verschillend; Factoren als wanhoop, schaamte, entrapment (het gevoel vast te zitten), sociale isolatie en impulsiviteit spelen een rol. Het is uiteindelijk de combinatie van wanhoop, drijfveer en middelen die een mens tot een suicide kan aanzetten (Richtlijn Suïcidaliteit, 2025). Volgens het Integrated Motivational Volitional (IMV) model van O'Connor ontstaat suïcidaliteit via drie fasen (pre-motivationale, motivationeel en intentioneel); Dit model wordt weergegeven in Figuur 1 (Richtlijn Suïcidaliteit, 2025). Factoren uit de pre-motivationale fase maken mensen kwetsbaar voor suicide. De motivationele fase van het IMV-model beschrijft hoe gevoelens van schaamte, verslagenheid of vernedering via entrapment (het gevoel vast te zitten) kunnen leiden tot suïcidale gedachten, vooral wanneer iemand niet adequaat kan omgaan met stress. Of deze gedachten daadwerkelijk ontstaan, hangt af van modererende factoren zoals sociale isolatie en het idee een last te zijn, die bepalen of iemand nog hoop ziet of enkel suicide als uitweg. Verschillende factoren spelen een rol in de overgang van de motivationele fase naar de intentionele fase, zoals een verminderde angst voor de dood, een hogere pijngrens, de beschikbaarheid van middelen en imitatie van anderen.

Figuur 1. IMV-model. Visuele weergave van 'integrated motivational-volitional (IMV) model of suicidal behaviour' (O'Connor 2018, zoals overgenomen uit de Richtlijn Suïcidaliteit, 2025).



Suïcidepreventie bij ouderen

Ouderen doen relatief minder vaak pogingen tot zelfdoding dan jongere mensen, maar als ze een poging doen, is die vaker dodelijk. In elke leeftijdscategorie sterven er meer mannen dan vrouwen door zelfdoding (113, 2024). Suïcidegedachten onder ouderen worden vaak niet herkend, maar als 'normaal' bestempeld, of 'passend bij de leeftijd'. Bij ouderen komen ook indirecte suïcidale gedragingen voor, zoals het weigeren van eten of medische zorg, het weggeven van spullen, toegenomen alcoholgebruik en het opsparen van medicijnen. Suïcidaliteit blijft daardoor op latere leeftijd vaak onterecht en/of onnodig lang onbehandeld. Risicofactoren voor suïcidaliteit zijn verlieservaringen, aanpassingsproblemen, sociale isolatie, ziekte, pijn en cognitieve achteruitgang. In het verpleeghuis lopen vooral ouderen risico die recent verlies hebben ervaren, zich somber voelen, en weinig steun krijgen. Hulpbehoefte en meerdere verhuizingen binnen het tehuis kunnen bijdragen aan gevoelens van uitzichtloosheid.

Signaleren van suïcidaliteit

In de intramurale setting zal suïcidaliteit meestal in eerste plaats door het zorgpersoneel en/of personeel van dagbesteding gesignaleerd worden. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het document 'zakkaartje voor de zorg' (zie bijlage 1). Uiteraard kan er te allen tijde overlegd worden met de medische dienst en/of psycholoog van de betreffende afdeling. In bijlage 1 is een 'beknopte hand-out voor zorgteams – wat te doen bij suïcidaliteit' opgenomen.

Diagnostiek van suïcidaliteit en de eerste interventies (veiligheidsplan)

Vanuit de Richtlijn Suïcidaliteit (2025) wordt het CASE-interview (Shea, 1998) of het narratief interview (113, 2020a) gebruikt om diagnostiek te doen naar suïcidaliteit en een inschatting te maken van het suïciderisico. De CASE-kaart Noorderbreedte is opgenomen in bijlage 4. Het CASE-/ narratief interview wordt afgenomen door een medewerker van de medische dienst (SO, VS, ANIOS) of een (gz-)psycholoog; zij kunnen hiervoor verwijzen naar een andere, geschoolde behandelaar. Naar aanleiding van het interview wordt een structuurdiagnose gemaakt waarna een veiligheidsplan wordt opgesteld – waar mogelijk met de cliënt en diens naasten - met het zorgteam en onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar; Tijdens kantoortijden wordt een (gz-)psycholoog hierbij betrokken. In het veiligheidsplan staat beschreven welke acties worden ingezet zoals het zorgen voor de veiligheid van alle betrokkenen en/of het betrekken van naasten. Het veiligheidsplan wordt volgens gangbare procedures opgenomen in een PDAE in het zorgplan. Voorbeelden van een structuurdiagnose en een veiligheidsplan zijn opgenomen in bijlagen 2 en 3. In hoofdstuk 2 wordt diagnostiek van suïcidaliteit verder uitgewerkt.

Behandelen van suïcidaliteit

De behandeling voor suïcidaliteit richt zich op onderliggende problemen (indirecte interventies) of bestaat uit directe interventies die gericht zijn op de suïcidaliteit zelf, volgens de geldende standaarden. Daarnaast of daarna kan aanvullende begeleiding worden geboden onder regie van de (gz-)psycholoog. Persisterende en therapieresistente suïcidaliteit kan worden behandeld door de gz-psycholoog. In hoofdstuk 3 wordt verder ingegaan op de mogelijkheden voor het behandelen van suïcidaliteit.

Professioneel handelen na geslaagde of bijna geslaagde suïcidepoging

Professioneel handelen na een suïcide vereist zorgvuldigheid en empathie, zowel richting nabestaanden als betrokken professionals. De impact is groot en kan leiden tot gevoelens van schuld, verdriet en onzekerheid binnen het behandelteam. Naast emotionele verwerking zijn er – volgens de Richtlijn Suïcidaliteit (2025) vastgelegde - taken te vervullen. Dit omvat onder andere het melden van de suïcide bij relevante instanties, dossiervoering en waar nodig een intern of extern onderzoek naar het behandelproces. Transparante communicatie met – en zorg voor - nabestaanden en collega's is essentieel, evenals een gestructureerde casusanalyse om lessen te trekken voor toekomstig beleid en preventie. In hoofdstuk 4 van dit beleidsstuk wordt dit verder uitgewerkt.

Uitgangspunten voor het handelen bij suïcidaliteit

- Het handelen bij suïcidaliteit wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar: medische dienst en/of gz-psycholoog. Binnen kantoortijden hebben deze functionarissen altijd een waarnemer; buiten kantoortijden kunnen de dienstdoende van de medische dienst en dienstdoende manager worden ingeschakeld; De gz-psycholoog wordt dan waargenomen door de dienstdoende medewerker van de medische dienst.
- Het is belangrijk dat elke medewerker de eerste acties bij suïcide – of een ernstige suïcidepoging – kent zonder de richtlijnen te hoeven raadplegen, want daar is meestal geen tijd voor.
- Elke suïcide of ernstige suïcidepoging wordt onderzocht met een PRISMA-(light)-methode voor analyse en onderzoek en de bevindingen hieruit worden gebruikt om hiervan te leren.
- De opvang van medewerkers is primair de verantwoordelijkheid van de leidinggevende, zoals de teamleider, locatiemanager of de manager medische en behandeldienst. Bij Noorderbreedte is het beleid hiervoor vastgelegd in de richtlijn 'opvang van medewerkers bij schokkende gebeurtenissen' ([Zenya: Opvang medewerkers bij schokkende gebeurtenissen](#)).
- Rapporteer zorgvuldig: rapporteer feitelijkheden, wat je hebt gedaan en wat je overwegingen hierbij waren. Zorg voor een goede overdracht. Let erop dat naasten mogelijk kunnen meelezen in het dossier en breng hen tijdig op de hoogte van belangrijke zaken.

H2. Diagnostiek van suïcidaliteit en de eerste interventies (veiligheidsplan)

Wie	Activiteit	Opmerkingen
medische dienst (gz-)psycholoog cliëntadviseur	Voorafgaand aan opname: • Aandacht voor suïciderisico wanneer persoon een voorgeschiedenis heeft met (meerdere) suïcidepogingen of kwetsbaarheid voor suïcide in het huidige gedrag, zoals stemmingsproblematiek. • Bij bekend suïciderisico: warme overdracht (zowel bij interne als externe overdracht). • Zet preventief interventies in zoals een veiligheidsplan (zie bijlage 3).	Zie ook in/exclusiecriteria per locatie op Zenya .
medische dienst (gz-)psycholoog medewerker zorgteam	• Signaleren van suïcidaliteit. • Contact maken (zie zakkaartje in bijlage 1). • Betrek medische dienst/(gz-)psycholoog indien nog niet betrokken. • Bespreken in arts- en gedragsvisite.	Indien suïcidaliteit wordt gesignaleerd, dan zakkaartje voor de zorg uitprinten (zie bijlage 1). Informeel zorgmedewerker over scholing suïcidepreventie in Pynter.
medische dienst (gz-)psycholoog	Onderzoek doen naar de aard en ernst van suïcidaliteit en het maken van een inschatting van het suïciderisico met behulp van het CASE-interview) (bijlage 4); eventueel zorgmedewerker betrekken bij het interview. De CASE-kaart Noorderbreedte geeft tevens aan wanneer en hoe er opgeschaald dient te worden. Medische dienst/(gz-)psycholoog kunnen	• Het Narratief Interview kan ook worden ingezet om suïcidaliteit vast te stellen (113, 2020a). • De ernst van eerdere suïcidepogingen en het risico op recidief kunnen worden ingeschat met de Suïcide Intent Scale, zie dataschijf psychologen. • De SIDAS kan worden ingezet om blijvend te monitoren hoe ernstig de suïcidaliteit is (SIDAS, Richtlijn Suïcidaliteit 2025, p. 62).

Wie	Activiteit	Opmerkingen
	hiervoor verwijzen naar andere, geschoolde behandelaar	
medische dienst	Inzetten spoeddienst psychologen indien vaste psycholoog van locatie afwezig is.	Via het medisch secretariaat.
medische dienst	Beoordeling van de mate waarin de cliënt in staat geacht mag worden zijn of haar belangen te overzien en te waarderen (wilsbekwaamheid).	Zie 'Handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid' (SKILZ, 2023).
medische dienst (gz-)psycholoog	Betrek naasten bij het onderzoek indien cliënt hier toestemming voor geeft. Indien cliënt niet wilsbekwaam is, altijd de wettelijk vertegenwoordiger inlichten. Indien cliënt geen toestemming geeft, dan multidisciplinair afstemmen of beroepsgeheim doorbroken mag worden.	Zie 'Medisch beroepsgeheim doorbreken' (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, z.d.) en 'Wegwijzer wet- en regelgeving voor psychologen in de gezondheidszorg (Nederlands Instituut van Psychologen, z.d.).
medische dienst (gz-)psycholoog	Formuleer structuurdiagnose: een systematische analyse van de factoren die bijdragen aan suïcidaliteit, de uitlokkende en onderhoudende elementen, en de beschermende factoren.	Zie bijlage 2 voor een gedetailleerd format en een uitgewerkt casusvoorbeeld van de structuurdiagnose.
medische dienst (gz-)psycholoog medewerker zorgteam	Maak veiligheidsplan: Een veiligheidsplan bij suïcidaliteit heeft het doel om suïcidaal gedrag te voorkomen en tijdig in te grijpen bij crisis. Het veiligheidsplan wordt gemaakt onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar; op werkdagen zal de (gz)psycholoog hierbij worden betrokken. Betrek (waar mogelijk) de cliënt en zijn/haar naasten hierbij. Het veiligheidsplan wordt via de PDAE-methodiek gecommuniceerd in het dossier door de (gz-)psycholoog of de medische dienst en door de zorgmedewerker verwerkt in Lablecare.	Zie bijlage 3 voor een uitgewerkt veiligheidsplan van een voorbeeldcasus.
medische dienst (gz-)psycholoog zorgteam	Organiseer (multidisciplinair) overleg waarbij in ieder geval de medische dienst en (gz-)psycholoog aanwezig zijn. Het doel is om vervolg (behandel)beleid te bepalen en de samenwerking goed af te stemmen.	Indien opname elders wordt overwogen, zie multidisciplinaire richtlijn 'diagnostiek en behandeling bij suïcidaal gedrag – Behandeling (2012)' vanaf p. 290.

H3. Behandelen van suïcidaliteit

Wie	Activiteit	Opmerkingen
medische dienst (gz-)psycholoog medewerker zorgteam	Let op: bij mensen in een acuut suïcidale crisis gaat veiligheid vóór behandeling van de suïcidaliteit en onderliggende stoornissen/klachten. Eerste interventies zijn	Zie bijlage 3 voor een uitgewerkt veiligheidsplan van een voorbeeldcasus.

Wie	Activiteit	Opmerkingen
	reeds ingezet middels het veiligheidsplan. Het veiligheidsplan is gericht op wat te doen bij direct gevaar.	
medische dienst, (gz-)psycholoog medewerker zorgteam	Extra aandachtspunten bij ouderen: • Open houding tegenover doodswens • Zorgen voor continuïteit • Benzodiazepinen vaker gecontra-indiceerd • Extra aandacht voor meerdere verliezen, wanhoop en eenzaamheid	
medische dienst, (gz-)psycholoog	Behandeling onderliggende problemen volgens de geldende standaarden: • Behandeling somatische aandoeningen • Verwijzing naar paramedici • Farmacotherapie	Farmacotherapie, zie module Medicatie en Neuromodulatie in de Richtlijn Suïcidaliteit (2025), vanaf p. 103.
(gz-)psycholoog	Psychologische behandeling onderliggende problemen (indirecte interventies) of directe interventies die gericht zijn op de suïcidaliteit zelf, volgens de geldende standaarden, zoals psycho-educatie, (mediatieve) behandeling van aandoeningen zoals depressie of angst, cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie, EMDR, schema-focused therapy etc.	De effectiviteit van directe en indirecte psychotherapie is ongeveer gelijk (Richtlijn Suïcidaliteit, 2025). Zie Richtlijn Suïcidaliteit vanaf p. 93 (2025).
(gz-)psycholoog	Begeleiding en andere interventies overwegen en inzetten, zoals depressiemanagement, motiverende gespreksvoering, versterken van coping strategieën en regelmatige gesprekken over suïcidaliteit en kwaliteit van leven.	Zie Richtlijn Suïcidaliteit vanaf p. 128 (2025).
(gz-)psycholoog medische dienst	Betrek naasten bij de behandeling en begeleiding.	Naasten willen vaak leren hoe zij de cliënt kunnen ondersteunen (Richtlijn Suïcidaliteit, 2025).
(gz-)psycholoog cliënt medewerker zorgteam	Maak signaleringsplan: Een signaleringsplan heeft als doel 'het tijdig herkennen van een terugval of crisis en hoe hierop adequaat te reageren' zodat vroegtijdig kan worden ingegrepen bij een dreigende crisis: • Vroege signalen van verslechtering (bijv. verminderde eetlust, sociaal terugtrekken). • Concrete acties voor zorgverleners en naasten om in te grijpen. • Afspraken over communicatie en mogelijke interventies	N.B.: het opstellen van een non suïcide-contract biedt geen bescherming tegen suïcide en kan een averechts effect hebben (multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling bij suïcidaal gedrag, 2012).
(gz-)psycholoog	Handelen bij persisterende en therapieresistente suïcidaliteit: In de Richtlijn Suïcidaliteit worden handreikingen gedaan t.a.v. diagnostiek en multidisciplinaire interventies waarbij de focus verschuift van	Zie Richtlijn Suïcidaliteit vanaf p. 141 (2025).

Wie	Activiteit	Opmerkingen
	behandelen naar leren verdragen. Bij mensen met (persisterende en therapieresistente) suïcidaliteit is het tevens belangrijk om hoop en perspectief te kunnen bieden.	
medische dienst (gz-)psycholoog	De cliënt kan vragen om hulp bij zelfdoding. Ook ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden en persisterende suïcidaliteit kunnen grond zijn voor euthanasie. Vanuit professioneel perspectief moet worden gekeken naar cognitieve vervormingen (gevoel vast te zitten, gevoel tot last te zijn) die behandelbaar zijn, maar de doodswens kunnen beïnvloeden. Bij dit soort vragen wordt verwezen naar geldende richtlijnen.	Zie Richtlijn Suïcidaliteit vanaf p. 151 (2025).

H4. Professioneel handelen na suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel tot gevolg

Dit hoofdstuk gaat over het beleid na een suïcide of een suïcidepoging met ernstig letsel tot gevolg. In het hiernavolgende wordt voor het gemak steeds gesproken over een suïcide daar waar het dus ook een ernstige suïcidepoging kan betreffen. In de Richtlijn Suïcidaliteit (2025) is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor de taken na suïcide. Binnen Noorderbreedte verdelen we de verantwoordelijkheid voor deze taken onder de regiebehandelaar en de locatiemanager: De regiebehandelaar is in hoofdlijnen verantwoordelijk voor de medische taken, het informeren van de nabestaanden, het welzijn van medebewoners en de reconstructie van de suïcide. De locatiemanager is verantwoordelijk voor de zorg voor medewerkers en de communicatie met het managementteam. In bijlage 5 is een overzicht opgenomen van de taken en verantwoordelijkheden van de functionarissen na een suïcide.

Werkwijze in zes stappen

In dit hoofdstuk wordt de werkwijze na een suïcide in zes stappen beschreven:

Stap 1. Eerste acties na een suïcide of ernstige suïcidepoging

Stap 2. Crisisteam in actie

Stap 3. Eerste evaluatie en ontbinden crisisteam

Stap 4. Opvang van nabestaanden

Stap 5. Rapportage

Stap 6. Tweede evaluatie

Stap 1: Eerste acties na een suïcide of ernstige suïcidepoging

Wie	Activiteit	Opmerkingen
degene die cliënt aantreft	Red het leven van de cliënt. - Schakel collega verzorgende in. - Waarschuw onmiddellijk de dienstdoende van de medische dienst. - Als medische dienst niet direct aanwezig kan zijn, bel 112 met het verzoek een ambulance te sturen.	- Alles wordt gedaan om het leven van cliënt te redden. In geval van twijfel wordt gehandeld alsof cliënt nog leeft. Dit wordt beoordeeld door de medewerker die de cliënt aantreft. - Indien reanimatie wordt toegepast, wordt pas gestopt als daarvoor toestemming is gegeven door een medewerker van de medische dienst of het ambulancepersoneel.

Wie	Activiteit	Opmerkingen
		Indien er sprake is van een niet-reanimeren-verklaring, zie toelichting onder deze tabel*
medische dienst ambulance- verpleging	Vaststellen natuurlijk of (verdenking) niet-natuurlijk overlijden.	Als er twijfel is over natuurlijk overlijden of als er verdenking is van een strafbaar feit moet de politie worden ingeschakeld via 112.
medewerker zorgteam	Op aangeven van medische dienst of ambulanceverpleging: bel politie via 112.	Politie schakelt eventueel de schouwarts (GGD) in.
medewerker zorgteam	Bel teamleider. Indien teamleider niet aanwezig, bel (dienstdoende) locatiemanager	
medewerker zorgteam	Registreer gegevens van de informant(en): naam, functie, instantie, telefoonnummer	Registreer de gegevens van degenen die tot nu toe aanwezig zijn/waren zodat deze personen teruggebeld kunnen worden.
medewerker zorgteam	Sluit ruimte af Indien geen reanimatie (meer) wordt uitgevoerd, wordt de ruimte waar de suïcide is gepleegd afgesloten en verder mag er niets worden aangeraakt of verplaatst.	Alleen bevoegde personen (medische dienst, verpleegkundige, politie, officier van justitie) kunnen de ruimte betreden.
medische dienst	Als cliënt nog leeft en er wordt getwijfeld over het inschatten van de ernst van de suïcidepoging vindt overleg plaats met een collega van de medische dienst.	

* Geldt een niet-reanimerenverklaring (NRV) ook in het geval van een suïcidepoging?

De KNMG stelt in de handreiking "Omgaan met een niet-reanimerenverklaring" dat een NRV moet worden gerespecteerd, ook bij acute situaties (KNMG, 2015). Echter: de hulpverlener moet wél beoordelen of de verklaring vrijwillig en met volledig begrip van de consequenties is afgelegd (KNMG, 2019). Veel suïcidepogingen vinden plaats in een psychische crisis. In dat geval kan getwijfeld worden aan de wilsbekwaamheid van de persoon op dat moment én daarmee aan de geldigheid van de NRV (KNMG, 2019). Bij twijfel, kan de medische dienst besluiten wél te behandelen of te reanimeren.

Stap 2: Crisisteam in actie

Wie	Activiteit	Opmerkingen
dienstdoende van de medische dienst	Informeel (dienstdoend) locatiemanager	Is mogelijk al geïnformeerd door zorgmedewerker/teamleider
(dienstdoend) locatiemanager	Stel crisisteam samen: - Locatiemanager (voorzitter crisisteam). - Regiebehandelaar (medische dienst of gz-psycholoog). - Medische dienst en psycholoog van de afdeling (één van hen kan ook regiebehandelaar zijn). - De behandelaren mogen buddy aanwijzen	- Indien eigen behandelaren en/of locatiemanager niet aanwezig zijn, wordt het crisisteam gevormd door de dienstdoende vervangers. Deze blijven in functie en verantwoordelijk tot de eigen regiebehandelaar en manager aanwezig zijn. - Omdat er veel taken te doen zijn

Wie	Activiteit	Opmerkingen
	die onderdeel (mogen) zijn van het crisisteam. • Teamleider • Zorg dat er een duidelijke taakverdeling is alvorens de nabestaanden te informeren.	en er behoefte kan zijn aan (praktische en emotionele) ondersteuning, mogen de behandelaren buddy aanwijzen.
Crisisteam	Direct inlichten van andere personen of instanties, in deze volgorde: • Politie (0900-8844). • Nabestaanden, waaronder medewerkers van de afdeling. • Receptie van de betreffende locatie. • Overige cliënten van de afdeling. • Indien van toepassing, de mentor, curator en/of bewindvoerder.	• Indien van toepassing in de huidige situatie. • Bij een suïcide is altijd de politie en de schouwarts (GGD) betrokken. Nabestaanden worden zo mogelijk persoonlijk ingelicht, in het algemeen in eerste instantie door de politie. Zie toelichting onder deze tabel **. • In de Richtlijn Suïcidaliteit (2025) wordt extra aandacht gevraagd voor overige cliënten van een afdeling, omdat na een suïcide er een verhoogde kans is op suïcidaliteit bij de andere mensen die op een afdeling verblijven. Zie toelichting onder deze tabel ***.
crisisteam	De eerstvolgende werkdag (of dezelfde dag wanneer de suïcide binnen kantoortijden bekend wordt) inlichten van de volgende personen of instanties: • Medebehandelaren van de cliënt. • Manager medische en behandeldienst. • Clusterhoofd van de medische dienst. • Vakgroepvoorzitter van de psychologen. • Indien de situatie dit vraagt, worden de bestuurder en/of de afdeling communicatie ingelicht. • De huisarts van de cliënt (bij opname op de revalidatie-afdeling, ELV-opname of bezoeken dagbehandeling). • Andere behandelafdelingen en diensten binnen Noorderbreedte waar cliënt contacten mee had. • Andere instellingen waarmee cliënt contact had.	• Het spreekt voor zich dat niet alle genoemde personen of instanties van toepassing hoeven te zijn in de huidige situatie. • Met betrekking tot communicatie over suïcide of een ernstige suïcidepoging, gebruik de mediacode voor berichtgeving over suïcide in de (lokale) media (Handreiking mediaprofessionals.pdf van 113, 2020b).
locatiemanager manager medische en behandeldienst	Zet richtlijn 'opvang medewerkers bij schokkende gebeurtenissen' in voor zorgmedewerkers én betrokken behandelaren. Zelfdoding wordt expliciet genoemd in de richtlijn.	Zie Zenya: Opvang medewerkers bij schokkende gebeurtenissen.
Locatiemanager Manager medische en	Zorgen voor adequate personeelsbezetting gedurende het eerste etmaal na een suïcide.	

Wie	Activiteit	Opmerkingen
behandeldienst		
medische dienst (gz-)psycholoog	Inzetten geestelijke verzorging (cliënt, overige cliënten en/of medewerkers); afstemmen over hulpvraag en afbakening met andere disciplines.	Eventueel inzetten spoeddienst geestelijke verzorging via het medisch secretariaat.

****Toelichting informeren van nabestaanden**

Nabestaanden worden zo mogelijk persoonlijk ingelicht (ook als cliënt ambulant in behandeling was). Bij een suïcide is altijd de politie en de GGD betrokken. In principe is het aan de politie om de nabestaanden in eerste instantie te informeren. In overleg kan hiervan afgeweken worden, als de politie hiermee instemt. Er wordt door Noorderbreedte actief contact met de nabestaanden gezocht. De nabestaanden worden in een gesprek geïnformeerd door (tenminste) twee medewerkers van Noorderbreedte. Zie bijlage 7 voor meer informatie. Als er een mentor of curator betrokken is wordt deze zo spoedig mogelijk ingelicht. Deze wettelijke vertegenwoordiging vervalt bij het overlijden. Als een cliënt bij leven expliciet heeft gezegd géén contact met nabestaanden te willen, dan mag de zorgverlener in principe ook na overlijden géén informatie verstrekken aan de nabestaanden. Alleen bij zwaarwegende redenen (bijv. volksgezondheid, strafrechtelijk onderzoek, of uitvaartzaken zonder andere contactpersonen) mag hiervan worden afgeweken (KNMG, 2021). Bij twijfel hierover wordt overlegd met de bestuurssecretaris van Noorderbreedte.

*****Toelichting informeren van overige cliënten op de afdeling of groepsbehandeling**

Als de suïcide plaats vond op een verblijfsafdeling, is de kans groot dat er aldaar een politieonderzoek plaats vindt en daarom is het belangrijk om de andere (tijdelijke) bewoners zo snel mogelijk te informeren. Het wordt uitdrukkelijk aanbevolen om de gebruikte methode van zelfdoding niet te benoemen (Richtlijn Suïcidaliteit, 2025).

Bij een suïcide op een verblijfsafdeling is het belangrijk een suïcide(poging) van een andere cliënt te voorkomen. Het crisisteam schat in wie van de overige cliënten suïcidaal is of door het bericht suïcidaal zou kunnen worden. Deze cliënten worden door twee medewerkers geïnformeerd. Het crisisteam bepaalt wie die medewerkers zijn. Er wordt een duidelijke taakverdeling gemaakt: de een informeert, de ander vangt op en vraagt door.

De cliënten die dan nog niet geïnformeerd zijn, worden zo snel mogelijk, en waar mogelijk in groepsverband, geïnformeerd. Het crisisteam bepaalt wanneer zij worden geïnformeerd. Het is tevens belangrijk om te bepalen hoe zij worden geïnformeerd. De afweging kan worden gemaakt om te wachten met het informeren van overige cliënten tot de eigen behandelaren aanwezig zijn; zij kennen de cliënten en kunnen dan, in overleg met een zorgmedewerker en/of naasten, bepalen op welke manier de bewoners worden geïnformeerd.

Het is belangrijk om te bedenken of (tijdelijke) bewoners van aanpalende afdelingen gehoord kunnen hebben van de suïcide, breng dan zeker ook de verantwoordelijke behandelaren en zorgteamleden van die afdeling op de hoogte, zodat zij kunnen bepalen wat voor hun cliënten nodig is.

Stap 3: Eerste evaluatie en ontbinden crisisteam

Wie	Activiteit	Opmerkingen
locatiemanager	Organiseert eerste evaluatie met alle betrokken medewerkers. Men brengt elkaar op de hoogte van de stand van zaken betreffende procedurele afspraken. In dit multidisciplinaire teamoverleg is tevens	• Een mogelijk gespreksformat voor teamoverleg is opgenomen in bijlage 6. • Inhoudelijke afspraken ten aanzien van (overige) individuele cliënten

Wie	Activiteit	Opmerkingen
	ruimte voor de beleving van alle betrokkenen. Tevens wordt aandacht besteed aan de begeleiding van de direct betrokken medewerkers.	en bewoners horen niet thuis in deze evaluatie maar worden separaat besproken.
crisisteam	• Communiceert met betrokkenen over stand van zaken. • Vervolgafspraken maken. • Crisisteam ontbindt zichzelf.	Buddy's kunnen betrokken blijven.

Stap 4: Opvang van nabestaanden

Wie	Activiteit	Opmerkingen
regie-behandelaar	Het informeren van de nabestaanden in de eerste uren/dagen na de suïcide, ook al zijn de nabestaanden mogelijk al geïnformeerd door de politie.	De huisarts kan worden ingeschakeld bij het ondersteunen van de nabestaanden.
medewerker zorgteam teamleider	Ga na of jezelf, zorgteam, het behandelteam en/of overige cliënten de nabestaanden medeleven willen betuigen door een condoleancekaart te sturen en/of de uitvaart bij te wonen. Overleg met de nabestaanden of zij hiertegen bezwaren hebben.	
regie-behandelaar	Uitnodigen van de nabestaanden voor een reconstructie van de gebeurtenissen. Deze reconstructie kan zich uitstrekken over de periode van een paar weken.	Reacties van nabestaanden kunnen sterk variëren en daarom moet goed nagevraagd worden wat de vragen zijn die bij de nabestaanden leven over de geboden zorg en wat zij denken wat beter had gekund. Onzekerheid en het zoeken naar antwoorden zijn kenmerkend voor nabestaanden en daarom wordt hier benadrukt dat het belangrijk is om – binnen het beroepsgeheim – alle informatie te geven die dit doel kan dienen.
regie-behandelaar	Geef na een paar weken nabestaanden nog de kans om hun laatste vragen te stellen.	
regie-behandelaar	Binnen enkele weken/maanden na een suïcide moet gekeken worden in hoeverre nabestaanden een hulpvraag hebben of problemen ervaren in de rouwverwerking.	Indien hier sprake van is, moeten zij verwezen worden naar hulpverlening (Richtlijn Suïcidaliteit, 2025).
regie-behandelaar	Na een half jaar nog eens contact opnemen met nabestaanden om te informeren hoe het met hen gaat en te vragen of Noorderbreedte nog iets voor hen kan betekenen.	Dit wordt aanbevolen.
locatiemanager namens MT	Neemt contact op met nabestaanden om condoleances over te brengen.	Dit wordt aanbevolen.

Stap 5: Onderzoek

Wie	Activiteit	Opmerkingen
locatiemanager regie- behandelaar	Maken een eerste inschatting van de situatie en beslissen of er meteen melding moet worden gedaan bij de IGJ.	Melding bij IGJ is verplicht als cliënt verplichte zorg kreeg/krijgt i.h.k.v. WZD, als de suïcide mogelijk te maken heeft met de verleende (verplichte) zorg of het ontbreken daarvan, of er is sprake van een calamiteit.
locatiemanager regie- behandelaar	Als er sprake is van een meldplicht aan de IGJ, wordt deze melding gedaan binnen drie werkdagen.	Het format suïcideverslag (https://www.igj.nl/melden) biedt een format voor de melding.
locatiemanager	Als er sprake is van een meldplicht aan de IGJ, worden de bestuurder, bestuurssecretaris en afdeling Kwaliteit & Innovatie hierover geïnformeerd.	
locatiemanager	Als er sprake is van een meldplicht aan de IGJ, wordt een PRISMA-onderzoek gestart. Dit onderzoek dient binnen acht weken te zijn afgerond.	Zie Zenya: <u>Routekaart calamiteitenonderzoek</u> .
locatiemanager regie- behandelaar	Als er (nog) geen sprake is van een meldplicht aan de IGJ, wordt een vooronderzoek gestart. Dit vooronderzoek dient binnen vier weken te zijn afgerond. Locatiemanager meldt dit bij de afdeling Kwaliteit & Innovatie.	Zie Zenya: <u>Routekaart bepalen incident of calamiteit</u> De uitkomst van het onderzoek kan leiden tot een melding bij de IGJ, waarna een PRISMA-onderzoek wordt gestart.
locatiemanager	Er wordt een verslag gemaakt van het (PRISMA- of voor)onderzoek. Het verslag wordt een week voor de tweede evaluatie verzonden aan de locatiemanager en regiebehandelaar.	Het verslag vormt de basis voor de tweede evaluatie (zie stap 6).
Directie / RvB	De locatiemanager stelt de directie/RvB op de hoogte van het vooronderzoek of IGJ melding. Directie / RvB is eindverantwoordelijk voor de bestuursreactie op het vooronderzoek en IGJ melding.	Directie is eindverantwoordelijk voor de bestuurlijke reactie bij de IGJ melding en draagt zorg voor organisatie brede verbeterpunten uit het onderzoek

Stap 6: Tweede evaluatie

Wie	Activiteit	Opmerkingen
locatiemanager	Evaluatie vooronderzoek (na uiterlijk vier weken) op basis van onderzoeksverslag dat een week vooraf naar de genodigden wordt gestuurd. Bij deze evaluatie worden de direct betrokken behandelaren en medewerkers van de betrokken afdelingen uitgenodigd en zijn in ieder geval aanwezig de regiebehandelaar en (een vertegenwoordiging van) de onderzoekscommissie.	Indien vooronderzoek is gedaan. Denk hierbij ook aan het eventueel uitnodigen van de huisarts.

Wie	Activiteit	Opmerkingen
locatie-manager regie- behandelaar	Als er – naar aanleiding van de uitkomsten van het vooronderzoek - sprake is van een meldplicht aan de IGJ, wordt deze melding gedaan. De bestuurder, bestuurssecretaris en afdeling Kwaliteit & Innovatie worden hierover geïnformeerd. Tevens wordt een (aanvullend) PRISMA-onderzoek gestart.	Het format suïcideverslag (https://www.igj.nl/melden) biedt een format voor de melding. Zie Zenya: Routekaart calamiteitenonderzoek .
locatiemanager	Evaluatie PRISMA-onderzoek (na uiterlijk acht weken) op basis van onderzoeksverslag dat een week vooraf naar de genodigden wordt gestuurd. Bij deze evaluatie worden de direct betrokken behandelaren en medewerkers van de betrokken afdelingen uitgenodigd en zijn in ieder geval aanwezig de regiebehandelaar en (een vertegenwoordiging van) de onderzoekscommissie.	Indien PRISMA-onderzoek is gedaan. Denk hierbij ook aan het eventueel uitnodigen van de huisarts.
locatiemanager	Implementeer verbeteringen welke voortkomen uit het (PRISMA/voor)onderzoek.	Kunnen betrekking hebben op individu, team, locatie of organisatie.
locatiemanager	Organiseer nazorg voor medewerkers en cliënten die ondersteuning nodig hebben.	

Literatuurlijst

- 113 Zelfmoordpreventie. (2020a). *Diagnostiek: Werkwijze voor het in kaart brengen van suïcidaliteit*. <https://www.113.nl/sites/default/files/113/Diagnostiek%20Nieuw.pdf>
- 113 Zelfmoordpreventie. (2020b). *Suicide voorkomen via de media: Een handreiking voor mediaprofessionals*. <https://www.113.nl/sites/default/files/113/2020%20middelen/Handreiking%20mediaprofessionals.pdf>
- 113 Zelfmoordpreventie, & ANBO. (2024, september). *Zelfdoding en ouderen*. https://www.113.nl/sites/default/files/113/informatiemateriaal_2024/factsheets/20240826_Factsheet_ouderen.pdf
- Akwa GGZ. (2018). *Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*
- Van Hemert, A. M., Kerkhof, A. J. F. M., De Keijser, J., Verwey, B., & Mulder, C. L. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Trimbos-instituut
- Federatie Medisch Specialisten. (2025). *Richtlijn Suïcidaliteit*. Richtlijnen database. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/su_cidaliteit/startpagina_-_su_cidaliteit.html
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2021). *Format andere melding suicide(poging) met verplichte zorg*. <https://www.igj.nl>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (z.d.). *Wanneer is er sprake van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie?* <https://www.igj.nl>
- Jong, M. de, & Jong, C. A. J. de (2006). *Suicide in de verslavingszorg: Richtlijn voor preventie, handelen na suicide en nazorg voor hulpverleners*. Novadic. <https://www.gerdierx.nl/wp-content/uploads/2012/02/suicide-in-de-verslavingszorg.pdf>
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (z.d.). *Medisch beroepsgeheim doorbreken*. <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/beroepsgeheim/medisch-beroepsgeheim/wanneer-doorbreken>

- KNMG. (2015). *Niet-reanimerenverklaring: Handreiking voor artsen*. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. Retrieved April 5, 2025, from <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/levenseinde-2/zelfbeschikking/wilsverklaring>
- KNMG. (2019). *Levensbeëindiging bij mensen met een psychische stoornis – Standpunt*. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. Retrieved April 5, 2025, from [Startpagina - Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis - Richtlijn - Richtlijnen database](#)
- Nederlands Instituut van Psychologen. (z.d.). *Wegwijzer wet- en regelgeving voor psychologen in de gezondheidszorg*. <https://nip.nl/wp-content/uploads/pdfs/Wegwijzer-wet-en-regelgeving-voor-psychologen-in-de-gezondheidszorg-1.pdf>
- Rijksoverheid. (n.d.). *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)*. Retrieved April 5, 2025, from <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/>
- Shea, S. C. (1998). *The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation*. Journal of Clinical Psychiatry, 59(Suppl 20), 58–72
- Rijksoverheid. (2019). *Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd)*. <https://wetten.overheid.nl>
- SKILZ. (2023). *Handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid*. <https://www.skilz.nl/handreiking-beslisvaardigheid-en-wilsbekwaamheid>

Bijlage 1. Beknopte hand-out voor zorgteams bij suicidaliteit – zakkaartje voor de zorg

Voor alles geldt:

1. Eigen veiligheid staat voorop. Zorg ervoor dat jij, collega's, overige cliënten en bewoners veilig zijn door bijvoorbeeld messen/scherpe voorwerpen, schoenveters, touw of pillen weg te halen. Laat de bewoner niet alleen, zorg voor zoveel mogelijk toezicht en/of sluit ramen. Laat medicatie onder toezicht innemen.
2. Heb je een niet-pluis gevoel, overleg dan altijd met collega's en schroom niet om met de medische dienst/(gz-)psycholoog/triagedienst te overleggen.
3. Informeer de medische dienst en (gz-)psycholoog van de eigen afdeling indien deze nog niet betrokken zijn
4. Rapporteer zorgvuldig: rapporteer feitelijkheden, wat je hebt gedaan en wat je overwegingen hierbij waren. Zorg voor een goede overdracht. Let er op dat naasten mogelijk kunnen meelezen in het dossier en breng hen op de hoogte van het suïcidale gedrag.

Bij actief zelfbeschadigend gedrag (d.w.z.: bewoner is bezig met zichzelf te verwonden/ suïcideren):

1. Doe wat je kan om de bewoner te redden.
2. Bel 112 of vraag een directe collega dat te doen.
3. Neem direct contact op met de dienstdoende van de medische dienst of vraag een collega dit te doen.
4. Laat de bewoner niet alleen.
5. Blijf bij de bewoner totdat hulp gearriveerd is.
6. Vraag een directe collega zich te ontfemen over overige cliënten.

Bij het actief maken van plannen/ voorbereidingen treffen (d.w.z.: bewoner is bezig met het zoeken van een touw, loopt naar het water, legt pillen klaar etc.).

1. Blijf in contact met de bewoner, ga met hem/haar in gesprek.
2. Informeer de dienstdoende van de medische dienst of vraag een collega dit te doen.
3. Laat de bewoner niet alleen.
4. Blijf bij de bewoner totdat hulp gearriveerd is.
5. Vraag een directe collega zich te ontfemen over overige cliënten.

Bij suïcidale uitingen (d.w.z. als de bewoner zegt: "Ik wil dood, het hoeft zo niet meer, ik wou dat het leven voorbij was").

1. Blijf in contact met de bewoner, ga met hem/haar in gesprek.
2. Gebruik de tips over 'in gesprek over de dood', zie zakkaartje voor de zorg (volgende 2 pagina's).
3. Overleg met een collega en schat samen de situatie in.
4. Betrek de dienstdoende (gz-)psycholoog en/of de medische dienst van de afdeling. Gedurende kantoortijden hebben de gz-psychologen spoeddienst en kunnen via het medisch secretariaat worden ingeschakeld.
5. Bij twijfel altijd bellen! Bij afwezigheid van (gz-)psycholoog en medische dienst: bel de triagedienst als je samen inschat dat het urgent zou kunnen zijn; er is altijd achterwacht aanwezig!

Veiligheidsplan opstellen

Als iemand suïcidaal is, wordt er direct een veiligheidsplan gemaakt – waar mogelijk met de cliënt en/of diens naasten - samen met het zorgteam onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Op werkdagen wordt de (gz-)psycholoog hierbij betrokken. Waar nodig worden andere behandelaars hierbij betrokken. Een voorbeeld van een veiligheidsplan is opgenomen in bijlage 3 van dit beleidsplan.

Zakkaartje voor de zorg

Op de volgende twee pagina's zijn de belangrijkste punten voor zorgteams in het 'zakkaartje voor de zorg' opgenomen. Dit zakkaartje heeft twee doelen: aan de ene kant staat beschreven wat je moet doen bij suïcidaliteit en wie je moet betrekken; aan de andere kant staat beschreven hoe je in contact kan komen met de persoon met een doodswens en er zijn voorbeelden gegeven van vragen die je kan stellen. Dit kaartje kan dubbelzijdig worden uitgeprint. Je kan het bijvoorbeeld in je zak stoppen, of op de teampost ophangen.

WAT TE DOEN BIJ SUÏCIDALITEIT?

Suïcidaliteit omvat gedachten en gedragingen die gericht zijn op het beëindigen van het eigen leven. Dit kan variëren van suïcidale gedachten zoals denken dat de dood nog de enige uitweg is, het maken van een concreet plan, tot daadwerkelijke suïcidepogingen. Het is vooral belangrijk contact te maken met degene die suïcidaal is (zie ommezijde).

In onderstaand overzicht zie je wat je moet doen als je te maken krijgt met suïcidaliteit. In het document *Beleid 'Suïcidaliteit' Noorderbreedte* is een uitgebreidere toelichting hierop geschreven. Je kan het document vinden op *Zenya*.

Wat zie/merk je?	Wat doe je?
Suïcidepoging	Red de cliënt! Schakel collega verzorgende in Bel medische dienst Bel 112 Laat cliënt niet alleen Noteer gegevens informant Sluit ruimte af bij overlijden
Suïcideplannen/ voorbereidingen	Blijf in contact Schakel collega verzorgende in Informeert medische dienst Laat cliënt niet alleen
Suïcidale uitspraken	Blijf in contact Gebruik tips over 'het gesprek over de dood' Schat situatie in met collega Betrekt (gz-)psycholoog/medische dienst Bij twijfel: altijd bellen!

Altijd:
(Eigen) veiligheid voorop
Bij twijfel: overleg
Informeert medische dienst/(gz-)psycholoog
Rapporteer zorgvuldig

Als iemand suïcidaal is, is het belangrijk om direct (!) een **veiligheidsplan** te maken. Dit veiligheidsplan wordt gemaakt – indien mogelijk met de cliënt en/of diens naasten – onder verantwoordelijkheid van de (vervangend) regiebehandelaar samen met het zorgteam en de overige betrokken hulpverleners. Een voorbeeld van een veiligheidsplan is opgenomen in het document *Beleid 'Suïcidaliteit' Noorderbreedte*, zie *Zenya*.

Naasten betrekken

Doel: creëren van steun en veiligheid, organisatie van (na)zorg, bron van informatie

Het betrekken van naasten is belangrijk. Bespreek dit met de cliënt. Houd rekening met de volgende zaken:

- Check de belastbaarheid van naasten en biedt zo nodig steun of advies. Je kan verwijzen naar 113; deze organisatie biedt ook ondersteuning voor naasten. Je kan eventueel ook de eigen huisarts van de naasten inschakelen.
- Bij het betrekken van naasten moet je letten op de huidige wet- en regelgeving rondom privacy en beroepsgeheim
- Let er op dat de cliënt ook de mogelijkheid heeft om alleen te spreken met de behandelaar of zorgmedewerker

HET GESPREK OVER DE DOOD

Hoe maak ik contact met en hoe ga ik in gesprek met een cliënt over een uitgesproken doodswens en/of suïcidale gedachten?

Uitgangspunten

- Neem een uitgesproken doodswens en/of suïcidale gedachten altijd serieus.
- Luister open, toon begrip, oordeel niet en vraag door.
- Het gesprek aangaan over een doodswens/suïcidale gedachten vergroot nooit het risico. Erover praten geeft iemand juist het gevoel dat ze deze gevoelens niet alleen hoeven te dragen.
- Laat het gespreksonderwerp er gewoon zijn, zonder dat je jouw oordeel geeft. Kom niet meteen met adviezen of een oplossing. Luisteren - en de cliënt serieus nemen - is de eerste stap.
- Mensen die suïcidaal zijn, kunnen tegelijk verlangen naar het leven én naar de dood, waardoor een positieve uitspraak over het leven niet automatisch betekent dat de suïcidaliteit verdwenen is.

Vragen om te stellen

- Hoe gaat het met u? Kunt u aangeven hoe u zich op dit moment voelt?
- Denkt u wel eens aan de dood? Wat voor gedachten zijn dat?
- Wat gaat er door u heen als u aan de dood denkt? Vertel eens.
- Hoe lang heeft u deze gedachten al?
- Wat zijn aanleidingen om zo te denken?
- Wilt u zichzelf iets aandoen?
- Heeft u concrete plannen om uzelf iets aan te doen?
- Heeft u ooit eerder uzelf iets aangedaan?
- Is er iets wat u nu nodig heeft of wat ik voor u kan betekenen?



Don'ts

- **Meepraten/instemmen**
"Nou, ik snap het best waarom je niet meer wil leven..."
"Tja, als ik in jouw schoenen zou staan zou ik het misschien ook opgeven..."
- **Een oordeel vellen**
"Dat kun je niet maken!"
"Wat egoïstisch zeg, denk eens aan je familie"
- **Snel adviseren**
"Het zou goed zijn om minder vaak naar de dagbesteding te gaan"
"Waarom ga je niet vaker lekker sporten?"

Niet-pluis gevoel?

Overleg met een collega als je je zorgen maakt. Bespreek samen wat een passend plan is. Schakel zo nodig de (gz-)psycholoog of de medische dienst in. Ook bij twijfel!! Er is altijd een dienstdoende gz-psycholoog aanwezig gedurende kantoortijden en er is - ook buiten kantoortijden - altijd een dienstdoende van de medische dienst aanwezig.

Bijlage 2. Voorbeeld van een structuurdiagnose

Format Structuurdiagnose Suïcidaal Gedrag

1. Beschrijvende diagnose
 - a. Actuele suïcidaliteit: (omschrijving van suïcidale gedachten, intentie, planning, en ernst)
 - b. Eerdere suïcidepogingen: (ja/nee, aantal, methoden, omstandigheden)
 - c. Risicofactoren: (bv. psychiatrische aandoeningen, middelengebruik, traumatische gebeurtenissen)
 - d. Beschermende factoren: (bv. sociale steun, behandelmotivatie, religie, copingvaardigheden)
2. Ontstaansfactoren
 - a. Biologische factoren: (bv. erfelijkheid, neurologische aandoeningen)
 - b. Psychologische factoren: (bv. persoonlijkheidskenmerken, traumatische ervaringen)
 - c. Sociale factoren: (bv. eenzaamheid, financiële problemen, verlieservaringen)
3. Uitlokkende factoren
 - a. Recente gebeurtenissen of stressoren: (bv. relatiebreuk, verlies van werk, conflicten)
4. Onderhoudende factoren
 - a. Factoren die suïcidaliteit in stand houden: (bv. aanhoudende depressie, gebrek aan sociale steun)
5. Beschermende factoren
 - a. Elementen die het suïciderisico mogelijk verlagen: (bv. positieve behandelervaring, steun uit omgeving, kinderen)
6. Conclusie en risicotaxatie
 - a. Suïciderisico: (licht, ambivalent, ernstig, zeer ernstig)
 - b. Belangrijkste beïnvloedende factoren
 - c. Urgentie van interventie
7. Behandelplan en follow-up
 - a. Aanbevolen behandeling (bv. medicatie, psychotherapie, crisisinterventie)
 - b. Plan voor monitoring en evaluatie

Voorbeeld Structuurdiagnose

(fictieve casus)

1. Beschrijvende diagnose
 - a. Actuele suïcidaliteit: mijnheer Jansen, een 72-jarige weduwnaar, meldt zich met suïcidale gedachten. Hij ervaart gevoelens van hopeloosheid en ziet geen toekomstperspectief. Hij heeft een concreet suïcideplan (overdosis medicatie) en beperkt vermogen om alternatieven te overwegen.
 - c. Eerdere suïcidepogingen: in het verleden is er geen eerdere suïcidepoging geweest, maar hij heeft vaker gezegd "er een einde aan te willen maken."
 - d. Risicofactoren: eenzaamheid, verlies van partner, cognitieve achteruitgang, depressieve klachten, beperkt sociaal netwerk
 - e. Beschermende factoren: contact met dochter, woonachtig in een zorginstelling met toezicht.
2. Ontstaansfactoren
 - a. Biologisch: mogelijke beginnende dementie, achteruitgang in executieve functies.
 - b. Psychologisch: depressieve stemming, verliesverwerking, rigiditeit in denken.
 - c. Sociaal: beperkt netwerk, verlies van zelfstandigheid, verhuizen naar een zorginstelling.
3. Uitlokkende factoren
 - a. Recente gebeurtenissen of stressoren: recent verlies van zijn vrouw en verhuizing naar een verpleeghuis hebben geleid tot toegenomen gevoelens van hopeloosheid en suïcidaliteit.
4. Onderhoudende factoren
 - a. Factoren die suïcidaliteit in stand houden:
 - Cognitieve achteruitgang belemmert probleemoplossend vermogen en perspectiefwisseling.
 - Aanhoudende eenzaamheid en beperkte sociale steun in zijn nieuwe woonomgeving.

5. Beschermende factoren

- a. Elementen die het suïciderisico mogelijk verlagen:
- Dochter bezoekt hem regelmatig en wil betrokken blijven bij de zorg.
 - Verblijf in een zorginstelling betekent dat er toezicht is en mogelijkheden voor interventie.

6. Conclusie en risicotaxatie

- a. Suïciderisico: ambivalent tot ernstig
- b. Belangrijkste beïnvloedende factoren: de aanwezigheid van een concreet suïcideplan, depressieve klachten en cognitieve achteruitgang verhogen het risico.
- c. urgentie van interventie: Intensieve monitoring en verdere diagnostiek naar cognitieve achteruitgang en stemmingsproblematiek.

7. Behandelplan en follow-up

- a. Aanbevolen behandeling:
- Psychologisch:
 - Neuropsychologisch onderzoek om cognitieve achteruitgang beter in kaart te brengen.
 - Onderzoek naar stemming.
 - Cognitieve gedragstherapie gericht op acceptatie en betekenisgeving.
 - Sociaal: Stimuleren van sociale activiteiten binnen de zorginstelling en inzetten van ondersteuning door een geestelijk verzorger.
 - Veiligheidsmaatregelen: Bewaken van medicatietoegang en frequent contact met zorgteam.
- b. Plan voor monitoring en evaluatie: Wekelijkse evaluatie van stemming en suïcidaliteit, herbeoordeling na vier weken.

Bijlage 3. Voorbeeld van een veiligheidsplan

Een veiligheidsplan wordt gebruikt als begeleidingsplan bij suïcidaal gedrag door een zorgteam en/of door de cliënt zelf om zichzelf te kunnen managen bij een dreigende suïcidale crisis. In een veiligheidsplan staan afspraken om suïcidaliteit te begeleiden met als doel de veiligheid van betrokkenen zoveel als mogelijk te waarborgen. Doelen op langere termijn, zoals bijvoorbeeld het behandelen van een depressie, worden niet opgenomen in een veiligheidsplan, maar in een apart behandelplan. Een veiligheidsplan bevat de volgende onderdelen:

- Waarschuwingssignalen die een dreigende suïcidale crisis kunnen aankondigen;
- Benaderingsafspraken met strategieën die afleiden van suïcidale gedachten en gedrag, zoals het aanbieden van ontspannende activiteiten;
- Benaderingsafspraken met expliciete aandacht voor positief gedrag;
- Adviezen ten aanzien van gespreksvoering; zakkaartje voor de zorg gebruiken;
- Benoemen van personen die kunnen helpen bij het afleiden van suïcidale gedachten en gedrag en die de cliënt kunnen ondersteunen;
- Duidelijke instructies wanneer op te schalen naar bijvoorbeeld medische dienst of locatiemanager en hun contactgegevens;
- Adviezen om de omgeving veiliger te maken, zoals bijvoorbeeld het weghalen van letale middelen of het inzetten van domotica.
- Instructies voor rapportage.

Een voorbeeld van een veiligheidsplan (fictieve casus) is op de volgende pagina opgenomen.

Veiligheidsplan (fictieve casus)

P	Er is sprake van depressieve kenmerken en suïcidaal gedrag waarbij mijnheer soms heel concrete zelfmoordplannen beschrijft
D	Veiligheid waarborgen, begeleiding bij suïcidaal gedrag
A	• Schakel bij (vermoeden) acuut gevaar, meteen de (dienstdoende) van de medische dienst in. • Vasthouden dagstructuur en hiernaar verwijzen indien van toepassing. Bijvoorbeeld blijven vragen om thee te komen drinken etc. • Mijnheer stimuleren tot plezierige activiteiten, vraag mijnheer zelf ook wat hij prettig vindt om te doen. We weten dat hij het leuk vindt om voetbal te kijken op tv. • Regelmatig bij hem op de kamer kijken, zorgen dat je hem elk uur hebt gezien. • Blijf in gesprek met mijnheer en besteed aandacht aan zowel zijn wens als dood te willen gaan als dingen die hem in het leven nog aantrekken. Niet oordelen. Kijk voor voorbeelden op het 'zakkaartje voor de zorg'. • Complimenteer mijnheer als hij actief is. Bijvoorbeeld door te zeggen 'Wat goed dat je er, ondanks dat je je niet fit voelt, toch bent' of 'Wat fijn dat je er bent'. • Schroom niet om bij vermoedens van suïcidale gedachten het hierover te hebben met mijnheer. Uit onderzoek blijkt dat het praten over suïcidale gedachten de kans op suïcide niet verhoogt, maar dat het juist meer rust bij iemand kan geven (omdat er ruimte wordt geboden om erover te praten). • Dochter komt regelmatig langs bij haar vader; als dochter er is, spreek haar dan aan; dochter en zorg kunnen elkaar op de hoogte houden over de situatie. Verwijs dochter eventueel naar 113 voor mentale ondersteuning. • De geestelijk verzorger komt elke dag een praatje maken met mijnheer. • Mijnheer heeft een 'uit-bed-alarm' van 22.00-08.00 uur en hij is hiermee akkoord. Als het bedalarm afgaat, kijk je op de camera wat hij doet en handel hierop indien nodig. • We hebben afgesproken dat we nu geen letale middelen verwijderen uit zijn kamer; indien de ernst van de suïcidaliteit toeneemt, overwegen we dit opnieuw. • Medicatie wordt achter slot en grendel bewaard; mijnheer moet onder toezicht zijn medicatie innemen zodat hij het niet kan bewaren. Mijnheer is hiermee akkoord. • Indien gewenst kan de teamleider of kwaliteitsverpleegkundige worden ingeschakeld; zij kunnen helpen met het realiseren van alle gemaakte afspraken of steun bieden. • Schroom niet om de medische dienst en/of (gz-)psycholoog in te schakelen bij vragen over het suïcidale gedrag of als je een niet-pluis-gevoel hebt. Zie ook 'zakkaartje voor de zorg'. • Rapporteer zorgvuldig en volledig! Indien nodig, rapporteer dan ook de afwegingen die je hebt gemaakt.
E	volgende werkdag, of eerder indien nodig

Bijlage 4. CASE-kaart Noorderbreedte

Het *Chronological Assessment of Suicide Events* (CASE)-interview is ontwikkeld door Shawn Christopher Shea (1998) als een gestructureerde methode om suïcidale gedachten, plannen en gedragingen zorgvuldig en betrouwbaar in kaart te brengen. Shea ontwikkelde deze methode vanuit de noodzaak om de vaak verborgen aard van suïcidale gedachten te achterhalen, waarbij traditionele gespreksmethoden regelmatig tekortschoten. De methode is gebaseerd op klinische observaties en evidence-based technieken uit de psychotherapie, met bijzondere nadruk op het bevorderen van openheid en het minimaliseren van sociale wenselijkheid in het gesprek.

Het doel van het CASE-interview is om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de suïcidale beleving van de cliënt, zowel in het heden als in het verleden. Hierbij worden vier tijdsdomeinen onderzocht: 1) huidige suïcidale ideatie, 2) recente suïcidale gedachten, 3) de meest ernstige suïcidale periode ooit, en 4) suïcidale ideatie bij de eerste opname of het eerste contact. Door deze chronologische benadering ontstaat een rijk en genuanceerd beeld van suïcidaliteit.

Een belangrijk onderdeel van het CASE-interview is dat de hulpverlener op een zorgvuldige en respectvolle manier vragen stelt, zodat de cliënt zich veilig voelt om eerlijk te praten. Er worden speciale gesprekstechnieken gebruikt om moeilijke onderwerpen, zoals suïcidale gedachten, bespreekbaar te maken. Zo kan de hulpverlener bijvoorbeeld op een zachte manier veronderstellen dat de cliënt ergens last van heeft, zonder dat het direct confronterend is. Ook worden vragen soms op zo'n manier gesteld dat het makkelijker wordt om eerlijk te antwoorden, zelfs als het om gevoelige of schaamtevolle onderwerpen gaat. Op deze manier wordt het minder spannend voor iemand om open te zijn over wat er echt in hem of haar omgaat.

Het CASE-interview is geen diagnostisch instrument, maar een klinisch interviewmodel dat professionals ondersteunt bij het inschatten van risico's en het vormgeven van een behandelplan. Het vereist vaardigheid, empathie en ervaring, en draagt bij aan een meer betrouwbare en respectvolle suïcidebeoordeling.

In 2017 ontwikkelden M. Steendam en J. De Keijser voor GGZ Friesland de CASE-kaart, gebaseerd op het CASE-interview van Shea. In overleg met en goedkeuring van M. Steendam is deze kaart aangepast voor de settingen van Noorderbreedte. De CASE-kaart Noorderbreedte is opgenomen op de volgende twee pagina's en kan voor gebruik in de praktijk ook apart dubbelzijdig worden uitgeprint.

NB deze kaart is bedoeld voor de medische dienst en (gz-)psychologen van Noorderbreedte om een inschatting te maken van de (ernst van de) suïcidaliteit

A. Contact maken, daar begint het mee

- Het is belangrijk dat het lijden van de persoon met suïcidaliteit wordt erkend, dat hij/zij zich gehoord en gesteund voelt en dat er open wordt gesproken over de wens tot zelfdoding. Dit vraagt om empathie en een sfeer van vertrouwen.
- Professionals vragen door, spreken open over suïcidaliteit en maken dit zo concreet mogelijk.
- Vraag altijd aan de cliënt wie zijn/haar belangrijkste naasten zijn en op welke manier zij bij de behandeling betrokken kunnen worden.

B. Aanwijzingen van suïcidaal gedrag? Doe het CASE-interview (Shea, 1998)



Ruimere voorgeschiedenis	Recente voorgeschiedenis	Actuele situatie	Plannen voor de toekomst
<i>Doorvragen naar de ruimere voorgeschiedenis. Dit hoeft niet met veel detail. Het is voldoende om te weten of er eerder episoden zijn geweest met suïcidaal gedrag.</i> Hoeveel eerdere episoden zijn er geweest? Hoe ernstig waren eventuele eerdere suïcidepogingen? Bent u wel eens eerder zo wanhopig geweest? Heeft u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten had? Wat was er toen aan de hand? Heeft u ooit eerder geprobeerd een einde aan uw leven te maken? Wat was er toen aan de hand? Wanneer was dat? Wat heeft u toen gedaan?	<i>Doorvragen in detail naar suïcidale gedachten, intentie, plannen en gebeurtenissen in de voorgaande periode (4-8 weken); vraag naar intensiteit en frequentie. Maak de informatie zo concreet mogelijk.</i> Hoe lang speelt dit al? Hoe was dit in de laatste weken? Hoe vaak had u deze gedachten? Hoe vaak per dag (10 maal, 100 maal? Meer nog?) Heeft u terugkerende kwellende gedachten? Wat denkt u op zo'n moment? Wat zijn aanleidingen voor u om zo te denken? Hoeveel tijd bent u per dag bezig met deze gedachten? (4 uur? 8 uur? Meer nog?) Heeft u plannen gehad/gemaakt om uzelf iets aan te doen? Heeft u geprobeerd een einde aan uw leven te maken?	<i>Doorvragen om een gedetailleerd beeld van de directe gebeurtenissen, gedachten en/of gevoelens die hebben geleid tot het onderzoek.</i> Voorbeelden: Heeft u gedachten aan suïcide? Denkt u dat u dood beter af bent? Heeft u plannen om suïcide te plegen? Hoe zien die plannen er uit? Welke methoden heeft u overwogen? Welke voorbereidingen had u getroffen? Hoeveel haast heeft u om uw plannen uit te voeren? Wat betekent dit voor uw naasten?	<i>Doorvragen naar de actuele toestand en naar plannen voor de directe toekomst.</i> Hoe ziet u de toekomst? Ziet u nog enige toekomst? Ziet u nog kans uw toekomst te beïnvloeden? Nu dingen te doen waardoor u het straks beter hebt? Wat gaat u doen als u straks weer thuis bent c.q. als ik weg ben?

ACTIEF VRAGEN NAAR:

Achterliggende factoren Stressoren: • Psychiatrische aandoeningen • Psychologische factoren (hopeloosheid, impulsief negatief/dwangmatig denken, anderen tot last) • Ingrijpende gebeurtenissen (overlijden dierbare, ontslag, detentie, huiselijk geweld, verlies gezondheid, e.a.) Beschermende factoren: • Levensovertuiging (steun van geloof) • Steunsysteem (sociale steun, betekenisvolle band met hulpverlener, zorg voor jonge kinderen) Kwetsbaarheden: • Leeftijd, geslacht (oudere mannen) • Familieleanamnese (belast) • Persoonkenmerken (perfectionistisch, neurotisch) • Levensovertuiging (twijfel over geloof) • Steunsysteem (isolement)	Bij suïcidepoging/ zelfbeschadiging eerst: • Lichamelijke toestand • Veiligheid • Letaliteit van de poging Bij suïcidedgedachten: • Psychiatrische aandoeningen (depressie, psychose, e.a.) • Psychiatrische crisissituaties • Transitiemomenten in behandeling • Onverwachte veranderingen • Ingrijpende gebeurtenissen • Wanhoop, hopeloosheid • Mededeling van anderen	
--	---	--

C. Structuurdiagnose en veiligheidsplan

Structuurdiagnose

- Formulering van de suïcidale toestand (zie ernstmaat suïcidaliteit)
- Samenvatting van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- Werkhypothesen over de oorzaken en in stand houdende factoren
- Risicoweging voor de korte en de langere termijn

Structuurdiagnose



Veiligheidsplan (per direct in te zetten/mee te geven aan cliënt)

- Afspraken maken over de veiligheid met cliënt, naasten, zorgteam, etc.
- Denk hierbij aan het mogelijk verwijderen van beschikbare letale middelen
- Denk aan het inzetten van 24-uurs (video)toezicht
- Denk in de eerstelijns aan het inzetten van IHT (058-2848777)
- Bij wie kan de cliënt, naaste of zorgmedewerker terecht voor ondersteuning?
- Wat is de handelwijze bij het hanteren van suïcidaal gedrag, maak een plan 'voor als...'
- Afspraken maken over vervolgbehandeling en het maken van een signaleringsplan
- Hou bij verwijzing eerst zelf ook nog contact (warme overdracht)
- Stel afspraken op schrift en/of vermeld ze in het zorgdossier; benoem afspraken in de overdracht; zorg ervoor dat alle betrokkenen op de hoogte zijn

Veiligheidsplan

D. Ernst en interventies

Ernstmaat	Omschrijving	Acties Intramuraal	Acties extramuraal
Licht	Vluchtige gedachten, impuls onder controle	Focus op lopende behandeling Naasten betrekken Instructies aan zorgteam (veiligheidsplan) met PDAE Notificatie naar arts, VS, (gz-)psycholoog van de afdeling	Focus op lopende behandeling Naasten betrekken Veiligheidsplan
Ambivalent	Afwisselend suïcide willen en willen leven, impulsiviteit, breuk in contact met anderen	Toetsen bij collega Specialist Ouderengeneeskunde, Verpleegkundig Specialist of gz-psycholoog	Huisarts informeren (GZSP), toetsen bij collega (bGGZ)
Ernstig	Voortdurend gedachten, wanhopig, plan, benauwd voor eigen impulsiviteit	Psychiater in consult vragen GGZ crisisdienst ¹	Huisarts adviseren om psychiater in consult te vragen (GZSP), psychiater in consult vragen (bGGZ) ¹
Zeer ernstig	Ontredderd, op drempel van suïcide	24-uurs toezicht/nabijheid inzetten Overleg met GGZ crisisdienst ¹	Naasten 24-uurs zorg GGZ crisisdienst Via huisarts (GZSP) of via psychiater (bGGZ) ¹

+ = toepassen van de acties op dat niveau **inclusief** alle acties van de lichtere niveaus

¹ GGZ crisisdienst (058 2848 777)

Wanneer bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)?

Bij suïcidaal gedrag met kritische kenmerken (*cliënt*: psychotisch, waanachtig, depressief, delirant; *poging*: gewelddadige poging, hoge letaliteit, weloverwogen, persisterend; *tijdens onderzoek*: uitingen van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen, weigering van hulp; een psychiatrische stoornis met een metabole, toxische of infectieuze etiologie).

Lezen: Richtlijn Suïcidaliteit (2025). Shea, S.C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. J. of Clin. Psychiatry, 59 (suppl. 20): 58-72.

In overleg met auteurs aangepaste versie van kaart © M. Steendam en J. de Keijser (februari 2017).

www.113.nl

Bijlage 5. Taken en verantwoordelijkheden en checklist na (ernstige) suïcide(poging)

Taken en verantwoordelijkheden in hoofdlijnen

elke medewerker	Stap 1 paraat hebben: • Red het leven van cliënt • Medische dienst en 112 bellen • Teamleider informeren; bij afwezigheid (dienstdoende) locatiemanager informeren • Gegevens informant(en) registreren (naam, functie, instantie, telefoonnummer) • Ruimte afsluiten
medewerker zorgteam	• Op verzoek van medische dienst of ambulancepersoneel: politie bellen • Ga na of jezelf, zorgteam, het behandelteam en/of overige cliënten de nabestaanden medeleven willen betuigen door een condoleancekaart te sturen en/of de uitvaart bij te wonen. Overleg met de nabestaanden of zij hiertegen bezwaren hebben
teamleider	• In lijn verantwoordelijk voor organisatie op de afdeling • Steunt en coacht zorgmedewerkers • Ondersteunt locatiemanager
medische dienst	• Vaststellen (niet-)natuurlijk overlijden; politie inschakelen bij twijfel • Informeer direct (vervangend) locatiemanager • deelname crisisteam; bij afwezigheid door dienstdoende vervanger
regiebehandelaar	• Deelname aan crisisteam; bij afwezigheid door dienstdoende vervanger • Informeren van nabestaanden in de eerste uren/dagen na de suïcide • uitnodigen nabestaanden voor reconstructie van de gebeurtenissen; uitnodigen nabestaanden voor hun laatste vragen (na een paar weken en een half jaar) • Samen met locatiemanager beslissen of er meteen een melding bij IGJ moet worden gemaakt
(gz-)psycholoog	• Lid crisisteam; bij afwezigheid door dienstdoende vervanger, buiten kantooruren wordt de (gz-)psycholoog niet vervangen • Kan ingeschakeld worden om multidisciplinair teamoverleg te leiden (met geestelijk verzorger)
geestelijk verzorger	• Wordt mogelijk ingeschakeld voor eerste bijstand voor betrokkenen • Kan ingeschakeld worden om multidisciplinair teamoverleg te leiden (met (gz-)psycholoog)
locatiemanager	• Bijeenroepen/leiden crisisteam; bij afwezigheid door dienstdoende vervanger • Inzetten richtlijn 'opvang medewerkers bij schokkende gebeurtenissen' • Checklist crisisteam bewaken (zie volgende pagina) • Organiseren eerste evaluatiebespreking met multidisciplinair team en ontbinden crisisteam • Namens MT condoleances overbrengen aan nabestaanden • Samen met regiebehandelaar beslissen of er meteen een melding bij IGJ moet worden gemaakt • Indien er sprake is van een meldplicht bij IGJ, dan bestuurder, bestuurssecretaris en afdeling Kwaliteit & Innovatie hierover informeren • PRISMA-onderzoek of vooronderzoek starten • Tweede evaluatie plannen met verslag PRISMA-analyse/vooronderzoek • Faciliteren tweede evaluatie en zorgdragen voor afhandeling van de acties die eventueel hieruit voortvloeien, zie hoofdstuk 4

manager medische en behandel dienst	• Inzetten richtlijn 'opvang medewerkers bij schokkende gebeurtenissen' om behandelaren op te vangen
clusterhoofd medische dienst vakgroepvoorzitter psychologen	• Worden op de hoogte gebracht door de behandelaren van de afdeling • Zorgen voor eventuele opvang van de behandelaren, zoals het inzetten van een buddy

Checklist voor het crisisteam en verdere acties na een suïcide of ernstige suïcidepoging

Locatiemanager is verantwoordelijk voor het bewaken van deze checklist

Stap 1

- ☐ Alles in het werk stellen om het leven van de cliënt te redden, 112 bellen
- ☐ Ruimte, waarin cliënt zich bevindt, afsluiten
- ☐ Medische dienst en locatiemanager inlichten, of hun vervangers
- ☐ Politie inlichten (0900-8844)
- ☐ Gegevens van de informanten registreren

Stap 2

- ☐ Crisisteam samenstellen (locatiemanager, regiebehandelaar, medische dienst en psycholoog)
- ☐ Direct inlichten (niet alle onderstaande personen/instanties hoeven van toepassing te zijn):
 - Politie (0900-8844) (als dit nog niet gedaan is). Met de politie afstemmen wie de nabestaanden inlicht. In de regel zal dit de politie zijn.
 - Nabestaanden, waaronder medewerkers van de afdeling
 - Receptie van de betreffende locatie.
 - Overige cliënten van de afdeling.
 - Mentor, curator en/of bewindvoerder.
- ☐ Organiseren en voorbereiden gesprek met nabestaanden door regiebehandelaar
 - Tijd en plaats van gesprek (thuis, afdeling, telefonisch); ruimte regelen
 - Welke twee medewerkers dit gesprek voorbereiden, taakverdeling, evaluatie; zie bijlage 7
- ☐ De eerstvolgende werkdag (eventueel dezelfde dag) inlichten, indien van toepassing:
 - Overige behandelaren
 - Manager medische en behandel dienst
 - Clusterhoofd medische dienst
 - Vakgroepvoorzitter psychologen
 - Bestuurder en/of afdeling communicatie
 - Huisarts van de cliënt (bij opname op revalidatie, ELV of bezoeken dagbehandeling)
 - Andere behandelafdelingen, diensten en instellingen, zowel binnen als buiten Noorderbreedte, waar cliënt contact mee had
- ☐ Zet richtlijn 'opvang medewerkers bij schokkende gebeurtenissen' in
- ☐ Zorg voor een adequate bezetting van personeel in de eerste 24 uur na de suïcide
- ☐ Inzetten geestelijke verzorging

Stap 3

- eerste evaluatie op eerstvolgende werkdag of werkdag daarna
- ontbinden crisisteam

Bijlage 6. Evaluatiegesprek multidisciplinair team

Doelstellingen

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

Deelnemers

Het gehele multidisciplinaire/zorgteam onder leiding van (gz-)psycholoog en/of geestelijk verzorger

Inhoud van de bespreking (wat besproken moet worden in deze bijeenkomst)

1. Evaluatie van de suïcide (of ernstige suïcidepoging)
Hierbij dient de veiligheid van de bespreking bewaakt te worden, in die zin dat teamleden zich niet in het beklagdenbankje gezet voelen. Naast vaststelling van de feitelijkheden worden hierin onderstaande vragen meegenomen:
 - a. Hoe heeft het kunnen gebeuren?
 - b. Had dit voorkomen kunnen worden?
2. Toestand van cliënt in algemene zin voorafgaand aan de suïcide:
 - a. Bij aanvang behandeling
 - b. Voorgeschiedenis
 - c. Verloop van de behandeling
3. Na de suïcide:
 - a. Eventuele pogingen tot reanimatie
 - b. Reacties van nabestaanden
 - c. Reacties van groepsgenoten

Emotionele verwerking

- Wat beteken(t)(de) deze cliënt voor het team en voor individuele teamleden?
- Hoe verwerken de direct betrokken medewerkers de gebeurtenissen?

Suggesties om eventueel mee te nemen in de bespreking

(dit zijn onderwerpen die in het vooronderzoek/PRISMA-onderzoek sowieso worden meegenomen):

- Psychiatrische en medische voorgeschiedenis (vorige suïcidepogingen, cognitieve stoornissen, diagnose, behandeling), psychiatrische voorgeschiedenis van familie (ziekte, suïcide), persoonlijkheid en leefstijl, patronen van reacties op stressoren.
- Toestand van cliënt gedurende de laatste weken en dagen: recente stressoren of belangrijke life events, interpersoonlijke 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, etc.
- Behandelaspecten als medicatie, eventuele psychotherapie en gesprekken met andere zorgverleners
- Laatste contacten met cliënt, eventuele suïcideneigingen.
- Methode, tijd en plaats van suïcide(poging); wie heeft het ontdekt, rol van alcohol en drugs (gebruik in voorgeschiedenis en in relatie met suïcide), dodelijkheid van methode.

Conclusies en afspraken

- Ten aanzien van de cliëntengroep (denk aan suïcidepreventie).
- Ten aanzien van nazorg van de nabestaanden.
- Ten aanzien van nazorg voor het multidisciplinaire/zorgteam.
- Ten aanzien van beleid van Noorderbreedte rondom suïcide (behandeling, begeleiding, werkwijze, procedures etc.).

Bijlage 7. Gesprekken met nabestaanden

Eerste fase: informeren over de suïcide (of ernstige suïcidepoging)

Vorbereiding

- Twee medewerkers van Noorderbreedte voeren het gesprek, bij voorkeur de regiebehandelaar en een bekende medewerker. Het crisisteam wijst hen aan.
- Neem zo snel mogelijk contact op met nabestaanden. Als zij nog niet geïnformeerd zijn door de politie, moet je zelf het slechte nieuws brengen.
- Maak een afspraak voor een gesprek op een locatie naar keuze van de nabestaanden.
- Bepaal vooraf welke informatie je deelt en wat je bewaart voor vervolggelprekken.
- Houd rekening met beroepsgeheim: diagnostiek en behandeling blijven vertrouwelijk na overlijden. Een voldoende sluitend verhaal waar de nabestaande vrede mee heeft, is belangrijk. Aanbevolen wordt om binnen de grenzen van het beroepsgeheim die informatie te geven die dit doel kan dienen.
- Verzamel informatie over de laatste dagen en uren, wie de cliënt heeft gesproken, wanneer en door wie hij/zij is gevonden, wanneer nabestaanden de cliënt kunnen zien en wanneer de kamer weer toegankelijk is.

Het gesprek

- Meld direct dat het om een suïcide gaat.
- Informeer naar de wens van nabestaanden om details te horen.
- Condoleer en deel eigen gevoelens of die van het team/cliënten.
- Geef feitelijke informatie over de omstandigheden van de suïcide en eventuele pogingen om het leven te redden.
- Vermeld waar het lichaam is.
- Vermeld of er een afscheidsbrief is (bespreking hiervan op later moment aanbieden).
- Luister actief naar reacties, geef ruimte voor emoties, probeer niet te sussen of te bagatelliseren.
- Vermijd discussie over handelen van hulpverleners, bied aan dit later te bespreken.
- Rond af na het geven van de belangrijkste informatie. Geef geen nieuwe informatie meer.
- Bied steun aan: help bij het inschakelen van iemand uit hun netwerk of huisarts.

Afronding van het gesprek

- Nodig uit om naar de zorginstelling te komen, begeleid bij bezoek aan de overledene.
- Vertel, indien van toepassing, dat de kamer op slot blijft tot dat de politie deze weer vrij geeft.
- Stel voor om binnen een week te praten over de bezittingen, en binnen enkele weken over de reconstructie van de suïcide. Maak afspraken.
- Vraag of je iets kunt doen voor je vertrekt, laat contactgegevens achter en geef aan wie bereikbaar is.

Na het gesprek

- Evalueer met collega's: wat is besproken, hoe was de reactie van nabestaanden, hoe heb je het zelf ervaren?
- Informeer het crisisteam/behandelteam over de inhoud van het gesprek, wensen van nabestaanden en gemaakte afspraken.
- Leg vast welke informatie is gedeeld, wensen van nabestaanden en afspraken.

Tweede fase: reconstructie van de suïcide

Deze fase helpt nabestaanden de suïcide beter te begrijpen. Bespreek met nabestaanden de planning van dit gesprek (bijvoorbeeld tijdens of na de PRISMA-analyse/het vooronderzoek).

Vorbereiding

- Gesprek door regiebehandelaar met één of twee collega's.
- Ken de voorgeschiedenis (diagnoses, behandelingen, effect, daginvulling, relaties).

- Wees voorbereid op uiteenlopende emoties. Houd rekening met privacy en maak vooraf afspraken over wat gedeeld kan worden.

Het gesprek

- Begin met condoleances (zover je dat nog niet had gedaan) en deel reacties van team en cliënten.
- Leg doel van het gesprek uit. Stel samen de agenda op, bespreek wat eerder niet is besproken.
- Nodig uit tot het stellen van vragen, geef uitgebreide antwoorden en toelichtingen.
- Ga in op hoe (on)verwacht de suïcide was en welke signalen er (niet) waren.
- Bespreek wat is gedaan om suïcide te voorkomen, en wat niet, inclusief redenen daarvoor.
- Plaats de gebeurtenissen in de context van de problematiek van de cliënt.
- Bespreek eventueel de afscheidsbrief, en wat die zegt over de toestand van de cliënt.
- Laat ook ruimte voor het persoonlijke beeld van de overledene.
- Check afhandeling van bezittingen, benoem eventuele tekortkomingen.
- Druk je spijt uit indien passend.
- Geef ruimte om informatie te verwerken, wees niet bang voor stiltes.
- Vermijd discussie, maar benoem verschillen in visie.
- Zoek manieren om binnen de grenzen van het beroepsgeheim toch waardevolle informatie te delen.

Afronding

- Rond af wanneer alles is besproken. Beantwoord laatste vragen, open geen nieuwe onderwerpen.
- Vraag hoe het gesprek werd ervaren en toon begrip.
- Bied eventueel vervolgspraak aan.
- Verwijs naar relevante informatiebronnen over psychiatrische problemen, suïcide, rouw.
- Laat weten dat contact op elk moment mogelijk blijft. Laat telefoonnummer achter.
- Bied nazorg aan en geef informatiemateriaal (zoals folders, 113, lotgenotencontact).

Na het gesprek

- Evalueer met collega's: inhoud, reacties, eigen ervaring.
- Leg vast welke informatie is gedeeld, wensen van nabestaanden en afspraken.
- Informeer betrokken collega's.
- Sluit het contact zorgvuldig af, maar laat ruimte voor hernieuwd contact.