

OMGAAN MET SUÏCIDALITEIT BIJ OUDEREN





Altijd depressief

Een 72-jarige man vertelt dat hij een eind aan zijn leven gaat maken. Hij weet hoe hij dit kan doen. Hij vertelt de arts, die hij voor het eerst ziet, dat iedere vorm van hulpverlening geen zin heeft. Hij is diabetes. Hij is vanaf zijn dertigste depressief en heeft vele behandelingen, inclusief opnames en elektroshocktherapie gehad. Niets heeft voldoende geholpen.

Een half jaar geleden is zijn echtgenote bij hem weggegaan. Ze had genoeg van zijn depressiviteit. Ze onderneemt nu van alles en voelt zich hier goed bij. Met hem wil ze slechts beperkt contact. Zijn kinderen leven hun eigen leven.

Voor hem heeft het leven geen enkel doel meer. Een opname, de zoveelste, wil hij niet. Besloten wordt om hem niet op te nemen. Hij wordt uitgenodigd voor een paar dagen later. Voor die tijd wordt hij gevonden. De kinderen heeft hij nog een brief gestuurd, waarin hij afscheid neemt. Naast hem ligt een briefje: De dokter weet er alles van.

INHOUD

- 4 Hoe vaak komt het voor?
- 4 Risicofactoren risicotaxatie
- 6 Beschermende factoren
- 7 Mythes versus feiten over suicidaliteit
- 9 Wat kunt u doen?
- 10 Stappenplan
- 14 Samengevat
- 15 Gebruikte literatuur

**SUÏCIDALITEIT: een gemoedstoestand met
neiging tot zelfdoding.**

INLEIDING

Niet jongeren, maar ouderen plegen naar verhouding de meeste suïcides. Door de forse toename van het aantal ouderen krijgen we in de toekomst mogelijk nog vaker te maken met ouderen die zich van het leven beroven of daar een poging toe doen.

Deze brochure is geschreven voor hulpverleners die in hun dagelijks werk in contact komen met ouderen. Met hulpverleners worden zowel hulpverleners werkzaam in de GGZ als hulpverleners werkzaam in de thuiszorg, mantelzorg, wijkverpleging en woonbegeleiding bedoeld.

Het doel van deze brochure is hulpverleners zo te helpen dat zij niet alleen **horen**, maar ook beter kunnen **begrijpen**. Het geeft een antwoord op vragen over achtergronden en risico's van suïcidaliteit bij ouderen en biedt, in de vorm van twee stappenplannen, een handreiking die hulpverleners kunnen gebruiken in hun dagelijkse werk. Eén stappenplan is bedoeld voor hulpverleners in de thuiszorg, mantelzorg, wijkverpleegkunde of woonbegeleiding, het andere is voor hulpverleners in de GGZ.

...IK HEB HET WEL
GEHOORD, MAAR HEB IK
HET WEL **BEGREPEN?**



HOE VAAK KOMT HET VOOR?

Het aantal suïcides in Nederland in 2006 was 1.524. In iets meer dan een kwart van de gevallen (382) betrof het mensen van 60 jaar of ouder. Binnen de groep van ouderen komen naar verhouding suïcides het meest voor bij personen boven de 80.

RISICOFACTOREN

Wat zijn de risicofactoren voor suïcide op oudere leeftijd? Bij suïcide blijkt depressie de meest voorkomende psychiatrische diagnose. Dit is dan ook de belangrijkste risicofactor. Een tweede belangrijke risicofactor is een ernstige ziekte die gepaard gaat met ernstige hulpbehoevendheid, uitzichtloos lijden en/of pijn. Een andere risicofactor is sekse: mannen plegen vaker suïcide dan vrouwen. De belangrijkste redenen dat suïcide vaker voorkomt bij mannen dan bij vrouwen zijn:

- mannen zijn bij problemen minder geneigd om hulp te vragen
 - mannen zoeken vaker een gewelddadige oplossing voor hun problemen
 - mannen trekken zich minder aan van hoe hun naasten over hun daad oordelen
- Andere voorspellers voor suïcide zijn: het gevoel van hopeloosheid, een toegenomen slaapbehoefte van meer dan negen uur per etmaal, alcoholmisbruik, hardhorendheid of doofheid, eerdere suïcide pogingen, verlies van partner of kind en sociale isolatie.

SUÏCIDE: *gedrag met dodelijke afloop. Een door de betrokkene zelf uitgevoerde handeling die werd ondernomen in de wetenschap of verwachting van de directe dodelijke afloop.*

Naast de zeer actieve vorm van suïcide zie je bij ouderen ook een subtielere vorm van suïcidaal gedrag: indirect zelfdestructief gedrag, zoals het niet meer of veel minder eten en drinken, slecht innemen van de medicatie en zelfverwaarlozing met onderliggend een onuitgesproken wens om dood te gaan. Het kan lastig zijn hier een onderscheid tussen te maken. De subtielere vorm van suïcide komt vooral voor waar men geen suïcidemogelijkheden heeft, omdat er veel controle is, bijvoorbeeld in een verpleeghuis.

Risicofactoren kunnen onderverdeeld worden in vier groepen:

Lichamelijke

- lichamelijke ziekten, klachten en beperkingen
- mannelijk geslacht (fysiologie)

Psychische

- depressie en gevoel van hopeloosheid
- angst
- agitatie
- impulsiviteit
- alcoholmisbruik
- rouw, het verlies van een partner of kind

Sociale

- sociale isolatie, ontbreken van steun
- sociale stressfactoren, zoals het zorgen voor een dementerende partner
- mannelijk geslacht (sociale rol)

Functionele

- eerdere suïcidepogingen
- de beschikbaarheid van middelen om een suïcide uit te voeren

SUÏCIDEPOGING: door betrokkene zelf uitgevoerd gedrag, met de opzet zichzelf te doden, wat ongewild mislukt (een ongewild mislukte suïcide, ook wel tentamen suïcide TS).

BESCHERMENDE FACTOREN

Naast risicofactoren zijn er ook beschermende factoren. Dit zijn factoren die een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven en daarmee de kans op suïcide of een suïcidepoging verkleinen.

Beschermende factoren kunnen in dezelfde groepen worden verdeeld:

Lichamelijke

- behandeling van lichamelijke klachten

Psychische

- behandeling van psychische klachten
- ondersteuning bij rouw
- het steun ondervinden van een geloof

Sociale

- het hebben van een goed sociaal systeem
- terug kunnen vallen op een sociaal systeem of hulpverlening

Functionele

- het hebben van een goede daginvulling en -structuur
- goede ondersteuning bij afhankelijkheid

MYTHES VERSUS FEITEN OVER SUÏCIDALITEIT

Hieronder wordt een aantal veel voorkomende mythes beschreven die ook onder hulpverleners nog al eens voorkomen. Dit kan adequate hulp voor ouderen die suïcide overwegen in de weg staan.

Mensen die erover praten, doen het niet

Dit is niet waar. 75 % van de personen hebben in de maand voorafgaand aan de suïcidepoging contact gehad met de hulpverlening of op een andere manier signalen afgegeven.

Praten over suïcide, moedigt een poging aan

Het praten met iemand die suïcidaal is, geeft de meeste mensen juist het gevoel dat men gehoord en begrepen wordt. Het maakt het voor hen gemakkelijker om hulp te vragen.

Niet alle suïcides zijn te voorkomen

Klopt, het is echter essentieel om contact te maken en in het contact met een cliënt te kijken naar de risicofactoren en te zoeken naar de goede hulp.

Het is een grote show om aandacht te krijgen

Een suïcidepoging is nooit een toneelstuk en heeft een doel. Elke poging moet daarom serieus genomen worden. Samen met een cliënt kan gekeken worden naar de betekenis en het doel van de poging. Indien een cliënt regelmatig suïcidepogingen doet, dan is het goed als het behandelplan handvatten biedt, hoe er mee omgegaan moet worden.



Mensen die suïcidaal zijn, hebben een absolute drang om te sterven

Het is niet altijd zo dat personen die zich suïcidaal uiten, dood willen, ook al lijkt dat logisch. Vaak is het zo dat ze geen andere uitweg meer zien in de voor hen hopeloze situatie. Ze denken dat dood gaan het enige alternatief is. Het doel is dus hun hopeloze situatie te beëindigen en niet om te sterven.

Alleen eenzamen plegen suïcide

Het is niet zo dat alleen eenzame mensen suïcide plegen. Ook mensen die volop mensen om zich heen hebben, plegen suïcide.

Suïcide is een impulsieve daad

Meestal komt suïcide zo op de omgeving over. Er is echter vaak aan de daad een heel proces voorafgegaan. Sterker nog, suïcide is zelden een impulsieve daad. Het begint in de regel met vage gedachten, die steeds helderder en dwingender kunnen worden en kunnen leiden tot een plan (hoe, waar, wanneer). De laatste en definitieve stap is het uitvoeren van het plan. Deze finale daad is slechts het topje van de ijsberg. Het hele proces dat er aan vooraf ging, kan voor de buitenwereld onzichtbaar zijn gebleven. Een groot verschil in vergelijking met jongeren is dat ouderen er vaker in slagen om de buitenwereld te 'verrassen'.

SUÏDALE-IDEATIE: *in gedachte steeds bezig zijn met suïcide of een suïcidepoging, met als doel problemen te verminderen of op te lossen.*

WAT KUNT U DOEN?

Wat kunt u doen om een risico-inschatting van suïcide te maken?

Om te beginnen is het belangrijk om na te gaan of binnen de organisatie waar u werkt een protocol bestaat. Als er een dergelijk plan bestaat, is het zaak dit te volgen. Vaak bevat deze ook al tips voor het maken van een inschatting en staat er iets in over verantwoordelijkheden.

Als BIG-geregistreerde hulpverlener heeft u een eigen verantwoordelijkheid om de inschatting te maken van het risico op suïcide. Dit houdt in dat u ook aansprakelijk bent voor uw deel in de suïcide risico-inschatting en de begeleiding van de suïcidale cliënt.

Zoals eerder beschreven, is deze brochure gericht aan verschillende hulpverleners. De handvatten voor het maken van een risico-inschatting voor suïcide zijn niet voor alle hulpverleners hetzelfde. Om deze reden is ervoor gekozen voor beide groepen een apart stappenplan op te stellen.

Als u werkzaam bent in de thuiszorg, mantelzorg et cetera wordt u in de praktijk vaak als eerste geconfronteerd met suïcidaliteit bij cliënten. Het volgende stappenplan kan u helpen om op een deskundige en professionele manier met het risico en de dreiging van suïcide om te gaan.

SUÏCIDALE GEDRAGINGEN: een persoon stelt zichzelf bloot aan suïciderisico, maar maakt de daad niet af (bijvoorbeeld op flat staan, maar niet springen).

STAPPENPLAN RISICOTAXATIE

Voor hulpverleners in de thuiszorg, mantelzorg, wijkverpleging en woonbegeleiding

Stap 1

Wees alert op uitspraken van de cliënt die kunnen wijzen op een naderende suïcide

Enkele voorbeelden van dergelijke uitspraken zijn:

- Er is geen hoop meer
- Voor mij hoeft het niet meer
- Ik kan niet meer verder
- Binnenkort ben ik er niet meer

Stap 2

Maak suïcidaliteit bespreekbaar
Als u denkt dat er sprake is van suïcidaliteit, is het belangrijk om dit met uw cliënt te bespreken

Vragen die u kunt stellen om te achterhalen of er sprake is van suïcidaliteit zijn:

- Zit u soms zo in de put dat u het niet meer ziet zitten?

- Als u zo in de put zit, denkt u er dan wel eens aan om een eind aan uw leven te maken?
- Als u denkt er een eind aan te maken, heeft u er dan ook wel eens over gedacht hoe u dat zou doen?
- Hebt u al voorbereidingen getroffen om dat plan uit te voeren?

Als hulpverlener moet u laten blijken dat u de opvattingen van de cliënt respecteert en niet veroordeelt. Op deze manier kunt u uw cliënt het gevoel geven dat hij gehoord en begrepen wordt. Als u met uw cliënt over zijn suïcidewens kan praten, wordt het mogelijk om, het liefst samen, te kijken welke hulp nodig is.

Dement en suïcidaal

Een 62-jarige man heeft last van geheugenproblemen. Hij was directeur van een middelgroot advieskantoor. Hij houdt van een goed leven en een goed glas wijn, soms meer dan een, hoorde hierbij. Zijn moeder heeft de laatste jaren van haar leven doorgebracht in een verpleeghuis. Hij is bang dat hij ook in het verpleeghuis terecht zal komen. Hij is suïcidaal en wil met dit vooruitzicht niet verder leven. Zijn suïcidaliteit in relatie tot zijn angst voor de toekomst en zijn kwaliteit van leven wordt besproken, samen met zijn echtgenote.

Afgesproken wordt eerst te kijken wat er aan de hand is met zijn geheugen. Hij blijkt een beginnende Korsakov te hebben met een depressieve stemming. Met hem wordt de diagnose en de betekenis besproken. Hij stopt met de alcohol en krijgt ondersteuning en behandeling. Hij is opgelucht. Met deze diagnose en zonder alcohol kan hij nog prima en prettig met zijn vrouw leven.

Stap 3

Schakel de hulp in van de huisarts of de GGZ

Stel dit niet te lang uit onder het motto: Het zal wel niet zo'n vaart lopen. Ook doodswensen moeten bespreekbaar en gemeld worden. Raak niet in paniek. Doodswensen zijn een onderdeel van het leven.

Stap 4

Blijf met de patiënt in gesprek over suïcidaliteit

Als de patiënt onder behandelverantwoordelijkheid van de GGZ komt te staan, betekent dit niet dat u het contact met de suïcidale cliënt kunt verbreken. Belangrijk is dat u ook na het inschakelen van de GGZ met de cliënt blijft spreken over zijn/haar suïcidale gevoelens en gedachten. Als u niet weet hoe u dit moet doen, neem dan contact op met uw collega's van de GGZ. Stem vooral af met de andere hulpverleners. Vergeet ook partners en familie niet. Zij hebben het ook moeilijk en willen niet met de vraag blijven zitten: Waarom heb ik het niet begrepen?

STAPPENPLAN RISICOTAXATIE

Voor hulpverleners in de GGZ

Voor hulpverleners die vaak door de medewerkers van de thuiszorg en andere werkers in de eerste lijn worden ingeschakeld bij dreiging van suïcide, geldt het volgende stappenplan.

Stap 1

Inventariseren en objectiveren van suïcide-ideatie

Het inventariseren en objectiveren gebeurt door directe vragen; vragen waarin gevraagd wordt naar wanhoop, doodswensen, suïcide-ideaties of concrete plannen. Het herkennen van verbale en non-verbale signalen hoort hierbij. Ook kan het navragen bij familie nodig zijn, indien er suïcidaliteit vermoed wordt. Enkele voorbeelden van vragen die gesteld kunnen worden om het risico op suïcidaliteit te bepalen:

- Zit u soms zo in de put dat u het niet meer ziet zitten?

- Als u zo in de put zit, denkt u er dan wel eens aan om een eind aan uw leven te maken?
- Als u denkt er een eind aan te maken, heeft u er dan ook wel eens over gedacht hoe u dat zou doen?
- Hebt u al voorbereidingen getroffen om dat plan uit te voeren?

Stap 2

Inventariseren van risicoverhogende en beschermende factoren

Zowel persoonlijke als omgevingsgebonden factoren kunnen bijdragen aan een verhoogd risico of als beschermende factor dienen. Deze factoren zijn eerder in deze brochure op een rij gezet.

Stap 3

Mate van suicide risico inschatten

Het bepalen van de mate van risico op suicide ligt in het verlengde van de vorige stap. Nader wordt gekeken naar de voorspellende signalen en in hoeverre de

SUÏCIDERISICO: de kans dat iemand daadwerkelijk suïcide pleegt of een suïcidepoging onderneemt.

oudere concreet bezig is met het maken van plannen en het treffen van voorbereidingen. Signalen en opmerkingen die door de familie of omgeving worden opgevangen, worden hierin meegenomen. Indien acute suïcidaliteit geconstateerd wordt, moet er altijd overleg plaatsvinden met de psychiater of geriater.

Stap 4

Vaststellen in hoeverre de cliënt verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn gedrag

Bij het vaststellen wordt bepaald of de cliënt wilsbekwaam is, of dat er sprake is van een (tijdelijk) verlies van vermogen om zelfstandige beslissingen te nemen (bij voorkeur door een psychiater).

Stap 5

Behandeling en interventies

In deze stap wordt het behandelplan gemaakt en de korte en lange termijn

interventies vastgesteld, gericht op vermindering van de suïcidaliteit en de onderhoudende factoren. Tevens zijn interventies gericht op het versterken van de beschermende factoren nodig. Ook tijdens de behandelfase blijft het belangrijk de suïcidaliteit bespreekbaar te houden en regelmatig weer een nieuwe risico-inschatting te maken. Voor een goede begeleiding van een suïcidale cliënt is meestal een multidisciplinaire benadering nodig. Suïcidaliteit is geen symptoom dat zich alleen tussen negen en vijf uur openbaart. Een crisisplan en het informeren van de huisarts is dus essentieel. Ook de omgeving van de cliënt wil weten wat de beste benadering is en hoe te handelen tijdens een toename van de suïcidaliteit. Wees u bewust van een adequate dossiervoering, waarbij de keuzes en inschattingen worden toegelicht.



SAMENGEVAT

Suïcides zijn niet altijd te voorkomen. Echter, signalen niet opvangen en de suïcidaliteit niet bespreken, zijn gemiste kansen. Omgaan met suïcidaliteit is dermate belastend dat u dit nooit alleen moet doen. Blijf zelf en laat anderen, ook familie, na een suïcide niet zitten met vragen als: Waarom hebben we de signalen niet opgemerkt?, Waarom hebben we het niet begrepen?

Internetsites voor nabestaanden:
www.verliesverwerken.nl
www.cdenhartog.com
www.ypsilon.org

Rugklachten en geen werk meer

Een 62-jarige man is al meerdere malen op de eerste hulp gebracht na suïcidepogingen. Hij heeft geprobeerd met zijn auto tegen een boom te rijden, hij heeft gif ingenomen, ook heeft hij geprobeerd zich te verhangen. Hij heeft al jaren rugklachten en is daarom afgekeurd. Een lichamelijke oorzaak voor de rugklachten is niet gevonden. Hij had een leidinggevende baan bij een groot bedrijf. De rugklachten belemmeren hem dusdanig dat hij niet verder wil leven. Volgens hem en zijn echtgenote is het huwelijk goed. In het gesprek is weinig andere ingang te krijgen. Hij wordt opgenomen met een IBS.

Tegen het eind van de opname gaat hij een weekend naar huis, met Pasen. Hij wil dan graag met zijn vrouw in de tuin werken en bij zijn gezin zijn. Voor Pasen gaan ze samen bolletjes kopen en ze planten ze samen in de tuin. Eerste paasdag zijn de kinderen langs geweest bij hem en zijn vrouw en ze hebben het gezellig gehad. Tweede paasdag gaat hij fietsen en wordt hij tegen een hooiberg aan gevonden, met doorgesneden polsen. Op 4 mei wordt hij begraven.

DOODSWENSEN: de wens om dood te gaan, zonder aanwezigheid van suïcide-ideatie en suïcidale gedragingen.

GEBRUIKTE LITERATUUR

- Brunenberg, W., Kruijts, S. & Schnabel, P. (1991). *Doodsoorzaak: suïcide*. NcGv in samenwerking met Bohn Stafleu Van Loghum: Houten.
- Buijssen, H. (red.) (2001). *Psychologische hulpverlening aan ouderen, deel 2: Psychiatrische problematiek*. HBuitgevers, Baarn.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006). *Gezondheid in zorg en cijfers 2006* www.CBS.nl.
- Heeringen, C. van (red.) (2007). *Handboek Suïcidaal gedrag*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Kerkhof, A.J.F.M. & Van Heeringen, C. (2000). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit. In C. van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof (Red.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp 148-159). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Leenaars, A. (ed) (1992). *Suicide and the Older Adult*. Guilford Press, New York.
- Linssen, C., Verlinde, A.A. (red). & Zegwaard, M. (2007). *InhOUD, inhoudelijk informatieblad Divisie Ouderen*. Altrecht GGZ.
- Wortelboer-van Spronsen, A.G. & Douwes Dekker, J.L. (1991). *Suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk*. Organon, Oss.
- AZ Sint-Lucas & Volkskliniek, CHU Brugmann, CHR La Citadelle, Kabinet van de Federaal Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (Red.) (2007). *Praktische gids. Voor spoedgevallendiensten bij het herkennen, opvangen en begeleiden van suïcidale patiënten*. Uitgever: Dirk Cuypers, Brussel.

COLOFON

Uitgave

Dit is een uitgave van het
Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie © 2008

Tekst en redactie

Carlijn van Baarsen,
Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie
Dick van Etten,
Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie
Lia Verlinde, Altrecht GGZ

Eindredactie

Huub Buijssen,
Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie

Ontwerp

Dickhoff Design



**NEDERLANDS
KENNISCENTRUM
OUDERENPSYCHIATRIE**

Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist
Tel. 030 - 693 76 10
www.succesvolouderworden.nl
www.ouderenpsychiatrie.nl