

Bijlagen bij de training
Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Training richtlijn voor diagnostiek en
behandeling van suïcidaal gedrag



NAAM TRAINER(S)
INSTELLING
DATUM

vrije Universiteit amsterdam



PITSTOP SUICIDE
® Vrije Universiteit afdeling klinische psychologie
Versie 16 november 2011

programma

- 8.30- 9.15 introdactie en kennismaken + epidemiologie
- 9.15-10.30 principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
- pauze
- 10.45-12.30 systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
- pauze
- 13.30-15.00 structuurdiagnose van suïcidaal gedrag
- pauze
- 15.15-15.30 veiligheid en continuïteit van zorg
- 15.30-16.30 indicatiestelling en veiligheidsplan
- 16.30-17.00 chronisch suïcidaal gedrag en afronding

4 Trainingsdraaiboek

Ochtendprogramma 8.30 – 12.30

BLOK	TIJD	THEMA		INHOUD
0	8.30-9.15	Introductie		<ul style="list-style-type: none"> ▪ kennismaking ▪ uitleg inhoud training ▪ suïcidaal gedrag in de GGZ ▪ richtlijnontwikkeling ▪ context van de training ▪ PITSTOP SUICIDE onderzoek
1	9.15-10.30	Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag		<ul style="list-style-type: none"> ▪ definitie van suïcidaal gedrag ▪ vijf thema's in de richtlijn ▪ systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag ▪ CASE-benadering
2			Oefening 1 Contact maken over de actuele suicide-gedachten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ oefenen met contact maken en doorvragen ingaan op wat de patiënt zegt
	10.30	PAUZE		
3	10.45-12.30	Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag	Oefening 2 Recente en ruimere voorgeschiedenis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ exploreren van de recente en ruimere voorgeschiedenis van het suïcidale gedrag ▪ inventarisatie van gebeurtenissen en gedachten die aanleiding gaven tot suïcidegedachten ▪ inventariseren van eerdere episoden/pogingen en aanleidingen ▪ inventariseren factoren die samenhangen met suïcidaal gedrag
	12.30	PAUZE		

Middagprogramma 13.30 – 16.30

BLOK	TIJD	DEEL	INHOUD
4	13.30-15.00	Structuurdiagnose van suïcidaal gedrag	<ul style="list-style-type: none"> ▪ model van stresskwetsbaarheid en entrapment ▪ stress- en kwetsbaarheidsfactoren ▪ beschermende factoren
5			<p>Oefening 3 Structuurdiagnose van suïcidaal gedrag</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ onderzoek van de suïcidale toestand ▪ onderzoeken van stress- en kwetsbaarheidsfactoren ▪ onderzoeken van beschermende factoren ▪ onderzoeken van het toekomstperspectief ▪ diagnostische formulering over het ontstaan en in stand houden van suïcidaal gedrag (basis van behandelplan)
	15.00	PAUZE	
6	15.15-15.30	Veiligheid & continuïteit van zorg	<ul style="list-style-type: none"> ▪ veiligheid in acute situaties ▪ omgaan met middelen waarmee de patiënt zich kan beschadigen ▪ de rol van naasten ▪ herhaalde beoordeling van het suïcidale gedrag ▪ suïcidaal gedrag tijdens transitie momenten ▪ veiligheidsplan: afspraken noteren en bijstellen ▪ multidisciplinaire aanpak ▪ Kwaliteitsdocument Ketenzorg (Hermens e.a. 2010)
5	15.30-16.30	Indicatiestelling en veiligheidsplan	<p>Oefening 4 Indicatiestelling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ risicoweging voor de korte en lange termijn ▪ de behandeling bepalen ▪ behandelsetting ▪ afspraken maken over veiligheid (leg deze beknopt vast) ▪ afspraken maken over behandeling en vervolgbehandeling ▪ maatregelen die de continuïteit bevorderen ▪ naasten betrekken

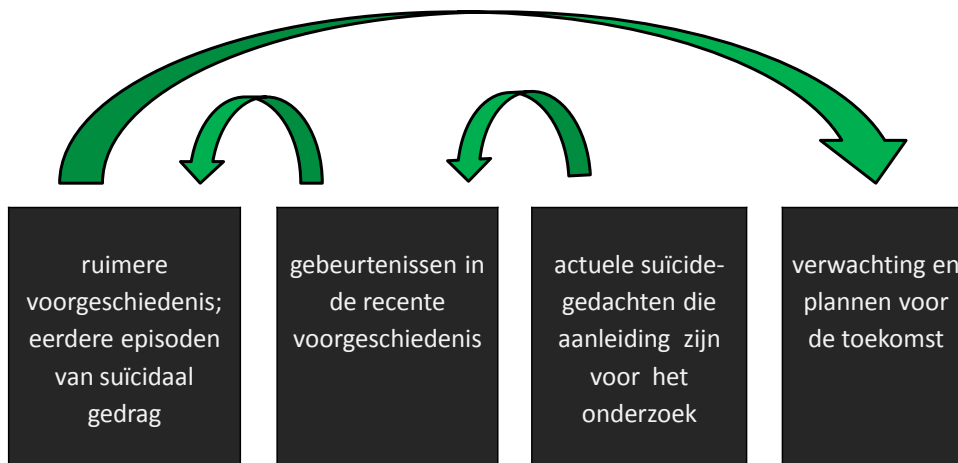
Vervolg middagprogramma

BLOK	TIJD	DEEL	INHOUD
8	16.30- 17.00	Chronisch suïcidal gedrag en afroning	<ul style="list-style-type: none">▪ aandachtspunten bij de omgang met suïcidaal gedrag▪ Chronisch suïcidaal gedrag bij cluster-B persoonlijkheidsstoornissen

Bijlage 0 CASE-benadering

Bron: Shea SC (1998) The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 20, 58-78.

Chronological assessment of suicidal episodes
CASE-benadering



Shea (1998)

Bijlage 1 Voorbeeldvragen Contact maken en doorvragen

Bron: Kerkhof, A. & Van Luyn, B. (2010). Suïcidepreventie in de praktijk.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghem. (pp 78 + 79)

- Hoe vaak denkt u aan zelfdoding? (af en toe, dagelijks, voortdurend?)
- Hoe intens denkt u aan zelfdoding? (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie?)
- Hoe wanhopig voelt u zich nu? (bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit?)
- Komen er in uw gedachten ook beelden van zelfdoding naar boven? (heldere beelden van mogelijke methoden, springen of een vuurwapen hanteren, of alleen gedachten)
- Hoe indringend zijn gedachten en beelden van zelfdoding? (overweldigend, oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar.
- Beangstigen deze gedachten of beelden u?
- Hebt u de drang om toe te geven aan uw verlangen om zelfdoding te plegen?
- Bent u bang om de controle over uzelf te gaan verliezen? Hebt u uzelf in de hand?
- Wat is aantrekkelijker voor u: de gedachte om door te leven of om te sterven? (zou u liever willen doorleven, of leeft u alleen nog maar in afwachting van uw sterven?)
- Hebt u al een plan gemaakt hoe u een eind aan uw leven zou kunnen maken? (hebt u een voorkeur voor een methode, een plaats, of voor een datum?)
- Hebt u al voorbereidingen getroffen in die richting? (tijden genoteerd dat trainen een spoorwegovergang passeren, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidsbrief geschreven, al een keer boven op de fl at gestaan ter voorbereiding?)
- Hoeveel haast hebt u met uw wens om zelfdoding te plegen? (is er nog enige tijd, of is er grote haast om vandaag nog zelfdoding te plegen?)
- Welke dingen houden u tegen om zelfdoding te plegen? (familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken?)
- Wat zou u bereiken als u zelfdoding zou plegen? (eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen gemakkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent?)
- Welke zijn de consequenties van uw zelfdoding voor anderen? (ernstig leed voor nabestaanden, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud?) Welke gedachten wilt u stopzetten? Welke gedachten houden u het meest bezig?
- Welke gedachten/gevoelens wilt u ontvluchten?

Bijlage 2 Invullijst suïcidaal gedrag voor professionals

Bron: Kerkhof, A. & Van Luyn, B. (2010). Suïcidepreventie in de praktijk.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghem. (pp 85 t/m 89)

Kies de uitspraak die het meest op jouw cliënt in de afgelopen week van toepassing was.

1. Hoe wanhopig heeft hij/zij zich de afgelopen week gevoeld?
 - a. Hij/zij voelde zich niet wanhopig
 - b. Hij/zij voelde zich soms wanhopig
 - c. Hij/zij voelde zich vaak wanhopig
 - d. Hij/zij voelde zich wanhopiger dan ooit
2. Hoe vaak heeft hij/zij de afgelopen week aan zelfdoding gedacht?
 - a. Minder dan ½ uur per dag
 - b. Tussen ½ uur en 3 uur per dag
 - c. Tussen 3 en 6 uur per dag
 - d. Meer dan 6 uur per dag
3. Hoe sterk heeft hij/zij de afgelopen week aan zelfdoding gedacht?
 - a. Hij/zij heeft soms vluchtig aan zelfdoding gedacht
 - b. Hij/zij heeft soms hevig aan zelfdoding gedacht
 - c. Hij/zij heeft dwangmatig aan zelfdoding gedacht
 - d. Hij/zij heeft nergens anders meer aan kunnen denken
4. Had je cliënt de afgelopen week controle over zijn/haar gedachten aan zelfdoding?
 - a. Hij/zij had zijn/haar gedachten onder controle
 - b. Hij/zij had zijn/haar gedachten niet altijd onder controle
 - c. Zijn/haar gedachten waren vaak oncontroleerbaar
 - d. Zijn/haar gedachten overweldigden hem/haar
5. Wat was aantrekkelijker: de gedachte door de leven of te zullen sterven?
 - a. Hij/zij leeft liever verder dan dat hij/zij dood is
 - b. Het maakt hem/haar niet veel uit
 - c. Hij/zij gaat liever dood dan dat hij/zij doorleeft
 - d. Hij/zij leeft alleen nog maar in afwachting van zijn/haar dood
6. Had je cliënt impulsen om toe te geven aan zijn/haar verlangen tot zelfdoding?
 - a. Hij/zij heeft geen drang of impulsen om een einde aan zijn/haar leven te maken
 - b. Hij/zij voelt af en toe een impuls om zijn/haar leven te beëindigen
 - c. Hij/zij voelt een sterke drang om zijn/haar leven te beëindigen
 - d. Hij/zij vindt het moeilijk niet toe te geven aan de drang zijn/haar leven te beëindigen
7. Kon je cliënt zijn of haar leven deze week verdragen?
 - a. Hij/zij kon zijn/haar leven goed verdragen
 - b. Hij/zij kon het leven soms niet verdragen
 - c. Het leven was bijna niet meer te verdragen
 - d. Iedere minuut van zijn/haar leven vond hij/zij ondraaglijk

8. Ervaart je cliënt zijn of haar gevoelens en gedachten als een kwelling?
- Zijn/haar gevoelens en gedachten zijn niet kwellend
 - Zijn/haar gevoelens en gedachten kwellen hem/haar soms
 - Hij/zij heeft vaak last van kwellende gevoelens en gedachten
 - Zijn/haar gevoelens en gedachten kwellen hem/haar voortdurend
9. Zijn er dingen die je cliënt tegenhouden om een einde aan het leven te maken?
- Hij/zij denkt dat hij/zij zich misschien nog beter kan gaan voelen
 - Vanwege familie/kinderen kan hij/zij geen einde maken aan zijn/haar leven
 - Hij/zij moet nog enkele zaken afmaken voordat hij/zij er een einde aan maakt
 - Er zijn geen belemmeringen voor mijn cliënt om een einde aan het leven te maken
10. Heeft je cliënt de afgelopen week plannen gemaakt voor zelfdoding?
- Hij/zij heeft geen plannen gemaakt voor zijn of haar zelfdoding
 - Hij/zij heeft enkele ideeën over de uitvoering van zijn/haar zelfdoding
 - Hij/zij heeft duidelijke voornemens met betrekking tot zijn/haar zelfdoding
 - Hij/zij heeft een uitgewerkt plan voor de uitvoering van zijn/haar zelfdoding
11. Heeft je cliënt al eerder een poging tot zelfdoding gedaan?
- Hij/zij heeft nooit een poging tot zelfdoding gedaan
 - Hij/zij heeft zichzelf wel eens beschadigd of pillen ingenomen, maar dat was/waren geen poging(en) tot zelfdoding
 - Hij/zij heeft eerder een poging tot zelfdoding ondernomen
 - Hij/zij heeft al meerdere pogingen tot zelfdoding ondernomen
12. Heeft je cliënt de impuls of drang om zich zelf te beschadigen?
- Hij/zij heeft geen impuls om zichzelf te beschadigen/vergiftigen
 - Hij/zij heeft een enkele keer een impuls om zichzelf te beschadigen/vergiftigen
 - Hij/zij heeft vaak de drang om zichzelf te beschadigen/vergiftigen
 - Hij/zij het voortdurend de drang om zichzelf te beschadigen/vergiftigen

Bijlage 3 Invullijst suïcidaal gedrag voor patiënten

Bron: Kerkhof, A. & Van Luyn, B. (2010). Suïcidepreventie in de praktijk.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghem. (pp 85 t/m 89)

Kies steeds de uitspraak die in de afgelopen week het meest op jou van toepassing is.

1. Hoe wanhopig heb je je de afgelopen week gevoeld?
 - a. Ik voelde me niet wanhopig
 - b. Ik voelde me soms wanhopig
 - c. Ik voelde me vaak wanhopig
 - d. Ik voelde me wanhopiger dan ooit

2. Hoe vaak heb je de afgelopen week aan zelfdoding gedacht?
 - a. Minder dan ½ uur per dag
 - b. Tussen ½ uur en 3 uur per dag
 - c. Tussen 3 en 6 uur per dag
 - d. Meer dan 6 uur per dag

3. Hoe sterk heb je de afgelopen week aan zelfdoding gedacht?
 - a. Ik heb soms vluchtig aan zelfdoding gedacht
 - b. Ik heb soms hevig aan zelfdoding gedacht
 - c. Ik heb dwangmatig aan zelfdoding gedacht
 - d. Ik heb nergens anders meer aan kunnen denken

4. Had je de afgelopen week controle over uw gedachten aan zelfdoding?
 - a. Ik had mijn gedachten onder controle
 - b. Ik had mijn gedachten niet altijd onder controle
 - c. Mijn gedachten waren vaak oncontroleerbaar
 - d. Mijn gedachten overweldigden mij

5. Wat was aantrekkelijker: de gedachte door de leven of te zullen sterven?
 - a. Ik leef liever verder dan dat ik dood ben
 - b. Het maakt mij niet veel uit
 - c. Ik ga liever dood dan dat ik doorleef
 - d. Ik leef alleen nog maar in afwachting van mijn dood

6. Heb je impulsen om toe te geven aan je verlangen tot zelfdoding?
 - a. Ik heb geen drang of impulsen om een einde aan mijn leven te maken
 - b. Ik voel af en toe een impuls om mijn leven te beëindigen
 - c. Ik voel een sterke drang om mijn leven te beëindigen
 - d. Ik vindt het moeilijk niet toe te geven aan de drang mijn leven te beëindigen

7. Kon je je leven verdragen?
 - a. Ik kan mijn leven goed verdragen
 - b. Ik kan het leven soms niet verdragen
 - c. Het leven is bijna niet meer te verdragen
 - d. Iedere minuut van mijn leven vind ik ondraaglijk

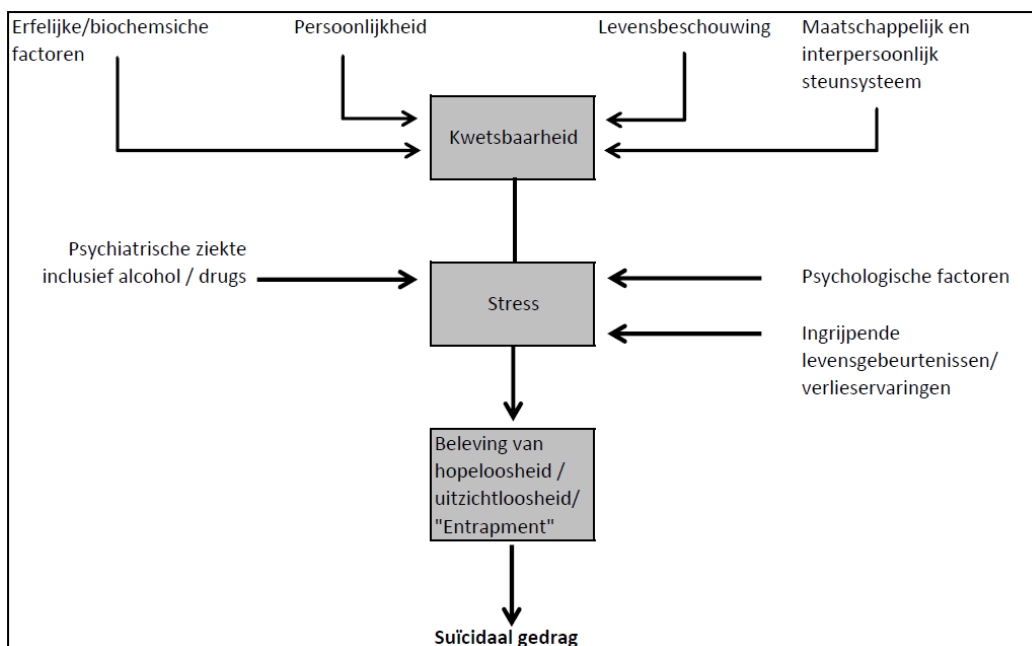
8. Ervaar je je gevoelens en gedachten als een kwelling?

- a. Mijn gevoelens en gedachten zijn niet kwellend
 - b. Mijn gevoelens en gedachten kwellen mij soms
 - c. Ik heb vaak last van kwellende gevoelens en gedachten
 - d. Mijn gevoelens en gedachten kwellen mijn voortdurend
9. Zijn er dingen die je tegenhouden om een einde aan je leven te maken?
- a. Ik denk dat ik me misschien nog beter kan gaan voelen
 - b. Vanwege familie/kinderen kan ik geen einde maken aan mijn leven
 - c. Ik moet nog enkele zaken afmaken voordat ik een einde aan mijn leven maak
 - d. Er zijn geen belemmeringen voor mij om een einde aan mijn leven te maken
10. Heb je de afgelopen week plannen gemaakt voor jouw zelfdoding?
- a. Ik heb geen plannen gemaakt voor mijn zelfdoding
 - b. Ik heb enkele ideeën over de uitvoering van mijn zelfdoding
 - c. Ik heb duidelijke voornemens met betrekking tot mijn zelfdoding
 - d. Ik heb een uitgewerkt plan voor de uitvoering van mijn zelfdoding
11. Heb je al eerder een poging tot zelfdoding gedaan?
- a. Ik heb nooit een poging tot zelfdoding gedaan
 - b. Ik heb mezelf wel eens beschadigd of pillen ingenomen, maar dat was/dat waren geen poging(en) tot zelfdoding
 - c. Ik heb eerder een poging tot zelfdoding ondernomen
 - d. Ik heb al meerdere pogingen tot zelfdoding ondernomen
12. Heb je een impuls of de drang om jezelf te beschadigen?
- a. Ik heb geen impuls om mijzelf te beschadigen/vergiftigen
 - b. Ik heb een enkele keer de impuls om mijzelf te beschadigen/vergiftigen
 - c. Ik heb vaak de drang om mijzelf te beschadigen/vergiftigen
 - d. Ik heb voortdurend de drang om mijzelf te beschadigen/vergiftigen

Bijlage 4 Stress-kwetsbaarheidsmodel en entrapment

Bron: Goldney, DR (2008) Suicide Prevention: a practical approach.
Oxford: Oxford University Press.

Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Duggan D (2005) Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model In:
Hawton K (ed) Prevention and treatment of suicidal behavior. From science to practice Oxford: Oxford University Press, 71-88



Bijlage 5 Voorbeeldvragen systematisch onderzoek

Bron: De Groot e.a. (2011) Verkorte versie multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: NvVP, NIP, Trimbos Instituut.

Als er een indicatie is om naar suïcidaal gedrag te vragen kan afhankelijk van de situatie gebruik gemaakt worden van een hiërarchie van oriënterende vragen, oplopend van algemeen naar specifiek.

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

Bij aanwijzingen voor suïcidegedachten moet de inhoud zo concreet mogelijk worden nagevraagd.

Gedachten en gebeurtenissen die aanleiding waren voor het onderzoek

- *Heeft u gedachten aan zelfmoord? Denkt u dat u dood beter af bent?*
- *Heeft u plannen om zelfmoord te plegen?*
- *Hoe zien die plannen er uit? Welke methoden heeft u overwogen?*
- *Welke voorbereidingen heeft u getroffen?*
- *Hoeveel haast heeft u om uw plannen uit te voeren?*

Na een suïcidepoging

Na een suïcidepoging wordt nauwkeurig nagevraagd wat er precies is gebeurd. De onderzoeker maakt als het ware een videofragment van het moment waarop de suïcidepoging werd uitgevoerd.

- *Hoe was de situatie? (doorvragen)*
- *Wat heeft u gedaan? (doorvragen)*
- *Wat waren uw gedachten daarbij? (doorvragen)*

Recente voorgeschiedenis

- *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? Vaker?)*
- *Heeft u terugkerend 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?)*
- *Heeft u plannen gehad/gemaakt om uzelf iets aan te doen?*
- *Heeft u geprobeerd om een einde aan uw leven te maken?*

Ruimere voorgeschiedenis

- *Bent u wel eens eerder zo wanhopig geweest?*
- *Heeft u ooit eerder een periode gehad waarin u deze gedachten gehad? 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?*

Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst

- *Hoe is het nu voor u?*
- *Hoe ziet de toekomst? Ziet u nog enige toekomst?*
- *Wat gaat u doen als u straks weer thuis bent c.q. als ik weg ben?*

Bijlage 6 Schema voor diagnostiek van suïcidaal gedrag

Bron: De Groot e.a. (2011) Verkorte versie multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: NvVP, NIP, Trimbos Instituut.

Doelen

- inschatten prognose met betrekking tot suïcide
- indicatiestelling voor zorg
- organiseren van zorg

A. Voorbereiden

- organiseer [veiligheid](#)
- verzamel voorinformatie
- organiseer de setting

B. Onderzoek

1. [contact](#) maken
2. bepaal de suïcidale toestand – CASE benadering (Shea, 1998)
3. bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren
4. Betrek naasten
5. formuleer de structuurdiagnose
6. bepaal de indicatie voor verdere zorg

C. Afronden

- maak een plan met de patiënt (op schrift)
 - organiseer [veiligheid](#)
 - [betrek naasten](#)
 - maak afspraken over vervolg; wat als
- bepaal de noodzaak van vervolgonderzoek
- organiseer de verdere zorg actief
- rapporteer

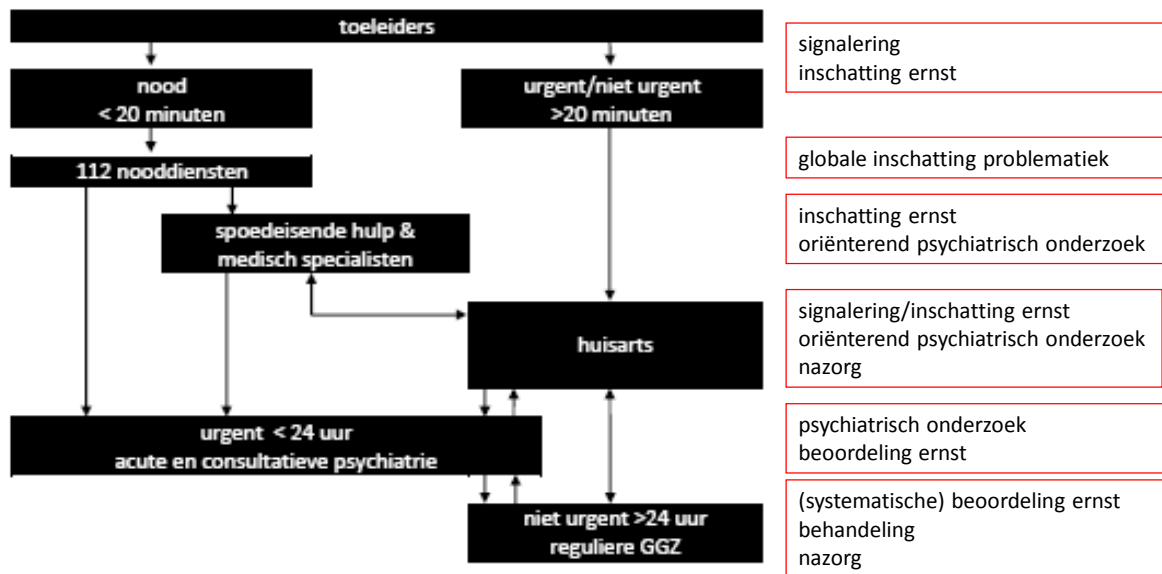
Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ suïcidepoging ▪ letaliteit van de poging ▪ suïcidegedachten, intentie, plannen ▪ beschikbaarheid van een middel ▪ eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag ▪ leeftijd (ouder) ▪ geslacht (man) ▪ stemmingsstoornis ▪ angststoornis ▪ schizofrenie/psychotische stoornis ▪ intoxicatie (alcohol/drugs) ▪ verslaving ▪ eetstoornis ▪ persoonlijkheidsstoornis ▪ voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling ▪ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suïcide in de familie ▪ seksueel misbruik ▪ hopeloosheid/wanhoop ▪ negatief denken ▪ last voor anderen ▪ angst ▪ agitatie/agressie ▪ impulsiviteit ▪ recent verlies ▪ lichamelijke ziekte ▪ recente stressor ▪ werkeloosheid ▪ huiselijk geweld ▪ detentie
Selectie van beschermende factoren	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ goede sociale steun ▪ verantwoordelijkheid naar anderen, kinderen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ belijdend religieus ▪ copingvaardigheden ▪ goede therapeutische relatie

Bijlage 7 Ketenzorg bij suïcidaal gedrag

Bron: Hermens e.a. (2010) Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit.
Utrecht: Trimbos Instituut.

zorg voor veiligheid en continuïteit (2)

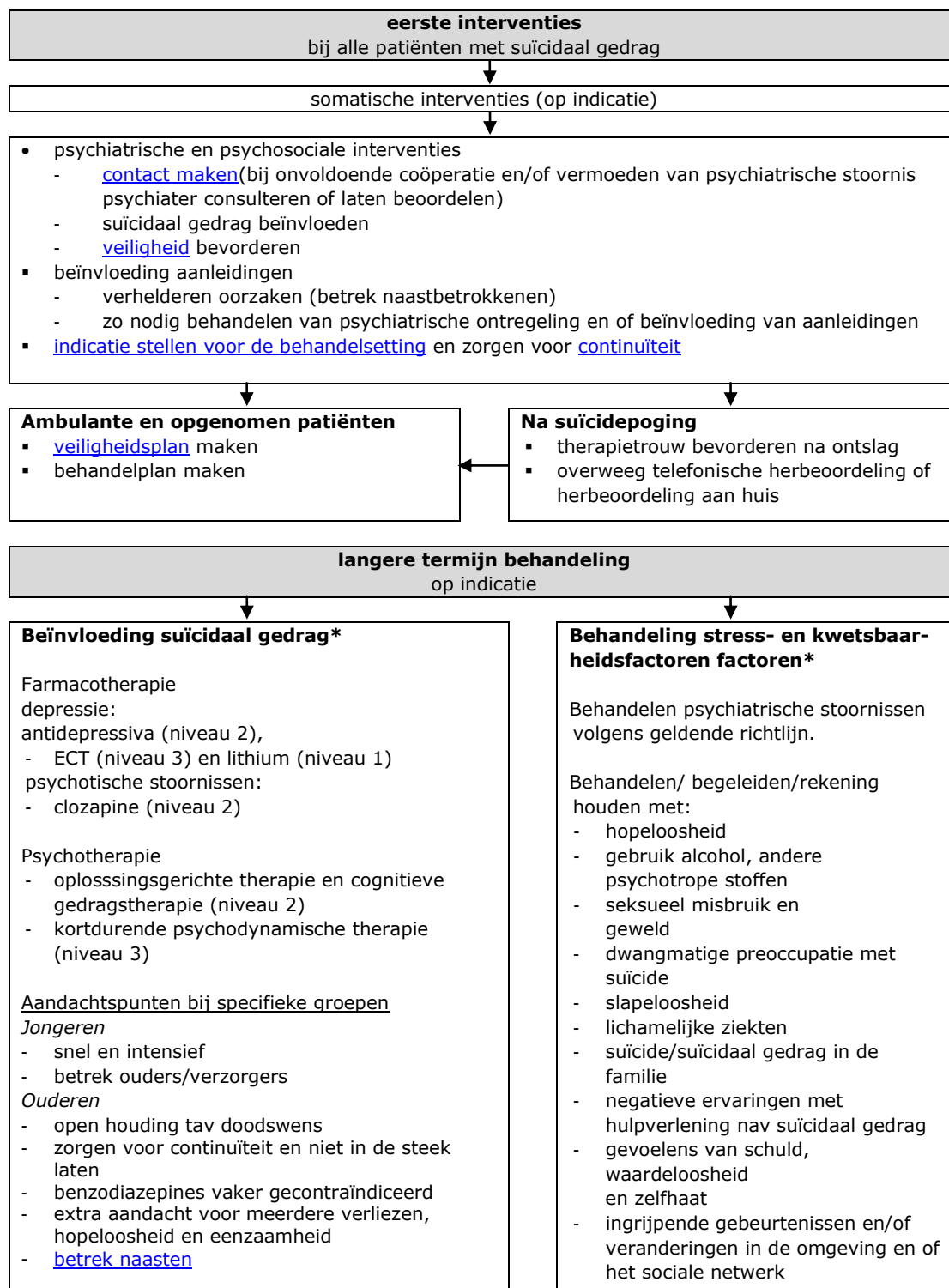
Ketenzorg bij suïcidaliteit



Hermens e.a. (2010)

Bijlage 8 Schema voor behandeling van suïcidaal gedrag

Bron: De Groot e.a. (2011) Verkorte versie multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: NvVP, NIP, Trimbos Instituut.



*de niveau's zijn een indicatie voor de bewijskracht van onderzoek naar het effect; niveau 1 staat voor een zeer sterke bewijskracht

Bijlage 9 **Indicatiestelling voor de behandelsetting**

De Groot e.a. (2011) Verkorte versie multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: NvVP, NIP, Trimbos Instituut.

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

Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of PAAZ)

- 1.1** Na een suïcidepoging als:
- de patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant is;
 - de poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was;
 - voorzorgen zijn genomen om ontdekking te voorkomen;
 - er een persisterend plan of intentie is;
 - de patiënt spijt heeft dat hij/zij nog leeft c.q. de spanning is toegenomen;
 - de patiënt een man is van middelbare leeftijd of ouder, met een nieuwe psychiatrische aandoening, nieuw suïcidaal gedrag of bekend is met alcoholafhankelijkheid en impulsiviteit;
 - de patiënt weinig ondersteuning heeft (inclusief huisvesting);
 - er bij onderzoek uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen of weigering van hulp;
 - er een psychiatrische stoornis is met een metabole, toxische, infectueuze etiologie, waarvoor nader onderzoek in een gestructureerde setting noodzakelijk is.
- 1.2** Bij suïcidegedachten met:
- een specifiek suïcideplan met hoge letaliteit;
 - een sterke doodswens;
 - vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid/stress.
 -

Mogelijk opnemen

- 2.1** Na een suïcidepoging zonder kenmerken bij 1.1 en 1.2 beschreven.
- 2.2** Bij suïcidegedachten in combinatie met:
- psychose of een andere ernstige psychiatrische aandoening;
 - suïcidepogingen in de voorgeschiedenis, vooral als die ernstig waren;
 - een lichamelijke ziekte als bijkomende factor;
 - een beperkt steunsysteem (inclusief het ontbreken van huisvesting);
 - een onwerkzame ambulante of deeltijdbehandeling;
 - gebrek aan medewerking aan een ambulante of deeltijdbehandeling;
 - ontbrekende arts-patiënt relatie of geen toegang tot ambulante voorzieningen;
 - de noodzaak van deskundige observatie, medisch onderzoek of diagnostisch onderzoek waarvoor een gestructureerde setting nodig is.
 -
- 2.3** Zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten/plan/intentie als:
- er aanwijzingen uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese voor een hoog suïciderisico en een recente acute toename van het risico.

Mogelijk naar huis

Na een suïcidepoging of bij de aanwezigheid van suïcidegedachten of -plan als:

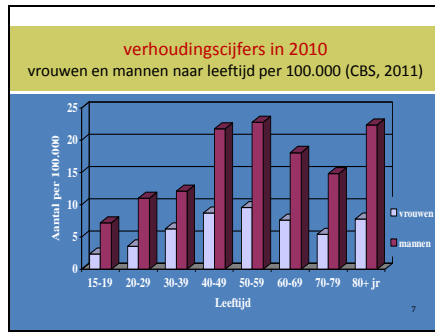
- het suïcidale gedrag een reactie is op een gebeurtenis (b.v. zakken voor een examen, relatieproblemen), vooral als de opvattingen van de patiënt over de gebeurtenis inmiddels zijn veranderd;
- het plan of de methode een geringe letaliteit heeft;
- de patiënt een stabiele en ondersteunende omgeving heeft;
- de patiënt in staat is om mee te werken aan advies over follow-up.

Bij voorkeur naar huis

Bij chronisch suïcidaal gedrag:

- zonder voorgeschiedenis met een suïcidepoging met hoge letaliteit, maar met een veilige, ondersteunende omgeving en een lopende ambulante behandeling.

Dia 7



Dia 8

introdactie (2)

- suicide in de GGZ: 40% in de GGZ; 75% ooit in de GGZ
- nieuwe kennis vanuit de wetenschap, vragen uit de praktijk
- multidisciplinaire richtlijn: Van Hemert e.a. (2011)
- context training = implementatie richtlijn
- PITSTOP suïcide: training en implementatie-onderzoek

8

Dia 9

introdactie (3)
voorwaarden voor het slagen van de PITSTOP studie

- spill over-effecten voorkomen
- controle-afdelingen mogen niet beschikken over materiaal

totdat onderzoeksperiode is afgelopen:

- geen andere afdelingen trainen dan de experimentele
- geen materialen of inlogcodes doorgeven
- niets vertellen over deze training aan collega's

9

Dia 10

programma	
8.30- 9.15	Introductie en kennismaken
9.15-10.30	<u>Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag</u>
	pauze
10.45-12.30	Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
	pauze
13.30-15.00	Structuurdiagnose van suïcidaal gedrag
	pauze
15.15-15.30	Veiligheid en continuïteit van zorg
15.30-16.30	Indicatiestelling en veiligheidsplan
16.30-17.00	Chronisch suïcidaal gedrag en afronding

10

Dia 11

programma	
8.30- 9.15	introductie en kennismaken + epidemiologie
9.15-10.30	<u>principes voor de omgang met suïcidaal gedrag</u>
	pauze
10.45-12.30	systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
	pauze
13.30-15.00	structuurdiagnose van suïcidaal gedrag
	pauze
15.15-15.30	veiligheid en continuïteit van zorg
15.30-16.30	indicatiestelling en veiligheidsplan
16.30-17.00	chronisch suïcidaal gedrag en afronding

11

Dia 12

algemene principes (1) thema's in de richtlijn	
<ul style="list-style-type: none">• contact maken• suïcidaal gedrag als focus van diagnostiek en behandeling• systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag• zorg voor veiligheid en continuïteit• betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling	
Leidend tot:	
<ul style="list-style-type: none">• structuurdiagnose en indicatiestelling van suïcidaal gedrag	

12

Dia 13

algemene principes (2)
contact

Contact is noodzakelijk om:

- belangstelling en betrokkenheid te tonen
- de suicidale patiënt te begrijpen
- in contact te komen met naasten van de patiënt
- stress- en kwetsbaarheidsfactoren te inventariseren
- veiligheid en continuïteit te organiseren
- het beloop van het suicidale gedrag te kunnen volgen
- de wilsbekwaamheid van de patiënt te beoordelen

13

Dia 14

algemene principes (3)
Chronological Assessment of Suicidal Episodes
CASE- benadering (Bijlage 0)

ruimere voorgeschiedenis; eerdere episodën van suïcidaal gedrag

gebeurtenissen in de recente voorgeschiedenis

actuele suïcidegedachten die aanleiding zijn voor het onderzoek

verwachting en plannen voor de toekomst

Shea (1998)

14

Dia 15

oefening 1
contact en systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag

Doel

Contact maken over suïcidegedachten door:

- concrete vragen te stellen over actuele suïcidegedachten
- ingaan op wat de patiënt zegt
- doorvragen

15

Dia 16

oefening 1
instructie

Neem een suïcidale patiënt in gedachten:

- maak tweetallen (hulpverlener en patiënt)
- ga 20 minuten in gesprek (niet wisselen van rol)
- gebruik de vragenlijst met suggesties (Bijlage 1)
- maak een video-opname van de actuele suïcidegedachten
- benoem suïcidegedachten, wees gedetailleerd
- wees belangstellend, concreet en specifiek
- geen oplossingen geven, alleen exploreren

16

Dia 17

oefening 1
voorbeeldvragen (Bijlage 1)

- heeft u gedachten een einde aan uw leven te maken?
- heeft u plannen gemaakt om zelfmoord te plegen?
- hoe vaak denkt u aan zelfdoding?
- hoe intens denkt u aan zelfdoding? (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie?)
- hoeveel haast heeft u om uw plannen uit te voeren?
- welke gedachten spelen in uw hoofd?
- welke gedachten wilt u ontvluchten?
- denkt u dat u dood beter af bent?

17

Dia 18

oefening 1
nabespreking (1)

Besprek de volgende vragen:

- hoe is het om op deze manier vragen te stellen?
- hoe is het om op deze manier te worden ondervraagd?
- heeft de hulpverlener een gedetailleerd beeld gekregen van de actuele suïcidegedachten van de patiënt?
- wat is het effect van niet meteen met oplossingen te komen?
- welke informatie kunt u van naasten verkrijgen?

- vul na afloop de checklijsten in (Bijlage 2 +3)

18

Dia 19

oefening 1
nabespreking (2)

- vul na afloop van oefening 1 de checklijsten in (Bijlage 2 +3)
- hulpverlener vult de lijst in als hulpverlener
- de ander vult de lijst in alsof hij/zij de patiënt is
- vul deze twee lijsten onafhankelijk van elkaar in
- vergelijk vervolgens de twee ingevulde vragenlijsten
- kijk naar overeenkomsten en verschillen
- klaar? dan is er koffie.

19

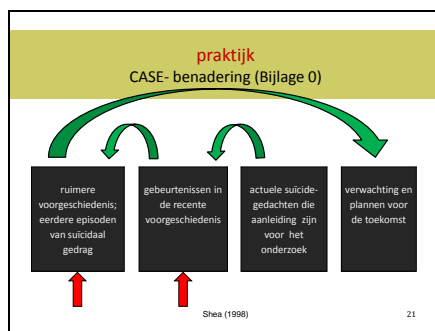
Dia 20

programma

8.30- 9.15 introductie en kennismaken + epidemiologie
9.15-10.30 principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
pauze
10.45-12.30 systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
pauze
13.30-15.00 structuurdiagnose van suïcidaal gedrag
pauze
15.15-15.30 veiligheid en continuïteit van zorg
15.30-16.30 indicatiestelling en veiligheidsplan
16.30-17.00 chronisch suïcidaal gedrag en afronding


20

Dia 21



Dia 22

oefening 2
recente en ruimere voorgeschiedenis



Doel:

- concrete vragen stellen over suïcidaal gedrag (Bijlage 1)
- inventarisatie van gebeurtenissen en gedachten die aanleiding gaven tot suïcidegedachten
- inventariseren van eerdere episoden/pogingen en aanleidingen
- inventariseren factoren die samenhangen met suïcidaal gedrag

22

Dia 23

oefening 2
instructie

Neem een suïcidale patiënt in gedachten:

- zelfde tweetallen als in vorige oefening (nu in de andere rol)
- spreek 20 minuten (wissel niet van rol tijdens oefening)
- inventariseer actuele suïcidegedachten / gedrag
- informeer naar gebeurtenissen en gedachten in de recente voorgeschiedenis
- informeer naar eerdere episoden van suïcidaal gedrag + aanleidingen bij eerdere episoden
- inventariseer factoren die hebben geleid tot suïcidaal gedrag
- geen oplossingen bieden, alleen inventariseren

23

Dia 24

oefening 2
nabespreken

Bespreek de volgende aspecten:

- heeft u een beeld gekregen van de aanleiding tot de huidige episode?
- waren er eerdere episoden?
- wat waren toen de aanleidingen?
- is er sprake van (langdurige) kwetsbaarheid?
- welke langdurige kwetsbaarheidsfactoren zag u?
- waaruit leidt u dit af?
- informatie nodig van familieleden, partner of naasten?
- vul na afloop de checklijsten in (Bijlage 2 + 3)
- bespreek ze na

24

Dia 25

oefening 2
invuloefening (Bijlage 2 + 3)

- hulpverlener vult de lijst in als hulpverlener
- de ander vult de lijst in alsof hij / zij de patiënt is
- vul deze twee lijsten onafhankelijk van elkaar in
- vergelijk vervolgens de twee ingevulde vragenlijsten
- kijk naar overeenkomsten en verschillen

25

Dia 26

pauze



26

Dia 27

programma

8.30- 9.15	introductie en kennismaken + epidemiologie
9.15-10.30	principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
	pauze
10.45-12.30	systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
	pauze
13.30-15.00	<u>structuurdiagnose van suïcidaal gedrag</u>
	pauze
15.15-15.30	veiligheid en continuïteit van zorg
15.30-16.30	indicatiestelling en veiligheidsplan
16.30-17.00	chronisch suïcidaal gedrag en afronding

27

Dia 31

theorie (4)
beschermende factoren

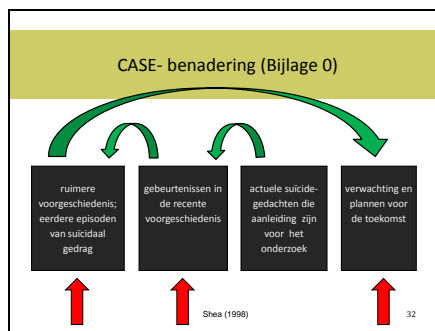
- goede sociale steun, sociaal netwerk
- verantwoordelijkheid voor anderen, kleine kinderen, vrouw
- belijdend religieus
- probleemoplossingsvaardigheden
- goede therapeutische relatie, goede werkrelatie, begrip

Vooruitlopend:

- Kun je het netwerk inzetten voor het veiligheidsplan?

31

Dia 32



Dia 33

oefening 3
structuurdiagnose

Doel:

- onderzoeken van de suïcidale toestand (Bijlage 0)
- onderzoeken van stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- onderzoeken van beschermende factoren (Bijlage 5 + Bijlage 6)
- onderzoeken van het toekomstperspectief
- diagnostische formulering over het ontstaan en in stand houden van suïcidaal gedrag (basis van behandelplan)

33

Dia 34

oefening 3
diagnostische formulering: instructie

- gebruik casus van Oefening 1
- maak tweetallen: A = hulpverlener, B = patiënt
- wissel niet van rol tijdens oefening
- onderzoek het suïcidale gedrag volgens CASE-benadering
- gebruik voorbeeldvragen (Bijlage 1)
- gebruik de lijst met stress- en kwetsbaarheidsfactoren (Bijlage 4)
- informeer naar toekomstperspectief
- maak een diagnostische formulering
- alles in samenspraak met de patiënt
- geen oplossingen, alleen diagnostische formulering

34

Dia 35

oefening 3
nabespreking

Bespreek de volgende vragen:

- Kon u een omschrijving maken van de suïcidale toestand?
- Had u een beeld van het toekomstperspectief?
- Lukte het een samenvatting te maken van stressoren?
- Lukte het een beeld te krijgen van kwetsbaarheidsfactoren?
- Lukte het een beeld te krijgen van beschermende factoren?
- Lukte het een diagnostische formulering te maken over het ontstaan en in stand blijven van het suïcidale gedrag?
- Lukte het om nog niet oplossingen aan te dragen?
- Welke problemen kwam u hierbij tegen?

35

Dia 36

programma

8.30- 9.15	introductie en kennismaken + epidemiologie
9.15-10.30	principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
	pauze
10.45-12.30	systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
	pauze
13.30-15.00	structuurdiagnose van suïcidaal gedrag
	pauze
15.15-15.30	<u>veiligheid en continuïteit van zorg</u>
15.30-16.30	indicatiestelling en veiligheidsplan
16.30-17.00	chronisch suïcidaal gedrag en afronding

36

Dia 40

programma

8.30- 9.15	introductie en kennismaken
9.15-10.30	principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
	pauze
10.45-12.30	systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
	pauze
13.30-15.00	structuurdiagnose van suïcidaal gedrag
	pauze
15.15-15.30	veiligheid & continuïteit van zorg
15.30-16.30	<u>indicatiestelling en veiligheidsplan</u>
16.30-17.00	Chronisch suïcidaal gedrag en afronding

40

Dia 41


indicatiestelling

- beïnvloeding suïcidaliteit door farmaco- en psychotherapie
- suïcidaliteit als een focus van de behandeling (hopeloosheid, toekomstverwachtingen, depressieve cognities)
- behandeling stress- en kwetsbaarheidsfactoren (depressie, persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis)
- versterking van beschermende factoren (betrek netwerk)
- specifieke aandachtspunten (jongeren, ouderen)
- behandelsetting (ambulant, PAAZ, opname)
- behandelstructuur (eerstvolgende afspraak, waar, wie)

41

Dia 42

oefening 4
indicatiestelling (Bijlage 5)

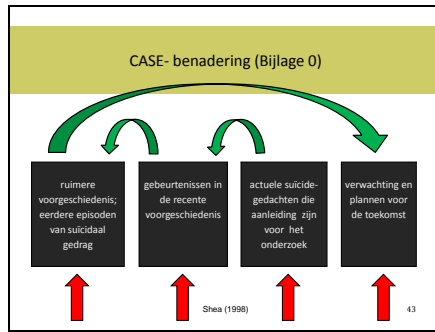


Doel:

- risicoweging voor de korte en lange termijn
- de behandeling bepalen
- afspraken maken over veiligheid (leg deze beknopt vast)
- afspraken maken over behandeling en vervolgbehandeling
- maatregelen die de continuïteit bevorderen
- betrek naasten van de patiënt

42

Dia 43



Dia 44

oefening 4
instructie

- maak tweetallen (zoals in oefening 2 van de ochtend)
- onderzoek suïcidaal gedrag volgens CASE-benadering (Bijlage 0)
- gebruik de lijst met stress- en kwetsbaarheidsfactoren (Bijlage 4)
- informeer naar toekomstperspectief
- maak diagnostische formulering
- maak een indicatiestelling (Bijlage 8 + 9)
- in samenspraak met de patiënt en diens naasten

44

Dia 45

oefening 4
instructie

Let daarbij op:

- afspraken over vervolg(behandeling)
- afspraken over veiligheid
- maatregelen die de continuïteit bevorderen
- betrekken van naasten

45

Dia 46

oefening 4
nabespreking

- Lukte het om een behandelplan te maken?
- Lukte het om een veiligheidsplan te maken?
- Samen met de patiënt en diens naasten?
- Beknopt vastgelegd op papier?
- Lukte het om continuïteit van zorg te waarborgen?

46

Dia 47

programma

8.30- 9.15	introductie en kennismaken + epidemiologie
9.15-10.30	principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
	pauze
10.45-12.30	systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
	pauze
13.30-15.00	structuurdiagnose van suïcidaal gedrag
	pauze
15.15-15.30	veiligheid en continuïteit van zorg
15.30-16.30	indicatiestelling en veiligheidsplan
16.30-17.00	<u>chronisch suïcidaal gedrag en afronding</u>

47

Dia 48

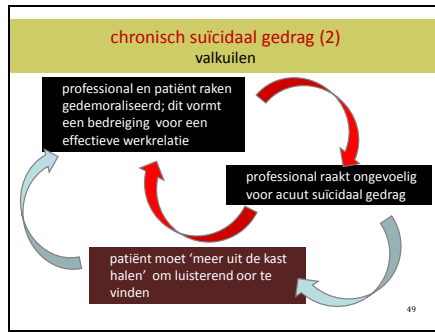
chronisch suïcidaal gedrag (1)
valkuilen

professional en patiënt raken gedemoraliseerd; dit vormt een bedreiging voor een effectieve werrelatie

professional raakt ongevoelig voor acuut suïcidaal gedrag

48

Dia 49



Dia 50

- chronisch suïcidaal gedrag (3)**
cluster B persoonlijkheidsstoornissen
- BPS: suïcidaal gedrag is diagnostisch criterium
 - 75% doet poging(en); 10% van de patiënten overlijdt door suicide
 - vaak gebrekkige impulscontrole (middenmisbruik kan zowel oorzaak als gevolg zijn)
 - zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag komen vaak samen voor
 - suïciderisico bij cluster B extra verhoogd bij comorbide depressie en verslaving/alcoholgebruik
 - vatbaar voor crises; 'acuut-op-chronisch risico'
- 50

Dia 51

- chronisch suïcidaal gedrag (4)**
diagnostiek & behandeling
- In crisissituaties:
- onderzoek de oorzaak van het 'acuut-op- chronische-suïcidale gedrag > aandacht voor acute stressoren (CASE-benadering)
- Behandeling is gericht op drie niveau's:
- psychiatrische comorbiditeit
 - uitlokkende en onderhoudende factoren (stressoren)
 - revalidatie: 'remoralisering' en psychosociaal herstel tegen de achtergrond van het bestaan van chronisch suïcidaal gedrag (gericht op: veiligheid en continuïteit)
- 51

Dia 52

afronding
voor verdere vragen en complicaties:

- lees de richtlijn en de verkorte versie
- ga naar de website: www.pitstopsuicide.nl
- stel vragen op de website: FAQ's
- volg de e-learning module
- vul de vragenlijsten in
- bel met Derek de Beurs: 020-5982589
- vertel niets aan onbevoegden uit de controle-afdelingen

52

Dia 53

na de training
vervolg implementatie

- wees ambassadeur voor de richtlijn
- probeer in uw team beleid t.a.v. suïcidepreventie te stimuleren
- wees een suïcideconsulent, een vraagbaak voor anderen
- houd contact met het PITSTOP team
- ga heen en vermenigvuldig de richtlijn
- straks ook onder de controleafdelingen en andere afdelingen
- maar pas na afloop van het onderzoek
- help mee met de verzameling van onderzoeksgegevens PITSTOP

53

Dia 54

PITSTOP SUICIDE

dank u voor uw aandacht

dank u voor uw inzet

d.p.de.beurs@vu.nl

54

Literatuur

- Goldney DR (2008) *Suicide Prevention: a practical approach*. Oxford: Oxford University Press.
- De Groot M, Van Hemert B, Kerkhof A, de Keijser J, Verwey, B (2011) *Samenvatting van de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen, Trimbos Instituut.
- Hermens e.a. (2010) *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Huybers M (2010) *Hoeboek voor trainers*. Zaltbommel: Thema.
- Kerkhof A & van Luyn B (red) *Suïcidepreventie in de praktijk*. Utrecht: Bohn Stafleu Van Loghem (2010).
- Kerkhof AJFM, van Heeringen C. (2000). *Richtlijnen voor de behandeling van suïcidaliteit*. In: Van Heeringen C, Kerkhof AJFM (red.). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 151-152.
- Shea SC (1998). *The Chronological assessment of Suicide Events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation*. *J Clin Psychiatry*, 59, suppl 20, 58-78.
- Sno HN, Beekman ATF, Hengeveld MW, Kuiper T, Kupka RW, Naarding P e.a. *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Amsterdam: Boom; 2004.
- Van Hemert B, Kerkhof A, de Keijser J, Verweij B. (2011) *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (beknopte versie)*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen, Trimbos Instituut.
- Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Duggan D (2005) *Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model* In: Hawton K (ed) *Prevention and treatment of suicidal behaviour From science to practice* Oxford: Oxford University Press, 71-88.

