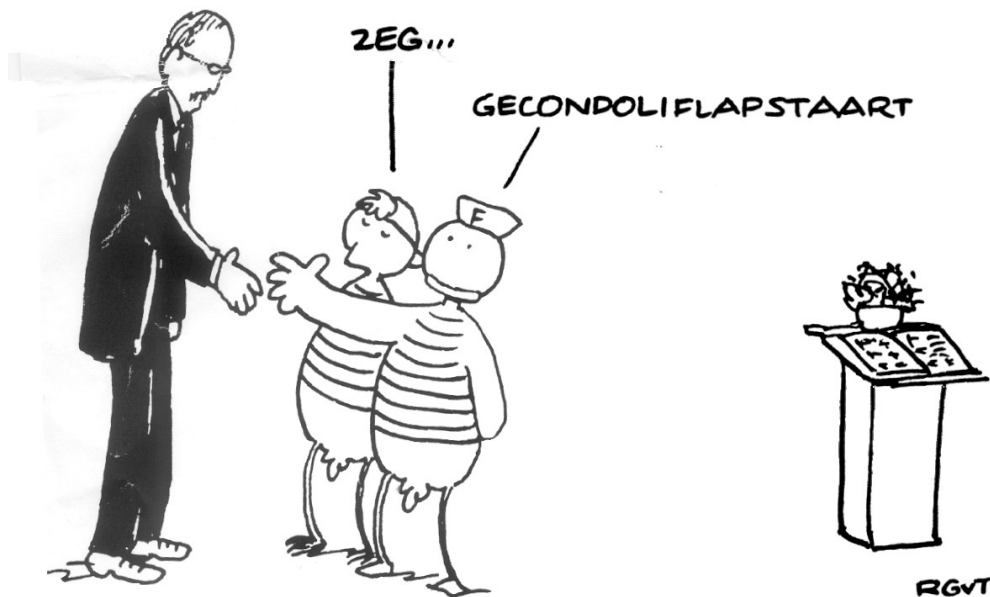


Suïcide en suïcidaal gedrag.

Schuldgevoel bij hulpverleners & verschillende vormen?

FOKKE & SUKKE
BETUIGEN HUN MEDELEVEN



Remco de Winter

Behandelarendag GGzE
4 maart 2021



Rivierduinen

PG parnassia
groep

VU  **UNIVERSITY
AMSTERDAM**

Disclosure belangen spreker

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen / Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	• Geen • Geen • Geen • onbezoldigd

- *Voorkomen van diepe gevoel het verkloot te hebben*
- *Helpt indelen van suïcidaal gedrag?*

Netter programma

- Suïcide, suïcidaliteit en de hulpverlener
- Verantwoordelijkheid & verdeling?
- Is er een beste aanpak?

Take home:

- Soms schuldgevoel nodig?
- Kunt u beter indelen?
- Meer op maat betekenen?

Kennis.....

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

deTijdstroom



Generieke modules

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag



Autorisatie datum: 22-02-2018

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Zoeken binnen diagnostiek en behand...

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Inleiding

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Patiëntenperspectief

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

ProjectNet | Publicaties | Contact | Over ZonMw | Werken bij | English | Verhoog contrast

ZonMw Projecten Onderzoek & resultaten Subsidies Kalender & procedure Actueel Nieuws & agenda Programma's Alle programma's Thema's Alle thema's

Zoek op onderwerp, projectnummer, programma **ZOEK**

Programma: **Suicidepreventie**

Programma Actueel Projecten Publicaties

Het onderzoeksprogramma Suicidepreventie heeft als doel onderzoek financieren dat bijdraagt aan de vermindering van het aantal suicides in Nederland. Daarbij beoogt het programma dat de opgedane kennis ook daadwerkelijk overgedragen en geïmplementeerd wordt in de praktijk. Ook stimuleert het programma de samenwerking rond suicidepreventie.

Programmagegevens

Budget:	€ 3.200.000
Status:	Uitvoering
Looptijd:	2015 2019



113Preventie Landelijke Agenda

113 SITES

Landelijke Agenda

De minister van VWS heeft samen met veldpartijen een Landelijk Agenda Suicide Preventie opgesteld. Stichting 113Online is uitgenodigd om als "spin in het web" deze agenda aan te jagen en te coördineren en de voortgang te bewaken...

De projectgroep 113Preventie richt zich de komende jaren op vrijwel alle punten uit de Landelijke Agenda. Kwartiermakers gaan in gesprek met relevante betrokkenen in de gezondheidszorg, het onderwijs, het sociaaleconomische domein en de media. Uitgangspunt is om samen het groeiend aantal suicides tot staan te brengen en te verminderen. Dit kan door bestaande activiteiten te verbeteren, activiteiten op te starten en door goed werkende voorbeelden te verzamelen en ter inspiratie aan anderen aan te bieden via deze website.

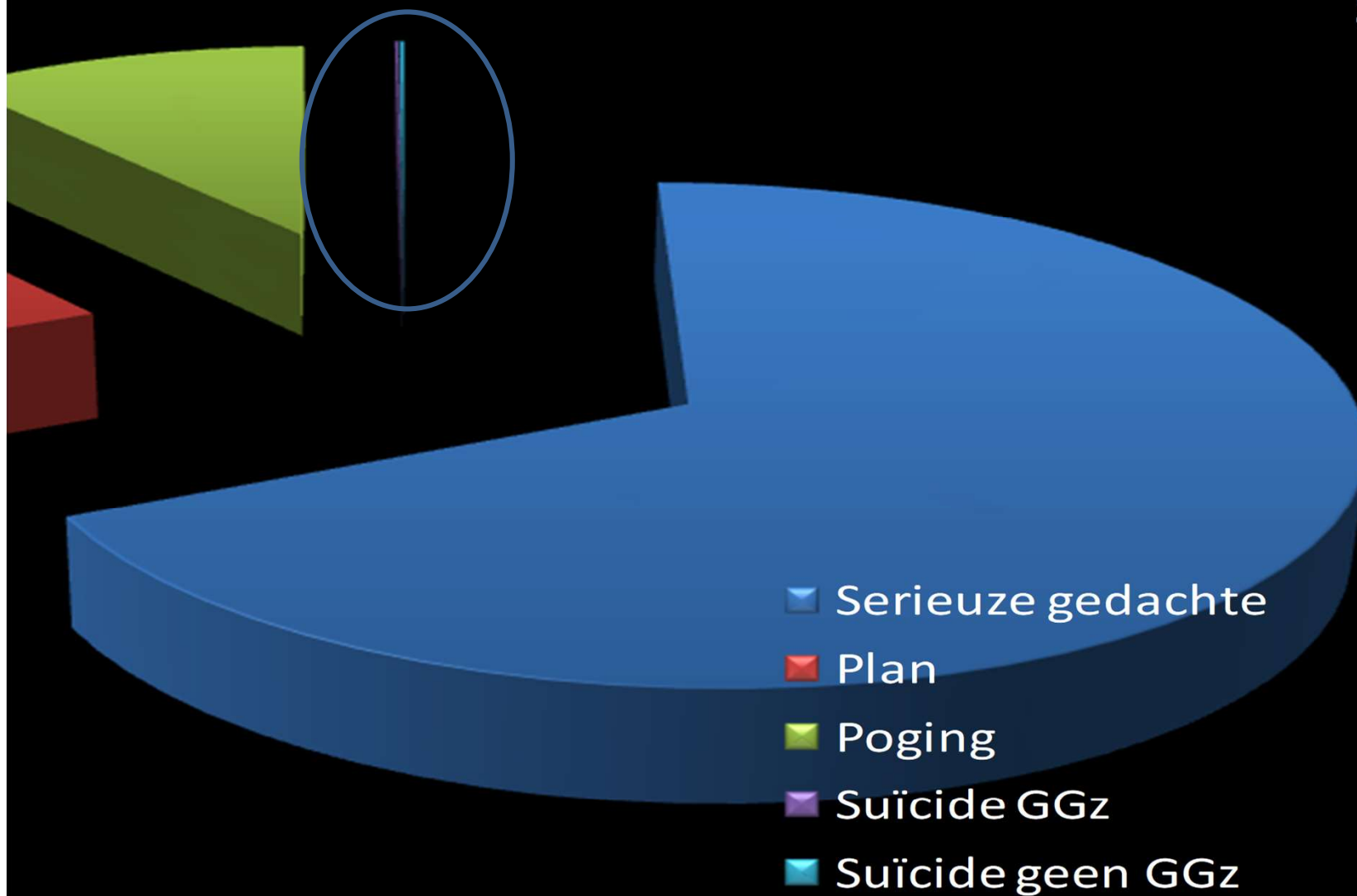
Landelijke Agenda

Doelen en uitgangspunten
Aanpak
Domeinen

Ambulant/Klinisch

- Suïcidaal gedrag GGz
 - Suïcidaal gedrag vaak voorkomend
 - Pogingen minder vaak.....
 - Suïcide is (gelukkig) zeldzaam (gemiddeld psychiater 1: 4.5 jaar)
 - Suïcide te laat voor een hulpverlener en zeker de GGz?
 - Suïcidaal gedrag ernstig > GGz (maar leven ze nog)

Suicidaa



Suïcide en de hulpverlener

- Impact is groot!
- Hoeveel kunnen voorkomen?
 - 20-30%?
 - 70-80% dus niet!
 - Nul procent??
- Verantwoordelijkheid
- Blaming
- Burn-out
- Faalgevoel



Het S "woord"

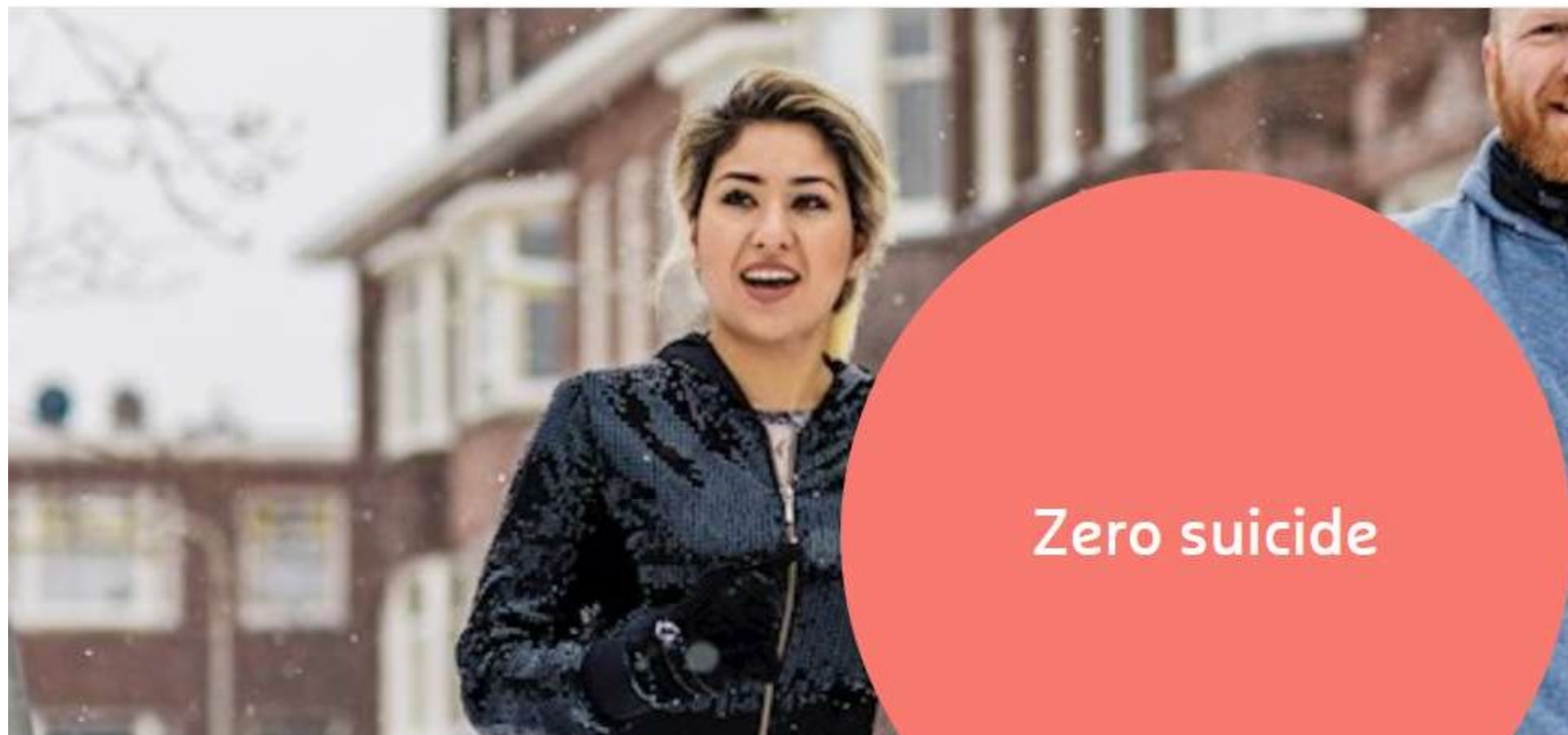
- Altijd serieus nemen!?

Maar ook:

- De uitspraak is heftig en activerend ...
- Ontstaan van paniek?
- Urgentiebesef er moet **nu** echt iets gebeuren
- Snel aan de beurt?
- Wachtlijst omzeilen?
- Bevriezing bij hulpverleners?



de
erlandse
ggz



Zero suicide

Ja/Nee

- **Ja,**
 - Streven naar altijd voorkomen
 - Uitgaan van beste **verbetering**
 - **Absolute uitspraken** doen het beter
 - Duidelijk **doel**
- **Tegengeluid,**
 - Dus altijd fout door de hulpverlener?
 - Beleidmakers zonder verstand kunnen gaan bepalen!
 - Meeste suïcides veroorzaakt door cultuur/conjunctuur...

Na een suïcide (1) (Eerdere presentatie Marieke de Groot & Remco de Winter)

behandelaren (Hendin et al. 2000/2004 Am J Psychiatry, Scocco et al 2012)

- n=26 (21 psychiaters, 4 psychologen, 1 maatschappelijk werker)

Resultaten ervaringen

- Shock, verdriet, schuld, verraad, woede
- Ondersteuning van collega's is nuttig
- Besprekingen vanuit “het instituut” zelden zinvol

n=34 (28 psychiaters, 5 psychologen, 1 maatschappelijk werker)

- (38%) ervaring van zeer ernstige stress
 - Onmogelijkheid opname
 - Ervaring dat beslissing restrospectief bijdroeg
 - Negatieve reactie's vanuit de instelling
 - Angst voor vervolging (o.a. nabestaanden)

Na een suïcide (2)

Nederlands onderzoek (Rinne-Albers et al. 1993)

n=336 (274 psychiaters, 62 arts-assistenten, respons 55%)

Resultaten

- Impact onafhankelijk van lft, werkervaring, ervaring met suïcide
- Arts-assistenten vermijden meer dan psychiaters
- Vrouwen vermijden vaker
- Verwerking vindt grotendeels plaats op het werk (70%), minder in privé-sfeer (56%)
- 62% van de arts-assistenten ondervond te weinig steun van supervisor

na suïcide

ervaringen van nabestaanden (de Groot, 2008)

postief

- Proactieve, uitnodigende houding
- Delen van overeenkomstige, emotionele consequenties
- Medeleven met het lijden van de patiënt
- Reflectie op eigen rol (bereidheid om te leren van de ervaring)
- Brede vertegenwoordiging van betrokkenen bij de afhandeling
- Gelegenheid bieden tot afscheidsrituelen
- Aanwezig zijn bij afscheid (in welke vorm dan ook)

na suïcide

nabestaanden (de Groot, 2008)

Negatief

- te veel nadruk op de professionele rol (jargon, tijdsdruk, beroepsgeheim, gestoord door telefoon..)
- contact geconcentreerd rond overlijden > drempel is later hoger
- contacten met anderen dan de behandelaar ('hoger geplaatsten')
- ontbreken gangbaar medeleven (niet condoleren, verbod contact tussen familie en medepatiënten, verpleegkundigen)
- invullen ipv vragen

Na suïcide naasten

observaties (de Groot, 2008)

n=206, diverse verwantschapsrelaties, observaties tijdens familiegerichte nazorg

- gesprek met (ex)-behandelaar **niet vanzelfsprekend** ervaringen zeer divers, géén duidelijke relatie tussen toedracht suïcide en reactie nabestaanden
- **geslotenheid** wekt wantrouwen
- aandacht, ook op **langere termijn**, wordt zeer gewaardeerd
- na langere tijd soms **schaamte tov de behandelaar** over reactie kort na suïcide

Belangrijk bij suïcidaal gedrag

- Goede zorg is nodig
- Erkennig voor het “grote” lijden.....
 - Patient
 - Systeem
 - Etc
- Maar ook:
 - **Goed voor onszelf zorgen**

Suïcide en schuld

- Doen vaak heel veel maar weten dit niet!
- Suïcide is een uitkomstmaat die zeldzaam is
- Altijd dezelfde verantwoordelijkheid?
- Want....
 - Soms kunnen we meer doen
 - Maar meestal veel gedaan (Bij suïcide nooit genoeg?!)

Beter model voor
verantwoordelijkheid?

Betere Differentiatie

- Meer gerichte behandeling
 - Psychotherapie
 - Farmaca
 - Behandeling/begeleiding buiten ggz
- Meer consensus over verantwoordelijkheden
- Minder defensief

sprake van een somatische/paranoïde waan omtrent een stalen voorwerp in haar buik, die maagpijn veroorzaakt. Ze is ten einde raad en heeft de TS gedaan om van het stalen voorwerp af te komen

Patiënte was naar de OVP overgebracht na ruzie met haar echtgenoot en zoon omdat ze haar bier hadden afgepakt waarna patiënte zich suïcidaal had geuit.

Richtlijnen/generieke module

- Geen specifieke differentiatie
 - Acut/chronisch
- Suïcidaal gedrag altijd hetzelfde?



(Psycho)therapie?

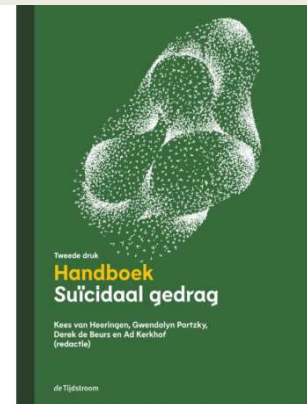


Differentiatie model

- Behoeft klinisch model: **suïcidaal gedrag onderscheiden?**
 - Direct moeten handelen
 - Verantwoordelijkheid en juridische consequenties
 - Behandeling
 - Setting
 - “Personalized medicine”
 - Klinische risicotaxatie
 - Wetenschap

Het model...

- Een **idee** (2009-2010)
- Toetsing **professionals/wetenschappers** (2010-2014)
- Ronde tafel **conferentie** (2015 -2016)
- Interesse psychiaters **NHS** (2015 -2016)
- **Discussie** groep meer dan 50 psychiaters (2018)
- **Boek** hoofdstuk (2019)
- **Validering** (METC > VAMOS-G) (heden -)



Primair depressief

- Depressie
- stressgevoeligheid↑↑

langdurend

GGZ / "samenleving"

Verstoorde waarneming (perceptuele desintegratie)

- Psychotisch(e) (depressie)
- Wegvallen realiteitszin

Kortdurend

GGZ / "samenleving"

Psychosociale draaikolk

- Ernstige verlieservaring
- Kortdurende depressieve gedachten

Kortdurend

GGZ / "samenleving" (?)

Communicatie

- Conditionering/coping
- Psychologische pijn
- (entrapment hulpverleners)

Langdurend (chronisch) met exacerbaties

GGZ / "samenleving" < > **GGZ** / "samenleving" (?)

Perceptual disintegration

- Psychotic/nihilistic
- Reality testing ↓↓

(short duration?)

MH/society

Primary depressive cognition

- Depression (cognition)
- Stress vulnerability ↑↑

(longer duration?)

MH/society

Psychological Turmoil

- Experiencing a serious loss
- Depressive thoughts

(short duration?)

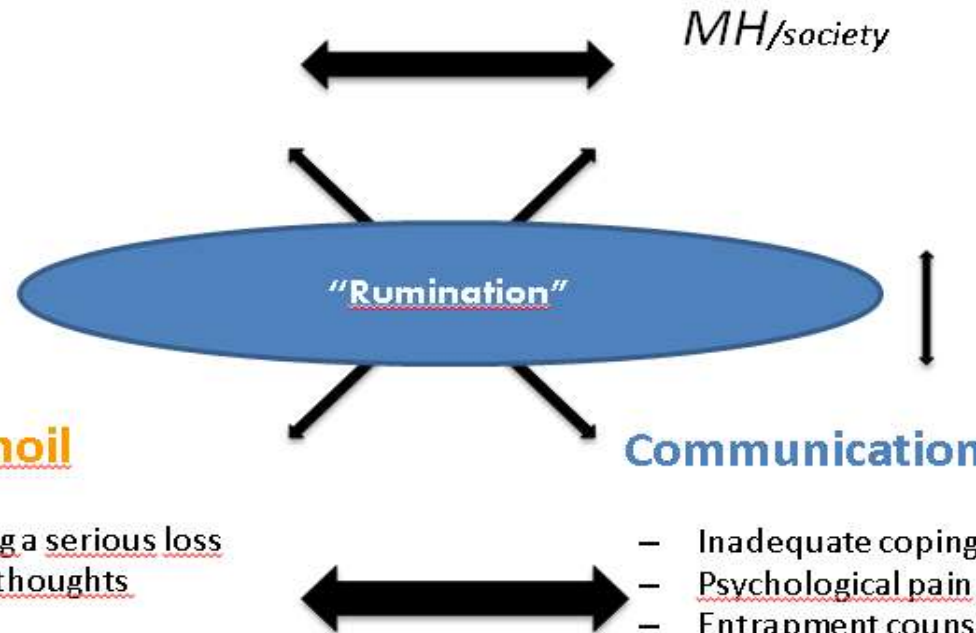
MH/society

Communication

- Inadequate coping
- Psychological pain
- Entrapment counselors

(longer duration?)

MH/society <> MH/society



Suïcidaal gedrag high risk”: crisisdienst

Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst

R.F.P. DE WINTER, M.H. DE GROOT, M. VAN DASSEN, M.L. DEEN, D.P. DE BEURS

Research Trends

Outreach Psychiatric Emergency Service

Characteristics of Patients With Suicidal Behavior
and Subsequent Policy

Remco F. P. de Winter^{1,2,3}, Mirjam C. Hazewinkel³, Roland van de Sande^{3,5},
Derek P. de Beurs⁴ and Marieke H. de Groot²

© 2020 Hogrefe Publishing

Crisis 2020
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000861>

TABEL 1 Patiëntkenmerken bij face-to-facebeoordelingen door de Haagse crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst naar face-to-facebeoordelingen waarbij suïcidaal gedrag of respectievelijk suïcidepogingen voorkwamen

	Alle beoordelingen n (%)	Suïcidaal gedrag n (%)	Suïcid n (%)
n (% van alle consulten)	14705 (100)	4741 (32,2)	1364 (28,8)
unieke patiënten (n)	7969	3277	1115
consulten per patiënt (min-max n)	1-47	1-46	1-46
Gem. leeftijd in jaren (SD)	44,0 (16,5)	41,3 (15,1)	39,7 (14,8)
geslacht man	7901 (53,7)	2310 (48,7)	591 (43,3)

Subtype suïcidaal gedrag	N	percentage
Perceptuele desintegratie	67	13,3%
Depressieve cognitie	194	38,6%
Psychosociale entrapment	93	18,5%
Inadequate communicatie	149	29,6%
Totaal	503	100,0%

Ongevalideerde data!!

Psycho-social contributing factors and suicidal behaviour of patients who committed suicide between March 2016 and March 2017

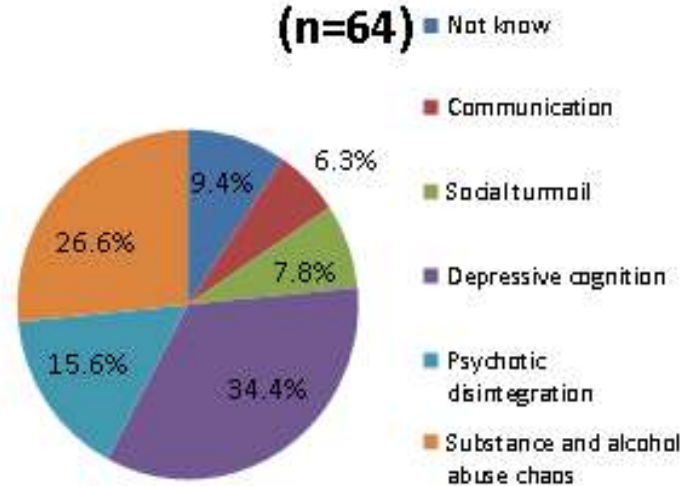
Adult mental health services

April 2018

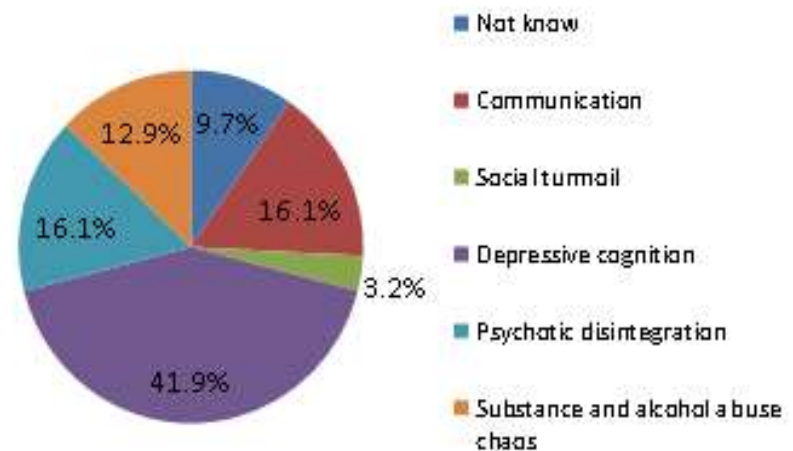


Sussex Partnership
NHS Foundation Trust

Male differentiating behaviour (n=64)



Female differentiating behaviour (n=31)



Toekomst

- Valideringsstudie
 - 100 conclusies crisisdienst
- Verdere opbouw database
 - **Parnassia**
 - Lentis
 - Rivierduinen
 - Sussex Partnership Trust

Validatie model (VAMOS-G)

- 100 conclusies beoordelingen bij de crisisdienst
- 6 hulpverleners (3 psychiaters, 3 verpleegkundig(onderzoeker))
- Overeenkomsten
 - Primair depressief
 - Perceptual desintegratie
 - Turnmoil
 - Communicatie

Kader 2 Voorbeelden: differentiatie van suïcidaal gedrag

Vignet 1: Het betreft een 24-jarige student die overtuigd is dat suïcide de enige optie is om aan zijn situatie, die hij ervaart als onverdraaglijk en onveranderbaar, te ontsnappen. De gedachte ontstond geleidelijk nadat hij pt tijdens de huidige depressieve episode een bipolaire stoornis I werd gediagnosticeerd. Pt ondervindt nadelige gevolgen van de farmacologische behandeling en vreest dat hij dezelfde kant opgaat als zijn vader die ook aan de ziekte leed. Pt vindt zichzelf een mislukking en ziet een leven als psychiatrische patiënt niet zitten. Pt is kwetsbaar voor suïcidaal gedrag doordat familieleden van pt bekend zijn met suïcidepogingen tijdens depressieve episoden. Beschermende factoren zijn pt's studievrienden en huisgenoten en zijn jongere zus die nog thuis bij zijn ouders woont. Pt ervaart als hij zich somber voelt, meestal vlak na het opstaan, zichzelf als een last voor anderen en heeft dan weinig controle over zijn drang om zich op te hangen.

Vignet 2: Het betreft een 31-jarige vrouw die twee weken na de geboorte van haar eerste kind suïcidegedachten ontwikkelde door de overtuiging dat niet haar partner maar haar stiefvader de biologische vader van haar kind is. Pte is als jong meisje slachtoffer geweest van seksueel misbruik door haar stiefvader. Pte denkt door suïcide te plegen dat haar kind wordt teruggegeven aan het 'reine universum', volgens pte een tijdloze entiteit die geen ongelijkwaardigheid kent. Pte is bekend met eerdere psychotische episoden en twee ernstige suïcidepogingen, waarbij ze zich probeerde te electrocuteren in bad. Naast haar partner, die door zijn werk als vrachtwagenchauffeur vaak van huis is, beschikt pte niet over een steunend netwerk.

Vignet 3: Het betreft een 47-jarige man die suïcidaal werd nadat zijn vrouw hem de deur uitzette toen zij pt betrapte terwijl hij kinderporno op zijn computer zat te kijken. Zijn vrouw deed aangifte bij de politie en informeerde het bestuur van de school waar pt werkt als conector in de onderbouw. Pt vluchtte met zijn auto het huis uit en was enkele uren zoek. Dezelfde avond werd pt door de politie van het spoor gehaald waar hij in zijn auto wachtte op een goederentrein. Pt is ernstig wanhopig, kan niet verder leven door schaamte en omdat hij vreest de contacten met zijn vrouw, kinderen, (schoon)familie, werk en kerkgemeenschap, kortom alles wat hem reden om te leven geeft, kwijt is geraakt. Ondanks dat zijn oudste zoon heeft laten weten hem te blijven steunen durft pt niemand onder ogen te komen. Hij is ervan overtuigd dat hij dood beter af is en straf van God verdient voor zijn wangedrag.

Vignet 4: Het betreft een 56-jarige gescheiden vrouw die door inname van 20 tabletten Oxazepam 10 mg en een fles wijn probeerde suïcide te plegen. Pte werd gevonden door haar dochter die ze heeft gewaarschuwd nadat ze de middelen had ingenomen. Aanleiding voor de poging was een opmerking van haar dochter dat het beter was dat pte haar kleinkinderen niet meer zou zien, waardoor ze zich afgewezen voelde. Pte kreeg een half jaar geleden een herseninfarct en heeft verlamingsverschijnselen in de rechter lichaamshelft, waardoor ze rolstoelafhankelijk is geworden. Pte is bekend met alcoholafhankelijkheid, chronisch suïcidaal gedrag en suïcidepogingen in de voorgeschiedenis. Deze waren na het overlijden van haar moeder (1996), haar partner (2011) en toen bij haar kleinzoon de Ziekte van Hutchinson (neuroblastoom) werd ontdekt (2014). Pte is boos dat het niet gelukt is om suïcide te plegen en ze verwijt haar dochter dat ze 112 heeft gebeld. Zonder het contact met haar kleinkinderen en met haar lichamelijke beperkingen is het leven voor pte niets meer waard.

Afronding

- *Verder dank: Marieke de Groot, Nienke Kool, Manuela van Gemen, Anne van den Bos, John Enterman, Connie Meyer, Derek de Beurs.*



- info@suicidaliteit.nl of
- r.dewinter@parnassia.nl
- Nalezen:
- www.suicidaliteit.nl