

Voorjaarscongres 9 april 2025

CAMS

Collaborative Assessment & Management of Suicidality



REMCO DE WINTER

CORINE PAAUW

WWW.SUICIDALITEIT.NL

Aub smartphone aanzetten!!



Rivierduinen



**Maastricht
University**

Disclosure belangen spreker

Remco de Winter



(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	• <i>ZonMW subsidie</i> • <i>RINO amsterdam heden</i> • Janssen Cilag: Betaalde lecture zonder product benoeming • <i>Geen</i> • <i>Geen</i>

Disclosure belangen spreker

Corine Paauw

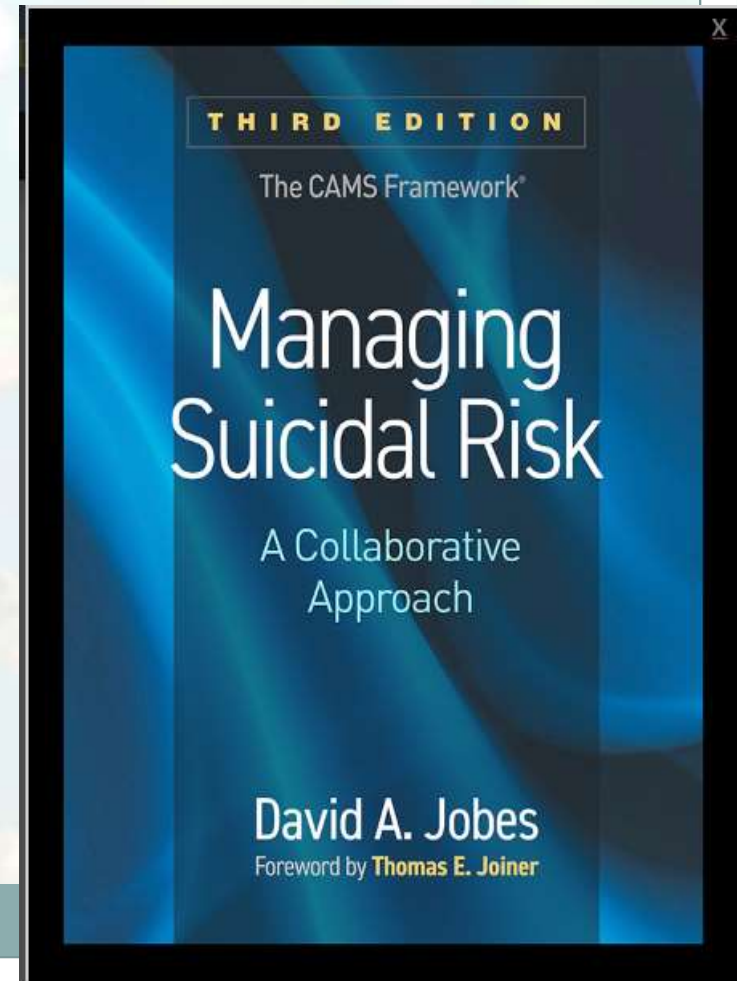


(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	• <i>geen</i> • <i>geen</i> • <i>Geen</i> • <i>Geen</i>

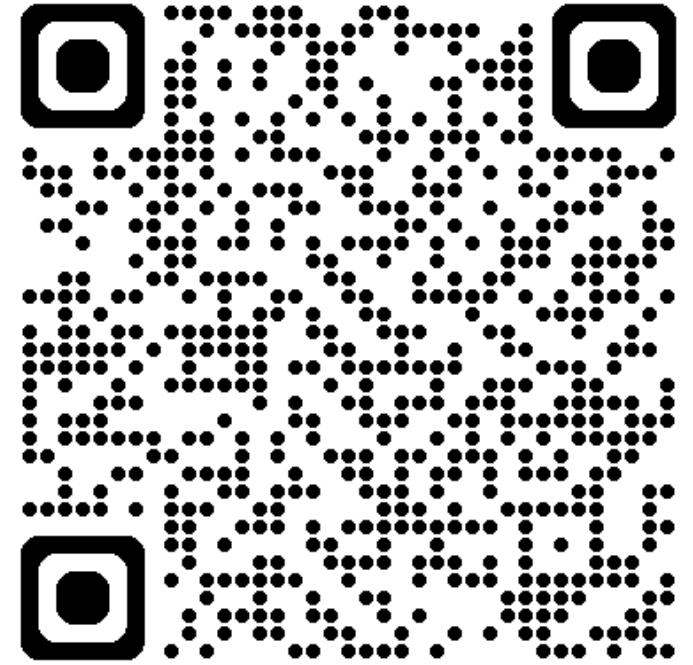
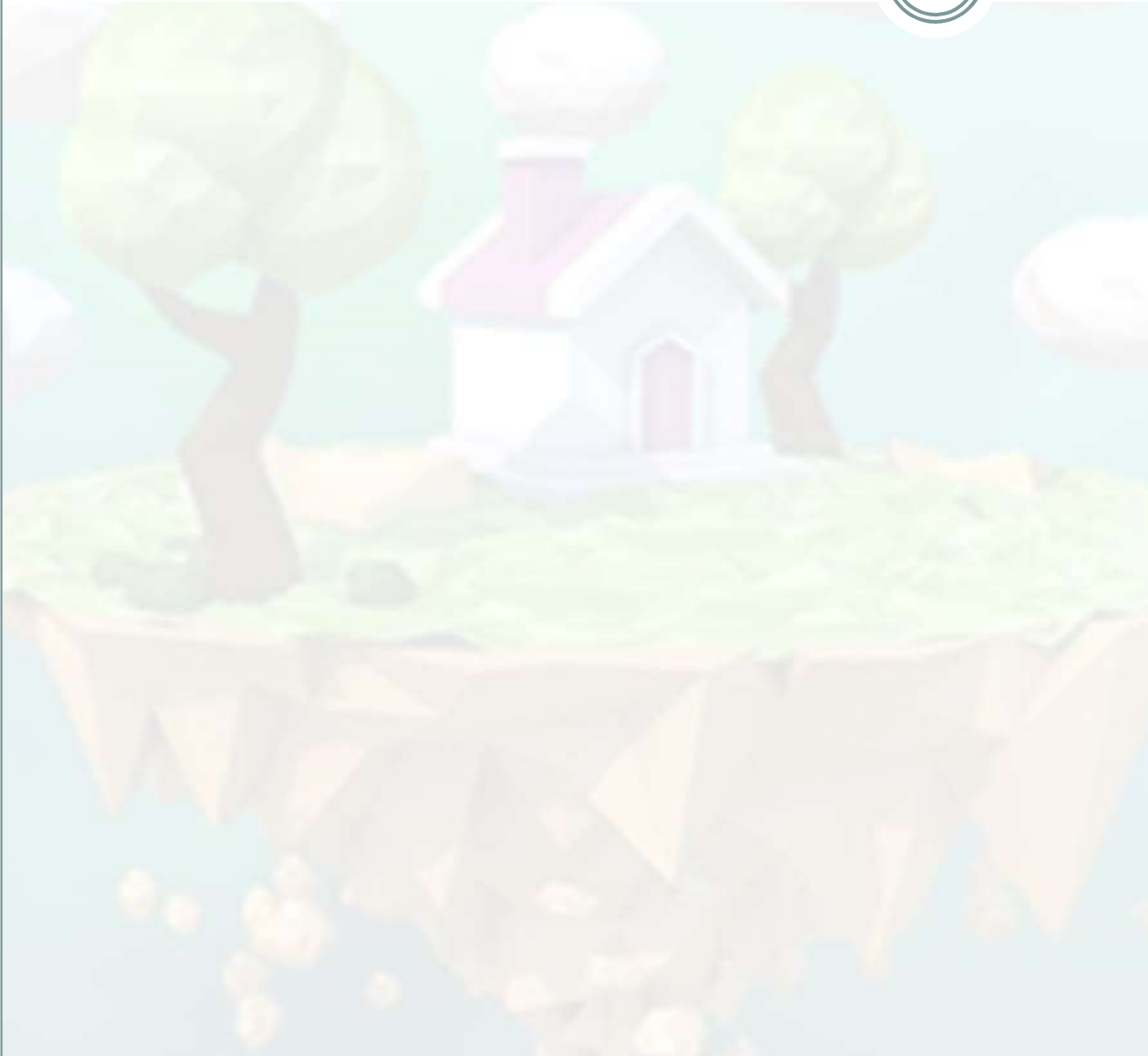
Programma



- Welkom
- CAMS aansluiting richtlijn
- Uitleg model CAMS
- Casus uit publiek
- Discussie



website



Pijlers (ook nieuwe) richtlijn

Contact.....

Naasten....

Veiligheid....

Continuïteit...

Formulering

Suïcidaliteit in de ggz



- Goede zorg
 - Voorkomen van lijden $> =$ sterven ↓
- Ook goed voor ons zelf zorgen!
- ↓ ↓ Verminderen handelingsverlegenheid
- Zelf machteloosheid/rouw herkennen!

Psychotherapie



Weinig studies specifiek direct suïcidaliteit ($n = \pm 54$)

- **CAMS**
- **ASSIP (SEH)**
- **DGT (bij BPS)**
- **CGT (SP)**
- **EMD(R)T**
- “Mindfulness BCT”
- Brief Psychodynamic interpersonal Therapy
- “Korte diverse interventies” zonder follow-up
- Problem Solving Therapy

Specifiek ontwikkeld voor suïcidaliteit



- **CAMS**

- **ASSIP**

- DGT (bij BPS)
- CGT (SP)
- EMD(R)T
- “Mindfulness BCT”
- Brief Psychodynamic interpersonal Therapy
- “Korte diverse interventies” zonder follow-up
- Problem Solving Therapy

CAMS

C Collaborative
A Assessment &
M Management of
S Suicidality

- Ambulant & klinisch te gebruiken

CAMS

nieuwe richtlijn (2025) & generieke module (2018)

Richtlijn Suïcidaliteit

Preventie, behandeling en begeleiding van mensen met suïcidaliteit

Aanbevelingen

- Het gebruik van collaborative care (**CAMS**) en depressie management wordt aanbevolen bij het begeleiden van mensen met suïcidaliteit.

Kwaliteits-
ontwikkeling GGZ

Zoeken in de database

Inloggen

MENU

Generieke modules

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag



Autorisatie datum: 22-02-2018

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Zoeken binnen diagnostiek en behandeling

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Inleiding

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Patiëntenperspectief

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Generieke modules / Diagnostiek en behand...

Organisatie van zorg

Radboudumc

Afdeling
Psychiatrie



GGZ Rivierduinen

Het begint bij begrip



CAMS

Tijdslijn

Leden

Agenda

Chatbox

Meer ▾



Wat wil je delen?

Bericht

Evenement



CAMS cursus aanbod 2025

24 sep Corine Paauw 2 30



RINO • amsterdam

onze docenten accreditaties verhuur vacatures contact en 🔍

opleidingen & cursussen ▾

BIG-opleidingen ▾

incompany

nieuws

over ons ▾



mijn RINO

HOME / DE CAMS-PROCEDURE BIJ SUICIDERISICO

De CAMS-procedure bij suïciderisico

Collaborative Assessment & Management of Suicidality

1 dag fysiek

2x 0,5 dagen online

📍 RINO amsterdam | Leidseplein 5 - | AMSTERDAM



Suïcidepreventie - verdiepingsmodule CAMS - start 12 september

👍 1

14 jul Ingrid Hilwerda 2 50





Received: 22 December 2020 | Revised: 17 February 2021 | Accepted: 7 March 2021

DOI: 10.1111/sltb.12765

Suicide and
Life-Threatening
BEHAVIOR

ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) compared to alternative treatment conditions: A meta-analysis

Joshua K. Swift PhD, Associate Professor  | Wilson T. Trusty MS, Doctoral Candidate | Elizabeth A. Penix MS, Doctoral Candidate

CAMS



- ↓ suïcidale ideaties
- ↓ suïcidale cognities
- ↑ hoop
- **Positieve** patiënt ervaring
- SEH bezoek
- ↓ zelfbeschadiging en pogingen na opname
- **Relatief gemakkelijk te leren**

CAMS “Best practise” behandeling?

www.suicidaliteit.nl



← → ↻ ⓘ suicidaliteit.nl/cams/index.html ☆

CAMS Nederlands



HOME

PUBLICATIES

OVER ▾

LINKS ▾

EVALUATIE
SUICIDE

SUÏDAAL
GEDRAG ▾

WETENSCHAP ▾

DO

Collaborative Assessment & Management
of Suicidality van Prof dr. David Jobes

CAMS Copyright David A. Jobes PhD alle rechten gereserveerd. Vrije Nederlandse vertaling door
Remco FP de Winter MD PhD, Marieke H de Groot PhD



CAMS nederlands

[hier klikken](#)

CAMS vragenlijsten

[hier klikken](#)

CAMS Copyright David A. Jobes PhD
alle rechten gereserveerd. Vrije
Nederlandse vertaling door Remco FP
de Winter MD PhD, Marieke H de Groot

Wat is CAMS



- Een raamwerk voor aanpak suicidaliteit
- Suïcidaliteit altijd als focus



**Zes mythes over
zelfmoord volgens
Gwendolyn Portzky**

Als je de stoornis behandelt, dan verdwijnt suïcidaliteit vanzelf

“Ik moet er soms hard voor vechten om hulpverleners duidelijk te maken dat dit niet klopt. Suïcidaliteit ontstaat vaak wel in samenspel met een psychische aandoening zoals depressie, maar wat ik in de praktijk vaak zie is dat als de depressie is opgeklaard en de persoon op een later moment in diens omgeving botst op negatieve gebeurtenissen, dat de zelfmoordgedachten dan toch weer terugkomen. Vanuit leerprincipes is dat goed te begrijpen. Mensen hebben de zelfmoordgedachten vaak lange tijd gebruikt als een vorm van coping: het idee dat er een uitweg is, gaf geruststelling en weer op keer bekrachtigd. Het is voor hulpverleners belangrijk om te weten dat wanneer de depressie is opgeklaard, die gedachten er nog steeds kunnen zijn als een soort escape wanneer ze het mentaal moeilijk hebben.”

Elementen!



- **Behandeling suïcidaliteit & onderliggende symptomen**
- **Het som der delen is meer!**
- CAMS gebaseerd op de **theorieën in de suïcidologie**
- Empathie
- Samenwerking

David Jobes

<http://www.empathosresources.com/>



empāthos

empowering suicide prevention through education

CAMS TRAINING ▾

WHY TRAIN?

PODCASTS ▾

TOPICS ▾

POLICY ▾

ABOUT ▾

HOME

Headlines: Interconnected



We won GOLD!
MORE >



**MANAGING SUICIDE RISK
COLLABORATIVELY
THE CAMS FRAMEWORK**

WITH DAVID A. JOBES, Ph.D., ABPP
AND STEPHEN O'CONNOR, Ph.D.

Elementen!



- Behandeling suïcidaliteit & onderliggende aandoening
- Het som der delen is meer!
- CAMS gebaseerd op de theorieën in de suïcidologie
- Empathie
- Samenwerking

CAMS



- Samenwerking
- “Gelijkwaardigheid” patiënt is medeauteur
- Patiënt eigenaar dossier
- Suïcidaliteit primaire focus interventie
- Inventarisatie redenen om te sterven en redenen om te leven

Empathie en begrip



- Erkennen van lijden!
- Patiënt moet natuurlijk wel samenwerking kunnen/willen aangaan



Altijd CAMS?

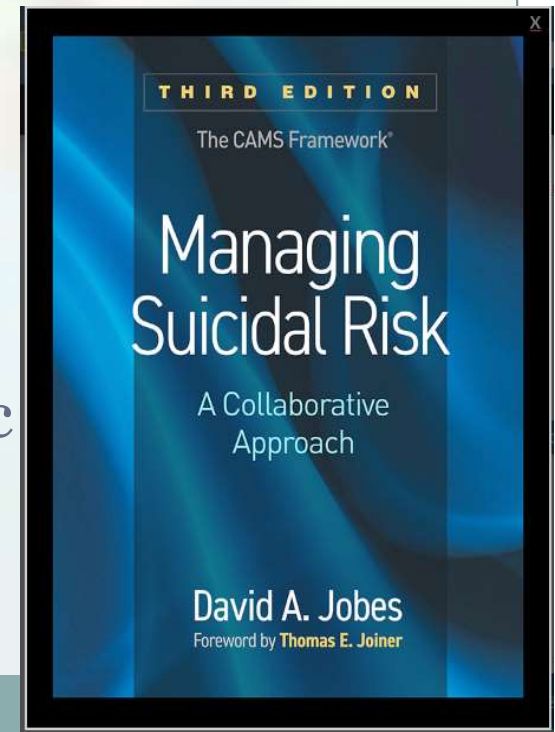


- Inclusie iedere vorm van suïcidaliteit?
- Ook bij psychose en zeer ernstige verlieservaring?
- Randvoorwaarden:
 - in contact kunnen komen
 - Samenwerking kunnen aangaan
 - Risico aanvaardbaar
 - Tijd hebben

CAMS?



- Suïcidaliteit richtlijn > CASE/narratief
- Samenwerking moet mogelijk zijn
- Overeenstemming
- Voorbereiding voor eigen dossier
- Realistische afspraken over sterven
 - Je kan maar 1 keer dood gaan
- Maximaal 12 keer of 3 maanden
 - Soms langer ivm begeleiding naar MBT/CIP etc



10-12 sessies/3 maanden



- **5 componenten**
- I) Samenwerking in bepaling mate van suïcidaliteit
- II) Samen behandeling plannen
 - Behandelbereidheid voor 3 maanden
 - Verminderen toegang tot suïcide methoden
 - Ontwikkelen copings strategieën
 - Ondersteuning van naasten organiseren
 - Twee sporenbeleid

Rest componenten



- III) Samen wegnemen directe en indirecte drijfveren
 - Inzicht relationele problemen
 - Inventariseren beroeps/educatie gebonden problemen
 - Zelf gerelateerde zaken (zelf vertrouwen/zelfbeeld)
 - Psychiatrische (psychologische) componenten
 - Pijn en lijden inventariseren
- IV) probleem georiënteerde interventies
- V) Redenen om te leven inventariseren/ontwikkelen
 - Plannen ontwikkelen, doelen hoop creëren
 - Overtuigingen bijstellen



Thomas Joiner



- **Vragen naar de redenen om te sterven** is vaak zeer schaamtevol maar heel belangrijk.
- **Taboeloos laten spreken** redenen om te sterven en accepteren als iemand geen redenen om te leven kan benoemen

Inventariseren lijden



- Reden om altijd door te gaan op suïcidaliteit?
- Juist andere aanpak kiezen?
 - Loslaten thema suïcidaliteit gedrag
 - Focus op onderliggend lijden
 - Pas als CAMS daar inzicht in heeft gegeven!



formulieren schrikken af

- Simpel net als autorijden (iedereen?)

Three sample forms for the Suicide Status Form (SSF) are displayed, illustrating the structure and content of the document.

Form 1: Suicide Status Form-SSF II-R (Initial Session)

This form is divided into several sections:

- Section A (Patient):** Contains questions about suicidal thoughts and feelings, including frequency, intensity, and duration. It also includes a section for the patient's history of suicidal behavior.
- Section B (Clinician):** Contains questions about the patient's suicidal thoughts and feelings, including frequency, intensity, and duration. It also includes a section for the clinician's history of suicidal behavior.
- Section C (Clinician):** Contains questions about the patient's suicidal thoughts and feelings, including frequency, intensity, and duration. It also includes a section for the clinician's history of suicidal behavior.

Form 2: Suicide Status Form-II-R (Initial Session - page 2)

This form continues the assessment from Form 1, focusing on the patient's suicidal thoughts and feelings. It includes a section for the patient's history of suicidal behavior and a section for the clinician's history of suicidal behavior.

Form 3: Suicide Status Form-II-R (Initial Session - page 3)

This form continues the assessment from Form 1, focusing on the patient's suicidal thoughts and feelings. It includes a section for the patient's history of suicidal behavior and a section for the clinician's history of suicidal behavior.

Deel A patiënt

1. Omcirkel bij elke zin het cijfer dat het beste past bij hoe je je/(u zich) NU voelt
2. Vul daarna de zin in, in je/uw eigen woorden. Schrijf gewoon op wat als eerste in je/u opkomt, alles is goed.
3. Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

Positie

	1) PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn):
2	Weinig pijn: 1 2 3 4 5 : Veel pijn Het meest pijnlijke vind ik: <i>Heb het allemaal verhollet, relatie verpest en eenzaamheidsgevoel</i>
5	2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging): Weinig stress: 1 2 3 4 5 : Veel stress Het meest stressvolle vind ik: <i>Naar werk gaan</i>
3	3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis) Weinig agitatie: 1 2 3 4 5 : Veel agitatie Voor mij is het niet meer vol te houden als: <i>Ik wil niet meer in deze wereld zijn</i>
4	4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat je/u ook doet): Weinig hopeloosheid: 1 2 3 4 5 : Veel hopeloosheid Het meest wanhopige ben ik door: <i>Alleen zijn</i>
1	5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van je/u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect): Weinig zelfafkeer: 1 2 3 4 5 : Veel zelfafkeer De meeste afkeer ervaar ik zelf door: <i>Als ik mezelf zie ik kan niet meer naar mezelf kijken</i>
N/A	6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE: Zeer laag risico: 1 2 3 4 5 : Zeer hoog risico (suicideer mezelf)

- 1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 **3** 4 5 : volledig
- 2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 **4** 5 : volledig

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1-5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
4	<i>Misschien komt het goed</i>	3	<i>Veel gedoe en nu nieuw huis zoeken</i>
1	<i>Moeder</i>	2	<i>Ik na zo niet meer 40 jaar doorgaan</i>
3	<i>zus</i>	1	<i>Eenzaamheid door relatiebreuk</i>
2	<i>het</i>	4	<i>Daan niet leuk</i>

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 **3** 4 5 6 7 8 : Erg veelIk wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 **7** 8 : Erg veelHet enige dat me zou helpen om me niet langer suïcidaal te voelen, is: *Weet ik niet, iemand die van me houdt*

Deel A patiënt

1. Omcirkel bij elke zin het cijfer dat het beste past bij hoe je je/(u zich) NU voelt
2. Vul daarna de zin in, in je/uw eigen woorden. Schrijf gewoon op wat als eerste in je/u opkomt, alles is goed.
3. Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

Positie

2	1) PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn): Weinig pijn: 1 2 3 4 5 : Veel pijn Het meest pijnlijke vind ik: <i>Heb het allemaal verkloot, relatie verpest en eenzaamheidsgevoel</i>
5	2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging): Weinig stress: 1 2 3 4 5 : Veel stress Het meest stressvolle vind ik: <i>Naar werk gaan</i>
3	3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis) Weinig agitatie: 1 2 3 4 5 : Veel agitatie Voor mij is het niet meer vol te houden als: <i>Ik wil niet meer in deze wereld zijn</i>
4	4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat je/u ook doet): Weinig hopeloosheid: 1 2 3 4 5 : Veel hopeloosheid Het meest wanhopige ben ik door: <i>Alleen zijn</i>
1	5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van je/u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect): Weinig zelfafkeer: 1 2 3 4 5 : Veel zelfafkeer De meeste afkeer ervaar ik zelf door: <i>Als ik mezelf zie ik kan niet meer naar mezelf kijken</i>
N/A	6) ALGEHELE RISICO OP SUICIDE: Zeer laag risico: 1 2 3 4 5 : Zeer hoog risico (suicideer mezelf)

- 1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uw zelf gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 **3** 4 5 : volledig
- 2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? Helemaal niet: 1 2 3 **4** 5 : volledig

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1 -5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
4	<i>Misschien komt het goed</i>	3	<i>Veel gedoe en nu nieuw huis zoeken</i>
1	<i>Moeder</i>	2	<i>Ik na zo niet meer 40 jaar doorgaan</i>
3	<i>zui</i>	1	<i>Eenzaamheid door relatiebreuk</i>
2	<i>kat</i>	4	<i>Daar niet leuk</i>

Oefening

CAMS Startformulier

Naam: _____ Behandelaar: _____ Datum: _____

Deel A (patiënt)

1. Omcirkel bij elke zin het cijfer dat het beste past bij hoe je je/(u zich) NU voelt

2. Vul daarna de zin in, in je/uw eigen woorden. Schrijf gewoon op wat als eerste in je/u opkomt, alles is goed.

3. Geef daarna van de eerste vijf onderwerpen de mate van belangrijkheid aan (1=het meest belangrijk, 5=het minst belangrijk)

Positie

_____	1) PSYCHISCHE PIJN (pijn, angst in uw hoofd, geen stress en geen lichamelijke pijn):	Weinig pijn: 1 2 3 4 5 : Veel pijn
_____	Het meest pijnlijke vind ik: _____	
_____	2) MATE VAN STRESS (algemene gevoel, druk en/of mate van overweldiging):	Weinig stress: 1 2 3 4 5 : Veel stress
_____	Het meest stressvolle vind ik: _____	
_____	3) MATE VAN AGITATIE/ONRUST (emotionele onrust, gevoel van actie, niet irritatie/ergernis)	Weinig agitatie: 1 2 3 4 5 : Veel agitatie
_____	Voor mij is het niet meer vol te houden als: _____	
_____	4) MATE VAN HOPELOOSHEID/WANHOOP (verwachting dat het niet beter gaat worden, wat je/u ook doet):	Weinig hopeloosheid: 1 2 3 4 5 : Veel hopeloosheid
_____	Het meest wanhopige ben ik door: _____	
_____	5) MATE VAN ZELFAFKEER (uw algemene gevoel, niet van je/u zelf houden, laag gevoel van eigenwaarde/zelfrespect):	Weinig zelfafkeer: 1 2 3 4 5 : Veel zelfafkeer
_____	De meeste afkeer ervaar ik zelf door: _____	
N/A	6) ALGEMEEN RISICO OP SUICIDE:	Zeer laag risico: 1 2 3 4 5 : Zeer hoog risico (mezelf niet suïcideren) (suïcideer mezelf)

1) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan uzelf gerelateerd? **Helemaal niet:** 1 2 3 4 5 : **volledig**

2) In welke mate zijn gedachten rondom zelfdoding aan anderen gerelateerd? **Helemaal niet:** 1 2 3 4 5 : **volledig**

Kunt u de redenen om te leven en de redenen om te sterven opsommen. Kunt u ze ook rangschikken op belangrijkheid van 1 -5?

positie	REDENEN OM TE LEVEN	positie	REDENEN OM TE STERVEN
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ik wil leven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel

Ik wil sterven in de volgende omvang: Helemaal niet: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 : Erg veel

Het enige dat me zou helpen om me niet langer suïcidaal te voelen, is: _____

VRAGEN?



Afronding



*Dank aan: John Enterman, Connie Meyer, Jan Dirk Blom,
Derek de Beurs en Marieke de Groot*



r.dewinter@parnassia.nl

Nalezen:

www.suicidaliteit.nl