

# Suïcide preventie bij ouderen

## **Middag- thema: Suïcidepreventie bij ouderen**

Docent: Martin Steendam, klinisch psycholoog, p-opleider GGZ Friesland

- Suïcidaliteit is een proces dat in eenzaamheid begint.
- Contact maken met de wanhoop en de uitdagingen daarin.
- Behandeling bij ouderen roept extra vragen op.

# [ Programma ]

## Programma:

Er zijn in Nederland jaarlijks meer dan tweemaal zoveel doden door suïcide dan door een verkeersongeval. Preventie van suïcide krijgt nu ook in Nederland steeds meer aandacht, onder andere in een Multidisciplinaire Richtlijn die eind dit jaar zal verschijnen. Signalering en verwijzing door gatekeepers naast geïndiceerde preventie in de vorm van specifiek op de suïcidaliteit gerichte behandeling zijn belangrijke ingrediënten in de preventieliteratuur. Bij ouderen komt suïcide relatief veel voor en de vragen die daarin op hulpverleners afkomen worden als zeer indringend ervaren.

Deze middag heeft tot doel om zowel de kennis ten aanzien van de thematiek te verdiepen alsook de vaardigheden te oefenen in het contact maken. Met als uiteindelijk doel vergroting van competentiegevoelens in de dagelijkse praktijk.



**In gesprek**  
Informatieve site over psychologie en psychiatrie  
Home Zoeken Contact  
donderdag, 14 oktober 2010

**Martin Steendam**

Column's  
2002 2007  
2003 2008  
2004 2009  
2005 2010  
2006

Thema's  
Stoomissen  
Therapie  
Thema's A tot Z  
Meer informatie

Nieuws  
Laatste nieuws  
Nieuwsarchief  
Overige media

Leeuwarder Courant  
29 april 2008

**Dertig doden, elke week weer**

'Begrijp me goed', zei hij, 'dat is natuurlijk heel erg, die brand in Volendam of de vuurwerkramp in Enschede'. Aan het woord is Age Niels Hoistein. Hij is secretaris van de Ivonne van de Venstichting. Deze stichting, die jaren geleden werd opgericht na de suicide van Ivonne van de Ven, stelt zich ten doel om suicide als urgent maatschappelijk probleem aan de orde stellen.

Ook wil de stichting onderzoek bevorderen naar suicide en preventie stimuleren. Een ander doel is het verhogen van de kwaliteit van hulpverlening aan nabestaanden. Het is precies vanwege deze doelen dat ik hem tref in de Puddingfabriek in Groningen. Hij is namelijk, net als ik, aanwezig geweest bij de promotie van Marieke de Groot. Op gedegen en betrokken wijze heeft zij haar onderzoek verdedigd en het is nu tijd voor receptie en feest. In de Puddingfabriek.

We waren samen in gesprek over de aandacht die er is in Nederland voor suicide. 'Die rampen in Volendam en Enschede zijn vreselijk. Terecht dat daar veel aandacht voor is. Maar wat maakt dat we met zijn allen ogenschijnlijk ons zo weinig druk maken om suicide? De omvang van het probleem is gigantisch, ruim vijftienhonderd suicides per jaar. Dat zijn dertig doden, elke week weer. Elke week dertig mensen die een einde aan hun leven maken.'

# [ Programma ]

- 13.30 Introductie op suïcidaliteit

- 14.20  *De leste step*

- 14.30 Gate keepers training



- 16.00 Behandeling van suïcidaliteit



# Introductie op suïcidaliteit

Van alle tijden

Epidemiologie

Risico en beschermende factoren

Suïcidaal proces



*Ajax*

Exekias, 530 BC

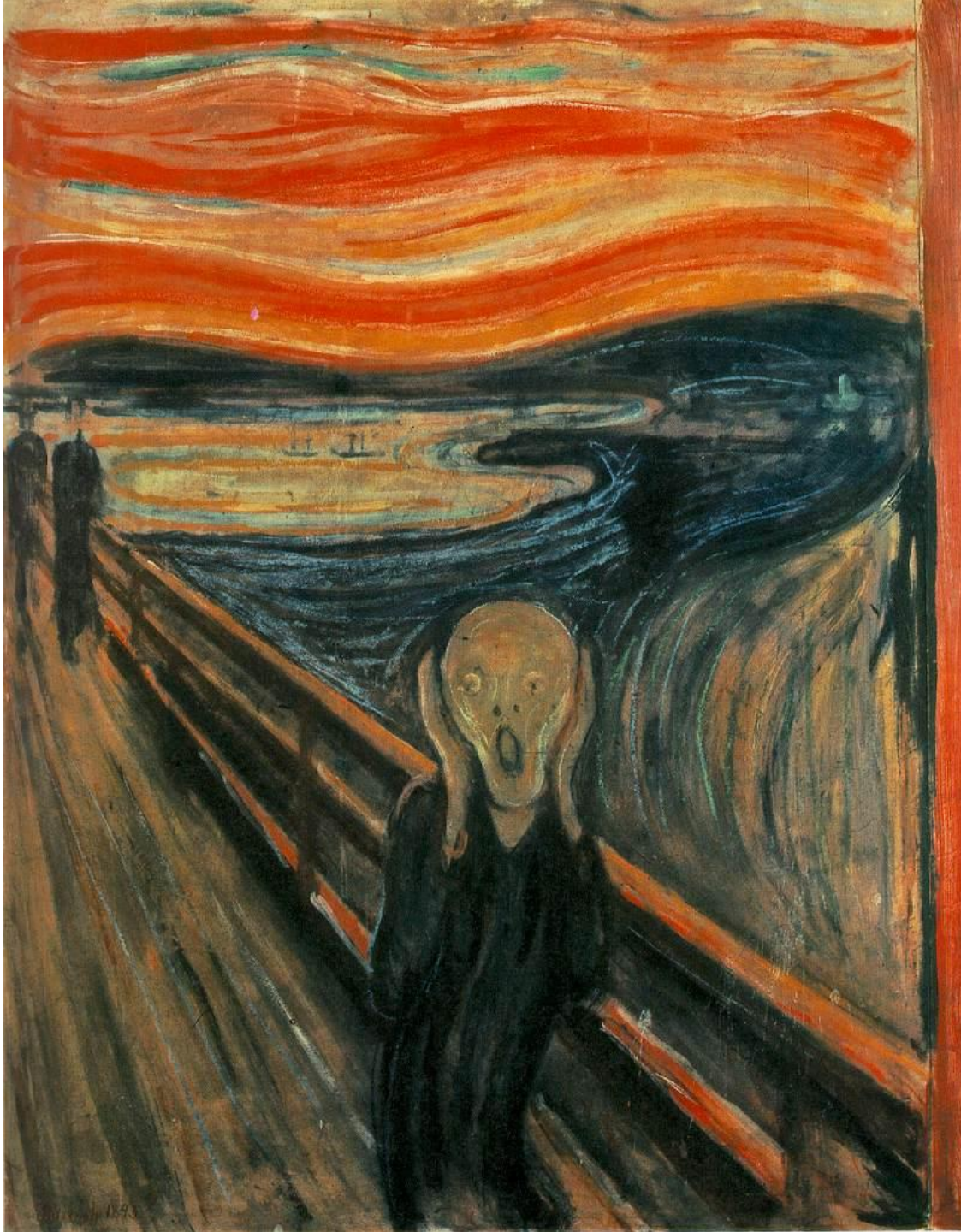
Seneca



*Seneca*

Onbekend





*Wanhoop*

Edward Munch (1893)



# [ Suïcidaal gedrag ]

## ■ Suïcide

Suïcide is een handeling met een dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd en uitgevoerd, in de verwachting van een potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen

## ■ Suïcidepoging

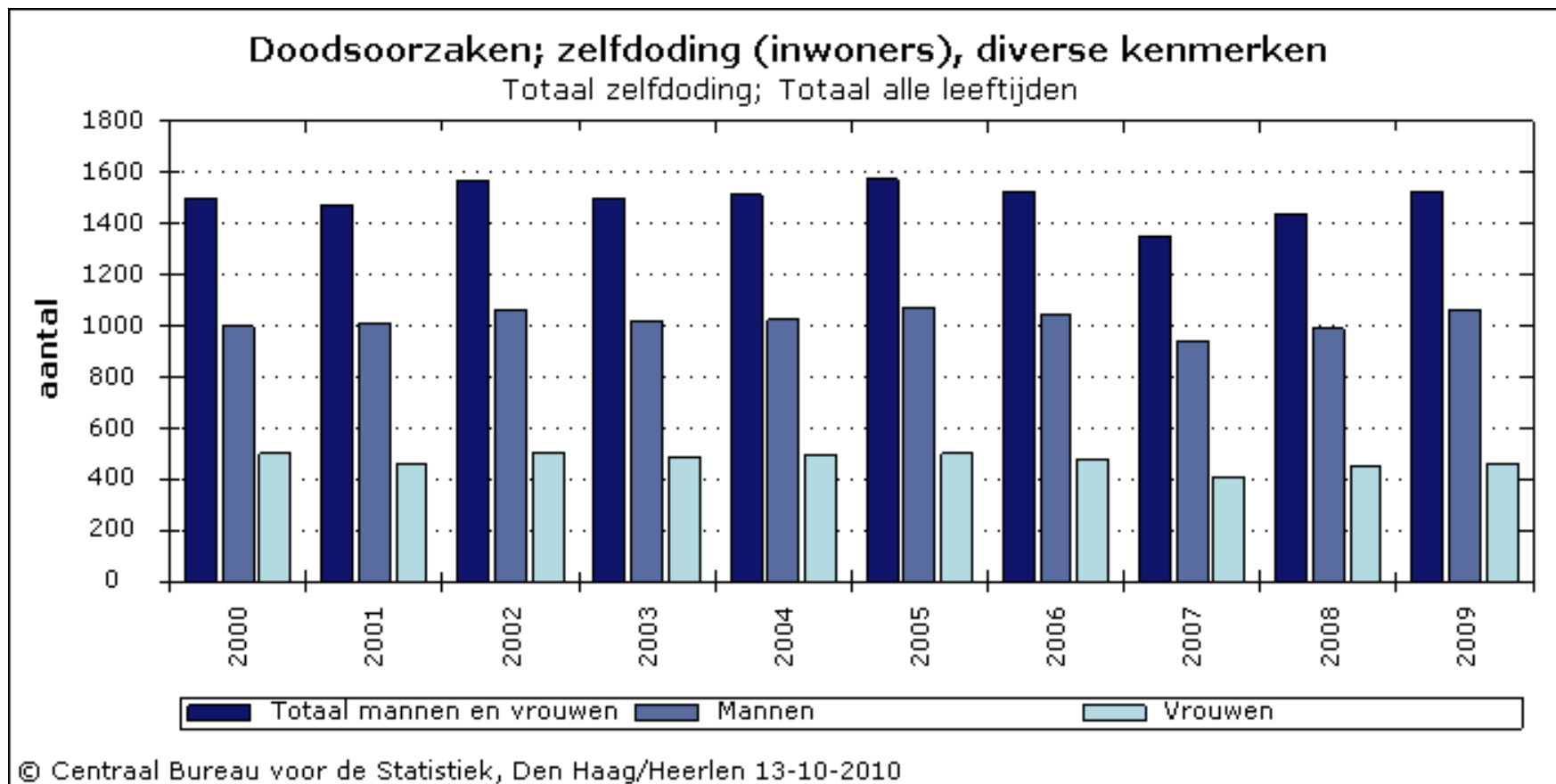
Een handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de persoon, door de verwachting van schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen, of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen. Deze handeling is geen terugkerende gewoonte

# [ Epidemiologie ]

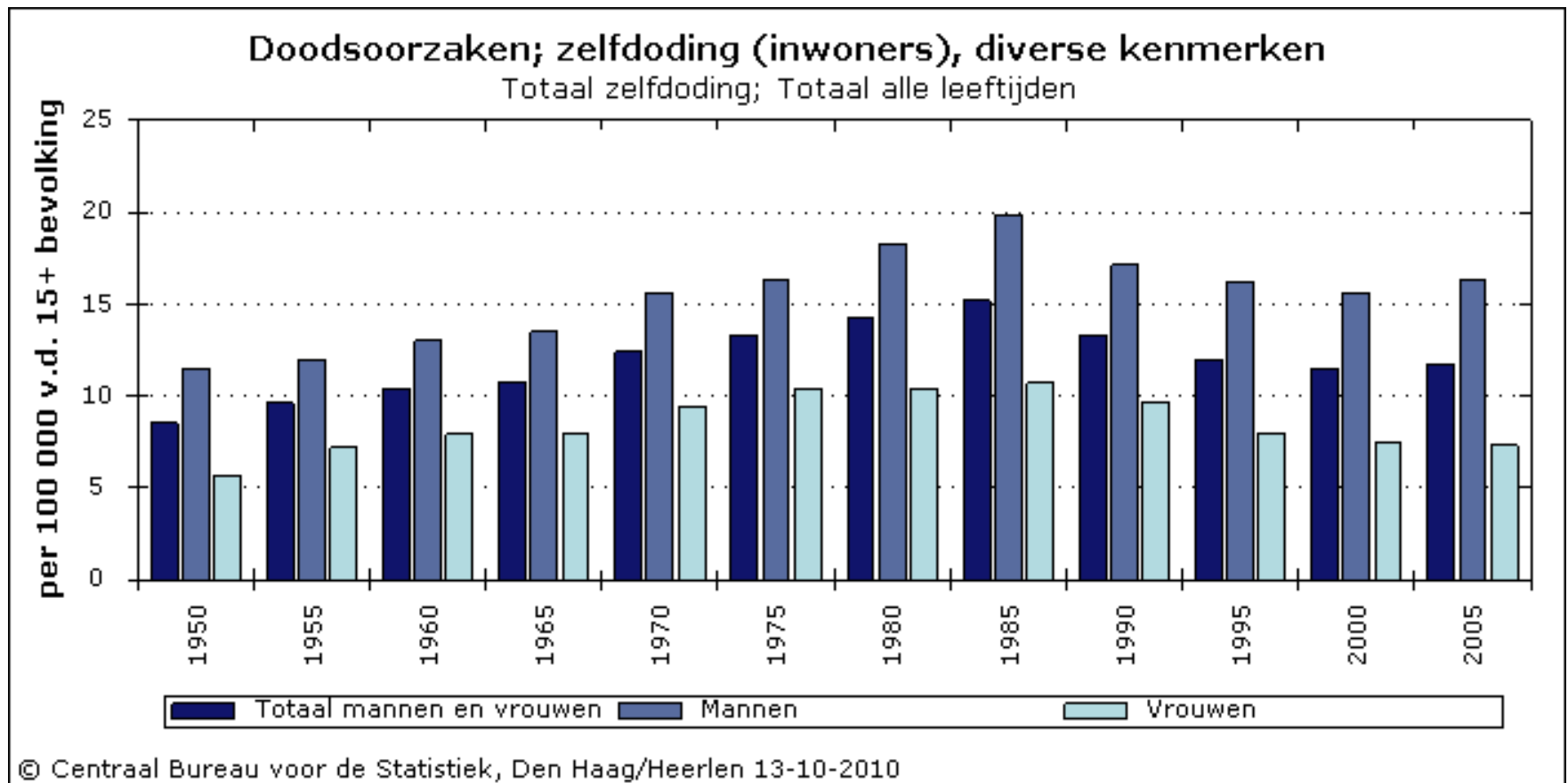
- relatief weinig suïcides in Nederland
- 1500 per jaar
- 11% dacht OOIT aan suïcide
  - 3,2% dacht afgelopen 12 maanden aan suïcide
- 2,7% deed OOIT een poging
  - 0,9% deed afgelopen 12 maanden een poging
  
- 94.000 geschat aantal pogingen per jaar
- 14.000 pogingen jaarlijks behandeld in het ziekenhuis
- 410.00 dachten afgelopen jaar aan suïcide

Bron: Trimbos instituut (2007)

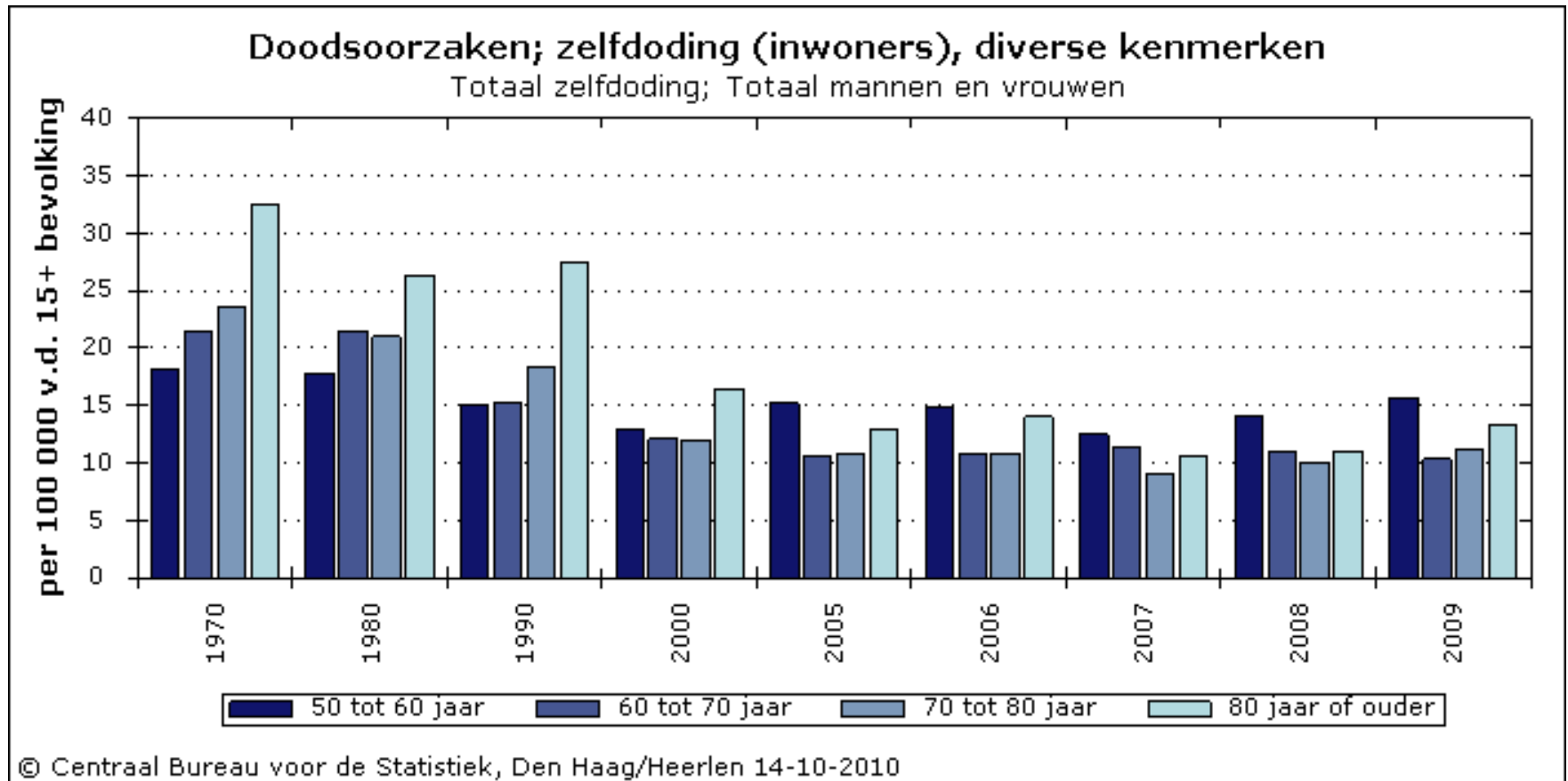
# Zelfdoding in aantallen



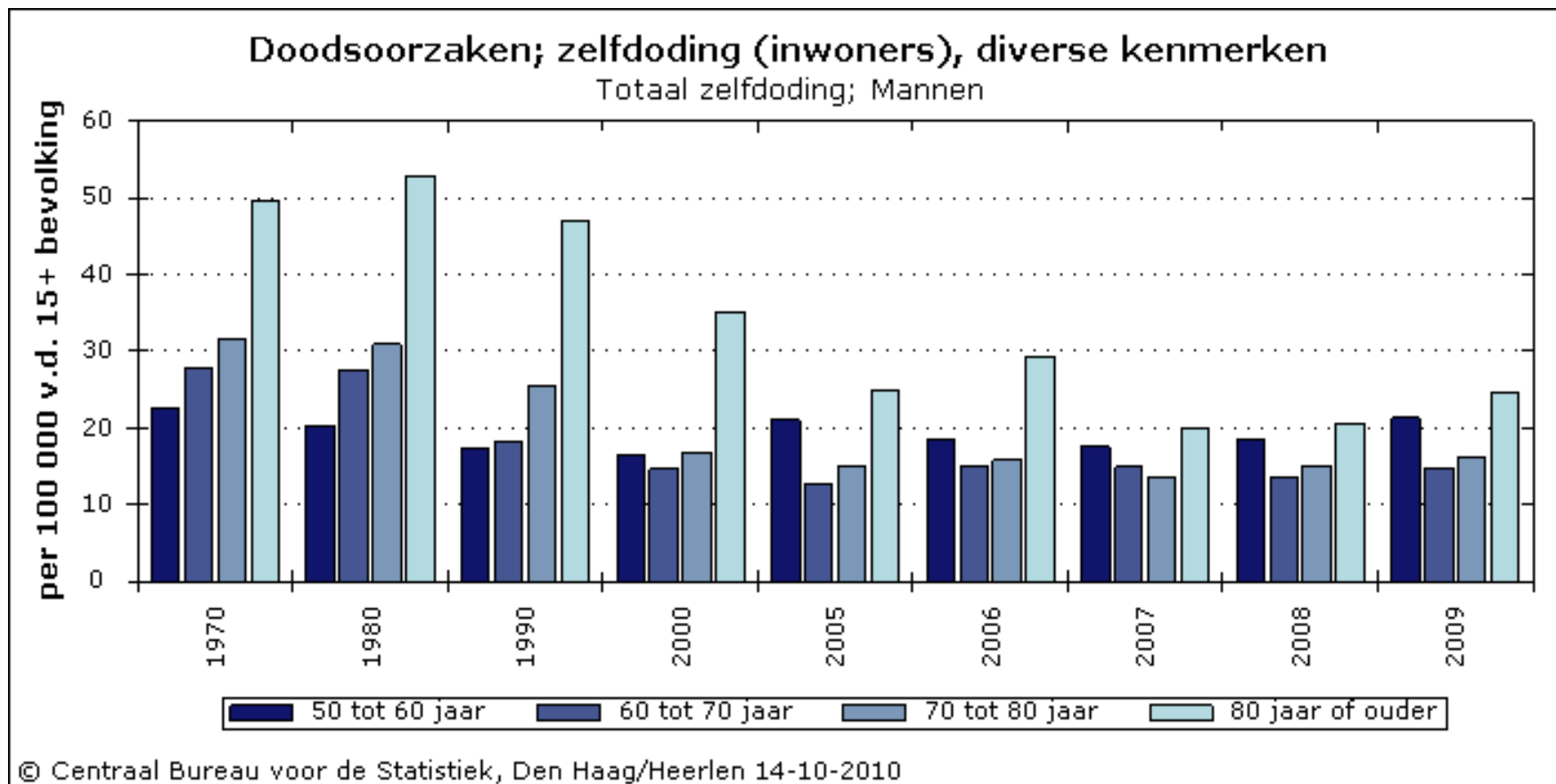
# Zelfdoding in percentages



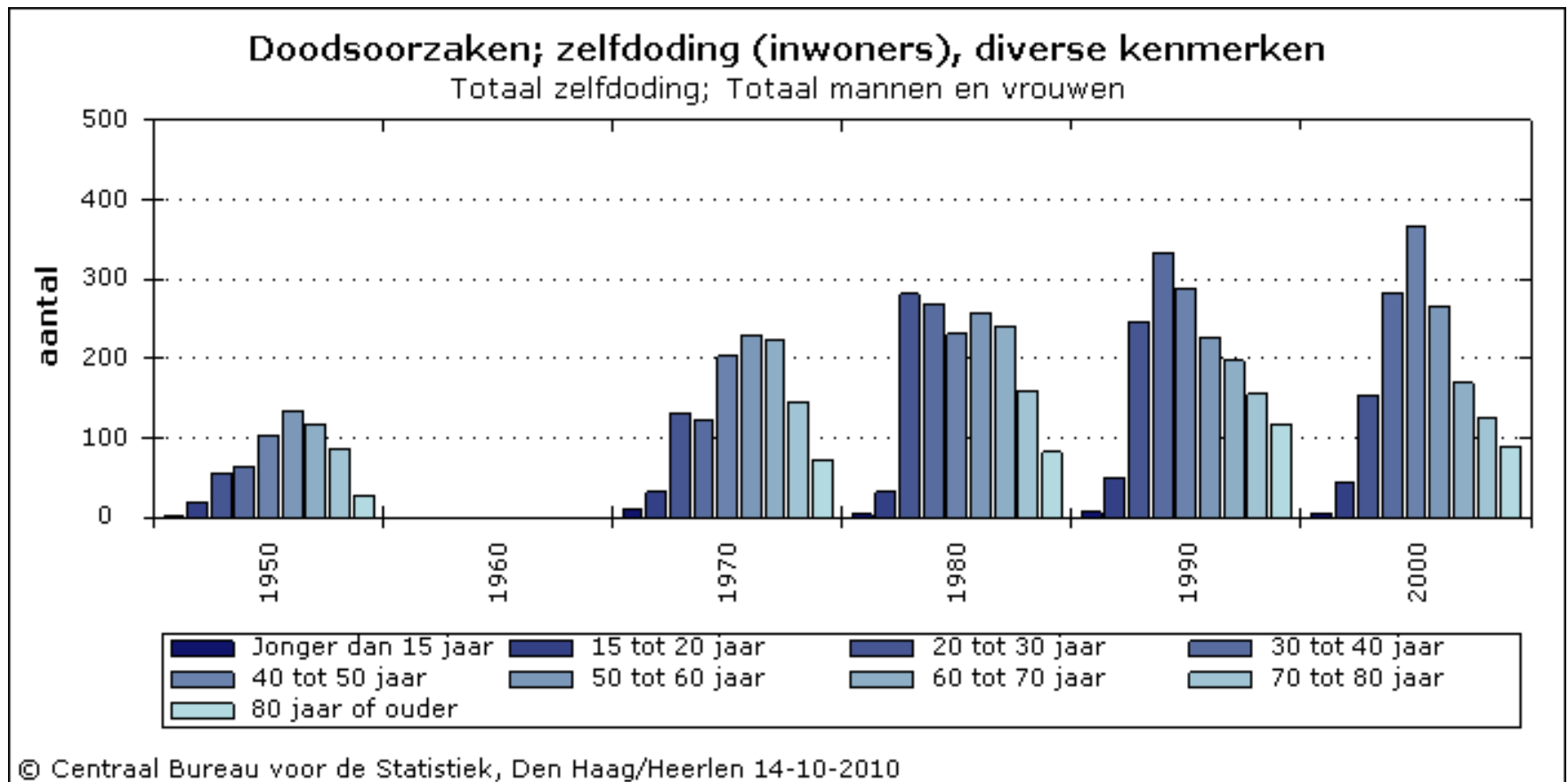
# Zelfdoding ouderen in perc.



# Zeldoding mannen in perc



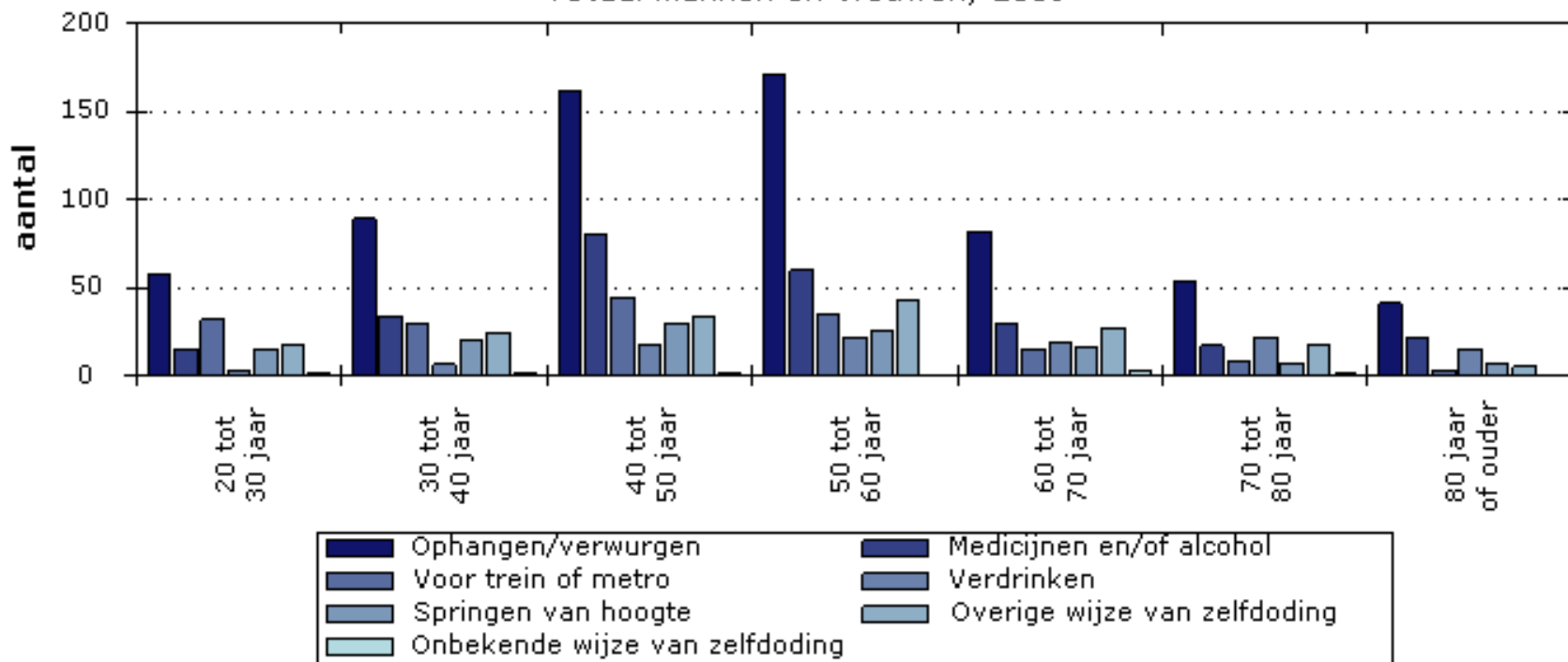
# Aandeel ouderen absoluut



# Doodsoorzaken

## Doodsoorzaken; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken

Totaal mannen en vrouwen; 2009





# [ Risicogroepen ]

- Depressieve stoornis 20 x groter dan normale bevolking
- Bi-polaire stoornis 15 x
- Dystheme stoornis 12 x
- Angststoornis 8 x
- Schizofrenie 8 x
- Persoonlijkheidsstoornis 7 x

# [ Risico factoren ]

---

- psychiatrische- en somatische (co)morbiditeit
- eerdere suïcidepogingen
- lichamelijk lijden (pijn, lichamelijke veranderingen)
- verlieservaringen
- gering probleemoplossend vermogen
- hopeloosheid, entrapment, tunneldenken

# [ Beschermende factoren ]

---

- Religieuze oriëntatie
- Ouderschap & sociale inbedding
- Goed contact met hulpverlener

# [ Suïcidale proces ]

- Kwetsbaarheid en nare gebeurtenissen bedreigen het zelfbeeld
- Men voelt zich incompetent om huidige en toekomstige problemen aan te kunnen
- Komt in een toestand van *hopeloosheid*
- Dit wordt beleefd als een permanente toestand waaruit ontsnappen niet mogelijk is
- Toestand wordt als ondragelijk beschouwd
- En anderen kunnen ook niet helpen, men is *hulpeloos*

**Primaire preventie**

**Secundaire preventie**

**Tertiaire preventie**

Risicofactoren

Voorwaarden-

scheppende factoren

Distaal

Proximaal

Socio-  
economische  
deprivatie

Werkloosheid

Sociale isolatie

Excessieve  
psychosociale  
stress

Psychiatrische  
ziekte

Middelen

-Misbruik

-Gebruik

-Afhankelijkheid

Lichamelijke  
ziekte

Persoonlijks  
stoornis

Ideatie

Poging

Suïcide

Beschermende factoren

Godsdienstigheid  
Zorg voor kinderen

**Suicide  
tendentie**



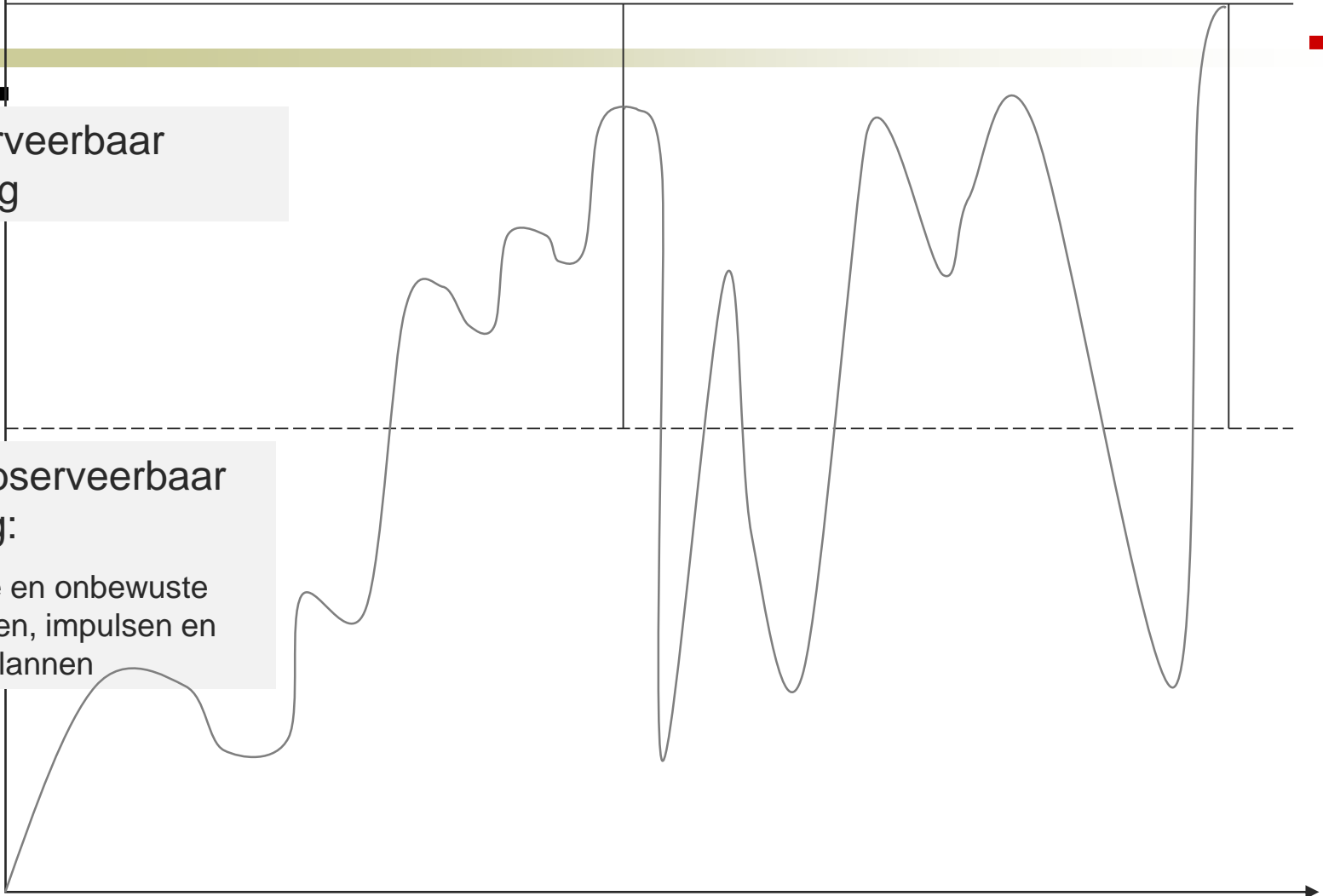
Suicide poging

Suicide

Observeerbaar  
gedrag

Niet observeerbaar  
gedrag:

Bewuste en onbewuste  
gedachten, impulsen en  
suicideplannen



Bron: Hawton, 2001

Tijd

# De leste step

TV: Dokumintêre ned 2\_Toan

**Dizze wike: Selsdeading yn Fryslân**  
Dokumintêres, alle sneinen om 2 oere op Nederlân 2





# Gatekeeperstraining

Korte intro

Oefenen in drie rondes



# [ Gatekeepers ]

- Bereik van gatekeepers
  - contact maken met 410.000 suïcidale personen
- Wie kunnen gatekeeper zijn
  - Ggz-medewerkers
  - Ggd
  - Politie
  - Huisartsen
  - Decanen
  - Bedrijfsartsen
  - Verslavingszorg
  - SEH-afdelingen
  - Dominees, pastores

# [ Gate keepers training ]

- Therapeutisch én diagnostisch interview
- Inhoud
  - Vaardigheid – houding – kennis
  - Gericht op contact maken
  - Leren doorvragen (Kerkhof)
- Doelen
  - Contact maken
  - Inschatten van ernst suïcidaliteit
  - Motiveren voor behandeling
- Basis is QPR (Question, Persuade, Refer)

# [ Suïcidaliteit = intimiteit ]

---

- Gedachten aan suïcide en gevoelens van wanhoop behoren tot de meest intieme menselijke ervaringen en vragen een zorgvuldige benadering

# [ Houding ]

- Congruent/ waarachtig  
Zeg geen dingen waar u niet achter staat of die u niet weet
- Accepterend  
Onvoorwaardelijke positieve waardering en acceptatie van de patiënt
- Empathisch  
Maximaal inleven in de tunnel waarin de patiënt zit  
(Mc Keon, 2009)

# Vaardigheid

- Goede vragen op juiste moment stellen met juiste toon
- Doorvragen
- Concretiseren



# Kennis

- risicofactoren en beschermende factoren
- psychiatrische diagnose
- omgevingsfactoren (VIPs, prof. steun systeem)
- eerdere suïcidaliteit
- demoralisatie/wanhoop
- impulsiviteit e/o gebruik middelen
- verlies/krenking

NB: een suïcide is niet te voorspellen

WEL een groep, NIET het individu

Kapur e.a. 2005; Oquendo e.a 2006

# [ Ronde 1: de basis ]

- Maak tweetal: hulpverlener en suïcidale cliënt
- Vraag direct naar suïcidaliteit:
  - “U bent suïcidaal, zei u?”
- 6 minuten
- Wat valt op?

# [ empathisch vragen ]

## Doorvragen naar de aard van suïcide-ideatie

(Kerkhof & van Heeringen, 2000)

### Met suïcidaal persoon IN CONTACT KOMEN en vragen:

Hoe vaak denkt u aan suïcide (af en toe, dagelijks, bij voortduring)

Hoe intens denkt u aan suïcide (vluchtige gedachten, obsessie, nachtmerrie)

Hoe wanhopig voelt u zich nu (bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit)

Heeft u al een plan gemaakt (voorkeur voor een methode, een plaats of een datum)

Wat zou u bereiken als u suïcide zou plegen (eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen makkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent)

### Ernstmaat inschatten:

1. licht;
2. ambivalent;
3. ernstig(wanhopig/plan);
4. zeer ernstig (wanhopig/blikvernauwd)



# [ Hulp = contact ]

---

- Probeer te begrijpen waarom de ander in zo'n toestand is
- Ga niet snel/ oppervlakkig geruststellen
- Probeer in contact te komen (verbaal en non-verbaal)

# [ Twee centrale vragen ]

- U denkt aan suïcide: dan moet u wanhopig zijn. Klopt dat?
- Waarover bent u wanhopig?

# [ Ronde 2 ]

---

- Wees empatisch
- Vraag goed door
- Maak het concreet
- Heb respect voor ambivalentie

# Toeschouwers-perspectief

Neem iemand mee van het eigen standpunt naar een toeschouwers standpunt.

- \* Waarom nu dood? Verdraagt het uitstel?
- \* Hoe ziet of ervaart een nabije ander het ?

# [ Ronde 3 ]

---

- Introduceer toeschouwers perspectief
- Wees empatisch
- Vraag goed door
- Maak het concreet
- Heb respect voor ambivalentie



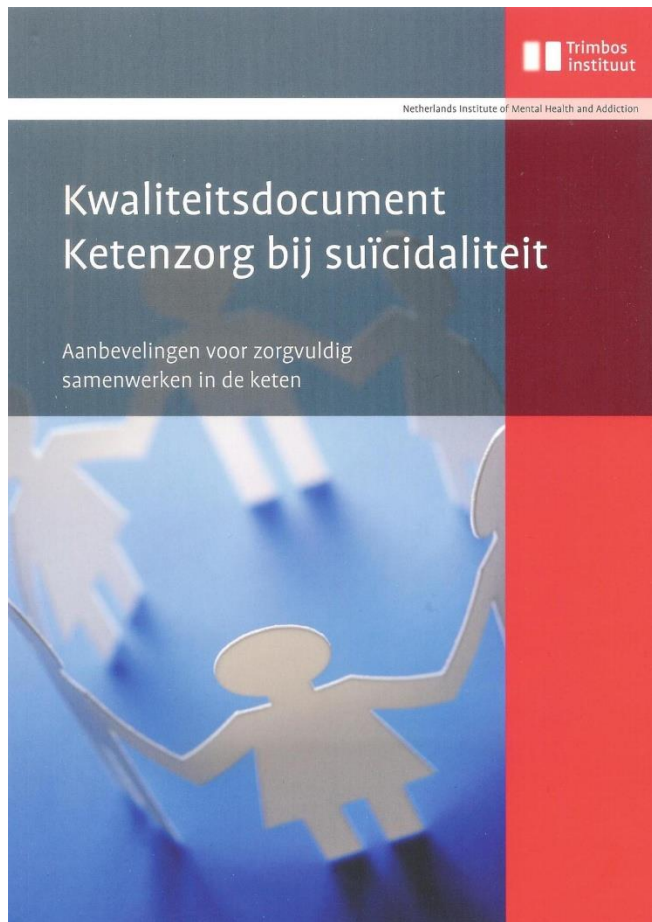
# Behandeling

Ketendocument

MDR Suïcidaal gedrag

Behandelvormen

# [ Ketendocument ]



- **Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit** Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten
- **Indeling**
  - Stappenplan voor implementatie
  - Bouwstenen voor het opstellen van afspraken
  - Checklist afspraken

#### *Leeswijzer*

Dit document bestaat uit 3 delen die, als een drietrapsraket, leiden tot continuïteitsafspraken over de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag:

- Deel 1 bevat een stappenplan om te komen tot afspraken over de continuïteit van zorg
- Deel 2 beschrijft bouwstenen die inhoudelijk bijdragen aan de te maken afspraken
- Deel 3 bevat een checklist om vast te stellen of alle benodigde afspraken ook daadwerkelijk zijn gemaakt

# [ Aspecten zorgketen ]

- Samenstelling keten
  - Huisarts
  - Spoedeisende hulp (SEH)
  - Acute en consultatieve psychiatrie
  - Reguliere GGZ
  
- Beschrijvingen van ieders taak en verantwoordelijkheid
  
- Mn aandacht voor kritische momenten
  - Transfermomenten
  - Dossier toegankelijkheid
  - Zorgmijders



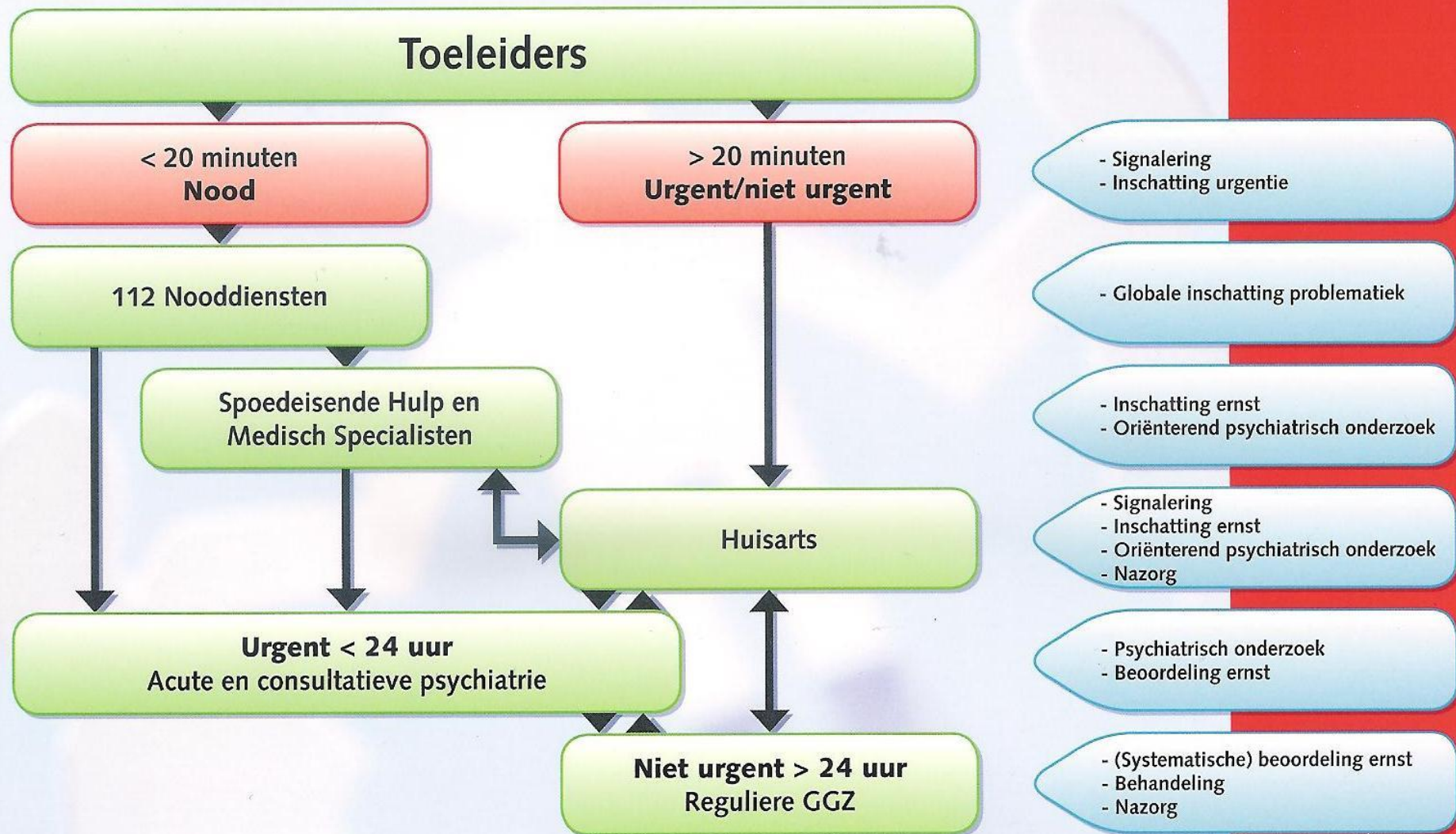
# Uitgangspunten

Per instelling\* een protocol met aandacht voor:

- Noodzakelijke kennis en vaardigheden
- Noodzakelijke instrumenten hiervoor
- Betrokken partijen in de keten
- Minimale afspraken in de organisatie
- Minimale afspraken in de keten
- Gesloten keten / transfermomenten
- Evaluatie en monitoring



\* Instellingen van professionals die in direct contact met de risicogroepen staan



# Taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen

## TOELEIDERS

- Signaleren
- Bespreekbaar maken
- Toeleiden naar / motiveren tot professionele hulp
- Bij nood 112 nooddienst inschakelen

## 112 NOODDIENSTEN

- Veiligstellen patiënten
- Globale inschatting problematiek
- Inschakelen vervolgzorg

### *Aanvullend politie*

- Waarborgen veiligheid hulpverlener acute psychiatrie

### *Aanvullend ambulance*

- Somatische basiszorg

## HUISARTS

- Signaleren
- Inschatten ernst
- Oriënterend psychiatrisch onderzoek
- Somatische anamnese
- Organiseren van veiligheid
- Urgentie bepalen
- Inschakelen vervolgzorg op basis van urgentie
- Basiszorg
- Overbruggingscontacten
- Nazorg
- Informatieoverdracht betrokken partijen

## SPOEDEISENDE HULP EN MEDISCH SPECIALISTEN

- Somatische zorg
- Inschatten ernst
- Oriënterend psychiatrisch onderzoek
- Inschakelen acute of consultatieve psychiatrie
- Aanbieden schriftelijke informatie
- Indiceren en verwijzen voor ziekenhuis-opname
- Informatieoverdracht betrokken partijen

## ACUTE EN CONSULTATIEVE PSYCHIATRIE

- Beoordelen ernst en inschatten kans op herhaling
- Psychiatrisch onderzoek
- Beoordelen wilsbekwaamheid
- Crisisinterventie
- Indiceren van en verwijzen naar reguliere GGZ
- Organiseren toeleiding naar betrokken partijen
- Consultatie aan verwijzers
- Informatieoverdracht betrokken partijen

### *Aanvullend acute psychiatrie*

- Outreachende zorg op indicatie

## REGULIERE GGZ

- Opstellen behandelplan
- Behandeling (vrijwillig/ontvrijwillig)
- Systematisch beoordelen ernst en kans op herhaling
- Outreachende zorg op indicatie
- Informatieoverdracht betrokken partijen



Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen



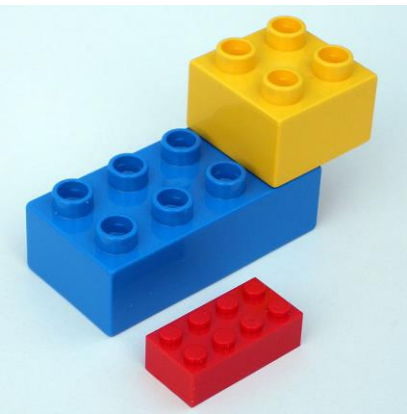
Artikelnummer: AF0942

Te bestellen via: [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel)  
Dit stroomschema is gebaseerd op het 'Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit', artikelnummer AF0943.  
Copyright: GGZ Nederland

# [ Uit Bouwsteen 2.3 ]

Samengevat, de SEH-arts en de medisch specialist hebben de volgende taken:

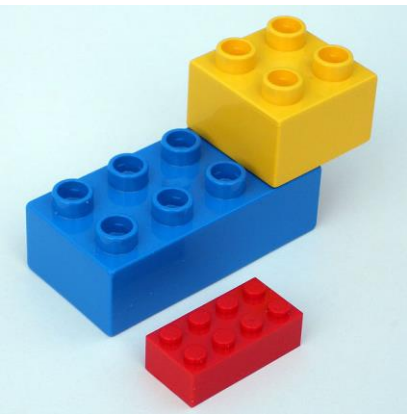
- Bieden van somatische zorg
- Eerste inschatting van de ernst van de suïcidaliteit
- Verrichten van oriënterend psychiatrisch onderzoek
- Inschakelen van de acute of consultatieve psychiatrie, zo nodig tegen de wil van de patiënt
- Aanbieden van schriftelijke informatie zoals de folder 'Als het leven ondraaglijk lijkt'
- Indiceren en verwijzen voor ziekenhuisopname
- Informatieoverdracht aan medisch specialist, de huisarts en acute of consultatieve psychiatrie



# [ Uit Bouwsteen 2.4 ]

Samengevat heeft de acute psychiatrie de volgende taken:

- Afhankelijk van urgentie binnen afgesproken termijnen ter plaatse een beoordeling uitvoeren
- Beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit en inschatten van de kans op herhaling
- Verrichten van psychiatrisch onderzoek
- Verrichten van beoordelingen in het kader van de wet BOPZ
- Crisisinterventie uitvoeren
- Op indicatie bieden van een outreachende zorg
- Indicatiestelling en verwijzing voor behandeling reguliere GGZ
- Organiseren van de toeleiding naar betrokken partijen
- Informatieoverdracht aan betrokken partijen
- Consultatie aan verwijzers



# [ Ketenzorg ]

- Stappenplan voor implementatie
  - *Bij elkaar komen, initiatief GGZ*
  - *Afspraken maken en vastleggen*
  - *Formeel bekrachtigen*
  - *Implementeren en borgen*
  - *Evalueren*
- Bouwstenen voor het opstellen van afspraken
- Checklist afspraken



## Leeswijzer

Dit document bestaat uit 3 delen die, als een drietrapsraket, leiden tot continuïteitsafspraken over de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag:

- Deel 1 bevat een stappenplan om te komen tot afspraken over de continuïteit van zorg
- Deel 2 beschrijft bouwstenen die inhoudelijk bijdragen aan de te maken afspraken
- Deel 3 bevat een checklist om vast te stellen of alle benodigde afspraken ook daadwerkelijk zijn gemaakt

# [ Folder ]

- Problemen lijken onoplosbaar
- Wat helpt
  - Erover praten
  - Gedachten opschrijven
  - Afleiding zoeken
  - Geen alcohol of drugs gebruiken
  - Hulp zoeken
- Voor partners, vrienden en familie: Luister en reageer zonder te oordelen



# Multidisciplinaire richtlijnen



MDR  
Suïcidaal gedrag





# Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

## INHOUDSOPGAVE

- Voorwoord
  - Samenvatting
- 
1. Algemene inleiding
  2. Visie op suïcidaal gedrag: betekenis, oorzaken en behandeling.
  3. Algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
  4. Diagnostiek van suïcidaal gedrag
  5. Behandeling van suïcidaal gedrag
  6. Professioneel handelen na een suïcide

## BIJLAGEN

- A. Samenstelling van de werkgroep, klankbordgroep en verpleegkundige focusgroep.
- B. Evidentietabellen
- C. Onderzoek en indicatiestelling bij suïcidaal gedrag (inclusief voorbeelden van crisisplan, signaleringsplan, afsprakenkaart)
- D. Suïcidaal gedrag en gezondheidswetgeving
- E. Facts sheets voor verschillende settings.

# [ Uitgangsvragen ]

Hoofdstuk 3 – Algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

## 4.1 Waarborgen van veiligheid bij suïcidaal gedrag

4.1.1 Welke maatregelen zijn aangewezen om de veiligheid van de patiënt bij suïcidaal gedrag te waarborgen?

4.1.2 Welke maatregelen zijn nodig om een veilige beoordeling te kunnen doen

6.1.1 Hoe kan de veiligheid van de patiënt na de beoordeling gewaarborgd worden?

Nieuw Wat is de rol van de verpleegkundige bij het waarborgen van de veiligheid?

Nieuw Herhaalde inschatting van veiligheid en suïciderisico (nog uitgangsvraag formuleren)

Nieuw Wat is de rol van verpleegkundigen bij het waarborgen van de veiligheid?

## 4.2 Contact maken

4.2.1 Zijn er samenstellende elementen te benoemen die van belang zijn bij het leggen van contact met een suïcidale patiënt?

4.2.2 Welke contactvaardigheden zijn nodig om een beoordeling te kunnen doen?

4.2.3 Hoe beoordeel je of een werkrelatie mogelijk is? (beoordelen van coöperatie en wilsbekwaamheid)

# [ Enkele thema's in MDR ]

- Veiligheid
- Goed contact (gate keepers)
- Belang van naastbetrokkenen
- Continuïteit van zorg
- Non-suïcide contracten
- (Gedwongen) opname
- Wetgeving

# [ Theoretische behandelmodellen ]

- Van Heeringen

- predispositie

- Beck/Rudd

- Cognitieve theorie
- Suicidale modus

- Joiner

- Vermogen

- *Gewend raken aan pijn, verwonding en dood*

- Wens

- *Beleeft zichzelf als last*

- *Ervaart geen verbondenheid/contact*



# [ Behandelvormen ]

---

- CGT
- Mindfulness
- Oplossingsgerichte therapie
- Crisis signalerings plan
- RvL / RvD

# [ Crisis signalerings plan ]

- Versterken autonomie en oplossingsgericht denken
- Verminderen gevoel van entrapment
- Verbeteren samenwerking met hulpverlener en VIPs



# [ Denkfouten doornemen ]

---

- Zwart/wit denken
- Generaliseren
- Tunneldenken
- Rampen voorspellen
- Gedachten lezen
- Hoge eisen stellen

# [ Gedragsverandering ]

- Afleidingstechnieken voor de korte termijn
- Inschakelen sociaal netwerk
- Bellen met tel. hulplijn
- Impulscontrole oefeningen
- Life style: drinken, drugs, slapen om risico te verminderen



# [ Mindfulness (Williams e.a 2006) ]

- Moment-by-moment bewustzijn
- Niet-oordelend en acceptierend (actuele vs. ideale zelf)
- Suïcidale gedachten kunnen zien als mentale activiteiten ipv feiten
- Doel: herdefinitie van de relatie tussen eigen gedachten, gevoelens en sensaties

# [ Veranderen en/of accepteren ]

- CGT

- Accent op veranderen van gedachten

- MBCT

- Acceptatie ipv verandering
- Inhoud van de gedachten verandert niet, alleen de waarde van gedachten (*thoughts are just thoughts*)
- Bewustwording invloed negatieve mind-state op de lichaamsbeleving

# Mindfulness methoden

- Ademruimte, oefenen
- Bodyscan
- Ruimte voor ademhaling en gedachten
- E.a.

# [ Wat hebben we nu (bijna) ]

- Continuïteit en duidelijkheid:
  - Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit
- Kwaliteit en Behandeling
  - MDR Suïcidaal gedrag
- Nazorg
  - Bijv. VDZ (*verlies door zelfdoding*)
- Media

# [ Toekomst ]

## ■ EAAD

- European Alliance Against Depression (EAAD)

## ■ OSPI Europe

- Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe

## ■ Five levels

- GP's
- Media
- Multipliers
- High risk groups
- Restrictie toegang middelen



**THANK  
YOU**

THANK  
↑