

De multidisciplinaire richtlijn DBSG gedrag en suïcidaal gedrag binnen de GGZ

Wetenschappelijk Middagprogramma, op donderdag 11 september in Castricum,
Dijk & Duin , Parnassia Groep



DR. REMCO DE WINTER,
*PSYCHIATER, REGIO-OPLEIDER PARNASSIA,
ONDERZOEKER VU & DUTCH REPRESENTATIVE*



*DR. MARIEKE DE GROOT, SENIOR ONDERZOEKER, GGZ-
DRENTHE EN VU*

WWW.SUICIDALITEIT.NL



Parnassia Groep



Disclosure belangen spreker



(potentiële) belangenverstrengeling	Geen / Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
<ul style="list-style-type: none">• Sponsoring of onderzoeksgeld• Honorarium of andere (financiële) vergoeding• Aandeelhouder• Andere relatie, namelijk ...	<ul style="list-style-type: none">• Geen• Bezoldigd redacteur <i>Accredidact</i>, nascholingsblad voor psychiaters• Geen• Geen

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/



The screenshot shows a web browser window with multiple tabs. The active tab is titled 'WHO | Preventing suicide:'. The address bar shows the URL 'www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/'. The browser's toolbar includes various icons for search, apps, and social media. A translation popup is visible on the right side of the page, asking 'Wil je deze pagina vertalen?' (Do you want to translate this page?) with options for 'Vertalen' (Translate) and 'Nee' (No). The WHO logo is prominently displayed at the top center of the page. Below the logo is a navigation menu with tabs for 'Health topics', 'Data', 'Media centre', 'Publications', 'Countries', 'Programmes', and 'About WHO'. The 'Programmes' tab is selected. The main content area features the title 'Preventing suicide: A global imperative' and a list of authors: 'World Health Organization'. There is a 'Share' button and a 'Print' button. A sidebar on the left contains a list of links under the heading 'Mental health home', including 'mhGAP', 'Evidence and research', 'Policy and services', 'Media centre', 'Maternal and child mental health', 'Neurology and public health', 'Disorders management', 'Suicide prevention', 'Mental health in emergencies', and 'Mental health publications'. Below the main title is a section for 'Publication details' which includes: 'Number of pages: 92', 'Publication date: 2014', 'Languages: Arabic, English, French, Japanese, Russian', and 'ISBN: 978 92 4 156477 9'. A thumbnail image of the report cover is also visible. At the bottom of the page, there is a 'Report' section with a download icon and the text 'Arabic pdf, 2.69Mb'. The browser's taskbar at the bottom shows various application icons and the system clock indicating the time as 22:01 on 11-9-2014.

wie



Inhoud



- Suïcidaal/suïcide gedrag in het algemeen
- multidisciplinaire richtlijn DBSG
- GGz andere selectie van suïcides?
- Wetenschappelijk onderzoek “highlights”
- Handelen na suïcide.

Suïcide



- Suïcide: zeldzame uitkomst van suïcidaal gedrag
- Onderzoek naar suïcidaal gedrag en naar suïcide verschillend
- Suïcide te laat voor GGZ?
- Suïcidaal gedrag ernstig > GGZ



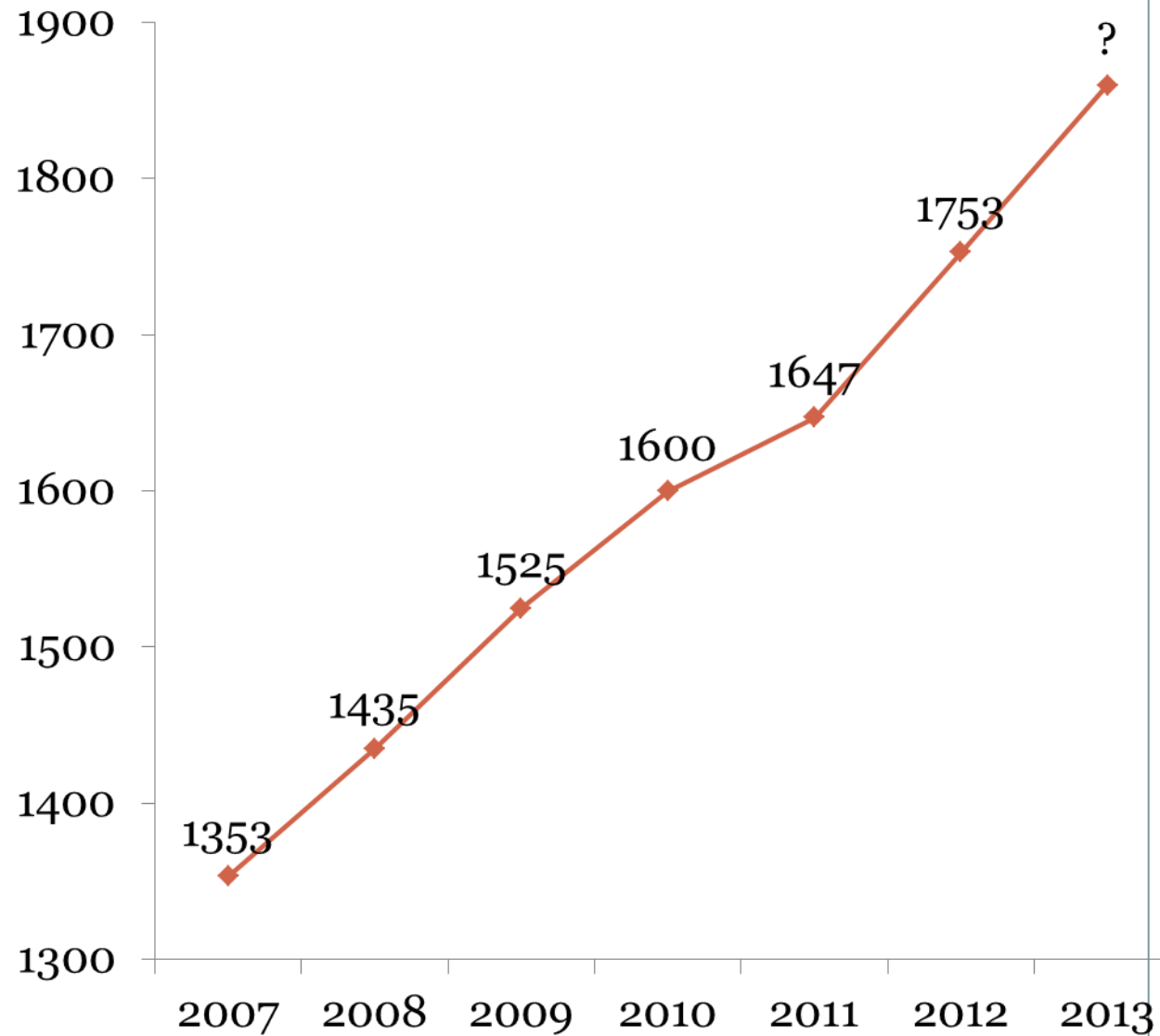
Suicide rate in Netherlands

Suicide rate in Netherlands

between 2007-2012
(male: female = 2.2:1)

2012 : 16.754.961
citizens

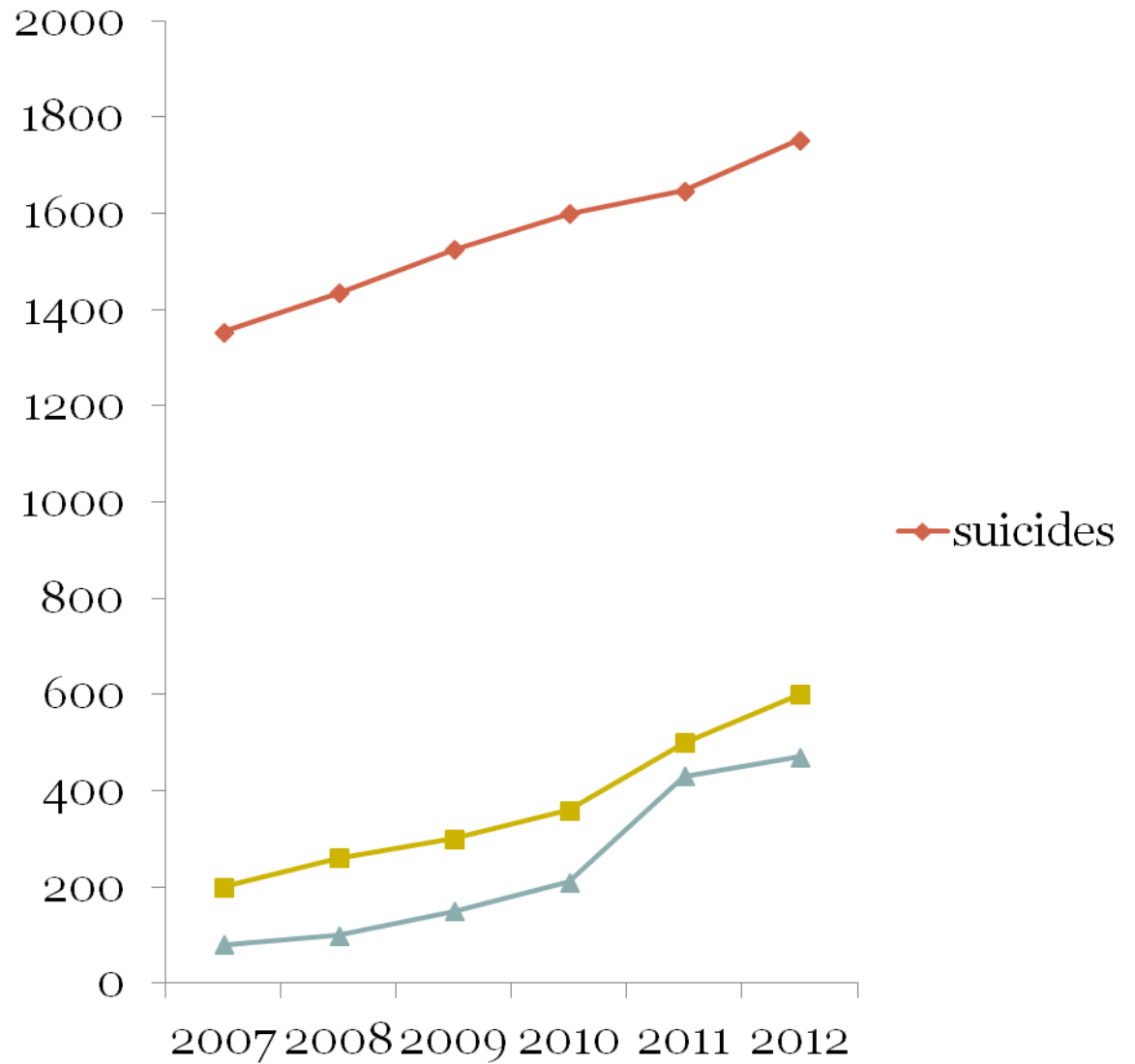
2007 : peak economy,
lowest suiciderate since
1970



Recession??

Mobile internet

Smartphone





“Correlatie” schijnrelatie???



Correlations

		suicide
mobile	Pearson Correlation	,964**
	Sig. (2-tailed)	,002
smartphone	Pearson Correlation	,922**
	Sig. (2-tailed)	,009

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Suicide Man/vrouw (2012)



	Suicides	Populatie	Incidentie
Mannen	1.186	8.282.871	14,3
Vrouwen	567	8.447.477	6,7

Suicide leeftijdsgroepen (2012)



	Suicides	Populatie	Incidentie
< 10 jaar	0	1.887.428	0,0
10-14 jaar	6	1.009.231	0,6
15-19 jaar	45	998.095	4,5
20-39 jaar	408	4.141.893	9,9
40-59 jaar	830	4.906.843	16,9
60 jaar en ouder	464	3.786.858	12,3

Facts & figures ...2010

Not natural causes

	Total	percentage
Total	5845	100%
Falling	2420	41.4%
<u>Suicide</u>	<u>1647</u>	<u>28.2%</u>
traffic	696	11.9%
Suffocation	119	2,0%
Murder	143	2,4%
Drowning	70	1.2%
poisoning	128	2.1%
Work related	59	1,0%
Burning	27	0,5%
By an object	21	0,5%
Private situation	208	3,6%
Unknown	307	5.3%

Methods of suicide (2010)

Methods of suicide	Number all	%
Total	1600	100%
Hanging	744	46.5%
Medication/alcohol	258	16.1%
Jumping in front of a train/subway	182	11.4%
Jumping from height	139	8.7%
Drowning	103	6.4%
Rest	168	10.5%
Unknown	6	0.4%

Suïcidaal gedrag in Nederland per jaar



- ~ 410.000 MENSEN MET SUÏCIDALE GEDACHTEN
- ~ 94.000 SUÏCIDE POGINGEN (SCHATTING) (HELFT EERSTE POGING FATAAL)
- ~ 15.000 SEH
- > ~ 9.400 OPNAMES
- VAN DE SUÏCIDES IS 40-44% BEKEND IN DE GGZ

Suicide in GGz



- Gehele populatie: 10.5/100.000
- Algemene populatie: $\approx 6-7/100.000$
- GGz Populatie: $\approx 80-90/100.000$

MDR DBSG

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

de Tijdstroom



Samenvatting



basis vs. specialistische vaardigheden

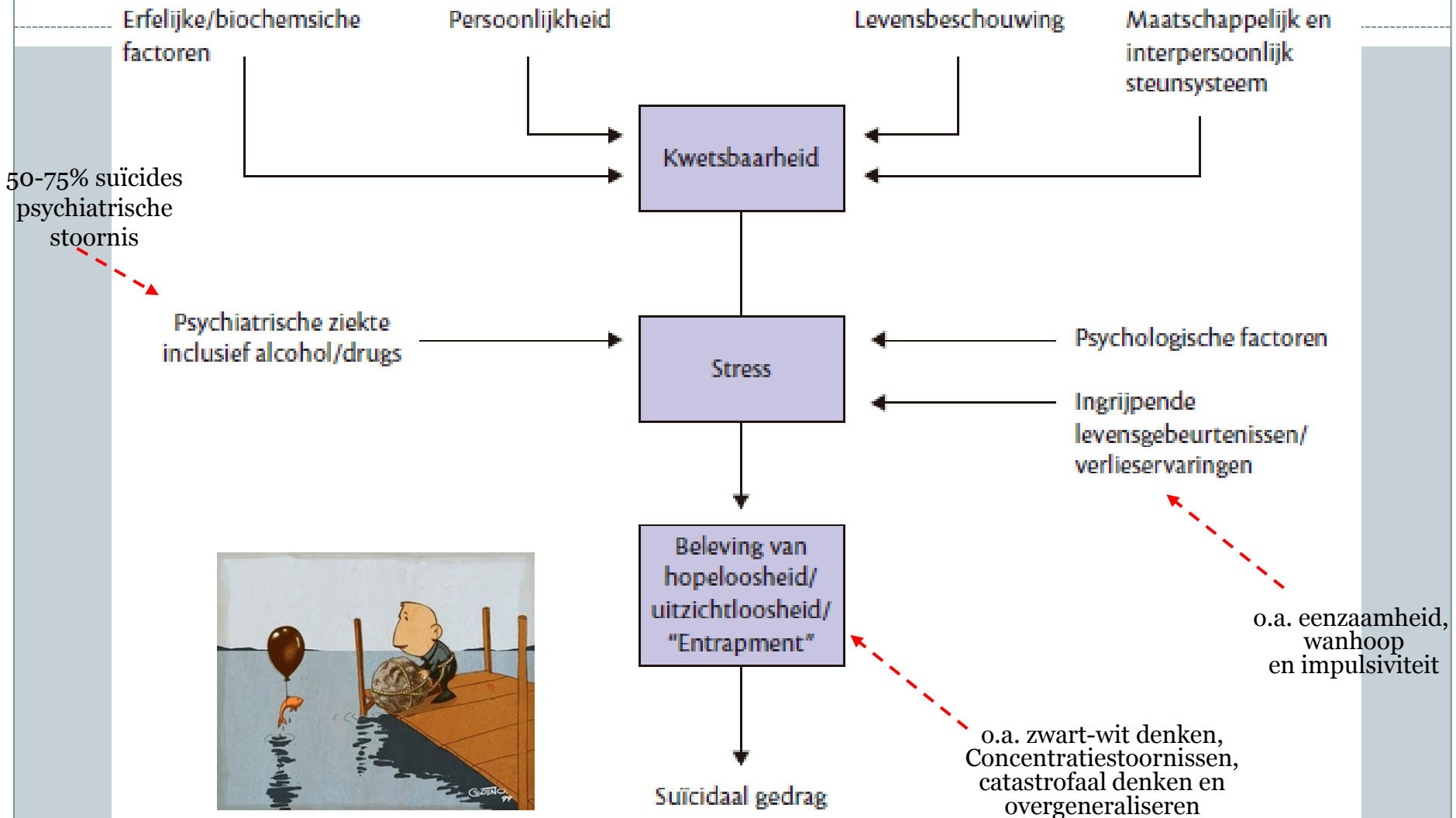


De Richtlijn stelt dat:

- Basisvaardigheden van *artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten in de gezondheidszorg*:
 - herkennen van suïcidaal gedrag
 - het uitvoeren van een oriënterend onderzoek
- Specialistische vaardigheden *die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is*
 - onderzoek naar etiologie en pathogenese van suïcidale gedrag
 - de indicatiestelling voor behandeling zijn
- Beoordeling wilsbekwaamheid is voorbehouden aan een arts
→ Wet BOPZ, Wet BIG en professioneel statuut instelling beschrijft bevoegdheden



Model stress, kwetsbaarheid en entrapment



Essentieel bij beoordeling



- Contact legging
- Veiligheid
- Systeem
- continuïteit

Hoe schat je het risico in?

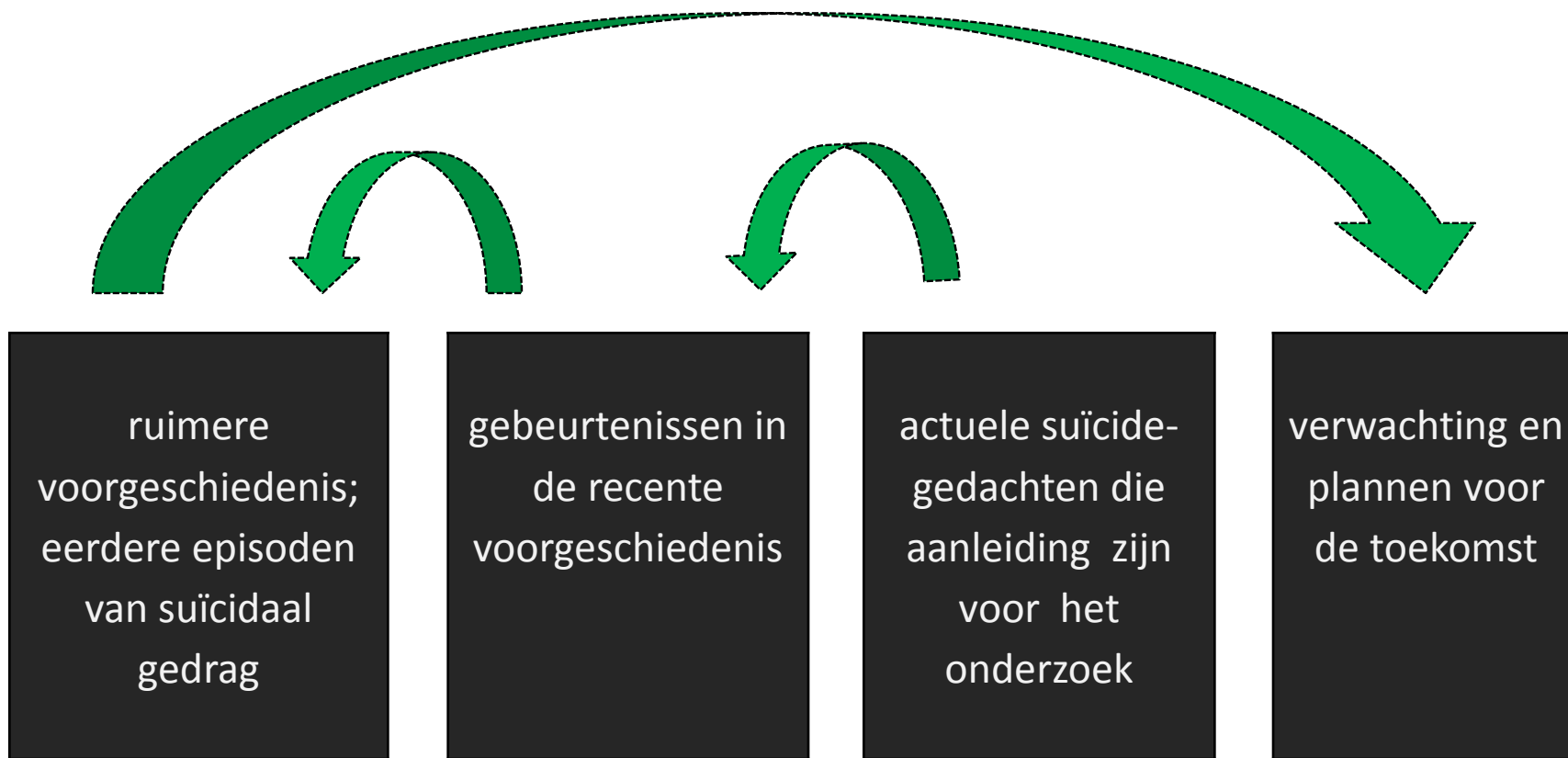


- Interview techniek
- Contact
- Diagnostiek
- Geschiedenis
- Maatregelen genomen afscheid
- Steunsysteem
- Invoelbaarheid
- Veiligheid
- Afspraken



Chronological Assessment of Suicidal Episodes

CASE- interview (Bijlage)



Shea (1998)

Tijdens suïcide bekend in de GGz?



- 40-44%



Selectie anders binnen de GGz



- Als wij ze zien leven ze nog!!!

Wetenschappelijk onderzoek “highlights



- Crisisdienst & suïcidaal gedrag
- suïcidaal gedrag en opname
- Haags suïcide cohort



Den Haag



- Derde stad van Nederland
- International Criminal Court/NSS
- Verzorgingsgebied 700.000 inwoners
- Regeringsstad geen hoofdstad
- Geen Universiteit!
- **Een GGz instelling (klinisch)**



Den Haag



- Vier van de 10 armste wijken van Nederland
- 49% “immigrant”
-
- **One mental health institute**



Gegevens Crisisdienst Praktijk cijfers



Den Haag Spoedeisende Psychiatric



- Ongeveer 5.000 consultaties per jaar
- 4 teams per dag: arts met verlegkundige



Vragen



- **Unieke situatie:**
 - Hoog geschat risico door een hulpverlener
 - ✦ Consultatie spoedeisende psychiatrie!
 - ✦ One catchment area



- **Karakteristieken van suïcidale patiënten (gezien)**
- **Geslachtskenmerken?**
- **Methoden?**

The Hague Emergency Psychiatry

materiaal & Methode



Parnassia Groep

- Tussen (juni) 2009- (januari) 2013: 16383 casus in database
- Uitgebreide registratie variabelen en gekoppeld aan informatie uit EPD
- Registratie suïcidaal gedrag
- Registratie poging en methode
- SPSS vs 20
 - Algemeen, T-testen, Chi-kwadraat, logistische regressie

The Hague Emergency Psychiatry resultaten



- Tussen (juni) 2009- (januari) 2013: **11065 face tot face** casus in database
- Beoordeling suïcidaal gedrag: 3248 patienten (29.4%)
- Pogingen bij **1166** patiënten (35.5% suïcidale patienten, 10,5 % geheel)
- Methode bekend bij **1148** patiënten (98,5%)

Suicidepogingen en methoden



Face it pal - life simply ain't worth living and you know it. This guide will help you to end the misery permanently. Ha - as if someone is going to miss you anyway, you worthless imbecil!

Suicide FOR DUMMIES®

A Reference
for no one
except you

Written by:
Oh, it's not important...

...well, you see, my wife ran off with our lawyer. Took the kids and all. I lost the car, and the house. Now I'm broke, homeless and unemployed. What am I going to do????!!!!

Den Haag Spoedeisende psychiatrie



Methoden

Medicatie	598	52%
Snijden	141	12%
Ophangen	89	8%
Tram/trein/metro	55	5%
Springen	45	4%
Vergiftiging	42	4%
verdrinken	20	2%
Anders (zeer divers, auto, luchtbuks kruisboog, plakband)	166	14%
Onbekend/invulfout	18	2%

Geslacht en suïcidaal gedrag (selectie ook telefonisch)



	Suïcidaal gedrag	p	Suicide poging	P
man	23.0%		6.7%	
vrouw	27.6%	<.0001	9.8%	<.0001

Leeftijd & suïcidaal gedrag

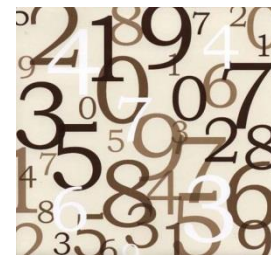


	Suïcidaal gedrag	p	Suicide poging	P
Ja	41.7 yrs		39.5 yrs	
nee	44.7 yrs	<.0001	44.4 yrs	<.0001

<u>Primaire Diagnose</u>	<i>Suïcidaal</i>	<i>P</i>	<i>Suicide poging</i>	<i>p</i>
Stemmingsstoornis	↑	<.0001	↑	<.0001
AsII	↑	<.0001	↑	<.0001
Angststoornis	↑	<.0001	=	ns
Aanpassingsstoornis	=	ns	↑	<.0001
neurologisch	=	ns	=	ns
uitgesteld	↓	<.0001	=	ns
Drugs/alcohol	=	ns	↓	<.0001
Organisch	↓	<.0001	↓	<.0001
Psychotische st.	↓	<.0001	↓	<.0001

Patienten bij de spoedeisende psychiatrie

Vrijwillig/onvrijwillige opname



	opname	Vrijwillig/gedwongen
Geen suïcidaal gedrag	24.1%	11.9/12.3%
Suïcide gedachten	37.3%	25.4/11.9%
Suïcide poging	43.7%	24.7/19.0%



- Op de helft of inkorten??
- ?



Opname



Opname



- Schijnveiligheid
 - Iatrogeen
 - Uiterste noodzaak
-
- Mogelijkheid krachtig behandelen
 - Observatie
 - Ontlasting steunsysteem



Risicotaxatie van suïcidaliteit en opname

- Concentratie van suïcidale patiënten op een gesloten (acute) opnameafdeling
- Verhoogd risico op suïcide (>50 x (?))
- Geen duidelijke behandelrichtlijnen



Opname en benaderingen



- Directe observatie/restrictie
 - Defensieve geneeskunde

- Betrokkenheid en hoop
 - Autonomie bevorderend

Faseringsplan



- Remco de Winter e.a. 2008 & 2012
- Gewoon bij me op te vragen!!!!

Suïcidaliteit



- Opnamereden suïcidaal gedrag rond 30%
- Bij iedereen taxatie en uitspraak setting binnen kliniek
 - (=veiligheids/faseringsplan)
- Dagelijkse registratie en bijstelling (werkdagen)
- Setting is bindend bij de fasering
- Zoveel mogelijk neuzen naar 1 kant
 - Eenduidigheid en duidelijkheid



Faseringsplan



Fase 5	(rood)	Separeren	Ernstig suïcidaal
Fase 4	(oranje)	Supervisie	
Fase 3	(geel)	Geen vrijheden buiten kliniek	
Fase 2	(groen)	Vrijheden buiten kliniek	
Fase 1	(blauw)	Vorbereiding ontslag	

Verdeling fasering

Fase	Aantal patiënten N (%)
Fase 5	45 (3.5)
Fase 4	92 (7.1)
Fase 3	760 (59.5)
Fase 2	359 (28.0)
Fase 1	25 (1.9)

**Wakker
worden!**



Symptomen tijdens opname



	Fase 1-3 N = 1144	Fase 4-5 N= 137	Significantie
Suïcidaal N(%)	(23.8)	(81.0)	p < .001
Zelfbeschadigend gedrag N(%)	(5.7)	(20.0)	p < .001
Manische stemming N(%)	(22.2)	(10.2)	p = .001
Depressieve stemming N(%)	(27.2)	(50.4)	p < .001
Psychotische symptomen N(%)	(53.3)	(56.2)	ns
Gebruik/misbruik van alcohol N (%)	(15.5)	(3.6)	p < .001

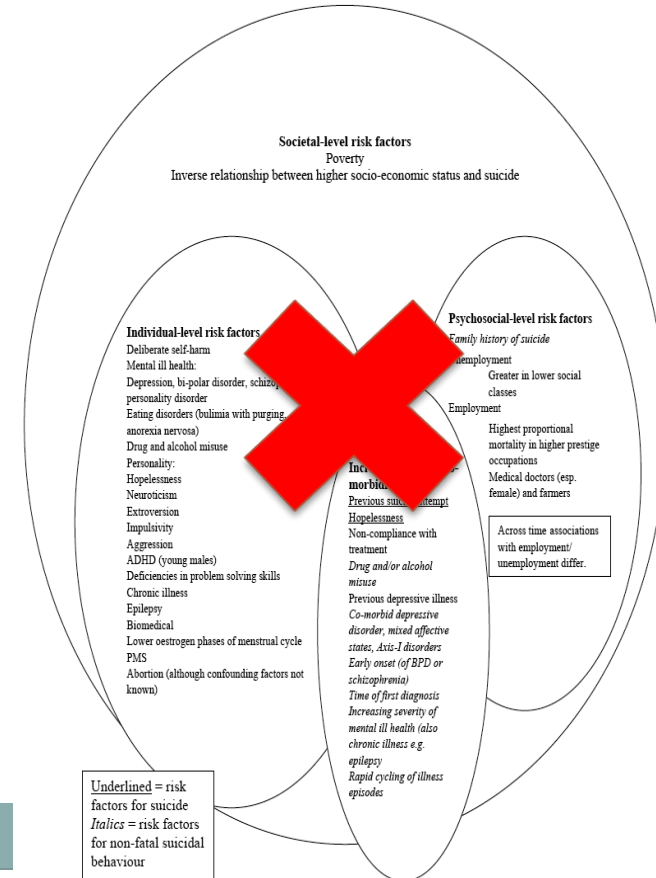
DSM IV cluster

	Fase 1-3	Fase 4-5	Significantie
Depressie N(%)	(8.0)	(32.0)	p < .001
Manisch N(%)	(11.0)	(2.0)	p = .019
Psychotisch N(%)	(30.0)	(21.0)	ns
Middelen gerelateerd N(%)	(15.0)	(12.5)	ns
Persoonlijkheidsstoornis N(%)	(19.4)	(8.5)	ns

Conclusie I

- Verschillen in algemene kenmerken

- Vaker vrouwen
- Jongere leeftijd
- Minder vaak werkloos
- ↓ alcoholgebruik/-misbruik
- Vaker debuterend
- Trend vaker relatie



Discussie

‘High risk’ op gesloten acute opnameafdeling

- Weinig specifieke kennis over deze ‘high risk’ groep
- Weinig behandelconsensus
- Praktische invoering vragenlijsten?
 - Structuur qua diagnostiek
- Verder onderzoek naar ‘high risk’ groep
 - differentiatie
 - Brieven
 - Binnen acute setting

Suïcides tussen 1999-2013 in de Haagse GGZ. Zijn er verschillen gerelateerd aan het sekse?



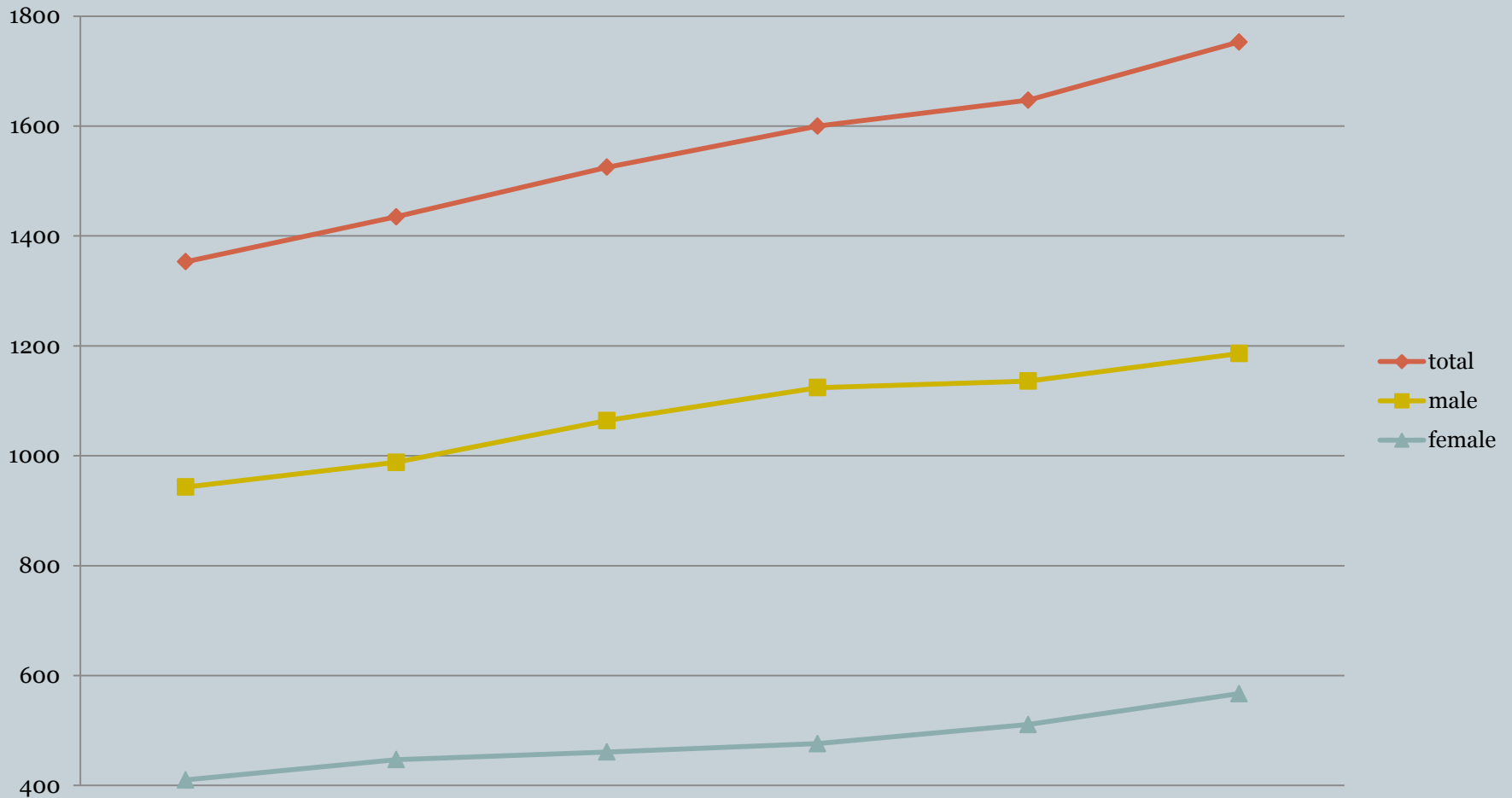
Inhoud



- Achtergrond
- Doel
- Methoden
- Resultaten
- Conclusie
- Sterkte en beperkingen
- Discussie



Man/vrouw ratio sinds 2007



Achtergrond I



Algemene populatie:

- Mannen vaker alleenstaand
- Mannen met 'belangrijke' baan: beschermend
- Werkloosheid en laag inkomen verhoogd risico bij mannen
- Hebben van jong kind verlaagd risico bij vrouwen
- Vrouwen met 'belangrijke' baan en hoog inkomen hebben verhoogd risico
- Psychiatrische aandoening bij vrouwen groter risico

Achtergrond II



- Van alle suïcides 40-44% in behandeling bij GGz
- Hoog risico groep
- Man:vrouw ratio meer gelijk binnen GGz populatie
- Bij eerdere audits bij suïcides van patiënten werd geschat dat ongeveer 20% van de suïcides voorkomen had kunnen worden

Andrés (2010) *Eur. J. Public Health*
Ping Qin (2003) *Am. J. Psychiatry*
Huisman (2009) *Psychiatric Services*
Gilissen (2013) *Epidemiologisch bulletin*

Doel



- Inzicht verkrijgen in de karakteristieken van de GGz patiëntenpopulatie
- Hoe ziet hier een geslachtsgebonden risicoprofiel er uit?



Methode I



- In zorg bij Parnassia Groep regio Den Haag
- “Monopolist” Haagse regio
- 1 januari 1999 tot 1 januari 2013
- Retrospectief dossieronderzoek 314 suïciderapporten
- Suïciderapporten conform de eisen van de IGZ
- Suïcides waarbij uitgebreide informatie bekend is:
klinische gegevens en socio-demografische kenmerken





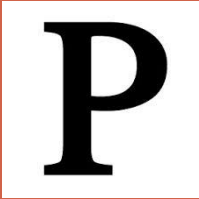
Algemeen

DSM – IV diagnose, N (%)

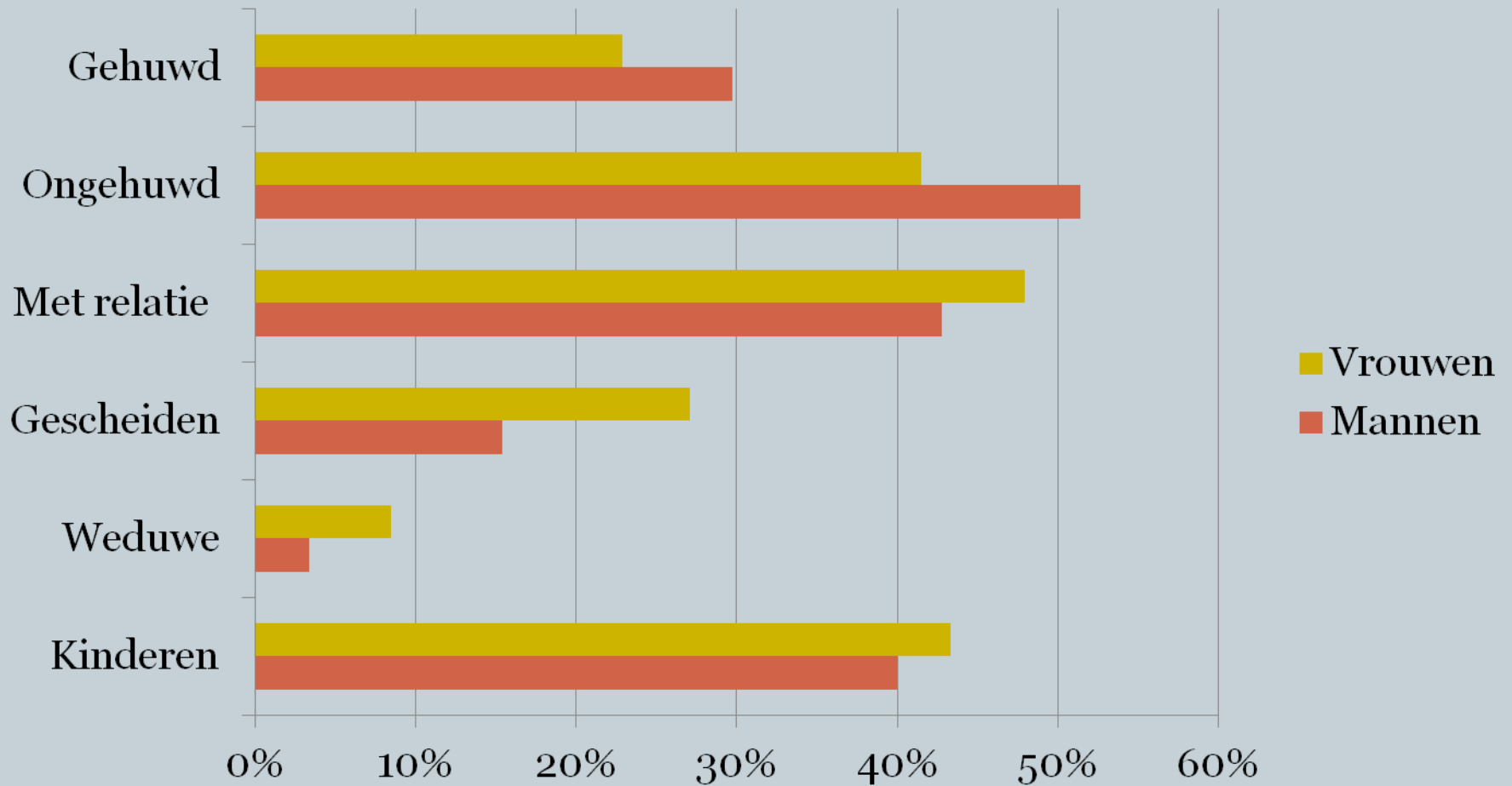
Characteristics	All N = 231 (100.0 %)
Axis I diagnosis	
Psychotic disorder	67 (29.0)
Depressive disorder	73 (31.6)
Bipolar disorder	21 (9.1)
Substance abuse	52 (22.5)
Alcohol abuse	51 (22.1)
Anxiety disorder	29 (12.6)
Adjustment disorder	14 (6.1)
Other	32 (13.9)
Diagnosis deferred on Axis I	8 (3.5)
Diagnosis unknown	4 (1.7)
No diagnosis	7 (3.0)

Resultaten I



			
Ratio	1.5	1	
Aantal	189	125	<0.001
Gemiddelde leeftijd	48.4	45.8	0.149
Met relatie	42.8%	47.9%	0.731
Gehuwd	29,7%	22,9%	0.196
Ongehuwd	51.4%	41.5%	0.096
Gescheiden	15.4%	27.1%	0.014
Weduwe	3.4 %	8.5%	0.062
Kinderen	40.0%	43.3%	0.590

Resultaten I



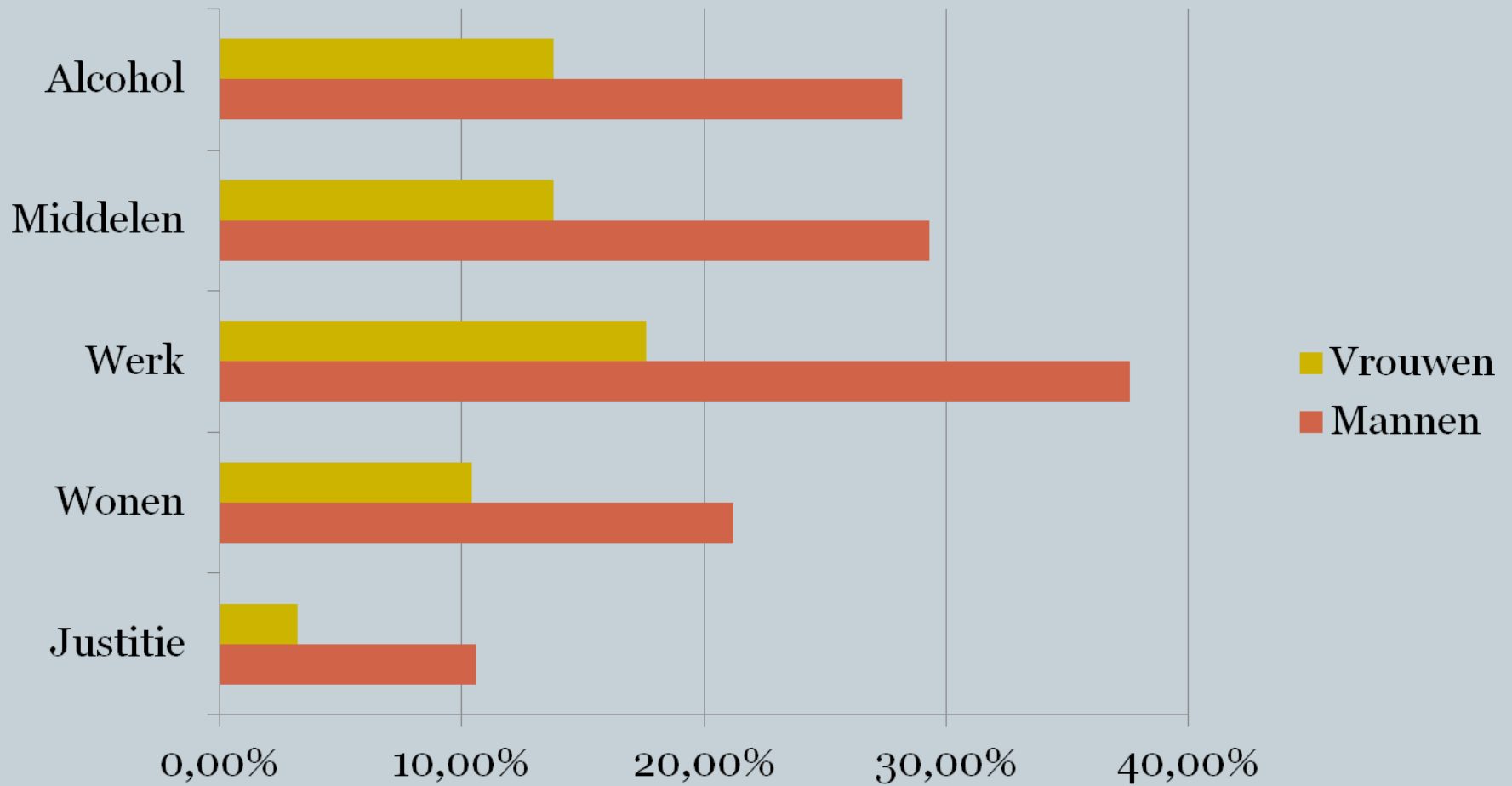
Resultaten II



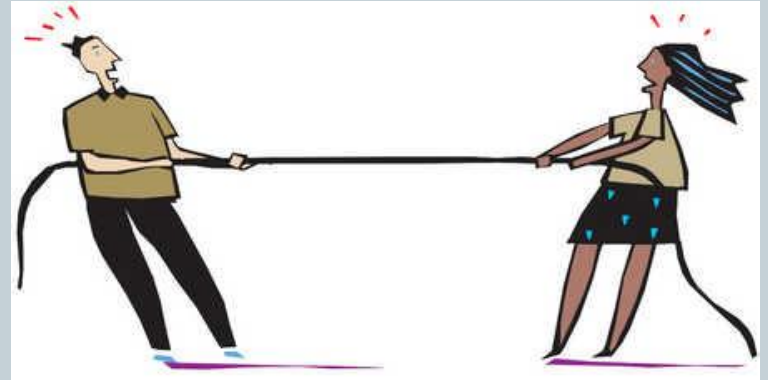
Mannen

- 2 keer zo vaak alcoholmisbruik ($p=0.002$)
- 2 keer zo vaak drugsmisbruik ($p=0.003$)
- 2 keer vaker werkgerelateerde problemen ($p < 0.001$)
- 2 keer vaker woonproblemen ($p=0.030$)
- 3 keer vaker problemen met justitie ($p=0.038$)

Resultaten II



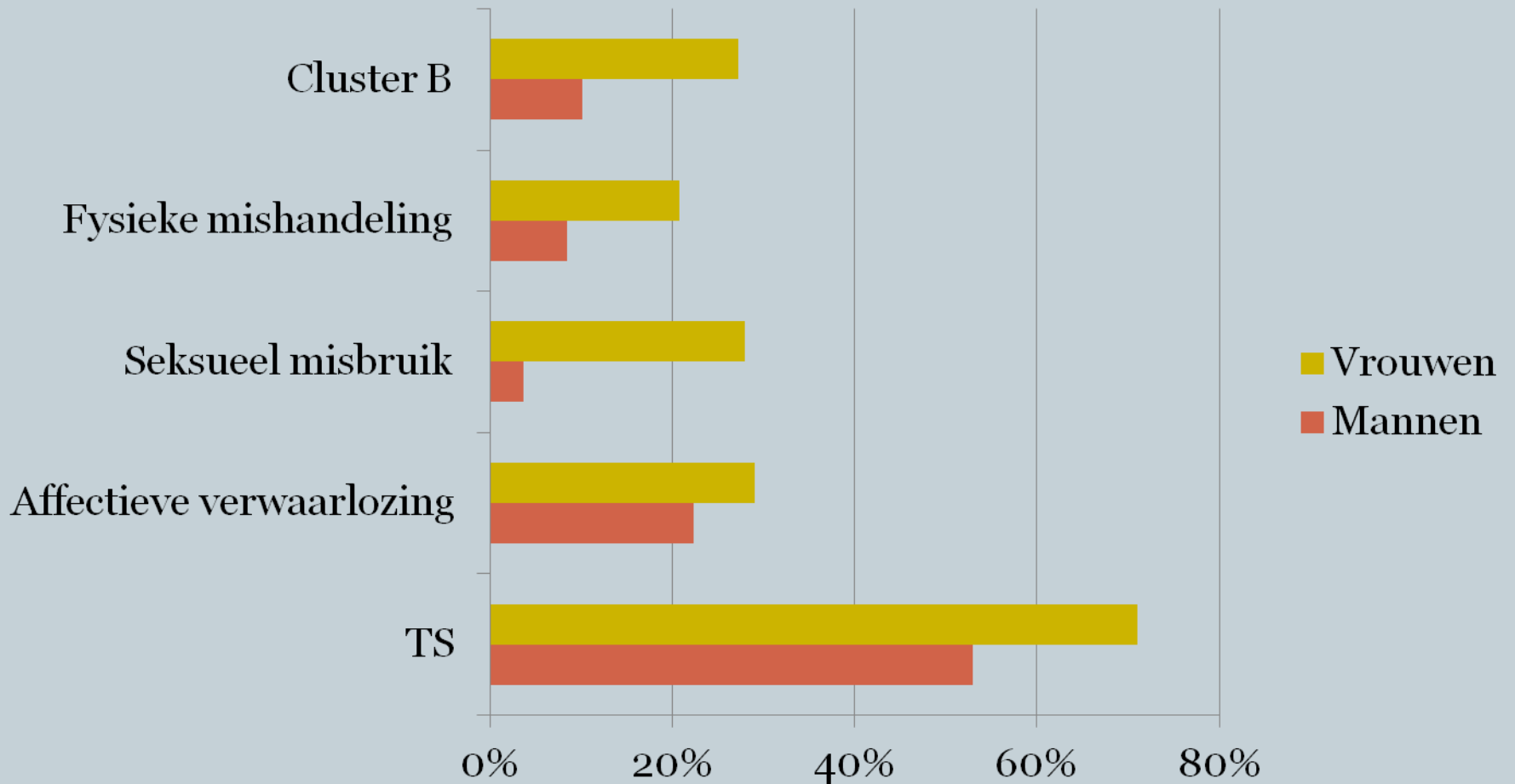
Resultaten III



Vrouwen

- 3 keer zo vaak cluster B ($p < 0.001$)
- 2 keer zo vaak fysieke mishandeling ($p=0.004$)
- 7 keer zo vaak seksueel misbruik ($p < 0,001$)
- 1,5 keer zo vaak affectieve verwaarlozing ($p=0.003$)
- Langer in zorg (14 jaar itt 11 jaar) ($p=0.007$)
- Vaker tentamen suïcide (71% itt 53%) ($p=0.001$)

Resultaten III



Conclusie



- Man: vrouw verhouding meer gelijk
- Mannen vaker middelen gerelateerd of as IV problematiek
- Vrouwen vaker getraumatiseerd of cluster B problematiek

Beperking en sterkte



- Grote N
- Gedetailleerde en controleerbare data
- Groot verzorgingsgebied en sterke positie PG



- Brieven aan IGZ
- Geen controles met algemene populatie
- Verandering in rapporteren vanaf 2010

Discussie



- Onduidelijk of de ratio anders is omdat er meer vrouwen in zorg zijn (is niet zo!)
- Bij inschatting suïciderisico binnen de GGz geslachtsgebonden risicoprofielen laten meewegen
- Risicotaxatie en noodzakelijke zorg hierop afstemmen?

Discussie





Thank you **audience!**



And also

- Yvonne Leezer MD
- Mathijs Deen M.Sc
- Jolien Bueno de Mesquita MD, Ph.D
- Jacomien Krijger MD
- Wilma Neumann MD
- Pauline Stokvis MD
- Rineke van Zuthem M.Sc
- Bert van Hemert MD, Ph.D
- Marieke de Groot, Ph.D

Dank u!!!!



- Ik nodig u uit om contact met me op te nemen
 - Vragen
 - Documenten
 - Onderzoek
- r.dewinter@parnassia.nl

Evaluatie na suïcide



- Marieke de Groot
- KEHR

Kwalitatieve evaluatie van handelen rond suïcide

KEHR Suïcide

dr Marieke de Groot, VU/UMCG
dr Remco de Winter, Parnassia Groep
mariekedegroot@ziggo.nl

KEHR Suicide

programma

- context van KEHR Suicide
- werkwijze
- onderzoek

context (1)

effecten van maatregelen op organisatieniveau (While e.a. 2012)

- verwijderen van 'ligature points' $p=0.06$
- ACT $p=0.05$
- **24 uur crisisdienst** $p<0.001$
- follow-up contact binnen 7 dagen na ontslag $p=0.16$
- non compliance policy $p=0.71$
- **dual diagnosis policy** $p<0.001$
- criminal justice information sharing $p=0.98$
- training in suïcide risicotaxatie $p=0.16$
- **multidisciplinair reviewen van cases** $p<0.001$

While e.a. (2013) . *Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006:*

a cross sectional and before and after observational study. Lancet 379:1005-12.

context (2)

MDR diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012)

- aangeraden wordt de suïcide in team- en intervisieverband te evalueren
- in een veilige context
- met relevante betrokkenen

Handreiking uniforme meldingsroute bij suicides en pogingen met ernstig letsel (GGZ Nederland, 2011)



- geldt vanaf 1 mei 2011 voor alle ggz-instellingen die onder de Kwaliteitswet vallen
- suicide worden gezien als een incident > onderzoek of sprake is van een calamiteit volgens de definitie van calamiteit in de Kwaliteitswet
- ✓ calamiteit: als binnen de instellingen niet gewerkt is volgens professionele standaarden of beleid van de organisatie
- de IGZ geeft organisaties vertrouwen in reflectief en lerend vermogen > **borging en verificatie zijn belangrijk**

Doel

- toets of er zorgvuldig gehandeld is > incident of calamiteit?
- verhogen van het risicobewustzijn
- analyse van oorzaken en aanknopingspunten voor verbetering
- prospectief: analyse van risico's op patiëntniveau
- retrospectief: evaluatie prospectieve risicoanalyse en formuleren van verbeterpunten
- ✓ onderscheid tussen incident- en calamiteitniveau

Handreiking (GGZ Nederland, 2011)

bestaande instrumenten en formats

DAM > oorzakenboom en tijdslijn

PRISMA > basisoorzaken en classificatie van oorzaken

SIRE > reconstructie: wat is er gebeurd en waarom?

Tripod Beta-methode > analyse van oorzaken die worden teruggevoerd op 'foutbevorderende omgevingsfactoren'

Visgraatmethode > analyse van betrokken categorieën: mens, methode, machine, materiaal, omgeving

KEHR suicide (1)

Kwalitatieve Evaluatie van Handelen Rond Suicide >

doelen

- achterhalen van **motieven** van professionals om iets wel/niet te doen rond suïcidaal gedrag
- formuleren van gewenste aanpassingen op individueel en teamniveau
- verbetering van richtlijn *adherence*

uitgangspunten

- geen beoordeling > kwalitatieve evaluatie bedoeld om een 'bespreekdocument' te genereren
- ter aanvulling op bestaande methoden en formats
- anoniem & vrijwillig
- multidisciplinair

KEHR suicide (2)

Kwalitatieve Evaluatie van Handelen Rond Suicide

werkwijze

- KEHR-Suicide > vragenlijst over concrete handelingen zoals geformuleerd in de MDR
- > terugkoppeling van uitkomsten via een rapport
- bespreking van uitkomsten via besprekingsformat

voordelen

- eenvoudig en weinig tijdrovend
- snel resultaat mits goed georganiseerd en aangestuurd
- uitkomsten van evaluaties kunnen worden gemonitord in de tijd
- 'real life' trainingsinstrument voor richtlijntoepassing
- uitkomsten zijn bruikbaar voor wetenschappelijk onderzoek

KEHR suicide (3)

Kwalitatieve Evaluatie van Handelen Rond Suicide

voordelen

- eenvoudig en weinig tijdrovend
- snel resultaat mits goed georganiseerd en aangestuurd
- uitkomsten van evaluaties kunnen worden gemonitord in de tijd
- 'real life' trainingsinstrument voor richtlijntoepassing
- uitkomsten zijn bruikbaar voor wetenschappelijk onderzoek

KEHR Suicide: werkwijze

A: vragenlijst

KEHR-versie 19 augustus 2012 (Compatibiliteitsmodus) - Microsoft Word

Start Invoegen Pagina-indeling Verwijzingen Verzendlijsten Controleren Beeld Invoegtoepassingen Nitro PDF Professional

Plakken Klembord Lettertype Alinea Stijlen Zoeken Vervangen Selecteren Bewerken

2 **Onderwerpen die u heeft besproken in het contact over suïcidegedachten**

1 **Hoe wanhopig de patiënt zich voelde**

ja
 nee

2 **Of de patiënt een plan had om suïcide te plegen**

ja
 nee

3 **Hoe urgent de suïcidewens was voor de patiënt**

ja
 nee

4 **Of de patiënt beschikte over middelen om suïcide mee te plegen**

ja
 nee

5 **Of de patiënt controle had over zijn drang om suïcide te plegen**

ja
 nee

6 **Of de patiënt anderen op de hoogte had gebracht van zijn suïcidelannen**

Pagina: 9 van 25 | Woorden: 2.790 | Nederlands (Nederland) | 100%

Verzonden items - ... | kehr - Bericht (HT... | KEHR-versie 19 aug... | 4 Microsoft Office... | NL | 22:10

KEHR Suicide: werkwijze

C: besprekingsformat

KEHR-versie 19 augustus 2012 (Compatibiliteitsmodus) - Microsoft Word

Start Invoegen Pagina-indeling Verwijzingen Verzendlijsten Controleren Beeld Invoegtoepassingen Nitro PDF Professional

Plakken Klembord Lettertype Alinea Stijlen Zoeken Vervangen Selecteren Bewerken

APPENDIX C Format voor het bespreken van de uitkomsten van de KEHR-Suicide vragenlijst

- Bij de bespreking van de uitkomsten staan de volgende vragen centraal:
 - 1 zijn de uitkomsten herkenbaar?
 - 2 (hoe) zijn de uitkomsten te verklaren?
 - 3 welke aanpassingen zijn gewenst?
 - 4 wat is nodig om dit te realiseren?
- De uitkomsten van de bespreking kunnen worden genoteerd in het evaluatieformulier (zie **Appendix D**).

Pagina: 22 van 25 Woorden: 2.790 Nederlands (Nederland) 100%

Verzonden items - ... kehr - Bericht (HT... KEHR-versie 19 aug... 4 Microsoft Office... NL 22:12

KEHR Suicide: onderzoek

kwantitatief en kwalitatief

- Werkt het instrument?
- Op welk moment wordt het gebruikt?
- Wie doen mee?
- Leiden de uitkomsten tot een effectieve dialoog?
- Wat gebeurt er met de voorgenomen verbeteracties?

- Hoe ziet het handelen rond suïcidaal gedrag er uit?
- Zijn er relaties tussen het volgen van richtlijnaanbevelingen en kenmerken van patiënten/professionals?
- (Hoe) werkt ketenzorg (niet)?

KEHR Suicide

contact en vragen

mariekedegroot@ziggo.nl

r.dewinter@parnassia.nl

Afrondend



- Suïcide en impact op GGz
- MDR nog veelal ongelezen?
- Suïcidaal gedrag leidt meestal niet tot suïcide
 - Selectie in de GGz
- GGz populatie anders dan algemene populatie
 - Ander risicoprofiel
 - Geslachtsprofiel
 - Specifieke genderproblematiek
- Niet schamen na suïcide maar leren door suïcide