

PITSTOP suicide

e-learning supported train the trainer course

Remco de Winter en Adriana Slingschröder
www.suicidaliteit.nl

Programma

- 09.30- 10.15 Kennismaken + epidemiologie
- 10.15-11.30 Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
pauze
- 11.45-13.00 Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
pauze
- 13.30-15.00 Structuurdiagnose en veiligheidsplan
pauze
- 15.15-15.45 Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
- 15.45-16.30 Chronische suïcidaliteit en afronding

Verwachtingsmanagement

Na de training

- Bent u geïnformeerd over de richtlijn
- Zijn uw vaardigheden uitgebreid
- Heeft u meer kennis over suïcidaliteit
- Heeft u binnen uw team een gemeenschappelijk jargon
- Kunt u binnen uw team verder werken aan de verbetering van suïcidepreventie

Met als doel:

- uw patiënten voelen zich beter begrepen
- Minder suïcidaal gedrag op de afdeling / onder patiënten

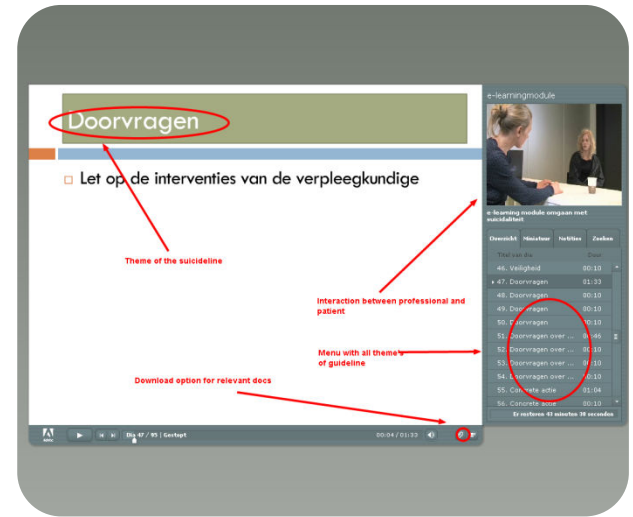
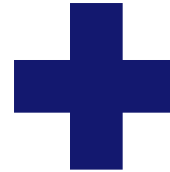
Kennismaken

- Wie bent u, en in welke mate heeft u in uw dagelijks werk met suïcidaal gedrag te maken?

Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag



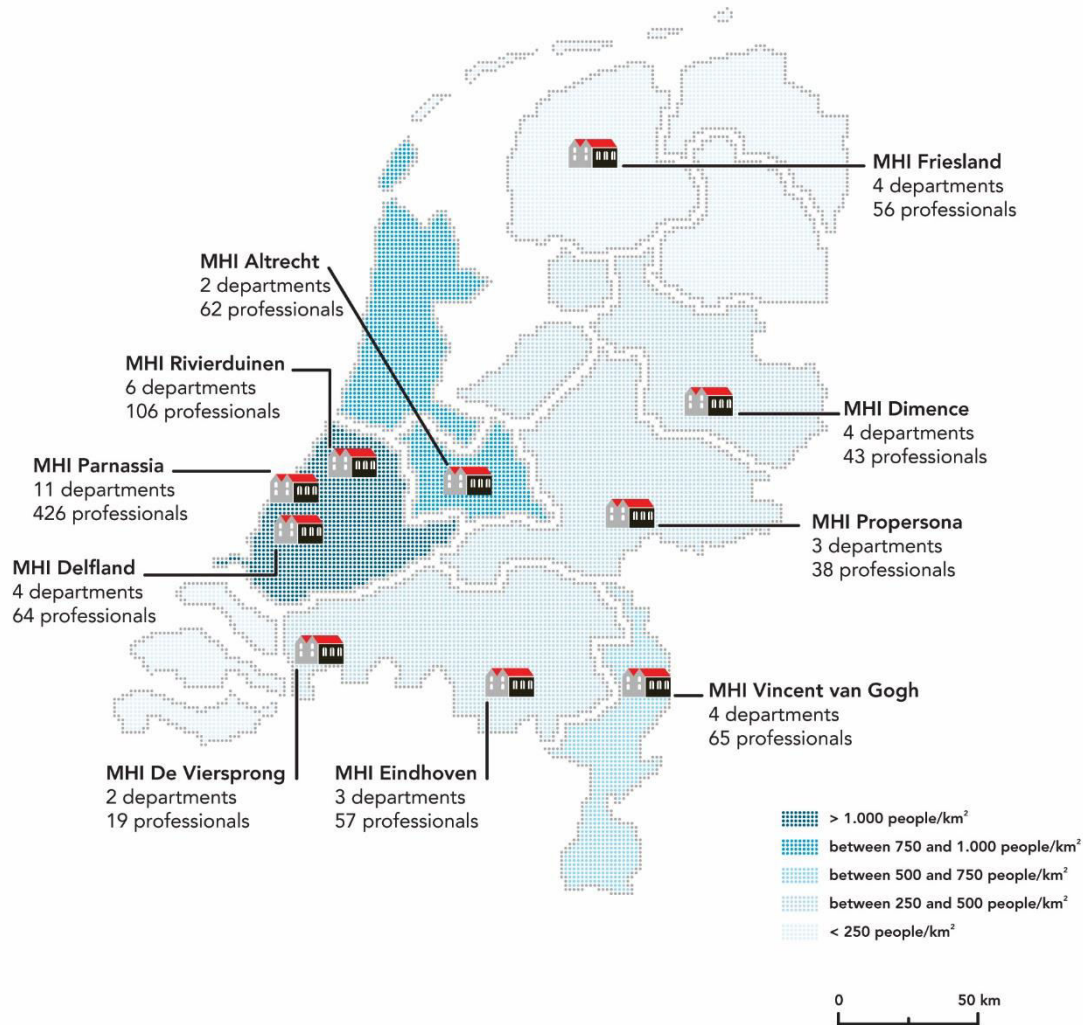
PITSTOP suicide



1 daagse training

E-learning module

PITSTOP suicide trial



Effecten PITSTOP

- Professionals meer zelfvertrouwen en kennis
- Depressief suïcidale patiënten sneller hersteld van suïcidale gedachten
- Internationaal erkend: Artikelen in Journal of Affective Disorders en British Journal of Psychiatry.
- Ondertussen meer dan 5000 GGZ professionals getraind

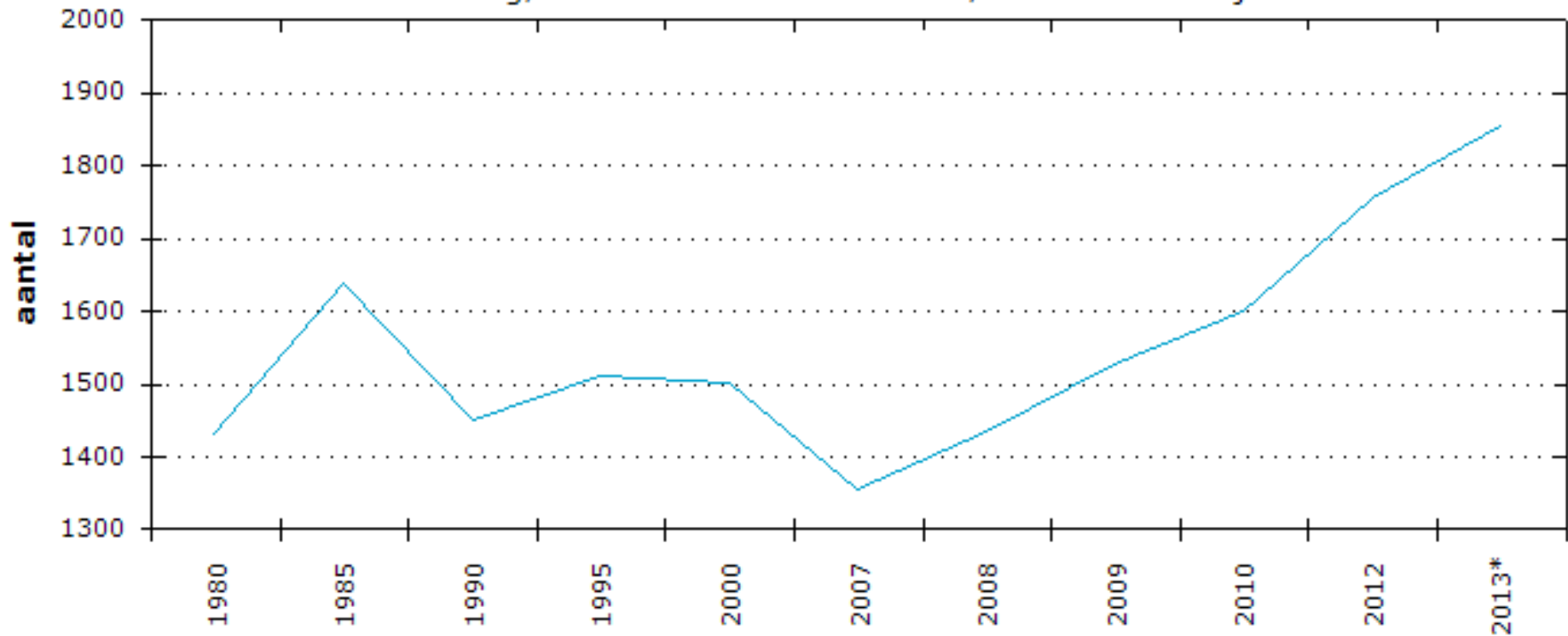
Epidemiologie

Even wat getallen

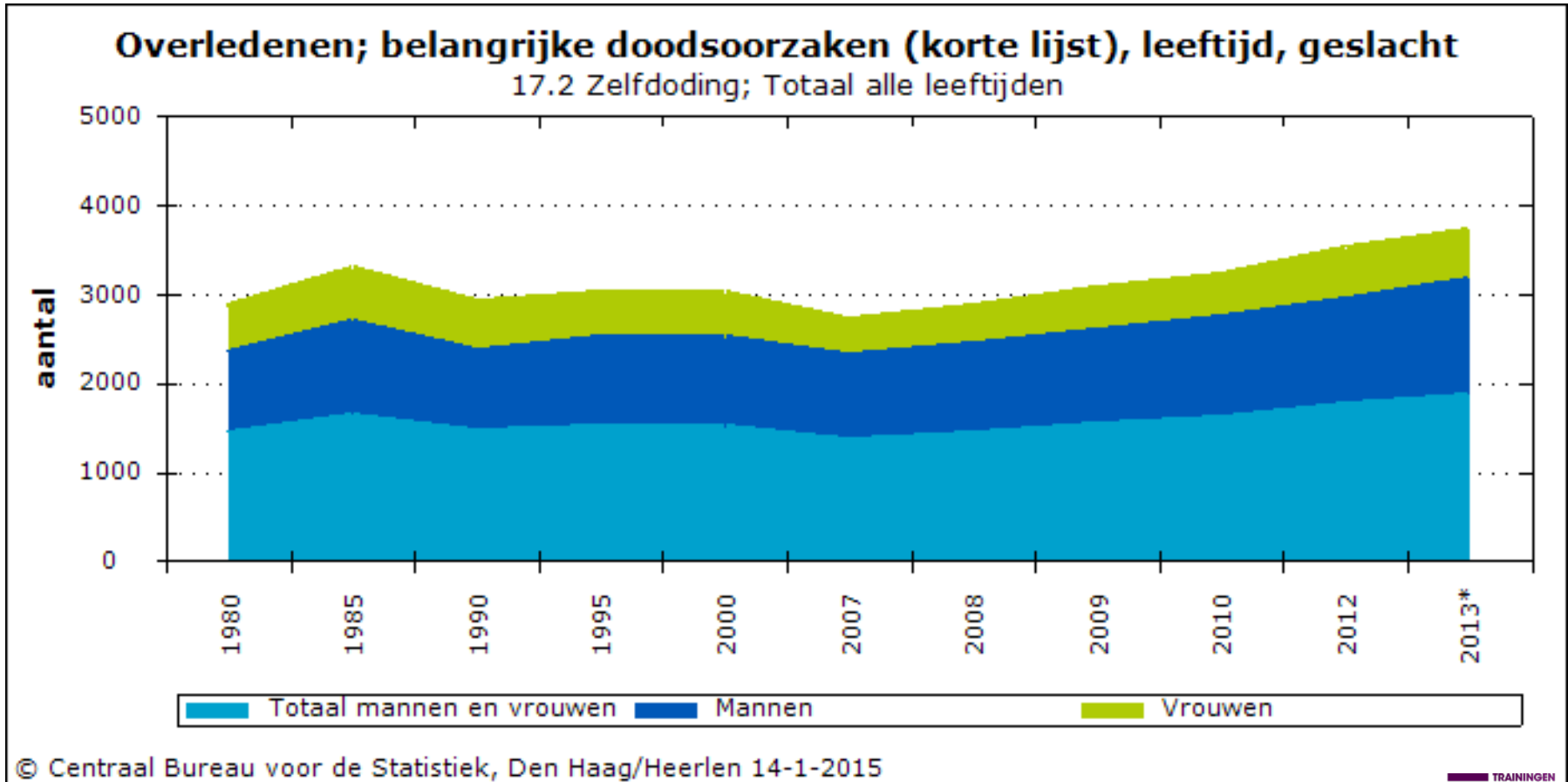
Suicide in Nederland 1980 - 2013

Absolute aantallen (CBS, 2015)

Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht
17.2 Zelfdoding; Totaal mannen en vrouwen; Totaal alle leeftijden

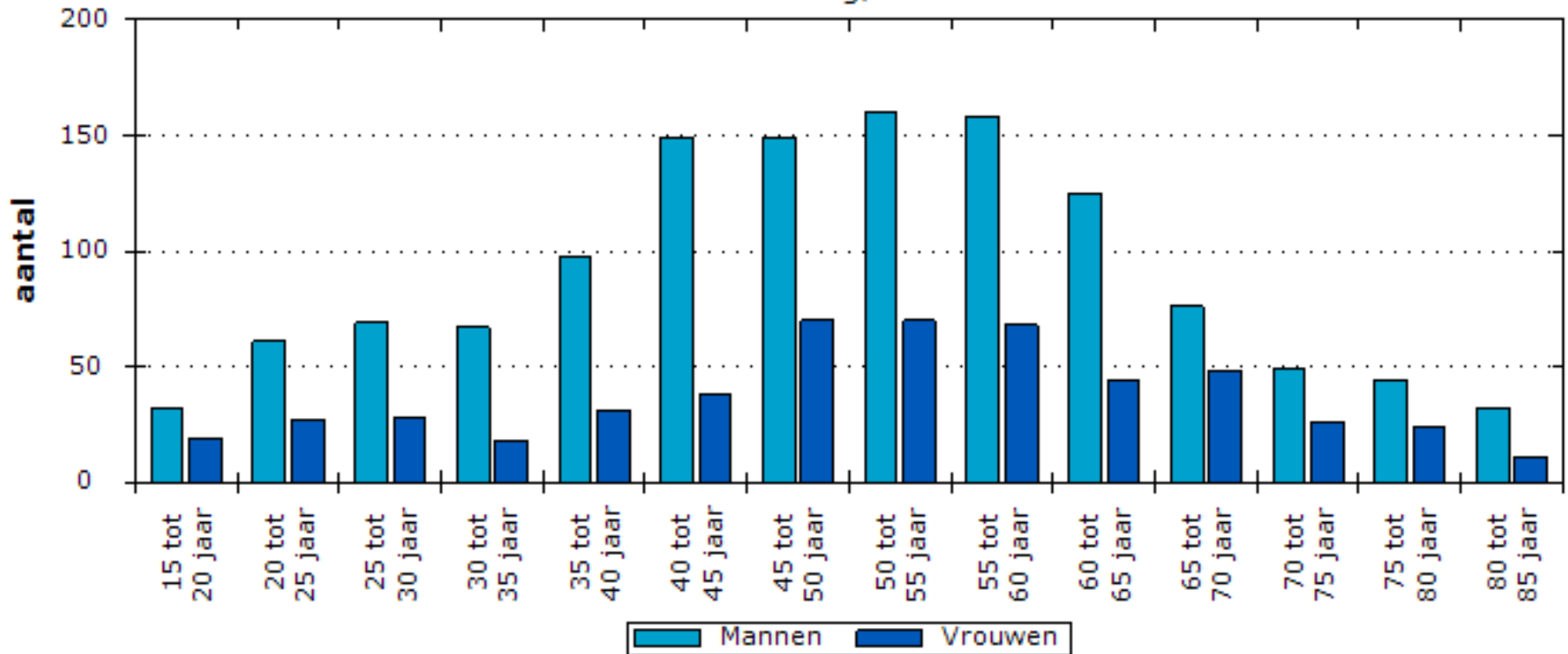


Suicide in Nederland

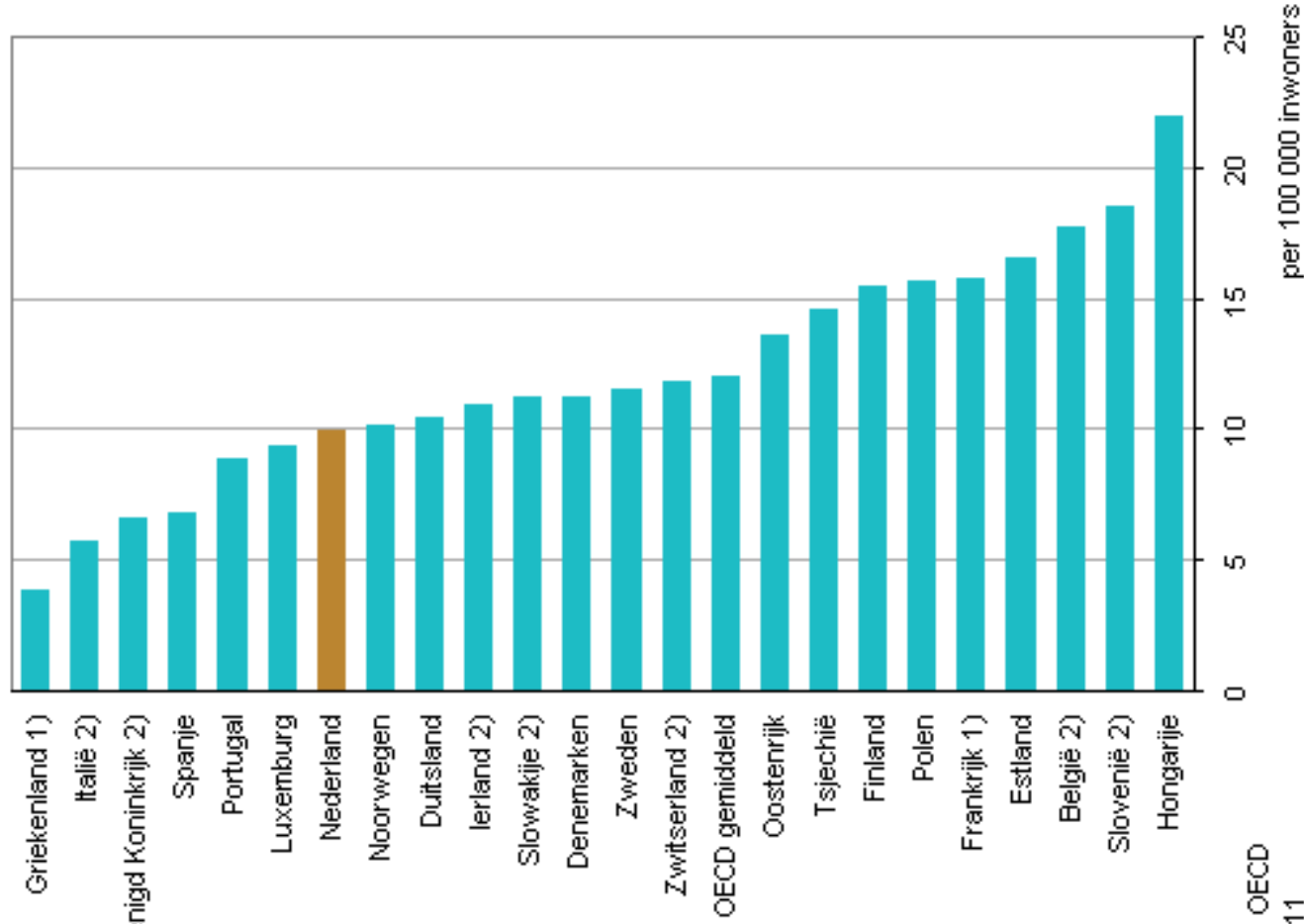


Aantallen in 2013

Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht
17.2 Zelfdoding; 2013*



Aantallen in 2013



Bron: OECD

1) 2011

2) 2010

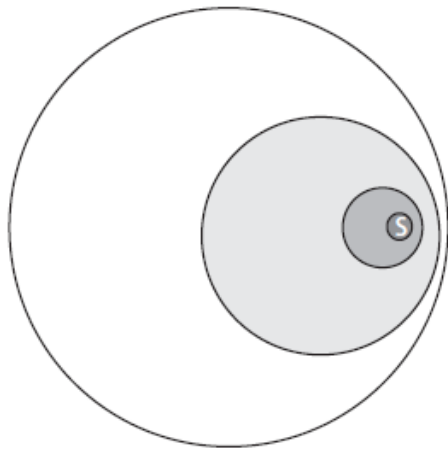
Epidemiologie

- Suicide in de GGZ: 40% in GGZ; 75% ooit in GGZ
- Jaarlijks denken 410.000 mensen aan suicide (Ten Have e.a, 2006, 2011)
- 94.000 doen een poging
- 15.000 komen na poging in ziekenhuis

Epidemiologie

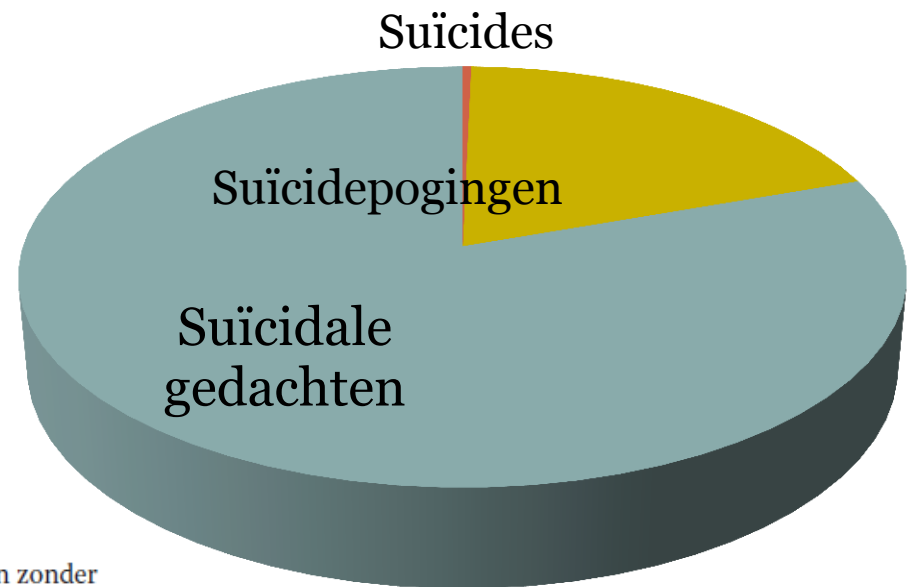
(van Hemert e.a. 2012)

Figuur 1.1 Frequentie in de Nederlandse bevolking van: suïcidegedachten; suïcidepogingen zonder medische behandeling; pogingen met medische behandeling; suïcide



geen arcering	suïcidegedachten
lichte arcering	suïcidepogingen zonder medische behandeling
donkere arcering	suïcidepogingen met medische behandeling
S	suïcide

Verhouding tussen de frequentie van suïcidegedachten, suïcidepogingen zonder (lichte arcering) of met (donkere arcering) medische behandeling, en suïcide (S) in de Nederlandse bevolking. De oppervlakten van de cirkels geven de verhouding tussen de werkelijke aantallen weer. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek



Mogelijke oorzaken en oplossingen

Oorzaken

- Toename van stressoren door crisis
- Minder toegankelijke zorg

Oplossingen

- (Implementeren van) richtlijn suïcidepreventie
- Landelijke Agenda van VWS

Programma

09.30- 10.15 Kennismaken + epidemiologie

10.15-11.30 Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag

pauze

11.45-13.00 Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag

pauze

13.30-15.00 Structuurdiagnose en veiligheidsplan

pauze

15.15-15.45 Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team

15.45-16.30 Chronische suïcidaliteit en afronding

Algemene principes

Thema's in de richtlijn

- 1) Contact maken
- 2) Zorg voor veiligheid en continuïteit
- 3) Betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling
- 4) Structureel onderzoek naar suïcidaliteit
- 5) Suïcidaliteit als focus van behandeling

Algemene principes

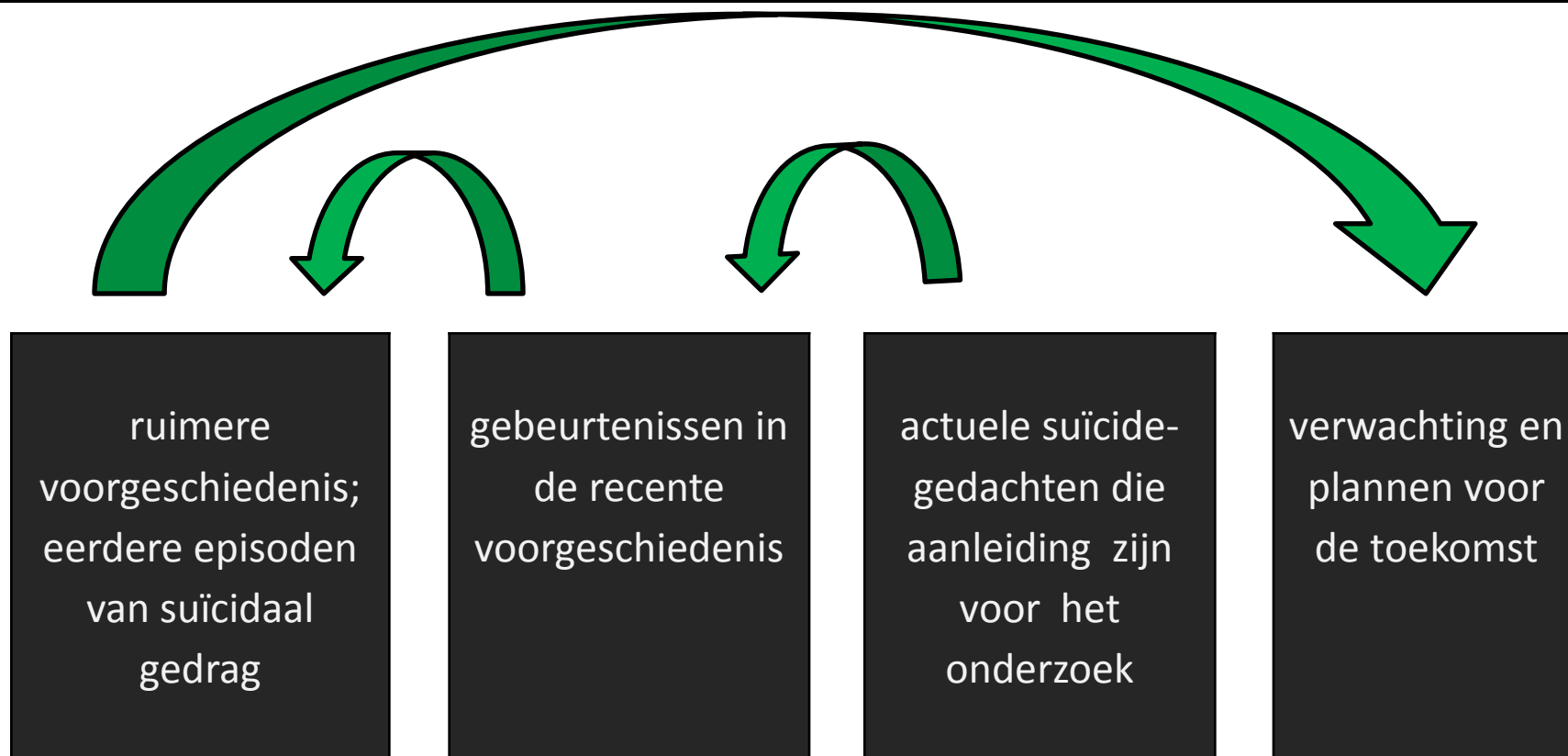
Contact

Contact om:

- uw belangstelling en betrokkenheid te tonen
- de suïcidale 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 suïcidale gedrag te volgen
- Suïcidaliteit te behandelen
- de wilsbekwaamheid van de patiënt te beoordelen

Chronological Assessment of Suicidal Episodes

CASE- interview (Bijlage)



Shea (1998)



Oefening 1

Contact en systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag



Doel:

Contact maken over suïcidedgedachten door:

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

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 (zie bijlage 1)
- Maak een denkbeeldige video-opname van de actuele suïcidegedachten
- Benoem suïcidegedachten, wees gedetailleerd
- Wees *belangstellend*, concreet en *specifiek*
- Géén oplossingen geven, alleen exploreren

Oefening 1

Voorbeeldvragen

- Denkt u er wel eens aan om 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 beter af bent als u dood bent?
- En heeft u daar ook beelden of voorstellingen bij?

Oefening 1

Nabespreking

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 de twee ingevulde vragenlijsten
- Kijk naar overeenkomsten en verschillen

Oefening 1

Nabespreking

- 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?
- Helpt het om niet meteen met oplossingen te komen?

Programma

09.30- 10.15 Kennismaken + epidemiologie

10.15-11.30 Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag

pauze

11.45-13.00 Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag

pauze

13.30-15.00 Structuurdiagnose en veiligheidsplan

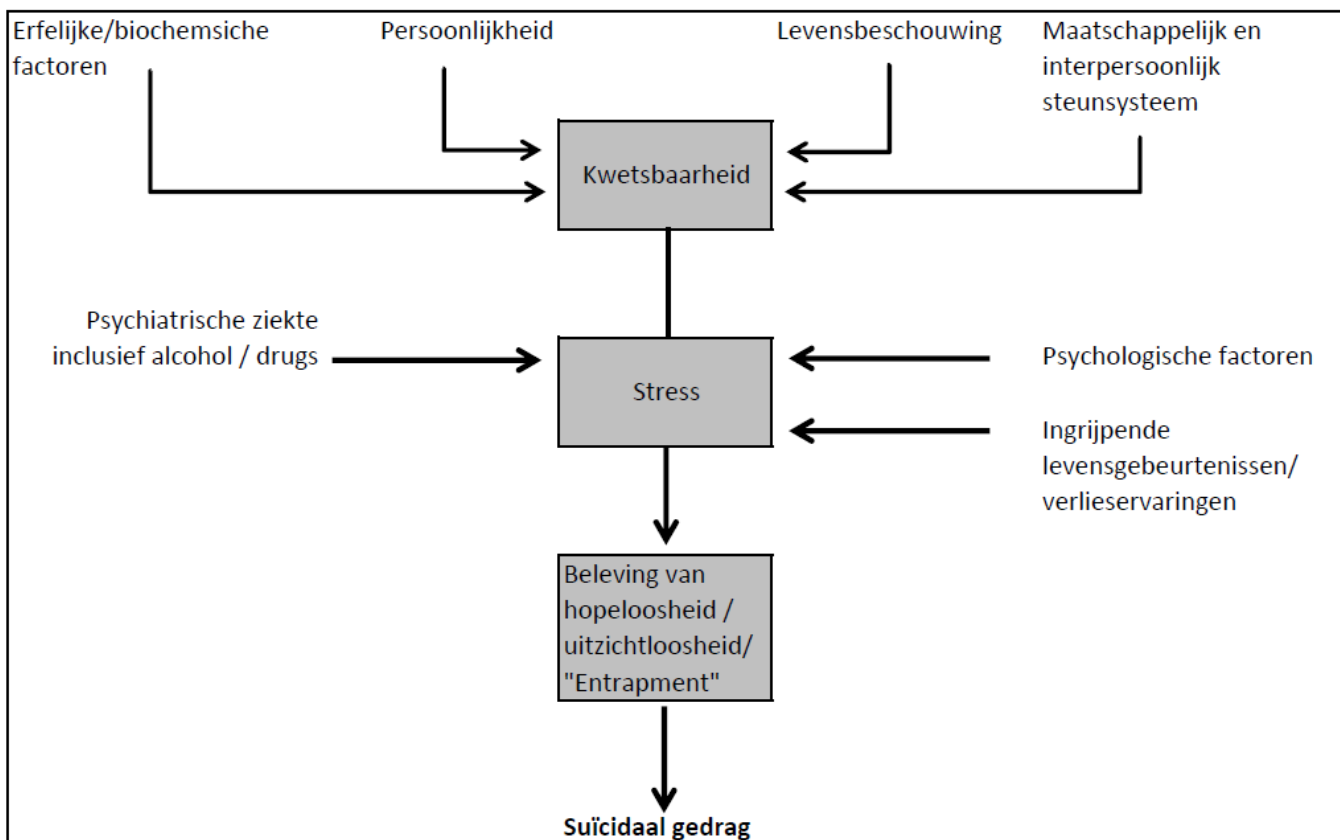
pauze

15.15-15.45 Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team

15.45-16.30 Chronische suïcidaliteit en afronding

Theorie

Stress-kwetsbaarheid en *entrapment*



Theorie

Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren

Eerdere suïcidepoging(en) of zelfdestructief gedrag

Stemmingsstoornis (depressie, bipolaire stoornis)

Psychotische stoornis / schizofrenie

Verslaving alcohol / drugs en intoxicatie

Persoonlijkheidsstoornissen

Angststoornis, eetstoornis

Eerdere psychiatrische behandeling

Psychotraumatische ervaringen, geweld, seksueel misbruik

Eerdere crisissituaties, wanhoop, hopeloosheid

Suïcide in de familie

Theorie

Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren

Angst, agitatie, agressie

Impulsiviteit

Hopeloosheid, wanhoop

Gevoel een last te zijn voor anderen

Recent verlies of recente stressor

Werkloosheid (man, 40+)

Lichamelijke ziekte

Zwart-wit denken

Relationele problemen / huiselijk geweld

Detentie (of dreiging van detentie), arrestatie

Onvoldoende contact of informatie bij onderzoek

Theorie

Beschermende factoren

Goede sociale steun, sociaal netwerk

Verantwoordelijkheid voor anderen, kleine kinderen, vrouw-zijn

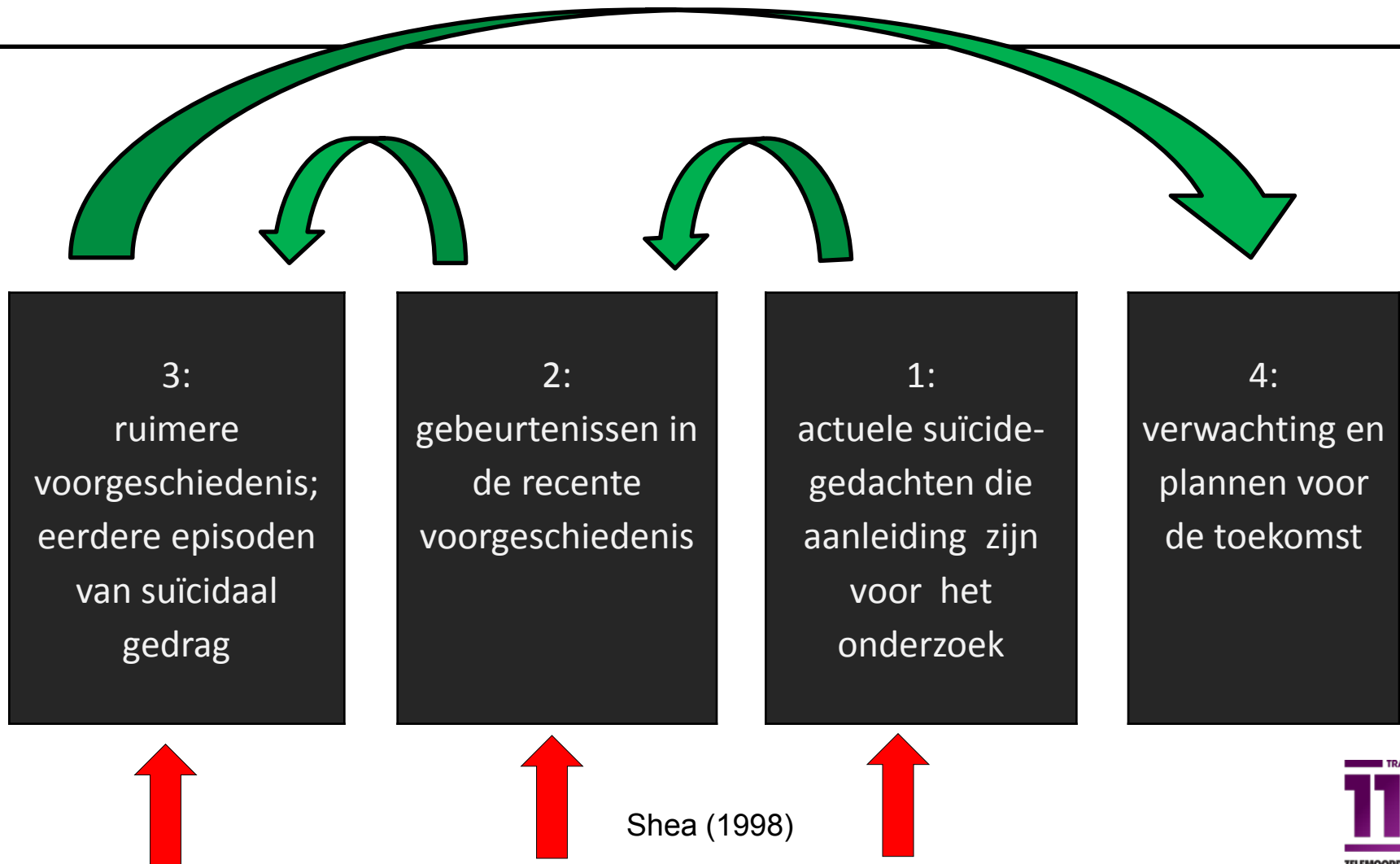
Belijdend religieus

Probleemoplossingsvaardigheden

Goede therapeutische relatie, goede werkrelatie, begrip!

Oefenen

CASE- interview (Bijlage)



Oefening 2

Systematisch onderzoek



Doel:

- concrete vragen stellen over suïcidaal gedrag (1)
- inventarisatie van gebeurtenissen en gedachten die aanleiding gaven tot suïcidegedachten (2)
- inventariseren van eerdere episoden/pogingen en aanleidingen (3)
- inventariseren factoren die samenhangen met suïcidaal gedrag (3)

Oefening 2

Systematisch onderzoek



Doel:

Resultaat wordt samengevat om suicidaliteit van patiënt systematisch te beschrijven

Oefening 2

Instructie

Neem je 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 **(1)**
- Informeer naar gebeurtenissen en gedachten in de recente voorgeschiedenis **(2)**
- Informeer naar eerdere episodes van suïcidaal gedrag + aanleidingen bij eerdere episodes **(3)**
- Inventariseer factoren die hebben geleid tot suïcidaal gedrag
- Geen oplossingen bieden, alleen inventariseren!

→ *Bereid samenvatting voor om te delen met de groep*

Oefening 2

Nabespreken

Vul beiden de checklijsten in (bijlage 2 + 3).

- 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?

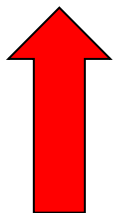
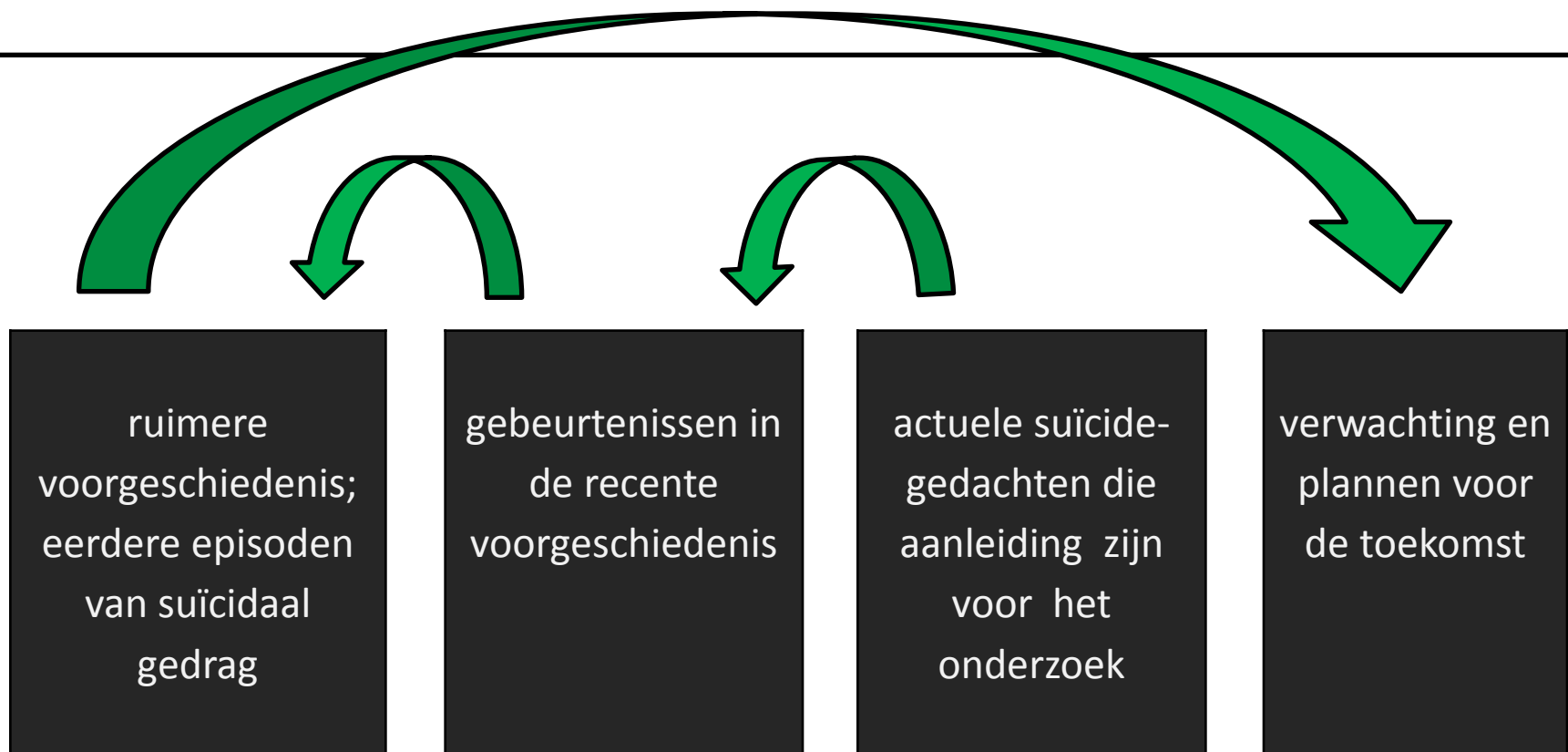
Pauze



Programma

- 09.30- 10.15 Kennismaken + epidemiologie
- 10.15-11.30 Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
pauze
- 11.45-13.00 Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
pauze
- 13.30-15.00 Structuurdiagnose en veiligheidsplan
pauze
- 15.15-15.45 Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
- 15.45-16.30 Chronische suïcidaliteit en afronding

CASE- interview (bijlage 5)



Shea (1998)



Structuurdiagnose

De structuurdiagnose van suïcidaal gedrag is een beschrijvende diagnose waarin is opgenomen:

1. Het *feitelijke* suïcidale gedrag met eventueel gevolgen (samenvattend, geen interpretaties of waardeoordelen)
2. In relatie tot (vermoedelijke) uitlokkende factoren of aanleidingen ('reasons to die') in de recente voorgeschiedenis, waaronder:
 - psychologische pijn door (dreigend) verlies, krenking, vernedering, verlating;
 - (gevolgen of symptomen van) psychiatrische problematiek/stoornissen;
 - sociale; financiële; existentiële klemsituatie (eenzaamheid, gebrek aan perspectief, gevoel anderen tot last te zijn);
 - andere aanleiding, onbekende of kennelijk geen aanleiding.
3. Leeftijd, geslacht, sociale status of beroep;
4. De psychiatrische voorgeschiedenis en andere risicofactoren;
5. Eerder suïcidaal gedrag (met name: het *ernstigste* suïcidale gedrag uit het verleden van patiënt)
6. Met actuele beschermende of steunende factoren ('reasons to live'), waaronder ook behandeling;
7. De eigen houding ten aanzien van het suïcidale gedrag;
8. De ingeschatte mate van impulsiviteit/overzichtsverlies/ontreddering en wilsbekwaamheid t.a.v. leven/dood tijdens suïcidale crisis.

Al deze informatie kan je met behulp van CASE structureel verzamelen

Voorbeeld structuurdiagnose

- Ernstige tentamen suicide (TS) middels het aanbrengen van een diepe snee in de halsstreek niet leidend tot groot bloedverlies maar wel tot peesletsel, gepleegd aansluitend op het uitmaken van de relatie door zijn partner en onder invloed van alcohol tijdens de vakantie van zijn psychotherapeut. Patiënt is een 54-jarige werkloze homoseksuele man (afgekeurd als etalage-ontwerper) bekend met een narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis, dysthyme stoornis en gegeneraliseerde angststoornis, die door de relatiebreuk binnenkort geen woning meer zal hebben. Op dit moment is er geen duidelijk psychiatrisch toestandbeeld. Patiënt is sinds zijn adolescentie bekend met episodes van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen, en is 8 jaar geleden van twee hoog naar beneden gesprongen waarbij hij twee lendenwervels en zijn rechterheup brak steeds in relatie tot een (dreigende) relatiebreuk. Patiënt schaamt zich nu erg voor zijn TS, vreest een ontsierend litteken en hoopt dat zijn ex-partner de relatie alsnog wil voortzetten. Hij wil zijn problematiek graag bespreken met zijn therapeut. Ingeschat wordt dat patiënt ten tijde van het TS impulsief handelde en niet volledig wilsbekwaam was door de alcoholintoxicatie. Op moment van onderzoek is hij volkomen wilsbekwaam en coöperatief genoeg om een veiligheidsplan op te stellen en zich daaraan te houden.

Veiligheidsplan

<https://vimeo.com/128711261>

Elementen van een veiligheidsplan

Samen met de patiënt en diens naasten

- Beschrijf specifieke risicosituaties en wat te doen
- Beschrijf vroege signalen en latere signalen. Wat te doen?
- Is de patiënt bang voor zichzelf?
- Hoe kunnen we *samen* jouw veiligheid bewaken?
- Leg veiligheidsafspraken vast!!!
- Beleid op de *afdeling* voor iedere patiënt vastgelegd
- (Bijv.) kleurcodes diverse stadia en concrete stappen hierbij
- Gegevens (telefoonnummers) over *hulpbronnen* in crises
- Dit alles in nauwe samenspraak met de *familie / naasten*

Veiligheidsplan

Datum plan

:

WANNEER moet ik opletten?

Risicosituaties:
Innerlijke signalen:

WAT doe ik zelf voor de veiligheid?

Mijn werkzame technieken om pijn te hanteren zijn:

Afleiding, troost en beweging door:

Toegang tot middelen minder gemakkelijk maken door:

WAAR kan ik naartoe?

Hier ben ik onder de mensen, en word ik met rust gelaten:

Hier kan ik tot mezelf komen:

WIE kan mij direct helpen?

Naam:
Telefoonnummer:
Bereikbaarheid:
Akkoord dat ik bij deze persoon hulp kan zoeken?
Ja/nee//misschien

Naam:
Telefoonnummer
bereikbaarheid:
Akkoord dat ik bij deze persoon hulp kan zoeken?
Ja/nee/misschien

WELKE hulpverlening kan ik direct inschakelen?

Hulpverlener:
Naam:
Telefoonnummer:
Bereikbaarheid tijdens en buiten kantooruren:

Huisarts
Naam:
Telefoonnummer:
Bereikbaarheid:

Huisartsenpost
Telefoonnummer:
Locatie:

TIPS/niet vergeten

:

Oefening 3

Structuurdiagnose en veiligheidsplan



Doel:

- diagnostische formulering opstellen over het ontstaan en in stand houden van suïcidaal gedrag
- samen met patiënt invullen van veiligheidsplan

Oefening 3

Diagnostische formulering: instructie

- Gebruik de casus van oefening 1 in de ochtend
- Tweetallen: A = hulpverlener, B = patiënt
- Wissel niet van rol tijdens oefening
- Onderzoek suïcidaliteit volgens CASE methode
- Gebruik suggesties uit de vragenlijstjes
- Gebruik de lijst met stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- Informeer naar toekomstperspectief
- Maak een diagnostische formulering en veiligheidsplan
- Alles in samenspraak met de patiënt

Oefening 3

Toekomstverwachting

Suggesties:

Bent u wanhopig?

Waarover bent u het meest wanhopig?

Als er niets zou veranderen, hoe ziet uw toekomst er dan uit?

Hoe ziet u de toekomst op dit moment?

Zijn er nog dingen die zouden kunnen veranderen?

Wat hoopt u dat er zal gebeuren?

Kunt u uw toekomst nog beïnvloeden? Waarom niet?

Vertrouwt u uzelf?

Hoe kunt u een nieuwe crisis aan zien komen?

Wat kunt u dan doen?

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 u om een veiligheidsplan samen met de patiënt te maken?

Programma

- 09.30- 10.15 Kennismaken + epidemiologie
- 10.15-11.30 Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
pauze
- 11.45-13.00 Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
pauze
- 13.30-15.00 Structuurdiagnose en veiligheidsplan
pauze
- 15.15-15.45 Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
- 15.45-16.30 Chronische suïcidaliteit en afronding

Oefening 4

Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team



Doel:

- Verbeteren samenwerking binnen team rondom suïcidaliteit

Oefening 4

Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team

Richtlijn geeft aan:

- Het team heeft de taak om **gezamenlijk** de behandeling vorm te geven, waarbij ze **aanvullend** en op elkaar **afgestemd** de continuïteit in de tijd moeten bieden.
- Voor de patiënt is het van belang dat hij weet bij wie hij waarvoor terecht kan.
- **De visie** op het omgaan met suïcidale patiënten en de autonomie van de patiënt is van belang voor de continuïteit van zorg.

Oefening 4

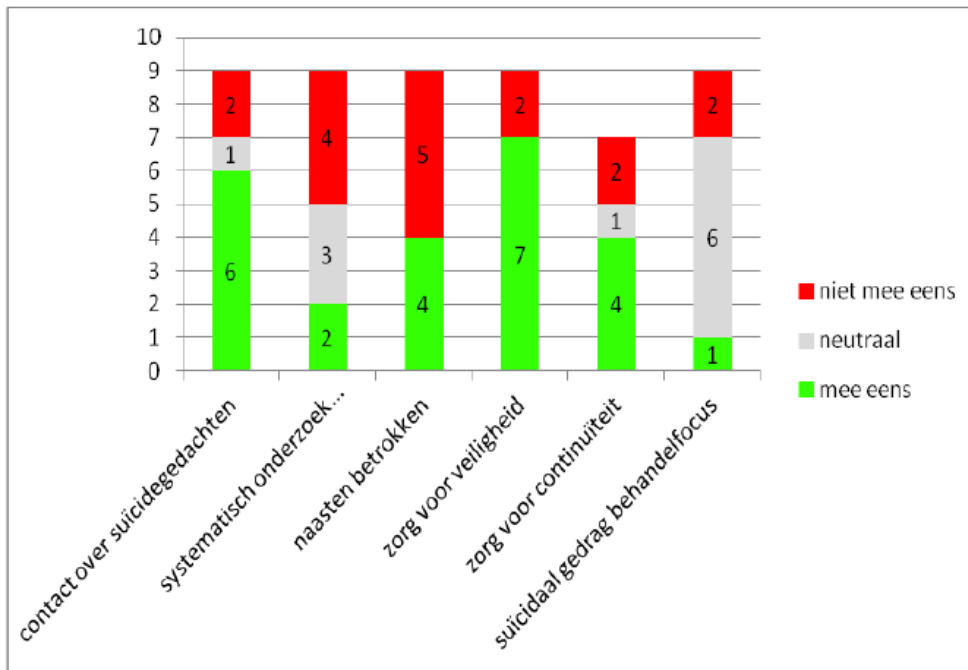
Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team

Richtlijn geeft aan:

- Een goed samenwerkingsverband biedt de mogelijkheid om deze dilemma's op een **veilige manier te bespreken** en **breed gedragen** keuzes te maken op basis van gezamenlijke observaties en kennis.
- Samenwerkingsbereidheid, **erkenning van de rol van elke discipline** en **onderlinge steun zijn** hiervoor nodig. Een duidelijke werkwijze en visie en **regelmatige evaluaties** zijn de voorwaarden die tijdige bijstelling van de behandeling mogelijk maken.
- Intervisie en gezamenlijke scholing leveren een bijdrage aan het optimaliseren van deze samenwerking en het uitvoeren van deze gezamenlijke taak.

KEHR -Suicide

1 Aandacht voor de thema's uit de multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag



Figuur 1

Mate waarin leden van het multidisciplinaire team (n=9) van mening zijn dat de thema's uit de richtlijn in de behandeling van de patiënt aan bod zijn gekomen. De vraag over de zorg voor continuïteit werd door 7 respondenten beantwoord.

Oefening 4

Instructie samenwerken binnen team

- Neem casus uit eigen afdeling om centraal te bespreken
- Of laat 2 mensen een casus voor de groep uitspelen
- Maak als team een diagnostische formulering
- Maak een indicatiestelling
- Maak een veiligheidsplan *in samenspraak* met de patiënt en diens naasten
- Bespreek continuïteit van zorg
- Bespreek binnen team hoe met patiënt om te gaan

Oefening 4

Nabespreking

- Lukte het om een behandelplan/veiligheidsplan te maken?
- Samen met de patiënt en diens naasten?
- Staat de basis beknopt vastgelegd op papier?
- Lukte het om continuïteit van zorg te waarborgen?
- Zijn de rollen, afspraken en visies omtrent suïcidaal gedrag binnen team duidelijk?
- Hoe gaat het team een vervolg geven aan deze training?

Programma

- 09.30- 10.15 Kennismaken + epidemiologie
- 10.15-11.30 Principes voor de omgang met suïcidaal gedrag
pauze
- 11.45-13.00 Systematisch onderzoek van suïcidaal gedrag
pauze
- 13.30-15.00 Structuurdiagnose en veiligheidsplan
pauze
- 15.15-15.45 Suïcidaliteit binnen multidisciplinair team
- 15.45-16.30 Chronische suïcidaliteit en afronding

Chronisch suïcidaal gedrag (1)

Bert van Luyn

<https://vimeo.com/128711901>

Chronisch suïcidaal gedrag (2)

Aandachtspunten

- Geduld en reflectie; in kaart brengen van de suïcidale motivatie vanuit de ontwikkelingsgeschiedenis,
- Verdragen van de suïcidale dreiging door de hulpverlener, zonder moreel oordeel; betrokken en nieuwsgierig
- Alertheid voor acuut op chronisch;
- Bewust zijn van gevaar bij hulpverlener van: verveling, gebrek aan interesse, twijfel aan eigen capaciteit, onmacht, overdreven behulpzaam, projecteren van eigen angst, ontkennen van realiteit
- Demoralisering bij hulpverlener.

Chronisch suïcidaal gedrag (3)

Valkuilen

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

professional raakt ongevoelig voor acuut suïcidaal gedrag

patiënt moet 'meer uit de kast halen' om luisterend oor te vinden

Chronische suïcidaal gedrag (4)

De mate van suïcidaliteit wordt bepaald door:

- Toename van ervaren stress
- Beoordeling van “ontsnapmogelijkheden” uit de moeilijke situatie
- Ervaren steun, sociale support, verbinding
- Mogelijkheid om positief naar de toekomst te kijken/hoop
- Het gevoel een last voor zichzelf en voor anderen te zijn

Chronisch suïcidaal gedrag (5)

Handelen bij ontregeling

- **Houding hulpverlener:** Betrokken, authentiek en flexibel. Aandacht tevens te richten op begrijpen en niet alleen op beheersen.
- **Maximale holding:** Intensiveren van contact, shared caseload, steun door nabijheid. Doel: regulatie van emoties. Stimuleren tot het zelf vinden van oplossingen van problemen (o.a. door gebruik signalerings- en crisisplan). Doel: empowerment
- **Grenzen stellen:** Indien gedrag gevaarlijk is voor de patiënt of een ander/ schadelijk voor het therapeutisch proces. Doel: bevorderen vertrouwen in interpersoonlijke relaties
- **Mentaliseren:** Een actief proces van begrijpen van gedrag van jezelf en de ander. Doel: door emotieregulatie meer adequate copingsvaardigheden.

Chronisch suïcidaal gedrag (6)

Handelen bij behandeling

- **Cognitieve gedragsinterventies:** Welke basisovertuigingen leiden tot suïcidale gedachten en in welke omstandigheden worden deze gedachten opgeroepen? Wat zijn helpende gedachten? Behandeling van repetitieve, dwangmatige gedachten, beelden en voorstellingen zelf suicide te plegen.
- **Mentaliseren:** Zie fase ontregeling.
- **Frequent evalueren en eventueel bijstellen van het behandelplan met het samenwerkingsteam.** O.a. aandacht voor (farmaco)therapietrouw.
- **Problem-Solving-Therapie:** Gericht op dagelijkse problemen, bevorderen van vaardigheden en zelfmanagement t.b.v. een positieve levensoriëntatie.
- Bekwamen in het bedenken van redenen om te willen leven, naast de redenen om dood te willen.
- **Psychoeducatie**

Hoop en verbinding
vanuit een
authentieke betrokken behandelrelatie



Afronding

Voor verdere vragen

- Lees de richtlijn en de verkorte versie
- Volg de e-learning module via E-cadamy
- Lees Kerkhof en Van Luyn, boek verschijnt voorjaar 2016!!

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
- Ga heen en vermenigvuldig de richtlijn

- Meer weten over werk van 113Online? Kijk eens op
www.113online.nl (voor hulpvragers)
trainingen.113.nl (over trainingen van 113)
preventie.113.nl (over de Landelijke Agenda)

Bedankt voor uw
aandacht!

PITSTOP suicide

e-learning supported train the trainer course

www.pitstopsuicide.nl