

# Suicide en psychiatrische stoornissen. Diagnostiek op maat voor de zorgverzekeraar?

Het aandeel suicides door patiënten met  
een stoornis waarvan de ggz-behandeling  
thans niet meer vergoed wordt

A.T. SPUIJBROEK, Y.M. LEEZER, D.P. DE BEURS, R.F.P. DE WINTER

TJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)11, 803-808

**TREFWOORDEN** psychiatrische stoornis, suicide, vergoeding  
zorgverzekering

Remco de Winter

[WWW.SUICIDALITEIT.NL](http://WWW.SUICIDALITEIT.NL)



**Parnassia Groep**



UNIVERSITY  
AMSTERDAM

## Disclosure belangen spreker



(potentiële) belangenverstrengeling	Geen / Zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sponsoring of onderzoeksgeld</li><li>• Honorarium of andere (financiële) vergoeding</li><li>• Aandeelhouder</li><li>• Andere relatie, namelijk ...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ZonMW CASPAR studie</li><li>• geen</li><li>• geen</li><li>• Nederlands vertegenwoordiger IASP</li></ul>

# Inhoud



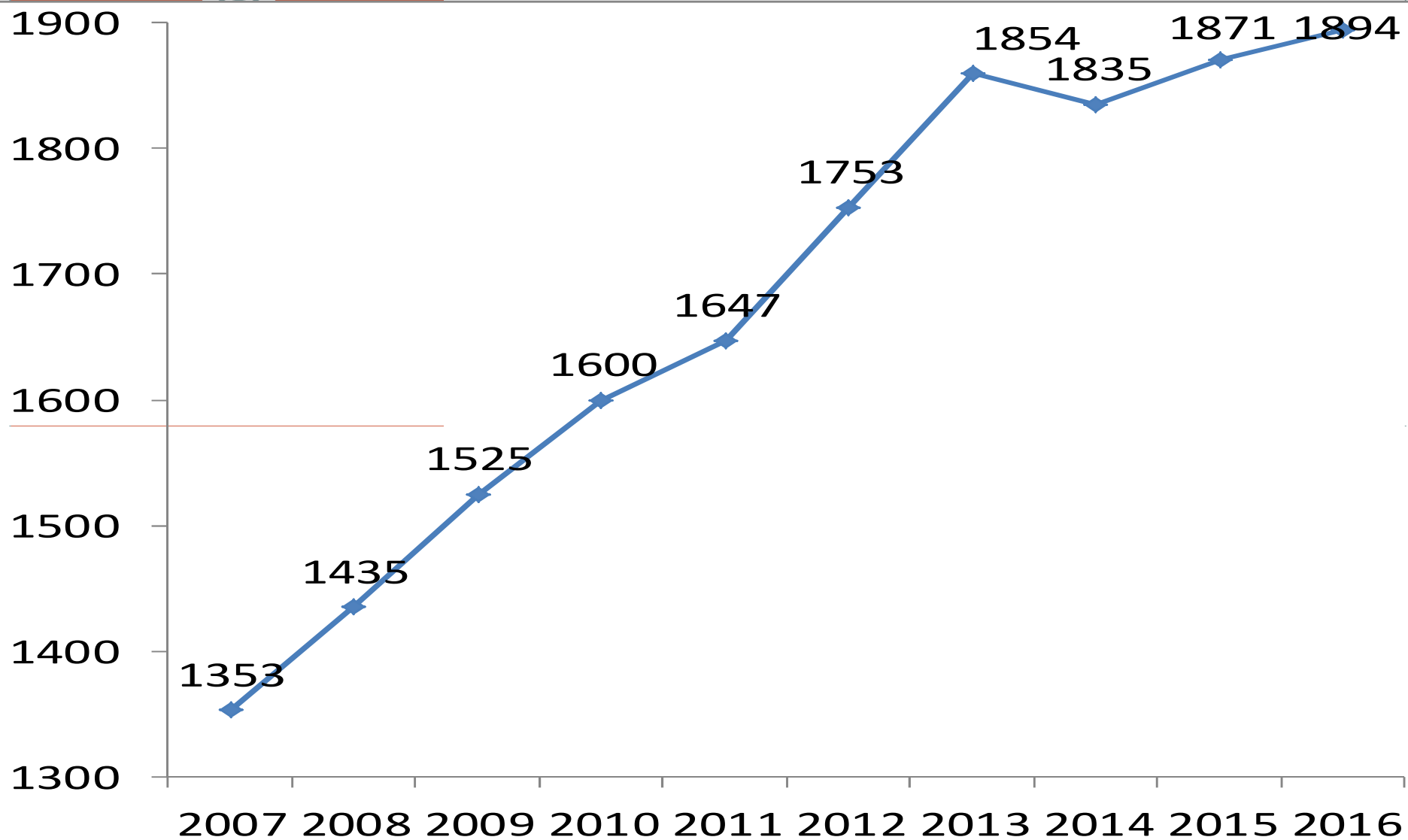
- Inleiding
- Methode
- Resultaten
- Conclusie en discussie
- Aanbeveling suïcide preventie poli's
- CAMS behandeling

# Inleiding 1

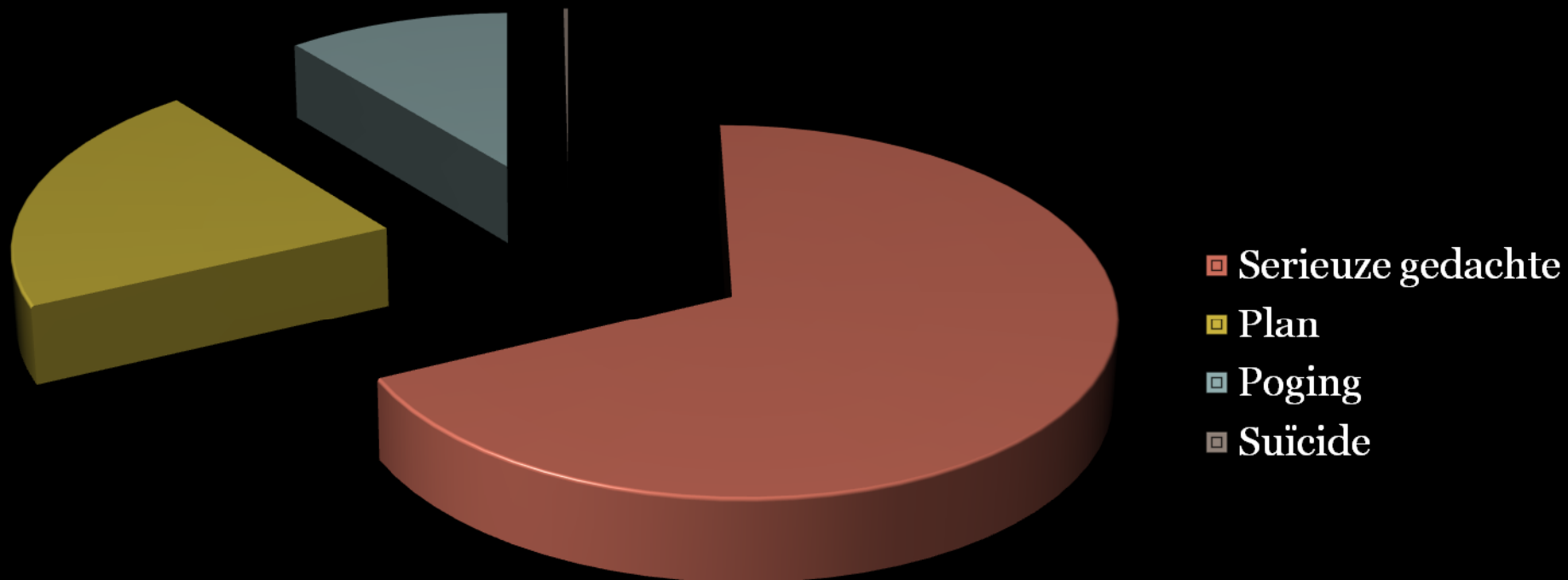


- Jaarlijks wereldwijd > 800000 geregistreerde suïcides
  - >1000.000 schatting
- Laatste jaren stijging Nederland en delen in de wereld

# Suicides in Nederland



# Jaar prevalentie suïcidaal gedrag



# Suicide 2<sup>e</sup> niet natuurlijke doodsoorzaak

	Totaal	percentage
Totaal	6443	100%
Vallen	2884	44.8%
<b><u>Suicide</u></b>	<b><u>1854</u></b>	<b><u>28.8%</u></b>
Verkeer	588	9.1%
Stikken	117	1.8%
Moord	125	2.1%
Verdrinken	84	1.3%
Vergiftiging	135	2.2%
Verbranden	32	0,5%
Object/dier	54	0,9%
Ongespecificeerde factoren	534	8.4%



# Suïcidaal gedrag



- Suïcide = zeldzaam....
  - Suïcide te laat voor een hulpverlener en zeker de GGZ?
  - Suïcidaal gedrag ernstig > GGZ



# Maar 2 classificaties: suïcidaal gedrag als symptoom



- ...

- ...

# Inleiding 2

Multidisciplinaire  
richtlijn  
diagnostiek en  
behandeling van  
suïcidaal gedrag

de Tijdstroom

Samenvatting

- Aandacht voor suïcidepreventie
  - 2007: Nederlandse overheid doel gesteld voor verminderen aantal suïcides
  - 2012 Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
  - 2015 Landelijke agenda suïcidepreventie
- WHO rapport 2014
  - Suïcide 21<sup>e</sup> op 'ranglijst' doodsoorzaken



## Inleiding 3



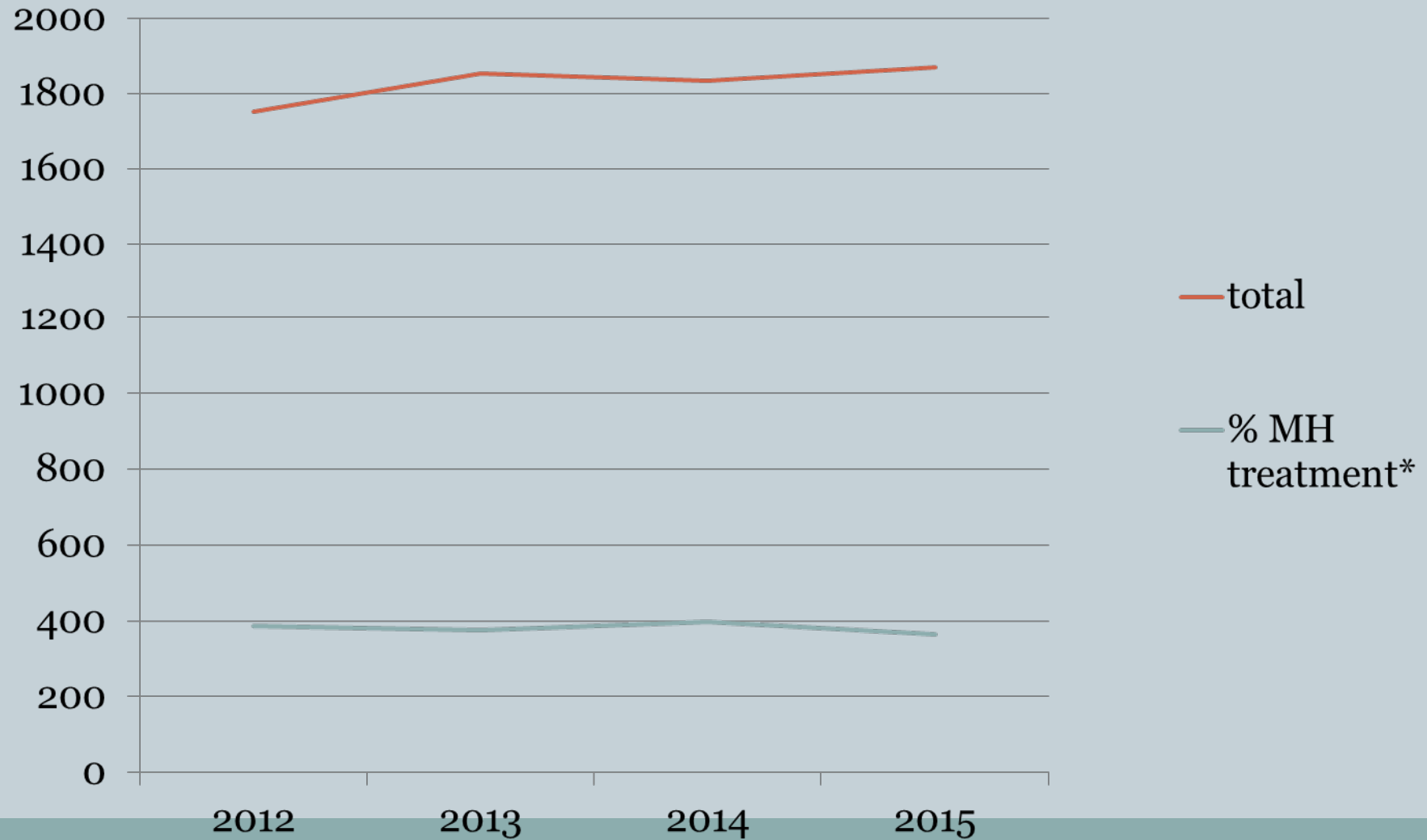
- Schatting bij suïcide 70 - 90% psychiatrische stoornis
- Ongeveer 40% van personen die zich suïcideren is bekend binnen de GGZ (NL)
- Herkenning en behandeling van psychiatrische stoornissen verminderd suïcidaliteit en suïcide risico

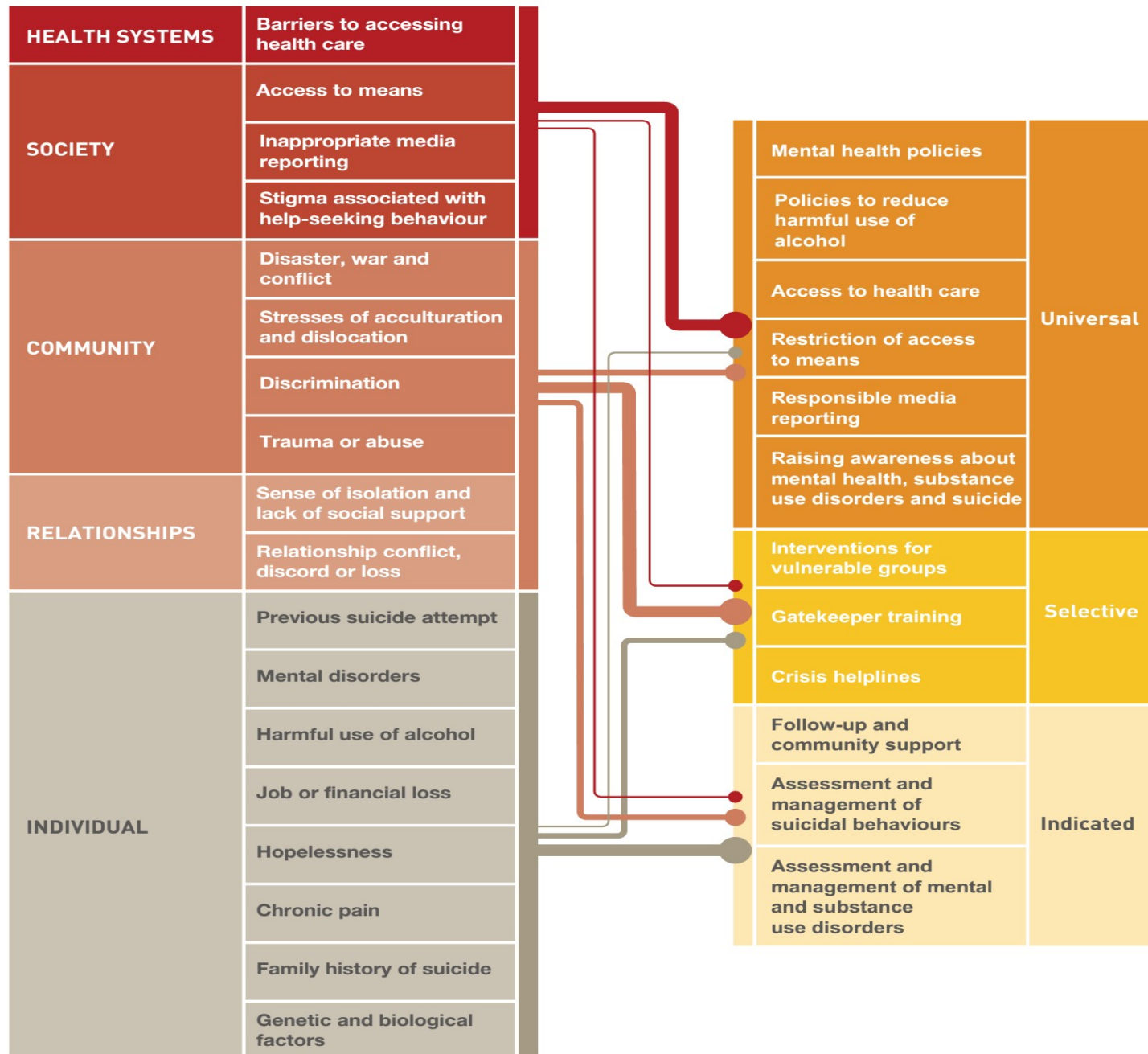
WHO, 2014

# Suïcides totaal, proportie in de GGZ

(IGZ 2017)

\* x 0,1 %





<b>HEALTH SYSTEMS</b>	Barriers to accessing health care
<b>SOCIETY</b>	Access to means
	Inappropriate media reporting
	Stigma associated with help-seeking behaviour
<b>COMMUNITY</b>	Disaster, war and conflict
	Stresses of acculturation and dislocation
	Discrimination
	Trauma or abuse
	Sense of isolation and lack of social support
<b>RELATIONSHIPS</b>	



Mental health policies	<b>Universal</b>
Policies to reduce harmful use of alcohol	
Access to health care	
Restriction of access to means	
Responsible media reporting	
Raising awareness about mental health, substance use disorders and suicide	

# Inleiding 4



- **Behandeling van bepaalde stoornissen uitgesloten van vergoeding (1 januari 2012)**
  - Vergoeding behandeling van enkele andere stoornissen beperkt
  - V codes...
- **Verminderde toegankelijkheid Ggz??**

# Inleiding 5



## **Aanpassingsstoornis**

- *herkenbare stressveroorzakende factor(en) in reactie waarop binnen 3 maanden emotionele en gedragssymptomen ontstaan welke duidelijk lijden veroorzaken dat ernstiger is dan verwacht wordt bij blootstelling aan de stress-veroorzakende factor(en) **of** die significante beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren veroorzaken*
- geen rouwreactie...
- symptomen verdwijnen binnen 6 maanden na wegvallen van de stressveroorzakende factor(en)



# Inleiding 6



- Epidemiologische studies suïcidaliteit/suïcide: **aanpassingsstoornis** vaak niet meegenomen
- Risico op suïcide echter bij aanpassingsstoornis 12 keer hoger dan in de algemene bevolking

*Casey et al. 2014,  
Gradus et al. 2010*

# Inleiding 7



## Suïcidaal gedrag bij aanpassingsstoornis <> depressieve stoornis

- Lager opleidingsniveau
- Vaker alleenstaand
- Lagere SES
- Meer instabiele familierelaties
- Meer emotionele verwaarlozing in de kindertijd
- Minder planning van de poging
  
- Suïcidaal gedrag **en** suïcide eerder in het beloop van aanpassingsstoornis
- Suïcidaal gedrag bij lagere ernst van symptoomscore

Casey et al. 2014,  
Gradus et al. 2010

# Vragen



Welke psychiatrische stoornissen bij suïcides in de Ggz?

Suïcide ook bij aanpassingsstoornis (of andere psychiatrische stoornissen waarvan behandeling thans niet meer vergoed wordt?)

Verschillen in voorkomen van risicofactoren bij patiënten met en zonder aanpassingsstoornis en in vergelijking met patiënten met een depressieve stoornis?

# Tijd.....helpt?



- Inkorten??
- Of sneller.....



# Methode 1



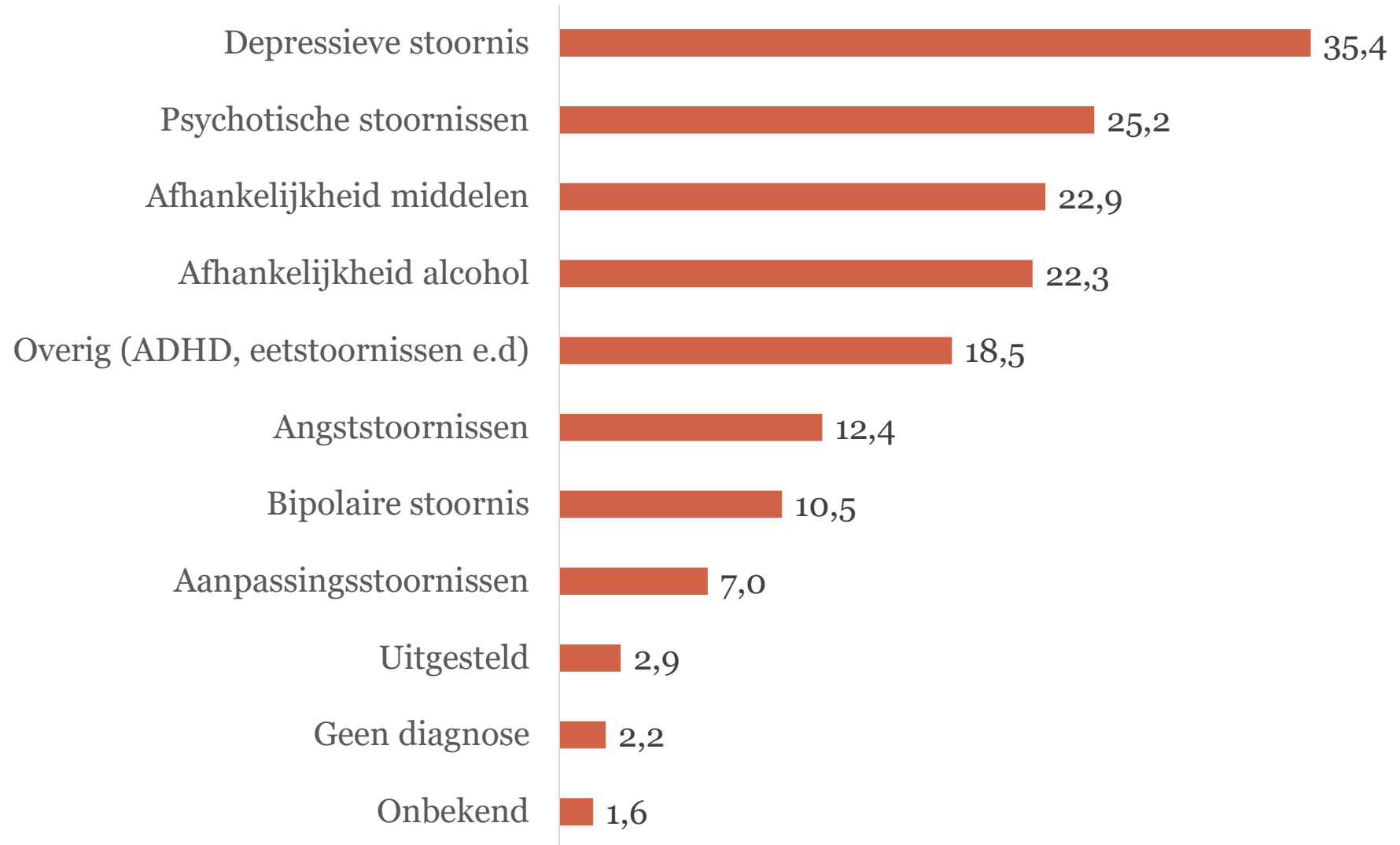
- Retrospectief dossieronderzoek 314 suïciderapporten
- In zorg bij Parnassia Groep regio Den Haag
- “Monopolist” Haagse regio
- 1 januari 1999 tot 1 januari 2013
- Suïciderapporten conform eisen IGZ
- Suïcides met uitgebreide informatie
  - klinische gegevens en socio-demografische kenmerken

## Methode 2

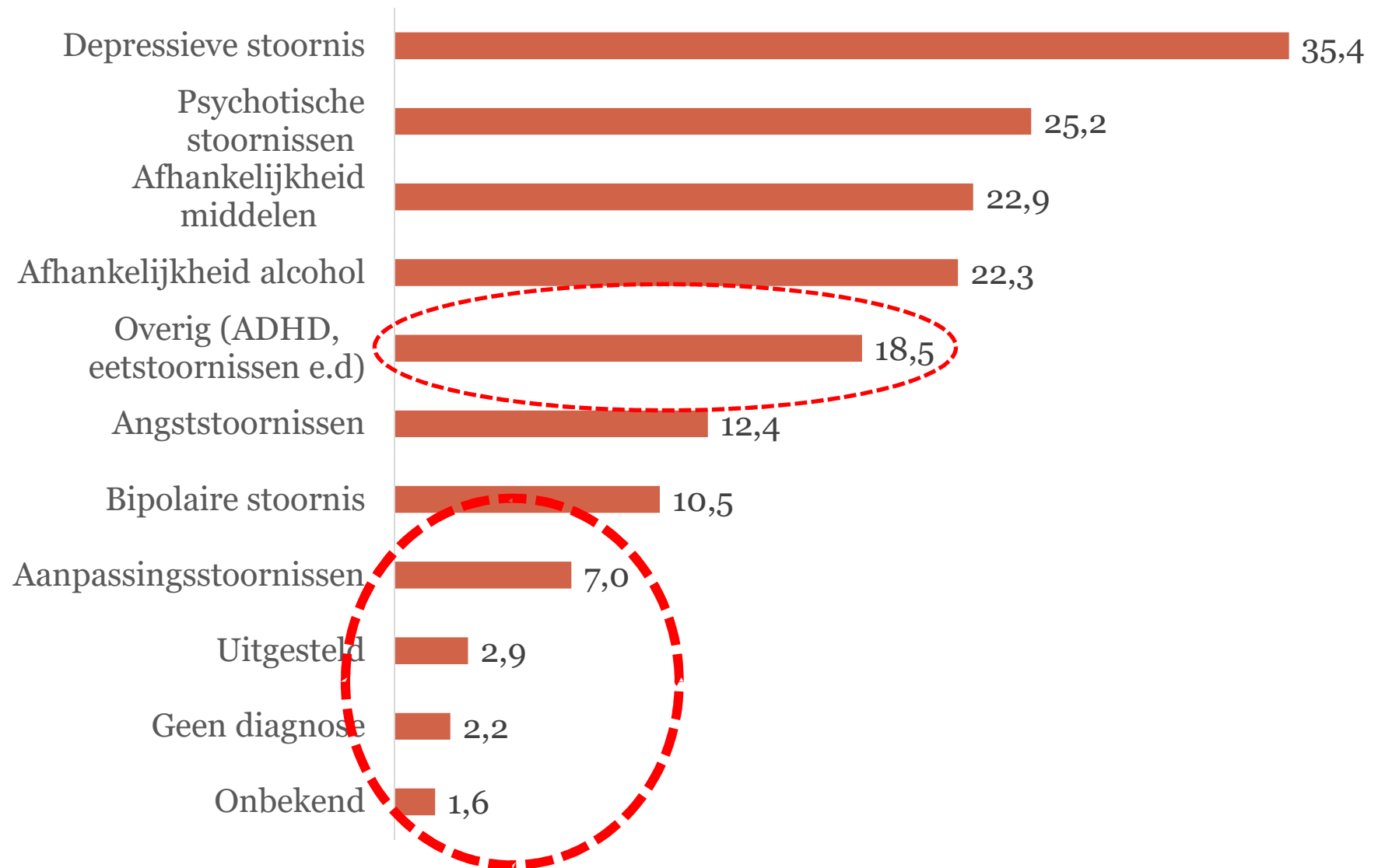


- SPSS 23.0
- Beschrijvend
- Chi-kwadraat toets/Fisher's exact test:  
categoriale variabelen
- T-tests: continue variabelen.

## As I stoornissen in (incl comorbiditeit) %



## As I stoornissen in %





**TABEL 1** Patiënten met een psychiatrische stoornis waarvoor behandeling thans niet meer vergoed wordt en patiënten die niet voldeden aan criteria van een comorbide as I- of as II-stoornis waarvoor behandeling nog wel vergoed wordt

As I-stoornis waarvan behandeling niet (volledig) vergoed wordt	N (%)	Zonder comorbide as I/II-stoornis waarvoor behandeling wel (volledig) vergoed wordt
Aanpassingsstoornissen	22 (7%)	8 (2,5%)
Overig	27 (8,6%)*	4 (1,3%)
Uitgestelde diagnose	9 (2,9%)	6 (1,9%)
Geen diagnose op as I	7 (2,7%)	2 (0,6%)
Totaal		20 (6,4%)

\*In de categorie 'Overig' worden hier alleen de stoornissen weergegeven waarvoor thans behandeling niet meer vergoed werd. Gevonden werden: slaapstoornissen, levensfaseproblematiek, relatieproblematiek, werkproblemen, eetstoornis NAO, middelenmisbruik in remissie.

<b>Patiënten zonder aanpassingsstoornis</b>	<b>N (%) 292 (93%)</b>	<b>Gemiddelde leeftijd (STD)</b>
Mannen	176 (60,3%)	45,5 (14,9)
Vrouwen	116 (39,7%)	47,7 (15,3)
<b>Patiënten met aanpassingsstoornis</b>	<b>N (%) 22 (7%)</b>	<b>Gemiddelde leeftijd (STD)</b>
Mannen	13 (59,1%)	50,2 (16,8)
Vrouwen	9 (40,9%)	57,3 (26,2)

R

Risicofactor	Aanpassingsstoornis vs depressie	Aanpassingsstoornis vs geen aanpassingsstoornis
Partner ttv daad	Ns	p=0,032
Kinderen	Ns	p=0,017
Uitkering	Ns	p=0,04
As IV problematiek	Ns	Ns
Eerdere T.S.	Ns	Ns
T.S. familie	Ns	Ns
Alcohol misbruik/afhankelijkheid	Ns	Ns

# Meldingen Crisisdienst Parnassia Haaglanden

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

Jaar	Totaal aantal meldingen	Aanpassingsstoornis
2009	3282	134 (4.1%)
2010	4132	177 (4.3%)
2011	5241	224 (4.3%)
2012	4753	95 (2.0%)
2013	4734	24 (0.5%)
2014	4780	17 (0.35%)

# Conclusie



- 7% van de slachtoffers van suïcide in het huidige onderzoek hadden een aanpassingsstoornis
- 6,4% van de suïcidanten voldeed **alleen** aan de criteria voor een As I en/of As II stoornis waarvoor behandeling niet meer vergoed wordt
- Aanwijzingen voor verschillen in aanwezigheid van risicofactoren bij wel/geen aanpassingsstoornis

# Limitaties...



- Vult u maar in.....



Sigmund, met dank aan Peter de Wit (Volkskrant)

# Discussie



- Suïcidaliteit zien als overschrijdend fenomeen en primair het domein van de (specialistische) Ggz!
- Suïcidaliteit apart al kunnen vergoeden
- Aanpassingsstoornis minder gediagnosticeerd door verdwijnen vergoeding?
- Consequenties voor onderzoek naar geschikte interventies?





- Vergoeding behandeling in het geval van suïcidaliteit niet afhankelijk van DSM (I)V diagnose
- Meer onderzoek naar risicofactoren/kenmerken bij suïcidaliteit

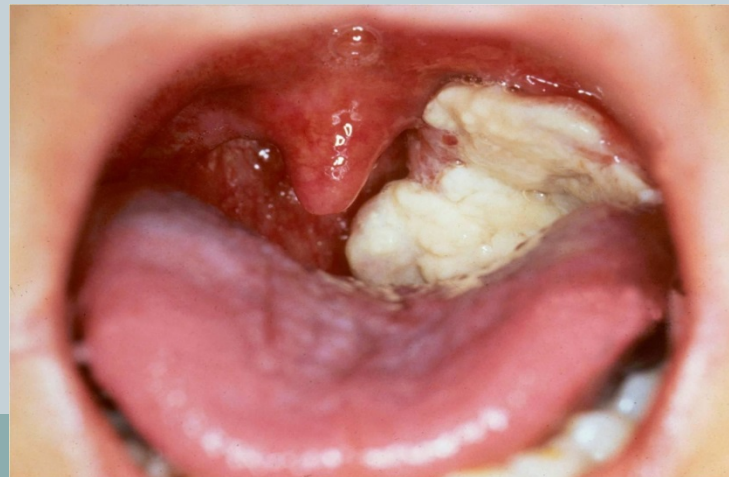
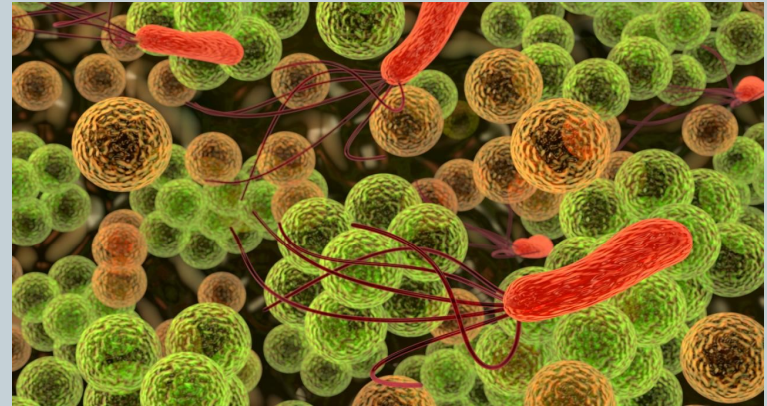
# Suïcidaal gedrag als aparte entiteit mogen behandelen



- Landelijke agenda suicidepreventie
- Duale behandeling mogelijk?

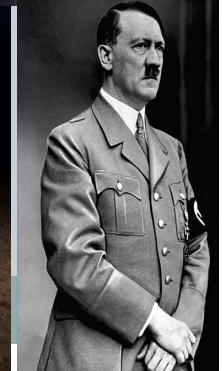
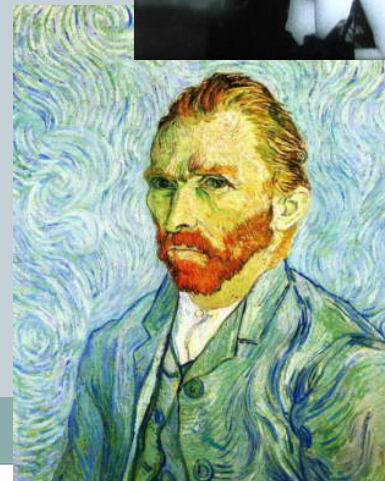
# Iedere vorm suïcidaal gedrag gelijk?

- Vergelijking met koorts?
- Verschillende oorzaken
  - Infectie
    - ✦ Bacteriel
    - ✦ Viraal
    - ✦ schimmel
  - Kanker
  - Allergie
  - Auto-immunziekte
  - Middelen
  - Onbekend



# Oorzaak suïcide altijd hetzelfde.....?

- 70-90% psychiatrische ziekte
- 10-30% niet.....



## Primair depressief

- *Depressie*
- Stressgevoeligheid ↑↑  
(Langerdurend?)

**GGZ/**"Samenleving"

## Verstoorde waarneming

- *Psychotisch(e) (depressie)*
- *Wegvallen realiteitszin*  
(kortdurend?)

**GGZ/**"samenleving"

Ruminering

## Psychosociale "draaikolk"

- *Ernstige verlieservaring*
- *Depressieve gedachten*
- (kortdurend?)

**"Samenleving"/**GGZ

## Communicatie

- *Conditionering*
- *Psychologische pijn*
- Entrapment hulpverleners

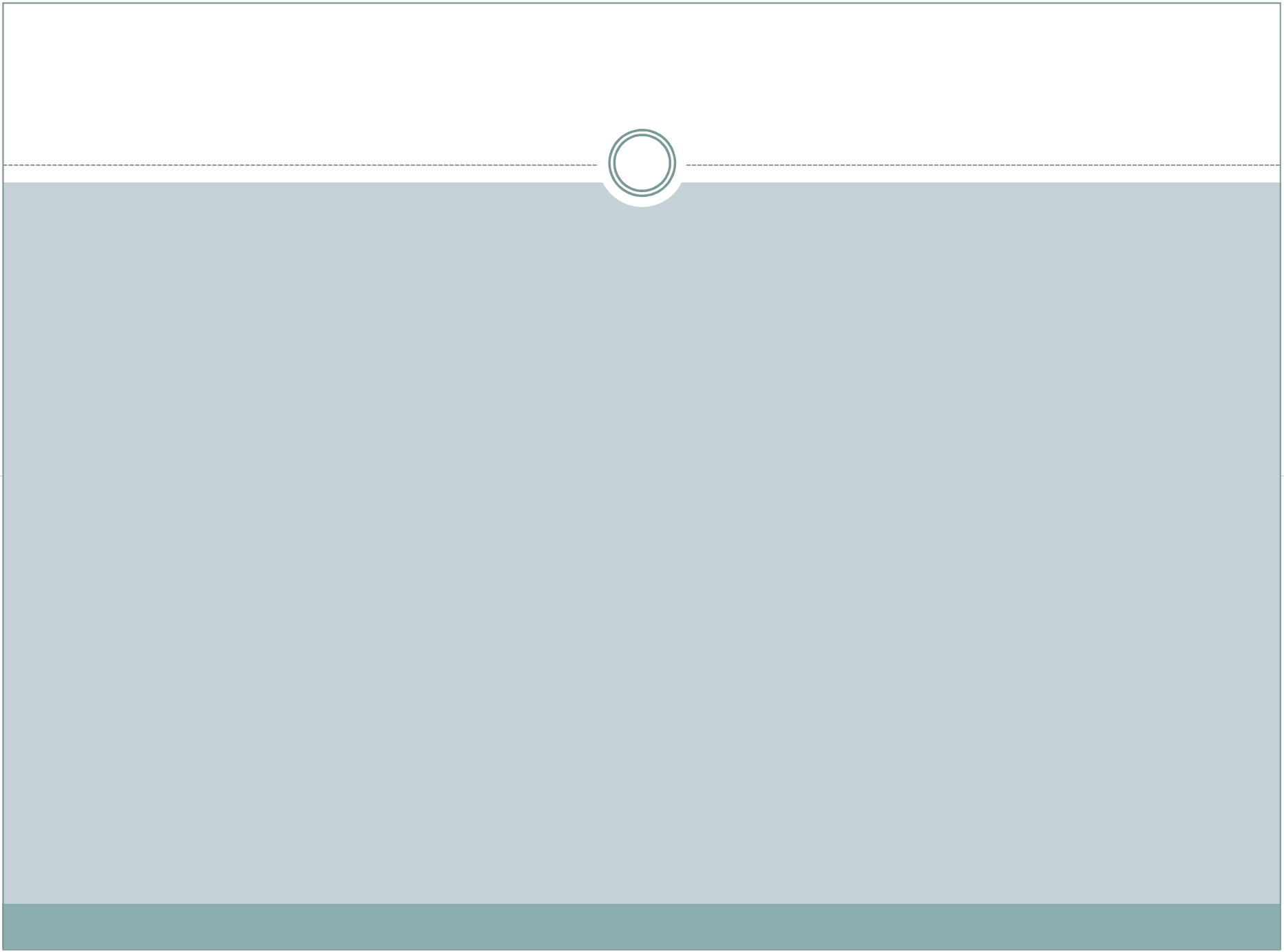
**Samenleving/**GGZ ↔ Samenleving/GGZ



# Tijd voor suïcidepreventie poli's?



- GGZ regie
- Goede triage en verwijzing
- Niet altijd primair behandelaar
- Maar wel vergoeding voor indiceren



# HetSET oprichting



- Specifiek behandel team met programma voor suïcidaliteit
  - Professionals/wetenschappers
  - Hulpverleners
  - Ervaringsdeskundigen
- Expertise team
  - Mobiel
- Intramuraal en ambulantly





# CAMS “Best practise” behandeling

[www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)



← → ↻ [suicidaliteit.nl/cams/index.html](http://suicidaliteit.nl/cams/index.html) ☆

**CAMS** Nederlands



HOME

PUBLICATIES

OVER ▾

LINKS ▾

EVALUATIE  
SUÏCIDE

SUÏCIDAAL  
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**

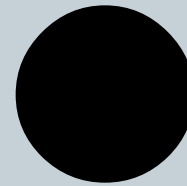
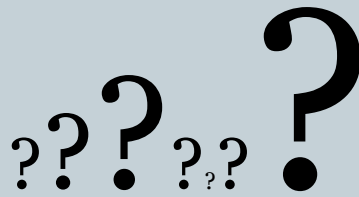
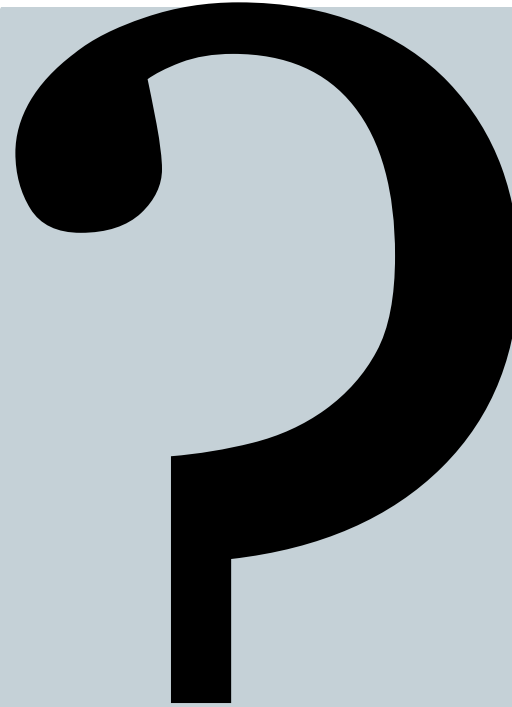
[hier klikken](#)

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

# Afronding



# Questions



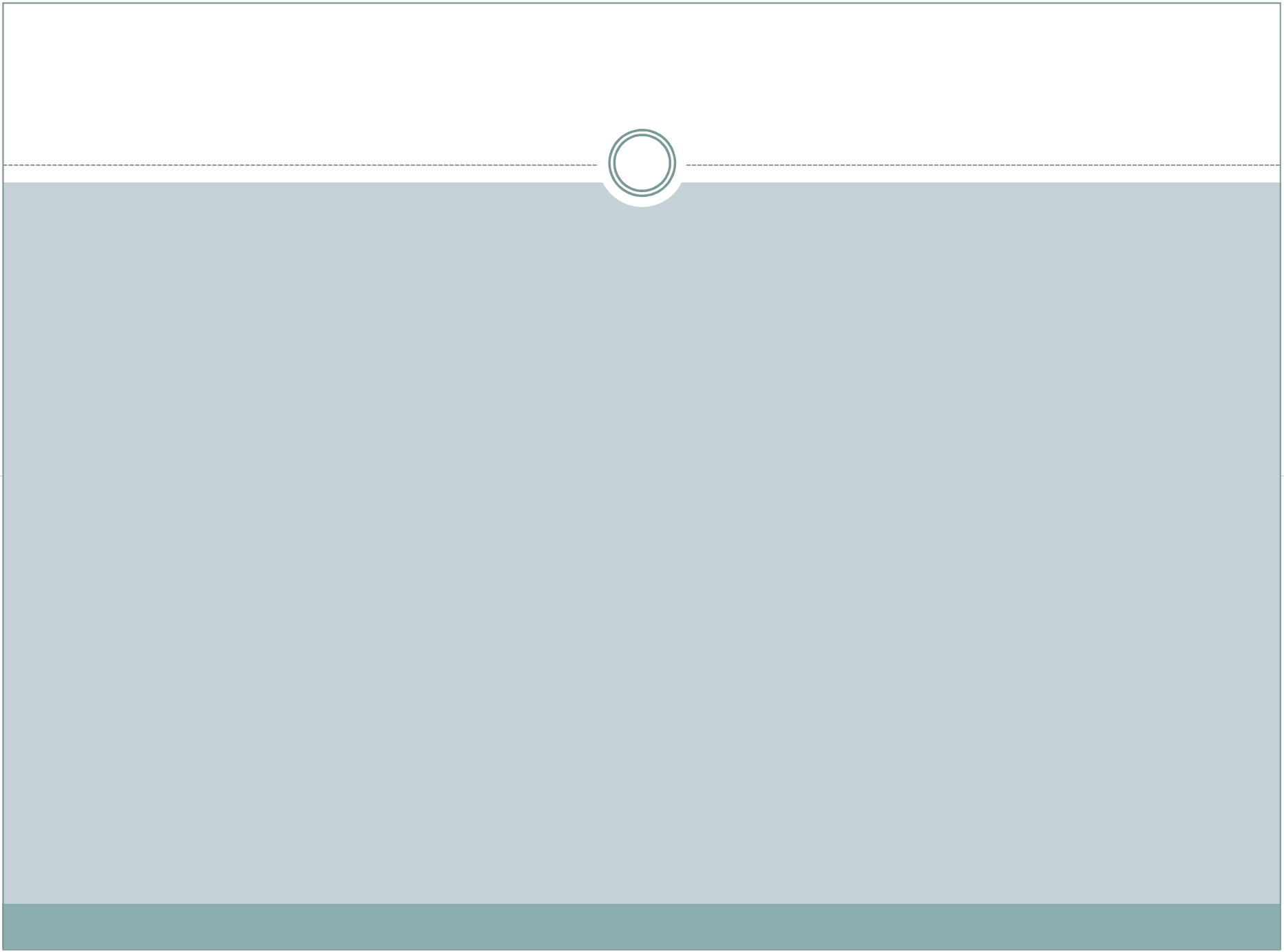


• [info@suicidaliteit.nl](mailto:info@suicidaliteit.nl)

• [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)

• [r.dewinter@parnassia.nl](mailto:r.dewinter@parnassia.nl)





# IK WORD GEK VAN DIE BEZUINIGINGEN!



# Referenties

- Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lepine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J, Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED Study, *Journal of affective disorders* 101 (2007) 27-34
- Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G, de Graaf R, O'Neill S, Florescu S, Alonso J, Kovess-Matefy V, Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study, *Journal of Affective Disorders* 173 (2015) 245-254
- Carlborg, A, Winnerback, K, Jonsson, EG, Jokinen, J, & Nordstrom P. (2010) Suicide in schizophrenia. *Exp RevNeurotherap* 10, 1153-1164
- Casey P, Jabbar F, O'Leary E, Doherty AM, Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode, *Journal of Affective disorders*, Dec 2014, epub ahead of print.
- De Groot M, de Winter R, Stewart R.. Psychologische autopsie studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe overleden door suicide.[www.rijksoverheid.nl/2012.. 1-36](http://www.rijksoverheid.nl/2012.. 1-36)
- Donker T, Calcar A, Busby Grant J, van Spijker B, Fenton K, Kalia Hehir K, Cuijpers P, Christensen H, Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review, *BioMed Central Psychology* 2013, 1:6
- Gilissen R, de Bruin K, Burger I, van Hemert B, Kenmerken van personen overleden door zelfdoding, *epidemiologisch bulletin*, 2013, jaargang 48, nummer 4
- Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Lash TL, The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide, *Clinical epidemiology* 2010:2 23-28
- van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, de Groot MH, Lucassen P, Meerdinkveldboom J, Steendam M, Stringer B, Verlinde AA, van de Glind G, Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suicidaal gedrag, 2014
- Neeleman, J, De Groot, MH, Suicidaliteit- een stoornis die specialismen overstijgt, *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48 (2006) 7
- Preventing suicide, a global imperative, World Health Organization, 2014
- Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W, Suicidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen, resultaten van de Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS), Trimbos-instituut, 2006

## Primair depressief

- *Depressie*
- Stressgevoeligheid ↑↑  
(Langerdurend?)

GGZ / "Samenleving"

## Verstoorde waarneming

- *Psychotisch(e) (depressie)*
- *Wegvallen realiteitszin*  
(kortdurend?)

GGZ / "samenleving"

Ruminering

## Psychosociale "draaikolk"

- *Ernstige verlieservaring*
- *Depressieve gedachten*
- (kortdurend?)

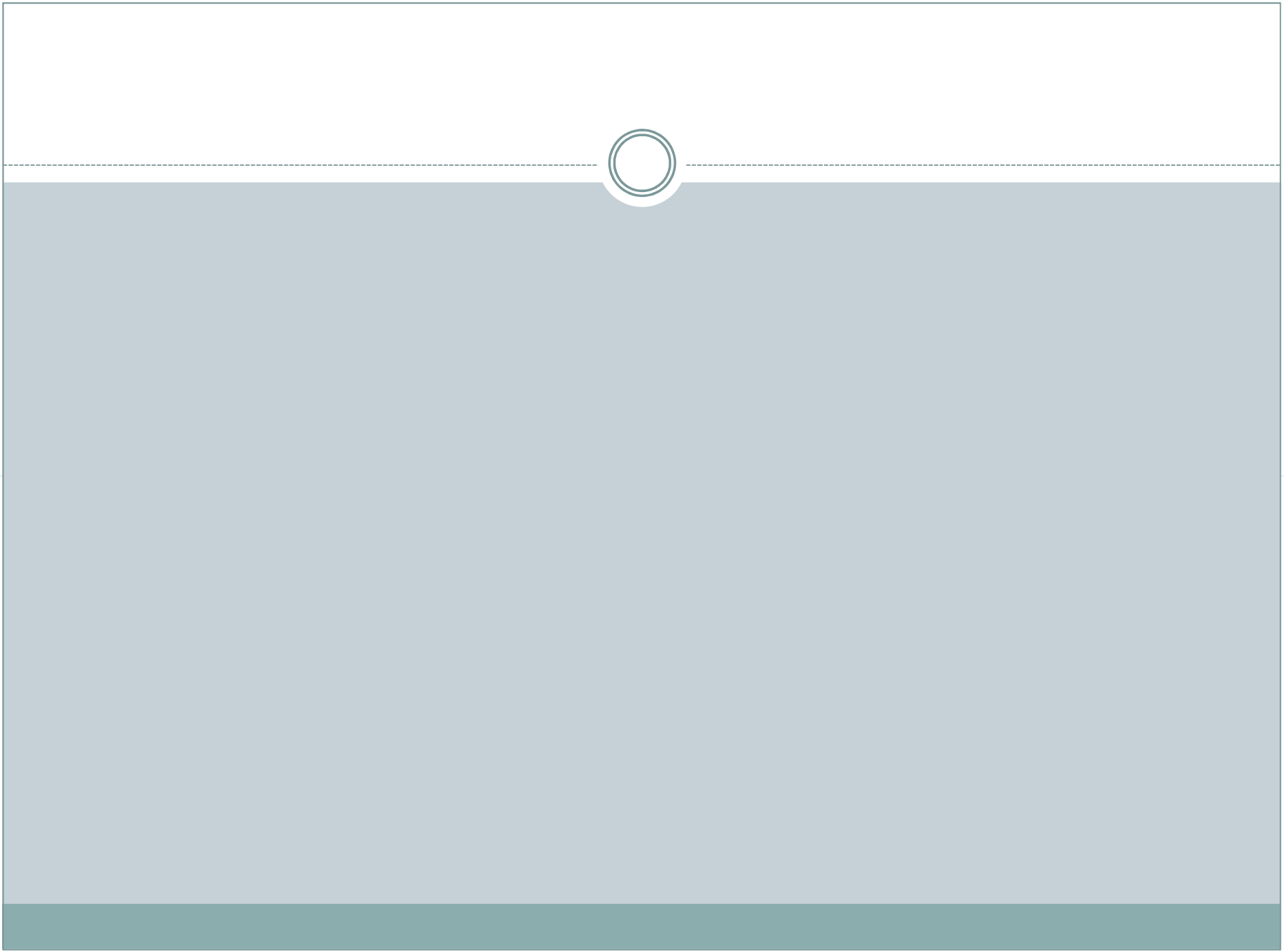
"Samenleving" / GGZ

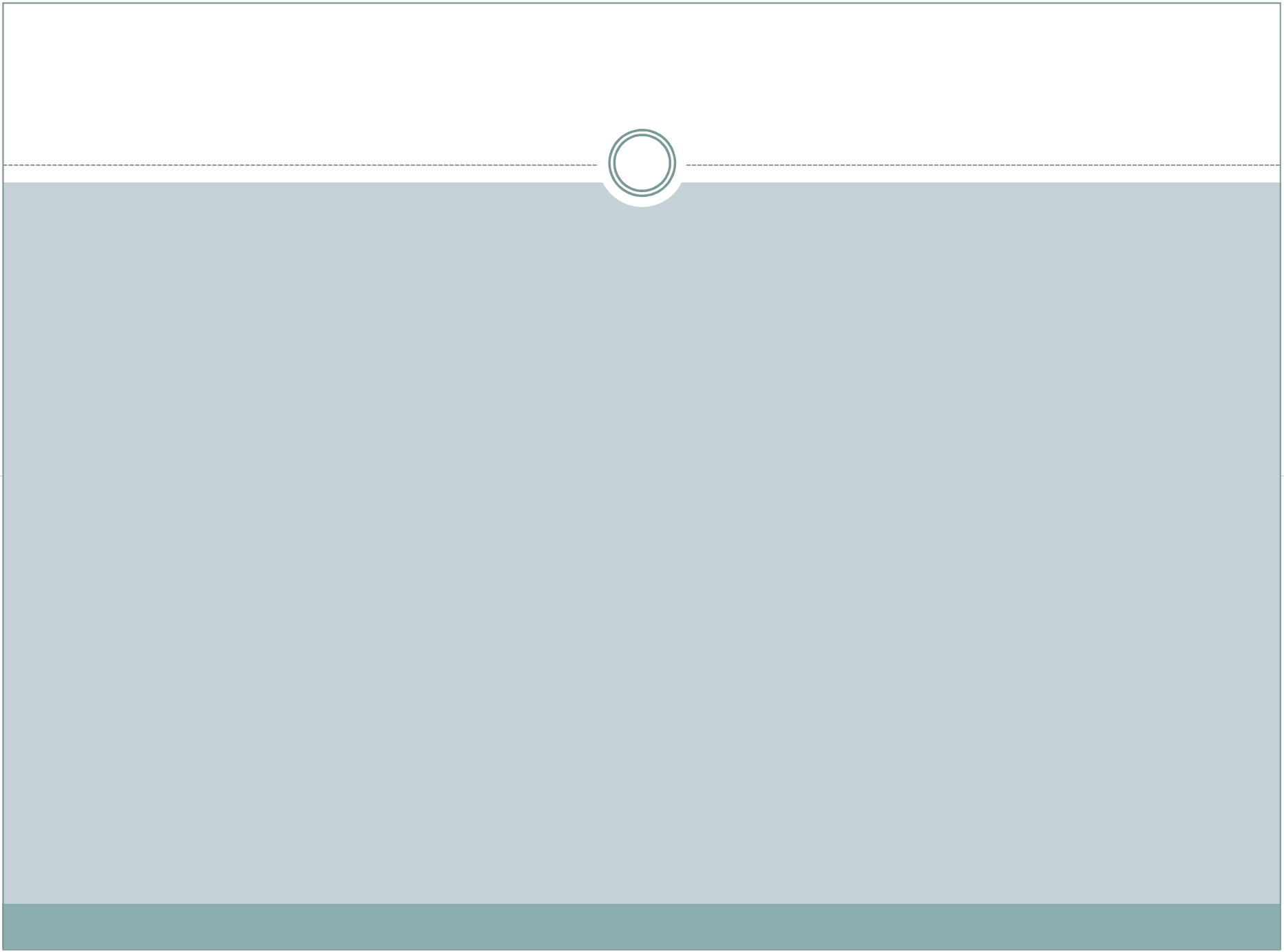
## Communicatie

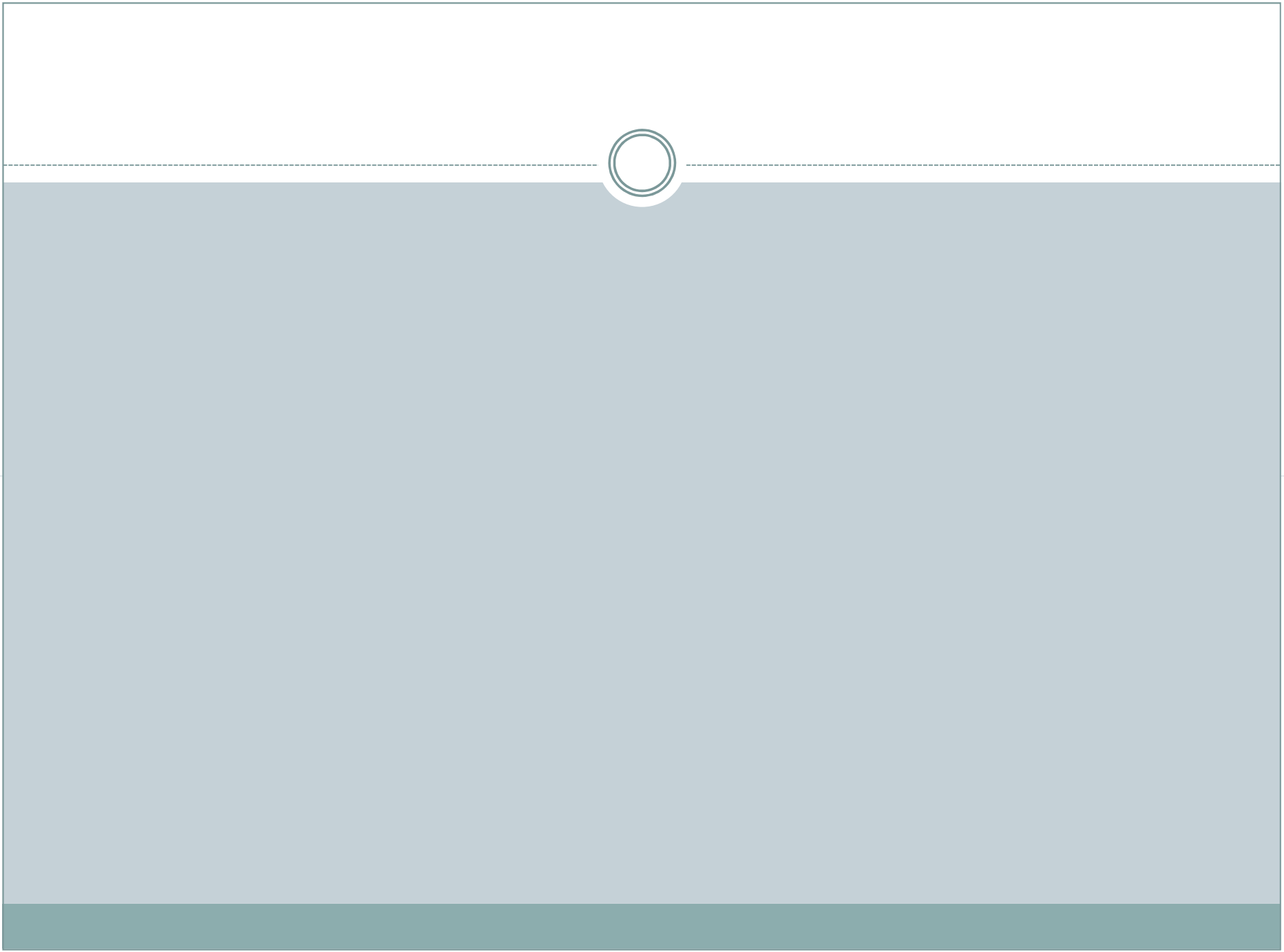
- *Conditionering*
- *Psychologische pijn*
- Entrapment hulpverleners

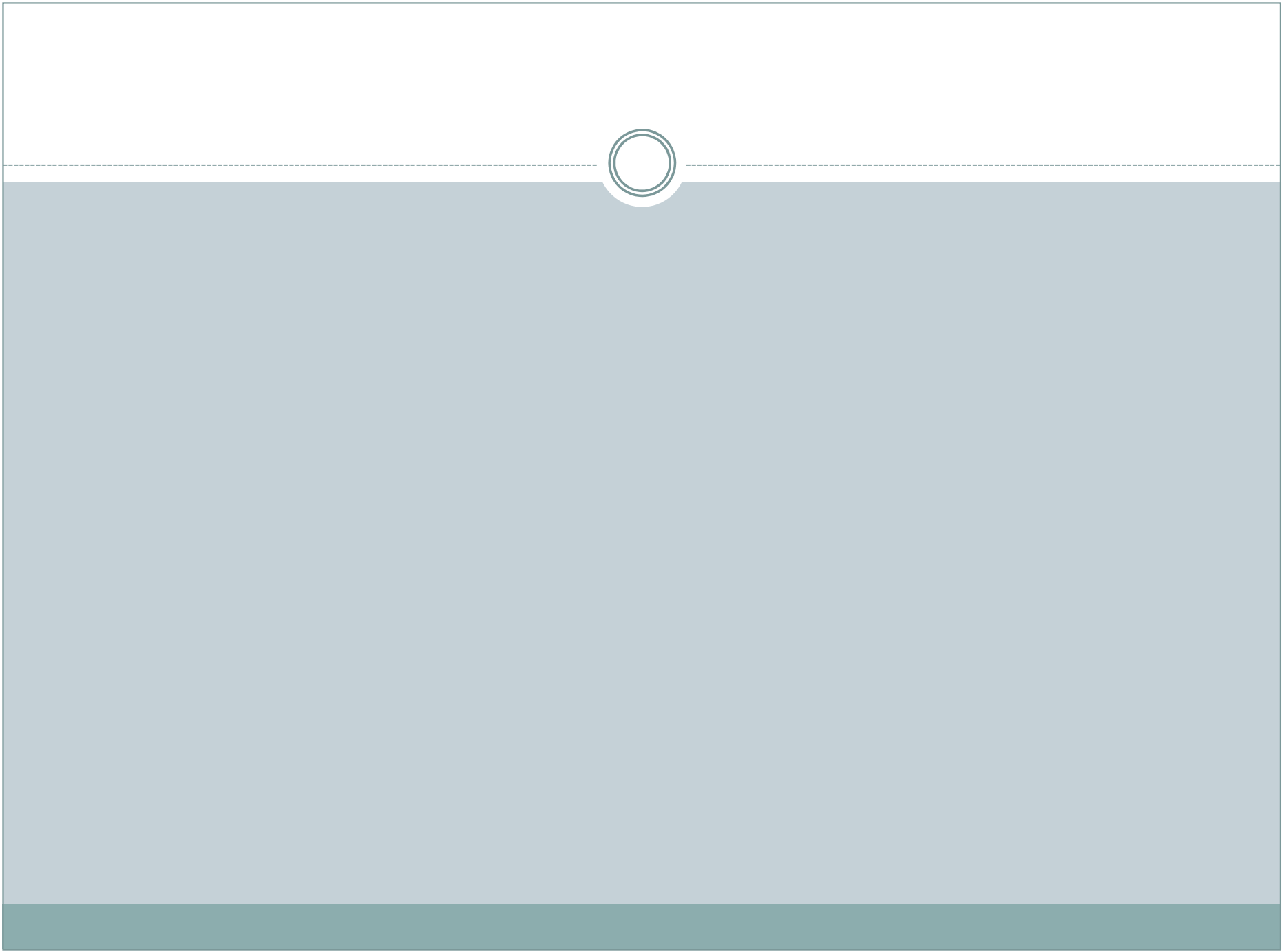
Samenleving/GGZ ↔ Samenleving/GGZ











# No Conflict of Interest



# Programma

15:45-17:15

- 15.45 -16:00
- suïcidaal gedrag
  - Epidemiologie
  - Suïcidaal gedrag en GGz
- 16.00 – 16:15
  - Richtlijn
  - Landelijke agenda
  - Differentiatie suïcidaal gedrag
- 16.15-16.50
  - Korte Introductie CAMS
  - HETSET
  - oefenen
- 16.50....
- **Nabespreking/Discussie**



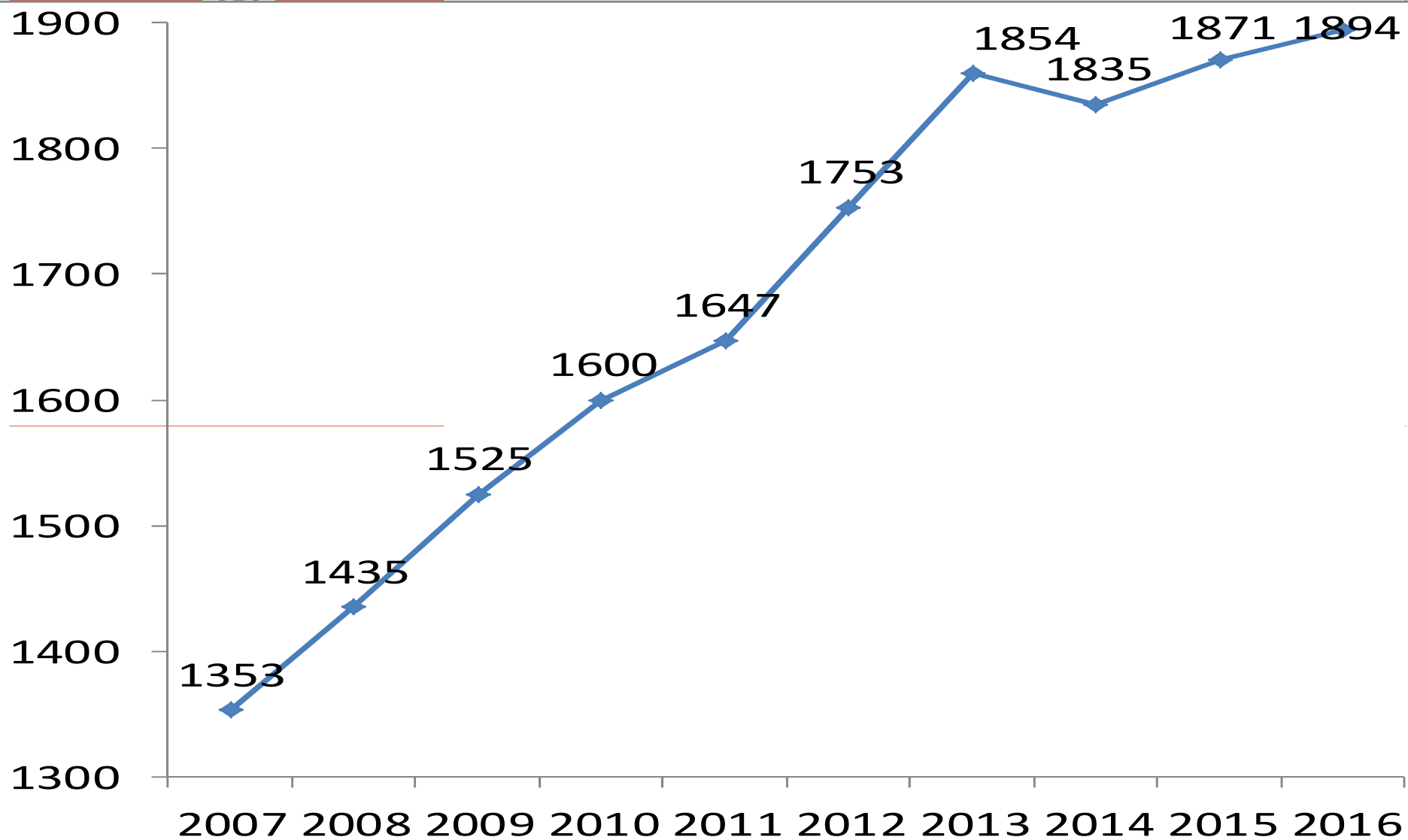
# Specialismegroep Acuut



- **Adoptie van suïcidaal  
gedrag.....**

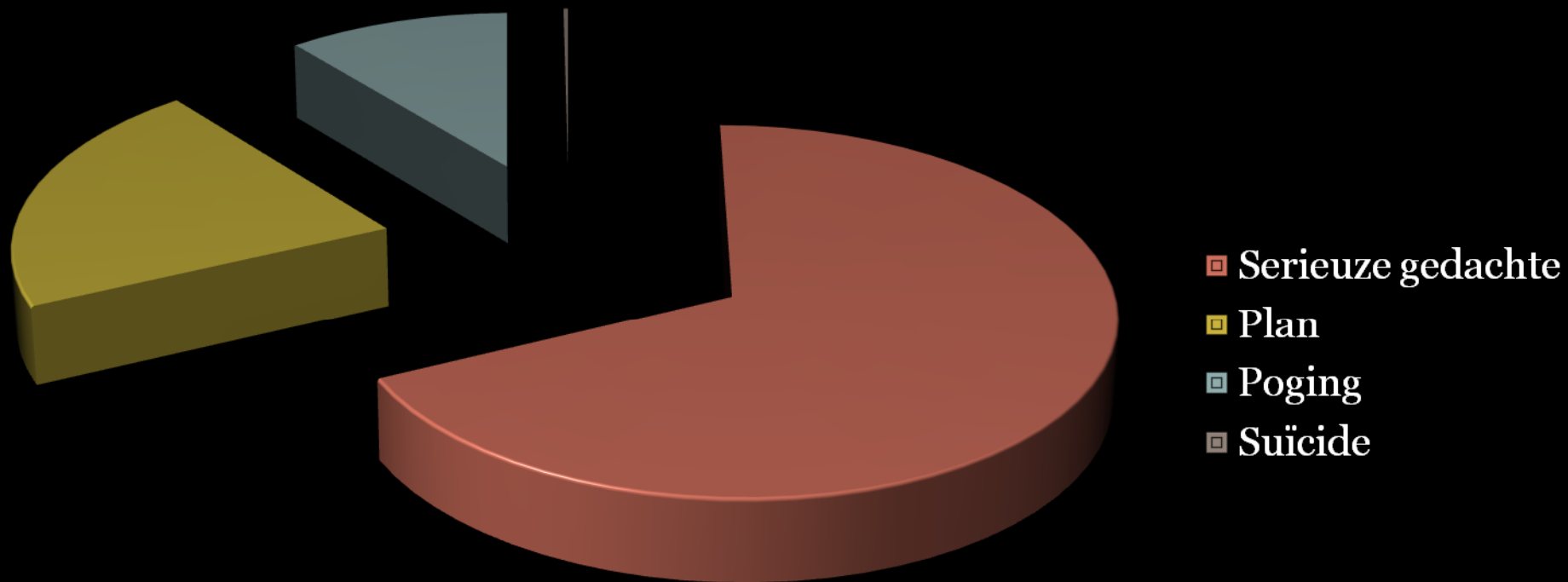
- Samen met SG persoonlijkheidsstoornissen

# Suicides in Nederland





# Jaar prevalentie suïcidaal gedrag



# Suïcidaal gedrag



- **Suïcide is zeldzaam!**
  - Suïcide te laat voor een hulpverlener en zeker de GGz?
  - Suïcidaal gedrag ernstig > GGz

# Slechts 2 diagnoses < suïcidaal gedrag

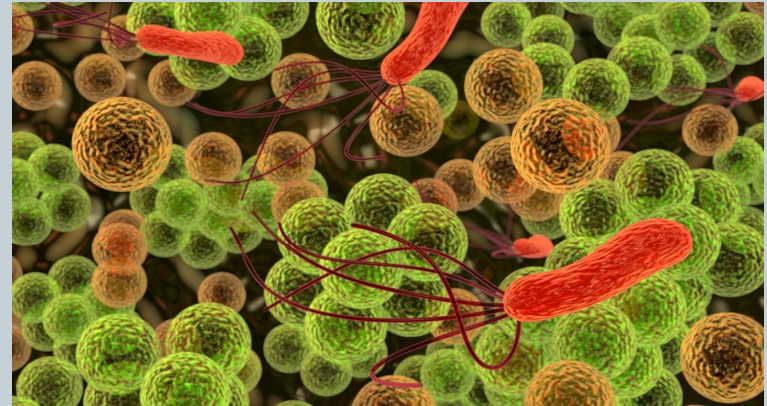


- ...

- ...

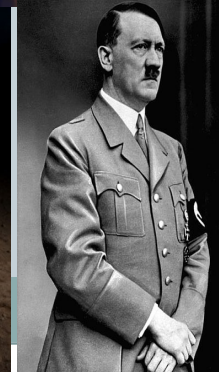
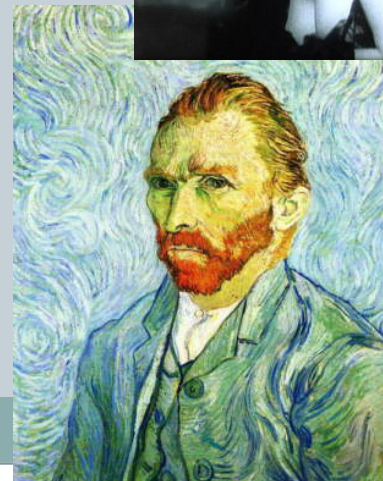
# Iedere vorm suïcidaal gedrag gelijk?

- Vergelijking met koorts?
- Verschillende oorzaken
  - Infectie
    - ✦ Bacteriel
    - ✦ Viraal
    - ✦ schimmel
  - Kanker
  - Allergie
  - Auto-immunziekte
  - Middelen
  - Onbekend



# Oorzaak suïcide altijd hetzelfde.....?

- 70-90% psychiatrische ziekte
- 10-30% niet.....
  
- Depressie
- Psychose
- Middelen
- Aanpassingsstoornis
- Cluster B
- etc...





## Primair depressief

- *Depressie*
- Stressgevoeligheid ↑↑  
(Langerdurend?)

GGZ / "Samenleving"

## Verstoorde waarneming

- *Psychotisch(e) (depressie)*
- *Wegvallen realiteitszin*  
(kortdurend?)

GGZ / "samenleving"

Ruminering

## Psychosociale "draaikolk"

- *Ernstige verlieservaring*
- *Depressieve gedachten*
- (kortdurend?)

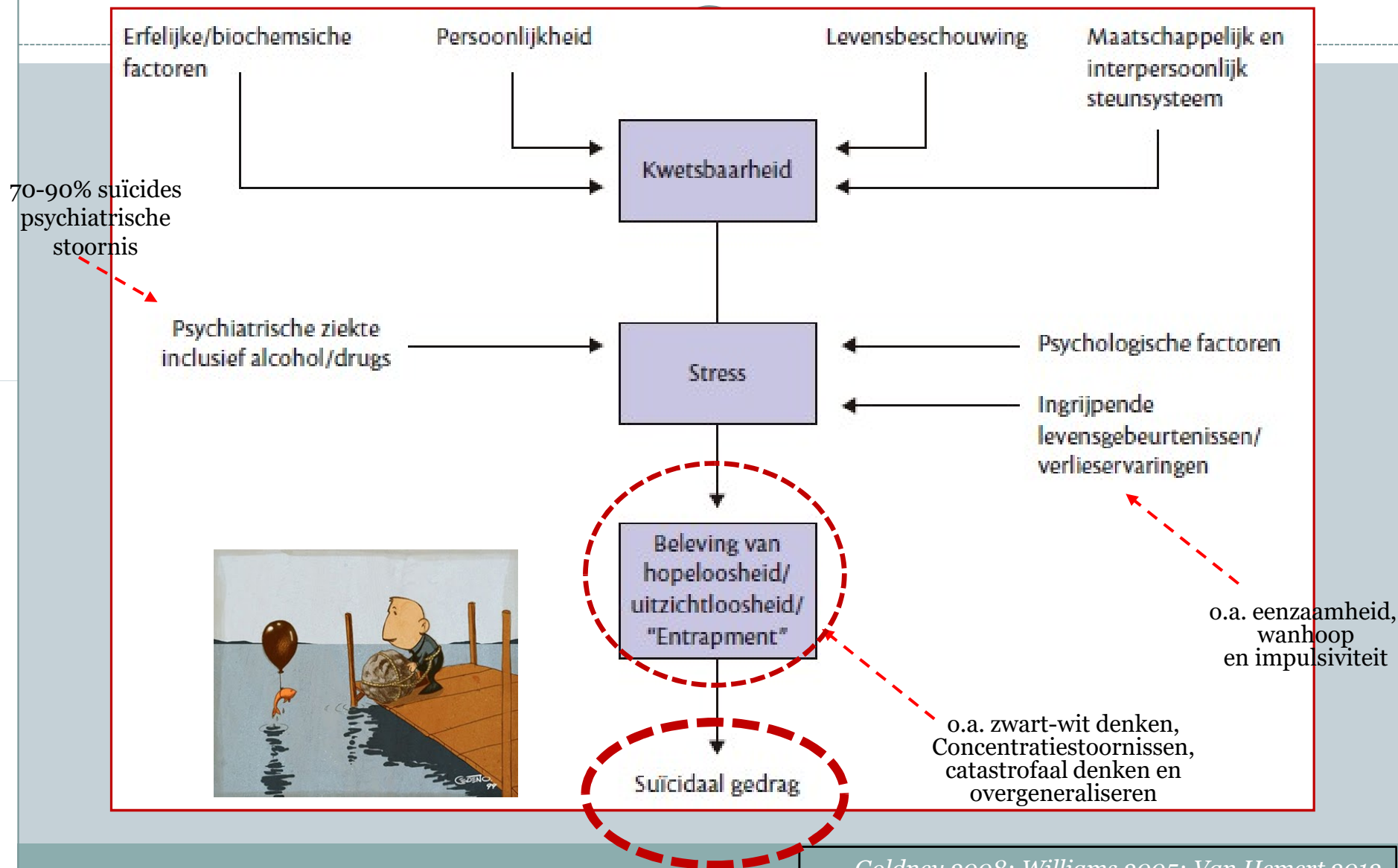
"Samenleving" / GGZ

## Communicatie

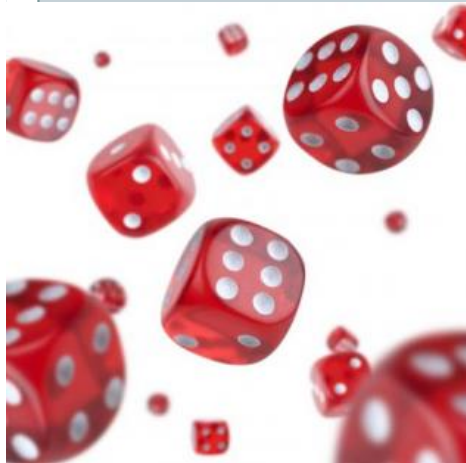
- *Conditionering*
- *Psychologische pijn*
- Entrapment hulpverleners

Samenleving/GGZ ↔ Samenleving/GGZ

# Stress, kwetsbaarheid en entrapment



# Wie kan het beste suïcide voorspellen?





# Tijdens suïcide bekend in de GGZ?

- < 40%

- 70% ooit

**Als wij ze zien leven ze nog!**



# Suicide in GGz



- Gehele populatie:  $\approx 11/100.000$
- GGz Populatie:  $\approx 80-90/100.000$
- “Algemene” populatie:  $\approx 6-7/100.000$

# Suicide en de hulpverlener



- Impact is groot
- Wie van jullie heeft ervaring
  - Verantwoordelijkheid
  - Blaming
  - Burn-out
  - .....

## Knooppunt psychiatrische crisisdienst: evaluatie van patiëntenstromen; samenhang tussen aanmeldreden, aanmelder en crisisbeleid, Utrecht 2009-2015

M.H. HOEK, A.W. BRAAM

Aanmeldreden				
Verwardheid	171	(25)	94	(21)
Agressie	106	(15)	98	(22)
Overig	121	(17)	46	(11)
Suïcidaliteit	295	(43)	200	(46)
Totaal	693	(100)	438	(100)

## 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

crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst in

beoordelingen waarbij suïcidaal gedrag of respectievelijk suïcidepogingen voorkwamen

	Alle beoordelingen n (%)	Suïcidaal gedrag n (%)	Suïcidepoging n (%)
n (% van alle consulten)	14705 (100)	4741 (32,2)	1364 (9,2)
unieke patiënten (n)	7969	3377	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 (15,6)
geslacht man	7901 (53,7)	2310 (48,7)	591 (43,3)

# A study of the connection between coercive measures used in a closed acute psychiatric ward and the socio-demographic and clinical characteristics of the patients involved

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)6, 434-445

N. MIEDEMA, M.C. HAZEWINKEL, D. VAN HOEKEN, A.S VAN AMERONGEN, R.F.P. DE WINTER

TABEL 2 Klinische kenmerken in relatie tot dwangmaatregelen

Klinisch kenmerk	Totaal		Dwangmaatregel					
	N	%	Separatie		$\chi^2$ -toets**	Noodmedicatie		$\chi^2$ -toets**
			Ja	% Ja		Ja	% Ja	
Alle opnames	1283	100,0%	260	20,3%		182	14,2%	
<b>Opnamereden*</b>								
Psychotische decompensatie	472	36,8%	127	48,8%	$\chi^2 = 20,385; df = 1; p < 0,001$	94	51,6%	$\chi^2 = 20,404; df = 1; p < 0,001$
Suïcidaliteit	370	28,8%	45	17,3%	$\chi^2 = 21,127; df = 1; p < 0,001$	23	12,6%	$\chi^2 = 27,003; df = 1; p < 0,001$
Agressie	216	16,8%	78	35,8%	$\chi^2 = 40,681; df = 1; p < 0,001$	68	37,4%	$\chi^2 = 62,697; df = 1; p < 0,001$

OPNAMEAFDELING

# Percentage opname onder 314 suïcides in de Haagse GGZ



Het aandeel suïcides door patiënten met een stoornis waarvan de ggz-behandeling thans niet meer vergoed wordt

A.T. SPUJIBROEK, Y.M. LEEZER, D.P. DE BEURS, R.F.P. DE WINTER

## opgenomen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	81	25,8	25,8	25,8
nee	233	74,2	74,2	100,0
Total	314	100,0	100,0	

# Ambulant/Klinisch



- Suïcidaal gedrag in de GGz
- Weinig cijfers voor handen
  - GGz ambulant 3 – 70 %
  - GGz klinisch 10 – 90%

# Slotervaart ziekenhuis



- Afdeling interne
- Afdeling chirurgie
- Afdeling KNO
- Afdeling dermatologie
  
- Geen afdeling oncologie





# Psychiatrisch ziekenhuis klinisch & ambulant



- Geen afdeling “suïcidaal gedrag”

# LW Coöperatie Laatste Wil

*Baas over eigen sterven*

[Home](#) [Nieuws](#) [Activiteiten](#) [Organisatie](#) [Filmpjes](#) [Publicaties](#) [FAQ](#) [Pers](#) [Contact](#) [Links](#) [English](#)

## Coöperatie Laatste Wil U.A.

Coöperatie Laatste Wil is opgericht om voor haar leden te bewerkstelligen dat het eigen levenseinde mag en kan worden geregisseerd, met een humaan werkend laatstewilmiddel dat op een legale manier is verkregen, zonder toetsing voor- of achteraf door een arts, begeleider of consulent.

Het gaat de coöperatie om een vergelijkbare, zorgvuldig met elkaar afgesproken

**Coöp Laatste Wil**  
**WilLaatste**

WilLaatste RT  
**@levenseindecoun** :  
**#MinisterBlok** : "Over welk middel gaat het eigenlijk? Zelfs dat weten we niet."  
**@WilLaatste** heeft in ieder geval reurin...  
13 uur · reply · retweet · favorite

WilLaatste RT @laravanwijk



# **GGZ: beste expertise suïcidaliteit**

- Beoordeling en taxatie bij GGz!
- Echter niet altijd de behandeling vanuit GGz?

# HetSET



# Het*SET* oprichting



- Gesprekken met verzekeraars
- Suïcidaal gedrag als aparte behandelmodus

# HetSET



- Specifiek behandel team met programma voor suïcidaliteit
  - Professionals/wetenschappers
  - Hulpverleners
  - Ervaringsdeskundigen
- Expertise team
  - Mobiel
- Parnassia breed betrokken
- Intramuraal en ambulantly

# HetSET *wat.....*



- Consultatie en hulp bij behandeling
- Hulp bij diagnostiek
- Consultatie teams
- Consultatie na suïcide
  
- behandel mogelijkheden



- vereisten





# Die durft!



# Doelen



1. **Behandeling en consultatie bij suïcidaliteit**
2. De krachten bundelen & zoeken naar:  
*optimale diagnostiek en behandeling binnen de PG.*
3. **Aansluiten bij de specialismegroep acuut.**
4. Consultatieteam voor belangrijke ketenpartners.
5. **Met Parnassia Academie werken aan:**  
*kennisvermeerdering en scholing suïcidepreventie.*
6. Centrale rol implementatie evidence based werken
7. **Anticipatie landelijke agenda suïcidepreventie en:**  
**stichting 113ZP, Supranet GGZ en de IASP.**

# Doelen



8. Anticiperen in WO gericht op klinische verbetering (samenwerking VU en SURE).
9. Ervaringen uitwisselen en kennisdelen met belangrijke personen zoals:  
directe naasten (zoals familie, partners, vrienden) en andere direct betrokkenen) die betrokken zijn bij een suïcidale patiënt.

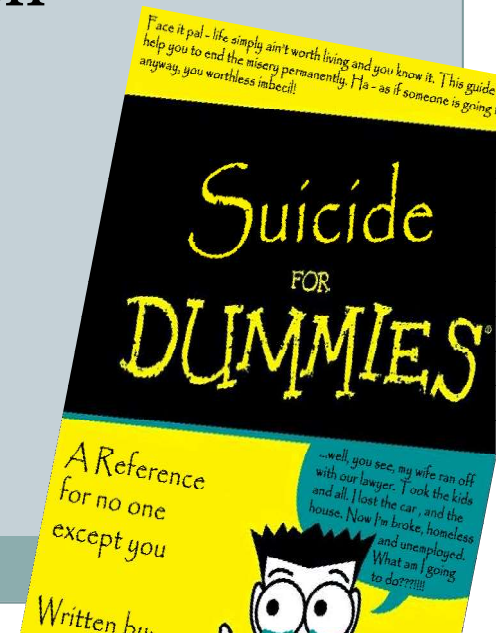
Het*SET* waar



Intermediair crisisdienst <> IBT



- Durven vragen & luisteren luisteren luisteren **luisteren**
- Professionele en/of creatieve hoop bieden
- Continuïteit van hulp/zorg



# kennis

## Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

de Tijdstroom



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

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

Q 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](#)

## 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
- Monitor voortgang
- Partners
- Trainingen



# 113 PITSTOP SUICIDE TRAINING

*Parnassia Groep  
21-4-2017*

Trainers:



# CAMS “Best practise” behandeling

[www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)



← → ↻ [suicidaliteit.nl/cams/index.html](http://suicidaliteit.nl/cams/index.html) ☆

**CAMS** Nederlands



HOME

PUBLICATIES

OVER ▾

LINKS ▾

EVALUATIE  
SUÏCIDE

SUÏCIDAAL  
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



# CAMS

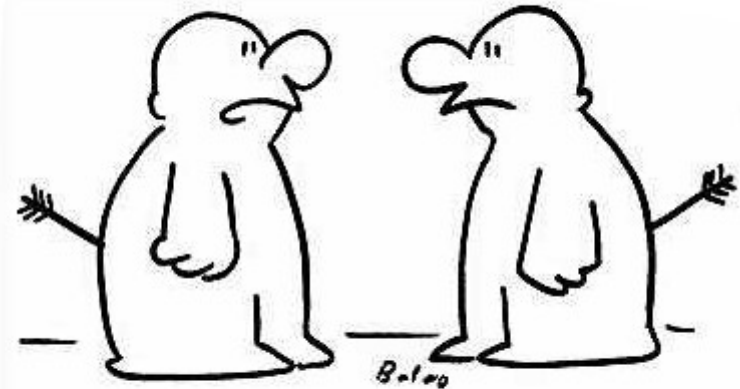


- **Collaborative Assessment & Management of Suicidality**
- Samen Beoordelen & Omgaan met Suïcidaal gedrag (SBOS)
- Ambulant & klinisch

# CAMS



- In het begin veel investeren om op lange termijn te oogsten!
- Bent u zelf instrument.
- Erkennen van lijden!!
- Samenwerking aangaan
- Gratis te verkrijgen.....



"I know exactly how you feel."

# Post its



- **Bespreken**
  - Persoonlijke behoefte in praktijk ?
  - Wat doe je bij een suïcidale patiënt?
    - ✦ Wil je consultatie
    - ✦ Wil je zorg evt overhevelen?
    - ✦ Welke voorwaarde dan?
    - ✦ Wat verwacht je van een dergelijk team
  - **3 kreten opschrijven rondom persoonlijke behoefte?**

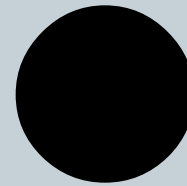
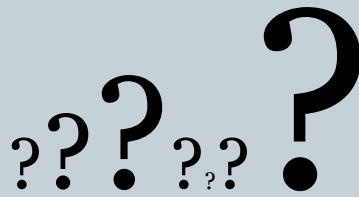
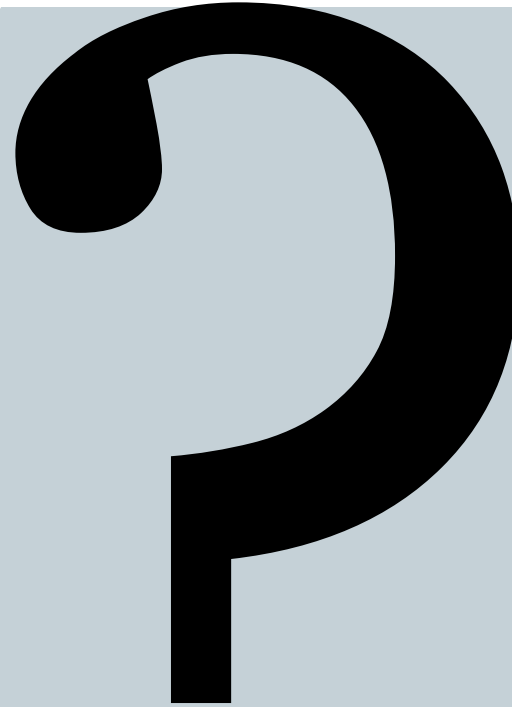
bespreking



# Meldingen Crisisdienst Parnassia Haaglanden

Jaar	Totaal aantal meldingen	Aanpassingsstoornis	Aanpassingsstoornis en suïcidaliteit
2009	3282	134 (4.1%)	12
2010	4132	177 (4.3%)	17
2011	5241	224 (4.3%)	11
2012	4753	95 (2.0%)	2
2013	4734	24 (0.5%)	3
2014	4780	17 (0.35%)	8

# Questions



• [info@suicidaliteit.nl](mailto:info@suicidaliteit.nl)

• [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)

• [r.dewinter@parnassia.nl](mailto:r.dewinter@parnassia.nl)

