

# **EFFECTIEF OMGAAN MET SUÏCIDALITEIT BIJ PATIËNTEN MET SCHIZOFRENIE OF EEN AANVERWANTE PSYCHOTISCHE STOORNIS**

**Dr. Berno van Meijel  
Lector GGZ-verpleegkunde  
Hogeschool INHOLLAND  
Congres Zorg voor mensen met schizofrenie  
Ede, 18 februari 2010**



# INVENTARISATIE

- Welke problemen / moeilijkheden / uitdagingen ervaar jij in de zorg voor suïcidale mensen met schizofrenie?



## KNELPUNTEN (1)

- Verpleegkundigen voelen zich onzeker in de zorg voor suïcidale patiënten;
- Verpleegkundigen vinden het moeilijk om het suïciderisico vast te stellen;
- Verpleegkundigen missen signalen die wijzen op suïcidaliteit;
- Verpleegkundigen reageren soms niet op signalen van suïcidaliteit.



## KNELPUNTEN (2)

- Verpleegkundigen proberen onzekerheid te reduceren via beheersing van het suïcidale gedrag;
- Verpleegkundigen vinden het moeilijk om met de patiënt te communiceren over eventuele suïcidaliteit;
- Verpleegkundigen weten niet goed welke interventies te kiezen bij aanwezige suïcidaliteit.



# PROJECTGROEP

Dr. Berno van Meijel  
Drs. Ing. Esther Meerwijk  
Prof. dr. Jan van den Bout  
Prof. dr. Mieke Grypdonck  
Prof. dr. Ad Kerkhof



## RICHTLIJN: DOEL

Het ondersteunen van verpleegkundigen in de effectieve omgang met patiënten met schizofrenie die suïcidaal gedrag vertonen:

- Het adequaat inschatten van het suïciderisico;
- Het bespreekbaar maken van suïcidaliteit met de patiënt;
- Het kiezen en uitvoeren van effectieve interventies.



# METHODE

- Literatuuronderzoek
- Consultatie van verpleegkundigen werkzaam in de praktijk
- Ontwerp van de richtlijn
- Toetsing van de richtlijn door experts
- Onderzoek naar de bruikbaarheid
- Definitieve vaststelling



# DE RICHTLIJN

- Deel A: theorie en aanbevelingen
- Deel B: gegevensverzameling en interventies
- Werkboek Basisanamnese
- Werkboek Voortgezette anamnese.



# UITGANGSPUNTEN

- Complexiteit
- Beleving van de patiënt
- Gedeelde verantwoordelijkheid
- De therapeutische relatie



# DE BASISANAMNESE (1)

Beginvragen:

- Hoe is het leven van deze patiënt tot nu toe verlopen?
- Welke plaats heeft de ziekte schizofrenie hierin ingenomen?
- Hoe is hij omgegaan met tegenslagen in zijn leven, al dan niet veroorzaakt door schizofrenie?
- Lijdt de patiënt onder zijn levenssituatie?
- Hoeveel stress moet de patiënt verdragen in zijn leven?
- Is de patiënt optimistisch of juist pessimistisch gestemd?
- Hoe oordeelt de patiënt over zichzelf?



# DE BASISANAMNESE (2)

GEBASEERD OP SCALE OF SUICIDE IDEATION (BECK E.A. 1979)

Inschatting van:

- De kwaliteit van leven
- De wens om te leven: wat draagt hieraan bij?
- De wens om niet te leven: wat draagt hieraan bij?
- De verhouding tussen de wens om te leven en de wens om niet te leven;
- Suïcidale gedachten, intentie en plannen;
- Conclusie.



# CONCLUSIE

De suïcidaliteit van de patiënt is:

- Licht: het suïciderisico is waarschijnlijk gering
- Ambivalent: het suïciderisico is reëel
- Ernstig: het suïciderisico is reëel
- Zeer ernstig: er is in acuut suïciderisico.

Vervolganamnese?



# VERVOLGANAMNESE

Systematische inventarisatie van risicofactoren

Beperkingen van risico-inschatting!!



# RISICOFACITOR: SUÏCIDALITEIT

Beoordeling van:

- Suïcidale gedachten
- Suïcidale intentie
- Suïcideplannen
- Suïcidepogingen in het verleden.



# RISICOFACITOR: GEVOLGEN VAN SCHIZOFRENIE

- Herstel van psychotische episode
- Aanwezigheid van depressieve symptomen
- Verslechtering psychosociaal functioneren
- Realistisch besef van verslechtering
- Angst voor verdere achteruitgang
- Gering vertrouwen in de behandeling
- Aanwezigheid van psychotische symptomen (paranoïde wanen, bevelshallucinaties, angst en paniek)
- Bijwerkingen van medicatie



# RISICOFACITOR: PSYCHOSOCIALE FACTOREN

- Sociale steun
- Familiale voorgeschiedenis ( psychiatrische stoornissen, suïcidaliteit)
- Sociaal-economische status ( werkloosheid)
- Belastende levensgebeurtenissen



# RISICOFACITOR: PSYCHOLOGISCHE EN COGNITIEVE FACTOREN

Onder andere:

- Gevoelens van hulpeloosheid
- Ernstige en aanhoudende angst
- Psychische verwarring
- Impulsiviteit
- Vernauwing van het denken
- Denken in uitersten ( zwart/wit-denken)
- Geslotenheid



# RISICOFACITOR: MIDDELENMISBRUIK

- De mate van afhankelijkheid van verslavende middelen.



# RISICOFACITOR: LICHAAMELIJKE AANDOENINGEN

- Heeft de patiënt bepaalde lichamelijke aandoeningen of ongemakken die de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden?



# DEFINIËRING VAN PROBLEEMGEBIEDEN

- Systematische evaluatie van de clusters van risicofactoren.
- Beoordeling van de samenhang tussen de risicofactoren.
- Bepaling van geschikte interventiemogelijkheden: wat is beïnvloedbaar en wat niet?

De anamneses zijn direct sturend richting interventiestrategieën.



# BEPALING VAN INTERVENTIES: DE ANAMNESE ALS BASIS!

- Veiligheid van de patiënt: beschikte behandelsetting
- Contact onderhouden met de patiënt
- Ondersteunende gespreksvoering
- Probleemoplossing
- Adequate psychiatrische behandeling
- Interventies gericht op middelenmisbruik
- Vermindering van de gevolgen van lichamelijke aandoeningen
- Crisisresponskaart
- Interventies gericht op de gevolgen van schizofrenie (MD-richtlijn schizofrenie)
- Mobiliseren van sociale steun
- Gezinsinterventies
- Maatschappelijke participatie



# CONCLUSIE

- De richtlijn is een bruikbaar instrument gebleken om op een meer systematische wijze om te gaan met suïcidale patiënten.
- Een geïndividualiseerde toepassing van de richtlijn is van cruciaal belang voor het succes ervan!
- Het gebruik van de richtlijn als ‘spoorboekje’ doet onrecht aan de patiënt en aan jezelf als professional.



**DANK VOOR JULLIE AANDACHT!!!**



# DISCUSSIE

