



JAN MOKKENSTORM OVER STICHTING SUPRANET GGZ

## *'Van receptioniste tot bestuurder: iedereen moet samenwerken om suicide te voorkomen'*

Stichting 113Online heeft een aanjagende en coördinerende rol bij de uitvoering van de Landelijke Agenda Suïcide Preventie, die door het ministerie van VWS is geïnitieerd. Een van de concrete resultaten daarvan is Stichting Supranet GGZ: het actienetwerk dat deze maand is opgericht, waarin partijen binnen en buiten de zorg samenwerken rond suïcidepreventie. Jan Mokkenstorm, psychiater/onderzoeker bij GGZ inGeest, directeur van 113Online en mede-initiatiefnemer, vertelt over de voortgang tot nu toe.

De kiem voor de oprichting van het Landelijk Suicide Preventie Actienetwerk, zoals Supranet voluit heet, werd gelegd tijdens het NVvP Voorjaarscongres van vorig jaar. 'Veel partijen hebben zich aan die Landelijke Agenda gecommitteerd. Maar tussen droom en daad zit vaak een groot verschil', zegt Mokkenstorm. Om die kloof te dichten werd in Maastricht een *diner-pensant* gehouden waar 15 grote en kleinere ggz-instellingen bespraken hoe zij tot een efficiëntere uitwisseling van praktijkdata en goede voorbeelden konden komen. Die sessies leidden tot concrete resultaten: zes grote ggz-instellingen schreven mee aan de inhoud van de statuten en het concept, 14 partijen zijn van plan deel te nemen aan het programma. Als het aan het bestuur ligt, worden dat er veel meer. Dit najaar wordt hiertoe een *invitational conference* gehouden.

## NICE

Het Supranet programma kent twee onderdelen: Supranet Care en Supranet Community. Het eerste spiegelt zich nadrukkelijk aan een langlopend project van IC-afdelingen: Nederland Intensive Care Evaluatie (NICE). In de databank van NICE zijn actuele gegevens te vinden over de sterfte op honderd IC's in Nederland. Jan Mokkenstorm: 'Wat daar bijzonder aan is, is dat de cijfers tussen verschillende typen ziekenhuizen onderling vergelijkbaar zijn gemaakt. Zo wordt inzichtelijk wat het ene ziekenhuis nu anders doet dan het andere. Dat leidt tot vermindering van praktijkvariatie. Het prettige aan dit systeem is dat klinici op een kort-cyclische manier en werkenderwijs leren wat zij kunnen doen om de patiëntveiligheid op hun afdeling te vergroten, daarbij niet gehinderd door bemoeienissen van verzekeraar, inspectie of koepels. Het is een project met, voor en door collega's. Dat is precies het kader dat wij beogen.' De bedoeling is dat zowel data van suicides als pogingen daartoe worden verzameld. Net als behandelgegevens, patiëntenaantallen en geanonimiseerde patiëntkenmerken.

## Behandelingsverlegenheid

Het delen van data en goede voorbeelden moet ook leiden tot het blootleggen van veilige (of onveilige) routines waar het gaat om suicidepreventie. Te vaak wordt aan het vrije spel overgelaten of medewerkers patiënten wel of niet vragen of zij met een doodswens rondlopen,

*'Wanneer het om suicide gaat, zijn we te veel geneigd een schuldige aan te willen wijzen: wie heeft hier geblunderd?'*

aldus Mokkenstorm. 'In onze locatie in Haarlem heb ik 100 willekeurige patiënten een vragenlijst meegegeven. Daaruit bleek dat veel meer mensen suicidale plannen hadden dan verwacht. Daarmee kon ik vervolgens naar de behandelaar. Als die ervan op de hoogte is dat zijn patiënt al een afscheidsbrief heeft klaarliggen en voorbereidingen heeft getroffen om een poging te doen, kan hij zijn beleid daarop aanpassen, bijvoorbeeld door antidepressiva met meer controles op te bouwen. Systematisch vragen maakt dat je meer veiligheidsmaatregelen kunt inbouwen.'

Mokkenstorm denkt dat er onder psychiaters niet zozeer een taboe ligt op het stellen van de vraag: 'wilt u niet meer leven?', als wel dat ze niet altijd goed kunnen omgaan met het antwoord hierop – en de vraag daarom niet altijd stellen. Want hoe behandel je suicidaliteit eigenlijk? 'Er is veel behandelingsverlegenheid door gebrek aan training. De meeste psychiaters hebben in hun opleiding geen gerichte scholing gehad in diagnostiek en behandeling van suicidaal gedrag, en veel psychiaters kennen de richtlijn nog niet.' En, zegt Mokkenstorm: 'Belangrijker nog is dat suicide voor veel psychiaters een gevoelig onderwerp is. Het verlies van een patiënt door suicide, de eerste keer vaak als beginnende assistent, is een gebeurtenis met grote impact. Het leidt vaak tot gevoelens van spijt, schuld, angst voor sancties, en verdriet. Recent onderzoek toont dat deze impact lager is bij psychiaters die de suicide van een patiënt zeggen te hebben verwacht en in het contact enige afstand hebben ervaren. Dit kan erop duiden dat psychiaters uit zelfbescherming gereserveerd zijn over de mogelijkheden van suicidepreventie in het algemeen, en van de preventieve werking van het direct en herhaaldelijk bespreekbaar maken van suicidaliteit en wanhoop in het bijzonder.'

## Zes proeftuinen

De Landelijke Agenda Suicide Preventie is er gekomen in reactie op de scherpe stijging van het aantal suicides: →

36 procent in 7 jaar tijd. Hiermee is Nederland met Griekenland de nummer 1 stijger van Europa. Verlaging van het aantal suicides vergt ook inzet van partijen buiten de ggz. 'Een brede maatschappelijke inzet', schrijft minister Edith Schippers in haar laatste jaarrapportage over het onderwerp aan de Tweede Kamer. Waarmee we op de tweede pijler van Supranet komen: Community, het onderdeel dat vooral onder de hoede komt van 113Online. Hiervoor zal onder meer worden geput uit de opgedane ervaringen van het EEAD-project (European Alliance Against Depression), waarin ook Nederland al deelneemt. De kern: een regionale aanpak op vier verschillende niveaus, die in de deelnemende regio's van 'startland' Duitsland al heeft geresulteerd in een verlaging van het aantal suicides met 32 procent. Ten eerste: regionale campagnes, gericht op het doorbreken van het stigma. 'Het is belangrijk dat mensen zich niet geïsoleerd weten.' Daarnaast: het trainen van *gatekeepers*. In Engeland bijvoorbeeld is een aantal kappers en taxi-chauffeurs speciaal opgeleid om gesprekjes aan te knopen met mannen die tot een risicogroep behoren. In Finland zijn er postbodes die aankloppen bij adressen waar de bewoner zelden buitenkomt.

### Zes proeftuinen

De derde laag bestaat uit interventie op risicogroepen. Mokkenstorm: 'In Nederland zijn dat mensen van middelbare leeftijd die in de WAO zitten, maar ook ZZP-ers, onder wie veel verborgen werkloosheid heerst. Omdat zij geen beroep doen op een WW-uitkering kun je via die instanties ook niet aan *casefinding* doen. Dus dan moet je denken aan andere plekken: banken, of desnoods een doe-het-zelfwinkel.' Het vierde niveau is het *empoweren* van de eerste lijn. Een op de twee mensen die een zelfmoordpoging doet, is in de maand ervoor nog bij de huisarts geweest. Maar van die groep is slechts bij 7 procent suïcidaliteit aan de orde gekomen. Dat heeft ten dele te maken met de patiënt, die zich schaamt en halfslachtig is, maar ook met de huisarts die denkt: 'stel dat ik nu "ja" hoor?', zegt Mokkenstorm. 'Huisartsen, maar ook assistenten en POH's-ggz moeten beter getraind worden om dóór te vragen. Als we zorgen voor een vlotte lijn naar crisisdienst en ggz, zodat vragen niet betekent "ermee blijven zitten", zijn we al een stuk verder.' Nieuw is dit overigens niet, zegt hij. 'Er bestaat sinds 2012 al een prachtig kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidale patiënten. Helaas is dat een *dead letter*, die nodig leven moet worden ingeblazen.'

Na de zomer wordt deze regionale aanpak in zes proeftuinen in Nederland uitgetoetst.

*'We komen verder door te werken aan Zero Suicide dan door te accepteren dat mensen nu eenmaal zelfmoord plegen'*

### Zero Suicide

Hij kan het niet genoeg zeggen: patiëntveiligheid is een systeemprestatie. 'Wanneer het om suicide gaat, zijn we te veel geneigd een schuldige aan te willen wijzen: wie heeft er hier geblunderd? Omdat het handelen van psychiaters en hulpverleners is ingebed in de organisatie en planning van de zorg, is het belangrijk te kijken naar wat er ontbrak zodat een incident kon plaatsvinden. Als organisatie leer je niks van het aanwijzen van een schuldige. Tegelijkertijd ontwikkel je niet als je jezelf niet het doel stelt zó te werken, dat de overlevingskansen van je patiënten steeds beter worden.' Daarom is Mokkenstorm voorstander van het toepassen van het uit Amerika overgewaaide *Zero Suicide* principe, waarbij wordt gestreefd naar een nulscenario, hoewel hij het zelf liever over *Zero Suicide mindset* heeft. Dat hij daarbij nogal wat scepsis onder collega's ontmoet (zie ook de column van Henk Corthals in *De Psychiater* 2016/2, red.) neemt hij voor lief. 'Scepsis is vaak gestoeld op gekoesterde heilige huisjes. Bijvoorbeeld het ontzag voor de autonomie van de patiënt, en het "recht" op zelfmoord. De meeste mensen die met zelfmoord bezig zijn, zijn zichzelf op dat moment juist niet. Ze willen niet zozeer dood, maar zijn bang zo niet verder te kunnen leven. Deze mensen hebben er recht op dat de psychiater ze helpt weer zichzelf te worden en keuzevrijheid te verwerven. Als je dan een alternatief kan bieden waarmee collega's nog meer levens kunnen redden dan ze al doen, lukt het vaak goed om ook kritische collega's aan het denken te zetten. Waarom zouden we accepteren dat een patiënt "nu eenmaal" radeloos en eenzaam om het leven komt door zelfmoord? Hoe zou je het vinden als een kraamafdeling het wel prima vindt dat ze het afgelopen jaar maar vier zuigelingen hebben verwisseld? Op zo'n afdeling wil je toch nooit bevallen?'

## De PITSTOP-training (Professionals in Training to STOP suicide)

is ontwikkeld om de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* te implementeren in de ggz. Meer dan 5.000 psychiaters, psychologen en verpleegkundigen zijn inmiddels via de PITSTOP-methode getraind. Meer informatie over de PITSTOP- en de gatekeepertrainingen vindt u op: [trainingen.113.nl](http://trainingen.113.nl).

### Piloot zonder kompas

‘We komen verder door te werken aan nul suïcides dan door te accepteren dat mensen nu eenmaal zelfmoord plegen. Het gaat erom dat we doel en middel omkeren’, legt Mokkenstorm uit. ‘Vliegmaatschappijen zeggen ook niet: weet u wel hoe koud het is daarboven, en hoe hoog? Vliegen is riskant, u moet het zelf maar weten. Nee, zij zeggen: gegeven dat we willen vliegen en dat er risico’s zijn, moeten we het zo veilig mogelijk doen. Dat doen we door effectieve veiligheidsroutines in te bouwen. Zo kan het ook in de ggz. Als je ze niet inbouwt, laat je in feite na veiliger zorg te verlenen. En als je ze perfectioneert, kun je dichtbij de nul komen. Om nog even door te gaan op deze analogie: piloten gedragen zich enorm voorspelbaar. Onder psychiaters is er meer breedte. Sommigen voelen zich niet op hun gemak bij lithium. Of zeggen: “richtlijnen zijn niet mijn ding”. Stel je voor dat een piloot zegt: ja ik heb een kompas, maar gebruik hem liever niet?’

Dat het toepassen van het principe van *Zero Suicide* tot spectaculaire resultaten kan leiden, bewijst het Henry Ford Health System in Detroit. Het aantal patiënten dat daar overleed als gevolg van een verkeerde ingreep of nagelaten zorg daalde daar gemiddeld met 75 procent. ‘Ze zaten daar zelfs elf kwartalen achtereen op nul. Daarna steeg het cijfer weer een klein beetje. Dan kun je

schamperen: “zie je wel: het lukt niet”. Ik denk dat je meer wordt afgerekend op gebrek aan ambitie en de wil om preventie zo goed mogelijk te organiseren, dan dat je een keer die nul niet haalt.’

Mokkenstorm stelt niet dat alle ggz-instellingen dat nulscenario moeten onderschrijven. ‘Het is meer: ga je de verbeterslag in? Suïcidaliteit is enorm complex, maar dat wil niet zeggen dat de oplossingen ook altijd complex zijn. Bij 113Online krijgen we wanhopige mensen aan de lijn die al in de Ardennen staan, klaar om er een eind aan te maken. Soms lukt het dan ze terug te leiden naar Nederland, naar de crisisdienst. En dan krijgen we een paar maanden later een telefoontje: bedankt, het bellen heeft mijn leven gered. Vergeet niet, ieder geval van suïcide is ook voor de behandelaar een vernietigend feit. We moeten er met zijn allen, van receptioniste tot raad van bestuur, alles aan doen om het zoveel mogelijk te voorkomen.’ ←

### Klaas Bets, voorzitter van Stichting Supranet GGZ:

‘Er lopen nu allerlei individuele suïcidepreventieprojecten. Er zijn instellingen die PITSTOP-trainingen doen, er zijn gatekeepertrainingen, er zijn suïcidepreventiepoli’s aangehaakt aan de crisisdienst. Maar er was nog geen landelijk platform om van elkaar te kunnen leren en vooruit te komen. We willen de kennis meer bundelen en vervolgens een actief lerend netwerk creëren. Wat werkt wél en wat niet? En wat werkt wel in Limburg maar niet in Friesland?’

Ik heb als geneesheer-directeur bij de Parnassia Groep ervaring met het terugdringen van dwang en drang en met de Argus-dataset. En met de ROM en het koppelen van de patiënttevredenheid en de behaalde resultaten aan de behandeling. In beide gevallen doen externe partijen de beoordelingen. Het eigenaarschap ligt buiten de instellingen. Daardoor zijn professionals minder gemotiveerd iets met die gegevens te doen. Sinds 113Online anderhalf jaar geleden de aanzet gaf voor dit programma, zie ik veel meer actiebereidheid. Dat komt omdat het eigenaarschap nu bij hen ligt. Dat maakt de kans op succes groot.’

‘De eerste grote stap zal zijn dat we een proactief netwerk gaan vormen met elkaar. Van het NICE-project, vergelijkbaar met het onze, weet ik dat het jaren duurde voor er substantiële hoeveelheden cijfers verzameld waren. Dat vergt een lange adem en veel deskundigheid op het gebied van het opzetten van databases. Dat is ook de reden dat we met een klein aantal instellingen zijn begonnen. Je vraagt bovendien nogal wat: “wilt u even alle data over suïcides aanleveren?” Ter vergelijking: NICE begon in 1996. En daar is nu 95 procent van alle IC’s bij aangesloten. Daarom hebben we het programma ook opgesplitst in Care en Community. Onze inzet zal zich puur richten op de ggz-instellingen. Dat zal al genoeg werk opleveren. Bevreesd dat het netwerk zal leiden tot competitiedrang ben ik niet. We hebben een gezamenlijk doel: onze patiënten helpen. Net zomin als ik bang ben dat de database alsnog toegankelijk wordt voor externe partijen. We hebben een startkapitaal gekregen van VWS. De rest zal van de deelnemende instellingen moeten komen. Ons doel is om met Supranet GGZ binnen een netwerk te meten, te weten, hiervan te leren en samen te verbeteren.’