

(Nederlandse) Organisatie spoedeisende psychiatrie en suïcidaliteit



Symposium 25 November 2022 Brussel

REMCO DE WINTER

WWW.SUICIDALITEIT.NL



**Maastricht
University**



Rivierduinen



UNIVERSITY
AMSTERDAM



My salary is paid by mental health institute Rivierduinen.

This event speaking fee by Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson

No share holdings in pharmaceutical companies

Conflicts of Interest & Disclosures



Disclaimer

- This event is organized and supported by Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson in EMEA.
- The views expressed in these slides are those of the individual speaker(s) and do not necessarily reflect the views of Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson in EMEA.
- The presentations may include discussions on off-label use of drugs.

Programma 15.15 -16.15



- Mijn achtergrond
- Spoedeisende psychiatrie in Nederland
- Ontwikkeling standaard voor spoedeisende psychiatrie
- Onderzoek suïcidaliteit bij spoedeisende psychiatrie
- Differentiatie van suïcidaliteit
- Subtypen van suïcidaliteit
- Valideringsstudie

- Afronding

lezersverhalen

Dit had nooit mogen gebeuren

 Plaats een reactie

Lezersverhalen van bevlogen dokters

In het kader van 170 jaar KNMG vroegen wij lezers te vertellen welke gebeurtenis hen op het spoor van de geneeskunde zette. Hoe werd u een bevlogen dokter?

Op een zondagavond tussen de winter en lente van 2007 werd ik gebeld dat een jongeman zich had opgehangen op de acute gesloten opnameafdeling. Ik werkte daar al enkele jaren als psychiater-afdelingshoofd en was nog weinig geconfronteerd met suïcides.

ADVERTENTIE



Info ▶

Mijn vrouw was een lang weekend weg en ik zat alleen met de kinderen en kon niet weg; uiteindelijk was ik de hele avond tussen de luiers aan het bellen. De toenmalige geneesheer-directeur kon alleen maar herhalen dat dit, in deze situatie, nooit had mogen gebeuren. De psychiater-achterwacht draaide zich uit de situatie en de dienstdoende arts-assistent was ontzettend geschrokken en hield ik steunend uit de storm. Te kordaat besloot ik vervolgens afhandeling te doen en werd in een nachtmerrie gezogen waarbij de nabestaanden mij als het kwaad gingen zien en ik dit ook volledig begreep. Verder ervaarde ik intern weinig steun en veel defensie. Het was verschrikkelijk, maar vooral allemaal zo ontzettend verdrietig.

In dezelfde periode was ik aan het promoveren op een boeiend onderwerp rondom endofenotypes van depressie, waarbij we onder andere biologische psychiatrie koppelden aan meer gevalideerde subtypering. Bij praatjes zag ik mensen vaak glazig kijken en regelmatig opmerken dat het praktisch onuitvoerbaar was.

Door de suïcide en afhandeling ging ik in de literatuur tevergeefs op zoek naar antwoorden. Zo'n belangrijk onderwerp en er waren geen duidelijke antwoorden te vinden hoe je daarmee moest omgaan in de kliniek? Mijn machteloosheid zette ik om in een speurtocht. Gedurende en na mijn promotie kon ik alleen nog bedenken hoe we klinische suïcidepreventie konden gaan verbeteren. Dit onderwerp is een levensmissie geworden. Samen met anderen heb ik op dit gebied veel ontwikkeld en onderzocht en ben daar ook erg trots op.

Maar nog steeds is er de gedachte: als we toen...

Remco de Winter, psychiater, Zoeterwoude

Carrière in spoedeisende psychiatrie



Sorry Nederlandse situatie

Spoeedeisende psychiatrie



Synoniemen

- Crisis psychiatrie
- Urgentiepsychiatrie
- Crisisdienst psychiatrie
- Acute dienst psychiatrie
- Acute psychiatrie
-

SYNONIEMEN				
ANDERE MANIEREN OM IETS TE ZEGGEN....				
mooi	blij	boos	vervelend	raar
prachtig	vrolijk	kwaad	stom	gek
knap	opgelucht	woedend	naar	vreemd
aantrekkelijk	fris	ziedend	irritant	eigenaardig
fijn	opgewekt	geërgerd	saai	excentriek
gaaf	aangenaam	nijdig	flauw	dwaas
prima	vreugdevol	prikkelbaar	klierig	ongewoon
uitstekend	gelukkig	gebeten	beroerd	wonderlijk
fraai	verheugd	grimmig	klote	typisch
netjes	opgetogen	nors	vreselijk	mal
keurig	genietend	onvriendelijk	lastig	halfgaar
prachtig	jolig	giftig	onprettig	zot
geweldig	monter	chagrijnig	geestdodend	maf

Ontwikkelingen spoedeisende psychiatrie

o.a. n.a.v verwarde personen in NL



- Verwijzingen door: **politie**, huisartsen, ambulancediensten, ambulante en klinische psychiatrie, SEH, algemene ziekenhuizen, RIBW, gevangenissen, verpleeghuizen, VG sector etc...
- Ontwikkeling
 - Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)
 - Vanaf 2017 toewerken naar deze standaard > nu operationeel

COMMENTAAR

Een aanjaagteam voor verwarde personen

Remco F.P. de Winter

NED TIJDSCHR GENEESKD. 2016;160: D55

Organisatie **Neder** **landse** spoedeisende psychiatrie



- Overall in Nederland!
- Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)
 - 7 x 24 uur spoedeisende psychiatrie beschikbaar
 - **urgentiegraden**
 - Beoordeling door **koppel** (arts/psychiater & SP-verpleegkundige)
 - Outreachende functie
 - **Opvanglocaties** (bijna geen politiebureau opvang meer)
 - [https://suicidaliteit.nl/2018/Nieuwe%20map%20\(2\)/Epidemiologisch%20Bulletin%20nr%203%202018.pdf](https://suicidaliteit.nl/2018/Nieuwe%20map%20(2)/Epidemiologisch%20Bulletin%20nr%203%202018.pdf)

Pag 16-22

VOLKSGEZONDHEID

Generieke module Acute psychiatrie

In 2017 is de Generieke module Acute psychiatrie gepresenteerd. De module beschrijft welke zorg een patiënt ontvangt in de keten van de acute psychiatrie en de daarbij passende organisatie van de zorg. Remco de Winter, psychiater en specialisme-leider acute psychiatrie bij de Parnassia Groep, was betrokken bij de ontwikkeling van de Generieke module Acute psychiatrie. Hij schetst de inhoud van dit 'bindende voorschrift' waarmee de hoogste standaard van acute psychiatrische hulpverlening bereikt kan worden. Ook geeft hij een beeld van de Haagse situatie rond spoedeisende psychiatrie, de toename van de meldingen van personen met verward gedrag en initiatieven die aansluiten bij deze generieke module.

Remco de Winter

Stappen volgens GMAP



Figuur 1. Schematische weergave van stappen die personen in crisis, met (vermoeden van) acute psychiatrische stoornis, kunnen doorlopen.

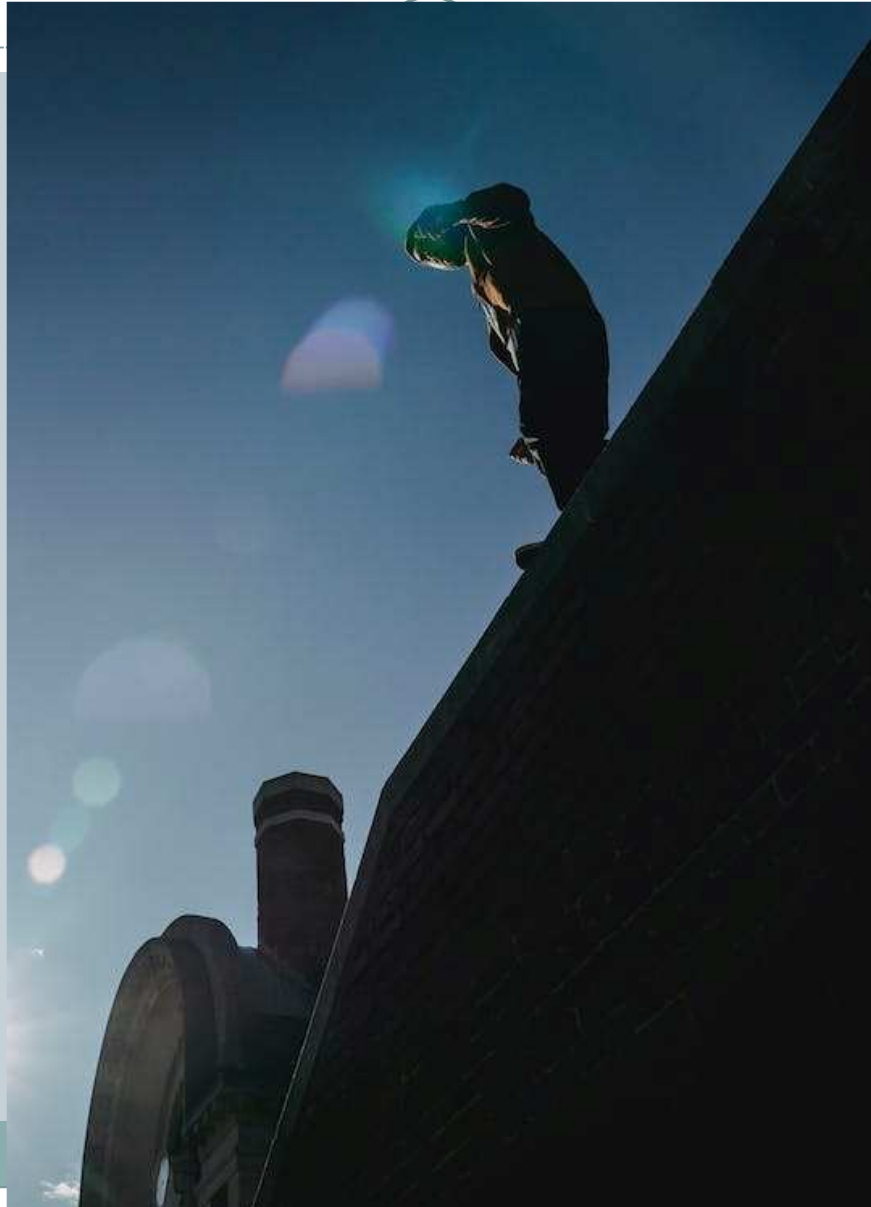


Urgentiegraden U1/2/3/4/5

Maximale tijd van melding bij juiste hulpverlener tot start van beoordeling

	Contact met meldkamer / voorwacht crisisdienst	15 min.	1 uur	4 uur	24 uur	> 24 uur
Urgentiegraden	0 Uitval vitale functies	1 Levens- bedreigend voor persoon of omgeving	2 Spoed	3 Dringend	4 Preventie van escalatie	5 Reguliere zorg
Somatische kenmerken	Uitval vitale functies: bewustzijn of ademhaling verstoord (ABCD-instabiel)	- Bloeding - Hoog risico op ernstig letsel: zelfdestructief/verwondend gedrag - Excited Delirium Syndroom*	- Bloedsuiker <3,5 mmol/l - Bloedsuiker >15 en verward (Auto)intoxicaties (wel bij bewustzijn)	Vreemd gedrag en koorts		
Kenmerken suïcidaliteit en omgeving		Acuut suïcidaal met duidelijk plan/ onmiddellijke gelegenheid	- Suïcidaliteit, geen directe gelegenheid, maar onveilige omgeving** of omgeving extreem ongerust - Bekende patiënt met snel beloop crisis of lage belastbaarheid systeem	- Toenemende of plotselinge suïcidaliteit - Met veilige omgeving	- Suïcidaliteit met dreigende escalatie - Met veilige omgeving: omgeving kan monitoren	Voldoet niet aan kenmerken urgentiegraad 0 t/m 4 → doorgeleiding naar andere hulpverleners
Kenmerken verwardheid en omgeving		- Acuut verward en agressief of gevaar voor zichzelf - Acuut verward, niet eerder verward geweest	- Acuut verward, eerder verward geweest - Verward en bizar in gedrag en communicatie - Bekende patiënt met snel beloop crisis of lage belastbaarheid systeem	- Toenemend verward - Verward en zeer angstig, gestresst of onrustig - Met veilige omgeving	- Verward met dreigende escalatie - Met veilige omgeving: omgeving kan monitoren	Voldoet niet aan kenmerken urgentiegraad 0 t/m 4 → doorgeleiding naar andere hulpverleners

Suicidaliteit (15.30)



Spoedeisende psychiatrie en beelden



Urgentie/acute/spoed etc psychiatrie: daar waar spoedpsychiatrie wordt gezien...

Suïcidaliteit komt vaak voor bij spoedeisende psychiatrie

- a) 80%?
- b) 50%
- c) 30%
- d) 10%

Spoeisende psychiatrie en beelden



Suïcidaliteit bij spoedisende psychiatrie

a) 80%?

b) 50%

c) 30% (33.2% de Winter e.a.)

d) 10%

Suïcidaliteit (overal op de wereld?)



- Verzamelterm: suïcide gedachten, suïcidale intenties, suïcidepogingen, (zelfbeschadigend gedrag?)
- Ingewikkeld heterogeen concept
- Verschillende incidentie over de wereld
 - Cultureel/conjunctureel
- Geen 100% bijkomende psychiatrie
- Transdiagnostisch fenomeen.....

Hoeveel procent van suïcides is op dat moment bekend in GGZ (in Nederland)



- A) 80%
- B) 60%
- C) 40%
- D) 20%

Hoeveel procent van suïcides is op dat moment bekend in GGZ (in Nederland)



A) 80%

B) 60%

C) 40%

D) 20%



- Serieuze gedachte
- Plan
- Posing
- Suïcide GGz
- Suïcide geen GGz

Waar komt suïcidaliteit het meest voor?



- Als er ergens in samenleving suïcidaliteit opvalt en beoordeelt moet worden i.v.m. hoog ingeschat risico > **spoedeisende psychiatrie!?**
 - Stelling nooit onderzocht.....
- Spoedeisende psychiatrie plaats waar de meest herkende hoog risico patiënten worden gezien?
 - Stelling nooit onderzocht.....
- De plek met concentratie hoog risicopatiënten?

Studie spoedeisende psychiatrie (15.27)



- Hoe vaak komt suïcidaliteit voor?
- Soort pogingen?
- Symptoom clusters?
- Wat was het beleid?

Voorkomen van suïcidaliteit

Haagse crisisdienst



- N = 14.705
- 33.2% suïcidaliteit bij alle beoordelingen
 - (rest psychose, drugs geïnduceerd gedrag, manie etc)
- 9.2% van alle beoordelingen suïcidaliteit en suïcidepoging

Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 140-149

R.F.P. DE WINTER, M.H. DE GROOT, M. VAN DASSEN, M.L. DEEN, D.P. DE BEURS

Research Trends



Outreach Psychiatric Emergency Service

Characteristics of Patients With Suicidal Behavior
and Subsequent Policy

Remco F.P. de Winter^{1,2}, Mirjam C. Hazewinkel³, Roland van de Sande^{4,5},
Derek P. de Beurs⁴, and Marieke H. de Groot²

Crisis. 2020 Sep;41(5):375-382. doi: 10.1027/0227-5910/a000651. Epub 2020 Feb 8. PMID: 32036703

	Alle beoordelingen n (%)	Suicidaal gedrag n (%)	Suicidepoging n (%)
n (% van alle consulten)	14705 (100)	4741 (32.2)	1364 (9.2)
unieke patiënten (n)	7969	3277	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)
Etniciteit			
Nederlands	8767 (59.6)	3087 (65.1)	809 (59.3)
Anders westers	1372 (9.3)	355 (7.5)	110 (8.1)
Marokko	550 (3.7)	137 (2.9)	40 (2.9)
Nederlandse-Antillen	357 (2.4)	84 (1.8)	30 (2.2)
Turkije	469 (3.2)	157 (3.3)	68 (5.0)
Suriname	1352 (9.2)	387 (8.2)	123 (9.1)
Anders niet-westers	1141 (7.8)	315 (6.6)	113 (8.3)
Onbekend	697 (4.7)	219 (4.6)	71 (5.2)
Burgerlijke staat			
Gehuwd of samenwonend	2285 (15.5)	832 (17.5)	275 (20.2)
Nooit gehuwd geweest of samengewoond	7058 (48.0)	2278 (48.0)	614 (45.0)
Relatie verbroken (gescheiden)	1886 (12.8)	672 (14.2)	184 (13.5)
Weduwe/weduwnaar	505 (3.4)	151 (3.2)	37 (2.7)
Relatie onbekend	2971 (20.2)	808 (17.0)	254 (18.6)
Primaire diagnose			
Depressieve stoornis	2038 (13.9)	1349 (28.5)	392 (28.7)
Overige stemmingsstoornissen	1092 (7.4)	255 (5.4)	54 (4.0)
Neurotische/angststoornis	1058 (7.2)	444 (9.4)	113 (8.3)
Aanpassingsstoornis	314 (2.1)	171 (3.6)	61 (4.5)
Persoonlijkheidsstoornis	987 (6.7)	521 (11.0)	176 (12.9)
Psychotische stoornis	3761 (25.6)	492 (10.4)	117 (8.6)
Organische stoornis	632 (4.3)	44 (0.9)	10 (0.7)
(primair alcohol)	2154 (14.6)	757 (16.0)	190 (13.9)
(primair andere middelen)	743 (5.1)	179 (3.8)	52 (3.8)
Overig/onbekend	932 (6.3)	306 (6.5)	100 (7.3)
Geen/uitgestelde diagnose	994 (6.8)	223 (4.7)	99 (7.3)
Verwijzer			
Huisarts	3346 (23.1)	1633 (34.4)	175 (12.8)
Politie	5737 (39.0)	1094 (23.1)	257 (18.8)
Algemeen ziekenhuis	2478 (16.9)	1144 (24.1)	789 (57.8)
Cgz	2587 (17.6)	720 (15.2)	114 (8.4)
Overig/onbekend	457 (3.1)	150 (3.2)	29 (2.1)

Kort overzicht



- **Suïcidaliteit en pogingen:**
 - Jonger, meestal depressie, huisarts vaker verwijzer, vaker opname
- **Suïcidaliteit zonder pogingen**
 - Vaker Nederlandse etniciteit, geen verschil man:vrouw
- **Alleen pogingen**
 - Vaker vrouw, vaker gehuwd/samenwonend, SEH vaker verwijzer, meestal depressie en aanpassingsstoornis

Meest voorkomende suïcidepogingen (België/Nl)



- A) Ophangen
- B) Springen
- C) Auto intoxicatie
- D) Voor railvoertuig

Meest voorkomende suïcidepogingen (België/Nl)



A) Ophangen

B) Springen

C) Auto intoxicatie

D) Voor railvoertuig

Pogingen bij de crisisdienst

Table 3. Methods used to attempt suicide

Method	<i>n</i>	%
Self-poisoning with medication	696	51.0%
Cutting	143	10.5%
Hanging	107	7.8%
Railway vehicle or traffic related	53	3.9%
Jumping from a height	41	3.0%
Drowning	30	2.2%
Miscellaneous (asphyxia, firearm, car, forced accident, etc.)	118	8.7%
Self-poisoning, other than medication	40	2.9%
Unknown details	136	10.1%
Total	1,364	100%

Suicide en methode	%
Totaal	100%
Verhanging	40.4%
Medicatie/alcohol/drugs	18.2%
Voor een railvoertuig	10.7%
Springen van hoogte	7.7%
Verdrinken	7.1%
Vuurwapen	5.5%
Plastic zak (helium?)	5.6%
Rest	4.7%

Beleid crisisdienst



TABEL 1 Patiëntkenmerken bij face-to-facebeoordelingen door de Haagse crisisdienst in 2009-2014, uitgesplitst in beoordelingen waarbij suïcidaal gedrag of respectievelijk suïcidepogingen voorkwamen (vervolg)

	Alle beoordelingen n (%)	Suïcidaal gedrag n (%)	Suïcidepoging n (%)
Gevolgte beleid			
Opname	5062 (34,4)	2019 (42,6)	617 (45,2)
Spoedzorg	4500 (30,6)	1713 (36,1)	439 (32,2)
Zorg	1708 (11,6)	265 (5,6)	56 (4,1)
Verwezen naar elders	1233 (8,4)	352 (7,4)	124 (9,1)
Afwachten/ter plaatse laten	2160 (14,7)	372 (7,8)	121 (8,9)
onbekend	42 (0,3)	20 (0,4)	7 (0,5)

Opname

- Werkelijk veilig?
 - Iatrogeen?
 - “Last resort”?
-
- Mogelijkheid acute behandeling
 - Observatie
 - Ontlasting steunsysteem



Suïcidaal gedrag en handelen

“study design”

- Handelen beïnvloedt uitkomst.....
- Randomised clin. trial > ernstig suïcidaal
 - “Group 1 admission”
 - “Group 2 no admission”
- Outcome suicide!



Opname bij suïcidaliteit IHT introductie



- **Intensieve behandeling thuis (IBT)**
- (Intensive home treatment)
- (Crisis resolution home treatment)

- **Na introductie IBT (studie met veel limitaties)**

Crisisdienst Den Haag

Groep I: Juli 2009 - januari 2014 (cohort)

- 14.705 patiënten face to face beoordelingen(**de Winter et al 2017, 2020**)
 - **4741 suïcidale patiënten (32.2%)**
 - **Van alle patiënten gedetailleerde informatie**

Groep I: januari 2018 – januari 2020 (**de Winter et al 2022**)

steekproef (RdW)

- 1704 patiënten
 - **503 suïcidale patiënten (29.5%)**
 - **Alleen van suïcidale patiënten gedetailleerde informatie**

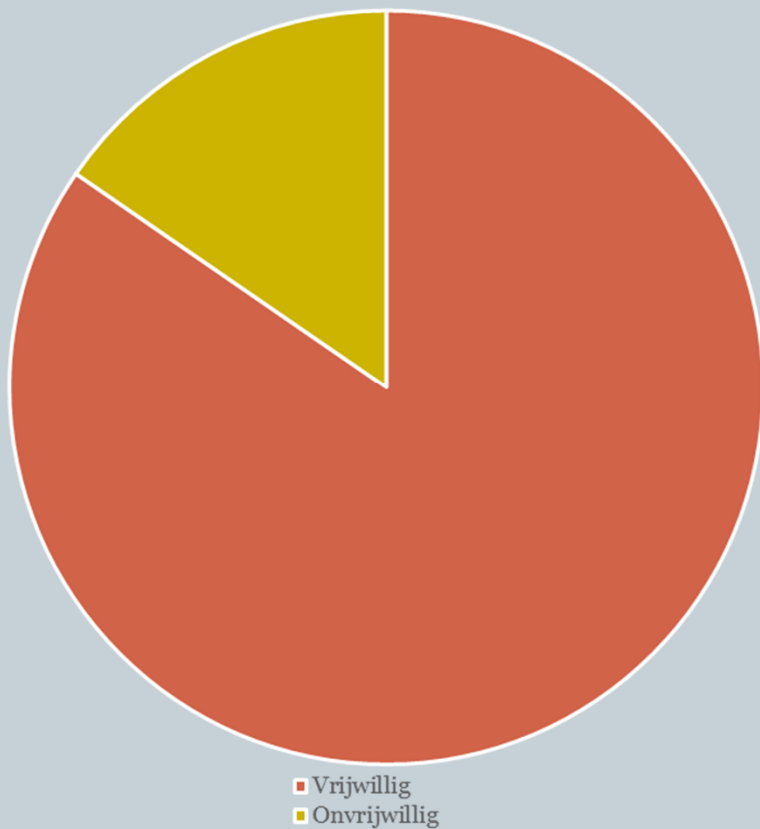
	Groep 1 (n = 4741)	Groep 2 (n = 503)
Totaal	14.705	n = 1704
% suïcidaal	n = 4741 (32,2%)	N = 503 (29.5%)
% pogingen	28.7%	35.6%
Leeftijd	41.3 jr (12-97 jr, <i>std 15.1</i>)	38.3 jr (12-87 jr, <i>std 15.9</i>)
Geslacht	51.3% ♀	57.9% ♀
TS	28.7%	35.6%
Opname (totaal)	<u>42.6%</u>	<u>29.2%</u>
IBT/IHT	<u>0%</u>	<u>13.1%</u>
Opname vrijwillig	36% (<i>fractie 84.6%</i>)	20.3% (<i>fractie 69.7%</i>) ↓
Opname onvrijwillig	6.6% (<i>fractie 15.4%</i>)	8.9% (<i>fractie 30.3%</i>) ↑
Stemmingsst	33.9%	32.4%
Angststoornis	9.4%	9.8%
Aanpassingsst	3.6%	3.6%
Psychotisch	10.4%	8.0%
persoonlijkst	11.0%	13.9%
Alcohol/mid	19.8%	17.3%
Overig	11.9%	15.0%

	Groep 1 suïcidepogers	Groep 2 suïcidepogers
Totaal	n = 1364	n = 179
Leeftijd	39.7 jr (12-97 jr, <i>std 15.1</i>)	37.3 jr (14-87 jr, <i>std 16.4</i>)
Geslacht	♀ 56,7%	♀ 63,7%
Opname (totaal)	<u>45.2%</u>	<u>35.2%%</u>
IBT/IHT	<u>0%</u>	<u>10.1%</u>
Opname vrijwillig	35.3% (<i>fractie 78.1 %</i>)	20.6% (<i>fractie 58.8%</i>) ↓
Opname onvrijwillig	9.9% (<i>fractie 21.9%</i>)	14.5% (<i>fractie 41.2%</i>)↑

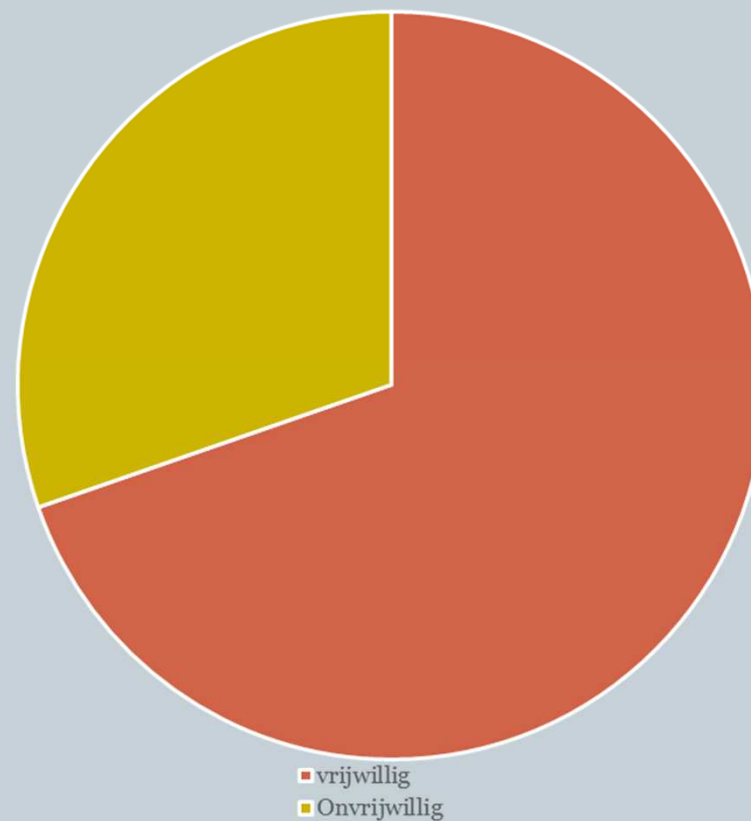
Vrijwillig/onvrijwillig



alle suïcidale patienten opname voor IBT



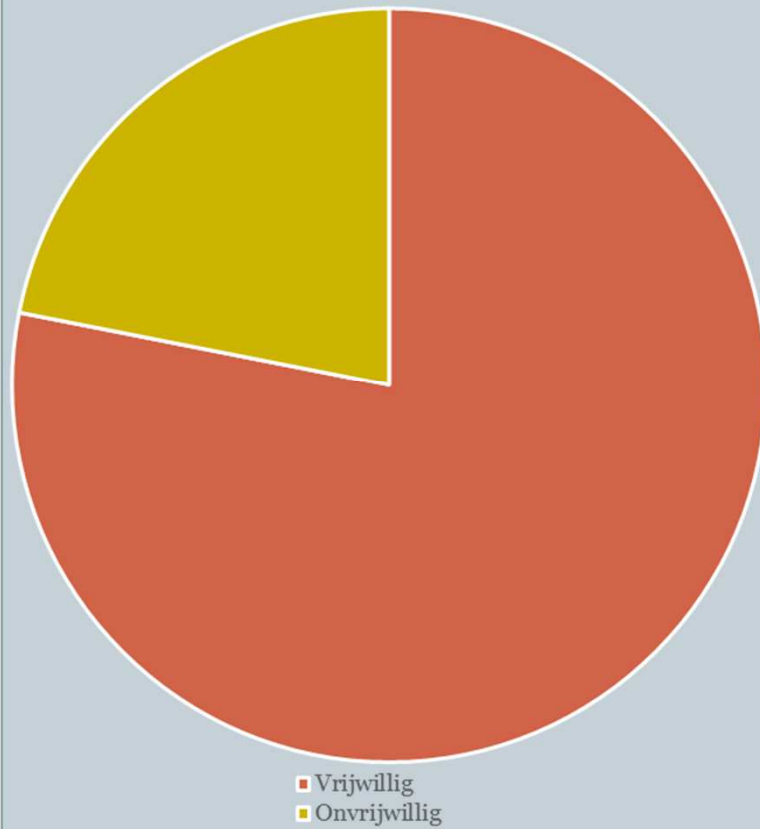
alle suïcidale patienten opname na IBT



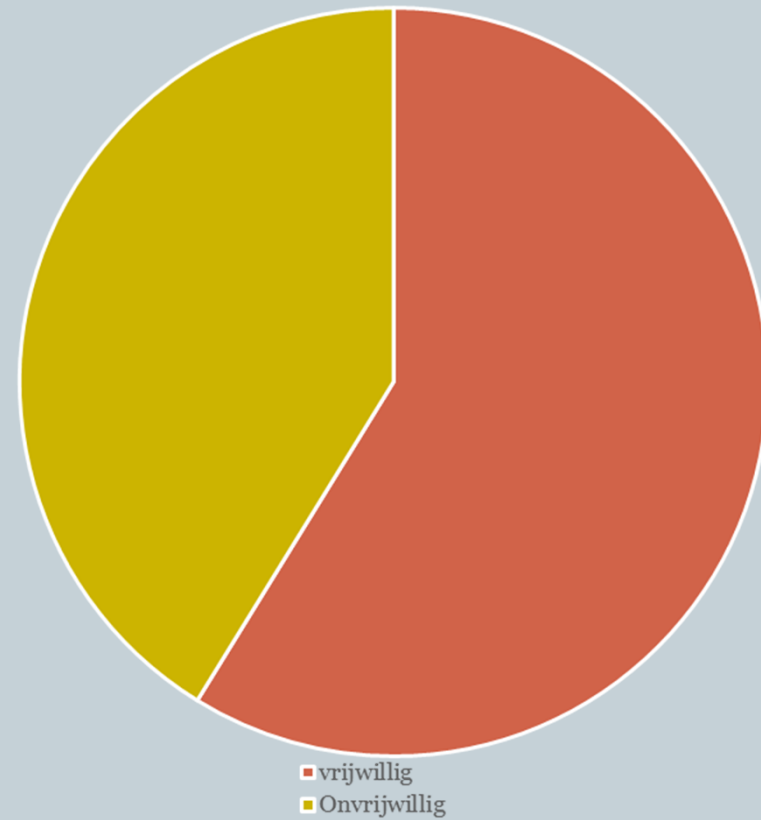
Vrijwillig/onvrijwillig na TS



alle suïcidale patienten opname voor IBT



alle suïcidale patienten opname na IBT



Opnames regressie analyse



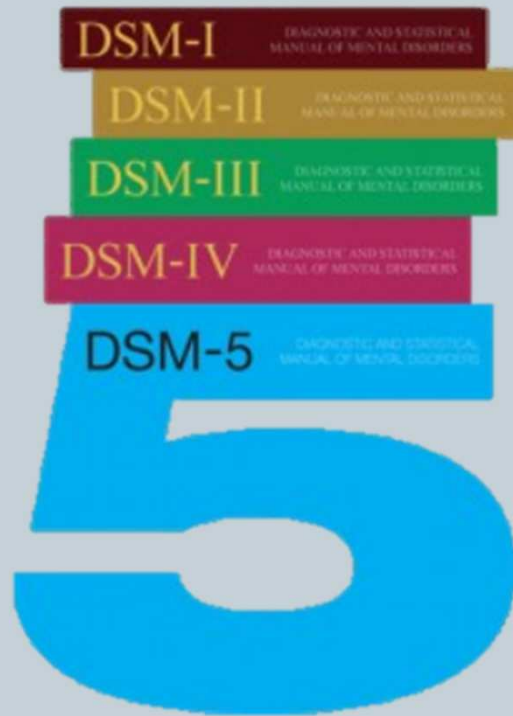
- Daling/stijging opnames)
 - **OR = 0.56** (95% CI: 0.45-0.68). Alle opnames (database) na o.a. IBT
 - **OR = 0.45** (95% CI: 0.36-0.57) vrijwillige opnames na o.a. IBT
 - **OR = 1.39** (95% CI: 1,0-1,9) gedwongen opnames na o.a. IBT

Vervolg suïcidaliteit bij de spoedeisende psychiatrie (15.35)



Differentiatie van suïcidaliteit nodig?





Twee classificaties waarin suïcidaliteit opgenomen is als symptoom:

1. Borderline persoonlijkheidsstoornis
2. Depressieve stoornis

Verschillen in suïcidaliteit?



- Heterogeen complex fenomeen
- Niet altijd psychiatrie
- Transdiagnostisch fenomeen

- Grove indeling tussen Chronisch en Acuut?

- Van Chronisch naar Acuut?
- Van Acuut naar Chronisch?

GEEN UNIFORMITEIT DEFINITIES!



Geschiedenis variaties suïcides/suïcidaliteit?



- **Durkheim**
- **Freud**
- **Menninger**
- Shneidman
- Henderson & Williams
- Mintz
- Leonard
- **Baechler**



- **Echter geen enkel model gevalideerd!**
Zijn theoretische concepten!

Subtypen historisch



Emile Durkheim (1897)

- Suïcides hangen af vd mate van (zelf)regulering; en sociale cohesie.
- **4 typen van suïcides**
 - Egoïstische
 - Altruïstische
 - Anomische
 - Fatalistische



Ruim over helft = 15.42 ?



Differentiatie nodig?



Differentiation of Suicidal Behavior in Clinical Practice

Remco F. P. de Winter, Connie Meijer, Nienke Kool, and
Marieke H. de Groot

© Springer Nature Switzerland AG 2021
M. Pompili (ed.), *Suicide Risk Assessment and Prevention*,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-41319-4_17-1

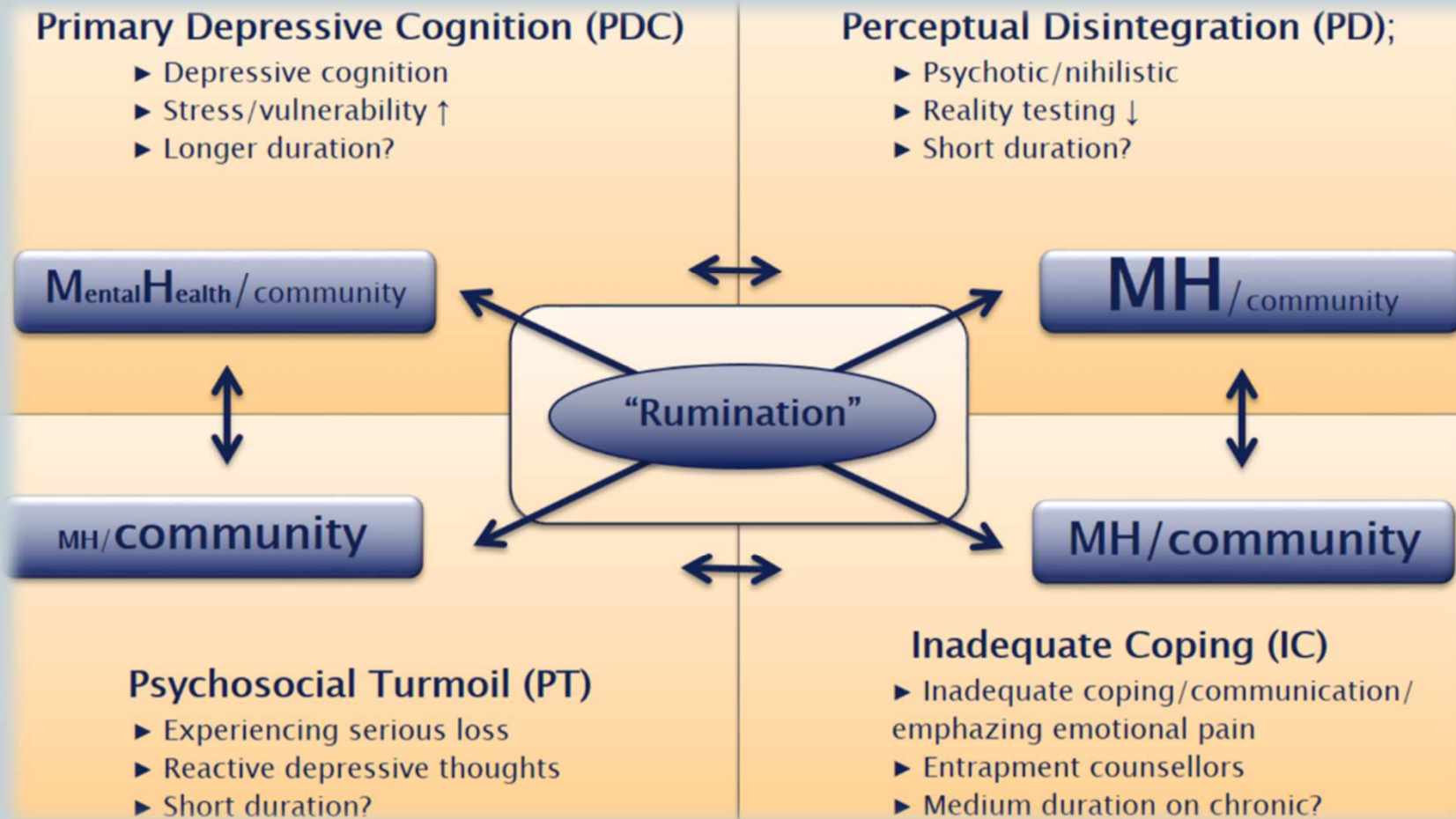
Zie ook website www.suicidaliteit.nl



Differentiatie van suïcidaal gedrag
Vanaf 2014 ontwikkeld.....

<https://www.suicidaliteit.nl/differentiatie.html>

Subtype model suïcidaliteit (de Winter e.a. 2016 - 2022)



Perceptuele desintegratie (PD)



Suïcidaliteit:

- Verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose)
- Zeer ernstig nihilisme
- Stemmingscongruent/stemmingsincongruent
- Bijmenging middelen altijd goed zoeken naar onderliggende etiologie

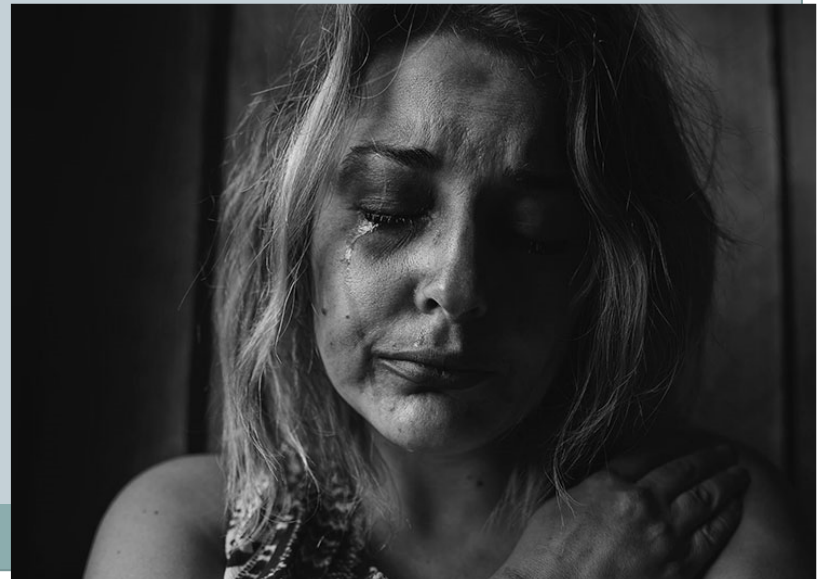


Primaire depressieve cognitie (PDC)



Suïcidaliteit:

- Vooral een depressieve gedachtegang, er is geen plotseling ontstane reactieve somberheid
- Suïcidaal gedrag vooral vanuit affectieve component
- Chronische stress



Psychosocial Turmoil (PT)



Suïcidaliteit:

- Wordt vooral verklaard vanuit acute reactiviteit op verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil
- Dus vooral vanuit acute stress



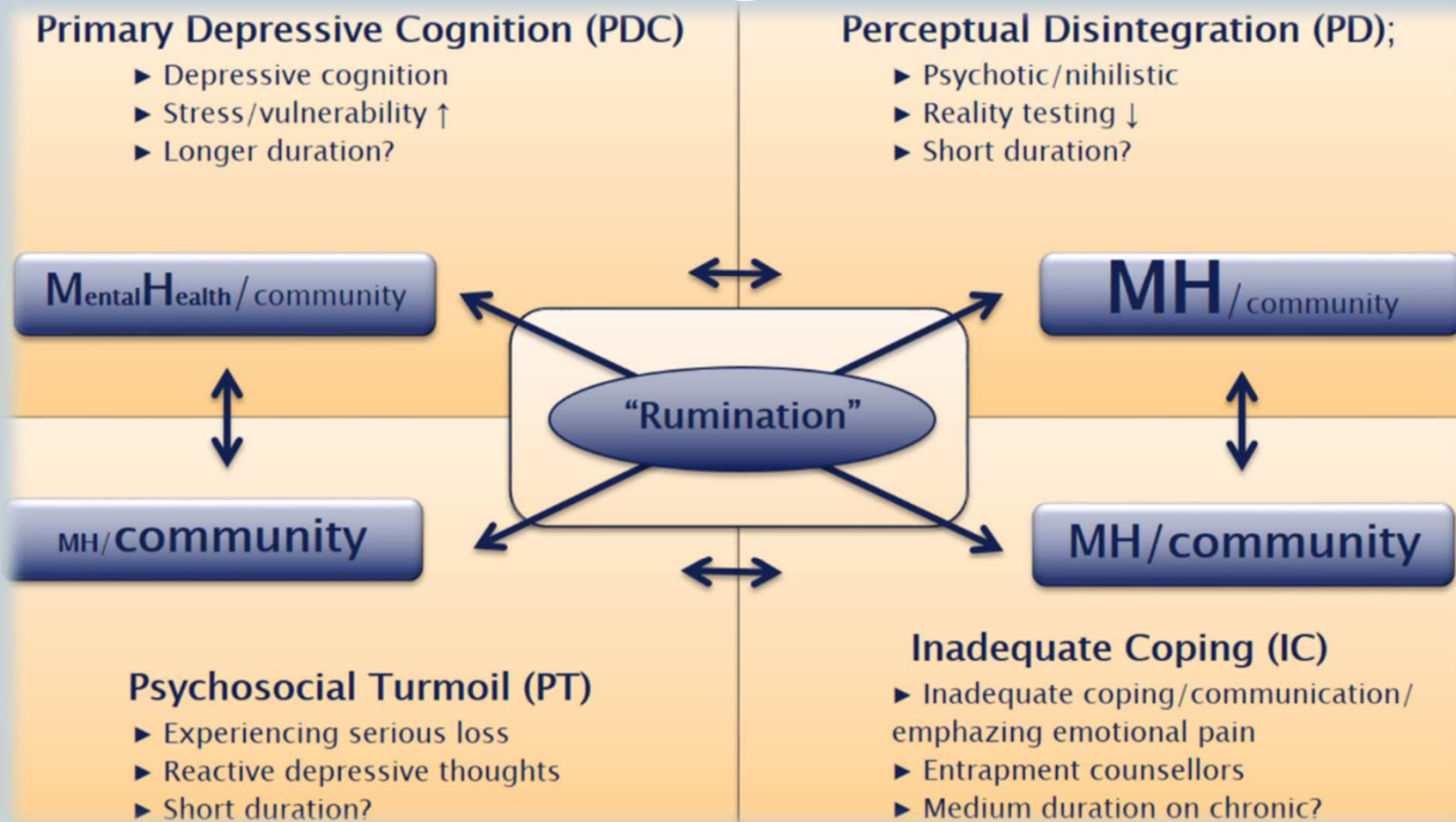
Inadequate Coping (IC)



Suïcidaliteit:

- Lijkt in het teken te staan van het benadrukken van de lijdensdruk en/of dat dit wordt aangewend om anderen aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen
- Lijden secundair affectief
- Cave acuut ontstaan bij chronisch

Subtype model suïcidaliteit (de Winter e.a. 2022)



Onderzoek (15.53)



A CLINICAL MODEL FOR DIFFERENTIATION OF SUICIDALITY. A STUDY PROTOCOL OF A VALIDATION STRATEGY

Remco F.P. de Winter^{1,2,3,7}, Connie M. Meijer⁴, John H. Enterman², Nienke Kool-Goudzwaard², Manuela van Gemen¹, Anne T. van den Bos¹, Danielle Steentjes¹, Gabriëlle E. van Son¹, Mirjam C. Hazewinkel², Derek P. de Beurs⁵, Mariëke H. de Groot⁶

- ¹ Mental Health Institute Rivierduinen, Leiden, The Netherlands
- ² Parnassia Mental Health Institute, The Hague, The Netherlands
- ³ VU University Amsterdam, The Netherlands
- ⁴ Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Eastbourne England
- ⁵ Trimbos institute, Utrecht, The Netherlands
- ⁶ Lentis Mental Health Institute, Groningen, The Netherlands
- ⁷ Maastricht University, The Netherlands

Corresponding author: **Remco de Winter**

A pilot validation study for subtypes of suicidality

Remco F.P. de Winter^{1,2,3,7}, Connie M. Meijer⁴, Anne T. van den Bos¹, Nienke Kool-Goudzwaard², John H. Enterman², Manuela Gemen¹, C. Nuij², Mirjam C. Hazewinkel², Danielle Steentjes¹, Gabriëlle E. van Son¹, Derek P. de Beurs⁵, Mariëke H. de Groot⁶

- ¹ Mental health institute Rivierduinen Leiden The Netherlands.
- ² Free University (VU), Amsterdam, The Netherlands.
- ³ Mental health institute Parnassia Group, The Netherlands.
- ⁴ Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Eastbourne England.
- ⁵ Trimbos institute, Utrecht, The Netherlands.
- ⁶ Mental health institute Lentis GGZ Groningen The Netherlands.
- ⁷ Maastricht University, The Netherlands.

PILOT VAMOS & SUICIDI STUDIE



- 6 beoordelaars (3 psychiaters, 3 verpleegkundigen)
- Database n = 503 spoedeisende psychiatrie Parnassia Den Haag
- Uitgebreide database n = 503
- Pilot casus nr. 1-25

ICC WAARDEN EN BETROUWBAARHEID

< 0.5	Slecht
≥ 0.5 - 0.75	Voldoende
≥ 0.75 - 0.9	Goed
≥ 0.90	Excellent

Validering model



- Pilot
- Absolute overeenkomst
 - Iedere beoordelaar moet absolute keuze maken
- Overeenkomst SUICIDI vragenlijst
 - 0,1, 2 punten score per subtype
- Overeenkomst subtype 0-4 score
 - Beter alternatief voor scoring SUICIDI vragenlijst?
 - Scoring per subtype kan zijn: 0,1,2,3 of 4
 - in totaal altijd 4 punten

SUICIDI vragenlijst versie 2



1) Desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose)

0 = totaal afwezig

1 = het suïcidale gedrag heeft een relatie met desintegratie van de perceptie en/of gedrag, maar wordt ook vanuit een andere oorzaak verklaard.

2 = het suïcidale gedrag wordt vooral verklaard door desintegratie van perceptie en/of gedrag

(1 & 2 Hierbij wordt ook meegenomen dat de psychose door diverse oorzaken kan worden verklaard. Als voorbeeld; iemand die een ernstige verlieservaring heeft ervaren en psychotisch is geworden en suïcidaal wordt, dan is de psychose de oorzaak en moet een 2 worden gescoord. Dit geldt ook voor de luxatie van psychose en suïcidaal gedrag bij middelengebruik)

2) Primair depressieve cognitie

Score

0 = totaal afwezig

1 = het suïcidale gedrag heeft mogelijk een relatie tot een depressieve gedachtegang of is gerelateerd aan somberheid, het gevoel van falen of tekortschieten.

2 = het suïcidale gedrag wordt vooral verklaard vanuit een depressieve gedachtegang. Er is geen sprake van psychotische symptomatologie en er is geen sprake van een plotseling ontstane reactieve somberheid.

¹ Onder reguliere zorg wordt verstaan: zorg door de eigen of een andere ggz-instantie. Hieronder valt ook eerstelijnszorg, zorg door een particuliere instelling, vrijgevestigde psychiater, verslavingszorg, Hieronder valt niet: zorginstelling voor verstandelijk beperkten.

GOEDKEURING GEVRAAGD METC



- Before conducting the study, the authors consulted the Medical Research Ethics Committee Leiden-The Hague-Delft. Involving Human Subjects Act (WMO) regarding approval was not needed for this study G21.021/PV/pv.



Pilot (prepared for submission 2022) (15.57)





CASE	PERCEPTUAL	DEPRESSION	TURMOIL	COPING	
1	1		4	1	6
2		6			6
3		1		5	6
4		5	1		6
5		6			6
6		2	1	3	6
7	1	1		4	6
8	1	1	2	2	6
9			6		6
10		5		1	6
11	1	1	1	3	6
12	2	2	2		6
13		6			6
14			2	4	6
15			4	2	6
16		6			6
17				6	6
18			2	4	6
19			5	1	6
20	6				6
21			4	2	6
22	1	1		4	6
23				6	6
24		2		4	6
25		5		1	6
TOTAL	13 (8.7%)	50 (33%)	34 (22.7%)	53 (35.3%)	150

Absolute
keuze

6 beoordelaars

Average measure	ICC	95% CI lower bound	95% CI upper bound	Value	Cronbach Alpha
All types	,854	,743	,927	7,795	,872
Absolute Perceptual (PD)	.836	.713	.918	6.930	.844
Absolute Depressive (PDC)	.913	.848	.957	11.861	.916
Absolute Turmoil (PT)	.821	.683	.911	5.436	.816
Absolute Communication (IC)	.820	.586	.910	6.000	.823
Perceptual (PD) TA	,834	,710	,917	6,478	,846
Depressive (PDC) TA	,932	,880	,966	14,70	,932
Turmoil (PT) TA	,892	,809	,946	9,992	,902
Communication (IC) TA	,823	,690	,912	6,327	,842
Perceptual (PD) SUICIDI	,802	,654	,901	5,535	,819
Depressive (PDC) SUICIDI	,871	,774	,936	8,447	,882
Turmoil (PT) SUICIDI	,851	,740	,926	7,328	,864
Communication (IC) SUICIDI	,790	,634	,895	5,150	,806



Mogelijk om het model te begrijpen en te scoren?	Ja
Geanonimiseerde conclusies, voldoende om absoluut/gradueel te scoren?	Ja
Zijn subtypen dichotoom valide definieerbaar en hoe is de verdeling?	Ja
Zijn de subtypes gradueel valide te scoren?	Ja
Welke wijze van graduele scoring kan SUICIDE vragenlijst verbeteren?	Aanpassing gemaakt
Kwalitatieve analyse feedback mogelijk voor educatie over het model?	Is gedaan
Resultaten voldoende voor een vervolg valideringsstudie?	Is al verricht

Vervolg



- Afspraken met beoordelaars over model
- Revisie SUICIDI (versie 3) *zie volgende dia*
- 6 beoordelaars onafhankelijk van elkaar
- 75 geanonimiseerde conclusies beoordelen
- Voor iedere casus
 - Absolute uitspraak voor 1 subtype
 - Invullen SUICIDI vragenlijst per subtype scoring 0-4

Vervolg studie & herziening SUICIDI vragenlijst

SUICIDI versie 3 <https://suicidaliteit.nl/2022/SUICIDIenglish3.1/EnglishSUICIDI-3.2.pdf>

Scoring per subtype 0,1,2,3 of 4 in totaal altijd 4 punten

Scoring instrument for the differentiation of suicidality - the SUICIDI (SUICIdal Differentiation) version 3.1

(Score as precisely as possible, overlap is possible if 3 or lower is the maximum score for 1 item)

1) (PD) Perceptual (behavioral) disintegration (psychosis) SUICIDI

The suicidality is explained by the disintegration of perception and/or behavior (psychosis) and is, for the most part, not perceivable as realistic.

0 = completely absent

1 = the suicidality can (for a small part) be related to disintegration of the perception and/or behavior (psychosis), but is mainly caused by something else.

2 = the suicidality is related to disintegration of the perception and/or behavior (psychosis), but is mainly caused by something else.

3 = the suicidality is mainly caused by disintegration of the perception and/or behavior (psychosis) and it is for a large part not perceivable as realistic. But there is uncertainty and there could also be some influence from another cause.

4 = the suicidality is mainly caused by disintegration of the perception and/or behavior (psychosis) and it is for a large part not perceivable as realistic.

Here is also taken into account that the psychosis can be caused by different things. For example: someone who has experienced a severe loss and has clearly become psychotic and suicidal, then the psychosis is the cause and a '4' must be scored. This is also the case for a psychotic state and suicidal behavior that are evoked by the use of hallucinogenic drugs (i.e. LSD), other drugs often generate a change in perception, but this does not count as psychotic dysregulation and is scored with a '0'.

TA score

- 0 Not at all
- 1 A very small part
- 2 Partially
- 3 A great part
- 4 Entirely (a little doubt is always allowed)

Also cross one subtype which has your main preference. Give your score per item.

	Subtype	TA score	V absolute choice (1 possibility!)
1	Perceptual disintegration		
2	Primary depressive cognition		
3	Severe psychosocial turmoil		
4	Inadequate coping/communication		
	Total always	4	

Vervolg (in preparation)



Average measure	ICC	95% CI lower bound	95% CI upper bound	Value	Crohnbach Alpha
Alle subtypen	,947	,926	,964	18.96	,947
Absoluut Perceptueel (PD)	,959	,942	,972	24.85	,960
Absoluut Depressief (PDC)	,918	,885	,944	12.84	,922
AbsoluutTurmoil (PT)	,832	,764	,885	6.45	,845
Absoluut Communicatie (IC)	,891	,848	,925	9.95	,895
Perceptueel (PD) SUICIDI	,973	,960	,981	36,70	,972
Depressief (PDC) SUICIDI	,957	,932	,968	23,30	,932
Turmoil (PT) SUICIDI	,901	,830	,922	10,11	,883
Communicatie (IC) SUICIDI	,927	,893	,948	13,68	,924

Conclusie Pilot en vervolg



- Subtypen van suïcidaliteit zijn valide afgrensbaar.
- Vervolgstudie gaf betere validering
- Herziening SUICIDI vragenlijst perfecte scores.

Discussie



- Subtypen herkenbaar en afgrensbaar?
- Verdere differentiatie mogelijk?
- Differentiëren: aansluiting klinische praktijkvoering!
- Meer op maat gerichte diagnostiek & behandeling?
 - DGT bij IC, CAMScare bij PDC & IC, CGT bij PDC & PST bij PT
 - Opname bij PD?
 - Clozapine bij PD, Lithium bij PDC, ECT bij PD?
 - *Ketamine bij suïcidaliteit? Maar niet bij IC en PT?????*
- Validering geeft handvatten om model te verfijnen
- Model lijkt bruikbaar voor de praktijk & WO



Emile Durkheim (1897)

- **4 typen van suïcides**
 - Egoïstische (IC)?
 - Altruïstische (PD)?
 - Anomische (PT)?
 - Fatalistische (PDC)?

Vervolgstudie (16.04)



- Andere domeinen en betrekken andere disciplines
- Klinische en demografische relaties
- Netwerkmodel en relatie >biologie en genetica

- Bij suïcides
 - Analyses van suïcides

- Verschillen tussen: suïcides binnen GGZ<> buiten GGZ
 - Psychologische autopsie studie
- ?



Discussie en vragen 16.05



Marieke de Groot, Connie Meyer, Nienke Kool, Riet Lochy, Manuela Gemen, John Enterman, Danielle Steentjes, Gabrielle van Son, Chani Nuij, Anne van den Bos, Roland van der Sande, Melissa Hoek-Hus, Wilma Neumann, Arjan van den Berg, Mieke Hartgers, Aram van Reijssen, Mirjam Hazewinkel, Ad Kerkhof, Derek de Beurs

Nalezen presentatie:

www.suicidaliteit.nl info@suicidaliteit.nl