

# Suïcidaliteit

en o.a. organisatie van de

Nederlandse (Haagse) spoedeisende psychiatrie



Afscheid Wilma Neuman &  
Marian Verschuer

REMCO DE WINTER

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



**Maastricht  
University**



**Rivierduinen**



# Programma



- Parnassia en Remco
- Samenwerking
- Mijn **start** in het suïcidepreventie onderzoek
- **Faseringsplan** ontwikkeling bij suïcidaliteit
- Demografische & klinische gegevens **KCAP**
- **Domotica** (kamer) ontwikkeling bij suïcidaliteit
- **Haagse crisisdienst** gegevens bij suïcidaliteit
- **Differentiatie** van suïcidaliteit
- **Afronding**

# Mèn geschiedenis



- Opleiding HLOCP
  - Eind 2004 psychiater
    - Start Crisisdienst en Spoedpoli
  - Vanaf 2005 naar het KCAP
  - Vanaf 2012 Crisisdienst, 2014 Dijk en Duin
- Weer terug naar Den haag etc etc
- Twee onderzoeksgebieden
    - Suïcidepreventie & Terugdringen dwang en drang

# Vanaf 2012 intensieve samenwerking met de geneeskundige directie



- Wilma groot voorbeeld, heerlijke samenwerking
  - Ontspanning na jaren van ingewikkeldheid
- Gelukkig ook beetje streng
- Samen veel opgetrokken o.a. start PITSTOP en suïcidetraining
- Veel geholpen met fundamenteel onderzoek
- CAMS
- Opruimen documenten “kerkhof”
- Samen in suïcidepreventiecommissie
- etc



# 2007 speciale rol GD



nieuws opinie kennis & carrière tijds

lezersverhalen

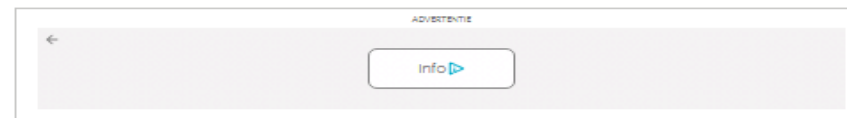
## Dit had nooit mogen gebeuren

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.



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

# Vervolg onderzoek



- Speerpunt onderzoek: suïcidepreventie in de ggz
- **KCAP**
  - Faseringsplan ontwikkeling
  - epidemiologie
  - Domoticakamer ontwikkeling
- *Suïcide evaluaties*
- **Crisisdienst**
  - Voorkomen suïcidaliteit en beleid
  - Ontwikkeling differentiatiemodel

**trefwoorden:**  
suïcidaliteit  
veiligheidsplan  
separatie  
gesloten acute opnameafdeling

# Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling

Iedere psychiatrische patiënt die klinisch wordt opgenomen, behoort te worden beoordeeld op suïcidaliteit. Vervolgens dient met een risicotaxatie de mate van toezicht te worden bepaald. Om dit structureel in kaart te brengen is op het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie in Den Haag een zogenaamd veiligheidsplan ontwikkeld. In dit artikel wordt ingegaan op de achtergrond en het praktisch gebruik van dit plan.

door Remco de Winter, Jacomien Krijger, Mirjam Hazzevinkel, Narda Miedema & Arlette van Amerongen

## Suicide op een gesloten acute opnameafdeling

In het voorjaar van 2007 wordt een jonge vrouw op de acute psychiatrische afdeling opgenomen in verband met suïciditeit bij depressieve klachten. Ze was in dit gesprek niet duidelijk naar voren gekomen dat zij een veiligheidsplan

ontvangt. Zijn ouders melden hem aan omdat zij hem suïcidaal vinden en hem daarin niet meer vertrouwen. De dienstdoende arts doet het opnamegesprek en vindt hem psychotisch. Suïcidaliteit komt in dit gesprek niet duidelijk naar voren

gefuseerd met een andere gesloten acute opnameafdeling tot het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP). Op deze afdeling is het zogenaamde veiligheidsplan ontwikkeld.

In dit artikel beschrijven we de ontwikkelingen op het gebied van de acute opnameafdeling.



# KCAP n = 1283



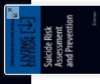
- 28.8% (mede) opname reden suïcidaal
- 17.3% van de separaties (n = 260) ivm suïcidaliteit

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

Dwang- en drangmaatregelen binnen  
een gesloten acute psychiatrische  
opnameafdeling; relatie met socio-  
demografische en klinische kenmerken

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





Suicide Risk Assessment and Prevention pp 1–19 | Cite as

## Treatment of Suicidal Behavior for Inpatients

Remco E. P. de Winter Cornelia Meijer & Manneke H. de Groot

Living reference work entry | First Online: 04 January 2022

33 Accesses

### Abstract

Serious suicidal behavior may lead to admission to an inpatient unit, and this usually happens

# Verdeling (hoogste tijdens opname)

Fase 5 (hoog risico)

n = 45 (3.5%)

Fase 4 (hoog risico)

n = 92 (7.1%)

Fase 3 (laag risico)

n = 760 (59.5%)

Fase 2 (laag risico)

n = 359 (28.0%)

Fase 1 (laag risico)

n = 25 (1.9%)

## Behandeling van suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek

Remco de Winter en Derek de Beurs

**Samenstelling**  
 Bij ernstig suïcidaal gedrag komt het voor dat patiënten worden opgenomen in een psychiatrische kliniek. Een opname wordt gerealiseerd als een hulpverlener door de ernstige suïciditeit geen mogelijkheden ziet om de patiënt verder ambulair te behandelen. Wanneer is het risico op suïcidaal gedrag zo groot dat een patiënt opgenomen dient te worden? Vergoet een kliniek de veiligheid, of neemt het risico op suïcidaal gedrag juist toe? En wat zijn de behandelopties binnen een kliniek? En wanneer kan de suïcidale patiënt de kliniek weer verlaten? In dit hoofdstuk bespreken we wanneer, waar (open/ gesloten en hoe (vrijwillig/onder dwang)) een patiënt opgenomen dient te worden. We bespreken de voor- en nadelen van opname en maatregelen om de

Table 2 Phases during admission in a closed ward

Phase	Description
1	No liberty, constant with staff at least every 15 min
2	No liberty, constant with staff at least every 30 min
3	No liberty, constant with staff at least every 60 min
4	No liberty, constant with staff at least every 60 min
5	No liberty, constant with staff at least every 60 min



# Domoticakamer ontwikkeling



**No more use of seclusion rooms for suicidal patients!**



16

R. F. P. de Winter et al.



Picture 1 Technical details for the automation room

## Decrease in seclusions



# 76.2 %



using seclusion rooms for suicidal patients.

# Toekomst



- Verdere samenwerking TUD en Erasmus
- Subsidie aanvraag

# Haegse krisusdiens



- Hoe vaak kwam suïcidaliteit nu voor?
- Soort pogingen?
- Wat was het beleid?

# Voorkomen van suïcidaliteit

## Haagse crisisdienst



- N = 14.705
- 33.2% suïcidaliteit
- 9.2% na 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<sup>1,2</sup>, Mirjam C. Hazewinkel<sup>3</sup>, Roland van de Sande<sup>4,5</sup>,  
Derek P. de Beurs<sup>4</sup>, and Marieke H. de Groot<sup>2</sup>

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

# Pauginge bè Haagse krisusdiens



**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	%
<b>Totaal</b>	100%
<b>Verhanging</b>	40.4%
<b>Medicatie/alcohol/drugs</b>	18.2%
<b>Voor een railvoertuig</b>	10.7%
<b>Springen van hoogte</b>	7.7%
<b>Verdrinken</b>	7.1%
<b>Vuurwapen</b>	5.5%
<b>Plastic zak (helium?)</b>	5.6%
<b>Rest</b>	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 (%)
<b>Gevolgde beleid</b>			
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)

# Na introductie IHT (studie met veel limitaties)



	Groep 1 (n = 4741)	Groep 2 (n = 503)
Totaal	14.795	n = 1704
% suïcidaal	n = 4741 (32,2%)	N = 503 (29,5%)
% pogingen	28,7%	35,6%
Leeftijd	41,3 jr (12-97 jr, std 15,1)	38,3 jr (12-87 jr, std 15,9)
Geslacht	51,3% ♀	57,9% ♀
TS	28,7%	35,6%
Opname (totaal)	<b>42,6%</b>	<b>29,2%</b>
IBT/IHT	<b>0%</b>	<b>13,1%</b>
Opname vrijwillig	36% (fractie 84,6%)	<b>20,3% (fractie 69,7%)</b>
Opname onvrijwillig	6,6% (fractie 15,4%)	<b>8,9% (fractie 30,3%)</b>
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%



# Differentiatie Vevolleg van jarenlange zoektoch



---

## Differentiation of Suicidal Behavior in Clinical Practice

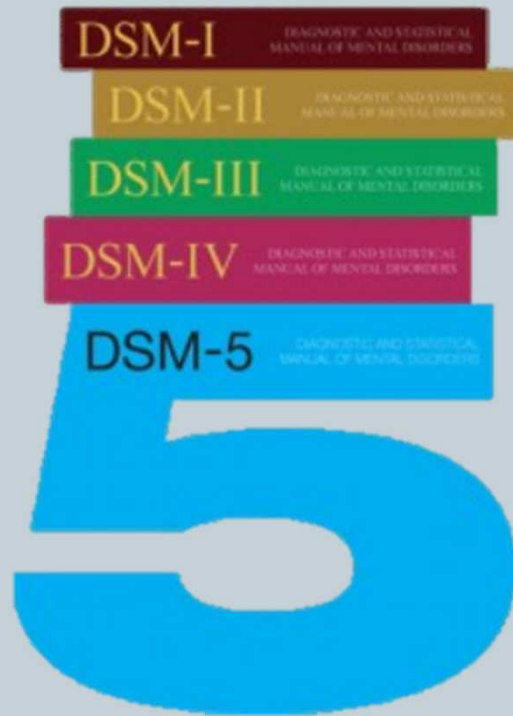
Remco F. P. de Winter, Connie Meijer, Nienke Kool, and  
Marieke H. de Groot

© 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](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41319-4_17-1)



- Koester de gesprekken met Wilma die me ook heeft geholpen bij de gedachtevorming....





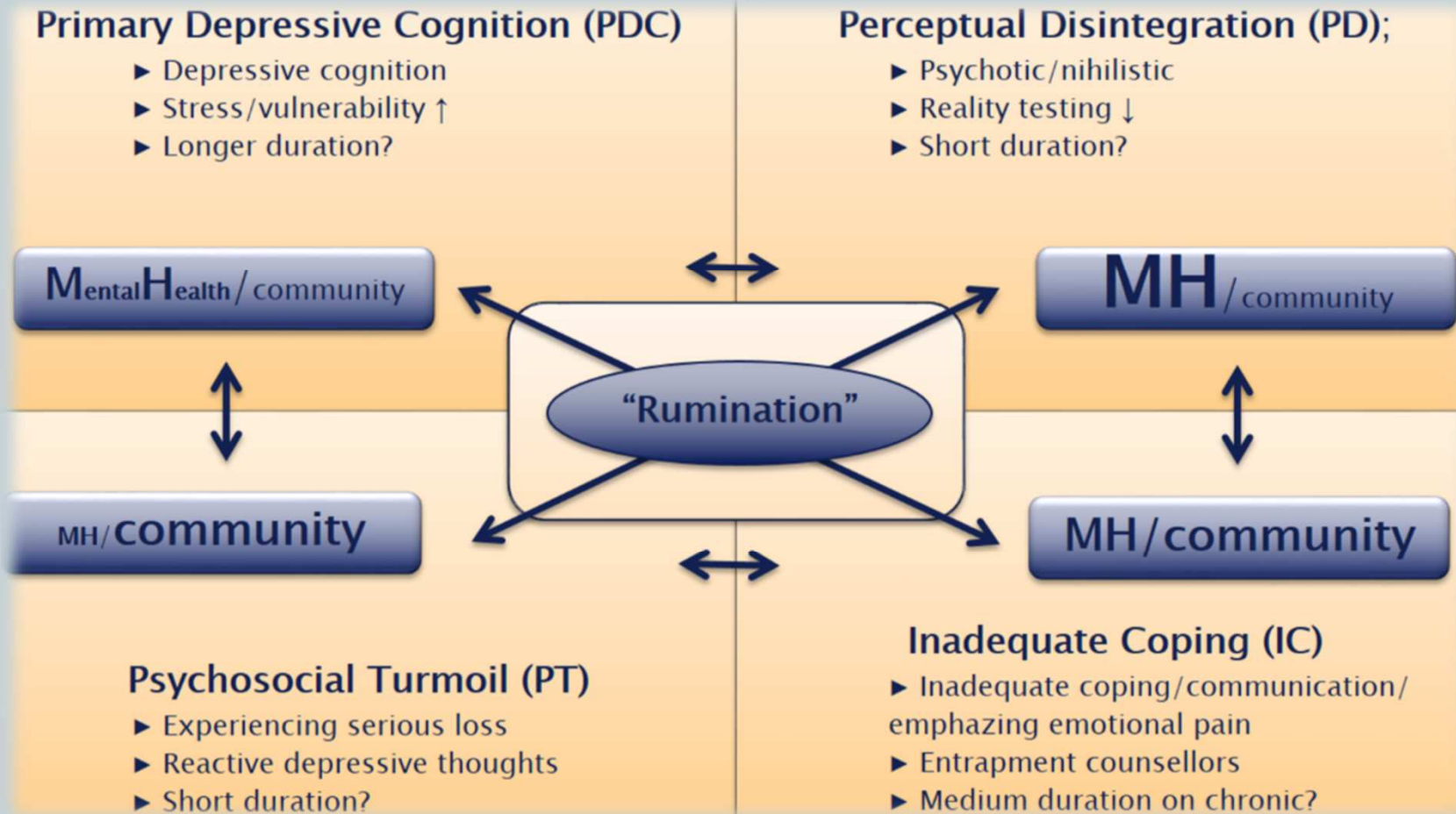
Twee classificaties waarin suïcidaliteit opgenomen is als symptoom:

1. Borderline persoonlijkheidsstoornis
2. Depressieve stoornis

# GEEN UNIFORMITEIT DEFINITIES!



# Subtype model suicidaliteit



# 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



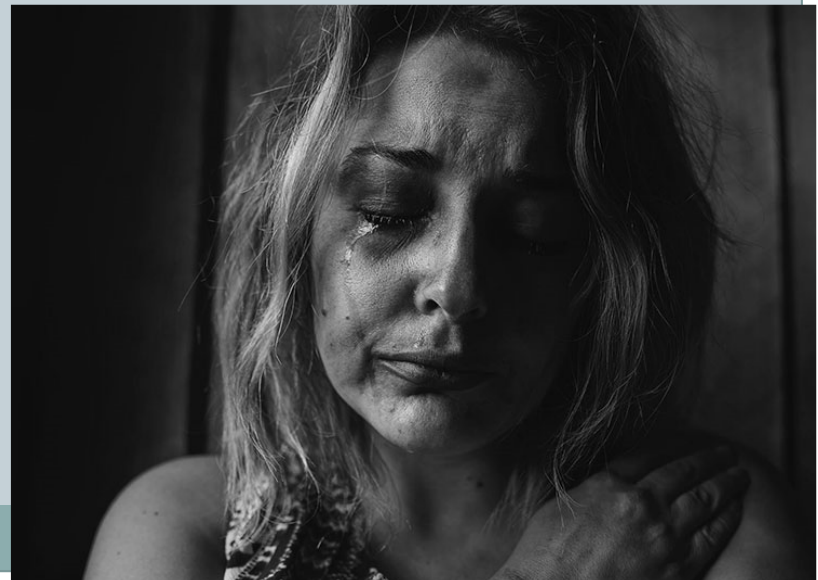


# Primaire depressieve cognitie (PDC)



## 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)



## Suïdaliteit:

- 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

# Onderzoek



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

Remco F.P. de Winter<sup>1,2,3,7</sup>, Connie M. Meijer<sup>4</sup>, John H. Enterman<sup>2</sup>, Nienke Kool-Goudzwaard<sup>2</sup>, Manuela van Gemen<sup>1</sup>, Anne T. van den Bos<sup>1</sup>, Danielle Steentjes<sup>1</sup>, Gabriëlle E. van Son<sup>1</sup>, Mirjam C. Hazewinkel<sup>2</sup>, Derek P. de Beurs<sup>5</sup>, Mariëke H. de Groot<sup>6</sup>

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

**Corresponding author: Remco de Winter**

## A pilot validation study for subtypes of suicidality

Remco F.P. de Winter<sup>1,2,3,7</sup>, Connie M. Meijer<sup>4</sup>, Anne T. van den Bos<sup>1</sup>, Nienke Kool-Goudzwaard<sup>2</sup>, John H. Enterman<sup>2</sup>, Manuela Gemen<sup>1</sup>, C. Nuij<sup>2</sup>, Mirjam C. Hazewinkel<sup>2</sup>, Danielle Steentjes<sup>1</sup>, Gabriëlle E. van Son<sup>1</sup>, Derek P. de Beurs<sup>5</sup>, Mariëke H. de Groot<sup>6</sup>

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

# PILOT VAMOS & SUICIDI STUDIE



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

## ICC WAARDEN EN BETROUWBAARHEID

< 0.5	<b>Slecht</b>
≥ 0.5 - 0.75	<b>Voldoende</b>
≥ 0.75 - 0.9	<b>Goed</b>
≥ 0.90	<b>Excellent</b>

# Vervolg



- Afspraken met beoordelaars over model
- Revisie SUICIDI vragenlijst score 0-4
- 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

# 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.



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
<b>TOTAL</b>	13 (8.7%)	50 (33%)	34 (22.7%)	53 (35.3%)	150

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



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



Average measure	ICC	95% CI lower bound	95% CI upper bound	Value	Cronbach 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

# Konclusie Pilot en vervolleg



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

# Discussie



- Differentiëren geeft aansluiting op de klinische praktijkvoering!
- Meer op maat gerichte diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag mogelijk?
- Valideringsslag geeft handvatten om het model te verfijnen en bruikbaar te maken voor de praktijk en wetenschappelijk onderzoek.

# Vervolgstudie





**Rivierduinen**



**PRESENTATIE  
NALEZEN**

**MEER INFORMATIE?**

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

# Bedankt lieve Wilma voor de samenwerking





*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](http://www.suicidaliteit.nl) [info@suicidaliteit.nl](mailto:info@suicidaliteit.nl)





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

