

# Karakteristieken, diagnostiek en risicotaxatie op een acute opnameafdeling

---

- Opening *door dr. Jan Dirk Blom, voorzitter*
- Inleiding *door dr. Remco de Winter*
- Karakteristieken van een patiëntenpopulatie op een acute gesloten opnameafdeling *door drs. Narda Miedema*
- Voorbereiding gebruik Domotica: wat vinden patiënt en medewerkers? *door drs. Mirjam Hazewinkel*
- Observatie van suïcidaliteit op een acute opnameafdeling *door dr. Remco de Winter*
- Patiënten van de GGZ als hoog risicogroep voor behandeling van suïcidaliteit *drs. Jacomien Krijger door Remco de Winter*

# Acute gesloten psychiatrie

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

Lunchsymposium

KCAP

*Parnassia Bavo Groep Klinisch Centrum Acute  
Psychiatrie (KCAP)*

# Acute gesloten Psychiatrie

- Weinig wetenschappelijk onderzoek
- Concentratie van ernstige gedragsproblematiek
- BOPZ
- Concentratie van suïcidale patiënten op een gesloten (acute) opnameafdeling
- Geen duidelijke behandelrichtlijnen
- Specifieke Nederlandse settingproblematiek

# Onderzoek

- Beschrijving populatie
- Diagnostiek in de acute Psychiatrie
  - TvP april 2012
- Terugdringen dwang en drang
  - Invoering domotica
  - Invoering crisismonitor
- Suicidaliteit in high risk groepen
  - Veiligheidsplan
  - Brieven inspectie
- Noodmedicatie

# Karakteristieken van een patiëntenpopulatie op een acute gesloten opnameafdeling

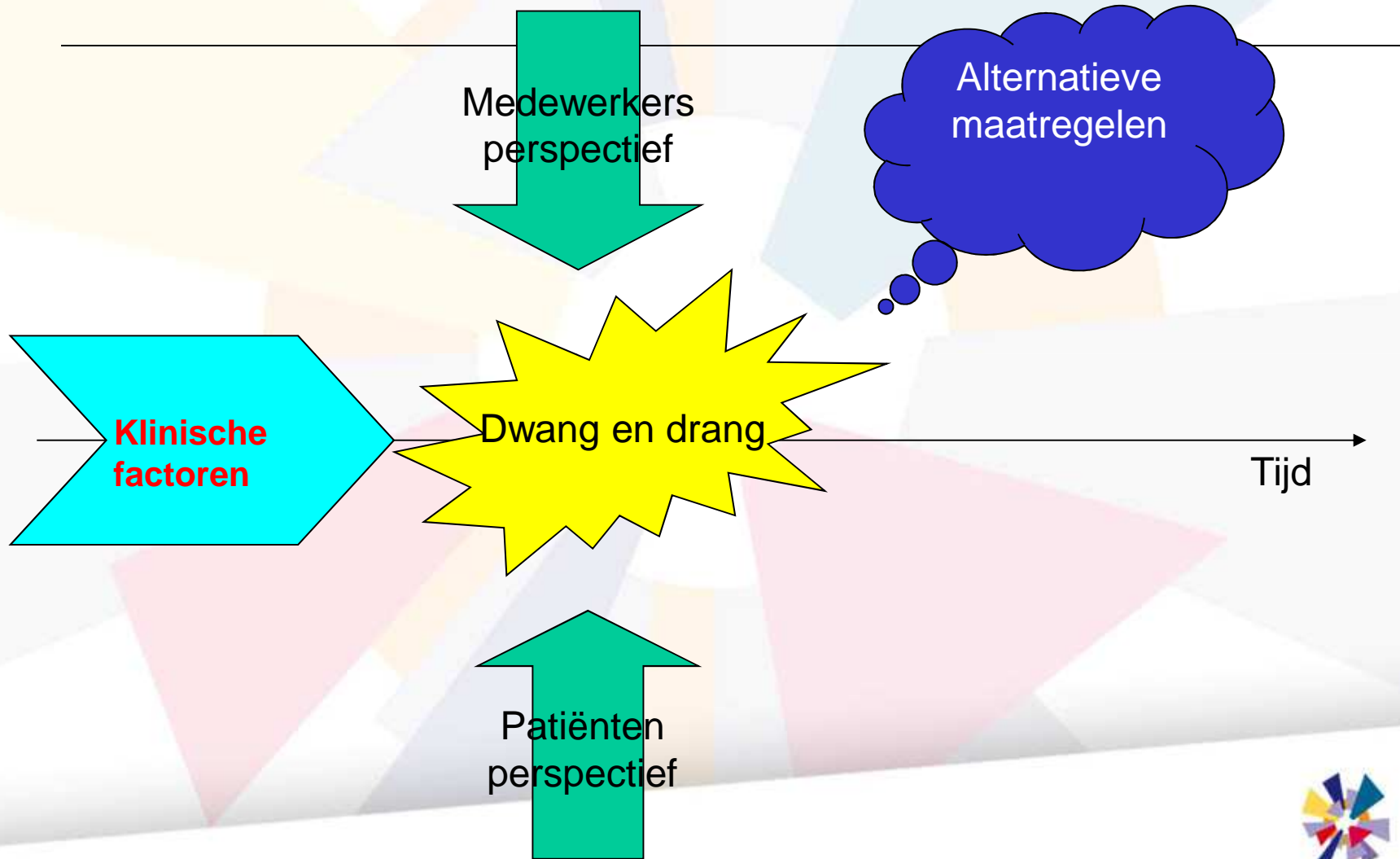
---

*Een overzicht van karakteristieken in het tijdsbestek van een jaar*

Narda Miedema – Psycholoog/Onderzoeker



# Dwang en Drang in een context van perspectieven



# Doel

---

- Klinische kenmerken bepalen
- Vinden passende interventies gericht op daling dwang en drang

# Onderzoeksmethoden

---

## **Database**

Socio-demografische kenmerken  
Algemene klinische kenmerken

## **Tijdspad**

1 januari 2009 tot 1 januari 2010





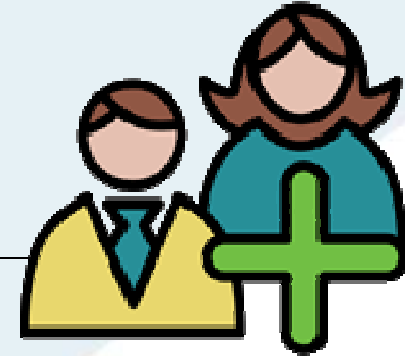
# Resultaten - algemeen

---

- 1283 (97 %) opgenomen patiënten geregistreerd (854 individuele patiënten)
- 260 (20,3 %) gesepareerd (210 individuele patiënten)
- 182 (14,2 %) noodmedicatie toegediend gekregen

# Resultaten – populatie

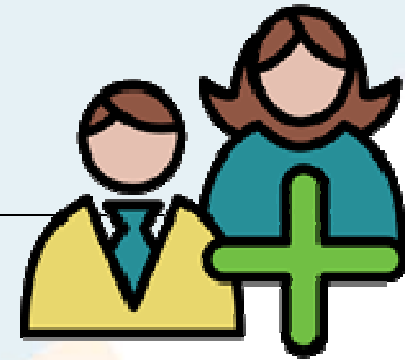
---



- 856 patiënten verantwoordelijk voor 1283 opnames
- 307 patiënten eerder opgenomen
- 20 patiënten (2,3 %) Crisisregeling
- Deze 20 patiënten verantwoordelijk voor ruim 10 % van de opnames in 2009

# Resultaten – populatie

---



- Gemiddelde leeftijd 39 (17-87)
- 59,7 % man : 40,3 % vrouw
- Meer dan 60 % geen baan/dagbesteding
- 31,7 % vaste relatie
- 35,5 % kinderen
- Meer dan 80 % NL nationaliteit
- Meer dan 90 % verzekerd
- Bijna 90 % vast woonadres

# Resultaten – verwijzers

---



- 50 % via Crisisdienst
- 24,8 % doorverwezen door ambulante en klinische zorgprogramma's binnen PBG
- 11,1 % kwam zelf naar afdeling
- 7,7 % doorverwezen via zorgprogramma's buiten PBG

# Resultaten – klinische kenmerken

---

- Opnamereden: meer dan een derde Psychotische Decompensatie (grootste groep)
- Diagnoses:
  - 34,6 % Psychotische Stoornis
  - 13,2 % Bipolaire Stoornis
  - 12,6 % Depressieve Stoornis
- Meer dan 60 % Vrijwillige opname

# Resultaten - separaties

## Gevonden significante verbanden:

---

	<u>gesepareerd</u>	<u>niet gesepareerd</u>
• Leeftijd:	36 jaar (sd = 13)	40 jaar (sd = 13)
• CGI:	6,0 (sd = 0,7)	5,0 (sd = 0,9)
• GAF:	21,0 (sd = 8,8)	31,8 (sd = 10,8)
• Noodmedicatie:	N = 128, 49,2 %	N = 54, 5,3 %

## Geen significante verbanden:

Geslacht, opleiding, taalbeheersing

# Resultaten - separaties

- Aantal separaties per opname:

Gemiddelde = 2 (sd = 3)

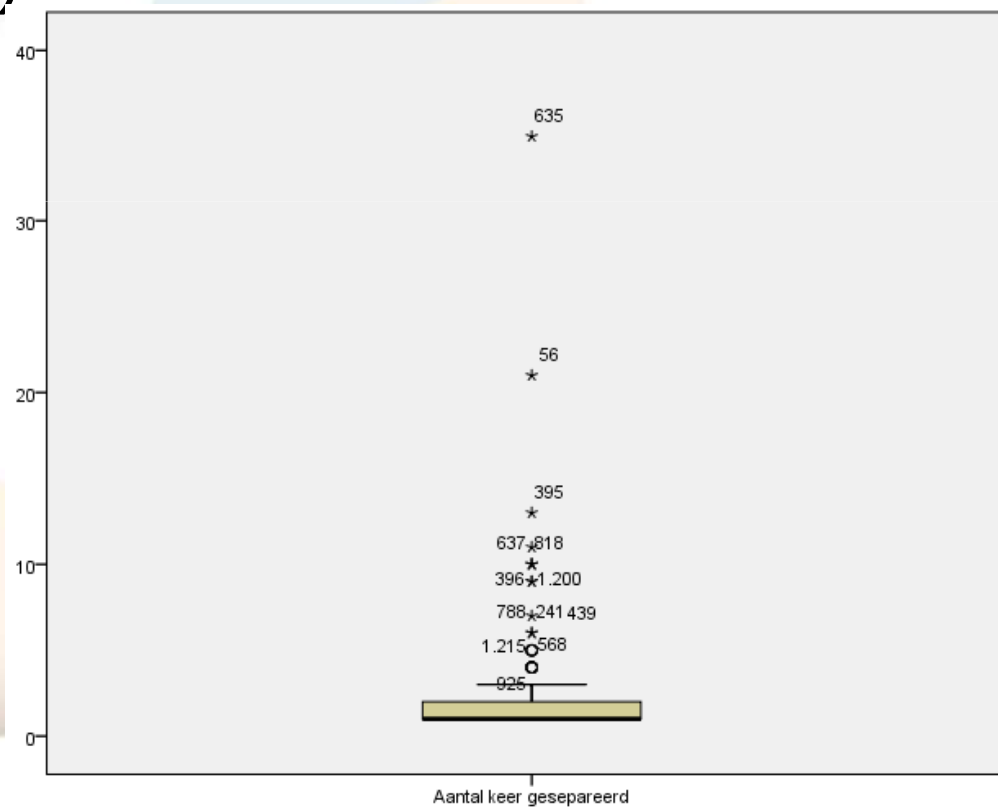
min = 1, max = 35

- Zeer scheef verdeeld

- Uitbijters

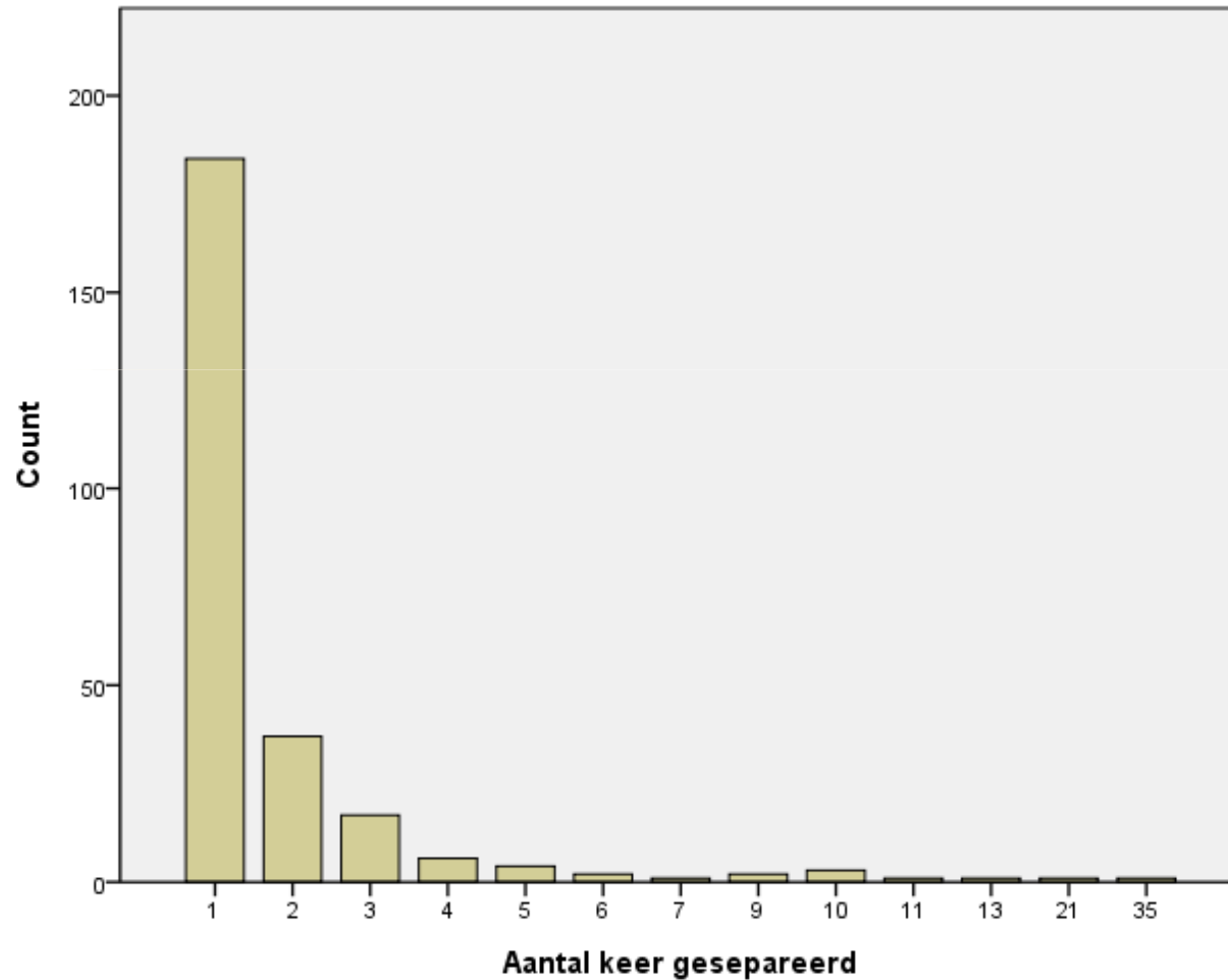
→ Mediaan = 1

- 30% meer dan 1 x gesepareerd



# Resultaten – aantal separaties

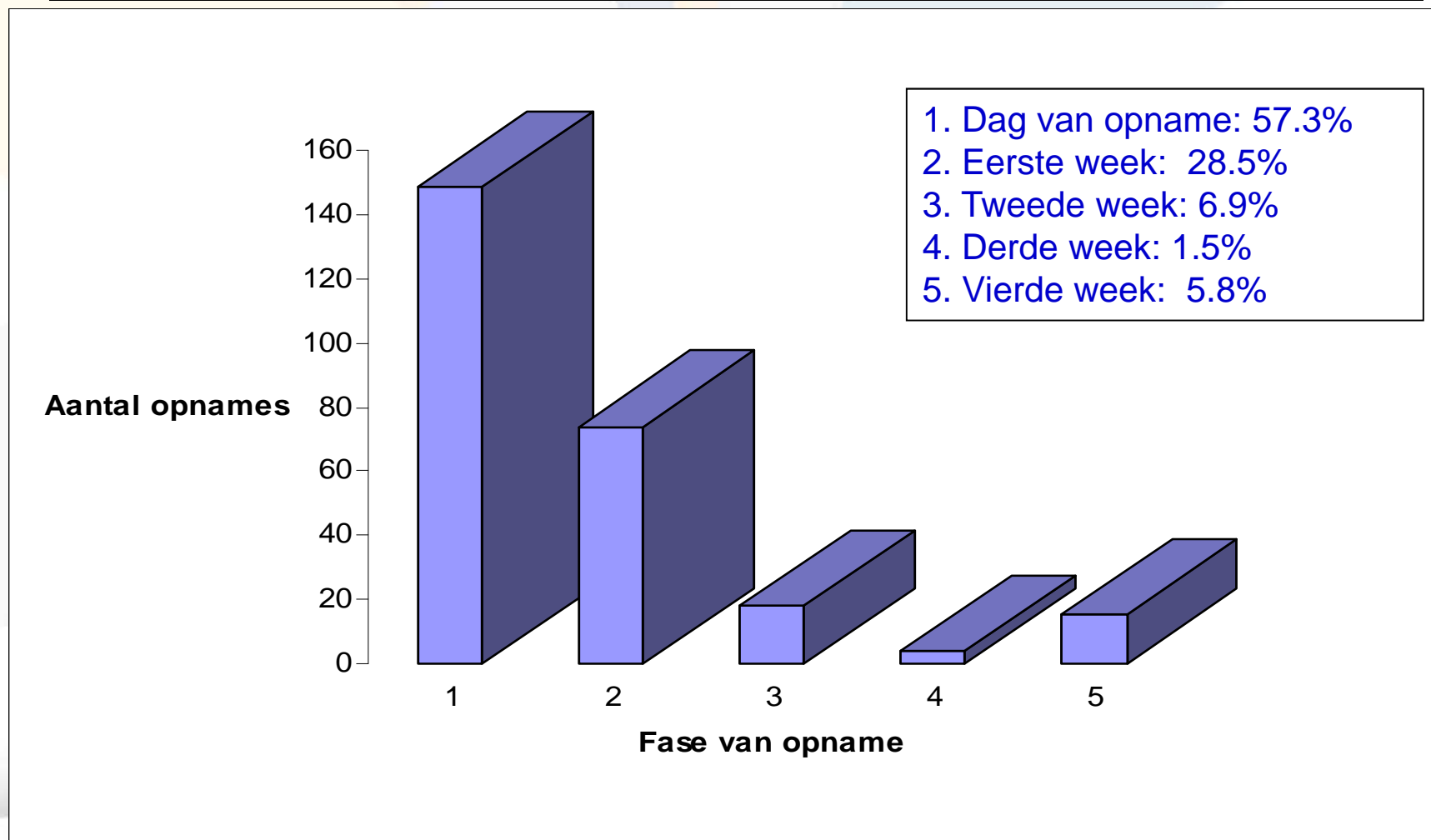
Overzicht: aantal separaties van gesepareerde opnames





# Resultaten - separatiemoment

Wanneer werd een patiënt gesepareerd?



# Resultaten - separatieuur

---

**!! Registratie zonder mobilisatie !!**  
**!! Geen rekening gehouden met alleen voor nacht!!**

3 dagen (sd = 6,1)  
Min = 0,5; max = 55,  
Scheef verdeeld, uitbijters  
→ Mediaan = 1 dag

# Resultaten - opnameduur

---



	<u>gesepareerd</u>	<u>niet gesepareerd</u>
Gemiddelde:	35 dagen (sd = 61)	12 dagen (sd =22)
Min:	0,5 dag	0,5 dag
Max:	653 dagen	347 dagen
Mediaan:	19 dagen	5 dagen

# Resultaten – reden separatie

Gesepareerd wegens (top 11):	N	% (N=260)
• Agressie (fysiek en verbaal)	85	32,7 %
• Dreigend	39	15,0 %
• Agitatie	38	14,6 %
• Niet corrigeerbaar/te sturen	38	14,6 %
• Afdelingsontwrichtend	36	13,8 %
• Suïcidaliteit	30	11,5 %
• Medepatiënten uitdagen	29	11,2 %
• Onrust (motorisch en mental)	29	11,2 %
• Schelden	26	10,0 %
• Agressie naar medewerkers	26	10,0 %
• Vernieling op de afdeling	26	10,0 %

# Resultaten - opnamereden

## Opnamereden separaties (top 5):

---

	gesepareerd	% van totaal opgenomen met...
	<i>N</i>	<i>% (N=...)</i>
Psychotische decompensatie	76	16,1 % (Ntot = 472)
Agressie	43	20,0 % (Ntot = 216)
Manische decompensatie	65	44,8 % (Ntot = 146)
Suïcidaliteit	45	12,2 % (Ntot = 370)
Middelenmisbruik	7	3,5 % (Ntot = 200)

→ Bijna de helft van patiënten opgenomen wegens manische decompensatie zijn in 2009 gesepareerd

# Resultaten - opnamereden

## Significant verband opnamereden versus separatie ( $\chi^2$ ):

- Positief verband:
  - Psychotische decompensatie
  - Agressie
  - Manische decompensatie
- Negatief verband:
  - Suïcidaliteit
  - Somberheid/Depressiviteit
  - Middelen abuis
  - Angst

# Resultaten - suïcidaliteit

## Suïcidaliteit en separatie

---

- Negatief verband tussen separatie en suïcidaliteit
  - Wel een aantal patiënten gesepareerd wegens suïcidaliteit. In welke mate?
  - Positief verband:
    - Strangulatie
    - Plannen, intenties, neigingen
    - Automutilatie
    - Suïcidale uitspraken
  - Negatief verband:
    - Suïcidale gedachten
- In de praktijk komt dit voor als patiënten geen afspraken kunnen maken omtrent suïcide

# Resultaten - diagnose

## Significant verband ontslagdiagnose versus separatie ( $\chi^2$ ):

- Positief verband:
  - Psychotische stoornis
  - Bipolaire stoornis, laatste episode manisch
- Negatief verband:
  - Depressieve stoornis
  - Alcoholmisbruik
  - Angststoornis
  - Dissociatieve stoornis



# Resultaten - Noodmedicatie

---

182 (14,2 %) opnames hebben  
noodmedicatie  
toegediend gekregen



- Geslacht: geen verschil van totale onderzoeksgroep
- Leeftijd: significant jonger (37 jaar) dan patiënten die geen noodmedicatie kregen (40 jaar)
- Opnameduur: significant langer (31 dagen) dan geen noodmedicatie (14 dagen)

# Resultaten - Noodmedicatie

---

- CGI: gemiddeld hoger (5,9; sd = 0,8) dan geen noodmedicatie (5,1; sd = 0,8)
- GAF: gemiddeld lager (22,3; sd = 9,6) dan geen noodmedicatie (30,7; sd = 11,16)
- Taalbeheersing: patiënten die geen (vloeiend) NL spreken relatief vaker noodmedicatie toegediend gekregen

# Resultaten - Noodmedicatie

Significant verband opnamereden ( $\chi^2$ ):

---

- Positief verband:
  - Manische decompensatie
  - Agressie
  - Ontremd
  - Psychotische decompensatie
- Negatief verband:
  - Suïcidaliteit
  - Sombereheid/Depressiviteit
  - Middelen abuis

# Resultaten - Noodmedicatie

Significant verband ontslagdiagnose ( $\chi^2$ ):

---

- Positief verband:
  - Psychotische stoornis
  - Bipolaire stoornis, laatste episode manisch
- Negatief verband:
  - Bipolaire stoornis, overig
  - Depressieve stoornis
  - Alcoholmisbruik
  - Angststoornis
  - Dissociatieve stoornis

# Conclusie



- Grootste kans op separatie is dag van opname
- Separatie vooral wegens agressie
- Gesepareerde patiënten al bij opname ingeschaald met een lagere GAF en hogere CGI
- Separatie en noodmedicatie significant positief verband

# Conclusie



- 
- Opnamereden: manie, psychose en wegens agressie voornamelijk gesepareerd
  - Manische decompensatie bij opname lijkt groot risicofactor (helpt gesepareerd)
  - Suïcidaliteit in ernstige mate en wanneer er geen mogelijkheid is voor continue toezicht

# Separatie: technologische alternatieven?

---

- Alternatief wellicht te vinden in ICT?
- Mening patiënten en medewerkers over het invoeren van dergelijke alternatieven?

# Discussie

---



Lunchreferaat 2011



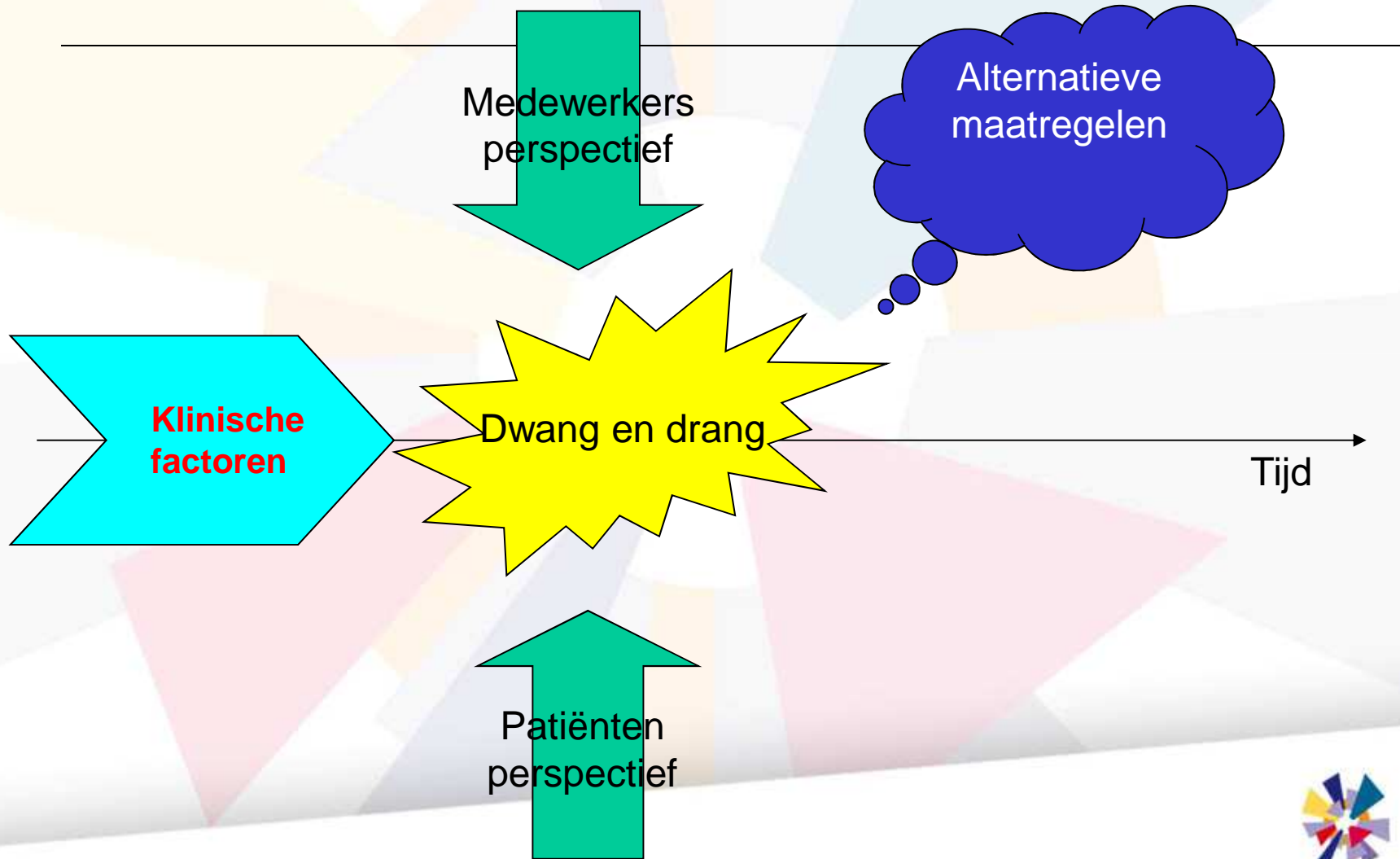
# Vorbereitung gebruik Domotica: wat vinden patiënt en medewerkers?

---

Mirjam Hazewinkel – Psycholoog/Onderzoeker



# Dwang en Drang in een context van perspectieven



# Interventies en alternatieven KCAP

---

Werkgroep: 'Dwang en Drang':

Interventies:

- Project Gastvrije Zorg:
  - gastvrije omgeving en interactie: medewerkers -> patiënt
- 5-minuten-plan: 'holding' (Mondriaan GGZ)
- Aanpassing kleur separeerruimten: violet/roze
- Comfortrooms
- Aromatherapie in comfortrooms
- Crisismonitor (gestart september 2011)

Work in progress:

- ICT (polsbandjes, detectiesystemen, 'data and text mining' ?)

# Doel Patiënten Interview

---

- In hoeverre staan patiënten open voor alternatieven op dit gebied (denk aan ICT)
- Welke alternatieven genieten voorkeur van patiënten?

# Ontwikkeling van het Patiënten Interview

---

- Gebaseerd op een interview van GGZ Westelijk Noord Brabant & Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (I. Georgieva)
- KCAP resultaten 2009
- Literatuur
- Stellingen (C.G.J.M. van der Venne)
- KCAP evaluatieformulier

# Patiënt Perspectief op Dwangmiddelen en Alternatieven (PPDA)

---

Bestaat uit twee delen:

1

- Achtergrond informatie over eerdere opnames en ervaringen met vrijheid beperkende maatregelen
- Huidige opname: (life) events die hebben geleid tot opname, opnameredenen
- Huidige opname: vrijheid beperkende maatregelen  
→ redenen, duur, vermijdbaarheid, evaluatiestellingen, mogelijke alternatieven

2

- Algemene evaluatie van de huidige opname

# Onderzoeksmethoden

---

- Tussen oktober 2010 en maart 2011:  
Interview afgenomen bij patiënten die bijna met ontslag gingen van de afdeling
- Documentatie van alle opnames op verschillende variabelen
- Afname door onafhankelijke personen

# Resultaten patiënten - algemeen

---

- 51 patiënten (gesepareerd en niet-gesepareerd)
- 29 man, 22 vrouw
- Gemiddeld 37 jaar oud (sd = 11)
- 14 eerste opname psychiatrie
- 11 (18 %) tijdens huidige opname gesepareerd
- 8 (16 %) noodmedicatie toegediend gekregen



# Resultaten patiënten - separatie

---

- **Separatie achteraf terecht?**

Ja, N=7 (78 %)

- **Kan iemand baat hebben bij separatie?**

Ja, N=24 (50 %)

Nee, N=16 (33 %)

Weet ik niet, N=8 (17 %)

- **Voorkeur separatie of noodmedicatie?**

Noodmedicatie, N=25 (49%)

Separatie, N=12 (24%)

Weet ik niet, N=11 (22%)

## Resultaten – alternatieven patiënt (1)

	<i>N</i>	<i>% (N<sub>tot</sub> = 51)</i>
ICT: polsbandjes	32	63 %
ICT: detectiesysteem op eigen slaapkamer	31	61 %
Extra medicatie	30	59 %
ICT: detectiesysteem in time-out kamer	28	55 %
Hand-in-hand begeleiding door medewerker	20	39 %
Fixeren (met hulpmiddelen)	3	6 %



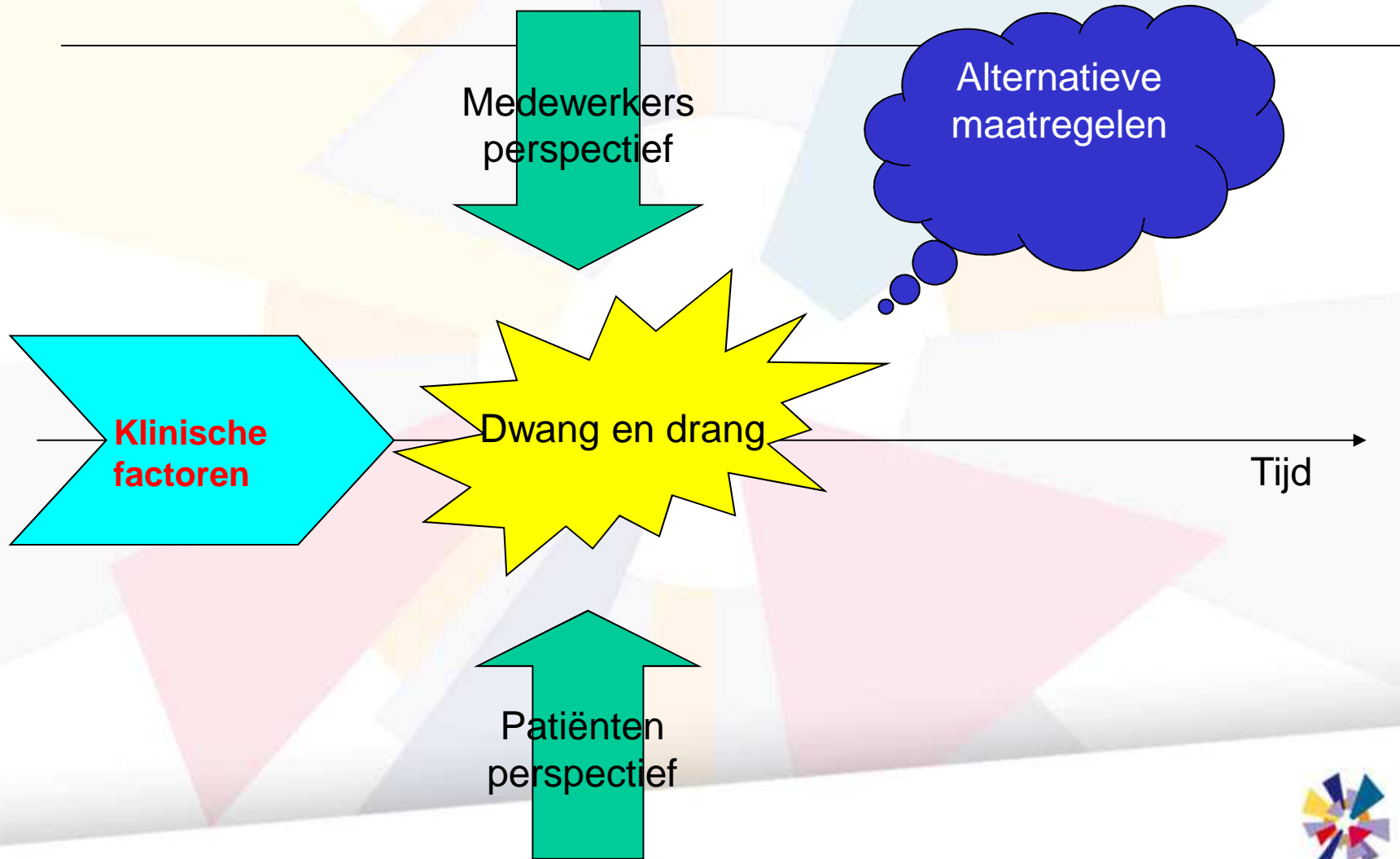
# Resultaten – alternatieven patiënt (2)

Anders namelijk:

---

- Open time-out kamer onder cameratoezicht
- Praten, geruststellend gesprek
- Patiënt laten bijkomen op plek waar hij of zij is aangetroffen; geen geweld gebruiken.
- Naar slaapkamer brengen
- Buiten in natuur patiënt laten schreeuwen
- Wandelen/sporten
- Snoezelruimte
- Separeer prima als het gezelliger wordt gemaakt: andere kleur, andere geur, zachte muren: ‘menselijker’

# Dwang en Drang in een context van perspectieven



# Doel Medewerkers Interview

---

- In hoeverre staan medewerkers open voor alternatieven op dit gebied (denk aan ICT)
- Welke alternatieven genieten voorkeur van medewerkers?

# Ontwikkeling van het Medewerkers Interview

---

- Gebaseerd op het Patiënt Interview
- KCAP resultaten 2009
- Literatuur
- Door ons opgezette ICT-gebaseerde alternatieven

# Medewerkers Perspectief op Dwangmiddelen en Alternatieven (MPDA)

---

Bestaat uit twee delen:

1

- Informatie over werken in de Psychiatrie
- Visie op separatie/noodmedicatie/fixatie
- Visie op mogelijke alternatieven

2

- The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS)

# Onderzoeksmethoden

---

- Tussen 13 januari 2011 en 10 februari 2011:  
Interview afgenomen bij een aantal verpleegkundigen werkzaam op drie afdelingen van Parnassia:  
KCAP (Short Stay)  
KCVG (Medium Stay)  
Waterbies (Long Stay)
- Afname door onafhankelijk persoon



# Resultaten medewerkers

---

- 36 medewerkers
- 19 mannen (53 %), 17 vrouwen (47 %)
- Leeftijd gemiddeld 35 jaar (sd = 12 jaar)
- 7,5 jaar gemiddeld werkzaam in de psychiatrie (sd = 6 jaar)

# Resultaten medewerkers – Dwang & Drang

---

Ervaring met:

	<i>N</i>	<i>% (Ntot = 36)</i>
- <b>Separeren</b>	<b>31</b>	<b>86 %</b>
- Noodmedicatie toedienen	26	72 %
- Fixeren	25	69 %

# Resultaten medewerkers - stellingen

<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>neutraal</i>	<i>mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
Separeren is noodzakelijk in de psychiatrie				
1 (3 %)	3 (8 %)	7 (19 %)	<b>13 (36 %)</b>	12 (33 %)
Separeren gaat tegen mijn opvattingen in				
6 (17 %)	<b>12 (33 %)</b>	10 (28 %)	6 (17 %)	2 (6 %)
In de psychiatrie wordt er teveel gesepareerd				
2 (6 %)	<b>11 (31 %)</b>	10 (28 %)	10 (28 %)	3 (8 %)
Separeren moet verminderen				
2 (6 %)	7 (19 %)	6 (17 %)	<b>16 (44 %)</b>	5 (14 %)

# Resultaten medewerkers - stellingen

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>neutraal</i>	<i>mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
Separeren is een effectief dwangmiddel	1 (3 %)	7 (19 %)	9 (25 %)	<b>17 (47 %)</b>	2 (6 %)
Separeren wordt toegepast als een veiligheidsmiddel	0	2 (6 %)	0	<b>19 (53 %)</b>	15 (42 %)
Separeren wordt toegepast als strafmiddel	<b>21 (58 %)</b>	7 (19 %)	1 (3 %)	7 (19 %)	0

# Resultaten medewerkers – Dwang & Drang

---

*Separateerincidenten hoeveel achteraf terecht?*

In 83 % van de gevallen

*Moeten er alternatieven voor separatie komen?*

Ja: 94 %

# Resultaten - alternatieven medewerkers (1)

	<i>N</i>	<i>% (N = 36)</i>
Hand-in-hand begeleiding	34	94 %
Extra medicatie	29	81 %
ICT: detectiesysteem op eigen slaapkamer	12	33 %
ICT: detectiesysteem in time-out kamer	10	28 %
ICT: polsbandjes	2	6 %
Fixeren (met hulpmiddelen)	0	-

# Resultaten - alternatieven medewerkers (2)

Anders namelijk:

---

- Afzonderingsruimte of time-out ('gesloten deur')
- Comfortroom
- Naar eigen slaapkamer brengen
- Gesprek en contact maken met patiënt, daarna eventueel ingrijpen
- Naar buiten gaan met patiënt
- Patiënten een eigen noodplan laten opstellen
- Prettige, warme ruimte, bijvoorbeeld muziekkamer
- Tijdige signalering

# Patiënt en Medewerker vergeleken

	<i>patiënten</i>	<i>medewerkers</i>
ICT: polsbandjes	63 %	6 %
ICT: detectiesysteem op eigen slaapkamer	61 %	33 %
Extra medicatie	59 %	81 %
ICT: detectiesysteem in time-out kamer	55 %	28 %
Hand-in-hand begeleiding	39 %	94 %
Fixeren (met hulpmiddelen)	6 %	0



# Conclusie

---

Zowel patiënten als medewerkers vinden separer in sommige gevallen effectief, maar vinden ook dat er gezocht moet worden naar alternatieven

Patiënten en medewerkers verschillen duidelijk van mening betreffende het inzetten van ICT om separeren terug te dringen

# Ontwikkeling 'PatPRA'

---

- Vanuit een Europees project 'Leonardo' interesse patiënteninterview
- Vertaald en aangepast → PatPRA
- Momenteel 4 talen
- Afname 3 landen (België, Duitsland, Frankrijk)
- Validatiestudie
- Internationale studie

# Discussie

---



Lunchreferaat 2011

# Risicotaxatie van suïcidaliteit in de acute gesloten Psychiatrie

Lunchsymposium Parnassia 13 december 2011

Remco de Winter & Jacomien Krijger

*[www.geslotenpsychiatrie.nl](http://www.geslotenpsychiatrie.nl)*

*Parnassia Bavo Groep Klinisch Centrum Acute  
Psychiatrie (KCAP)*

# Risicotaxatie van suïcidaliteit in de gesloten acute psychiatrie

- Concentratie van suïcidale patiënten op een gesloten (acute) opnameafdeling
- Verhoogd risico op suïcide (>50 x (?))
- Geen duidelijke behandelrichtlijnen
- Specifieke Nederlandse settingproblematiek
- Persoonlijk: hoogste stress
  - Consensus bij collegae



# Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP)

- 2007: 2 suïcides binnen toenmalige kliniek (naast 2 suïcides buiten de afdeling)

- >



- Fusie 2 afdelingen éénpersoonskamers
- Ontwikkeling faseringsplan

# Suïcidaliteit

- Opnamereden bij 368 = 28.7%
- Bij iedereen taxatie en uitspraak setting binnen kliniek
  - (=veiligheids/faseringsplan)
- Dagelijkse registratie en bijstelling (werkdagen)
- Setting is bindend bij de fasering
- Zoveel mogelijk neuzen naar 1 kant
  - Eenduidigheid en duidelijkheid



# Faseringsplan

<b>Fase 5</b>	(rood)	Separeren	Ernstig suïcidaal
<b>Fase 4</b>	(oranje)	Supervisie	
<b>Fase 3</b>	(geel)	Geen vrijheden buiten kliniek	
<b>Fase 2</b>	(groen)	Vrijheden buiten kliniek	
<b>Fase 1</b>	(blauw)	Vorbereiding ontslag	



# Opzet

- Algemene kenmerken veiligheidsplan over 2009
- 1281 patiënten (97%)
  - Geen uitsplitsing heropnames
- Kenmerken 'high risk' groep
- Algemene risicoprofiel suicide en fasering
  - Verschil algemeen risicoprofiel?
- Ervaring van medewerkers

# Verdeling fasering

Fase	Aantal patiënten N (%)
Fase 5	45 (3.5)
Fase 4	92 (7.1)
Fase 3	760 (59.5)
Fase 2	359 (28.0)
Fase 1	25 (1.9)

# Suïcidaliteit

	Alle patiënten N=1281 (100%)	'High risk' groep N=137 (11%)
Suïcide N (%)	4 (0.3)	1 (0.7)
TS (potentieel letaal) N (%)	41 (3.2)	25 (18.2) <sup>a</sup>
TS (niet-letaal) N (%)	78 (6.1)	33 (24.1) <sup>a</sup>
Suïcidale intenties N (%)	82 (6.4)	21 (15.3) <sup>a</sup>
Suïcidale gedachten N (%)	213 (16.6)	28 (20.4)

<sup>a</sup> =  $p < 0.001$

# Patiëntenkarakteristieken

	Fase 1-3 N= 1144	Fase 4-5 N=137	Significantie
GAF	5.2	5.7	p < .001
CGI	30.2	23.4	p < .001
Vrouw	42.6%	60.6%	p < .001
Leeftijd	39.8	34.8	p < .001
Getrouwd/samenwonend	30%	39%	ns
Kinderen	34.6%	36.5%	ns
Vrijwillige opname	63.2%	49.6%	p = .007
Eerste opname KCAP (<5jr)	42%	68%	p < .001
Gesepareerd	17.8%	40.8%	p < .001
Werkeloos	70.5%	56%	p < .001
ECT-behandeling	0.7%	8.7%	p < .001

**Wakker  
worden!**



# Symptomen tijdens opname

	Fase 1-3 N = 1144	Fase 4-5 N= 137	Significantie
Suïcidaal N(%)	(23.8)	(81.0)	p < .001
Zelfbeschadigend gedrag N(%)	(5.7)	(20.0)	p < .001
Manische stemming N(%)	(22.2)	(10.2)	p = .001
Depressieve stemming N(%)	(27.2)	(50.4)	p < .001
Psychotische symptomen N(%)	(53.3)	(56.2)	ns
Gebruik/misbruik van alcohol N(%)	(15.5)	(3.6)	p < .001

## DSM IV cluster

	Fase 1-3 N = 618	Fase 4-5 N = 63	Significantie
Depressie N(%)	(8.0)	(32.0)	p < .001
Manisch N(%)	(11.0)	(2.0)	p = .019
Psychotisch N(%)	(30.0)	(21.0)	ns
Middelen gerelateerd N(%)	(15.0)	(12.5)	ns
Persoonlijkheidsstoornis N(%)	(19.4)	(8.5)	ns

NB. Gegevens t/m juni 2009

**Employee of the Month**  
awarded to

---

---

for outstanding work ethic

---

GRANTED BY

---

ON THE DAY OF



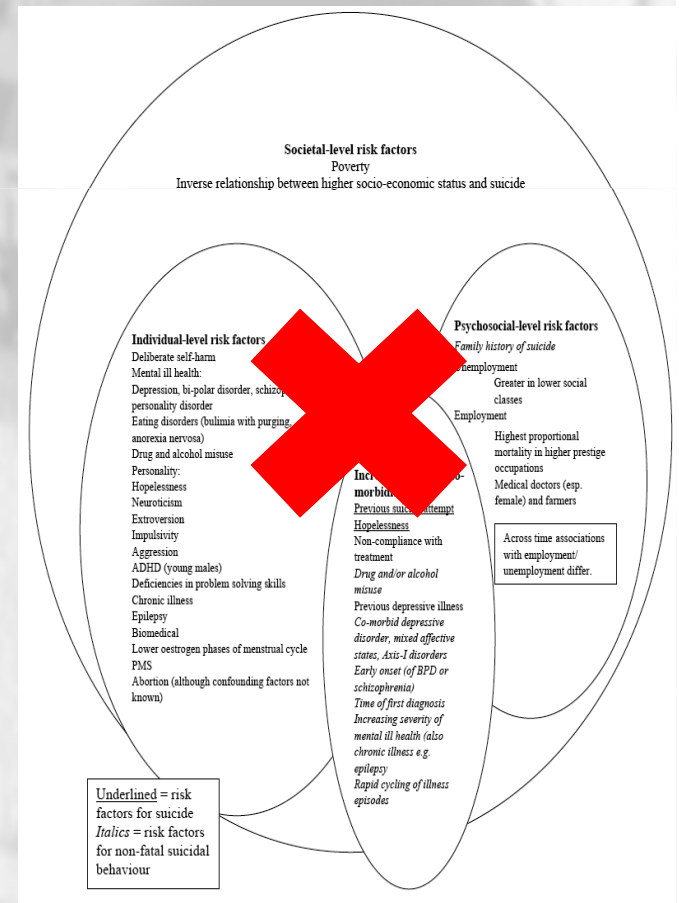
## Vragenlijst medewerkers (N=36)

Vraag	Antwoord	N (%)
Op de hoogte van het veiligheidsplan (fase 1 t/m 5)?	Nee	0 (0)
	Ja	36 (100)
Heeft de invoering meer attent gemaakt op het risico van zelfmoord?	Altijd	10 (28)
	Vaak	15 (41)
	Soms	7 (19)
	Niet	4 (11)
Gaaf het faseren in goede samenwerking met behandelend artsen, is het een teambeslissing?	Altijd	5 (14)
	Vaak	15 (42)
	Soms	15 (42)
	Niet	1 (3)
Denk je dat zelfmoord door invoering van het veiligheidsplan beter voorkomen kan worden?	Altijd	0 (0)
	Vaak	6 (17)
	Soms	21 (58)
	Niet	9 (25)
Heeft het zin om door te gaan met het veiligheidsplan?	Nee	7 (19)
	Ja	29 (81)

# Conclusie I

- Verschillen in algemene kenmerken

- Vaker vrouwen
- Jongere leeftijd
- Minder vaak werkloos
- ↓ alcoholgebruik/-misbruik
- Vaker debuterend
- Trend vaker relatie



## Conclusie II

- Depressie
- Verder Fase 3 oververtegenwoordigd (defensie)
- Kennis risicofactoren
  - Andere risicotaxatie?
  - Andere waardering risicofactoren?
  - Klinische populatie een andere selectie?
- Suïcides
  - 2008: 0 suïcides
  - 2009: 4 suïcides ( 2 binnen en 2 buiten de afdeling)
    - Voorkomen?
    - Methodologische beperkingen



## Conclusie III

- Voorkomt uiteraard geen suicide
- Geen suicide tijdens hoog ingeschat risico
  - Goede inschatting?
- Ervaring
  - Algemeen tevreden
  - Maar ook realistisch



## Discussie

### **'High risk' op gesloten acute opnameafdeling**

- Weinig specifieke kennis over deze 'high risk' groep
- Weinig behandelconsensus
- Praktische invoering vragenlijsten?
  - Structuur qua diagnostiek
- Verder onderzoek naar 'high risk' groep
  - differentiatie
  - Brieven
  - Binnen acute setting

# Patiënten van de GGZ als hoog risicogroep voor behandeling van suïcidaliteit

Jacomien Krijger  
Remco de Winter  
Bert van Hemert

Lunchsymposium  
13 december 2011

# Inleiding

---

- Voorspellen suïcide
- Identificatie high-risk groepen
- Risicofactoren GGZ



# Doel

---

Bepalen van het risico van suïcide en de risicofactoren voor suïcide bij patiënten bekend binnen de GGZ in vergelijking met de algehele bevolking.





# Methode

---

- Periode 2000 t/m 2009
- Database GGZ
  - Suïcides
  - Inschrijvingen in persoonsjaren
- Database Den Haag
  - Suïcides
  - Inwoners van Den Haag
- Demografische gegevens
  - Leeftijd, geslacht, etniciteit en buurt



# Resultaten

---

	Suïcides	Totale populatie
<b>Den Haag</b>	482	4.654.575
<b>GGZ</b>	167	193.275



# Resultaten

% in zorg bij GGZ

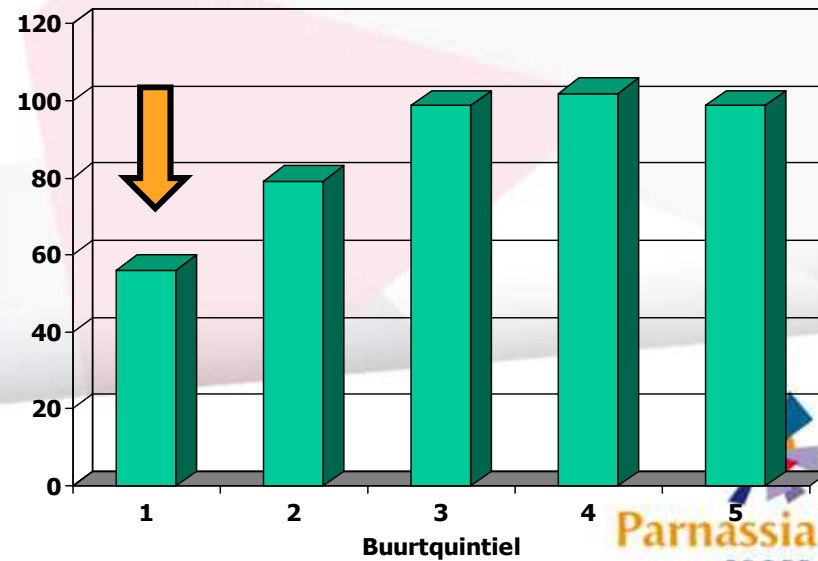
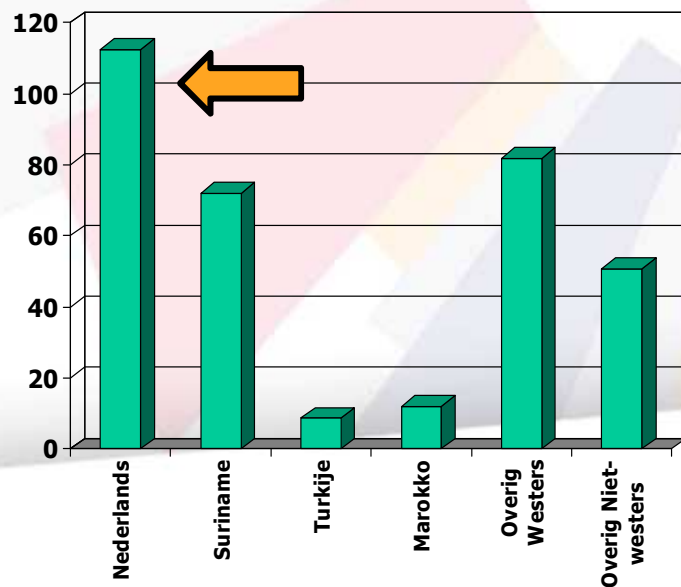
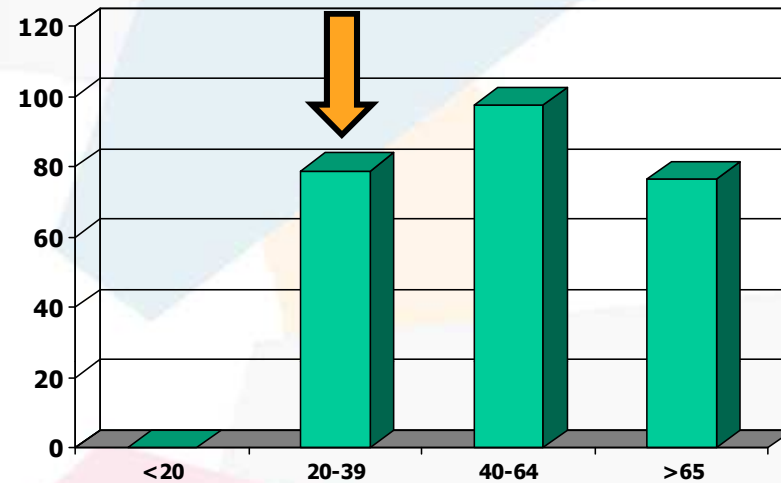
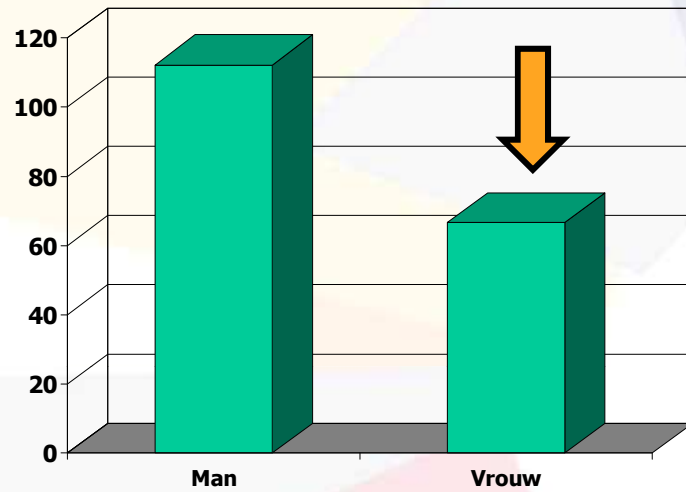
Risicofactor	%
<b>Geslacht</b>	
• man	30
• vrouw	<b>43</b>
<b>Immigratie</b>	
• Nederland	<b>37</b>
• Suriname	23
• Turkije	14
• Marokko	12
• overig Niet-Westers	18
• overig Westers	26

Risicofactor	%
<b>Leeftijd</b>	
• 20-39 jaar	<b>42</b>
• 40-64 jaar	35
• >65 jaar	27
<b>Buurt</b>	
• quintiel 1	36
• quintiel 2	31
• quintiel 3	36
• quintiel 4	37
• quintiel 5	36



# Resultaten

## Incidentiecijfers GGZ



# Resultaten

## Den Haag

Risicofactor	IRR	IRR#
<b>Geslacht</b>		
• man	1.89*	1.96*
<b>Immigratie</b>		
• Suriname	0.91	1.03
• Turkije	0.18*	0.24*
• Marokko	0.27*	0.37*
• ov. Niet-Westers	0.36*	0.35*
• ov. Westers	0.71*	0.85

Risicofactor	IRR	IRR#
<b>Leeftijd</b>		
• 40-64 jaar	1.60*	1.55*
• >65 jaar	1.36*	1.39*
<b>Buurt</b>		
• quintiel 2	1.66*	1.34
• quintiel 3	1.48*	1.13
• quintiel 4	1.39*	1.02
• quintiel 5	1.13	0.85

# IRR gecorrigeerd voor confounding

\*  $p < 0.05$

# Resultaten GGZ

Risicofactor	IRR	IRR#
<b>Geslacht</b>		
• man	1.64*	1.64*
<b>Immigratie</b>		
• Suriname	0.68	0.71
• Turkije	0.08*	0.10*
• Marokko	0.11*	0.12*
• ov. Niet-Westers	0.48*	0.48*
• ov. Westers	0.77	0.77

Risicofactor	IRR	IRR#
<b>Leeftijd</b>		
• 40-64 jaar	1.24	1.10
• >65 jaar	0.97	0.80
<b>Buurt</b>		
• quintiel 2	1.41	1.20
• quintiel 3	1.76*	1.38
• quintiel 4	1.82*	1.41
• quintiel 5	1.76*	1.35

# IRR gecorrigeerd voor confounding

\*  $p < 0.05$

# Resultaten

---

	Incidentie	IRR	IRR (gestandaardiseerd)
<b>Den Haag</b>	13,2/100.000	1.0	1.0
<b>GGZ</b>	86,4/100.000	6.5	4.5



# Discussie

---

- Volledigheid gegevens
- Differentiatie van GGZ-populatie
  - Diagnose
  - Zorgprogramma (klinisch vs. ambulant)
- Preventie → identificatie





# Acute gesloten psychiatrie

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

---

Bart van den Aakster (*KCAP*), Arlette van Amerongen (*KCAP*), Bakker, Saskia (*KCAP*), Maaïke van Blijswijk (*KCAP*), Jan-Dirk Blom (*KCVG, RUG*), Stephanie Bohnen, (*KCAP*), Christiaan Bouwkamp (*Erasmus MC Rotterdam*), Jan-Adriaan Coebergh, (*Leyenburg Ziekenhuis*), Maaïke Cruijssen (*KCAP*), Oliver Guddat (*KCO*), Judith Haffmans (*BWO, Parnassia*), Mirjam Hazewinkel (*KCAP*)  
Edwin Hellendoorn (*KCAP, Bavo Europoort*), Bert van Hemert (*Universiteit Leiden*), Wijbrand Hoek (*Parnassia, RUG, CU NY*), Daphne Hoeken (*BWO, Parnassia*), Erik Hoencamp (*Parnassia/Universiteit Leiden*), Milou Hoogkamer (*KCAP*), Pieter Jonker (*TU Delft*), Jacomien Krijger (*KCAP*), Steven Kushner (*Erasmus MC*), Hans Neyndorff (*Parnassia Bavogroep*), Narda Miedema (*KCAP*), Huib de Ridder (*TU Delft*), Roland van de Sande (*Bavo Europoort Rotterdam*), Pauline Stokvis (*KCAP*), Suzanne Stuurman (*KCAP*), Josine Tromp (*KCAP*), Cokky van der Venne (*BWO, Parnassia*), Remco de Winter (*KCAP*)