





# Suïcidaal gedrag en opname op een acute gesloten opnameafdeling

*Jubileum KCAP*

Dr. Remco de Winter

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

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

# Mijn relatie met het KCAP

# Inhoud

- Suïcidaal gedrag binnen een acute gesloten opnameafdeling
- Het faseringsplan ofwel “het veiligheidsplan”
- Karakteristieken van klinisch hoog geschatte risicopatiënten.
- Na een suïcide
  - Wat is er bekend?
  - Introductie van een methode

# Suïcidaal gedrag en opname

- Concentratie van suïcidale patiënten op een gesloten (acute) opnameafdeling
  - Selectie van mensen
  - Divers.....
- Stelsel kan het niet meer aan of is er niet?
- Zij die nog leven!
- BOPZ
- Comorbiditeit
- Transitie momenten

# Opname en suïcide

- Verhoogd risico op suïcide (>50 x (?)) Nordenthoft ea
- Betekenis van de interventie?
- Kunnen we suïcide voorkomen?
- Casus....

- Geen gerichte behandelrichtlijnen voor deze setting
  - In de **Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek van Suïcidaal Gedrag** geen duidelijke richtlijnen..
  - **Veiligheid.....**
  - **Behandeling.....**
  - **Time out.....**
  - **.....Lithium, Clozapine, ECT**

# Klinische zelfdoding

- Persoonlijk: suicide grootste stress
  - Consensus bij collegae
  - Uiteindelijk altijd verkeerd ingeschat
- Nazorg nabestaanden en medewerkers.....?





# Suïcidaal gedrag op een acute gesloten opnameafdeling

- Opnamereden bij 368 = 28.7%
- Echter een selectie?
- Doen we daadwerkelijk iets?



### **Algemeen:**

- Voorafgaande suïcidepogingen
- suïcidepoging en letaliteit van de poging
- Suïcidedachten, intentie, plannen
- Zelfdestructief gedrag
- Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)

### **Demografische kenmerken:**

- Leeftijd (ouder)
- Geslacht (man)
- Beroep
- Woonplaats
- Etniciteit

### **Psychiatrische aandoeningen**

- Stemmingsstoornis (bipolair)
- Schizofrenie of psychotische stoornis
- Eetstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Verslaving
- Intoxicatie (alcohol en/of drugs)
- Angststoornis
- Slaapstoornis (bij ouderen)
- Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling

### **Somatische ziekten**

- CNS
- Erfelijke somatische aandoeningen
- Maligniteiten
- pijn

### **Psychologische factoren**

- Machteloosheid en wanhoop
- Negatief denken
- Denken een last te zijn voor anderen
- Angst
- Agitatie en/of agressie
- Impulsiviteit
- Verlieservaringen
- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing)

### **Psychosociale factoren**

- Werkloosheid
- Detentie
- Schulden
- Alleenstaand
- Overig

### **Genetica en biologie**

- Suïcide in de familie

### **Additionele factoren**

- Beschikbaarheid van middelen

### **Beschermende factoren**

- Goede sociale steun
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen (vrouw)
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
- Goede therapeutische relatie

# Kunnen we suïcides voorkomen?

Geloof?



Maar toch.....



# Veiligheidsplan

de Winter ea 2010 & 2011, 2013 prepared

- 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

op te vragen bij spreker!!!

<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	

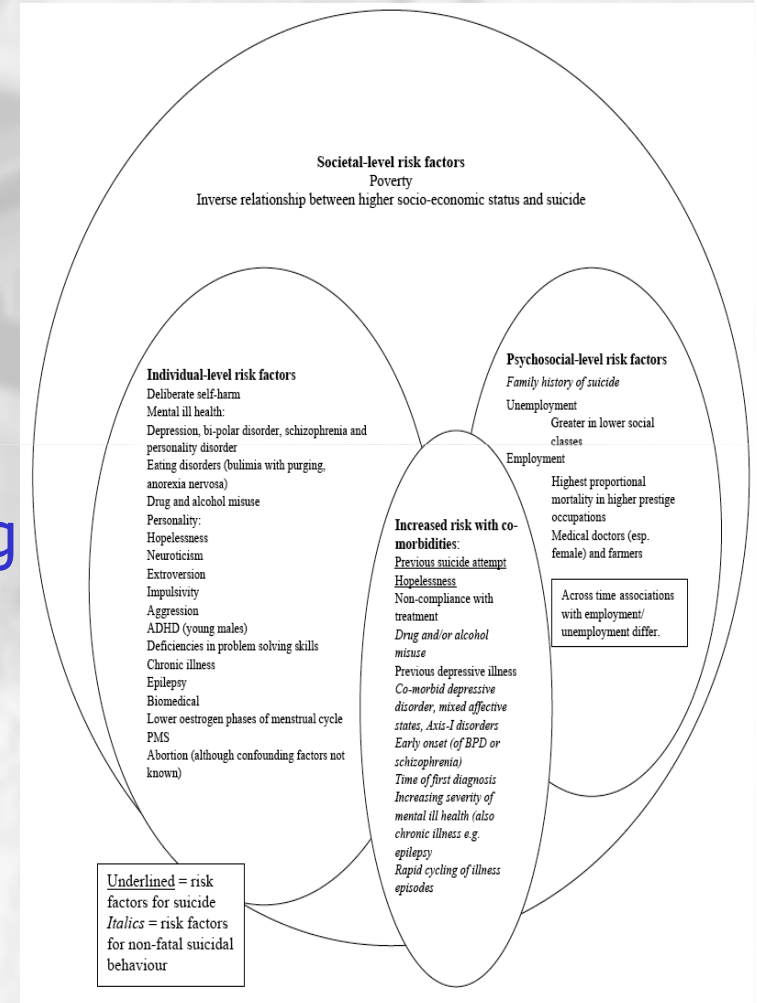


An aerial, grayscale photograph of a university campus. The image shows several large, multi-story buildings with flat roofs and numerous windows. A prominent circular building with a flat top is visible on the right side. The campus is surrounded by a dense forest of trees. The overall scene is captured from a high angle, providing a comprehensive view of the architectural layout.

# Ervaringen met het veiligheidsplan

# Opzet

- Algemene kenmerken veiligheidsplan, 2009 tot 2010
- 1281 patiënten (97%)
  - Geen uitsplitsing heropnames
- Kenmerken 'high risk' groep
- Algemene risico suïcide & 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	Fase 4-5	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



**Employee of the Month**  
awarded to

---

---

for outstanding work ethic

---

GRANTED BY

---

ON THE DAY OF

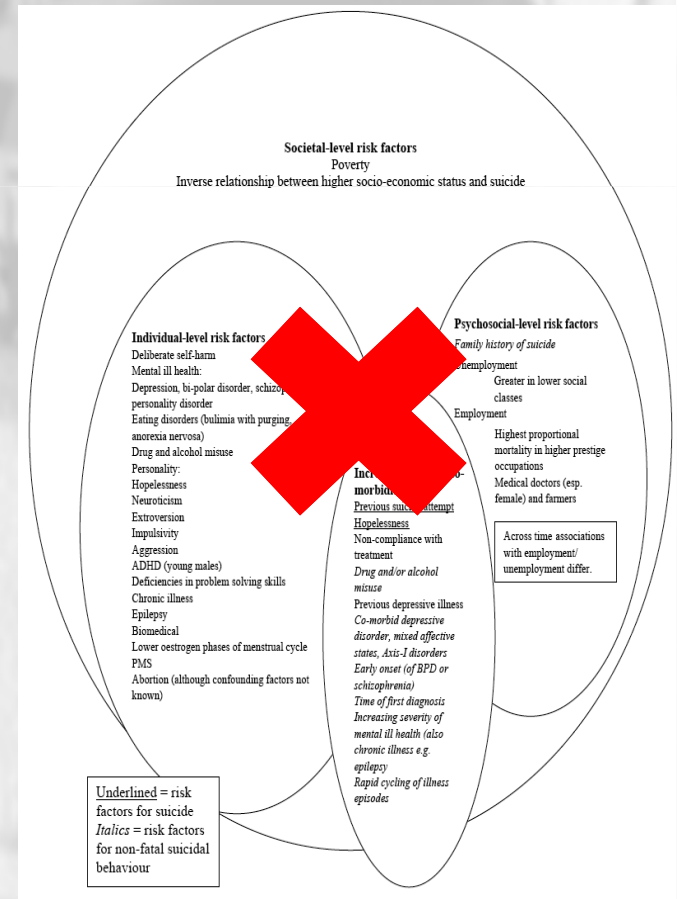
## Vragenlijst medewerkers (N=36)

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)
Gaat 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

- Veiligheidsplan: voorkomt uiteraard geen suïcide
- Minder suïcide 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
  - Voordeur

# Na een suïcide

Wat dan.....



# na een suïcide (1)

behandelaars (Hendin et al. 2000)

- n=26 (21 psychiaters, 4 psychologen, 1 "social worker")
- A) semi-gestructureerd interview, B) "de beleving"

## resultaten

- shock, verdriet, schuld, verraad, woede
- Schuldgevoel, schaamte, "gezichtverlies"
- Steun van collega's helpt
- Inspectie en onderzoek naar de casus helpt zelden.



## na een suïcide (2)

behandelaars (Hendin et al. 2004)

n=34 (28 psychiaters, 5 psychologen, 1 "social worker")

- 13/34 (38%) ervaren ernstige stress

Factoren welke bijdragen aan stress:

- Het niet klinisch opnemen van een patient die hoog suïcidaal wordt ingeschat en zich daarna suïcideert
- Het gevoel dat een beslissing, rondom de behandeling, heeft bijgedragen aan de suïcide.
- negative reactie vanuit de instelling van de behandelaar
- Angst voor juridische vervolging door nabestaanden

## na een suïcide (3) behandelaars (Rinne-Albers et al. 2004)

n=336 (274 psychiaters, 62 arts-assistenten, respons 55%)

- vermijding en herbeleving ('Schok Verwerkings Lijst')
- invloed op persoonlijk en professioneel functioneren
- vragen omtrent verwerking en helpende factoren

### Resultaat

- impact onafhankelijk van leeftijd, werkervaring, ervaring met suïcide
- arts-assistenten vermijden meer dan psychiaters
- vrouwen vermijden vaker dan mannen
- verwerking vindt grotendeels plaats op het werk (70%), enigszins in de privé-sfeer (56%)

## na een suïcide (4)

behandelaars (Rinne-Albers et al. 1993)

- grotendeels de neiging tot reflecteren (68%) en enigszins de neiging om zich te uiten (62%)
- 62% van de arts-assistenten ondervond te weinig steun van supervisor

Van nut bij verwerking:

- gesprek met de familie of de partner van de suïcidant (26%)
- bespreken van de suïcide in het team (27%)
- begrip voor de situatie waarin de patiënt zich bevond
- gesprek met supervisor of leidinggevende
- de formele afhandeling (verslag/rapportage)

**IN VERBAND MET  
WERKZAAMHEDEN**

# KEHR

(kwalitatieve Evaluatie van het Handelen Rond Suïcide)

*Marieke de Groot & Remco de Winter*

- In literatuur geen specifieke methoden beschreven waarmee teams het handelen rond suïcide kunnen evalueren.
- De KEHR-Suïcide vragenlijst ontwikkeling om dit mogelijk te maken?
- Concrete handelen professionals bij suïcidaliteit systematisch in kaart brengen.

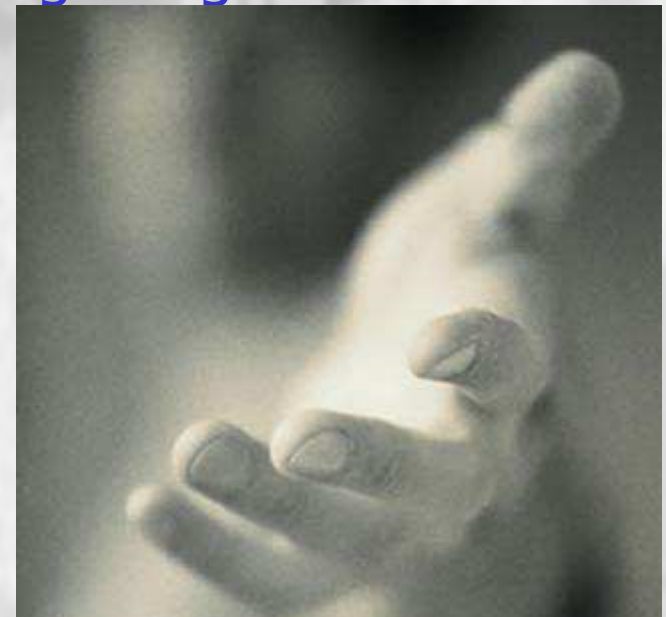


# KEHR II

- Ontwikkeld obv aanbevelingen in de MDRDBSG
- Gericht op handelen tijdens het diagnostisch proces.
- Aanvulling op IGZ melding suïcide en suïcidepoging
- Datagestuurde methode systematisch zicht krijgen op handelen bij een patiënt die door suïcide is overleden.

# KEHR <sup>III</sup>

- Goed en fout nvt
- Bevorderen dialoog & vertrouwd raken werkwijze richtlijn
- Helpen reflecteren omgang suïcidaal gedrag
- [voorbeeld](#)



# Take home

- Suicidaliteit komt veel voor in acute psychiatrie
    - selectie
  - Geen Tools
  - Empathie
  - Neuzen een kant op samen met een team eenduidigheid vormen
  - Veiligheidsplan is een middel
  - Onze intuïtie ook leidend
- 
- Plan van aanpak voor na een suicide
  - Leren van suicide



# Contact

- Presentatie
  - KEHR
- }
- [www.geslotenpsychiatrie.nl](http://www.geslotenpsychiatrie.nl)
  - Onder constructie: [www.suicidaliteit.nl](http://www.suicidaliteit.nl)