

## **ONDERZOEK NAAR DE VALIDITEIT VAN EEN VOORLOPIG MODEL VOOR KLINISCHE DIFFERENTIATIE VAN SUÏCIDAAL GEDRAG EN VERVOLG. FASE 1 FASE 2. DE VAMOS-G STUDIE.**

*Remco de Winter*

*Anne van den Bos*

*Connie Meyer*

*John Enterman*

*Gabriëlle van Son*

*Manuela Gemen*

*Nienke Kool*

*Derek de Beurs*

*Marieke de Groot*

### **Achtergrond**

Suïcidaal gedrag wordt bijna altijd als een uniform verschijnsel gedefinieerd. Er is ook nauwelijks onderzoek naar verschillende vormen van suïcidaal gedrag gedaan. Mede naar aanleiding van onze klinische ervaring en vanuit bestudering van het wetenschappelijke onderzoek, constateren we dat er in de psychiatrische praktijkvoering verschillende typen suïcidaal gedrag te onderscheiden zijn waar nauwelijks iets over bekend is. Deze typen zijn terug te voeren op de verschillende processen die kunnen leiden tot het ontstaan van suïcidaliteit. (Goldney, 2008; Van Hemert e.a. 2012; Williams & Pollock, 2000).

We veronderstellen dat de verschillende typen van suïcidaal gedrag een andere benadering/behandeling vereisen om het risico op herhaling van het suïcidale gedrag te verminderen.

In de literatuur wordt nog nauwelijks onderscheid gemaakt tussen typen suïcidaal gedrag. Uit een psychologische autopsie (De Groot e.a. 2011) bleek dat er vier typen waren in een populatie van 98 mensen die zich gesuïcideerd hebben in het noorden van Nederland: personen met internaliserende psychische problemen, personen met externaliserende problemen, personen waarbij volgens nabestaanden geen aanwijzingen waren voor de aanwezigheid van psychische problemen voorafgaand

aan de suïcide en personen waarvan de nabestaanden aangaven niet te weten of er psychische problemen speelden voorafgaand aan de suïcide. Ook in een niet gepubliceerd onderzoek van 23 suïcides onder politieambtenaren viel de groep uiteen in een groep met internaliserende en een groep met externaliserende psychische problemen voorafgaand aan de suïcide.

Van Luyn (Van Luyn, 2010) beschrijft het verschil tussen chronische suïcidaliteit en ‘acuut-op-chronische suïcidaliteit’. Uitingen van chronische suïcidaliteit bij patiënten met bepaalde vormen van persoonlijkheidsproblematiek zoals de borderline persoonlijkheidsstoornis vereisen een andere benadering dan een ‘acuut-op-chronisch risico’. Bij de laatste vorm is het korte termijn risico van suïcide hoog in vergelijking met uitingen van chronische suïcidaliteit en vraagt om onmiddellijke actie van de hulpverlener. Bij uitingen van chronische suïcidaliteit bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek betrachten hulpverleners terughoudendheid met het overnemen van verantwoordelijkheid met behoud van de therapeutische alliantie. Ook omdat bekend is dat het behoud van autonomie, ondanks het vaak ontbreken van dit inzicht bij een patiënt, op de lange termijn een beter therapeutisch resultaat geeft (Prada e.a. 2018). Daarnaast wordt soms onderscheid gemaakt in suïcidaal gedrag met of zonder een poging, waarbij een eerdere poging tot suïcide theoretisch tot een hoger risico op suïcide leidt (Klonsky e.a. 2017). In de klinische praktijkvoering gaat dit niet altijd op. Zo is het risico bij een persoon die psychotische uitspraken doet, dat hij niet wil leven omdat de zwartheid van zijn ziel ook zijn kinderen besmet, maar nooit eerder een poging heeft gedaan, hoger dan bij een persoon die voor de ogen van zijn partner 15 tabletten paracetamol heeft ingenomen omdat zijn bier is verstoppt. Dit voorbeeld toont aan de praktijk af kan wijken van de theorie wat mogelijk te maken heeft met een onderscheid in verschillende typen van suïcidaliteit.

We veronderstellen dat verschillende vormen van entrapment leiden tot verschillende vormen/typen van suïcidaliteit. Deze vormen/typen vereisen waarschijnlijk een andere benadering/behandeling om het risico op herhaling van het suïcidale gedrag te verminderen.

### **Relevantie van klinische differentiatie van suïcidaal gedrag**

Klinische differentiatie heeft veelvuldig plaatsgevonden in de diagnostiek en behandeling van somatische gezondheidsproblemen, zoals diabetes, epilepsie, reuma, multiple sclerose, dementie etc. Ook voor andere psychische gezondheidsproblemen

dan suïcidaal gedrag, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, en persoonlijkheidsstoornissen heeft klinische differentiatie geleid tot specifieke behandelingen van afzonderlijke typen, waardoor de behandelingen effectiever zijn geworden.

We veronderstellen dat klinische differentiatie van suïcidaal gedrag, zodanig dat de gehele suïcidale patiëntenpopulatie die in de geestelijke gezondheidszorg gezien wordt, zinvol is. Klinische differentiatie van suïcidaal gedrag biedt de mogelijkheid om het korte en lange termijn risico op suïcide en/of recidiverende pogingen nauwkeuriger in te schatten en gericht te behandelen.

Er is veel kennis over risicofactoren voor (recidiverend) suïcidaal gedrag, maar deze kennis is niet geordend voor de verschillende typen suïcidaal gedrag die wij in de praktijk zien. We veronderstellen dat het mogelijk is om per type specifieke clusters van zowel risico- als beschermende factoren te beschrijven. Ook is het waarschijnlijk dat er verschillende paden zijn voor kwetsbaarheid door verschillende onderliggende dimensies van psychopathologie en persoonlijkheid (de Winter, 2009). De ambitie is om voor de afzonderlijke typen suïcidaal gedrag specifieke zorgpaden te ontwikkelen waarin *evidence* over risico's, diagnostiek en behandeling van suïcidale toestanden is opgenomen. Met als doel dat dit leidt tot (verbeterde) toepassing van effectieve behandelingen voor suïcidaal gedrag in de klinische praktijk. Zo hebben bijvoorbeeld enkele auteurs de Winter & de Groot recent de Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in het Nederlands vertaald <https://suicidaliteit.nl/cams/index.html>. De CAMS is opgenomen in de Generieke module diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (2018) als behandelmethode. We zijn echter van mening dat de CAMS niet bij iedere vorm van suïcidaal gedrag effectief is en verwachten dat er bij een betere differentiatie meer gerichte inzet mogelijk is (Jobes e.a. 2018). Nu is de keuze vooral op een algemeen klinisch oordeel gebaseerd.

Via onderzoek kan de effectiviteit van afzonderlijke zorgpaden worden getoetst en kunnen zorgpaden zo nodig worden aangepast. De verwachting is dat dit leidt tot reductie van het aantal suïcides binnen de geestelijke gezondheidszorg leiden; een doelstelling die is opgenomen in de landelijke agenda suïcidepreventie (Ministerie van Volksgezondheid, 2015)

*Voorlopig model van klinische differentiatie van suïcidaal gedrag*

## Validering model suïcidaal gedrag (VAMOS-G)

Van de typen suïcidaal gedrag die we in de klinische praktijk zien is een voorlopige beschrijving gemaakt (de Groot & de Winter 2019). Hierin is onderscheid gemaakt tussen ethologiën van *entrapment*; het gevoel in de val te zitten (wanhoop) en de gedachte dat doodgaan de enige manier is om aan die val te ontsnappen (J. Williams, Barnhofer, & Duggan, 2005).

Er worden vier typen suïcidaal gedrag onderscheiden, namelijk:

- 1) suïcidaal gedrag vanuit perceptuele desintegratie (**Perceptual Disintegration PD**);
- 2) suïcidaal gedrag vanuit een primair depressieve cognitie (**Primary Depressive Cognition (PDC)**);
- 3) suïcidaal gedrag vanuit een draaikolk van psychosociale stress (**Psychosocial Entrapment (PE)**);
- 4) suïcidaal gedrag als wijze van communicatie en/of coping waarbij het onderliggend lijden wordt benadrukt (**Inadequate Communication & Coping (IC)**).

## Probleemstelling

Suïcidaal gedrag wordt in de theorie als uniform verschijnsel gedefinieerd, terwijl wij veronderstellen dat suïcidaal gedrag verschilt wat betreft de etiologie van het proces. Op basis van klinische observaties van suïcidale patiënten die in een psychiatrische crisisdienst werden beoordeeld zijn vier typen onderscheiden (de Winter & de Groot, 2019 de Winter e.a. 2020b) zie boven. De vier typen zijn hypothetisch en het model is niet gevalideerd. Onbekend is in hoeverre de typen werkelijk van elkaar te onderscheiden zijn en/of er meer of andere typen suïcidaal gedrag zijn te onderscheiden. Ook is onbekend in hoeverre volgens experts op het gebied van suïcidaal gedrag de beschrijving van de huidige vier typen toereikend is, dat wil zeggen: onbekend is in hoeverre experts overeenstemmen in het indelen van suïcidaal gedrag in de vier hypothetische types, en hoe accuraat deze zijn beschreven.

Zolang deze meer specifieke kennis ontbreekt is het uiteraard ook niet mogelijk om voor verschillende typen suïcidaal gedrag specifieke zorgpaden te ontwikkelen die zijn gebaseerd op bestaande kennis over het reduceren van risico's op herhaalde suïcidepogingen of suïcide, en over behandelmogelijkheden voor suïcidaal gedrag. Hierdoor ontvangen suïcidale patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg niet de best passende zorg.

## **Verkenning**

Het model is voorgelegd aan een groep van meer dan 50 psychiaters gedurende een discussie groep bij het landelijke congres van de NVvP in 2018 (<https://suicidaliteit.nl/2018/VJCDifferentiatiedebuut.pdf>). De opinie was zeer positief en gaf ons de doorslag om het model verder te ontwikkelen en te zoeken naar mogelijkheden tot validering van het model. Ook in Engeland bij de NHS is enthousiast gereageerd op het model omdat het veel handvatten geeft voor een duidelijkere variatie van verantwoordelijkheid voor de hulpverlener en patiënt. Er heeft een psychologische autopsiestudie plaatsgevonden middels het model en de NHS gebruikt het niet gevalideerde model (Meijer 2018). Op dit moment is er een position paper in voorbereiding welke doorgang vindt na goedkeuring door de METC.

## **Onderzoeksdoelen**

Na de afronding van dit voorgestelde onderzoek:

- weten we in hoeverre er binnen een groep experts op het gebied van suïcidaal gedrag, bestaande uit 4 psychiaters en 2 verplegingswetenschappers en 1 zeer ervaren sociaal psychiatrisch verpleegkundige, consensus bestaat over validiteit van de vier typering van suïcidaal gedrag zoals beschreven in het voorlopige klinische model voor differentiatie van suïcidaal gedrag;
- is het mogelijk om, indien nodig, op basis van aanbevelingen van experts de typering specifiek te beschrijven en/of verder te differentiëren.

## **Onderzoeksvragen**

- 1) Hoe valide zijn de subtypen in het voorlopige model voor klinische differentiatie van suïcidaal gedrag ?  
(<https://suicidaliteit.nl/2018/differentiatiemodel/Subdifferentiatieaugustus12018.pdf>)
- 2) Wat moet eventueel aan het model worden toegevoegd en/of worden weggelaten, zodat de beschrijvingen van de typen suïcidaal gedrag beter overeenkomen met de klinische praktijk?

- 3) Vervolgstudie (II) Van patiënten die bij de crisisdienst zijn beoordeeld voor suïcidaal gedrag, en waarbij RdW de betrokken en ondertekenend psychiater was, worden 500 casus opgenomen in een database. De namen, geboorte data en andere specifiek persoonsgebonden (patient ID, adres etc) data zijn verwijderd.

Vanuit deze database kan er na validering specifiekere gekeken worden naar kenmerken die aansluiting geven op meer gerichte behandeling en risicotaxatie.

## **Methode**

### *Design*

Exploratief kwalitatief onderzoek.

### *Sampling*

In het onderzoek worden 100 cases van suïcidaal gedrag betrokken, afkomstig uit het patiëntenbestand van een crisisdienst waarbij de RdW verantwoordelijk psychiater was.

Crisisdiensten hebben een essentiële rol bij de beoordeling van ernstig herkend suïcidaal gedrag en bij ongeveer 1/3 van de beoordelingen is er sprake van suïcidaal gedrag (de Winter e.a. 2017, de Winter e.a. 2020a).

Cases zijn geanonimiseerde conclusies (Bijlage 2), afkomstig uit brieven die na 100 suïcidaliteitsbeoordelingen door de Haagse crisisdienst naar de huisartsen van de betrokken patiënten zijn gestuurd. RdW heeft deze brieven medegetekend.

De conclusies werden verkregen door ze uit het elektronisch patiëntendossier te knippen en te plakken in een Word bestand.

De cases worden genummerd van 1 t/m 100. De identiteit van de verwijzer, de patiënt, de behandelaar en/of de huisarts is niet uit de cases te herleiden.

Beoordelaars zijn experts (n= 4 psychiaters 1 sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) en 2 verplegingswetenschappers) op het gebied van suïcidaal gedrag, afkomstig uit het professionele netwerk van de eerste auteur.

Uiteraard beoordeeld RdW niet.

### *Instrumentarium*

Voor dit onderzoek is de SUICIDI-2 (SUICidaal Differentiatie) ontwikkeld (bijlage). De SUICIDI-2 is een voorlopige, systematische beschrijving van de vier typen (zie Bijlage 1). De vier typen worden beschreven aan de hand van drie stellingen.

#### *Type agreement*

Beoordelaars wordt gevraagd om van alle 100 cases aan te geven welk type het meest van toepassing is (type 1, 2, 3 of 4).

- 1) suïcidaal gedrag vanuit perceptuele desintegratie;
- 2) suïcidaal gedrag vanuit een primair depressieve cognitie;
- 3) suïcidaal gedrag vanuit een draaikolk van psychosociale stress;
- 4) suïcidaal gedrag als wijze van communicatie en/of coping

#### *Description accuracy*

Beoordelaars geven vervolgens aan welke beschrijving ze het meest betrouwbaar (accuraat) vinden en passende bij welk subtype. Verder wordt er nog gevraagd om een score 1 of 2 te geven. Waarbij 2 maximaal is. Er kunnen maximaal 2 subtypen gescoord worden en er moet altijd hiërarchie zijn in score.

Ten slotte geven ze aan hoe betrouwbaar (accuraat) ze de beschrijving van het type dat ze hebben gekozen vinden. aan de hand van een 5-punt Likertschaal (1= zeer inaccuraat, 2 = inaccuraat, 3 = neutraal, 4 = accuraat, 5= zeer accuraat ). Wanneer de beoordelaar op deze vraag een score < 3 heeft, wordt de beoordelaar gevraagd suggesties te doen om de gekozen stelling aan te passen en/of een nieuwe stelling te formuleren die de typering accurater beschrijft.

Op deze manier valt na te gaan:

- 1) de mate van overeenstemming tussen beoordelaars over de vraag tot welk type het suïcidale gedrag behoort (*type agreement*)
- 2) de mate van overeenstemming tussen beoordelaars over de vraag welke stelling het type suïcidale gedrag het meest accuraat beschrijft (*description agreement*)
- 3) de mate van overeenstemming tussen beoordelaars over de vraag in hoeverre het gekozen type accuraat is beschreven (*accuracy of type description*)
- 4) welke suggesties worden aangedragen om typen beter te beschrijven.

Voorafgaande aan de scoring worden beoordelaars getraind in het scoren met de SUICIDI-2

### **Data analyse en interpretatie**

#### *ICC voor type agreement*

De intraclass correlatie coëfficiënt (ICC) wordt gebruikt voor het kwantificeren van de mate van overeenstemming tussen de beoordelaars over de vraag tot welk type het suïcidale gedrag van de afzonderlijke cases behoort, ondanks random en systematische verschillen tussen beoordelaars. Verder kan ook de variatie van de onderzoekers worden onderzocht

In SPSS wordt de analyse uitgevoerd met een two-way random effects model, type Absolute Agreement (De Vet e.a. 2006; Van Geloven N & Bossuyt, PMM [https://wikistatistiek.amc.nl/index.php/Intraclass\\_correlatie\\_coefficient](https://wikistatistiek.amc.nl/index.php/Intraclass_correlatie_coefficient))

#### *De ICC voor description agreement*

Verschillen tussen metingen kunnen het gevolg zijn van echte verschillen (tussen personen, of binnen personen bij herhaalde metingen) of van ruis: verschillen die zijn toe te schrijven aan onvolkomenheden in de beschrijving van de typen, We berekenen tevens een ICC voor de mate waarin beoordelaars overeenstemmen wat betreft de accuraatheid van de stelling die het gekozen type beschrijft.

#### *De ICC voor de accuracy of type description.*

We berekenen een ICC voor de mate waarin beoordelaars overeenstemmen wat betreft de accuraatheid van de beschrijving van het gekozen type.

Uitkomsten worden uitgedrukt in een getal tussen 0.0 en 1.0 en een 95% BI. Bij een perfect model zijn alle verschillen 'echt' en is de ICC =1. Bij een volledig niet valide model zijn alle verschillen ruis, en is de ICC 0. Anders gezegd: hoe lager de ICC, hoe meer variatie de methode van beoordeling veroorzaakt heeft en dus hoe slechter de overeenstemming tussen beoordelaars. Een hogere ICC betekent een betere interbeoordelaars betrouwbaarheid. Bij een ICC  $\geq 0.70$  wordt gesproken van voldoende interbeoordelaars betrouwbaarheid (Streiner & Norman 2008).



Het model is voldoende valide als de ICC's voor *type agreement (TA)*, *description agreement (DA)* en de *accuracy of type description (ATD)*  $\geq 0.70$ . Het model wordt aangepast als de ICC van de TA of DA of ATD  $\leq 0.70$ .

Suggesties voor aanpassingen van stellingen behorend bij de afzonderlijke types worden gebruikt om het model aan te passen. Aanpassingen worden gedaan door een focusgroep die wordt samengesteld uit experts die betrokken zijn bij de suïcidepreventie (zoals onderzoekers of deelnemers in suïcide preventiestuurgroepen of werkgroepen van 3 GGz organisaties (Parnassia Groep, Lentis en Rivierduinen).

### **Dataverzameling**

Binnen de GGz worden door de crisisdiensten beoordelingen gedaan van suïcidale patiënten die als hoog risico worden gezien. Ongeveer 1/3 van alle patiënten toont zich bij de crisisdienst met suïcidaal gedrag (de Winter e.a. 2017; de Winter e.a. 2020a)

Psychiater RdW leest afgewisseld door 2 andere psychiaters de dienstverslagen van de Haagse crisisdienst die bij toestemming van de patiënt worden verstuurd naar de huisarts. RdW verzamelt 100 geanonimiseerde conclusies van 100 unieke patiënten waarvoor hij medeondertekent. Bij deze geanonimiseerde conclusies is de leeftijd in een 5 jaars interval geplaatst en is etniciteit in Nederlands, Westers en niet-westerse etniciteit ingedeeld en zijn specifieke herleidbare zaken verwijderd en/of herschreven (Bijlage 2). RdW doet niet mee aan de valideringsstudie. Drie andere psychiaters AvdB, JE en CM, 1 SPV MG en 2 verplegingswetenschappers MdG en NK worden gevraagd om onafhankelijk en dus blind van elkaar, op basis van de geanonimiseerde conclusies, de patiënten te scoren middels de SUICIDI (zie kader en Bijlage 1). Deze onderzoekers hebben geen toegang tot de klinische en demografische gegevens van de patiënten.

Voorafgaande aan de scoring en inschatting worden de beoordelaars door RdW en/of MdG getraind in het model en het scoren van de SUICIDI.

De onderzoekers krijgen 100 geanonimiseerde conclusies uit brieven genummerd 1-100.

2) Een genummerde Excel spreadsheet met ruimte voor 100 casus corresponderend genummerd 1-100. Hierin kan voor iedere anonieme casus per subgroep de score worden ingevuld en welke subgroep het meest voor de hand liggend is voor de individuele onderzoeker. En de likertsschaal core wordt ook per item toegevoegd. Daarnaast worden er door RdW 400 andere brieven in dezelfde spreadsheet geplaatst waartoe alleen RdW toegang heeft.

3) RdW heeft als verantwoordelijk crisisdienst behandelaar zicht op de patiënten en plaatst deze verder in een geanonimiseerde database zoals dat ook eerder is gebeurd (de Winter e.a. 2017). Op een aparte lijst wordt bijgehouden welke naam en geboortedatum bij het nummer hoort, deze lijst wordt alleen gebruikt om na te gaan of een patiënt al niet eerder in de database is geplaatst opdat er geen dubbelingen voorkomen en de casus uniek blijven. In de database worden tenminste de volgende gegevens genoteerd; geslacht, leeftijd, plaats van beoordeling, algemene demografische en klinische gegevens, eventuele suïcidepoging en zo ja hoe, crisisdienst diagnose, vervolgbeleid, medicatiegebruik, duur suïcidaal gedrag en CBS etniciteit . Deze gegevens zijn alleen bekend bij RdW. Indien er analyses moeten plaatsvinden door derden worden de variabelen gepseudonimiseerd waarbij RdW de sleutel heeft.

De Excel score spreadsheets die zijn ingevuld door de verschillende onderzoekers worden gefuseerd en naar een SPSS database getransformeerd.

De SPSS database staat op de persoonlijke schijf binnen de Parnassia Groep (PG) netwerk omgeving van RdW. RdW heeft een nul-uren contract voor dit onderzoek behouden bij de Parnassia Academie binnen de PG. De database is alleen toegankelijk via dubbele authenticatie op de persoonlijke schijf binnen de PG van RdW. De toegang is conform de veiligheidseisen van de Parnassia groep.

Het onderzoek is aangeboden voor WMO toetsing en eventuele medisch ethische toetsing.

## **Kosten**

Geen specifieke kosten waarbij RdW en MdG als primaire onderzoekers dit vanuit intrinsieke motivatie verrichten. De andere onderzoekers doen dit op vrijwillige basis en zijn medeauteur bij toekomstige publicaties. Bijkomende specifieke kosten worden in overleg met GGZ Rivierduinen betaald.

Als er de mogelijkheid voordoet voor een uitbreiding of promovendus wordt er een schrijven voor een subsidieaanvraag verricht.

#### Samenwerking

Rivierduinen Leiden *RdW, AvdB, GvS, MG*

Parnassia Groep, Den Haag *JE, NK, RdW*

*Trimbos instituutl DdB*

VU amsterdam *RdW, DdB*

Lentis GGz, Groningen *MdG*

Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Engeland Eastbourne *CM*

## **Bijlage I**

### **Kader 1) Scoringslijst differentiatie van suïcidaal gedrag met de SUICIDI (SUICIdaal Differentiatie)**

#### **1) Primair depressieve cognitie**

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, , het gevoel van falen of tekortschieten. Er is geen sprake van psychotische symptomatologie en er is geen sprake van een plotseling ontstane reactieve somberheid.

#### **2) Desintegratie van perceptie en/of gedrag**

0=totaal afwezig

1 = het suïcidale gedrag heeft een relatie met een verstoorde waarneming door desintegratie van de perceptie en/of gedrag (psychose), maar wordt ook vanuit een andere oorzaak verklaard[i].

2=het suïcidale gedrag wordt vooral verklaard door een verstoorde waarneming door desintegratie van perceptie en/of gedrag (psychose)

(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)

#### **3) Psychosociale draaikolk**

0= niet aanwezig

1= het suïcidale gedrag is een reactie op een plotselinge gebeurtenis die met verliezen gepaard gaat. Er zijn echter ook mogelijke andere verklaringen voor het ontstaan van suïcidaal gedrag.

2 = wordt vooral verklaard vanuit een verlieservaring, krenking of een reëel naderend onheil. Er kunnen depressieve klachten zijn maar die duren korter dan twee weken en er is een negatieve gedachtegang die geen relatie heeft met psychose. Het suïcidale gedrag wordt niet aangewend om anderen ertoe aan te zetten veranderingen te bewerkstelligen.

**4) Inadequate coping en/of communicatie (benadrukking onderliggend psychisch lijden)**

0= niet aanwezig

1 = het suïcidale gedrag lijkt in het teken te staan van het benadrukken van de lijdensdruk en/of wordt aangewend om anderen aan te zetten om veranderingen te bewerkstelligen. De suïcidale gedachten geven de indruk dat de betrokkene niet in staat is om het lijden op een constructieve wijze te communiceren. U heeft echter nog wel twijfel.

2= het suïcidale gedrag heeft een duidelijke relatie tussen met de verwachting dat derden veranderingen gaan bewerkstelligen op basis van het gecommuniceerde suïcidale gedrag. Een depressieve of psychotische stoornis zijn uitgesloten.

<b>subtype</b>	<b>Keuze aanvinken (max 1)</b>	<b>SUICIDI score</b>	<b>(0 -5) 1= zeer inaccuraat, 5= zeer accuraat )</b>
Verstoorde waarneming			
Primair depressieve cognitie			
Ernstige psychosociale draaikolk			
Inadequate coping en/of communicatie			

## Bijlage 2

Voorbeeld van een brief aan de huisarts waaruit geanonimiseerde de conclusie wordt gehaald. De conclusie is cursief

Pat## casusnummer \*\*

Uw patiënte is op de hoogte van de inhoud van deze brief en is het eens met verzending

Geachte collega,

Op \*\* om \*\*uur was er een face-to-face contact met bovengenoemde patiënt door , ..arts-assistent, en.., verpleegkundige, van de Crisisdienst.

### **Verwijzer**

SEH

### **Reden verwijzing**

Beoordeling suïcidaliteit

### **Informatie verwijzing**

Patiënt werd door vriendin thuis aangetroffen met zak over zijn hoofd en medicatie strips naast zich

### **Voorgeschiedenis**

blanco

### **Heteroanamnese**

Vriendin ; zij kan het thuis niet meer aan. Sinds een week of zes zegt patiënt “als je thuis komt en de deur zit op de knip bel dan 112”. Vond patiënt thuis op de grond. Patiënt streeft altijd naar financiële voorspoed, zit er erg mee dat hij dat nu niet meer kan realiseren door zijn reuma. Patiënt is nooit gewelddadig wel eigenwijs en dominant.

### **Anamnese**

Patiënt vertelt dat hij het al jaren zwaar heeft, altijd hard gewerkt als ambachtsman met zwaar fysiek lichamelijk werk, twee jaar geleden reumatoïde aandoening gekregen, minder opdrachten binnen kunnen halen. Bang om tot armoede te vervallen ook al ontkend zijn vriendin dit. Eet slecht, valt af, verminderde concentratie, geen plezier beleving, slecht slapen, fors slaappillen gebruik, geen drugs, geen alcohol, eerste verslechtering naar start reuma medicatie. Dochter is \*\*, sprong in \*\* uit het raam na een woorden wisseling, vertelde later hier blij mee te zijn, sindsdien kon patiënt geen contact meer opbrengen.

Vandaag deed patiënt een zak over zijn hoofd en nam 30 Flunitrazepam, vindt het jammer dat hij nog leeft, wil ergens ook wel hulp. Geen justitie / gewelds verleden. Woonde vroeger in een huis waar alle apparatuur stuk ging, beleefde dit als een kwade invloed, werd er niet bang van. Als patiënt naar huis gaat loopt hij straks de zee in, als hij opgenomen wordt tussen gekke lui steekt hij iedereen neer. Kiest uiteindelijk toch voor opname.

### **Psychiatrisch onderzoek**

Op de SEH wordt een verzorgde man gezien, Heeft een trainingsbroek aan en stevige laarzen. Heeft een opvallende \*\*. Bij binnenkomst probeert patiënt te blijven staan, maar valt voorover met zijn hoofd het bed in. Moet daarna geholpen worden om zijn bed in te komen. Heeft een neutrale contactname, geeft een stevige hand, maakt oogcontact, er is

geen sprake van enige contactgroei. De klachtenpresentatie is emotioneel en invoelbaar. De psychomotoriek is traag.

Bewustzijn is wisselend, waarbij patiënt op het ene moment gesedeerd is en op het andere moment helder, aandacht is te trekken te behouden, oriëntatie in trias intact, geheugen vertoont geen evidente haten. Er is sprake van ziekte enig ziekte besef maar van weinig inzicht. Waarnemingsstoornissen worden ontkend. Er wordt geen hallucinatoir gedrag waargenomen.

Denken is licht vertraagd, coherent, inhoudelijk is er een preoccupatie met geldproblematiek, waarbij gedacht wordt aan een armoede waan, patiënt is niet te overtuigen dat hij zijn financiële situatie zelf kan verbeteren, daarnaast zijn er gedachten aan de vele verlies ervaringen die patiënt heeft moeten verwerken en lijkt hier erg in te persisteren..

Stemming is somber met een modulerend affect.

Suïcidaliteit: Patiënt heeft vandaag een tentamen suïcide middels medicatie ondernomen en daarna een zak over zijn hoofd gebonden. Persisteert in zijn doodswens en heeft het plan om opnieuw een poging te ondernemen. Er zijn meerdere verlieservaringen in het recente verleden en patiënt ziet geen uitweg meer. Daarnaast lijkt er ook sprake te zijn van krenking. Het suïcide risico wordt acuut verhoogd ingeschat.

### **Middelengebruik**

Nicotine

### **Medicatie**

\*\*

\*\*

\*\*

### **Conclusie**

Betreft een beoordeling suïcidaliteit op de SEH HAGA ziekenhuis bij een 45-49 jarige man van Nederlandse afkomst, met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Heeft zichzelf wel aangemeld bij een andere ggz instelling en heeft daar een gesprek gehad. Patiënt is vandaag door vriendin thuis gevonden nadat hij een tentamen suïcide heeft gedaan door medicatie (25-29 tabletten Benzo) in te nemen en een zak over zijn hoofd te trekken, heeft daarnaast ook afscheidsbrieven geschreven en is daarop door ambulance naar Spoed eisende hulp gebracht. Patiënt heeft de afgelopen periode veel verlies ervaringen meegemaakt, daarnaast heeft zijn dochter een tentamen suïcide ondernomen door uit het raam van zijn huis te springen, en heeft zij gezegd dat het haar niet spijt. Patiënt maakt een sombere indruk en is gepreoccupeerd met zijn financiële problemen (dd armoede waan) en weet zeker dat het nooit meer goed komt en hij de oorzaak van alle ellende is, daarnaast persisteert hij in zijn doodswens, gedacht wordt aan een depressie met psychotische kenmerken. Een IBS wordt overwogen, echter wil patiënt uiteindelijk toch vrijwillig worden opgenomen. De suïcidaliteit wordt acuut verhoogd ingeschat.

### **Overleg achterwacht**

\*\*, psychiater.

Met vriendelijke groet,

Voor gezien,

\*\*, arts-assistent

\*\*, verpleegkundige

Dr. R.F.P. de Winter, psychiater





referenties

- De Groot, M., de Winter, R.F., & Stewart, R. A. (2011). *Psychologische autopsie studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe die overleden door suïcide*. Retrieved from Groningen:
- De Groot, M.H. d, de Beurs DP, de Keijser J, Kerkhof AJ.(2015) *An e-learning supported train-the-trainer program to implement a suicide practice guideline. Rationale, content and dissemination in Dutch mental health care*. Internet Interv; doi:101016/jinvent201504004
- de Groot, M.H., de Winter, R.F. (2019). *De beoordeling van het suïciderisico. geaccepteerd in het gereviseerde "handboek suïcidaal gedrag"* van Heeringen e.a. de Tijdstoom
- de Vet, H.C.W., Terwee, C.B., Knol, D.L., Bouter, L.M. (2006) When to use agreement versus reliability measures. *J Clin Epidemiol*; 59: 1033-9.
- de Winter, R.F. (2009). *Proefschrift Towards an improvement of the differentiation of depressive disorders. A multidimensional approach*. Universiteit Leiden
- de Winter, R.F., de Groot, M., van Dassen, M., Deen, m., de Beurs, D. (2017) *Het vóórkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst*. *Tijdschr Psychiatr*, 59(13), 140-149.
- de Winter, R.F., Hazewinkel, M.C. Sande van de R., de Beurs, D., de Groot, M (2020a) *Outreach Psychiatric Emergency Service Characteristics of Patients With Suicidal Behavior and Subsequent Policy*. *Crisis* 41(5):375-382
- de Winter R.F., Meijer, D., Kool N., de Groot, M.H. (2020b). *Differentiation of suicidal behaviour*. *Suicidaliteit.nl*  
<https://suicidaliteit.nl/2020/differentiatie/Englishmodel.pdf>
- Goldney, D. (2008). *Suicide Prevention: a practical approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Klonsky, E.D., Qiu, T., Saffer, B.Y. (2017) *Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators*. *Curr Opin Psychiatry*; 30:15–20.
- Jobs, D.A., Gregorian, M.J., Colborn, V.A. (2018). *A Stepped Care Approach to Clinical Suicide Prevention*. *Psychological Services* , 15(3), 243–250
- Meijer, C. (2018) *Psycho-social contributing factors and suicidal behaviour of patients who committed suicide between March 2016 and March 2017 Adult mental health services*. Sussex partnership, NHS foundation trust, April 2018
- Ministerie van Volksgezondheid, W. S. (2015). *Kamerbrief 19 maart 2015 Landelijke suïcidecijfers 2013 en voortgang Landelijke agenda suïcidepreventie*. Den Haag Retrieved from  
<http://www.google.nl/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.rijksoverheid.nl%2Fbestanden%2Fdocumenten-en-publicaties%2Fkamerstukken%2F2015%2F03%2F19%2Fkamerbrief-over-zelfmoordcijfers-2013-en-voortgang-suicidepreventie%2Fkamerbrief-over-zelfmoordcijfers-2013-en-voortgang-suicidepreventie.pdf&ei=AMk0Ve-xBM3hapL8gfAB&usg=AFQjCNFKzeyOAGYJKzl7QQQ1djpBEWPfAQ>.
- Prada, P, Perroud, N, Rüfenacht, E, Nicastro, R. (2018) Strategies to Deal With Suicide and Non-suicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder, the Case of DBT. *Front Psychol*. 2018 Dec 17;9:2595. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02595.

- Shea, S. (1998). *Psychiatric Interviewing, the art of understanding*. Philadelphia: Saunders Company.
- Streiner, D.L. and Norman, G.R. (2008) Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 4th Edition, Oxford University Press, Oxford.
- Van Hemert, A., Kerkhof, A., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J., . . . Verlinde, A. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Luyn, B. (2010). Behandeling van suïcidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen. In A. Kerkhof & B. Van Luyn (Eds.), *Suïcidepreventie in de praktijk* (pp. 187-198). Houten: Boh Stafleu Van Loghum.
- Williams, J., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior: elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behavior From science to practice* (pp. 71-78). Oxford: Oxford University Press. (Reprinted from: Not in File).
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton & K. v. Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 79-94). Chichester: John Wiley & Sons. (Reprinted from: Not in File).
- Streiner, D.L., Norman GR.(2008) Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. 4de druk. New York: Oxford University Press..