

Observatieniveau bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling

R.F.P. de Winter, W.J.G. Krijger, N. Miedema, M.C. Hazewinkel, A.S. van Amerongen



ParnassiaBavo
GROEP

Correspondentie
Remco de Winter
Klinisch Centrum Acute Psychiatrie
Parnassia BavoGroep
Nectarinestraat 10
2552 LZ
r.dewinter@parnassia.nl

Referenties
1. Powell, J. *Br J Psychiatry*, 2000
2. Ajdacic-Gross, V. *Acta Psychiatr Scand*, 2009
3. Neuner, T. *Gen Hosp Psychiatry*, 2008
4. De Winter, R.F.P. *Tijdschrift Psychiatrie, (abstract) 2008*
5. Bohnen, E.M.A. *Master thesis Clinical Psychology*, 2008

Dankbetuiging:
Het team KCAP

Introductie

- Het KCAP (Klinisch Centrum Acute Psychiatrie) is een gesloten acute opnameafdeling in Den Haag waar jaarlijks rond de 1300 patiënten worden opgenomen.
- Indien hulpverleners bij een suïcidale patiënt het risico op suïcide hoog inschat, dan wordt iemand meestal opgenomen op een gesloten acute opnameafdeling.
- Klinische patiënten zijn een high risk groep voor suïcide.^{1,2}
- Risicotaxatie van suïcidaliteit is essentieel om gedurende de opname de veiligheid te garanderen voor patiënten en personeel.³
- In juli 2007 is er binnen het KCAP een methode ("veiligheidsplan") ontwikkeld voor de mate van toezicht bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling.
- Iedere opgenomen patiënt wordt op suïcidaliteit getaxeerd en vervolgens wordt de mate en intensiteit van toezicht bepaald (Tabel 1). Er is een document ontwikkeld waarin het veiligheidsplan precies staat beschreven.⁴
- De fasering wordt geregistreerd en wordt bij verpleegkundige- en medische overdachten geprojecteerd en dagelijks geëvalueerd.

Doel van de studie

- Beschrijving van het veiligheidsplan en evaluatie van de ervaringen met deze methode, welke zijn bijgehouden gedurende de periode van 1 jaar.
- Presentatie van demografische en klinische gegevens rondom het veiligheidsplan bij een klinische populatie.
- Identificatie van een klinisch hoog ingeschatte risicogroep en vergelijking met algemene risicofactoren.
- Beschrijving van de ervaringen van medewerkers met het veiligheidsplan.

Tabel 2. distributie van de fasen

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)

Tabel 1. Veiligheidsplan: fasering van setting op een gesloten opnameafdeling

Fase	Color	Beschrijving	Risico
Fase 5	rood	Permanent/Separatie	Ernstig suïcidaal
Fase 4	oranje	Afgesproken toezicht	↓
Fase 3	geel	Gesloten opname zonder afgesproken toezicht maar zonder vrijheden	
Fase 2	groen	Vrijheden buiten de afdeling	
Fase 1	blauw	Voorbereiding op klinisch ontslag	Niet suïcidaal

Materiaal en methoden

- Van 1 januari 2009 t/m 31 december 2009 werden 1283 patiënten opgenomen. Van 1281 patiënten (99.8%) was de veiligheidscode met volledige gegevens beschikbaar.
- Patiënten (n = 137, 10.6%) met fase 4 en 5 (hoog risicogroep) werden vergeleken met patiënten (n = 1144, 89.4%) met fase 1 en 2 (lager ingeschat suïcide risico).
- De meest voorkomende psychiatrische symptomatologie bij iedere patiënt werd beschreven (bijvoorbeeld depressieve stemming, suïcidaal gedrag etc.)
- Gedurende opname werd er geclassificeerd volgens de DSM-IVTR. De diagnoses werden voor dit onderzoek als volgt geclusterd: 1) Unipolaire depressieve stoornis; 2) Bipolaire stoornis; 3) Psychotische stoornis; 4) Middelen misbruik/afhankelijkheid 5) Alcohol misbruik/afhankelijkheid; 6) Angststoornissen; en 7) Persoonlijkheidsstoornissen.
- Een anoniem in te vullen vragenlijst werd naar alle behandelmedewerkers gestuurd (www.thesistools.com) en werd door 36 medewerkers ingevuld (60%).
- Data analyse: Mann-Whitney U, t-tests en χ^2 tests werden gebruikt. The Statistical Package for Social Sciences version 17.0 (SPSS 17.0 INC, Chicago) werd voor de statische analyses gebruikt.

Resultaten

Sinds de introductie van het "veiligheidsplan" in juli 2007, tot eind 2009, hebben 4 patiënten (2 vrouwen) zich gesuïcideerd (3 in de kliniek en 1 buiten de kliniek gedurende vrijheden). Al deze suïcides vonden plaats tijdens de dataverzameling. Slechts een van deze patiënten zat in de hoge risicofasering.

Zie de Tabellen 2-5 voor meer informatie over de demografische en klinische karakteristieken van de patiënten ingedeeld in de verschillende fasen en voor de beschrijving en ervaring van medewerkers die met deze methode werken.

Tabel 4. Vergelijking van niveau van suïcidaliteit bij verschillende taxatie

	patiënten N=1281 (100%)	Hoog risico (fase 4-5) N=137 (10.6%)
Suïcide N (%)	4 (0.3)	1 (0.7)
Suïcide poging (letale intentie) N (%)	41 (3.2)	25 (18.2) ^a
Suïcide poging (niet letale intentie) N (%)	78 (6.1)	33 (24.1) ^a
Suïcidale neigingen N (%)	82 (6.4)	21 (15.3) ^a
Suïcidale gedachten N (%)	213 (16.6)	28 (20.4)

^a p < .001

Tabel 5. Resultaten van een vragenlijst over het veiligheidsplan, die anoniem is ingevuld door 36 medewerkers.

Vraag	Antwoord	N (%)
Ben je op de hoogte van het veiligheidsplan rondom de inschatting van het suïciderisico (fase 1 t/m 5)?	Nee	0 (0)
	Ja	36 (100)
Heeft de invoering van dit veiligheidsplan je meer attent gemaakt op het risico van zelfmoord?	Altijd	10 (28)
	Vaak	15 (41)
	Soms	7 (19)
	Niet	4 (11)
Heb je het idee dat het faseren in goede samenwerking gaat met de behandelende artsen en dat het dus een teambeslissing is?	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 rondom suïciderisico inschatting?	Nee	7 (19)
	Ja	29 (81)

Tabel 3. Verschillen in demografische en klinische gegevens tussen 2 verschillende faseringsgroepen

	Fase 1-3 N=1144	Fase 4-5 N=137	Significantie
Patiënten karakteristieken			
Leeftijd (M)	39.8	34.8	p < .001
Vrouwelijk geslacht N (%)	487 (42.6)	83 (60.6)	p < .001
Gehuwd/samenwonend N (%)	343 (30.0)	53 (39.0)	ns
Kinderen N (%)	396 (34.6)	50 (36.5)	ns
Werkeloos N (%)	807 (70.5)	77 (56.2)	p < .001
Eerste opname (< 5 yr) N (%)	480 (42.0)	93 (68.0)	p < .001
Gedwongen opname N (%)	723 (63.2)	68 (49.6)	p = .007
(CGI)Clinical Global Impression (M)	5.2	5.7	p < .001
(GAF)Global Assessment Functioning (M)	30.2	23.4	p < .001
ECT-behandeling N (%)	8 (0.7)	12 (8.7)	p < .001
Gesepareerd gedurende opname N (%)	204 (17.8)	56 (40.8)	p < .001
Symptomen gedurende opname			
Suïcidaal N (%)	272 (23.8)	111 (81.0)	p < .001
Zelfbeschadigend gedrag N (%)	65 (5.7)	27 (20.0)	p < .001
Manisch depressief N (%)	254 (22.2)	14 (10.2)	p = .001
Depressieve stemming N (%)	311 (27.2)	69 (50.4)	p < .001
Psychotische symptomen N (%)	610 (53.3)	77 (56.2)	ns
Alcohol afhankelijkheid/misbruik N (%)	177 (15.5)	5 (3.6)	p < .001
DSM Clusters als ontslag diagnose			
Unipolaire depressie N (%)	180 (15.7)	51 (37.2)	p < .001
Bipolaire stoornis N (%)	175 (15.3)	14 (10.2)	ns
Psychotische stoornis N (%)	453 (39.6)	50 (36.5)	ns
Middelen afhankelijkheid/misbruik N (%)	319 (27.9)	14 (10.2)	p < .001
Alcohol afhankelijkheid/misbruik N (%)	212 (18.5)	10 (7.3)	p = .001
Angststoornis N (%)	106 (9.3)	18 (13.1)	ns
Persoonlijkheidsstoornis N (%)	293 (25.6)	21 (15.3)	p = .007

Conclusie

- Het veiligheidsplan is volledig geïntegreerd in de werkwijzen op onze gesloten acute opnameafdeling.
- Het volledige behandelteam wordt bij de beoordeling betrokken en zorgt dus voor grotere eenduidigheid.
- Gestructureerde fasering voorkomt echter geen suïcide.
- Unipolaire depressie, volgens de DSM-IVTR, is het meest gerelateerd aan hoge fasering.
- Symptomen gerelateerd aan hoge fasering zijn suïcidaal gedrag, zelfbeschadigend gedrag en depressieve stemming.
- De risicofactoren van hoog ingeschatte suïcidale patiënten op een gesloten acute opnameafdeling, wijken af van de bekende risicofactoren binnen de algemene bevolking.

Discussie

- Onbekende patiënten worden vaker in een hogere code geplaatst, dit komt waarschijnlijk doordat de suïcidaliteit dan meer als acuut dan als chronisch wordt beschouwd. Waarschijnlijk durven we ook minder risico te nemen bij patiënten die voor ons onbekend zijn.
- De meeste patiënten worden in fase 3 geplaatst. Dit komt waarschijnlijk doordat fase 3 weinig ingrijpend (even beperkend als een gewone opname op een acute opname afdeling) is en dat er bij het ontbreken van suïcidaliteit te defensief wordt gehandeld.
- Bij 21.3% van de patiënten in de hoog risicogroep was er geen direct suïcidaal gedrag. Taxatie wordt mede bepaald op klinische intuïtie en onverklaarbaar gedrag (bijvoorbeeld mutisme, hallucinair gedrag, algemene oninvoelbaarheid).
- Het is noodzaak dat de gesloten acute psychiatrie zich ontwikkelt op het gebied van taxatie van suïcidaliteit door bijvoorbeeld het ontwikkelen van vragenlijsten en onderzoek naar behandelwijze en preventie na ontslag.
- Als er ergens door een hulpverlener ernstige suïcidaliteit wordt vermoed, wordt iemand gesloten opgenomen en is er sprake van een selectie van mogelijk de hoogste risicogroep op suïcide waarvoor tot nu toe nog geen "evidence" behandeling voor is.
- Er moet meer onderzoek plaatsvinden naar de differentiatie van suïcidaliteit (bijvoorbeeld tussen chronische en acute suïcidaliteit), waardoor betere taxatie mogelijk zou kunnen zijn.

Limitatie

- Het veiligheidsplan is een theoretisch, niet op empirie gebaseerd construct.
- Er is geen data over de dynamiek van de fasering verzameld.
- Het ontbreekt ons aan goede instrumenten om op een acute psychiatrische opnameafdeling suïcidaliteit goed te taxeren.