

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 zogenoemd veiligheidsplan ontwikkeld. In dit artikel wordt ingegaan op de achtergrond en het praktisch gebruik van dit plan.

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

Suïcide op een gesloten acute opnameafdeling

In het voorjaar van 2007 wordt een jonge vrouw op de acute psychiatrische afdeling opgenomen in verband met suïcidaliteit bij depressieve klachten. Ze was al meerdere malen opgenomen geweest. Directe aanleiding voor de huidige opname is een ernstige suïcidepoging. Tijdens het opnamegesprek kan zij geen afspraken maken zichzelf niets aan te doen en het risico wordt dan ook hoog ingeschat: ze heeft permanent toezicht nodig. Door andere calamiteiten is het zo druk op de afdeling dat permanent toezicht op dat moment niet meer mogelijk is en patiënte wordt gesepareerd. Na één dag maakt de vrouw weer plannen voor de toekomst en lijkt er voor haar weer perspectief te zijn. Patiënte wordt hierop naar de afdeling gebracht en er wordt met de verpleging afgesproken dat ze goed in de gaten zal worden gehouden. Als de verpleegkundige even de huiskamer verlaat, verdwijnt patiënte en wordt ze niet veel later dood aangetroffen.

Twee weken later wordt op dezelfde afdeling een jongeman vrijwillig opgenomen. Sinds enkele weken is hij bekend met psychotische symptomen waarvoor hij reeds ambulante psychiatrische zorg

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 en er worden geen extra veiligheidsafspraken gemaakt. Enkele uren na opname trekt de man zich terug op zijn slaapkamer en bijna twee uur later wordt hij dood aangetroffen.

Op het moment dat deze gevallen zich voordeden was er op de afdeling meer dan vijftien jaar geen suïcide geweest. Beide suïcides hadden een zware impact op het team. Daarnaast was er sprake van verdeeldheid onder teamleden over het gevoerde beleid, met name met betrekking tot de laatstgenoemde patiënt. Dit werd versterkt door de familie van deze patiënt, die aangaf ernstige twijfels te hebben over de competentie van de afdeling¹.

Naar aanleiding van beide gebeurtenissen verzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg om op korte termijn beleid rondom de suïcidale patiënt voor deze afdeling te maken, met aandacht voor registratie van afspraken rondom suïcidaliteit. In juli 2007 is de toenmalige afdeling

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

In dit artikel beschrijven we de ontwikkeling en het gebruik van dit plan. Daarnaast bespreken we de ervaringen met het plan tot op heden binnen het KCAP.

Ontwikkeling van het veiligheidsplan

Doel

De directe aanleiding voor de ontwikkeling van het veiligheidsplan was het verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om een behandelbeleid betreffende suïcidaliteit op te stellen. Op dat moment ontbrak het binnen de

R.F.P. de Winter, psychiater, afdelingshoofd-zorg; W.J.G. Krijger, assistent geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker; M.C. Hazewinkel, psycholoog, promovendus; N. Miedema, psycholoog, junior onderzoeker; en A.S. van Amerongen, psychiater, zijn allen werkzaam bij het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie Parnassia Bavgroep Den Haag (r.dewinter@parnassia.nl).

Tabel 1 Fasering van setting op een gesloten opnameafdeling

Fase	Toezichtmaatregel
Fase 5	Separatie en cameratoezicht
Fase 4	Toezicht op voorafgestelde tijdsintervallen
4a	zonder vrijheden met permanent toezicht
4b	zonder vrijheden minimaal per 15 minuten contact
4c	zonder vrijheden minimaal per 30 minuten contact
4d	zonder vrijheden minimaal per 60 minuten contact
Fase 3	Zonder toezicht, zonder vrijheden in een gesloten setting
Fase 2	Zonder toezicht, met vrijheden buiten de afdeling
Fase 1	Zonder toezicht, met vrijheden en klaar voor klinisch ontslag

gesloten acute setting nog aan duidelijk beschreven behandelstrategieën voor suïcidale patiënten^{2, 3}. Het belang van het veiligheidsplan voor de afdeling is tweeledig: het zorgt er enerzijds voor dat suïcidaliteit bij iedere patiënt in het opnamegesprek expliciet uitgevraagd en ingeschaald wordt. Anderzijds draagt het zorg voor uniforme veiligheidsafspraken tussen arts en verpleging. Met dit plan beogen we opgenomen patiënten met meer zorgvuldigheid te behandelen.

Fasen

Het veiligheidsplan omvat vijf fasen die het toestandsbeeld op het gebied van suïcidaliteit van een patiënt beschrijven. Deze fasen zijn gekoppeld aan een vereiste bepaalde mate van toezicht (zie tabel 1)^{4, 5}. Voor het plan geldt dat hoe hoger de fase is, des te meer toezicht er geboden dient te worden.

Hieronder volgt een uitgebreide beschrijving van de verschillende fasen:

Fase 5 (separeren): kleuraanduiding: rood
Dit wordt uitsluitend ingezet in de volgende situatie:

- Het suïciderisico wordt zeer hoog ingeschat. Er is onvermogen om met de patiënt reële afspraken te maken betreffende suïcidaliteit, waarbij hand-in-hand-begeleiding op de afdeling niet mogelijk is. Voor deze fase kan ook gekozen worden bij patiënten die zeer oninvoerbaar zijn met onverklaarbare wisselingen van het toestandsbeeld. Bij separatie in verband met suïcidaliteit vindt cameratoezicht plaats. Beelden van deze camera worden op twee centrale verpleegposten continue weergegeven. Verder wordt de patiënt ieder uur kort bezocht. Separatie dient voor een zo kort mogelijke periode plaats te vinden en mag in principe

niet langer duren dan een half dagdeel. De mobilisatiemomenten worden door de verpleging bijgehouden op een voorgedrukt formulier.

Fase 4 (afgesproken toezicht): Kleuraanduiding: oranje

- Het suïciderisico wordt hoog ingeschat. Er is onvermogen om reële afspraken te maken met de patiënt betreffende suïcidaliteit, waarbij hand-in-hand-begeleiding of volledig toezicht op de afdeling mogelijk is. Het kan betekenen dat iemand bij overdrachten kort in de verpleegpost verblijft of in het zicht van een medewerker. Pas als er reële en invoelbare afspraken over suïcidaliteit mogelijk zijn, kan het permanente toezicht worden verminderd naar eenmaal per 15, 30 of 60 minuten. De keuze voor de frequentie van toezicht berust op een klinisch oordeel van de behandelaar. Bij de controlemomenten wordt door de verpleging contact gezocht met de patiënt; als de situatie het toelaat gebeurt dit verbaal. De controlemomenten worden door de verpleging bijgehouden op een voorgedrukt formulier. Het is belangrijk om te beseffen dat permanent toezicht in deze fase alleen afgesproken kan worden als gezien de personele bezetting het toezicht gewaarborgd kan worden. Zo niet, dan moet iemand in fase 5 worden geplaatst.

Fase 3 (gesloten, zonder toezicht en zonder vrijheden): Kleuraanduiding: geel

- Deze fase kan worden ingezet als er met de patiënt reële en invoelbare afspraken te maken zijn rondom suïcidaliteit. Het risico wordt verhoogd geschat, echter niet op de afdeling. De patiënt krijgt geen individuele vrijheden buiten de afdeling.

Fase 2 (gerichte vrijheden buiten de afdeling): Kleuraanduiding: groen

- Wanneer er geen aanwijzingen (meer) zijn voor het risico op suïcide of wanneer de patiënt zeer duidelijke en reële veiligheidsafspraken kan maken rondom suïcidaliteit, is deze fase mogelijk. De patiënt kan met de verpleging afspraken maken om een bepaalde periode buiten de afdeling door te brengen. Zo kan iemand bijvoorbeeld met proefverlof gaan om een dag(deel) thuis te verblijven.

Fase 1 (voorbereiding op het klinisch ontslag): Kleuraanduiding: blauw

- Wanneer er geen aanwijzingen meer zijn voor suïcidaliteit en/of de patiënt zeer reële afspraken hierover kan maken en een klinische opname geen duidelijke meerwaarde heeft voor het verdere herstel, kan een patiënt met ontslag.

Gebruik van het veiligheidsplan

Bij opname op de afdeling wordt een patiënt beoordeeld door een klinisch behandelaar waarbij in de regel een verpleegkundige aanwezig is. De suïcidaliteitsbeoordeling vindt plaats in het kader van het psychiatrisch onderzoek. Hierbij wordt een inschatting gemaakt van de mate van suïcidaliteit en wordt de patiënt in één van de bovengenoemde fasen geplaatst. Deze fase wordt, in de kleur van de kleuraanduiding van de fase en bij fase 4 in tijdsduur, vermeld in een digitaal overdrachtssysteem, het 'digibord' (ctiplatform.nl/Digibord.html) en in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Bij het zien van de code weten de betrokken verpleegkundigen direct wat er van hen wordt verwacht ten aanzien van het toezicht. Ook vindt er een verbale overdracht van arts naar verpleegkundige plaats.

Bij de ochtendoverdracht wordt het 'digibord' gebruikt. Hierdoor vindt er een dagelijkse evaluatie plaats van de fasering. Indien de fasering wordt gewijzigd, dan vindt er direct een digitale aanpassing plaats. Hierdoor blijven medewerkers die niet bij de overdracht aanwezig zijn ook op de hoogte van eventuele wijzigingen.

Noodzaak van restrictief beleid in de klinische setting

Ontregeld gedrag

Patiënten die op een gesloten acute opnameafdeling worden opgenomen, vertonen naast diverse psychiatrische symptomatologie veelal ernstig ontregeld gedrag^{6, 7}. Daardoor zijn patiënten vaak vóór opname al in contact geweest met diverse hulpverleners (huisarts, hulpverleners op de spoedeisende hulp van het algemene ziekenhuis, politie, psychiatrische crisisdienst, etc.). Het gedrag is dikwijls zo gevaarlijk of ontwrichtend – denk aan agressie, suïcidaliteit en onhandelbaar gedrag – dat behandeling op een gesloten opnameafdeling noodzakelijk is. In alle gevallen wordt getracht patiënten zoveel mogelijk op de afdeling te behandelen. Helaas kan ook deze gecontroleerde omgeving het ontwrichtende gedrag niet altijd voorkomen. Het kan dusdanige vormen aannemen dat (ernstige) vrijheidsbeperking, waaronder separatie, onvermijdelijk is. Daarnaast is er sprake van een lagere personele bezetting en daardoor lagere capaciteit op Nederlandse opnameafdelingen in vergelijking met bijvoorbeeld Noord-Europese landen. Ook daardoor is hand-in-hand-begeleiding op de afdeling niet altijd mogelijk⁸. Suïcidaliteit is een veelvoorkomend probleem op een acute opnameafdeling⁶. Het risico op suïcide in deze setting is 40 tot 50 maal verhoogd in vergelijking tot de algemene bevolking⁹. Vanwege het ontbreken van

de mogelijkheid tot permanent toezicht bij een sterk verhoogd ingeschat risico op suïcide, kan separatie soms onafwendbaar zijn.

Restricties binnen wettelijke grenzen

Vrijheidsbeperking binnen de psychiatrie staat onder strenge regels. In de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische

De Inspectie verzocht om op korte termijn beleid rondom de suïcidale patiënt te maken.

Ziekenhuizen (BOPZ) staat in artikel 1f beschreven dat patiënten uitsluitend tegen hun wil mogen worden opgenomen als er sprake is van:

- 1) gevaar voor de betrokkene zelf (gevaar zichzelf ernstig letsel aan te doen, gevaar voor maatschappelijke teloorgang of verwaarlozing, en gevaar om agressie van anderen over zich af te roepen);
- 2) gevaar voor anderen (gevaar anderen ernstig letsel aan te doen en gevaar voor psychische gezondheid en verwaarlozing van de ander);
- 3) gevaar voor de algemene veiligheid of goederen.

Bij acuut gevaar wordt iemand opgenomen door middel van een inbewaringstelling (IBS). Bij gevaar op de langere termijn wordt een rechterlijke machtiging (RM) afgegeven. Daarnaast moet er sprake of

vermoeden zijn van een ernstige psychiatrische stoornis¹⁰.

Gedwongen opname wil echter niet zeggen dat in en rond de afdeling het recht op bewegingsvrijheid zomaar mag worden beperkt. Dit is uitsluitend toegestaan indien de behandelaar oordeelt dat door deze bewegingsvrijheden ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de patiënt of dat beperking van vrijheid, ter voorkoming van ordeverstoring in het ziekenhuis of strafbare feiten, noodzakelijk is¹⁰.

Beperkingen van het veiligheidsplan

Het beschreven veiligheids- of faseringsplan is mede opgesteld vanuit het oogpunt van de klinische praktijkvoering en de hectiek binnen een gesloten acute opnameafdeling. In de nationale literatuur werden geen publicaties gevonden die fasering van toezicht bij suïcidaliteit op een gesloten opnameafdeling beschreven. Diverse acute gesloten opnameafdelingen concludeerden dat er bij hoog ingeschatte suïcidaliteit altijd een verhoogde vorm

Tabel 2 Verdeling van de fasering bij acuut opgenomen patiënten gedurende het jaar 2009

	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 3 Resultaten van een vragenlijst over het veiligheidsplan, die anoniem is ingevuld door 36 medewerkers

Vraag	Antwoord	Percentage
Ben je op de hoogte van het veiligheidsplan rondom de inschatting van het suïciderisico (fase 1 t/m 5)?	Ja	100 %
	Nee	0%
Heeft de invoering van dit veiligheidsplan je meer attent gemaakt op het risico van zelfmoord?	Altijd	28%
	Vaak	41%
	Soms	19%
	Niet	12%
Heb je het idee dat het faseren in goede samenwerking gaat met de behandelende artsen en dat het dus een teambeslissing is?	Altijd	14%
	Vaak	41,5%
	Soms	41,5%
	Niet	3%
Denk je dat zelfmoord door invoering van het veiligheidsplan beter voorkomen kan worden?	Altijd	0%
	Vaak	17%
	Soms	58%
	Niet	25%
Heeft het zin om door te gaan met het veiligheidsplan rondom suïciderisico inschatting?	Ja	81%
	Nee	19%

van toezicht toegepast wordt. Echter, bij geen van deze klinieken was een duidelijk uitgewerkt en direct toepasbaar protocol opgesteld. In de internationale literatuur ontbrak een duidelijke omschrijving van observatie op suïcidaal gedrag, die volledig toepasbaar was voor een gesloten acute opnameafdeling. Uiteindelijk is gekozen voor een rangorde van verschillende vormen van toezicht, beschreven door Green & Grindel, die is aangepast aan de Nederlandse wetgeving en lokale praktijkvoering¹¹. De indeling is op basis van ervaringen uit de praktijk en niet op empirische gronden gekozen. Het faseringsplan is met name een praktijkrichtlijn waarbij risicotaxatie een vast onderdeel van het opnamegesprek wordt en de gemaakte afspraken voor eenieder binnen het team duidelijk zijn.

Eén van de kritiekpunten op de fasering is dat we suïcide niet kunnen voorspellen en dat er, ook bij gebruik van een dergelijke veiligheidsplan, toch suïcides plaatsvinden. We hebben inderdaad niet de illusie dat we met de fasering suïcide werkelijk kunnen voorkomen¹². Echter, aangenomen kan worden dat het faseringsplan een extra preventief effect zal hebben door een grotere aandacht voor suïcidaliteit en voor een sterkere eenduidigheid in beleid.

Naast de mogelijke beperkingen van het veiligheidsplan, zijn er ook mogelijke negatieve gevolgen. Fasering en de mogelijke restricties in de vorm van vrijheidsbeperking en frequente controles, kunnen immers ook negatieve gevolgen met zich meebrengen. Zo kan ernstige vrijheidsbeperking diverse (iatrogene) consequenties hebben, waaronder een verstoorde behandelrelatie waardoor iemand zich na opname aan zorg zou kunnen onttrekken. Daarnaast kan het een beperkende factor zijn in het herstelproces en kan het verblijf in de separeerruimte een (toename van een) sombere stemming in de hand werken en is een goede afweging en grondige bespreking in het team en de patiënt met zijn direct betrokkenen, essentieel.

Ervaringen met het faseringsplan

In 2009 is op het KCAP een database bijgehouden waarin onder andere de fasering werd gedocumenteerd. In 2009 werden 1324 patiënten opgenomen waarbij van 1281 patiënten (97%) de fasering bekend was (zie tabel 2).

In de praktijk blijkt dat de meeste patiënten bij opname in fase 3 worden geplaatst, dit is een relatief veilige,

niet-ingrijpende fase. We zien echter dat ook veel niet-suïcidale patiënten met ontregeld gedrag, bijvoorbeeld agressie, ontremming en verwardheid in deze fase geplaatst worden. Immers, bij fase 3 is duidelijk dat iemand de afdeling niet mag verlaten. Hier wordt echter voorbijgegaan aan het feit dat de fasering uitsluitend plaats dient te vinden in het kader van suïcidaliteit.

Door het gebruik van het veiligheidsplan is beoordeling en beleid ten aanzien van suïcidaliteit, en de dagelijkse evaluatie hiervan, een vaste routine. Hierdoor is er voor het behandelteam met betrekking tot de behandelsetting van de acute suïcidale patiënt, meer eenduidigheid en duidelijkheid.

Ruim anderhalf jaar na de introductie van het veiligheidsplan is onder werknemers (verpleegkundigen en artsen) van de afdeling een enquête gehouden over de ervaringen met het plan (zie tabel 3). Deze enquête laat zien dat iedere geënquêteerde op de hoogte is van de fasering en zich meer bewust is van het risico op suïcidaliteit dan vóór de introductie van het plan. Verder kan worden geconcludeerd dat ruim 55% van de geënquêteerden de beslissing omtrent de fasering vaak of altijd als een teambeslissing ervaart. Dit is een belangrijk verbeterpunt, aangezien het bij iedere vorm van risicoweging essentieel is dat verantwoordelijkheden door het hele team worden gedeeld en gedragen. Verder wijst de uitslag op een realistisch inzicht van de werknemers in de beperkingen van het faseringsplan rondom het werkelijk kunnen voorkomen van suïcide. Tenslotte geeft het merendeel van de medewerkers aan het faseringsplan binnen de kliniek te willen handhaven.

We hebben niet de illusie dat we met de fasering suicide werkelijk kunnen voorkomen.

Naast de ervaringen van medewerkers is het ook van belang te kijken naar de wijze waarop de patiënt de fasering ervaart. Separatie wordt regelmatig als zeer negatief ervaren. Dit wordt dan ook zoveel mogelijk getracht te voorkomen in het veiligheidsplan door patiënten zo snel mogelijk naar fase 4 te verschuiven. Ondanks de soms frequente controles bij patiënten in fase 4, wordt dit zelden als vervelend ervaren en is hier veelal begrip voor. Er is tot op heden echter nog geen structureel onderzoek gedaan naar ervaringen van patiënten met het veiligheidsplan. Bovengenoemde ervaringen berusten op individuele uitspraken.

Momenteel zijn er, naast de acute opnameafdeling in Den Haag, enkele andere afdelingen binnen de Parnassia Bavgroep en Rivierduinen die dit veiligheidsplan geheel of aangepast hebben overgenomen. Er is ook een aantal open opnameafdelingen die het oorspronkelijke faseringsplan hebben aangepast voor gebruik binnen een open setting.

Uiteraard zal er nog verdere ontwikkeling moeten plaatsvinden. Idealiter zal een risico-inschatting mede op basis van een gestructureerd interview moeten plaatsvinden met daaropvolgend de taxatie en risicoweging op suicide¹³. Momenteel onderzoeken we de mogelijkheden om binnen de gesloten acute klinische setting een gestructureerde suïcidaliteitsinschatting en -taxatie te ontwikkelen

Terug naar de casuïstiek

Had het gebruik van het veiligheidsplan wat veranderd voor de twee casus die aan het begin van dit artikel werden genoemd? In de casus van de vrouw werd ze tijdens het opnamegesprek in fase 5 geplaatst. Deze beoordeling berustte op

de manier waarop zij terugkeek op haar suïcidepoging, haar oninvoelbaarheid en de onmogelijkheid patiënte hand-in-hand te begeleiden op de afdeling. De volgende dag leek haar situatie verbeterd, werden er afspraken met haar gemaakt en ging zij naar de afdeling. Bij de overdracht van de arts naar de verpleging werd aangegeven dat patiënte in de gaten gehouden diende te worden. Dit is echter een relatieve aanwijzing: iedere verpleegkundige zal hier anders mee omgaan. Het veiligheidsplan had hierin kunnen helpen door een frequentie van controle aan te geven (per 15, 30 of 60 min), waarin het ingeschatte risico op suicide kan worden vertaald.

In de tweede casus zien we dat er, na beoordeling van de dienstdoende arts, geen veiligheidsafspraken werden gemaakt. Het veiligheidsplan zou hier mogelijk bruikbaar geweest zijn, door de betrokkenen (zowel arts als verpleging) erop te attenderen dat er op basis van het gesprek een risicoweging had moeten gebeuren. Mogelijk had dit wel betekend dat patiënt in fase 3 was geplaatst waarin geen extra controles hadden plaatsgevonden. Dit zou dan echter een overwogen beslissing geweest zijn die met de verpleging was besproken, wat in het nazorgtraject had kunnen helpen bij de verwerking.

Wij zijn geenszins van mening dat de aanwezigheid van het veiligheidsplan deze beide suïcides had kunnen voorkomen. Mogelijk zou het wel bijgedragen hebben aan een betere afhandeling en zou het betrokken personeel zich sterker hebben gevoeld in hun beslissing of uitvoering van het beleid. Tenslotte zijn we van mening dat het veiligheidsplan de transparantie en communicatie naar de familieleden van een patiënt met een levensbedreigende psychische aandoening verbeterd.

Noten

Het veiligheidsdocument is kosteloos op te vragen bij Remco de Winter (r.dewinter@parnassia.nl).

- 1 Van Rhijn JGE & Boomsma LJ (2007) Ultieme psychiatrische zorg. *Medisch contact* 31/32: 1324
- 2 American Psychiatric Association (APA) workgroup on suicidal behaviours (2003) *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours*. Washington DC: American Psychiatric Association
- 3 New Zealand guidelines group (NZGG) (2003) *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington, New Zealand: New Zealand guidelines group
- 4 De Winter RFP (2007) *Fasering van het toezicht bij suïcidaliteit. Het veiligheidsplan*. Intern document Parnassia Bavgroep Den Haag
- 5 De Winter RFP (2008) Ontwikkeling van een praktijkrichtlijn voor de omgang met een suïcidale patiënt en preventie van suïcide. *Tijdschrift voor psychiatrie* 50 Suppl.1: 298-299
- 6 Dhossche DM (2000) Suïcidal behaviour in psychiatric emergency room patients. *Southern medical journal* 93: 310-314
- 7 Mallesdal L (2003) Aggression on a psychiatric acute ward: a three year prospective study. *Psychology report* 92: 1229-1248
- 8 Janssen WA ea (2009) Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 6: 457-471
- 9 Ajdacic-Gross V ea (2009) In-patient suicide – a 13-year assessment. *Acta psychiatrica scandinavica* 120: 71-75
- 10 Hirsch Ballin EMH (1992) *Wet- en regelgeving overheid; wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (wetten.overheid.nl/BWBR0005700)*. 26 februari 2010
- 11 Green JS & Grindel CGG (1996) Supervision of suicidal patients in adult inpatient psychiatric units in general hospitals. *Psychiatric services* 47: 859-863
- 12 Busch KA ea (2003) Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of clinical psychiatry* 64: 14-19
- 13 Lynch ea (2008) Assessment and management of hospitalized suicidal inpatients. *Journal of psychosocial nursing* 26: 45-52