


Opvang van suicidale patienten op SEH

*Dr. R.F.P. de Winter, psychiater afdelingshoofd-zorg Bureau
24-uurszorg Den Haag*

*Drs R.C. van Nieuwenhuizen, chirurg, medisch manager
SEH Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam*



controverses

- Hoe optimalisatie van suïcidanten op de SEH?
 - Voldoende aandacht voor eventuele lichamelijke problemen en gedragsproblemen op de SEH?
 - Wie is verantwoordelijk voor de veiligheid van de patiënt?
 - Hoe kan nazorg en toeleiding naar zorg van suïcidanten beter worden geregeld
 - Verschillende visie vanuit de psychiatrie en chirurgie?
- 

Indeling

- Algemeen
 - Epidemiologie TS en suïcide
- Suïcidaal gedrag op de SEH
- Richtlijn en SEH
- SLAZ en suïcidaal gedrag
- Knelpunten bij opvang
- Protocol suïcidaal gedrag
- Stellingen

Algemene cijfers rondom suïcide



Suïcide methoden (2011)

suïcidemethode	aantal	percentage
totaal	1647	100
ophangen	741	45
medicatie	303	18,4
voor een railvoertuig springen	205	12,4
van hoogte springen	133	8,1
verdrinken	106	6,4
rest	159	9,7

GGZ en suïcides

- 40 % bekend in de GGZ
- Meer dan 80% van de suïcides
Psychiatrische stoornis
- Ooit GGZ >70%

Suïcidepogingen

- SEH ~ 14.000 patienten per jaar ('99-'03)
- TS “bekend”
 - 85.7% SEH
 - 14.3 % huisarts
- ~ 120.000 pogingen per jaar (Nemesis)
 - 165-600:100.000 pj
- 400.000 TS intentie



Geslacht

per 100.000 <small>(1996)</small>	Pogingen	Suïcides
mannen	140	13.6
vrouwen	193	6.8

CRISISDIENST Den Haag

- In 2009-2012: 16.383 beoordelingen in database
- Minimaal 4.186 patiënten (25.4%) suïcidaal gedrag
- 1.338 (31.9%) beoordeling TS
- Bij 1.289 (95%) methode bekend

Haagse CRISISDIENST '99-'02

Methoden

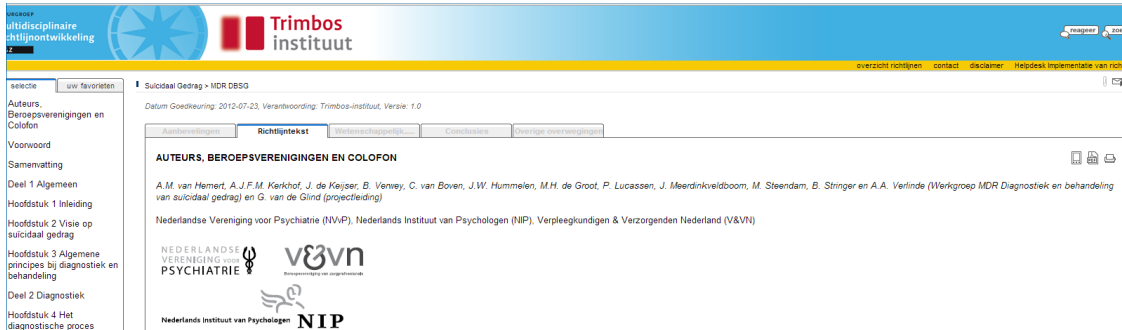
Medicijnen (benzo/parac.)	702	52.5%
Snijden / steken	155	11.6%
Anders	133	9.9%
Verhangen /verstikken	95	7.1%
Trein, tram, verkeer	60	4.5%
Springen van hoogte	54	4.0%
Andere vergiftiging	46	3.4%
Verdrinken	22	1.6%
Onbekend/invul error	71	5.3%

SEH > suicidepoging & Crisisdienst

- Geen harde cijfers
- Den Haag schatting 60%
 - 20% geen criteria om te wachten/veilig ??
 - 20% opname ZH > ZH psychiater ??
- Groningen schatting > gelijk aan die van Den Haag grotere regio...
- Rotterdam, utrecht?
- Zaal?

Literatuur (Hickey ea 2001)

- 58% niet door een psychiater beoordeeld. Tussen 17.00 en 9.00 minder vaak beoordeling dan tussen 9.00 en 17.00 uur
- niet-beoordeelde patiënten > 37% recidiefpoging in het daaropvolgende jaar, beoordeelde patiënten >18%



Trimbo's
instituut

Suicidaal Gedrag - MDR DBSG

Datum Goedkeuring: 2012-07-23, Verantwoording: Trimbo's-instituut, Versie: 1.0

AUTEURS, BEROEPSVERENIGINGEN EN COLOFON

A.M. van Hemert, A.J.F.M. Kerckhof, J. de Krijger, B. Verwey, C. van Boven, J.W. Hummelen, M.H. de Groot, P. Lucassen, J. Meerdinkveldboom, M. Steendam, B. Stinger en A.A. Verlinde (Werkgroep MDR Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag) en G. van de Glind (projectleiding)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

NEDEERLANDSE VERENIGING van PSYCHIATRIE

v&vn

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

MDR DBSG

- SEH: (basisprincipes)
 - Contact maken
 - Veiligheid
 - Naasten betrekken
 - Continuïteit van zorg

Vervolg MDR DBSG

- SEH medewerkers dienen
- herkenning vd mogelijkheid ve psychiatrische stoornis;
- beoordelen of verwijzing/consultatie deskundige nodig is.
- Aandachtspunten:
 - somatisch voldoende stabiel
 - Is patiënt in staat tot een gesprek?

Vervolg MDR DBSG

- Noodzaak somatisch handelen vooraan
- Wilsbekwaamheid
- Consultatie van een deskundige:
 - bij iedere patiënt na een suïcidepoging
 - Diegene die op seh is gekomen vanwege suïcidale uitingen.

Perspectief vanuit SEH (poort/SEH arts)

- 1) suicide patient zsm van SEH af
 - Gevaarlijke omgeving voor patient
 - Omgeving vol prikkels
 - Geen goede monitoring mogelijk
 - Personeel niet geschoold in communicatie
- *Vraag zaal; bent U het eens met bovenstaande stelling?*

Communicatieve vaardigheden



- *Het is aan te bevelen dat de professional de mate van cognitief disfunctioneren en emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt vaststelt. Indien het cognitieve disfunctioneren en de emotionele ontregeling van een suïcidale patiënt het contact te zeer belemmeren, moet de professional maatregelen nemen waardoor een zo veilig mogelijke situatie wordt gecreëerd*

Perspectief vanuit SEH

- 2) ZSM een psychiater
 - Minder kans dat patient tussentijds wegloopt
 - Zo kort mogelijk op SEH
 - Snel de juiste professional (communicatie)
 - Snel beslissing wel of geen opname
 - Juiste vervolgtraject ingesteld

SEH SLAZ

Retrospectief onderzoek

- 6 maanden uit EPD (Epic)
- Filter op TS/intoxicatie
- Alcohol, CO intox & GHB intox & wonden verwijderd
- Overige statussen doorgenomen

Resultaten

- N = 97
- Pten met psychiatrische VG = 79 (81%)
 - Bipolaire stoornis
 - Depressie
 - Borderline PS
 - Multipele psych diagnoses
- Recidivisten: n = 64 (65%)
- Soort TS; 98% medicatie 2% overig

Resultaten

- Naar huis: 58%
- Weggelopen: 2%
- Overgeplaatst: 2%
- Opnames (initieel):
 - ICU: 12%
 - PAAZ: 7%
 - Somatische afdeling: 16%
(uitslaapbed/interne)
 - Kinderafdeling 3%

Resultaten

➤ Natraject

- Naar psychiatrie (nieuw of bestaande zorgverlening); 93%
- Naar huisarts (met advies verwijzing) 2%
- Via kinderarts jeugdzorg ingeschakeld 2%
- Weggelopen/onbekend; 3%

Veel voorkomende knelpunten op onze SEH

- 1) Onduidelijk wie hoofdbehandelaar moet worden; patiënten lang wachten op SEH
 - 2) Agressief gedrag
 - 3) Patiënten somatisch vrijgegeven echter psychiatrische beoordeling onmogelijk
- ⇒ Protocollen opgesteld
- ⇒ Bij verbouwing gezien profielgebied acute psychiatrie kamers inbouwen met goede veilige monitoring voor pt en verpleegkundigen
- ⇒ Nb; knelpunten erg ziekenhuis afhankelijk (wel/geen traumacentrum / PAAZ); lokaal goed afspraken maken.

Voorbeeld

Protocol TS patienten op SEH

➤ **Uitgangspunt**

Bij (vermoeden op) TS altijd de psychiatrie in consult

➤ **Hoofdbehandelaar**

➤ Op SEH internist (bij uitsluiten somatische oorzaak, intoxicaties etc.) De psychiater is consulent maar moet binnen 20 minuten aanwezig zijn na aanvragen consult.

➤ **Indien patient somatisch niet vrijgegeven:**

Internist blijft hoofdbehandelaar. Consult psychiatrie zsm voor overplaatsing naar somatische afdeling om actuele suïcidaliteit en kans op herhaling op korte termijn te kunnen inschatten en adviezen te geven om herhaling op korte termijn af te wenden. Dus zsm consult psychiatrie

➤ **Indien patient wel somatisch vrijgegeven:**

Wanneer de patiënt somatisch is vrijgegeven, maar er psychiatrische redenen zijn om patiënt nog niet te ontslaan, neemt de psychiater de hoofdbehandeling over en regelt opname (uitslaapbed, danwel PAAZ) of overplaatsing.

➤ **Ontslag**

afdeling psychiatrie communiceert danwel mondeling danwel schriftelijk met huisarts c.q. externe behandelaar over TS, diagnose en behandeladvies.

Voorbeeld

Protocol uitslaapbed psychiatrie

➤ **Doelen:**

- 1: Snelle service aan andere specialismen in huis.
- 2: Snelle service naar SEH.
- 3: Duur opname afd. psychiatrie verminderen.

➤ **Doelgroep:**

TS-patienten na auto-intoxicatie die somatisch vrijgegeven zijn maar te geïntoxiceerd om afspraken mee te maken dan wel te beoordelen.

➤ **Karakter uitslaapbed:**

“Minimale” faciliteit beginsel, immers geen beloning voor inadequaar gedrag (TS).

Structurerende directieve aanpak

Duur opname max. 24 uur. Daarna of ontslag of reguliere opname cq.

Hulpverlening primair gericht op het initiëren dan wel de voortzetting van (na)zorg buiten het ziekenhuis.

Drempel voor reguliere psychiatrische opname hoog houden.

➤ **Locatie uitslaapbed:**

Voorkeurslocatie (indien bed vrij):

A: Afdeling Psychiatrie

Wanneer geen bed beschikbaar op afdeling Psychiatrie:

B: Somatisch bed buiten afd. psychiatrie, psychiater hoofdbehandelaar

Stelling vanuit SEH

- Suicidale patienten kunnen het best opgevangen worden in ziekenhuizen met een interne psychiatrische consultatieve dienst (24/7, met of zonder PAAZ) die binnen 20 minuten in huis kunnen zijn.
- Afspraken met ambulance diensten zijn daarom wenselijk.

Stellingen

- Patiënten op de SEH = selectie van “overlevers” verschillen van geslaagde suicides?
- Opname binnen GGZ moet vermeden worden? Worden patiënten die zich presenteren op een SEH sneller opgenomen?
- Een externaliserende suïcidale patiënt wordt per definitie vijandig benaderd en al helemaal door onervaren personeel; is dit een gevaar op de SEH?

Stellingen

- Bij chronisch suïcidaal gedrag moet de wijze van communicatie aangepast worden!
 - Suïcidaal gedrag bij psychose of bipolaire stoornis is alarm.
 - De patiënt is verantwoordelijk, de psychiatrie kan weinig invloed uitoefenen op recidiveren.
- 