

Metadata of the chapter that will be visualized in SpringerLink

Book Title	Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ	
Series Title		
Chapter Title	Behandeling van suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek	
Copyright Year	2016	
Copyright HolderName	Bohn Stafleu van Loghum	
Corresponding Author	Family Name	Winter
	Particle	de
	Given Name	Remco
	Prefix	
	Suffix	
	Division	Parnassia Groep
	Organization	Academie Opleidingen
	Address	Oude Parklaan 123, 1901 ZZ, Castricum, The Netherlands
	Email	
Author	Family Name	Beurs
	Particle	de
	Given Name	Derek
	Prefix	
	Suffix	
	Division	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)
	Organization	GGZ
	Address	Otterstraat 118-124, 3513 CR, Utrecht, The Netherlands
	Email	
Samenvatting	<p>Bij ernstig suïcidaal gedrag komt het voor dat patiënten worden opgenomen in een psychiatrische kliniek. Een opname wordt gerealiseerd als een hulpverlener door de ernstige suïcidaliteit geen mogelijkheden ziet om de patiënt verder ambulante te behandelen. Wanneer is het risico op suïcidaal gedrag zo groot dat een patiënt opgenomen dient te worden? Vergroot een kliniek de veiligheid, of neemt het risico op suïcidaal gedrag juist toe? En wat zijn de behandelopties binnen een kliniek? En wanneer kan de suïcidale patiënt de kliniek weer verlaten? In dit hoofdstuk bespreken we wanneer, waar (open/gesloten) en hoe (vrijwillig/onder dwang) een patiënt opgenomen dient te worden. We bespreken de voor- en nadelen van opname en maatregelen om de veiligheid voor de patiënt te vergroten. We introduceren een faseringsplan zoals gebruikt op diverse acute afdelingen. We presenteren de overwegingen die op beslismomenten een rol spelen. Dit hoofdstuk combineert wetenschappelijke evidentie met klinische ervaring.</p>	

Behandeling van suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek

Remco de Winter en Derek de Beurs

Samenvatting

Bij ernstig suïcidaal gedrag komt het voor dat patiënten worden opgenomen in een psychiatrische kliniek. Een opname wordt gerealiseerd als een hulpverlener door de ernstige suïcidaliteit geen mogelijkheden ziet om de patiënt verder ambulante te behandelen. Wanneer is het risico op suïcidaal gedrag zo groot dat een patiënt opgenomen dient te worden? Vergroot een kliniek de veiligheid, of neemt het risico op suïcidaal gedrag juist toe? En wat zijn de behandelopties binnen een kliniek? En wanneer kan de suïcidale patiënt de kliniek weer verlaten? In dit hoofdstuk bespreken we wanneer, waar (open/ gesloten) en hoe (vrijwillig/onder dwang) een patiënt opgenomen dient te worden. We bespreken de voor- en nadelen van opname en maatregelen om de veiligheid voor de patiënt te vergroten. We introduceren een faseringsplan zoals gebruikt op diverse acute afdelingen. We presenteren de overwegingen die op beslismomenten een rol spelen. Dit hoofdstuk combineert wetenschappelijke evidentie met klinische ervaring.

AQ1

- 17.1 Indicaties voor opname – 265**
- 17.2 Betrekken van naasten – 266**
- 17.3 Open of gesloten opnameafdeling? – 267**
- 17.4 Vrijwillig of onder dwang? – 267**
- 17.5 Restricties binnen wettelijke grenzen – 268**

- 17.6 Opheffen van IBS door een hulpverlener – 269
- 17.7 Kenmerken van suïcidale patiënten in een kliniek – 269
- 17.8 Behandeling bij opname – 269
- 17.9 Een faseringsplan/veiligheidsplan op een opnameafdeling – 270
- 17.10 Toepassing van het faseringsplan/veiligheidsplan – 272
- 17.11 Ontslag – 273
- 17.12 Wanneer niet op te nemen – 273
- 17.13 Intensive home treatments – 274
- 17.14 Ten slotte – 274
- Literatuur – 274



17.1 Indicaties voor opname

Wanneer is het risico op suïcidaal gedrag zo groot en acuut dat een patiënt opgenomen dient te worden? Er zijn helaas geen beschikbare testen die acuut suïcidaal gedrag betrouwbaar kunnen voorspellen (Beurs et al. 2014; Hemert et al. 2012). Epidemiologisch onderzoek heeft vele risicofactoren voor suïcidaal gedrag aan het licht gebracht, maar die zeggen weinig over het risico van levensbedreigend gedrag in de komende dagen van de individuele patiënt die je voor je ziet (O'Connor en Nock 2014). In de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (MDR) is te lezen dat je voor een goede beoordeling zult moeten vertrouwen op herkenning, kennis, klinische ervaring en intuïtie (Van Hemert et al. 2012). In de richtlijn zijn wel indicaties opgenomen wanneer iemand op te nemen (zie ►kader 17.1). Deze zijn gebaseerd op de indicaties uit de Amerikaanse richtlijn (Jacobs en Brewer 2004).

AQ2

Kader 17.1 Indicaties voor de behandelsetting bij suïcidaal gedrag

Bij voorkeur opnemen (in psychiatrische kliniek of op PAAZ)

AQ3

1.1 Na een suïcidepoging indien:

- de patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant is;
- de poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was;
- voorzorgen zijn genomen om ontdekking te voorkomen;
- er een persisterend plan of een persisterende intentie is;
- de patiënt spijt heeft dat hij of zij nog leeft, of indien een gevoel van spanning is toegenomen;
- de patiënt een man is van middelbare leeftijd of ouder, met een nieuwe psychiatrische aandoening of nieuw suïcidaal gedrag;
- de patiënt weinig ondersteuning heeft (inclusief huisvesting);
- er bij onderzoek uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen of weigering van hulp;
- er een psychiatrische stoornis is met een metabole, toxische, infectieuze etiologie, waarvoor nader onderzoek in een gestructureerde setting noodzakelijk is.

1.2 Bij suïcidedgedachten met:

- een specifiek suïcideplan met hoge letaliteit;
- een sterke doodswens;
- vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid en/of stress.

Mogelijk opnemen

2.1 Na een suïcidepoging zonder de kenmerken bij 1.1 en 1.2 beschreven.

2.2 Bij suïcidedgedachten in combinatie met:

- een psychose of een andere ernstige psychiatrische aandoening;
- suïcidepogingen in de voorgeschiedenis, vooral als die ernstig waren;
- een lichamelijke ziekte als bijkomende factor;
- een beperkt steunsysteem (inclusief het ontbreken van huisvesting);
- een onwerkzame ambulante of deeltijdbehandeling;
- gebrek aan medewerking aan een ambulante of deeltijdbehandeling;
- een ontbrekende arts-patiëntrelatie of geen toegang tot ambulante voorzieningen;
- de noodzaak van deskundige observatie, medisch onderzoek of diagnostisch onderzoek waarvoor een gestructureerde setting nodig is.



2.3 Zonder poging of gerapporteerde suïcidegedachten, -plan of -intentie als:

- er uit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese aanwijzingen zijn voor een hoog suïciderisico en een recente acute toename van het risico.

Mogelijk naar huis

Na een suïcidepoging of bij de aanwezigheid van suïcidegedachten of -plan indien:

- het suïcidale gedrag een reactie is op een gebeurtenis (bijvoorbeeld zakken voor een examen, relatieproblemen), vooral als de opvattingen van de patiënt over de gebeurtenis inmiddels zijn veranderd;
- het plan of de methode een geringe letaliteit heeft;
- de patiënt een stabiele en ondersteunende omgeving heeft;
- de patiënt in staat is om mee te werken aan advies over follow-up.

Bij voorkeur naar huis

Bij chronisch suïcidaal gedrag:

- zonder voorgeschiedenis met een suïcidepoging met hoge letaliteit, maar met een veilige, ondersteunende omgeving en een lopende ambulante behandeling.

Een aanvullende indicatie om een patiënt op te nemen is de overbelasting van het steunsysteem (familie, vrienden, burens). Als het steunsysteem door het suïcidale gedrag van de patiënt zodanig ontregeld is dat dit geen rol meer kan spelen in de zorg voor de patiënt, is een opname een reële interventie (Winter et al. 2011a). Het komt ook voor dat naasten door vermoeidheid of om andere redenen de druk zodanig opvoeren dat een hulpverlener klem wordt gezet en niet veel anders kan dan de patiënt opnemen. En soms is er helemaal geen steunsysteem waar een patiënt in crisis gebruik van kan maken. Dat is ook een indicatie om iemand op te nemen.

17.2 Betrekken van naasten

Het betrekken van naasten (familie, vrienden, burens) bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit is een belangrijk aspect, dat in de praktijk nog wel eens op de achtergrond wil raken. We willen benadrukken dat het een vereiste is om maximale inspanning te verrichten om naasten bij de diagnostiek en behandeling te betrekken. Bij weigering van een patiënt om contact te mogen opnemen met naasten is het van belang dit niet meteen te accepteren. Door goed contact te maken met de patiënt is het vaak al snel, na een 'eerste' weigering, toch mogelijk om hier toestemming voor te krijgen. Wanneer er helemaal geen steunsysteem is, wordt contact opgenomen met de huisarts.

Casus

Een 47-jarige man heeft zich geprobeerd op te hangen. Hij is per ongeluk gevonden en is meer dan vijftien minuten gereanimeerd. Als hij weer aanspreekbaar is, zien we een depressieve man. Het lukt niet om een goede anamnese af te nemen. De patiënt vertelt dat het per ongeluk is gegaan en ontkent suïcidaal te zijn. Verder klaagt hij erover dat alles in zijn buik kapot is en geeft hij duidelijk aan dat hij geen hulp wil.

De patiënt is recent gescheiden en heeft geen contact meer met zijn vrouw. Hij is fors psychomotorisch geremd. De patiënt gaat niet meer naar het restaurant waar hij werkt, eet



17.4 · Vrijwillig of onder dwang?

niet meer, heeft nergens meer zin in, en zit alleen maar op een stoel niets te doen. Verder is hij bekend met longproblemen, maar zijn de problemen rond zijn buik niet somatisch. Zijn zoon van negentien wordt gesproken, en deze maakt zich veel zorgen om vader. Hij ziet hem de laatste weken verder afglijden en kan de zorg voor vader ook niet meer aan. Besloten wordt om de patiënt op te nemen.

17.3 Open of gesloten opnameafdeling?

Op een open opnameafdeling worden in de regel patiënten opgenomen die in staat zijn om samen met het behandelteam en de naasten tot veiligheidsafspraken te komen. Behandelaren (en de naasten) moeten het gevoel hebben dat een patiënt te vertrouwen is en dat de patiënt zichzelf vertrouwt. Zoals gezegd is dit vertrouwen in de praktijk gebaseerd op herkenning, kennis, klinische ervaring en intuïtie (Hemert et al. 2012). Meestal is er sprake van een beter niveau van functioneren en zijn er geen ernstige psychiatrische beelden zoals een depressie met psychotische kenmerken. Suïcidaal gedrag bij persoonlijkheidsproblematiek zal tot een korte opname van enkele dagen leiden (Koekkoek en Kaasenbrood 2008). De opname van een patiënt met een depressie die ook met medicijnen behandeld gaat worden zal eerder enkele weken duren. Zo zijn de te verwachten bijwerkingen, zoals verhoogde agitatie bij de start met een antidepressivum (Ferguson 2001), een reden om de patiënt in de kliniek te houden.

Wanneer het niet mogelijk is om met de patiënt betrouwbare veiligheidsafspraken te maken, zal de patiënt op een acute gesloten opnameafdeling worden opgenomen. Suïcidaliteit is veelvoorkomend op een gesloten opnameafdeling. Het risico op suïcide in deze setting is 40 tot 50 maal verhoogd in vergelijking tot de algemene bevolking (Ajdacic-Gross et al. 2009).

Casus vervolg

Er zijn veel aanwijzingen voor een ernstige stemmingsstoornis met suïcidaliteit. Daarnaast bagatelliseert de patiënt zijn klachten. Zijn zoon maakt zich erg veel zorgen en is ten einde raad. Patiënt wordt voorgesteld om opgenomen te worden op een gesloten opnameafdeling, waarbij toezicht kan plaatsvinden, verdere diagnostiek kan worden verricht, en kan worden gestart met de behandeling.

17.4 Vrijwillig of onder dwang?

Een patiënt kan zelf vrijwillig naar een open opnameafdeling of acute gesloten opnameafdeling gaan. Het schijnbaar tegenstrijdige is dat er alsnog een maatregel aangevraagd kan worden om de patiënt onder dwang op te nemen wanneer een suïcidale patiënt die zich vrijwillig heeft gemeld vraagt om ontslag. Het is bij een gedwongen opname belangrijk om op transparante wijze de precieze motivatie voor de opname met de patiënt en naaste betrokkenen te bespreken. Daarbij moet ook de tijdelijkheid van de maatregel worden benadrukt. Een opname kan traumatiserend en beschadigend zijn, en moet zorgvuldig worden afgewogen. De autonomie van de patiënt en de behandelrelatie met de patiënt moeten zo snel mogelijk worden hersteld.



We kunnen niet weten of gedwongen opname tegen suïcide beschermt (Koekkoek en Kaasenbrood 2008). Het is namelijk niet duidelijk wat er zonder opname gebeurd zou zijn. Ethisch is het niet mogelijk om een onderzoek te doen waarbij de ene helft van de suïcidale patiënten wordt opgenomen en de andere niet om vervolgens te kijken naar het verschil in suïcidaal gedrag van de patiënten (Pearson et al. 2001). Niettemin zijn wij ervan overtuigd dat zonder de mogelijkheden tot opname op een gesloten afdeling, het aantal suïcides veel hoger zou zijn.

Voor het handelen rondom suïcide in een kliniek verwijzen we graag naar ►H. 20 in dit boek.

Vervolg casus

Patiënt weigert opgenomen te worden en geeft aan dat er niets met hem aan de hand is. Er wordt een geneeskundige verklaring voor een last tot inbewaringstelling uitgeschreven met belangrijkste gevaarscriterium: 'het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen.' Dit wordt met zijn zoon besproken, die op dat moment ook geen andere oplossing ziet dan een onvrijwillige opname.

17.5 Restricties binnen wettelijke grenzen

Vrijheidsbeperking binnen de psychiatrie is aan strenge regels gebonden op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). In de Wet Bopz neemt suïcidaal gedrag een voorname plaats in. In de Geneeskundige verklaring voor een last tot inbewaringstelling (artikel 20, eerste lid), staat onder punt 5 van de gevaarscriteria: 'het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen.' Hoe sterker er bij suïcidaal gedrag sprake is van wilsonbekwaamheid met daarbij onveiligheid in de thuissituatie, hoe groter de kans is dat bij weigering van vrijwillige opname een Bopz-procedure in gang zal worden gezet.

Bij een psychiatrische stoornis (of sterk vermoeden daarvan) waarbij het gevaar op suïcide voortkomt uit de stoornis, kan iemand gedwongen worden opgenomen door middel van een inbewaringstelling (IBS). Bij gevaar op de langere termijn wordt een rechterlijke machtiging (RM) afgegeven.

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 deze bewegingsvrijheden kunnen leiden tot ernstige nadelige gevolgen en dat de beperking van vrijheid, ter voorkoming van ordeverstoring in de kliniek of strafbare feiten, voor de patiënt noodzakelijk is. Het probleem van vrijheidsbeperkende maatregelen kan zijn dat een patiënt die op een later tijdstip weer suïcidaal wordt, er door de eerdere ervaring alles aan zal doen om opname te voorkomen. Algemeen geldt dat hulpverleners bij suïcidaal gedrag zo terughoudend mogelijk dienen te zijn met vrijheidsbeperkende maatregelen.

Vervolg casus

Vijf dagen na opname kan patiënt beter vertellen over zijn gevoelens en zijn drijfveren. De rechter heeft de IBS bekrachtigd. De diagnose depressie met stemmingscongruente psychotische kenmerken is gesteld. Er wordt samen met zijn zoon een behandeltraject met hem besproken, en hij krijgt ECT. Hij krijgt nog geen vrijheden en wordt nog steeds permanent geobserveerd.



17.6 Opheffen van IBS door een hulpverlener

Doorgaans vraagt een hulpverlener een IBS aan omdat de patiënt een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving is. Een voorbeeld is een patiënt met schizofrenie die vanuit paranoïde symptomen ernstig dreigend is tegen zijn familie. De familie en de behandelaars willen dan een bekrachtiging van de IBS terwijl een advocaat het daadwerkelijk gevaar betwist.

Bij sommige patiënten is het juist vaak andersom. Het betreft dan meestal patiënten met een (comorbide) persoonlijkheidsproblematiek die ernstig klem zitten, en waarbij suïcidaliteit als communicatie van machteloosheid, frustratie en/of woede, op een (on)bewuste wijze wordt ingezet (zie ook ►H. 12). Als er (tijdelijk) geen invoelbare of betrouwbare afspraken kunnen worden gemaakt, is er soms geen andere oplossing dan een opname met een IBS. Vervolgens wordt de maatregel op verzoek van de hulpverlener weer snel opgeheven, terwijl de familie dit dan weer niet wil. Voor deze groep patiënten kan een opname werken als bekrachtiging van het suïcidale gedrag. Ondanks het risico op suïcidaal gedrag is het dan toch beter voor de patiënt om niet langer opgenomen te blijven (Koekkoek en Kaasenbrood 2008). Dit zorgt bij zowel de patiënt als diens naasten voor onduidelijkheid en wrevel. Een patiënt geeft immers aan dat het niet goed gaat en laat daarbij gevaarlijk gedrag zien. De familie is vaak ten einde raad. De advocaat of rechter ziet bij het bezoek in het kader van de Bopz-procedure een persoon die ernstig ziek is en begrijpt dan vaak niet waarom nu juist de hulpverlener de Bopz-maatregel niet wil verlengen. Het opheffen van de Bopz-maatregel lijkt dan onlogisch, maar is vanuit klinisch oogpunt vaak de beste oplossing (Winter en Hommes 2015). Het is aan de hulpverleners om dit goed aan de patiënt en de naasten uit te leggen.

17.7 Kenmerken van suïcidale patiënten in een kliniek

Uit onderzoek blijkt dat suïcidaal gedrag bij 29 % van de opnames in de psychiatrie een rol speelt (Miedema et al. Under review). Bij 11 % van alle acuut gesloten opgenomen patiënten wordt het suïciderisico zo hoog geschat dat patiënten verscherpt toezicht krijgen. De meeste suïcidale patiënten die worden opgenomen, hebben de diagnose depressie (met eventueel psychotische kenmerken). Ze zijn vaker voor het eerst opgenomen, en zijn vaak jonger en vrouw. Ze zijn minder vaak werkloos, worden relatief vaker gesepareerd en krijgen vaker elektroconvulsie therapie (ECT) (Winter et al. 2011b).

AQ4

17.8 Behandeling bij opname

Op zowel de open als de gesloten opnameafdelingen wordt de onderliggende psychopathologie op basis van de farmacotherapeutische en andere behandelrichtlijnen voor de onderliggende stoornissen behandeld. Binnen een gesloten setting wordt vaak zwaarder ingezet met medicamenteuze behandeling of een andere biologische behandelwijze zoals ECT. In de praktijk worden sommige stappen sneller genomen of overgeslagen. Zo wordt er bijvoorbeeld bij een ernstige depressie met psychotische kenmerken en ernstige suïcidaliteit sneller gekozen voor ECT dan in de richtlijn staat beschreven.

AQ5



Vervolg casus

Patiënt blijft onderliggend suïcidaal bij een ernstige depressie met psychotische kenmerken. Er is gestart met een tricyclisch antidepressivum (TCA) en na vier weken is er nog geen enkel effect zichtbaar. Er wordt met hem en zijn zoon besproken om ECT te gaan geven. Beiden gaan akkoord. Na vier behandelingen wordt hij snel minder geremd en minder depressief. Er wordt tevens een andere TCA voorgeschreven, en binnen enkele weken knapt patiënt goed op.

Bij suïcidale patiënten met een bipolaire stoornis wordt zo veel mogelijk ingestoken op een onderhoudsdosering met lithium, en bij patiënten met schizofrenie op veel mogelijk op clozapine (Verwey et al. 2013; zie ook ►H. 8). Verder behoort er bij de andere beelden, zoals angststoornissen of persoonlijkheidsstoornissen, zo veel mogelijk de desbetreffende richtlijn gevolgd te worden. Indien psychotherapie onderdeel is van de betreffende richtlijn, vindt die over het algemeen niet tijdens de opnameperiode plaats, omdat patiënten meestal te zeer onregelmatig zijn. De meeste opnameafdelingen hebben dan ook geen professionele psychotherapeutische faciliteiten, waardoor een adequate psychotherapeutische aanpak pas ambulantly kan beginnen.

Hierdoor blijft behandeling achterwege van de cognitieve processen die het suïcidale proces op gang brengen, in stand houden of verergeren. Tijdens een opname wordt door middel van medicatie wel aandacht gegeven aan de depressie, maar niet aan de onderliggende suïcidaliteit. De depressie is dan behandeld, maar de onderliggende suïcidaliteit niet, en die kan vlak na ontslag weer opspelen.

17.9 Een faseringsplan/veiligheidsplan op een opnameafdeling

Op een opnameafdeling is het vanzelfsprekend dat de veiligheid van een patiënt wordt gewaarborgd. Het is alleen lastig om bij suïcidaal gedrag in te schatten wanneer het risico zodanig verhoogd is dat er permanent toezicht moet worden ingesteld en een patiënt op een gesloten opnameafdeling moet worden geplaatst. In de praktijk is de fasering een dynamisch proces, waarbij er snel en adequaat gehandeld moet kunnen worden. Het beoordelen van het risico op suïcide dient niet alleen bij opname en ontslag plaats te vinden, maar op verschillende momenten gedurende de opname. Om de veiligheidsinschatting te optimaliseren, raden wij aan om met een faseringsplan te werken. Het belang van het faseringsplan/veiligheidsplan voor een opnameafdeling 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 de behandelverantwoordelijken en informatiemogelijkheden naar naasten.

Er zijn verschillende faseringsplannen in omloop. Wij bespreken het faseringsplan zoals gebruikt bij diverse acute afdelingen (De Winter et al. 2011a). Dit plan omvat vijf fasen die het suïcidale toestandsbeeld beschrijven (zie ►kader 17.2). Hoe hoger de fase is, des te meer toezicht er geboden dient te worden.



Kader 17.2 Fasering op een gesloten opnameafdeling

Fase 5 Separatie en cameratoezicht

Het suïciderisico wordt als zeer hoog ingeschat. Het is niet mogelijk om met de patiënt betrouwbare 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 oninvoelbaar zijn, met onverklaarbare wisselingen van het toestandsbeeld. Bij separatie in verband met suïcidaliteit vindt cameratoezicht plaats. Beelden van deze camera worden op centrale verpleegposten continu 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 Toezicht op vooraf gestelde 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

Het suïciderisico wordt als hoog ingeschat. De patiënt is niet in staat om betrouwbare afspraken te maken 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 het risico op suïcide door het behandelteam. Bij de controlemomenten wordt door de verpleging actief contact gezocht met de patiënt. 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 het toezicht, gezien de personele bezetting, gewaarborgd kan worden. Zo niet, dan moet iemand in fase 5 worden geplaatst.

Fase 3 Zonder toezicht, zonder vrijheden in een gesloten setting

Deze fase kan worden ingezet als er met de patiënt reële en invoelbaar betrouwbare afspraken te maken zijn rondom suïcidaliteit. Het risico wordt als verhoogd geschat, waardoor de bescherming van de afdeling nog nodig is. De patiënt krijgt geen individuele vrijheden buiten de afdeling.

Fase 2 Zonder toezicht, met vrijheden buiten de afdeling

Wanneer er geen aanwijzingen (meer) zijn voor een acuut 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 Zonder toezicht, met vrijheden en klaar voor klinisch ontslag

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



17.10 Toepassing van het faseringsplan/veiligheidsplan

Bij opname op de afdeling wordt een patiënt beoordeeld door een klinisch behandelaar waarbij doorgaans een verpleegkundige aanwezig is. De suïcidaliteitsbeoordeling vindt plaats in het kader van het psychiatrisch onderzoek. Voor deze inschatting wordt een inventarisatie gemaakt van de stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcidaal gedrag en de voorbereidingen die een patiënt eventueel voor een suïcidepoging heeft verricht (Hemert et al. 2012; Mesquita et al. 2013). De MDR beveelt ook aan om het gevoel van 'in de val zitten' (*entrapment*) goed uit te vragen (Hemert et al. 2013). Recente stressoren zorgen voor een tunnelvisie, waardoor de patiënt geen andere uitweg ziet dan via suïcidaal gedrag.

Vervolg casus

GEDURENDE DE dag van opname vindt de verpleging dat patiënt zich vreemd gedraagt. Hij lijkt te schrikken als ze hem zien. Tijdens het gesprek geeft hij aan dat het niet meer gaat en dat er nog maar één oplossing is, en dat is de dood. Er wordt een geknoopt touw bij hem aangetroffen waarmee hij zich zou willen suïcideren. Hij geeft aan dat hij niet meer weet hoe het verder moet, is erg bang en wil ook graag beter slapen. Hij durft geen afspraken te maken, want hij vertrouwt zichzelf niet. Er wordt zoals gezegd een ECT gepland. Er wordt afgesproken dat hij in fase 4a wordt geplaatst, waarbij er permanent toezicht is (zijn zoon wordt geïnformeerd). In de avond krijgt hij slaapmedicatie en een verpleegkundige blijft bij hem op de kamer. De kamer is verder volledig onderzocht, en er is geen gevaarlijk materiaal aangetroffen. Patiënt valt in slaap. De volgende dag kan hij na een goede nachtrust goede afspraken maken en is nog wel suïcidaal, maar kan reële veiligheidsafspraken maken en krijgt vervolg-ECT. Hij wordt in overleg in fase 4b geplaatst en er wordt iedere 15 minuten contact met hem gezocht en in de nacht wordt hij ook iedere 15 minuten bezocht. Hij knapt de dagen erna snel op en de observatiemomenten worden per dag afgebouwd. Als hij in fase 4d zit en ook op realistische, invoelbare wijze aan de behandelaar aangeeft dat het wel weer gaat en dat hij niet meer dood wil, maar nog niet weet hoe dit buiten voor hem zal zijn, gaat hij naar fase 3.

AQ7

Op basis van de anamnese, de heteroanamnese en de bovenstaande informatie wordt een klinische risicotaxatie verricht en wordt de patiënt in een van de bovengenoemde fasen geplaatst. Dit gebeurt bij voorkeur samen met de patiënt, de belangrijke naasten en de ambulante behandelaar. Bij het ontbreken van een ambulante behandelaar wordt geadviseerd om de huisarts te benaderen. Deze fase wordt, in de kleur van de kleuraanduiding van de fase en bij fase 4 in tijdsduur, in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) vermeld. Bij voorkeur wordt dit daarbij ook bijgehouden in een digitaal overdrachtssysteem. Dit kan via een zogenaamd 'digibord' dat wordt geprojecteerd op een beeldscherm. Bij iedere belangrijke overdracht is er dan zicht op de fasering en is er de mogelijkheid voor een eventuele bijstelling van fasering. De bijstelling moet door het team gedragen worden beargumenteerd. Bij het zien van de code weten de betrokken verpleegkundigen direct wat er ten aanzien van het toezicht van hen wordt verwacht. Ook vindt er een verbale overdracht van de hoofdbehandelaar naar de verpleegkundige plaats.

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



17.11 Ontslag

Een patiënt wordt ontslagen wanneer wordt ingeschat dat een klinische opname ter bescherming niet meer nodig is. Het ontslag wordt idealiter in een multidisciplinair teamoverleg en met een externe verwijzer besproken. Vaak wordt vergeten dat het ontslag zelf een extra stressor is die het suïciderisico (tijdelijk) kan verhogen. Daarom hoort er bij de overdracht naar het ambulante behandelteam extra aandacht te zijn voor een toename van suïcidaal gedrag als reactie op de wisseling van behandelsetting. Wanneer een patiënt niet verder binnen de ggz behandeld wil worden, dan dient er toch op zeer korte termijn inspanning te worden verricht, waarbij een vervolgspraak wordt gemaakt, waarbij de taxatie van het suïciderisico een belangrijk thema is. Ook dienen de huisarts en de naasten expliciet te worden geïnformeerd als verdere behandeling niet meer binnen de ggz kan plaatsvinden.

17.12 Wanneer niet op te nemen

Soms is niets doen een betere optie dan handelen. Onder bepaalde omstandigheden kan bij een opname suïcidaal gedrag toenemen en het risico op suïcide zelfs groter worden. Zo kan vrijheidsbeperking diverse (iatrogene) consequenties hebben, waaronder een verstoorde behandelrelatie, waardoor iemand zich na opname aan zorg zou kunnen onttrekken. Daarnaast kan het ontnemen van autonomie een beperkende factor zijn in het herstelproces en kan het verblijf in de separeerruimte een (toename van een) sombere stemming in de hand werken. Voor de gemiddelde hulpverlener is niets doen vanuit zijn professionele medische achtergrond vaak geen optie. Bij een hulpverlener kan angst voor suïcide ervoor zorgen dat deze meer defensief gaat handelen, wat ten koste zou kunnen gaan van de (op te bouwen) vertrouwensband en de therapeutische relatie. Daarbij kunnen in bovenstaand beslismoment de juridische en tuchtrechtelijke consequenties een belangrijke rol spelen. Er wordt nu eenmaal minder zwaar getild aan de negatieve gevolgen van opname dan aan het risico dat iemand overlijdt door suïcide. Verder zijn er diverse voorbeelden waarbij nabestaanden het niet-handelen door een hulpverlener zien als oorzaak voor een suïcide.

Door de lagere personele bezetting in Nederland (in vergelijking met andere Noord-Europese landen) is hand-in-hand-begeleiding op de afdeling niet altijd mogelijk (Janssen et al. 2009). Separatie van een ernstig suïcidale patiënt is in sommige gevallen de veiligste en daardoor de enige mogelijkheid (Tilburg et al. 2008; Voskes et al. 2011). Separatie is echter een ongewenste interventie, en gedurende de laatste jaren is het gebruik hiervan gelukkig fors terug gedrongen (Bongers et al. 2010). De voorkeur is om extra verpleegkundig personeel in te zetten of te investeren in technologie, zoals detectiesystemen met slimme sensoren waardoor een hoog-risicopatiënt permanent geobserveerd kan worden.

Verder wordt er in dit hoofdstuk vanuit de ideale omstandigheden gedacht. De praktijk van de opnameafdeling is vaak weerbarstig. Zo kan er sprake zijn van heterogene ziektebeelden of onduidelijke diagnoses, waarbij allerlei ziektebeelden door elkaar heen lopen (Bohnen et al. 2011). De tweedeling tussen handelen waarbij de autonomie wordt overgenomen en handelen waarbij verantwoordelijkheid zo veel mogelijk bij de patiënt blijft, is in de praktijk ook onduidelijk (Cutcliffe en Barker 2002). Het blijft voor zowel hulpverlener als patiënt lastig in te schatten hoeveel verantwoordelijkheid een patiënt daadwerkelijk kan dragen. Daarnaast is het kennisniveau van hulpverleners over suïcidaliteit vaak onvoldoende (Bool et al. 2007) waardoor de suïciderisicotaxatie vaak onvolledig is of zelfs compleet ontbreekt. Een uitgebreid scholingsprogramma voor hulpverleners is dan ook onontbeerlijk (Beurs et al. 2015b). Het kan en mag niet voorkomen dat hulpverleners op een opnameafdeling niet naar suïcidaliteit vragen.



17.13 Intensive home treatments

De laatste jaren is er sprake van een forse beddenafbouw. Klinische opnamen worden vervangen door initiatieven als de 'Intensive Home Treatments.' Deze behandeling houdt in dat een team bestaande uit een arts en enkele verpleegkundigen in staat is om dagelijks meerdere keren op bezoek te gaan bij een patiënt in de thuissituatie. Net als in een kliniek hebben deze teams een belangrijke rol bij het inschatten en minimaliseren van het risico op suïcidaal gedrag. Onderzoek moet aantonen wat voor invloed dit heeft op de behandeling en beloop van suïcidaal gedrag.

17.14 Ten slotte

Goed contact kunnen maken met suïcidale patiënten is van essentieel belang voor een goede risicotaxatie (Hemert et al. 2012). Het vergroten van deze vaardigheden bij hulpverleners kan de zorg voor suïcidale patiënten verbeteren (Beurs et al. 2015a). Ook is het van belang om binnen het multidisciplinaire team een gemeenschappelijke visie op suïcidaal gedrag te ontwikkelen. Wij adviseren daarom om alle hulpverleners met enige regelmaat te trainen in de omgang met suïcidale patiënten. Zo worden individuele vaardigheden verbeterd en kan de kennis van en de visie op suïcidaal gedrag zich doorontwikkelen.

AQ8

Verder willen we nogmaals benadrukken dat naast van suïcidale patiënten bij opname, behandeling en ontslag een cruciale rol spelen. De hulpverlener zal in elke fase het maximale moeten proberen om de naasten te betrekken.

Om de veiligheidsinschatting binnen een kliniek te optimaliseren, raden wij aan om met een faseringsplan te werken. Zo worden patiënten met meer zorgvuldigheid geobserveerd. Uiteraard dienen ook hierbij de naasten betrokken te worden.

Zonder permanente observatie bestaat altijd het risico dat iemand zich op een opnameafdeling van het leven berooft (Winter et al. 2011a). Patiënten kunnen zich op meerdere manieren van het leven beroven; de meest voorkomende op de opnameafdeling lijkt verhangen. Nog steeds wordt er bij de inrichting van nieuwbouw van afdelingen te weinig rekening gehouden met de aanwezigheid van attributen (zoals deurklinken) waarmee ophanging mogelijk is, en wordt er niet gedacht aan afronding van deuren, gladde stevige plafonds et cetera.

Risicotaxatie is een continu proces dat begint bij de opname en vervolgens gedurende de opnameperiode regelmatig herhaald dient te worden. Ook eindigt het niet bij ontslag. Juist tijdens de transitiefase na ontslag blijft het monitoren van suïcidaal gedrag van cruciaal belang.

Literatuur

- Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, T., & Rössler, W. (2009). Inpatient suicide, a 13-year assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 71–75.
- APA (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association.
- Beurs, D. P. de, Vries, A. L. de, Groot, M. H. de, Keijser, J. de, & Kerkhof, A. J. (2014). Applying computer adaptive testing to optimize online assessment of suicidal behavior: A simulation study. *Journal of Medical Internet Research*, 16, e207.
- Beurs, D. P. de, Groot, M. H. de, Keijser, J. de, Duijn, E. van, Winter, R. F. P. de, & Kerkhof, A. J. F. M. (2015a). Do patients benefit from the training of mental health professionals in suicide practice guidelines? A cluster randomized trial. *British Journal of Psychiatry* (in Press).



Literatuur

- Beurs, D. P. de, Groot, M. H. de, Keijser, J. de, Mokkenstorm, J., Duijn, E. van, Winter, R. F. P. de, Kerkhof, A. J. F. M. (2015b). The effects of an e-learning supported train-the-trainer program on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, 175, 446–453.
- Bohnen, E. M. A., Winter, R. F. P. de, & Hoencamp, E. (2011). De MINI-plus in de acute psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 239–244.
- Bongers, I., Reek, E., Roman, B., Wijngaart, M., Balogh, L., & Dijk, A. van. (2010). Separeren in de GGZ: Beleid, praktijk en toezicht. Onderzoek naar de vorderingen in het terugdringen van separaties. Tilburg: IVA.
- Bool, M., Blekman, J., Jong S. de, Ruiters, M., & Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Actualisering van het Advies inzake Suïcide Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bueno de Mesquita, J., Winter, R. F. P. de, Verwey, B., & Groot, M. de. (2013). De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *Epidemiologisch Bulletin*, 48, 43–51.
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 611–621.
- Ferguson, J. M. (2001). SSRI antidepressant medications: Adverse effects and tolerability. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 22.
- Hemert, A. M. van, Kerkhof, A. F. J. M., Keijser, J. de, & Verwey, B. (2012). Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/Nederlands Instituut voor Psychologen/Trimbos-instituut.
- Jacobs, D., & Brewer, M. (2004). *APA practice guideline. Psychiatric Annals*, 34, 373.
- Janssen, W., Noorthoorn, E., Vries, W. de, Hutschemaekers, G., Nijman, H., Smit, A., et al. (2009). Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002–2008: Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 457–469.
- Koekkoek, B., & Kaasenbrood, A. (2008). Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 283.
- Miedema, N., Hazewinkel, M. C., Hoeken, D. van, Amerongen, A. S. van, & Winter, R. F. M. de. Het gebruik van dwang en drangmaatregelen binnen een gesloten acute psychiatrische opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (under review).
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1, 73–85.
- Pearson, J. L., Stanley, B., King, C. A., & Fisher, C. B. (2001). Intervention research with persons at high risk for suicidality: Safety and ethical considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 17–26.
- Tilburg, W. van, Veldhuizen, J. R. van, Beijaert, E. W., Ven-Dijkman, M. V. van de, Mulder, C. L., Schulte, P. F. J., et al. (2008). Richtlijn besluitvorming dwang: Opname en behandeling. Utrecht: de Tijdstroom.
- Verwey, B., Winter, R. F. P. de, & Hemert, A. M. van (2013). De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *Psyfar*, 8(1), 20–27.
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). *Best practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg*. VUmc Amsterdam/GGZ Nederland.
- Winter, R. F. P. de, Krijger, W., Hazewinkel, M., Miedema, N., & Amerongen, A. van. (2011a). Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Psychopraktijk*, 3, 19–23.
- Winter, R. F. P. de, Krijger, W. J. G., Miedema, N., Hazewinkel, M. C., & Amerongen, A.S. van. (2011b). Observatieniveau bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie, Suppl* 53, 22.
- Winter, R. F. P. de, & Hommes, J. (2015). Suïcidaliteit, psychiatrische en juridische consequenties. *Journal Ggz en recht*, 1, 29–35.



Author Query Form

Book ID: **337159_2_NI**
Chapter No: **17**



**Bohn
Stafleu
van Loghum**

Please ensure you fill out your response to the queries raised below and return this form along with your corrections

Dear Author

During the process of typesetting your chapter, the following queries have arisen. Please check your typeset proof carefully against the queries listed below and mark the necessary changes either directly on the proof/online grid or in the 'Author's response' area provided

Query Refs.	Details Required	Author's Response
AQ1	Please check the abstract, we have considered all paragraphs before the 1st heading as part of the abstract.	
AQ2	Please check and confirm the edit made in the following sentences are correct 'In de richtlijn zijn wel...', 'Dit plan omvat vijf...'	
AQ3	Kindly check the overview start and end (Kader 17.1).	
AQ4	Please provide complete detail for the reference Miedema et al. (Under review).	
AQ5	Van Hemert et al. (2013) is cited in the text but not provided in the reference list. Please provide the respective reference in the list or delete the citation.	
AQ6	Kindly check the start and end overview (Kader 17.2).	
AQ7	Please check and confirm highlighted paragraphs (Gedurende de dag van..).	
AQ8	Please check the edit done for the reference Beurs et al. (2010a, b) (citation and in list).	

UNC