

Suïcidaal gedrag in een psychiatrische kliniek



Remco de Winter

Derek de beurs

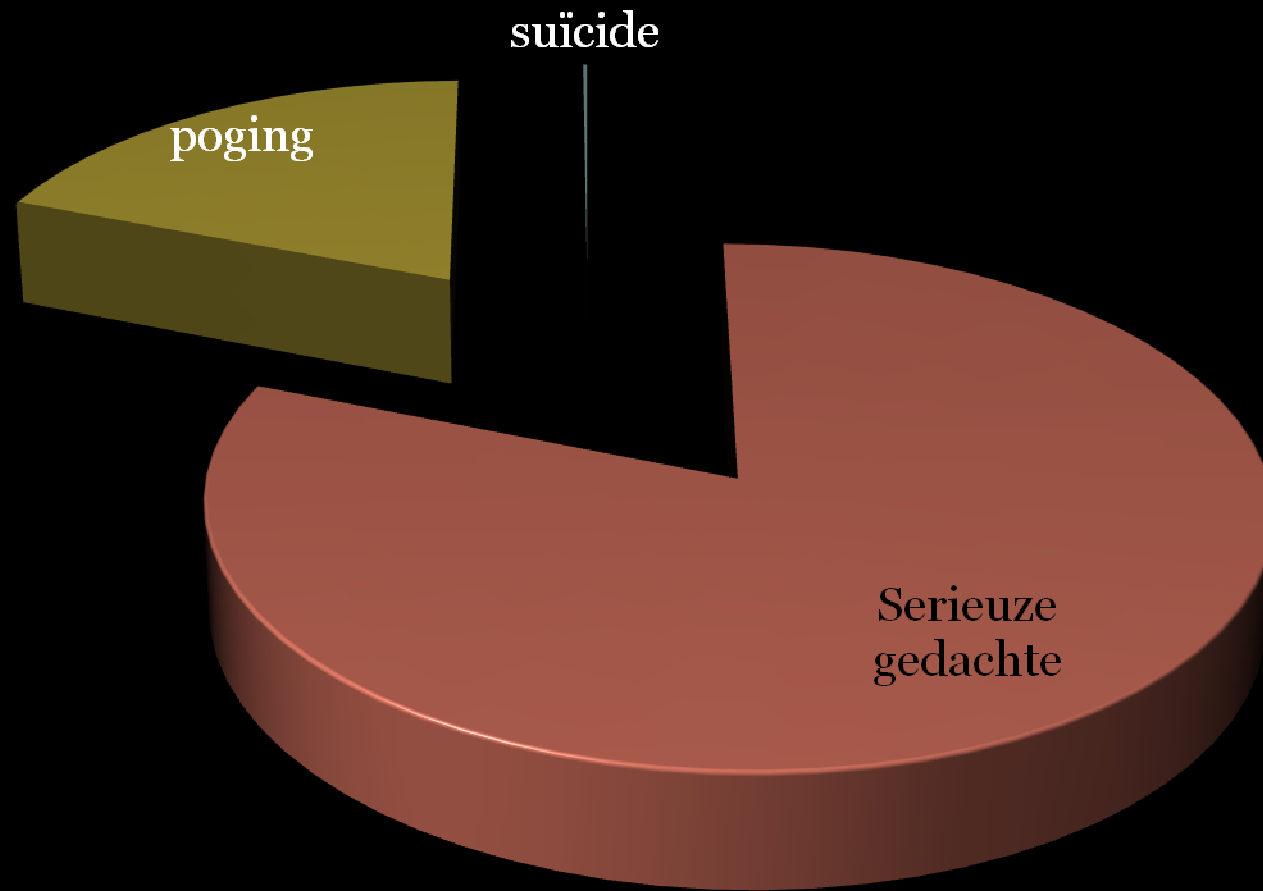
Overzicht



- Suïcidaal gedrag en opname
- Wanneer leidt risico tot opname?
- Vergroot een kliniek de veiligheid?
- Overwegingen die op beslismomenten een rol spelen.
- Uitleg faseringsplan

- Toepassen op voorbeelden

Figuur 1: Jaar prevalentie suïcidaal gedrag



Suïcidaal gedrag



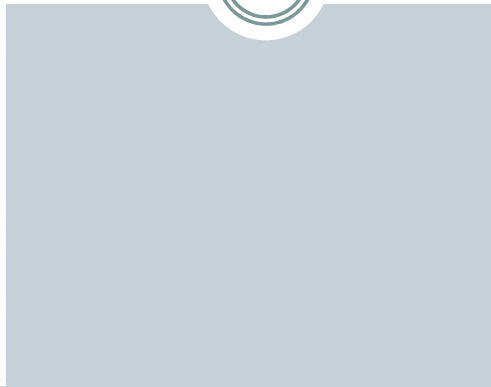
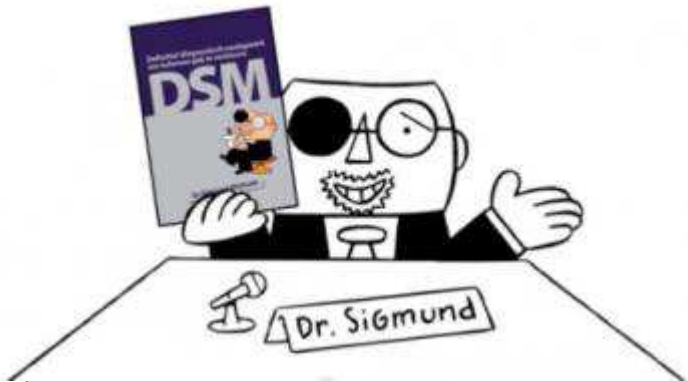
- **Suicide komt relatief weinig voor**
- Suicide te laat voor een hulpverlener/GGz?
- Bij ernstig suïcidaal gedrag > GGz

Suïcidaal gedrag in de GGZ



- Gehele populatie: $\approx 11/100.000$
- GGz Populatie: $\approx 80-90/100.000$
- “Algemene” populatie: $\approx 6-7/100.000$

Voorspellen van suicidaal gedrag?



Suicidaal gedrag in de GGZ



- 40% suïcides in behandeling GGZ....(Huisman et al 2010)
- GGZ biedt Experts diagnostiek & behandeling suïcidaal gedrag
- Mogelijkheid tot opname



Opname



Voordelen:

- Snelle (biologische) interventies mogelijk
- Observatie
- Steunsysteem ontlasten

Nadelen:

- Vals gevoel van zekerheid?
- Iatrogeen?
- Laatste redmiddel?



Suïcidaal gedrag op opname afdeling



- Concentratie ernstig suïcidaal gedrag
- Verhoogd risico suïcide (>50-80 x)
- Geen specifieke richtlijnen
- Specifieke Nederlandse setting?
- Open versus gesloten

Wat is serieus?



Voorbeeld:

- ♂ 46 jr in buik snijden
 - Depressie met melancholische en psychotische kenmerken
 - ECT.....
- Chronisch suicidaal, acute verandering ernstig acting out gedrag
 - ♀ 24 jr zeer belast verleden en ook depressie
 - Tijd.. SSRI en systeem interventies?

Helpt een opname?

- Acie verandert uitkomst.....
- Randomised trial > lethaal suicidaal gedrag
 - Groep 1 opname
 - Group 2 geen opname
- Uitkomst suicide!



Indicaties voor de behandelsetting bij suïcidaal gedrag APA 2003



Bij voorkeur opnemen

Na een suïcidepoging indien:

- patiënt psychotisch, waanachtig depressief of delirant
- poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen
- voorzorgen om ontdekking te voorkomen;
- persisterend plan of persisterende intentie
- Spijt hij/zij nog leeft en spanning is toegenomen;



Bij voorkeur opnemen

Na een suïcidepoging indien:

- Man, middelbare leeftijd of ouder,
- nieuwe psychiatrische aandoening of nieuw gedrag;
- weinig ondersteuning (inclusief huisvesting);
- uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie, zwak oordeelsvermogen of weigering van hulp;

Bij voorkeur opnemen
bij suïcidale gedachten indien:



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

Mogelijk opnemen

Na een suïcidepoging zonder eerder genoemde kenmerken of bij suïcidale gedachten:



- i.c.m. psychose/ernstige psychiatrische symptomen, TS in de voorgeschiedenis, vooral indien ernstig
- lichamelijke ziekte als bijkomende factor;
- beperkt steunsysteem (inclusief ontbreken huisvesting)
- onwerkzame ambulante of deeltijdbehandeling;



Mogelijk opnemen

Na een suïcidepoging zonder eerder genoemde kenmerken of bij suïcidale gedachten:



- gebrek medewerking ambulante of deeltijdbehandeling
- ontbrekende arts-patiëntrelatie of geen toegang tot ambulante voorzieningen;
- Noodzaak deskundige observatie, medisch onderzoek of diagnostisch onderzoek waarvoor gestructureerde setting nodig.

Mogelijk opnemen

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



- Vanuit psychiatrisch onderzoek en/of heteroanamnese aanwijzingen voor hoog suïciderisico en recente acute toename vh risico.

Mogelijk naar huis na suicide poging:



- het suïcidale gedrag een extreme reactie is op een gebeurtenis (bv zakken voor examen, relatieproblemen)
- Indien opvattingen over gebeurtenis zijn veranderd;
- het plan of de methode een geringe letaliteit heeft;
- Er een stabiele & ondersteunende omgeving is
- 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 veilige, ondersteunende omgeving en een lopende ambulante behandeling.





Veiligheidsplan/faseringsplan



- Bij iedereen taxatie en uitspraak setting binnen kliniek
- Digibord
- Dagelijkse registratie en bijstelling (werkdagen)
- Setting is bindend bij de fasering
- Zoveel mogelijk neuzen naar 1 kant

Faseringsplan



fase 5 (Rood)

Permanente observatie

**Ernstige
suïcidaliteit**

Fase 4 (Oranje)

Supervisie (verdeling)

Fase 3 (geel)

**Geen vrijheden buiten
kliniek**

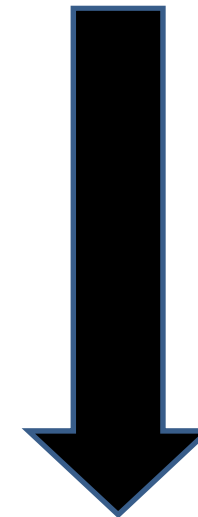
Fase 2 (Groen)

**Vrijheden buiten kliniek
(verdeling)**

Fase 1 (Blauw)

Vorbereiding ontslag

niet suïcidaal



Fase 5

permanente observatie



- *Het suïciderisico wordt als zeer hoog ingeschat.*
- *Onvermogen om betrouwbare afspraken te maken*
- *Bij patiënten die zeer oninvoelbaar zijn met onverklaarbare wisselingen.*
- *Bij “separatie” ivm suïcidaliteit > cameratoezicht*
- *Beelden worden continue weergegeven.*
- *Patiënt wordt ieder uur kort bezocht.*
- *Zo kort mogelijk, alleen nacht?*

Fase 4

Afgesproken wisselende observatie

- *Suïciderisico wordt hoog ingeschat.*
- *Betrouwbare afspraken mogelijk betreffende suïcidaliteit, hand-in-hand-begeleiding/volledig toezicht.*
- *Reële & invoelbare afspraken, permanente toezicht naar eenmaal per 15, 30 of 60 minuten.*
- *De keuze berust op een gezamenlijk oordeel,*
- *Bij controlemomenten > actief contact.*
- *Permanent toezicht alleen afgesproken indien het toezicht gewaarborgd kan worden.*
- *Zo niet, dan moet iemand in fase 5 worden geplaatst.*

Fase 3 Zonder toezicht, zonder vrijheden in een gesloten setting



- *Kan worden ingezet als er reële en invoelbaar betrouwbare afspraken te maken zijn*
- *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



- *Geen aanwijzingen (meer) voor het acute risico op suïcide*
- *Of wanneer de patiënt zeer duidelijke en reële veiligheidsafspraken.*
- *Kan met verpleging afspraken maken om een bepaalde periode buiten de afdeling door te brengen.*
- *Bijvoorbeeld met proefverlof gaan om een dag(deel) thuis te verblijven.*

Fase 1 Zonder toezicht, met vrijheden klaar voor klinisch ontslag



- *Geen aanwijzingen meer voor suïcidaliteit en/of de patiënt zeer reële afspraken hierover kan maken*
- *Klinische opname heeft geen duidelijke meerwaarde meer voor het verdere herstel*
- *Ontslag.*



Toepassen op cassussen

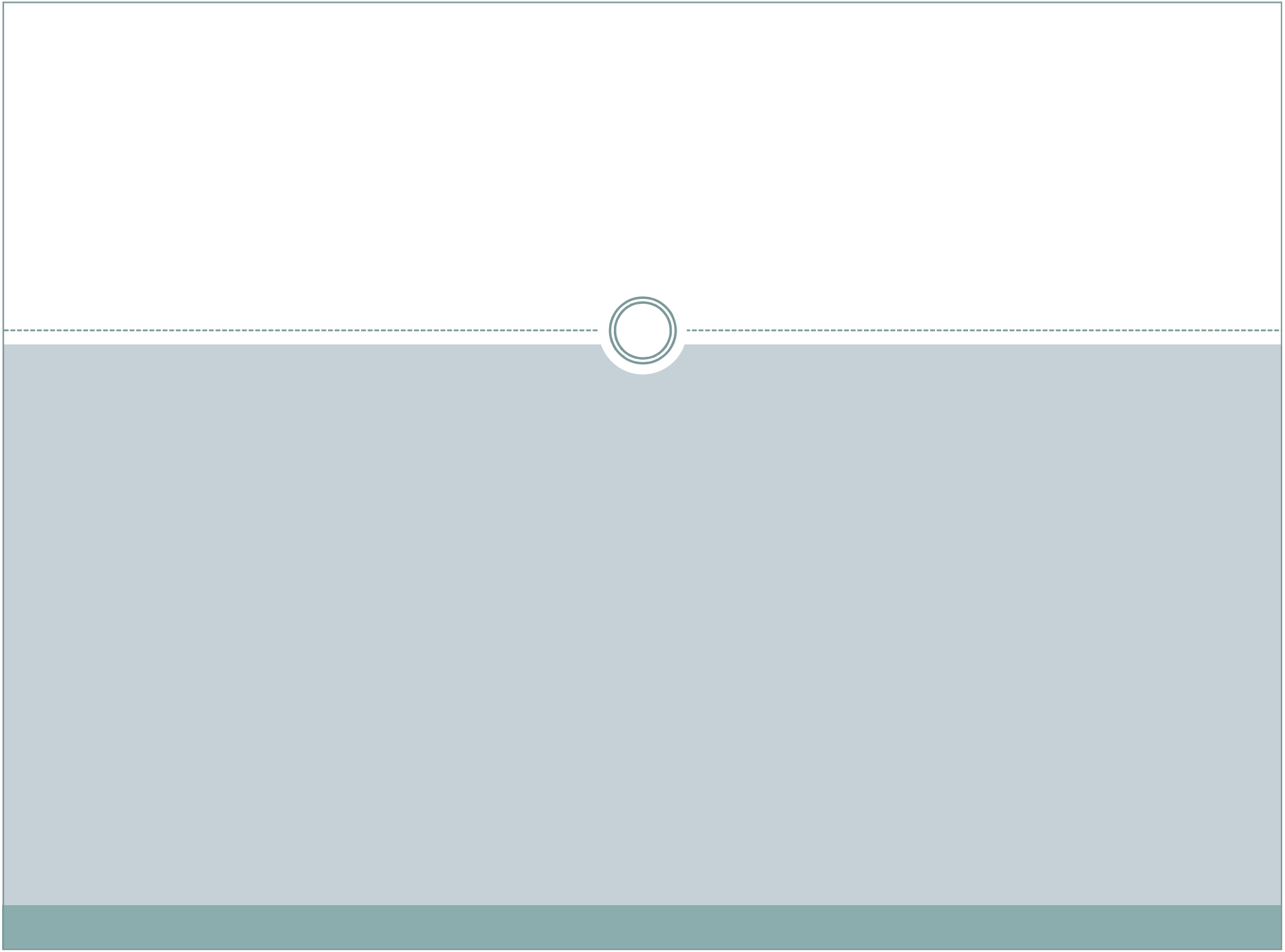


- Maak groepjes van 4 of 5 personen
- U bent lid van team psychiatrische kliniek
- U bespreekt patienten en adviesaanvragen
- U moet beslissen:
 - Opnemen ja/nee
 - Zo ja, welke fase kennen we toe?

Dank voor uw aandacht

- r.dewinter@parnassia.nl
- D.debeurs@nivel.nl
- www.suicidaliteit.nl





Vraagstelling



- Algemene kenmerken veiligheidsplan
- Kenmerken “high risk” groep
- Algemene risicoprofiel suïcide en fasering
- Ervaring van medewerkers

Suïcidaliteit



- Opnamereden bij 368 = 28.7%
- Bij iedereen taxatie en uitspraak setting
- Dagelijkse registratie en bijstelling (werkdagen)
- Setting is bindend
- Zoveel mogelijk neuzen naar 1 kant
 - Eenduidigheid en duidelijkheid

Verdeling (hoogste tijdens opname)

Fase 5 (hoog risico)	n = 45 (3.5%)
Fase 4 (hoog risico)	n = 92 (7.1%)
Fase 3 (laag risico)	n = 760 (59.5%)
Fase 2 (laag risico)	n = 359 (28.0%)
Fase 1 (laag risico)	n = 25 (1.9%)

Suïdaliteit

	Hoogste suïdaliteit (n = 1284)	Hoogste suïdaliteit hoog risico groep (n =137)
Suicide	n = 4 (0,3%)	n = 1 (0.7%)
Suicide attempt (lethal intent)	n = 41 (3.2%)	n = 25 (18.2%) ^a
Suicide attempt (non-lethal intent)	n = 78(6,1%)	n = 33 (24.1%) ^a
Suïdal tendencies	n= 82 (6,4%)	n = 21 (15.3%) ^a
Suïdal thoughts	n= 213 (16.6%)	n = 28 (20.4%)

	Laag risico	Hoog risico	Sign.
CGI	5.2	5.7	p < .001
GAF (categorised)	23.4	30.2	p < .001
Vrouwelijk geslacht	42.6%	60.6%	p < .001
Leeftijd (yrs)	39.8	34.8	p < .001
Married/living together	30%	39%	ns
Kinderen?	34.6%	36.5%	ns
Vrijwillig	63.2%	49.6%	P = .007
First admission at KCAP (<5 yrs)	42%	68%	p < .001
gesepareerd	17.8%	40.8%	p < .001
Werkeloos	70.5%	56%	p < .001
ECT behandeling	0.7%	8.7%	p < .001

	Laag risico	Hoog risico	Sign.
<u>Doelsymptomen</u>			
Suïcidaal tijdens opname	23.8%	81%	p < .001
Zelfbeschadigend	5.7 %	20%	p < .001
Manische stemming	22.2%	10.2%	P = .001
Depressieve stemming	27.7%	50.4%	p < .001
Psychotische kenmerken	53.3%	56.2%	ns
Alcohol	15.5%	3.6%	p < .001

	Laag risico	Hoog risico	Sign.
<u>DSM clusters</u>			
Depressive disorder	8%	27%	p < .001
Bipolar disorder manic	11%	2%	p = .019
Psychotic disorder	30%	19%	ns
Substance abuse	15%	12.5%	ns
Personality disorder	19.4%	8.5%	ns

**Resultaten: vragenlijst ingevuld door
36 anonieme medewerkers**



Vraag

Antwoord

%

Op de hoogte van het veiligheidsplan
(fase 1 t/m 5)?

nee

0%

Heeft de invoering meer attent
gemaakt op het risico van zelfmoord?

Altijd

28%

Vaak

41%

Soms

19%

niet

0%

Gaat het faseren in goede samenwerking
met behandelend artsen, is het een
teambeslissing?

Altijd

14%

Vaak

42%

Soms

42%

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 ?

Nee

19%

ja

81%

- Oefeningen casus.....?????

