

Workshop Suïdaliteit in de kliniek 23 november 2016

Dr de Winter en Dr de Beurs

Simulatie bespreking team-overleg binnen een kliniek

Bespreek in groepen van 4 de onderstaande casussen. U wordt als team gevraagd om consult/ De volgende beslissingen moeten worden:

- Nemen we de patient op of niet?
- Zo ja: Welke fase van het faseringplan plaatsen we de patient?

CASUS 1:

70-jarige man met, voor zover bekend, blanco psychiatrische voorgeschiedenis, presenteert zich met een wens te sterven op de SEH. Hij hoopt dat ze hem daar een bed kunnen geven om rustig te sterven. Het blijkt dat hij al weken erg slecht eet en in een vervuild huis woont, er zijn financiële problemen.

CASUS 2:

Een 22-jarige vrouw bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis wordt door de huisarts op de SEH gepresenteerd na inname van 20 paracetamol. Ze is boos op haar ouders omdat ze haar vakantie zelf moet betalen. Ze is al diverse malen opgenomen geweest en doet frequent TS, vaak voor de ogen van haar ouders. Ze belooft nu beterschap: ze zal het nooit meer doen.

CASUS 3:

Een 53-jarige gehuwde timmerman zonder psychiatrische voorgeschiedenis is werkloos geworden en drinkt te veel alcohol. Daardoor is hij recent zijn rijbewijs kwijtgeraakt. Als een deurwaarder aanbelt met een incasso ontploft hij en dreigt van de galerij te springen en de deurwaarder in zijn val mee te nemen. Hij wordt meegenomen door de politie voor beoordeling.

CASUS 4:

Een 44-jarige vrouw met meerdere trauma's waarvoor behandeling met EMDR die een jaar eerder vroegtijdig werd afgebroken en twee TS-en in de voorgeschiedenis dmv polsen snijden en mes in buik steken. Zij is suïdaal geworden nadat haar partner de relatie verbrak. Zij vindt dat ze veel fout gedaan heeft in haar leven. Tevens zeer beperkt steunsysteem, geen familie in de buurt, 2 betrokken vrienden.

CASUS 5:

Een 54-jarige man is gescheiden en mist het contact met zijn dochters, die door zijn depressieve stoornis bij moeder wonen. Zijn ex heeft een nieuwe relatie en wil samen met zijn tiener-dochters en nieuwe vriend op vakantie. Patiënt heeft meerdere opnames met o.a. Elektroconvulsietherapie (ECT) en dagbehandeling achter de rug. Anti-depressiva slaan onvoldoende aan, mede ook doordat patiënt ook met anabolen steroïde experimenteert om er breder uit te zien. Patiënt komt uit een gezin, waarin hij als jongste van 3 als enige geen universitaire opleiding heeft gehad, veel heeft meegemaakt en heeft zich altijd een "loser" heeft gevoeld. Tijdens de relatie met zijn ex heeft patiënt vooral voor zijn dochters gezorgd en is hij kostwinner geweest, zodat zijn ex kon studeren. Nu ze klaar is met de studie heeft zij de relatie beëindigd, een nieuwe goed betaalde baan en vriend gevonden en voelt patiënt zich misbruikt en nog meer een "loser". Vooral het gemis aan contact met de kinderen maakt dat hij in een tunnel van eenzaamheid komt en geen uitweg meer ziet. Hij verteld dat hij pillen in het buitenland heeft besteld en in detail uitgezocht heeft hoe hij een eind aan zijn leven kan maken.

CASUS 6:

Een 47 jarige man heeft zich proberen op te hangen. Hij is per ongeluk gevonden en is meer dan 15 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 wilt. 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 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 19 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.

Tabel 1. Fasering op een gesloten opnameafdeling

Fase 5 Separatie en cameratoezicht

Het suïciderisico wordt als zeer hoog ingeschat. Er is onvermogen 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 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 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, gezien de personele bezetting, 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

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 het acute risico op suicide 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 zeer reële afspraken hierover kan maken en een klinische opname geen duidelijke meerwaarde heeft voor het verdere herstel, kan een patiënt met ontslag.