

Taxatie en beleid rondom suicidaliteit op de afdeling KCAP, een veiligheidsplan

KCAP, Remco de Winter 2015

Inhoudsopgave:

- **Samenvatting**
-
- **Context voor de ontwikkeling van het veiligheidsplan**

- **Inleiding**

- **Suïcidaliteit:**
- **Taxatie**
 - **De taxatie van suïcidaliteit Beoordeling/meting van suïcidaliteit**

 - **Een zorgvuldige psychiatrische evaluatie**

 - **Uitvoerig inventariseren van de suïcidale gedachten, plannen en of gedrag.**

 - **Psychiatrisch onderzoek en multi axiale diagnostiek**

 - **Meting van suïcidaliteit**

 - **Weging voor de opname door de verwijzer**

 - **Risicoweging voor afdelingsbeleid**

- **Afdelingsbeleid na taxatie**

- **Veiligheidsplan bij suïcidaliteit en beleid op KCAP**

- **Literatuur**

Context voor de ontwikkeling van het veiligheidsplan

In februari en maart 2007 hebben zich 2 patiënten binnen de (oude) afdeling Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP) gesuïcideerd. Er was al meer dan 15 jaar geen suicide direct binnen de afdeling zelf geweest. De inspectie van volkgezondheid heeft naar aanleiding van deze tragische gebeurtenissen ons verzocht om een verbeteringstraject, rondom het handelen op de afdeling bij een suïcidale patiënt, te schrijven. Met dit document wordt getracht om dit te bewerkstelligen.

Inleiding:

Het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP) is een gesloten psychiatrische opname afdeling en valt onder de divisie psychiatrie van Parnassia Psycho-medisch centrum. Vanaf 1 juli 2007 zijn het APA en de KCAP samengegaan in een nieuw opgeleverde opname afdeling van 52 bedden. Het verzorgingsgebied bestrijkt den Haag, Rijswijk, Voorburg, een gedeelte van het Westland, Zoetermeer, in deze regio wonen ongeveer 700.000 mensen. Per jaar worden meer dan 1200 patiënten opgenomen op het KCAP.

Patiënten welke het KCAP worden opgenomen vertonen een zodanig gedrag bij psychiatrische symptomen dat behandeling op een gesloten opname afdeling als essentieel wordt gezien.

Meer dan de helft van de patiënten wordt opgenomen met een BOPZ maatregel. Het kan gaan om agressief, suïcidaal, onhandelbaar en/of zeer verward gedrag bij psychotische, angst, Ernstige intoxicatiebeelden en verslavingen, affectieve en/of persoonlijkheidsproblematiek symptomatologie.

De schatting is dat 30 % (Bohnen 2008) van de patiënten welke worden opgenomen op KCAP suïcidaal zijn.

Voordat patiënten worden opgenomen is er meestal al een eerste taxatie verricht door de verwijzer.

Er zijn 2 belangrijke zaken om te onderscheiden bij een opname van een patiënt:

1. de taxatie van suïcidaliteit
2. Het (gedelegeerde) (afdelings)beleid nav de taxatie van suïcidaliteit

Ad 1. de taxatie van suïcidaliteit zal in het algemeen door een arts-assistent (buiten kantooruren de voorwacht) worden verricht en zal als regel overlegd moeten worden met een psychiater (buiten kantooruren de achterwacht).

Ad 2. het beleid wat wordt bepaald door de arts en psychiater zal bindend zijn voor het beleid uit te voeren voor de behandelmedewerkers/verpleging en pas kunnen veranderen indien er anders wordt besloten door een arts assistent na overleg met een psychiater

Suïcidaliteit algemeen

Suïcidaliteit is een veel voorkomend symptoom welke wordt waargenomen bij diverse psychiatrische aandoeningen.

Iedere vorm van suïcidaliteit kan als pathologisch worden gezien aangezien iedere vorm van gedrag welke niet samenhangt met de “drift” tot overleving van een organisme dus niet bij de normale psychofysiologie hoort.

We hebben weinig valide predictieve meetinstrumenten en veel van het handelen rondom suïcidaliteit zal ingegeven worden door algemene kennis ervaring en intuïtie.

Belangrijk is om het volgende bij suïcidaliteit voor ogen te houden dat:

1. Ondanks alle te nemen maatregelen niet iedere suïcide te voorkomen is!
2. Maximale zorgvuldigheid bij de suïcidaliteitsbeoordeling moet worden betracht
3. Retrospectieve documentatie belangrijk kan zijn
4. Een klinische vertaling van “pluis en niet pluis” bij suïcidaliteit nodig is
5. Een gezond verstand, kennis, ervaring en intuïtie essentieel zijn.

Er zijn diverse gradaties van suïcidaliteit

- Zelf beschadigend gedrag
- Lethaal of suïcidaal gedrag
- Suïcidale ideatie- in gedachten met suïcide bezig zijn, er over fantaseren, er bang voor zijn, dwangmatig erover nadenken
- Suïcide intentie- het voornemen om suïcide te plegen
- Suïcide plannen- min of meer concrete ideeën over de uitvoering van suïcide
- Suïcide dreiging- impliciet of expliciet
- Tentamen suïcidi/parasuïcide- overleven van een zelfverrichte handeling die de dood ten doel had
- Suïcide- overlijden tengevolge van een zelf verrichte handeling die de dood ten doel had

I. De taxatie van suïcidaliteit

Beoordeling/meting van suïcidaliteit

Op verschillende momenten (tabel 1) is het zinvol om suïcidaliteit te beoordelen:

Belangrijk bij de beoordeling:

1. een mogelijkheid tot ingang van contact met de patiënt
2. empathisch zijn tijdens de anamnese

Kern van de suïcidaliteits beoordeling:

1. Informatie verkrijgen over de voorgeschiedenis
2. Informatie over huidige omstandigheden
3. Psychiatrische beoordeling
4. Duidelijke inschatting suïcidaliteit in verschillende stadia
5. risicofactoren
 - a. ontwikkeling
 - b. biomedisch
 - c. psychopathologisch
 - d. psychodynamisch
 - e. psychosociaal
6. Veiligheid

Tabel 1 omstandigheden voor een noodzakelijke suïcidaliteitsbeoordeling

Omstandigheden waarbij het zinnig is om suïcidaliteit te beoordelen

Crisisevaluatie spoedeisende hulp

Intake/opname

Verandering van behandelingssetting (bv van gesloten naar open ed)

Plotselinge verandering van het klinische beeld, presentatie van suïcidaliteit

Ontbreken van vooruitgang of plotselinge verslechtering van het klinische beeld

Ervaring van plotselinge stress (financieel, relationeel, schaamte, vernedering)

Ontstaan van fysieke (somatische) problemen

A. Een zorgvuldige psychiatrische evaluatie

Verder wordt er in gegaan op suïcide risicofactoren

1. Specifieke psychiatrische symptomen en gedrag nagaan welke samengaan met een hoog suïcide risico:
 - a. agressie,
 - b. geweld naar anderen,
 - c. impulsiviteit,
 - d. hopeloosheid,
 - e. agitatie,
 - f. angst (subjectief gevoel van angst),
 - g. anhedonie,
 - h. paniek,
 - i. psychotische symptomen (of gedrag wat daar op wijst).
2. Voorgeschiedenis suïcidaal gedrag, intenties en/of zelf beschadigend gedrag:
 - a. Hoe serieuzer in het verleden hoe hoger het risico,
 - b. Combinatie eerdere poging met middelen,
 - c. Toenmalige poging en dynamiek (toevallig gevonden of duidelijk over gecommuniceerd)
3. Voorafgaande behandeling en informatie inwinnen bij (vorige) behandelaar
4. Familiair voorkomen van psychiatrische ziekten en/of van suïcide en indien dit zo is hoe en onder welke omstandigheden.
 - a. Verder ook van belang, vroege ontwikkeling, misbruik, verwaarlozing ed.
5. Huidige psychosociale omstandigheden (stressoren):
 - a. Relationeel,
 - b. Genderproblematiek,
 - c. Verlies,
 - d. Werk
 - e. opleiding
6. Kwetsbaarheid en draagkracht inventariseren
 - a. Coping stijlen
 - b. Persoonlijkheidskenmerken

- c. Manier van denken
- d. Ontwikkeling

B. Uitvoerig inventariseren van de suïcidale gedachten, plannen en of gedrag.

Hoe vaker en uitgebreider de gedachten hoe groter het risico

1. Uitgebreid informeren en niet voorzichtig zijn of de angst dat het mensen op gedachten brengt. Uiteraard met de juiste empathische benadering.
 - a. **Zie hiërarchische opbouw van vragen in tabel 2**
 - b. Ook bij ontkenning toch aanvullende vragen stellen
 - c. Heteroanamnese

Tabel 2 Hiërarchische opbouw rondom anamnese van suïcidaliteit

Enkele vragen welke gebruikt kunnen worden bij de anamnese rondom suïcidaliteit

Start met vragen over hoe de patiënt voelt en denkt over het “leven”

Heb je ooit gedacht dat het niet waard is om te leven?

Heb je wel eens gedacht dat je kon gaan slapen en hoopte niet meer wakker te worden?

Vervolg met meer specifieke vragen

Heeft u recent aan de dood gedacht?

Is het ooit zo ver gekomen dat u zich zelf iets wilde aandoen?

Indien er gedachten zijn rond suïcide en/of zelfbeschadiging

Wanneer voor het eerst gedachten opgemerkt?

Wat leidde tot de gedachten (uitgebreid)?

Hoe vaak komen de gedachten voor?

Hoe dichtbij een werkelijke intentie kwam u?

Hoe waarschijnlijk is het dat u in de toekomst suïcide verricht?

Bent u ooit gestart met een daad (mes, pistool pakken ed.) maar stopte u op tijd?

Wat gebeurt er als u zich daadwerkelijk suïcideert? (herboren worden, vlucht ed.)

Heeft u specifieke plannen, en zo ja welke?

Heeft u wapens?

Heeft u specifieke voorbereidingen verricht (testament, financiële afhandeling, specifieke zaken gekocht, begrafenis geregeld ed.)

Heeft u over de specifieke gedachte met iemand anders gesproken?

Hoe ziet de toekomst er voor u uit?

Wat kan er voor zorgen dat u zich minder hopeloos voelt?

Wat voor zaken doen u zich minder suïcidaal voelen?

Welke zaken zorgen ervoor dat u zich hopeloos voelt?

Als de gedachten rond suïcidaliteit beginnen, wat doet u dan?

Indien er een poging is verricht (uiteraard zijn er veel vragen die boven staan hierbij van toepassing)

Wat waren de gedachten wat leidde tot de daad?

Wat dacht u dat er ging gebeuren?

Zocht u achteraf hulp?

Ging u ervan uit dat u zou worden gevonden of was het meer toeval dat het ontdekt werd door derden?

Hoe voelt u zich achteraf?

Wat was de behandeling achteraf?

Is u visie thans veranderd?

Zij er andere momenten geweest waarop u een poging heeft verricht?

Bij patiënten met recidiverende pogingen (zie uiteraard ook boven)

De hoeveelste keer is deze daad?

Wanneer was de laatste daad?

Kan u uw gedachten beschrijven op het moment dat u het meest serieus dacht aan suïcide?

Wat was uw meest serieuze poging?

Wat leverde het op en wat gebeurde er achteraf?

Indien de patiënt psychotisch is

Kan u de gehoorshallucinaties beschrijven?

Wat zeggen de stemmen?

Hoe gaat u met de stemmen om?

Bent u ooit op de stemmen in gegaan?

Hebben de stemmen u wel eens gedwongen om u zichzelf iets aan te doen?

Vreest u voor ernstige ziekte? Is er iets mis?

Bent u wel eens bezorgd over bepaalde zaken waarvan anderen zeggen dat er niets aan de hand is?

Voelt u zich schuldig?

Overweging van gevaar voor anderen

Heeft u wel eens het idee dat er anderen schuldig aan uw lijden zijn?

Zijn er anderen waar u mee zal willen sterven?

Zijn er anderen die niet zonder u zullen kunnen doorgaan?

2. Nagaan van een plan voor suïcide.
 - a. Letaliteit van de intentie
 - b. Geen plan dan nagaan onder welke omstandigheden
3. De ernst nagaan van de suïcidaliteit
 - a. Nagaan van de letaliteit
 - b. Nagaan van de methode
4. Limitatie begrijpen van meetmethoden
 - a. Schaal voor suïcide ideatie
 - b. Suïcide intentie schaal

Beperking veel vals positieven en negatieven

B. Psychiatrisch onderzoek en multi axiale diagnostiek

In tabel 3 worden de life time rates van diverse aandoeningen genoemd, de cijfers wisselen nogal in de literatuur deze tabel is overgenomen uit de APA guideline.

- a. 90% van de patiënten die sterven door suïcide hebben 1 of meer psychiatrische stoornissen
- b. As 3 ook belangrijk (somatiek is gerelateerd met ↑ suïcide)
- c. Stressoren (plotselinge werkeloosheid, interpersoonlijk verlies, sociale isolatie, relatieproblemen gerelateerd met ↑ suïcide).

Tabel 3 psychiatrische ziekten

Psychiatrie en risico op suïcide in gradatie	Life time rate suïcide
1 Eerdere pogingen	27.5%
2 Eetstoornissen (Anorexia)	> 20 % (letaliteit door somatiek)
3 Stemmingstoornis	14.6%
4 sedativum afhankelijkheid	(10%) veel psychiatrische comorbiditeit
5 Middelen misbruik	14.7%
6 bipolaire stoornis	15.5%
7 Opioid afhankelijkheid	(10%) veel psychiatrische comorbiditeit
8 Dysthymie	8.6%
9 OCD	8.2%
10 Paniek	7.2%
11 Schizofrenie	6%
12 Persoonlijkheidsstoornis	5.1% (3-9%)
13 Alcoholmisbruik	(europa?<>VS)11-15 vs3.4%
14 psychiatrische aandoeningen ontstaan in de kindertijd	?
15 Cannabis misbruik	(10%) veel psychiatrische comorbiditeit

D. Meting van suïcidaliteit en risicofactoren

In tabel 3 staat een opsomming van risicofactoren en beschermende factoren het is belangrijk dat er met veel zaken rekening wordt gehouden enkele aanvullingen zonder volledig te willen zijn:

- a. Risicofactoren interacteren bv comorbide somatiek bij depressie is groter dan de som indien geïsoleerd naaste elkaar
- b. A risicofactoren zijn groter als: er beschikbaarheid is over letale middelen (vuurwapens, landbouwgif, grote hoeveelheden medicatie ed) er een recente (ernstige) poging is geweest, er een afscheidsbrief is.
- c. Uiteraard is er sprake van individuele variabiliteit.
- d. Er is per definitie sprake van een lage voorspellende waarde

Tabel 4 Factoren geassocieerd met een verhoogd risico (onderstreept of **B**) en factoren geassocieerd met een verminderd risico voor suïcide

<p>1) Suïcidale gedachten Suïcidale ideeën (nu en verleden) Suïcidale plannen (nu en verleden) <u>Suïcide pogingen (nu en verleden)</u> Letaliteit plannen of poging (nu en verleden) Intentie</p>	<p>8) Demografische kenmerken mannelijk Alleenstaand, gescheiden, weduw(e)(naar) (vooral man) Oudere leeftijd Adolescentie Blank (VS), Surinaams (NL) Homoseksueel, biseksueel</p>
<p>2) Psychiatrische diagnoses <u>Depressieve stoornis</u> <u>Bipolaire stoornis</u> Schizofrenie Anorexia nervosa Alcohol/Middelengebruik Cluster B Comorbiditeit (as I en/of as II)</p>	<p>9) Additionele factoren <u>beschikbaarheid vuurwapens</u> <u>middelen gebruik/intoxicaties</u> instabiele slechte therapeutische relatie</p>
<p>3) Fysieke ziekte Ziekten CZS (incl Huntington (2.9), MS, RM laesie 3.82) epilepsie (5.11)) Neoplasmata (1.8) HIV/AIDS (6.58) Maagzweer Evenwichtstoornissen COPD (vooral mannen) Hemodialyse (chronisch) Pijnsyndromen Functionele beperking</p>	<p>B) beschermende factoren (Thuiswonende) kinderen Verantwoordelijkheidsgevoel naar familie Religie Levenstevredenheid Positieve realiteitstoetsing Probleemoplossend vermogen Positieve sociale hulp Positieve therapeutische relatie</p>
<p>4) Psychosociale factoren <u>Recent verlies of ontbreken sociale steun</u> Werkeloosheid <u>Alleen wonen/sociale isolatie</u> Verlies van of lage socio-economische status Slechte band met familie Huiselijk geweld Recente ernstige stress</p>	
<p>5) Misbruik in het verleden Seksueel/fysiek misbruik</p>	
<p>6) Genetisch en familiale aspecten Familiäre belasting van suïcide Familiäre belasting psychiatrische aandoeningen</p>	
<p>7) Psychologische aspecten <u>Hopeeloosheid</u> Psychische pijn Ernstige/chronische angst, paniek aanvallen Schaamte of vernedering Laag zelfbeeld Psychologische “draaikolk” Extreme narcistische gevoeligheid Impulsiviteit Agressie (ook naar anderen gericht) Agitatie Gedrags problemen?</p>	

E. Weging voor de opname door de verwijzer

Voordat een patiënt opgenomen wordt is er meestal al een traject verlopen. In de setting bij Parnassia zal meestal het bureau 24-uurszorg (de crisisdienst) al een beoordeling hebben verricht. Tabel 5 laat geeft praktisch weer voor welke behandelsetting in een bepaalde “situatie” gekozen kan worden.

Tabel 5 *Selectie van een behandelsetting voor suïcidale patiënten*

Richtlijn voor de selectie van een behandelsetting voor suïcidale patiënten

1) Opname noodzakelijk

Na een suïcide poging en patiënt is:

Psychotisch

Poging was in intentie lethaal, gewelddadig en/of opzettelijk

Gevaar naar anderen

Maatregelen genomen om niet ontdekt te worden

Plan is persistent of intentie aanwezig

Spanning is toegenomen en patiënt wil niet overleven

Patiënt is man en ouder dan 45 jaar vooral indien recent ontstaan van psychiatrie met suïcidale gedachten.

Ontbreken van sociaal steunsysteem of onbetrouwbaar steunsysteem, instabiele woonsituatie

Actuele impulsiviteit, ernstige agitatie, weigering van hulp

Verandering van geestestoestand door somatiek

Huidige presentatie van intentie:

Specifiek lethaal plan

Ernstige suïcidale intenties

2) Opname meestal noodzakelijk

Na een poging of huidige suïcidale ideatie/plannen (anders dan boven):

Met psychose

Depressie

Andere psychiatrie iez

TS in de voorgeschiedenis (vooral ernstige)

Andere somatiek

Weinig respons of geen coöperatie bij huidige behandeling

Toezicht ivm ECT en/of andere specifieke behandelingen

Noodzakelijke observatie, nadere diagnostiek

Verminderd sociaal steunsysteem, instabiele woonsituatie

Therapie ontrouw non-compliance falende behandelrelatie

Voorgeschiedenis bekend met een hoog risico of onvoorspelbaarheid of snelle verandering.

3) Vervolgbehandeling buiten een kliniek

Na een poging of suïcidale ideatie/plannen:

Duidelijk gerelateerd aan stress welke overtuigend gerelativeerd kan worden en “voorbij” is.

Lage letaliteit poging/plan

Stabiël steunsysteem en hulpvaardige omgeving

Patiënt is coöperatief en gaat akkoord met behandeling, vervolgbehandeling en/of nabehandeling

4) Eventuele “contra-indicatie” voor opname

Chronisch suïcidaal en/of zelfbeschadigend gedrag zonder voorafgaande ernstige pogingen.

Veilige en ondersteunde omgeving en poliklinische nazorg zijn mogelijk.

Risicoweging van suïcidaliteit voor afdelingsbeleid

De beoordeling en daaruit voortvloeiende risicoweging van suïcidaliteit en het (gedelegeerde) (afdelings)beleid vloeit uiteindelijk voort uit het klinisch oordeel welke is gevormd door:

- De contactlegging
- De beoordeling van een eventuele poging
- Het psychiatrisch onderzoek
- Het nagaan van de risicofactoren
- Na het verzamelen van aanvullende informatie

De risicoweging blijft een zeer lastig beschrijfbaar proces en het is vooral zaak dat de verantwoordelijkheden duidelijk zijn en bij iedere vorm van risicoweging bij suïcidaliteit moet de verantwoordelijkheid gedeeld worden door een supervisor/achterwacht.

II. Het afdelingsbeleid na taxatie en risicoweging bij suïcidaliteit

Indien een patiënt met suïcidaliteit opgenomen wordt is het essentieel dat na de risicoweging er beleid wordt ingezet rondom de behandelsetting en er moet voor een van de mogelijkheden uit tabel 6 worden gekozen.

Dit is in de praktijk een lastige zaak aangezien we het verblijf op de afdeling zo prettig mogelijk willen maken en we weten dat separatie beleid en het ontnemen van vrijheden als het verblijf in de regel als onprettiger maakt. Er zijn veel tegenstrijdige belangen en het mag duidelijk zijn dat bij een onterechte suïcidaliteitsbeoordeling waaruit een ernstige vrijheidsbeperking voortvloeit dit ook weer diverse (iatrogene) consequenties kan hebben. Het vertrouwen in een vervolgbehandeling kan zodanig worden dat iemand zich na ontslag uit zorg zal onttrekken maar ook praktisch kan het indienen van een klacht binnen of buiten de organisatie een arbeidsintensieve nasleep geven.

Toch moet er na optimaal documenteren en op basis van de maximale zorgvuldigheid bij de suïcidaliteitsbeoordeling tot een risicoweging gekomen worden welke leidt tot de beslissing voor het beleid en de behandeling op een afdeling. Deze beslissing zal geverifieerd moet worden met een psychiater.

Tabel 6. laat de mogelijke beslissingen zien

Tabel 6: Setting van de opnamen op een gesloten opnameafdeling

Gesloten opname afdeling:	
Fase 5 (rood)	Separatie
Fase 5a	Separatie en noodmedicatie en fixatie
Fase 5b	Separatie en noodmedicatie
Fase 5c	Separatie
Fase 5d	Separatie met mobilisatie en tijdens mobilisatie met permanent toezicht
Fase 2 (oranje)	Afgesproken toezicht
Fase 4a	Zonder vrijheden met permanent toezicht
Fase 4b	Zonder vrijheden minimaal per 15 minuten contact
Fase 4c	Zonder vrijheden per minimaal 30 minuten contact
Fase 4d	Zonder vrijheden per 60 minuten contact
Fase 3 (geel)	Gesloten opname zonder afgesproken toezicht maar zonder vrijheden
Fase 2 (groen)	Vrijheden buiten de afdeling
Fase 2a	Met vrijheden 3 X 15 minuten
Fase 2b	Met vrijheden 3 X 30 minuten
Fase 2c	Met vrijheden 3 X 60 minuten
Fase 2d	Met vrijheden op afspraak
Fase 1 (blauw)	Voorbereiding op klinisch ontslag
Fase 1a	Gedeeltelijk ontslag
Fase 1b	Deeltijdbehandeling

Het is voorstelbaar dat er bij zeer ernstige suïcidaliteit er geen andere optie mogelijk is dan separeren. Dit is wel een maatregel waar zeer veel bezwaren aan vast zitten want het ontnemt de autonomie van een patiënt en door de separeer setting zal in het algemeen de stemming niet verbeteren. Het is belangrijk om flexibel om te gaan met het beleid en bij iedere

mogelijke verandering welke ook in tabel 1. zijn genoemd een taxatie met afspraken rondom beleid te verrichten.

Fase 5 (Separeren) moet als uiterste worden ingezet bij het volgende:

- Het onvermogen om reële afspraken te maken bij suïcidaliteit voortkomende bij psychotische beelden (imperatieve gehoorhallucinaties), depressie met suïcidaliteit (psychotisch, niet psychotisch) en hand in hand contact is niet mogelijk. (Oninvoelbaarheid en onverklaarbare wisselingen van het beeld zijn eveneens belangrijk voor de taxatie.) De ernst van het beeld zal bepalen welke gradatie binnen fase 1 zal plaatsvinden

Fase 4 (Afgesproken toezicht) moet worden ingezet:

- Eveneens bij het onvermogen om reële afspraken te maken bij suïcidaliteit voortkomende bij psychotische beelden (imperatieve gehoorhallucinaties), depressie met suïcidaliteit (psychotisch, niet psychotisch) echter met hand in hand contact veiligheid en volledig zicht mogelijk. Pas als er reële en invoelbare afspraken mogelijk zijn kan het permanente toezicht worden verminderd en verminderd worden naar eenmaal per 15 minuten. Het is belangrijk om te beseffen dat deze fase alleen afgesproken kan worden als de personele bezetting zodanig is dat het toezicht gewaarborgd kan worden zo nee dan moet iemand naar fase 5

Fase 3 (gesloten, zonder toezicht en zonder vrijheden)

- kan pas worden ingezet als er vertrouwen is in de patiënt en er reëel en invoelbare afspraken te maken zijn rondom suïcidaliteit. Bij inschatting van manipulatie middels suïcidaal gedrag zal sneller het risico worden genomen worden om in fase 2 en fase 1 te komen.

Fase 2. (met gerichte vrijheden buiten de afdeling)

- Indien er geen aanwijzingen meer zijn voor suïcidaliteit of indien patiënt zeer duidelijke reële afspraken kan maken rondom suïcidaliteit is deze fase mogelijk.

Fase 1. is voorbereiding op het klinisch ontslag

- Indien er geen duidelijke aanwijzingen meer zijn voor suïcidaliteit en/of indien patiënt zeer duidelijke reële afspraken kan maken rondom suïcidaliteit en er is klinisch geen duidelijke meerwaarde voor het verdere herstel.

- **Samenvatting:**

Iedere opgenomen patiënt op KCAP dient beoordeeld te worden op suïcidaliteit. Verder zal er tijdens de opname bij een verandering van het psychiatrisch ziektebeeld of bij andere belangrijke veranderingen een globale beoordeling van suïcidaliteit plaats moeten vinden. Indien er aanwijzingen zijn voor suïcidaliteit zal er een taxatie van suïcidaliteit moeten worden verricht waarna een risicoweging zal worden gedaan welke zal worden overlegd met een psychiater.

De taxatie zal bestaan uit:

- Een zorgvuldige psychiatrische evaluatie
- Een inventarisering van suïcidale gedachten, plannen en/of gedrag waarbij er specifiek aandacht moet zijn voor de opbouw van de anamnese.
- Het Psychiatrisch onderzoek zal moeten plaatsvinden met aandacht voor comorbiditeit.
- In kaart brengen van risicofactoren
- De risicoweging door de clinicus

De risicoweging zal door de clinicus beschreven worden en leiden tot het inzetten van een beleid en behandeling welke zonder nieuwe beoordeling door een clinicus gehandhaafd dient te worden door de afdelingsmedewerkers.

Er zijn 5 belangrijke beslissingen welke genomen worden rondom de setting en fase van de behandeling:

rood: separeren

- c. Indien suïcidaliteit hoog en reëel wordt ingeschat en er is geen permanent toezicht beschikbaar of dit is volgens de inschatting ontoereikbaar

Oranje: met afgesproken toezicht

- d. Indien suïcidaliteit hoog en reëel wordt ingeschat en permanent toezicht is beschikbaar er kan pas naar minder permanent toezicht worden overgegaan na een nieuwe inschatting

Geel: gesloten, zonder toezicht en zonder vrijheden

- e. Bij goede reële afspraken en bij vertrouwen van de clinicus echter wel vorm van toezicht nodig

Groen: (met gerichte vrijheden buiten de afdeling)

- f. Bij goede reële afspraken en bij vertrouwen van de clinicus

Blauw: voorbereiding op klinisch ontslag

Literatuur

- 1) American Psychiatric Association (APA) workgroup on suicidal behaviours. *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2003.
- 2) Bohnen S. Master thesis faculteit sociale wetenschappen UL.
- 3) Dhossche DM. *Suicidal behaviour in psychiatric emergency room patients*. South Med J 2000; 93: 310-4.
- 4) New Zealand guidelines group (NZGG). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington, New Zealand: New Zealand guidelines group, 2003
- 5) R.I. Simon ed. *Assessing and managing suicide risk* American Psychiatric Pub Group 2004
- 6) Shea, SC. *The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation*. J. Clinical Psychiatry 1998 (suppl 20) : 58-72