

# **Taxatie en beleid rondom suicidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling, een veiligheidsplan.**

KCAP, januari 2013

## **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 suïcide direct binnen de afdeling geweest. De inspectie van volkgezondheid heeft naar aanleiding van deze tragische gebeurtenissen ons verzocht om een veiligheidsplan, 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 de APA en het 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 1300 patiënten opgenomen op het KCAP.

Patiënten welke op 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 Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (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.

Suïcidaliteit speelt bij rond de 30 % van de patiënten opgenomen op het KCAP een rol ([www.geslotenpsychiatrie.nl](http://www.geslotenpsychiatrie.nl)).

Bij de anamnese van iedere opgenomen patiënt hoort een inschatting van de suïcidaliteit; bij aanwijzingen voor suïcidaliteit dient er uitgebreider onderzoek gedaan te worden.

Voordat patiënten worden opgenomen is er meestal al een eerste taxatie verricht door de verwijzer. Vanuit het bureau 24-uurszorg (Prof. dr. AM. van Hemert) is er een document verschenen rondom de psychiatrische beoordeling na een suïcidepoging en de Geneesheer directeur heeft een document rondom de behandeling van de suïcidale patiënt uitgebracht. Dit document moet gezien worden in samenhang met de 2 andere documenten.

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

1. de taxatie van suïcidaliteit
2. Het (gedelegeerde) (afdelings)beleid n.a.v. 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). Dit dient zorgvuldig geregistreerd te worden in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) door de arts-assistent en besproken te worden met de psychiater (achterwacht), welke de casus en weging kritisch moet bekijken.

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**

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

Enkele belangrijke zaken en overwegingen bij suïcidaliteit zijn:

1. Ondanks alle te nemen maatregelen helaas niet iedere suïcide te voorkomen is!
2. Maximale zorgvuldigheid bij de suïcidaliteitsbeoordeling moet plaatsvinden.
3. De voorgeschiedenis belangrijk is en ook gebeurtenissen voorafgaande aan de opname..
4. Een klinische vertaling van “pluis en niet pluis” bij suïcidaliteit belangrijk is.
5. Een gezond verstand, kennis, ervaring en intuïtie van belang zijn bij de beoordeling.

## Het afdelingsbeleid na taxatie en risicoweging bij suïcidaliteit

### Risicoweging van suïcidaliteit voor het afdelingsbeleid

De beoordeling van de patiënt en de daaruit voortvloeiende risicoweging van suïcidaliteit en het (gedelegeerde) (afdelings)beleid komt uiteindelijk voort vanuit 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 van suïcidaliteit blijft een zeer lastig beschrijfbaar proces en de verantwoordelijkheden moeten duidelijk moeten, en dat bij iedere vorm van risicoweging bij suïcidaliteit de verantwoordelijkheid gedeeld moet worden door een supervisor/achterwacht. 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 1** worden gekozen. Deze risicoweging is dynamisch en het betekent dat het iedere dag kan veranderen, waarbij het van essentieel belang is dat het bij verandering ook in het Elektronisch Patienten Dossier wordt aangepast onder de contactverslagen.

**Tabel 1:** Setting van de opnamen op een gesloten opnameafdeling

<b>Gesloten opname afdeling:</b>	
<b>Fase 5 (rood)</b>	<b>Separatie</b>
<b>Fase 4 (oranje)</b>	<b>Afgesproken toezicht</b>
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
<b>Fase 3 (geel)</b>	<b>Gesloten opname zonder afgesproken toezicht maar zonder vrijheden</b>
<b>Fase 2 (groen)</b>	<b>Vrijheden buiten de afdeling</b>
<b>Fase 1 (blauw)</b>	<b>Voorbereiding op klinisch ontslag</b>
<b>Fase 0 (geen kleur)</b>	<b>Geen suïcidaliteit</b>

De keuze van setting is vaak een lastige afweging aangezien we het verblijf op de afdeling zo prettig mogelijk willen maken en we weten dat bijvoorbeeld separatie beleid en het ontnemen van vrijheden, het verblijf 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 geschaad dat iemand zich na ontslag uit zorg zal onttrekken. Ook kan het indienen van een klacht binnen of buiten de organisatie een intensieve 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 altijd geverifieerd moeten worden met een psychiater.

Het is voorstelbaar dat er bij een inschatting van een 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)

Kleuraanduiding: rood

Dit wordt uitsluitend ingezet in de volgende situatie:

- Het suïciderisico wordt als hoog ingeschat. Er is onvermogen om met de patiënt reële afspraken te maken betreffende suïcidaliteit, waarbij hand in hand begeleiding op de afdeling niet mogelijk is, door bijvoorbeeld onvoldoende personeel. Overige situaties waarbij voor deze fase gekozen kan worden is bij patiënten die zeer oninvoelbaar zijn en waarbij sprake is van onverklaarbare wisselingen van het toestandsbeeld. Separatie dient voor een zo kort mogelijke periode plaats te vinden. Het kan bijvoorbeeld in de nacht gebruikt worden als er te weinig personeel aanwezig is voor hand in hand begeleiding. Bij separatie in verband met suïcidaliteit vindt cameratoezicht plaats wat op twee centrale verpleegposten continue weergegeven wordt. Verder wordt iemand ieder uur kort bezocht. De patiënt komt de volgende dag bij een volledige personele bezetting uit de separeer voor permanent toezicht op de afdeling. Separatie in verband met suïcidaliteit mag in principe niet langer duren dan een half dagdeel.

Fase 4 (afgesproken toezicht)

Kleuraanduiding: oranje

- Het suïciderisico wordt als hoog ingeschat. Er is onvermogen om reële afspraken te maken met de patiënt 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 zal verblijven of in het zicht van een medewerker verblijft. 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 en intuïtie van de behandelaar. Bij de controlemomenten wordt door de verpleging contact gezocht met de patiënt, indien de situatie dit toelaat geschiedt het contact verbaal. 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 de personele bezetting zodanig is, dat het toezicht gewaarborgd kan worden. Zo niet, dan zal iemand in fase 5 moeten worden geplaatst.

### Fase 3 (gesloten, zonder toezicht en zonder vrijheden)

#### Kleuraanduiding: geel

- Deze fase kan worden ingezet als er met de patiënt reële en invoelbare afspraken te maken zijn rondom suïcidaliteit. Het risico wordt als verhoogd geschat, echter niet direct op de afdeling. De patiënt krijgt geen individuele vrijheden buiten de afdeling.

### Fase 2 (gerichte vrijheden buiten de afdeling)

#### Kleuraanduiding: groen

- Indien er geen aanwijzingen (meer) zijn voor het risico op suïcide of indien de patiënt zeer duidelijke reële veiligheidsafspraken kan maken rondom suïcidaliteit, is deze fase mogelijk. De patiënt kan met 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 (voorbereiding op het klinisch ontslag)

#### Kleuraanduiding: blauw

- Indien er geen aanwijzingen meer zijn voor suïcidaliteit en/of indien patiënt zeer reële afspraken kan maken rondom suïcidaliteit en een klinische opname geen duidelijke meerwaarde voor het verdere herstel is, kan een patiënt met ontslag.

### Fase 0 (er is geen sprake van suïcidaliteit)

#### Geen kleuraanduiding

- Er zijn geen aanwijzingen voor suïcidaliteit en de behandeling moet zich op andere symptomatologie richten. Uiteraard blijft de taxatie van suïcidaliteit ook bij deze fase van belang.

- **Samenvatting:**

Iedere patiënt die op de gesloten acute opnameafdeling van Den Haag, het KCAP, opgenomen wordt, dient beoordeeld te worden op suïcidaliteit. Bij een verandering van het psychiatrisch ziektebeeld of bij andere belangrijke veranderingen zal er altijd weer een globale beoordeling van suïcidaliteit plaats moeten vinden. Indien er dan (weer) aanwijzingen zijn voor suïcidaliteit zal er wederom een taxatie van suïcidaliteit moeten worden verricht, waarna een risicoweging zal worden gedaan, welke zal worden overlegd met het team en een eindverantwoordelijke.

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 6 belangrijke beslissingen welke genomen worden rondom de setting en fase van de behandeling:

5. Rood: separeren
  - Indien suïcidaliteit hoog en reëel wordt ingeschat en er is geen permanent toezicht beschikbaar of dit is volgens de inschatting ontoereikbaar
4. Oranje: met afgesproken toezicht
  - 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.
3. Geel: gesloten, zonder toezicht en zonder vrijheden
  - Bij goede reële afspraken en bij vertrouwen van de clinicus, echter er is wel een vorm van toezicht nodig.
2. Groen: (met gerichte vrijheden buiten de afdeling)
  - Bij goede reële afspraken en bij vertrouwen van de clinicus
1. Blauw: voorbereiding op klinisch ontslag
0. Geen suïcidaliteit

## 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) Dhossche DM. *Suicidal behaviour in psychiatric emergency room patients*. South Med J 2000; 93: 310-4.
- 3) New Zealand guidelines group (NZGG). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington, New Zealand: New Zealand guidelines group, 2003
- 4) R.I. Simon ed. *Assessing and managing suicide risk* American Psychiatric Pub Group 2004
- 5) 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
- 6) [www.geslotenpsychiatrie.nl](http://www.geslotenpsychiatrie.nl)
- 7) van Hemert e.a.. *Multidisciplinaire richtlijn. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Trimbos instituut, 2012