

Fasering bij suicidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling.

(R)emco. (F.P.) de Winter, psychiater, afdelingshoofd-zorg *

**W. (J).acomien G. Krijger Assistent Geneeskundige in opleiding tot klinisch
onderzoeker**

(M)irjam (C)Hazewinkel, psycholoog, promovendus.

(N)arda Miedema psycholoog junior onderzoeker

(A)rlette (S) van Amerongen, psychiater

***Klinisch Centrum Acute Psychiatrie Parnassia Bavogroep Den Haag Nectarinestraat
10 2552 LZ Den Haag r.dewinter@parnassia.nl**

Inleiding

Iedere psychiatrische patiënt die klinisch wordt opgenomen behoort te worden beoordeeld op suïcidaliteit. Vervolgens dient er een risicotaxatie te worden verricht waarbij de mate van toezicht zal worden bepaald.

In dit artikel wordt ingegaan op de achtergrond van een veiligheidsplan rondom toezicht en ervaringen met dit plan.

Suicide op een acute geslotenopnameafdeling

In het voorjaar van 2007 wordt een 29-jarige vrouw op de acute psychiatrische afdeling in Den Haag opgenomen in verband met suïcidaliteit bij depressieve klachten. Patiënte is bekend met een bipolaire stoornis waarvoor ze ambulante behandeling is. In verband met bipolair gerelateerde decompensaties is zij al meerdere malen opgenomen geweest. De directe aanleiding voor de huidige opname is een ernstige suïcidepoging, waarbij patiënte aangeeft hier geen spijt van te hebben. Tijdens het opnamegesprek kan zij geen afspraken maken omtrent suïcidaliteit en het risico op suïcide wordt hoog ingeschat, ze heeft hand in hand contact nodig. Door andere calamiteiten is het zo druk op de afdeling dat ze wordt gesepareerd. Na één dag lijkt er bij de vrouw weer perspectief te zijn, aangezien zij plannen maakt om de volgende dag haar verjaardag te vieren. Op dat moment kunnen reële afspraken worden gemaakt. Patiënte wordt hierop naar de afdeling gebracht en er wordt met de verpleging afgesproken dat ze in de gaten zal worden gehouden. Als de verpleegkundige kort de huiskamer verlaat, verdwijnt patiënte en wordt ze niet veel later dood aangetroffen met de centuur van haar badkamerjas om haar nek in de kast van haar slaapkamer.

Twee weken later, op zondagmiddag, wordt op dezelfde afdeling een jongeman van 21 jaar vrijwillig opgenomen. Sinds enkele weken is hij bekend met psychotische symptomen waarvoor hij reeds ambulante psychiatrische zorg ontvangt. Zijn ouders melden hem aan omdat zij hem suïcidaal vinden en hem daarin niet meer vertrouwen. De dienstdoende arts neemt het opnamegesprek af en vindt hem psychotisch. Suïcidaliteit komt in dit gesprek niet duidelijk naar voren en er worden geen extra veiligheidsafspraken gemaakt, ondanks de geuite zorgen van de ouders van de patiënt en de crisisdienst. Enkele uren na opname trekt de man zich terug op zijn slaapkamer en bijna twee uur later wordt hij dood aangetroffen door een medepatiënt.

Op dat moment is er op de afdeling meer dan 15 jaar geen suïcide geweest. Beide suïcides hebben een zware impact op het team. Daarnaast is er sprake van verdeeldheid binnen het team over het gevoerde beleid, met name met betrekking tot de laatste casus. Dit wordt versterkt door de familie van de laatste patiënt, die aangeeft ernstige twijfels te hebben over de competentie van de afdeling¹.

Naar aanleiding van deze beide gebeurtenissen verzoekt de Inspectie voor de Gezondheidszorg om op korte termijn een beleid rondom de suïcidale patiënt voor deze afdeling te arrangeren, met aandacht voor registratie van afspraken rondom suïcidaliteit. De toenmalige afdeling is in juli 2007 gefuseerd met een andere gesloten acute opnameafdeling waar deze ontwikkeling plaatsvond.

In dit artikel beschrijven we de ontwikkeling en het gebruik van het veiligheidsplan.

Daarnaast bespreken we de ervaringen met het plan tot op heden.

Ontwikkeling van het veiligheidsplan

Doel van het veiligheidsplan

De directe aanleiding voor de ontwikkeling van het veiligheidsplan was het verzoek, van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, om een behandelbeleid betreffende suïcidaliteit op te stellen. Tot op heden ontbreekt het binnen de gesloten acute setting aan duidelijke beschreven behandelstrategieën voor suïcidale patiënten^{2,3}. Het belang van het veiligheidsplan voor de afdeling is tweeledig: het zorgt enerzijds voor dat iedere patiënt bij opname expliciet gevraagd wordt naar suïcidaliteit en anderzijds dat er vervolgens uniforme veiligheidsafspraken tussen arts en verpleging worden gemaakt. Met dit plan beogen we deze patiëntenpopulatie met meer zorgvuldigheid te kunnen behandelen.

Het veiligheidsplan

Het veiligheidsplan omvat vijf fasen welke het toestandsbeeld van een patiënt beschrijven. Deze fasen zijn gekoppeld aan een mate van toezicht die plaats dient te vinden (zie tabel 1)^{4,5}. Voor het plan geldt dat hoe hoger de fase is, des te meer toezicht er geboden dient te worden.

< hier tabel 1 >

Hieronder volgt een uitgebreide beschrijving van de verschillende fasen:

Fase 5 (separeren)

Kleuraanduiding: rood

Dit wordt uitsluitend ingezet in de volgende situatie:

- Het suïciderisico wordt zeer 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 veel calamiteiten binnen dezelfde tijd. 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 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 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 heeft voor het verdere herstel, kan een patiënt met ontslag.

Gebruik van het veiligheidsplan

Bij opname op de afdeling wordt een patiënt beoordeeld door de klinisch behandelaar. De suïcidaliteitsbeoordeling vindt plaats in het kader van het psychiatrisch onderzoek. Hierbij wordt een inschatting gemaakt van de suïcidaliteit en wordt de patiënt in één van de bovengenoemde fasen geplaatst. Deze fase wordt vermeld in een digitaal overdrachtssysteem, het digibord (<http://ctiplatform.nl/Digibord.html>). Bij het zien van de code weten de betrokken verpleegkundigen direct wat er van hen wordt verwacht ten aanzien van het toezicht. Ook vindt er een mondelinge overdracht van arts naar verpleegkundige plaats.

Bij de ochtendoverdracht wordt het digibord gebruikt, hierdoor vindt er een dagelijkse evaluatie plaats van de fasering. Als de fasering wordt gewijzigd, dan wordt dit direct digitaal aangepast. Hierdoor blijven medewerkers die niet bij de overdracht aanwezig zijn ook op de hoogte.

Noodzaak van restrictief beleid in de klinische setting

Ontregeld gedrag

Patiënten die op een gesloten acute opnameafdeling worden opgenomen, vertonen naast diverse psychiatrische symptomatologie ernstig ontregeld gedrag^{6,7}. Vanwege dit afwijkende gedrag zijn patiënten, veelal voorafgaande aan de opname, al in contact geweest met diverse hulpverleners (huisarts, hulpverleners op de spoedeisende hulp van het algemene ziekenhuis, politie, psychiatrische crisisdienst etc.). Het gedrag bij de psychiatrische symptomatologie is vaak zodanig gevaarlijk of ontwrichtend, vanwege bijvoorbeeld agressie, suïcidaliteit en onhandelbaar gedrag, dat behandeling op een gesloten opnameafdeling noodzakelijk is. In alle gevallen wordt getracht patiënten zo veel mogelijk op de afdeling te behandelen. Helaas kan ook deze gecontroleerde omgeving het ontwrichtende gedrag niet altijd voorkomen. Dit kan dusdanige vormen aannemen dat (ernstige) vrijheidsbeperking, waaronder separatie, op dat moment noodzakelijk is. Daarnaast is, door een lagere personele bezetting op Nederlandse opnameafdelingen in vergelijking met bijvoorbeeld Noord Europese landen, hand in hand begeleiding op de afdeling niet altijd mogelijk⁸. Suïcidaliteit is een veel voorkomend probleem op een acute opnameafdeling⁶. Het risico op suïcide in deze setting is 40 tot 50 maal verhoogd in vergelijking met de algemene bevolking⁹. Bij het ontbreken van de mogelijkheid tot permanent toezicht bij een sterk verhoogd ingeschat risico op suïcide, kan separatie soms onafwendbaar zijn.

Restricties binnen wettelijke grenzen

Vrijheidsbeperking binnen de psychiatrie staat echter onder strenge regels. In de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) staat in artikel 1f beschreven dat patiënten uitsluitend tegen hun wil mogen worden opgenomen als er sprake is van:

- 1) gevaar voor de betrokkene zelf (gevaar zichzelf ernstig letsel aan te doen, gevaar voor maatschappelijke teloorgang of verwaarlozing en gevaar om agressie van anderen over zich af te roepen);
- 2) gevaar voor anderen (gevaar anderen ernstig letsel aan te doen en gevaar voor psychische gezondheid en verwaarlozing van de andere);
- 3) gevaar voor de algemene veiligheid of goederen.

Als er sprake is van acuut gevaar zal iemand opgenomen worden door middel van een inbewaringstelling (IBS). Bij gevaar op de langere termijn wordt een rechterlijke machtiging (RM) afgegeven. Daarnaast moet er sprake zijn van een (vermoeden op een) psychiatrische stoornis¹⁰.

Gedwongen opname wil echter niet zeggen dat in en rond de afdeling het recht op bewegingsvrijheid zomaar mag worden beperkt. Dit mag uitsluitend indien de behandelaar oordeelt dat door deze bewegingsvrijheden ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de patiënt, of dat beperking van vrijheid, ter voorkoming van ordeverstoring in het ziekenhuis of strafbare feiten, noodzakelijk is¹⁰.

Beperkingen van het veiligheidsplan

Het beschreven veiligheids- of faseringsplan is opgesteld vanuit het oogpunt van de klinische praktijkvoering en de hectiek binnen een gesloten acute opnameafdeling. We realiseren ons dat de indeling van de verschillende fasen op basis van de praktijk, en niet op empirische gronden, gekozen is. Het faseringsplan is met name een praktijkrichtlijn waarbij risicotaxatie een vast onderdeel van het opnamegesprek wordt en de gemaakte afspraken voor een ieder binnen het team duidelijk zijn. Eén van de kritiekpunten op fasering bij suïcidaliteit is dat we suïcide niet kunnen voorspellen en dat er, ook bij gebruik van een dergelijke veiligheidsplan suïcides plaatsvinden. Hierdoor heeft de risico-inschatting bij een individuele patiënt na een suïcide per definitie gefaald. Er is niet de illusie dat met de fasering suïcide werkelijk kan worden voorkomen. We hopen uiteraard wel dat het een extra preventief effect heeft door een toename van aandacht voor het onderwerp en door een sterkere eenduidigheid qua beleid. Bij een depressie met psychotische kenmerken en suïcidaliteit zal eerder restrictief worden gehandeld dan bij suïcidaliteit bij een persoonlijkheidsstoornis. In dit artikel gaan we niet uitgebreid verder in op de differentiatie tussen acute suïcidaliteit en chronische suïcidaliteit en de visie rondom verantwoordelijkheid overnemen of teruggeven bij verschillende toestandsbeelden. Bij de een zal er meer controle worden overgenomen en bij de ander zal meer verantwoordelijkheid worden terug gegeven in het kader van eigen verantwoordelijkheid.

Naast de mogelijke beperkingen van het veiligheidsplan zelf zijn er ook mogelijke negatieve gevolgen van het te voeren beleid. Fasering, zoals beschreven in het veiligheidsplan, en de mogelijke restricties die hieraan gekoppeld zijn in de vorm van vrijheidsbeperking en frequente controles, kunnen naast de beoogde toename van veiligheid ook negatieve gevolgen met zich meebrengen. Zo kan ernstige 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.

Ervaringen met het faseringsplan

In de praktijk zien we dat de meeste patiënten bij opname in fase 3 worden geplaatst, dit is een relatief veilige, niet ingrijpende fase. We zien echter dat ook veel niet-suïcidale patiënten met ontregeld gedrag, bijvoorbeeld agressie, ontremming en verwardheid in deze fase geplaatst worden. Immers bij fase 3 is het duidelijk dat iemand de afdeling niet mag verlaten. Hier wordt echter voorbijgegaan aan het feit dat de fasering uitsluitend plaats dient te vinden in het kader van suïcidaliteit.

Door het gebruik van het veiligheidsplan is beoordeling en beleid ten aanzien van suïcidaliteit, en de dagelijkse evaluatie hiervan, een vaste routine. Er is hierdoor voor het behandelteam met betrekking tot de behandelsetting van de acute suïcidale patiënt, meer eenduidigheid en duidelijkheid.

Ruim anderhalf jaar na de introductie van het veiligheidsplan is onder werknemers (verpleegkundigen en artsen) van de afdeling een enquête gehouden over de ervaringen met het plan (zie tabel 2). Deze enquête laat zien dat iedere geënquêteerde op de hoogte is van de fasering en zich meer bewust is van het risico op suïcidaliteit dan vóór de introductie van het plan. Verder kan worden geconcludeerd dat ruim 55% van de geënquêteerden de beslissing omtrent de fasering vaak of altijd een teambeslissing ervaart. Dit is een belangrijk verbeterpunt, aangezien het bij iedere vorm van risicoweging essentieel is dat verantwoordelijkheden door het gehele team worden gedeeld en gedragen. Verder wijst de uitslag op een realistisch inzicht van de

werknemers in de beperkingen van het faseringsplan rondom het werkelijk kunnen voorkomen van suïcide. Tenslotte geeft het merendeel van de medewerkers aan het faseringsplan binnen de kliniek te willen handhaven.

<hier tabel 2>

Naast de ervaringen van medewerkers is het ook van belang te kijken naar de wijze waarop de patiënt de fasering ervaart. Separatie wordt regelmatig als zeer negatief ervaren. Dit wordt dan ook zoveel mogelijk getracht te voorkomen in het veiligheidsplan door patienten flexibel naar fase 4 te verschuiven. Ondanks de soms frequente controles die plaatsvinden als patiënten in code 4 worden geplaatst, wordt dit zelden als vervelend ervaren en is hier veelal begrip voor. Er is tot op heden echter nog geen structureel onderzoek gedaan naar ervaringen van patiënten met het veiligheidsplan. Bovengenoemde ervaringen berusten op individuele uitspraken.

Momenteel zijn er naast de acute opnameafdeling in Den Haag enkele andere afdelingen binnen de Parnassia Bavogroep en Rivierduinen, die dit veiligheidsplan geheel of gemodificeerd hebben overgenomen. Er is ook een aantal open opnameafdelingen die het oorspronkelijke faseringsplan hebben aangepast voor een praktisch gebruik binnen een open setting.

Uiteraard zal er nog verdere ontwikkeling moeten plaatsvinden. Idealiter zal een risico-inschatting mede op basis van een gestructureerd interview moeten plaatsvinden met daaropvolgend de taxatie en risicoweging op suïcide. Momenteel onderzoeken we de mogelijkheden om binnen de gesloten acute klinische setting een gestructureerde suïcidaliteitsinschatting en -taxatie te ontwikkelen.

Terug naar de casuïstiek

Als we, met het veiligheidsplan in ons achterhoofd, terugkijken naar de twee casus die in het begin van dit artikel worden genoemd, dan kunnen we een aantal zaken

constateren. In de casus van de 29-jarige vrouw wordt ze tijdens het opnamegesprek in fase 5 geplaatst. Deze beoordeling berust op de manier waarop zij terugkijkt naar haar suïcidepoging, haar oninvoelbaarheid en de onmogelijkheid patiënte hand-in-hand te begeleiden op de afdeling. De volgende dag lijkt haar situatie verbeterd, worden er afspraken met haar gemaakt en gaat zij naar de afdeling. Bij de overdracht van de arts naar de verpleging wordt aangegeven dat patiënte in de gaten gehouden moet worden. Dit is echter een relatief begrip, iedere verpleegkundige zal hier anders mee omgaan. Het veiligheidsplan zou hierin geholpen kunnen hebben door een frequentie van controle aan te geven (per 15, 30 of 60 min), waarin het ingeschatte risico op suïcide kan worden vertaald.

In de tweede casus zien we dat er, na beoordeling van de dienstdoende arts, geen veiligheidsafspraken worden gemaakt. Het veiligheidsplan zou hier tot dienst geweest kunnen zijn, door de betrokkenen (zowel arts als verpleging) er op te attenderen dat er op basis van het gesprek een risicoweging plaats moet vinden. Mogelijk had dit wel betekend dat patiënt in fase 3 was geplaatst waarin geen extra controles hadden plaatsgevonden, dit zou dan een overwogen beslissing geweest zijn die met de verpleging was besproken en had in het nazorgtraject kunnen helpen bij de verwerking..

Wij zijn geenszins van mening dat de aanwezigheid van het veiligheidsplan deze beide suïcides had kunnen voorkomen. Mogelijk zou het wel hebben kunnen bijdragen aan een beter afhandeling van beide zaken en zouden betrokkenen zich sterker hebben gevoeld in hun beslissing of uitvoering van het beleid.

Literatuur

- 1) Van Rhijn JGE & Boomsma, LJ (2007). Ultieme psychiatrische zorg. *Medisch Contact* 31/32, 1324.
- 2) American Psychiatric Association (APA) workgroup on suicidal behaviours (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. *Washington DC: American Psychiatric Association, 2003.*
- 3) New Zealand guidelines group (NZGG) (2003). The assessment and management of people at risk of suicide. *Wellington, New Zealand: New Zealand guidelines group*
- 4) De Winter RFP (2007) Fasering van het toezicht bij suicidaliteit. Het veiligheidsplan. *Intern document Parnassia Bavogroep Den Haag.*
- 5) De Winter RFP (2008) Ontwikkeling van een praktijkrichtlijn voor de omgang met een suicidale patiënt en preventie van suicide. *Tijdschrift voor psychiatrie 50 Suppl.1, 298-299.*
- 6) Dhossche DM (2000). Suicidal behaviour in psychiatric emergency room patients. *Southern Medical Journal* 93, 310-4.
- 7) Mallesdal L (2003). Aggression on a psychiatric acute ward: a three year prospective study. *Psychology Report* 92, 1229-1248.
- 8) Janssen WA ea (2009). 'Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 6, 457-471.
- 9) Ajdacic-Gross V ea (2009). In-patient suicide - a 13-year assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 71-5.
- 10) Hirsch Ballin EMH (1992) Wet- en Regelgeving Overheid; wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005700>
26 februari 2010.

Het veiligheidsdocument is op te vragen bij Remco de Winter,
r.dewinter@parnassia.nl

Tabel 1. Fasering van setting op een gesloten opnameafdeling

Fase	Toezichtmaatregel
Fase 5	Separatie en cameratoezicht
Fase 4	Toezicht op voorafgestelde 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
Fase 3	Zonder toezicht, zonder vrijheden in een gesloten setting
Fase 2	Zonder toezicht, met vrijheden buiten de afdeling
Fase 1	Zonder toezicht, met vrijheden en klaar voor klinisch ontslag

Tabel 2. resultaten van een vragenlijst over het veiligheidsplan, die anoniem is ingevuld door 36 medewerkers

Vraag	Antwoord	Percentage
Ben je op de hoogte van het veiligheidsplan rondom de inschatting van het suïciderisico (fase 1 t/m 5)?	Ja	100 %
	Nee	0 %
Heeft de invoering van dit veiligheidsplan je meer attent gemaakt op het risico van zelfmoord?	Altijd	28 %
	Vaak	41 %
	Soms	19 %
	Niet	0 %
Heb je het idee dat het faseren in goede samenwerking gaat met de behandelende artsen en dat het dus een teambeslissing is?	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 rondom suïciderisico inschatting?	Ja	81 %
	Nee	19 %