

PROJECT INTEGRALE ZORG SUÏCIDEPOGERS

DRAAIBOEK



In opdracht en met de steun van het
Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

R. Vanhove, C. van Heeringen, J. Vinck

April 2007

Inhoud

Voorwoord

1. Inleiding

2. Beschrijving preventiestrategieën

Strategie psychosociale opvang en evaluatie van suïcidepogers in het AZ
Strategie recidivepreventie in samenwerking met huisartsen

3. Klinisch pad opvang suïcidepogers

De ontwikkeling van een klinisch pad
Transmurale suïcidepreventiewerkgroep
Integratie van het IPEO in het klinisch pad
Ontslagmanagement en rapportage

4. Registratieproject

5. Partners voor de verspreiding van het project

6. Literatuur

7. Bijlagen

Bijlage 1: Flyer
Bijlage 2: Stroomdiagrammen
Bijlage 3: Model stroomdiagram

Voorwoord

In het kader van het Actieplan : 'Preventie van depressie en zelfdoding', promoot het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en het Gezin goede praktijken in de opvang van suïcidepogers in en om het Algemeen Ziekenhuis. Deze preventiestrategieën werden uitgetest middels twee pilootprojecten in Limburg in de periode 2003-2006. (eindrapporten: zie website-adressen).

Het Project: 'Integrale zorg suïcidepogers' werd opgestart met het oog op de verspreiding van deze strategieën naar de zorgregio's in Vlaanderen. Dit draaiboek beschrijft de strategieën en de planning voor de verspreiding ervan in Vlaanderen. Het project loopt van 15 september 2006 tot 15 januari 2010. Het is de bedoeling om in deze periode 75% van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen, met de bijhorende zorgregio's te bereiken

Het Project 'Integrale zorg suïcidepogers' wordt begeleid door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de UGent en het Onderzoeksinstituut voor Gedragwetenschappen (SEIN) van de UHasselt, in samenwerking met het Project Zelfmoordpreventie van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

1. Inleiding

De belangrijkste klinische risicofactor voor suïcide is een suïcidepoging in de voorgeschiedenis. Onderzoek heeft veelvuldig aangetoond dat er een sterk verhoogd risico bestaat op recidieven en suïcide na een suïcidepoging (De Leo, et al 2004; Hawton & van Heeringen, 2000; Hawton & Zahl, 2003). Bij benadering 25% van het aantal patiënten dat suïcide pleegt, is in het voorafgaande jaar opgenomen geweest in een algemeen ziekenhuis omwille van een poging (Barr, et al , 2005). Het risico op recidieven is het hoogst in de weken volgend op de poging, en bij elke volgende poging wordt het risico op een fatale afloop groter (Hawton & Zahl, 2003; Zahl & Hawton, 2004).

De suïcidepoging gaat gepaard met psychologisch lijden voor de patiënt en zijn omgeving. In de overgrote meerderheid van de gevallen (90%) is er een psychiatrische stoornis aanwezig, waarbij depressie, angststoornissen en middelenmisbruik het meest voorkomen (Suomen et al. 1996, Haw et al 2001). Persoonlijkheidsstoornissen komen voor in minstens 40% van de gevallen en veelal is er sprake van comorbiditeit (Hawton et al 2003).

Suïcidepogers melden zich vaak rechtstreeks aan in het Algemeen Ziekenhuis (AZ) en verlaten veelal snel het ziekenhuis na medische verzorging. Crisisopvang is echter niet voldoende met het oog op recidivepreventie. Een adequate psychosociale opvang en evaluatie en het toegeleiden naar aangepaste vervolgzorg, zijn hierbij evidence-based goede praktijken. Uit onderzoek in Groot-Brittannië is bekend dat patiënten die het ziekenhuis verlaten vooraleer een gedegen evaluatie en opvang is gebeurd, een extra hoog risico lopen (Crawford & Wessely 1998, Hicky et al 2001). Daarentegen zijn patiënten die op psychologisch en sociaal vlak opgevangen en geëvalueerd worden, minder geneigd om later een nieuwe poging te ondernemen (Kapur et al, 2002).

Inspanningen om recidieven en suïcides te vermijden moeten aldus zo snel mogelijk, dit wil zeggen onmiddellijk na de acute somatische zorg, opgestart worden en zorgprocessen moeten zoveel mogelijk naadloos bij elkaar aansluiten (Verwey & Kerkhof 2000).

De opvang van suïcidepogers en hun naasten vereist een bijzondere deskundigheid. Een goede inschatting maken van het risico van herhaling of suïcide is een veeleisende vaardigheid. Bovendien dient een evaluatie te gebeuren van de zorgbehoeften zodanig dat een toegeleiding naar vervolgzorg verzekerd kan worden. De deskundigheid van het ziekenhuispersoneel kan ondersteund worden door het aanreiken van een klinisch instrument voor inschatting van risico- en zorgbehoeften, gepaard met de noodzakelijke training.

Het is bekend dat suïcidepogers slechts in relatief beperkte mate gevolg geven aan een verwijzing (vanuit het ziekenhuis) voor vervolgzorg. Ze vertonen een lage motivatie en therapietrouw (van Heeringen et al. 1995). Het organiseren van zorgcontinuïteit, ook na ontslag is cruciaal in preventie. De huisartsspilfiguur in de gezondheidszorg- kan een belangrijke rol spelen en moet snel ingeschakeld worden. De huisarts kan instaan voor het organiseren van zorgcontinuïteit. Outreaching blijkt hierbij soms noodzakelijk te zijn.

In samenwerking met externe zorgverstrekkers dient een netwerk te worden opgezet voor de opvang van suïcidepogers.

Een uitgestippeld klinisch pad in het AZ met duidelijke afspraken in verband met opvang en evaluatie, rapportage en ontslagmanagement, legt de basis voor de implementatie van de 2 in het project opgenomen preventiestrategieën, zoals hierna beschreven.

2. Beschrijving van de preventiestrategieën

2.1. Strategie psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers in het A.Z:

Deze strategie is erop gericht de opvang van suïcidepogers binnen het ziekenhuis en de verdere toegeleiding naar vervolgzorg te optimaliseren en dit vertrekkend vanaf de spoedafdeling. In opdracht van de Vlaamse Overheid werd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent), SEIN (Instituut voor Gedragwetenschappen - UHasselt) en het Project Zelfmoordpreventie van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) een instrument ontwikkeld en uitgetest.

Het IPEO bestaat uit 2 luiken: het IPEO1 behelst de eerste psychosociale opvang die start in de spoeddienst en kan uitgevoerd worden door getraind spoedpersoneel. IPEO2 bouwt verder op IPEO1 en behelst, naast een deskundige opvang van patiënt en naasten, een grondige psychosociale en psychiatrische evaluatie. Risico en zorgbehoeften worden ingeschat en een zorgvoorstel wordt besproken. IPEO 2 wordt uitgevoerd door personeel geschoold in psychiatrie/psychologie ('psi'personeel).

Dit 'Instrument voor Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers' (IPEO) is beschikbaar in een papieren versie en een softwarepakket. Een handleiding en wetenschappelijke verantwoording begeleidt het IPEO. Het instrument heeft de vorm van een semi-gestructureerd interview en is een hulpmiddel voor psychosociale opvang, risico-inschatting, inschatting van zorgbehoeften en het toegeleiden naar vervolgzorg. In de opvang staan het verhaal en de zorgbehoeften van de patiënt en zijn naasten centraal. Personeelsleden van het AZ (o.a. spoedpersoneel) worden getraind om dit instrument te gebruiken.

2.2. Strategie recidivepreventie in samenwerking met huisartsen:

De strategie bestaat hierin dat het algemeen ziekenhuis, binnen de week na ontslag, een rapport stuurt naar de huisarts naar aanleiding van de opname en/of verzorging in het ziekenhuis van een suïcidepogers en dit mits geïnformeerde toestemming ('informed consent'). In het ziekenhuis wordt aan de patiënt voorgesteld de huisarts te contacteren binnen de week na ontslag. De huisarts ontvangt een rapport met bijgevoegd een "flyer"(zie bijlage 1), waarin hij/zij gewezen wordt op zijn/haar rol in preventie en gevraagd wordt de patiënt te contacteren binnen de twee weken na ontslag. Wanneer de patiënt zelf geen initiatief neemt wordt dus gevraagd dat de huisarts dit zou doen (outreaching). In de "flyer" wordt gewezen op het belang van het aanbieden van vervolgzorg, door de huisarts zelf en/of in samenwerking met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Consultatief overleg met medewerkers uit de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) wordt aangeboden evenals een verwijzing naar de website van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO). Via deze link: www.gachet.be, kan de huisarts antwoorden vinden op vragen m.b.t. de opvang van suïcidale patiënten door middel van een interactieve, vraaggestuurde elektronische helpdesk.

Men kan daar ook intekenen voor het Itol: suïcidepreventie, een elektronische cursus voor huisartsen met accreditering voor ethiek. Ook een bijscholingsaanbod wordt gedaan voor huisartsenkringen en LOKs, verzorgd door medewerkers van het project Zelfmoordpreventie van de CGG.

Beide strategieën werden middels twee pilootprojecten uitgetest in 6 AZ en 4 interventieregio's in Limburg in de periode 2004-2006. De pilootprojecten werden begeleid door het Instituut voor Gedragwetenschappen (SEIN/UHasselt) en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de UGent in samenwerking met het Project Zelfmoordpreventie van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

3. Klinisch pad opvang suïcidepogers

3.1. Belang van een uitgewerkt zorgpad

'Een klinisch pad is een middel om een patiëntgericht programma op een systematische wijze te evalueren en op te volgen. Het betreft een verzameling van methoden en hulpmiddelen om de leden van een multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is dus de concretisering van een zorgprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren' (Sermeus, 2002).

Het is een instrument voor de organisatie van de totaalzorg van de patiënt, in het geval van suïcidepogers is de samenwerking met de eerste en derde lijn van de gezondheidszorg cruciaal en spreekt men dus best van een zorgpad.

Het klinisch pad in het AZ 'opvang suïcidepogers' bevat 3 grote fasen waarin de patiënt centraal staat, maar waarin een onderscheid kan gemaakt worden naar benadering, methodiek, professionelen en locatie. Het betreft (1) de acute opnamefase, met desintoxicatie of traumabehandeling, (2) de hospitalisatie met de medische en psychosociale/psychiatrische evaluatie en behandeling, en (3) de ontslagfase met het ontslagmanagement. Een veelheid aan specialismen en ziekenhuisafdelingen kunnen betrokken zijn: spoedinterventie, somatisch behandelen (intensieve zorgen, orthopedie, chirurgie, interne geneeskunde, pediatrie,...), labo, scanonderzoek,...psychologische/psychiatrische evaluatie en behandeling, sociale ondersteuning. Al deze zorgprocessen moeten naadloos bij elkaar aansluiten. De veiligheid van de patiënt moet steeds gegarandeerd kunnen worden, bijgevolg zijn suïcidebeveiligende maatregelen noodzakelijk in het ganse traject. (voorbeeld stroomdiagram klinisch pad AZ Vesalius Tongeren: bijlage 3).

Uiteraard is het zorgaanbod in een AZ met een psychiatrische afdeling (PAAZ met of zonder daghospitalisatie) en of EPSI-equipe meer uitgebreid dan in een AZ zonder PAAZ. Een PAAZ kan een eigen 'suïcidepreventieprotocol' ontwikkelen. In het ganse zorgproces worden de naasten van de patiënt betrokken en is er oog voor hun zorgbehoeften.

Het transmurale aspect betreft zeker het ontslagmanagement en de organisatie van de vervolgzorg. De samenwerking met zorgverstrekkers die beschikbaar zijn in het leefmilieu van de patiënt, in casu huisarts, Centra voor Leerlingbegeleiding, ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is hierbij van belang.

Ook is de samenwerking met de intramurale geestelijke gezondheidszorg als belangrijk aanbod in de vervolgzorg betrokken.

De huisarts krijgt in dit project een centrale plaats toebedeeld. Hij/zij kan zeer belangrijke informatie aanleveren nuttig voor risico-inschatting en organisatie van vervolgzorg. Bovendien wordt hij/zij als 'casemanager' ingeschakeld in de verdere zorg voor de patiënt na ontslag uit het AZ. Het IPEO inbouwen in het zorgpad, garandeert dat elke suïcidepogers de nodige opvang krijgt en rapportage en ontslagmanagement geregeld is (bijlage 2 flow chart).

3.2 Ontwikkeling van zorgpad door Transmurale Suïcidepreventiewerkgroep

Deze werkgroep heeft als taak het zorgpad uit te werken. De werkgroep kan georganiseerd worden door de directie van het AZ en bestaat uit internen en externen aan het AZ.

Intern kunnen dit zijn: zorgmanagers spoeddiensten en PAAZ, hoofdverpleegkundigen spoed en PAAZ, (en/of EPSI), intensieve zorgen, artsen van spoed, intensieve zorgen, psychiaters (PAAZ, liaison) liaisonequipe, EPSI-equipe, dienst patiëntenzorg, sociale dienst, psychologische dienst, gemandateerde directie.

Extern aan het ziekenhuis zijn dit naast huisartsenvertegenwoordigers, diensten waarmee vervolgzorgafspraken kunnen gemaakt worden zoals:

CGG/CLB/OCMW, vertegenwoordigers GGZ (psychiatrische ziekenhuizen, beschut wonen, psychiatrische thuiszorg,...) en Projectmedewerkers Zelfmoordpreventie van de CGG. De huisartsen uit de regio worden actief betrokken via hun vertegenwoordiging in het AZ en of de huisartsenkringen.

Er dient opgemerkt dat het niet noodzakelijk is dat alle vermelde partners aanwezig zijn tijdens alle overlegmomenten. Men werkt best met een kleine gemotiveerde groep die regelmatig verslag uitbrengt. Voorstellen worden teruggekoppeld naar de betrokkenen en getoetst op haalbaarheid.

Stappen in de ontwikkeling van het klinisch pad (Vanhaecht & Sermeus, 2002):

- Samenstellen van een interdisciplinaire werkgroep.
- Bepaling van de doelstellingen van het pad en het operationaliseren in indicatoren.
- Eerste versie van het klinisch pad.
- Analyse van de huidige werkwijze door dossieranalyse, voormeting, patiëntensurveys en gesprekken met de hulpverleners.
- Opmaak tweede versie van klinisch pad op basis van resultaten uit do-fase.
- Opleiding van de hulpverleners
- Implementatie van het pad via testcasus en later via de definitieve versie
- Nameting en systematische evaluatie van het pad. Een objectieve evaluatie op basis van het klinisch pad kompas waarna de resultaten gebruikt worden voor een eventuele aanpassing van het pad.
- Blijvende systematische opvolging.

De Royal College of Psychiatrists in Groot Britannië inspireert voor de hiernavolgende doelstellingen van de transmurale werkgroep (Bateman et al. 2004); waar relevant wordt aangegeven hoe dit in het huidige project geconcretiseerd wordt

Doelstellingen:

- Kwaliteitsstandaarden opstellen, regelmatig vergaderen, verslaggeving doen
- Kwaliteitsbewaking doen bij opvang suïcidepogers, specificeren wat het klinisch pad is
- Beleid opzetten waarbij elke suïcidepogers een deskundige screening ondergaat (IPEO 1 en 2)
- Criteria bepalen van welke groepen patiënten moeten gezien worden door een psychiater (op spoed, in opnameafdeling)
- Maatregelen nemen m.b.t. suïcidebeveiliging
- Systeem van registratie opzetten (IPEO softwarepakket maakt dit mogelijk)
- Training opzetten voor nieuw personeel
- Supervisie opzetten voor getraind personeel
- Geschreven richtlijnen maken mbt verantwoordelijkheden medisch en paramedisch personeel
- Duidelijke richtlijnen opmaken ivm management van pt die zorg weigeren
- Managementopties specificeren aangaande opvang in spoed
- Richtlijnen specificeren ivm verantwoordelijkheid over contactname huisartsen
- Richtlijnen opmaken over wanneer een patiënt naar PAAZ of PZ moet worden verwezen
- Goede werkschema's opstellen zodat voldoende tijd wordt uitgetrokken voor het uitvoeren van de opvang aan de hand van het IPEO
- Instrument (IPEO) ter beschikking stellen
- Zorgen dat er een geschikte lokaal voor gesprekken is met suïcidepogers en hun naasten
- Richtlijnen uitwerken voor dossieropbouw en rapportage (het IPEO maakt dit mogelijk)
- Kwaliteitscriteria voor evaluatie opmaken

- Er voor zorgen dat (netwerk)afspraken gemaakt worden tussen voorzieningen (AZ met PAAZ, PZ, CGG,...)
- Blijvende systematische opvolging/aanpassing van het pad

3.3 Integratie van het IPEO in het zorgpad

IPEO 1 en IPEO 2 worden op systematische wijze ingebouwd in het zorgprogramma. IPEO 1 start vanaf het eerste contact met de patiënt en zijn omgeving. Suïcidepogers melden zich vaak rechtstreeks aan via de spoedgevallendienst van een AZ. Uiteraard is in deze fase de medische evaluatie/zorg van primordiaal belang. Nochtans is ook dan reeds de psychosociale opvang van patiënt en naasten aan de orde. Het ambulance en spoedpersoneel motiveert behandeling, doet aan crisisopvang en levert de eerste informatie aan voor IPEO1. Een correcte bejegening vereist de juiste attitudes van het ziekenhuis personeel. Al het betrokken ziekenhuispersoneel moet getraind worden om deze opvang te kunnen verzekeren.

Idealiter wordt IPEO 1 en 2 uitgevoerd door dezelfde persoon, een GGZ-hulpverlener (getraind psychiatisch verpleegkundige, psycholoog, psychiater); indien dit niet mogelijk is, kan, mits training en zoals hoger werd aangegeven IPEO 1 toegepast worden door niet-psi-personeel.

De IPEO levert informatie aan voor diagnosestelling, behandelplan, vervolgzorgplan, rapportage aan volgende zorgverstreker, ontslagmanagement. Het IPEO is beschikbaar als softwarepakket en in een papieren versie. Het software pakket maakt rapportering naar de huisarts (of volgende zorgverstreker) mogelijk.

3.4 Ontslagmanagement/rapportage

Rapportage vanuit de spoeddienst

Indien de patiënt niet gehospitaliseerd wordt, wordt IPEO1 in elk geval uitgevoerd op de spoeddienst en indien mogelijk ook IPEO2.

De patiënt en naasten worden gemotiveerd om binnen de week contact op te nemen met de huisarts. De huisarts wordt dezelfde dag geïnformeerd (via medibridge of telefonisch) en een rapport met 'flyer' wordt binnen de week verstuurd.

Aan de patiënt en zijn naasten wordt een patiëntenfolder meegegeven en toelichting gegeven over het belang van vervolgzorg. Het 'crisiskaart-gedeelte' van deze folder wordt samen met patiënt ingevuld.

Indien IPEO 1en/of 2 resulteert in onmiddellijke transfer naar GGZ (PAAZ ander ziekenhuis of PZ), eventueel via de procedure van een gedwongen opname, wordt telefonisch contact genomen en het verslag van het IPEO verstuurd naar de volgende zorgverstreker en de huisarts.

Rapportage na hospitalisatie

IPEO 1 én 2 worden uitgevoerd. De huisarts ontvangt een rapport (met flyer) binnen de week na ontslag. Aan de patiënt wordt voorgesteld de huisarts te contacteren binnen de week na ontslag. Indien het behandelplan voorziet in verwijzing naar een volgende zorgverstreker, wordt deze gecontacteerd (eventueel telefonisch) en een vervolgafspraak geregeld. Een rapport wordt binnen de week verstuurd.

De patiënt en zijn naasten krijgt de patiëntenfolder mee, waarop aangeduid wordt naar welke vervolgzorg men heeft verwezen. Het 'crisisgedeelte' wordt ingevuld.

4. Registratieproject

Het IPEO softwarepakket laat toe om op een eenvoudige wijze data vanuit de IPEO toe te leveren voor epidemiologisch onderzoek. In opdracht van de Vlaamse Overheid voerde de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek reeds een registratieproject uit met de medewerking van 4 spoedgevallendiensten van Vlaanderen (de zogenaamde WESOVregistratie). Deze wordt vervangen door onderzoek middels data vanuit de IPEO. Een codeboek werd met dit doel uitgewerkt.

5. Partners voor de verspreiding van het Project Integrale Zorg Suïcidepogers

Met het oog op de verspreiding van het Project Integrale Zorg Suïcidepogers werd een expertengroep samengesteld bestaande uit :

- Vertegenwoordigers VOV (S. Van Roey) en VVI (Dr. D. Devos)
- UHasselt (Prof. J. Vinck) voorzitter
- UGent Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (Prof. C. van Heeringen)
- Vlaamse Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg (Prof. P. Igodt)
- Project Zelfmoordpreventie CGG (K. Andriessen)
- Project Zelfmoordpreventie CGG (R. Vanhove)

De coördinatie op locoregionaal niveau van dit project integrale zorg suïcidepogers, kan gebeuren via de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat de acties gefaciliteerd, gecoördineerd en gepromoot worden via de overlegplatforms. Het opzet is om 75% van alle AZ in Vlaanderen te bereiken tegen januari 2010.

De projectmedewerkers zelfmoordpreventie van de CGG zijn beschikbaar voor :

- Het geven van vorming aan het ziekenhuispersoneel voor het gebruik van het IPEO
- Het informeren en geven van vorming aan huisartsen

6. Literatuurlijst

- Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 130-138.
- Bateman, A., Feldman, E., Guthrie, E., Moriarty, J., Mynors-Wallis, L., & O'Sullivan, G. (2004). *Assessment following self-harm in adults: Council Report CR122*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Crawford, M. J., & Wessely, S. (1998). Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? Cohort study. *BMJ*, 317, 985.
- De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. J. F. M., & Schmidtke, A. (Eds.). (2004). *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54.
- Hawton, K. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide; evidence to inform clinical practice. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Oxford: University Press.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (Eds.). (2000). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

- Hawton, K., & Zahl, D. L. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 537-542.
- Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsed, E. (2003). Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide. *Am. J. Psychiatry*, *160*, 1494-1500.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment. A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 87-93.
- Kapur, N., Cooper, J., Hiroech, U., May, C., Appleby, L., & House, A. (2003). Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *General Hospital Psychiatry*, *26*, 36-41.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn klinische paden? *Acta Hospitalia*, *3*, 5-11.
- Suominen, K., Henriksson, M. M., Suokas, J., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *94*, 234-240.
- Vanhaecht, K. & Sermeus, W. (2002). Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden. *Acta Hospitalia*, 12-27.
- Verwey, B., & Kerkhof, A. J. F. M. (2000). De opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis. In van Heeringen C. en Kerkhof A.J.F.M. (Ed.), *Behandelingsstrategieën bij suïciditeit* (pp. 138-147). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 70-75.

Eindrapport Project Recidivepreventie Suïcidepogingen in samenwerking met Huisartsen. (2006)
<http://hdl.handle.net/1942/998>

Eindrapport Project Psychosociale Evaluatie en Opvang Suïcidepogers in een Algemeen Ziekenhuis. (2006)

<http://hdl.handle.net/1942/942>

7. BIJLAGEN

BIJLAGE 1: 'FLYER'

Project Integrale Zorg Suïcidepogers * 'Flyer' Recidivepreventie suïcidepogingen in samenwerking met huisartsen

Geachte Dokter,

Uw patiënt heeft recent een suïcidepoging ondernomen. Omdat onomstotelijk is vastgesteld dat een suïcidepoging het risico van suïcide sterk verhoogt, is de opvang en behandeling na een suïcidepoging van groot belang. Het is echter ook bekend dat suïcidepogers slechts in relatief beperkte mate gevolg geven aan een verwijzing voor nazorg. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het opvolgen en motiveren van zijn of haar patiënt voor nazorg. Om deze reden willen wij U verzoeken uw patiënt die omwille van een suïcidepoging in ons ziekenhuis werd behandeld, te contacteren bij voorkeur binnen de twee weken na ontslag. Vanuit het ziekenhuis werd aan de patiënt voorgesteld dat hij/zij zelf een afspraak maakt, indien de patiënt dit initiatief niet neemt, stellen we voor dat U alsnog contact legt.

In het contact met de patiënt kunnen volgende zaken aan bod komen:

- Maak duidelijk dat U als huisarts beschikbaar bent voor de patiënt en zijn omgeving (nu en in de toekomst bij mogelijke crisis) en dat U hen wil uitnodigen om te bespreken hoe het nu verder gaat.
- Inventariseer of er momenteel tekens zijn van psychopathologisch functioneren: (depressie, persoonlijkheidsstoornis, psychose, middelenmisbruik of andere) en breng gerichte hulpverlening op gang (of ondersteun deze wanneer reeds aangevat).
- Zijn er momenteel nog gevoelens van hopeloosheid?
- Zijn er nog zelfmoordgedachten, plannen?
- Heeft de patiënt alternatieve oplossingen om met zijn problemen om te gaan?
- Ondervindt hij/zij hierbij steun van de omgeving?
- Heeft de patiënt nood aan hulp bij dit probleem: professionele hulp, hulp uit de omgeving? Heeft hij reeds contact gehad met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg? Zo ja, welke? Wat waren de ervaringen?
- Afhankelijk van Uw bevindingen beslist U, in overleg met de patiënt, welke verdere opvolging wenselijk is.

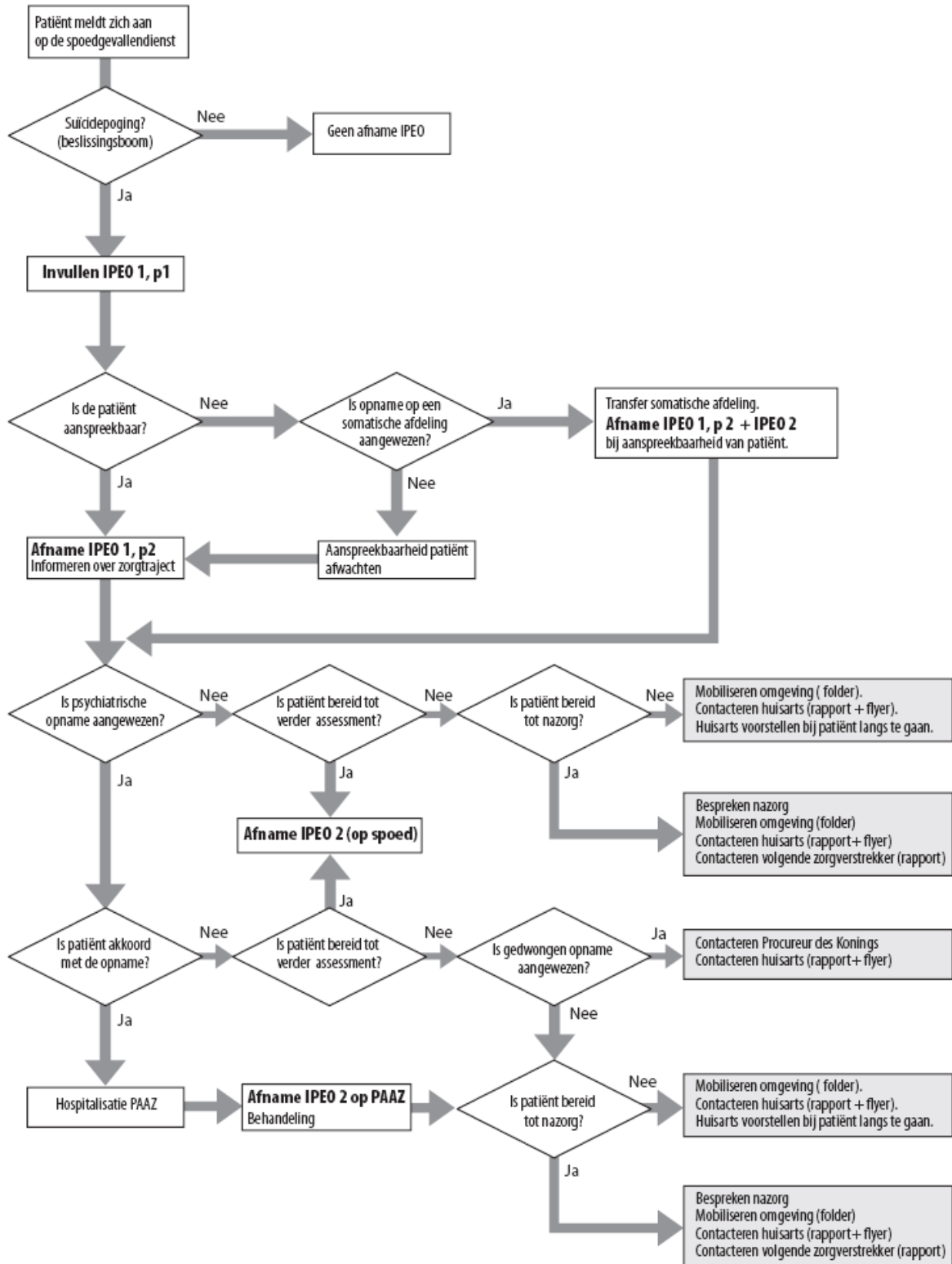
Voor consultatief overleg kan U onder andere terecht bij de medewerkers van de CGG's. Indien U een verwijzing voor nazorg naar één van deze diensten wil doen, gelieve zelf contact op te nemen zodat een snelle instroom kan gerealiseerd worden.

Indien u meer wenst te weten over de opvang van risicopatiënten op suïcide: het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) biedt aan in samenwerking met CGG: een elektronische interactieve helpdesk en een bijscholingscursus : ITOL zelfmoordpreventie met accreditering voor ethiek: www.gachet.be.

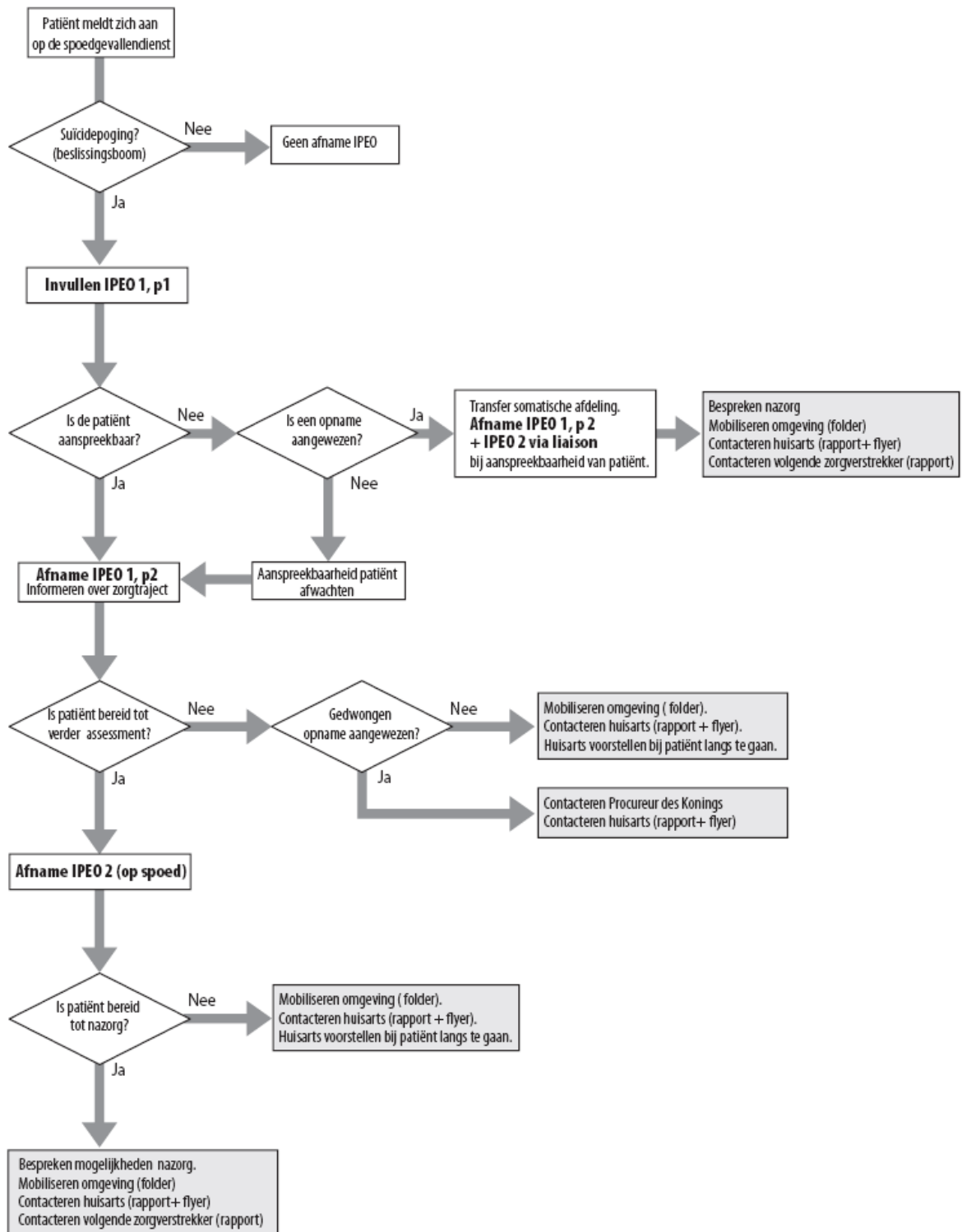
*Project Integrale zorg Suïcidepogers in opdracht van het Vlaams ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en het Gezin, samenwerking met de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van UGent, SEIN van UHasselt en het Zelfmoordpreventieproject van de CGG. Eindrapporten effect- en implementatiestudies pilootprojecten <http://hdl.handle.net/1942/998>
<http://hdl.handle.net/1942/942>

BIJLAGE 2: STROOMDIAGRAMMEN

Stroomdiagram voor de suïcidale patiënt in een ziekenhuis met PAAZ

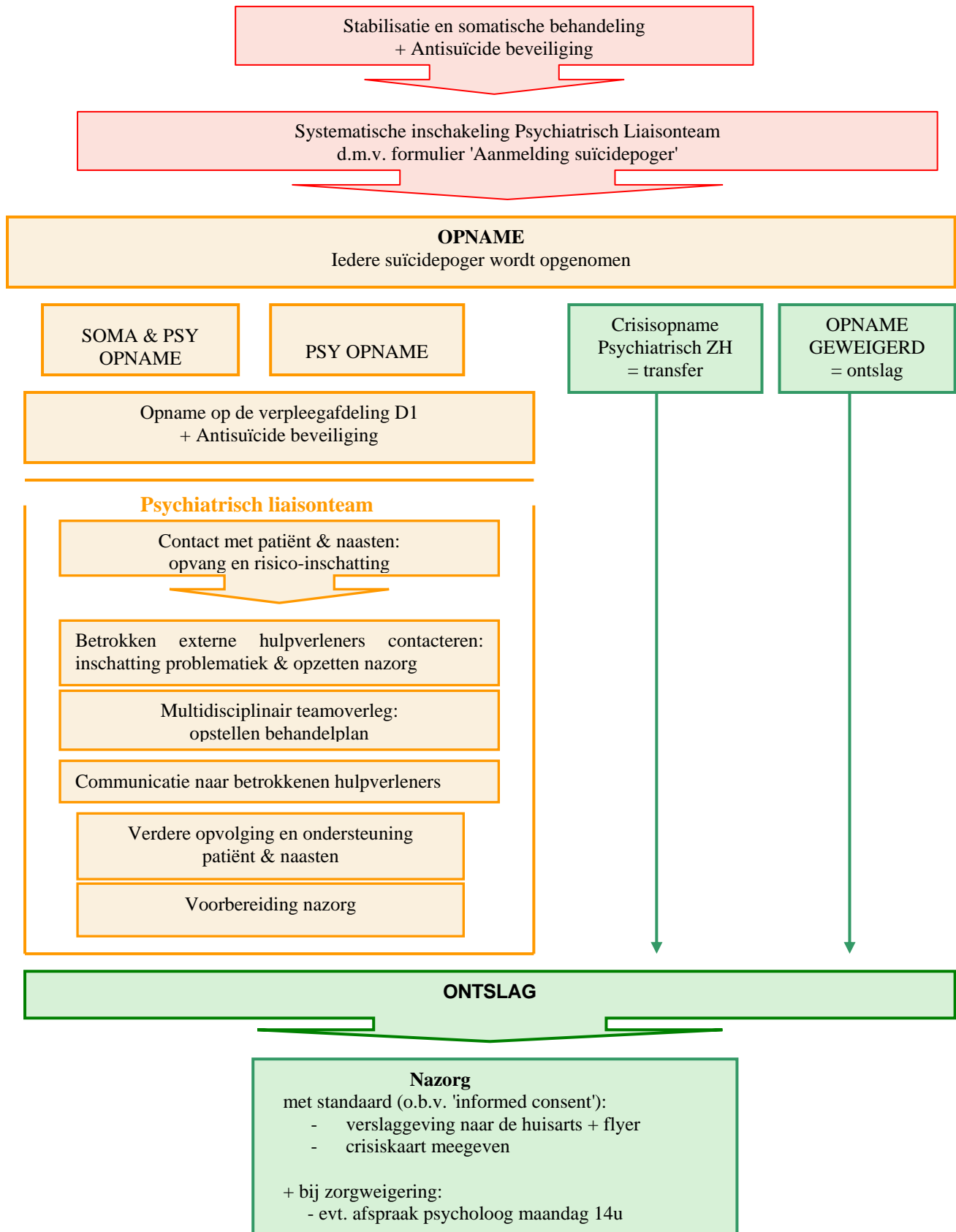


Stroomdiagram voor de suïcidale patiënt in een ziekenhuis zonder PAAZ



BIJLAGE 3: Model stroomdiagram

KLINISCH PAD AZ VESALIUS TONGEREN



Het IPEO (1en2) wordt in dit ziekenhuis uitgevoerd door het liaisonsteam dat 24 op 24u, 7dagen in de week oproepbaar is naar de spoedafdeling.

Een ander ziekenhuis zonder psychiatrische afdeling, nl AZ Maas en Kempen, organiseert de opvang met een liaisonsteam dat evenwel niet beschikbaar is tijdens de weekends en de nachten. De getrainde personeelsleden van de spoedafdeling verzorgen in dat geval de eerste opvang aan de hand van IPEO 1. Patiënten worden ofwel verwezen naar een AZ met psychiatrische afdeling (na telefonisch overleg) ofwel opgenomen in het eigen ziekenhuis, waarna het liaisonsteam de IPEO2 verder uitvoert.

In een ziekenhuis met psychiatrische afdeling en grote beschikbaarheid van psychiatrisch geschoold personeel, kan de opvang IPEO 1 én 2 uitgevoerd worden door dit personeel. Het is verder nog belangrijk om duidelijke afspraken te maken met de liaisonpsychiatrie die de doelgroep opvangt op somatische afdelingen (zoals intensieve zorgen).