



In gesprek met prof. dr. Joris Vandenberghe
Psychiater-psychotherapeut
Adjunct kliniekhoud UZLeuven UPC KULeuven
Verantwoordelijk psychiater Universitair CGG Vlaams Brabant Oost.

Joris Vandenberghe is lid van de expertengroep die het Project Integrale Zorg Suïcidepogers begeleidt.

Wat zijn voor u do's en don'ts in de opvang van suïcidepogers in het ziekenhuis?

- Wanneer de patiënt vlak na de poging nog onder invloed is, heeft het weinig zin om een uitgebreid gesprek te voeren. Het is dan belangrijk om te zorgen voor veiligheid en de medische toestand te stabiliseren. Je kan als psychiater de patiënt kort zien, maar wacht best af tot de patiënt tot rust gekomen is en zijn medische toestand gestabiliseerd voor een uitgebreide anamnese zoals in IPEO 2. De informatie zal dan meer betrouwbaar zijn.
- Herevalueer de patiënt altijd als die terug nuchter is, dit wil zeggen: de ingenomen middelen zijn uitgewerkt, de medische toestand is gestabiliseerd, de acute crisis is wat geluwd en de patiënt is tot rust gekomen.
- En dan is er de vraag natuurlijk: Hoe hou je de patiënt nog even in het ziekenhuis tot een herevaluatie kan plaats vinden? Iets wat we volgens mij nog niet genoeg gebruiken in dat kader, is de patiëntenrechtwet. Die wet laat toe dat je een wils – of beslissingsonbekwame patiënt (bijvoorbeeld een patiënt die nog onder invloed is), kortdurend, zonder zijn toestemming, op een spoedgevallendienst kunt houden ter observatie. Er zijn 2 mogelijkheden: ofwel met toestemming van de vertegenwoordiger van de patiënt ofwel door de hulpverlener te laten optreden als belangenbehartiger van de wilsonbekwame patiënt. Ik vind dat we niet te terughoudend moeten zijn om deze juridische mogelijkheid te gebruiken omdat we zo veel meer ingrijpende dwangmaatregelen zoals gedwongen opname kunnen vermijden. Je evalueert de patiënt dan bijvoorbeeld de dag nadien en dat zie je vaak een heel ander beeld met betrekking bijvoorbeeld tot de dynamiek en de suïcidale ideatie.
- Het geheugen van de patiënt is vaak sterk verminderd door de stress en emoties van het moment. Informatie die in het ziekenhuis wordt gegeven wordt vaak niet goed onthouden. Belangrijke informatie wordt best schriftelijk meegegeven. Dit gaat van praktische informatie (bijvoorbeeld rond medicatie) tot algemene uitleg (bijvoorbeeld rond suïcidaliteit) en afspraken in verband met de vervolgzorg. Mensen hebben meestal ook de nood om achteraf alles nog eens op een rijtje te kunnen zetten. In ons ziekenhuis krijgen patiënten standaard twee dingen mee: de patiëntenfolder van het project integrale zorg en onze eigen gepersonaliseerde infofolder met alle contactgegevens, vervolgafspraken en behandelplan. Deze twee zijn naar onze mening complementair.
- De vertrouwensrelatie met de patiënt is erg belangrijk in de verdere zorg. De patiënt moet terug een perspectief krijgen en hoop. Hopeloosheid is een belangrijke risicofactor bij suïcidepogers en het beste antidotum tegen hopeloosheid is hoop.
- Het betrekken van de familie is essentieel, aangezien de familie ook in de crisis betrokken is. Men kan de familie – voor zover ze dat aankunnen - responsabiliseren en een rol geven in het opvolgen van de patiënt (in het oog houden, opvolgen van medicatie, verwijderen van wapens en middelen). We moeten als hulpverleners

beseffen dat we er niet alleen voor staan, dat we de zware verantwoordelijkheid ook kunnen en durven delen met de andere betrokkenen, die ook om de patiënt geven.

- Een zekere terughoudendheid voor gedwongen opname is aangewezen: je kunt iemand wel verhinderen om te sterven, maar je kunt hem niet dwingen om te leven. Een gedwongen opname is echt een laatste redmiddel. We moeten erop toezien dat we patiënten zo niet wegduwen van de hulpverlening en ze nog hopelozier en hulpelozier maken door hun autonomie af te nemen. Er is een enorme stijging van het aantal gedwongen opnames de voorbije jaren en het lijkt dat we er globaal gezien te snel naar grijpen. Werken met suïcidale patiënten, zeker in een acute context zoals op een spoedgevallendienst, is risico's nemen, is durven mensen vertrouwen geven en durven mensen naar huis te laten gaan, ook al is er nog een zeker suïciderisico. Het alternatief is echter mensen van hun vrijheid beroven. Er speelt een veiligheidsdenken mee in het gedwongen opnemen van suïcidepogers, maar daarmee wordt niet altijd de beste zorg bereikt.
- Bij suïcidaliteit is de focus op leven erg belangrijk. Het is essentieel niet enkel bezig te zijn met de redenen om te sterven, maar ook met de redenen om verder te leven. Gesprekken met suïcidale patiënten zijn moeilijk en zwaar, maar we weten dat erover spreken geen extra risico teweegbrengt, dat misverstand is al lang ontkracht. Positief eindigen is cruciaal bij deze gesprekken. Men kan best eindigen met positieve elementen, met dingen die op het leven gericht zijn en niet meer op de dood. De teneur waarmee het gesprek beëindigd wordt, is belangrijk. Na het gesprek is de patiënt namelijk alleen met zijn gedachten en gevoelens.
- Men moet proberen uit de strijd te blijven waarin we de positie voor het leven innemen en de patiënt die voor de dood. Enerzijds moet men voldoende empathie tonen met de doodswens van de patiënt. Anderzijds moet men tegelijkertijd toch de gerichtheid op het leven en hoop en perspectief inbrengen, zonder te vervallen in een polarisatie tussen de twee posities. Als men niet genoeg empathie kan tonen voor een doodswens, kan men de patiënt nog verder in zijn gepolariseerde positie duwen. Op die manier gaat de patiënt zich niet begrepen voelen en vervreemden van de hulpverlener.

Wat zijn uw ervaringen met het IPEO?

Ik vind IPEO als instrument een uitstekende basis voor hetgeen je op dat moment nodig hebt, namelijk een semi-gestructureerde evaluatie. Deze evaluatie kan gefaseerd verlopen, afhankelijk van wie het gesprek voert en hoe de medische toestand van de patiënt is. Het is een uitstekende leidraad voor zulke evaluatie, waarbij het semi-gestructureerde belangrijk is om tot een globale inschatting te komen. Het is niet de bedoeling dat IPEO op een rigide manier in een vaste volgorde wordt afgenomen. Het belangrijkste is dat men op het einde van het gesprek komt tot een globale inschatting. De evaluatie moet verder gebouwd zijn op een warme vertrouwensrelatie. Dit element moet aangevuld worden met een meer patiëntspecifieke bevraging. Er worden specifieke dingen bevraged, die aansluiten bij de geschiedenis van de patiënt, zijn context, zijn verhaal, zijn situatie, maar ook rond geloof bijvoorbeeld. Wanneer een crisis te maken heeft met leven en dood, is het belangrijk geloofsovertuiging en zingeving te bespreken met de patiënt. Verder moet het betrekken van de familie en belangrijke derden een systematische reflex zijn bij een globale inschatting. Dit heeft enerzijds als doel informatie te bekomen die je mogelijks niet van de patiënt zelf krijgt. Anderzijds is het ook nodig om deze mensen te ondersteunen dit vanuit het besef dat zij deel uitmaken van de crisis en nood hebben aan informatie en opvang.

Wat is uw visie op de mogelijke samenwerking tussen een algemeen ziekenhuis en een CGG in de vervolgzorg van suïcidepogers?

De verwijzingen naar een CGG en de voortgezette zorg, dat is iets waar wij in de regio heel veel werk van gemaakt hebben. We hebben een aantal punten aangepakt die te maken hebben met die vervolgzorg. Een eerste punt en misschien wel het belangrijkste, is wachtlijsten. Voor deze patiënten is sowieso in CGG's de afspraak dat ze voorrang krijgen. Suïcidaliteit is een reden om snel hulp te krijgen, daarnaast zijn wachtlijsten echter hoe dan ook een problematiek die men in CGG's moet aanpakken. Wij zijn er in CGG Vlaams-Brabant Oost vesting Leuven volwassenen- en ouderen in geslaagd om ondertussen al anderhalf jaar geen wachtlijst te hebben, door verschillende maatregelen te treffen. Voor het imago en de toegankelijkheid van CGG's is het vermijden van wachtlijsten cruciaal. Een wachtlijst vormt een reële en psychologische drempel voor mensen. Men neemt als het ware niet meer de moeite om te verwijzen of zich aan te melden omdat men weet dat het toch maar is om op een wachtlijst te staan. Het is voor CGG's dan ook de uitdaging om mensen effectief niet te laten wachten, maar tevens om de perceptie van de CGG's te veranderen en het idee te creëren dat een CGG een plek is waar men snel op intake kan komen en vervolgzorg kan krijgen. Om dit te verwezenlijken is een goede taakverdeling cruciaal, waarbij de CGG's zich toespitsen op hun *core business* en een goede samenwerking onderhouden met hun partners, zoals bijvoorbeeld het CAW.

Een ander element in verband met vervolgzorg heeft te maken met goede dossiervoering en daar gaan we hopelijk grote vooruitgang boeken in Vlaanderen met E-Health programma's en dergelijke. Wij hebben dat voorlopig opgelost doordat wij in het CGG, mits de toestemming van de patiënt, toegang krijgen tot het elektronisch patiëntendossier van het ziekenhuis.

De verantwoordelijkheid ligt echter niet enkel bij de CGG's, ook de ziekenhuizen moeten meewerken. Het plaatje is niet compleet zonder een overbrugging tussen de aanmelding in een CGG en de evaluatie op spoedgevallen met afname van IPEO 1 en 2, én de vervolgconsultatie. Die overbrugging hebben wij hier gerealiseerd door EPSI consultaties. We bieden dus de mogelijkheid aan mensen dat ze in de 2-3 weken die volgen na de poging een aantal keren kunnen gezien worden, op korte tijd, om geherevalueerd te worden in EPSI. Het engagement van het ziekenhuis houdt niet op vanaf het moment dat de patiënt de deur uit is. Het engagement wordt voor een deel overgedragen naar de huisarts, met vanzelfsprekend een goede informatie-overdracht. Zolang de patiënt echter niet terecht kan in de geestelijke gezondheidszorg, is het de taak van de spoedgevallendienst en het algemeen ziekenhuis om overbruggingscontacten te voorzien.

Er zijn dus verschillende elementen cruciaal in de opvang van suïcidepogers: Ten eerste is een goede opvang in de acute crisis na de poging onontbeerlijk, gevolgd door een goede spoedraadpleging. Vervolgens is er de vervolgzorg, meer op continue basis en lange termijn.

Vindt u het opportuun dat wanneer er in het ziekenhuis reeds een IPEO 1 afgenomen is, dat een IPEO 2 in het CGG afgenomen wordt?

Ik vind dat als er in het ziekenhuis enkel een IPEO 1 wordt afgenomen, er iets misgelopen is. Wanneer men de patiënt naar huis laat gaan zonder medische of psychiatrische vervolgonname, waarin IPEO 2 kan worden afgenomen, moet er eerst

een herevaluatie gebeuren. Deze herevaluatie omvat IPEO 2 en gebeurt wanneer de patiënt lichamelijk gerecupereerd en ontnuchterd is. Het is dus uitzonderlijk en moet als alarmteken beschouwd worden als IPEO 2 niet is afgenomen in de acute setting of in de vervolgonname. Structureel zou IPEO 2 geen plaats moeten hebben in een CGG.

Bedankt voor dit gesprek!

Rita Vanhove en Tara Van de Craen DAGG Lommel