



## Project Integrale Zorg Suïcidepogers

### Evaluatieronde 2010 samenvattende conclusies

In 28 Algemene Ziekenhuizen die reeds ervaringen hebben opgedaan met de implementatie van Project Integrale Zorg Suïcidepogers, werd een evaluatie uitgevoerd in 2010 te weten: O.L.V. Ziekenhuis Aalst, AZ Zusters van Barmhartigheid Ronse, AZ Lokeren, AZ Oudenaarde, AZ St Blasius Dendermonde, AZ. St Elisabeth Zottegem, AZ Maria Middelaars Gent, UZ Gent, UZ Gasthuisberg, AZ Jan Portaels Vilvoorde, OLV ziekenhuis Asse, Mariaziekenhuis Halle, AZ St Jan Brugge, AZ St Lucas Brugge, AZ Groeninge Kortrijk, OLV van Lourdes Waregem, Jan Ypermanziekenhuis Ieper/Poperingen, Damiaan Oostende, AZ Monica Antwerpen, St Maarten Campus Duffel, A.Z. St Jozef Malle, A.Z. Mol, Mariaziekenhuis Overpelt, ZOL Genk, Vesalius Tongeren, Jessaziekenhuis campus Salvator Hasselt, Ziekenhuis Maas en Kempen Maaseik, St Trudo St Truiden

Algemene conclusies:

- De **evaluatieronde is een belangrijk moment** voor het PIZS, het ziekenhuis, de CGGsuïcidepreventiemedewerkers, en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek die de registratiestudie uitvoert. Intern in het ziekenhuis bespreken verschillende hulpverleners uit verschillende diensten hoe het PIZS geïmplementeerd is met de CGGSPmedewerkers. Ervaringen worden uitgewisseld, knelpunten besproken en vaak meteen oplossingen voorgesteld. Deze evaluaties bevorderen tevens de verankering van het project in het ziekenhuis en het werkingsgebied ervan aangezien ook de samenwerking met zorgverstrekkers buiten het ziekenhuis ter sprake komt. Vooral de rapportage aan de huisarts en de samenwerking met de CGG waren een aandachtspunt. De CGGSPmedewerkers leggen de conclusies voor aan hun CGG. In het geval van negatieve kritiek (2x) wordt zeker de communicatie en de samenwerking hersteld/bevorderd.
- Het PIZS wordt door de ziekenhuizen als een **waardevol project** beoordeeld (met uitzondering van 1 ziekenhuis wat reeds een eigen screening had ontwikkeld en dit verkiest).
- In alle ziekenhuizen leidt het project tot een **betere opvolging van de patiëntenstroom** doorheen het ziekenhuis en dit dankzij het op punt zetten van het klinisch pad suïcidepogers (maximaal of stroomdiagram minimaal) waarbinnen IPEO wordt geïntegreerd. In 22 ziekenhuizen werd een werkgroep, veelal ondersteund door de CGGSPmedewerker speciaal voor PIZS opgestart. Deze werkgroepen analyseerden de patiëntenstroom en het zorgaanbod binnen het ziekenhuis en kwamen tot afspraken rond het zorgpad en het vervolgzorgaanbod na ontslag. Indien er geen 'werkgroep klinisch pad' was, werd de implementatie wel voorbereid door een aantal sleutelfiguren die een stroomdiagram uittekenden waarbinnen IPEO geïntegreerd wordt.
- IPEO wordt als een **waardevol instrument** ervaren. De afname stelt geen problemen, noch op spoed, noch in andere afdelingen of voor liaisonfuncties. De patiënt wordt als mens beluisterd en men stelt vast dat er een veel completer beeld ontstaat van de problematiek en de

risicofactoren. De IPEOafname zorgt ervoor dat geen belangrijke zaken uit het oog verloren worden en spoedverpleegkundigen zeggen geregeld dat het helpt om een gesprek aan te gaan met de patiënt. Psychiaters en andere hulpverleners geven geregeld aan dat de informatie, die verkregen wordt via IPEO1 uitgevoerd op spoed, zeer waardevol is.

- IPEO wordt meestal afgenomen **door getrainde verpleegkundigen**. In ziekenhuizen zonder PAAZ worden de liaisonpsychologen meestal ingeschakeld voor IPEO2. Eerder uitzonderlijk wordt IPEO1 door urgentieartsen gedaan en IPEO1 en of 2 door psychiaters. Als psychiaters zijn ingeschakeld, gaat het ook meestal over psychiaters in liaisonfunctie. Dit doet wel de vraag rijzen of IPEOinformatie altijd voldoende doorstroomt naar artsen en het beleid rond de opvolging? Deze vraag is een aandachtspunt voor volgende evaluaties. Een hypothese ter verklaring van het feit dat IPEO vaak door verpleegkundigen gedaan wordt is het gebrek aan financiële compensatie voor psychiaters?
- IPEO1afname op spoed zet het personeel wel vaak onder tijdsdruk. Het gebeurt dat er geen IPEO1 wordt afgenomen wegens tijdsgebrek op spoed.
- Voor de verzekering van de opvolging IPEO 1 door IPEO2 is veelal een personeelslid aangeduid. De verzekering dat elke suïcidepoging wordt opgevangen aan de hand van IPEO kan nog niet in alle AZ gegeven worden. Als reden van het niet afnemen van IPEO verwijst men naar de volgende oorzaken: tijdsgebrek, afwezigheid van cruciale personen in het klinisch pad wegens vakantieperiodes, vergetelheid, snel vertrek vanuit de spoedafdeling, comateuze patiënten op intensieve zorgen.
- In de ziekenhuizen met een psychiatrische urgentie wordt IPEO hoofdzakelijk uitgevoerd door deze diensten, eventueel opgevolgd door liaisonpsychiatrische functies wanneer de patiënt op een somatische afdeling wordt opgenomen.
- Het valt op dat PIZS zowel positief gewaardeerd wordt in grote ziekenhuizen met een uitgebreid psychiatrisch aanbod als in kleinere ziekenhuizen zonder PAAZ.
- De weerstanden die de CGGSP ondervonden in (kleine) ziekenhuizen om IPEO ingang te doen vinden op spoed zijn meestal overwonnen (uitzondering spoedafdeling in een ziekenhuis waar intern nog acties ondernomen worden om dit te verbeteren)
- De aanvankelijke weerstanden bij PAAZ afdelingen en hun psychiaters hebben veelal te maken met het feit dat men vindt (vond) dat IPEO voor hen geen meerwaarde heeft (had) aangezien de elementen uit IPEO in een deskundige opvang al aanwezig zijn. Men bekeek IPEO dan vaak als louter een registratie-instrument. Deze weerstanden lijken stilaan te verminderen (met uitzondering van één ziekenhuis) en de gestandaardiseerde bevraging wordt op zijn meerwaarde gevaloriseerd. Men stelt bij implementatie PIZS veelal een **verbeterde samenwerking vast tussen spoed en PAAZ** en dit wordt positief gewaardeerd.
- De **ondersteuning door de CGGSPmedewerkers wordt goed tot zeer goed** gewaardeerd.
- De **vormingen door CGGSPmedewerkers worden eveneens goed tot zeer goed** geëvalueerd en men stelt een positieve evolutie vast op het vlak van kennis en attitudes, zeker bij het spoedpersoneel (met uitzondering van 1 ziekenhuis) . Bijkomende vormingen zijn meestal wenselijk en worden gevraagd. Toch blijkt dat in sommige ziekenhuizen het systeem werkt zonder bijkomende externe opleidingen. Het personeel leert aan elkaar hoe IPEO af te nemen. In die zin kan men stellen dat een standaard IPEOgebruik de kwaliteit van de opvang positief beïnvloedt, ook al zijn de nieuwe medewerkers niet extern gevormd.
- De **IPEOrapportage aan de huisarts** met inbegrip van de flyer is in vele ziekenhuizen nog niet standaard geregeld. Dit is hoofdzakelijk het geval in ziekenhuizen waar men met papieren IPEO's werkt. Dit neemt niet weg dat ook in deze ziekenhuizen een eigen rapportage gebeurt. Huisartsen in één stad wensen geen 'flyer' te ontvangen omdat ze juridische consequenties vrezen in geval van suïcidaal gedrag patiënten. Bij navraag bij de CGGSP blijkt dat dergelijke opmerking nergens meer gehoord is in huisartsenmiddens.
- In het ziekenhuis heeft men geen zicht op het effect van het PIZS op de zorg die door de huisarts of volgende zorgverstrekkers wordt geleverd. Wel wordt geregeld gemeld dat de **samenwerking met de CGG verbeterd is** (snelle instroom van de doelgroep). De CGGSP maken tijdens de evaluatiegesprekken ook duidelijk hoe de CGG werken tav de doelgroep en dat er afgesproken is dat een snelle instroom gebeurt. De samenwerking met andere

GGZvoorzieningen is meestal ‘ongewijzigd’ gebleven (met uitzondering van 3 ziekenhuizen die een verbeterde samenwerking noteren). Dit betekent uiteraard niet dat er geen goede samenwerking is of was. In het kader van de verankering van het PIZS in het werkingsgebied van het AZ, moet nog meer aandacht besteed worden aan deze samenwerkingsverbanden. Vaak worden de wachtlijsten in de voorzieningen GGZ genoemd als een probleem voor de verwijzing van de doelgroep. Men hoort nog al eens de verzuchting “wij doen extra ons best, maar we stoten op problemen om patiënten verwezen te krijgen naar de GGZsector” . Ziekenhuispersoneel investeert zeer veel tijd in het proberen regelen van vervolgzorg en zijn vaak gefrustreerd als ze de risicovolle patiënt niet in een intramurale setting krijgen opgenomen. De rapportage van AZ naar GGZ en terug is belangrijk voor de zorgcontinuïteit. Het zou nuttig zijn een follow up studie te doen om in kaart te brengen of patiënten terecht komen bij de huisarts en vervolgzorg in GGZ opnemen.

- **De webapplicatie heeft nog mankementen** (webapplicatie nieuwe versie beschikbaar december 2010) maar vaak zijn het ITzaken intern in het ziekenhuis die voor problemen zorgen. Invoeren van data blijkt toch wel snel te gaan. Aanmaak exportfile met registratiedata nog niet overal operationeel. Dit kan echter zeer eenvoudig geïnstalleerd worden door IT van het ziekenhuis.
- **Het registratielukkig** stelt nog heel wat ziekenhuizen voor problemen. Oorzaken zijn: nog geen toestemming van de ethische commissies, onvoldoende overzicht en sluitend systeem van ingevulde (papieren)IPEO's, software nog niet volledig operationeel op alle afdelingen. De opting-out procedure is nog onvoldoende ingeburgerd. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek is hierover geïnformeerd en zal de ziekenhuizen opnieuw informeren over de opting-out procedure. In vele ziekenhuizen beschouwt men de terugkoppeling van de registratiedata als een meerwaarde en als motiverend om eraan verder te werken. Men vraagt naar goede en snelle feedback, die blijkbaar nu onvoldoende gecommuniceerd wordt naar de ‘werkvloer’. De CGGSPmedewerkers zouden een terugkoppeling kunnen geven van de registratiedata ter gelegenheid van bijkomende vormingen en of evaluatiegesprekken.
- Sommige ziekenhuizen hebben een eigen **patiëntenbrochure** en men kijkt uit naar de brochure die door PIZS wordt ontwikkeld.
- Er wordt dikwijls aangehaald (ook buiten deze evaluaties) dat patiënten die suicidegedachten, -plannen verwoorden maar(nog) geen poging gedaan hebben, uit de boot vallen. IPEO is niet voor hen bedoeld. Men vraagt zich af hoe deze patiënten best op spoed worden opgevangen.
- Bij de algemene appreciatie van het PIZS (score wordt gevraagd en varieert met uitzondering van 2 lager scorende ziekenhuizen tussen 7/10 en 9/10) maakt men soms een expliciet onderscheid tussen het PIZS op zich en hoe het geïmplementeerd werd in het ziekenhuis. Het PIZS wordt als een **waardevol project** ervaren, men heeft kritiek op het feit dat het bijkomende investeringen vraagt van het personeel zonder extra vergoeding (of incentive van de overheid). Deze kritiek was bij opstart van het PIZS zeer veralgemeend, maar lijkt nu wel wat verstomd. Vaak vermeldt men ook dat de implementatie nog een ‘work in progress’ is en er nog vele verbeterpunten zijn.

#### Samenvattende conclusie

Het PIZS met het IPEO als tool voor ziekenhuispersoneel is een waardevol project wat het ziekenhuis voor vele uitdagingen stelt en de implementatie ervan is nog steeds een ‘work in progress’. Dit wordt best nog ondersteund door CGGSP. Geregelde evaluaties zijn hierbij behulpzaam. Er is nog veel werk op het punt van: verankering van het project in het ziekenhuis zodat het functioneert onafhankelijk van personen, registratielukkig en doorstroom naar vervolgzorg. Men vraagt naar bijkomende vormingen met terugkoppeling van de registratiedata. De gemelde problemen met de webapplicatie ( die niet afhankelijk zijn van de ITproblemen in het ziekenhuis zelf) zijn ondertussen aangepakt en een nieuwe versie is beschikbaar. De positieve feedback die de CGGSPmedewerkers kregen is motiverend om dit werk verder te zetten.