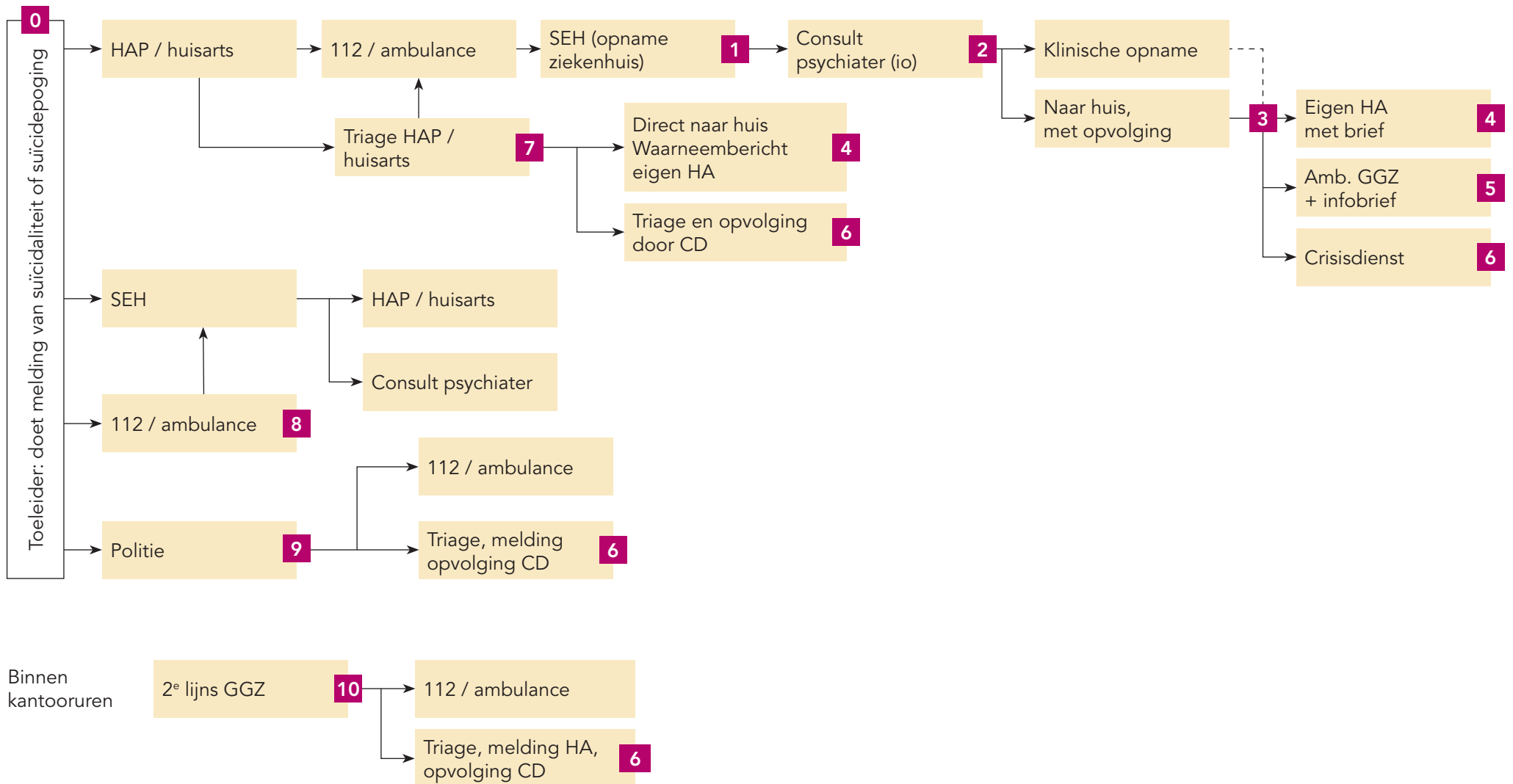


Bijlage 1

MODEL KETENZORG SUÏCIDEPREVENTIE NOORD-LIMBURG



TAKEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

0 Toeleiders:

Signaleren, bespreekbaar maken, toeleiden en motiveren. Bij nood: 112.

1. Spoedeisende hulp (SEH):

- Bij vermoeden van suïcidaliteit van een patiënt op de SEH wordt altijd hulp verleend conform dit protocol.
- Somatische zorg en indien mogelijk, oriënterend psychiatrisch onderzoek
 - er vindt overdracht plaats van ambulance/ verwijzer
 - patiënt wordt somatisch beoordeeld/ gestabiliseerd (ABCD-opvang)
 - beknopte anamnese afnemen/ inschatten aanwezigheid en ernst psychiatrische stoornis.
 - evt. aanvullend onderzoek/ overleg medisch specialist
 - primair: beoordeling of patiënt somatisch geobserveerd/ opgenomen moet worden.
- Inschakelen crisisdienst.

Bij vermoeden aanwezigheid psychiatrische stoornis en/of suïcidaliteit¹: altijd consultaanvraag bij de crisisdienst.

Indien patiënt somatisch geobserveerd dient te worden (opname) dan kan consultatievraag psychiatrie worden uitgesteld tot dag later. Indien geen somatische observatie nodig altijd direct inschakelen crisisdienst.

- Rapportage:
Medische gegevens worden gedocumenteerd in het digitaal patiëntendossier van het ziekenhuis. En er is een aparte rapportage in het EPD bij de crisisdienst.

2. Consult door de crisisdienst op Spoedeisende Hulp (SEH), na poging tot suïcide

- De psychiater (io) van de crisisdienst voert een psychiatrisch onderzoek uit op basis van vigerende richtlijnen. Zo nodig kunnen direct ook crisisinterventies worden uitgevoerd
- De psychiater (io) van de crisisdienst doet een beoordeling in het kader van de Wet BOPZ c.q. betreffende de wilsbekwaamheid.
- De psychiater (io) van de crisisdienst indiceert al dan niet klinische opname binnen de psychiatrie, met name in geval er sprake is van een ernstig psychiatrisch toestandsbeeld (depressie, psychose) waarbij het suïciderisico als hoog wordt ingeschat.

3. Verwijzing van de patiënt na consult door psychiater of na opname

- De SEH-arts/ assistent interne is verantwoordelijk voor de indicatie voor vervolgbehandeling/ eventuele klinisch opname op een somatische afdeling van het ziekenhuis.
- In geval van aanwezigheid psychiatrische stoornis en/of suïcidaliteit is de psychiater (io) van de crisisdienst vanuit zijn optiek verantwoordelijk voor het stellen van een vervolgindicatie.
- Na verblijf op de SEH wordt vanuit de SEH altijd, ongeacht de indicatie voor verdere zorg, een digitaal bericht verstuurd naar de huisarts en/of HAP. In geval van een poging tot suïcide wordt daarin ook een apart verslag verzonden naar de huisarts van de bevindingen van de consultatief psychiater (io) binnen 24 uur.

¹ Ook in geval van intoxicatie of ernstige automutilatie, geldt ook voor het begrip suïcidaliteit verder in deze notitie. In geval van TS komt altijd de psychiater (io) van de crisisdienst mee naar het consult

Verwijzing vanuit de SEH naar de huisarts: Geen aanwezigheid van een psychiatrisch toestandsbeeld dan verwijzing naar de huisarts. Bijvoorbeeld:

- Suïcidepoging wordt beoordeeld als eenmalige impulsieve daad (psychosociale- of relatieproblemen).
- Bij laag recidive risico.
- Patiënt is niet in behandeling bij een (andere) GGZ instelling.
- Bij verwijzing naar de huisarts neemt de crisisdienst telefonisch contact op met de huisarts of diens waarnemer. Follow-up contact met de patiënt zal dan worden afgestemd.
- Buiten kantoortijden wordt er een melding gedaan op de HAP.

Verwijzing vanuit de SEH naar de behandelend GGZ-instelling:

- Is de patiënt in behandeling bij een andere GGZ instelling en is er geen klinische GGZ indicatie noodzakelijk, dan kan de patiënt zijn behandeling voortzetten bij de eigen behandelaar.
- Behandelaar/ instelling krijgt ontslagbrief vanuit de SEH.
- Behandelaar/ instelling ontvangt brief van de crisisdienst.
- Er wordt zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval de volgende telefonisch contact gezocht met de behandelaar om afspraken te maken over het follow-up contact met de patiënt.

Verwijzing vanuit de SEH naar de crisisdienst:

- Bij ernstige situatie waarbij klinisch opname niet nodig of wenselijk is wordt beoordeeld door de SEH of de crisisdienst ingeschakeld moet worden.

Reden inschakelen crisisdienst: monitoring op kort termijn vanwege onvoldoende geweken suïcidegevaar.

Redenen om een patiënt niet op te nemen: voorkoming van hospitalisatie of regressie.

Of juist gebruik maken van de beschermende factoren in de thuissituatie.

- Inschakelen crisisdienst voor ontslag patiënt vanuit de SEH:
 - Crisisdienst wordt verzocht om contact op te nemen met familie.

4. Follow up door huisarts

- Huisarts zorgt voor follow-up contact binnen drie werkdagen met de patiënt na ontslag van de SEH of somatische afdeling van het ziekenhuis.
- Indien de patiënt zorg afwijst, maar suïcidegevaar nog steeds aanwezig lijkt, kan in niet acute situaties naast de CD ook het bemoeizorgteam worden ingeschakeld.

5. Follow up door reguliere GGZ-instellingen

- Nadat een patiënt na een suïcidepoging met ontslag gaat uit het ziekenhuis of andere instelling, wordt de patiënt zo spoedig mogelijk uitgenodigd. Uiterlijk binnen drie werkdagen zal er een face-to-face contact plaatsvinden.
- Indien niet direct een bij de behandeling betrokken hulpverlener bereikbaar is wordt contact opgenomen met de crisisdienst.
- De eigen hulpverlener neemt eveneens binnen drie werkdagen na ontslag van de patiënt contact op met diens omgeving/familie, voor zover mogelijk, eventueel telefonisch.
- Indien de patiënt niet op het afgesproken contact verschijnt of er opnieuw ernstige suïcidaliteit aanwezig is, probeert de hulpverlener eerst zelf het suïcidegevaar af te wenden. Indien dit niet tot de-escalatie leidt consulteert de hulpverlener de crisisdienst.

- het eerste follow up contact wordt besproken in het multidisciplinair overleg of aanpassing van het behandelplan gewenst is. De huisarts wordt over eventuele wijzigingen in het behandelplan en bij ontslag schriftelijk geïnformeerd.

6. Follow up door crisisdienst GGZ

- De crisisdienst nodigt de patiënt na een poging tot suïcide zo spoedig mogelijk na ontslag uit het ziekenhuis. Uiterlijk binnen 24 uur is er een face-to-face contact of een huisbezoek afgesproken.
- De crisisdienst neemt binnen drie werkdagen na ontslag van de patiënt contact op met diens omgeving/ familie indien de patiënt hiervoor toestemming verleent, voor zover mogelijk telefonisch.
- Indien de crisisdienst redenen heeft om hernieuwde ernstige suïcidaliteit te veronderstellen gaat deze over tot crisisinterventie.

7. Triage en doorverwijzing door HAP/ huisarts

- De huisarts heeft met betrekking tot suïcidaliteit allereerst een signalerende functie.
- Daartoe wordt gerekend: het bieden van basiszorg en het afnemen van een somatische anamnese.
- In geval van suïcidaliteit volgt een face-to-face inschatting inschatting van de problematiek.
- Belangrijk aspect van deze inschatting is de inschatten van de ernst/ urgentie
- Vervolgzorg wordt altijd ingeschakeld op basis van de urgentie.
- De huisarts/ HAP kan een patiënt doorverwijzen naar de SEH, waarna de procedure als gegeven onder 1 gaat lopen.
- Indien de huisarts een patiënt na een poging tot suïcide terug naar huis verwijst draagt hij zorg voor een follow up contact. Indien de patiënt vanuit de HAP naar huis wordt verwezen wordt door de HAP een waarneembericht verzonden met het verzoek om binnen drie werkdagen een follow up contact te plannen. In geval de patiënt in behandeling is bij een reguliere GGZ-instelling kan de afspraak over follow up ook met de betreffende hulpverlener daar worden gemaakt en informeert daarover de huisarts.
- Bij inschakeling van de crisisdienst gaat de procedure als gegeven onder 6 lopen.

8. 112

- De eerste taak van de nooddiensten is het veiligstellen van patiënten die zich suïcidaal uiten. Het verlenen van somatische basiszorg behoort hiertoe.
- Als veiligstelling is geschied volgt een globale inschatting van de problematiek in verband met eventuele suïcidaliteit.
- De primaire taak van de nooddienst is vervolgens: inschakelen vervolgzorg, in de regel de SEH, eventueel HAP of verwijzing naar huis/huisarts.

9. Signalering en doorverwijzing voor politie

- De primaire taak van de politie is het veiligstellen van patiënten die zich suïcidaal uiten.
- Als veiligstelling is geschied volgt een globale inschatting van de problematiek in verband met eventuele suïcidaliteit.
- Doorverwijzing vanuit de politie vindt plaats naar de SEH of de crisisdienst.
- Tot de taak van de politie behoort vervolgens ook: het waarborgen veiligheid betrokken hulpverleners (ambulancedienst, crisisdienst).

10. Triage door 2^e lijns GGZ-instelling binnen kantooruren

- Van 2^e lijns GGZ-instellingen wordt verwacht dat ze binnen kantooruren bij suïcidaliteit/ poging tot suïcide eerst zelf een triage doen. Als er sprake is van suïcidaliteit wordt de inschatting hiervan in een face to face contact gemaakt.
- Betrokken hulpverleners doen altijd een risicotaxatie, met aandacht voor de volgende factoren:
 1. Kwetsbaarheid voor suïcide (eerdere diagnoses, suïcidaal gedrag in verleden, suïcides binnen de familie).
 2. Aanwezigheid van stressoren (verlieservaringen, relationele problemen, beëindiging van een relatie).
 3. Symptomen (depressieve symptomen, angst, persoonlijkheidsproblematiek, afhankelijkheid van middelen).
 4. Aanwezigheid van wanhoop (ernst en duur).
 5. Mate van suïcidale gedachten (frequentie, inhoud, concrete plannen, mate van levensbedreiging bij uitvoering van plannen, mogelijkheden van hulp).
 6. Aanwezigheid van impulsiviteit en een gebrek aan zelfcontrole.
 7. Beschermende factoren (coping, sociale steun, gezin, familie, vrienden, werk).
- De taxatie/ triage resulteert in het inschatten van de ernst/ oriënterend psychiatrisch onderzoek, plus (somatische) screening door een psychiater.
- Informeren van de huisarts voor de opvolging van de crisisdienst.
- In geval en sprake is van gevaar kan vervolgens de crisisdienst worden ingeschakeld.
Binnen kantoortijden kan ook beroep worden gedaan op de Mutsaersstichting voor jongeren onder de 18 jaar. Zij werken niet outreachend. Met het oog op de wijzigingen in wet-en regelgeving per 1 januari 2014 (i.e. het mogen openen van een dbc-crisisinterventie) en met het oog op de specifieke expertise die nodig is voor een beoordeling bij jeugdigen worden hierover nadere afspraken tussen de ketenpartners gemaakt.
- De crisisdienst informeert uiterlijk een dag later telefonisch de betreffende instelling hoe de uiteindelijke afloop van de crisis is geweest, telefonisch en direct daarna ook per brief
- Indien de crisis niet heeft geleid tot een RM of IBS draagt de betreffende instelling zorg voor een follow up, conform de onder 5 geschetste procedure.

TOELICHTING OP DE SPECIFIEKE POSITIE VAN JEUGDIGEN EN JONGEREN:

Bij minderjarigen is het sterk aan te bevelen om vooral de ouders bij de zorg te betrekken.

Dat is van belang voor de diagnostiek en behandeling, maar ook vanwege wettelijke vereisten.

De verplichting om ouders van kinderen en jongeren te betrekken bij diagnostiek van suïcidaal gedrag en het vaststellen van de behandelovereenkomst, hangt af van de leeftijd van het kind:

- Bij kinderen jonger dan 12 jaar is het wettelijk verplicht om de ouders die het ouderlijke gezag hebben, te betrekken bij het vaststellen van de behandelovereenkomst.
Bij weigering van ouders daartoe, kan in voorkomende gevallen ook voor een kind jonger dan 12 jaar een IBS worden uitgeschreven.
- Jongeren tussen 12 en 16 jaar hebben met de ouders een gedeeld recht op het sluiten van een behandelovereenkomst.
- Vanaf 16 jaar is de instemming van de ouders wettelijk niet meer noodzakelijk.

Daar waar, na beoordeling van de situatie van een minderjarige, geen suïcidaal gedrag kan worden vastgesteld, maar:

- er wel 1 of meer signalen zijn op diverse levensterreinen die zorgen baren, kunnen ouders en/of jeugdige verwezen worden naar het CJG in de betreffende regio.
- er meerdere signalen zijn, onder meer pedagogisch, en ouders en/of jeugdige niet geactiveerd kunnen worden om zelf hulp te zoeken kan door de betrokken hulpverlener een zorgmelding bij Bureau Jeugdzorg gedaan worden. Dit dient dan wel gemeld te worden aan de betreffende ouders/jeugdige.
- de situatie dermate onrustig is dat de veiligheid van de jeugdige niet voldoende gegarandeerd kan worden, kan voor patiënten welke geen zorgaanbieder hebben, gedacht worden aan het onmiddellijk inschakelen van het SpoedEisendeHulpteam van Bureau Jeugdzorg (dag en nacht), te bereiken via het nummer van SENSOR (077-354888).

TOT SLOT

De afzonderlijke instellingen blijven zelf verantwoordelijk voor aanvullende interne richtlijnen en protocollen rondom suïcidaliteit. Deze notitie geeft geen specifieke richtlijnen voor vakinhoudelijke beoordeling, wijze van schriftelijke verslaglegging, interne logistiek, enzovoort.

De afzonderlijke instellingen blijven uiteraard ook zelf verantwoordelijk voor implementatie van de in deze notitie genoemde afspraken en richtlijnen. Een overkoepelend uitvoeringsplan voor de ketenzorgafspraken wordt gebruikt ter ondersteuning van de implementatie binnen de eigen organisatie. Huisartsen worden over de richtlijn geïnformeerd maar blijven uiteraard autonoom verantwoordelijk.

Dit document wordt zo nodig herzien door de betrokken ketenzorgpartners.

