

Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit

Aanbevelingen voor zorgvuldig
samenwerken in de keten



Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit

Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten

De volgende beroepsverenigingen, brancheorganisaties en federaties hebben met het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* ingestemd:

- GGZ Nederland
- de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP)
- het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)
- de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV)
- de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)



Het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* is tot stand gekomen in samenwerking met:

- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Colofon

Opdrachtgever
GGZ Nederland

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
Trimbos-instituut

Auteurs
Marleen Hermens, Harriët van Wetten, Henny Sinnema, Trimbos-instituut

Redactie
Paul Anzion, Trimbos-instituut

Productiebegeleiding
Joris Staal, Trimbos-instituut

Vormgeving & productie
Ladenius Communicatie BV Houten

Beeld
www.istockphoto.com

Projectgroep
Martijn Bool, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
Wil Buis, psychiater Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, voorzitter van de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP), lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Joanne Gerkes – van der Meer, spoedeisende hulparts en bestuurslid Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)
Geurt van de Glind, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
Bert van Hemert, psychiater en hoofd dienst spoedeisende psychiatrie Parnassia Bavo Groep, lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Marleen Hermens, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
Katrien de Ponti, beleidsadviseur, GGZ Nederland
Karel Rosmalen, huisarts en beleidsmedewerker Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Martin Steendam, klinisch psycholoog en p-opleider GGZ-Friesland, lid van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Harriët van Wetten, senior wetenschappelijk medewerker, projectleider, Trimbos-instituut
Nelleke van Zon, projectsecretaresse, Trimbos-instituut

ISBN: 978-90-5253-662-0

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF0943**.

Deze uitgave is te downloaden van de website van de organisaties die met dit document ingestemd hebben. Het stroomschema behorend bij deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel onder vermelding van artikelnummer AF0942.

Als volgt verwijzen naar deze publicatie: Hermens M, van Wetten H en Sinnema H. Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suicidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

© 2010, GGZ Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Deze uitgave mag ongewijzigd worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Totstandkoming en reikwijdte | 5 |
| Aan de slag | 9 |
| 1 Stappenplan voor implementatie | 11 |
| 1.1 Partijen komen bij elkaar | 11 |
| 1.2 Afspraken maken en vastleggen | 12 |
| 1.3 Formeel bekrachtigen | 12 |
| 1.4 Implementeren en borgen | 12 |
| 1.5 Evalueren | 13 |
| 2 Bouwstenen voor het opstellen van afspraken | 15 |
| Bouwsteen 1. Procesbeschrijving ketenzorg bij suïcidaliteit | 15 |
| Bouwsteen 2. Taken en verantwoordelijkheden | 17 |
| Bouwsteen 2.1 De toeleiders en nooddiensten | 17 |
| Bouwsteen 2.2 De huisarts | 18 |
| Bouwsteen 2.3 De SEH en medisch specialisten | 20 |
| Bouwsteen 2.4 De acute en consultatieve psychiatrie | 21 |
| Bouwsteen 2.5 De reguliere GGZ | 23 |
| Bouwsteen 3. Kritische momenten | 24 |
| Bouwsteen 3.1 Toegang tot zorg | 24 |
| Bouwsteen 3.2 Samenwerking | 24 |
| Bouwsteen 3.3 Terugkoppeling en informatieoverdracht | 25 |
| Bouwsteen 3.4 Dossiervorming | 26 |
| Bouwsteen 3.5 Behandelverantwoordelijkheid bij overdrachtmomenten | 27 |
| Bouwsteen 3.6 Weigeren van (na)zorg | 27 |
| Bouwsteen 4. Lokale implementatie en borging | 28 |
| Bouwsteen 5. Evaluatie | 28 |
| 3 Checklist afspraken | 31 |
| 3.1 Beleid en organisatie | 31 |
| 3.2 Primair proces | 32 |
| Literatuur | 35 |
| Bijlage 1 Kring van experts | 37 |
| Bijlage 2 Suïcide en suïcidepogingen in Nederland | 39 |
| Bijlage 3 De folder 'Als het leven ondraaglijk lijkt' | 41 |
| Bijlage 4 Overzicht van zorgaanbieders in de reguliere GGZ | 43 |

Totstandkoming en reikwijdte

Dit Kwaliteitsdocument bevat aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten bij mensen met suïcidaal gedrag¹. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op goede praktijkvoorbeelden en opvattingen van experts over hoe de organisatie van de zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag er uit zou moeten zien. De aanbevelingen uit dit Kwaliteitsdocument vormen de basis voor het maken van lokale samenwerkingsafspraken.

Dit document richt zich op de organisatie van de zorg en gaat niet in op het inhoudelijk professioneel (be)handelen. Naast dit document wordt door beroepsverenigingen met ondersteuning van het Trimbos-instituut, in opdracht van ZonMw, een multidisciplinaire richtlijn *Beoordeling en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag* ontwikkeld. Deze richtlijn is naar verwachting eind 2010 gereed en richt zich op de vraag wat de beste professionele zorg is. In de richtlijn ligt het accent op de inhoud van de zorg, in dit Kwaliteitsdocument ligt het accent op de organisatie van de zorg. De multidisciplinaire richtlijn en dit Kwaliteitsdocument vormen samen een tweeluik voor kwalitatief goede zorg.

Dit Kwaliteitsdocument gaat uit van bestaande organisatievormen en is in lijn met wettelijke kaders waarin de verantwoordelijkheid van zorgverleners voor een goede afstemming van de zorg in een keten is geregeld, zoals de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO, 1995), de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG, 1993) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996). Daarnaast sluit het Kwaliteitsdocument aan bij de *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* van de Koninklijke Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG, 2010) en de toekomstige Wet Cliëntenrechten Zorg.

Methode

De inhoud van dit Kwaliteitsdocument is gebaseerd op (een niet-systematisch) literatuuronderzoek, een inventarisatie naar knel- en verbeterpunten, praktijkvoorbeelden en ervaringen en opvattingen van experts uit het veld. Tijdens het project zijn twee bijeenkomsten georganiseerd voor een brede kring experts uit het veld (zie bijlage 1) waarin vooral werd gekeken naar bestaande knel- en verbeterpunten. Daarnaast werden diverse praktijkvoorbeelden bestudeerd, waaronder het West-Friese *Leren signaleren* (Kuijper, 2008) en het Haagse *Suicide Nazorg project* (Burger, 2009) die beiden uitgebreid gedocumenteerd zijn. Met een kleine kring van experts, de projectgroep, zijn conceptteksten opgesteld die tweemaal ter toetsing aan de brede kring van experts zijn voorgelegd.

¹ Onder suïcidaal gedrag of suïcidaliteit wordt in dit document bedoeld op het spectrum van het hebben van suïcidale plannen tot en met het (herhaaldelijk) uitvoeren van een suïcidepoging.

Het opstellen van dit Kwaliteitsdocument gebeurde onder projectleiding van het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met, en in opdracht van, GGZ Nederland. Het ministerie van VWS was de financier.

Continuïteit van zorg als vertrekpunt

Uit de inventarisatie bij een brede kring experts uit het veld (zie bijlage 1) blijkt dat de continuïteit van zorg een van de belangrijkste knelpunten in de huidige organisatie van de zorgpraktijk is. Door het ontbreken van sluitende afspraken in de keten krijgen suïcidale patiënten niet altijd de juiste (na)zorg. De transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties zijn daarom risicovolle momenten. Daarnaast blijkt dat (onrealistische) verwachtingen over ieders taken en verantwoordelijkheden een belangrijk knelpunt is. Praktijkvoorbeelden laten zien dat een heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden en duidelijke afspraken over bereikbaarheid, overdracht en terugkoppeling, belangrijke voorwaarden zijn voor een goede samenwerking in de keten.

Naast de opvattingen van experts en de praktijkervaringen, wordt het belang van continuïteit van zorg ook ondersteund door onderzoek.

- Verwey (2006) concludeerde in zijn onderzoek bij 28 Nederlandse ziekenhuizen dat patiënten na een suïcidepoging geen goede nazorg in de klinische, deeltijd- of ambulante setting krijgen en dat het ontbreekt aan heldere afspraken hierover met instanties in de regio. Hij stelt vast dat transfermomenten in de zorg bij suïcidale patiënten risicovol zijn en dat de zorg op dat gebied voor verbetering vatbaar is.
- Slechts een minderheid van de suïcidepogers wordt op de spoedeisende hulp (SEH) gezien door een psychiater van het ziekenhuis (Kerkhof e.a., 2007). Vooral de nazorg na verblijf op de SEH en de overdracht naar andere (GGZ)instanties is voor verbetering vatbaar (Boel e.a., 2007). Na een suïcidepoging is betere samenwerking nodig tussen ziekenhuizen en de partij die de vervolghulpverlening biedt. Hierdoor kan de compliance met de behandeling toenemen en wordt de kans op een nieuwe poging minder (Mann e.a., 2005).
- Ongeveer een kwart van alle suïcides van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vindt plaats binnen een jaar na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. In de eerste maanden na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis is er een verhoogd risico op suïcide. Een actieve of outreachende opstelling na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis is zeer gewenst, ook als patiënten zorg weigeren. Zo kan de continuïteit van zorg worden geborgd (Huisman en Kerkhof, 2008).

Bijlage 2 bevat aanvullend epidemiologische informatie over suïcide en suïcidepogingen in Nederland.

Landelijke implementatie en borging

Implementatie en borging van ketenzorg kan op verschillende niveaus plaatsvinden, zowel lokaal als landelijk. Dit Kwaliteitsdocument beschrijft hoe de borging van ketenzorg bij suïcidaal gedrag op lokaal niveau kan worden gerealiseerd. Dit staat in de onderdelen 1 t/m 3 beschreven.

Om het proces van implementatie en borging van ketenzorg te bevorderen zijn naast inhoudelijke experts, vertegenwoordigers van landelijke organisaties en beroepsverenigingen betrokken bij het opstellen van dit Kwaliteitsdocument.

Dit Kwaliteitsdocument is door verschillende landelijke organisaties/verenigingen onderschreven. Met het onderschrijven van dit document geven deze organisaties/verenigingen aan dat zij dit Kwaliteitsdocument actief zullen uitdragen. Zij stimuleren hiermee hun achterban tot het implementeren van de aanbevelingen uit dit document op lokaal niveau.

Aan de slag

Dit document is gericht op partijen in het veld die gezamenlijk de zorgketen voor mensen met suïcidaal gedrag vormen.

Deze zorgketen is vooral een verantwoordelijkheid van de volgende vier partijen: 1. de huisarts, 2. de spoedeisende hulp (SEH), 3. de acute en consultatieve psychiatrie en 4. de reguliere GGZ. De definities, taken en verantwoordelijkheden van deze partijen staan beschreven in deel 2.

Dit zijn de partijen die ervoor zorgen dat er lokaal/regionaal sluitende afspraken gemaakt worden met alle partijen en dat toeleidende partijen op de hoogte zijn van de organisatie van de zorgketen voor patiënten met suïcidaal gedrag in hun regio.

Dit Kwaliteitsdocument ondersteunt de vier genoemde partijen in het vormgeven van de organisatie van deze zorgketen. Met een set van afspraken wordt op lokaal of regionaal niveau vastgelegd hoe de zorg het beste geregeld kan worden: wie doet wat en wanneer, met betrekking tot het *signaleren, toeleiden, inschatten, verwijzen, beoordelen en behandelen* van patiënten met suïcidaal gedrag. Met deze set van afspraken weten alle partijen waar hun verantwoordelijkheden beginnen én eindigen, en wat zij van elkaar mogen verwachten.

In dit document wordt specifieke ingegaan op kritische momenten in de zorgketen. Dit zijn de transfermomenten als de patiënt overgaat van de ene partij naar de andere, of van het ene organisatieonderdeel naar het andere, of binnen één organisatie van de ene hulpverlener naar de andere. Maar het zijn ook de kritische momenten die ontstaan wanneer de patiënt geen zorg (meer) wil, terwijl die wel geïndiceerd is.

Leeswijzer

Dit document bestaat uit 3 delen die, als een drietrapsraket, leiden tot continuïteitsafspraken over de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag:

- Deel 1 bevat een stappenplan om te komen tot afspraken over de continuïteit van zorg
- Deel 2 beschrijft bouwstenen die inhoudelijk bijdragen aan de te maken afspraken
- Deel 3 bevat een checklist om vast te stellen of alle benodigde afspraken ook daadwerkelijk zijn gemaakt

1 Stappenplan voor implementatie

Om te komen tot succesvolle afspraken voor ketenzorg aan suïcidale patiënten is aan te raden een aantal stappen te doorlopen. De volgende 5 stappen worden onderscheiden:

- Bij elkaar komen
- Afspraken maken en vastleggen
- Formeel bekrachtigen
- Implementeren en borgen
- Evalueren

1.1 Partijen komen bij elkaar

GGZ-instellingen nemen het initiatief om de verantwoordelijke partijen in de regio bij elkaar te brengen voor het maken van lokale afspraken². De verantwoordelijke partijen zijn: 1. de huisartsen, 2. de SEH, 3. de acute en consultatieve psychiatrie en 4. de reguliere GGZ. Deze vier partijen bepalen ook welke eventuele andere partijen in hun regio nog meer betrokken worden bij het vastleggen van de afspraken over wie welke zorg verleent.

Deze andere partijen hebben vanuit hun professie onder andere een taak in het toeleiden van patiënten met suïcidaal gedrag naar de acute psychiatrie en/of reguliere GGZ. Soms is lokaal de GGD een belangrijke partij. Er zijn wettelijke verwijzers als de medisch specialisten in het ziekenhuis en de bedrijfsartsen die erbij betrokken kunnen worden.

Daarnaast valt te denken aan de nooddiensten en partijen in de sectoren onderwijs, jeugdzorg, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en welzijn. Deze partijen worden in dit document de toeleiders³ in de keten genoemd.

Een bijzondere partij is 113Online. 113Online biedt sinds najaar 2009 online en telefonische hulp aan suïcidale mensen. Zonodig verwijst 113Online door naar regionale GGZ-instellingen. Het is een veelbelovende ontwikkeling. De exacte positie van deze jonge organisatie in de keten zal gaandeweg helder worden.

² Conform het HKZ certificatieschema 'Instellingen voor de GGZ' norm 1.3 en 3.3 nemen GGZ-instellingen de regie bij deze ketensamenwerking.

³ Voor partijen in de keten geldt dat zij zich zowel tot de toeleiders/verwijzers als tot de zorgpartijen kunnen rekenen, afhankelijk van de situatie.

1.2 Afspraken maken en vastleggen

De verantwoordelijke partijen maken afspraken en leggen deze schriftelijk vast. Bij het concretiseren van de afspraken zijn de bouwstenen uit deel 2 nuttig. Het is zaak om deze bouwstenen goed na te lopen en te bezien of er in de betreffende regio sommige taken en verantwoordelijkheden anders belegd zijn dan hier beschreven. In dat geval moeten ze worden aangepast aan de feitelijke situatie. Er zijn vijf bouwstenen:

1. Procesbeschrijving ketenzorg
2. Taken en verantwoordelijkheden
3. Kritische momenten
4. Lokale implementatie en borging
5. Evaluatie

De checklist in deel 3 is een hulpmiddel om er zeker van te zijn dat de set van afspraken compleet is. Het kan overigens goed zijn dat in een bepaalde regio al veel afspraken gemaakt zijn. De checklist biedt in dat geval een kader om tot een complete en overzichtelijke set van afspraken te komen.

Alle afspraken worden zorgvuldig schriftelijk vastgelegd in een document of overeenkomst. Daarvoor kan de indeling van de checklist gevolgd worden.

1.3 Formeel bekrachtigen

Het is aan te bevelen een moment te plannen waarop de afspraken formeel bekrachtigd worden, bijvoorbeeld tijdens een gezamenlijk ondertekeningmoment. Dit sluit de fase van het maken van de afspraken af en markeert de overgang naar het daadwerkelijke invoeren, borgen en evalueren. Stel een startdatum vast en kies een eerste evaluatiedatum.

Het is uiteraard van belang om binnen de eigen organisatie te communiceren hoe de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag in de regio geregeld is, maar het is ook goed de toeleidende organisaties over de samenwerkingsafspraken te informeren.

1.4 Implementeren en borgen

Nadat alle afspraken gemaakt zijn, kunnen de afspraken ook daadwerkelijk geïmplementeerd worden bij betrokken organisaties. Borgen wil zeggen: zorgen dat het meer is dan een tijdelijke verandering. Een belangrijke voorwaarde is commitment van zowel de disciplines die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag als het management/bestuur van de organisatie. De kwaliteitssystemen van de verschillende partijen bieden een beleidsmatig kader voor de agendering bij het management en borging binnen de organisatie.

1.5 Evalueren

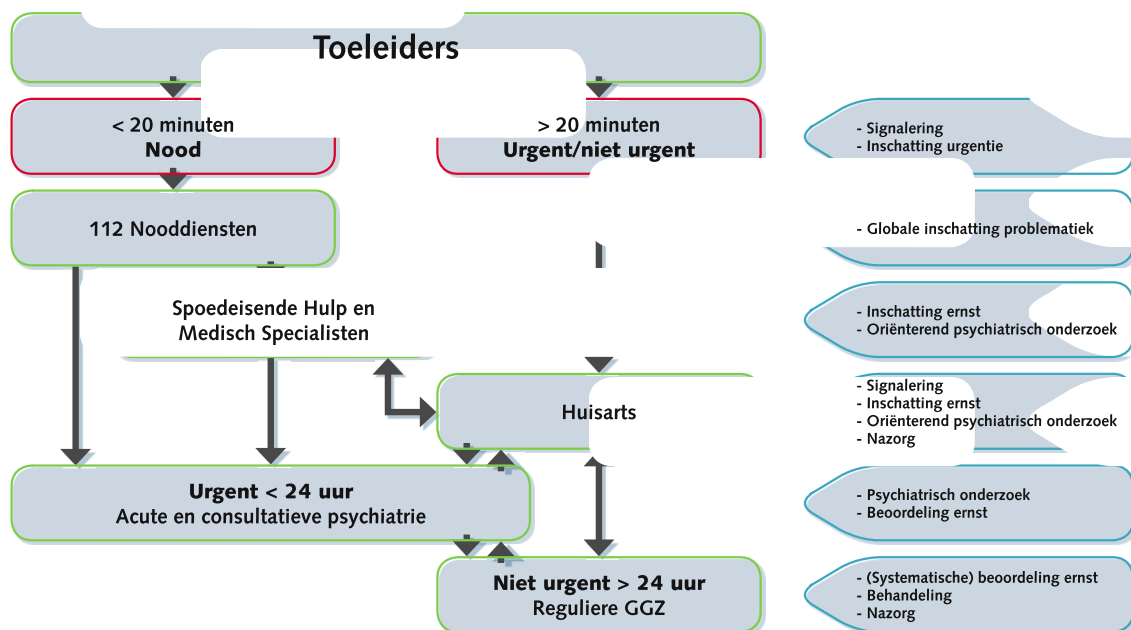
In de checklist is opgenomen dat er ook afspraken gemaakt worden over hoe en wanneer te evalueren. Structurele en regelmatige evaluatie is noodzakelijk om de kwaliteit van zorgverlening blijvend te kunnen borgen. Het kan zijn dat evaluatie leidt tot veranderingen in de afspraken. Deze vernieuwde afspraken moeten ook weer goed vastgelegd, geïmplementeerd en geborgd worden. Hierbij is het zaak ook de ruimere kring van toeleiders te informeren over veranderingen wanneer deze voor hen van belang zijn.

2 Bouwstenen voor het opstellen van afspraken

Dit deel beschrijft vijf bouwstenen die inhoudelijk bijdragen aan regionale afspraken over ketenzorg bij patiënten met suïcidaal gedrag. Bouwsteen 1 beschrijft de route van patiënten met suïcidaal gedrag in de zorgketen, waarbij de ingang tot de keten afhangt van de urgentie van de situatie. Bouwsteen 2 beschrijft de taken en verantwoordelijkheden van de verantwoordelijke partijen. Bouwsteen 3 beschrijft de kritische momenten in de keten. Bouwstenen 4 en 5 beschrijven de borging en evaluatie van lokale samenwerkingsafspraken.

Bouwsteen 1 - Procesbeschrijving ketenzorg bij suïcidaliteit

De ketenzorg voor een patiënt met suïcidaal gedrag kan als volgt in een stroomschen



Het stroomschema laat zien dat de urgentie de toegang tot zorg bepaalt. De verschillende partijen sluiten zodanig op elkaar aan dat elk niveau van urgentie geboden kan worden. Afspraken hierover kunnen per regio variëren. Uitgangspunt is dat de psychiatrie ingeschakeld kan worden als de patiënt somatisch is vrijgegeven.

⁴ Dit stroomschema is los te bestellen (zie colofon) en bevat aan de achterzijde een overzicht van de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen.

Nood (< 20 minuten)

In een situatie waarbij de inschatting is dat binnen 20 minuten zorg aanwezig moet zijn, kan iedereen via telefoonnummer 112 een nooddienst inroepen (ambulance, politie of brandweer). De nooddienst zal vervolgens doorleiden naar de SEH, de acute of consultatieve psychiatrie.

Urgent (20 minuten – 24 uur)

In een situatie waarin langer gewacht kan worden dan 20 minuten geldt in principe voor elke toeleider dat deze een beroep kan doen op de reguliere zorg van de huisarts van de patiënt. De huisarts kan vervolgens doorverwijzen naar de acute of reguliere GGZ, afhankelijk van de ernst van de situatie.

De huisarts kan daarbij het volgende principe hanteren: als de patiënt urgent, binnen 24 uur, door gespecialiseerde zorg gezien moet worden, schakelt de huisarts de acute psychiatrie in.

Wanneer de inschatting is dat de patiënt binnen 24 uur gezien moet worden door de acute psychiatrie, zijn voor verschillende partijen, verschillende routes te bewandelen:

- *Erkende verwijzers*
Voor de erkende verwijzers (huisarts, medisch specialist/SEH, Bureau Jeugdzorg en bedrijfsarts) geldt dat zij rechtstreeks de acute psychiatrie kunnen inroepen. Met de acute psychiatrie worden lokaal afspraken gemaakt over minimale aanrijtijden.
- *Verwijzers met specifieke afspraken*
Voor sommige partijen geldt dat zij lokaal specifieke afspraken hebben voor verwijzing naar de acute psychiatrie. Wie precies onder deze groep valt, hangt af van lokaal gemaakte afspraken (bijvoorbeeld de nooddienst en 113Online).
- *Overige toeleiders*
Andere partijen kunnen niet direct doorverwijzen naar de acute psychiatrie. Verwijzing vindt plaats via de erkende verwijzers. Het gaat hier om de toeleiders in de keten uit bijvoorbeeld de sectoren onderwijs, jeugdzorg, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en welzijn.

Niet urgent (> 24 uur)

In situaties die langer dan een dag kunnen wachten, verwijst de huisarts naar de reguliere GGZ.

Lokaal moeten heldere afspraken worden gemaakt tussen de huisartsen, de acute psychiatrie en de reguliere GGZ over minimale beoordelingstermijnen. De noodzakelijke termijn van urgentie wordt door de huisarts bepaald; de psychiatrie volgt de beoordeling van de huisarts.

Bouwsteen 2. Taken en verantwoordelijkheden

Continuïteit van zorg begint bij het maken van eenduidige afspraken over de onderlinge afbakening van taken en verantwoordelijkheden in de ketenzorg. Deze bouwsteen beschrijft de taken en verantwoordelijkheden van zowel de toeleiders als van de verantwoordelijke partijen (huisartsen, SEH en medisch specialisten, acute en consultatieve psychiatrie, en reguliere GGZ). De taken en verantwoordelijkheden zijn van toepassing voor alle disciplines die binnen elke partij een rol vervullen in de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag.

Bouwsteen 2.1 De toeleiders en nooddiensten

Onder toeleiders vallen ondermeer het algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg, de eerstelijns (GZ-)psychologen, Bureau Jeugdzorg, telefonische hulpdiensten en vertrouwenspersonen/leerlingbegeleiders in het (voortgezet) onderwijs. Ook kan gedacht worden aan professionals in de tweede lijn, bijvoorbeeld uit de gehandicaptenzorg, verzorging en verpleegzorg, en de verslavingszorg. Nooddiensten zijn een aparte categorie van toeleiders, zij worden hieronder apart besproken.

Taken

Toeleiders signaleren suïcidaliteit, kunnen suïcidaliteit bespreekbaar maken en patiënten met suïcidaal gedrag naar passende zorg toeleiden. Van belang is dat toeleiders kennis hebben van de taken en verantwoordelijkheden van de partners in de keten.

In noodgevallen kan 112 gebeld worden om de nooddiensten in te roepen. Als het niet gaat om noodgevallen vindt de toeleiding naar hulp op reguliere wijze plaats, vooral door de patiënt te motiveren om professionele hulp te zoeken bij of via de huisarts of een andere arts, bijvoorbeeld de schoolarts. Als de patiënt deze stap niet zelf wil, durft, of kan zetten, dan kan de toeleider voorstellen zelf de huisarts in te schakelen voor overleg.

De nooddiensten

Een aparte categorie van toeleiders zijn de nooddiensten. Onder de nooddiensten vallen de politie, ambulancedienst en brandweer. Zij kunnen bij nood door iedereen, (zorg)professionals of burgers, 7 x 24 uur ingeschakeld worden via telefoonnummer 112. Zij zijn een aparte categorie omdat nooddiensten een taak hebben in het veiligstellen van suïcidale patiënten en een globale inschatting maken van de problematiek van de patiënt.

Voor de politie geldt aanvullend dat zij bijstand verlenen aan de acute psychiatrie door het waarborgen van de veiligheid van de hulpverlener van de acute psychiatrie. Voor de ambulancemedewerkers geldt aanvullend dat zij somatische basiszorg bieden.

De nooddiensten dragen zorg voor het inschakelen van vervolgzorg, zodat andere hulpverleners de zorg voor de patiënt kunnen overnemen. Het is wenselijk – en doorgaans nu al praktijk – dat de nooddiensten de acute psychiatrie rechtstreeks kunnen inschakelen wanneer zij inschatten dat er bij de patiënt overwegend sprake is van psychiatrische problematiek en/of suïcidaliteit.

Bouwsteen 2.2 De huisarts

Huisartsen werken als solist (eenmanspraktijk) of in groepsverband (groepspraktijk, gezondheidscentrum, Huisartsen Onder Een Dak (HOED) e.d.). Tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten zijn huisartsen bereikbaar via een huisartsenpost. Daarmee zijn huisartsen 7 x 24 uur bereikbaar. Tegenwoordig is er ook een trend dat huisartsenposten (HAP) samenwerken en zelfs integreren met de SEH.

De belangrijkste taken van de huisarts zijn het signaleren van suïcidaliteit, het inschatten van de ernst van suïcidaliteit en het uitvoeren van een oriënterend psychiatrisch onderzoek en een somatische anamnese. Op basis daarvan schakelt de huisarts de meest geëigende vervolghulp in, zoals de nooddienst, de acute psychiatrie of de reguliere GGZ. Pas na somatisch vrijgeven van patiënt kan de acute psychiatrie of de reguliere GGZ ingeschakeld worden.

De huisarts handelt afhankelijk van de urgentie (zie bouwsteen 1) en binnen de kaders die voor de acute psychiatrie en de reguliere GGZ haalbaar zijn als volgt:

- In geval van nood, zoals bij lichamelijk letsel na een suïcidepoging, schakelt de huisarts een nooddienst in (ambulance, politie of brandweer), geeft basiszorg en laat de patiënt tot de komst van de nooddienst niet alleen achter.
- Als er geen sprake is van nood, maar wel van een urgente situatie, dan schakelt de huisarts de acute psychiatrie in voor overleg en/of voor een psychiatrisch onderzoek en voor de beoordeling van de ernst van de suïcidaliteit en kans op herhaling. Indien noodzakelijk komt de acute psychiatrie ter plaatse om de patiënt te zien. De huisarts organiseert de noodzakelijke basiszorg en de veiligheid van de patiënt en zorgt dat de patiënt niet alleen achterblijft tot de komst van de acute psychiatrie.
- Als de problematiek minder urgent is, dan verwijst de huisarts, op basis van eigen inschatting, naar de reguliere GGZ.

Zoals in bouwsteen 1 beschreven staat, bepaalt de huisarts de noodzaak en urgentie van een psychiatrische beoordeling. De psychiatrische zorg (acuut of regulier) geeft de noodzakelijke beoordeling binnen de termijn die de huisarts noodzakelijk acht. In geval van een aanmelding bij de reguliere GGZ verzorgt de huisarts noodzakelijke overbruggingscontacten. Na het aanmeldingsgesprek bij de (acute en reguliere) psychiatrie is de psychiatrie verantwoordelijk voor overbruggingscontacten tijdens eventuele wachttijd tot behandeling.

Behalve het toeleiden naar gespecialiseerde hulp biedt de huisarts zelf ook somatische en psychiatrische basiszorg. Bij het wachten op de komst van de nooddienst of de acute psychiatrie geeft de huisarts basiszorg aan de patiënt. Dit houdt in dat de huisarts ter plaatse zorgt voor het welzijn en de veiligheid van de patiënt en zorgt dat de patiënt niet alleen blijft als dat niet verantwoord is. Wanneer de huisarts de patiënt verwijst naar de reguliere GGZ, biedt de huisarts overbruggingscontacten aan totdat de verantwoordelijkheid voor de patiënt door de reguliere GGZ is overgenomen. Tijdens deze overbruggingscontacten geeft de huisarts basiszorg en schat telkens de ernst van de suïcidaliteit in, zodat een meer acute vorm van hulp ingeschakeld kan worden als dat nodig is.

Tot slot geeft de huisarts nazorg. Nazorg houdt in dat de huisarts de patiënt minimaal een consult aanbiedt en vervolgens inschat of en hoe vaak vervolgcontacten met de patiënt nodig en gewenst zijn. In de nazorg blijft de huisarts de ernst van de suïcidaliteit inschatten, zodat acute of reguliere GGZ (opnieuw) ingeschakeld kan worden indien nodig. De huisarts biedt in ieder geval nazorg:

- nadat de patiënt door de acute of consultatieve psychiatrie, de SEH of de reguliere GGZ wordt terugverwezen naar de huisarts omdat weliswaar hulp geïndiceerd is, maar de patiënt, ondanks inspanningen van genoemde partijen, deze hulp niet wil ontvangen en gedwongen hulp niet aan de orde is. Huisarts en psychiatrie zullen in deze situatie nauw moeten samenwerken;
- wanneer de ernst van de suïcidaliteit en de kans op herhaling door de acute of consultatieve psychiatrie zodanig laag wordt ingeschat dat behandeling in de reguliere GGZ niet geïndiceerd is.

Vanzelfsprekend kan de huisarts alleen nazorg bieden wanneer het ontslag uit de psychiatrie duidelijk gecommuniceerd is en overleg over de inhoud van de nazorg heeft plaatsgevonden (zie bouwsteen 3.3).

Binnen welk tijdsbestek de huisarts nazorg aanbiedt, hangt af van de reden voor nazorg. Als de patiënt zich onttrekt aan zorg zal de huisarts zo nodig ook een huisbezoek doen om de patiënt te kunnen beoordelen. Als de patiënt zich ondanks de inspanningen van partijen aan zorg blijft onttrekken, kan worden afgewogen of de verantwoordelijkheid bij de patiënt moet worden gelaten.

Samengevat, de huisarts heeft de volgende taken:

- Signaleren van suïcidale patiënten
- Inschatten van de ernst van de suïcidaliteit
- Verrichten van oriënterend psychiatrisch onderzoek
- Verrichten van een somatische anamnese
- Organiseren van veiligheid
- Inschakelen van hulp op basis van urgentie:
 - In geval van nood een nooddienst inschakelen
 - Afhankelijk van de urgentie verwijzen naar de acute of reguliere GGZ

- Bieden van basiszorg
- Bieden van overbruggingscontacten
- Bieden van nazorg

Bouwsteen 2.3 De SEH en medisch specialisten

De SEH van een algemeen ziekenhuis biedt 7 x 24 uur spoedeisende hulp. Bij de SEH komen patiënten terecht die een suïcidepoging hebben gedaan met lichamelijke gevolgen of een vermoeden daarvan. De arts van de spoedeisende hulp, kortweg SEH-arts⁵ genoemd, is bij patiënten met suïcidaal gedrag verantwoordelijk voor het bieden van eerste hulp bij lichamelijk letsel en het inschakelen van psychiatrische deskundigheid. De hieronder beschreven taken van de SEH-arts gelden ook voor medisch specialisten die op de SEH komen en te maken krijgen met ernstige suïcidepogingen.

Taken

De SEH-arts geeft in de eerste plaats somatische eerste hulp. De SEH-arts verricht een oriënterend psychiatrisch onderzoek en maakt een eerste inschatting van de ernst van de suïcidaliteit. Vervolgens schakelt de SEH-arts de acute of consultatieve psychiatrie in om bij de patiënt de ernst van de suïcidaliteit en de kans op herhaling te beoordelen. Naast mondelinge informatie kan ook schriftelijke informatie, zoals de folder 'Als het leven ondraaglijk lijkt', aangeboden worden aan de patiënt met suïcidaal gedrag (zie bijlage 3).

Als van deze afspraak wordt afgeweken, vindt overleg met de acute of consultatieve psychiatrie plaats over het te voeren beleid. De eerste inschatting van de suïcidaliteit is dan van belang voor een goede informatieoverdracht aan de psychiatrie en ook aan de huisarts in het kader van de nazorg.

Wanneer de inschatting van de ernst van de suïcidaliteit en de kans op herhaling groot is, maar de patiënt een psychiatrisch consult weigert, schakelt de SEH-arts, ook tegen de wens van de patiënt, de acute of consultatieve psychiatrie in, omdat de patiënt een gevaar voor zichzelf is en onvrijwillige zorg aan de orde kan zijn. Zo nodig kan de SEH-arts zich laten bijstaan door een beveiligingsdienst of door de politie.

Wanneer de patiënt (al dan niet vanuit de SEH) in het ziekenhuis opgenomen wordt vanwege noodzakelijke somatische zorg, kan het inschakelen van de consultatieve psychiatrie via de medisch specialist plaatsvinden zodra de patiënt enigszins aanspreekbaar is. In geval van onvrijwillige psychiatrische behandeling vindt de beoordeling plaats door de acute psychiatrie.

⁵ Waar SEH-arts staat in dit document wordt ook de behandelend arts op de SEH bedoeld. Een SEH-arts is MSRC-geregistreerd.

In het ziekenhuis wordt vaak gecombineerde psychiatrische en somatische zorg geleverd. Dit vereist dat de SEH-arts bij opname van een patiënt met suïcidaal gedrag zorgt voor een goede overdracht naar de medisch specialist van de opname afdeling. Voor de medisch specialist betekent dit dat de acute of consultatieve psychiatrie kan worden ingeschakeld, zonodig tegen de wil van de patiënt, en dat de medisch specialist informatie overdraagt aan de huisarts en de acute of consultatieve psychiatrie. De consultatieve psychiatrie en de medisch specialisten maken afspraken over het waarborgen van een veilig verblijf (wat betreft suïciderisico) in het algemeen ziekenhuis.

Samengevat, de SEH-arts en de medisch specialist hebben de volgende taken:

- Bieden van somatische zorg
- Eerste inschatting van de ernst van de suïcidaliteit
- Verrichten van oriënterend psychiatrisch onderzoek
- Inschakelen van de acute of consultatieve psychiatrie, zo nodig tegen de wil van de patiënt
- Aanbieden van schriftelijke informatie zoals de folder 'Als het leven ondraaglijk lijkt'
- Indiceren en verwijzen voor ziekenhuisopname
- Informatieoverdracht aan medisch specialist, de huisarts en acute of consultatieve psychiatrie

Bouwsteen 2.4 De acute en consultatieve psychiatrie

De acute en consultatieve psychiatrie zijn verantwoordelijk voor zorg aan mensen met ernstige (acute) psychiatrische problemen. Acuuut wil zeggen dat een cliënt binnen 24 uur, of zoveel eerder als nodig en mogelijk is, hulp krijgt. De hulp bestaat uit diagnostiek (voor zover mogelijk in een crisissituatie), crisisinterventie, behandeling en zorgverlening gericht op herstel en stabilisatie van het psychisch evenwicht.

Acute en consultatieve psychiatrie kan door verschillende zorgonderdelen geleverd worden:

- De (crisisdienst van een)(geïntegreerde) GGZ-instelling
- De consultatieve psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis, al dan niet gekoppeld aan de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of academisch ziekenhuis (psychiatrische universiteitskliniek, PUK)

De acute psychiatrie komt zo nodig op de plaats waar de patiënt zich bevindt en doet de beoordelingen voor onvrijwillige zorg. De consultatieve psychiatrie is werkzaam in het algemeen ziekenhuis en geeft daarnaast collegiale consulten in het ziekenhuis.

Taken

Een belangrijke taak van de acute en consultatieve psychiatrie is het doen van psychiatrisch onderzoek, het beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit en/of het beoordelen van de kans op herhaling. Met het beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit beoordelen de acute en consultatieve psychiatrie ook de wilsbekwaamheid

van de patiënt en de mate waarin de patiënt een gevaar voor zichzelf of anderen is. Daarnaast hebben ze een belangrijke taak in het indiceren van en verwijzen naar de reguliere GGZ. Als de ernst van de suïcidaliteit en/of de kans op herhaling laag wordt beoordeeld en de acute of consultatieve psychiatrie vindt dat behandeling in de reguliere GGZ niet geïndiceerd is, stelt de acute of consultatieve psychiatrie betrokken partijen (in ieder geval de huisarts) hiervan op de hoogte.

De acute en consultatieve psychiatrie zijn 7 x 24 uur bereikbaar. Lokaal moeten afspraken gemaakt worden over minimale aanrijtijden van de acute psychiatrie. Aanrijtijden kunnen lokaal verschillen; in stedelijke gebieden is een aanrijtijd van twee uur niet ongebruikelijk.

De acute en consultatieve psychiatrie zijn rechtstreeks bereikbaar voor erkende verwijzers. Lokaal kan ook met andere verwijzers specifieke afspraken worden gemaakt over het rechtstreeks inschakelen van de acute psychiatrie. Zowel de acute als consultatieve psychiatrie bieden erkende verwijzers (al dan niet telefonisch) consultatie.

BOPZ

Indien nodig draagt de acute psychiatrie zorg voor een gedwongen opname met een BOPZ-maatregel. Als er een zorgwekkende situatie bestaat waarbij zorg wordt geweigerd en er zijn onvoldoende gronden voor een BOPZ-maatregel, dan geeft de acute psychiatrie of reguliere GGZ in eerste instantie outreachende zorg om de patiënt toch tot behandeling te motiveren. Als dit onvoldoende effect heeft, wordt de huisarts van de situatie op de hoogte gebracht.

Samengevat heeft de acute psychiatrie de volgende taken:

- Afhankelijk van urgentie binnen afgesproken termijnen ter plaatse een beoordeling uitvoeren
- Beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit en inschatten van de kans op herhaling
- Verrichten van psychiatrisch onderzoek
- Verrichten van beoordelingen in het kader van de wet BOPZ
- Crisisinterventie uitvoeren
- Op indicatie bieden van een outreachende zorg
- Indicatiestelling en verwijzing voor behandeling reguliere GGZ
- Organiseren van de toeleiding naar betrokken partijen
- Informatieoverdracht aan betrokken partijen
- Consultatie aan verwijzers

Samengevat heeft de consultatieve psychiatrie de volgende taken:

- Beoordelen van de ernst suïcidaliteit en inschatten van de kans op herhaling
- Verrichten van psychiatrisch onderzoek
- Crisisinterventie uitvoeren

- Indicatiestelling en verwijzing voor behandeling reguliere GGZ
- Organiseren van de toeleiding naar betrokken partijen
- Informatieoverdracht aan betrokken partijen
- Consultatie en medebehandeling binnen het ziekenhuis

Bouwsteen 2.5 De reguliere GGZ

De reguliere GGZ is verantwoordelijk voor het systematisch beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit en de kans op herhaling en het behandelen van patiënten met suïcidaal gedrag. Het behandelaanbod voor suïcidale mensen is divers (ambulant, deeltijd, klinisch) en kan geleverd worden door verschillende zorgaanbieders. Er zijn 3 groepen te onderscheiden: 1. de georganiseerde GGZ; 2. PAAZ en PUK; 3. de zelfstandig gevestigden. Zie bijlage 4 voor een verdere onderverdeling en aantallen aanbieders.

Taken

Het kan zijn dat er geen acute zorg nodig is en dat de patiënt op verwijzing van de huisarts bij de reguliere GGZ komt. In dat geval is de reguliere GGZ verantwoordelijk voor het beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit en de kans op herhaling. Zo nodig zal de reguliere GGZ een outreachende benadering hanteren om een patiënt in zorg te krijgen. In alle gevallen wordt in de reguliere GGZ het behandelplan opgesteld en uitgevoerd. Op geregelde tijden wordt de ernst van de suïcidaliteit (opnieuw) beoordeeld. De reguliere GGZ biedt zowel vrijwillige als gedwongen zorg (met een BOPZ-maatregel).

Bij het (voortijdig) afsluiten van de behandeling brengt de reguliere GGZ de huisarts hiervan op de hoogte. Het is een verantwoordelijkheid van de partijen om gezamenlijk tot het meest optimale zorgaanbod te komen.

Samengevat heeft de reguliere GGZ de volgende taken:

- Opstellen van een behandelplan
- Uitvoeren van behandeling, zowel vrijwillig als onvrijwillig
- Systematisch beoordelen van de ernst van de suïcidaliteit en van de kans op herhaling
- Op indicatie bieden van een outreachende benadering om tot een zorgcontact te komen
- Informatieoverdracht tijdens de behandeling binnen de reguliere GGZ
- Overdracht van de patiënt naar de huisarts voor nazorg

Bouwsteen 3. Kritische momenten

Een belangrijke voorwaarde voor het optimaliseren van de continuïteit van zorg voor mensen met suïcidaal gedrag is het maken van procedureafspraken waarmee de kritische momenten in de zorgketen worden afgedekt. Het gaat dan om de transfermomenten in de zorg, over dossiervoering en over patiënten die geen zorg (meer) willen ontvangen. Hier worden aanbevelingen gedaan voor het maken van lokale afspraken over deze kritische momenten in de zorgketen.

Bouwsteen 3.1 Toegang tot zorg

In de praktijk blijkt dat het niet altijd voor alle toeleiders, verwijzers en partijen duidelijk is hoe de toegang tot de zorg geregeld is. Met name verschillende verwachtingen over de manier waarop en de snelheid waarmee anderen te bereiken zijn, leiden in de praktijk tot belemmeringen in de zorgverlening. Daarom is het van belang dat lokaal de verschillende partijen expliciet procedure-afspraken met elkaar maken over in ieder geval de volgende onderwerpen:

- De bereikbaarheid (de manier waarop zorgpartijen binnen en buiten kantooruren te bereiken zijn): toegangstijden, telefoonnummers, contactpersonen, overige relevante contactgegevens
- De aanmeldingsprocedure: telefonisch, schriftelijk, persoonlijk, benodigde informatie
- De wachttijden tot eerste contact en tot behandeling
- De communicatie met toeleiders en potentiële patiënten over bij wie ze welke zorg kunnen krijgen

Bouwsteen 3.2 Samenwerking

Het behandelen van patiënten met suïcidaal gedrag hoort primair tot de taak van de reguliere GGZ. De reguliere GGZ is echter een breed begrip (zie bouwsteen 2.5 en bijlage 4). Daarom is het belangrijk dat lokaal bekend is welke instellingen/partijen/professionals in de regio tot deze partij behoren. Zorgverleners die participeren in een keten moeten alert zijn op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar andere zorgverleners. Daarom is het belangrijk dat zij op de hoogte zijn van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners (KNMG, 2010). Ook de transfermomenten binnen één partij behoeven aandacht, zoals bijvoorbeeld bij vakantie of overplaatsing van de vaste behandelaar, of wanneer sprake is van samenwerking van verschillende hulpverleners tegelijkertijd rondom één patiënt.

Het informeren en betrekken van de patiënt bij het maken van afspraken over de behandeling is een voorwaarde om de behandeling op de patiënt af te kunnen stemmen. Dit is cruciaal om een goede behandelrelatie, en daarmee de continuïteit van zorg, te bewerkstelligen. Verder is het raadzaam om naast de informed consent van de patiënt (en in overleg met de patiënt) ook de partner, familieleden en/of

vrienden te betrekken bij de behandeling. Deze betrokkenen kunnen behulpzaam zijn bij het signaleren en het bespreken van de suïcidaliteit en wanneer de patiënt niet komt opdagen bij afspraken met behandelaars (non-compliance). Voor de wijze waarop zij bij de behandeling van de patiënt betrokken kunnen worden biedt de modelregeling *Betrokken omgeving* (2004) een kader.

Bouwsteen 3.3 Terugkoppeling en informatieoverdracht

Terugkoppeling en informatieoverdracht zijn gebonden aan wettelijke kaders zoals de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO).

Naar de huisarts

Wanneer de patiënt door een huisarts van de huisartsenpost gezien is, zorgt deze laatste voor een persoonlijke, bij voorkeur ook mondelinge, overdracht naar de eigen huisarts. De behandelende partij koppelt altijd informatie terug aan de huisarts. Het gaat dan om de bevindingen van de SEH en/of de psychiatrie over de ernst van de suïcidaliteit, om de resultaten uit het somatisch en psychiatrisch onderzoek en eventueel over het behandelbeleid dat is ingezet. Terugkoppeling is beknopt en minimaal schriftelijk. Het tempo van de overdracht en de terugkoppeling hangt samen met de urgentie van de situatie: als deze acuut is, moet er een snelle terugkoppeling naar de huisarts zijn, zo nodig binnen één dag. Als van de huisarts iets verwacht wordt, is het raadzaam om in acute situaties de schriftelijke informatie aan te vullen met telefonisch overleg.

Naar nooddiensten en toeleiders

Terugkoppeling naar nooddiensten en toeleiders vindt mondeling plaats. De betreffende partijen geven aan dat ze de zorg voor de patiënt overnemen. Hiermee is de verantwoordelijkheid voor de patiënt overgedragen.

Naar vervolghulp

Bij de overdracht naar vervolghulp is de informatieoverdracht gedetailleerder dan bij terugkoppeling naar de aanvrager. Informatieoverdracht van een patiënt van de ene naar de andere hulpverlener is minimaal schriftelijk en kan, zeker in acute situaties, aangevuld worden met telefonisch overleg. Het tempo van de overdracht hangt samen met de urgentie van de situatie: als deze acuut is, moet er een snelle overdracht naar vervolghulp zijn. In de informatieoverdracht wordt de aard van de problematiek van de patiënt genoemd en wordt aangegeven wat het resultaat is van het gevoerde behandelbeleid tot dan toe en wat er van de vervolghulp wordt verwacht. De hulpverlener die de verantwoordelijkheid overneemt, legt dit schriftelijk vast in het eigen dossier. De hulpverlener die de verantwoordelijkheid overdraagt, legt de overname vast in het eigen dossier.

Naar de eigen behandelaar

Een deel van de patiënten met suïcidaal gedrag is al in behandeling voor psychiatrische problematiek. Partijen in de zorg die te maken krijgen met suïcidaal gedrag gaan daarom

na of de patiënt al psychiatrische behandeling krijgt. In dat geval is het belangrijk dat terugkoppeling en informatie-overdracht ook plaatsvindt naar de eigen behandelaar van de patiënt. Het is voor patiënten die vanwege suïcidaal gedrag zijn opgenomen van belang dat met de eigen behandelaar al is overlegd, voordat de patiënt met ontslag gaat.

Onderzoeksplicht

Een zorgverlener die deelneemt aan een samenwerkingstraject vergewist zich ervan de relevante gegevens te hebben van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Zorgverleners hebben immers een onderzoeksplicht. Welke gegevens in aanmerking komen voor uitwisseling heeft te maken met het uit de privacy-regels voortvloeiende noodzakelijkheids criterium (KNMG, 2010).

Samengevat, het is van belang dat de verschillende partijen lokaal procedureafspraken met elkaar maken over in ieder geval de volgende onderwerpen:

- Wijze van terugkoppeling en informatieoverdracht (aan wie, op welke manier)
- Snelheid van terugkoppeling en informatieoverdracht
- Inhoud van de terugkoppeling en informatieoverdracht

En daarbij zijn de volgende afspraken van belang:

- Terugkoppeling naar toeleiders gebeurt mondeling
- Terugkoppeling van de behandelende partij naar de huisarts gebeurt minimaal schriftelijk
- De inhoud van de terugkoppeling door de behandelende partij naar de huisarts gaat over:
 - somatische en psychiatrische problematiek
 - het ingezette behandelbeleid
 - de inschatting ernst suïcidaliteit en/of kans op herhaling
 - resultaten uit psychiatrisch onderzoek
- De snelheid van informatieoverdracht en terugkoppeling staat in relatie tot de urgentie van de situatie
- Informatieoverdracht tussen behandelende partijen gebeurt minimaal schriftelijk
- De inhoud van de informatieoverdracht tussen de behandelende partijen gaat over:
 - somatische en psychiatrische problematiek
 - het resultaat van het tot dan toe gevoerde behandelbeleid
 - verwachtingen van de vervolghulp

Bouwsteen 3.4 Dossiervorming

Goede dossiervorming is een voorwaarde voor een zorgvuldige overdracht in de keten. Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier over de patiënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen (KNMG, 2010). Elke partij is zelf verantwoordelijk voor het vast-

leggen van gegevens in het dossier, waarbij richtlijnen en wetgeving hierover worden gerespecteerd. Elke partij legt in het dossier vast wat nodig is voor een goede uitvoering en verantwoording van de zorg, afgestemd op eigen taken en verantwoordelijkheden.

Het is van belang dat de verschillende partijen lokaal procedureafspraken met elkaar maken over de dossiervoering. Aandachtspunten daarbij:

- Elke partij draagt verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige dossiervoering
- De partijen die bij de overdracht zijn betrokken, leggen schriftelijk vast dat de patiënt is overgenomen

Bouwsteen 3.5 Behandelverantwoordelijkheid bij overdrachtmomenten

Sluitende zorg in de keten impliceert in strikte zin dat de behandelverantwoordelijkheid van een hulpverlener pas eindigt wanneer een andere hulpverlener deze verantwoordelijkheid expliciet heeft overgenomen. De operationele praktijk is echter weerbarstig. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt door de reguliere GGZ schriftelijk wordt overgedragen aan de huisarts is in de meeste gevallen sprake van een (kort) tijdsbestek waarbij niemand zich verantwoordelijk voelt voor de (na) zorg van de patiënt. Een reden hiervoor kan zijn dat schriftelijke overdracht niet snel genoeg gaat. In zo'n geval is een mondelinge overdracht aan te raden.

Daarnaast is het raadzaam de patiënt altijd uit te nodigen om zelf contact op te nemen met de behandelaar als een vervolgspraak op zich laat wachten. Lastiger wordt het als de huisarts (of andere ontvangende hulpverlener) met vakantie is en de overdracht niet onmiddellijk kan overnemen. De overdragende hulpverlener moet zich hiervan vergewissen, zodat eventueel de vervanger geïnformeerd kan worden of besloten wordt om de patiënt langer in zorg te houden.

Voor een goede continuïteit van zorg, ook tijdens de overdrachtsfase, is het daarom van belang dat de partijen afspraken maken over de behandelverantwoordelijkheid tijdens de overdrachtsfase, waarbij expliciet wordt gemaakt:

- hoe logistiek wordt omgegaan met een sluitende overdracht
- wanneer de behandelverantwoordelijkheid begint en eindigt

Bouwsteen 3.6 Weigeren van (na)zorg

Een belangrijk kritisch moment in de zorg is het moment waarop de patiënt tegen advies in aangeeft de aangeboden (na)zorg niet (langer) te willen ontvangen. Op dat moment is het belangrijk dat elke partij weet hoe te handelen én weet wat van de andere partijen verwacht mag worden. Ook hier is het aan te bevelen om afspraken te maken over wie zich verantwoordelijk stelt voor het leveren van outreachende zorg (zie bouwsteen 2 over de afbakening van taken en verantwoordelijkheden) en over de frequentie en duur van de outreachende zorg. Specifieke afspraken over het informeren van, en het terugkoppelen en overdragen aan betrokken partijen zijn hier van belang.

Voor de continuïteit van zorg is het van belang dat partijen afspraken maken over hoe te handelen bij het weigeren van (na)zorg. Afspraken zijn nodig over minimaal de volgende onderwerpen:

- hoe om te gaan met weigering van (na)zorg in het algemeen
- welke partij onderneemt wat aan outreachende (na)zorg
- hoe om te gaan met (informatie)overdracht en terugkoppeling

Bouwsteen 4. Lokale implementatie en borging

Elke partij is verantwoordelijk voor het implementeren en borgen van de lokaal gemaakte afspraken in de eigen instelling/organisatie/praktijk. Een belangrijke voorwaarde is commitment van het management en/of het bestuur van organisaties.

Kwaliteitssystemen bieden een beleidsmatig kader voor de agendering bij het management en borging binnen de organisatie. De landelijke kwaliteitssystemen van de verschillende partijen bieden het beleidsmatige kader voor borging en implementatie. Het gaat om kwaliteitssystemen zoals bijvoorbeeld de HKZ-certificatieschema's, prestatie-indicatoren, het veiligheidsmanagementsysteem en accreditatie- en visitatiesystemen.

Een tweede belangrijke voorwaarde voor borging is het structureel onderhouden van de professionele deskundigheid. Naast de procedurele zaken is het voor een goed geborgde implementatie noodzakelijk dat gewenste gedragsveranderingen gebaseerd zijn op gezamenlijke, onderliggende opvattingen over goed hulpverlenerschap (zie deel 3).

Bouwsteen 5. Evaluatie

Periodiek evalueren past in een goede plan-do-check-act kwaliteitscyclus. Een evaluatie van de samenwerkingsafspraken vindt bij voorkeur jaarlijks plaats met alle samenwerkingspartijen. De evaluatie wordt schriftelijk vastgelegd en resulteert in conclusies en aanbevelingen voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor elke partij afzonderlijk. GGZ-instellingen nemen het initiatief voor het organiseren en coördineren van deze evaluatiebijeenkomsten. In het samenwerkingsdocument wordt vastgelegd wie zorgt voor de organisatie en coördineren van de evaluatiebijeenkomsten.

De evaluatie betreft zowel het functioneren van de eigen organisatie als het functioneren van de afspraken tussen de samenwerkende organisaties. Relevante evaluatievragen zijn:

- Worden de samenwerkingsafspraken nageleefd?
- Zijn de partijen tevreden over de gemaakte afspraken, zijn ze werkbaar in de praktijk?

- Is de kwaliteit van de zorgverlening aan patiënten met suïcidaal gedrag in de regio verbeterd?
- Laten kwantitatieve proces- en effectmaten veranderingen in de loop van de tijd zien? Een voorbeeld van een procesmaat is de mate waarin het is gelukt om de suïcidale patiënt op de SEH in contact te brengen met de acute of consultatieve psychiatrie. Een voorbeeld van een effectmaat is de mate waarin de herhaling van suïcidaal gedrag in de regio toe- of afneemt (dit kan geconcretiseerd worden in aantal opnames op de SEH of met gezondheidsmonitors van Gemeentelijke GezondheidsDiensten waarin suïcidaliteit is opgenomen).

3 Checklist afspraken

De checklist is te beschouwen als een soort inhoudsopgave van de set van afspraken. Dit kunnen overigens afspraken zijn die al bestaan en wellicht aangescherpt kunnen worden; of afspraken die nog niet bestonden en waarvan het wel is aan te raden ze te maken en vast te leggen. De checklist is bedoeld voor de partijen die onderling afspraken willen maken over zorgvuldige, sluitende ketenzorg bij suïcidale patiënten, te weten: de huisarts, de spoedeisende hulp (SEH), de acute en consultatieve psychiatrie en de reguliere GGZ.

De checklist en bouwstenen in deel 2 zijn ondersteunend bij goed hulpverlenerschap, maar zeker geen vervanging daarvan. Vandaar dat de checklist vooraf gegaan wordt door een paragraaf over goed hulpverlenerschap.

Goed hulpverlenerschap

Dit document wil richtinggevend en normerend zijn. Samenwerkingsafspraken zijn essentieel maar kunnen en mogen in een concrete situatie niet gebruikt worden als legitimatie voor of verontschuldiging van het nalaten van goed hulpverlenerschap.

Suïcidaliteit is ernstige problematiek waarbij zorgvuldig en professioneel handelen vereist is. Dit zorgvuldig en professioneel handelen is gebaat bij het maken van samenwerkingsafspraken en het in de praktijk uitvoeren daarvan. Onderlinge afspraken staan centraal in dit document, gericht op contact en samenwerking zowel met de patiënt als met de ketenpartners.

Echter, goed hulpverlenerschap in de zin van de WGBO is meer dan het maken en nakomen van afspraken. Echte aandacht voor de patiënt, begrip voor diens problematiek, oog hebben voor collega-professionals, respectvolle bejegening – dit staat als zodanig in onderstaande checklist niet vermeld. Willen de afspraken in de praktijk echter goed tot hun recht komen, dan zijn dit soort zaken onmisbaar.

3.1 Beleid en organisatie

Regionale samenwerking

In de organisaties/instellingen/praktijken die deel zijn van de keten bestaan afspraken over de samenwerking waarin opgenomen:

- wie de coördinatie en regievoering heeft in het formuleren, bewaken en evalueren van de lokale samenwerkingsafspraken
- taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen
- overlegvormen en overlegmomenten in het kader van de samenwerking

Zie stappenplan 1.1 en 1.2 en bouwsteen 2.

Borging

In de organisaties/instellingen/praktijken die deel zijn van de keten bestaan afspraken over de borging van de lokale samenwerkingsafspraken, door:

- een koppeling van de samenwerkingsafspraken aan de kwaliteitssystemen van de verschillende partijen
- onderhoud van de eigen (behandelinhoudelijke) deskundigheid

Zie bouwsteen 4.

Evaluatie

In de organisaties/instellingen/praktijken die deel zijn van de keten bestaan afspraken over de evaluatie van de lokale samenwerkingsafspraken over minimaal de volgende onderwerpen:

- wie de regie voert over de evaluatie
- wat de inhoud van de evaluatie is
- welke gegevens en welke informatie door welke partij wordt aangeleverd als input voor de evaluatie
- met welke frequentie de evaluatie wordt uitgevoerd
- hoe en door wie de verslaglegging uitgevoerd wordt

Zie bouwsteen 5.

3.2 Primair proces

In een procedure die alle partijen kennen en toepassen zijn afspraken geregeld over de manier waarop wordt omgegaan met:

De toegang tot de zorg

Met betrekking tot de toegang van de zorg is duidelijk beschreven:

- wie de samenwerkende partijen in de regio zijn
- welke partijen welke taken en verantwoordelijkheden hebben, als het gaat om toegang tot de zorg
- welke partijen rechtstreeks contact kunnen opnemen met de acute psychiatrie in geval van een urgente situatie
- de triage-principes van de huisarts bij het inschakelen van de acute of de benodigde consultatieve psychiatrie of reguliere GGZ
- de bereikbaarheid van de betrokken partijen
- de aanmeldingsprocedures van de betrokken partijen
- hoe te handelen bij wachttijden per partij

- hoe toeleiders en potentiële patiënten geïnformeerd worden over waar ze welke zorg kunnen krijgen

Zie bouwsteen 3.1.

Samenwerken tijdens de behandeling

Met betrekking tot samenwerken tijdens de behandeling is duidelijk beschreven:

- de taken en verantwoordelijkheden van de behandelende partijen, als het gaat om samenwerking
- hoe, door wie, met welke frequentie, de ernst van de suicidaliteit en/of de kans op herhaling wordt ingeschat
- hoe de regievoering, coördinatie, verdeling van taken en verantwoordelijkheden, onderling overleg, onderlinge bereikbaarheid, dossiervoering en evaluatie geregeld is wanneer sprake is van verschillende hulpverleners die tegelijkertijd zorg bieden aan één patiënt
- de wijze waarop de patiënt bij het maken van behandelafspraken wordt geïnformeerd en betrokken
- de wijze waarop de partner, familie, en andere naasten bij de behandeling worden betrokken en geïnformeerd

Zie bouwsteen 3.2.

Terugkoppeling en informatieoverdracht

Met betrekking tot terugkoppeling en informatieoverdracht is duidelijk beschreven:

- de wijze waarop terugkoppeling en informatieoverdracht plaatsvindt, aan wie op welke manier
- de snelheid waarmee terugkoppeling en informatieoverdracht plaatsvindt
- wat de inhoud van de terugkoppeling en informatieoverdracht is
- hoe vorm wordt gegeven aan de dossiervoering

Zie bouwstenen 3.3 en 3.4.

De behandelverantwoordelijkheid bij overdrachtmomenten

Met betrekking tot de behandelverantwoordelijkheid tijdens overdrachtmomenten is duidelijk beschreven:

- hoe te zorgen voor een sluitende overdracht
- wanneer de behandelverantwoordelijkheid begint en eindigt

Zie bouwsteen 3.5.

Patiënt wil geen (na)zorg (meer)

Met betrekking tot patiënten die (na)zorg weigeren is duidelijk beschreven:

- hoe wordt omgegaan met het weigeren van (na)zorg in het algemeen
- welke partij verantwoordelijk is voor outreachende (na)zorg
- wat de outreachende (na)zorg inhoudt
- hoe omgegaan wordt met (informatie)overdracht en terugkoppeling, specifiek bij het weigeren van (na)zorg

Zie bouwsteen 3.6.

Literatuur

Beautrais AL. Further suicidal behaviour amongst medically serious suicide attempters. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 2004; 34: 1-11.

Betrokken omgeving. Modelregeling relatie ggz-instelling – naastbetrokkenen. Cliëntenbond in de GGZ, Landelijke Stichting Ouders van Drugsgebruikers, Stichting Labyrint/In perspectief, Stichting Landelijke Patiëntenraden in de GGZ, Vereniging GGZ Nederland, Vereniging Ypsilon: 2004.

Bool M, Blekman J, Jong S de, Ruiters M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Burger I. SuNa-evaluatie 2008 op basis van de casusverslaglegging van de SuNa-casemanagers. Den Haag: GGD Den Haag, 2009.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Statline databank, tabel Doodsoorzaken: zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009.

HKZ. Certificatieschema Instellingen voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht: HKZ, 2009.

Huisman A en Kerkhof AFJM. Preventie van suicide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50 (2008); 4: 197-203.

Kerkhof AFJM, Mulder S, Draisma JA. Suïcidepogingen behandeld in Nederlandse ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 2007; 85: 37-42.

Ministerie van VWS Brief aan de Tweede Kamer over het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie'. Den Haag: VWS (Kamerstuk), 23 mei 2008.

KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG, 26 januari 2010.

Kuijper N. Leren Signaleren – projectvoorstel. Hoorn: GGZ-centrum Westfriesland, 2008.

Kwaliteitswet Zorginstellingen, d.d. 18 januari 1996.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, e.a. Suicide prevention strategies. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2005; 294: 2064-74.

Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181 (2002): 193-199.

Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S e.a. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de 'Netherlands Mental health Survey and Incidence study' (NEMESIS). Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.

Van Heeringen C (red.). Handboek suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2007.

Van Hoof F, Fotiadis L, Vijselaar J, Hasker J. Trendrapportage GGZ 2008. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbos-instituut, 2008.

Verwey B. Don't forget. Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital. Proefschrift. Amersfoort: drukkerij Wilco, 2006.

Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO), 1 april 1995.

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), 9 november 1993.

Bijlage 1 Kring van experts

- Dhr. W. van Beek, psychotherapeut bij Symfora, lid van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Dhr. E. Beurskens, systeemmanager Operationeel Beheer, Prorail
- Dhr. E. Claassens, directeur Stichting EX6, Raad van Bestuur Stichting 113Online
- Mw. A. Dercksen, hoofd communicatie en voorlichting, Fonds Psychische Gezondheid
- Mw. M. Ferber, projectleider SuNa, GGD Den Haag
- Mw. A. van Geleuken, hoofd Depressie Centrum, Fonds Psychische Gezondheid
- Mw. W. van Genugten, stafmedewerker, lid van de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk (NVMW)
- Dhr. R. Gorter, directeur Fonds Psychische Gezondheid
- Dhr. G. Hermans, SPV bij Symfora, lid van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Dhr. C. van Houwelingen, psychiater bij GGZ Eindhoven, lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Dhr. A. Kerkhof, psychotherapeut en hoogleraar klinische psychologie, lid van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Mw. I. Kok, hoofd programma Management en Beleid, Trimbos-instituut
- Mw. G. Kraag, onderzoeker Nederlands Jeugdinstituut, Landelijk Steunpunt Zorg- en Adviesteams
- Mw. G. Kragting, projectleider, Actiz
- Mw. H. van de Kruijs, therapeutisch maatschappelijk werker bij Meander Medisch Centrum en bij GGZ Leiden, lid van de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk (NVMW)
- Dhr. P. Lucassen, huisarts te Bakel, senior onderzoeker op de afdeling Eerstelijngeneeskunde UMC Radboud Universiteit Nijmegen, lid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Mw. M. Oud, huisarts te Groningen, lid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Dhr. S. Santegoeds, teamchef Zuid-Oost, Politie Brabant Noord, District Den Bosch
- Dhr. H. Smulders, senior preventiewerker bij GGZ Midden-Brabant
- Dhr. R. Starmans, huisarts en medisch adviseur St Haagse Gezondheidscentra, lid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), lid NHG-huisartsadviesgroep GGZ
- Dhr. G. van der Steenhoven, huisarts te Oegstgeest (Zuid-Holland), lid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Mw. W. Tietema, inspecteur, Inspectie Gezondheidszorg
- Dhr. J. Verheijen, directeur Sensor Nederland
- Dhr. B. Verwey, psychiater Rijnstate Ziekenhuis Arnhem, lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Dhr. P. de Vries, psychiater en senior inspecteur Inspectie Gezondheidszorg, lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Bijlage 2 Suïcide en suïcidepogingen in Nederland

Suïcidaliteit kent een breed spectrum: van incidenteel denken aan zelfmoord, tot het diep verlangen naar de dood, van het maken van plannen voor zelfmoord tot het (herhaaldelijk) uitvoeren van een suïcidepoging met soms de dood als gevolg. Een klein deel van de mensen die wel eens denken aan zelfmoord pleegt uiteindelijk een suïcide.

Wel eens denken aan suïcide komt veel voor, vooral onder jongeren (Bool e.a., 2007). Uit het NEMESIS onderzoek van het Trimbos-instituut (Ten Have e.a., 2006) blijkt dat 3.2% van de volwassen bevolking in de afgelopen 12 maanden suïcidegedachten heeft, 3.95% suïcidegedachten met een doodswens heeft en dat 0.9% van de volwassen bevolking een suïcidepoging deed. Omgerekend waren dat in 2007 respectievelijk 410.000 mensen met suïcidegedachten en 94.000 pogingen tot zelfdoding. Daarvan kwamen 14.000 mensen bij de spoedeisende hulp in het ziekenhuis.

Niet alle suïcidepogingen leiden tot een suïcide. Van de mensen die een suïcidepoging hebben gedaan doet 37% binnen 5 jaar opnieuw een poging (Beautrais, 2004). 5-10% pleegt na (enkele) jaren suïcide (Owens, 2002; Van Heeringen, 2007). In 2008 was er sprake van 1.435 suïcides in Nederland onder alle leeftijdsgroepen (CBS, 2009). Suïcides komen het meest voor in de leeftijdsgroep 40-60 jaar en mannen overlijden twee keer zo vaak door suïcide als vrouwen. De meest toegepaste methode is verhangings, inclusief wurging en verstikking (CBS, 2009).

Bijlage 3 De folder 'Als het leven ondraaglijk lijkt'

Als het leven...

...ondraaglijk lijkt

U bent in het ziekenhuis of bij de huisartsenpost geweest omdat u te veel pillen heeft ingenomen of uzelf schade heeft toegebracht. Misschien wilde u dood, misschien wilde u dat er een einde komt aan uw problemen.

Elk jaar denken duizenden mensen aan de dood. Velen van hen doen een poging om zichzelf te doden. Vaak lukt het mensen om na een poging hun problemen en hun pijn op te lossen. Dat kost moeite en er zijn moeilijke periodes.

In deze folder kunt u lezen wat anderen heeft geholpen hun wanhoop te overleven. Bewaar deze folder, het kan u helpen in moeilijke periodes.

Praten...

...helpt

Voor partners, vrienden en familie 'Luister en reageer zonder te oordelen'

Iemand uit uw directe omgeving heeft teveel pillen ingenomen of zichzelf beschadigd. U bent hier waarschijnlijk erg door geschrokken. Ook maakt het u misschien verdrietig, bang of boos. Tegelijkertijd wilt u graag iets betekenen voor die ander. Maar hoe?

Misschien vindt u het moeilijk om erover te praten. Want wie weet, zet die openheid de ander opnieuw aan tot een poging. Uit onderzoek blijkt dat een open gesprek een nieuwe poging juist kan voorkomen. Er is lang niet altijd een doodswens. Mensen willen vooral dat hun problemen ophouden te bestaan. Openheid over de ervaren problemen en gevoelens kan de ander enorm opluchten.

Probeer daarom u vooral luisterend op te stellen. Vraag naar gevoelens, reageer zonder te oordelen en probeer zo te begrijpen wat er in die ander omgaat. Het is belangrijk te laten merken dat u om die ander geeft. Wek niet de indruk dat u de problemen kunt oplossen. Help iemand om hulp te zoeken.

NVSHA
Nederlandsche Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

Zit u zelf met vragen, surf dan naar www.113online.nl of bel 0900 1130113 (24 uur per dag, 7 dagen per week). Schakel bij een acute situatie de huisarts in of bel 112.

U kunt ook de folder 'Suicide, als iemand geen uitweg meer ziet' bestellen bij het Fonds Psychische Gezondheid, www.psychischegezondheid.nl. Hier vindt u meer informatie over de signalen die iemand met gedachten over zelfdoding kan afgeven.

Deze folder is financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS.
©GGZNederland 2010

Wat u kunt doen wanneer u blijft piekeren over de dood en u zich intens wanhopig voelt:

- Erover praten
- Gedachten opschrijven
- Afdleiding zoeken
- Geen alcohol of drugs gebruiken
- Hulp zoeken

113 Online

Zoek hulp als u zich wanhopig voelt en piekert over de dood.
Praat met uw hulpverlener.
Praat met uw huisarts.
Of praat anoniem met 113online.

Een uitweg

Sommige problemen zijn intens pijnlijk en verdrietig. Ze kunnen zo ondraaglijk en langdurig zijn dat ze onoplosbaar lijken. Ook psychische klachten zoals depressie of hevige angst kunnen leiden tot radeloosheid en de wens dood te zijn.

Mensen die denken aan zelfdoding vinden het niet gemakkelijk om dit hardop uit te spreken. Zij piekeren veel, vooral 's nachts. Vaak raken mensen daardoor verstrikt in ideeën die een eigen leven gaan leiden. Bijvoorbeeld de gedachte dat er geen toekomst meer voor hen is, of dat hun familie beter af zou zijn zonder hen. Door deze gedachten voelen zij zich steeds wanhopiger. Om hier niet blijvend in verstrikt te raken is het belangrijk met iemand te praten. Hoe moeilijk dat ook is.

Wat anderen geholpen heeft

Wat kunt u doen wanneer u blijft piekeren over de dood en u zich intens wanhopig voelt?
Dit is wat anderen heeft geholpen:

- **Erover praten**
Als u alleen blijft piekeren, gaat u alles steeds 'zwarter' zien. Wanneer u uw piekergedachten met iemand deelt, door met iemand te praten, staat u er niet langer alleen voor. Ook al is uw probleem hierdoor niet meteen opgelost, het kan u opluchten.
- **Gedachten opschrijven**
Misschien vindt u het moeilijk om iemand te vertellen dat u ten einde raad bent en geen uitweg ziet voor uw probleem. Het kan dan helpen om alles wat er door u heen gaat op te schrijven. U kunt dit aan iemand laten lezen of het kan helpen bij een gesprek met iemand.

• Afdeling zoeken

Gedachten aan de dood zijn er niet altijd, ze komen in golven en gaan daarna ook weer weg. Daarom is het belangrijk om op moeilijke momenten afdeling te zoeken. Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Want op die momenten heeft u misschien geen zin of energie om iets te bedenken en te doen. Daarom helpt het om op een dag dat u zich minder wanhopig voelt alvast een lijstje te maken met activiteiten die u prettig vindt en die u kunnen afdelen. Dat kan van alles zijn. Een wandeling maken, een dvd kijken, een vriend of vriendin bellen, muziek luisteren, chatten, sporten...

• Geen alcohol of drugs gebruiken

Als u zich wanhopig voelt, kunt u beter geen alcohol of drugs gebruiken. Veel mensen hopen dat ze zich beter voelen als ze alcohol of drugs gebruiken en zo hun problemen vergeten. Maar alcohol en drugs helpen niet, ze versterken de sombere stemming die u al heeft.

Alcohol en drugs zorgen ervoor dat mensen in een roes raken en de controle over zichzelf verliezen. Mensen doen dan dingen die ze niet zouden doen als ze nuchter zijn en vaak hebben ze daar achteraf spijt van.

• Hulp zoeken

Het is verstandig om hulp te zoeken als u zich wanhopig voelt. Als u al contact met een hulpverlener heeft, praat dan met uw hulpverlener over uw gedachten aan de dood. Als u nog geen hulpverlener heeft, kunt u ook met uw huisarts praten. De huisarts kan samen met u bekijken welke hulp u nodig heeft. U kunt ook anoniem met iemand praten, via de helpline 0900 1130113 of via email en chat op www.113online.nl. De betrokken medewerkers van 113online staan 24 uur per dag, 7 dagen per week voor u klaar. Op www.113online.nl is ook hulp en informatie te vinden voor mensen met zelfmoordgedachten, hun omgeving en nabestaanden.

Praten helpt



www.113online.nl of bel 0900 1130113

Hulp zoeken

Bij nood bel: 112

Hulpverlener:

Telefoon:

Huisarts:

Telefoon:

Bijlage 4 Overzicht van zorgaanbieders in de reguliere GGZ

Door verschillende zorgaanbieders wordt reguliere GGZ aangeboden. Er is een onderscheid te maken in drie groepen: georganiseerde GGZ, ziekenhuispsychiatrie en zelfstandig gevestigden. Tussen haakjes staat het aantal zorgaanbieders (Van Hoof e.a., 2008).

Dit overzicht is waarschijnlijk niet helemaal dekkend, maar geeft een globaal beeld van hoe de GGZ op dit moment georganiseerd is.

Geïntegreerde en gespecialiseerde GGZ-instellingen

- Geïntegreerde GGZ-instelling (41)
- Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (3)
- Riagg (7)
- RIBW (20)
- Gespecialiseerde instelling voor Verslavingszorg (13)
- Gespecialiseerde instelling voor Kinder- en Jeugdpsychiatrische kliniek (10)
- Gespecialiseerde instelling voor forensische zorg (6)

In algemene en academische ziekenhuizen

- Psychiatrische UniversiteitsKliniek (PUK) en Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ, 42)

Zelfstandig gevestigden

- Zelfstandig gevestigde psychotherapeuten (1069)
- Zelfstandig gevestigde psychiaters (640)
- (Eerstelijns-) psychologen (1195)



De continuïteit van zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag is een van de belangrijkste aandachtspunten in de huidige organisatie van de zorgpraktijk. Door het ontbreken van sluitende afspraken in de keten ontvangen suïcidale patiënten niet altijd de juist (na)zorg.

Partijen in de zorg die met patiënten suïcidaal gedrag te maken hebben zijn:

- de huisarts
- de spoedeisende hulp (SEH)
- de acute en consultatieve psychiatrie en
- de reguliere GGZ

Voor hen is dit document bedoeld.

Het *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit* bevat concrete handvatten voor afspraken op lokaal niveau over ieders taken en verantwoordelijkheden, de overdracht en terugkoppeling rondom patiënten en de wijze van evalueren en borgen van de samenwerking.

Het Kwaliteitsdocument bestaat uit 3 delen:

- Deel 1 bevat een stappenplan
- Deel 2 bevat inhoudelijke bouwstenen
- Deel 3 bevat een checklist

Met deze set van afspraken weten alle partijen waar hun verantwoordelijkheden beginnen én eindigen, en wat zij van elkaar mogen verwachten.