

HELP, MIJN PATIËNT KAN EN WIL NIET MEER!

DEPRESSIVITEIT EN SUÏCIDE IN DE THUISZORG

IVOTODTS, BACHELOR VERPLEEGKUNDE, AUTICOACH EN VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST GGZ WIT-GELE-KRUIS LIMBURG
MET DANK AAN NOOLIM EN RELING, NETWERKPARTNERS MOBIËLE TEAMS LIMBURG

Het zal je maar overkomen. Plots word je als thuisverpleegkundige geconfronteerd met de zelfmoordgedachten van een patiënt. De uitdrukkingen “ik kan niet meer” en “ik wil eigenlijk dood” overvallen je. Gevoelens van onmacht, bezorgdheid, frustratie, hulpeloosheid en nog zoveel meer zijn bepalend voor ons verder handelen. Waar kan ik terecht? Wat zijn de mogelijkheden? Wat is mijn verantwoordelijkheid?

Wat is nu juist een depressie?

Volgende symptomen worden gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag ofwel doorgegeven door de patiënt (subjectief), ofwel waargenomen door anderen.

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen eenzelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier. Hierbij mogen geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening.



1 Sombere stemming; ofwel voelt de patiënt zich verdrietig, leeg of hopeloos. Ofwel observeer je zelf die sombere stemming als je bijvoorbeeld tranen in de ogen ziet. Bij kinderen en adolescenten kan de stemming prikkelbaar zijn.



2 Duidelijk verminderd(e) interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten.



3 Duidelijk waarneembaar gewichtsverlies zonder dat er een dieet wordt gevolgd; een

duidelijke gewichtstoename; of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust. Bij kinderen kan het niet volgen van de ‘normale’ gewichtscurve een alarm signaal zijn.



4 Insomnia of hypersomnia (te weinig of te veel slapen).



5 Psychomotorische agitatie of vertraging, waarbij het niet enkel gaat om de subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden.



6 Vermoeidheid of verlies van energie.



7 Gevoelens van waardeloosheid; buitensporige of onterechte schuldgevoelens, die het karakter van een waan kunnen hebben (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).



8 Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren; besluiteloosheid.



9 Terugkomende gedachten aan de dood, waarbij het niet enkel gaat om de vrees om dood te gaan; herhaal-

SYMPTOMEN BIJ SUÏCIDE DREIGING

DIRECTE VERBALE BOODSCHAPPEN:

- ik ga zelfmoord plegen;
- ik wil dood;
- ik wil een einde aan mijn leven maken.

INDIRECTE VERBALE BOODSCHAPPEN:

- mijn leven is zinloos;
- ik zie het niet meer zitten;
- ik ben een last voor jullie;
- ik heb mijn testament gemaakt;
- het hoeft voor mij niet meer;
- van mij zal je geen last meer hebben.



GEDRAGSMATIGE SIGNALLEN:

- zich isoleren;
- verandering in gebruik van alcohol en/of medicatie;
- afwezigheid van reactie na een verlieservaring;
- hyperactiviteit;
- slaapproblemen;
- weggeven van persoonlijke spullen;
- vaker op consult gaan bij de huisarts;
- veel met de dood bezig zijn;
- afscheid nemen;
- plotse sterke gedragsveranderingen;
- zoeken naar middelen en methodes m.b.t. dood, sterven, zelfmoord;
- roekeloosheid;
- schrijven over dood, sterven, zelfmoord.

de suïcidegedachten zonder een specifiek plan; een suïcidepoging; of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen veroorzaken een duidelijke, klinische lijdensdruk of beperken het sociale of beroepsmatig functioneren.

C. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van medicatie of een somatische aandoening.

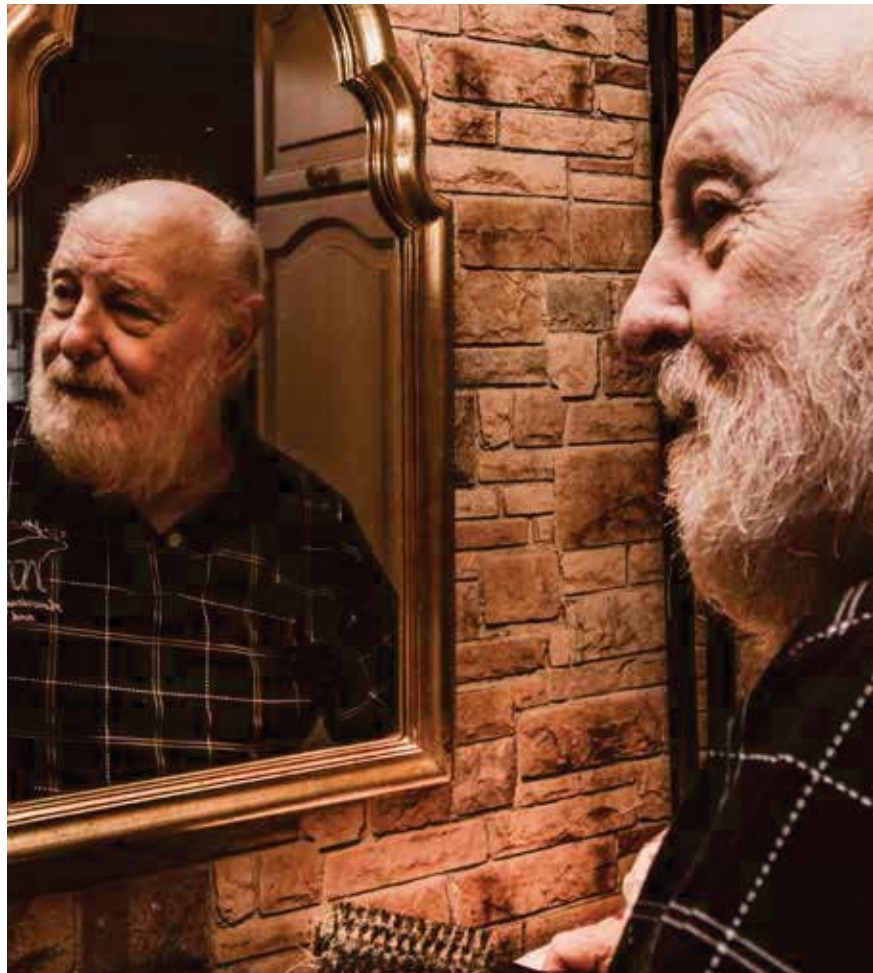
D. Het optreden van de depressieve episode kan niet worden verklaard door een schizo-affectieve stoornis, schizofrenie, een schizofreniforme stoornis, een waanstoornis, of een andere (on)gespecificeerde schizofreniespectrum- of psychotische stoornis.

E. Er heeft zich nooit een manische of hypomanische episode voorgedaan.

Veel vormen en uitingen

Het uiten van zelfdodingsgedachten is een vaak voorkomend onderdeel van een depressie. Toch is dit niet altijd het geval. Het kan eveneens een reactie zijn op een op dat moment zwaar te dragen omstandigheid. Suïcidaliteit heeft vele vormen en uitingen! Afhankelijk van de risico-inschatting dient er een verschillend vervolgtraject te worden voorgesteld. Maak daarom de signalen bespreekbaar.

Goede zorg gaat uit van een holistische benadering van de patiënt.



© Studio Gooselake

“Voor de thuisverpleegkundige is het niet altijd evident en even gemakkelijk om suïcidale symptomen te herkennen. Overleg met de huisarts bij elke twijfel.”

Voor de thuisverpleegkundige is dit niet altijd evident en even gemakkelijk. Overleg met de huisarts bij elke twijfel in verband met de veiligheid van de patiënt.

Zijn er behandelingen? Residentieel of thuis?

De herstelvisie binnen het Geestelijk Gezondheidszorglandschap (GGZ) brengt diensten dicht bij elkaar. Goede zorg gaat uit van een holistische benadering van de patiënt. We zien hen niet langer als de verpersoonlijking van een ziekte. Empathie, begrip en inlevingsvermogen zijn de nieuwe criteria voor de hulpverleners als het gaat over werken met psychisch kwetsbare zorgvragers. Ook binnen de thuiszorg is er een verschuiving merkbaar naar een meer gerichte aanpak van somatische én psychische klachten. Samenwerken, overleggen en doorverwijzen zijn de basis voor een patiëntgerichte, kwaliteitsvolle behandeling. Centraal staat de inspraak

van de patiënt. We moeten waakzaam zijn om ons niet te laten leiden door ons eigen referentiekader op ‘goede zorg’. De maatschappelijke norm ‘normaal’ is een variabel gegeven, afhankelijk van persoon tot persoon.

Binnen de herstelvisie staat gedeelde verantwoordelijkheid synoniem voor samenwerking. Zowel hulpverleners als familie én patiënt streven naar een doelgericht evenwicht in het functioneren van de patiënt.

Hoe doe je dat nu?

Tracht een inschatting te maken van de ernst van de uitspraken. Zijn het passieve gedachten of heeft de patiënt al een plan? Heeft hij een middel in gedachten? Is dat middel beschikbaar? Een tijdstip? Zijn de gedachten nog controleerbaar? Is er gebruik van drugs/alcohol? Was er al eerder een suïcidepoging en wat zijn gekende risicofactoren die nu meespelen?

CRISIS OF URGENTIE?

Wanneer is er nu sprake van crisis en wanneer van urgentie? Dit is een moeilijk vraagstuk binnen de thuiszorg. Thuisverpleegkundigen zijn vaak niet psychiatrisch opgeleid en vinden omgaan met de psychisch kwetsbare zorgvrager moeilijk. De grens tussen crisis of urgentie en veiligheid en preventie is niet altijd duidelijk. Veiligheid is vaak gemakkelijker in te schatten dan het dreigend gevaar tot zelfdoding. Zoals blijkt uit onderstaand schema is de grens vaak afgelijnd. In de thuiszorg staat crisis al vaak voor urgentie.

Dreigingsniveau	Symptomen	Acties	Advies
LICHT	<ul style="list-style-type: none"> - Suïcidedgedachten - Geen plan - Alternatieven aanwezig 	<ul style="list-style-type: none"> - Empathische houding - Huisarts contacteren - Netwerkpartners contacteren 	Communicatie is aangewezen met netwerkpartners
MATIG	<ul style="list-style-type: none"> - Suïcidedgedachten - Wisselende houding - Levenswens aanwezig 	<ul style="list-style-type: none"> - Empathische houding - Huisarts contacteren - Afspraken maken - Extra hulp inschakelen 	Er is nog tijd voor overleg, doorverwijzing en het maken van afspraken
CRISIS	<ul style="list-style-type: none"> - Suïcide-uitingen - Hopeloosheid - Geen andere uitweg - Er is een plan - Geen concrete datum - Uitstelgedrag 	<ul style="list-style-type: none"> - Huisarts contacteren - Directieve houding - Bevraag het plan - Netwerk inschakelen - Extra hulpverlening - Afspraken maken met patiënt 	Bij twijfel over veiligheid de politie en/of spoeddiensten bellen
URGENTIE	<ul style="list-style-type: none"> - Plan in detail - Controleverlies - Middelen aanwezig - Gevaarlijke situatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Directieve houding - Huisarts contacteren - Nabijheid garanderen 	Politie, ambulance bellen

Vanuit dit schema kan je een eerste globale inschatting maken. Volgende factoren zijn medebepalend:

- **Beschermende factoren:** zelfbeeld, veerkracht, probleemoplossende vaardigheden, een positieve houding hebben naar hulpverlening, voldoende sociale ondersteuning, familie, vrienden.
- **Risicofactoren:** genetische en biologische factoren, psychiatrische aandoening, persoonlijkheidskenmerken, negatieve levenservaringen, sociale factoren, eerder suïcidaal gedrag.
- **Hopeloosheid:** vaak is er een samenhang van factoren, levensgebeurtenissen die een gevaarlijke staat van hopeloosheid geven.

Om deze aspecten mee in te schatten, moet je de patiënt al goed kennen. Advies van huisarts en andere hulpverleners is dan ook wenselijk bij elke suïcidale uiting.

Beïnvloedende factoren

- Patiënten die al langer in zorg zijn, kunnen meestal beter en duidelijker ingeschat worden. Bij deze patiënten is het doorgaans mogelijk om afspraken te maken en concrete handelingen uit te stellen tot een afgesproken moment, bijvoorbeeld de volgende ochtend.
- In vergelijking met de avonddienst, zijn de netwerkpartners, maar ook artsen en ziekenhuizen beter bereikbaar en sneller beschikbaar tijdens de dagdienst. Bij enige twijfel kan de verpleegkundige sneller te rade gaan bij de GGZ-partners of direct een doorverwijzing doen. Tijdens de avonddiensten is dit heel wat moeilijker. Signalering aan huisartsenwachtposten of wachtposten in GGZ-voorzieningen resulteren vaker in crisisopnames buiten de vertrouwde omkadering van de patiënt.
- Beschikbare mantelzorg, vriendenkring of familie kunnen het verschil maken. Daarom is het uiterst belangrijk dat er in het elektronisch dossier gegevens zijn opgenomen van contactpersonen in geval van crisis. Een thuisverpleegkundige in een crisissituatie is immers op zoek naar zekerheid, duidelijkheid en vooral veiligheid voor de patiënt. Snel informatie vinden, is de basis voor het

CONCRETE TIPS BIJ SUÏCIDE DREIGING



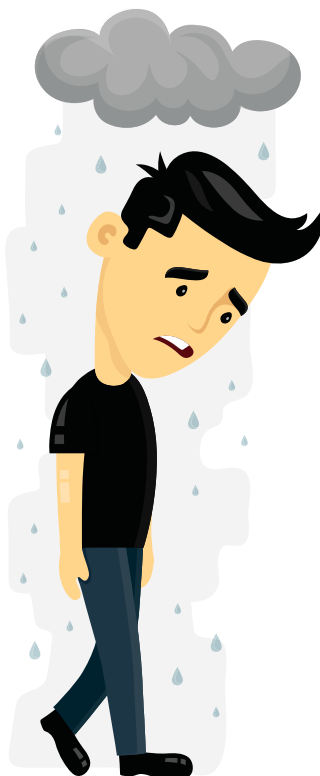
POSITIEF

- Toon empathie
- Veroordeel niet
- Erken het lijden van de zorgvrager
- Bevraag concreet de situatie
- Maak geen interpretaties
- Bevraag de actuele nood aan hulp
- Bespreek alle mogelijkheden
- Contacteer de huisarts
- Contacteer de netwerkpartners
- Installeer sociale controle
- Contacteer hulpdiensten indien nodig
- Neem het verhaal ernstig
- Benoem de ernst van de situatie



NEGATIEF

- Schiet niet radeloos in actie
- Tracht de gedachten niet te veranderen
- Ga niet in discussie
- Verval niet in hulpeloosheid
- Verwijs niet naar persoonlijke ervaringen
- Negeer de uitspraken niet
- Handel niet alleen, betrek collega's



maken van goede afspraken. Netwerkpartners of persoonlijke begeleiders zijn in sommige gevallen ook 's avonds beschikbaar. De contactgegevens moeten duidelijk in het patiëntendossier aanwezig zijn.

De huisarts staat centraal

De samenwerking met de huisarts staat centraal. Gezamenlijke dossierkennis en regelmatig overleg vormen de basis voor een snel en patiëntgericht handelen in crisissituaties. Er wordt altijd telefonisch advies gevraagd aan de huisarts of een vervangende arts via de permanente huisartsenwachtpost. De arts zal dan aan de hand van de observaties van de verpleegkundige een inschatting maken in verband met de volgende te nemen stappen. In mindere mate wordt er gewerkt met een crisisinterventieplan (CIP). Vanuit opname worden afspraken gemaakt en uitgeschreven in de vorm van een te volgen plan van aanpak. Deze werkwijze is nog niet sterk geïmplementeerd, maar wordt zeker aangeraden vanuit zowel de thuiszorg als de zorginstellingen. Het CIP is gekend door de patiënt zelf, de zorgverlener(s), de behandelende psychiater én de huisarts en bevat inschattingstools, maar ook te nemen stappen.

“Netwerking, samenwerken, overleggen, herstelgerichte benadering en patiëntgericht werken zijn onmisbare schakels om goede zorg te verlenen aan psychisch kwetsbare patiënten.”

DE MOBIELE TEAMS

Wat is er nieuw?

Het GGZ consult: hulpverleners kunnen er tijdens kantooruren terecht met vragen in het kader van een psychiatrische problematiek, een problematische thuissituatie of voor het vastleggen van een consultafpraak.

Het mobiel crisisteam werkt om opnames te voorkomen. De haalbaarheid in de thuissituatie wordt ingeschat. Cliënten kunnen telefonisch aangemeld worden door een arts, waarna binnen de 24-48 uur een huisbezoek plaatsvindt. Een crisisbegeleiding duurt maximaal 4 weken en focust op het indijken van de crisissituatie, symptoomreductie en (zo nodig) verdere oriëntatie.

Het langdurig zorgteam streeft ernaar het functioneren en de levenskwaliteit van personen met een complexe, psychische kwetsbaarheid te optimaliseren. Er wordt ingezet op organisatie en ondersteuning van het netwerk.

De mobiele teams maken deel uit van het zorgcircuit GGZ (artikel 107) binnen de vermaatschappelijking van de GGZ. Psychiatrische thuiszorg via de mobiele teams staat in voor het opvolgen van de thuissituatie, het versterken en uitwerken van netwerken rondom de patiënt en het (re)organiseren van de thuishulp. Samenwerking en communicatie zijn van groot belang. Sinds de opstart van de mobiele teams is er een samenwerking met de thuiszorg. De teams vormen een opvangnet voor de thuisverpleegkundigen in gemeenschappelijke casussen. In die casussen staan zowel het crisisteam als het chronische team in voor de psychiatrische opvolging van de patiënt en hun omgeving. Regelmatig overleg zorgt voor een goede zorgafstemming. Voor de thuiszorg is de preventieve signaleringsfunctie belangrijk, naast medicatietoediening en -opvolging en uiteraard de reguliere verpleegkundige zorgen. Vanuit de thuiszorg gebeuren de aanmeldingen voor de mobiele teams altijd in samenwerking met de huisarts.



© Studio Gooselake

Samen sterk in ons werk!

Onthouden we vooral dat netwerking, samenwerken, overleggen, herstelgerichte benadering en zeker patiëntgericht werken onmisbare schakels zijn om goede zorg te verlenen aan psychisch kwetsbare patiënten. De nood aan samenwerking en de wens tot het doorbreken van de versnippering van de zorg, vragen inspanningen van ons allemaal. Door ons individueel, op organisatieniveau en samen mét de patiënt en zijn omgeving in te zetten voor herstelgerichte zorg, streven we samen naar een werkwijze om de broodnodige hervorming van de GGZ mogelijk te maken.

MEER INFO?



Zelfmoordlijn 1813

Op de website vind je veel info over zelfdoding, nuttige tips, zelfhulp, vormingen, enzovoort.
www.zelfmoord1813.be



Tele-onthaal 106

Zowel online als telefonisch contact met hulpverleners i.v.m. alle vragen over zelfdoding.
www.tele-onthaal.be