



**ZORGNETWERK
SUÏCIDEPREVENTIE
NETWERK GGZ
ZUID-WEST-VLAANDEREN**



Inhoudsopgave

Inleiding en situering.....	3
Visie.....	4
Visie op zorgcontinuïteit	5
Principes zorgcontinuïteit bij suïcidale personen	6
Netwerkaart	10
Aanbodfiches	13
Hulplijnen	16
Spoeddienst	17
EPSI.....	18
Eerste professionele opvang.....	19
Ambulante GGZ.....	20
Mobiële GGZ	22
(Semi)residentiële GGZ	24
Ondersteunende diensten	31
BIJLAGEN	37
Risicoformulering sjabloon	37
SNIV en TS codering	38
Leidraad Risicoformulering	39
Safety plan sjabloon	54
Tips bij het invullen van een safety plan (voor cliënt)	55

Inleiding en situering

Vanuit het netwerkbestuur van het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg regio Zuid-West-Vlaanderen en vanuit het overleg medische diensthoofden van de residentiële voorzieningen werd de gezamenlijke vraag gesteld 'hoe kunnen we het suïcidepreventiebeleid binnen ons netwerk optimaliseren en op elkaar afstemmen?'. Om een antwoord op deze vraag te formuleren werd een werkgroep suïcidepreventie samengesteld met diverse partners uit het netwerk. De betrokken partijen zijn: az Delta afdeling Menen, az groeninge, az O.L.V. van Lourdes Waregem, Beschut Wonen Eigen Woonst, CAW Zuid-West-Vlaanderen, CGG Mandel en Leie, De Bolster, Kompas vzw, mobiele teams Impact en Amphora, mobiel crisisteam Kortrijk, Psychiatrisch Centrum Menen, PZ H. Familie, Similes, CGG Suïcidepreventiewerking West-Vlaanderen. Er kon ook gerekend worden op de inzet van ervaringsdeskundigen.

Dit document vormt het eindproduct van het proces dat de werkgroep suïcidepreventie heeft doorlopen. Het document bestaat uit twee grote luiken. In het eerste luik wordt dieper ingegaan op de visie van het netwerk waarbij eerst en vooral een globale beschrijving van de algemene principes wordt gegeven. Daarna wordt ingezoomd op de principes van het begrip zorgcontinuïteit. Aansluitend worden de afspraken, die tussen de partners werden geformuleerd in kader van zorgcontinuïteit van suïcidale personen, omschreven. Verder wordt de netwerkkaart toegelicht. Het tweede luik bevat een overzicht van het residentiële & ambulante aanbod binnen regio Zuid-West-Vlaanderen aan de hand van aanbodfiches die werden uitgewerkt per partner.

Een belangrijke inhoudelijke basis doorheen dit traject werd gevormd door de richtlijnen die naar voor geschoven worden door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Meer specifiek gaat het over volgende documenten:

- **De multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (2017)¹**
Deze richtlijn biedt handvatten aan hulpverleners wat betreft het detecteren, behandelen en opvolgen van personen met suïcidegedachten en hun naasten.
- **De leidraad omtrent zorgcontinuïteit voor suïcidale personen (2018)²**
De leidraad doet aanbevelingen voor het installeren van meer afstemming, betere afspraken, een betere informatiedoorstroming en betere opvolging van suïcidale personen.

Om deze handleiding volledig en op een juiste manier te kunnen begrijpen, wordt aangeraden deze documenten door te nemen.

¹ Voor meer info én de e-learning zie www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

² Voor meer info zie www.zelfmoord1813.be/publicaties

Visie

Het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Zuid-West-Vlaanderen zet in op kwaliteitsvolle ondersteuning voor alle mensen met een psychische kwetsbaarheid in de zorgregio Zuid-West-Vlaanderen. Het gaat hierbij om volwassenen (vanaf 18 jaar) met een psychische kwetsbaarheid. Het Netwerk vertrekt vanuit een aantal principes om de hervorming van de GGZ te realiseren. Deze principes vormen de algemene visie van het Netwerk:

- Het **stepped care-principe**: stepped care houdt in dat zorg bestaat uit een aantal stappen, waarbij de minst intensieve / invasieve behandeling als eerste wordt gekozen. Indien deze niet tot significante verbetering leidt, wordt verder gegaan met de volgende, meer intensieve stap.
- De **participatieve visie**: om in het proces te komen tot zorgcircuits en –netwerken staat participatie van cliënt en familieleden centraal. Het Netwerk zal inspanningen leveren om cliënten en familieleden in het Netwerk te laten participeren, zowel op micro-, meso- als macroniveau.
- De **herstelgerichte visie**: een visie die uitgaat van het cliëntenperspectief waarbij de cliënt de regie van zijn proces kan bepalen. Hij kan daarbij opnieuw hoop krijgen over de toekomst, een gevoel van controle terugkrijgen over zijn eigen leven en ondanks zijn kwetsbaarheden toch een rol in de maatschappij opnemen. De hulpverlening moet daarbij herstelondersteunend werken door aandachtig aanwezig te zijn en de eigen kracht van de cliënt te herkennen en te ondersteunen.
- **Samenwerking** in netwerken: in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg willen we komen tot zorgcircuits en –netwerken. In deze zorgcircuits zorgen verschillende diensten samen voor de ondersteuning van de cliënt, elk met zijn eigenheid en specialisatie. Het Netwerk wil vertrekken vanuit de triade, waarbij de dialoog tussen cliënt, hulpverlener en familie centraal staat. Een goede communicatie en betrokkenheid van de familie en de context zijn cruciaal in het herstelproces van de cliënt. Ook wil het Netwerk inzetten op het ondersteunen van de familie om de vaak moeilijke taak als mantelzorger te kunnen blijven dragen.
- **Subsidiariteitsbeginsel**: het is belangrijk om onderwerpen op het juiste niveau te behandelen. Zo zijn er een aantal items die op een lokaal niveau, dicht bij de cliënt, besproken kunnen worden. Voor andere onderwerpen vormt de schaal van het netwerk de ideale schaalgrootte om deze besprekingen te voeren. Tot slot zijn er ook een aantal thema's die tussen netwerken op de schaal van de volledige provincie dienen behandeld te worden.
- **Evidence based** werken: het netwerk wil zich baseren op evidence based practices bij het uitbouwen van het zorgcircuit. Daarbij dient kwaliteit vanuit het standpunt van de gebruiker centraal te staan.
- **Monitoring**: om de impact van de hervorming te kunnen in kaart brengen en de effecten te kunnen meten wil het Netwerk GGZ Zuid-West-Vlaanderen in de toekomst inzetten op het monitoren van een aantal parameters doorheen het hele netwerk.

Visie op zorgcontinuïteit

Continuïteit van zorg of zorgcontinuïteit (ZC) wordt gezien als 1 van de hoekstenen van medische praktijken. ZC zou samenhangen met betere uitkomsten van de zorg (Cabana & Jee, 2004; Joyce, et al., 2004; Gulliford, Naithani, & Myfanwy, 2006) en wordt gezien als een indicator voor goede gezondheidszorg (Adair, et al., 2003). Het is een centraal begrip in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Om goede ZC te verwezenlijken, is het belangrijk om op één lijn te zitten over de betekenis van het begrip. De betekenis van het begrip is niet helemaal duidelijk, niet voldoende afgebakend en er bestaan verschillende definities (Gulliford, Naithani, & Myfanwy, 2006). Op basis van een beperkte literatuurstudie waarin verschillende definities en dimensies van ZC werden omschreven, gingen de medische diensthoofden van het Netwerk GGZ Zuid-West-Vlaanderen in overleg. Waar situeren we ons en wat willen we hier verder mee gaan doen? Waarover spreken we in het netwerk als we over ZC spreken? Deze vragen willen we helder krijgen. Er is heel veel informatie verzameld.

De begripsomschrijving van longitudinale zorgcontinuïteit, omschreven als “een langdurige relatie tussen de zorgverleners en de cliënt, zonder onderbreking in tijd om het verloop van de ziekte in zijn geheel te omvatten (Durbin, Paula, Streiner, & Pink, 2006; Gezond België, 2019)”, sluit het beste aan bij de visie van de medische diensthoofden.

Als sinds de jaren '80 wordt ZC gezien als een multidimensionaal concept en dit uit zich ook in de literatuur. Onderzoekers maken dikwijls een onderscheid tussen verschillende dimensies/facetten van het begrip. Naast de keuze van de medische diensthoofden voor de visie van longitudinale zorgcontinuïteit wordt een tweede benaderingskader gevolgd, waarin ZC in vier facetten worden omschreven. Deze vier verschillende facetten ondersteunen ons om longitudinale continuïteit te realiseren.

1. **Continuïteit van informatie:** waarbij het voorbeeld wordt gegeven van het elektronische patiëntendossier dat in België gebruikt wordt. Alle voorgeschiedenis, behandelingen, ziekenhuisopnames, ... worden in dit dossier bijgehouden. Als patiënt kun je dit dossier bij de huisarts opvragen (Gezond België, 2019). Men spreekt dus van continuïteit van informatie wanneer informatie wordt uitgewisseld tussen verschillende hulpverleners of over diensten heen (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry, 2003).
2. **Relationele continuïteit:** Dit facet omschrijft de langdurige relatie tussen de hulpverlener(s) en de cliënt. Het is bijvoorbeeld bewezen dat een langdurige relatie met dezelfde huisarts betere kwaliteit van zorg mogelijk maakt (Gezond België, 2019).
3. **Continuïteit tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg:** waarbij men focust op continuïteit tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg (zoals bijvoorbeeld de huisarts) (Gezond België, 2019).
4. **Coördinatie van de zorg:** waarbij wordt ingezet op verbinding tussen verschillende zorgverleners om een gemeenschappelijk doel te bereiken (bijvoorbeeld het opzetten van een zorgtraject). Met als bedoeling om cliënten en hun familie beter te informeren, de betrokkenheid van de zorg aan te moedigen en de communicatie tussen cliënt en de verschillende zorgverleners te bevorderen (Gezond

België, 2019). Dit type is vooral belangrijk bij complexe of chronische ziektebeelden waarbij hulpverleners van verschillende voorzieningen (potentieel) samen of complementair kunnen werken (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair, & McKendry, 2003).

Principes zorgcontinuïteit bij suïcidale personen

Door het ontbreken van sluitende afspraken rond verantwoordelijkheden en informatiedoorstroming over bereikbaarheid, overdracht en terugkoppeling krijgen suïcidale personen niet altijd de juiste (na)zorg. Voor alle hulpverleners dient het duidelijk te zijn welke zorg actoren kunnen aanbieden, wat ieders mogelijkheden en kerncompetenties zijn. Om zorgcontinuïteit bij suïcidale personen af te stemmen op elkaar heeft de werkgroep de mogelijkheid onderzocht om een gemeenschappelijk communicatietool te ontwikkelen met alle diensten zoals hieronder beschreven. Daarnaast volgt men nog een aantal algemene principes die mee vorm geven aan de visie op suïcidepreventie:

- De netwerkpartners zijn bekend met de **Multidisciplinaire Richtlijn (MDR)** 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag'³ en vertalen deze richtlijnen in een **intern suïcidepreventiebeleid**. In dit interne beleid wordt rekening gehouden met de 4 basisprincipes in goede zorg voor suïcidale personen: contact maken, veiligheid installeren, naasten betrekken en zorgcontinuïteit. Suïcidepreventie is ook opgenomen in het vormingsbeleid van de organisatie. Dit is een proces die partners doorlopen om een draagvlak te creëren. De acties worden binnen de organisatie zelf dieper uitgewerkt. Men beschikt over de vrijheid om hier zelf invulling aan te geven. Het netwerk heeft als taak de stand van zaken op te volgen.
- Wat betreft de **actieve bevraging** van suïcidaliteit kan een opsplitsing gemaakt worden tussen enerzijds de hulpverlening die de eerste professionele opvang biedt en anderzijds de gespecialiseerde GGZ. Binnen de gespecialiseerde GGZ wordt suïcidaliteit idealiter bij elke hulpvrager actief bevraagd vanwege het verhoogde risico. Binnen een eerstelijnsdienst wordt een **alertheid voor signalen** aanbevolen. Van zodra een signaal opgemerkt wordt, wordt de suïcidaliteit best actief bevraagd.
- Bij aanwezigheid van suïcidaliteit wordt een **risico inschatting** gedaan (zie bijlage Leidraad risicoformulering).
 - Deze risicoformulering wordt regelmatig herhaald, vooral bij kritische momenten zoals een transitie in zorg. Suïcidaal gedrag kent namelijk een wisselend verloop en het suïcidaal proces kan sterk evolueren, met zelfs wekelijkse en dagelijkse schommelingen (Van Hemert et al., 2012).
 - De risicoformulering bestaat inhoudelijk uit volgende onderdelen: huidig suïcidaal gedrag, risicofactoren, beschikbare hulpbronnen en voorspelbare veranderingen (VLESP, 2017). Binnen het onderdeel 'huidig suïcidaal gedrag' wordt de formulering van **suïcideniveaus (SNIV's)**⁴, om het gegeven van de huidige suïcidaliteit verder te omschrijven en differentiëren, toegevoegd. Volgende opdeling wordt hierbij gemaakt:

³ <https://www.zelfmoord1813.be/sites/default/files/richtlijn%20definitief%20online.pdf>

⁴ Klinische praktijk dienst psychiatrie - algemeen ziekenhuis Groeninge Kortrijk.

- SNIV 0: geen doodsgedachten, geen zelfmoordgedachten en/of –plannen op heden én in het verleden
- SNIV 1: doodsgedachten op heden en/of zelfmoordgedachten in het verleden
- SNIV 2: zelfmoordgedachten op heden
- SNIV 3: zelfmoordplannen op heden
- SNIV 4: geen veiligheidsafspraken mogelijk op heden
- Een frequent gebruikte term onder de partners is ook de **TS-score**. TS staat voor ‘tentamen suïcide’ en is een onderdeel van het domein risicofactoren. Een eerdere suïcidepoging is namelijk dé belangrijkste risicofactor voor suïcidaal gedrag. Volgende opdeling wordt gehanteerd bij de TS-scores:
 - TS 0: geen suïcidepoging in de voorgeschiedenis
 - TS 1: suïcidepoging > 12 maand
 - TS 2: suïcidepoging < 12 maand
- We integreren deze concepten in het Risicoformulering sjabloon van VLESP (2017), zie bijlage Risicoformulering sjabloon.
- We verwachten dat iedere organisatie een inschatting maakt aan de hand van deze risicoformulering met volgende onderdelen; huidig suïcidaal gedrag, risicofactoren, beschikbare hulpbronnen en voorspelbare veranderingen. Het aanvullen met een SNIV en TS-score is optioneel. Het is dus geen vereiste dat iedere organisatie de SNIV en TS-score ook intern gebruikt, maar het is wel nodig dat iedere organisatie kennis heeft van deze SNIV - en TS- score.
- Het doel van een preventieve risicoformulering is NIET de predictie van zelfmoord op korte/lange termijn, WEL het bepalen van de interventies die nodig zijn om het suïciderisico te doen dalen. Hou hierbij de vier basisprincipes (contact maken, veiligheid bevorderen, naasten betrekken, zorgcontinuïteit) van goede zorg bij suïcidaliteit in het achterhoofd. Welke stappen kunnen we ondernemen op al deze vier terreinen om de suïcidaliteit te laten zakken?
- De partners van het netwerk streven ernaar om de evidence based methodiek (Stanley & Brown, 2012) van een **safety plan** proactief te gebruiken in de zorg voor suïcidale personen (zie bijlage Safety Plan sjabloon (VLESP,2017)). Iedere organisatie of dienst kan echter zelf kiezen of men met het sjabloon van VLESP werkt of de voorkeur heeft voor een ander (intern) sjabloon. Binnen het netwerk werden wel enkele gedeelde basisprincipes uitgewerkt waaraan het safety plan moet voldoen:
 - De hulpverlener brengt deze methodiek *actief ter sprake* en bekijkt met de hulpvrager of deze methodiek een meerwaarde betekent. We streven actief naar een ruime implementatie van deze evidence based methodiek. In geval van een duidelijke tegenindicatie kan ervoor gekozen worden om de methodiek niet te gebruiken. Dit is conform de verwachtingen van de overheid. Door niet uit te gaan van een absolute verplichting willen we zo ook vermijden dat goede zorg verengd wordt tot het gebruiken van de methodiek.
 - Het safety plan is een *werkinstrument* van de hulpvrager. De hulpvrager bepaalt wat er in zijn/haar plan komt te staan, het plan wordt voortdurend bijgesteld op basis van actuele gegevens en de

gezondheidstoestand van de hulpvrager. Een éénmalig opgesteld safety plan mag daarom ook nooit gezien worden als een eindproduct.

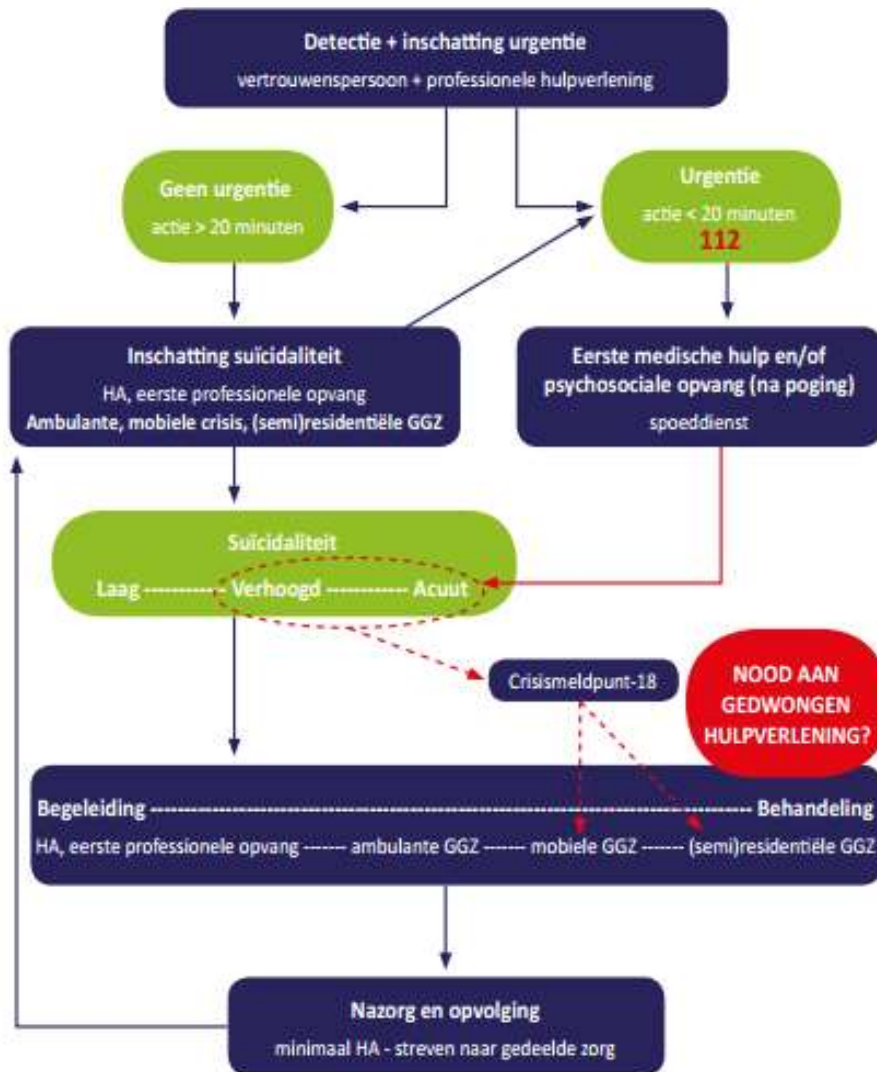
- In het safety plan wordt er stilgestaan bij welke *signalen* de persoon uit, welke *coping* helpend kan zijn en hoe *anderen kunnen helpen*. Er wordt stilgestaan bij het aspect *veiligheid* en *triggers*. Daarnaast wordt er ook bekeken op welk *netwerk* de hulpvrager kan terugvallen.
- Het *betrekken van naasten* tijdens het opstellen van een safety plan wordt als een good practice beschouwd. Men streeft er binnen het netwerk na om zoveel mogelijk naasten te betrekken (conform de herstelgerichte visie).
- Het safety plan wordt idealiter *gedeeld onder de netwerkpartners* in kader van overdracht en continuïteit van zorg. Daarom moet er wel een *alertheid* bij de hulpverleners bestaan om het bestaan van een safety plan te bevragen indien de hulpvrager zich op de dienst aanmeldt. Ook in een ontslagfase moet er een alertheid zijn om het safety plan mee te geven naar de volgende zorgpartner. Uiteraard kan het delen van informatie enkel mits *toestemming* van de hulpvrager. Daarom streven we ernaar de hulpvrager maximaal te *motiveren* en wordt er *in samenspraak* met de hulpvrager bekeken *hoe het delen van het safety plan het best gebeurt* (via hulpvrager of professioneel netwerk).
- Het handelen bij suïcidaliteit vindt plaats in een **zorgtriade** van zorgvrager, naasten en professionele hulpverleners. De zorgvrager heeft een *individuele verantwoordelijkheid* en binnen hulpverlening streven we ernaar om de krachten van de zorgvrager te maximaliseren. De *betrokkenheid van naasten* wordt als een meerwaarde gezien en wordt, mits toestemming van de zorgvrager, actief nagestreefd. Hulpverleners hebben de *professionele verantwoordelijkheid* om minimaal mee na te denken over welke zorg aangewezen is en om mensen gepast toe te leiden tot hulpverlening (zie netwerkkaart of andere relevante netwerkafspraken). Algemeen wordt hierbij vertrokken vanuit het principe van getrapte zorg (subsidiariteit) en wordt rekening gehouden met de inschatting van de suïcidaliteit, het verleden hulpverleningstraject en de noden en behoeften van de zorgvrager en diens omgeving. Het is een weloverwogen beslissing hoe sturend een hulpverlener hierin zal handelen en hoeveel verantwoordelijkheid voor de opvolging van dit advies bij de zorgvrager en/of naasten wordt gelegd.
- **Samenwerken met naasten** wordt als een good practice naar voor geschoven door de netwerkpartners. Dit niet enkel in functie van goede zorg voor de zorgvrager, maar ook in functie van goede zorg voor de naasten zelf. We kunnen heel wat zaken doen om ondersteuning te bieden aan naasten zonder het beroepsgeheim te schenden. Men engageert zich om de naasten te beluisteren, te laten ventileren, hun noden bevragen... We willen verbindend zijn en niet tussen de cliënt en zijn/haar context te staan.
- Elke partner engageert zich om informatie m.b.t. bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure, contactpersoon duidelijk kenbaar te maken (zie **aanbodfiches**). Op die manier weten hulpverleners, cliënten en naasten waar en wanneer men een hulpvraag kan stellen.
- Bij **doorverwijzing** zijn de volgende aandachtspunten van belang:
 - Een *actieve opvolging* van een doorverwijzing verhoogt de therapietrouw. Onderzoek toont aan dat contact houden met de hulpvrager, tenminste tot de zorg overgenomen is door de volgende hulpverlener, beschermend werkt (Milner, Carter, Pirkis, Robinson, & Spittal, 2015). Onder andere op basis van de

inschatting van de suïcidaliteit en binnen de grenzen van de eigen opdracht tracht elke partner dit zoveel als mogelijk te realiseren. Zeker bij de hoog risicogroep van suïcidepogers wordt een actieve opvolging nagestreefd.

- Het principe van *gedeelde zorg* staat voorop. Elke partner engageert zich tot proactief (telefonisch) overleg met andere betrokkenen (professioneel of niet) in het kader van de zorg voor een welbepaalde zorgvrager. Hulpverleningspartners stemmen onderling ook af hoe de opvolging in transitieperiodes vorm gegeven wordt. Dit kan een actieve taak van een professionele hulpverlener zijn, maar kan ook bestaan uit een taak die vooral opgenomen wordt door de zorgvrager zelf en/of de naasten of een combinatie van dit alles. De werkgroep engageert zich om verdere afspraken te maken in kader van dit principe.
- De *huisarts* wordt gezien als de spilfiguur en wordt bij elk transfermoment, in overleg met de zorgvrager, op de hoogte gebracht van de gemaakte stappen en de nog te volgen stappen in het zorgtraject. In functie van een gedeelde verantwoordelijkheid is een (bij voorkeur telefonische) contactname met de huisarts dan ook een minimale actie.
- Elke partner engageert zich om *informatie* m.b.t de suïcidale persoon *tijdig* door te geven i.f.v. de zorgcontinuïteit. Volgende *inhoudelijke elementen* zijn van belang:
 - Persoonsgegevens + gegevens van huisarts
 - Korte situatieschets: wie wat waar hoe?
 - Welke naasten / gekende hulpverlening zijn er?
 - Welke interventies hebben reeds plaatsgevonden (o.a. safety plan)?
 - Informatie vanuit de risicoformulering suïcidaliteit
- Elke partner engageert zich om met lokale partners **concrete afspraken** te maken over samenwerking, gedeelde zorg en doorverwijzing i.f.v. zorgcontinuïteit bij suïcidale personen.
- Elke partner engageert zich om actief **betrokken** te blijven bij overleg omtrent zorg(continuïteit) bij suïcidaliteit binnen netwerk GGZ Zuid-West-Vlaanderen met als doel:
 - op de hoogte te blijven van het (eventueel wijzigende) zorgaanbod voor suïcidale personen
 - kennis te verzamelen m.b.t. het zorgaanbod en elkaar goed te leren kennen
 - informatie m.b.t. bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure duidelijk en kenbaar te maken
 - de gemaakte engagementen te evalueren
 - op de hoogte blijven van de Vlaamse ontwikkelingen op het vlak van suïcidepreventie
 - ...
- Elke partner maakt duidelijk wie de concrete **aanspreekpersoon** hiervoor is. Deze persoon volgt de ontwikkelingen en afspraken omtrent het thema suïcidaliteit op en dit zowel intern (in de eigen organisatie) als op netwerkniveau. Deze persoon is ook een klankbord (zorgt voor communicatie) tussen de eigen organisatie en het netwerk.
- Noodkaart: Vanuit de werkgroep wordt nagedacht om een algemene noodkaart te ontwikkelen.

Netwerkaart

De netwerkaart is een visuele voorstelling van hoe de zorg voor suïcidale personen binnen het netwerk gestructureerd is. De kaart wil in één oogopslag weergeven welke netwerkpartners welke taak op zich nemen en hoe samenwerking en doorverwijzing vorm kan krijgen. De netwerkaart werd uitgewerkt in combinatie met de aanbodfiches om zo een handig werkinstrument voor de praktijk te vormen.



Aandachtspunten	
Inschatting suïcidaliteit regelmatig herhalen	Veiligheid bevorderen gebruik van signaleringsplan, noodkaart
Naasten betrekken	Zorgcontinuïteit steeds communicatie en overleg met HA en andere betrokken HV
Keuze hulpverlening mede bepaald door: suïcidaliteit, verleden hulp, noden/behoefte zorgvrager en omgeving	

Een zorgtraject start doorgaans wanneer signalen opgevangen worden dat iemand gedachten en/of plannen heeft om een einde aan zijn/haar leven te maken. Die detectie kan gebeuren door vertrouwenspersonen zoals een partner, ouders, familie, ... maar ook een professionele hulpverlener kan als eerste een signaal oppikken. Bij het opvangen van de eerste signalen is het belangrijk dat diegene die het opmerkt tijd maakt om in gesprek te gaan. In dit gesprek staat het beluisteren van het verhaal centraal en wordt er een eerste inschatting van de urgentie gemaakt.

Wanneer er sprake is van een niet urgente situatie, dient er idealiter wel een ruimere inschatting van de suïcidaliteit te gebeuren. Vertrouwenspersonen verwijzen hiervoor best door naar professionele hulp. De professionele hulpverlener schat minimaal de ernst van de suïcidaliteit in. Indien de suïcidaliteit verder onderzocht dient te worden, kan de gespecialiseerde GGZ (ambulant, mobiel crisis of (semi)residentieel) ingeschakeld worden.

Wanneer de situatie als urgent wordt ingeschat (actie noodzakelijk binnen 20 minuten), dient 112 gecontacteerd te worden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer er sprake is van een suïcidepoging. Indien de nood-en/of spoeddienst betrokken werd in kader van een urgent risico zal eerste medische hulp en/of psychosociale opvang op de spoeddienst gebeuren. Op de spoeddienst dient ook de suïcidaliteit verder ingeschat te worden.

Afhankelijk van de inschatting van de suïcidaliteit (zie ook bijlage 3) wordt doorverwezen naar de gepaste hulpverlening. Deze inschatting is niet eenvoudig aangezien het suïciderisico door verscheidene en niet steeds onmiddellijk waarneembare factoren bepaald wordt. Het is dan ook van belang dat deze factoren expliciet bevroegd worden. Gezien het fluctuerend karakter van het suïcidale proces is het belangrijk de suïcidaliteit regelmatig opnieuw in te schatten. Het suïciderisico is niet zomaar in te delen in verschillende categorieën waardoor het risico op een continuüm van lage tot acute suïcidaliteit geplaatst wordt. Specifiek na een suïcidepoging komen we minimaal tot een inschatting van een verhoogde suïcidaliteit.

De gepaste hulpverlening wordt, net zoals het suïciderisico, geplaatst op een continuüm gaande van begeleiding tot behandeling. We gaan hierbij uit van getrapte zorg. In uitzonderlijke gevallen kan de optie voor gedwongen hulpverlening verkend worden waarbij een gewogen besluitvorming voorop staat. Voor de doelgroep van -18-jarigen wordt het crisismeldpunt van minderjarigen betrokken om gepaste hulpverlening te realiseren in situaties waarbij er sprake is van een verhoogd tot acuut risico.

De toegewezen hulpverlener zal tijdens de begeleiding/behandeling aandachtig zijn voor nazorg en het betrekken van de huisarts en/of andere betrokken partners in kader van de nodige opvolging.

Aandachtspunten

Inschatting suïcidaliteit regelmatig herhalen: Omdat de intensiteit van zelfmoordgedachten snel kan wisselen is het van belang om de inschatting van het suïciderisico regelmatig te herhalen, vooral bij kritische momenten in de behandeling (bv. transitie momenten), in crisissituaties en bij onverwachte veranderingen in het klinisch beeld. Betrek, mits toestemming van de hulpvrager, de naasten en eventuele betrokken hulpverleners (bv. huisarts) van de hulpvrager bij deze inschatting.

Veiligheid bevorderen: Veiligheid kan nooit volledig gegarandeerd worden, maar om toekomstig suïcidaal gedrag te voorkomen is het goed om bij personen met suïcidegedachten maatregelen te nemen om de veiligheid te bevorderen. Mogelijke interventies kunnen zijn: suïcideveilig maken van omgeving, verhoogd toezicht en gebruik maken van een signaleringsplan.

Naasten betrekken: Het is na te streven de persoon met suïcidegedachten te motiveren en acties te stimuleren om de omgeving te betrekken in de verschillende fases van de hulpverlening, van detectie tot nazorg. Naasten betrekken bij de begeleiding/behandeling en opvolging kan immers een positief effect hebben op het contact met de hulpvrager, de kwaliteit van de werkrelatie met de hulpvrager en zijn/haar naasten, de effectiviteit en duurzaamheid van de begeleiding/behandeling en de therapietrouw. Samenwerken met naasten is niet enkel belangrijk in functie van de zorgvrager, maar ook in functie van goede zorg voor de naasten an sich. Het is dan ook een good practice om mee te nemen van bij het begin en doorheen het volledige zorgproces.

Zorgcontinuïteit: Voornamelijk de transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties zijn risicovolle momenten. Op deze momenten moet er een degelijke informatieoverdracht gebeuren. Het informeren van de huisarts is daarbij een belangrijk aandachtspunt.

Keuze hulpverlening: De gepaste zorg wordt bepaald door tal van factoren. Naast het suïciderisico wordt ook rekening gehouden met: verleden hulpverlening, de noden en behoeften van de hulpvrager en diens netwerk.

Aanbodfiches

Dit deel biedt een overzicht van de verschillende hulpverleners en zorginstanties die betrokken kunnen worden bij de zorg voor suïcidale personen binnen het netwerk geestelijke gezondheidszorg Zuid-West-Vlaanderen. Om meer zicht te krijgen op elkaars werking werden voor een aantal kernpartners aanbodfiches uitgewerkt. Op deze aanbodfiches kan je de contactgegevens, doelgroep, hulpaanbod, aanmelder + procedure aanmelding, wachtlijst, nazorg, feedback aanmelder, ondersteuning naasten en de prijs terugvinden. In het onderdeel 'ondersteunende diensten' kan je informatie over overige volgende diensten terugvinden: suïcidepreventiewerking van de CGG's, ASPHA, crisismeldpunt minderjarigen en crosslink.

Daarnaast werd er een algemeen kader opgemaakt waar in één oogopslag de mogelijke taken van alle partners op terug te vinden zijn. De taken worden gegroepeerd in detectie, interventies en doorverwijzing + opvolging (zie volgende pagina).

MOGELIJKE TAKEN	Hulplijn	Nooddienst	Spoeddienst	EPSI	Huisarts	Eerste professionele opvang	Ambulante GGZ	Mobiele GGZ	(semi) residentiële GGZ
DETECTIE									
Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ernst suïcidaliteit inschatten	X		X	X	X	X	X	X	X
Suïcidaliteit verder onderzoeken				X			X	X	X
INTERVENTIES									
Veiligheid organiseren	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Eerste medische hulp en/of psychosociale opvang		X	X	X	X				
Eerste opvang naasten na een poging		X	X	X	X			X	X
Verdere betrokkenheid naasten				X	X	X	X	X	X
Opstart suïcidespecifieke interventies				X			X	X	X

DOORVERWIJZEN + OPVOLGING

Motiveren tot (samen) hulp zoeken	X	X	X	X	X	X	X		X
Toeiden naar meest passende zorg		X	X	X	X	X	X	X	X
Mogelijkheden nazorg bepalen en bespreken			X	X			X	X	X
Andere betrokken hulpverleners inlichten			X	X	X	X	X	X	X
Nazorg en opvolging suïcidaal persoon				X	X	X	X	X	X

Hulplijnen

Zelfmoordlijn1813

T: 1813 (24/24 – 7/7)

Emailhulp: www.zelfmoord1813.be

Chat: www.zelfmoord1813.be

Forum: <https://zelfmoord1813.be/forum>



Tele-Onthaal

T: 106 (24/24 – 7/7)

Chat: www.tele-onthaal.be (ma/di/do/vrij/za 18u-23u; woe/zo 15-23u)



Awel

T: 102 (ma t/m za: 16u-22u)

Emailhulp: brievenbus@awel.be

Chat: www.awel.be



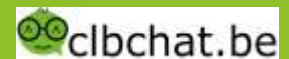
CAW Chat

www.caw.be



CLB Chat

www.clbchat.be



Doelgroep

- Iedereen
- Specifiek: suïcidale personen, naastbestaanden en nabestaanden

Hulpaanbod

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten
- Bij zeer urgente situatie: veiligheid organiseren
 - Vragen om suïcidemiddelen te verwijderen
 - Nooddiensten inschakelen (wanneer persoon gegevens doorgeeft) en aan de lijn blijven tot nooddienst toegekomen is
- Wanneer minder urgent:
 - Suïcidale persoon motiveren tot hulp zoeken
 - Toeleden naar meest passende zorg, bv. informeren over mogelijke types hulpverlening, eerste gesprek met hulpverlener voorbereiden en realistische verwachtingen scheppen

Prijs

- Kosteloos

Spoeddienst

Naam organisatie	AZ Groeninge	AZ OLV van Lourdes	AZ Delta
Adres	Ziekenhuisweg 8500 Kortrijk	Vijfseweg 150 8790 Waregem	Oude Leielaan 6 8930 Menen
Telefoon	056 63 61 12	056 62 31 31	056 52 25 00

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none">● Iedereen
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none">● Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken● Ernst van suïcidaliteit inschatten en toeleiden naar meest gepaste zorg<ul style="list-style-type: none">○ indien nodig: gedwongen opname● Veiligheid organiseren: geen suïcidemiddelen voorhanden● Eerste medische hulp bieden na een poging● Eerste psychosociale opvang van een suïcidaal persoon● Eerste opvang van naasten (na een poging)
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none">● Iedereen
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none">● Noodnummer 112 of aanmelding aan spoed
Wachtlijst	Niet van toepassing
Nazorg	<ul style="list-style-type: none">● Toeleiden/motiveren naar hulpverlening:<ul style="list-style-type: none">○ Informeren over mogelijke types hulpverlening, vervolgzorg, hulplijnen en zelfzorg○ Indien mogelijk zelf eerste afspraak maken of eerste gesprek met hulpverlener samen voorbereiden○ Aanraden om contact op te nemen met huisarts na ontslag● Veiligheidsafspraken maken (indien mogelijk met naasten): toegang tot middelen beperken, indien nodig toezicht organiseren
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none">● Minimaal contact met huisarts, eventueel ook verwijzer/betrokken hulpverlener
Ondersteuning naasten	<ul style="list-style-type: none">● Ondersteuning van de naasten die aanwezig zijn op de spoedafdeling
Prijs	<ul style="list-style-type: none">● Remgeld cfr ziekenhuisopname

Naam organisatie	EPSI AZ Groeninge
Adres	President Kennedylaan 4, 8500 Kortrijk
Telefoon	056 63 19 30
E-mail	epsi@azgroeninge.be
Website	www.azgroeninge.be

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none">● Iedereen
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none">● Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken● Ernst van suïcidaliteit inschatten● Suïcidaliteit verder onderzoeken● Veiligheid organiseren (bv signaleringsplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht)● Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling● Crisisinterventie – stabilisatie● Max 72 uur
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none">● Iedereen
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none">● Aanmelden aan spoed● Telefonisch via derden
Wachttijd	<ul style="list-style-type: none">● Geen wachtlijst
Nazorg	<ul style="list-style-type: none">● Suïcidaal persoon toeleiden naar meest passende zorg● Post-epsi consulten ter overbrugging opstart ambulante nazorg
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none">● Telefonisch, schriftelijk en face-to-face
Ondersteuning naasten	<ul style="list-style-type: none">● Indien toestemming worden naasten betrokken bij behandeling
Prijs	<ul style="list-style-type: none">● Remgeld cfr ziekenhuisopname

Eerste professionele opvang

Naam organisatie	CAW Zuid-West-Vlaanderen
Adres	Onthaal Kortrijk: Voorstraat: Voorstraat 53, 8500 Kortrijk Onthaal Menen: Koningstraat 32, 8930 Menen Onthaal Waregem: Zuiderlaan 42, 8790 Waregem
Telefoon	0800 13 500
E-mail	onthaal@cawzuidwestvlaanderen.be
Website	www.caw.be/chat

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none">• Iedereen
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none">• Rechtstreeks toegankelijk onthaal• Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken• Ernst van suïcidaliteit inschatten• Crisissituatie:<ul style="list-style-type: none">○ Samen op zoek gaan naar de meest passende hulpverlening○ Veiligheid waarborgen en zorgen dat de suïcidale persoon niet alleen is tot hulpverlening opgestart is○ Bij hoog suïciderisico in combinatie met zorgweigerig overwegen tot aanvragen van gedwongen opname (via arts)• Niet – urgente situatie:<ul style="list-style-type: none">○ Doorverwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverlening○ Veiligheid bevorderen: signaleringsplan○ Contact houden met cliënt tot volgende hulpverlening is opgestart○ Informatiedoorstroming garanderen
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none">• Iedereen
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none">• Telefonisch, mail• Rechtstreeks toegankelijke openingsuren
Wachlijst	<ul style="list-style-type: none">• Niet van toepassing
Nazorg	<ul style="list-style-type: none">• Casus gebonden
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none">• Mits toestemming van cliënt huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners inlichten en informatie over suïcidaliteit doorgeven. Idealiter feedback via cliënt zelf.
Ondersteuning naasten	<ul style="list-style-type: none">• Mits toestemming van cliënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming cliënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten
Prijs	<ul style="list-style-type: none">• Kosteloos

Ambulante GGZ

Naam organisatie	CGG Mandel & Leie
Adres	Beverlaai 3B, 8500 Kortrijk (hoofdzetel) + locaties in Tielt, Izegem, Waregem, Menen (zie website)
Telefoon	056 23 00 23
E-mail	secretariaat.kortrijk@cggml.be
Website	www.cggml.be

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none">• Kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met ernstige psychische of psychiatrische problemen of waar het risico zich stelt om dit te ontwikkelen.• Waarbij het haalbaar is om ambulante te werken• Waarbij de ondersteuning door diensten, niet gespecialiseerd in GGZ, als onvoldoende wordt ervaren of ingeschat
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none">• Coachen van collega/verwijzer in het ondersteunen en hanteren van acute suïcidaliteit• Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken• Ernst van suïcidaliteit inschatten• Suïcidaliteit verder onderzoeken• Veiligheid organiseren (bv signaleringsplan)• Suïcidespecifieke interventie opstarten• Blijven opvolgen van suïcidaliteit tijdens behandeling
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none">• Cliënt, naasten of professionele hulpverlener (voorkeur)
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none">• Secretariaat gaat hulpvraag na en evalueert de hulpvraag op dringendheid en inhoud• Er is een permanentiesysteem opgezet waardoor snel overlegd kan worden met onze interne therapeuten• Indien gewenst plant secretariaat een screening in bij een therapeut eerstdaags na aanmelding• bij vermoeden van acute suïcidaliteit doet een therapeut een risico-inschatting en zal er binnen 24uur een gepaste actie opgezet worden gaande van gericht advies tot een individueel gesprek met de cliënt
Wachlijst	<ul style="list-style-type: none">• Aanmeldingen met acute suïcidaliteit kunnen voorrang krijgen voor een stabilisatie traject met een beperkt aantal sessies in samenwerking met reeds aanwezige hulpverleningsnetwerk
Nazorg	<ul style="list-style-type: none">• Vervolgzorg bepalen en opvolgen (infodoorstroom, overbruggingscontact)
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none">• Mits toestemming van cliënt huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners schriftelijk inlichten en info over suïcidaliteit doorgeven bij aanmelding, de start, (tussentijds) en de stop van de begeleiding• Mits toestemming van de cliënt wordt telefonisch contact opgenomen bij onduidelijkheden en/of moeilijkheden• Bij acute suïcidaliteit wordt huisarts en/of verwijzer telefonisch gecontacteerd

**Ondersteuning
naasten**

- Mits toestemming van cliënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming cliënt trachten te motiveren
- Bij minderjarigen worden de ouders systematisch betrokken

Prijs

- Eerste gesprek gratis indien op doorverwijzing
- Standaardtarief: 11 euro, verminderde bijdrage is mogelijk (€4)
- Officiële tarieven voor psychiatrisch consult

Mobiele GGZ

Naam organisatie	Mobiel Crisisteam Impact	Mobiel Crisisteam ELZ Kortrijk
Adres	Bruggestraat 75, 8930 Menen	Reepkaai 4, 8500 Kortrijk
Telefoon	0471 12 40 56	056 63 19 40
E-mail	info@impact.pcmenen.be	mctkortrijk@pzheiligefamilie.be
Website	www.psy Zuid.be/nl/aanhuis/impact	www.psy Zuid.be/nl/aanhuis/mct-elz-kortrijk

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none">● Volwassenen (18+)● Met acute psychische of psychiatrische problematiek in de thuissituatie● Ambulant netwerk is onvoldoende<ul style="list-style-type: none">○ Cliënt geraakt niet op locatie○ Belangrijk om zicht te krijgen op thuiscontext + deze te betrekken○ Dreiging/crisis. Focus dient te liggen op veiligheid● Impact: regio Menen, Wervik, Wevelgem● MCT ELZ Kortrijk: regio Kortrijk, Kuurne, Harelbeke
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none">● Kortdurende behandeling aan huis, gericht op (voorkomen van) acute situatie● Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken● Ernst van suïcidaliteit inschatten● Veiligheid organiseren in thuiscontext (bv signaleringsplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht)● Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling● Impact: gemiddeld 4 weken langs tot max 8 weken.● MCT Kortrijk: Maximum 4 weken
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none">● Huisarts, psychiater of organisatie waar een psychiater aan verbonden is
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none">● Telefonische aanmelding
Wachlijst	<ul style="list-style-type: none">● Niet van toepassing
Nazorg	<ul style="list-style-type: none">● Motiveren tot vervolgzorg, wegwijs maken in het zorglandschap en vervolgzorg bepalen in samenspraak met de suïcidale persoon en naasten
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none">● Terugkoppelen naar doorverwijzer, huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners na het eerste gesprek, bij afronding en tussendoor op indicatie (mits toestemming van cliënt).
Ondersteuning naasten	<ul style="list-style-type: none">● Mits toestemming van patiënt naasten en netwerk betrekken bij behandeling.
Prijs	<ul style="list-style-type: none">● Impact: De intake is gratis. Per huisbezoek: €2 / €5 afhankelijk van uw inkomen (max. worden 2 huisbezoeken/week aangerekend)● MCT Kortrijk: gratis

Naam organisatie Mobiel team CRISIS WINGG
Adres Onze-Lieve-Vrouwemarkt 20-22, 8800 Roeselare
Telefoon 0472/43 59 74
E-mail info@wingg.be
Website www.wingg.be



- Doelgroep**
- 0-18 jaar (met aandacht voor scharnierleeftijd 16-23 jaar)
- Hulpaanbod**
- Crisisconsult – crisisinterventie – crisisbehandeling
 - Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
 - Ernst van suïcidaliteit inschatten
 - Suïcidaliteit verder onderzoeken
 - Veiligheid organiseren (bv signaleringsplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht)
 - Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling
 - Enkel op weekdays bereikbaar tijdens kantooruren
 - Max 4 weken
- Aanmelder**
- Elke professionele hulpverlener
 - Uitzonderlijk politie/parket
- Procedure aanmelding**
- Via Crisismeldpunt Minderjarigen (050/33 77 40)
 - Binnen 2 werkdagen eerste gesprek met jongere
- WachtlIJst**
- Niet van toepassing
- Nazorg**
- Motiveren tot vervolgzorg, wegwijs maken in het zorglandschap en vervolgzorg bepalen in samenspraak met de suïcidale persoon en naasten.
 - Samenwerking tussen verschillende hulpverleningsdiensten die betrokken zijn (of geïnstalleerd werden) bevorderen
- Feedback aan aanmelder**
- Terugkoppelen naar aanmelder, huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners over het verloop van de begeleiding
- Ondersteuning naasten**
- Naasten worden betrokken bij behandeling
 - Opvang en ondersteunen naasten door o.a. psycho-educatie (wat kunnen ze zelf doen voor betrokkene, wegwijs maken in het zorglandschap)
- Prijs**
- Kosteloos

(Semi)residentiële GGZ

Algemene ziekenhuizen - psychiatrische afdelingen

Naam organisatie	AZ Groeninge
Adres	President Kennedylaan 4, 8500 Kortrijk
Telefoon	056 63 63 63
Website	www.azgroeninge.be

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none">• Vanaf 18 jaar
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none">• Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken• Ernst van suïcidaliteit inschatten• Suïcidaliteit verder onderzoeken• Veiligheid organiseren (bv signaleringsplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht)• Crisisinterventie – stabilisatie• Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling• Opname van max 5-6 weken met individuele en groepssessies• Verpleegeenheden DAM (aanpassingsstoornissen en middelenmisbruik), PAS (psychosen, angst-en stemmingsstoornissen), STAP(ouderenpsychiatrie) - dagziekenhuis BRES
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none">• Iedereen
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none">• Via consultatie psychiater, na overleg met huisarts of andere verwijzer• Via spoeddienst bij medisch/somatische urgentie
Wachttijst	<ul style="list-style-type: none">• Acute suïcidaliteit krijgt voorrang op wachtlijst (indien volzet doorverwijzing)
Nazorg	<ul style="list-style-type: none">• Dagtherapie• Suïcidaal persoon toeleiden naar meest passende zorg en mogelijkheden tot nazorg bepalen en bespreken
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none">• Bij ontslag wordt feedback bezorgd door de arts• Casusgebonden telefonisch overleg met betrokken hulpverlening
Ondersteuning naasten	<ul style="list-style-type: none">• Indien toestemming worden naasten betrokken bij behandeling (bv overlegmoment met alle betrokkenen)• Opvang en ondersteunen naasten door o.a. psycho-educatie (wat kunnen ze zelf doen voor betrokkene, wegwijs maken in het zorglandschap)
Prijs	<ul style="list-style-type: none">• Remgeld cfr ziekenhuisopname

Naam organisatie	AZ OLV van Lourdes
Adres	Vijfseweg 150
Telefoon	056 62 31 11 (algemeen), 056 62 30 70 (PAAZ)
Website	www.ziekenhuiswaregem.be

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Vanaf 18 jaar
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none"> • Residentiële behandeling, dagbehandeling, nabehandeling, psychiatrische thuiszorg • Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken • Ernst van suïcidaliteit inschatten • Suïcidaliteit verder onderzoeken • Veiligheid organiseren (bv safetyplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht) • Crisisinterventie – stabilisatie • Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling • Opname van max 5-6 weken met individuele en groepssessies
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none"> • Iedereen
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none"> • Via consultatie psychiater, na overleg met huisarts of andere verwijzer • Via spoeddienst bij medisch/somatische urgentie
WachtlIJst	<ul style="list-style-type: none"> • Acute suïcidaliteit krijgt voorrang op wachtlIJst (indien volzet doorverwijzing)
Nazorg	<ul style="list-style-type: none"> • Suïcidaal persoon toeleiden naar meest passende zorg en mogelijkheden tot nazorg bepalen en bespreken
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none"> • Bij ontslag wordt feedback bezorgd door de arts • Casusgebonden telefonisch overleg met betrokken hulpverlening
Ondersteuning naasten	<ul style="list-style-type: none"> • Indien toestemming worden naasten betrokken bij behandeling (bv overlegmoment met alle betrokkenen) • Opvang en ondersteunen naasten door o.a. psycho-educatie (wat kunnen ze zelf doen voor betrokkene, wegwijs maken in het zorglandschap)
Prijs	<ul style="list-style-type: none"> • Remgeld cfr ziekenhuisopname

Psychiatrische ziekenhuizen

Naam organisatie	Korbeel – Patio
Adres	Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk
Telefoon	Korbeel: 056 24 52 59 / Patio: 056 24 52 02 info@dekorbeel.be / leila.nadji@depatio.be
Website	www.dekorbeel.be / www.depatio.be

Doelgroep

- Korbeel
 - infantwerking: 0-5 jaar
 - leefgroep 1: 0-7 jaar
 - leefgroep 1 crisiswerking: 0-7 jaar
 - leefgroep 2: 7-12 jaar
 - leefgroep 3: 12-17 jaar
 - crisiswerking: 7 - 17 jaar
- Patio
 - Jongens van 12 – 18 jaar met MOF-statuu

Hulpaanbod

- Residentiële en dagbehandeling, nabehandeling
- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten
- Suïcidaliteit verder onderzoeken
- Veiligheid organiseren (bv signaleringsplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht)
- Psychotherapeutische en medicamenteuze behandeling
- Interventies gelinkt aan suïcidepreventie protocol toepassen
- Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling

Aanmelder

- Korbeel :
 - infantwerking: Ouders/context, huisarts , CLB , andere hulpverleners
 - leefgroep 1: Ouders/context, huisarts , CLB , andere hulpverleners
 - leefgroep 1 crisiswerking: Ouders/context, huisarts , CLB , andere hulpverleners
 - leefgroep 2: Ouders/context, huisarts , CLB , andere hulpverleners
 - leefgroep 3: Ouders/context, huisarts , CLB , andere hulpverleners
 - crisiswerking: 6 - 17 jaar : Crisismeldpunt, AZ groenige
 - crisiswerking jeugdrechtbank: consulenten jeugdrechtbank
- Patio :
 - Consulenten jeugdrechtbank

Procedure aanmelding

- Korbeel:
 - Leefgroep 1,2 en 3: telefonisch tijdens kantooruren
 - Leefgroep 1 crisiswerking: telefonisch
 - Crisiswerking: via crismeldpunt tijdens kantooruren (indien te onveilig ga langs bij uw dichtstbijzijnde spoeddienst)

- De Patio en crisiswerking jeugdrechtbank: Via de website Patio / Korbeel
- Wachtlijst**
- Afhankelijk van de vraag, traject en vrije plaatsen op de betreffende afdeling
- Nazorg**
- Motiveren tot vervolgzorg, wegwijs maken in het zorglandschap en vervolgzorg bepalen in samenspraak met de suïcidale persoon en context
 - Mogelijkheid tot nabehandelingsprogramma
 - Ambulante opvolging (psycholoog, therapeut, psychiater)
- Feedback aan aanmelder**
- Ontslagbrief bij dag van ontslag aan context, huisarts
 - Andere betrokken hulpverleners worden telefonisch gecontacteerd
- Ondersteuning naasten**
- Familie, andere zorgfiguren en belangrijke derden moeten betrokken worden bij de behandeling.
 - Ouderbegeleiding, familietherapie voor contexten
 - Schooloverleg bij langdurige opnames voor scholen
- Prijs**
- Remgeld cfr ziekenhuisopname met eventuele tussenkomst van hospitalisatieverzekering
 - De Patio wordt volledig gefinancierd door de overheid

Naam organisatie	Psychiatrisch Ziekenhuis Heilige Familie
Adres	Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk
Telefoon	056/24 52 11
E-mail	info@pzhfamilie.be
Website	www.pzhfamilie.be

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> ● Volwassenen: <ul style="list-style-type: none"> ○ De Bolder: crisisopvang en diagnosestelling ○ De Brug: angst- en stemmingsstoornissen ○ De Boeg: psychosezorg en resocialisatie ○ De Vlonder: verslavingszorg
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none"> ● Residentiële en dagbehandeling, nabehandeling ● Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken ● Ernst van suïcidaliteit inschatten ● Suïcidaliteit verder onderzoeken ● Veiligheid organiseren (bv signaleringsplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht) ● Psychotherapeutische en medicamenteuze behandeling ● Interventies gelinkt aan suïcidepreventieprotocol toepassen ● Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none"> ● Andere GGZ voorzieningen ● Huisartsen ● MCT: mobiel crisis team ● Naastbetrokkenen ● Reeds gekende patiënten via behandelend arts ● Parket
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none"> ● Telefonisch ● Via fax of mail bij gedwongen opname
Wachlijst	<ul style="list-style-type: none"> ● Acute suïcidaliteit kan invloed hebben op de wachtlijst mits overleg met verwijzer ● Gedwongen opnames zijn steeds prioritair op de wachtlijst, daarnaast is acute karakter van de problematiek ook bepalend over al dan niet voorrang op de wachtlijst
Nazorg	<ul style="list-style-type: none"> ● Motiveren tot vervolgzorg, wegwijs maken in het zorglandschap en vervolgzorg bepalen in samenspraak met de suïcidale persoon en context ● Psychiatrische thuiszorg: De Fender ● Mogelijkheid tot nabehandelingsprogramma ● Psychiatrische raadplegingen

- Bij gedwongen opname kan er gekozen worden voor een bevestiging/verlenging van de gedwongen opname in een ander Psychiatrisch ziekenhuis.

Feedback aan aanmelder

- Telefonisch contact met huisarts/verwijzer bij elke ongeplande afronding
- Ontslagbrief

Ondersteuning naasten

- Familie en belangrijke derden worden zo maximaal mogelijk betrokken bij de behandeling
- Mits toestemming van cliënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming cliënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten

Prijs

- Remgeld cfr ziekenhuisopname

Naam organisatie	Psychiatrisch Centrum Menen
Adres	Bruggestraat 75, 8930 Menen
Telefoon	056 52 14 51
E-mail	info@pcmenen.be
Website	www.pcmenen.be

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> ● Volwassenen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cura: crisiszorg ○ De Waag: psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen ○ De Kade: verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen ○ De Vliet: psychose ○ De Horizon: ouderenpsychiatrie ○ De Wierde: NAH ○ De Pendel: dagtherapie
Hulpaanbod	<ul style="list-style-type: none"> ● Residentiële en dagbehandeling, nabehandeling ● Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken ● Ernst van suïcidaliteit inschatten ● Suïcidaliteit verder onderzoeken ● Veiligheid organiseren (bv signaleringsplan, toegang tot middelen beperken, verhoogd toezicht) ● Psychotherapeutische en medicamenteuze behandeling ● Interventies gelinkt aan suïcidepreventieprotocol toepassen ● Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling
Aanmelder	<ul style="list-style-type: none"> ● GGZ voorziening of huisarts ● Reeds gekende patiënten via behandelend arts
Procedure aanmelding	<ul style="list-style-type: none"> ● Telefonisch
Wachtlijst	<ul style="list-style-type: none"> ● Acute suïcidaliteit kan invloed hebben op de wachtlijst mits overleg met verwijzer
Nazorg	<ul style="list-style-type: none"> ● Motiveren tot vervolgzorg, wegwijs maken in het zorglandschap en vervolgzorg bepalen in samenspraak met de suïcidale persoon en naasten ● Mogelijkheid tot nabehandelingsprogramma ● Psychiatrische raadplegingen
Feedback aan aanmelder	<ul style="list-style-type: none"> ● Telefonisch contact met huisarts/verwijzer bij elke ongeplande afronding ● Ontslagbrief bij dag van ontslag
Ondersteuning naasten	<ul style="list-style-type: none"> ● Familie en belangrijke derden worden zo maximaal mogelijk betrokken bij de behandeling ● Mits toestemming van cliënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming cliënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten
Prijs	<ul style="list-style-type: none"> ● Remgeld cfr ziekenhuisopname

Ondersteunende diensten

Suïcidepreventiewerking van de CGG's West-Vlaanderen

Vorming

Deskundigheidsbevordering van hulpverleners is een van de meest effectieve strategieën ter preventie van suïcide. Een suïcidaal proces is omkeerbaar en het detecteren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit is dan ook van fundamenteel belang. Suïcidepreventie is een taak van alle professionelen die in contact komen met suïcidale personen. In onze praktijkgerichte vormingen leren hulpverleners de signalen van suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar te maken. Er worden praktische tips en handvatten aangereikt en de basisvaardigheden van gespreksvoering worden ingeoefend. Ons open aanbod is toegankelijk voor alle hulpverleners (zoals maatschappelijk werkers, studentenbegeleiders, huisartsen, ...) die in contact komen met suïcidale personen. In samenspraak met uw team kan ook een vorming op maat worden opgesteld.

Suïcidepreventiebeleid

Suïcidaliteit bij cliënten en/of medewerkers brengt de nodige angst en onzekerheid met zich mee. Als organisatie beschikken over een uitgeschreven suïcidepreventiebeleid kan dit een gevoel van veiligheid en steun geven bij de medewerkers. Daarnaast is het eenduidig handelen en communiceren uiteraard een meerwaarde voor de cliënten.

Een suïcidepreventiebeleid bestaat inhoudelijk uit de volgende componenten:

- Een visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen
- Een draaiboek betreffende het volledige zorgtraject van een suïcidale hulpvrager (van aanmelding over behandeling tot vervolgzorg)
- Afspraken omtrent vorming en ondersteuning voor medewerkers
- Afspraken omtrent het suïcideveilig maken van de omgeving
- Het beleid betreffende registratie en evaluatie

De CGG-SP West-Vlaanderen biedt ondersteuning bij het opstellen van een suïcidepreventiebeleid voor uw organisatie, onder de vorm van coaching. De CGG-SP-werker treedt op als coach die vragen stelt, adviezen geeft en waar nodig kennis toevoegt. De ondersteuning gebeurt ter plaatse door aanwezigheid op de bijeenkomsten of door advies op afstand via mail/telefoon. Een gedegen implementatie van het suïcidepreventiebeleid veronderstelt het organiseren van de nodige training en vorming, waarvoor een beroep kan gedaan worden op de CGG-SP-werking.

Consult en advies

De Suïcidepreventiewerking van de CGG kan aangesproken worden voor een éénmalig consult en advies. De consult- en adviesfunctie houdt in dat professionelen CGG-SP vrijblijvend kunnen contacteren met vragen betreffende suïcide(preventie) bij cliënten of in organisaties.

Contactgegevens suïcidepreventiewerking van de CGG's West-Vlaanderen

Tel: 051/25 99 30, Mail: suicidepreventie@cgglargo.be

Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere Hulpverleners (ASPHA)

Waarvoor kan je terecht bij ASPHA?

Je kan bij ASPHA terecht voor ondersteuning bij crisisoverbrugging, risico-inschatting en communicatie met suïcidale personen en hun omgeving. Daarnaast kan je via ASPHA ook meer informatie krijgen over het aanbod aan suïcidepreventie in Vlaanderen.

Enkele voorbeeldvragen:

- 'Kan ik een suïcidale patiënt nog tegenhouden?'
- 'Hoe kan ik nabestaanden na zelfdoding opvangen?'
- 'Waar kan ik terecht voor vorming over suïcidepreventie?'
- 'Hoe help ik een patiënt door zijn crisis?'
- 'Wat moet ik doen als mensen vaak terugkomen met somatische klachten? Hoe verruim ik naar het psychische?'
- 'Hoe bevraag ik zelfmoordgedachten?'

Hoe contact opnemen?

Je kan elke werkdag tussen 9u en 21u telefonisch terecht bij ASPHA op het nummer **024 24 30 00**. Daarnaast kan je ook via e-mail contact opnemen op info@aspha.be.

Crosslink -18

Het programma CROSSLINK (voorheen: Intersectorale consult en liaison) heeft als doelstelling om voor partners uit de hele provincie consult en advies, vorming en deskundigheidsbevordering te bieden omtrent de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context en om de intersectorale uitwisseling van expertise aan te moedigen.

Het programma CROSSLINK bestaat uit 2 luiken:

- Consult en advies: in laagdrempelige regionale antennepunten kunnen deskundigen uit de niet-gespecialiseerde (geestelijke) gezondheidszorg (eerste lijn, huisartsen, CLB, jeugdhulpvoorzieningen en -verwijzers, pediaters, algemene ziekenhuisdiensten, CAW, ...) vragen stellen over kinderen en jongeren met (een vermoeden van) een probleem inzake geestelijke gezondheid. Binnen dit luik worden de volgende opdrachten opgenomen:
 - Onmiddellijk telefonisch advies
 - Advies inzake toeleiding naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg
 - Consult via een overleg op afspraak met de vraagsteller
 - Outreachend consult op afspraak binnen een voorziening
- Vorming en deskundigheidsbevordering: in een provinciaal knooppunt worden vragen naar vorming en deskundigheidsbevordering over de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren gebundeld en worden van daaruit initiatieven genomen op vlak van intersectorale vorming, opleiding, stage, workshops, personeelsuitwisseling, ...

Praktische informatie:

Voor 'Consult en advies' delen we de provincie op:

- Noord-West-Vlaanderen via 051/69.10.60, bereikbaar op ma/di/do/vrij van 10u30-12u30.
- Zuid-West-Vlaanderen via 051/69.10.61, bereikbaar op ma/di/do/vrij van 8u30-10u30.

Voor 'Vorming en deskundigheidsbevordering' kan je contact nemen met coördinator Annick Dobbelaere via annick.dobbelaere@wingg.be of 0488/82 79 15

Meer info: www.wingg.be

Crisismeldpunt West-Vlaanderen -18

Minderjarigen of professionele aanmelders kunnen terecht op het crisismeldpunt -18 om een crisis te melden. De medewerker van het crisisteam bekijkt samen met jou de situatie en geeft advies. Er wordt gekeken welke hulp het meest gepast is voor die situatie. Een crisissituatie is een acuut beleefde noodsituatie waarin onmiddellijk hulp moet worden geboden.

Het crisismeldpunt:

- verkent samen met de aanmelder het probleem
- informeert de aanmelder over de werking van het crisisnetwerk
- geeft consult (o.a. de aanmelder ondersteunen, advies geven)
- schakelt crisisinterventie, crisisbegeleiding en/of crisisopvang in als de kinderen en jongeren, ouders en/of opvoedingsverantwoordelijken minimaal bereid zijn om hierover in gesprek te gaan

Bereikbaarheid: 24u/24, 7 dagen op 7 op het nummer 050 33 77 40

Oriënteringspunt GGZ Vesta

Oriënteringspunt GGZ VESTA is een samenwerkingsverband tussen de geestelijke gezondheidszorg en de reguliere thuiszorg. In de regio Zuid-West-Vlaanderen is VESTA centraal aanspreekpunt voor alle vragen omtrent geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en ouderen en het netwerk (professioneel en naastbetrokkenen).

Zorgaanbod:

- Sensibiliseren, coaching en advies: Advies over ‘psychiatrische kwetsbaarheid’ om de GGZ toegankelijker en bekender te maken. Mogelijkheid om expertise op team te geven.
- Screening: in kaart brengen van de situatie en samen zoeken naar meest aangewezen vorm van hulpverlening.
- Toeleiding: Vesta kan een cliënt toeleiden naar de gepaste hulpverlening. Kortdurend (max. 6 maand), kleine onkostenvergoeding van €2 of €5 (afhankelijk van het inkomen).
- Zorgcoördinatie: Aan de hand van een netwerkoverleg wordt de zorg omtrent een cliënt op elkaar afgestemd. Er wordt een rondetafelgesprek georganiseerd met de betrokken actoren (hulpverlening, familie, mantelzorg) en de cliënt.
- Begeleiding en ondersteuning: neemt enkel begeleidingen (aan huis) op als er geen alternatieven voor handen zijn in de regio.
- Vorming : In de regio Zuid-West-Vlaanderen is VESTA het centraal aanspreekpunt voor vorming. Afhankelijk van de doelgroep, de vraag en het thema wordt bekeken welke collega uit het netwerk kan aangesproken worden om deze vorming te organiseren. Daarnaast organiseert Vesta eigen vormingen te raadplegen op de website.
- GGZ-casusoverleg: Tijdens het GGZ-casusoverleg kunnen verschillende diensten onder de vorm van intervisie samen nadenken over situaties waarbij het omgaan met een persoon met een psychische kwetsbaarheid moeilijk verloopt. Deze casussen kunnen anoniem ingebracht worden door de deelnemers. Doelstelling is om via uitwisseling tussen GGZ- en niet-GGZ-actoren de deskundigheid van beide sectoren te bevorderen. Er worden concrete tips rond hoe omgaan met psychisch kwetsbare personen, waar kan je terecht in specifieke situaties, wat is het aanbod voor bepaalde doelgroepen in de regio... uitgewisseld.

Contactgegevens:

Meiweg 1

8500 Kortrijk

056/26.11.27 of 0498/ 52.41.73

info@vestazwvl.be

www.vestazwvl.be

BIJLAGEN

Risicoformulering sjabloon

RISICOFORMULERING



Huidige suicidale intentie

Frequentie & intensiteit zelfmoordgedachten; concrete suicideplannen; inschatting bekwaamheid.

+ SNIV



Risicofactoren

Factoren die kwetsbaarheid van persoon verhogen.

+ TS



Beschikbare hulpbronnen

Hulpbronnen die hulpvrager ter beschikking heeft in crisismomenten.



Voorspelbare veranderingen

Wat zou het risico snel kunnen verhogen of verlagen (specifieke interventies)?

SNIV en TS codering

Bij aanwezigheid van suïcidaliteit wordt een **risico inschatting** gedaan. De risicoformulering bestaat inhoudelijk uit volgende onderdelen: huidig suïcidaal gedrag, risicofactoren, beschikbare hulpbronnen en voorspelbare veranderingen (VLESP, 2017). Binnen het onderdeel 'huidig suïcidaal gedrag' wordt de formulering van **suïcideniveaus** (SNIV's), om het gegeven van de huidige suïcidaliteit verder te omschrijven en differentiëren, toegevoegd. Volgende opdeling wordt hierbij gemaakt:

- **SNIV 0: geen doodsgedachten, geen zelfmoordgedachten en/of –plannen op heden én in het verleden**
- **SNIV 1: doodsgedachten op heden en/of zelfmoordgedachten in het verleden**
- **SNIV 2: zelfmoordgedachten op heden**
- **SNIV 3: zelfmoordplannen op heden**
- **SNIV 4: geen veiligheidsafspraken mogelijk op heden**

Een frequent gebruikte term onder de partners is ook de **TS-score**. TS staat voor 'tentamen suicide' en is een onderdeel van het domein risicofactoren. Een eerdere suïcidepoging is namelijk dé belangrijke risicofactor voor suïcidaal gedrag. Volgende opdeling wordt gehanteerd bij de TS-scores:

- **TS 0: geen suïcidepoging in de voorgeschiedenis**
- **TS 1: suïcidepoging > 12 maand**
- **TS 2: suïcidepoging < 12 maand**

We verwachten dat iedere organisatie een inschatting maakt aan de hand van deze risicoformulering met volgende onderdelen; huidig suïcidaal gedrag, risicofactoren, beschikbare hulpbronnen en voorspelbare veranderingen. Het aanvullen met een SNIV en TS-score is optioneel. Het is dus geen vereiste dat iedere organisatie de SNIV en TS-score ook intern gebruikt, maar het is wel nodig dat iedere organisatie kennis heeft van deze SNIV - en TS- score.

Leidraad Risicoformulering

Wanneer

De multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (VLESP, 2017) raadt het actief bevragen van de suïcidaliteit aan. Dit in het bijzonder bij volgende situaties:

- Bij een eerdere suïcidepoging
- Bij suïcidale uitingen of dreigingen
- *Bij waarschuwingssignalen*
- *Bij personen met een verhoogd risico*
- In psychische crisissituaties
- Tijdens transitiemomenten in een lopende behandeling
- Bij onverwachte veranderingen, een gebrek aan verbetering of een verslechtering in het klinisch beeld van een psychische aandoening.

Wat betreft de actieve bevraging van suïcidaliteit kan een opsplitsing gemaakt worden tussen enerzijds de hulpverlening die de eerste professionele opvang biedt en anderzijds de gespecialiseerde GGZ. Binnen de gespecialiseerde GGZ wordt suïcidaliteit idealiter bij elke hulpvrager actief bevroegd vanwege het verhoogde risico. Binnen een eerstelijnsdienst wordt een alertheid voor signalen aanbevolen. Van zodra een signaal opgemerkt wordt, wordt de suïcidaliteit best actief bevroegd.

De volgende **uitingen/signalen** vereisen onmiddellijke hulp of aandacht:

- Dreigen om zichzelf te verminken of te doden.
- Methoden zoeken om zichzelf te doden of toegang zoeken tot middelen om zelfmoord te plegen.
- Praten of schrijven over de dood, sterven of zelfmoord.

Onderstaande **waarschuwingssignalen** vereisen minder dringende hulp, maar dienen wel verder onderzocht te worden:

- Hopeloosheid
- Woede, boosheid of wraakzucht
- Roekeloos gedrag of het schijnbaar zonder nadenken ondernemen van risicovolle activiteiten
- Gevoel vast te zitten, geen uitweg te weten
- Toenemend alcohol- of druggebruik
- Zich terugtrekken van familie, vrienden of de samenleving
- Angst, agitatie of slaapproblemen
- Sterke stemmingswisselingen
- Geen redenen zien om te leven, de zin van het leven niet zien
- Weinig interesse of plezier ervaren in activiteiten

- Neerslachtige, depressieve of wanhopige gevoelens

Ernst suïciderisico inschaffen

Aangezien deze inschatting niet evident is, raden we aan om dit in de mate van het mogelijke **niet alleen** te doen, maar binnen teamverband te delen. Een risico inschatting wordt bovendien niet gemaakt over maar **mét een hulpvrager**. Betrek, mits toestemming van de hulpvrager, ook de **naasten** en eventuele betrokken **hulpverleners** (bv.: huisarts) van de hulpvrager bij deze inschatting.

Doorheen de volledige risico-inschatting is de **algemene intuïtie** belangrijk. Het maken van een risico-inschatting gebeurt in relatie met de suïcidale persoon. Het niet-pluis gevoel moet dan ook serieus genomen worden en verder onderzocht worden. Er wordt vanuit gegaan dat een overschatting van het risico beter is dan een onderschatting. Stem in dit geval ook steeds goed af met de persoon en deel je buikgevoel.

Openlijke dreigingen tot zelfdoding wijzen op een acuut risico op de zeer korte termijn en vereisen dan ook onmiddellijke actie. Niet alle personen met suïcidegedachten zullen deze dreigingen echter op een directe manier uiten. Daarom is het belangrijk om de **aanwezige zelfmoordgedachten en -plannen zo concreet mogelijk te bevragen**. Bevraag hoe lang, hoe vaak en hoe sterk de gedachten aanwezig zijn, in welke mate de plannen concreet zijn (plaats, methode, tijdstip), wat men wil bereiken met de zelfdoding en of er nog zaken zijn die de persoon tegenhouden.

Daarnaast is het ook belangrijk om in te gaan op de **gevoelens** die de persoon met suïcidegedachten heeft bij de zelfmoordgedachten, het **toekomstperspectief en mate van hopeloosheid** en eventuele **symptomen of gedragsmatige signalen** (bv. risicogedrag, sociale isolatie, slaapproblemen). Verken of er recente problemen of **stressoren** zijn waar de persoon mee worstelt en gelinkt zijn aan de suïcidaliteit. Het gaat dan vaak over zaken die als ingrijpend ervaren worden of significante gevolgen met zich meebrengen.

Om verder richting te kunnen geven aan concrete interventies is het ook zinvol om in te zoomen op de **mogelijke hulpbronnen** waar de persoon toegang tot heeft wanneer die in crisis gaat (b.v. interne copingmechanismen, mensen in de omgeving waar men beroep kan op doen). Dit wordt ook best bekeken in combinatie met **voorspelbare veranderingen** nl. gebeurtenissen die zullen plaats vinden in de nabije toekomst en die het suïciderisico significant kunnen beïnvloeden.

Omdat de intensiteit van zelfmoordgedachten snel kan wisselen is het van belang om de inschatting van het suïciderisico regelmatig te **herhalen**, vooral bij kritische momenten in de behandeling (bv.: transitie momenten), in crisissituaties en bij onverwachte veranderingen in het klinische beeld.

Suïcidaal gedrag verder onderzoeken

Zodra het acute suïciderisico ingeschat is en de nodige maatregelen getroffen zijn, is het belangrijk dat het suïcidale gedrag verder onderzocht wordt. Een verdere exploratie van de aanwezige **risico- en beschermende**

factoren kan helpen bij het in kaart brengen van het suïcidale gedrag. Er dient zeker ook stil gestaan te worden bij verleden suïcidaliteit gezien een poging de belangrijkste risicofactor is naar het stellen van suïcidaal gedrag. Het integratief model voor suïcidaal gedrag (Van Heeringen, 2007) biedt een goede basis om deze factoren te onderzoeken (MDR p. 11-13). Suïcidaal gedrag is **nooit het gevolg van slechts één oorzaak**. Het gaat steeds om een combinatie van verschillende voorbeschikkende, uitlokkende, beschermende, drempelverlagende en drempelverhogende factoren. Deze combinatie en de impact ervan kan sterk verschillen van persoon tot persoon en van situatie tot situatie.

Risicoformulering

Wanneer er zicht is op alle bovenstaande factoren kunnen deze gebundeld worden in een risicoformulering. Dit is een document dat gebruikt kan worden in een netwerk zodat men telkens dezelfde informatie doorgeeft. Volgende onderdelen maken uit van zo'n risicoformulering: **huidig suïcidaal gedrag, risicofactoren, beschikbare hulpbronnen en voorspelbare veranderingen**.

Gesprek rond suïcidaliteit - Algemene tips

Het is niet altijd makkelijk om uit het niets over een gevoelig onderwerp als zelfmoord te beginnen praten.

Soms kan het helpen om te vertrekken vanuit een concrete observatie, bijvoorbeeld vanuit eventuele signalen die je opgevangen hebt.

- 'Ik merk dat het de laatste tijd niet zo goed met je gaat. Heb je soms momenten dat het je allemaal wat teveel wordt? Denk je soms dat het zo niet meer hoeft voor jou, dat het leven de moeite niet meer waard is of dat je beter dood zou zijn?'
- 'Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je hiermee dat je aan zelfmoord denkt?'
- 'Als je zegt dat het niet meer hoeft voor jou, bedoel je dan dat je liever dood zou zijn?'
- 'Je zegt dat 'alles' niet meer gaat, zie je ook het leven niet meer zitten? Denk je dan aan zelfmoord?'

Zijn die signalen niet zichtbaar, maar heb je als hulpverlener toch een vermoeden van de aanwezigheid van suïcidale gedachten, dan kan je initieel ook op een minder directe manier de toestand van de hulpvrager bevragen, om dan op een later moment op een meer directe manier suïcidaliteit te bevragen.

- 'Hoe gaat het met je?'
- 'Hoe zie je het nu verder?'
- 'Hoe zie je de toekomst op dit moment?'
- 'Zie je voor jezelf nog enige toekomst?'
- 'Heb je weleens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is?'
- 'Denk je weleens aan de dood? Wat zijn dat voor gedachten?'
- 'Denk je weleens dat je een einde aan jouw leven zou willen maken?'

Wanneer de hulpvrager bevestigt dat hij of zij aan zelfmoord denkt, is het belangrijk om stil te staan bij hoe dat voelt voor de hulpvrager.

- 'Hoe is het voor jou om aan zelfmoord te denken?'
- 'Hoe voelt het voor jou om erover te spreken?'

Indien er veel weerstand aanwezig is om de suïcidaliteit te bespreken, kunnen volgende reflectieve voorbeeldvragen helpen:

- 'Ik hoor dat je twijfelt aan het nut van dit gesprek?'
- 'Je kunt je moeilijk voorstellen hoe ik jou ooit zou kunnen begrijpen?'
- 'Ik merk dat je weinig moed hebt om weer iets nieuws te proberen?'
- 'Ik hoor dat er heel wat woede en onbegrip schuilt in jou, misschien kunnen we samen bekijken waar die gevoelens vandaan komen?'
- 'Ik merk dat je bang bent voor eventuele gevolgen van dit gesprek, waar vrees je juist voor?'

Richtvragen bij risicoformulering

Met behulp van de hieronder opgestelde vragen kan de suïcidaliteit bevestigd en een risicoformulering gemaakt worden. De vragen zijn geïnspireerd op de vragen die werden opgemaakt door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie voor de MDR (2017), gebaseerd op het overzicht van Van Heeringen en Kerkhof (Van Heeringen & Kerkhof, 2000) en het IPEO (Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers). Je hoeft om een degelijke risicoformulering te maken niet per se al deze vragen letterlijk te stellen; het geeft eerder een beeld van wat en hoe je het kan bevragen. De vetgedrukte vragen zijn belangrijke vragen om te stellen.

Laat deze opsomming van vragen jou echter niet vergeten dat tijdens een gesprek over suïcidaliteit het investeren in **écht contact en verbinding** cruciaal is. Waak er dus over dat je niet vervalt in het als het ware 'ondervragen' van mensen of het aflopen van een bepaalde checklist. Stem je doorheen het gesprek af op de persoon voor je en diens verhaal en tracht zo tot het echt 'begrijpen' van mensen te komen. Neem daarbij een nieuwsgierige luisterhouding aan en durf als hulpverlener voldoende actief te zijn om het thema suïcidaliteit op tafel te leggen en in de diepte te bespreken.

Huidige suïcidaliteit

1. Verken de huidige zelfmoordgedachten

A. Frequentie en aard/intensiteit van de zelfmoordgedachten

- 'Denk je wel eens aan zelfmoord/zelfdoding/suïcide?'
- 'Denk je er wel eens aan om een einde aan je leven te maken?'
- 'Hoe vaak denk je aan zelfmoord?' Af en toe? Dagelijks? Voortdurend?
- 'Hoe lang heb je deze gedachten al?'
- 'Hoe sterk zijn deze gedachten?' Is het een vluchtige gedachte? Een obsessie? Een nachtmerrie?
- 'Komen er in je gedachten ook beelden van suïcide naar boven?' Zijn dat heldere beelden van mogelijke methoden, bijvoorbeeld springen of een vuurwapen hanteren? Of zijn het alleen gedachten?
- 'Hoe indringend zijn die gedachten en beelden van suïcide?' Overweldigend? Oncontroleerbaar of vluchtig? Voorbijgaand en controleerbaar? Beangstigen deze gedachten of beelden?
- 'Hoeveel haast heb je met je wens om suïcide te plegen?' Is er nog enige tijd of is er grote haast om vandaag nog suïcide te plegen?

B. Concreetheid zelfmoordplannen

- 'Heb je **concrete plannen** gemaakt om zelfmoord te plegen?'
- 'Hoe zien die plannen eruit?'
- 'Heb je al nagedacht over de wijze waarop? Welke methoden heb je overwogen?'
- 'Heb je een plaats of een datum?'
- '**Heb je al voorbereidingen getroffen in die richting?**' Bijvoorbeeld tijden genoteerd dat treinen een spoorovergang passeren, medicijnen gespaard en eventueel al vastgehad, touw klaargelegd, al een paar keer bovenop de flat gestaan ter voorbereiding...
- 'Heb je al een afscheidsbrief of een testament gemaakt?'
- '**Is het middel beschikbaar?**'
- 'Heb je de middelen in huis om je plan uit te voeren?' Waar bewaar je het middel?
- 'Heb je al eens **op het punt gestaan** om het middel te gebruiken of een poging te ondernemen?'
- '**Zie je jezelf in staat om suïcide te plegen?**'

C. Betekenis suïcidaliteit

- 'Wat maakt dat je zelfmoord wil plegen?'

- 'Stel dat je dood zou zijn, wat zou je daarmee bereiken?' Bijvoorbeeld rust, einde van de pijn, anderen iets duidelijk maken ...

D. Ambivalentie

- 'Wat is aantrekkelijker voor jou: de gedachte om door te zullen leven of om te zullen sterven?'
- **'Welke dingen houden je tegen om suïcide te plegen? Hoe heb je het tot nu toe volgehouden?'**
Bijvoorbeeld angst, familieleden, nog hoop op verbetering, eerst nog bepaalde zaken willen afmaken...
- 'Waar voel je je het dichtst bij staan: verder leven of sterven?' Wat betekent het stuk dat wil sterven en wat vormt het stuk dat wil leven?
- 'Als je aan je eigen dood denkt, welke gevoelens ervaar je dan?' Bijvoorbeeld verdriet, ontzetting, opluchting, onverschilligheid...
- 'Heb je met iemand gesproken over je gedachten/plannen?' Zijn de plannen bekend? Welke signalen zendt de persoon uit?
- 'Welke gevolgen zou je suïcide hebben voor anderen?' Bijvoorbeeld leed voor achterblijvenden, goed voor hen dat er niet meer ben, laat me koud...

E. Hopeloosheid

Hopeloosheid kan verkend worden aan de hand van volgende 3 elementen:

1. **Toekomstgerelateerde factoren**
 - a. **'Zie je nog enige toekomst?'**
 - b. **'Heb je nog hoop dat het zal beteren in de toekomst?'**
 - c. 'Heb je nog iets om naar uit te kijken?'
 - d. 'Verwacht je nog positieve of negatieve zaken in de nabije of verre toekomst?'
2. **No escape:** de persoon heeft het idee dat hij/zij niet weg kan uit de situatie (Vast zitten)
 - a. 'Heb je soms het gevoel dat je helemaal vast zit, dat je **geen uitweg meer** hebt?'
3. **No rescue:** de persoon heeft het idee dat niemand hem/haar nog kan helpen (Wanhoopt)
 - a. 'Heb je soms het idee dat niemand je nog kan helpen?'
 - b. **'Heb je het idee dat je nog op iemand kan terugvallen of dat er nog iets is dat jou kan helpen?'**
 - c. **'Heb je het gevoel dat je anderen tot last bent?'**
 - d. **'Als ik je zo hoor vertellen, dan denk ik... je moet je wel wanhopig voelen...klopt dat?'**
Hoe wanhopig voel je je nu? Bijvoorbeeld nogal, heel sterk, erger dan ooit... Waarover ben je het meest wanhopig?

2. Verken recente stressoren, emoties en aanwezige symptomen

A. Recente stressoren (of veranderingen)

Verken of er recente problemen of moeilijkheden zijn waar de persoon mee worstelt en die gelinkt zijn aan de suïcidaliteit. Het gaat dan vaak over zaken die als ingrijpend ervaren worden of significante gevolgen met zich meebrengen. Het kan daarbij gaan over:

- problemen met partner, ouders, kinderen
- eenzaamheid, problemen in het maken/onderhouden van vriendschappen of sociale relaties
- afwijzing door een geliefde
- problemen of beperkingen op gezondheidsvlak: fysisch en/of **psychiatrisch**
- werk- of schoolproblemen
- problemen met justitie/politie
- woonproblemen
- financiële problemen
- problemen met seksuele oriëntatie
- **overlijden/ernstige ziekte van een significant persoon**
- **zelfmoord(poging) van een significant persoon**
- **traumatische gebeurtenis** Bijvoorbeeld verwaarlozing, fysische/emotioneel/seksueel misbruik, rampen, geweldpleging...

B. Emoties

Vragen die kunnen helpen bij het **peilen naar gevoelens** zijn:

- 'Hoe voel jij je nu?' Welke negatieve en positieve gevoelens ervaar je?
- 'Ervaar je emotionele schommelingen?'
- 'Zijn er momenten dat je erg boos bent?' Hoe ervaar je deze woede? Ben je soms zo boos op iets of iemand dat je wraak zou willen nemen?
- 'Zijn er gebeurtenissen of gedachten die je erg angstig maken?' Wat is het effect van die angst op jou?
- 'Ervaar je soms spanningen of agitatie die je niet goed kan plaatsen?' Hoe hebben die spanningen een impact op wat je denkt of doet?

C. Aanwezige symptomen

Wees alert voor volgende aanwezige symptomen of gedragsmatige signalen die kunnen wijzen op acute zelfmoordgedachten:

- 'Neem je soms levensbedreigende risico's?'
- 'Ben je soms bang om de **controle** over jezelf te verliezen?'
- 'Gebruik je soms **alcohol of drugs**? Zo ja: 'Heb je het gevoel dat je de laatste tijd meer alcohol drinkt of drugs gebruikt dan vroeger?'
- 'Wanneer heb je voor het laatst met familie of vrienden afgesproken? Hoe is jouw relatie met vrienden en familie? Hoe frequent zien jullie elkaar? Is dit veranderd de laatste weken?'
- 'In welke mate speelt jouw leven zich buitenshuis af?'
- 'Hoe zou jij jouw nachtrust omschrijven? Heb je **slaapproblemen**?'
- 'Merk je dat je de laatste tijd anders reageert op de dingen rondom jou?' Bijvoorbeeld agressiever, meer geagiteerd?

Risico- en beschermende factoren

1. Verken de eerdere suïcidaliteit

Opmerking: eerder suïcidaal gedrag is de beste predictor van suïcidaal gedrag! Indien er sprake is van eerder suïcidaal gedrag of een poging, verken dan de motieven daarvoor, de eventuele directe aanleiding, achtergronden, intentie van de poging (dood willen zijn, wraak, hulp vragen, niet meer moeten denken of voelen, laten zien dat het zo niet verder kan...). Bevrraag de poging: frequentie, tijd, plaats, middel, voorbereiding, kans op hulp van anderen, letsel, de eventuele hulp en hoe die ervaren is.

A. Suïcidale intentie in het verleden

- 'Ben je weleens eerder **zo wanhopig geweest**?'
- '**Heb je vroeger al aan zelfdoding gedacht**? Heb je ooit eerder een periode gehad waarin je deze gedachten had?'
- 'Hoe lang is dat geleden?'
- 'Wat was er toen aan de hand?'
- '**Had je toen een plan gemaakt**?'

B. Suïcidepogingen in het verleden

- '**Heb je ooit al eens geprobeerd om zelfmoord te plegen**? Indien ja: Wat maakte dat je toen zelfmoord probeerde te plegen?'
- 'Hoe lang is dat geleden? Hoe vaak is dat gebeurd? Hoe heb je dat toen gedaan? Had je een letsel? Werd de poging onderbroken? Heb je toen hulp gezocht/gekregen? Hoe heb je die hulp ervaren?'
- '**Wat wilde je bereiken**? Bijvoorbeeld eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen gemakkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig je bent...'

- 'Hoe voelde je je na afloop?'
- 'Wat ging er door je heen toen je besepte dat je niet dood was?' Bijvoorbeeld opgelucht, boos, beschaamd, teleurgesteld ...

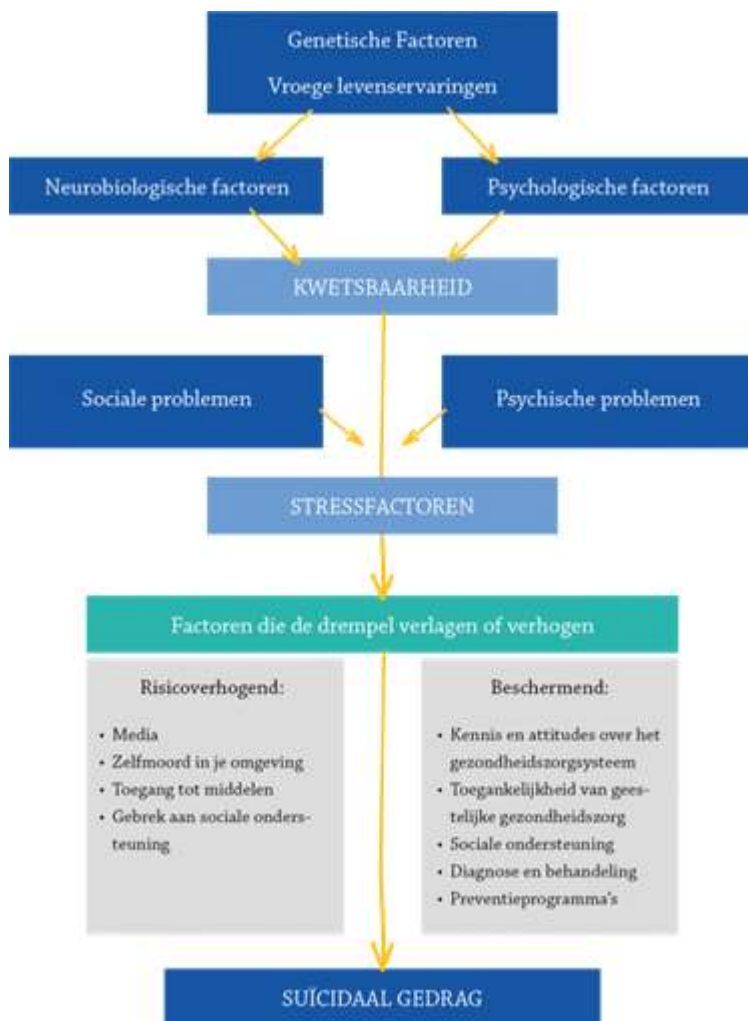
C. Oplossingsstrategieën in het verleden

- 'Wat heb je toen gedaan om met deze gedachten om te gaan?'
- 'Hoe ben je er toen bovenop gekomen?' Heb je iets ondernomen? Hoe heb je het toen aangepakt? Wat heeft jou geholpen?

2. Verklarend model

Een overzicht van risico- en beschermende factoren kan gevonden worden in het **verklarend model** van **Van Heeringen** (2007; figuur 1). Dit model kan vooral inspirerend zijn om te peilen naar extra risico- en beschermende factoren (op lange termijn), in zoverre deze nog niet aan bod kwamen bij de bespreking van de huidige suïcidaliteit (hier en nu).

In dit integratief bio-psycho-sociaal model wordt suïcidaal gedrag gezien als het resultaat van onderliggende, permanent aanwezige factoren (voorbeschikkende factoren) die gelijktijdig voorkomen met toestandsgebonden, tijdelijke risicofactoren (uitlokkende factoren), in afwezigheid van beschermende factoren. Een onevenwichtigheid tussen beschermende en risicoverhogende factoren is hierbij essentieel.



Figuur 1: verklarend model Van Heeringen (2007)

De kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag wordt beschreven in termen van (neuro)biologische en psychologische karakteristieken.

- (Neuro)biologisch: functioneren serotonerg systeem, hyperactiviteit stresssysteem
- Psychologisch: beperkingen in probleemoplossend vermogen, impulsiviteit, verminderde pijngevoeligheid, perfectionisme, zwart-wit denken

Uitlokkende factoren zijn stressoren zoals sociale variabelen en psychiatrische factoren die bij kwetsbare personen suïcidaliteit kunnen losmaken of onderhouden.

- Sociaal: armoede, familiale psychopathologie, familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag, fysiek en/of seksueel misbruik, gebrekkige sociale steun, sociale isolatie of emotionele verwaarlozing, stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen/verliessituaties (relatiebreuk, ziekte...), demografische aspecten (mannen, ouderen, holebi's, alleenstaanden, werklozen)

- Psychiatrisch: verhoogd risico bij alle problematieken maar nog sterker bij stemmingsstoornissen, schizofrenie, alcohol- en drugsmisbruik, persoonlijkheidsproblematieken, eetstoornissen

Het verklarend model beschrijft ook de drempelfactoren die de drempel tussen suïcidale gedachten en het overgaan tot suïcidaal gedrag kunnen bepalen. Drempelverhogende of beschermende factoren kunnen voorkomen dat een suïcidale persoon overgaat tot suïcidaal gedrag. Onder meer sociale ondersteuning en verschillende factoren m.b.t. de geestelijke gezondheid zijn beschermende factoren. Zo zal een correcte kennis en positieve attitude van de suïcidale persoon ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg beschermend zijn doordat er sneller professionele hulp wordt gezocht. Drempelverlagende factoren of 'triggers' zijn uitlokkende factoren zoals blootstelling aan suïcidaal gedrag van andere personen of via de media, beschikbaarheid van middelen tot suïcidaal gedrag en een gebrek aan sociale ondersteuning. Ook eerder suïcidaal gedrag is een factor die de drempel tot herhaald suïcidaal gedrag sterk kan verlagen.

Vanuit het verklarend model kan heel wat input gehaald worden om een verder zicht te krijgen op de kwetsbaarheid van de persoon in functie van de risicoformulering.

Beschikbare hulpbronnen (in crisismomenten)

Beschikbare hulpbronnen zijn factoren die beschermend werken voor een persoon en het suïciderisico verlagen en dit met focus op het 'hier en nu'. Deze beschikbare hulpbronnen mogen we niet verwarren met de hiervoor genoemde beschermende factoren die eerder handelen over de algemene sterktes en epidemiologische gekende variabelen die het risico op suïcide verlagen. Beschermende factoren zijn belangrijk maar niet altijd onmiddellijk beschikbaar (in crisismomenten) en dienen daar dan ook van te worden onderscheiden.

Beschikbare hulpbronnen zijn ondersteunende elementen zodat mensen zich goed kunnen (blijven) voelen. Daarnaast kunnen het ook stappen zijn die iemand tijdens een crisis kan zetten of zaken/personen waar iemand in crisis beroep kan op doen om het risico terug onder controle te brengen.

Tracht de zoektocht naar hulpbronnen actief te stimuleren. Vanwege een vernauwing in de denk- en beleefwereld van mensen die suïcidaal zijn, is er soms een beperkt zicht op mogelijke hulpbronnen. Vaak zijn er echter meer mogelijkheden dan men bij aanvang denkt. Naasten kunnen hier vanuit hun rol en betrokkenheid ook vaak heel wat relevante informatie over bezorgen.

- 'Wat geeft jou een goed gevoel?'
- 'Wat helpt jou om je goed te blijven voelen?'
- 'Wat doe je om voor jezelf te zorgen?'

- 'Wat geeft je energie?'
- 'In momenten dat je het moeilijk krijgt of de controle dreigt te verliezen, welke dingen kan je dan zelf doen om weer tot rust te komen? Welke zaken hebben jou in het verleden geholpen?'
- 'Hoe heb je het tot nu toe volgehouden?'
- 'Bij wie in je nabije omgeving kan je terecht als je het moeilijk krijgt? Bij wie nog?'
- 'Wat zou jou kunnen helpen om de komende uren/dagen door te komen?'

Bekijk met de persoon of hulpverlening een beschikbare hulpbron is:

- 'Heb je al eens hulp gezocht en hoe heb je die ervaren?'
- 'Ben je op dit moment in behandeling? Wil je in behandeling blijven?'
- 'Welke professionele hulpverlener kan je contacteren bij moeilijke momenten? Waar, wanneer en bij wie kan je allemaal terecht?'
- 'Heb je er vertrouwen in dat deze behandeling je hiermee kan helpen? Geloof je er in?'
- 'Wat kan ik op dit moment voor jou betekenen?'

! Hier ben je eigenlijk al heel wat nuttige info aan het verzamelen in functie van de opmaak van een safety plan !

Voorspelbare veranderingen

Hou rekening met de fluiditeit van het suïciderisico en bekijk samen met de persoon wat het risico op suïcidaliteit snel zou kunnen verhogen of verlagen. Vergelijk indien mogelijk met eerdere risicoformuleringen bij deze persoon. Hou ook rekening met specifieke gebeurtenissen die het risico in de toekomst kunnen beïnvloeden (bijvoorbeeld berichtgeving over suïcides in de media, verandering in het persoonlijk leven van de persoon, suïcide(poging) van een medecliënt/bewoner/patiënt).

Bespreek samen met de persoon wat de suïcidaliteit kan beïnvloeden:

- 'Wat zorgt ervoor dat je zelfmoordgedachten opkomen?'
- 'Op welke momenten is de suïcidale neiging het sterkst?'
- 'Als je kijkt naar de komende week/periode zijn er momenten waar je tegenop kijkt OF waar je naar uitkijkt?' Bijvoorbeeld terug naar school na een periode thuis, uitspraak rechtbank, afspraak met vriendin.
- 'Als je kijkt naar vroegere crisismomenten, wat heeft dit veroorzaakt?'
- 'Zijn er momenten geweest de afgelopen week dat je je minder/niet suïcidaal voelde?'

Hou er rekening mee dat de zorgcontinuïteit bij deze problematiek van groot belang is en breng transitiemomenten duidelijk in kaart. Risicovolle momenten zijn bijvoorbeeld de eerste weken van een opname, net voor ontslag uit een opname, eerste maanden na ontslag uit opname, veranderingen in behandelsetting of van hulpverlener...

- 'Wat ga je doen als je straks weer thuis bent/als ik weg ben?'
- 'Hoe kijk je naar deze stap, verandering, overgang?'

Identificeer zeker 2 voorspelbare veranderingen!

! Maak een duidelijke link tussen de beschikbare hulpbronnen, het safety plan en de specifieke voorspelbare veranderingen die gelden voor de persoon in kwestie !

Preventieve risicoformulering op basis van voorgaande gegevens

Wanneer bovenstaande informatie verkregen is, kan deze gebruikt worden om een preventieve risicoformulering te maken. Het doel van een preventieve risicoformulering is NIET de predictie van zelfmoord op korte/lange termijn, WEL het bepalen van de interventies die noodzakelijk zijn om het suïciderisico te doen dalen.

Een preventieve risicoformulering geeft informatie over het huidige suïciderisico in vergelijking met een punt in het verleden van de persoon zelf (vb. T.o.v. enkele weken geleden zien we een stijging van het aantal acute risicofactoren bij deze persoon. Het risico ligt dus hoger dan voordien voor deze persoon). Verder is het belangrijk om in deze risicoformulering mee te nemen welke hulpbronnen er beschikbaar zijn voor de cliënt en welke factoren in de toekomst de suïcidaliteit in positieve of negatieve zin kunnen beïnvloeden. Deze manier van formuleren geeft een duidelijker beeld van de suïcidaliteit van de cliënt in vergelijking met een classificatie van bv. hoog suïciderisico. Het kan zorgen voor betere communicatie binnen het team en over verschillende diensten heen.

Belangrijk is om deze risicoformulering samen met de persoon te bekijken. De inhoud van deze risicoformulering geeft de nodige handvatten om samen een safety plan op te maken op maat van de cliënt.

Verder dient de risicoformulering ook richting te geven aan het behandelplan dat je als hulpverlener opmaakt: Welke interventies zijn noodzakelijk, waar dienen de accenten in de behandeling gelegd te worden? Welke zaken zijn cruciaal om aan te werken om de suïcidaliteit van de persoon te doen dalen? Hou de vier basisprincipes die belangrijk zijn in goede zorg bij suïcidaliteit in het achterhoofd: contact maken, veiligheid, naasten betrekken en zorgcontinuïteit. Welke stappen kunnen we ondernemen op deze verschillende domeinen om de suïcidaliteit te doen dalen?

Voorbeeld van risicoformulering (bij afronding korte opname):

SCHEMATISCH

<p>Huidige suïcidaliteit</p> <p>Depressieve gevoelens en stress</p> <p>Geen volledige openheid over concreetheid suïcidaliteit (in stress of onder invloed wel uitspraken rond zichzelf van kant maken)</p> <p>Dagelijks gebruik alcohol</p> <p>Trigger 6 maanden terug: bedrog vrouw en beste vriend - > ondertussen geluwd en dus ook stabilisatie in mate van suïcidaliteit maar wel meer aanwezig in vergelijking met situatie voor de relatieproblemen</p>	<p>Risico- en beschermende factoren</p> <p>Stemmingsinstabiliteit</p> <p>Alcoholgebruik (impulsiviteit! verder wel geen negatieve gevolgen van drinken)</p> <p>Beschikbaarheid wapen</p> <p>Na trigger: auto-ongeluk -> poging?</p> <p>Openheid naar en medewerking aan hulpverlening</p>
<p>Beschikbare hulpbronnen (in crisismomenten)</p> <p>Vrouw</p> <p>Huisarts</p>	<p>Voorspelbare veranderingen</p> <p>Bedrog vrouw of relatiebreuk</p> <p>Alcoholintoxicatie</p>
<p>Interventies</p> <p>Doorverwijzing naar ambulante vervolgzorg -> doelstellingen: verdere monitoring suïcidaliteit, mate van suïcidaliteit doen dalen door aanpak beïnvloedende factoren (relationele factoren, alcoholgebruik, stemming)</p> <p>Betrokkenheid huisarts -> rol: vinger aan de pols houden (monitoring suïcidaliteit, aandacht voor voorspelbare veranderingen)</p> <p>Opmaak safety plan (copingvaardigheden!) met ook focus op voorspelbare veranderingen (gedeeld met ambulante zorg, huisarts en vrouw)</p> <p>Wapen wordt in bewaring gegeven bij vriend</p>	

IN TEKSTVORM

De cliënt leeft op dit moment met heel wat stress en worstelt met depressieve gevoelens. Hij drinkt regelmatig, maar de impact van de voornaamste stressor (ontrouw vrouw) is geluwd en we zien ook weinig negatieve gevolgen van het drinken. Hij werkt goed mee aan de behandeling en de planning van vervolgbehandeling. We zien een stabilisatie in de mate van suïcidaliteit gedurende de laatste 3 maanden, maar deze is nog steeds hoger dan voor de relatieproblemen. De cliënt wordt doorverwezen naar ambulante hulpverlening, waar een doel is om de mate van suïcidaliteit verder te doen dalen en zijn leven opnieuw op te pikken. Zijn vrouw en huisarts, die hij regelmatig ziet, zijn

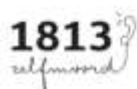
belangrijke hulpbronnen voor hem. Factoren die de suïcidaliteit in de toekomst zouden doen stijgen; eventueel ontrouw van zijn vrouw en/of als hij veel drinkt (gaat gepaard met acute suicide-ideatie). In het safety plan werd rekening gehouden met deze zaken en werd een stappenplan uitgewerkt als deze zaken zich mochten voordoen. Het safety plan wordt meegegeven naar de vervolghulpverlening. De cliënt bezat een wapen waarbij de afspraak gemaakt werd deze in bewaring te laten bij een vriend.

Safety plan sjabloon



Mijn Safety Plan

 <p>Dit geeft aan dat ik aan zelfmoord denk</p>	 <p>Dit kan ik doen om rustiger te worden.</p>
 <p>Hier vind ik afleiding.</p>	 <p>Hier ben ik veilig.</p>
 <p>Hier vind ik professionele hulp. Algemeen noodnummer: 112 Antigifcentrum: 070 245 245</p>	
 <p>Hier kan ik terecht als ik het moeilijk heb. :</p>	



Safety Plan is een initiatief van Zelfmoord1813.
www.zelfmoord1813.be/SafetyPlan

Ken je BackUp al?

BackUp is onze mobiele applicatie die houvast wil bieden bij zelfloedingsgedachten.



Tips bij het invullen van een safety plan (voor cliënt)

- Vul je safety plan in je **eigen woorden** in, kort en krachtig. Hoe **concreter** je het uitwerkt, hoe eenvoudiger het zal zijn om de voorgenomen stappen op moment van crisis in handelen om te zetten.
- Probeer na te gaan hoe je **vorige crisissen** hebt voorkomen of wat je toen had kunnen ondernemen. Wat hielp je? Wat hielp er niet?
- **Betrek anderen.** Soms is samen invullen eenvoudiger dan alleen. Met twee zie je vaak meer.
- Probeer de acties die je kunt ondernemen zo **concreet** mogelijk te maken. Probeer in **kleine stapjes** te denken.
- Sta erbij stil of je voorgenomen stappen **haalbaar** zijn. Ben je bijvoorbeeld vooral 's nachts in crisis, zorg dan dat de stappen ook 's nachts uitvoerbaar zijn. Bedenk eventueel alternatieven voor 's nachts, schoolvakanties, enz.
- **Toets** je safety plan af met een **vertrouwensfiguur**, zoals een goede vriend of hulpverlener.

Zes stappen om in te vullen



Signalen herkennen - Welke signalen kunnen een mogelijke crisis bij jou aankondigen? Welke gedachten en gevoelens gaan er aan een crisis vooraf? Zijn er bepaalde situaties die risicovol zijn?

Voorbeelden: al een aantal nachten slecht geslapen hebben, de laatste tijd meer alcohol drinken, je hopeloos voelen en het gevoel hebben dat niets nog zin heeft, niet meer buiten komen, ...



Eigen coping - Wat kan je zelf doen (=alleen) om rustiger te worden? Hoe verzet je je gedachten? Wat kun je zelf ondernemen om je iets minder slecht te voelen?

Voorbeelden: een eindje gaan wandelen of lopen, tekenen, nare gedachten van je af schrijven, naar muziek luisteren, je afreageren op een boksbal, een warm bad of douche nemen, een film kijken, ...



Ik vind afleiding bij... - Wanneer je er zelf niet uitgeraakt, kunnen andere mensen afleiding bieden. Door contact met andere mensen is de kans kleiner dat je volle aandacht bij je negatieve gedachten blijft. Waar vind jij afleiding?

Voorbeelden: afspreken met een vriend/vriendin, bij familie langsgaan, naar een activiteit in het buurthuis of cultureel centrum gaan, iets gaan drinken met een oude klasgenoot, ...



Blijf er niet mee zitten - Bij welke personen uit je omgeving kan je terecht met je gevoelens? Bij wie kan je aankloppen? Dit kunnen familie of vrienden zijn, maar denk ook aan een collega, een leerkracht, ... Iemand bij wie je je veilig voelt en durft te bespreken dat je in een crisis zit.

Tip: Het kan helpen om vooraf een smsje of mailtje op te stellen dat je direct kan versturen. Dit kan je ook via de [BackUp](#) app doen.



Wie kan hulp bieden? - Welke professionele hulpverlener kan jou helpen? Denk aan je huisarts, een lokale hulpdienst of andere professionelen waarmee je in contact bent. Ook de [Zelfmoordlijn 1813](#) of de nooddiensten kan je hier vermelden.



Mijn veilige omgeving - Hoe zorg je dat je veilig bent en blijft tijdens een crisis? Zorg ervoor dat je ook in de toekomst veilig bent. Wat kun je doen om de toegang tot middelen te beperken?

Voorbeelden: (niet-gebruikte) medicatie terugbrengen naar de apotheek, je omgeving op de hoogte brengen, geen gevaarlijke plaatsen opzoeken, ...

Moeite met invullen?

- Kom je maar tot losse flarden? Dat is al een begin. Verwacht niet van jezelf dat je meteen een compleet plan hebt. Begin met losse steekwoorden.
- Onthoud dat ook als invullen niet lukt, het ermee bezig zijn al een stap in de goede richting is.
- Kom er nog eens op terug op een moment dat het iets beter gaat. Op sommige dagen zie je misschien geen enkele mogelijkheid, op andere dagen zie je ze misschien weer wel.
- Neem er de tijd voor en probeer niet te streng voor jezelf te zijn.
- Vraag iemand om je te helpen bij het invullen. Samen zie je misschien meer mogelijkheden.

Ingevuld, en dan?

- Zorg dat je je safety plan **steeds bij je hebt**, zodat je er altijd aan kunt. Als je een smartphone hebt, kan je de app [BackUp](#) gebruiken om je safety plan bij te houden, dan heb je het altijd op zak. Liever op papier? Je kan je safety plan printen nadat je het online ingevuld hebt (www.zelfmoord1813.be) of een [blanco exemplaar afdrukken](#) om handmatig in te vullen.

- Het is handig wanneer **andere mensen op de hoogte** zijn van je safety plan. Voor de personen die je bijvoorbeeld onder punt vier of vijf vermeldt, kan het fijn zijn als ze weten dat jij dit plan hebt en ook gebruikt.
- Bekijk regelmatig of je safety plan nog **up to date** is. Klopt alles nog? Misschien zijn er contacten bij gekomen of verdwenen, heb je nieuwe signalen ontdekt of andere afleidingen gevonden. Zorg goed voor je safety plan zodat je op momenten dat het nodig is goed kan zorgen voor jezelf.