ZORGNETWERK SUÏCIDEPREVENTIE NETWERK GGZ ZUID-WEST-VLAANDEREN

Publicatie 2021, revisie 2024

Inhoudsopgave

Inleiding en situering 3
Visie 4
Visie op zorgcontinuïteit 5
Principes zorgcontinuïteit bij suïcidale personen 6
Netwerkkaart 11
Aanbodfiches 14
Hulplijnen 17
Spoeddienst 18
EPSI 19
Eerste professionele opvang 20
Ambulante GGZ 21
Mobiele GGZ 23
(Semi)residentiële GGZ 25
Algemene ziekenhuizen - psychiatrische afdelingen 25
Psychiatrische ziekenhuizen 27
Ondersteunende diensten 32
Suïcidepreventiewerking van de CGG's West-Vlaanderen 32
Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere Hulpverleners (ASPHA) 34
Crosslink -18 35
Crisismeldpunt West-Vlaanderen -18 36
Oriënteringspunt GGZ Vesta 37
BIJLAGEN 38
Risicoformulering sjabloon 38
SNIV en TS codering 39
Leidraad Risicoformulering 40
Safety plan sjabloon 53

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(MDR VLESP)** [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(VLESP, 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 https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/leidraad zorgcontinuïteit

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 is het belangrijk om het risico verder te exploreren. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan aan de hand van de "Leidraad risicoformulering" (zie bijlage).
    - 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 (MDR VLESP). Binnen het onderdeel 'huidig suïcidaal gedrag' wordt de formulering van **suïcideniveaus** (SNIV's)[4] toegevoegd. Dit is namelijk een gekende manier van werken bij sommige partners en wordt gebruikt om in communicatie met elkaar op

[3] https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/richtlijnen/multidisciplinaire-richtlijn

[4] Klinische praktijk dienst psychiatrie - algemeen ziekenhuis Groeninge Kortrijk.

een snelle en vlot toegankelijke manier informatie door te geven. 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 en/of verminderde zelfcontrole
- 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 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 integreren deze concepten in het Risicoformulering sjabloon van VLESP (MDR), 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. Om tot deze risicoformulering te komen, kan gebruik gemaakt worden van het instrument LOES[5]. Dit is een leidraad tot gesprek om de suïcidaliteit te exploreren. 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 (MDR VLESP)). 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 of de Back Up App[6]. Indien een ander plan zoals een signaleringsplan of het werken met een noodkaart meer geschikt is, dan geniet dit uiteraard de voorkeur. 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

[5] https://www.zelfmoord1813.be/LOES
[6] https://www.zelfmoord1813.be/backup

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. Het is ook van belang dat het toegepast is op de leefwereld van de cliënt en aansluit bij zijn dagelijks leven en dus verschillende situaties, contexten,… Hierin zal de vorm ook een grote rol spelen: liever op papier aan de koelkast, of een samenvatting op een kaartje in de portefeuille, of toch liever via de Back Up app? Het werken op maat is hier van groot belang zodat de cliënt er zelf het nut van inziet en het kan gebruiken als een hulpmiddel.
- 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. Tenslotte wordt er ook stilgestaan bij wat hen hier houdt en wat helpt om vol te houden.
- Het *betrekken van naasten* tijdens het opstellen van een safety plan wordt als een good practice beschouwd. Indien het plan door naasten mee is opgesteld of gekend is, kunnen zij ook iets betekenen in de opvolging of ondersteuning ervan. Dit bevordert de werkzaamheid van het safety plan. 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 gebeurd* (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 in functie van 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 of LOES
- Elke partner engageert zich om met lokale partners **concrete afspraken** te maken over samenwerking, gedeelde zorg en doorverwijzing in functie van 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.
- Vanuit de werkgroep is ook nagedacht over het ontwikkelen van een hulpkaart in crisis- of noodsituaties. Dit dient voor zowel cliënten als hulpdiensten met voornaamste doel om snel toegang te hebben tot essentiële informatie zoals persoonsgegevens, contactgegevens van belangrijke steunfiguren, verschillende hulplijnen en ook de ruimte om andere belangrijke informatie te noteren. Dit kaartje past perfect in een portefeuille en kan bijgevolg gemakkelijk gevonden worden.


HULPKAART

Persoonlijke gegevens

Naam: .....
Adres: .....
Arts: .....
Tel. arts: .....
Belangrijke medische gegevens: .....
.....
Andere belangrijke gegevens: .....
.....

Mijn steunfiguren

Naam: ..... Naam: .....
Tel: ..... Tel: .....
Relatie: ..... Relatie: .....

Belangrijke telefoonnummers
- Algemeen noodnummer: 112
- Politie: 101
- Antigifcentrum: 070 245 245
- Teleonthaal: 106
- Zelfmoordlijn: 1813

Regio Menen
- Spoed: 056 52 21 11

Regio Kortrijk
- Spoed: 056 63 61 12
- EPSI: 056 63 19 30

Regio Waregem
- Spoed: 056 62 31 11

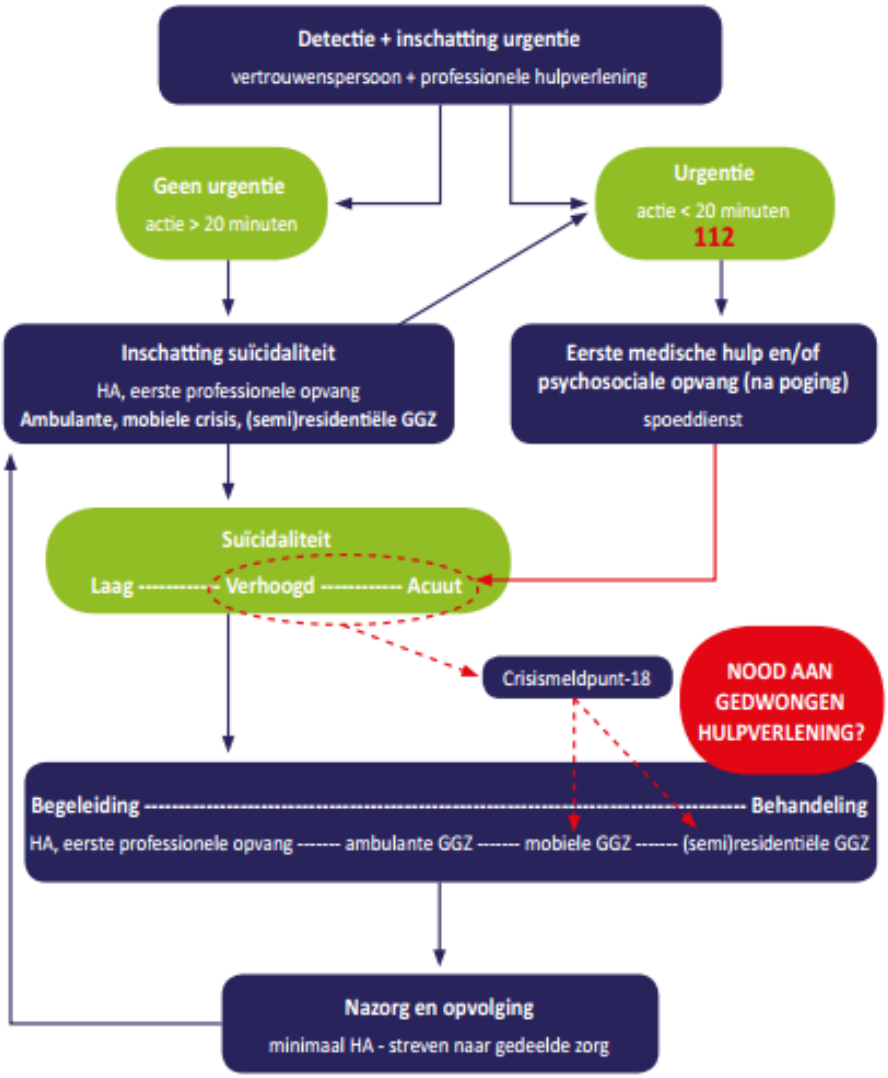
Niet-dringende hulp:
- Oriënteringspunt Geestelijke gezondheidszorg Vesta: 0498 52 41 73
- Meldpunt mentaal welzijn CAW: 0800 13 500

Ontworpen en verdeeld door

Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Zuid-West-Vlaanderen

Netwerkkaart

De netwerkkaart 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 netwerkkaart 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/behoeften 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 bevraagd 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. transitiemomenten), 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**	**X**
Toeleiden 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
	  ○ Toeleiden 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

- Iedereen

Hulpaanbod

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten en toeleiden naar meest gepaste zorg
  - 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

- Iedereen

Procedure aanmelding

- Noodnummer 112 of aanmelding aan spoed

Wachtlijst

Niet van toepassing

Nazorg

- Toeleiden/motiveren naar hulpverlening:
  - 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

- Minimaal contact met huisarts, eventueel ook verwijzer/betrokken hulpverlener

Ondersteuning naasten

- Ondersteuning van de naasten die aanwezig zijn op de spoedafdeling

Prijs

- Remgeld cfr ziekenhuisopname

EPSI

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	• Iedereen
Hulpaanbod	• 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	• Iedereen
Procedure aanmelding	• Aanmelden aan spoed • Telefonisch via derden
Wachtlijst	• Geen wachtlijst
Nazorg	• Suïcidaal persoon toeleiden naar meest passende zorg • Post-epsi consulten ter overbrugging opstart ambulante nazorg
Feedback aan aanmelder	• Telefonisch, schriftelijk en face-to-face
Ondersteuning naasten	• Indien toestemming worden naasten betrokken bij behandeling
Prijs	• 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

- Iedereen

Hulpaanbod

- Rechtstreeks toegankelijk onthaal
- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten
- Crisissituatie:
  - 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 zorgweigering overwegen tot aanvragen van gedwongen opname (via arts)
- Niet – urgente situatie:
  - Doorverwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverlening
  - Veiligheid bevorderen: signaleringsplan
  - Contact houden met cliënt tot volgende hulpverlening is opgestart
  - Informatiedoorstroming garanderen

Aanmelder

- Iedereen

Procedure aanmelding

- Telefonisch, mail
- Rechtstreeks toegankelijke openingsuren

Wachtlijst

- Niet van toepassing

Nazorg

- Casus gebonden

Feedback aan aanmelder

- Mits toestemming van cliënt huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners inlichten en informatie over suïcidaliteit doorgeven. Idealiter feedback via cliënt zelf.

Ondersteuning naasten

- Mits toestemming van cliënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming cliënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten

Prijs

- 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	• 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 ambulant te werken • Waarbij de ondersteuning door diensten, niet gespecialiseerd in GGZ, als onvoldoende wordt ervaren of ingeschat
Hulpaanbod	• 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	• Cliënt, naasten of professionele hulpverlener (voorkeur)
Procedure aanmelding	• 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
Wachtlijst	• Aanmeldingen met acute suïcidaliteit kunnen voorrang krijgen voor een stabilisatie traject met een beperkt aantal sessies in samenwerking met reeds aanwezige hulpverleningsnetwerk
Nazorg	• Vervolgzorg bepalen en opvolgen (infodoorstroom, overbruggingscontact)
Feedback aan aanmelder	• 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 **Adres** **Telefoon** **E-mail** **Website**	Mobiel Crisisteam Impact Bruggestraat 75, 8930 Menen 0471 12 40 56 info@impact.pcmenen.be https://psyzuid.be/mobiele-hulpverlening/elz-menen/	Mobiel Crisisteam ELZ Kortrijk Reepkaai 4, 8500 Kortrijk 056 63 19 40 mctkortrijk@pzhfamilie.be https://psyzuid.be/mobiele-hulpverlening/regio-kortrijk/

Doelgroep

- Volwassenen (18+)
- Met acute psychische of psychiatrische problematiek in de thuissituatie
- Ambulant netwerk is onvoldoende
    - 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

- 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

- Huisarts, psychiater of organisatie waar een psychiater aan verbonden is
- Iedere netwerkpartner die een professionele inschatting van het psychisch toestandsbeeld kan maken

Procedure aanmelding

- Telefonische aanmelding

Wachtlijst

- Niet van toepassing

Nazorg

- Motiveren tot vervolgzorg, wegwijs maken in het zorglandschap en vervolgzorg bepalen in samenspraak met de suïcidale persoon en naasten

Feedback aan aanmelder

- 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

- Mits toestemming van patiënt naasten en netwerk betrekken bij behandeling.

Prijs

- Impact: De intake is gratis. Per huisbezoek: €3 / €7 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 weekdagen 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	• Vanaf 18 jaar
Hulpaanbod	• 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	• Iedereen
Procedure aanmelding	• Via consultatie psychiater, na overleg met huisarts of andere verwijzer • Via spoeddienst bij medisch/somatische urgentie
Wachtlijst	• Acute suïcidaliteit krijgt voorrang op wachtlijst (indien volzet doorverwijzing)
Nazorg	• Dagtherapie • Suïcidaal persoon toeleiden naar meest passende zorg en mogelijkheden tot nazorg bepalen en bespreken
Feedback aan aanmelder	• Bij ontslag wordt feedback bezorgd door de arts • Casusgebonden telefonisch overleg met betrokken hulpverlening
Ondersteuning naasten	• 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	• 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	• Vanaf 18 jaar
Hulpaanbod	• 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	• Iedereen
Procedure aanmelding	• Via consultatie psychiater, na overleg met huisarts of andere verwijzer • Via spoeddienst bij medisch/somatische urgentie
Wachtlijst	• Acute suïcidaliteit krijgt voorrang op wachtlijst (indien volzet doorverwijzing)
Nazorg	• Suïcidaal persoon toeleiden naar meest passende zorg en mogelijkheden tot nazorg bepalen en bespreken
Feedback aan aanmelder	• Bij ontslag wordt feedback bezorgd door de arts • Casusgebonden telefonisch overleg met betrokken hulpverlening
Ondersteuning naasten	• 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	• 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-statuut

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 crisismeldpunt 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

- Volwassenen:
  - HIC-De Bolder: crisisopvang en diagnosestelling
  - De Brug: angst- en stemmingsstoornissen
  - De Boeg: psychosezorg en resocialisatie
  - De Vlonder: verslavingszorg

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 suïcidepreventieprotocol toepassen
- Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling

Aanmelder

- Andere GGZ voorzieningen
- Huisartsen
- MCT: mobiel crisis team
- Naastbetrokkenen
- Reeds gekende patiënten via behandelend arts
- Parket

Procedure aanmelding

- Telefonisch
- Via fax of mail bij gedwongen opname

Wachtlijst

- 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

- 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	● Volwassenen:
	  ○ HIC-Cura: crisiszorg
	  ○ De Waag: psychotische stoornissen en stemmingsstoornissen
	  ○ De Kade: verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen
	  ○ De Vliet: psychose
	  ○ De Wierde: NAH
	  ○ De Pendel: dagtherapie

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 suïcidepreventieprotocol toepassen ● Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling
Aanmelder	● GGZ voorziening of huisarts ● Reeds gekende patiënten via behandelend arts
Procedure aanmelding	● Telefonisch
Wachtlijst	● Acute suïcidaliteit kan invloed hebben op de wachtlijst mits overleg met verwijzer
Nazorg	● 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	● Telefonisch contact met huisarts/verwijzer bij elke ongeplande afronding ● Ontslagbrief bij dag van ontslag
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

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 **050/14.08.84**, bereikbaar elke werkdag van 8u30-11u30 en op dinsdag en donderdag van 13u00-16u00.
- Zuid-West-Vlaanderen via **051/15.26.66**, bereikbaar elke werkdag van 8u30-11u30 en op dinsdag en donderdag van 13u00-16u00.

Voor ‘Vorming en deskundigheidsbevordering’ kan je contact nemen met de coördinator via natascha.deblauwe@wingg.be of op 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
orienteringspunt@vestazwvl.be
www.orienteringspuntvesta.be

BIJLAGEN

Risicoformulering sjabloon

RISICOFORMULERING



Huidige suïcidale intentie

Frequentie & intensiteit zelfmoord-gedachten; concrete suïcideplannen; 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)?

1813 zelfmoord

Deze tool is een onderdeel van de 'Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suicidaal gedrag'
www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

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 en/of verminderde zelfcontrole**
- **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 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.

CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
PREVENTIEWERKING

GESPREKSLEIDRAAD

PREVENTIEVE RISICOFORMULERING[7]

Leeswijzer

Dit document is een leidraad om met mensen in gesprek te gaan over hun suïcidaliteit en op basis daarvan te komen tot een risicoformulering. Deze leidraad omvat, naast algemene tips rond het voeren van een gesprek over suïcidaliteit, ook voorbeeldvragen gelinkt aan de vier stappen binnen het sjabloon risicoformulering dat werd ontwikkeld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Een overzicht van de belangrijkste topics binnen deze gespreksleidraad is te vinden in het samenvattend kader, onderaan dit document.

Naast deze leidraad bestaat er ook een andere tool die gebruikt kan worden om te komen tot de opmaak van een risicoformulering: het semi-gestructureerd interview Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES). Als hulpverlener bekijk je zelf wat voor jou het meest zinvolle en bruikbare 'hulpmiddel' is om een risicoformulering zo goed mogelijk op te maken.

Het is belangrijk om deze leidraad te beschouwen als een ondersteunend hulpmiddel en niet als een doel op zich. Om te komen tot een degelijke risicoformulering is het dan ook niet per se nodig om al deze vragen te overlopen en deze letterlijk te stellen.

Gesprek rond suïcidaliteit

De opsomming van vragen in deze gespreksleidraad mag ons niet doen vergeten dat **investeren in écht contact en verbinding** cruciaal is tijdens een gesprek over suïcidaliteit. Waak er dus over dat je niet vervalt in het als het ware 'ondervragen' van mensen of het aflopen van een bepaalde checklist. Probeer zoveel mogelijk open vragen te stellen, zodat je het gesprek niet (te sterk) in een bepaalde richting stuurt. Stem je doorheen het gesprek af op de persoon voor je en diens verhaal en probeer zoveel als mogelijk de persoon voor je te begrijpen. 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.

[7] Dit kader werd opgemaakt door de Suïcidepreventiewerking van de de CGG, als samenvattend kader voor de Gespreksleidraad preventieve risicoformulering..

Het is mogelijk dat de antwoorden op onderstaande vragen niet overeenstemmen met je intuïtie. In dergelijke omstandigheden is het belangrijk om aandacht te geven aan dit 'niet-pluis'-gevoel. Een 'pluis'-gevoel betekent dat je je als hulpverlener gerust voelt over (de eerlijkheid van) de persoon, terwijl een 'niet-pluis'-gevoel je waarschuwt dat er iets niet klopt (en dat ingrijpen misschien wel nodig is). Dit gevoel is het resultaat van de interactie tussen de informatie van en over de zorgvrager én je kennis en ervaring. Bij dergelijk aanvoelen kan het aangewezen zijn om je eigen intuïtie te vertrouwen en dit verder te onderzoeken. Er wordt van uitgegaan dat een overschatting van het risico beter is dan een onderschatting. Stem in dit geval ook steeds goed af met de persoon in kwestie en deel je 'niet-pluis'-gevoel.

Het in kaart brengen van iemands suïcidale beleving én de daarbij passende interventies is geen eenvoudige en eenduidige opdracht. Een risicoformulering opmaken doe je als hulpverlener idealiter ook niet in je eentje. Tracht waar mogelijk dus steeds ook anderen (contextfiguren, andere betrokken hulpverleners, collega's…) te betrekken in dit proces.

Algemene tips bij gesprekken over suïcidaliteit

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 te veel 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 het 'allemaal' 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 naar de beleving van de hulpvrager vragen, 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 frustratie 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?*

Risicoformulering suïcidaliteit

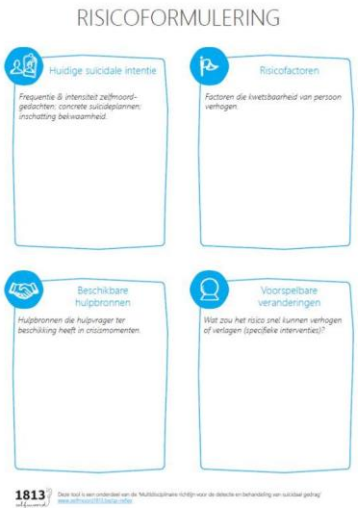
Doorheen het gesprek rond suïcidaliteit wens je zicht te krijgen op de belangrijkste factoren die het huidige en toekomstige suïciderisico bepalen. Dit doe je niet om de suïcidaliteit te voorspellen, maar om preventief te kunnen ingrijpen. Een preventieve interventie werkt namelijk in op de suïcidaliteit en de factoren die daarmee samenhangen. De risicoformulering vormt zo het startpunt voor suïcidespecifieke interventies op korte en lange termijn: 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 (SP reflex) die belangrijk zijn in goede zorg bij suïcidaliteit in het achterhoofd: contact maken, veiligheid bevorderen, naasten betrekken en zorgcontinuïteit. Welke stappen kun je ondernemen op deze verschillende domeinen om de suïcidaliteit te doen dalen?

Om een degelijke risicoformulering op te maken dien je stil te staan bij volgende elementen:

1. **Huidige suïcidaliteit**
    - Frequentie en aard/intensiteit zelfmoordgedachten
    - Concreetheid zelfmoordplannen
    - Betekenis suïcidaliteit

- Ambivalentie
- Hopeloosheid
- Emoties
- Aanwezige symptomen/signalen

2. **Risicofactoren**
    - Eerdere suïcidaliteit
    - (Recente) stressoren
    - Omgaan met stressoren
    - Drempelverlagende factoren
3. **Beschermende factoren en beschikbare hulpbronnen**
4. **Voorspelbare veranderingen**



1. **Huidige suïcidaliteit**

Indien je weet hebt van een recente poging, verken dit dan. Pols naar de omstandigheden van de poging, de aanleiding, de methode en de emotionele beleving. Verken welke hulp geboden werd.

Inspiratievragen rond dit topic vind je onder 'Risicofactoren' (p7-8).

Frequentie en aard/intensiteit van de zelfmoordgedachten

- *Denk je wel eens aan zelfmoord? Denk je momenteel aan zelfmoord?*
- *Hoe lang heb je reeds suïcidale gedachten?*
- *Hoe vaak heb je deze gedachten? Zelden? Af en toe? Dagelijks? Voortdurend?*
- *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? 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 jou?*
- *Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?*
- *In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten zoals werk of huishouden vanwege deze gedachten?*
- *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?*
- *(Enkel bij suïcidegedachten, niet bij een poging) Hoe dicht ben je de afgelopen maand bij een zelfmoordpoging gekomen?*

Concreetheid zelfmoordplannen

- *Heb je concrete plannen gemaakt om zelfmoord te plegen? Heb je op dit moment een concreet plan?*

    - *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?*
- *Heb je al een afscheidsbrief of een testament gemaakt?*
- *Zijn de middelen/methoden 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?*
- *Hoe snel wil je je plan uitvoeren? In welke mate kan je het uitstellen?*

Betekenis suïcidaliteit

- *Wat maakt dat je zelfmoord wil plegen?*
- *Wat zou zelfmoord voor jou betekenen? Stel dat je dood zou zijn, wat zou je daarmee bereiken? Bijvoorbeeld rust, einde van de pijn, anderen iets duidelijk maken, …*
- *Waaraan wil je ontsnappen in je leven?*

Ambivalentie

- *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? Als 0 voor sterven staat en 10 voor leven, waar heb je dan het gevoel dat je nu staat? 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? Indien Ja: Hoe reageerde die persoon? Indien Nee: Heb je het op een andere manier proberen duidelijk maken?*
- *Welke gevolgen zou je suïcide hebben voor anderen? Bijvoorbeeld leed voor wie achterblijft, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud, ...*

Hopeloosheid

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

1. **Toekomstgerelateerde factoren**
    - *Zie je nog enige toekomst?*
    - *Hoe zie jij jouw toekomst?*
    - *Heb je nog hoop dat het zal beteren in de toekomst?*

- *Heb je nog iets om naar uit te kijken?*
- *Verwacht je nog positieve of negatieve zaken in de nabije of verre toekomst die jouw zelfmoordgedachten kunnen beïnvloeden? Zie je mogelijkheden dat het beter wordt voor jou?*

2. **No escape:** de persoon heeft het idee niet weg te kunnen uit de situatie (vast te zitten)
    - *Heb je soms het gevoel dat je helemaal vastzit, dat je geen uitweg meer hebt?*
3. **No rescue**: de persoon heeft het idee dat niemand hem/haar nog kan helpen (wanhoop)
    - *Heb je soms het idee dat niemand je nog kan helpen?*
    - *Heb je het idee dat je nog op iemand kan terugvallen of dat er nog iets is dat jou kan helpen?*
    - *Heb je het gevoel dat je anderen tot last bent?*
    - *Als ik je zo hoor vertellen, dan denk ik... je moet je wel wanhopig voelen… klopt dat? Hoe wanhopig voel je je nu? Waarover ben je het meest wanhopig?*

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 gejaagdheid die je niet goed kan plaatsen? Hoe hebben die spanningen een impact op wat je denkt of doet?*

Aanwezige symptomen/signalen

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

- *Heb je jezelf meermaals opzettelijk pijn gedaan of verwond?*
- *Kan je je herinneren wanneer je dit voor het laatst gedaan hebt?*
- *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?*
- *Is er een verandering in jouw relatie met je vrienden en familie de laatste weken?*
- *Hoe zou jij jouw nachtrust omschrijven? Heb je slaapproblemen? Hoe is je dag/nachtritme?*
- *Merk je dat je de laatste tijd anders reageert op de dingen rondom jou? Bijvoorbeeld agressiever, meer geagiteerd,...*

2. Risicofactoren

Verken de eerdere suïcidaliteit

Opmerking: eerder suïcidaal gedrag is de beste voorspeller 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, ...). Bevraag de poging: frequentie, tijd, plaats, middel, voorbereiding, kans op hulp van anderen, letsel, de eventuele hulp en hoe die ervaren is.

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?*

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? Had je een letsel? Heb je toen (medische/therapeutische) hulp gezocht/gekregen? Waar? Hoe heb je die hulp ervaren?*
- *Welke methode heb je toen gebruikt?*
- *Was er iemand in de buurt toen je probeerde jezelf iets aan te doen? Bijvoorbeeld in dezelfde kamer of aan de telefoon. Is je poging onderbroken?*
- *Op welk tijdstip heb je het gedaan? Verwachtte je iemand? Zou er iemand kort erna binnenkomen? Wist je dat je lang de tijd had vooraleer iemand binnen zou komen? Of heb je niet over die mogelijkheden gedacht?*
- *Heb je iets gedaan om te voorkomen dat men je zou vinden? Bijvoorbeeld de telefoon uitgeschakeld of briefje op de deur gehangen..*
- *Heb je nog naar iemand gebeld om te zeggen wat je hebt gedaan?*
- *Heb je nog dingen gedaan zoals rekeningen betaald, afscheid genomen of een testament gemaakt toen je besloten had om zelfmoord te plegen?*
- *Had je veel voorbereidingen getroffen?*

- *Heb je één of meerdere afscheidsbrieven geschreven? Zo ja: aan wie? Zo nee: Heb je er aan gedacht één te schrijven?*
- *Heb je in het afgelopen jaar tegen buren, vrienden en/of familie, impliciet of expliciet, gezegd dat je jezelf iets zou aandoen?*
- *Welke gevoelens had je tegenover leven of dood? Had je sterker het gevoel te willen leven, dan te willen sterven? Of kon het je niet schelen of je zou leven of sterven?*
- *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 besefte dat je niet dood was? Bijvoorbeeld opgelucht, boos, beschaamd, teleurgesteld, …*

(Recente) stressoren (of veranderingen)

Verken via open vragen 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.

- *Wat zijn de problemen waar jij momenteel mee worstelt?*
- *Welke zaken wegen zo op jou dat jij momenteel aan zelfmoord denkt?*

Naast recente stressoren of triggers spelen vaak ook kwetsbaarheden op langere termijn een rol. Breng zowel de recente elementen als de reeds langer aanwezige factoren in kaart.

Inhoudelijk zien we dat volgende elementen vaak aan bod komen hierbij:

Stresserende levensgebeurtenissen*	**Stresserende levensomstandigheden**
● ***Overlijden/ernstige ziekte van een significante persoon*** ● ***Suïcidepoging of suïcide van een significante persoon*** ● ***Traumatische gebeurtenissen (bijvoorbeeld chronische verwaarlozing, fysiek/emotioneel/seksueel misbruik, rampen, geweldpleging, …)***	● *Problemen op school/op het werk* ● *Financiële problemen* ● *Problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit* ● *Woonproblemen* ● *Problemen met justitie/ politie*
Welzijn	**Problemen in sociale relaties**

- *Gevoelens van eenzaamheid*
- *Psychologische factoren, bijvoorbeeld perfectionisme, persoonlijkheidskenmerken, copingvaardigheden,...*
- *Psychische problemen*
- *Psychiatrische symptomen*
- *Fysieke problemen, ziekte of handicap*

- *Met ouders of tussen ouders*
- *Met kinderen*
- *Met vrienden*
- *Pesten of gepest worden*
- *Relationele problemen met lief/partner*
- *Afwijzing of relatiebreuk*

**De elementen bij het onderdeel 'stresserende levensgebeurtenissen' zijn sterk gelinkt aan suïcidaal gedrag. Indien deze zaken door de persoon niet zelf onmiddellijk benoemd worden, overweeg dan of het relevant is om actief te bevragen of dergelijke zaken deel uitmaken van het verhaal en de suïcidaliteit van de persoon in kwestie.*

Drempelverlagende factoren

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 impulsiviteit, alcohol- en drugsgebruik en eerder suïcidaal gedrag zijn factoren die de drempel tot herhaald suïcidaal gedrag sterk kunnen verlagen.

3. Beschermende factoren en beschikbare hulpbronnen

Beschermende factoren zijn algemene sterktes en factoren die het risico op suïcide verlagen, bijvoorbeeld goede sociale omkadering, een job hebben, kinderen hebben, in het verleden reeds de stap naar hulpverlening gezet hebben, …

Beschermende factoren zijn belangrijk maar niet altijd onmiddellijk beschikbaar. Daarom is het ook belangrijk om ook te polsen naar hulpbronnen die op het moment van crisis beschikbaar zijn.

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 tijdens een crisis beroep kan op doen om het risico terug onder controle te brengen. De informatie die je uit deze bevraging krijgt, kun je gebruiken bij het **invullen van het safety plan van de cliënt**.

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.

- *Hoe ga jij in het algemeen met problemen om? Wat doe je wanneer je je zorgen maakt of van streek bent? Wat helpt jou om vol te houden?*

- *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 welke periodes voelde het leven minder zwaar aan? Wat zorgde daarvoor?*
- *Op 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?*
- *Wat zou jou kunnen helpen om de komende uren/dagen door te komen? Zijn er zaken die jou zouden kunnen helpen om de komende periode door te komen?*

Bekijk bij wie de persoon terecht kan:

- *Heb je het gevoel dat er mensen zijn die om je geven? Wie?*
- *Kan je bij iemand terecht als je het moeilijk hebt? Wie? Bij wie nog?*
- *Neem je dan ook contact op met die perso(o)n(en) en op welke manier?*

Bekijk met de persoon of hulpverlening een beschikbare hulpbron is:

- *Heb je in het verleden al dezelfde of andere psychische problemen meegemaakt? Indien voorgaande psychische problemen, diagnose bevragen. Is er een psychiatrische diagnose vastgesteld?*
- *Heb je voor die problemen hulp gezocht en gekregen? Wie heeft je toen geholpen? Wat vond je daarvan? 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?*

4. Voorspelbare veranderingen

Hou rekening met de veranderlijkheid 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 naaste,...

Bespreek samen met de persoon wat de suïcidaliteit kan beïnvloeden en probeer meerdere zaken te

identificeren:

- *Wat zorgt ervoor dat je zelfmoordgedachten opkomen?*
- *Op welke momenten is de suïcidale neiging het sterkst?*
- *Als je kijkt naar vroegere crisismomenten, wat heeft die veroorzaakt?*
- *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.*
- *Zijn er momenten geweest de afgelopen week dat je je minder/niet suïcidaal voelde?*

Hou er rekening mee dat een goede 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, de 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?*

Voorbeeld van risicoformulering (bij cliënt die net een korte opname afgerond heeft)

Onderstaande risicoformulering is opgesteld na gesprekken met de cliënt en kan doorgegeven worden aan de huisarts of andere vervolgzorg. Dit geeft andere hulpverleners een goede indicatie van de suïcidaliteit en kan richting geven aan hun behandelplan.

SCHEMATISCH:

Huidige suïcidale intentie ● Depressieve gevoelens en stress ● Geen volledige openheid over concreetheid suïcidaliteit (in stress of onder invloed wel uitspraken rond zelfmoord plegen) ● Dagelijks gebruik alcohol	**Risicofactoren** ● 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 ● Stemmingsinstabiliteit ● Alcoholgebruik (impulsiviteit! geen alcoholmisbruik) ● Beschikbaarheid wapen ● Na trigger: auto-ongeluk → poging?
Beschermende factoren ● openheid naar en medewerking aan hulpverlening	**Voorspelbare veranderingen** ● Bedrog vrouw of relatiebreuk ● Alcoholintoxicatie

Beschikbare hulpbronnen in crisismomenten ● Vrouw ● Huisarts	
Interventies ● Doorverwijzing naar ambulante vervolgzorg -> doelstellingen: verdere monitoring suïcidaliteit, mate van suïcidaliteit doen dalen door aanpak beïnvloedende factoren (relationele factoren, alcoholgebruik, stemming) ● Betrokkenheid huisarts -> rol: vinger aan de pols houden (monitoring suïcidaliteit, aandacht voor voorspelbare veranderingen) ● Opmaak safety plan (copingvaardigheden!) met ook focus op voorspelbare veranderingen (gedeeld met ambulante zorg, huisarts en vrouw) ● Wapen wordt in bewaring gegeven bij vriend	

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 suïcide-ideatie). In het safety plan werd rekening gehouden met deze zaken en werd een stappenplan uitgewerkt indien deze zaken zich mochten voordoen. Het safety plan wordt meegegeven naar de vervolghulpverlening. De cliënt bezat een wapen waarbij de afspraak gemaakt werd dit in bewaring te laten bij een vriend.

CONTACT

Huidige suïcidaliteit

Frequentie, aard, intensiteit gedachten?	Concreetheid plannen?	Betekenis suïcidaliteit?	Ambivalentie?	Hopeloosheid?	Emoties	Aanwezige symptomen/signalen

Risicofactoren

Eerdere suïcidaliteit

Suïcidale intentie in het verleden	Suïcidepogingen in het verleden

(Recente) stressoren (of veranderingen)

Stresserende levensgebeurtenissen	Stresserende levensomstandigheden	Welzijn	Problemen in sociale relaties

Drempelverlagende factoren

Beschermende factoren en beschikbare hulpbronnen

Voorspelbare veranderingen

ALGEMENE INTUITIE

INTERVENTIES

Safety plan sjabloon



Mijn Safety Plan

zelfmoord1813.be
voor info en hulp
1813 zelfmoord

1 Dit geeft aan dat ik het moeilijk krijg:

.....

.....

.....

2 Dit kan ik zelf doen als ik het moeilijk krijg:

.....

.....

Dit doe ik beter niet: .....

3 Dit kan ik met anderen doen als ik het moeilijk krijg:

.....

.....

Dit doe ik beter niet: .....

4 Met deze personen (vrienden, familie, ...) kan ik praten over mijn zelfmoordgedachten:

.....

.....

.....

5 Hier vind ik professionele hulp:

Hulpverleners:	Hulplijnen/Online hulp:	In acute nood:
.....	• Zelfmoordlijn: **1813** of **Zelfmoord1813.be**	• Huisarts (van wacht: **1733**)
.....	•	• Spoeddienst
.....	•	• **112**

6 Zo maak ik mijn omgeving veilig:

.....

.....

.....

7 Dit helpt mij volhouden:

.....

.....

.....

MEER INFO? ZELFMOORD1813.BE/SAFETYPLAN

© Het Safety Plan is een initiatief van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (2023), gebaseerd op Stanley & Brown (2012).

Een Safety Plan opstellen

Een Safety Plan of veiligheidsplan is een **stappenplan** dat je helpt om in zeven stappen een crisis te voorkomen of te overbruggen.

Je vult je Safety Plan in je **eigen woorden** in, kort en krachtig. Hoe concreter je het uitwerkt, hoe eenvoudiger het zal zijn om de stappen op moment van crisis in handelen om te zetten.

Vul het in op momenten dat het beter gaat, zodat je op een moment van crisis weet wat te doen. Een Safety Plan kan je zelfstandig invullen en gebruiken, maar je kan het ook samen invullen met iemand anders zoals een hulpverlener, een vriend, een vrijwilliger van Zelfmoordlijn 1813, …

Je vindt het Safety Plan ook in de ***app BackUp*** en de ***zelfhulpcursus Think Life***.

Je kan het dus ***online*** invullen en printen of een blanco exemplaar afdrukken om handmatig in te vullen.

Tips bij het invullen

- Probeer na te gaan hoe je **vorige crisissen** hebt voorkomen of wat je toen had kunnen doen. 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 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, vakantieperiodes, ...
- **Deel** en bespreek jouw plan met iemand in je omgeving zoals een hulpverlener, vriend, ...
- Op die manier zijn zij op de hoogte van jouw plan en kunnen ze je ondersteunen wanneer dat nodig is.

Moeite met invullen?

- De vragen op de volgende pagina helpen je verder op weg bij het invullen.
- Kom je maar tot losse woorden? Dat is al een begin. Verwacht niet van jezelf dat je direct een compleet plan hebt.
- 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.

Ingevuld, en dan?

- Zorg dat je je Safety Plan **steeds bij je hebt** op je smartphone of op papier. Zo kan je er altijd op terugvallen als het nodig is.
- Het is helpend wanneer andere mensen op de hoogte zijn van je Safety Plan.
- Breng de personen die je in je Safety Plan vermeldt hiervan op de hoogte. Zo kunnen ze jou ondersteunen als dat nodig is.
- Bekijk regelmatig of je Safety Plan nog **up-to-date** is. Klopt alles nog?
- Misschien zijn er contactpersonen bij gekomen of verdwenen, heb je nieuwe signalen ontdekt die aantonen dat je het moeilijk krijgt of andere manieren van afleiding gevonden die je helpen als het minder goed gaat. Ook na een crisis is het aangewezen om te bekijken wat er wel of niet heeft geholpen.

Vragen die je helpen bij het invullen van de stappen

1. 'Dit geeft aan dat ik het moeilijk krijg'

- Welke signalen kunnen erop wijzen dat je het moeilijker krijgt en je zelfmoordgedachten intenser of dwingender worden?
- Welke signalen kunnen een mogelijke crisis bij je aankondigen?
- Welke gedachten, gevoelens of gedrag 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, …

2. 'Dit kan ik zelf doen als ik het moeilijk krijg'

- Wat kan je zelf doen om rustiger te worden?
- Wat kun je zelf ondernemen om je iets minder slecht te voelen?
- Wat doe je beter niet?

Denk na over gezonde vormen van afleiding.

Voorbeelden: een eindje gaan wandelen of lopen, tekenen, nare gedachten van je afschrijven, afreageren op een boksbal, een warm bad of douche nemen, naar de radio of een playlist luisteren, video's bekijken die je niet naar beneden halen, geen alcohol drinken, …

3. 'Dit kan ik met anderen doen als ik het moeilijk krijg'

- Bij wie of waar vind jij afleiding?
- Bij wie of waar zoek je beter geen afleiding?

Wanneer je er zelf niet uitgeraakt, kunnen andere mensen of plaatsen afleiding bieden. Door contact met anderen is de kans kleiner dat je volle aandacht bij je negatieve gedachten blijft.

Voorbeelden: chatten of afspreken met een vriend/vriendin, bij familie langsgaan, naar een winkel of activiteit gaan, niet naar personen of online groepen gaan die je naar beneden halen, …

4. 'Met deze personen (vrienden, familie, …) kan ik praten over mijn zelfmoordgedachten'

- Bij welke persoon/personen uit je omgeving kan je terecht met je donkere gedachten en gevoelens?
- Bij wie kan je aankloppen?
- Bij wie ga je beter niet?

Voorbeelden: familie, vrienden, 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 berichtje op te stellen dat je direct kan versturen. Dit kan je ook via de BackUp app doen.*

5. 'Hier vind ik professionele hulp'

- Welke professionele hulpverlener kan je helpen bij een aankomende crisis?

Voorbeelden: je huisarts, je psychiater, je psycholoog/ therapeut, een lokale hulpdienst of andere professionelen waarmee je in contact bent. Noteer telkens hun naam en nummer en eventueel wanneer ze bereikbaar zijn. Ook hulplijnen kan je hier vermelden.

6. 'Zo maak ik mijn omgeving veilig'

- Hoe zorg je dat je veilig bent en blijft tijdens een crisis?
- Wat kun je doen om de toegang tot middelen te beperken?
- Wat doe je beter niet omdat het gevaarlijk kan zijn voor je veiligheid?

Denk op voorhand na hoe je jezelf in veiligheid kan brengen tijdens een crisis.

Voorbeelden: (niet-gebruikte) medicatie terugbrengen naar de apotheek, medicatie door iemand anders laten bewaren, geen alcohol in huis hebben, omgeving op de hoogte brengen, naar een locatie gaan waar je veilig bent, geen gevaarlijke plaatsen opzoeken, niet alleen blijven, …

7. 'Dit helpt mij volhouden'

- Hoe heb je het tot nu toe volgehouden?
- Wat zijn voor jouw redenen om te blijven leven?
- Welke dingen of mensen geven jou een doel of betekenis?

- Wat geeft jou hoop?

Voorbeelden: mensen in je naaste omgeving, iets wat je graag doet, je religie, een huisdier, hoopgevende quotes of muziek, …

> *TIP: Maak hiervoor gebruik van de BackUp Box in de **BackUp app**.*