



diletti



CENTRUM
GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG
PASSANT

Suicidepreventie: een zaak van iedereen

DRAAIBOEK VERSIE 16 JANUARI 2023
GGZ-NETWERK VOLWASSENEN

Draaiboek uitgewerkt binnen de projectgroep 'Zorgcontinuïteit inzake suicidepreventie' bestaande uit afgevaardigden vanuit:

Afgevaardigden vanuit VLESP, CGG Passant, DENK Leuven, Regionale adviesraad voor GGZ-participatie Zuid-Hageland, Similes, MCT Leuven, MCT Tienen, Extramurale zorg SAD, Fides vzw, Wit-Gele-Kruis, Verbonden in ZOHrg Tienen, Ferm Thuiszorg, Familiehulp, CAW, KHOBRA, De Spiegel, LOGO Oost-Brabant, Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven, PAAZ RZ Tienen, Wijkgezondheidscentrum, Zorggroep Kamillus, Alexianen Zorggroep Tienen, UPC KULeuven, Psychologenkringen, ELZ Druivenstreek, ELZ Leuven, ELZ Leuven Noord, ELZ Leuven Zuid, ELZOH.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1. Situering	4
1.2. Doelgroep	4
1.3. Visie	5
1.4. Doelstellingen en inspanningsverbintenis	5
1.5. Gebruik van dit draaiboek	6
1.6. Beroepsgeheim versus ambtsgeheim	7
1.7. Acut versus chronisch	7
2. Aanpak van suïcidaliteit	9
2.1. Aandachtspunten in de aanpak van suïcidaliteit	9
2.2. Suïcidedetectie vanuit een herstelgerichte en presente basishouding	9
2.2.1. Wees alert voor signalen	9
2.2.2. Maak echt contact en ga het gesprek aan 	11
2.2.3. Houd contact	12
2.3. Risicoformulering: inschatting van de ernst of dringendheid	13
2.3.1. Sjabloon risicoformulering met voorbeeldvragen	14
2.4. Acties inzake veiligheid, ondersteuning en zorg	15
2.4.1. Betrek naasten 	15
2.4.2. Zet in op veiligheid 	15
2.4.3. Leid toe naar zorg en ondersteuning via matched care	16
2.5. Het installeren van zorgcontinuïteit en vervolgzorg	20
2.5.1. Zet in op zorgcontinuïteit 	20

2.5.2	Nazorg na een suïcidepoging	21
3	Suïcidaliteit, een taak van iedereen: wederzijdse verwachtingen en afspraken ter bevordering van de zorgcontinuïteit	23
3.4	Afspraken inzake gedeelde zorg bij suïcidaliteit	23
3.5	Wat doen in geval van wachtlijsten of -tijden?	25
3.6	Wat doen bij terughoudendheid tegenover zorg?	25
3.7	Wederzijdse verwachtingen: taken van betrokkenen	27
4	Aandacht en zorg voor naasten	31
4.4	Naasten betrekken bij de begeleiding	31
4.4.1	Basishouding in het betrekken van naasten: de Familiereflectie	32
4.4.2	Kindreflectie	32
4.5	Ondersteuning voor naasten	33
5	Beroepsgeheim en ambtsgeheim	35
5.4	Voorwaarden bij ambtsgeheim	35
5.5	Voorwaarden bij beroepsgeheim	35
6	Vorming, coaching en advies voor hulpverleners	37
6.4	Suïcidepreventiewerking van CGG PassAnt (CGG-SP)	37
6.4.1	Deskundigheidsbevordering via vormingen	37
6.4.2	Coaching & uitbouw van een suïcidepreventiebeleid	37
6.4.3	Consult en advies	38
6.4.4	Ondersteuning en overleg	38
6.5	Tools en richtlijnen van het VLESP	38
6.6	Advieslijn van ASPHA	38
7	Zelfzorg voor hulpverleners	40
7.4	Vanuit het perspectief van de medewerkers	40
7.5	Vanuit het perspectief van de organisatie	41

Bijlagen	42
Begrippenkader	42
Belangrijke tools	43
Veiligheidsplan	43
De crisiskaart en het bijhorend crisisplan	44
Risicoformulering	44
Digitale fiches horend bij de flowchart	45
Loes	45
BackUp	46
On Track Again	46
Think Life	46
Toekomstgerichte training	46

Dit draaiboek heeft niet de ambitie om exhaustief te zijn. Het document zal regelmatig worden herzien en herwerkt. Heb je bemerkingen of aanvullingen? Aarzel niet om deze te communiceren via ggznetwerk@diletti.be

1. Inleiding

1.1. Situering

Dit draaiboek werd uitgewerkt in de schoot van de projectgroep zorgcontinuïteit inzake suïcidepreventie van het [GGZ-netwerk Diletti](#). Een intersectorale groep van betrokken partners gaven dit mee vorm.

De richtlijnen vanuit het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie ([VLESP](#)) vormen een belangrijke inhoudelijke basis doorheen het draaiboek. Meer specifiek gaat het over volgende documenten:

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

Zie ook hoofdstuk [Vorming, advies en richtlijnen voor de hulpverlener](#).

Daarnaast verwijzen we ook naar de *multidisciplinaire richtlijn voor het betrekken van de naasten in de GGZ*, de [Familiereflex](#).

Om dit draaiboek volledig en op een juiste manier te kaderen, raden we aan om bovenvermelde documenten door te nemen. Voor bijkomende vorming omtrent suïcidepreventie, verwijzen we u naar het hoofdstuk [Vorming, advies en richtlijnen voor de hulpverlener](#).

Dit draaiboek is onlosmakelijk verbonden met een aantal andere tools, uitgewerkt in samenwerking met netwerkpartners van Diletti. Naast de **flowchart** en de **digitale fiches** opgesteld binnen de projectgroep, verwijzen we ook naar de [crisiskaart](#), de [Psychewijzer](#), het [Safety Plan](#) ... Deze tools worden verderop in het draaiboek meegenomen en toegelicht.

1.2. Doelgroep

Het draaiboek en de bijbehorende tools en methodieken richten zich tot alle hulpverleners die actief zijn binnen de regio van het GGZ-netwerk Diletti in Vlaams-Brabant Oost, en die zich toespitsen op **jongvolwassenen, volwassenen en/of ouderen**.

1.3. Visie

Via dit draaiboek streven we ernaar om de **ondersteuning voor suïcidale personen en de naastbetrokkenen** te verbeteren en hierbij breuklijnen in de hulpverlening aan suïcidale personen te beperken met bijzondere aandacht voor de kritische transfermomenten in de zorg. We willen dit doen vanuit **wederzijds vertrouwen** in elkaars expertise en vanuit **gedeelde verantwoordelijkheid**. Suïcidepreventie is immers een taak van iedereen – een maatschappelijke plicht als het ware – en niet enkel van gespecialiseerde hulpverleners.

Binnen elke fase in de keten van zorg dient de **cliënt en zijn context centraal** te staan. Hiervoor is het nodig dat we ruimte maken voor het **verhaal van de persoon** in kwestie en hierbij een **herstelgerichte en presente basishouding** aannemen ([zie verder](#)).

We vertrekken vanuit de principes van **matched care** waarbij zorg op maat op het juiste moment wordt geboden. Indien de juiste zorg (tijdelijk) niet voorhanden is, blijven we de cliënt **vasthouden** en zoeken we samen naar (tijdelijke) alternatieven. We focussen ons op laagdrempelige en toegankelijke hulpverlening waarbij **vroegdetectie en preventie** ook een belangrijke plaats krijgt naast de behandeling.

We hopen daarenboven bij te dragen aan het **doorbreken van het taboe en het stigma** op suïcidaliteit en het thema meer **bespreekbaar** te maken in het contact tussen cliënt, naasten, hulp- en zorgverleners.

1.4. Doelstellingen en inspanningsverbintenissen

De hierboven beschreven visie trachten we te concretiseren via een aantal doelstellingen waarvan we de partners uitnodigen om zich hiertoe te engageren:

- Een **flowchart** hanteren die de afspraken en de zorg voor suïcidale personen visualiseert, aangepast aan het aanbod binnen de regio van Diletti.
- Duidelijkheid creëren omtrent **wederzijdse verwachtingen** tussen actoren inzake opdrachten en taken bij suïcidaliteit.
- Streven naar een goede samenwerking en **gedeelde zorgafspraken** (zorgplan) tussen cliënt, zijn (in)formeel netwerk en de hulpverlening, zoals beschreven in het draaiboek en in het charter.
- Afstemmen binnen het netwerk hoe om te gaan met **‘personen die de aangeboden zorg weigeren’**.
- **Tools en methodieken** binnen dit thema, waarrond er consensus bestaat op netwerkniveau, bekendmaken en het gebruik ervan aanmoedigen. Hierbij een eenduidige manier van risicoformulering hanteren (zie II b. Inschatting van de dringendheid: risicoformulering).

- Erover waken dat de relevante informatie, zoals de risico-formulering, bij **transfermomenten** doorstroomt naar de juiste partners. **Naastbetrokkenen** kunnen hier ook bij horen.
- Streven naar een zo goed mogelijke **opvolging van suïcidale personen** zowel bij eerste opvang, tijdens de behandeling, als bij overdracht.
 - Het gebruik van **zelfhulptools** hierbij aanmoedigen.
 - De cliënt **vasthouden** tot de meest gepaste zorg opgestart wordt en hierbij zorgen voor een **warme overdracht**.
- Inzetten op **deskundigheidsbevordering** inzake detectie, bespreekbaar maken, risico-inschatting, en opvolging van suïcidaliteit.
- Inzetten op **sensibilisering** waarbij het belang om te durven praten over suïcide onder de aandacht wordt gebracht.
- Werken met **referentiepersonen/ambassadeurs** die in hun eigen organisatie dit thema warm houden, als aanspreekpunt fungeren voor medewerkers die met vragen zitten en op regelmatige tijdstippen op netwerkniveau bijeenkomen om o.a. ervaringen uit te wisselen.

Met het ondertekenen van het **charter** dat dit draaiboek vergezelt, geven netwerkpartners aan zich in te spannen om bovenstaande doelstellingen van het project om te zetten tot concrete acties.

Het draaiboek biedt handvatten die de kans op een overlijden door suïcide kunnen verkleinen. Niettemin kunnen we suïcides niet vermijden. Als organisatie, hulpverlener, naaste, vertrouwenspersoon...doen we wat we kunnen. Jammer genoeg zijn hier ook grenzen aan.

1.5. Gebruik van dit draaiboek

Dit draaiboek vormt een **uitgebreidere handleiding** bij de poster en digitale fiches, uitgewerkt door de projectgroep '*Zorgcontinuïteit inzake suïcidepreventie*'. Omdat suïcidepreventie een zaak is van iedereen en gezien de intersectorale samenstelling van de projectgroep, richt dit draaiboek zich tot een breed publiek van 'hulpverleners'. Sommigen van deze actoren zijn minder bekend met de aanpak inzake suïcidaliteit, anderen ondernamen zelf al heel wat stappen binnen hun werking. Daarom kozen we er in dit draaiboek voor om, enerzijds, de **basisprincipes** van suïcidepreventie aan bod te laten komen, maar, anderzijds, de lezer ook de kans te geven om op basis van de **inhoudstabel** en **gekleurde tussenpagina's** de stukken eruit te pikken die voor hem/haar relevant aanvoelen in functie van eigen expertise en ervaring.

Een belangrijke focus in dit draaiboek zijn de concrete **afspraken inzake gedeelde zorg voor suïcidale personen**. Partners worden verzocht om deze afspraken via een

charter te ondertekenen en zo aan te geven zich te willen inspannen om deze te realiseren.

1.6. Beroepsgeheim versus ambtsgeheim

Binnen deze visie is het belangrijk om stil te staan bij het **deontologische kader**. Elke organisatie/hulpverlener dient te weten of hij al dan niet gebonden is aan het beroepsgeheim en/of ambtsgeheim en wat dit betekent in het contact met suïcidale personen (zie verder). Zo zullen personen die ambtsgeheim hebben sneller de stap moeten zetten om verworven informatie te delen met hetzij een collega, hetzij leidinggevenden en/of familie. Hoe dan ook is het belangrijk om nooit geheimhouding te beloven aan een persoon met zelfmoordgedachten. Dit kan de hulpverlener in een moeilijke positie plaatsen wanneer de suïcidedreiging groter wordt. Wees dus altijd eerlijk en transparant hierover en dit vanaf het eerste gesprek ([VLESP, 2017, pp. 182-185](#)).

1.7. Acuut versus chronisch

Dit draaiboek richt zich tot het detecteren en behandelen van acute/'gewone' suïcidaliteit. Dit gaat om een tijdelijke reactie op een ondraaglijk lijden (zie verder).

Dit draaiboek is minder van toepassing bij chronische suïcidaliteit. Onder chronische suïcidaliteit verstaan we die suïcidaliteit die meer plaatsvindt in een langdurig patroon vaak gelinkt aan mensen met een hechtingsproblematiek en/of een (borderline) persoonlijkheidsproblematiek, die quasi semipermanent aanwezig is en getriggerd kan worden door (soms kleine) dagelijkse stressoren. Suïcidaliteit kan hier bijvoorbeeld gezien worden als een vorm van coping, een omgaan met niet te verdragen wanhoop, een communiceren van ontredde of een troostend flirten met de dood. Chronische suïcidaliteit vergt een andere aanpak en houding (geduldig en reflectief aanwezig blijven). Voor meer informatie over chronische suïcidaliteit, zie MDR ([VLESP, 2017, pp. 84-85](#)) of het handboek *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* (Van Luyn, 2010, p. 240-246). Let wel op voor acute periodes bij deze vorm van suïcidaliteit.

Suïcidedetectie,
risicoformulering,
veiligheid installeren,
zorg realiseren,
zorgcontinuïteit voorzien

Aanpak van
suïcidaliteit

2. Aanpak van suïcidaliteit

In de aanpak van suïcidaliteit kunnen we **vier belangrijke fases** ontwaren:

- **Suïcidedetectie:** detectie van signalen die op suïcidaliteit kunnen wijzen,
- **Risicoformulering:** inschatting van de ernst of dringendheid van de suïcidaliteit,
- (Toeleiding naar) **ondersteuning en zorg**,
- Het installeren van **nazorg**.

Overheen al deze fases is het belangrijk om als hulpverlener **een herstelgerichte en presente basishouding** aan te nemen.

2.1. Aandachtspunten in de aanpak van suïcidaliteit

- De relatie met de cliënt is het meest cruciale. Alle tools komen hier bovenop. Het belangrijkste is 'er zijn'!
- Verlies evenwel de rol van de naasten en hun zorgvraag niet uit het oog.
- Suïcidaliteit bespreekbaar maken is belangrijk. Het is evenwel normaal dat dit moeite kost zowel voor de hulpverlener, naaste, als voor de persoon met suïcidale ideatie...
- Installeer in de mate van het mogelijke veiligheid. Veiligheid installeren betekent dat je de relatie blijft aangaan en betrokken blijft. Je kan ook de nooddiensten of de wijkagent contacteren.
- Teamoverleg vormt een belangrijke steun in het omgaan met suïcidaliteit.
- Suïcidaliteit bij een cliënt is een gedeelde verantwoordelijkheid overheen verschillende partners.
- Laat de persoon niet zomaar los. Denk aan nazorg.
- Deel bij transfermomenten relevante informatie met partners die de zorg verder en/of bijkomend opvolgen. Doe dit met geïnformeerde toestemming van de cliënt.
- Maak een onderscheid tussen mensen met beroepsgeheim en mensen zonder beroepsgeheim.
- Transparantie is in elke stap aan de orde!

2.2. Suïcidedetectie vanuit een herstelgerichte en presente basishouding

2.2.1. Wees alert voor signalen

Een belangrijke voorwaarde om zelfdoding te kunnen voorkomen, is het **(h)erkennen of detecteren van signalen**. Wanneer je signalen opmerkt die erop kunnen wijzen dat iemand suïcidaal is, is het belangrijk dat je hierover in gesprek durft te gaan met de persoon. Dit haalt iemand uit zijn isolement, geeft hem/haar de kans om alles op een

rijtje te zetten en geeft de mogelijkheid de ernst van de situatie te verkennen en gepaste hulpverlening te installeren. Niet alle personen zenden signalen uit of signalen worden niet altijd als dusdanig geïdentificeerd.

Er zijn slechts twee **duidelijke suïcidesignalen**:

- Het letterlijk uitspreken van gedachten en/of plannen (hoe concreter de plannen hoe alarmerender),
- Een (eerdere) suïcidepoging.

Alle andere signalen zijn moeilijker te interpreteren. Ze kunnen evenwel wijzen op een psychische kwetsbaarheid. In dit kader is het belangrijk om suïcidegedachten proactief te bevragen en ook psychische klachten op te merken ([zie verder](#)).

Neem volgende vier signalen bij je cliënt steeds ernstig:



Verandering in gedrag of uiterlijk



Afzondering van de omgeving



Verandering in emoties



Zeggen dat het niet goed gaat

[Bovenstaande signalen](#) kunnen erop wijzen dat je cliënt kampt met psychische problemen en eventueel suïcidaliteit. Hoe concreter de signalen zijn, hoe urgenter de situatie is.

Wees extra alert wanneer je meerdere van deze signalen tegelijkertijd opmerkt, de signalen zich gedurende langere tijd voordoen en/of gepaard gaan met een ingrijpende gebeurtenis.

Vang je signalen op die kunnen wijzen op suïcidaliteit, ga dan het gesprek aan en tracht het risico in te schatten. Houd hierbij rekening met enkele **basisprincipes**. Deze basisprincipes worden in dit draaiboek verder uitgelegd. Men kan deze herkennen aan de icoontjes (zie kader hieronder).



2.2.2. Maak echt contact en ga het gesprek aan

Echt contact maken is een van de basisprincipes bij suïcidaliteit. Een herstelgerichte, presente basishouding waarbij de persoon in kwestie het gevoel heeft gehoord te worden, is noodzakelijk om een open gesprek te kunnen laten plaatsvinden.

Hieronder bieden we je enkele handvatten om contact te maken en het gesprek aan te gaan omtrent de signalen die je oppikt:

- Op een **rustig moment** en met **voldoende empathie** verwoord je aan je cliënt welke signalen je oppikt en wat je ongerust maakt. Baseer je op concrete observaties en gebruik geen oordelen of diagnoses.
- Neem een **open houding** aan ten opzichte van het verlangen om te sterven.
- **Luister actief** en bevraag gevoelens en gedachten. Geef erkenning aan deze gevoelens. Zo kan je cliënt inzicht verwerven in zijn of haar klachten.
- **Vraag naar zelfmoordgedachten en/of -plannen.** De volgende voorbeeldvragen kunnen je hierbij helpen.

Voorbeeldvragen:

- Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je dan dat je het leven niet meer ziet zitten?
- Bedoel je hiermee dat je dood wilt?
- Denk je aan zelfmoord?
- Heb je weleens het idee dat je leven niet meer de moeite waard is?
- Denk je weleens aan de dood?
- Kan je iets meer vertellen over de gedachten die je hebt?
- ...

Herstelgericht werken is het faciliteren van het herstelproces van het individu met als doel het maximaliseren van de levenskwaliteit, zelfregie en zelfzorg. Bij herstelondersteunende zorg zit de patiënt mee aan het stuur en behoudt hij/zij zoveel mogelijk de regie over het herstelproces, waar bij voorkeur en indien mogelijk ook de naasten nauw betrokken worden. Belangrijk is dat herstel veel breder is dan louter 'genezing'. Het omvat verschillende componenten: persoonlijk herstel, maatschappelijk, functioneel en klinisch herstel. Centraal hierbij staat persoonlijk herstel wat onder meer betekent dat men terug een betekenis- en kwaliteitsvol leven kan leiden, ook met de psychische kwetsbaarheid. Een herstelgerichte houding houdt onder meer presentie in (zie volgende).

De uitdrukking '**presentie**' betekent binnen de 'presentiebenadering' dat je aansluiting zoekt bij wie de ander is, met zijn of haar levensverhaal, gewoonten, verlangens, manieren van doen, en daar je zorg op afstemt. De presentiebenadering is relatiegericht en streeft niet op voorhand naar verandering. Door de relatie aan te gaan, ontstaat er vanzelf ruimte voor verandering. In de woorden van Andries Baart, grondlegger van de presentietheorie: "Vaak wordt presentie gekenmerkt door een voorzichtige en aandachtige traagheid van werken die ruimte geeft aan wat zich niet maken of afdwingen laat, waarbij presentie durft te verdragen wat niet kan en blijft bij wat niet goed komt. De presentiebeoefenaar biedt behalve de eigen (professionele) expertise en competenties ook zichzelf aan."

2.2.3. Houd contact

Sociaal contact en het gevoel bij iemand terecht te kunnen, zijn **beschermende factoren** tegen de (verdere) ontwikkeling van psychische problemen. Hoezeer iemand zich ook afsluit van de buitenwereld, de **behoefte aan verbinding** blijft altijd aanwezig. Vraag dus regelmatig aan je cliënt hoe het echt gaat en toon dat je beschikbaar bent voor een gesprek. Geef erkenning aan het lijden en de inzet die de cliënt toont.

Je kan hierbij de volgende voorbeeldvragen, aangepast aan de situatie, gebruiken:

- Hoe gaat het vandaag met je?
- Wat erg dat je je zo voelt, ik ben blij dat je me dit vertelt.
- Wat kan ik voor je doen of betekenen?
- ...

Bekijk samen met alle betrokkenen (cliënt, naasten, hulpverleners) hoe jullie

- verschillende zorgmaatregelen goed kunnen afstemmen op elkaar,
- een vlotte informatiedoorstroom kunnen installeren,
- en een gedegen opvolging kunnen garanderen, ook bij transfermomenten of na de behandeling ([zie verder](#)).

2.3. Risicoformulering: inschatting van de ernst of dringendheid

Wanneer je signalen oppikt en hieromtrent het gesprek aangaat, is het belangrijk om de suïcidaliteit verder te onderzoeken. Je schat het risico in en daarmee ook de zorgbehoefte. Er zijn heel wat risicotaxatie-instrumenten in omloop. Echter, de beste manier om het suïciderisico in te schatten, blijft een open gesprek over de zelfmoordgedachten met de persoon om wie je bezorgd bent. Indien mogelijk bespreek je dit best ook met andere betrokken hulpverleners en met naasten die als vertrouwenspersoon beschouwd kunnen worden (al dan niet via een verantwoordelijke).

Een risicoformulering laat niet toe een suïcide(poging) te voorspellen, wel om preventief in te grijpen via een aantal gerichte interventies. Zo kan het een aanknopingspunt vormen voor het opstellen van een veiligheidsplan of Safety Plan, een crisiskaart, een signaleringsplan en/of voor opstart van een behandeling ([zie verder](#)). Bovendien is een regelmatige herhaling van een risico-inschatting noodzakelijk. Een suïcidaal proces kent immers heel wat schommelingen.

Onderstaand sjabloon voor risicoformulering is één van de mogelijke instrumenten om het suïciderisico, de daarmee samenhangende factoren, en de context ervan in kaart te brengen. Dit sjabloon kan gedeeld worden met andere betrokken hulpverleners. Op die manier kan de zorg beter op elkaar afgestemd worden en zal deze effectiever zijn.

In het sjabloon geven we enkele voorbeeldvragen. Hiermee willen we niet de indruk wekken dat alle actoren betrokken bij de zorg of ondersteuning van een suïcidaal persoon in staat moeten zijn om een risicoformulering te doen. Of nog dat alle betrokkenen elke vraag moeten (kunnen) stellen. Welke vragen je stelt, hangt af van de aard en duur van de relatie die je hebt met de persoon in kwestie, alsook met de mate waarin je je hierin deskundig voelt. Je kan de risicoformulering zelf doen of hiervoor doorverwijzen naar een andere partner met meer expertise hieromtrent ([zie verder](#)).

2.3.1. Sjabloon risicoformulering met voorbeeldvragen¹

Huidige suïcidale intentie - Wat is de intentie en frequentie van de zelfmoordgedachten? - Is de persoon in staat zichzelf iets aan te doen? Is er bijvoorbeeld nog angst voor de dood?... - Ervaart de cliënt een gevoel van hulpeloosheid of uitzichtloosheid? - Heeft de cliënt concrete zelfmoordplannen? Hoe concreet? - ...	Risicofactoren - Zijn er recent problemen geweest in de omgeving van de cliënt? - Heeft de cliënt al eerder een zelfmoordpoging ondernomen? - Heeft de cliënt last van een psychische problematiek of middelengebruik? - Waren er recent meldingen van suïcide in de media of in de directe omgeving van de cliënt? - ...
Beschikbare hulpbronnen - Hoe is de cliënt met vorige crisissen omgegaan? - Hoe houdt de cliënt vol? - Zijn er vrienden, familie, een partner ... waar de cliënt bij terecht kan? - Wat is de draagkracht van het netwerk rond de cliënt? - Zijn er activiteiten, gedachten, hobby's waar de cliënt rustig van wordt? - Is er nog professionele hulp of was die er in het verleden? - ...	Voorspelbare veranderingen (interventies) - Gaat de cliënt binnenkort verhuizen of van hulpverlener veranderen? - Is er sprake van een aankomende echtscheiding, relatiebreuk, overlijden? - Vond er recent een medische ingreep plaats? - Is de cliënt recent begonnen/gestopt met bepaalde medicatie? - ...

¹ Bron: www.zelfmoord1813.be

2.4. Acties inzake veiligheid, ondersteuning en zorg

2.4.1 Betrek naasten



Een belangrijk basisprincipe bij suïcidepreventie is het betrekken van naasten. Verlies dit niet uit het oog wanneer je toe leidt naar zorg en ondersteuning. Bespreek met je cliënt in hoeverre de omgeving betrokken kan worden en spoor hem of haar aan om hulp te vragen.

Vraag of er vertrouwenspersonen zijn in de nabijheid van de cliënt die je mag contacteren ([zie verder](#)). Sensibiliseer eventueel zelf familie, vrienden, de buurt ... om te helpen. Zet de cliënt echter niet onder druk en wees transparant in je acties.

Naasten spelen zonder meer op verschillende vlakken een rol in de hulpverlening. Ze vormen een vangnet, kunnen informatie geven, veiligheid helpen installeren, steun bieden tijdens en na de zorg, zorgcontinuïteit helpen garanderen ...

Bij het betrekken van de omgeving zijn een **aantal aandachtspunten** van belang ([zie verder voor meer info en handvatten hieromtrent](#)).

2.4.2 Zet in op veiligheid



Veiligheid installeren is één van de basisprincipes bij suïcidaliteit. Veiligheid kan evenwel nooit volledig gegarandeerd worden. Afhankelijk van de situatie kan het aangeraden zijn om de kans op toekomstig suïcidaal gedrag te beperken via de nodige veiligheidsmaatregelen en afspraken.

Samen met naasten kunnen dan bijvoorbeeld volgende **veiligheidsmaatregelen** worden genomen:

- Tracht met de betrokkene stil te staan bij mogelijke copingstrategieën en veiligheidsafspraken.
- Stel zo mogelijk samen met de betrokkene(n) een [Safety Plan](#) of veiligheidsplan op. Dat kan via de applicatie [BackUp](#) of [online](#). De persoon is eigenaar van zijn/haar Safety Plan. Het is van belang dit Safety plan blijvend aan te vullen en te evalueren, zeker na een nieuwe crisis. Laat het meereizen bij overdracht zodat cliënten dit niet steeds opnieuw moeten maken.
- Bekijk hoe je de toegang kunt beperken tot middelen waarmee iemand zich kan beschadigen.
- Ga na hoe je op korte termijn de continuïteit en het contact kan versterken, bv. door een vervolgspraak te maken.

Enkele **voorbeeldvragen** die hierbij kunnen inspireren:

- Wat zou je kunnen helpen om je veiligheid te verhogen?
- Dacht je al na over hoe je dit zou doen? Heb je dit voorhanden? Kunnen we afspraken maken om jouw suïcidemiddel minder toegankelijk te maken?
- Waar wordt jij rustiger van?
- Hoe herken je bij jezelf dat je suïcidaal wordt?
- Waar kan jij terecht als het moeilijk wordt?
- ...

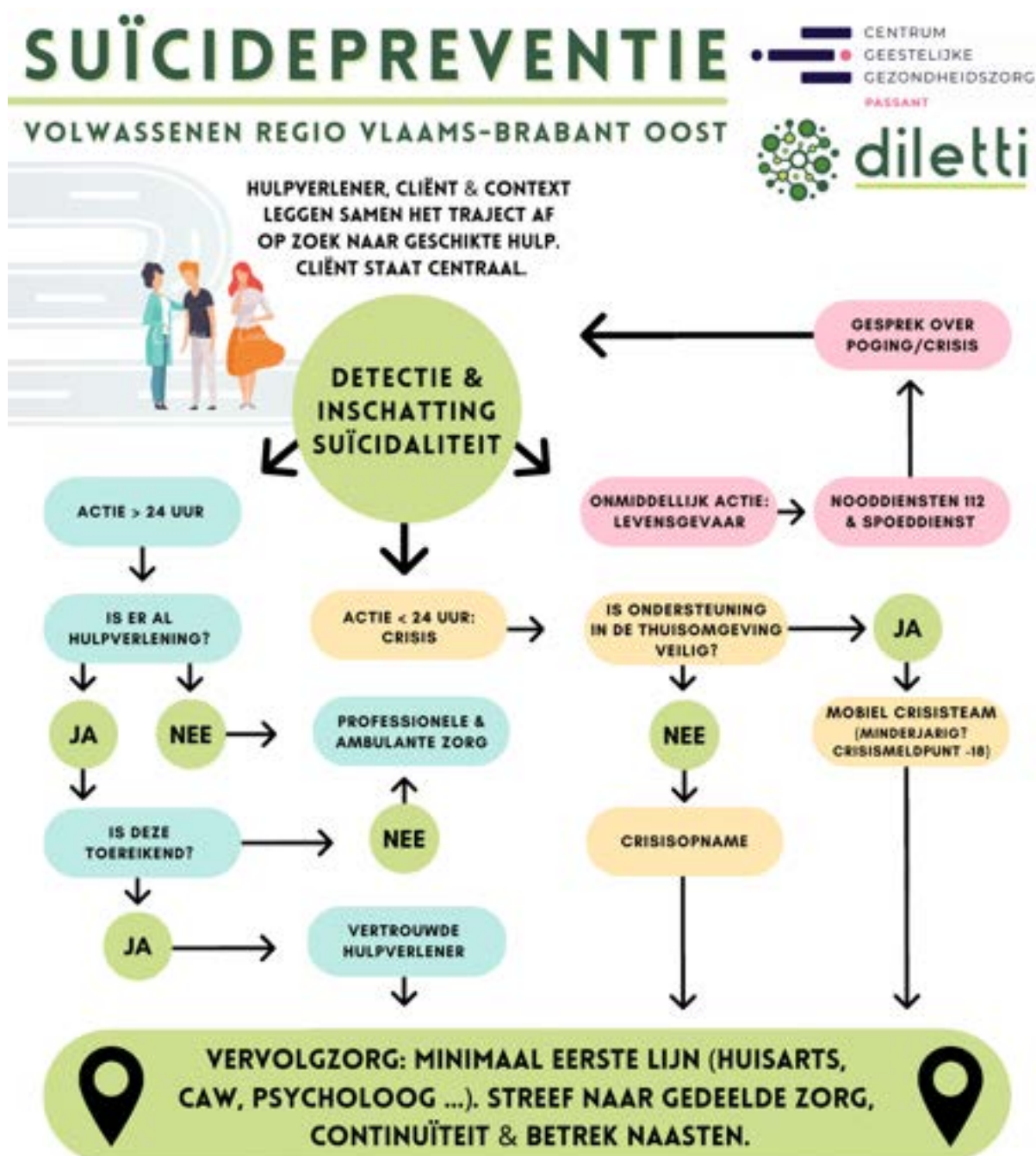
2.4.3 Leid toe naar zorg en ondersteuning via **matched care**

Bovenstaande afbeelding is beschikbaar als papieren poster of als digitale fiche. Voor meer info hieromtrent zie www.diletti.be.

In heel het traject dat we met de betrokkene(n) lopen, zoeken we naar de meest gepaste zorg vanuit de principes van **matched care**. Dit betekent dat de gekozen hulpverlening best in verhouding staat tot de ervaren zorgbehoefte door de cliënt. Hiervoor is een goede vraagverheldering en risicoformulering nodig waarbij onderzocht wordt of basiszorg dan wel meer intensieve of specialistische zorg aan de orde is. De betrokkene en hun naasten staan in heel het proces centraal. Ben je op zoek naar de meest gepaste hulp? Check dan zeker de [Psychewijzer](#).

De inschatting van de suïcidaliteit is niet eenvoudig aangezien het risico door verscheidene en niet steeds onmiddellijk waarneembare factoren bepaald wordt. Het is dan ook van belang dat deze factoren expliciet bevraagd worden (zie hierboven bij risicoformulering). Gezien het fluctuerend karakter van het suïcidale proces is het belangrijk de suïcidaliteit regelmatig opnieuw in te schatten. Het suïciderisico is daarenboven niet zomaar in te delen in verschillende categorieën. We spreken eerder van een continuüm van 'niet acuut' tot 'zeer acuut'. Hoe acuter, des te directiever of actiegerichter de hulpverlener dient te zijn.

In wat volgt staan we stil bij de flowchart, uitgetekend binnen de projectgroep zorgcontinuïteit inzake suïcidepreventie. Deze flowchart omhelst verschillende acties in functie van de acuutheid. We maken hierbij een onderscheid tussen acties die onmiddellijk genomen moeten worden (rood), acties die binnen de 24 uur dienen te gebeuren (oranje) en acties waarvoor er meer tijd is (blauw). Een actie wordt mede bepaald door jouw rol of beroep, de concrete situatie en de noden van de betrokkenen.



Actie > 24 uur

In niet-acute situaties dient er geen actie te worden genomen binnen de 24 uur. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zelfmoordgedachten zonder concrete plannen of bij lage suïcidale intentie. Tracht in dat geval samen met je cliënt in kaart te brengen welke hulpverlening er al geïnstalleerd is. Bevraag met wie de cliënt een goed contact heeft en wie hem het best kan verder helpen. Dit kan ook iemand uit het informele netwerk zijn.

Indien de cliënt aangeeft dat hij/zij **reeds (psychische) hulpverlening** heeft waarmee een goed en vertrouwd contact omschreven wordt, moedig hem/haar dan aan om (terug) contact op te nemen met deze persoon of indien helpend, doe dit dan samen. Indien de hulpverlening werd beëindigd, kan deze vaak vlot weer opgestart worden.

Indien de cliënt **geen hulpverlener** aanwijst die hem/haar kan verder helpen in het kader van de suïcidaliteit, kan je hem/haar op weg zetten naar **gepaste hulp**:

- Moedig je cliënt aan om ook het gesprek aan te gaan met de vertrouwde huisarts die hem/haar kan doorverwijzen.
- Check (samen) de **Psychewijzer** voor online verwijshulp.
- Contacteer de **Consultdesk**, de advieslijn voor hulpverleners.
- Leid je cliënt toe naar het CAW. Ook zij kunnen begeleiden naar gepaste hulp in de nabije omgeving.
- Indien je cliënt niet openstaat voor bovenstaande, spoor deze dan aan om nog meer laagdrempelige hulp te zoeken zoals online- of telehulp (bv. 1813).

Blijf evenwel betrokken, ten minste tot de cliënt goed terecht is gekomen.

Actie < 24 uur

In geval van **crisis/acuutheid** dient er binnen de 24 uur actie te worden ondernomen. Dit is onder andere van toepassing bij personen die concrete en duidelijke zelfmoordplannen hebben ('hoe' en eventueel ook 'wanneer'). Het ontbreken van een vangnet en andere signalen zoals erge verwardheid en het onder invloed zijn, dienen ook ernstig te worden genomen.

Verwijs door naar **snel toegankelijke specialistische geestelijke gezondheidszorg**. Betrek binnen de 24 uur de **huisarts** en de **persoon die mee de zorgregie vasthoudt**. Deze personen kunnen helpen met de inschatting en doorverwijzing. Immers dient de afweging te worden gemaakt of ondersteuning in de thuisomgeving veilig genoeg is en dus doorverwijzing naar het mobiel crisisteam mogelijk is, dan wel of er eerder een crisisopname aangewezen is. Deze afweging hangt af van verschillende factoren. Bevraag zeker ook de draagkracht en zorgnoden van de naasten.

Het mobiel crisisteam (MCT)

Het mobiel crisisteam kan helpen om de situatie te evalueren en te oriënteren naar gepaste zorg. Het mobiel crisisteam tracht binnen de 24-48 uur op te starten. Zij nodigen de cliënt uit op consultatie of komen aan huis indien deze zich niet kan verplaatsen. De begeleiding door het MCT duurt maximum zes weken. Indien het MCT aangewezen is, maar niet tijdig de begeleiding kan aanvatten, zoeken zij samen naar alternatieven of tijdelijke oplossingen (bv. ambulante crisis raadpleging).

Crisisopname

Enkele persoonskenmerken van de suïcidale persoon zijn belangrijk om in rekening te brengen bij de **beslissing om al dan niet tot opname over te gaan**:

- Impulsief gedrag, ernstige agitatie of een zwak oordeelsvermogen (APA, 2003; Kerkhof & van Luyn, 2010).
- Weinig autonomie en bereidheid om professionele hulpverlening in te schakelen (APA, 2003; Kerkhof & van Luyn, 2010).
- Beperkt steunsysteem:
 - het ontbreken van huisvesting,
 - het ontbreken van een ondersteunend sociaal netwerk (partner, vrienden, ouders, vertrouwenspersoon ...),
 - een sociaal netwerk dat overbelast en uitgeput is geraakt,
- Ontbreken van hulpverlening:
 - gebrek aan medewerking aan een behandeling,
 - een onwerkzame behandeling,
 - een ontbrekende vertrouwensrelatie tussen suïcidale persoon en hulpverlener,
 - geen toegang hebben tot ambulante voorzieningen (APA, 2003).

Wanneer opname niet mogelijk is. Soms weigert de patiënt opname of worden de mogelijkheden voor opname beperkt door wachtlijsten. In die situaties zijn alternatieven, follow up en continuïteit van zorg van extra belang. Mogelijke alternatieven voor een opname zijn ambulante hulp, het mobiel crisisteam of psychiatrische thuiszorg, of nog aanklampende zorg indien de persoon de voorgestelde zorg weigert. In uitzonderlijke gevallen kan worden overgegaan tot **gedwongen opname** (zie ook 3.6 Wat doen bij terughoudendheid tegenover zorg).

Een **snelle ondersteuning van de naasten en erkenning van de emotionele belasting** voor hen is in deze situatie cruciaal. Naasten kunnen bijvoorbeeld betrokken worden om de veiligheid in de thuisomgeving te verhogen (bv. goed opbergen van medicatie of andere middelen) en verhoogd toezicht te houden (bv. bij het innemen van medicatie, ervoor zorgen dat de persoon niet alleen thuis is).

Onmiddellijke actie: levensgevaar en medische urgentie

Dit kan gaan om een situatie waarin iemand op het punt staat om een poging te ondernemen (de zogenaamde 'man op het dak') of om een situatie waarin iemand al een poging ondernam en dringende medische hulp nodig heeft. In beide gevallen heb je geen ruimte meer om in gesprek te gaan en ga je onmiddellijk in actiemodus.

Gezien het levensbedreigende gehalte is het geoorloofd om het beroepsgeheim te doorbreken. Je hoeft dan geen toestemming te vragen om hulp in te schakelen. Je contacteert de nooddiensten, alsook de naasten.

Indien je over de nodige competenties beschikt, zoals een EHBO-diploma, kan je zelf eerste hulp toedienen.

2.5 Het installeren van zorgcontinuïteit en vervolgzorg

2.5.1 Zet in op zorgcontinuïteit

Ook zorgcontinuïteit is een basisprincipe bij suïcidepreventie. In de huidige organisatie van de hulpverlening blijkt de continuïteit van zorg een van de grootste knelpunten te zijn. Door een gebrek aan sluitende afspraken in de keten krijgen patiënten niet altijd de juiste (na)zorg. **Lokale samenwerkingsafspraken** met de zorgverstrekkers in eenzelfde regio kunnen dit faciliteren (zie verder bij shared care: taakafspraken).

Vooraf de **transfermomenten** tussen zorgactoren en zelfs binnen zorgorganisaties blijken risicovolle momenten waarop een degelijke informatieoverdracht belangrijk is. Denk aan doorverwijzing naar een andere hulpverlener, overplaatsing naar een andere behandelsetting, wissel van hulpverlener of afronding van de zorg.

Het is sterk aanbevolen een suïcidale cliënt goed op te volgen na de behandeling. Een suïcidaal proces heeft immers een wisselend verloop en kent heel wat schommelingen, waardoor een regelmatige herhaling van een risico-inschatting noodzakelijk is.

Voorbeeldvragen die kunnen helpen om de opvolging te installeren:

- Wanneer zie ik je terug? Kan je het tot dan overbruggen?
- Laten we alvast een vervolgspraak maken?
- Bij wie kan je nog terecht?
- Hoe kan je mij bereiken?
- Wat als ik niet bereikbaar ben?
- Wat tijdens verlof van je vertrouwde hulpverlener?
- ...

In het kader van zorgcontinuïteit mag men dus zeker niet vergeten om de nazorg te installeren. Denk eraan om bij afronding van jouw zorg de nog **betrokken hulp- en zorgverlener te informeren**. Belangrijk zijn ook de naasten waarnaar de persoon terugkeert en vaak verdere zorg opnemen. Check ook bij hen de impact van de situatie en welke noden zij hebben.

2.5.2 Nazorg na een suïcidepoging

Eens de persoon terug aanspreekbaar is, is het belangrijk om **het gesprek aan te gaan** over de suïcidepoging. Een helpend instrument hierbij is onder meer de Leidraad voor Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit ([LOES](#)) die verderop in de bijlage van dit draaiboek, onder belangrijke tools wordt toegelicht. Tijdens dit gesprek wordt er ruimte gegeven aan het verhaal en kan je het **huidige suïciderisico inschatten**. Afhankelijk daarvan verwijst je deze persoon door naar de meeste gepaste **vervolgzorg** op langere termijn.

**Wederzijdse
verwachtingen en
afspraken ter
bevordering van de
zorgcontinuïteit bij
suïcidaliteit**

**Suïcidaliteit:
een taak
van
iedereen**

3 Suïcidaliteit, een taak van iedereen: wederzijdse verwachtingen en afspraken ter bevordering van de zorgcontinuïteit

Als zorgnetwerk is het belangrijk om gedeelde afspraken te maken ten voordele van zorgcontinuïteit. Zorgcontinuïteit is binnen alle thema's en voor alle doelgroepen in de geestelijke gezondheidsvoorwaarde belangrijk, maar des te meer voor het thema suïcidepreventie.

In dit hoofdstuk concretiseren we een aantal taakafspraken ter bevordering van de zorgcontinuïteit overheen verschillende zorgactoren waarrond we het binnen de projectgroep zorgcontinuïteit bij suïcidepreventie eens zijn geworden. Vervolgens verduidelijken we wederzijdse verwachtingen via een schema met de respectievelijke taken van de verschillende actoren.

3.4 Afspraken inzake gedeelde zorg bij suïcidaliteit

Het is belangrijk dat het netwerk rond suïcidale personen de zorg en ondersteuning vanuit gedeelde verantwoordelijkheid opneemt zodat de betrokken partners, hulpverleners, de cliënt zelf en de naasten, niet het gevoel krijgen dat ze er alleen voor staan. Hiervoor is het nodig dat we voldoende vertrouwen hebben in de expertise van anderen, zeker op momenten waar onze eigen expertise eindigt.

Opdat hulpverleners, patiënten en naasten weten waar en wanneer ze een hulpvraag kunnen stellen, dient **informatie** m.b.t. bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure, wachtlijsten, contactpersonen duidelijk kenbaar gemaakt te worden via de kanalen en de website van elke partner. Ook op de [Psychewijzer](#) willen we deze informatie verder aanvullen.

Wanneer de zorg wordt overgedragen van de ene naar de andere partner, staat **warme overdracht** voorop. Hierbinnen vinden we volgende facetten belangrijk:

- Onder andere op basis van de inschatting van de suïcidaliteit en binnen de grenzen van de eigen opdracht tracht elke partner een actieve opvolging te realiseren en houdt hij contact met de zorgvrager, tenminste totdat de zorg (formeel of informeel) in goede handen is. Warme overdracht is zeker nodig bij de hoog risico groep van personen die al een suïcidepoging ondernamen. Best checkt men bij doorverwijzing of de cliënt ook effectief is toegekomen. Soms kan het nodig zijn om de cliënt naar de vervolgzorg te begeleiden. Denk hierbij ook aan de rol van de naasten. Ook bij stopzetting van de zorg tegen advies, tracht men vervolgzorg te installeren.
- 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 opgenomen worden door de zorgvrager zelf en/of de naasten of een combinatie van deze actoren.

- De **huisarts** wordt gezien als de spilfiguur en wordt bij elk transfermoment, in overleg met de zorggebruiker, op de hoogte gebracht van transitie in het zorgtraject. In functie van een gedeelde verantwoordelijkheid is een (bij voorkeur telefonisch) contact met de huisarts dan ook een minimale actie.
- Het is belangrijk dat elke partner de informatie m.b.t de suïcidale persoon tijdig en in toegankelijke taal doorgeeft, mits toestemming, aan betrokken hulpverleners en naasten. Volgende inhoudelijke elementen zijn van belang:
 - Persoonsgegevens,
 - Gegevens van huisarts,
 - Bij ontslag uit de gespecialiseerde zorg: contactgegevens van een contactpersoon met wie hulpverleners, cliënt en naasten rechtstreeks terecht kunnen voor overleg en advies,
 - Start- en indien mogelijk (geschatte) einddatum van de begeleiding,
 - Korte situatieschets: wie, wat, waar, hoe?,
 - Welke betrokken naasten / hulpverlening zijn er?,
 - Welke interventies hebben reeds plaatsgevonden?,
 - Indien er plannen of andere tools werden opgesteld samen met de zorgvrager (bv. veiligheidsplan, signalisatieplan of crisisplan en -kaart): gelieve aan te geven dat deze bestaan en dat dit opgevraagd kan worden bij de zorgvrager,
 - Informatie vanuit de risico-inschatting van de suïcidaliteit,
 - Advies verder zorgtraject.

Indien een **zorggebruiker niet komt opdagen** op een geplande afspraak, brengt de zorgactor de verwijzer hiervan (telefonisch) op de hoogte. Vervolgens kan er samen worden nagedacht over de beste manier om deze zorggebruiker alsnog te motiveren voor verdere begeleiding.

We maken afspraken onder de betrokken partners wie, al dan niet tijdelijk, de **regie over de zorg** opneemt over een specifieke cliënt.

- Deze persoon volgt de zorg op, zorgt voor een goede afstemming en informatiedoorstroom onder de leden van het zorgteam, inclusief de zorggebruiker en de naasten.
- Wanneer er zich verontrustende signalen aandienen, activeert de persoon de nodige zorgpartners. Indien nodig neemt hij/zij initiatief om een multidisciplinair overleg aan te vragen. De cliënt en zijn context worden hier steeds bij betrokken.
- Andere partners, een naastbetrokkene of hulpverlener, kunnen met hem/haar contact opnemen bij dreigende escalatie of crisis.

- Indien er nog geen afspraken gemaakt werden over de zorgregie, vormt de huisarts het centrale aanspreekpunt (indien betrokken).

3.5 Wat doen in geval van wachtlijsten of -tijden?

Spijtig genoeg botsen we binnen de geestelijke gezondheidszorg op wachtlijsten. Volgende 'wachtijdverzachters' kunnen helpen om deze periode te overbruggen:

- Vinger aan de pols houden via opvolgconsultaties.
- Bepaalde tools gebruiken zoals het Safety Plan, de crisiskaart, apps, online hulpverlening ... ([zie verder](#)).
- Groepsprogramma's overwegen, zoals de toekomstgerichte training ([zie verder](#)).
- Naasten en buurt betrekken waar mogelijk.
- Indien de crisis te groot is: MCT en crisisopname overwegen.
- Advies invoeren: ASPHA, CGG-SP, Consultdesk GGZ.
- De zorg en verantwoordelijkheid delen met andere partners. Een multidisciplinair overleg kan hier faciliterend in werken.
- ...

3.6 Wat doen bij terughoudendheid tegenover zorg?

Het kan gebeuren dat een suïcidale persoon geen hulpvraag heeft en hierdoor onvoldoende gemotiveerd is of zelfs de zorg weigert. Of nog dat de aangeboden hulp niet matcht met de noden van de persoon. In dat geval trachten we toch met de cliënt contact te houden en op een laagdrempelige manier aan de slag te gaan, bijvoorbeeld door af en toe eens te telefoneren, door praktische hulpvragen op te nemen waarvoor er wel openheid bestaat en door langzaam vertrouwen en bereidheid voor andere zorg te laten groeien. Stelselmatig krijgen de betrokken hulpverleners een beter zicht op het cliëntsysteem en kan men op zoek gaan naar de gepaste hulp. Waar mogelijk kan het informele netwerk ingeschakeld worden ter beveiliging.

Bij hoge suïcidedreiging in combinatie met zorgweigering kan in uitzonderlijke gevallen een **gedwongen opname** overwogen worden². Hiervoor dient de huisarts ingeschakeld te worden. Een gedwongen opname is een heftige gebeurtenis voor de betrokkenen. Overweeg dit dan ook alleen in het uiterste geval en indien aangetoond kan worden dat de persoon:

- geestesziek is;
- een gevaar betekent voor zichzelf of anderen;
- weigert zich te laten behandelen;
- de situatie dringend is, en dus in geval van suïcide, de dreiging als zeer ernstig wordt ingeschat (Kerkhof & van Luyn, 2010).

² <https://www.vlaanderen.be/gedwongen-opname-of-collocatie>

Methodieken vanuit de aanklappende zorg kunnen in geval van zorgweigeren waardevol zijn (Coppens, Hermans, Van Audenhove; 2020)³. Bij zorgweigeren kan overigens aan 'tandemwerk' gedaan worden. Hulpverleners van verschillende diensten werken dan samen in tandems, wisselen informatie uit en stemmen met elkaar af. Goede praktijken binnen het netwerk Diletti zijn :

- de laagdrempelige en outreachende werking van het CAW waarbij langzaam een vertrouwensband met de cliënt wordt opgebouwd,
- de tandemwerking CAW-Hestia in Tienen,
- de intersectorale, aanklappende zorgsamenwerking in Leuven,
- het GGZ-buurtsupportteam in Leuven.

Ook de **huisarts** kan in geval van zorgweigeren een belangrijke rol spelen. Indien de geestelijke gezondheidszorg wordt stopgezet, is het vaak de huisarts die de persoon blijft opvolgen. Hij/zij kan zo de band verder uitbouwen en opening blijven zoeken voor eventueel andere hulpverlening.

Ook in geval van zorgweigeren is het van belang zoveel mogelijk te blijven kijken vanuit het perspectief van het **cliëntsysteem**. Wat betekent het voor deze persoon als we als hulpverlener iets wel of niet doen? Houden we voldoende rekening met het ritme van de cliënt? Werken we niet over het hoofd van de cliënt? En wat met de naasten: wat kunnen zij betekenen en kunnen zij bij iemand terecht met hun bezorgdheden?

³ Coppens, E., Hermans, K., Van Audenhove, Ch. (2020). Wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten "aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren": Draaiboek. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

3.7. Wederzijdse verwachtingen: taken van betrokkenen

Hieronder staat een schema dat de mogelijke taken bij suïcidepreventie overzichtelijk tracht weer te geven, alsook de partners die deze dan kunnen opnemen. Dit schema verduidelijkt zo de wederzijdse verwachtingen en kan helpen bij gerichte verwijzing. Het kader heeft evenwel niet de ambitie om exhaustief te zijn en is ook onderhevig aan regelmatige revisie.

Raadpleeg voor meer informatie en contactgegevens omtrent de hieronder vermelde instanties de website [Psychewijzer](#).

MOGELIJKE TAKEN	Nulde-lijn: naaste, buur, ervarings - deskundige,...	Hulplijn	Nood- dienst	Spoed- dienst	Huisarts	Thuiszorg	Eerste professionele opvang	AZ	Ambulante GGZ	Mobiel crisisteam	(semi) residentiële GGZ
DETECTIE											
Suïcidaliteit herkennen & bespreken	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ernst inschatten, risico-formulering		X		X	X		X	X	X	X	X
Suïcidaliteit verder onderzoeken (vraagverheldering & indicatiestelling)								X	X	X	X
Advies zorgtraject	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

MOGELIJKE TAKEN	Nulde-lijn: naaste, buur, ervarings - deskundige,...	Hulplijn	Nood- dienst	Spoed- dienst	Huisarts	Thuiszorg	Eerste professionele opvang	AZ	Ambulante GGZ	Mobiel crisisteam	(semi) residentiële GGZ
INTERVENTIES											
Veiligheid installeren		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Eerste medische hulp en/of psycho- sociale opvang			X	X	X			X			
Eerste opvang naasten na een crisis of poging			X	x	X		x	X	x	x	x
Opstart suïcide- specifieke behandeling								X	X	X	X

MOGELIJKE TAKEN	Nulde-lijn: naaste, buur, ervarings - deskundige,...	Hulplijn	Nood- dienst	Spoed- dienst	Huisarts	Thuiszorg	Eerste professionele opvang	AZ	Ambulante GGZ	Mobiel crisisteam	(semi) residentiële GGZ
WARME OVERDRACHT + OPVOLGING											
Motiveren tot (samen) hulp zoeken	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toeiden naar meest gepaste zorg		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nazorg bepalen & bespreken				X	X			X	X	X	X
Betrokken hulp- verleners inlichten				X	X	X	X	X	X	X	X
Nazorg & opvolging				X	X	X	X	X	X	X	X
Postventie in geval van suïcide					X		X	X	X	X	X
Blijvend betrekken van naasten	X			X	X	X	X	X	X	X	X

Naasten betrekken
bij de begeleiding
en hen
ondersteuning
bieden

Aandacht
en zorg
voor
naasten

4 Aandacht en zorg voor naasten

4.4 Naasten betrekken bij de begeleiding

Naasten spelen zonder meer op verschillende vlakken een rol in de hulpverlening en kunnen een positief effect hebben. Zij geven informatie, helpen veiligheid installeren, houden verhoogd toezicht, bieden steun... zeker op momenten dat de formele zorg ontoereikend is. Bespreek daarom met je cliënt in hoeverre naasten of vertrouwenspersonen betrokken kunnen worden. Moedig hem of haar aan om hen te betrekken. Vraag bij aanvang of er personen zijn die je als hulpverlener mag contacteren ([zie verder](#)). Zo kan je rondom je cliënt een steunend vangnet opbouwen. Zet de cliënt echter niet onder druk. Bij het betrekken van de omgeving zijn een aantal **aandachtspunten** van groot belang.

1. Start tijdig met het gesprek over de rol van een vertrouwenspersoon of het betrekken van naasten.
2. Respecteer voldoende de autonomie van de cliënt en stimuleer hem of haar om de regie zelf in handen te nemen. Wees transparant naar de cliënt toe bij het betrekken van naasten.
3. Probeer op een actief coachende manier samen de problemen en oplossingen in kaart te brengen, om vervolgens in samenspraak te bekijken welke naasten op welke manier betrokken kunnen worden.
4. Is er geen openheid om naasten te betrekken? Licht dan de voordelen hiervan toe en tracht de persoon te motiveren. Het kan ook voortkomen uit schaamte of schuldgevoel. Vraag dan voldoende door naar de redenen om dit contact af te houden. Na een goed gesprek, waarbij iemand wordt erkend in zijn argumenten, komt er dikwijls meer ruimte voor toestemming. En wat vandaag een 'nee' is kan morgen een 'ja' worden. Blijf daarom de cliënt aanmoedigen zonder daarom opdringerig te zijn.
5. Houd rekening met de privacywetgeving, de wet op de patiëntenrechten en het beroepsgeheim ([zie verder](#)).
6. In ernstige situaties, bij een vermoeden van wilsonbekwaamheid of in geval van een zeer groot veiligheidsrisico, kan gekeken worden of het beroepsgeheim kan worden doorbroken. Uiteraard hoort hier zorgvuldig overleg met collega's bij. Of vraag advies bij ASPHA of de Suïcidepreventiewerking van het CGG.

4.4.1 Basishouding in het betrekken van naasten: de Familiereflex

Een crisismoment heeft een stevige impact op het verdere verloop van het traject van zorggebruikers, maar ook van hun context. Op pagina 44 van de multidisciplinaire richtlijn van de **Familiereflex** staan richtlijnen voor zorgactoren rond het betrekken van naasten in de specifieke situatie van suïcidale gedachten of gedrag. Om praktisch aan de slag te gaan met het betrekken van naasten vertrek je vanuit een goede basishouding. Vanuit die basisattitude krijg je als hulpverlener een beter zicht op de manier waarop je in contact treedt met naasten.

Hieronder de belangrijkste vragen die organisaties kunnen overlopen om na te gaan of ze voldoende oog hebben voor de naasten:

- Worden naasten vanaf het begin gezien? Wie zijn de naasten waarmee je als zorgpartner in contact komt? Staat dit ergens genoteerd? Kunnen collega's dit terugvinden? ...
- Is er ruimte voor de ervaring, gevoelens, noden van naasten? Kan hier erkenning aan gegeven worden?
- Krijgen de naasten de nodige informatie? Niet persoonsgebonden info kan altijd, zoals psycho-educatie over het suïcidaal proces, signalen, communicatietips ...
- Krijgt familie ondersteuning? Help hen op weg bij het vinden van hulp voor zichzelf, bij het omgaan met taboe en stigma. Verwijs hen naar bestaande tools, diensten, organisaties (bv. via een brochure).
- Worden naasten betrokken in de hulpverlening volgens hun rol, mogelijkheden, draagkracht? Krijgen zij een rol in het Safety Plan ... ?

Preventief inzetten op het betrekken van naasten voorkomt de kans op herval. Een lange termijnvisie is daarom belangrijk. Op korte termijn worden naasten beter betrokken en op lange termijn verschuift het perspectief van een zorggebruiker met een zorgnood naar een mens in zijn omgeving. Vormingsmogelijkheden voor naasten en zorggebruikers kunnen deze langetermijnvisie kracht bij zetten.

4.4.2 Kindreflex

Voor wie met volwassenen met kinderen werkt is ook de **Kindreflex** relevant. De Kindreflex streeft twee doelstellingen na. Enerzijds het stimuleren van hulpverleners om met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap. Anderzijds helpt de reflex hulpverleners verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen.

4.5. Ondersteuning voor naasten

Leven met een suïcidale persoon heeft een impact op iemands omgeving. Het is van belang deze emotionele belasting te erkennen. Naasten kunnen nood hebben aan info en ondersteuning. Als hulpverlener is het belangrijk om hiervoor voldoende oog te hebben en naasten expliciet te bevragen hoe het met hen gaat. Extra aandacht moet zeker gaan naar het betrekken van de personen waarbij de suïcidale cliënt inwoont: partner, ouders, kinderen ...

Postventie omvat alle acties na een suïcide. Dit bestaat uit alle activiteiten, zorg en hulpverlening die ondernomen worden voor en met **nabestaanden** nadat iemand uit het leven is gestapt. Doel is tegemoet te komen aan de effecten van deze traumatische gebeurtenis en, in de mate van het mogelijke, deze effecten te verlichten. In essentie gaat het hier om die interventies die gericht zijn op het **ondersteunen, begeleiden en voorkomen van gecompliceerde rouw** bij diegenen die achterblijven. Andere doelstellingen zijn het voorkomen van kopieergedrag en suïcidale crisis bij naasten en kwetsbare personen.

De [Werkgroep Verder na Zelfdoding](#) is het expertisecentrum inzake rouwen na zelfdoding en zorg voor nabestaanden. Ze organiseert lotgenotencontact via praatgroepen, wandelingen, ontmoetingsdagen, chatsessies, een forum e.a. Tevens biedt Werkgroep Verder tal van vormingen, brochures, informatie en advies op maat aan. Na een suïcide kan eventueel contact opgenomen worden met Werkgroep Verder via het mailadres info@werkgroepverder.be.

De naasten worden vaak door de politie op de hoogte gebracht van het overlijden. Het is aangewezen dat ook een leidinggevende of iemand anders van de organisatie zo snel mogelijk de naasten contacteert. In een eerste contact is luisteren het belangrijkste. Tips voor het eerste gesprek met nabestaanden kunnen teruggevonden worden in de multidisciplinaire richtlijn van VLESP ([VLESP, 2017, pp. 126-127](#)). Bied de nabestaanden de mogelijkheid om ook na dit gesprek nog contact te houden of een afspraak te maken. Geef hen eventueel de [Gids na zelfdoding](#) met praktische en administratieve informatie voor nabestaanden na zelfdoding.

Beroeps-
geheim en
ambts-
geheim

5 Beroepsgeheim en ambtsgeheim

5.4 Voorwaarden bij ambtsgeheim

- Respecteer eerst voldoende de autonomie van de suïcidale persoon en stimuleer hem/haar de regie zelf in handen te nemen.
- Blijf er niet alleen mee zitten en betrek op zijn minst het eigen team/directie en de huisarts van de betrokken persoon.
- De mate waarin naasten betrokken worden moet in overeenstemming zijn met hun bereidheid en hun draagkracht.
- Als medewerker met ambtsgeheim heb je discretieplicht.
- Naasten betrekken dient in overeenstemming te zijn met de privacywetgeving en de wet op patiëntenrechten (meer info zie [Gezondheidszorgwetgeving](#)).

5.5 Voorwaarden bij beroepsgeheim

- Respecteer eerst voldoende de autonomie van de suïcidale persoon en stimuleer hem/haar de regie zelf in handen te nemen.
- Probeer op een actief coachende manier eerst samen de problemen in kaart te brengen en mogelijke oplossingen te zoeken, om vervolgens zorgvuldig en in overleg na te gaan of de situatie en context er zich toe leent om naasten te betrekken.
- Wanneer de hulpverlener de situatie en context gunstig acht om naasten te betrekken, maar de suïcidale persoon er niet meteen voor open staat, is het belangrijk de voordelen hiervan toe te lichten en de persoon voldoende en actief te motiveren en stimuleren. Voornamelijk bij kinderen en jongeren is dit motivatieproces essentieel.
- De mate waarin naasten betrokken worden moet in overeenstemming zijn met hun bereidheid en hun draagkracht.
- Naasten betrekken dient in overeenstemming te zijn met de privacywetgeving, de wet op patiëntenrechten en beroepsgeheim (zie [Gezondheidszorgwetgeving](#)).

Suïcidepreventie-
werking van CGG
Passant, tools en
richtlijnen van het
VLESP en de advieslijn
van ASPHA

Vorming,
coaching en
advies voor
hulpverleners

6 Vorming, coaching en advies voor hulpverleners

Wens je je verder te bekwamen in het thema suïcidepreventie? Of wil je als organisatie het suïcidepreventiebeleid uitwerken en implementeren? Hieronder vind je een aantal contactpunten waarbij je terecht kan.

6.4 Suïcidepreventiewerking van CGG PassAnt (CGG-SP)

De suïcidepreventiewerking van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg PassAnt (CGG-SP) voorziet in een aanbod inzake suïcidaliteit voor organisaties en hulpverleners binnen de provincie Vlaams-Brabant.

6.4.1 Deskundigheidsbevordering via vormingen

Veel professionelen komen in contact met suïcidale personen. De suïcidepreventiewerking van de CGG heeft [vormingspakketten](#) ontwikkeld om hen hierbij te ondersteunen. Vormingen kunnen indien nodig ook op maat worden ontworpen. Verschillende formules zijn mogelijk:

- standaardvormingen,
- intensieve vormingen,
- navormingen,
- en train-de-trainers.

Hierbij maken de preventiewerkers gebruik van een brede waaier aan werkvormen. Verschillende thema's kunnen hierbij aan bod komen, zoals het suïcidaal proces, signaalherkenning, risico-inschatting, gesprekstechnieken, ondersteuning van naasten en/of nabestaanden, safetyplanning, crisisinterventie, zelfzorg en/of samenwerkingen met andere diensten.

6.4.2 Coaching & uitbouw van een suïcidepreventiebeleid

Organisaties kunnen in meer of mindere mate geconfronteerd worden met suïcidale personen. De nood aan een intern **suïcidepreventiebeleid** kan zich hierbij laten voelen.

CGG-SP tracht organisaties hier gratis in te ondersteunen. Ze begeleiden organisaties in het schrijven van **een draaiboek aangepast** aan de realiteit van de **eigen organisatie**. Een draaiboek geeft richtlijnen omtrent gepaste reacties wanneer men geconfronteerd wordt met suïcidaal gedrag. Het bevat zowel inhoudelijke informatie als richtlijnen die worden aangeleverd door de preventiewerker.

6.4.3 Consult en advies

Kom je als hulpverlener in contact met een suïcidale persoon? Dan kan je CGG-SP hieromtrent vrijblijvend en ad hoc contacteren.

6.4.4 Ondersteuning en overleg

Het werken met suïcidale personen kan je als hulpverlener raken, confronteren ... Binnen CGG-SP maken we ruimte voor 'zorg voor de zorgende'. Zowel in onze telefonische contacten, als in onze vormingen staan we stil bij zelfzorg en de eigen beleving. Daarnaast kan je ook intervisie aanvragen. Dit kan bijvoorbeeld ook na een overlijden van een cliënt.

<u>CGG PassAnt</u>		<u>laura.jonville@passant.be</u>
Aanmeldingen Haacht	016 60 99 99	<u>info.haacht@passant.be</u>
Aanmeldingen Leuven	016 31 99 99	<u>info.leuven@passant.be</u>

6.5 Tools en richtlijnen van het VLESP

Het [VLESP](#) biedt informatie en advies omtrent de preventie en postventie van zelfdoding. Je kan de multidisciplinaire richtlijn [Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag](#) op hun website downloaden. Deze richtlijn kan je ook onder de knie krijgen via de [suïcidepreventie-reflex \(SP-Reflex\)](#), een gratis e-learningtool.

Op de website van de [Zelfmoordlijn 1813](#) vind je verder verschillende tools en publicaties terug van het VLESP bestemd voor hulpverleners, alsook folders en tools die je kan doornemen met en meegeven aan suïcidale personen en/of hun naasten.

<u>VLESP</u>	09 332 07 75	<u>info@vlesp.be</u>
--------------	--------------	---

6.6 Advieslijn van ASPHA

Via de Advieslijn SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA) kan je advies krijgen bij de begeleiding van suïcidale personen, hun omgeving en nabestaanden. ASPHA biedt ondersteuning bij crisioverbrugging en risico-inschatting en bij de communicatie met suïcidale personen en hun omgeving. Een gesprek met ASPHA kan anoniem.

<u>ASPHA</u>	024 24 30 00	<u>info@aspha.be</u>
--------------	--------------	---

Zelfzorg voor hulpverleners

7 Zelfzorg voor hulpverleners

7.4 Vanuit het perspectief van de medewerkers

Het contact met personen die het leven niet meer zien zitten, kan je als hulpverlener op verschillende vlakken raken. Het is van belang om hier voldoende bij stil te staan en voor jezelf te 'zorgen'.

In je dagdagelijks werk is het immers belangrijk om niet alleen bij de draagkracht van je cliënten stil te staan, maar ook die van jezelf.

- Hoe ziet jouw balans van draagkracht en draaglast eruit?
- Is er tijd en ruimte om te herstellen als de draaglast doorweegt?
- Sta je voldoende stil bij wat je energie geeft en wat energie vreet?

Ken en respecteer hierbij jouw grenzen en denk aan de gouden quote: "Ik ben nabij tot waar ik het kan dragen."

In het kader van zelfzorg is het ook belangrijk om oog te hebben voor je eigen, unieke rugzak. Afhankelijk van jouw eigen ervaring, opleiding, levensgebeurtenissen, kwetsuren, waarden ... weegt deze meer of minder. En dat is helemaal ok.

Sta stil bij jouw waarden in jouw werk: waarom doe je wat je doet? Laat deze waarden een oriëntatie zijn voor jouw handelen.

Naast een unieke rugzak zal elke hulpverlener verschillend reageren op stress. Een handig model om over jouw eigen stresstolerantie te reflecteren is [The Window of Tolerance](#).

Hulpverleners denken vaak dat ze in kader van suïcidaliteit geen fouten mogen maken. Dit legt de lat hoog. Echter, 'fouten' maken is menselijk en elke hulpverlener doet wat hij/zij kan op het moment dat hij/zij dat kan. Wees daarom mild voor jezelf. Geef jezelf de ruimte om af te stemmen met je cliënt en ook 'fouten' bespreekbaar te maken.

Meer info en tips rond zelfzorg zijn onder andere terug te vinden in het boek *Zelfzorg. De kracht van persoonlijke groei* (1997) van Marc Buelens en Ann Vermeiren.

Wanneer je het overlijden door suïcide bij één van je cliënten meemaakt, dan heb je als hulpverlener ook het 'recht op rouwen'. Maak hier tijd en ruimte voor. Meer info over rouwen op de werkvloer vind je [hier](#).

7.5 Vanuit het perspectief van de organisatie

Het is belangrijk als organisatie voldoende ruimte te voorzien voor initiatieven die de zelfzorg van hun medewerkers versterken. Bovendien kunnen ook medewerkers zelf vatbaar zijn voor psychische klachten en suïcidaliteit. Het is daarom nuttig om hierop als organisatie voldoende te anticiperen via bijvoorbeeld veerkrachtversterkende initiatieven:

- [Geluksdriehoek](#)
- [Gezond Werken](#)
- [De ZorgSamen](#)

Het getuigt ook van zorgzaamheid door er als organisatie beleidsmatig over te waken dat niemand van de medewerkers de zorg van een suïcidaal persoon alleen draagt en dat medewerkers bij een suïcide de nodige ruimte krijgen om dit te verwerken. Dit kan o.a. via intervisie- en/of supervisiemomenten, door teamoverleg, door gedeelde verantwoordelijkheid als kernwaarde voorop te stellen ...

Bijlagen

Begrippenkader

Met oog op eenduidige communicatie, volgen hieronder de definities van enkele termen die vaak gebruikt worden in dit draaiboek:

Suïcidaliteit betreft het geheel aan gedachten, wensen, fantasieën, suïcidepogingen en voorbereidingshandelingen waarmee iemand feitelijk of mentaal bezig is. Suïcidaliteit is daarmee een aanduiding van een algehele (tijdelijke of meer permanente) geneigdheid van de persoon in kwestie om met suïcidale wensen, voorbereidingen of handelingen te reageren op emotionele problemen.

Zelfmoordgedachten of suïcidale ideatie zijn alle mentale processen die centreren rond het zelf uitvoeren van een handeling om zichzelf te doden of zichzelf te beschadigen (bijv. verlangens, wensen er niet meer te willen zijn, fantasieën over de uitvoering van suïcide).

Zelfmoordpoging is een handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de persoon, door de verwachting van schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen, of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen. Deze handeling is geen terugkerende gewoonte. Er wordt afgeraden om te spreken in termen van "geslaagde" of "mislukte" poging: een poging impliceert dat de persoon niet is gestorven. Een zelfdoding impliceert dat het een overlijden betreft. Je kan ook spreken over een fatale en niet-fatale poging.

Zelfmoord, zelfdoding, suïcide verwijzen alle drie naar een handeling met dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd, in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen. Afhankelijk van de context verdient de ene term de voorkeur op de andere.

- 'Zelfmoord' is de meest courante en algemene term en wordt vooral gebruikt naar het brede publiek en door mensen met zelfmoordgedachten.
- 'Zelfdoding' wordt voornamelijk gebruikt in de communicatie naar nabestaanden, maar kan ook breder gebruikt worden.
- 'Suïcide' wordt voornamelijk gebruikt in een wetenschappelijke context, of in de communicatie naar professionals.

Warme overdracht betekent dat je voldoende aandacht besteedt aan het zorgvuldig overdragen van zowel de vertrouwensrelatie, het behandeltraject alsook relevante informatie. Dit is zeker van belang bij afronding van de zorg of verwijzing. Het is belangrijk om dit af te stemmen op de situatie en de noden van de cliënt en zijn context. Het gaat uit van een engagement in gedeelde verantwoordelijkheid.

Communicatie, dialoog, vertrouwen en nauwe samenwerking zijn hierbinnen essentieel. Afhankelijk van de situatie kan de overdracht gebeuren via schriftelijke weg. Indien gewenst wordt een telefonisch of fysiek contact overwogen in aanwezigheid van de cliënt en indien mogelijk zijn naasten.

Naastbetrokkenen of naasten (context) zijn natuurlijke personen die een sociale en emotionele band hebben met de zorggebruiker en niet beroepshalve maar wel meer dan occasioneel, de zorggebruiker helpen en ondersteunen in het dagelijks leven.” (Uit De Familiereflex p.10). Het kan hierbij gaan om familieleden, vrienden, mantelzorgers, mensen uit de buurt ...

Transfermomenten in de zorg zijn momenten of periodes tijdens dewelke de zorg of ondersteuning voor de zorggebruiker wordt overgedragen van de ene zorginstelling of partner naar de andere. Het gaat om belangrijke scharniermomenten waarmee zorgvuldig omgesprongen dient te worden daar de zorgcontinuïteit dan mogelijks onderbroken kan worden.

Belangrijke tools

Doorheen dit draaiboek verwijzen we regelmatig naar tools en documenten. Deze worden hieronder verder uitgelegd.

Veiligheidsplan

Een veiligheidsplan is een stappenplan, waarin staat wat te doen wanneer suïcidaliteit de kop opduikt. Het helpt bovendien om een volgende crisis te voorkomen. Een goede format is het [Safety Plan](#), uitgewerkt door het VLESP. Een andere, herwerkte versie is ook mogelijk.

Het Safety Plan helpt iemand om in zes stappen een crisis te overbruggen:

1. Signalen herkennen
2. Rustiger worden
3. Afleiding vinden
4. Praten met iemand
5. Professionele hulp invoeren
6. Omgeving veilig maken

Je kan het vergelijken met een uitgebreidere versie van bijvoorbeeld een **crisiskaart** ([zie verder](#)). Het wordt best ingevuld op momenten dat de cliënt zich rustig voelt. De cliënt kan het plan zelfstandig invullen en gebruiken, maar kan het ook samen invullen met een hulpverlener, een vriend of een vrijwilliger van Zelfmoordlijn 1813.

Het Safety Plan reist best mee met de cliënt van hulpverlener naar hulpverlener zodat dit niet telkens opnieuw ingevuld dient te worden. Na een crisis wordt dit best geëvalueerd: heeft het gewerkt? Moet er iets veranderd of aangepast worden? Laat het Safetyplan mee groeien met de cliënt.

Het veiligheidsplan van het [VLESP](#) werd ook opgenomen in andere tools van Zelfmoordlijn 1813: de **BackUp-app** en de **On Track Again-app** en de **zelfhulpcursus Think Life** ([zie verder](#)).

De crisiskaart en het bijhorend crisisplan

Ook het crisisplan/de crisiskaart kunnen gebruikt worden bij suïcidaliteit. De crisiskaart en een voorbeeld van een crisisplan vind je op de website van Diletti of is te bevragen via ggznetwerk@diletti.be.

De **crisiskaart** is een opvouwbare kaart, die past in een portefeuille. Op de kaart staat wat hulpverlener, naasten, omstanders ... moeten doen of laten als ze getuige zijn van een persoon in crisis. Hoe de persoon in crisis benaderen? Welke mensen bellen? Wat helpt en wat helpt niet? Een crisiskaart geeft bijgevolg houvast voor de kaarthouder én voor de mensen die hulp bieden.

Bij de crisiskaart hoort een uitgebreider **crisisplan**. Bedoeling is dat dit bij aanvang van een opname of begeleiding opgemaakt wordt SAMEN met of door de zorgvrager en dan samengevat wordt op de crisiskaart. Het crisisplan is een weerspiegeling van de wensen van de zorgvrager en geeft aan wat voor hem/haar helpend is. Belangrijk is dat de persoon die de documenten helpt invullen, de problematiek van de zorgvrager goed begrijpt en de vragen goed kan inschatten.

De regie van de documenten ligt bij de zorgvrager zelf. Elke hoofdbehandelaar, ook de huisarts, en vertrouwenspersonen bezitten hiervan best een kopie. Na een crisis worden beide documenten best geëvalueerd: heeft het gewerkt? Moet er iets veranderd of aangepast worden?

TIPS:

- Het maken van een crisisplan of -kaart leg je best niet op. Pas als het een keuze van de zorgvrager is en hij/zij het gevoel heeft dat dit vanuit de eigen wensen vertrekt, heeft het zin.
- Personen die het moeilijk hebben om een crisisplanning op te maken, zijn vaak gebaat door dit in groep met lotgenoten te doen, of met ondersteuning van een ervaringsdeskundige.

Risicoformulering

Het principe van [risicoformulering](#) werd reeds ingeleid in *hoofdstuk II. b. Risicoformulering: inschatting van de ernst of dringendheid*.

Er zijn verschillende screeningsinstrumenten die je kan inzetten om het gesprek aan te gaan met een suïcidale persoon. Het sjabloon opgesteld door het [VLESP](#) kan hierbij helpend zijn. Niet om suïcidaal gedrag te voorspellen, wel om gepaste hulpverlening op gang te brengen.

Digitale fiches horend bij de flowchart

In het *hoofdstuk II.c. Acties inzake veiligheid, ondersteuning en zorg* gingen we dieper in op de flowchart opgesteld binnen de projectgroep zorgcontinuïteit inzake suïcidepreventie. Deze flowchart omhelst verschillende acties die iemand kan ondernemen in functie van de 'acuutheid' van de suïcidaliteit. We maken hierbij een onderscheid tussen

- acties die onmiddellijk genomen moeten worden,
- acties die binnen de 24 uur dienen te gebeuren
- en acties waarvoor er meer tijd is.

Deze flowchart werd verder uitgewerkt onder de vorm van een poster alsook onder de vorm van digitale fiches. Zowel de poster als de digitale fiches omhelzen ook handvatten om het gesprek aan te gaan, om aan risicoformulering te doen, alsook een mini-sociale kaart.

De poster is beschikbaar in twee formaten, A1 en A0, en wordt verdeeld via de [webshop van Logo Oost-Brabant](#). Een uitgebreide, digitale fiche van de flowchart, de voorbeeldvragen, de sociale kaart en de handvatten kan je [hier](#) downloaden.

Deze kunnen een leidraad zijn om gericht door te verwijzen en geven tips over vroegdetectie en bespreekbaar maken.

Loes

[Loes](#) staat voor Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidale personen en is ontworpen om hulpverleners te ondersteunen bij de eerste opvang van iemand suïcidaal. Dit instrument is een semigestructureerd interview waarmee risicofactoren en zorgbehoeften in kaart worden gebracht. Zo draagt dit bij in de communicatie tussen de betrokken partners. Het faciliteert de informatieoverdracht.

Loes biedt een aanzet tot [risicoformulering](#) en een [Safety Plan](#). Je kan het instrument gebruiken bij volwassenen en jongeren vanaf 12 jaar.

Om Loes te kunnen afnemen is geen specifieke psychologische of psychiatrische kennis vereist. Elke hulpverlener die getraind werd in het gebruik van de tool kan dit op een efficiënte en goede manier doen. Voor deze training kan je beroep doen op de [suïcidepreventiewerking](#) van CGG PassAnt.

BackUp

[BackUp](#) is een mobiele applicatie die houvast wil bieden bij zelfmoordgedachten. De app bevat verschillende tools die je kunnen helpen een crisis te overbruggen of een volgende crisis te voorkomen. Ook als je er wilt zijn voor iemand anders, kan je met BackUp aan de slag gaan.

On Track Again

De mobiele applicatie [On Track Again](#) helpt jongeren opnieuw op weg na een zelfmoordpoging. De app maakt deel uit van een toolkit met website en brochures. De app is een hulpmiddel in zakformaat. De jongere kan hier zijn persoonlijke [Safety Plan](#) en lifesavers (hulpbox) maken en kan ook direct hulp vragen via de Zelfmoordlijn 1813. De app vervangt geen professionele hulpverlening.

Think Life

De online zelfhulpcursus [Think Life](#) is een tool die wetenschappelijk onderzocht werd door het [VLESP](#). Think Life heeft als doel mensen beter te leren omgaan met zelfmoordgedachten. De cursus werd oorspronkelijk ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Amsterdam en is vanuit VLESP aangepast voor gebruik in Vlaanderen.

Uit de studie van VLESP blijkt dat mensen die de online cursus hebben gevolgd minder vaak aan zelfmoord denken. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat Think Life een positieve invloed heeft op **depressieve klachten, hopeloosheid, piekeren en angst**.

Think Life is er voor **iedereen die aan zelfmoord denkt en wil leren omgaan met die zelfmoordgedachten**. Het maakt niet uit of je al hulp krijgt. Voor **studenten** is er een aangepaste versie van Think Life beschikbaar. Die kan je vinden op [MoodSpace](#). De studentenversie is zowel in het Nederlands als in het Engels beschikbaar.

Het is echter **geen vervanging van andere beschikbare hulpverlening**. Als je gedachten aan zelfmoord overheersen, is het belangrijk dat je (ook) andere vormen van ondersteuning zoekt. Voor meer info en hulp kan je terecht bij de Zelfmoordlijn 1813 of bij een hulpverlener zoals je huisarts.

Toekomstgerichte training

De toekomstgerichte training is een groepstraining gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie en positieve psychologie. De focus ligt op het denken in mogelijkheden, het leren een beeld te vormen van wat wél zou kunnen in de toekomst door het opstellen van kleine persoonlijke doelen.

Deze training werd ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Amsterdam en werd door [VLESP](#) aangepast voor gebruik in Vlaanderen. De training omvat 8 wekelijkse sessies van 2 uur (voor 6 à 10 deelnemers).