

VLESP | Vlaams
Expertisecentrum
Suicidepreventie

ZORGCONTINUÏTEIT VOOR SUÏCIDALE PERSONEN

LEIDRAAD EN TOOLS



ZORGCONTINUÏTEIT VOOR SUÏCIDALE PERSONEN

LEIDRAAD EN TOOLS

© 1 september 2018 – Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

In opdracht van en met de steun van de Vlaamse Overheid, in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

Auteurs: Eva Dumon, Saskia Aerts, Nanouschka Verhamme, Gwendolyn Portzky. Met dank aan de stuurgroep, focusgroepen en alle betrokkenen (zie bijlage).

Vormgeving: Mindbytes

Meer informatie op www.zelfmoord1813.be

INHOUD

1. INLEIDING	1
Zorgcontinuïteit als knelpunt	1
Versterken van zorgcontinuïteit als preventiestrategie	1
Over deze leidraad	2
2. KRITISCHE MOMENTEN IN DE ZORG VOOR SUÏCIDALE PERSONEN	4
Toegang tot zorg	4
Samenwerking	5
Transfermomenten	5
Zorgweigering	6
3. TAKEN VAN BETROKKEN HULPVERLENERS.....	8
Vertrouwenspersonen	10
Hulplijnen	10
Eerste professionele opvang	11
Nooddiensten	12
Spoeddienst van een AZ	13
Huisarts	14
Urgentiepsychiatrie	15
Mobiele crisisteams	16
Ambulante of residentiële geestelijke gezondheidszorg	17
4. TOOLS EN PRAKTIJKVOORBEELDEN	19
Niveau 1: Samenwerkingsafspraken tussen hulpverleners en zorginstellingen	19
Niveau 2: Communicatie en delen van informatie over suïcidale personen	24
Niveau 3: Opvolging van suïcidale personen	26
ZELFHULPTOOLS	30
OVERZICHT VAN AANBEVELINGEN	33
5. STAPPENPLAN VOOR IMPLEMENTATIE	34
Bij elkaar komen met betrokken partijen	34
Afspraken maken en vastleggen	34
Afspraken formeel bekrachtigen	35
Afspraken implementeren en borgen	35
Samenwerking evalueren	35
VERDERE ONDERSTEUNING.....	37
REFERENTIES	39
BIJLAGE: ONTWIKKELING VAN DEZE LEIDRAAD	42

1. INLEIDING

Zorgcontinuïteit als knelpunt

De continuïteit van zorg is één van de belangrijkste **knelpunten** in de huidige organisatie van de hulpverlening (Knesper, 2010; Sanddal, Sanddal, Berman, & Silverman, 2003) en dit treft suïcidale personen. Vaak is de zorg voor suïcidale personen niet goed op elkaar afgestemd en is er een gebrek aan doorstroming van informatie en aan opvolging van personen, dit terwijl de **transfermomenten** tussen en binnen zorgorganisaties net risicovolle momenten zijn voor suïcidale personen.

De **opvang en zorg na een suïcidepoging** vormt daarin een cruciaal element. Onderzoek toont duidelijk aan dat na een suïcidepoging vaak nog een hoge mate van suïcidedachten, suïcidale intenties en suïciderisico aanwezig is. Bovendien verhoogt een eerdere suïcidepoging de kans op een herhaalde poging en een overlijden door zelfdoding sterk. Het risico op een herhaalde poging blijkt het grootst de eerste weken na een opname (Hawton et al., 2015; Zahl & Hawton, 2004). Een meta-analyse (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014) wees uit dat op 25 personen die zich na een poging aanmelden in een ziekenhuis, één persoon overlijdt door zelfdoding in de daarop volgende vijf jaren. Dit cijfer bleef de laatste tien jaren ongewijzigd. Uit een andere studie bleek dat 47% van de suïcides gebeurt binnen de maand na ontslag uit het ziekenhuis en 43% daarvan vóór de eerste vervolgspraak (Hunt et al., 2009).

Door een gebrek aan sluitende afspraken tussen hulpverleners en zorginstellingen krijgen suïcidale patiënten niet altijd de meest gepaste (na)zorg. Er is vaak **onduidelijkheid** over de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken hulpverleners en instellingen, vooral wat betreft bereikbaarheid, overdracht en terugkoppeling. Het is van essentieel belang dat zorgorganisaties samen deze kritische momenten in kaart brengen en een betere doorstroming en opvolging nastreven.

Versterken van zorgcontinuïteit als preventiestrategie

Strategieën die de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen versterken blijken **effectief** voor de preventie van suïcide (Zalsman et al., 2016), zie ook Figuur 1. Het opstellen van deze leidraad en tools voor het opzetten van dergelijke strategieën werd dan ook als een belangrijke actie opgenomen in het **Vlaams Actieplan Suïcidepreventie** (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012).

Figuur 1 – Mate van bewijskracht voor verschillende preventiestrategieën (gebaseerd op Zalsman et al., 2016)



Gebaseerd op Zalsman et al., 2016

Heel wat studies beschrijven interventies die zorgcontinuïteit kunnen versterken en suïcides kunnen helpen voorkomen. Turecki en Brent (2016) wijzen in hun review op **drie veelbelovende interventies**:

- Een verbeterde coördinatie tussen de hulpverlening in de eerste en tweede lijn;
- Een frequente follow-up na ontslag uit het ziekenhuis na een suïcidepoging;
- Op internet gebaseerde applicaties om suïcidale personen te monitoren na ontslag en tussen afspraken.

Over deze leidraad

Inhoud

Het doel van deze leidraad is om zorginstanties te **inspireren en versterken** in hun werking en samenwerking. Deze leidraad biedt een basis en aanbevelingen voor het installeren van **meer afstemming, betere afspraken en een betere informatiedoorstroming** tussen de verschillende actoren in de zorg voor suïcidale personen. Daarnaast biedt het ook handvaten en tools om tot een **betere opvolging** van suïcidale personen te komen.

Naast aanbevelingen voor het op elkaar afstemmen van de reguliere face-to-face hulpverlening, is er in deze leidraad ook aandacht voor het aanbod aan **online hulpverlening en zelfzorg**. Dit kan immers een interessante aanvulling of ondersteuning zijn voor de reguliere hulpverlening, maar kan ook een rol spelen bij het overbruggen van eventuele wachttijden.

Alle aanbevelingen in deze leidraad zijn gebaseerd op wetenschappelijk **onderzoek**, succesvolle **praktijkvoorbeelden** uit binnen- en buitenland en opvattingen van **experts** over hoe de organisatie van de zorg voor suïcidale personen er zou kunnen uitzien (zie bijlage voor meer informatie over het ontwikkelingsproces).

De aanbevelingen in deze leidraad zijn voornamelijk gebaseerd op de organisatie van de zorg voor suïcidale **volwassenen**. Dit neemt niet weg dat heel wat aanbevelingen ook toegepast kunnen worden op de zorg voor suïcidale kinderen en jongeren.

Dit document richt zich op de **organisatie van de zorg** en gaat niet in op het inhoudelijk professioneel handelen bij suïcidale personen. Aanbevelingen hierrond zijn opgenomen in de richtlijn rond de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag, uitgegeven door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) (Aerts, Dumon, van Heeringen, & Portzky, 2017).

Uitgangspunten

Een eerste uitgangspunt van deze leidraad is dat **suïcidepreventie een taak is van elke hulpverlener**. Vaak wordt suïcidepreventie gezien als een taak die enkel weggelegd is voor specialisten (psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen, psychiaters). Het is echter belangrijk dat elke hulpverlener alert is voor signalen van suïcidaliteit en hier iets mee doet. Elke hulpverlener kan en moet een rol opnemen indien we werk willen maken van een verbeterde zorgcontinuïteit.

Als tweede uitgangspunt stelt deze leidraad dat aandacht voor zorgcontinuïteit reeds relevant is van **zodra blijkt dat iemand zelfmoordgedachten heeft**, en dus niet enkel pas na een poging of in acute crisissituaties. Dit impliceert dat alle hulpverleners en andere betrokkenen (van nulde tot derde lijn) best weten welke afspraken er in hun regio gemaakt zijn rond de opvang en zorg voor suïcidale personen.

Kernvragen

Deze leidraad omvat antwoorden op volgende **kernvragen**:

- Wat zijn kritische momenten in de zorg voor suïcidale personen?
- Welke mogelijke taken kunnen de verschillende betrokken professionelen opnemen?
- Welke tools en praktijkvoorbeelden zijn voorhanden om afspraken en communicatie tussen hulpverleners te faciliteren en suïcidale personen op te volgen?
- Hoe implementeer je strategieën ter bevordering van zorgcontinuïteit?

2. KRITISCHE MOMENTEN IN DE ZORG VOOR SUÏCIDALE PERSONEN

In de zorg voor suïcidale personen kunnen enkele kritische momenten onderscheiden worden waar duidelijke afspraken rond verantwoordelijkheden en informatiedoorstroming cruciaal zijn voor een goede opvang en zorg: de toegang tot zorg, de samenwerking tussen hulpverleners, transfermomenten en de opvolging bij zorgweigerings.

Onderstaande aanbevelingen zijn grotendeels gebaseerd op het Nederlandse Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens, van Wetten, & Sinnema, 2010).

Toegang tot zorg

Vaak is het voor hulpverleners niet duidelijk bij welke instanties in de regio suïcidale personen terecht kunnen voor welke zorg. Om de toegang tot zorg te faciliteren zouden deze **instanties en hun bereikbaarheid** in kaart dienen te worden gebracht. Volgende elementen zijn nuttig om te weten:

- Toegangstijden: wanneer kunnen suïcidale personen bij deze instantie terecht (bv. enkel binnen of ook buiten de kantooruren)?
- Contactgegevens: contactgegevens en contactpersonen voor doorverwijzers en voor suïcidale personen
- Aanmeldingsprocedure: telefonisch/schriftelijk/persoonlijk, rechtstreeks of via doorverwijzing door arts, wie mag zich aanmelden, welke informatie is nodig bij aanmelding
- Wachtijden: van eerste contact tot behandeling

AANBEVELING

Breng in kaart bij welke instanties suïcidale personen terecht kunnen voor welke zorg en specificeer de bereikbaarheid, contactgegevens, aanmeldingsprocedure en wachttijden van deze instanties.

Samenwerking

Het dient voor alle hulpverleners in de regio duidelijk te zijn **welke partijen** samenwerken in de zorg voor suïcidale personen en **welke zorg** zij kunnen aanbieden aan suïcidale personen. Het is aanbevolen om duidelijke **afspraken** te maken over de zorg die aangeboden wordt, rekening houdend met ieders kerncompetenties. Bovendien moet het voor iedereen duidelijk zijn welke zorg door wie aangeboden wordt, waar ieders grenzen liggen, vanaf wanneer er doorverwezen wordt en naar wie. Volgende vragen zijn hierbij belangrijk:

- Hoe en door wie wordt de samenwerking gecoördineerd en geëvalueerd?
- Hoe worden de taken en verantwoordelijkheden verdeeld?
- Op welke manier vindt er onderling overleg plaats?
- Hoe worden de verschillende betrokken hulpverleners op de hoogte gehouden van informatie met betrekking tot de patiënt: welke informatie wordt op welke manier en op welke termijn doorgegeven? Zie 'Tools en praktijkvoorbeelden' verder in dit document voor ondersteuning hierbij.
- Hoe, wanneer en door wie worden patiënt en naasten betrokken?
- Hoe wordt de opvolging van de patiënt geregeld bij afwezigheid van de behandelende hulpverlener?
- Wat bij overbevraging van een bepaald type hulpverlening: welke alternatieven zijn er voorhanden, hoe wordt de wachttijd overbrugd en waar kan de patiënt terecht voor dringende hulp of vragen?

AANBEVELING

Maak afspraken over wat de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen zijn en over hoe samengewerkt kan worden.

Transfermomenten

Transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties zijn **risicovolle momenten** voor suïcidale personen. Een transfermoment is het moment waarop de suïcidale persoon overgaat van de ene hulpverlener, afdeling of zorginstelling naar de andere. Dit is een cruciaal moment aangezien een vlotte informatiedoorstroming en continuïteit van zorg noodzakelijk zijn voor een optimale zorg voor suïcidale personen.

Een basisprincipe bij elk transfermoment is dat de nazorg van de ene hulpverlener pas eindigt wanneer de volgende hulpverlener de behandelverantwoordelijkheid heeft overgenomen.

Om deze transfermomenten vlot te laten verlopen, dienen duidelijke **afspraken** te worden gemaakt op volgende domeinen:

- Wie neemt contact op met de volgende hulpverlener en welke informatie over de suïcidale persoon wordt op welke termijn en op welke manier doorgegeven? Zie 'Tools en praktijkvoorbeelden' verder in dit document voor ondersteuning hierbij.
- Op welke termijn kan de suïcidale persoon terecht bij de volgende hulpverlener?
- Hoe en door wie wordt de suïcidale persoon tijdens transfermomenten opgevolgd? Voor meer informatie over follow-up, zie de richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (Aerts et al., 2017).
- Welke informatie wordt er aan de suïcidale persoon zelf meegegeven? Zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad.
- Hoe en door wie worden naasten geïnformeerd, betrokken bij een transfer en ondersteund bij een eventuele wachttijd?

AANBEVELING

Maak afspraken over informatiedoorstroming en opvolging van patiënten bij transfermomenten.

Zorgweigering

Zelfs wanneer er duidelijke afspraken gemaakt zijn voor het bevorderen van de zorgcontinuïteit van suïcidale personen en hiervoor extra aandacht is tijdens kritische momenten in de zorg, kunnen er mensen tussen de mazen van het net belanden. Dat kan zijn omdat ze zelf verdere zorg weigeren, omdat er op dat moment geen passende zorg voor hen beschikbaar is of omdat ze vroegtijdig afhaken bij een behandeling. Het is belangrijk deze personen tijdig te identificeren zodat ze **zo snel mogelijk opnieuw in het zorgcircuit** opgenomen kunnen worden wanneer dat mogelijk en wenselijk is. Daarnaast is het belangrijk dat het contact met deze personen behouden blijft en dat er regelmatig gepeild wordt naar het huidige suïciderisico

Het is in deze context aanbevolen om regionale **afspraken voor aanklampende zorg** uit te werken. Volgende vragen staan daarbij voorop:

- Hoe wordt omgegaan met zorgweigering/vroegtijdig afhaken?
- Wie is verantwoordelijk voor het opvolgen van zorgweigeraars en houdt contact met de suïcidale persoon?
- Wat houdt het contact met zorgweigeraars in? Hoe frequent is dit contact? Hoe lang wordt dit contact aangehouden?
- Hoe wordt over dit contact teruggekoppeld naar de betrokken hulpverleners?



Praktijkvoorbeeld: Overleg rond knelpuntdossiers

Vanuit de zorgnetwerken die ontstaan zijn naar aanleiding van artikel 107 wordt regelmatig overleg georganiseerd rond knelpuntdossiers. Hier wordt op patiëntniveau gekeken naar mogelijke alternatieve behandel- of opvolgingsmogelijkheden en worden afspraken gemaakt. Dergelijke netwerken en dergelijk overleg lenen zich goed om zorgcontinuïteit voor suïcidale personen te versterken.

AANBEVELING

Werk uit hoe met zorgweigeraars wordt omgegaan en concretiseer wat aanklappende zorg inhoudt en wiens taak dit is.

3. TAKEN VAN BETROKKEN HULPVERLENERS

Dit deel biedt een overzicht van de verschillende hulpverleners en zorginstaties die betrokken kunnen worden bij de zorg voor suïcidale personen. Samenwerking binnen een bij voorkeur bestaand netwerk is belangrijk. De exacte samenstelling van zo'n **netwerk** is afhankelijk van hoe de zorg in de regio is georganiseerd. Cruciale **partners** zijn de huisarts, de spoeddienst van het algemeen ziekenhuis, het mobiele crisisteam, de ambulante en de residentiële psychische hulpverlening.

Van een aantal sleutelfiguren worden hieronder **mogelijke taken** opgesomd. Dit vormt slechts een leidraad voor het maken van afspraken en beleidsbeslissingen en kan aangepast worden naargelang het aanbod, de specifieke noden, mogelijkheden en draagkracht van de hulpverleners in de regio. De hoge werkdruk in de gezondheidszorg, het probleem van wachtlijsten en de nood aan extra ondersteuning werden meermaals aangekaart als hindernissen bij het afstemmen van deze taken met betrokken hulpverleners.

MOGELIJKE TAKEN	Vertrouwens- persoon	Hulp- lijn	Nood- dienst	Spoed- dienst	Huis- arts	Eerste Professionele opvang	Urgentie- psychiatrie	Mobiel crisisteam	GGZ
1. DETECTIE									
Suïcidaliteit herkennen + bespreekbaar maken	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ernst suïcidaliteit inschatten		x		x	x	x	x	x	x
Suïcidaliteit verder onderzoeken							x	x	x
2. INTERVENTIES									
Veiligheid organiseren (bv. wegnemen middelen, inschakelen nooddiensten, toezicht)	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Eerste medische hulp en/of psychosociale opvang bieden na poging			x	x	x		x		
Eerste opvang naasten na een poging			x		x			x	
Opstartt suïcidespecifieke interventies							x	x	x
3. DOORVERWIJZING + OPVOLGING									
Motiveren tot (samen) hulp zoeken	x	x		x	x	x			
Toeleiden naar meest passende zorg		x	x	x	x	x	x	x	
Mogelijkheden nazorg bepalen en bespreken				x			x	x	x
Andere betrokken hulpverleners inlichten + informeren			x	x	x	x	x	x	x
Nazorg en opvolging suïcidaal persoon			x		x	x		x	x

Vertrouwenspersonen

Wie? Partner, ouders, kinderen, familie, buren, vrienden, ...

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Bij zeer urgente situatie: veiligheid organiseren
 - Suïcidemiddelen verwijderen
 - Nooddiensten inschakelen
 - Zorgen dat suïcidale persoon niet alleen is
- Wanneer minder urgent: suïcidale persoon motiveren om hulp te zoeken en samen op zoek gaan naar meest passende hulp

Hulplijnen

Wie? Zelfmoordlijn 1813, Tele-Onthaal, AWEL, Holebifoon, ...

Mogelijke taken:

- 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
- Zicht hebben op eventuele afspraken die er met hulplijnen gemaakt zijn in het kader van een regionaal netwerk zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

Op dit moment zijn hulplijnen beperkt in hun mogelijkheden tot doorverwijzing naar de reguliere hulpverlening aangezien ze gebonden zijn aan anonimiteit, beroepsgeheim en in de regel slechts éénmalig contact hebben met de suïcidale persoon. Zij kunnen suïcidale personen wel motiveren tot het zoeken van verdere hulp, maar kunnen hier zelf geen actieve rol in opnemen. Een mogelijk piste voor de toekomst zou een (anonieme) doorschakeling kunnen zijn tussen de hulplijnen en de telefonische/online dienst van meer gespecialiseerde

hulpverleningsorganisaties. Bijvoorbeeld van de Zelfmoordlijn 1813 naar Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) of Mobiele Crisisteam (MCT). Mogelijke knelpunten zijn dat dit enkel tijdens openingsuren van de betrokken diensten zou kunnen en dat personen die contact opnemen met een anonieme hulplijn, deze anonimiteit zouden moeten opgeven wanneer ze doorgeschakeld worden. Ondanks deze drempels, verdient deze piste toch verder onderzocht te worden.

Eerste professionele opvang

Wie? Hulpverleners werkzaam binnen CAW/JAC, studentenbegeleiding, CLB, OCMW, thuisverpleging, bijzondere jeugdzorg, woon-zorgcentra, begeleiding van mensen met een beperking, sociale dienst van een bedrijf, arbeidsgeneeskundige dienst, externe preventiedienst, ...

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten
- Indien zeer urgente situatie:
 - Nooddiensten inschakelen
 - Persoon in veiligheid brengen
 - Zorgen dat de suïcidale persoon niet alleen is tot nooddiensten arriveren
- In crisissituatie:
 - Samen met de suïcidale persoon op zoek gaan naar meest gepaste hulpverlening en persoon motiveren deze hulpverlening te contacteren of indien die daar niet zelf toe in staat is en toestemming geeft zelf contact opnemen
 - Veiligheid waarborgen en zorgen dat de suïcidale persoon niet alleen is tot hulpverlening opgestart is
 - Bij hoog suïciderisico in combinatie met zorgweigeren overwegen tot aanvragen van gedwongen opname (via arts)
- Bij een niet-acute situatie:
 - Doorverwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverlening (in overleg met patiënt, naasten en eventuele andere betrokken hulpverleners):
 - Informeren over mogelijke types hulpverlening, vervolgzorg, hulplijnen en zelfzorg (*zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad*) en motiveren om hulp te zoeken
 - Indien mogelijk zelf eerste afspraak maken en/of eerste gesprek met hulpverlener samen voorbereiden
 - Veiligheid bevorderen (bv. beperken van toegang tot middelen, safety plan opstellen)

(zie sjabloon verder in deze leidraad), indien nodig toezicht organiseren

- Contact houden met patiënt tot volgende hulpverlening opgestart is en overbrugging tot volgende hulpverlening voorbereiden (zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad)
- Informatiedoorstroming garanderen (een handig instrument hierbij is het sjabloon voor risico-inschatting, zie verder in deze leidraad)
- Nazorg en opvolging van suïcidale persoon:
 - Mits toestemming van patiënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming patiënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten
 - Mits toestemming van patiënt huisarts en eventuele andere behandelaars inlichten en informatie over suïcidaliteit doorgeven (een handig instrument hierbij is het sjabloon voor risico inschatting (zie verder).
 - Vervolgafpraak maken en indien patiënt niet komt opdagen zelf contacteren
 - Suïcidaliteit blijven opvolgen: alert blijven voor signalen, regelmatig ernst van suïcidaliteit inschatten
- Op de hoogte zijn van de afspraken rond zorgcontinuïteit voor suïcidale personen die in hun regio gemaakt werden

Nooddiensten

Wie? Politie, brandweer, ambulance

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Persoon in veiligheid brengen
- Eerste medische hulp bieden na een poging
- Eerste opvang van naasten na een poging
- Urgentie bepalen en toeleiden naar meest gepaste hulpverlening
- Op de hoogte zijn van regionale diensten en afspraken met betrekking tot de zorgcontinuïteit van suïcidale personen

Spoeddienst van een AZ

Wie? spoedartsen, spoedverpleegkundigen en andere medische specialisten werkzaam op de spoedafdeling van een AZ

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst suïcidaliteit inschatten (*IPEO kan hiervoor een handig instrument zijn, zie: www.zelfmoord1813.be/opvang-van-suicidepogers/ipeo-en-kipeo*)
- Eerste hulp:
 - Eerste medische hulp bij lichamelijk letsel na een suïcidepoging
 - Eerste psychosociale opvang van suïcidale persoon
- Veiligheid organiseren:
 - Zorgen dat er geen suïcidemiddelen voorhanden zijn
 - Bij zeer ernstig risico of kans op herhaling van suïcidepoging: procedure voor (gedwongen) opname in psychiatrie opstarten
- Eerste opvang van naasten die bij aanmelding op spoeddienst aanwezig zijn
- In geval van opname om somatische redenen: interne psychiatrische/psychologische opvolging inschakelen en zorgen voor informatieoverdracht
- Bij ontslag:
 - Suïcidaal persoon motiveren tot hulp zoeken
 - Suïcidaal persoon toeleiden naar meest passende zorg en mogelijkheden tot nazorg bepalen en bespreken:
 - Informeren over mogelijke types hulpverlening, vervolgzorg, hulplijnen en zelfzorg (*zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad*)
 - Indien mogelijk zelf eerste afspraak maken en/of eerste gesprek met hulpverlener samen voorbereiden
 - Aanraden om contact op te nemen met huisarts na ontslag
 - Nazorg en opvolging suïcidaal persoon:
 - Mits toestemming: zelf huisarts en andere betrokken behandelaars contacteren en informeren (*een handig instrument hierbij is het sjabloon voor risico inschatting, zie verder*)
 - Veiligheidsafspraken maken (indien mogelijk samen met naasten): toegang tot middelen bespreken, indien nodig toezicht organiseren
- Op de hoogte zijn van regionale diensten en afspraken die gemaakt zijn in het kader van de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

Huisarts

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten (*zie sjabloon risicoformulering verder in deze leidraad; aanbevelingen rond hoe suïcidaliteit besproken en ingeschat kunnen worden, zijn te vinden in de richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al., 2017)*)
- Bij zeer urgente situatie:
 - Nooddiensten inschakelen
 - Veiligheid waarborgen
 - Indien nodig zelf eerste basiszorg toedienen en zorgen dat de suïcidale persoon niet alleen is tot nooddiensten arriveren
- In een crisissituatie:
 - Samen met de suïcidale persoon op zoek gaan naar meest gepaste hulpverlening en mits toestemming van de patiënt deze hulpverlening contacteren
 - Veiligheid waarborgen en er samen met de naasten voor zorgen dat de suïcidale persoon niet alleen is tot verdere hulpverlening opgestart is
 - Bij hoog suïciderisico in combinatie met zorgweigering overwegen tot aanvragen van gedwongen opname
- Bij een niet-acute situatie:
 - Doorverwijzen naar meer gespecialiseerde hulpverlening (in overleg met patiënt, naasten en eventuele andere betrokken hulpverleners):
 - Informeren over mogelijke types hulpverlening, vervolgzorg, hulplijnen en zelfzorg (*zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad*)
 - Indien mogelijk zelf eerste afspraak maken en/of eerste gesprek met hulpverlener samen voorbereiden
 - Veiligheid bevorderen (bv. beperken van toegang tot middelen, safety plan opstellen (*zie sjabloon verder in deze leidraad*), indien nodig toezicht organiseren)
 - Contact houden met patiënt tot volgende hulpverlening opgestart is en overbrugging tot volgende hulpverlening voorbereiden (*zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad*)
 - Informatiedoorstroming garanderen (*een handig instrument hierbij is het sjabloon voor risico-inschatting, zie verder in deze leidraad*)
- Nazorg en opvolging van suïcidaal persoon:
 - Mits toestemming van patiënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming patiënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten
 - Mits toestemming van patiënt eventuele andere behandelaars inlichten en informatie over suïcidaliteit doorgeven (*een handig instrument hierbij is het sjabloon*

voor risico inschatting, zie verder).

- Vervolgafspraken maken en indien patiënt niet komt opdagen zelf contacteren
- Suïcidaliteit blijven opvolgen: alert blijven voor signalen, regelmatig ernst van suïcidaliteit inschatten
- Nazorg na ontslag uit ziekenhuis/geestelijke gezondheidszorg:
 - Gesprek na ontslag en indien nodig vervolggesprekken waarbij telkens aandacht is voor suïciderisico
 - Indien suïcidale persoon geen contact opneemt of niet komt opdagen zelf contact opnemen
- Opvolgen van suïcidale personen die geen andere zorg willen, vroegtijdig afhaken of niet in aanmerking komen voor andere zorg (bv. wegens geen acuut risico): regelmatig suïciderisico inschatten
- Op de hoogte zijn van regionale diensten en afspraken die gemaakt zijn in het kader van de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

Urgentiepsychiatrie

Wie? artsen, psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en andere hulpverleners werkzaam binnen de urgentiepsychiatrie (EPSI, crisisopname)

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten (*IPEO kan hiervoor een handig instrument zijn, zie: www.zelfmoord1813.be/opvang-van-suicidepogers/ipeo-en-kipeo*)
- Veiligheid organiseren:
 - Zorgen dat er geen suïcidemiddelen voorhanden zijn
 - Indien nodig verhoogd toezicht organiseren
- Suïcidaliteit verder onderzoeken:
 - Risico- en beschermende factoren nagaan
 - Zorgbehoeften nagaan
- Suïcidespecifieke interventie opstarten waarmee binnen crisisopname aan de slag gegaan kan worden
- Nazorg en opvolging van suïcidaal persoon:
 - Mits toestemming van patiënt naasten betrekken, steunend netwerk creëren; indien geen toestemming patiënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten
 - Mits toestemming van patiënt huisarts en eventuele andere behandelaars inlichten en informatie over suïcidaliteit en verloop van begeleiding doorgeven (*een handig*

instrument hierbij is het sjabloon voor risico inschatting, zie verder)

- Suïcidaliteit blijven opvolgen: alert blijven voor signalen, regelmatig ernst van suïcidaliteit inschatten
- Bij transfer of ontslag:
 - Suïcidale persoon toeleiden naar meest passende zorg:
 - Motiveren om verdere hulp te zoeken
 - Informeren over mogelijke types hulpverlening
 - Indien mogelijk zelf eerste afspraak maken en/of eerste gesprek met hulpverlener samen voorbereiden
 - Veiligheidsafspraken maken (indien mogelijk samen met naasten): toegang tot middelen bespreken, indien nodig toezicht organiseren
 - Suïcidale persoon aanraden contact op te nemen met huisarts en eventuele andere behandelaars
 - Indien toestemming zelf huisarts/behandelaar contacteren en informatie doorgeven (*een handig instrument hierbij is het sjabloon voor risico inschatting, zie verder*)
 - Informatie meegeven over mogelijke vervolgzorg, hulplijnen en zelfzorg (*zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad*)
- Op de hoogte zijn van regionale diensten en afspraken rond zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

Mobiele crisisteams

Wie? ambulante intensieve behandelteams voor acute psychische problemen (functie 2A)

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten (*zie sjabloon risicoformulering verder in deze leidraad*)
- Suïcidaliteit verder onderzoeken, met focus op elementen in de thuiscontext:
 - Risico- en beschermende factoren
 - Zorgbehoeften
- Veiligheid organiseren in de thuisomgeving (indien mogelijk samen met naasten):
 - Safetyplan opstellen (*zie sjabloon verder in deze leidraad*)
 - Toegang tot middelen beperken
 - Indien nodig verhoogd toezicht organiseren
- Naasten opvangen en ondersteunen, o.a. door psycho-educatie (wat kunnen ze zelf doen voor betrokkene, wegwijs maken in het zorglandschap)

- Mits toestemming van patiënt naasten betrekken bij behandeling, steunend netwerk creëren
- Suïcidespecifieke interventie opstarten waar binnen de looptijd van de begeleiding door mobiel crisisteam mee aan de slag gegaan kan worden
- Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling:
 - Alert blijven voor signalen
 - Regelmatig ernst van suïcidaliteit inschatten
- Terugkoppelen naar doorverwijzer, huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners over het verloop van de begeleiding (mits toestemming van patiënt)
- Wanneer crisisbegeleiding afloopt:
 - Motiveren tot vervolgzorg, wegwijs maken in het zorglandschap en vervolgzorg bepalen in samenspraak met de suïcidale persoon en naasten
 - Eventueel samen eerste afspraak maken en voorbereiden
 - Contact leggen met volgende hulpverlener om belangrijke informatie met betrekking tot het suïciderisico door te geven
 - Mits toestemming van patiënt terugkoppelen naar doorverwijzer, huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners over de begeleiding en afspraken rond vervolgzorg
 - Mits toestemming van patiënt informatieoverdracht naar volgende hulpverlener
 - Indien lange wachttijd tot start van vervolgzorg overbruggingscontacten voorzien (zelf of in samenspraak met andere betrokken hulpverlener)
 - Suïcidale persoon en naasten informeren over hulpbronnen (*zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad*)
- Op de hoogte zijn van regionale diensten en afspraken met betrekking tot zorgcontinuïteit voor suïcidale personen

Ambulante of residentiële geestelijke gezondheidszorg

Wie? Hulpverleners werkzaam binnen een PZ, PAAZ, psychiatrische verzorgingstehuizen, CCG, instelling voor verslavingszorg, forensische zorg, begeleid zelfstandig wonen, initiatieven beschut wonen, revalidatiecentra, consultatieve psychiatrische of psychologische praktijk binnen een AZ, privépraktijk van psycholoog of psychiater, mobiele teams voor langdurige zorg

Mogelijke taken:

- Suïcidaliteit herkennen en bespreekbaar maken
- Ernst van suïcidaliteit inschatten (*zie sjabloon risicoformulering verder in deze leidraad; aanbevelingen rond hoe suïcidaliteit besproken en ingeschat kunnen worden, zijn te vinden in de richtlijn 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (Aerts et al., 2017)*)

- Suïcidaliteit verder onderzoeken:
 - Risico- en beschermende factoren nagaan
 - Zorgbehoeften nagaan
- Veiligheid organiseren (indien mogelijk samen met naasten):
 - Safetyplan opstellen (*zie verder in deze leidraad*)
 - Toegang tot middelen beperken
 - Indien nodig verhoogd toezicht organiseren
- Suïcidespecifieke interventie opstarten
- Blijvend opvolgen van suïcidaliteit tijdens de behandeling:
 - Alert blijven voor signalen
 - Regelmatig ernst van suïcidaliteit inschatten
- Indien toestemming van patiënt:
 - Naasten betrekken
 - Steunend netwerk creëren
 - Andere betrokken hulpverleners op de hoogte brengen van opvolging
- Indien geen toestemming patiënt trachten te motiveren tot betrekken van naasten
- Bij transfer of ontslag:
 - Vervolgzorg bepalen en opvolgen (informatiedoorstroming, overbruggingscontacten)
 - Suïcidaal persoon en (mits toestemming) naasten informeren over hulpbronnen (*zie overzicht (online) zelfhulptools verder in deze leidraad*)
 - Huisarts en eventuele andere behandelaars inlichten en informatie over suïcidaliteit doorgeven (mits toestemming). *Een handig instrument hierbij is het sjabloon voor risico inschatting (zie verder).*

4. TOOLS EN PRAKTIJKVOORBEELDEN

Dit deel stelt tools en praktijkvoorbeelden uit binnen- en buitenland in de kijker die kunnen helpen en inspireren om de zorg voor suïcidale personen te versterken op drie niveaus:

Niveau 1: Samenwerkingsafspraken tussen hulpverleners en zorginstellingen (netwerkniveau)

- Tool: een stroomdiagram voor visualisatie van afspraken
- Praktijkvoorbeelden: Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit, collaborative care modellen

Niveau 2: Communicatie en delen van informatie over suïcidale personen (hulpverlenersniveau)

- Tool: een sjabloon voor risicoformulering
- Praktijkvoorbeelden: IPEO, the Perfect Depression Program

Niveau 3: Opvolging van suïcidale personen en zelfhulp (patiëntniveau)

- Tool: zelfhulptools op Zelfmoord1813
- Praktijkvoorbeelden: follow-up door hulplijnen, follow-up door casemanagers

Niveau 1: Samenwerkingsafspraken tussen hulpverleners en zorginstellingen

Om de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen te bevorderen dienen er afspraken gemaakt te worden over hoe er samengewerkt wordt tussen verschillende hulpverleners en zorginstellingen binnen de regio. Het uitwerken van **stroomdiagrammen, zorgpaden of samenwerkingsmodellen** is hierbij een veelgebruikte tool.



Tool: stroomdiagram

Om de gemaakte afspraken tussen verschillende hulpverleners en zorginstellingen visueel weer te geven, kan er per regio een stroomdiagram gemaakt worden voor de zorg voor suïcidale personen. Het startpunt van de zorg wordt vaak bepaald door de urgentie van de situatie, bijvoorbeeld:

- Urgent: er is binnen de 20 minuten hulp nodig -> nooddiensten worden

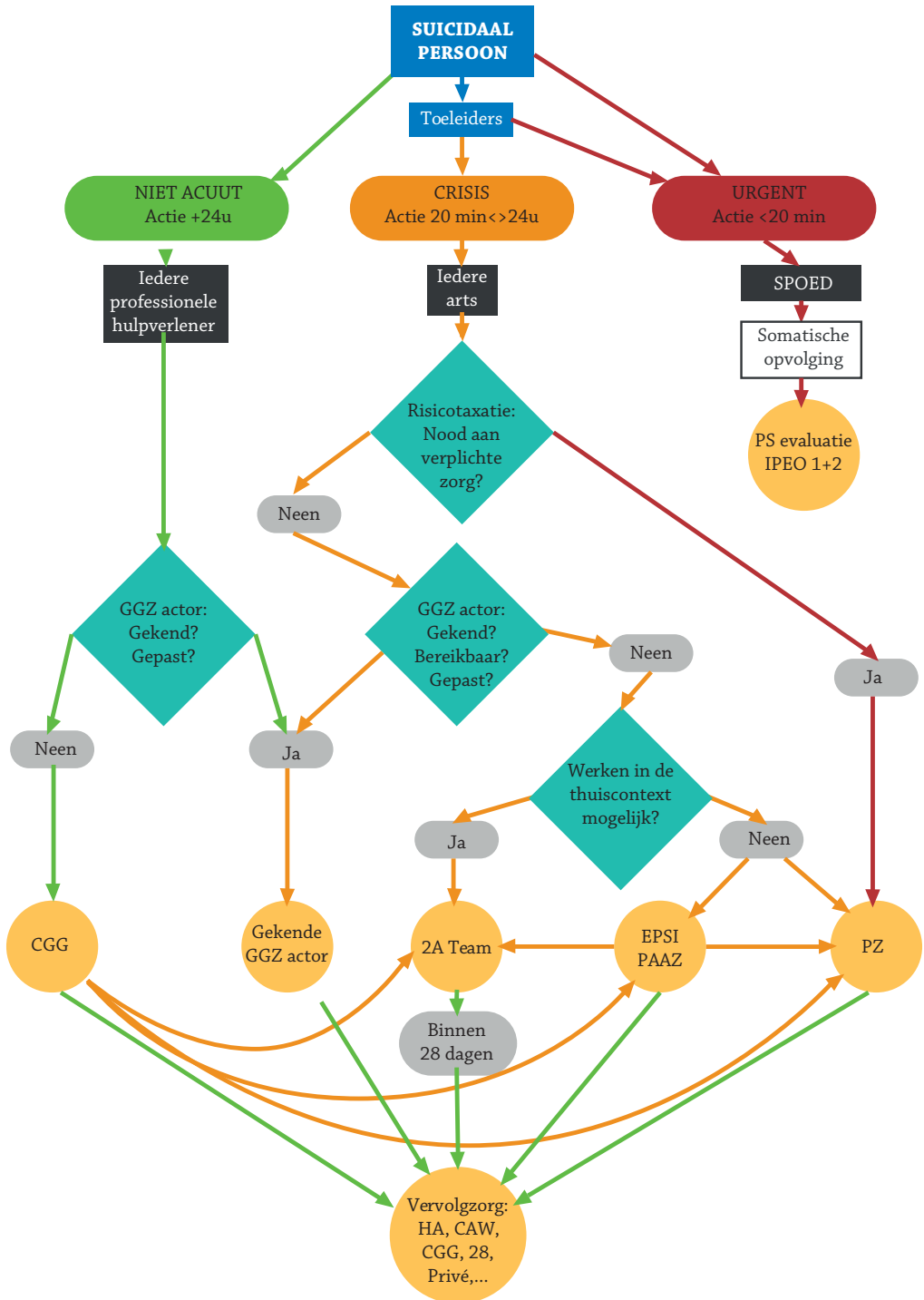
ingeschakeld en die vervoeren suïcidale persoon naar spoedafdeling AZ of PAAZ, daar wordt op basis van een medische somatische inschatting en inschatting van het suïciderisico bepaald welke vervolgzorg nodig is
Bv.: suïcidepoging met letsel, hoge suïcidale intentie, zeer acuut suïciderisico

- Crisis/Acuut: er is binnen de 24 uur hulp nodig (huis)arts wordt ingeschakeld en verwijst door naar snel toegankelijke geestelijke gezondheidszorg zoals een mobiel crisisteam of een crisisopname in een PAAZ
Bv.: concrete zelfmoordplannen
- Niet acuut: geen hulp nodig binnen 24 uur hulpverlener verwijst door naar meest gepaste geestelijke gezondheidszorg (eventueel in overleg met andere betrokken hulpverleners), bij voorkeur reeds betrokken hulpverlening
Bv.: zelfmoordgedachten zonder concrete plannen of lage suïcidale intentie

Ter illustratie wordt het stroomdiagram van de provincie Limburg weergegeven in figuur 2. Bij het opvolgen van een stroomdiagram dienen enkele **aandachtspunten** in acht gehouden te worden:

- Suïcidaliteit kent een wisselend verloop dus risico-inschatting moet regelmatig herhaald worden;
- De mate waarin de patiënt reeds bekend is met bepaalde hulpverleners of vormen van hulpverlening kan een factor zijn in de keuze van de meest geschikte behandelsetting;
- Doorheen het zorgtraject dient er steeds aandacht te zijn voor coördinatie van de zorg en communicatie met de huisarts en eventuele andere betrokken hulpverleners;
- Alle betrokkenen in de zorg voor suïcidale personen volgen best een basisvorming suïcidepreventie en worden geïnformeerd over specifieke afspraken binnen het zorgnetwerk in de regio.

Figuur 2: Stroomdiagram Limburg



Bron: CGG-SP Limburg



Praktijkvoorbeeld: Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit

Het 'Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit' (Hermens et al., 2010) is een praktijkvoorbeeld uit Nederland. Dit document bouwt voort op de Nederlandse 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (van Hemert et al., 2012) en omschrijft welke **samenwerkingsafspraken** kunnen gemaakt worden tussen hulpverleners en zorginstellingen in de keten van zorg voor suïcidale personen.

Het document inventariseert **knel- en verbeterpunten, praktijkvoorbeelden en opvattingen van experts** met betrekking tot de continuïteit van zorg voor suïcidale personen. Verder biedt het document advies over afspraken met betrekking tot het signaleren, toeleiden, inschatten, verwijzen, beoordelen en behandelen van suïcidale personen. Het richt zich in eerste instantie tot de huisarts, de spoedeisende hulp, de acute en consultatieve psychiatrie en de reguliere gezondheidszorg. Die dienen er verder voor te zorgen dat er regionaal/lokaal sluitende afspraken gemaakt worden en dat de toeleidende partijen op de hoogte zijn van de organisatie van de zorg voor suïcidale personen in hun regio.



Praktijkvoorbeeld: Collaborative care modellen

Internationaal gaat steeds meer aandacht uit naar samenwerking tussen verschillende hulpverleners binnen zogenaamde '**collaborative care**' modellen.

Het Depressie Initiatief in **Nederland** werkte bijvoorbeeld een collaborative care model uit als behandelmodel voor depressie (van der Feltz-Cornelis et al., 2012). Het model werd oorspronkelijk ontwikkeld in de Verenigde Staten en is een behandelmodel waarbij hulpverleners in de eerste lijn uit verschillende disciplines samenwerken om de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk uit te voeren. De kern van het model is de organisatie van de zorg in een samenwerkingsmodel met een **care manager**. Deze voert de eerstelijnsinterventies uit, monitort de vooruitgang van de behandeling en coördineert deze behandeling in samenwerking met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en de consulent psychiater. Wanneer de klachten blijven aanhouden, wordt de patiënt naar de tweede lijn doorverwezen. De meerwaarde van dit model zit in de continu gestructureerde **monitoring** van klachten en de korte lijn met de consulent psychiater. Zo kunnen er tijdig stappen genomen worden wanneer er onvoldoende vooruitgang geboekt wordt in de behandeling en kan waar nodig gebruik gemaakt worden van psychiatrische expertise. De behandeling vindt bovendien dicht bij de patiënt plaats en is laagdrempelig. Voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg betekent het model meer samenwerking met hun verwijzers, doordat ze zelf psychiatrisch verpleegkundigen inzetten als care managers en psychiaters aanbieden als consulent psychiater. Op die manier ontstaat er eveneens een duidelijke indicatiestelling voor de doorstroom naar de tweedelijnszorg. Aan het model

is een **webtool** gekoppeld die de monitoring kan sturen en het maken van beslissingen faciliteert. Dit systeem is voornamelijk voor de care manager bedoeld, maar ook de huisarts en de consulent psychiater kunnen er gebruik van maken om te zien hoe ver de patiënt staat in het zorgproces en welke stappen er nog verder in de behandeling moeten worden genomen.

Inspirerende collaborative care modellen vinden we ook in **Noorwegen**. In Baerum werd bijvoorbeeld een samenwerking opgezet tussen de spoedafdeling van het algemeen ziekenhuis, een suïcidepreventieteam binnen dit ziekenhuis en een suïcidepreventieteam buiten het ziekenhuis (Johannessen, Dieserud, De Leo, Claussen, & Zahl, 2011). De spoedafdeling verwijst de suïcidepoging na de eerste medische zorgen door naar het intramuraal suïcidepreventieteam dat bestaat uit maatschappelijk werkers en een liaison psychiater. Dit team staat voornamelijk in voor de crisisopvang en de evaluatie van het psychosociaal functioneren en het inschatten van het suïciderisico van de patiënt. Eenmaal de situatie minder acuut is, verwijzen zij door naar een psychiatrisch ziekenhuis en/of naar het extramuraal suïcidepreventieteam. Dit is een team dat bestaat uit psychiatrisch verpleegkundigen en een psycholoog. Het extramuraal suïcidepreventieteam heeft als taak om follow-up te bieden aan de patiënt, bestaande uit het motiveren tot verdere behandeling, opvolgen van afspraken en het vermijden van drop-out bij verdere nazorg. Ze volgen de patiënt tot een jaar na de suïcidepoging verder op. Tussen de teams bestaat een nauwe samenwerking om gepaste doorverwijzingen te voorzien, tijdelijk te evalueren en eventueel bij te sturen waar nodig.

AANBEVELINGEN

Werk een stroomdiagram uit dat de afspraken en de zorg voor suïcidale personen in de regio visualiseert.

Bekijk mogelijkheden voor samenwerking binnen collaborative care modellen.

Niveau 2: Communicatie en delen van informatie over suïcidale personen

Het is belangrijk dat de verschillende behandelaars op de hoogte zijn van het huidige **suïciderisico** en het verloop van de huidige behandeling van de suïcidale persoon. Daarnaast is het ook belangrijk dat duidelijk gemaakt wordt wat er in de **opvolging** van de suïcidale persoon verwacht wordt van de verschillende betrokken hulpverleners. Volgende tools en praktijkvoorbeelden kunnen helpen of inspiratie bieden om deze informatiedoorstroming vlot te laten verlopen.



Tool: Sjabloon risicoformulering

In de richtlijn rond detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (Aerts et al., 2017) werd een **sjabloon** ontwikkeld dat gebruikt kan worden voor het formuleren van het suïciderisico van een suïcidale persoon (zie: www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/sjabloon-risicoformulering). Dit sjabloon helpt niet alleen om alle aspecten van het suïciderisico in kaart te brengen, maar kan ook een handig instrument zijn om de informatiedoorstroming tussen hulpverleners te bevorderen.

In de toekomst zou het nuttig zijn mocht dergelijke risicoformulering kunnen ingebed worden in bestaande **eHealth toepassingen**. Dit kan de kwaliteit van zorg versterken en biedt ook veel mogelijkheden voor onderzoek naar risico-inschatting (Simon et al., 2018).

Figuur 3: Sjabloon risicoformulering (Aerts et al., 2017)



Bron: Aerts et al, 2017



Praktijkvoorbeeld: Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO)

IPEO is een instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van personen na een suïcidepoging (De Clerck, Vanhove, Vinck, & van Heeringen, 2006). Het is een wetenschappelijk onderbouwd semigestructureerd interview waarmee individuele risicofactoren en zorgbehoeften in kaart worden gebracht. Bovendien leent het zich goed om de communicatie tussen hulpverleners (en meer specifiek tussen spoeddienst en huisarts) te bevorderen. Zo krijgt elke hulpverlener die in contact komt met een suïcidaal persoon zicht op de risicofactoren en zorgbehoeften van deze persoon. IPEO kan ook elektronisch worden ingevuld.

Meer informatie is te vinden op www.zelfmoord1813.be/opvang-van-suïcidepogers.



Praktijkvoorbeeld: The Perfect Depression Program

The Perfect Depression Program werd ontwikkeld in de Verenigde Staten en omvat een innovatief model om suïcide te voorkomen bij personen met een depressie (Knesper, 2010). De basis van dit programma is een elektronisch patiëntendossier waarmee alle hulpverleners (zowel uit de geestelijke als uit de algemene gezondheidszorg) toegang hebben tot informatie over de begeleiding van suïcidale patiënten. Zo kan elke hulpverlener de dossiers raadplegen, zien welke behandelingen reeds voltrokken werden en hoe ver men in deze behandelingen staat.



Praktijkvoorbeeld: Multidisciplinair overleg

Multidisciplinair overleg zal in de toekomst meer en meer belangrijk worden, niet enkel binnen ziekenhuizen maar bijvoorbeeld ook met de betrokken huisarts, psycholoog,... Dit overleg kan ervoor zorgen dat elke hulpverlener in de keten op de hoogte is van waar de suïcidaal persoon staat en maakt het mogelijk dat de taken en verantwoordelijkheden duidelijk overgedragen worden aan de volgende hulpverlener. Dit zou transfermomenten minder risicovol kunnen maken.

AANBEVELING

Maak gebruik van een uniforme manier om het suïciderisico te formuleren en communiceren en bekijk hoe dit kan ingebouwd worden in (elektronische) patiëntendossiers of eHealth systemen.

Niveau 3: Opvolging van suïcidale personen

Een goede opvolging van suïcidale personen is cruciaal. Dit begint van bij de eerste opvang en dient doorgetrokken te worden in de behandeling. Bij transfermomenten of in de periode na ontslag is het risico op suïcidaal gedrag verhoogd, waardoor een goede opvolging van de suïcidale persoon ook dan noodzakelijk blijft.

Na de eerste opvang

Na de eerste opvang van een persoon met zelfmoordgedachten is het belangrijk hem of haar te motiveren voor verdere hulp en indien mogelijk na te gaan of de persoon goed terecht is gekomen bij de volgende hulpverlener of zorginstelling. Er kan ook verwezen worden naar zelfhulptools (meer daarover lees je verder in deze leidraad).



Praktijkvoorbeeld: Follow-up en online therapie door hulplijnen

Ook crisishulplijnen kunnen een rol spelen in de zorgcontinuïteit van suïcidale personen. Zo boden crisiscentra verbonden aan het 'National Suicide Prevention Lifeline network' **follow-up zorg aan suïcidale bellers** (Gould et al., 2018). 550 oproepers die teruggebeld werden, werden bevraagd. Uit deze studie bleek dat de meerderheid aangaf dat het terugbellen hen op korte termijn ervan weerhouden had om zelfmoord te plegen (79.6%) en hen veilig hield (90.6%). Het waren voornamelijk de personen met een verhoogd suïciderisico die aangaven dat ze door het terugbellen niet overgegaan waren tot zelfmoord. Bovendien zorgde dit terugbellen ervoor dat de oproepers een positiever beeld van hulpverlening kregen. Ook op lange termijn was er een impact te zien, dit omwille van het bespreken van wat tot de suïcidaliteit geleid had, de waarschuwingssignalen van dreigende suïcidaliteit en de verkenning van de ambivalentie ten opzichte van het leven en de dood.

De Nederlandse hulplijn 113 Zelfmoordpreventie biedt naast crisisgesprekken ook gratis anonieme **telefonische en online therapie** aan personen die regelmatig aan zelfmoord denken. Suïcidale personen dienen zich eerst aan te melden en binnen vijf werkdagen na de aanmelding gaat de therapie van start met een vaste psycholoog. Het medium voor de therapie mag de zorgvrager zelf kiezen, met keuze uit e-mail, chat en telefoon. Dergelijke werkwijze helpt om de drempel naar hulpverlening te verkleinen. Voor meer informatie over deze methodiek, zie www.113.nl/ik-denk-aan-zelfmoord/therapie



Praktijkvoorbeeld: Referentiepersoon

Om het contact tussen de patiënt en de hulpverlening te faciliteren kan gewerkt worden met een **referentiepersoon**. Deze referentiepersoon wordt door de patiënt zelf aangeduid en is vaak een hulpverlener die ook nog andere taken waarneemt (bv. lid van een mobiel

crisisteam), maar kan ook iemand uit de omgeving van de patiënt zijn (bv. een vriend, familielid of andere vertrouwenspersoon).

Tijdens de behandeling

Ook tijdens de behandeling van personen met zelfmoordgedachten is het belangrijk om alert te blijven voor signalen van suïcidale gedachten, gedrag en plannen en deze bespreekbaar te maken. Zeker bij transfermomenten is er verhoogde aandacht nodig. Zelfhulptools kunnen de patiënt helpen om bijvoorbeeld tussen afspraken door te blijven werken aan het onder controle houden van de zelfmoordgedachten (*zie verder in deze leidraad voor meer informatie*).

Na de behandeling

Follow-up na ontslag kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld via telefoon, sms, e-mail, huisbezoek, postkaarten, ... De effectiviteit van dergelijke interventies op het reduceren van suïciderisico is echter niet altijd eenduidig (Inagaki et al., 2015; Luxton, June, & Comtois, 2013; Milner, Carter, Pirkis, Robinson, & Spittal, 2015). Mogelijks kan een meer persoonlijke aanpak de effectiviteit verhogen, bijvoorbeeld met behulp van een vaste casemanager of referentiepersoon die het contact onderhoudt of een persoonlijk gesprek in plaats van een standaardbrief.



Praktijkvoorbeeld: Attempted Suicide Short Intervention Program

Follow-up kan ingebouwd worden in het behandelprogramma. Zo is follow-up een standaard onderdeel van het **'Attempted Suicide Short Intervention Program'** (ASSIP), een interventie die sinds kort ook in Vlaanderen in de praktijk loopt. Bij dit programma krijgen patiënten na drie à vier individuele therapiesessies gedurende een periode van twee jaar een aantal gepersonaliseerde brieven toegestuurd waarin gepolst wordt naar hoe het met hen gaat en verwezen wordt naar verdere hulp. Onderzoek in Zwitserland wees uit dat het volgen van dit programma de kans op een herhaalde suïcidepoging sterk reduceerde (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert, & Michel, 2016).



Praktijkvoorbeeld: Follow-up via een casemanager

Het aanstellen van een casemanager is een preventieve interventie die de toeleiding naar (na)zorg kan verbeteren bij mensen met zelfmoordgedachten en mensen die een zelfmoordpoging ondernomen hebben. Voor velen van hen is het immers niet vanzelfsprekend om (opnieuw) de stap naar hulp te zetten. Een casemanager die **actief contact zoekt, vertrouwen wint en begeleidt**, kan bijdragen tot de totstandkoming van passende hulp.

De voornaamste **doelstellingen** van casemanagement zijn:

- het aantal suïcidale personen dat in de hulpverlening terecht komt verhogen door hen actief te motiveren en begeleiden om hulp te zoeken
- de vaardigheden om een eventuele suïcidale crisis op te vangen verbeteren
- een steunend netwerk stimuleren
- knelpunten met betrekking tot de (na)zorg signaleren en rapporteren
- reduceren van het aantal suïcides en suïcidepogingen

Onderzoek naar het werken met casemanagers voor suïcidepreventie is eerder beperkt, maar wel veelbelovend. Zo onderzocht men in Denemarken het 'Outreach, Problem solving, Adherence en Continuity'-programma (OPAC) waarbij de suïcidale persoon gedurende een periode van zes maanden actief opgevolgd werd door één vaste hulpverlener. Dit toonde aan dat de interventiegroep significant minder suïcidepogingen ondernam dan de controlegroep (Hvid, Vangborg, Sørensen, Nielsen, Stenborg, & Wang, 2011). Bovendien toonde een follow-up studie dat dit effect tot vijf jaar bleef duren (Lahoz, Hvid, & Wang, 2016). Ook het IMPACT-programma werkt met een casemanager (hier caremanager genoemd) (Unützer et al., 2002, 2006). De rol van de care manager was het informeren van de patiënt over mogelijke behandelopties, het aanbieden van kortdurende psychotherapie, het opvolgen van de depressieve symptomen en de impact van neveneffecten van medicatie, en de follow-up van de patiënten. Deze benadering bleek effectief te zijn in het reduceren van depressieve symptomen en zelfmoordgedachten (Hunkeler et al., 2006; Unützer et al., 2002, 2006). Deze effecten werden vooral gelinkt aan de therapeutische relatie die versterkt werd, het gepersonaliseerde behandelplan en de proactieve follow-up.

Ook in België en Nederland heeft men ervaring met het werken met casemanagers. In het **AZ Sint-Jan** in Brugge werkt men bijvoorbeeld met een casemanager voor het opvolgen van patiënten met een alcohol- of drugsproblematiek. Deze werking blijkt erg effectief te zijn in het verhogen van de behandelbereidheid van de patiënten. Men werkte er een tijd ook met een casemanager voor de opvolging van personen na een suïcidepoging. Dit was een psycholoog in dienst van het ziekenhuis die ook instond voor de behandeling van deze patiënten. De hoge werkdruk maakte dit echter moeilijk realiseerbaar, alsook de dubbele rol van de casemanager als behandelaar én vertrouwenspersoon. Bij de **Amsterdamse OLVH-locaties** West en Oost werkt men met een casemanager voor de preventie van suïcidepogingen. Deze casemanager biedt een actieve follow-up aan personen na een suïcidepoging waarbij het risico op het niet tot stand komen van de noodzakelijke nazorg groot is, bijvoorbeeld bij personen die geen contact hebben met de geestelijke gezondheidszorg en waarvoor geen opname voorzien is. Patiënten kunnen vrijblijvend beroep doen op begeleiding van deze casemanager of de spoedarts kan patiënten aanmelden wanneer hij/zij vermoedt dat er onvoldoende nazorg zal zijn. Deze casemanager blijft

betrokken tot de vervolgzorg opgestart is, de patiënt niet meer acuut suïcidaal is en de casemanager vertrouwen heeft in de continuïteit van de zorg.

Op basis van bovenstaande ervaringen blijken volgende **aandachtspunten** belangrijk in het werken met een casemanager:

- De casemanager is beter niet tegelijk behandelaar, maar wel een vertrouwenspersoon die de weg naar de bestaande hulp faciliteert.
- Een casemanager is best een op zichzelf staande functie, en geen extra taak die een hoofdverpleegkundige, psycholoog of huisarts bovenop zijn of haar takenpakket dient op te nemen.
- Een casemanager kan aangesteld worden door een zorginstelling, maar ook door een zorgnetwerk en op die manier verschillende patiënten opvolgen. De doelgroep en het werkingsgebied van de casemanager is dan afhankelijk van de noden van de regio en de reeds gemaakte afspraken binnen het netwerk.
- De functie kan ook opgenomen kunnen worden door een reeds aanwezige casemanager (rond een co-morbide problematiek) binnen de regio, wat zowel kostenbesparend kan zijn als kan vermijden dat de suïcidaal persoon meerdere casemanagers krijgt.
- Een casemanager beschikt best over een breed netwerk en ervaring met patiënten met psychiatrische problemen en personen die zorg mijden.
- De doelgroep van een casemanager kan zich beperken tot personen na een poging, maar kan ook verbreed worden tot het opvolgen van personen met zelfmoordgedachten.

ZELFHULPTOOLS

De voorbije jaren werden enkele tools ontwikkeld die zelfstandig door de suïcidale persoon gebruikt kunnen worden, maar ook een plaats kunnen krijgen binnen de begeleiding van een suïcidale persoon of kunnen ingezet worden om een transfer tussen verschillende types van hulpverlening te overbruggen.



Zelfmoordlijn 1813

De Zelfmoordlijn is een gratis hulplijn voor mensen die aan zelfmoord denken en hun omgeving. De Zelfmoordlijn is bereikbaar via telefoon op het nummer 1813 (24/24u) en via chat (van 18u30 tot 22u) of e-mail via www.zelfmoord1813.be.



Safety plan

Een safety plan zorgt ervoor dat de suïcidale persoon voorbereid is op een mogelijke suïcidale crisis (Stanley & Brown, 2012; Stanley et al., 2018). Een sjabloon safety plan is te downloaden via www.zelfmoord1813.be/safetyplan.

Figuur 4: Safetyplan (Aerts et al., 2017)



Bron: Aerts et al, 2017

Think Life.

Een online zelfhulp cursus 'omgaan met zelfmoordgedachten'

Een initiatief van Zelfmoord1813

Think Life

Think Life is een gratis, anonieme en online zelfhulp cursus voor iedereen die aan zelfdoding denkt en iets aan deze gedachten wil doen. Think Life is opgebouwd uit oefeningen die zelfstandig en op eigen tempo doorlopen kunnen worden via internet.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/thinklife

BackUp

BackUp

BackUp is een smartphone applicatie die ontwikkeld werd voor personen die aan zelfmoord denken en hun omgeving. De app wil houvast bieden bij zelfmoordgedachten en tools aanreiken om een crisis te overbruggen of een volgende crisis te voorkomen.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/backup

AANBEVELINGEN

Zorg voor een zo goed mogelijke opvolging van suïcidale personen, zowel bij de eerste opvang, tijdens de behandeling, als na ontslag.

Onderzoek de mogelijkheden van een doorschakeling van hulplijnen naar zorginstanties en van het aanbieden van therapie of follow-up gesprekken vanuit de hulplijn.

Moedig het gebruik van zelfhulptools aan bij suïcidale personen.

Bekijk de mogelijkheden voor het aanstellen van een casemanager.

OVERZICHT VAN AANBEVELINGEN

- **Breng in kaart bij welke instanties suïcidale personen terecht kunnen voor welke zorg en specificeer de bereikbaarheid, contactgegevens, aanmeldingsprocedure en wachttijden van deze instanties.**
- **Maak afspraken over wat de taken van de verschillende partijen zijn en over hoe samengewerkt kan worden.**
- **Maak afspraken over informatiedoorstroming en opvolging van patiënten bij transfermomenten.**
- **Werk uit hoe met zorgweigerders wordt omgegaan en concretiseer wat aanklappende zorg inhoudt en wiens taak dit is.**
- **Werk een stroomdiagram uit dat de afspraken en de zorg voor suïcidale personen in de regio visualiseert.**
- **Bekijk mogelijkheden voor samenwerking binnen collaborative care modellen.**
- **Maak gebruik van een uniforme manier om het suïciderisico te formuleren en communiceren en bekijk hoe dit kan ingebouwd worden in (elektronische) patiëntendossiers of eHealth systemen.**
- **Zorg voor een zo goed mogelijke opvolging van suïcidale personen, zowel bij de eerste opvang, tijdens de behandeling, als na ontslag.**
- **Onderzoek de mogelijkheden van een doorschakeling van hulplijnen naar zorginstanties en van het aanbieden van therapie of follow-up gesprekken vanuit de hulplijn.**
- **Moedig het gebruik van zelfhulptools aan bij suïcidale personen.**
- **Bekijk de mogelijkheden voor het aanstellen van een casemanager.**

5. STAPPENPLAN VOOR IMPLEMENTATIE

Een belangrijke parameter bij de implementatie van een strategie voor zorgcontinuïteit voor suïcidale personen is de reikwijdte van het netwerk en de afspraken, of anders gesteld de regio waarop de afspraken betrekking hebben. Wanneer er reeds andere netwerken in de regio bestaan die de samenwerking tussen hulpverleners en zorginstellingen faciliteren kan dit de implementatie van afspraken en tools voor de zorg voor suïcidale personen vergemakkelijken. We bevelen dan ook sterk aan om het thema zorgcontinuïteit voor suïcidale personen **in te bedden in reeds bestaande netwerken**, eerder dan een nieuw netwerk of overleg op te starten. Belangrijk is wel dat de benodigde partijen betrokken zijn (zie stap 1). Daarnaast dienen de gemaakte afspraken duidelijk beschreven en toegankelijk te zijn voor zowel de betrokken hulpverleners en zorginstellingen als voor de hulpvragers.

Bij elkaar komen met betrokken partijen

Het is aanbevolen om een procesbegeleider aan te duiden die binnen het netwerk de strategie voor zorgcontinuïteit begeleidt, opvolgt en evalueert en die fungeert als aanspreekpunt bij vragen of problemen. De procesbegeleider brengt de verschillende partijen in de zorg voor suïcidale personen in de regio samen. Minstens volgende partijen worden betrokken: de huisartsen, de mobiele crisisteam, de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen, de acute en consultatieve geestelijke gezondheidszorg. Zij bepalen op basis van de nood en specifieke kenmerken van de regio welke andere partners betrokken moeten worden (bv. nooddiensten, 0-delijnszorg). Het is aan te raden om bij het maken van de afspraken zowel beleidsmedewerkers als hulpverleners die in de praktijk staan van de verschillende partners te betrekken en het netwerk zo multidisciplinair mogelijk te maken (bv. zowel artsen, psychologen als verpleegkundigen). Op die manier zijn de afspraken gedragen door alle actoren en sluiten ze aan bij zowel beleids- als praktijkknoden.

Het doel is de zorg voor suïcidale personen versterken en beter op elkaar afstemmen. Om dit doel te bereiken is het belangrijk dat de verschillende actoren binnen het netwerk een gemeenschappelijke visie op suïcidepreventie hebben, overtuigd zijn van het belang ervan en gemotiveerd zijn om deze visie na te streven.

Afspraken maken en vastleggen

De verschillende partijen maken afspraken over de verwachtingen, taken en verantwoordelijkheden van iedereen die betrokken is in de zorg voor suïcidale personen. Deze worden schriftelijk vastgelegd door de procesbegeleider. De procesbegeleider zorgt er

ook voor dat alle betrokken partijen en eventuele andere relevante actoren (bv: 0-delijszorg indien die niet betrokken is) worden geïnformeerd over de gemaakte afspraken.

Afspraken formeel bekrachtigen

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

Afspraken implementeren en borgen

Elke partij is verantwoordelijk voor het implementeren en borgen van de regionale afspraken in de eigen zorginstelling/praktijk. Organiseer indien wenselijk een regionaal vormingsmoment over de gemaakte afspraken. Idealiter worden de samenwerkingsafspraken gekoppeld aan de kwaliteitssystemen van de verschillende partijen.

Belangrijke voorwaarden:

- Commitment van alle betrokken hulpverleners en het management en/of bestuur van de organisaties.
- Structureel onderhouden van de deskundigheid met betrekking tot suïcidepreventie en de basisprincipes en uitgangspunten voor een goede hulpverlening aan suïcidale personen (zie de *Richtlijn Detectie en Behandeling van Suïcidaal Gedrag voor meer informatie over deze basisprincipes en uitgangspunten: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex*).

Samenwerking evalueren

Spreek af hoe en wanneer de samenwerkingsafspraken opgevolgd en geëvalueerd worden, en wie hier het initiatief voor neemt. Het is aanbevolen om jaarlijks een evaluatie te houden met alle partijen. Het wordt aangeraden om hierbij te werken met concrete casussen. Spreek af welke gegevens en informatie hiervoor verzameld moeten worden door de verschillende partijen.

Deze evaluatie resulteert in conclusies en aanbevelingen voor verbetering op basis waarvan de afspraken indien nodig aangepast en opnieuw geïmplementeerd worden.

Relevante evaluatievragen:

- Worden de samenwerkingsafspraken nageleefd?
- Zijn de partijen tevreden over de gemaakte afspraken, zijn ze werkbaar in de praktijk?
- Is de kwaliteit van de zorgverlening aan patiënten met suïcidaal gedrag in de regio verbeterd?
- Dienen de afspraken aangepast te worden?

VERDERE ONDERSTEUNING

Voor verder advies en verdere ondersteuning bij het uitwerken van de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen kan je terecht bij volgende tools en diensten.

Richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag



De multidisciplinaire richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaal gedrag geeft aanbevelingen voor de opvang en zorg voor suïcidale personen binnen de gezondheidszorg. Volgende thema's komen hierin aan bod:

- Detecteren en bespreken van suïcidaliteit
- Interventies om het suïciderisico te verlagen
- Wat te doen na een suïcidepoging?
- Wat te doen na een suïcide?
- Hoe een suïcidepreventiebeleid opstellen?

Deze richtlijn is beschikbaar als pdf en in boekvorm, maar kan ook online doorlopen en ingeoeft worden aan de hand van een gratis e-learning: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex.

Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)

CGG-SP heeft een consultfunctie wat betreft suïcidepreventie. Hulpverleners kunnen bij de suïcidepreventiewerking in hun regio terecht met concrete vragen over de begeleiding van suïcidale personen. Daarnaast biedt CGG-SP ook ondersteuning bij het opmaken van een suïcidepreventiebeleid en geeft ze vormingen met betrekking tot suïcidepreventie. CGG-SP kan ook een trekkende, faciliterende of ondersteunende rol spelen bij het opstarten van een regionaal netwerk ter bevordering van de zorgcontinuïteit voor suïcidale personen.

Meer info en contactgegevens: www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg

ASPHA

Met praktijkgerichte vragen en casussen met betrekking tot het begeleiden van suïcidale personen kan je als hulpverlener ook terecht bij ASPHA. ASPHA is bereikbaar via telefoon op 024 24 3000 (elke werkdag tussen 9u en 21u) of via e-mail: info@aspha.be

Meer info is te vinden op: www.zelfmoord1813.be/aspha

REFERENTIES

Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., & Portzky, G. (2017). *Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Gent: Politeia. Gedownload van <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (2012). *Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling "Preventie van zelfdoding"; een Vlaams actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020*. Brussel. Gedownload van [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Vlaams%20Actieplan%20Suicidepreventie%202012-2020.pdf)

Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(2), e89944.

De Clerck, S., Vanhove, R., Vinck, J., & van Heeringen, C. (2006). *Project "Psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers in een Algemeen Ziekenhuis."* Hasselt.

Gould, M. S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Munfakh, J. L., Wright, J., & McKeon, R. (2018). Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 75-86.

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13(3), e1001968.

Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175C, 147-151.

Hermens, M., van Wetten, H., & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht. Gedownload van <https://assets.trimbos.nl/docs/50e2705a-07bf-465f-89f6-91a8078f3a29.pdf>

Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W., Kroenke, K., Lin, E. H. B., ... Unützer, J. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 332(7536), 259-263.

Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological*

Medicine, 39(03), 443.

Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide—II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 292–298.

Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., ... & Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 175, 66-78.

Johannessen, H. A., Dieserud, G., De Leo, D., Claussen, B., & Zahl, P.-H. (2011). Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Bærum, Norway. *BMC Public Health*, 11(1), 81.

Knesper, D. J., American Association of Suicidology, & Suicide Prevention Resource Center. (2010) Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit. Newton, MA: Education Development Center, Inc. Gedownload van <http://www.sprc.org>

Lahoz, T., Hvid, M., & Wang, A. G. (2016). Preventing repetition of attempted suicide—III. The Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(7), 547–553.

Luxton, D. D., June, J. D., & Comtois, K. A. (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 34(1), 32–41.

Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 206(3), 184-190.

Sanddal, N. D., Sanddal, T. L., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2003). A General Systems Approach to Suicide Prevention: Lessons from Cardiac Prevention and Control. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 341–352.

Simon, G. E., Johnson, E., Lawrence, J. M., Rossom, R. C., Ahmedani, B., Lynch, F. L., ... Shortreed, S. M. (2018). Predicting suicide attempts and suicide deaths following outpatient visits using electronic health records. *American Journal of Psychiatry*. Advance

online publication. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17101167

Stanley, B., & Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cog Beh Pract*, 19, 256–64.

Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., ... & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA psychiatry*. Published online July 11, 2018. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.

Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., ... IMPACT Investigators. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836–2845.

Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Hunkeler, E., ... Langston, C. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1550–1556.

van der Feltz-Cornelis, C., Vlasveld, M., Adèr, H., van Marwijk, H., Hakkaart-van Roijen, L., Huijbregts, K., ... Beekman, A. (2012). *Collaborative Care in Nederland*. Utrecht. Gedownload van <https://assets.trimbos.nl/docs/9dc1be81-dc93-466e-9914-93374dc7b3e2.pdf>

van Hemert, A. M., Kerkhof, A. J. F. M., de Keijser, J., Verwey, B., van Boven, C., van Hummelen, J. W., ... van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom. Gedownload van <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag-2012>

Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 70-75.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659.

BIJLAGE: ONTWIKKELING VAN DEZE LEIDRAAD

De ontwikkeling van deze leidraad kadert in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. De leidraad werd uitgewerkt door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), in samenwerking met een stuurgroep en andere betrokkenen en met financiering van de Vlaamse overheid.

In de **stuurgroep** werden relevante partners en doelgroepen van de leidraad opgenomen. Er waren drie bijeenkomsten (23/6/2017; 20/10/2017; 19/2/2018) waarop de stuurgroep de opzet van de leidraad besprak en feedback gaf op de teksten en het implementatievoorstel. De focus van de stuurgroep lag voornamelijk op de inhoudelijke aanbevelingen en de toepasbaarheid van de leidraad in de praktijk. Dank aan alle leden van de stuurgroep voor hun bijdrage:

- Kris Van den Broeck – Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)
- Marie-Lotte Van Beveren – Vlaamse Vereniging voor Klinische Psychologie (VVKP)
- Gorik Kaesemans – Zorgnet-Icuro
- Gert Peeters - Zorgnet-Icuro
- Mercedes Wolters – Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)
- Marie Van Broeckhoven - CGG-SP
- Sarah Holemans – CGG-SP, bij de derde bijeenkomst vervangen door Charlotte Aertsen
- Peter Beks en Tine Willems – Zorg voor Suïcidepogers
- Kirsten Pauwels – Centrum ter Preventie van Zelfdoding
- Magda Coture – Artikel 107
- Stijn Van Buggenhout - Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg (SEL)

Naast de stuurgroep werd tevens **focusgroepen** georganiseerd, bestaande uit coördinatoren en trekkers van bestaande netwerken rond zorgcontinuïteit bij suïcidale personen in Vlaanderen. Er waren twee bijeenkomsten (8/9/2017 en 14/9/2017) waarop de deelnemers knel- en verbeterpunten van bestaande netwerken in kaart brachten en ervaringen deelden. Dank aan alle deelnemers aan de focusgroepen:

- Ewout Van Hove – SaRa
- Lieven Lust – PRIT
- Charlotte Lanneau - CGG-SP
- Kirsten O - CGG-SP

- Mieke Joniaux - CGG-SP
- Sarah Holemans - CGG-SP
- Soetkin Kesteloot - netwerkcoördinator GGZ regio Zuid-West-Vlaanderen
- Beth Van Rompuy - coördinator ketenzorg Deinze
- Lien Neuckermans - CGG-SP

Verder werden in februari 2018 enkele feedbackmomenten georganiseerd met huisartsen, gezien hun centrale rol in de leidraad. Dank aan de deelnemende artsen: Dr. Callebaut, Dr. Bogaert, Dr. Van der Meulen, Dr. Room en collega's.

Tot slot danken we ook de medewerkers van AZ Sint-Jan in Brugge en Lyna Polikar van GGD Amsterdam voor het delen van informatie en ervaringen met betrekking tot het werken met casemanagers.

Meer info: www.zelfmoord1813.be

