

DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

Multidisciplinaire richtlijn
voor hulpverleners in de gezondheidszorg



DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

Multidisciplinaire richtlijn
voor hulpverleners in de gezondheidszorg

COLOFON

Auteurs: Saskia Aerts, Eva Dumon, Kees van Heeringen, Gwendolyn Portzky

30 maart 2017

© Uitgeverij Politeia nv
Keizerslaan 34 1000 Brussel
Tel. (02) 289 26 10
Fax (02) 289 26 19
info@politeia.be
www.politeia.be

Vormgeving: Mindbytes

Een digitale versie van de richtlijn, aangevuld met educatieve e-learning modules, is beschikbaar op www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

Deze richtlijn kwam tot stand in opdracht van en met de steun van de Vlaamse overheid in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Met dank aan de volgende beroepsverenigingen en partners:

Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP), Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP), Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (VVK), Domus Medica en NVKVV (beroepsvereniging voor verpleegkundigen in Vlaanderen).

Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP), Centrum ter Preventie van Zelfdoding, Zorg voor Suïcidepogers, Werkgroep Verder, Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid, Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG) en Zorgnet-Icuro.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteur(s) geen aansprakelijkheid. Eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens mogen altijd aan VLESP bezorgd worden. Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, contact op te nemen met VLESP.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

VOORWOORD

Aan de basis van deze richtlijn ligt de overtuiging dat suïcide voorkomen kan worden en de ervaring dat de kennis inzake de mogelijkheden daartoe niet altijd aanwezig is. Op zich is dat niet verwonderlijk gezien de veelheid aan oorzaken van suïcidaal gedrag, gaande van erfelijkheid tot brede maatschappelijke invloeden. Preventie van suïcide beperkt zich daardoor niet tot de gezondheidszorg, maar de meestal aanwezige context van psychische of lichamelijke problemen maakt dat hulpverleners in die gezondheidszorg een uiterst belangrijke bijdrage aan suïcidepreventie kunnen leveren. Een goed functionerende gezondheidszorg is dus een uiterst belangrijk onderdeel van suïcidepreventie en deze richtlijn beoogt hieraan een bijdrage te leveren.

Inschatten van het risico van suïcidaal gedrag is één van de moeilijkste opdrachten voor hulpverleners. Dat komt ongetwijfeld door de complexiteit aan de basis van de wens zelf een eind aan het leven te maken, maar ook door de angst om zo'n wens bespreekbaar te maken. Het aangaan van een nauw persoonlijk contact met een suïcidale medemens is een heel moeilijke, maar uiterst noodzakelijke stap in de preventie. Eens de kans op suïcidaal gedrag reëel wordt geacht volgt, als begrijpelijk gevolg van de complexiteit en het indringende karakter van de situatie, vaak de onzekerheid over wat gedaan kan en moet worden om suïcide te voorkomen. Er is nochtans heel veel wetenschappelijk onderzoek naar de doeltreffendheid van mogelijke interventies. Deze richtlijn beoogt de belangrijkste bevindingen uit dit wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te stellen ten behoeve van hulpverleners in een praktisch bruikbare vorm.

Bij het opstellen van de richtlijn hebben de auteurs zich daarom gebaseerd op enerzijds beschikbare wetenschappelijke bewijskracht en internationale richtlijnen en anderzijds de aanbevelingen van een begeleidingscomité en klankbordgroep van deskundige vertegenwoordigers van diverse betrokken beroepsverenigingen en organisaties. Zo is geprobeerd het beschikbare wetenschappelijke bewijs om te zetten in een multidisciplinaire en praktisch bruikbare richtlijn.

Een richtlijn is geen dwingende standaard en opvolgen van de aanbevolen tussenkomsten garandeert niet dat suïcide voorkomen wordt. De uiteindelijke beoordeling en keuze van interventie wordt bepaald door de complexe en unieke omstandigheden waarin een mens besluit zelf een eind aan zijn of haar leven te maken. De hulpverlener zal in wijsheid moeten afwegen welke interventies het meest passend zijn om dit te voorkomen. Aan deze wijsheid willen deze richtlijnen een bijdrage leveren.

INHOUD

DEEL 1 – INLEIDING.....	2
1. Inleiding	2
2. Uitgangspunten van suïcidepreventie	6
3. Suïcidaal gedrag: definities en verklaringen	10
4. Basisprincipes in de hulpverlening aan suïcidale personen	18
Overzicht aanbevelingen DEEL 1	24
Referenties	26
DEEL 2 – DETECTIE.....	32
1. Inleiding	32
2. Signalen herkennen en suïcidaliteit bespreekbaar maken	34
3. Acut suïciderisico inschatten	42
4. Suïcidaal gedrag verder onderzoeken	47
5. Doorverwijzing	51
Overzicht aanbevelingen DEEL 2	54
Ondersteunende diensten	56
Referenties	57
DEEL 3 - INTERVENTIES	62
1. Inleiding	62
2. Basisprincipes	63
3. Richtlijnen voor een behandelplan	67
4. Evidence based interventies	75
Overzicht aanbevelingen DEEL 3	88
Referenties	91

DEEL 4 – NA EEN SUÏCIDEPOGING..... 102

1. Inleiding	102
2. Een zorgpad als leidraad	104
3. Aandachtspunten bij jonge suïcidepogers	111
Overzicht aanbevelingen DEEL 4	115
Ondersteunende tools en diensten	116
Referenties	119

DEEL 5 – NA EEN SUÏCIDE..... 124

1. Inleiding	124
2. Na een suïcide: een stappenplan	125
3. Het rouwproces van nabestaanden en mogelijke interventies	133
4. De hulpverlener als nabestaande	138
Overzicht aanbevelingen DEEL 5	142
Referenties	144

DEEL 6 – SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG..... 150

1. Inleiding	150
2. Inhoud van een suïcidepreventiebeleid	154
Overzicht aanbevelingen DEEL 6	172
Ondersteunende diensten	173
Referenties	174

BIJLAGE 1: GEZONDHEIDSZORGWETGEVING..... 182

1. Beroepsgeheim	182
2. Aansprakelijkheid van de hulpverlener na een suïcide van een patiënt	186
3. Patiëntenrechten	189
4. Beschermende maatregelen	192
5. Hulp bij zelfdoding en euthanasie	196
Ondersteunende diensten	198

BIJLAGE 2: METHODOLOGIE EN IMPLEMENTATIE..... 202

1. Inleiding	202
2. Ontwikkelingsproces	202
3. Wetenschappelijke Onderbouwing	205
4. Implementatie	222

DEEL 1

INLEIDING



ALERT ZIJN & CONTACT MAKEN



INGRIJPEN



VERDER OPVOLGEN

DEEL 1 – INLEIDING

1. INLEIDING

Kader: Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

In Vlaanderen overlijden gemiddeld drie personen per dag door suïcide (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016). Het **suïdecijfer** ligt hiermee 1,5 keer hoger dan het EU-gemiddelde. Daarnaast tellen we in Vlaanderen naar schatting 28 suïcidepogingen per dag (Vancayseele, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2015), en geeft 13% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder aan ooit suïcide te hebben overwogen (Gisle, 2014).

Om de hoge suïdecijfers in Vlaanderen terug te dringen, werd in 2012 door de Vlaamse Overheid een tweede **Vlaams Actieplan Suïcidepreventie** (VAS) gelanceerd. Het VAS heeft als doel de Vlaamse gezondheidsdoelstelling ter preventie van zelfdoding te behalen. Die stelt dat het aantal zelfdodingen in Vlaanderen in 2020 met 20% moet gedaald zijn ten opzichte van het jaar 2000. Het VAS is ontwikkeld op basis van vijf wetenschappelijk gefundeerde preventiestrategieën.

Deze richtlijn kadert binnen de vijfde strategie: de ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide. Onderzoek toont immers dat implementatie van suïcidepreventie richtlijnen in de klinische praktijk kan zorgen voor een verhoging van deskundigheid van professionele hulpverleners (Beurs et al., 2015) én voor een daling in de suïdecijfers (While et al., 2012).

Doelgroep en doelstelling

Zo goed als elke hulpverlener zal gedurende zijn of haar carrière geconfronteerd worden met personen die aan zelfmoord denken, een zelfmoordpoging ondernomen hebben of zelfmoord plegen. Voor de meeste hulpverleners binnen de reguliere gezondheidszorg is omgaan met suïcidaliteit echter niet de hoofdtaak, waardoor de ervaring met deze problematiek soms beperkt blijft. Deze beperkte ervaring en de gevoeligheid en complexiteit van het thema, zorgen ervoor dat hulpverleners onzekerheid kunnen ervaren met betrekking tot het omgaan met suïcidale personen.

Deze richtlijn kan hulpverleners helpen bij het detecteren en behandelen van suïcidale gedachten en gedrag. De beoogde doelgroep van deze richtlijn zijn **artsen, psychologen, therapeuten en verpleegkundigen** werkzaam binnen de reguliere gezondheidszorg. Deze richtlijn is bedoeld als **hulpmiddel en naslagwerk**, niet als dwingende standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. De aanbevolen methoden garanderen niet dat suïcidaal gedrag vermeden kan worden. Alle aanbevelingen in deze richtlijn zijn gebaseerd op de wetgeving en organisatie van de gezondheidszorg die gold tijdens de ontwikkeling ervan (anno 2016).

De **doelstellingen** van deze richtlijn zijn:

1. het aanscherpen van de kennis, attitudes en vaardigheden van hulpverleners met betrekking tot suïcidaliteit en het verlagen van de drempel die hulpverleners ervaren in het omgaan met suïcidaliteit, om zo de zorg voor suïcidale personen te verbeteren;
2. handvaten voor de detectie en behandeling van suïcidaliteit aanreiken;
3. het sensibiliseren over het belang en nut van suïcidepreventie en het op de agenda zetten van suïcidepreventie binnen verschillende disciplines;
4. het creëren van een gedeelde visie en taal met betrekking tot suïcidaliteit;
5. *evidence based* werken stimuleren en op basis hiervan beleidsadviezen formuleren.

Alle informatie en procedures met betrekking tot de totstandkoming van deze richtlijn zijn opgenomen in Bijlage 2 - Methodologie en Implementatie.

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn gebaseerd op evidentie die van toepassing is op de **algemene populatie** en zullen niet in elke situatie en bij elke persoon de meest geschikte zijn. Zo vereisen bepaalde specifieke risicogroepen (bv: personen met een autisme-spectrum-stoornis, personen met een psychotische stoornis, ...) of situaties (bv. wanneer de persoon zorg weigert) mogelijk een andere aanpak. In deze richtlijn wordt echter vertrokken vanuit een transdiagnostische benadering. Daarnaast kunnen de meeste aanbevelingen, methodieken en gesprekstechnieken die besproken worden in deze richtlijn zowel bij volwassenen als bij kinderen en jongeren toegepast worden, al zal bij kinderen en jongeren vaak extra ingezet moeten worden op het maken van contact.

E-learning website

Ter ondersteuning van deze richtlijn werd een e-learning website ontwikkeld. De belangrijkste aanbevelingen en richtlijnen kunnen via deze website op basis van e-learning modules en praktijkoefeningen aangeleerd en ingeoeft worden. Deze e-learning website is gratis toegankelijk en komt in aanmerking voor accreditering door het RIZIV.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex



ALERT ZIJN & CONTACT MAKEN



INGRIJPEN



VERDER OPVOLGEN

Inhoud van deze richtlijn

Deze richtlijn bestaat uit zes delen. In elk deel wordt vertrokken van een aantal klinische vragen. Dit zijn concrete, praktijkgerichte vragen die hulpverleners zich kunnen stellen wanneer ze in contact komen met suïcidale personen en waar deze richtlijn een antwoord op tracht te geven. Elke klinische vraag leidt tot een concrete aanbeveling die gestaafd wordt door wetenschappelijke evidentie en waar mogelijk vertaald wordt in concrete tools en handvatten die helpen om de aanbeveling in de praktijk om te zetten.

Aansluitend bevat deze richtlijn een bijlage met betrekking tot gezondheidszorgwetgeving en een bijlage over de totstandkoming en implementatie van deze richtlijn.

Onderstaand schema biedt een overzicht van de belangrijkste klinische vragen per deel.

Deel 1 - Inleiding

- Welke uitgangspunten en basisprincipes staan voorop in de hulpverlening aan suïcidale personen?

Deel 2 - Detectie

- Hoe kan de hulpverlener suïcidaliteit herkennen en bevragen?
- Hoe kan de hulpverlener het acute suïciderisico inschatten en formuleren?
- Waarop moet de hulpverlener letten bij doorverwijzing van een suïcidale persoon?

Deel 3 - Interventies

- Welke componenten bevat een behandelplan voor een suïcidale persoon?
- Wat is een safety plan en welke elementen kan dit bevatten?
- Welke overwegingen zijn belangrijk bij opname?
- Welke neurobiologische en psychotherapeutische interventies zijn aangewezen voor de behandeling van suïcidaal gedrag?

Deel 4 – Na een suïcidepoging

- Waaruit bestaat een optimale opvang en zorg voor suïcidepogers?
- Wat zijn de specifieke aandachtspunten bij de opvang van jonge suïcidepogers?

Deel 5 – Na een suïcide

- Welke stappen moeten hulpverleners ondernemen na een suïcide van een hulpvrager? Welke betrokkenen moeten geïnformeerd en opgevangen worden?
- Hoe kunnen hulpverleners optimale zorg bieden aan nabestaanden? Welke aspecten in het rouwproces verdienen extra aandacht en wat is het effect van rouwinterventies?
- Welke impact kan een suïcide op de hulpverlener hebben en hoe kunnen hulpverleners ondersteund worden?

Deel 6 – Suïcidepreventiebeleid in de zorg

- Welke componenten bevat een specifiek beleid met betrekking tot suïcidepreventie?

2. UITGANGSPUNTEN VAN SUÏCIDEPREVENTIE

Deze richtlijn vertrekt van vijf uitgangspunten die de basis vormen van elke suïcidepreventiestrategie. Binnen de gezondheidszorg zijn deze uitgangspunten van primordiaal belang aangezien de gezondheidszorg een belangrijke rol speelt in de preventie van suïcide. Het onderschrijven en uitdragen van deze uitgangspunten door individuele hulpverleners en zorginstellingen is dan ook een noodzakelijke voorwaarde om een gedeelde visie en taal met betrekking tot suïcidepreventie te creëren en zo op een effectieve manier aan suïcidepreventie te kunnen doen.

Volgende klinische vragen liggen ten grondslag aan de uitgangspunten:

- Kan suïcide wel voorkomen worden?
- Moeten suïcidale personen en suïcidaliteit als problematiek voorrang krijgen in de hulpverlening?
- Wordt suïcidaliteit niet sowieso aangepakt wanneer andere symptomen behandeld worden?
- Is suïcidepreventie niet de taak van specialisten?
- Is suïcidepreventie wel aangewezen in settings waar men amper geconfronteerd wordt met suïcidaliteit?

1. Suïcide kan voorkomen worden

Suïcide gebeurt meestal niet impulsief, bijna altijd gaat er een heel proces aan vooraf (de Graaf, Tuithof, van Dorsseleer, & ten Have, 2011; van Heeringen, 2001). Suïcidepreventie kan pas haar volledige potentieel bereiken wanneer men ervan overtuigd is dat dit proces op elk moment omkeerbaar is en een suïcide dus op elk moment nog voorkomen kan worden. Belangrijk hierbij is om zo vroeg mogelijk in het proces in te grijpen. Het **detecteren en bespreekbaar maken** van suïcidaliteit zijn dus van fundamenteel belang.

Suïcidale personen ervaren een sterke vernauwing in hun denken (O'Connor & Nock, 2014; Taylor, Gooding, Wood, & Tarrier, 2011), vaak in die mate dat ze geen mogelijkheid meer zien om zelf het suïcidale proces te keren. Door de zelfmoordgedachten te bespreken en specifiek aan deze suïcidaliteit te werken, kan een hulpverlener de suïcidale persoon **inzicht geven** in deze gedachten, **alternatieven aanreiken** en **leren omgaan** met deze zelfmoordgedachten.

Dit wil echter niet zeggen dat elke suïcide te voorkomen is en het al dan niet voorkomen van een suïcide is niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van hulpverleners. Het suïcidale

proces is niet rechtlijnig en aangezien suïcidaliteit door zoveel factoren beïnvloed wordt, is het moeilijk te voorspellen of en wanneer iemand zelfmoord zal plegen. Daarom is het belangrijk om **altijd alert te zijn** voor signalen van zelfdoding en zelfdodingsgedachten **actief te bevragen**.

2. Suïcidaliteit krijgt voorrang

Personen met acute zelfmoordgedachten dienen **voorrang te krijgen in de hulpverlening**. Zij zijn immers in levensgevaar. Extra aandacht dient gegeven te worden aan personen die recent een zelfmoordpoging ondernomen hebben, aangezien zij extra kwetsbaar zijn voor herhaald suïcidaal gedrag (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; Hawton et al., 2015).

Zodra het bekend is of vermoed wordt dat een hulpvrager aan zelfmoord denkt, dienen deze zelfmoordgedachten **prioriteit te krijgen in de behandeling**. Pas wanneer het acute suïciderisico onder controle is, kunnen eventuele onderliggende problematieken behandeld worden.

3. Suïcidaal gedrag is een op zichzelf staande problematiek

Vaak wordt suïcidaliteit gezien als een symptoom of een gevolg van een psychische problematiek, zoals depressie. Maar hoewel bij veel suïcidale personen psychische stoornissen spelen (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003), en veel depressieve en bipolaire personen suïcidale gedachten hebben (Hawton, Casañas I Comabella, Haw, & Saunders, 2013; Latalova, Kamaradova, & Prasko, 2014; Novick, Frank, & Swartz, 2010), is **suïcidaliteit niet altijd een symptoom of gevolg van die stoornis**.

Suïcidaliteit moet gezien worden als een **op zichzelf staande problematiek die een specifieke behandeling vereist**. De sterke link tussen psychische stoornissen en suïcidaliteit betekent echter wel dat men bij de behandeling van personen met een psychische stoornis extra alert moet zijn voor signalen van suïcidaliteit en dat er bij suïcidale personen een grondige diagnose dient te gebeuren om de aanwezigheid van mogelijke andere psychische problematieken na te gaan.

4. Suïcidepreventie is een taak voor elke hulpverlener

Vaak wordt suïcidepreventie gezien als een taak voor specialisten, zoals psychiaters of psychologen. Veel hulpverleners durven geen gesprek over suïcidaliteit aan te gaan en schuiven die taak door naar collega's. Het is echter belangrijk dat **elke hulpverlener alert is voor signalen** van suïcidaliteit en **hier iets mee doet**. In deze richtlijn wordt dan ook uitgebreid stilgestaan bij het herkennen van waarschuwingssignalen, het aangaan van een gesprek over zelfmoord en het onderzoeken van zelfmoordgedachten. Elke hulpverlener kan en moet hier een rol in opnemen.

5. Suïcidepreventie speelt zich af op verschillende niveaus

Suïcidepreventie omvat meer dan enkel de behandeling van suïcidale personen. Bij het suïcidepreventiebeleid in Vlaanderen wordt vertrokken van het 'USI model' ('Universal-Selective-Indicated'). Dit model bakent drie preventieniveaus af: universele, selectieve en geïndiceerde preventie (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). **Om een effectief zelfmoordpreventiebeleid uit te werken, moeten acties ondernomen worden op alle drie niveaus.**

- *Universele preventie* richt zich op de volledige bevolking en omvat onder meer de bevordering van geestelijke gezondheid en het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen.
- *Selectieve preventie* is gericht op doelgroepen die een verhoogd risico hebben om suïcidaal gedrag te ontwikkelen.
- Strategieën binnen de *geïndiceerde preventie* richten zich op mensen die reeds suïcidale gedachten hebben of suïcidaal gedrag vertonen.

Hoewel deze richtlijn voornamelijk focust op geïndiceerde preventie, kan binnen een voorziening of praktijk ook werk gemaakt worden van universele preventie (bv.: bekendmaken van de Fit in je Hoofd-campagne (<https://www.fitinjehoofd.be/>), taboe op geestelijke gezondheidsproblemen verlagen, verwijzen naar specifieke hulpbronnen) en selectieve preventie (bv.: specifieke acties of methodieken voor risicogroepen zoals nabestaanden of personen met een psychische problematiek).

AANBEVELING

Om op een goede manier aan suïcidepreventie te kunnen doen, dienen volgende uitgangspunten onderschreven te worden door elke hulpverlener en zorginstelling:

- **Suïcide kan voorkomen worden.**
- **Ernstig suïcidale personen krijgen voorrang op hulpverlening en suïcidaliteit krijgt voorrang tijdens de behandeling.**
- **Suïcidaliteit is een op zichzelf staande problematiek die specifieke interventies vereist.**
- **Suïcidepreventie is een taak voor elke hulpverlener.**
- **Suïcidepreventie dient universeel, selectief en geïndiceerd aangepakt te worden.**

3. SUÏCIDAAL GEDRAG: DEFINITIES EN VERKLARINGEN

Definities

Een gedeelde visie en taal met betrekking tot suïcidepreventie start bij de definiëring van enkele kernbegrippen. Zowel binnen de klinische setting als in de wetenschappelijke literatuur is gebleken dat de definities van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen niet altijd eenduidig zijn. Dit heeft vooral te maken met de beschrijving van de intentie.

De intentie van suïcidaal gedrag is vaak moeilijk vast te stellen en moet breed worden opgevat aangezien bij suïcidaal gedrag niet altijd een intentie om te sterven aanwezig is. Vaak wil men eerder verlost worden van een situatie die als ondraaglijk beschouwd wordt en veel lijden veroorzaakt (Hasley et al., 2008). Om deze reden wordt gebruik gemaakt van de definities van de World Health Organisation (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2004). Deze definities hebben het over suïcide en suïcidepogingen ongeacht of de persoon de duidelijke intentie had om door het gedrag te overlijden:

Suïcide is “een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen”.

In deze richtlijn worden de termen suïcide, zelfmoord en zelfdoding als synoniemen gebruikt. Suïcide wordt voornamelijk in onderzoek en vakliteratuur gebruikt, maar is minder gekend en wordt minder gebruikt door het algemene publiek. Zelfdoding wordt vaak door nabestaanden na zelfdoding geprefereerd omwille van de negatieve connotaties met “moord” in de term zelfmoord. Zelfmoord ten slotte is de meest gebruikte term, en is ook de term die mensen die zelf suïcidaal zijn het meest gebruiken.

Suïcidepoging is “een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken en met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen”.

Hoewel suïcidepogingen herhaald kunnen worden, wordt in bovenstaande definitie het niet-habituele karakter bij suïcidepogingen onderstreept. Hiermee wordt het onderscheid gemaakt met automutilatie of zelfbeschadigend gedrag dat wel een habitueel gedrag betreft, maar geen suïcidale intentie heeft. Belangrijk bij het spreken over suïcidepogingen is dat er niet gesproken wordt over “gelukte” en “mislukte” pogingen. Dergelijk taalgebruik verhoogt immers het stigma bij suïcidepogers.

Naast suïcide en suïcidepoging wordt in deze richtlijn ook gesproken van suïcidaliteit. **Suïcidaliteit** verwijst naar het geheel van suïcidale ideatie (vage gedachten tot concrete plannen), voorbereidende handelingen, suïcidepogingen en suïcide. Het is van belang het onderscheid te maken tussen acute suïcidaliteit en suïcidaliteit als langdurig patroon. Deze richtlijn richt zich eerder op het detecteren en behandelen van acute suïcidaliteit en is minder van toepassing voor de aanpak van chronische suïcidaliteit.

AANBEVELING

In een hulpverlenende relatie is het belangrijk om je woordkeuze (suïcide, zelfdoding of zelfmoord) zo veel mogelijk af te stemmen op die van de hulpvrager. Bij nabestaanden wordt aangeraden de term zelfdoding te gebruiken.

Verklarende modellen voor suïcidaal gedrag

Onderzoek heeft aangetoond dat suïcidaliteit een complex en multifactorieel bepaald probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende risicofactoren, die van neurobiologische, psychologische, sociale en/of psychiatrische aard kunnen zijn.

In deze richtlijn wordt vertrokken van twee modellen die het ontstaan van suïcidaal gedrag trachten te verklaren, met name het integratief model (Van Heeringen, 2007) en het motivationeel-intentioneel model (O'Connor, 2011). Er werd gekozen voor de combinatie van deze modellen omdat ze complementair zijn en samen een duidelijk beeld geven van zowel de complexiteit van risicofactoren als van wat er zich afspeelt in het hoofd van een suïcidale persoon.

Het integratief model

Het integratief model (Van Heeringen, 2007; zie figuur 1) beschrijft de relatie tussen verschillende risicofactoren en vertrekt hierbij vanuit de **combinatie van enerzijds voorbeschikkende kwetsbaarheid en anderzijds uitlokkende factoren**. Suïcidaal gedrag kan worden gezien als het resultaat van onderliggende, permanent aanwezige factoren (voorbeschikkende factoren die de kwetsbaarheid bepalen) die gelijktijdig voorkomen met toestandsgebonden, tijdelijke risicofactoren (stressfactoren), in afwezigheid

van beschermende factoren. Een onevenwicht tussen beschermende en risicoverhogende factoren is hierbij essentieel.

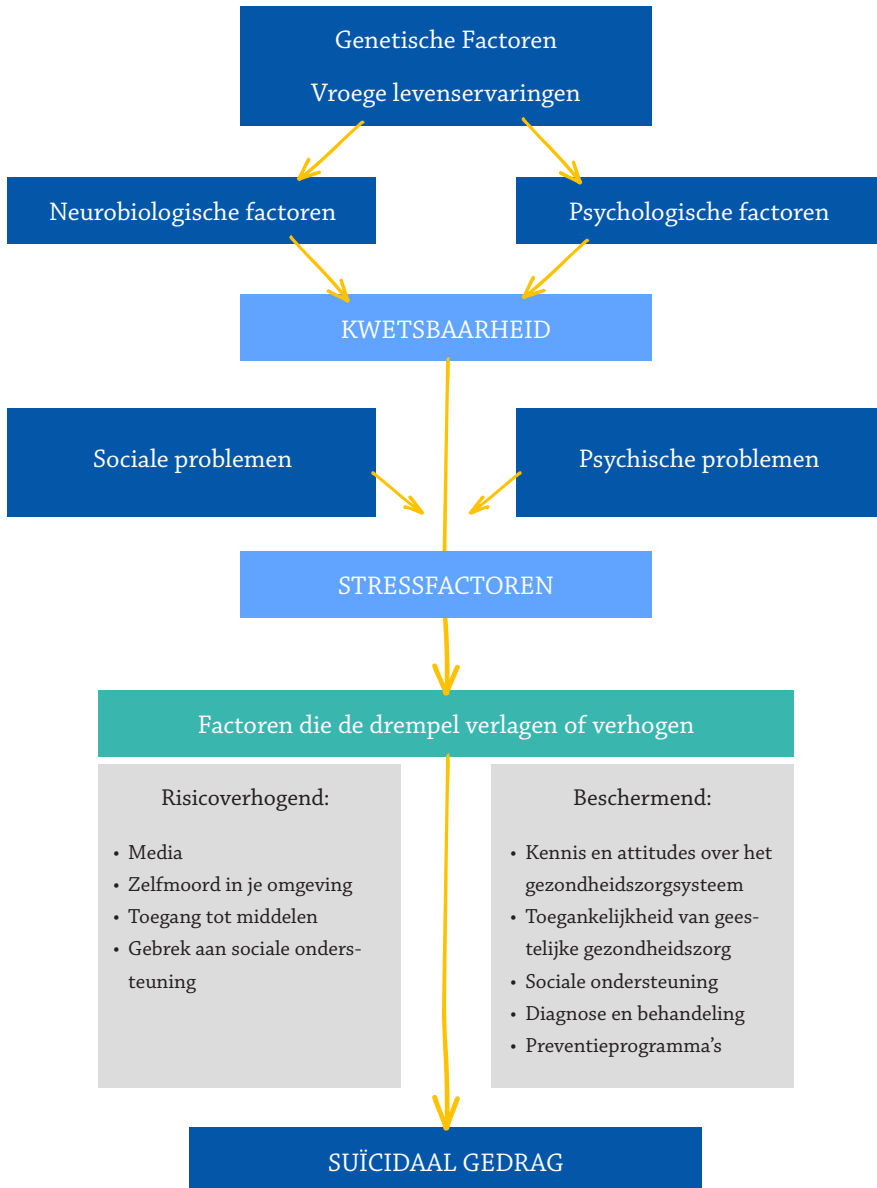
Voorbeelden van voorbeschikkende risicofactoren die de **kwetsbaarheid** bepalen zijn genetische en neurobiologische factoren, zoals afwijkingen in het serotonine neurotransmitter systeem en de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (Van Heeringen & Mann, 2014). Daarnaast zijn ook een aantal psychologische factoren sterk verbonden met een hoger risico op suïcidaliteit, waaronder probleemoplossingsvaardigheden, perfectionisme, hopeloosheid, minder flexibel denken en impulsiviteit (O'Connor & Nock, 2014).

Wanneer bovenstaande voorbeschikkende factoren gelijktijdig voorkomen met bepaalde **stressfactoren**, verhoogt dit sterk het risico op de ontwikkeling van suïcidaliteit. Zo kunnen personen of groepen die geconfronteerd worden met discriminatie of traumatische levenservaringen hierdoor vaak minder beroep doen op psychologische vaardigheden die beschermen tegen de ontwikkeling van suïcidaliteit. Bijvoorbeeld mensen met een lagere socio-economische status (Burrows & Laflamme, 2010), mensen met verlieservaringen (Stein et al., 2010), holebi's en transgenders (Haas et al., 2014), gedetineerden (Fazel, Cartwright, Norman-Nott, & Hawton, 2008), mensen met een psychische stoornis (Chesney, Goodwin, & Fazel, 2014) en slachtoffers van misbruik (Liu & Miller, 2014).

Naast voorbeschikkende en uitlokkende factoren beschrijft het integratief verklarend model ook **drempelfactoren** die de drempel tussen suïcidale gedachten en het overgaan tot suïcidaal gedrag kunnen bepalen. Drempelverhogende factoren kunnen voorkomen dat een suïcidale persoon overgaat tot suïcidaal gedrag. Bijvoorbeeld een sterk en steunend sociaal netwerk (Kleiman & Liu, 2013), kwalitatieve en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg (van der Feltz-Cornelis et al., 2011) en effectieve preventieprogramma's (Mann et al., 2005). Drempelverlagende factoren kunnen de drempel tot suïcidaal gedrag verlagen. Bijvoorbeeld eerder suïcidaal gedrag (Carroll et al., 2014), suïcidaal gedrag in de omgeving (Pitman, Osborn, King, & Erlangsen, 2014), berichtgeving in de media (Niederkrotenthaler et al., 2010) en beschikbaarheid van middelen (Yip et al., 2012).

Op de e-learning website die ontwikkeld werd ter ondersteuning van deze richtlijn vind je een animatie van dit model (www.zelfmoord1813.be/sp-reflex).

Figuur 1: Het integratief verklarend model voor suïcidaal gedrag (Van Heeringen, 2007)



Het motivationeel-intentioneel model

Het motivationeel-intentioneel model (O'Connor, 2011; zie figuur 2) tracht meer inzicht te geven in hoe suïcidale gedachten en gedrag zich kunnen ontwikkelen binnen een persoon, met een specifieke focus op de psychologische toestand. Het vertrekt vanuit de wetenschap dat suïcidaal gedrag ontstaat door een complex samenspel van neurobiologie, psychologie, omgeving en cultuur. Het model onderstreept een belangrijke uitdaging in suïcidepreventie, namelijk de moeilijkheid om in te schatten wie suïcidale gedachten zal ontwikkelen (en wie niet), en bij wie deze gedachten zullen evolueren tot het stellen van suïcidaal gedrag.

Het model omvat drie opeenvolgende fasen waarbinnen suïcidaal gedrag zich kan ontwikkelen:

1. Een **premotivationale fase**, waarin er een interactie ontstaat tussen een bepaalde kwetsbaarheid (bv. biologische kwetsbaarheid), omgevingsfactoren en het meemaken van bepaalde levensgebeurtenissen (bv. relatieproblemen, trauma). Deze factoren illustreren de brede biosociale context waarbinnen suïcidale gedachten en intenties zich kunnen ontwikkelen.
2. Een **motivationale fase**, waarin iemand suïcidale gedachten ontwikkelt.

Binnen deze fase onderscheidt O'Connor drie op elkaar volgende psychologische stadia:

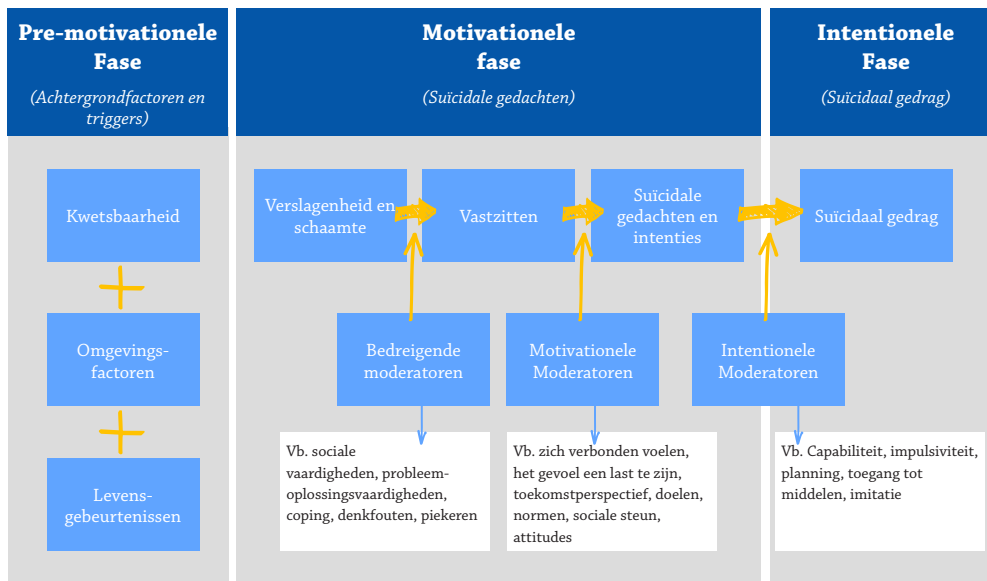
- Verslagenheid en schaamte
 - Vastzitten, geen uitweg zien en hopeloosheid; in het oorspronkelijke model benoemd als 'entrapment'
 - De ontwikkeling van suïcidale gedachten en intenties
3. Een **intentionele fase**, waarin iemand overgaat tot het stellen van suïcidaal gedrag.

In de motivationele en intentionele fase worden drie vormen van **modererende factoren** onderscheiden, die de overgang van een bepaald stadium naar een volgend stadium kunnen faciliteren of verhinderen:

- **Bedreigende moderatoren** modereren de overgang van 'verslagenheid' naar 'entrapment'. Cognitieve factoren (bv. zwart-wit denken, piekeren), probleemoplossende vaardigheden en copingvaardigheden kunnen hier bijvoorbeeld een rol spelen.
- **Motivationale moderatoren** modereren de overgang van 'entrapment' naar de ontwikkeling van suïcidale gedachten en intenties. Bijvoorbeeld de mate waarin iemand zich nog verbonden voelt met anderen en de mate waarin iemand zich een last voelt, kunnen deze overgang beïnvloeden.

- **Intentionele moderatoren** modereren de overgang van suïcidale gedachten en intenties naar suïcidaal gedrag. Zo kunnen bijvoorbeeld impulsiviteit en de toegang tot mogelijke zelfmoordmiddelen (bv. geneesmiddelen, treinsporen, ...) de stap van gedachten naar gedrag faciliteren.

Figuur 2: Het motivationeel-intentioneel verklarend model voor suïcidaal gedrag (O'Connor, 2011)



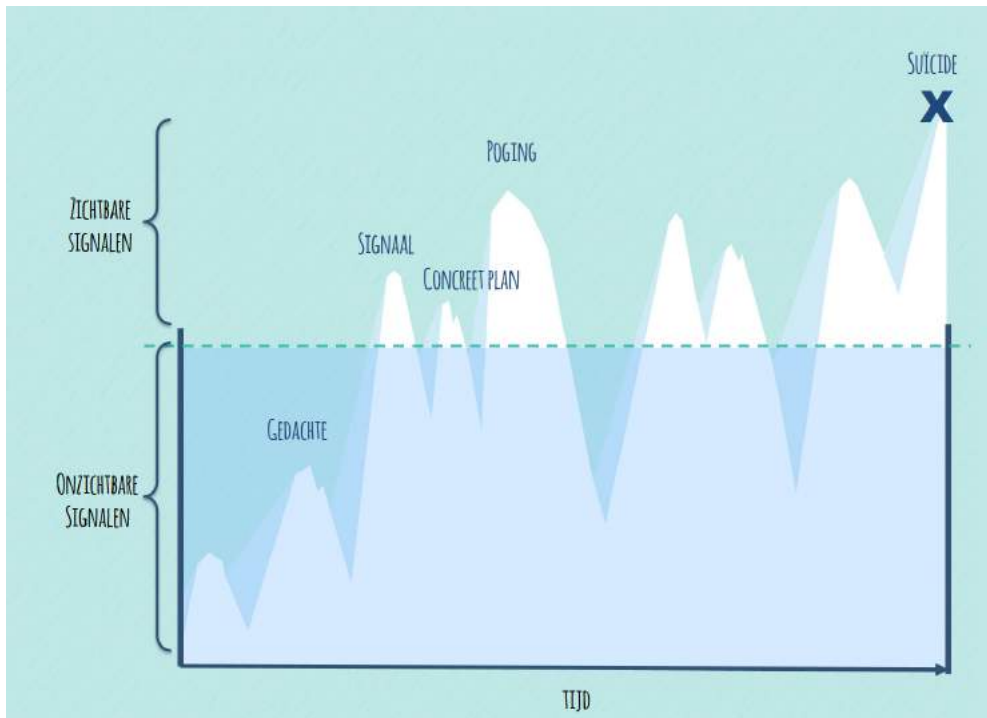
Het suïcidale proces

Een suïcide(poging) gebeurt zelden impulsief. Vaak is er reeds een hele periode aan vooraf gegaan, beginnend met een eerste gedachte, naar meer concrete plannen, tot het uitvoeren van een suïcide of een suïcidepoging (Van Heeringen, 2001). Suïcidaliteit wordt bijgevolg beschouwd als een proces en niet zozeer als een toestand. Een omschrijving die ook beter aansluit bij de ervaringen en getuigenissen van suïcidale personen (bv.: Adams, 1993).

Onderstaande figuur toont een schematische weergave van het suïcidale proces (zie figuur 3). Het suïcidale proces start meestal met suïcidale gedachten of een wens om (tijdelijk) te kunnen ontsnappen aan een problematische situatie. Vaak zijn deze gedachten niet zichtbaar voor de omgeving, maar de meeste suïcidale personen geven wel signalen van hun suïcidaliteit. Hoe acuter de suïcidale gedachten worden, hoe groter de kans dat het individu

een suïcidepoging zal ondernemen. De pieken en dalen in onderstaande figuur tonen dat het suïcidaal proces niet lineair verloopt en dat de intensiteit van de zelfmoordgedachten sterk kan fluctueren. Zo is er vlak na een suïcidepoging vaak een (tijdelijke) daling in de suïcidale intentie, wat een vals gevoel van veiligheid kan veroorzaken bij de hulpverlener.

Figuur 3. Het suïcidale proces (naar: Retterstol, 1993)



Nederlands onderzoek bij de algemene bevolking toont aan dat de gemiddelde tijd tussen het voor het eerst ontwikkelen van zelfmoordgedachten en het voor het eerst ondernemen van een suïcidepoging 2,2 jaar bedraagt (de Graaf et al., 2011). Een cruciaal moment in het suïcidale proces is de beslissing om daadwerkelijk zelfmoord te plegen, het moment waarop de suïcidale ideatie overgaat in suïcidale intentie. Uit onderzoek bij suïcidepogers bleek dat de tijd tussen de beslissing om zelfmoord te plegen en de poging bij een groot deel van de suïcidepogers (47,6%) slechts 10 minuten of minder betrof (Deisenhammer et al., 2009). Het is dus van belang om zo snel mogelijk in het suïcidale proces in te grijpen.

Kenmerkend aan het suïcidale proces is een sterke vernauwing in het denken en ervaren. Deze vernauwing heeft een impact op alle facetten van het leven van suïcidale personen. Het zorgt ervoor dat ze vooral nog negatieve emoties ervaren (bv: wanhoop, verdriet, machteloosheid) en minder open staan voor positieve gevoelens en ervaringen. Ook op hun zelfbeeld heeft de vernauwing een impact en zorgt die ervoor dat ze het gevoel hebben dat ze niet in staat zijn om hun problemen op te lossen. Vernauwing zorgt er soms ook voor dat suïcidale personen zich meer en meer gaan terugtrekken uit het sociale leven en zich isoleren van anderen. Daarnaast treedt er vaak ook in hun denken een vernauwing op, waardoor suïcidale personen vooral nog hun problemen zien en waardoor het lijkt alsof ze nog maar één optie hebben om aan hun lijden te ontsnappen: suïcide. Dit gevoel van “vast zitten” en geen andere uitweg meer zien wordt zowel beschreven in wetenschappelijke literatuur (bv.: O'Connor & Nock, 2014; Taylor et al., 2011), als in getuigenissen van mensen die zelf suïcidaal zijn geweest (bv.: Adams, 1993; Crook, 1990). Suïcide kan dus meestal niet gezien worden als een keuze, want suïcidale personen hebben vaak het gevoel dat ze geen andere keuze hebben dan suïcide.

De motieven voor suïcidaal gedrag kunnen sterk uiteenlopen. Belangrijk hierbij is dat de meeste suïcidale personen niet echt dood willen (Adams, 1993; Gunn, 2015). Ze zien suïcide als een oplossing voor hun problemen die zij als ondraaglijk, onoplosbaar en onomkeerbaar ervaren. Het is dus eerder een middel om hun situatie te veranderen en niet zozeer een doel op zich. De meeste suïcidale personen ervaren bovendien een sterke ambivalentie (Harris, McLean, Sheffield, & Jobes, 2010). Tot op het einde twijfelen ze vaak tussen dood willen en blijven leven.

Op de e-learning website die ontwikkeld werd ter ondersteuning van deze richtlijn vind je een animatie van dit model: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

4. BASISPRINCIPES IN DE HULPVERLENING AAN SUÏCIDALE PERSONEN

Hieronder worden vier basisprincipes onderscheiden die belangrijk zijn bij elk contact met een suïcidale persoon, zowel tijdens de detectie als bij de behandeling van suïcidaal gedrag.



CONTACT MAKEN



BEVORDEREN
VAN VEILIGHEID



BETREKKEN VAN
NAASTEN



CONTINUÛTEIT VAN
ZORG

Volgende klinische vragen liggen aan de grondslag van de basisprincipes:

- Hoe bouw je een goed contact op met de hulpvrager en wat betekent dit?
- Welke factoren moet de hulpverlener in acht nemen voor het bevorderen van de veiligheid van de suïcidale persoon?
- Welke rol kunnen naasten spelen in de preventie van suïcidaal gedrag?
- Waarom zijn follow-up en continuïteit van zorg essentieel en wat houdt dit in?

1. Contact maken



Om een goed beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat bij een persoon heeft geleid tot suïcidaliteit is een goed contact onontbeerlijk. Goed contact houdt in dat de persoon zich vrij kan voelen om over zijn of haar suïcidegedachten te praten.

Een positieve therapeutische relatie bevordert de validiteit en betrouwbaarheid van de verzamelde informatie en vormt de basis voor het tonen van betrokkenheid en begrip, het leggen van contact met eventuele naasten van de persoon en het organiseren van veiligheid en continuïteit van zorg. Onderzoek toont aan dat de mate waarin de persoon de betrokkenheid van de hulpverlener inschat en de mate waarin de hulpverlener zelf de sterkte van de therapeutische band inschat gerelateerd zijn aan het suïcidaal gedrag. Een goede therapeutische relatie blijkt samen te gaan met een vermindering van zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen (Bedics, Atkins, Harned, & Linehan, 2015).

Een goed contact opbouwen kan bemoeilijkt worden door de somatische of psychische toestand van de hulpvrager. Hierdoor kan het zicht op de suïcidaliteit beperkt zijn waardoor het verdere onderzoek van de suïcidaliteit niet of niet volledig mogelijk is. In deze situatie is het aan te bevelen om het verzamelen van meer complete informatie uit te stellen tot een later moment en/of de informatie te verkrijgen via naasten. Ook bij kinderen en jongeren zal er extra aandacht moeten gaan naar het maken van contact en het opbouwen van een vertrouwensband.

Om een goed contact te maken dient de hulpverlener rekening te houden met volgende aandachtspunten:

- Volledige aandacht aan de suïcidale persoon besteden en proberen zich in zijn of haar 'mindset' te verplaatsen door de crisis vanuit zijn of haar perspectief te zien.
- De suïcidale persoon voluit laten spreken over zijn/haar negatieve gevoelens en gedachten die aan de basis liggen van de mentale pijn. Het uiten van deze emoties kan opluchten en plaats maken voor meer positieve gedachten.
- De suïcidale persoon goed opvolgen. Als de betrokkene in crisis is, zie hem of haar dan sneller en meer frequent. Als de betrokkene niet komt opdagen, neem dan meteen contact op. Dit geeft aan dat je betrokken bent, wat zowel het zelfbeeld van de hulpvrager als de therapeutische relatie ten goede kan komen.
- Suïcidale gedachten en intenties op een open manier bevragen en bespreekbaar maken. Hoe je dit kan doen lees je in Deel 2 - Detectie.

AANBEVELING

Investeer in een goed contact en een goede therapeutische relatie met de hulpvrager.

2. Bevorderen van veiligheid



Veiligheid kan nooit volledig gegarandeerd worden, maar om toekomstig suïcidaal gedrag te beperken is het goed om bij suïcidale personen maatregelen te nemen om de veiligheid te bevorderen. In de praktijk komt dit meestal neer op vermijden dat de betrokkene frequent alleen is (door bv. verhoogd toezicht te voorzien) en ervoor zorgen dat de omgeving veiliger gemaakt wordt (door bv. de toegang tot medicijnen te beperken).

De somatische toestand, de ernst van de suïcidaliteit, de mate van samenwerking tussen verschillende hulpverleners en de aanwezige steun van naasten bepalen welke interventies nodig zijn om de veiligheid van de suïcidale persoon zo goed mogelijk te waarborgen. Om meer veiligheid te creëren, dienen volgende aandachtspunten in acht genomen te worden:

- Geef bij een lichamelijk letsel voorrang aan de behandeling van de somatische toestand.
- Maak samen met de betrokkene een safety plan op. Wat dit inhoudt, lees je in Deel 3 - Interventies.
- Bekijk hoe je de toegang tot middelen waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen kan beperken.
- Bespreek met naasten hoe zij kunnen helpen instaan voor de veiligheid van de hulpvrager. Houd hierbij rekening met hun mogelijkheden en draagkracht.
- Ga indien nodig over tot verhoogd toezicht of gedwongen opname. Wanneer dit is aangewezen, lees je in Deel 3 - Interventies.
- Zorg dat je weet hoe en wanneer je beroep kan doen op hulpdiensten, collega's en beveiligingspersoneel.
- Zorg voor een veilige infrastructuur in de praktijk of instelling. Meer hierover lees je in Deel 6 – Suïcidepreventiebeleid in de zorg.

AANBEVELING

Doe inspanningen om de omgeving van de suïcidale persoon veiliger te maken.

3. Betrekken van naasten

Het is na te streven de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om de omgeving in de mate van het mogelijke te betrekken in de verschillende fases van de hulpverlening, van aanmelding tot nazorg. Naasten betrekken bij de behandeling en opvolging kan immers een positief effect hebben op het contact met de hulpvrager, de kwaliteit van de werkrelatie met de hulpvrager en zijn of haar naasten, de effectiviteit en duurzaamheid van de behandeling en de therapietrouw (Diamond & Josephson, 2005).

Naasten kunnen op verschillende vlakken een rol spelen in de hulpverlening:

- Zij kunnen zelf informatie bieden over de betrokkene (bv. over eerdere pogingen, recente ingrijpende levensgebeurtenissen of veranderingen) en meedenken over de hulp die nodig is.
- Ze kunnen hulp en steun bieden bij de opvang en begeleiding van de suïcidale persoon en bij de evaluatie van de behandeling.
- Door hen te betrekken kunnen zij meer bewust gemaakt worden van het belang van verdere hulpverlening. Wanneer zij een positieve houding hebben ten opzichte van hulpverlening, kan dit tot gevolg hebben dat de betrokkene meer bereid is om in te gaan op deze vervolgzorg.
- Zij kunnen ook zelf behoefte hebben aan psycho-educatie, steun en hulp. Het samenleven met iemand met zelfmoordgedachten of iemand die een poging ondernam kan immers een grote emotionele impact hebben op naasten (Ferrey et al., 2016).

Volgende voorwaarden en aandachtspunten zijn hierbij van belang:

- Ga niet te snel over tot het betrekken van naasten. 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, 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 de patiëntenrechten en het beroepsgeheim (zie Bijlage 1 - Gezondheidszorgwetgeving).
- Onderzoek naar ouders van kinderen die zelfbeschadigend gedrag stellen toonde dat volgende zaken helpend waren voor naasten: informatie ontvangen over zelfbeschadigend gedrag, contact met andere families om ervaringen uit te wisselen en een niet-oordelende aanpak van hulpverleners en ondersteunende diensten (Ferrey et al., 2016).

In een gesprek met naasten kunnen volgende aspecten aan bod komen:

- Psycho-educatie over hoe suïcidedachten en -gedrag kan ontstaan en zich kan ontwikkelen, waarschuwingssignalen, het verhoogde risico na verlof of na ontslag, ...
- Stilstaan bij wat aanleiding gaf tot suïcidale gedachten en/of gedrag bij de betrokkene.

- Stilstaan bij het belang van behandeling, welke eerste interventies nodig zijn en welke mogelijkheden er op langere termijn zijn.
- Stilstaan bij de emoties van naasten.
- Stilstaan bij wat naasten kunnen doen als de betrokkene kampt met een suïcidale crisis. Ook het safety plan (zie Deel 2 - Interventies) kan met de naasten besproken worden. Naasten kunnen bijvoorbeeld helpen om de thuisomgeving veiliger te maken voor de suïcidale persoon (bv. door de toegang tot geneesmiddelen en scherpe voorwerpen te beperken).

AANBEVELINGEN

- **Vooraleer naasten te betrekken, stimuleer je de autonomie van de suïcidale persoon en ga je zorgvuldig samen na of de situatie en context er zich toe leent om naasten te betrekken. Sta stil bij de bereidheid van persoon en naasten, bij de draagkracht van de naasten en bij mogelijke voor- of nadelen.**
- **Indien de situatie en context er zich toe leent, motiveer en stimuleer de suïcidale persoon actief om naasten zoveel mogelijk te betrekken, in elke fase van de hulpverlening, van aanmelding tot nazorg.**

4. Zorgen voor follow-up en zorgcontinuïteit



Suïcidaliteit kent een wisselend beloop. Het eenmalig inschatten van het suïciderisico is bijgevolg niet voldoende. Onderzoek naar de suïcidale toestand moet **regelmatig herhaald** worden.

Voornamelijk de transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties zijn risicovolle momenten. Op deze momenten (bv. bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, bij overplaatsing naar een andere behandelsetting of bij ontslag) moet er een degelijke **informatieoverdracht** gebeuren. Lokale samenwerkingsafspraken met de zorgverstrekkers in de regio kunnen dit faciliteren (bv.: met huisartsen, mobiele crisisteam, CGG, ...). Daarnaast dienen de zorgprocessen voor suïcidale personen naadloos op elkaar aan te sluiten.

Het is aan te bevelen om als hulpverlener de betrokkene op te volgen na de behandeling.

Er zijn tal van mogelijkheden voor **follow-up contacten**. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn brieven, huisbezoeken, telefoongesprekken, sms, e-mails en postkaarten. Deze interventies worden voornamelijk toegepast bij het opvolgen van personen na een suïcidepoging. Uit onderzoek blijkt dat het actief volgen van patiënten na een suïcidepoging helpt om de therapietrouw te verbeteren (Fleischmann, 2008; Verwey et al., 2010). Bovendien kunnen follow-up contacten in sommige contexten het aantal suïcidepogingen doen dalen, hoewel dit effect niet in alle studies werd teruggevonden (Luxton, June, & Comtois, 2013; Milner et al., 2015; Inagaki et al., 2015; Hawton et al., 2016).

Meer over de opvang en follow-up van patiënten na een poging lees je in Deel 4 - Na een poging.

AANBEVELINGEN

- **Herevalueer regelmatig het suïciderisico, in het bijzonder bij transfermomenten of ontslag.**
- **Zorg voor een goede informatieoverdracht en goede samenwerkingsafspraken met andere hulpverleningsinstanties om de (na)zorg voor suïcidale personen te continueren en verbeteren**
- **Volg ook na het beëindigen van de behandeling de persoon verder op door middel van follow-up contact.**

OVERZICHT AANBEVELINGEN DEEL 1

Uitgangspunten

Om op een goede manier aan suïcidepreventie te kunnen doen, dienen volgende uitgangspunten onderschreven te worden door elke hulpverlener en zorginstelling:

- Suïcide kan voorkomen worden.
- Ernstig suïcidale personen krijgen voorrang op hulpverlening en suïcidaliteit krijgt voorrang tijdens de behandeling.
- Suïcidaliteit is een op zichzelf staande problematiek die specifieke interventies vereist.
- Suïcidepreventie is een taak voor elke hulpverlener.
- Suïcidepreventie dient universeel, selectief en geïndiceerd aangepakt te worden.

Woordkeuze

- In een hulpverlenende relatie is het belangrijk om je woordkeuze (suïcide, zelfdoding of zelfmoord) zo veel mogelijk af te stemmen op die van de hulpvrager. Bij nabestaanden wordt aangeraden de term zelfdoding te gebruiken.

Basisprincipes

- Investeer in een goed contact en een goede therapeutische relatie met de hulpvrager.
- Doe inspanningen om de omgeving van de suïcidale persoon veiliger te maken.
- Vooraleer naasten te betrekken, stimuleer je de autonomie van de suïcidale persoon en ga je zorgvuldig samen na of de situatie en context er zich toe leent om naasten te betrekken. Sta stil bij de bereidheid van persoon en naasten, bij de draagkracht van de naasten en bij mogelijke voor- of nadelen.
- Indien de situatie en context er zich toe leent, motiveer en stimuleer de suïcidale persoon actief om naasten zoveel mogelijk te betrekken, in elke fase van de hulpverlening, van aanmelding tot nazorg.
- Herevalueer regelmatig het suïciderisico, in het bijzonder bij transfermomenten of ontslag.
- Zorg voor een goede informatieoverdracht en goede samenwerkingsafspraken met andere hulpverleningsinstanties om de (na)zorg voor suïcidale personen te continueren en verbeteren.
- Volg ook na het beëindigen van de behandeling de persoon verder op door middel van follow-up contact.

REFERENTIES

- Adams, A. (1993). *Ik wou dat ik dood was*. de Toorts.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2016). Sterfte door suïcide. Geraadpleegd op 8 december 2016, via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2014>
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy, 52*(1), 67.
- Beurs, D. P. De, Groot, M. H. De, Keijser, J. De, Mokkenstorm, J., Duijn, E. Van, Winter, R. F. P. De, & Kerkhof, A. J. F. M. (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders, 175*, 446–453.
- Burrows, L., & Laflamme, S. (2010). Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 17*(1), 23–40.
- 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.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine, 33*(3), 395–405.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry, 13*(2), 153–160.
- Crook, M. (1990). *Teenagers talk about suicide*. NC Press Limited.
- de Graaf, R., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., & ten Have, M. (2011). *Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking*. Geraadpleegd via <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=AF1093>
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, A. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 14–39). Göttingen: Hogrefe & Huber.

- Deisenhammer, E. A., Ing, C.-M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. M. (2009). The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(1), 19–24.
- Diamond, G., & Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: a 10-year update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(9), 872–87.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(11), 1721–31.
- Ferrey, A.E., Hughes, N.D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*, *6*(1), e009631
- Fleischmann, A. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*(9), 703–709.
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. Van Der Heyden & R. Charafeddine (Eds.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn* (pp. 795–954). Brussel: WIV-ISP. Geraadpleegd via https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde_documenten/WB_NL_2013.pdf
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, *98*(2), 107–109.
- Gunn III, J. F. (2015). Suicide as escape: Baechler, Shneidman, and Baumeister. In J. F. Gunn & D. Lester (Eds.), *Theories of suicide: Past, present and future* (p. 352). Charles C Thomas Publisher.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... Clayton, P. J. (2014). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, *58*(1), 10–51.
- Harris, K. M., McLean, J. P., Sheffield, J., & Jobes, D. (2010). The internal suicide debate hypothesis: exploring the life versus death struggle. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *40*(2), 181–192.
- Hasley, J. P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M. R., Adler, L. E., & Shroyer, A. L. W. (2008). A review of “suicidal intent” within the existing suicide literature. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *38*(5), 576–91.

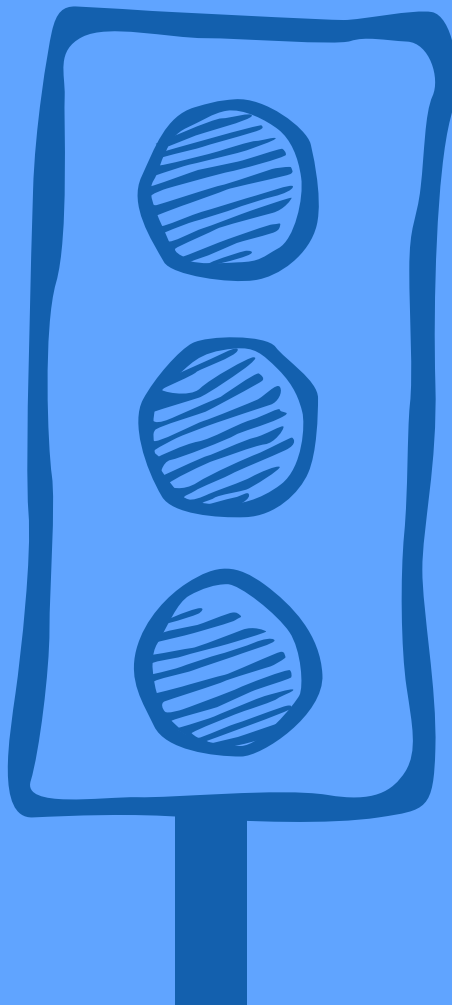
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175C, 147-151.
- Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17-28.
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540-5.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: A review. *Psychiatria Danubina*, 26(2), 108-114.
- Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181-192.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-74.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(4), 848-53.
- Novick, H. A., Frank, E., & Swartz, D. M. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12, 1-9.
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295-8.
- O'Connor, & Nock. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 366(14), 1-13.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94.
- Retterstol, N. (1993). The suicidal process. In *Suicide: A European Perspective* (pp. 135-141). Cambridge: Cambridge University Press.
- Scholten, R. J. P. M., Offringa, M., & Assendelft, W. J. J. (2013). *Inleiding in evidence-based medicine* (4th ed.). Bohn Stafleu van Loghum.

- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., ... Nock, M. K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One*, 5(5), e10574.
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391–420.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., ... Hegerl, U. (2011). Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 32(6), 319–333.
- Van Heeringen, C. (2007). Biologische en genetische oorzaken van suïcidaal gedrag. In C. Van Heeringen (Ed.), *Handboek Suïcidaal Gedrag* (pp. 65–76). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Heeringen, K. (2001). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. Wiley.
- Van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 63–72.
- Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2014*. Gent. Geraadpleegd via <http://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/pdf/06112015-094430-JaarverslagSu%C3%AFcidepogingenVlaanderen2014.pdf>
- Verwey, B., van Waarde, J. A., Bozdağ, M. A., van Rooij, I., de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2010). Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. *Crisis*, 31(6), 303–10.
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., ... Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997 – 2006 : a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, 379(9820), 1005–1012.
- Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. Sen, Wu, K. C. C., & Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 379(9834), 2393–2399.



DEEL 2

DETECTIE



DEEL 2 – DETECTIE

1. INLEIDING

Als hulpverlener kan je op elk moment geconfronteerd worden met een suïcidale persoon. Uit onderzoek weten we immers dat nagenoeg **negen op de tien mensen die overleden zijn door suïcide ten minste één keer contact hebben gehad met een professionele hulpverlener in de laatste drie maanden voor hun dood** (De Leo, Draper, Snowdon, & Kölves, 2013). Ook wanneer suïcidaliteit niet de reden van aanmelding is, is het belangrijk om alert te zijn voor mogelijke signalen. Vaak zijn signalen van een risico op suïcidaal gedrag niet duidelijk waarneembaar en zal de eventuele aanwezigheid van suïcidale gedachten actief bevraagd moeten worden.

In dit deel wordt er gefocust op het herkennen van suïcidaliteit, het bespreekbaar maken van deze suïcidaliteit, de inschatting van het acute suïciderisico en het verder onderzoek van de aanwezige suïcidaliteit.

Net als de andere onderdelen van deze richtlijn zijn ook de aanbevelingen in dit deel van toepassing bij zowel volwassenen als bij kinderen en jongeren die suïcidaal gedrag vertonen. Bij het in kaart brengen van suïcidaliteit bij jongeren dient er echter wel rekening gehouden te worden met specifieke risicofactoren en thema's die spelen bij kinderen en jongeren (bv. (cyber)pesten en sociale media). De problematieken waar jongeren mee geconfronteerd worden lijken op het eerste zicht soms minder ernstig (bv. liefdesverdriet, gevoel hebben er niet bij te horen), maar dit neemt niet weg dat ze wel degelijk een grote impact kunnen hebben op het welbevinden van deze jongeren. Het is dus belangrijk om de problemen of gedachten die aangehaald worden niet te minimaliseren.

De inhoud van dit deel is ook online raadpleegbaar via de e-learning website SP-Reflex op Zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>).

Klinische vragen

Dit deel biedt een antwoord op de volgende klinische vragen:

- Hoe kan ik suïcidaliteit herkennen?
- Hoe kan ik suïcidedgedachten bevragen?
- Hoe kan ik het acute suïciderisico inschatten?

- Hoe kan suïcidaal gedrag verder onderzocht worden?
- Hoe formuleer ik het suïciderisico?
- Waarop moet ik letten bij doorverwijzing en ontslag van een suïcidale persoon?

Basisprincipes

Bij elke hulpvrager dienen volgende basisprincipes in acht genomen te worden om op een goede manier suïcidaliteit te kunnen detecteren.

Contact maken

Om vrij te kunnen praten over zelfmoordgedachten is een positieve therapeutische relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener onontbeerlijk. De hulpverlener dient begrip te tonen voor de situatie van de hulpvrager en ruimte laten voor diens negatieve gevoelens en gedachten.

Veiligheid bevorderen

Een gesprek over zelfmoordgedachten kan alleen op een rustige, empathische manier verlopen wanneer de veiligheid van de suïcidale persoon gegarandeerd is. Zorg ervoor dat de suïcidale persoon geen toegang heeft tot suïcidemiddelen en verzeker dat je beroep kan doen op hulp wanneer de hulpvrager in crisis zou raken tijdens het gesprek.

Naasten betrekken

Om een goed zicht te krijgen op de kenmerken en oorzaken van de suïcidaliteit van de persoon kan het helpen om mensen uit de omgeving van de hulpvrager te betrekken (mits toestemming van de hulpvrager). Zij vormen immers een belangrijke bron van informatie en kunnen meer vertellen over de risico- en beschermende factoren die aanwezig zijn bij de suïcidale persoon.

Zorgen voor follow-up en Continuïteit van zorg

Het verlenen van hulp aan suïcidale personen stopt niet bij het eenmalig inschatten van het suïciderisico. Bij een transfer naar een andere zorgsetting of hulpverlener dient de verzamelde informatie over de suïcidaliteit en de bijhorende risico-inschatting doorgegeven te worden. Om een vlotte doorverwijzing te bekomen, wordt de hulpvrager best van nabij opgevolgd en dient er contact te zijn tussen de opeenvolgende hulpverleners.

2. SIGNALLEN HERKENNEN EN SUÏCIDALITEIT BESPREEKBAAR MAKEN

Aangezien elke hulpverlener in contact kan komen met iemand die aan zelfmoord denkt en indien nodig hulp moet kunnen bieden of inschakelen, is het belangrijk dat alle hulpverleners mogelijke signalen van suïcidaliteit kunnen herkennen. Daarnaast is het ook belangrijk dat je over genoeg kennis en vaardigheden beschikt om hierover in gesprek te gaan met de suïcidale persoon. Dit is immers noodzakelijk om het acute risico te kunnen inschatten en de meest gepaste hulp te kunnen bieden. In dit onderdeel lees je meer over de mogelijke signalen die er zijn, hoe je die kan herkennen en bespreekbaar maken en hoe je kan omgaan met weerstand.

Signalen herkennen

Meer dan de helft van de mensen die aan zelfmoord denken, zenden bewust of onbewust signalen uit (McPhedran & De Leo, 2013). Deze signalen kunnen heel verschillend zijn. Hoewel er talloze signalen op internet circuleren (Mandrusiak et al., 2006), beperkt deze richtlijn zich tot die signalen waarvoor wetenschappelijk bewijs voorhanden is. Een werkgroep van de American Association of Suicidology (AAS) heeft hier onderzoek naar verricht en een lijst van signalen opgesteld¹. In deze lijst worden twee soorten signalen onderscheiden: expliciete dreigingen en andere waarschuwingssignalen.

De volgende **dreigingen** vereisen onmiddellijke hulp of aandacht:

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

Deze dreigingen kunnen zowel indirect als direct geuit worden. Voorbeelden van directe uitingen van dreigingen zijn:

- “Ik ga zelfmoord plegen.”
- “Ik wil dood.”
- “Ik wil een einde aan mijn leven maken.”
- “Ik wil niet meer leven.”

Voorbeelden van indirecte dreigingen zijn:

¹ Zie: <http://www.sprc.org/about-suicide/warning-signs>

- “Mijn leven is zinloos.”
- “Ik zie het niet meer zitten.”
- “Ik ben jullie tot last.”
- “Ik heb mijn testament gemaakt.”
- “Het hoeft voor mij niet meer.”
- “Van mij zal je geen last meer hebben.”
- “Ik kan er niet meer tegen, het zou beter zijn als het gedaan is.”
- “Ik zou willen slapen en nooit meer wakker worden.”
- “Ik wil bij mijn papa zijn die overleden is.”

Daarnaast onderscheidt men ook **waarschuwingsignalen** die minder dringende hulp vereisen, maar wel aanleiding geven tot verder onderzoek:

- Hopeloosheid (bv.: “Het zal nooit meer beter gaan”, “Ik zal voor altijd alleen zijn”, “Niemand zal ooit nog van mij houden”, “Ik ben gedoemd om te mislukken”, “Ik heb niets meer om voor te leven”)
- Woede, boosheid of wraakzucht
- Roekeloos gedrag of het schijnbaar zonder nadenken ondernemen van risicovolle activiteiten
- Gevoel vast te zitten, geen uitweg te weten
- Toenemend alcohol- of druggebruik
- Zich terugtrekken van familie, vrienden of de samenleving
- Angst, agitatie of slaapproblemen
- Sterke stemmingswisselingen
- Geen redenen zien om te leven, de zin van het leven niet zien

Uiteraard verschillen signalen voor suïcidaal gedrag sterk van persoon tot persoon en van situatie tot situatie. De aanwezigheid van bovengenoemde signalen betekent niet altijd dat er sprake is van suïcidaliteit. Ze kunnen ook een teken zijn van andere problematieken, bijvoorbeeld een onderliggende stemmingsstoornis of een recent verlies van een dierbare.

Om de juiste toedracht van de signalen te bepalen is het essentieel om ze te bevragen en indien nodig verder te onderzoeken.

Het risico op suïcidaal gedrag wordt groter wanneer er meerdere signalen gedurende langere tijd aanwezig zijn. Een onderzoek op basis van psychologische

autopsiestudies bij mensen die overleden zijn door suïcide heeft aangetoond dat in de meerderheid van de gevallen (55%) vijf of meer van bovenstaande signalen aanwezig waren en in 84% van de gevallen waren dat er drie of meer (Berman & Silverman, 2014).

Signalen kunnen **onduidelijk** zijn of gemaskeerd worden, zeker voor directe betrokkenen. Bovendien zijn er vaak ook signalen waarneembaar die net niet op suïcidaliteit wijzen of die elkaar tegenspreken, en hebben we vaak de neiging om te focussen op aanwezige positieve signalen (Owens et al., 2011).

Hoewel je kan oefenen op het herkennen van signalen, is suïcidaal gedrag niet te voorspellen. Niet alleen omdat signalen niet altijd zichtbaar zijn, ook omdat suïcidaliteit een complex fenomeen is waar de meeste hulpverleners niet dagelijks mee geconfronteerd worden. Als hulpverlener speel je echter een cruciale rol in de detectie van suïcidaal gedrag en het herkennen van signalen is hier een belangrijk onderdeel van (Rudd, 2008). **We raden dan ook aan om altijd alert te zijn voor mogelijke signalen van suïcidaliteit en in geval van twijfel de eventuele aanwezigheid van suïcidaliteit actief te bevragen.**

AANBEVELING

Om op tijd te kunnen ingrijpen, dien je altijd bij alle hulpvragers alert te zijn voor mogelijke signalen van zelfmoordgedachten.

Suïcidaliteit bespreekbaar maken

Praten over suïcidaliteit is noodzakelijk om de ernst van het verlangen naar zelfmoord in te schatten. Daarnaast helpt het de suïcidale persoon ook om zijn of haar gedachten omtrent zelfdoding te ordenen en het isolement te doorbreken. In dit onderdeel lees je meer over wanneer je de aanwezigheid van suïcidaal gedrag best actief gaat bevragen, waarom dat belangrijk is, hoe je dat kan doen en hoe je omgaat met weerstand bij suïcidale personen om hierover te spreken.

Voor we hier verder op ingaan, willen we erop wijzen dat een open gesprek over suïcidaliteit enkel mogelijk is wanneer er een goed contact is tussen de hulpverlener en de hulpvragers. De basisprincipes die besproken worden in Deel 1 – Inleiding zijn dan ook cruciale voorwaarden om een dergelijk gesprek goed te laten verlopen.

Waarom

Het bevragen van suïcidale gedachten is de enige manier om het suïciderisico te detecteren en tijdig hulp te kunnen bieden of inschakelen. Bovendien biedt dit de suïcidale persoon de mogelijkheid om open te spreken over zijn of haar suïcidegedachten en de wanhoop die hij/zij ervaart. Op deze manier wordt erkenning gegeven aan de gedachten en gevoelens die de suïcidale persoon bezighouden. Wanneer hier open en begripvol op wordt ingegaan (zie ook de basisprincipes in Deel 1 - Inleiding), is dat vaak een enorme opluchting voor mensen die met deze gedachten worstelen (Biddle et al., 2013). Hoewel onderzoek aantoont dat praten over zelfmoordgedachten niet makkelijk is voor suïcidale personen (O'Mara, Hill, Cunningham, & King, 2012), **zal je iemand niet aanzetten tot zelfmoord of op gedachten brengen door ernaar te vragen** (Dazzi, Gribble, Wessely, & Fear, 2014; Gould et al., 2005). De meeste suïcidale personen geven aan dat ze bereid zijn om over hun zelfmoordgedachten te praten met een hulpverlener als die ernaar zou vragen (O'Mara et al., 2012).

Wanneer

Gezien het wisselende verloop van het suïcidale proces en het verhoogde risico op zelfdoding **in de volgende situaties**, bevelen we aan om de aanwezigheid van zelfmoordgedachten zeker actief te bevragen (Brown, 2000; Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; Hawton et al., 2015; Zahl & Hawton, 2004):

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

Hoe

De volgende tips kunnen helpen om het gesprek over de zelfmoordgedachten op een open manier aan te gaan.

Wat werkt:

- Rustig en open praten over zelfdoding en over het verlangen om te sterven. Denk hierbij aan het inschatten van het acute suïciderisico.

- Luisteren en proberen te begrijpen wat de suïcidale persoon beleeft.
- Erkenning geven voor de gevoelens die de hulpvrager op dat moment ervaart.
- Inzicht geven door motieven te bevragen en ambivalentie te bespreken.
- Zorgbehoeftes bespreken, uitleg geven over welke hulp mogelijk is en (indien je zelf geen verdere hulp kan bieden) aanmoedigen om contact te zoeken met meer gespecialiseerde hulp.
- De hulpvrager laten ventileren: ruimte laten om gevoelens van hopeloosheid, kwaadheid, verdriet, onmacht, ... te uiten.
- De omgeving oproepen om een vangnet rond de suïcidale persoon op te bouwen en hen daarin de nodige ondersteuning bieden.

Wat werkt niet:

- Veroordelen van de gedachten, de gevoelens en/of het gedrag van de hulpvrager.
 - “Daar mag je niet aan denken.”
 - “Dat lijkt me wat overdreven, zelfmoord is geen oplossing.”
- Meteen positieve zaken aangeven.
 - “Maar we hebben de laatste tijd toch veel vooruitgang geboekt?”
 - “Maar de laatste keer vertelde je nog zo enthousiast over ...”
- Onmiddellijk oplossingen aandragen.
 - “Ga er eens tussenuit, dan voel je je vast al een stuk beter.”
- Valse hoop geven, of beloftes doen die je niet kan nakomen.
 - ”Ik beloof dat ik er met niemand anders over zal praten.”
 - “Ik ga al je problemen oplossen.”
- De persoon proberen overtuigen om verder te leven voor de omgeving (partner, kinderen, ouders...) of de persoon erop wijzen wie hij of zij achterlaat.
 - “Je kan je kinderen toch niet zomaar achterlaten?”
 - ”Denk eens aan je ouders, dat kan je hen toch niet aandoen?”
- De zaken die de persoon aangeeft, minimaliseren.
 - “Het valt toch allemaal wel mee”
 - “Zo erg is het toch allemaal niet?”
- De persoon uitdagen in zijn of haar suïcidale gedachten en/of gedrag.
- In discussie gaan over suicide, het recht om te leven of te sterven,

Het is echter niet altijd makkelijk om uit het niets over een gevoelig onderwerp als zelfmoord te beginnen praten. Soms kan het helpen om te **vertrekken vanuit een concrete observatie**, bijvoorbeeld vanuit eventuele signalen die je opgevangen hebt.

Voorbeeldvragen:

- “Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je hiermee dat je aan zelfmoord denkt?”
- “Als je zegt dat het niet meer hoeft voor jou, bedoel je dan dat je liever dood zou zijn?”
- “Je zegt dat ‘alles’ niet meer gaat, zie je ook het leven niet meer zitten? Denk je dan aan zelfmoord?”

Zijn die signalen niet zichtbaar, maar heb je als hulpverlener toch een vermoeden van de aanwezigheid van suïcidale gedachten, dan kan je ook **op een minder directe manier de toestand van de hulpvrager bevragen**.

Voorbeeldvragen:

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

Wanneer de hulpvrager bevestigt dat hij of zij aan zelfmoord denkt, is het belangrijk om stil te staan bij **hoe dat voelt voor de hulpvrager**. Volgende vragen kunnen daarbij helpen:

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

Omgaan met weerstand

Sommige suïcidale personen weigeren te spreken over hun suïcidaliteit of staan erg afkerig tegenover een bepaalde interventie of maatregel die voorgesteld wordt. Toch is het in het belang van hun veiligheid dat de aanwezigheid van suïcidegedachten bevestigd en besproken wordt. Wanneer je als hulpverlener geconfronteerd wordt met weerstand bij een suïcidale persoon, is het belangrijk dat je hier begripvol mee omgaat en niet defensief reageert. Technieken uit de **motiverende gespreksvoering** kunnen hierbij helpen (Miller & Rollnick, 2012). Uit onderzoek blijkt dat motiverende gespreksvoering kan helpen om hulpvragers te motiveren om over hun zelfmoordgedachten te spreken en dat deze gesprekstechniek het effect van de interventie kan vergroten (Britton, Williams, & Conner, 2008). Volgende voorbeeldvragen kunnen je ondersteunen bij het bespreken en wegwerken van weerstand bij suïcidale personen:

- Ga in op de opmerkingen of bedoelingen van de hulpvrager en probeer die door middel van reflectieve vragen te verhelderen.
 - “Ik hoor dat je twijfelt aan het nut van dit gesprek?”
 - “Je kunt je moeilijk voorstellen hoe ik jou ooit zou kunnen begrijpen?”
 - “Ik merk dat je weinig moed hebt om weer iets nieuws te proberen?”
- Benoem en bevestig de gevoelens die je opmerkt en probeer van daaruit te verkennen wat maakt dat de hulpvrager niet met jou wil spreken over zijn of haar suïcidale gedachten.
 - “Ik hoor dat er heel wat woede en onbegrip schuilt in jou, misschien kunnen we samen bekijken waar die gevoelens vandaan komen?”
 - “Ik merk dat je bang bent voor eventuele gevolgen van dit gesprek, waar vrees je juist voor?”
- Richt de aandacht op een makkelijker thema of stel de hulpvrager gerust door duidelijk te maken dat alles stap voor stap zal worden aangepakt.
 - “Ik zie dat het moeilijk is voor jou om alles in één keer te vertellen, misschien kan je beginnen met ...?”
 - “Als het moeilijk is voor jou om over je zelfmoordgedachten te praten, kunnen we het misschien eerst hebben over wat ervoor gezorgd heeft dat je hier gekomen bent?”
- Zoek naar ambivalentie, naar zaken die voor de hulpvrager misschien wel de moeite waard zijn om met jou over te praten.
 - “Wat verwacht je van dit gesprek?”
 - “Zijn er zaken die je wel graag wil bespreken?”

AANBEVELINGEN

Gezien het verhoogde risico op zelfdoding in de volgende situaties, dien je de aanwezigheid van zelfmoordgedachten actief te bevragen:

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

Bij weerstand van een suïcidale persoon wanneer je de suïcidaliteit wil bevragen, bevelen we aan om met behulp van technieken uit de motiverende gespreksvoering deze weerstand te bespreken en te proberen weg te werken zodat er toch een gesprek over de zelfmoordgedachten kan zijn.

3. ACUUT SUÏCIDERISICO INSCHATTEN

Wanneer blijkt dat er zelfmoordgedachten aanwezig zijn, dient dit als prioriteit gezien te worden tijdens de consultatie of behandeling. Hierbij moet er eerst en vooral een inschatting gemaakt worden van hoe acuut deze gedachten zijn. Dit zal immers de volgende stappen bepalen die ondernomen moeten worden. Deze inschatting is niet eenvoudig aangezien het suïciderisico door verscheidene factoren bepaald wordt die voor een hulpverlener niet altijd zichtbaar zijn. Het is dan ook van belang dat deze factoren expliciet bevestigd worden.

Aangezien deze inschatting niet evident is, raden we aan om dit in de mate van het mogelijke met collega's te bespreken of indien nodig advies te vragen bij ASPHA of de Suïcidepreventiewerking van de CGG (zie Ondersteunende diensten onderaan dit deel).

Factoren die het acute suïciderisico bepalen

Het overzicht van signalen van zelfmoordgedachten van de AAS (zie eerder in dit deel) kan helpen om in te schatten hoe acuut de zelfmoordgedachten zijn. Vooral openlijke **dreigingen** tot zelfdoding wijzen op een acuut risico op de zeer korte termijn en vereisen dan ook onmiddellijke actie. Niet alle suïcidale personen zullen deze dreigingen echter op een directe manier uiten. Daarom is het belangrijk om de aanwezige zelfmoordgedachten en -plannen zo concreet mogelijk te bevragen. Het risico op zelfdoding stijgt immers wanneer zelfmoordgedachten concreter worden (bv.: hulpvrager heeft reeds concrete plannen gemaakt) en regelmatig voorkomen (Miranda, Ortin, Scott, & Shaffer, 2014). Daarnaast zijn ook de ambivalentie of twijfel die nog aanwezig is en de betekenis van de zelfmoordwens belangrijke indicatoren om te kunnen inschatten hoe acuut de dreiging is (O'Connor, 2011). Het stellen van deze vragen kan confronterend zijn. Hou bij het bevragen van het acute risico dan ook zeker rekening met de basisprincipes zoals besproken in Deel 1 - Inleiding.

Volgende **voorbeeldvragen** kunnen helpen om het acute suïciderisico in te schatten²:

- **Aanwezigheid zelfmoordgedachten:**
 - “Hoe lang heb je deze gedachten al?”
 - “Hoe vaak heb je deze gedachten?” (af en toe, elke dag, heel de tijd)
 - “Hoe sterk zijn die gedachten?” (eerder vluchtig, obsessieel, als een nachtmerrie)
 - “Hoe ervaar je deze gedachten?” (overweldigend, oncontroleerbaar, voorbijgaand, beangstigend)
 - “Ben je bang om de controle over jezelf te verliezen?”
- **Concrete plannen:**
 - “Heb je concrete plannen gemaakt om zelfmoord te plegen?”
 - “Hoe zien die plannen eruit?”
 - “Welke methoden heb je overwogen?”
 - “Welke voorbereidingen heb je getroffen?” (treinuren genoteerd, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidsbrief geschreven, geoefend)
 - “Hoeveel haast heb je om je plannen uit te voeren?”
- **Betekenis:**
 - “Wat maakt dat je zelfmoord wil plegen?”
 - “Stel dat je dood zou zijn, wat zou je daarmee bereiken?” (rust, einde van de pijn, anderen iets duidelijk maken, ...)
- **Ambivalentie:**
 - “Welke dingen houden je nog tegen om zelfmoord te plegen?” (twijfel, familieleden, hoop op verbetering, eerst nog zaken afwerken)
 - “Hoe schat je de gevolgen van je zelfmoord in voor anderen?” (zullen ze verdriet hebben, vind je het goed voor hen dat je er niet meer bent, laat het je koud)
 - “Waar voel je je het dichtstbij staan: verder leven of sterven?”
 - “Hoe heb je het tot nu toe volgehouden?”

² Deze vragen zijn slechts bedoeld als leidraad voor een gesprek, het is niet de bedoeling dat ze letterlijk gesteld worden. De vragen zijn gebaseerd op het overzicht van Van Heeringen en Kerkhof (Van Heeringen & Kerkhof, 2000) en het IPEO.

Naast dreigingen zijn er ook enkele **waarschuwingssignalen** waarvan aangetoond is dat ze samenhangen met suïcidaal gedrag op de iets langere termijn. Hoe meer van deze signalen aanwezig zijn, hoe groter de kans dat iemand zelfmoord zal plegen (Berman & Silverman, 2014). Ook deze signalen zijn echter vaak niet onmiddellijk zichtbaar voor hulpverleners en moeten actief bevraagd worden. We splitsen de signalen hieronder op in gevoelens, toekomstgerelateerde en gedragsmatige signalen.

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

- “Hoe voel jij je nu?” (positieve en negatieve gevoelens)
- “Als je aan je eigen dood denkt, welke gevoelens ervaar je dan?” (verdriet, ontzetting, opluchting, onverschilligheid)
- “Je moet je wel wanhopig voelen. Klopt dat?”, “Hoe wanhopig voel je je nu?” (nogal, heel sterk, erger dan ooit) , “Waarover ben je het meest wanhopig?”
- “Zijn er momenten dat je erg boos bent?”, “Hoe ervaar je deze woede?”, “Ben je soms zo boos op iets of iemand dat je wraak zou willen nemen?”
- “Heb je soms het gevoel dat je helemaal vast zit, dat je geen uitweg meer hebt?”, “Hoe voelt dit voor jou?”
- “Zijn er gebeurtenissen of gedachten die je erg angstig maken?”, “Wat is het effect van die angst op jou?”
- “Ervaar je soms spanningen of agitatie die je niet goed kan plaatsen?”, “Hoe hebben die spanningen een impact op wat je denkt of doet?”

Toekomstgerelateerde factoren bevragen kan met behulp van volgende vragen:

- “Hoe zie je de toekomst tegemoet?”
- “Verwacht je nog positieve of negatieve zaken in de nabije of verre toekomst?”

De focus ligt hier op het maken van een juiste inschatting van het acute risico, niet op het vinden van oplossingen of op het overtuigen van de persoon dat de toekomst de moeite waard is.

Ten slotte zijn er ook enkele **gedragmatige signalen** die kunnen wijzen op acute zelfmoordgedachten. De volgende vragen kunnen gebruikt worden om na te gaan of er gedragmatige signalen aanwezig zijn:

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

Omdat de intensiteit van zelfmoordgedachten snel kan wisselen is het van belang om de inschatting van het suïciderisico **regelmatig te herhalen**, vooral bij kritische momenten in de behandeling (bv.: transitie momenten), in crisissituaties en bij onverwachte veranderingen in het klinische beeld (Brown, 2000; Zahl & Hawton, 2004).

Betrek, mits toestemming van de hulpvrager, de **naasten** en eventuele betrokken hulpverleners (bv.: huisarts) van de hulpvrager bij deze inschatting. Zij kunnen relevante informatie verstrekken over het suïcidale gedrag en/of de hulpvrager (Magne-Ingvar & Ojehagen, 1999). Zo beschikt de huisarts vaak over informatie over psychische aandoeningen in het heden of verleden, eerdere pogingen, structuur van het sociale vangnet of recente traumatische ervaringen.

Screeningsinstrumenten

Screeningsinstrumenten kunnen gebruikt worden om na te gaan of iemand een verhoogd risico op het ontwikkelen van suïcidaliteit heeft of aan zelfdoding denkt, maar tot hiertoe is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat ze ook ingezet kunnen worden om te voorspellen of iemand daadwerkelijk zelfmoord zal plegen. Zelfmoord komt immers relatief weinig voor in de populatie, waardoor het aantal vals positieven zelfs bij instrumenten met een kleine foutenmarge nog altijd veel groter is dan klinisch aanvaardbaar (Berman & Silverman, 2014). Reviewstudies waarin verschillende screeningsinstrumenten vergeleken worden tonen aan dat de voorspellende waarde van deze instrumenten zeer beperkt is (Bolton, Gunnell, & Turecki, 2015; Haney et al., 2012). Bovendien kunnen dergelijke instrumenten een vals gevoel van veiligheid veroorzaken, zeker bij hulpverleners die weinig ervaring hebben met suïcidale personen.

Op basis van het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van screeningsinstrumenten voor het inschatten van het acute suïciderisico wordt het gebruik ervan in de klinische praktijk dan ook afgeraden. **Screeningsinstrumenten kunnen een persoonlijk gesprek met de hulpvrager niet vervangen**, maar kunnen wel gebruikt worden als een hulpmiddel of leidraad voor een gesprek zodat een systematische bevraging van suïcidaliteit gefaciliteerd wordt.

AANBEVELINGEN

- **Wanneer er zelfmoordgedachten aanwezig zijn bij de hulpvrager, dien je zo snel mogelijk het acute suïciderisico in te schatten om de juiste interventie te kunnen opstarten.**
- **Herhaal regelmatig de risico-inschatting, want het suïcidaal proces kan sterk fluctueren.**
- **Betrek naasten bij de risico-inschatting van hulpvragers om een vollediger beeld van het risico te krijgen.**
- **Gebruik geen screeningsinstrumenten voor het inschatten van het acute suïciderisico omdat ze onvoldoende betrouwbaar zijn, een vals gevoel van veiligheid kunnen geven en een gesprek niet kunnen vervangen.**

4. SUÏCIDAAL GEDRAG VERDER ONDERZOEKEN

Zodra het acute suïciderisico ingeschat is en de nodige maatregelen getroffen zijn, is het belangrijk dat het suïcidale gedrag verder onderzocht wordt. Een verdere exploratie van de aanwezige **risico- en kwetsbaarheidsfactoren** kan helpen bij het in kaart brengen van het suïcidale gedrag. Het integratief model voor suïcidaal gedrag dat beschreven wordt in het eerste deel van deze richtlijn biedt een goede basis om deze factoren te onderzoeken. Suïcidaal gedrag is nooit het gevolg van slechts één oorzaak. Het gaat steeds om een combinatie van verschillende voorbeschikkende, uitlokkende, beschermende, drempelverlagende en drempelverhogende factoren. Deze combinatie en de impact ervan kan sterk verschillen van persoon tot persoon en van situatie tot situatie.

Belangrijke risicofactoren die bevestigd dienen te worden zijn de **ervaren problemen**, de motieven en aanleiding voor eventuele **eerdere suïcidepogingen**, de huidige aanwezigheid van **suïdegedachten/plannen**, de **suïcidale intentie**, **alcohol en/of druggebruik** en de **zorgbehoeften** van de hulpvrager en de omgeving. De volgende richtvragen kunnen hierbij helpen³:

- “Wat zorgt ervoor dat je zelfmoordgedachten opkomen?”
- “Ben je weleens eerder zo wanhopig geweest?”, “Heb je ooit eerder een periode gehad waarin je deze gedachten had?”, “Wanneer was dat?”, “Wat was er toen aan de hand?”, “Wat heb je toen gedaan om met deze gedachten om te gaan?”
- “Heb je ooit al een poging ondernomen om zelfmoord te plegen?” Indien ja:
 - “Wat maakte dat je toen zelfmoord probeerde te plegen?” Tracht te weten te komen waar de problemen zich situeren bij de hulpvrager en hoe lang ze al duren. We raden aan de volgende probleemzones specifiek te bevragen omwille van hun sterke correlatie met suïcidaliteit:
 - Overlijden/ernstige ziekte van een significante persoon
 - Zelfmoordpoging of zelfmoord van een significante persoon
 - Traumatische gebeurtenissen (bv.: chronische verwaarlozing, fysisch/emotioneel/seksueel misbruik, rampen, geweldpleging, ...)
 - “Wat wilde je bereiken met deze zelfmoordpoging?” Bevrage welke motieven de hulpvrager aangeeft voor zijn/haar poging. De meeste van deze motieven zijn terug te brengen tot de volgende categorieën:
 - Intern conflict

³ Deze richtvragen zijn gebaseerd op het IPEO (<https://www.zelfmoord1813.be/opvang-van-su%C3%AFcidepogers/ipeo-en-kipeo>). Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze vragen niet letterlijk gesteld dienen te worden, ze dienen eerder als leidraad voor een gesprek.

- Beïnvloeden/straffen van anderen
- Doodswens
- “Hoe voelde je je na afloop?” “Wat ging er door je heen toen je beseftte dat je niet dood was?” (bv.: opgelucht, boos, beschaamd, teleurgesteld, ...)
- “Denk je er momenteel aan jezelf te verwonden of te beschadigen?” Indien ja:
 - “Heb je erover nagedacht hoe je jezelf wil verwonden of beschadigen?”, “Op welke manier zou je dat dan willen doen?”
- Bevraag het alcohol- en/of druggebruik:
 - “Gebruik je soms alcohol of drugs?” Zo ja:
 - “Heb je weleens het gevoel gehad te moeten minderen met drinken of drugs gebruiken?”
 - “Raak je geïrriteerd door opmerkingen van anderen op jouw alcohol- of druggebruik?”
 - “Heb je je weleens schuldig gevoeld over jouw drank- of druggebruik?”
 - “Heb je weleens direct na het opstaan gedronken om de zenuwen de baas te worden of om van een kater af te komen?”
- “Hoe zie jij de toekomst?”, “Zie je nog enige toekomst?”, “Wat ga je doen als je straks weer thuis bent/als ik weg ben?”
- Peil naar de verwachtingen omtrent zorg.
 - “Wat zou jou kunnen helpen om de komende uren/dagen door te komen?”
 - “Wat kan ik op dit moment voor jou betekenen?”

Risicoformulering

Vaak wordt het suïciderisico weergegeven in vage formuleringen of gradaties (bv.: hoog, laag of gemiddeld risico), ondanks beperkt wetenschappelijk bewijs voor de validiteit, betrouwbaarheid of bruikbaarheid van deze manier van risicoformulering (Berman & Silverman, 2014; Large, Ryan, & Nielssen, 2011). We bevelen daarom aan om, in navolging van Pisani, Murrie en Silverman (2015), een risicoformulering op basis van gewogen besluitvorming na te streven, rekening houdend met de volgende elementen:

- Zorg voor een **relatieve risicoformulering**, afhankelijk van de kenmerken van de klinische context en de patiëntpopulatie (hoe hoog is het risico van de patiënt in vergelijking met andere patiënten in hetzelfde type hulpverlening of met dezelfde aandoening?).

- Hou rekening met de **fluiditeit** van het suïciderisico: vergelijk indien mogelijk met eerdere risico-inschattingen bij deze persoon en hou rekening met gebeurtenissen die het risico in de toekomst kunnen beïnvloeden (bv.: berichtgeving over suïcides in de media, verandering in het persoonlijk leven van de persoon).
- Breng naast risicofactoren ook mogelijke **hulpbronnen** in kaart waar de persoon toegang tot heeft wanneer die in crisis gaat (bv.: interne copingmechanismen, mensen in zijn of haar omgeving waar hij of zij beroep op kan doen).
- Zorg ervoor dat de formulering van het suïciderisico direct **vertaald kan worden in specifieke interventies** die opgenomen kunnen worden in het behandelplan.

De risicoformulering dient opgenomen te worden in het patiëntendossier. Zie figuur 1 voor een sjabloon dat gebruikt kan worden voor deze risicoformulering. Het doel van deze risicoformulering is niet om gedrag te voorspellen, maar wel om communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, hulpvragers en naasten te bevorderen en het risico op korte en lange termijn te verkleinen.

Uiteraard stopt de zorg voor suïcidale personen niet bij de risicobepaling. In veel gevallen is er verdere behandeling van de suïcidaliteit nodig. Indien er op basis van het onderzoek verdere behandeling nodig blijkt, zorg er dan voor dat die zo snel mogelijk opgestart kan worden. Een snelle start van een behandeling verlaagt immers het risico op (herhaald) suïcidaal gedrag en een goede continuïteit van de zorg maakt dat de hulpvrager veel meer geneigd zal zijn om de voorgestelde zorg op te volgen (Stewart, Manion, & Davidson, 2002). In Deel 3 - Interventies wordt verder ingegaan op de verschillende interventies waarvoor wetenschappelijk bewijs voorhanden is.

AANBEVELINGEN

- **Zodra het acute suïciderisico ingeschat is en de nodige maatregelen getroffen zijn, dient de suïcidaliteit verder onderzocht te worden door een gespecialiseerde hulpverlener. Op die manier kunnen de oorzaken van het suïcidaal gedrag in kaart gebracht en indien nodig aangepakt worden.**
- **Formuleer op basis van het verdere onderzoek naar de suïcidaliteit zorgvuldig het suïciderisico van de hulpvrager om communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, hulpvragers en naasten te bevorderen.**

Figuur 1: Sjabloon Risicoformulering

RISICOFORMULERING



Huidige suïcidale intentie

Frequentie & intensiteit zelfmoordgedachten; concrete suicideplannen; inschatting bekwaamheid.



Risicofactoren

Factoren die kwetsbaarheid van persoon verhogen.



Beschikbare hulpbronnen

Hulpbronnen die hulpvrager ter beschikking heeft in crisismomenten.



Voorspelbare veranderingen

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

5. DOORVERWIJZING

Indien er verdere behandeling of opvolging nodig is die je zelf niet kan aanbieden, bekijk dan samen met de hulpvrager en diens naasten welke andere vormen van hulpverlening en begeleiding het meest geschikt zijn. In dit onderdeel worden kort enkele veel voorkomende doorverwijzingsinstanties voor suïcidale personen besproken. Zie Deel 3 - Interventies voor informatie over mogelijke interventies.

Opvolging door de huisarts

De huisarts vervult een sleutelrol in elk zorgtraject en staat er mee voor in dat de zorgcontinuïteit gegarandeerd wordt (Carrigan & Lynch, 2003). Raad de suïcidale persoon steeds aan om contact op te nemen met de huisarts en bezorg de huisarts - mits toestemming van de hulpvrager - het verslag van de risico-inschatting. Wijs de huisarts op zijn/haar rol in de vervolgzorg en vraag hem of haar om de hulpvrager te contacteren indien die niet zelf contact opneemt. Breng, mits toestemming van de hulpvrager, steeds de huisarts op de hoogte van een suïcidepoging of een verhoogd risico op suïcide van één van zijn of haar patiënten. Ook wanneer een behandeling stopgezet wordt of wanneer een suïcidale hulpvrager zorg weigert, wordt de huisarts best ingelicht.

Zorg aan huis

In het kader van de zorgvernieuwingsprojecten van artikel 107 van de ziekenhuiswet werden in de meeste regio's in Vlaanderen mobiele crisisteams opgericht (meer info: www.psy107.be). Deze teams kunnen door professionele verwijzers (bv.: artsen, psychologen, politie, ...) ingeschakeld worden om gedurende enkele weken intensieve **crisisopvang aan huis** te doen. De werking van deze mobiele crisisteams verschilt van regio tot regio. Neem op voorhand contact op met het mobiele crisisteam in jouw regio om te bekijken welke hulp zij kunnen bieden.

In regio's waar (nog) geen mobiele crisisteams opgestart zijn, kan eventueel een dienst voor **psychiatrische thuiszorg** ingeschakeld worden. Op deze website vind je meer informatie over de projecten 'Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie': http://www.overlegplatformsggz.be/Psychiatrische_zorg_in_de_thuissituatie/279/ggz.

Ambulante/residentiële geestelijke gezondheidszorg

Ambulante geestelijke gezondheidszorg kan geboden worden door (een al dan niet multidisciplinair team van) psychologen, therapeuten of psychiaters. Deze kunnen verbonden zijn aan een zorginstelling (bv. psychiatrisch of universitair ziekenhuis) of een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, of werken vanuit een privé- of groepspraktijk. **Residentiële geestelijke gezondheidszorg** wordt geboden in een psychiatrisch ziekenhuis of de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Informatie over wanneer een opname aangewezen is, kan je terugvinden in Deel 3 – Interventies. Informatie over gedwongen opname vind je in Bijlage 1 - Gezondheidszorgwetgeving.

Wanneer je een suïcidale persoon doorverwijst naar een ambulante/residentiële hulpverlener of hulpverleningsinstantie, neem je - mits toestemming van de hulpvrager - contact op met deze hulpverlener/hulpverleningsinstantie en bezorg je het verslag van de risico-inschatting. Regel voor de hulpvrager de eerste afspraak en blijf contact houden tot hij of zij een eerste gesprek heeft gehad en je hierover feedback ontvangen hebt. Zie Bijlage 1 - Gezondheidszorgwetgeving voor meer informatie over het beroepsgeheim. Zie voor meer informatie over contact houden met suïcidale personen de informatie over follow-up contacten in Deel 3 – Interventies.

Informatie voor hulpvrager en naasten

Geef aan de hulpvrager en eventuele naasten een toelichting over het belang van vervolgzorg en vermeld de **crisishulplijn** Zelfmoordlijn 1813. Hier kan iedereen dag en nacht, gratis en anoniem terecht wanneer hij of zij wil praten over zijn of haar zelfmoordgedachten of wanneer hij of zij zich in een suïcidale crisis bevindt. Zelfmoordlijn 1813 is bereikbaar via telefoon (1813), chat (www.zelfmoord1813.be/chat) en e-mail (www.zelfmoord1813.be/email). Je kan de hulpvrager ook op de hoogte brengen van de **informatie** voor mensen die hulp zoeken voor zichzelf op de website Zelfmoord1813 (<http://zelfmoord1813.be/ik-heb-hulp-nodig>).

Stel samen met de hulpvrager een **safety plan** op zodat die een houvast heeft wanneer hij of zij zich in crisis bevindt. Meer informatie over het opstellen van een safety plan vind je in Deel 3 – Interventies.

Daarnaast dienen er ook **veiligheidsafspraken** gemaakt te worden met de hulpvrager en diens omgeving (bv.: partner, familie), bijvoorbeeld rond het beperken van middelen om zelfmoord te plegen, eventueel toezicht en medicatiebeheer. Recent onderzoek in België toonde immers dat 65.8 % van de suïcides in België thuis gebeurt, wat hoog is in vergelijking met andere landen (Rhee et al., 2015).

De omgeving van een hulpvrager speelt ook een belangrijke rol bij de **herintegratie** van de suïcidale persoon in zijn of haar leefomgeving en moet hier dan ook goed op voorbereid worden.

AANBEVELINGEN

- **Bespreek met de hulpvrager en diens naasten welke vervolgzorg het meest geschikt is.**
- **Zorg voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener.**
- **Informeer de suïcidale persoon over waar hij of zij terecht kan in geval van crisis.**

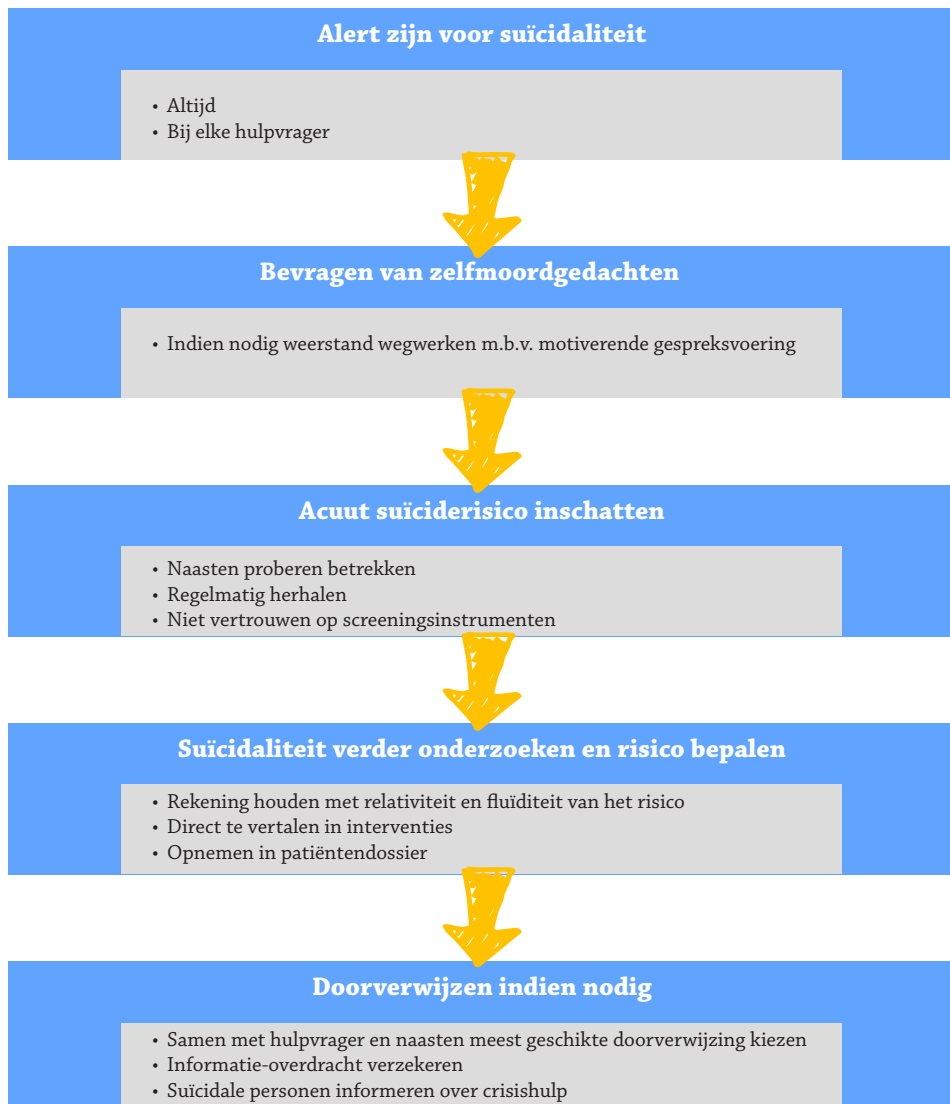
OVERZICHT AANBEVELINGEN DEEL 2

- Om op tijd te kunnen ingrijpen, dien je altijd bij alle hulpvragers alert te zijn voor mogelijke signalen van zelfmoordgedachten.
- Gezien het verhoogde risico op zelfdoding in de volgende situaties, dien je de aanwezigheid van zelfmoordgedachten actief te bevragen:
 - Bij een eerdere suïcidepoging
 - Bij suïcidale uitingen of dreigingen
 - Bij waarschuwingssignalen
 - Bij personen met een verhoogd risico
 - In psychische crisissituaties
 - Tijdens transitiemomenten in een lopende behandeling
 - Bij onverwachte veranderingen, een gebrek aan verbetering of een verslechtering in het klinische beeld van een psychische aandoening
- Bij weerstand van een suïcidale persoon wanneer je de suïcidaliteit wil bevragen, bevelen we aan om met behulp van technieken uit de motiverende gespreksvoering deze weerstand te bespreken en te proberen weg te werken zodat er toch een gesprek over de zelfmoordgedachten kan zijn.
- Wanneer er zelfmoordgedachten aanwezig zijn bij de hulpvrager, dien je zo snel mogelijk het acute suïciderisico in te schatten om de juiste interventie te kunnen opstarten.
- Herhaal regelmatig de risico-inschatting, want het suïcidaal proces kan sterk fluctueren.
- Betrek naasten bij de risico-inschatting van hulpvragers om een volledig beeld van het risico te krijgen.
- Gebruik geen screeningsinstrumenten voor het inschatten van het acute suïciderisico omdat ze onvoldoende betrouwbaar zijn, een vals gevoel van veiligheid kunnen geven en een gesprek niet kunnen vervangen.
- Zodra het acute suïciderisico ingeschat is en de nodige maatregelen getroffen zijn, dient de suïcidaliteit verder onderzocht te worden door een gespecialiseerde hulpverlener. Op die manier kunnen de oorzaken van het suïcidaal gedrag in kaart gebracht en indien nodig aangepakt worden.
- Formuleer op basis van het verdere onderzoek naar de suïcidaliteit zorgvuldig het suïciderisico van de hulpvrager om communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, hulpvragers en naasten te bevorderen.

- Bespreek met de hulpvrager en diens naasten welke vervolgzorg het meest geschikt is.
- Zorg voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener.
- Informeer de suïcidale persoon over waar hij of zij terecht kan in geval van crisis.

Deze aanbevelingen worden visueel weergegeven in het stroomdiagram (zie figuur 2).

Figuur 2: Stroomdiagram Detectie



ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)

CGG-SP geeft vorming aan hulpverleners met betrekking tot het herkennen van suïcidaal gedrag en het bespreekbaar maken van suïcidegedachten en -gedrag. Meer info en contactgegevens: <http://www.zelfmoord1813.be/vormingen>.

Daarnaast heeft CGG-SP ook een consultfunctie wat betreft suïcidepreventie en kan je bij hen terecht met vragen over specifieke casussen, voor ondersteuning bij het opmaken van een suïcidepreventiebeleid of het afstemmen van maatregelen met betrekking tot suïcidepreventie. Neem hiervoor contact op met de suïcidepreventiewerking in jouw regio (zie <https://www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg> voor contactgegevens).

Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA)

ASPHA ondersteunt huisartsen en andere hulpverleners uit de eerste lijn via telefoon en e-mail bij het begeleiden van suïcidale personen, hun omgeving en nabestaanden.

Bereikbaar via:

- telefoon: 024 24 3000 (elke werkdag tussen 9u en 21u)
- e-mail: info@aspha.be

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

REFERENTIES

- American Psychological Association. (2003). *Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*.
- Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2014). Suicide Risk Assessment and Risk Formulation Part II: Suicide Risk Formulation and the Determination of Levels of Risk. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(4), 432–43.
- Biddle, L., Cooper, J., Owen-Smith, A., Klineberg, E., Bennewith, O., Hawton, K., ... Gunnell, D. (2013). Qualitative interviewing with vulnerable populations: Individuals' experiences of participating in suicide and self-harm based research. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 356–362.
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361–3363.
- De Leo, D., Draper, B. M., Snowdon, J., & Kölves, K. (2013). Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1117–23.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(13), 1635–43.
- Haney, E., O'Neil, M., Carson, S., Low, A., Peterson, K., Denneson, L., ... Kansagara, D. (2012). Evidence-based Synthesis Program Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools : A Systematic Review. *Health Services Research*.
- Magne-Ingvar, U., & Ojehagen, A. (1999). Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(2), 73–9.
- Mandrusiak, M., Rudd, M. D., Joiner, T. E., Berman, A. L., Van Orden, K. a, & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide on the Internet: a descriptive study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(3), 263–271.
- McPhedran, S., & De Leo, D. (2013). Miseries suffered, unvoiced, unknown? Communication of suicidal intent by men in “rural” Queensland, Australia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 589–597.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press.
- Miranda, R., Ortin, A., Scott, M., & Shaffer, D. (2014). Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 11, 1288–1296.
- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32(6), 295–8.
- O'Mara, R. M., Hill, R. M., Cunningham, R. M., & King, C. a. (2012). Adolescent and Parent Attitudes Toward Screening for Suicide Risk and Mental Health Problems in the Pediatric Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 28(7), 626–632.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 181, 193–9.
- Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2014). Suicide Risk Assessment and Risk Formulation Part II: Suicide Risk Formulation and the Determination of Levels of Risk. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(4), 432–43.
- Britton, P. C., Williams, G. C., & Conner, K. R. (2008). Self-Determination Theory, Motivational Interviewing, and the Treatment of Clients With Acute Suicidal Ideation. *J Clin Psychol*, 64, 52–66.
- Brown, G. K. (2000). A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. *Nimh*.
- Carrigan, C. G., & Lynch, D. J. (2003). Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 5(4), 169–174.
- 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.
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361–3363.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., Thomas, J. G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(13), 1635–43.

- 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.
- Large, M., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). The validity and utility of risk assessment for inpatient suicide. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 19(6), 507-12.
- Owens, C., Owen, G., Belam, J., Lloyd, K., Rapport, F., Donovan, J., & Lambert, H. (2011). Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343(oct18_1), d5801.
- Pisani, A. R., Murrie, D. C., & Silverman, M. M. (2015). Reformulating Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Academic Psychiatry*.
- Rhee, Y., Houttekier, D., MacLeod, R., Wilson, D. M., Cardenas-Turanzas, M., Loucka, M., ... Cohen, J. (2015). International comparison of death place for suicide; a population-level eight country death certificate study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Rudd, M. D. (2008). Suicide warning signs in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, 10, 87-90.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., ... Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.
- Stewart, S. E., Manion, I. G., & Davidson, S. (2002). Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 30(5), 312-25.
- Van Heeringen, C., & Kerkhof, A. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suicidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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 : The Journal of Mental Science*, 185, 70-5.

DEEL 3

INTERVENTIES



DEEL 3 - INTERVENTIES

1. INLEIDING

Enmaal het suïciderisico gedetecteerd en in kaart gebracht is (zie deel 2), is het aanbieden van specifieke interventies een belangrijke strategie in de preventie van suïcide (While et al., 2012).

In de praktijk zal de behandeling van suïcidaliteit vaak **naast of binnen de behandeling van andere psychische stoornissen** voorkomen. Het suïciderisico ligt immers hoger bij personen die lijden aan een psychische stoornis (Hjorthoj et al., 2014; Larkin, Blasi, & Arensman, 2014). Psychologisch autopsy-onderzoek toont aan dat bij 90% van de mensen die sterven door suïcide sprake is van een ernstige psychische stoornis (Cavanagh et al., 2003). Zodoende is een goede diagnostiek van andere problematieken noodzakelijk en moet de behandeling ook uitgaan van de bestaande richtlijnen voor deze stoornissen .

Voor het aanpakken van suïcidale klachten is de standaard behandeling echter vaak niet voldoende. Een recente meta-analyse toonde bijvoorbeeld dat psychotherapie voor depressieve symptomen suïcidedachten niet deed afnemen, wat suggereert dat aanvullende psychotherapeutische interventies specifiek gericht op suïcidale gedachten en gedrag nodig zijn (Cuijpers et al., 2013). Over alle psychische stoornissen heen blijkt het suïciderisico het grootst gedurende de eerste maanden na de diagnose (Randall et al., 2014; Angst, Stassen, Clayton, & Angst, 2002; McGirr et al., 2008), aanvullende specifieke interventies worden dus best snel opgestart. Onderzoek toont dat **interventies die specifiek focussen op het aanpakken van suïcidale klachten**, zowel op korte termijn als op lange termijn effectief zijn in het reduceren van suïcidaliteit (Meerwijk, Parekh, Oquendo, Allen, Franck, & Lee, 2016).

De inhoud van dit deel is ook online raadpleegbaar via de e-learning website SP-Reflex op Zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>).

Klinische vragen

In dit deel wordt vertrokken vanuit enkele basisprincipes die cruciaal zijn voor de behandeling van suïcidedachten en suïcidaal gedrag. Daarna wordt ingegaan op de componenten van een behandelplan met bijzondere aandacht voor de keuze van een geschikte behandelsetting. Vervolgens staat dit deel van de richtlijn stil bij het werken met een safetyplan en effectief

bevonden neurobiologische en psychotherapeutische interventies. De beschrijving van interventies blijft beperkt tot interventies waarvan wetenschappelijk aangetoond is dat ze effectief zijn in het reduceren van suïcidale gedachten en/of gedrag.

- Welke componenten bevat een behandelplan?
- Welke overwegingen zijn belangrijk bij opname?
- Hoe werkt een safety plan en welke elementen moet een safety plan bevatten?
- Welke neurobiologische en psychotherapeutische interventies zijn aangewezen voor de behandeling van suïcidaal gedrag?

2. BASISPRINCIPES

Bij de behandeling van suïcidale personen staan opnieuw de vier basisprincipes van deze richtlijn (zie deel 1) voorop: het maken van contact, het bevorderen van de veiligheid, het betrekken van naasten en het zorgen voor follow-up en zorgcontinuïteit.

Contact maken

Een **goed contact maken en het opbouwen van een veilige therapeutische relatie** is essentieel in het behandelen van suïcidale personen, en blijkt samen te gaan met een vermindering van zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen (Bedics, Atkins, Harned, & Linehan, 2015). Open kunnen praten over suïcidale gedachten en intenties vormt de basis voor een goed contact.

Daarnaast is een **goede opvolging** essentieel. Als personen in crisis zijn, zie hen dan sneller en meer frequent. Als ze niet komen opdagen, contacteer hen dan meteen. Dit geeft aan dat je betrokken bent, wat zowel hun zelfbeeld als de therapeutische relatie ten goede kan komen.

Veiligheid bevorderen

Veiligheid vormt een belangrijk aandachtspunt in de behandeling van suïcidale personen. Interventies die de veiligheid bevorderen zijn erop gericht om een meer veilige omgeving op te bouwen rond de suïcidale persoon en zo de kans te verkleinen dat de persoon tot suïcide zou overgaan. Veiligheid kan nooit volledig gegarandeerd worden, maar verschillende maatregelen kunnen genomen worden om het risico op suïcide te beperken.

Volgende maatregelen worden hieronder besproken: het gebruik van non-suicidecontracten, werken met een safety plan, verhoogd toezicht installeren en de toegang tot middelen beperken.

Af te raden: gebruik van non-suicidecontracten

In sommige contexten wordt gebruik gemaakt van non-suicidecontracten. Een non-suicidecontract is een mondelinge of schriftelijke afspraak waarbij de suïcidale persoon aangeeft binnen een bepaalde periode geen suïcide te plegen. Uit onderzoek zijn er echter aanwijzingen dat dergelijk contract niet bijdraagt tot het voorkomen van suïcide, dat dergelijke afspraken geen garantie bieden dat de persoon ook daadwerkelijk geen suïcide zal plegen, en dat het voor een vals gevoel van veiligheid en verminderde waakzaamheid kan zorgen bij de hulpverlener (Drew, 2001; Farrow, 2002; APA, 2003; Rudd, Mandrusiak, & Joiner, 2006; de Vries, Huisman, Kerkhof, & Robben, 2008; Kelly & Knudson, 2009; Van Hemert et al., 2012; Matarazzo, Homaifar, & Wortzel, 2014). Het gebruik van dergelijke contracten is dus af te raden.

Werken met een safety plan

Als alternatief voor het gebruik van een non-suicidecontract wordt vanuit wetenschappelijk onderzoek en vanuit de praktijk aanbevolen te werken met een safety plan (ook wel veiligheidsplan, crisisplan of signaleringsplan genoemd) (Potter, 2005; Stanley & Brown, 2012; Matarazzo, Homaifar, & Wortzel, 2014). Verder in dit deel vind je meer uitleg en een voorbeeld van zo'n safety plan.

Verhoogd toezicht installeren

Een belangrijke vraag in het bevorderen van de veiligheid is de mate waarin de persoon alleen gelaten kan worden en in welke mate en frequentie toezicht door een naaste of hulpverlener nodig is. Bij een hoog risico kan in de thuiscontext aanbevolen worden om te vermijden dat de persoon vaak alleen thuis is. Dit kan grote aanpassingen of implicaties inhouden voor naasten. Met de betrokkene en de naasten (ouders, partner, of vrienden) moet dan ook afgetoetst worden in welke mate dit haalbaar is, om vervolgens afspraken hierover vast te leggen. In de context van een instelling wordt de maatregel van verhoogd toezicht frequent toegepast, waarbij de suïcidale persoon een kamer dichtbij de verpleegpost krijgt, er met cameratoezicht gewerkt wordt of de hulpverlener vaker komt kijken hoe het met de persoon in kwestie gaat. Zie de bijlage Gezondheidszorgwetgeving voor meer informatie over verhoogd toezicht en andere beschermingsmaatregelen.

Toegang tot middelen beperken

Eén van de meest effectieve suïcidepreventiestrategieën is het beperken van de toegang tot dodelijke middelen en het beveiligen van de omgeving (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016). In de thuiscontext kan dit betekenen dat je de suïcidale persoon en zijn of haar naasten adviseert om medicatie of scherpe voorwerpen niet in handbereik te leggen. In de context van een praktijk of instelling zijn specifieke veiligheidsvoorschriften uitgewerkt voor het beveiligen van onder meer ramen, deuren en trappenhallen, deze kan je nalezen in Deel 6 - Suïcidepreventiebeleid in de zorg.

Naasten betrekken

Ook bij de behandeling is het aangewezen om naasten (in de mate van het mogelijke en mits toestemming van de betrokkene en voldoende draagkracht van de naasten) te betrekken en de mogelijke **veiligheidsmaatregelen**, aanbevolen **interventies** en **nazorg** met hen te bespreken. Vooraleer naasten te betrekken is het echter van belang om de autonomie van de suïcidale persoon te respecteren en stimuleren. Vervolgens kan zorgvuldig en in overleg nagegaan worden of de situatie en context er zich toe leent om naasten te betrekken. Sta stil bij de bereidheid van de suïcidale persoon en de naasten, bij de draagkracht van de naasten en bij mogelijke voor- of nadelen. Lees meer over het belang en de mogelijkheden van het betrekken van naasten in de basisprincipes in de inleiding.

Zorgen voor follow-up en continuïteit van zorg

Het is aan te bevelen om als hulpverlener de suïcidale persoon op te volgen na de behandeling. Er zijn tal van mogelijkheden voor **follow-up contacten**, bijvoorbeeld met behulp van brieven, huisbezoeken, telefoongesprekken, sms, e-mails en postkaarten. Dit wordt voornamelijk toegepast in het opvolgen van personen na een suïcidepoging. Uit onderzoek blijkt dat het actief volgen van personen na een suïcidepoging helpt om de therapietrouw te verbeteren (Fleischmann, 2008; Verwey et al., 2010) en dat follow-up contacten in sommige contexten het aantal suïcidepogingen kunnen doen dalen, hoewel dit effect niet in alle studies werd teruggevonden (Luxton, June, & Comtois, 2013; Milner et al., 2015; Inagaki et al., 2015; Hawton et al., 2016).

De **transfermomenten** tussen en binnen zorgorganisaties zijn risicovolle momenten. Het is belangrijk om lokale samenwerkingsafspraken te maken (bv.: met huisartsen, mobiele crisisteam, CGG, ...) om de (na)zorg van de suïcidale persoon te continueren en te verbeteren. De zorgprocessen voor suïcidale personen zouden naadloos op elkaar moeten aansluiten. In Deel 2 - Detectie vind je algemene informatie rond informatieoverdracht bij doorverwijzing.

AANBEVELINGEN

- **Het is essentieel om te investeren in een goed contact en om een goede therapeutische relatie met de betrokkene uit te bouwen.**
- **Het is af te raden gebruik te maken van een non-suïcidecontract.**
- **Om de veiligheid te bevorderen is het aan te bevelen om in samenspraak met de suïcidale persoon een safety plan op te stellen, verhoogd toezicht te overwegen en de toegang tot middelen te beperken.**
- **Indien de situatie en context er zich toe leent, is het na te streven om de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om naasten te betrekken, zowel bij het opstellen van het behandelplan als bij de verdere behandeling en follow-up.**
- **Het is essentieel om samenwerkingsafspraken te maken om de (na) zorg voor suïcidale personen te continueren en verbeteren.**
- **Het is aan te bevelen follow-up contact met de betrokkene te organiseren.**

3. RICHTLIJNEN VOOR EEN BEHANDELPLAN

Een behandelplan is een plan dat de hulpverlener bij aanvang van de behandeling in samenspraak met de suïcidale persoon (en mogelijk ook naasten) opmaakt. In dit plan omschrijf je de **huidige suïcidale toestand** en **hulpvraag** van de persoon; de **behandelsetting** en de geplande **interventies**. Daarnaast vermeld je of **naasten** betrokken worden en welke **follow-up** interventies gepland worden.

Een belangrijke overweging is de keuze voor de behandelsetting, we gaan in dit onderdeel dan ook dieper in op mogelijke voor- en nadelen van opname en formuleren enkele belangrijke factoren om in rekening te brengen.

Het is belangrijk om het behandelplan regelmatig te toetsen en indien nodig bij te stellen. Je kan een behandelplan toetsen door het effect na te gaan op suïcidale (en andere) klachten, te polsen naar de tevredenheid van de persoon en diens naasten en te evalueren in welke mate de situatie voor de persoon veiliger of beter is geworden.

Hierna volgt een sjabloon voor een behandelplan en een omschrijving van de belangrijkste componenten.

Figuur 1: Sjabloon Behandelplan

Naam patiënt:

Verantwoordelijke hulpverlener:

Datum start:

Datum evaluatie:

Aanvullende afspraken:

1. Huidige suïcidale toestand en suïciderisico
2. Hulvraag en zorgbehoeften
3. Behandelsetting
4. Neurobiologische en/of psychotherapeutische interventies	Safetyplan Neurobiologisch: Psychotherapie:
5. Betrekken van naasten
6. Vervolgbehandeling en follow-up

Componenten van een behandelplan

1. Omschrijving van de huidige suïcidale toestand en het suïciderisico

Omschrijf de huidige suïcidale toestand en het suïciderisico. Ga onder meer de frequentie en intensiteit van de huidige suïcidale gedachten na, of er een poging in het verleden was, of de persoon een concreet zelfmoordplan heeft, en of de persoon over een ondersteunende omgeving beschikt. Bekijk ook de verschillende factoren die bij de persoon hebben geleid tot suïcidaal gedrag. Onthoud hierbij dat suïcidaal gedrag altijd ontstaat vanuit een combinatie van verschillende risicofactoren en de afwezigheid van beschermende factoren (zie het verklarend model in Deel 1 - Inleiding). Meer over de inschatting van het suïciderisico en een sjabloon voor risicoformulering lees je in Deel 2 - Detectie.

2. Omschrijving van de hulpvraag en zorgbehoeften

Het is belangrijk de hulpvraag en de zorgbehoeften van de betrokkene zorgvuldig te exploreren. In Deel 2 - Detectie lees je hoe je dit kan doen. Bevragen van zorgbehoeften kan de therapietrouw bevorderen. Suïcidale personen stoppen immers vaak de behandeling omdat ze zich niet geholpen voelen of denken geen hulp nodig te hebben (Verwey & Kerkhof, 2000). Hou hierbij rekening met de opvattingen en voorkeuren over de aard en de intensiteit van noodzakelijke (professionele) hulp. De zorgbehoeften komen niet altijd overeen met het beschikbare zorgaanbod. Zo hebben de suïcidale persoon en de naasten vaak nood aan advies en informatie of hulp bij problemen op het vlak van huisvesting, financiën en verzorging; terwijl hulpverleners vaak eerder een psychiatrische behandeling, medicatie, of psychotherapie voorstellen. Het op elkaar afstemmen van de behoeften en het aanbod is noodzakelijk om te hulpvrager te engageren (Hjelmeland et al., 2002).

Wat als de persoon de aanbevolen interventie weigert?

Sommige personen weigeren te spreken over hun suïcidaliteit of staan erg afkerig tegenover een bepaalde behandeling of maatregel die voorgesteld wordt. Toch is het in het belang van hun veiligheid dat de aanwezigheid van suïcidedgedachten bevestigd en besproken wordt en dat er een gepaste interventie gezocht wordt.

Wanneer je als hulpverlener geconfronteerd wordt met weerstand bij een persoon, is het belangrijk dat je hier begripvol mee omgaat en niet defensief reageert. In Deel 2 - Detectie zijn enkele technieken opgenomen om de weerstand trachten te bespreken en om te buigen.

Als de persoon niet te overhalen is en zijn of haar veiligheid komt in het gedrang, is het belangrijk om in te schatten of de persoon over voldoende oordeelsvermogen beschikt om deze beslissing te nemen. Lees meer over de bekwaamheid van de persoon en de inschatting hiervan in de bijlage Gezondheidszorgwetgeving.

3. Omschrijving van de behandelsetting

Installeer een netwerk van zorg rond de persoon en denk daarbij aan de mogelijke rol die verschillende actoren en voorzieningen kunnen opnemen (huisarts, mobiel crisisteam, intensieve begeleiding aan huis, ambulante hulp, opname,...). Omschrijf de behandelsetting (ambulant of residentieel, type voorziening of hulp) en eventueel benodigde veiligheidsmaatregelen (bv. verhoogd toezicht). Zie Deel 2 – Detectie voor een beschrijving van enkele veel voorkomende types van hulpverlening voor suïcidale personen.

Indien opname overwogen wordt, hou dan zorgvuldig rekening met mogelijke voor- en nadelen hiervan voor de suïcidale persoon (zie praktijkrichtlijnen op de volgende pagina's).

4. Omschrijving van medicamenteuze en/of psychotherapeutische interventies

Bepaal welke medicamenteuze en/of psychotherapeutische interventies direct nodig zijn (bv. na een suïcidepoging zal het eerste doel het behandelen van eventuele somatische en/of psychiatrische problemen zijn) en welke op langere termijn. Zie verder in dit deel voor een overzicht van mogelijke interventies. Includeer als één van de eerste interventies het opstellen van een safety plan (zie verder).

5. Omschrijving van de betrokken naasten

Omschrijf welke naasten mogelijks betrokken kunnen worden bij de behandeling en wat hun rol in de verdere opvolging van de suïcidale persoon kan zijn. Lees meer over het belang en de mogelijkheden van het betrekken van naasten in de basisprincipes in Deel 1 - Inleiding.

6. Omschrijving van de vervolgbehandeling en follow-up

Omschrijf tot slot ook hoe de persoon zal opgevolgd worden na de behandeling. Probeer bij doorverwijzing steeds na te gaan of de persoon daadwerkelijk de doorverwijzing heeft aangenomen en goed is terecht gekomen. Lees meer over welke follow-up interventies mogelijk zijn in de basisprincipes in Deel 1 - Inleiding.

In navolging van deze richtlijn, werkt VLESP ook aan richtlijnen met betrekking tot ketenzorg om sterke zorgpaden uit te kunnen bouwen en transfervormen tussen en binnen zorgorganisaties naadloos op elkaar aan te laten sluiten.

Wanneer is opname aangewezen?

Een belangrijke vraag waar hulpverleners mee geconfronteerd worden is of in bepaalde situaties een opname aangewezen is voor een suïcidale persoon. Gewogen besluitvorming is hier aangeraden.

Vooraf is het essentieel om de voordelen van een opname af te wegen tegen de nadelen, in dialoog met de betrokkene en eventuele naasten. Een opname is geen garantie dat de persoon geen suïcide zal plegen. Bovendien kan een opname stigmatiserend werken, afhankelijkheid van hulpverlening creëren of het suïciderisico doen toenemen (Hawton et al., 2000; Qin & Nordentoft, 2005; Appleby et al., 2006; Hunt et al., 2007; Sinclair, Hawton, & Gray, 2010). Opname moet dus enkel gezien worden als een noodzakelijk **middel om een crisis te overbruggen en iemand tijdelijk te beschermen** (Kerkhof & van Luyn, 2010).

Belangrijke factoren in de overweging voor opname

Hieronder schetsen we enkele **belangrijke factoren die in overweging moeten genomen worden bij de vraag naar opname**. Deze zijn gebaseerd op de praktijkrichtlijnen die vooropgesteld werden door de American Psychiatric Association (APA, 2003).

1. De ernst van de suïcidale gedachten en plannen

De mate waarin een persoon risico loopt op een suïcide is afhankelijk van de ernst van de suïcidale gedachten en plannen (Kerkhof & van Luyn, 2010). Het suïciderisico is ernstiger indien er een sterke doodswens is, een persisterende intentie of een persisterend plan, zeker indien het een plan betreft met hoge letaliteit (APA, 2003).

Het risico op een suïcidepoging of een overlijden door suïcide is sterk verhoogd bij personen die reeds een poging ondernomen hebben (Carroll et al., 2014; Hawton et al., 2015). Een voorgeschiedenis van één of meerdere suïcidepogingen is immers de sterkste voorspeller voor toekomstig suïcidaal gedrag (Oquendo et al., 2004; Tidemalm et al., 2008) en verhoogt de ernst van de suïcidaliteit. Zeker als de poging gewelddadig, bijna dodelijk of weloverwogen was, is opname te overwegen (APA, 2003).

2. De aanwezigheid van een ernstige problematiek en zorgbehoeften

Indien een persoon lijdt aan een ernstige psychische problematiek (bijvoorbeeld indien de persoon psychotisch, depressief of delirant is) of wanneer er sprake is van een ernstige lichamelijke ziekte of van vitale uitputting vanwege langdurige slapeloosheid en/of stress kan dit de motivatie voor opname verhogen (APA, 2003).

3. Persoonskenmerken

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. Indien er bij onderzoek uitingen zijn van impulsief gedrag, ernstige agitatie of een zwak oordeelsvermogen is opname te overwegen (APA, 2003; Kerkhof & van Luyn, 2010). Ook de mate waarin de persoon over een zekere autonomie beschikt en bereid is om professionele hulpverlening in te schakelen speelt hier een belangrijke rol (APA, 2003; Kerkhof & van Luyn, 2010).

4. Beschikbaarheid en draagkracht steunsysteem

Opname is te overwegen indien de persoon over een beperkt steunsysteem beschikt. Dit kan zich vertalen in het ontbreken van huisvesting, het ontbreken van een ondersteunend sociaal netwerk (partner, vrienden, ouders, vertrouwenspersoon...), het sociaal netwerk dat overbelast en uitgeput is geraakt, of het ontbreken van hulpverlening. In de context van hulpverlening kan dit gaan over een gebrek aan medewerking aan een behandeling, een onwerkzame behandeling, een ontbrekende vertrouwensrelatie tussen suïcidale persoon en hulpverlener, of geen toegang hebben tot ambulante voorzieningen (APA, 2003).

In uitzonderlijke gevallen kan worden overgegaan tot **gedwongen opname**. Dit kan enkel overwogen worden indien de betrokkene (bij wie de suïcidedreiging als zeer ernstig werd ingeschat) elke vorm van hulpverlening afhoudt (Kerkhof & van Luyn, 2010). Meer over gedwongen opname en de regelgeving daarover lees je in de bijlage Gezondheidszorgwetgeving.

Wanneer is opname minder aangewezen?

In volgende situaties raadt de APA (2003) aan om te **overwegen om de persoon naar huis** te laten gaan. Opvolging via ambulante hulp is echter wel aangewezen.

- Indien het suïcidale gedrag een reactie is op een gebeurtenis (bijvoorbeeld jobstress, relatieproblemen), vooral als de opvattingen van de persoon over de gebeurtenis intussen zijn veranderd;
- Wanneer de persoon ondertussen inzicht heeft dat verbetering mogelijk is en er minder hopeloosheid is;
- Indien het plan of de methode een geringe letaliteit heeft;
- Indien de persoon een stabiele en ondersteunende omgeving heeft;

- Indien de persoon in staat is om actief mee te werken aan follow-up en verdere begeleiding

Tot slot raadt de APA (2003) aan om de persoon **bij voorkeur naar huis** te laten gaan indien de persoon chronisch suïcidaal gedrag heeft zonder een voorgeschiedenis van een suïcidepoging met hoge letaliteit en indien de persoon een veilige, ondersteunende omgeving heeft en reeds in ambulante behandeling is.

Wanneer opname niet mogelijk is

Soms weigert de patiënt opname of worden de mogelijkheden voor opname beperkt door het beperkt aantal plaatsen in voorzieningen. In die situaties zijn **alternatieven, follow-up en continuïteit van zorg** van extra belang.

Mogelijke alternatieven voor opnamen zijn het voorzien van ambulante hulp (zie verder in dit deel voor mogelijke interventies), inschakelen van een mobiel crisisteam of aanbieden van psychiatrische thuiszorg. Specifiek voor kinderen en jongeren is er een centraal permanent crisismeldpunt, georganiseerd per regio, dat kan ingeschakeld worden:

<http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/professionelen/jeugdhulpaanbieders/crisisjeugdhulp/>

Een snelle ondersteuning van de naasten en erkenning van de emotionele belasting voor hen is in deze context 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). Voor ouders en zorgverleners van jongeren die zelfbeschadigend gedrag stellen is de brochure 'Omgaan met zelfbeschadiging' te downloaden via:

<https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/producten/omgaan-met-zelfbeschadiging-een-gids-voor-ouders-en-hulpverleners>

AANBEVELINGEN

- **Indien opname van een suïcidale persoon overwogen wordt: overweeg zorgvuldig voor- en nadelen van opname en zie opname enkel als een noodzakelijk middel om een crisis te overbruggen en iemand tijdelijk te beschermen.**
- **Houd bij een overweging tot opname rekening met volgende factoren: de ernst van suïcidale gedachten en plannen, de aanwezigheid van een ernstige psychische of lichamelijke problematiek en zorgbehoeften, persoonskenmerken, en de beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem.**

4. EVIDENCE BASED INTERVENTIES

1. Werken met een safety plan

Als alternatief voor het gebruik van een non-suicidecontract wordt vanuit wetenschappelijk onderzoek en vanuit de praktijk aanbevolen gebruik te maken van een safety plan (ook wel veiligheidsplan, crisisplan of signaleringsplan genoemd) (Potter, 2005; Stanley & Brown, 2012; Matarazzo, Homaifar, & Wortzel, 2014). Dit is een plan dat de hulpverlener samen met de suïcidale persoon kan opstellen. Het kan de persoon leren om stap voor stap een suïcidaal proces te herkennen en een mogelijke crisis beter het hoofd te bieden. Een safety plan is gebaseerd op cognitief therapeutische technieken en omvat meestal volgende componenten: waarschuwingssignalen, coping strategieën, protectieve factoren, hulpbronnen en het veilig maken van de omgeving.

Je kan als hulpverlener het safety plan samen met de suïcidale persoon invullen en de verschillende componenten doorlopen. Tracht dit plan zo concreet mogelijk te maken en ook in te bouwen wat de betrokkene kan doen indien een bepaalde copingstrategie niet meteen lukt of faalt. Nadat het plan is opgemaakt, zorg je voor een exemplaar voor de suïcidale persoon en een exemplaar voor in het patiëntendossier.

Onderzoek toont dat het werken met een safety plan effectiever is als de hulpverlener opvolgt of de persoon het daadwerkelijk gebruikt, als het regelmatig geüpdatet wordt en als het geïncorporeerd wordt in het behandelplan (Gamarra, Luciano, Gradus, & Wiltsey Stirman, 2015).

Op de volgende pagina volgt een sjabloon safety plan dat ook online kan ingevuld worden: <http://www.zelfmoord1813.be/safetyplan>

Ook in de gratis apps BackUp en On Track Again (voor jongeren) kan een safety plan worden opgemaakt:

<http://www.zelfmoord1813.be/backup>

<http://www.zelfmoord1813.be/ontrackagain>

Figuur 2: Sjabloon safety plan



Mijn Safety Plan

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



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

Ken je BackUp al?
BackUp is onze mobiele applicatie die houvast wil bieden bij zelfdodingsgedachten.



Componenten van een safety plan (gebaseerd op Stanley & Brown, 2008)

- **Signalen herkennen** ('Dit geeft aan dat ik aan zelfmoord denk'): Ga samen met de suïcidale persoon op zoek naar wat specifiek voor hem/haar (waarschuwings)signalen zijn die aan een crisis kunnen voorafgaan (bv. bepaalde gedachten, slaapproblemen, agitatie,...) en wat mogelijk risicovolle aanleidingen of situaties kunnen zijn.
- **Coping** ('Dit kan ik doen om rustiger te worden'): Ga samen met de persoon na wat hij of zij zelf kan doen om met een slecht gevoel of negatieve gedachten om te gaan en rustiger te worden (bv.: een stuk gaan stappen of lopen, nare gedachten van zich af schrijven, naar muziek luisteren, een warm bad nemen, ...).
- **Afleiding** ('Hier vind ik afleiding'): Ga samen met de hulpvrager na bij wie of waar hij/zij afleiding en ontspanning kan vinden (bv. afspreken met een vriend/vriendin, bij familie langsgaan, naar een activiteit in het buurthuis of cultureel centrum gaan, iets gaan drinken, ...).
- **Een veilige omgeving** ('Hier ben ik veilig'): Maak met de suïcidale persoon (en indien mogelijk diens naasten) afspraken over hoe de omgeving veiliger kan gemaakt worden. Bespreek hoe de toegang tot beschikbare middelen/methoden (bv.: medicatie, scherpe voorwerpen,...) beperkt kan worden, spreek af wie de medicatie beheert, bekijk hoe je ervoor kan zorgen dat de persoon tijdens een crisis niet alleen hoeft te zijn.
- **Professionele hulp zoeken** ('Hier vind ik professionele hulp'): Bespreek met de persoon bij welke professionele hulpverleners hij/zij terecht kan voor ondersteuning tijdens een crisis. Noteer de contactgegevens van deze hulpverleners en geef ook informatie mee over Zelfmoordlijn 1813. Ga na of de persoon drempels ervaart om (professionele) hulp in te schakelen.
- **Steunfiguren in de omgeving** ('Hier kan ik terecht als ik het moeilijk heb'): Ga samen met de suïcidale persoon na bij wie hij/zij in de nabije omgeving terecht kan voor steun of een goed gesprek wanneer het niet goed gaat. Dit kunnen vrienden of familie zijn, burens, een leerkracht of een andere vertrouwenspersoon.

AANBEVELING

Het is aan te bevelen om samen met de betrokkene een safety plan op te stellen.

2. Neurobiologische interventies



Gezien de **sterke link tussen suïcidaliteit en psychiatrische stoornissen** kunnen neurobiologische interventies, waaronder behandeling met psychofarmaca, ook bijdragen aan de behandeling van suïcidale personen. Men gaat ervan uit dat een succesvolle behandeling van de psychiatrische stoornis ook een effect zal hebben op de suïcidaliteit. Er is echter slechts in beperkte mate gecontroleerd onderzoek verricht naar het effect van medicatie op suïcidaliteit. Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op onderzoek naar het effect van psychofarmaca en andere neurobiologische interventies op bepaalde psychiatrische stoornissen, waarbij eveneens gekeken werd naar het effect op suïcidaliteit.

Aangezien medicatie kan gebruikt worden als middel om zelfmoord te plegen is het essentieel dat er met de persoon en de omgeving duidelijke **afspraken** worden gemaakt over **medicatiebeheer en medicatie-inname**, zeker wanneer er sprake is van acute suïcidaliteit. Lees meer over veiligheid en het belang van een safety plan aan het begin van dit deel. Het is aan te raden om bij het voorschrijven van medicatie aan suïcidale personen rekening te houden met drie belangrijke factoren: het effect van de medicatie op de onderliggende psychiatrische stoornis, het specifieke effect van de medicatie op suïcidaliteit en de toxiciteit van het middel bij een overdosis.

Hierna volgen de voornaamste conclusies en aanbevelingen met betrekking tot medicamenteuze en biologische interventies uit de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012), aangevuld met recent onderzoek. De aanbevelingen worden geformuleerd volgens het niveau van bewijskracht (meer hierover is te vinden in de bijlage Methodologie) en gaan van 'te overwegen' (bij matig bewijs), naar 'aan te bevelen' tot 'sterk aan te bevelen' (bij sterk bewijs).

Het effect van antidepressiva op suïcidaal gedrag

Resultaten van onderzoek naar het effect van antidepressiva op de reductie van suïcidaal gedrag verschillen naargelang de leeftijdsgroep, we kunnen dus niet met sterke evidentie stellen dat het gebruik van antidepressiva suïcidaal gedrag zou verminderen bij alle personen (Baldessarini & Tondo, 2010; Mann & Currier, 2010; Griffiths, Zarate, & Rasimas, 2014). De effectiviteit van antidepressiva op de reductie van algemene depressieve symptomen is wel uitvoerig aangetoond (Baldessarini & Tondo, 2010).

Meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde studies tonen dat antidepressiva suïcidale gedachten en gedrag doen dalen bij personen **vanaf 25 jaar**. Er is daarbij evidentie die toont dat selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) resulteren in een grotere reductie van suïcidale gedachten dan venlafaxine of bupropion (Gibbons, Hur, Brown, Davis, & Mann, 2012).

Het gebruik van antidepressiva bij jongeren

Bij personen van 24 jaar en jonger reduceert antidepressiva wel depressieve symptomen, maar niet altijd suïcidale gedachten (Gibbons et al., 2012). Verscheidene meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde studies wijzen op een **licht verhoogd risico** voor het ontwikkelen van suïcidaliteit (met name voor het ontwikkelen of versterken van suïcidedgedachten of voor het ondernemen van een suïcidepoging), indien antidepressiva aan jongeren werden toegediend (Hammad, Laughren, & Racoosin, 2006; Bridge et al., 2007; Stone et al., 2009; Hetrick et al., 2012).

Toch wordt dit negatief effect van antidepressiva in meer recente studies in vraag gesteld (van Heeringen & Mann, 2014). Farmaco-epidemiologische studies vinden bijvoorbeeld wel aanwijzingen voor **positieve effecten** van SSRI's op suïcidaal gedrag bij jongeren (Gordon & Melvin, 2014; Grunebaum et al., 2012) en stellen dat depressieve jongeren 4 tot 11 keer meer voordelen dan nadelen van antidepressiva ondervinden. Jongeren die het meest risico lopen op het stellen van suïcidaal gedrag na inname van antidepressiva zijn volgens deze onderzoekers jongeren bij wie volgende factoren aanwezig zijn: een hoge suïcidale ideatie, familieconflicten, alcohol- en druggebruik, zelfbeschadigend gedrag en niet goed reageren op behandeling. Tot slot bevelen deze studies hulpverleners aan om het suïciderisico bij jongeren tijdens de behandeling met antidepressiva te monitoren aan de hand van psycho-educatie, het bijhouden van een safety plan, een goede opvolging, werken aan risicofactoren van suïcidaal gedrag en het voorschrijven van kleine dosissen.

Er zijn tot slot een aantal belangrijke **aandachtspunten** in de behandeling met antidepressiva:

- Starten met een antidepressivum moet altijd een weloverwogen beslissing zijn. Er moet rekening gehouden worden met de ernst van de depressie, de persoonskenmerken, de ongewenste effecten van het gekozen product én met de wens van de persoon (Declercq et al., 2016). Meer over de medicamenteuze aanpak van depressie is te vinden in de Vlaamse richtlijn voor Depressie bij volwassenen (Declercq et al., 2016), beschikbaar via [Domus Medica](#).

- Psycho-educatie over depressie en de werking van antidepressiva is aangewezen bij het voorschrijven van antidepressiva. De arts dient de jongere en de ouders goed in te lichten en de voor- en nadelen af te wegen alvorens het antidepressivum voor te schrijven. Het hoogste risico op suïcidaal gedrag doet zich voornamelijk in het begin van de medicamenteuze behandeling en bij het aanpassen van de dosis voor. Het antidepressivum moet in deze fases van de behandeling langzaam en in beperkte hoeveelheden verhoogd of verlaagd worden en de jongere moet goed opgevolgd worden. De arts dient daarbij alert te zijn op gedragingen die kunnen wijzen op een stijging in suïcidaal gedrag.
- Gezien antidepressiva ook gebruikt kunnen worden als middel om zelfdoding te plegen, is het beter om antidepressiva voor korte perioden en in kleine hoeveelheden voor te schrijven en te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-mao-remmers. Dit om de schade bij een overdosis te beperken.
- Bij het opstarten van antidepressiva is het mogelijk dat er een plotse toename van suïcidale gedachten en gedrag is. Het is belangrijk hier alert voor te zijn.
- Ook de periode na de behandeling met antidepressiva is een kritieke periode waarin suïcides voorkomen, vaak in de eerste drie maanden (Appleby et al., 2006). Ook na de behandeling is een goede follow-up dus van belang.

CONCLUDERENDE AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT HET GEBRUIK VAN ANTIDEPRESSIVA (VAN HEMERT ET AL., 2012):

- **Het is sterk aan te bevelen volwassenen met een matige tot ernstige depressie en suïcidaal gedrag met antidepressiva te behandelen.**
- **Het is sterk aan te bevelen antidepressieve medicatie voor korte perioden en in kleine hoeveelheden per voorschrift voor te schrijven.**
- **Het is te overwegen bij de medicamenteuze behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve personen te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-mao-remmers, vanwege de toxiciteit bij een overdosis.**
- **Het is sterk aan te bevelen bij het begin van een behandeling met antidepressieve medicatie attent te zijn op de mogelijkheid van plotselinge toename van suïcidaal gedrag.**
- **Het is aan te bevelen suïcidale depressieve personen steeds opnieuw te zien met korte tussenpozen en na te gaan of ook het suïcidale gedrag afneemt.**
- **Het is aan te bevelen om bij personen die adequaat behandeld zijn met antidepressiva ook na beëindiging van een opname of bij een overgang van klinische naar ambulante behandeling alert te zijn op terugval in suïcidaal gedrag.**

Het effect van anxiolytica op suïcidaal gedrag

Angst en slapeloosheid zijn risicofactoren voor het optreden van suïcidaal gedrag. Wat het gebruik van anxiolytica betreft, zijn er echter geen aanwijzingen dat het gebruik van anxiolytica bij angst, agitatie en/of slapeloosheid preventief kan zijn op het vlak van suïcidaal gedrag (Möller, 2009).

Het effect van elektroconvulsietherapie (ect) op suïcidaal gedrag

Er zijn aanwijzingen dat ECT bij personen met depressie zorgt voor een snellere afname van suïcidaal gedrag dan van de meeste andere depressieve symptomen (Prudic & Sackeim, 1999; Sharma, 2001).

AANBEVELING

Het is te overwegen om bij suïcidaal gedrag bij personen met een depressie ECT toe te passen

Het effect van antipsychotica op suïcidaal gedrag

Bij personen met schizofrenie werden positieve effecten gevonden voor een behandeling met clozapine op de reductie van suïcidepogingen en suïcides (Hennen & Baldessarini, 2005; Meltzer et al., 2005; Tiihonen et al., 2009; Baldessarini & Tondo, 2010; Meltzer, 2010). Het is dus aannemelijk dat clozapine het risico van suïcidaal gedrag vermindert bij personen met psychotische stoornissen.

AANBEVELING

Het is te overwegen om personen met psychotische stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met clozapine.

Het effect van lithium op suïcidaal gedrag

Het is uitgebreid aangetoond dat bij personen met een stemmingsstoornis het gebruik van lithium het risico op suïcide en suïcidepogingen aanzienlijk vermindert (Cipriani, Hawton, & Stockton, 2013). Dit effect geldt zowel voor personen met een bipolaire stoornis als voor personen met een unipolaire depressie. Stoppen met lithium bij bipolaire stoornissen geeft echter een sterk verhoogde kans op suïcide en suïcidepogingen, dus grote waakzaamheid is hier nodig.

AANBEVELING

Het is sterk aan te bevelen om personen met bipolaire stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met lithium en bij eventueel staken van de behandeling personen te informeren over het risico op (her-)optreden van suïcidaal gedrag en hen daarna intensief te volgen.

Eerste studies naar ketamine

Recent gaat veel aandacht uit naar studies die de werking van ketamine in kaart brengen, een middel dat intraveneus wordt toegediend. Een eerste review toonde dat ketamine snel suïcidale ideatie kan doen afnemen, al zijn er belangrijke limitaties bij de studies op te merken en moeten deze resultaten als preliminair worden gezien (Wilkinson & Sanacora, 2016). Meer onderzoek is nodig om het gebruik van ketamine om het suïciderisico te beperken te kunnen aanbevelen in de praktijk.

3. Psychotherapeutische interventies



Wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van psychotherapie voor de reductie van suïcidaal gedrag is eerder beperkt.

Een meta-analyse van verschillende psychotherapeutische interventies (onder meer cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie en oplossingsgerichte therapie, in verschillende patiëntenpopulaties) toonde dat deze therapieën de kans op toekomstig zelfbeschadigend gedrag met gemiddeld 32% verlagen (O'Connor et al., 2013).

Meer specifiek werd effectiviteit gevonden voor volgende therapeutische strekkingen in de preventie van zelfbeschadigend gedrag en/of suïcidepogingen bij volwassenen:

- **Cognitieve (gedrags)therapie** (Tyrer et al., 2003; Tyrer et al., 2004; Brown et al., 2005; Slee, Garnefski, van de Leeden, Arensman, & Spinhoven, 2008; Tarrier, Taylor, & Gooding, 2008; Hawton et al., 2016)
- **Dialectische gedragstherapie** (Linehan et al., 2006; Hawton et al., 2016)
- **Probleemoplossingstherapie of oplossingsgerichte therapie** (Townsend et al., 2001; Hatcher, Sharon, Parag, & Collins, 2011)

Recent werd ook **Mindfulness Based Cognitive Therapy** (Chesin et al., 2015, Chesin et al., 2016) als veelbelovende interventie naar voor geschoven voor suïcidale personen. De effectiviteit van deze therapievormen op de reductie van suïcidaal gedrag zal ook in Vlaanderen door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie onderzocht worden.

AANBEVELING

Het is aan te bevelen bij de behandeling van volwassen personen met suïcidaal gedrag cognitieve (gedrags)therapie, dialectische gedragstherapie of probleemoplossingsgerichte therapie aan te bieden.

Aanbevelingen voor de psychotherapeutische behandeling van depressieve personen met suïcidaal gedrag

Specifiek voor depressieve personen is aangetoond dat naast farmacotherapie ook psychotherapeutische behandelvormen effectief zijn in de behandeling van depressie (Cuijpers, 2008; Cuijpers, 2009). **Cognitieve gedragstherapie** is daarnaast ook effectief in de behandeling van hopeloosheid, wat een belangrijke risicofactor is voor suïcidaal gedrag. Men gaat er vanuit dat interventies die hopeloosheid reduceren ook het suïciderisico reduceren bij depressieve personen (APA, 2003; Tarrier, Taylor, & Gooding, 2008). Het is aan te bevelen in de behandeling van depressieve personen met suïcidaal gedrag naast de depressie ook het suïcidale gedrag als focus van de behandeling te nemen en ook na de behandeling voor depressie na te gaan of er nog suïcidegedachten aanwezig zijn (Van Hemert et al., 2012).

Op www.depressiehulp.be kunnen personen met depressie terecht voor meer informatie over de verscheidene symptomen en zelfhulp.

Aanbevelingen voor de psychotherapeutische behandeling van personen met borderline persoonlijkheidsstoornis en suïcidaal gedrag

Uit verscheidene studies naar psychotherapie voor personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis kwam een effect naar voor op de reductie van suïcidaal gedrag. De Nederlandse richtlijn voor de behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012) stelde volgende conclusies op:

- Het is aannemelijk dat **dialectische gedragstherapie** effectief is in de behandeling van zelfbeschadigend gedrag bij vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan, 1993; van den Bosch, Verheul, Schippers, & van den Brink, 2002; Verheul et al., 2003; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & van den Brink, 2005; Linehan et al., 2006).
- Verder zijn er aanwijzingen dat **cognitieve gedragstherapie** gericht op suïcidaal gedrag werkzaam kan zijn in de behandeling van suïcidale personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Weinberg, Gunderson, Hennen, & Cutter, 2006; Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Cristoph, & Beck, 2004).
- Het is tot slot ook aannemelijk dat mentalization-based therapie, transference-focused therapie, schema-focused therapie en interpersoonlijke psychodynamische therapievormen effectief zijn in de behandeling van suïcidaal gedrag bij personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy 2001; Giessen-Bloo et al., 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy, 2009).

Aanbevelingen voor de psychotherapeutische behandeling van personen met chronisch suïcidaal gedrag

Chronisch suïcidaal gedrag vergt een **andere aanpak dan acuut suïcidaal gedrag**. Bij chronisch suïcidaal gedrag zijn gedachten aan zelfmoord van terugkerende of zelfs van permanente aard. Chronische suïcidaliteit komt vooral voor in de context van een persoonlijkheidsstoornis, maar kan ook voorkomen bij depressie en schizofrenie. Het wordt beschouwd als een vorm van (inadequate) coping (Van Hemert et al., 2012).

De klemtoon bij de aanpak van chronische suïcidaliteit ligt op terughoudendheid, geduld en begrijpen van de functie van de suïcidaliteit en wat er in de persoon omgaat (APA, 2003).

Voor personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en chronisch suïcidaal gedrag is er onvoldoende bewijs dat opname zou helpen in de preventie van suïcide en zou het soms zelfs negatieve effecten hebben (Paris, 2002).

Ook chronisch suïcidale personen kunnen echter in een acute fase komen, waarin extra beschermende maatregelen nodig zijn. Het blijft dus aangewezen om een goede risico-inschatting te maken. Hierbij is het belangrijk oog te hebben voor actuele stressoren die de suïcidaliteit extra kunnen triggeren. Of het risico chronisch of acuut is kan ingeschat worden door te onderzoeken wat 'anders is dan normaal' (wat is er anders in de omgeving van de persoon, is er iets gebeurd, is er iets anders in de therapeutische relatie, ...) (Kerkhof & Van Luyn, 2010).

AANBEVELINGEN BIJ DE AANPAK VAN CHRONISCH SUÏCIDAAL GEDRAG (VAN HEMERT ET AL., 2012):

- **Neem chronisch suïcidaal gedrag altijd ernstig, maar wees terughoudend in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties.**
- **Zoek naar de bron van het blijvend aanwezig zijn van de psychische nood en mentale pijn, in een langdurig engagement met de persoon.**
- **Voorkom zelf het slachtoffer te worden van de suïcidale dreiging van de persoon, blijf streven naar verandering en spreek de persoon aan op zijn of haar autonome vermogen.**
- **Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht (onmacht en agressie), maak regelmatig gebruik van inter- of supervisie met collega's.**
- **Blijf waakzaam voor acute fasen in het chronische suïcidale gedrag en overweeg in dit geval zorgintensivering.**
- **Verzeker je van steun op elk niveau van de organisatie (indien van toepassing) bij ernstige dreiging met suïcide.**

Aanbevelingen voor de psychotherapeutische behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren

Zelfbeschadigend gedrag komt frequent voor bij kinderen en jongeren en is sterk gerelateerd aan suïcide. Een recente systematische review van gerandomiseerde gecontroleerde studies naar psychosociale interventies voor jongeren (tot 18 jaar) met zelfbeschadigend gedrag (Hawton et al., 2015) toonde echter een groot **gebrek aan wetenschappelijke bewijskracht** van interventies en beklemtoont de nood aan verder onderzoek (Hawton et al., 2015).

De studie toonde dat slechts één interventie – **mentalisation therapy** – een significante reductie teweegbracht van het aantal episodes van zelfbeschadigend gedrag bij jongeren. Deze therapie stelt zich tot doel om de empathie van personen ten aanzien van anderen te bevorderen door een beter inzicht te ontwikkelen in het eigen gedrag en een betere regulatie van de eigen emoties te creëren. Ook hier was het effect echter gemiddeld en ging het slechts om een kleine studie.

Voor dialectische gedragstherapie werd een beperkt effect gevonden, maar de resultaten waren niet eenduidig. Ook voor de volgende interventies werd geen effect gevonden op reductie van suïcidaal gedrag: groepstherapie, cognitieve gedragstherapie, gezinsinterventie in de thuiscontext en het voorzien van een ‘noodkaartje’.



In het **‘Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren’** (Meerdinkveldboom, Rood, & Kerkhof, 2016) lees je meer over de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren. In het handboek wordt helder uiteengezet hoe deze jongeren en hun gezinnen begeleid kunnen worden. Er wordt onder meer ingegaan op medicamenteuze behandelmogelijkheden, aanpakken van piekeren, en systeembenaderingen.

4. Online tools

Recent werden in Vlaanderen enkele online tools ontwikkeld, specifiek voor personen met zelfmoordgedachten. Deze tools kunnen samen met de betrokkene gebruikt worden in de therapie en/of daarbuiten. Ze zijn geen op zichzelf staande behandelingen, maar kunnen gebruikt worden als hulpmiddel om de persoon te leren omgaan met zijn of haar suïcidale gedachten.

Zelfhulp cursus ‘Think Life’

Think Life is een online zelfhulp cursus voor personen die aan zelfmoord denken. De cursus is geen vervanging van reguliere hulp, maar kan aanvullend gebruikt worden. Personen kunnen zich anoniem en gratis voor de cursus registreren. De cursus omvat zes lessen, waarbij elke les opgedeeld is in een stuk theorie, een weekopdracht en een aantal oefeningen. De lessen kunnen op eigen tempo doorlopen worden. Think Life is gebaseerd op doeltreffende psychotherapeutische technieken zoals cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie, dialectische gedragstherapie en mindfulness-based cognitieve therapie. De cursus werd ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Amsterdam, en door VLESP aangepast voor gebruik in Vlaanderen. Zowel in Nederland als Vlaanderen werd aangetoond dat de cursus helpt om minder vaak en sterk aan zelfmoord te denken (Van Spijker, van Straten, & Kerkhof, 2014; De Jaegere, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2016). Meer informatie: www.zelfmoord1813.be/thinklife.

Apps BackUp en On Track Again



BackUp is een mobiele applicatie die ontwikkeld werd door VLESP 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. De elementen in de app zijn wetenschappelijk onderbouwd en de app werd getest door zowel een experten- als gebruikersgroep en door beide groepen positief ontvangen. Meer informatie: www.zelfmoord1813.be/backup.

Specifiek voor jongeren die hun leven terug oppakken na een suïcidepoging is er de app **On Track Again**, ontwikkeld door de organisatie Zorg voor Suïcidepogers. Met de app kunnen jongeren video's bekijken met getuigenissen van jongeren over wat hen heeft geholpen om moeilijke periodes te overbruggen, eigen foto's, muziek en quotes toevoegen die hen een goed gevoel kunnen geven, een persoonlijk safety plan samenstellen en contacten toevoegen van vrienden, familie, hulpverleners of hulpdiensten. Meer informatie: www.zelfmoord1813.be/opvang-van-suïcidepogers/toolkit-voor-jonge-suïcidepogers.



AANBEVELING

Online tools kunnen een goed vertrekpunt, hulpmiddel of nuttige aanvulling vormen voor de behandeling van suïcidaal gedrag.

OVERZICHT AANBEVELINGEN DEEL 3

Met betrekking tot de basisprincipes:

- Het is essentieel om te investeren in een goed contact en om een goede therapeutische relatie met de betrokkene uit te bouwen.
- Het is af te raden gebruik te maken van een non-suïcidecontract.
- Om de veiligheid te bevorderen is het aan te bevelen om in samenspraak met de suïcidale persoon een safety plan op te stellen, verhoogd toezicht te overwegen en de toegang tot middelen te beperken.
- Indien de situatie en context er zich toe leent, is het na te streven om de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om naasten te betrekken, zowel bij het opstellen van het behandelplan als bij de verdere behandeling en follow-up.
- Het is essentieel om samenwerkingsafspraken te maken om de (na)zorg voor suïcidale personen te continueren en verbeteren.
- Het is aan te bevelen follow-up contact met de betrokkene te organiseren.

Met betrekking tot interventies:

- Het is aan te bevelen om samen met de betrokkene een safety plan op te stellen.
- Indien opname van een suïcidale persoon overwogen wordt: overweeg zorgvuldig voor- en nadelen van opname en zie opname enkel als een noodzakelijk middel om een crisis te overbruggen en iemand tijdelijk te beschermen.
- Houd bij een overweging tot opname rekening met volgende factoren: de ernst van suïcidale gedachten en plannen, de aanwezigheid van een ernstige psychische of lichamelijke problematiek en zorgbehoeften, persoonskenmerken, en de beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem.
- Het is sterk aan te bevelen personen met een matige tot ernstige depressie en suïcidaal gedrag met antidepressiva te behandelen.
- Starten met antidepressiva moet een weloverwogen beslissing zijn. Er moet rekening gehouden worden met de ernst van de depressie, de persoonskenmerken, de ongewenste effecten van het gekozen product én met de wens van de persoon.
- Het is sterk aan te bevelen antidepressieve medicatie voor korte perioden en in kleine hoeveelheden per voorschrift voor te schrijven.
- Het is te overwegen bij de medicamenteuze behandeling van suïcidaal gedrag bij depressieve personen te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-mao-remmers, vanwege de toxiciteit bij een overdosis.

- Het is sterk aan te bevelen bij het begin van een behandeling met antidepressieve medicatie attent te zijn op de mogelijkheid van plotselinge toename van suïcidaal gedrag.
- Het is aan te bevelen suïcidale depressieve personen steeds opnieuw te zien met korte tussenpozen en na te gaan of ook het suïcidale gedrag afneemt.
- Het is aan te bevelen om bij personen die adequaat behandeld zijn met antidepressiva, ook na beëindiging van een opname of bij een overgang van klinische naar ambulante behandeling alert te zijn op terugval in suïcidaal gedrag.
- Het is te overwegen bij acuut optredend ernstig suïcidaal gedrag bij personen met een depressie ECT toe te passen.
- Het is te overwegen personen met psychotische stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met clozapine.
- Het is sterk aan te bevelen om personen met bipolaire stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met lithium en bij eventueel staken van de behandeling hen te informeren over het risico op (her-)optreden van suïcidaal gedrag en hen daarna intensief te volgen.
- Het is aan te bevelen bij de behandeling van volwassen personen met suïcidaal gedrag cognitieve (gedrags)therapie, dialectische gedragstherapie, probleemoplossingsgerichte therapie aan te bieden.
- Online tools kunnen een goed vertrekpunt, hulpmiddel of nuttige aanvulling vormen voor de behandeling van suïcidaal gedrag.

Met betrekking tot chronisch suïcidaal gedrag:

- Neem chronisch suïcidaal gedrag altijd ernstig, maar wees terughoudend in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties.
- Zoek naar de bron van het blijvend aanwezig zijn van de psychische nood en mentale pijn, in een langdurig engagement met de betrokkene.
- Voorkom zelf het slachtoffer te worden van de suïcidale dreiging van de betrokkene, blijf streven naar verandering en spreek de persoon aan op zijn of haar autonome vermogen.
- Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht (onmacht en agressie), maak regelmatig gebruik van inter- of supervisie met collega's.
- Blijf waakzaam voor acute fasen in het chronische suïcidale gedrag en overweeg in dit geval zorgintensivering.
- Verzeker je van steun op elk niveau van de organisatie bij ernstige dreiging met suicide.

REFERENTIES

Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P.J., Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders*, 68, 167-81.

APA (2003). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N., Windfur, K., Ashton, A., Swinson, N., While, D., Lowe, R., Bickley, H., Flynn, S., Hunt, I.M., McDonnell, S., Rodway, C., Roscoe, A., Turnbull, P., Burns, J., Hadfield, K., & Stones, P. (2006). *Avoidable deaths: Five year report by the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness*. London: UK Department of Health.

Baldessarini, R.J., & Tondo, L. (2010). Psychofarmacology for suicide prevention. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 233-253). Göttingen: Hogrefe & Huber.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1355- 1364.

Bedics, J.D., Atkins, D.C., Harned, M.S., Linehan, M.M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, Vol 52(1), 67-77.

Bosch, L. van den, Verheul, R., Schippers, G.M., & Brink, W. van den. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.

Bosch, L. van den, Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R., & Brink, W van den. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.

Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., ... & Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Jama*, 297(15), 1683-1696.

Brown, G.K., Have, T. ten, Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. *Journal of the American Medical Association*, 294, 563-570.

Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., Crits-Christoph P., & Beck, A.T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 257-271.

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.

Cavanagh, J.T., Carson A.J., Sharpe, M., et al. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-40.

Chesin, M.S., Sonmez, C.C., Benjamin-Phillips, C.A., Beeler, B., Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2015). Preliminary Effectiveness of Adjunct Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Suicidal Behavior in Outpatients Who Are at Elevated Suicide Risk. *Mindfulness*, 6 (6), 1345-1355.

Chesin, M., Interian, A., Kline, A., Benjamin-Phillips, C., Latorre, M., & Stanley, B. (2016). Reviewing Mindfulness-Based Interventions for Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*.

Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J.R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f3646.

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.

Cuijpers, P., Straten, A. van, Oppen, P. van, & Andersson, G. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 909-922.

Cuijpers, P., Straten, A. van, Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 26, 279-288.

Cuijpers, P., de Beurs, D.P., van Spijker B.A., et al. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144, 183-90.

Declercq, T., Habraken, H., van den Aamele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., Cloetens, H. (2016). *Depressie bij volwassenen*. Domus Medica.

De Jaegere, E., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2016). Think Life. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effecten van een online zelfhulp cursus voor het leren omgaan met zelfmoordgedachten. Geraadpleegd op 1 oktober 2016, op www.vlesp.be/publicaties

Drew, B.L. (2001). Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 99-106.

Farrow, T.L. (2002). Owing their expertise: Why nurses use 'no suicide contracts' rather than their own assessments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 214-219.

Ferrey, A.E., Hughes, N.D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), e009631.

Gamarra, J. M., Luciano, M. T., Gradus, J. L., & Wiltsey Stirman, S. (2015). Assessing variability and implementation fidelity of suicide prevention safety planning in a regional VA healthcare system. *Crisis*, 36(6), 433-439.

Gibbons, R. D., Hur, K., Brown, C. H., Davis, J. M., & Mann, J. J. (2012). Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of general psychiatry*, 69(6), 572-579.

Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen C, Asselt, T. van, et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Gordon, M. S., & Melvin, G. A. (2014). Do antidepressants make children and adolescents suicidal?. *Journal of paediatrics and child health*, 50(11), 847-854.

Griffiths, J.J., Zarate, C.J., & Rasimas, J.J. (2014). Existing and novel biological therapeutics in suicide prevention. *American Journal of Preventive Medicine.*, 47, S195-203.

Grunebaum, M. F., Ellis, S. P., Duan, N., Burke, A. K., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2012). Pilot randomized clinical trial of an SSRI vs bupropion: effects on suicidal behavior, ideation, and mood in major depression. *Neuropsychopharmacology*, 37(3), 697-706.

Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., et al. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*, 323, 135-138.

Hammad, T. A., Laughren, T. P., & Racoosin, J. A. (2006). Suicide rates in short-term randomized controlled trials of newer antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology*, 26(2), 203-207.

Hatcher, S., Sharon, C., Parag, V., Collins, N. (2011). Problem-solving therapy for people who present to hospital with self-harm: Zelen randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199 (4), 310–316.

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.

Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & van Heeringen, K. (2000). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD001764. Geraadpleegd via: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796818>.

Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*.

Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2005). Suicidal risk during treatment with clozapine: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 73, 139-145.

Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Cox, G. R., Simmons, M. B., & Merry, S. N. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*.

Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Fekete, S. (2002). Why people engage in parasuicide: A cross-national study of intention. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 32, 380-393.

Hjorthoj, C.R., Madsen, T., Agerbo, E., et al. (2014). Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1357-65.

Hultén, A., Jiang, G.X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De Leo, D., Ostamo, A., Salander-Renberg, E., & Schmidtke, A. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: Frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 161-169.

Hunt, I.M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Turnbull, P., Shaw, J., & Appleby, L. (2007). Suicide in current psychiatric in-patients: a case-control study. *Psychological Medicine*, 37, 831–837.

Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraishi, Y., 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.

Kelly, K.T., & Knudson, M.P. (2000). Are no-suicide contracts effective in preventing suicide in suicidal patients seen by primary care physicians? *Archives of Family Medicine*, 9, 1119–21.

Kerkhof, A.J.F.M., & van Luyn, B. (2010). *Suicidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Larkin, C., Di Blasi, Z., Arensman, E. (2014). Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. *PLoS One*, 9:e84282.

Lewitzka, U., Severus, E., Bauer, R., Ritter, P., Müller-Oerlinghausen, B., & Bauer, M. (2015). The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence—a narrative review. *International Journal of Bipolar Disorders*, 3, 15.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder*. NewYork/London: The Guilford Press.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan M.M., Heard, H.L., & Armstrong, E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

Linehan M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.

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.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294 (16), 2064-74.

Mann, J.J., & Currier, D. (2010). Evidence-based suicide prevention strategies: An overview. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.). *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 65-85). Göttingen: Hogrefe and Huber.

Matarazzo, B., Homaifar, B., & Wortzel, H.S. (2014). Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient: Safety Planning. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 220-4.

McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., et al. (2008). Course of major depressive disorder and suicide outcome: a psychological autopsy study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 966-70.

Meerwijk, E.L., Parekh, A., Oquendo, M.A., Allen, I.E., Franck, L.S., & Lee, K.A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 544 – 554.

Meltzer, H.Y., Alphas, L., Green, A.I., Altamura, A.C., Anand, R., Bertoldi, A., et al. (2005). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International suicide prevention trial (Intersept). *Archives of General Psychiatry*, 60, 82-91.

Meltzer, H.Y. (2010). Evidence-based treatment for reducing suicide risk in schizophrenia. In M. Pompili, & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 301-311). Göttingen: Hogrefe and Huber.

Milner, A.J., Carter, G., Pirkis, J., et al. (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. *British Journal of Psychiatry*, 206, 184-90.

Möller, H.J. (2009). Pharmacological and other biological treatments of suicidal individuals. In D. Wasserman, & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook on suicidology and suicide prevention* (pp. 395-405). Oxford University Press.

O'Connor, E., Gaynes, B.N., Burda, B.U., et al. (2013). Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventative Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 158, 741-54.

Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1433-41.

Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738-742.

Potter, M.L., Vitale-Nolen, R., & Dawson, A.M. (2005). Implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11, 144-55.

Prudic, J., & Sackeim, H.A. (1999). Electroconvulsive therapy and suicide risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 104-110.

Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 427-432.

Randall, J.R., Walld, R., Finlayson, G., et al. (2014). Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: a population-based, propensity score-matched analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 531-8.

Rhee, Y., Houttekier, D., MacLeod, R., Wilson, D.M., Cardenas-Turanzas, M., Loucka, M., Aubry, R., Teno, J., Roh, S., Reinecke, M.A., Deliens, L., & Cohen, J. (2016). International comparison of death place for suicide; a populationlevel eight country death certificate study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1), 101-6.

Rudd, M.D., Mandrusiak, M., & Joiner, T.E. (2006). The case against nosuicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 243-51.

Sharma, V. (2001). The effect of electroconvulsive therapy on suicide risk in patients with mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 704-9.

Sinclair, J. M. A., Hawton, K., & Gray, A. (2010). Six year follow-up of a clinical sample of self-harm patients. *Journal of Affective Disorders*, 121(3), 247-52. Geraadpleegd op: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564047>.

Slee, N., Garnefski, N., Leeden, R. van de, Arensman, E., & Spinhoven, P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 202-211.

Stanley, B., & Brown, G.K. (2008). *The Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version*. Washington, D.C.: United States Department of Veterans Affairs.

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

Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., ... & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 339, b2880.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 77-108.

Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337(nov18_3), a2205.

Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A., et al. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: A population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374, 620-627.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, D.G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., et al. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31, 979-988.

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

Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., et al. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.

Tyrer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., et al. (2004). Differential effects of manual assisted cognitive therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: The POPMACT study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 102-116.

van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 63-72.

Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., de Keyser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J.W., de Groot, M.H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, M., Steendam, B., Stringer, B., Verlinde, A., & van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire behandelrichtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.

Van Spijker, B.A., van Straten, A., & Kerkhof, A.J. (2014). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomized controlled trial. *PLoS One*, 9:e90118.

Verheul, R., Bosch, L. van den, Koeter, M.W., Ridder, M.A.J. de, Stijnen, T., Brink, W. van den. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

Verwey, B. & Kerkhof, A.J.F.M. (2000). De opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis. In: van Heeringen, K. & Kerkhof, A.J.F.M. (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 138-147.

Verwey, B., van Waarde, J. A., Bozdağ, M. A., van Rooij, I., de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2010). Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. *Crisis*, 31(6), 303–10.

Vries, P. de, Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M., & Robben, P.B.M. (2008). The no-suicide contract: A risky ritual. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 667-671.

Weinberg, I., Gunderson, J.G., Hennen, J., & Cutter, C.J. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders*, 20, 482-492.

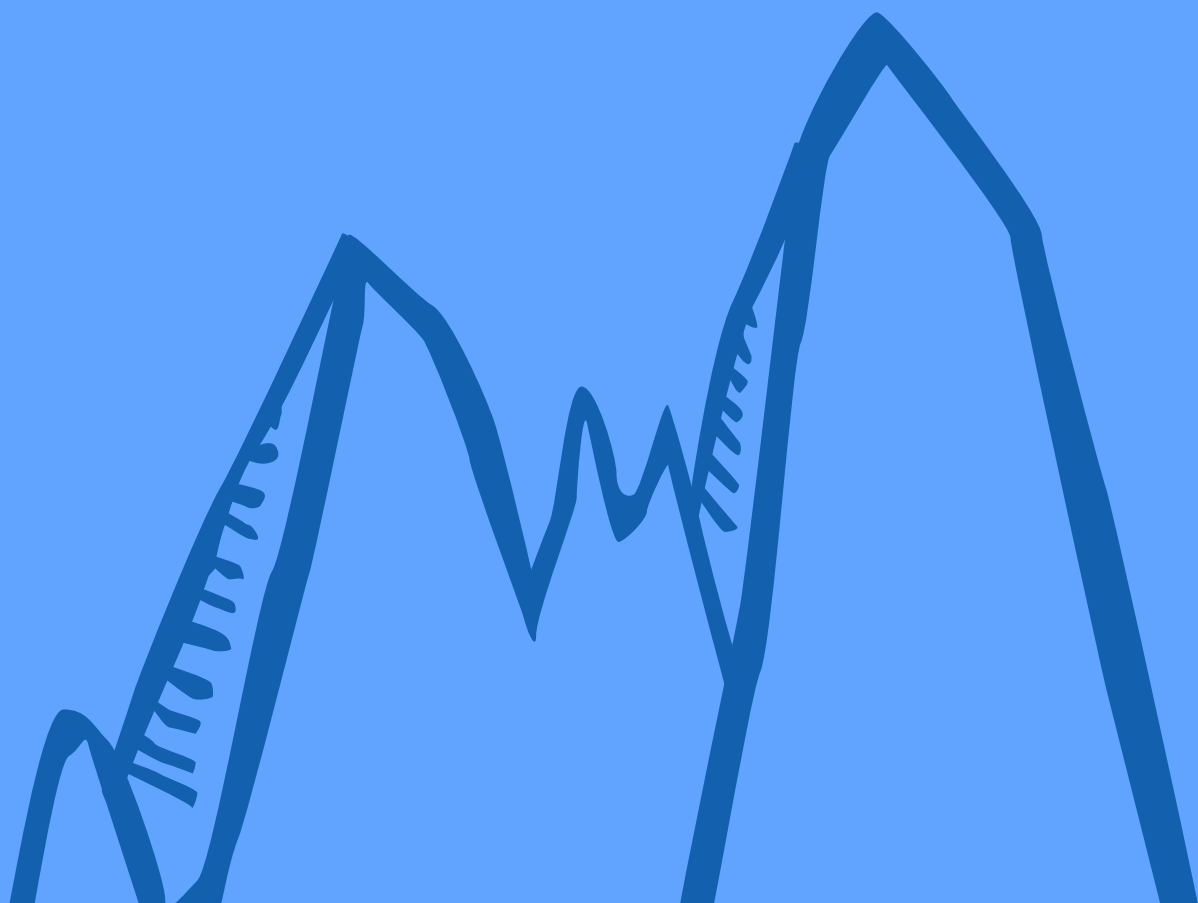
While, D., Bickley, H., Roscoe, A., et al. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, 379, 1005-12.

Wilkinson, S.T., & Sanacora, G. (2016). Ketamine: a potential rapid-acting antisuicidal agent? *Depression and anxiety*, 33, 711-717.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... & Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-59.

DEEL 4

NA EEN SUÏCIDEPOGING



DEEL 4 – NA EEN SUÏCIDEPOGING

1. INLEIDING

Belang van opvang na een suïcidepoging

Per dag worden op de Vlaamse spoedafdelingen van ziekenhuizen naar schatting 28 personen aangemeld na een suïcidepoging (Vancayseele, 2015). Het werkelijke aantal suïcidepogingen ligt echter nog veel hoger omdat veel suïcidepogers niet op de spoedafdeling terecht komen. De meeste hulpverleners zullen dus ooit in hun loopbaan in aanraking komen met personen die een suïcidepoging ondernomen hebben.

Het risico op een suïcidepoging of een overlijden door suïcide is sterk verhoogd bij personen die reeds een poging ondernomen hebben (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; Hawton et al., 2015). Een voorgeschiedenis van zelfmoordpogingen is immers de sterkste voorspeller voor toekomstig suïcidaal gedrag (Oquendo et al., 2004; Tidemalm et al., 2008). Wanneer we kijken naar de cijfers voor Vlaanderen, zien we dat in 2014 iets meer dan de helft van de volwassen patiënten die opgenomen werden na een suïcidepoging op een spoeddienst van een algemeen ziekenhuis reeds één of meerdere pogingen ondernomen had voordien (Vancayseele et al., 2015). Ongeveer de helft van die eerdere pogingen vond plaats het jaar voordien. Het risico op een herhaalde suïcidepoging is het grootst bij personen die reeds meerdere suïcidepogingen ondernomen hebben, die in psychiatrische behandeling zijn of geweest zijn en bij personen die een poging deden met benzodiazepinen, door snijden of door een combinatie van methoden (Cooper et al., 2006; Madge et al., 2008).

Personen die een suïcidepoging ondernemen, hebben vaak een (in)directe vraag naar hulp. Uit de registraties van suïcidepogingen in Vlaanderen blijkt dat 88.9% van de volwassen suïcidepogers die opgenomen werd op de spoedafdeling verdere begeleiding wenste (Vancayseele et al., 2015). Toch wordt er bij 10,9% van de volwassen patiënten en 14.3% van de jonge patiënten geen verder zorgtraject voorzien (Vancayseele et al., 2015).

Om recidive te voorkomen is een adequate psychosociale opvang en evaluatie van de suïcidepogger noodzakelijk (Bergen, Hawton, Waters, Cooper, & Kapur, 2010; De Clerck, Vanhove, Vinck, & van Heeringen, 2006; Hickey, Hawton, Fagg, & Weitzel, 2001). Patiënten die het ziekenhuis verlaten vooraleer een psychosociale evaluatie is gebeurd, lopen immers een extra hoog risico (Bergen et al., 2010). Personen die op psychologisch en sociaal vlak opgevangen en geëvalueerd worden daarentegen, zijn minder geneigd

om later een nieuwe poging te ondernemen. Het risico op recidieven is het hoogst in de weken volgend op de poging, en bij elke volgende poging wordt het risico op een fatale afloop groter (Hawton et al., 2015; Zahl & Hawton, 2004). Inspanningen om recidieven en suïcides te vermijden worden dus best zo snel mogelijk opgestart en zorgprocessen sluiten best zoveel mogelijk naadloos bij elkaar aan (Verwey & Kerkhof, 2000).

Klinische vragen

We vertrekken in dit deel van de volgende kernelementen bij de opvang van suïcidepogers: het belang van het bevragen van de suïcidaliteit na een suïcidepoging, het voorzien van zorgcontinuïteit en het betrekken van de omgeving.

Dit deel kan niet los van de andere onderdelen van deze richtlijn gezien worden. De basisprincipes uit deel 1, de richtlijnen voor detectie uit deel 2 en de richtlijnen voor interventies uit deel 3 bevatten eveneens belangrijke aanbevelingen die van toepassing zijn voor de opvang van suïcidepogers.

In dit deel trachten we een antwoord te bieden op de volgende klinische vragen:

- Hoe zorg je voor een optimale opvang en zorg voor suïcidepogers?
 - Wat is er belangrijk bij de eerste opvang van suïcidepogers?
 - Waarop moet ik letten bij de opvolging van suïcidepogers?
 - Welke informatie geef ik mee bij doorverwijzing of ontslag?
 - Waarom is het belangrijk dat suïcidepogingen geregistreerd en geëvalueerd worden?
- Wat zijn de specifieke aandachtspunten bij de opvang van jonge suïcidepogers?

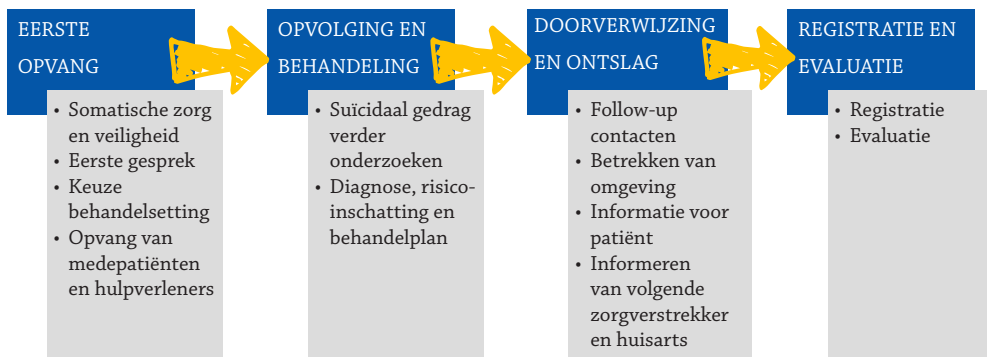
De inhoud van dit deel is ook online raadpleegbaar via de e-learning SP-Reflex op Zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>).

2. EEN ZORGPAD ALS LEIDRAAD

De organisatie van vervolgzorg en toeleiding hiernaar van zowel de suïcidepogger als zijn of haar naasten, is cruciaal. De samenwerking met zorgverstrekkers in de omgeving van de hulpvrager, zoals de huisarts en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, is hierbij van groot belang. Ook de hulpverleners binnen de residentiële geestelijke gezondheidszorg en de mobiele crisisteams kunnen hierbij belangrijke partners zijn. Deze samenwerking kan verankerd worden in een zorgpad.

Een zorgpad is een methodiek om de verschillende stappen in de opvang en zorg van hulpvragers binnen een bepaalde regio op elkaar af te stemmen en systematisch op te volgen en te evalueren. Samenwerking tussen de eerste, tweede en derde lijn van de gezondheidszorg is hierbij cruciaal. **Een specifiek zorgpad voor de opvang en zorg voor suïcidepoggers kan de zorgcontinuïteit ten goede komen en op die manier de kans op een herhaalde suïcidepoging of suicide verkleinen.** Bovendien verhoogt de introductie van een zorgpad voor een stijging van kennis, attitudes en gevoel van competentie over de opvang en zorg voor suïcidepogers bij hulpverleners; versterkt het de samenwerking tussen verschillende hulpverleningsinstanties; en leidt het tot een hoge tevredenheid over de opvang bij patiënten (De Clerck et al., 2006).

Een zorgpad omvat vier grote fasen:



Verschiedende hulpverleners en zorginstellingen kunnen betrokken zijn bij de organisatie van deze fasen: huisartsen, spoedafdelingen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, De huisarts heeft in dit zorgpad een centrale plaats, aangezien die als verwijzer en als laagdrempelige hulpverlener in het thuismilieu een belangrijke rol kan spelen bij de organisatie van de zorgcontinuïteit.

Een zorgpad kan opgesteld worden binnen een bepaalde zorginstelling, maar interessanter is dat verschillende zorgverstrekkers binnen de regio betrokken worden. Voor hulp bij het opstellen van een zorgpad binnen de zorginstelling of regio kan contact opgenomen worden met de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (zie 'Ondersteunende tools en diensten' achteraan dit deel voor meer informatie).

Eerste opvang

Aangezien elke hulpverlener binnen de gezondheidszorg geconfronteerd kan worden met iemand die een suïcidepoging ondernomen heeft, worden de eerste opvang na een poging, het inschatten van de acuïtheid van eventueel nog aanwezige zelfmoordgedachten en het gepast doorverwijzen van de patiënt gezien als basiscompetenties van **alle hulpverleners** binnen de gezondheidszorg.

Somatische zorg en veiligheid

Wanneer je geconfronteerd wordt met iemand die een suïcidepoging ondernomen heeft, dien je in eerste instantie de nodige somatische zorg te verlenen of in te schakelen¹. Daarnaast is het ook belangrijk om te zorgen voor de veiligheid van de suïcidepogger. Bekijk samen met de suïcidepogger, zijn of haar omgeving en eventuele andere betrokken hulpverleners welke maatregelen hiervoor nodig zijn. Zie Deel 3 – Interventies voor een overzicht van mogelijke veiligheidsmaatregelen en zie de Bijlage Gezondheidszorgwetgeving voor wettelijke bepalingen hieromtrent.

Eerste gesprek

Er dient zo snel mogelijk een eerste gesprek met de suïcidepogger te gebeuren om enerzijds de persoon empathisch op te vangen (zie ook de basisprincipes in Deel 1 - Inleiding) en anderzijds het suïciderisico en de onmiddellijke behandelingsnoden in te schatten, zodat een toeleiding naar vervolgzorg verzekerd kan worden. Volgende aspecten kunnen in dit gesprek aan bod komen:

¹ Wat indien de patiënt deze somatische zorg weigert? Belangrijke overwegingen hierbij zijn de wilsbekwaamheid van de patiënt en de spanning tussen wetgeving die de autonomie en de zelfbeschikking van de patiënt beschermt en wetgeving die de verplichting tot zorg bepaalt. Meer informatie hierover is te vinden in de Bijlage Gezondheidszorgwetgeving en in het stuk rond omgaan met zorgweigerars in Deel 2 – Detectie.

- informatie over de suïcidepoging
- huidige emoties en acute suïcidaliteit
- medicatie, psychiatrische voorgeschiedenis/behandeling, eerdere suïcidepoging
- sociaal netwerk/steun
- bereidheid tot verdere behandeling

Als leidraad voor dit gesprek kan het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO) gebruikt worden (zie 'Ondersteunde tools en diensten' verder in dit deel).

Wanneer je gecontacteerd wordt door een andere hulpverlener in verband met de doorverwijzing van een suïcidepoging neem je zo snel mogelijk contact op met de hulpvrager om een afspraak te maken voor een eerste gesprek. Bespreek tijdens deze contactopname eventuele weerstanden en obstakels en spreek met de doorverwijzer af om contact te houden met de hulpvrager tot de eerste afspraak. Vraag de verwijzer naar de info die reeds verzameld is over de hulpvrager en de suïcidepoging. Geef na het eerste gesprek met de hulpvrager, in overleg met de hulpvrager, feedback aan de verwijzer omtrent het huidige verloop van de begeleiding en de verdere aanpak (zie Bijlage Gezondheidszorgwetgeving voor informatie omtrent het beroepsgeheim).

Keuze behandelsetting

Op basis van dit eerste gesprek kies je, in samenspraak met de hulpvrager, naasten en de andere betrokken hulpverleners, de meest gepaste behandelsetting. Lees meer over de behandelsetting en mogelijke interventies in Deel 3 - Interventies.

Opvang van medepatiënten en hulpverleners

Wanneer het gaat om een suïcidepoging van een patiënt die reeds in behandeling is binnen de zorginstelling (ambulant of residentieel), dient er uiteraard ook aandacht te zijn voor de medepatiënten en betrokken hulpverleners. Een suïcidepoging van een patiënt kan voor extra stress, onrust en bezorgdheid zorgen. Bovendien is er een gevaar op copycatgedrag bij kwetsbare personen in de omgeving van de patiënt. Suïcides en suïcidepogingen binnen de residentiële hulpverlening komen vaak in clusters voor (Bowers, Banda, & Nijman, 2010; Haw, Hawton, Niedzwiedz, & Platt, 2012).

Zorg dus voor voldoende opvang en ondersteuning voor medepatiënten en betrokken hulpverleners. Denk hierbij aan de volgende zaken:

- Spreek af hoe, wanneer en door wie de medepatiënten en de betrokken hulpverleners geïnformeerd worden over de suïcidepoging van de patiënt. Bespreek dit indien mogelijk met de patiënt zelf.
- Organiseer opvang voor medepatiënten en hulpverleners die hier nood aan hebben.
- Zorg voor voldoende tijd en ruimte voor ondersteuning en intervisie.
- Wees extra alert voor mogelijke tekenen van suïcidaliteit bij medepatiënten en hulpverleners.

Opvolging

De verdere begeleiding en behandeling van suïcidepogers is de verantwoordelijkheid van meer specifiek opgeleide hulpverleners, zoals **psychiaters en psychologen**. Zij kunnen hierin bijgestaan worden door psychiatrisch verpleegkundigen, de huisarts en/of de naasten van de suïcidepogger.

Suïcidaal gedrag verder onderzoeken

Bij de verdere opvolging na een suïcidepoging is het belangrijk dat er zo snel mogelijk een grondige psychosociale en psychiatrische evaluatie plaatsvindt. Aan de hand van dit onderzoek schat je het suïciderisico en de zorgbehoeften van de hulpvrager in en leid je hem of haar toe naar de gepaste vervolgzorg. Hierbij kunnen de volgende zaken bevraagd worden: **ervaren problemen, de motieven en aanleiding voor de suïcidepoging, de huidige aanwezigheid van suïcidegedachten/plannen, de suïcidale intentie van de poging, of er alcohol en/of druggebruik aanwezig is als risicofactor en de zorgbehoeften van de hulpvrager en de omgeving**. Voor dit tweede gesprek kan het instrument IPEO 2 als leidraad gebruikt worden (zie 'Ondersteunde tools en diensten' verder in dit deel).

Niet alleen de suïcidepogger zelf, maar ook diens **omgeving, andere betrokken hulpverleners** (bv. psychiatrisch verpleegkundigen) **en de huisarts** kunnen belangrijke informatiebronnen zijn voor het in kaart brengen van de ruimere context van de suïcidepoging. Vaak beschikken zij immers over informatie met betrekking tot psychische aandoeningen in het heden of verleden, eerdere pogingen, de structuur van het sociale vangnet, psychotrauma's of andere risico- en beschermende factoren. Daarnaast kunnen zij ook een rol spelen in het bewaken van de zorgcontinuïteit en het doorgeven van informatie naar de volgende hulpverlener bij transfers.

Belangrijk hierbij is dat zowel de hulpvrager als de naasten ermee akkoord gaan dat naasten bij de zorg betrokken worden. Hou hierbij rekening met de draagkracht en bereidheid van deze naasten om betrokken te worden en zorg ervoor dat de samenwerking in overeenstemming is met de privacywetgeving en het beroepsgeheim (zie de Bijlage Gezondheidszorgwetgeving).

Diagnose, risico-inschatting en behandelplan

Het bespreken van de suïcidepoging en de achterliggende factoren met de hulpvrager leidt tot een diagnose, risico-inschatting en behandelplan. Zie Deel 2 - Detectie voor meer informatie over het verder onderzoeken van zelfmoordgedachten. Zie Deel 3 - Interventies voor meer informatie over het opstellen van een behandelplan en de soorten interventies die mogelijk zijn.

Doorverwijzing en ontslag

Als je zelf geen verdere begeleiding kan aanbieden, bekijk dan samen met de hulpvrager (en diens naasten en eventuele andere betrokken hulpverleners) welke andere vormen van hulpverlening en begeleiding er mogelijk zijn binnen en buiten de huidige zorginstelling. Zie Deel 2 - Detectie voor een overzicht van veel voorkomende doorverwijzingskanalen voor suïcidale personen.

Follow-up contacten

Om de tijd tussen de poging en de start van de vervolgzorg te overbruggen, houdt men best zo veel mogelijk contact. Onderzoek toont aan dat follow-upcontact met suïcidepogers de kans op recidive kan terugdringen (Luxton, June, & Comtois, 2013; Milner et al., 2015). Zie Deel 3 - Interventies voor meer informatie over follow-up contacten.

Betrekken van omgeving

Suïcidepogers hebben een grote nood aan hulp, zowel op medisch/psychologisch als op sociaal vlak (Cedereke & Ojehagen, 2007). Wat de medische/psychologische hulp betreft, kunnen ze meestal terecht bij professionele hulpverleners, maar die hebben soms minder de mogelijkheid om te voorzien in hulp op sociaal vlak (bv: gezelschap, dagactiviteiten). Informele hulpbronnen, zoals familie en vrienden, kunnen hier een belangrijke rol spelen. Ook op andere vlakken kan de omgeving helpen, bijvoorbeeld door te zorgen voor een warme, ondersteunende en zorgende omgeving voor de suïcidepogers, door mee alert te zijn voor waarschuwingssignalen van een verhoogde suïcidaliteit of door eigen copingvaardigheden en levenslessen te delen (Lobo Prabhu, Molinari, Bowers, & Lomax, 2010).

Informatie voor hulpvrager en naasten

Geef aan de hulpvrager en eventuele naasten een toelichting over het belang van vervolgzorg en maak samen een safety plan op. Een safety plan bevat aanknopingspunten voor wanneer de hulpvrager zich opnieuw in een crisis zou bevinden (voor meer informatie over een safety plan, zie Deel 3 - Interventies of www.zelfmoord1813.be/safetyplan).

Geef de folder 'Als het leven ondraaglijk lijkt... praten helpt' mee (gratis te downloaden of bestellen via www.zelfmoord1813.be/publicaties). Daarnaast kan je ook verwijzen naar de crisishulplijn Zelfmoordlijn 1813, waar men dag en nacht, gratis en anoniem terecht kan wanneer men wil praten zelfmoordgedachten of wanneer men zich (opnieuw) in een suïcidale crisis bevindt. Zelfmoordlijn 1813 is bereikbaar via telefoon (1813), chat (www.zelfmoord1813.be/chat) en e-mail (www.zelfmoord1813.be/email). Je kan de hulpvrager ook op de hoogte brengen van de informatie voor suïcidepogers op de website Zelfmoord1813 (<http://zelfmoord1813.be/ik-heb-hulp-nodig/verder-na-een-poging>).

Informeren van volgende zorgverstreker en huisarts

Bij doorverwijzing is het belangrijk dat de volgende hulpverlener op de hoogte gebracht wordt van het resultaat van de eerste evaluatie en de stappen die reeds ondernomen zijn. Breng, mits toestemming van de hulpvrager, ook de huisarts op de hoogte.

Registratie en evaluatie

We bevelen aan om elke suïcidepoging te registreren, ook wanneer die zich buiten de zorginstelling voorgedaan heeft. Deze informatie is immers belangrijk om het suïciderisico te kunnen inschatten en om het suïcidepreventiebeleid van de zorginstelling te evalueren. De tool IPEO kan hierbij een hulpmiddel zijn (zie 'Ondersteunde tools en diensten' verder in dit deel).

Naast een degelijke registratie dient elke suïcidepoging ook geëvalueerd te worden. Ga na wat goed en minder goed verlopen is in de opvolging van de suïcidepoging en welke maatregelen eventueel getroffen kunnen worden om suïcidepogingen in de toekomst te vermijden.

AANBEVELINGEN

- **Tracht de zorgcontinuïteit zo veel mogelijk te garanderen door:**
 - Een zorgpad voor de opvang en zorg voor suïcidepogers op te stellen.
 - De opvang en zorg voor suïcidepogers zo snel mogelijk op te starten.
 - De zorgprocessen zoveel mogelijk naadloos op elkaar te laten aansluiten.
- **Zorg zo snel mogelijk voor een psychosociale evaluatie van de suïcidepogers zodat het suïciderisico ingeschat kan worden en een gepast behandelplan opgesteld kan worden. Het instrument IPEO kan als leidraad dienen voor dit gesprek.**
- **Heb ook aandacht voor de naasten van de suïcidepogers door:**
 - Hen bij de opvang en zorg voor de suïcidepogers te betrekken.
 - Indien nodig te voorzien in opvang en ondersteuning van naasten, medepatiënten en betrokken hulpverleners.
- **Bij ontslag of doorverwijzing van een suïcidepogers:**
 - Informeer je de suïcidepogers en diens naasten over de verdere hulpmogelijkheden.
 - Stel je samen met de suïcidepogers en diens naasten een safetyplan op.
 - Hou je contact met de suïcidepogers tot die bij de volgende hulpverlener terecht kan.
 - Zorg je voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener en breng je de huisarts op de hoogte.
- **Registreer en evalueer elke suïcidepoging.**

3. AANDACHTSPUNTEN BIJ JONGE SUÏCIDEPOGERS

Jongeren als risicogroep

Jongeren zijn een risicogroep wat betreft suïcidepogingen, vooral jonge meisjes (Pitman, Krysinska, Osborn, & King, 2012; Rasmussen & Hawton, 2014; Vancayseele et al., 2015). Bovendien weten we uit de (K)IPEO-registraties dat jongeren minder vaak verdere begeleiding wensen na een poging dan volwassenen (63,3% van de jonge pogers t.o.v. 88,9% van de volwassen pogers) (Vancayseele et al., 2015). Nochtans is de suïcidaliteit bij jongeren vlak na een poging gemiddeld hoger dan bij volwassenen (37,8% van de jonge pogers heeft matige tot sterke gedachten aan zelfverwonding na een poging t.o.v. 24,8% van de volwassen pogers). Gezien deze extra risicofactoren bij jonge suïcidepogers, formuleren we hier enkele specifieke aandachtspunten bij de opvang en evaluatie van jonge suïcidepogers.

Gesprek met de jongere

Streef er naar om zo snel mogelijk een eerste gesprek over de suïcidepoging aan te gaan met de jongere. Indien de jongere nog suïcidale gedachten en plannen rapporteert bij dit eerste gesprek, plaats je hem of haar indien mogelijk onder verhoogd toezicht en start je zo snel mogelijk verdere hulpverlening op. Het is aangewezen om in deze situatie snel het suïcidale gedrag verder te onderzoeken, zeker wanneer blijkt dat dit niet de eerste poging was. Bevraag hierbij de psychiatrische voorgeschiedenis en ga na of de jongere een (ambivalente) wens had om te sterven tijdens de poging. Deze factoren in combinatie met één of meerdere suïcidepogingen in het verleden verhogen immers de kans op toekomstig suïcidaal gedrag (Miranda, Ortin, Scott, & Shaffer, 2014). Als leidraad voor dit gesprek kan KIPEO, het Instrument voor Psychosociale Opvang en Evaluatie - kinderen en jongeren, gebruikt worden (zie 'Ondersteunde tools en diensten' verder in dit deel).

Betrekken van de ouders

De ouders van een jonge suïcidepogger kunnen een rol spelen bij het **in kaart brengen van de context** van het suïcidale gedrag van de jongere, maar kunnen ook een meer actieve rol spelen in de **opvolging** van de jongere. Daarnaast kunnen ouders ook zelf nood hebben aan **ondersteuning**, want een suïcidepoging van een kind heeft vaak ook op de andere gezinsleden een grote impact. De ouders van een jonge suïcidepogger beschikken vaak over veel achtergrondinformatie die van belang kan zijn bij het **inschatten van het huidige suïciderisico** en het **zoeken naar de juiste interventie**.

Het betrekken van ouders kan echter enkel mits toestemming van de jongere, dus het is van belang dat de jongere hiertoe **gemotiveerd en aangemoedigd** wordt. Bespreek, mits toestemming van de jongere, de suïcidepoging met de ouders van de jongere en eventuele andere betrokken hulpverleners (bv: psycholoog of huisarts). Vraag de ouders, liefst in het bijzijn van hun kind, naar hun inzichten in, en verklaringen voor het suïcidale gedrag van hun dochter of zoon. Als leidraad voor dit gesprek kan KIPEO-O gebruikt worden (zie 'Ondersteunde tools en diensten' verder in dit deel).

Wees bedacht op ernstige **gezinsconflicten** (mishandeling, misbruik) die mogelijk van invloed zijn op het suïcidale gedrag. Ook in dergelijke omstandigheden is het echter van belang de ouders bij de zorg te betrekken. Bevestig de ouders in hun ouderlijke rol en draag bij aan de ouderlijke betrokkenheid. De ouders dienen de regie over het gedrag van hun zoon of dochter te herwinnen. Bovendien zal de jongere meer bereid zijn om in te gaan op verdere hulpverlening wanneer de ouders een positieve houding hebben ten opzichte van hulpverlening (Hulten, Wasserman, & Hawton, 2000).

De ouders van een jonge suïcidepogger kunnen ook een belangrijke rol spelen in de verdere **opvolging**. De ouders zijn immers vaak degenen die het eerst kunnen ingrijpen bij een suïcidale crisis van hun kind. Licht de ouders in over het gevaar op herhaald suïcidaal gedrag, uitlokkende omstandigheden (zie Deel 1 - Inleiding), waarschuwingssignalen (zie Deel 2 - Detectie) en de rol van alcohol en drugs bij het intensiveren van het suïcidale gedrag. Maak afspraken met de ouders omtrent de veiligheid van hun kind. Benadruk dat eventuele middelen om zelfmoord te plegen zo weinig mogelijk toegankelijk mogen zijn voor de jongere en dat de jongere zeker in de eerste weken na de poging niet alleen gelaten mag worden. Zorg voor overeenstemming over het belang van een behandeling en maak een afspraak voor een vervolcontact op korte termijn of zorg dat de huisarts deze rol kan opnemen. Zorg ervoor dat de ouders in crisissituaties een betrokken hulpverlener kunnen bereiken, dit kan de hulpverlener zijn die instond voor de eerste opvang, maar ook de huisarts kan hierin een rol spelen.

Belangrijk hierbij is dat er gepeild wordt naar de **draagkracht** van de ouders om deze rol op te nemen. Soms hebben de ouders ook zelf nood aan ondersteuning. Een suïcidepoging van een kind heeft immers ook een grote impact op de ouders (Ferrey, Hughes, & Simkin, 2016). Vlak nadat ouders geconfronteerd worden met zelfbeschadigend gedrag van hun kind domineren vaak gevoelens van shock, boosheid en ongeloof. Later komen ook gevoelens van stress, angst en schuld op, voor sommige ouders gaan deze zelfs gepaard met een depressie. Veel ouders rapporteren ook een periode van sociale isolatie, waarbij ze zich terugtrekken omwille van schaamte en het stigma op suïcidaal gedrag in de omgeving en maatschappij. Andere zorgen, zoals het beschikbaar moeten zijn voor de jongere in combinatie met een voltijdse job, eventuele financiële lasten en relationele problemen komen daar soms nog

bovenop. We bevelen dan ook aan om na een suïcidepoging van een kind sensitief te zijn voor de emotionele impact die dit heeft op de ouders en om aangepaste psycho-educatie en ondersteuning aan ouders te bieden.

Op Zelfmoord1813 vind je meer informatie voor ouders van suïcidale kinderen (<https://www.zelfmoord1813.be/ik-ben-bezorgd-om-iemand/voor-ouders-van-su%C3%AFcidale-kinderen>). Het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen is bezig met een onderzoek naar de noden van ouders van suïcidale kinderen en zal op basis van de resultaten van dit onderzoek een tool ontwikkelen ter ondersteuning van deze ouders. Voor meer informatie over dit onderzoek, zie: <http://www.hig.be/nl/nieuws/opvoedingsondersteuning-aan-ouders-met-suicidale-jongeren>.

Vervolgzorg

Wat de vervolgzorg voor de jongere betreft, is er geen bewijs dat een klinische opname effectief is in de reductie van suïcidaal gedrag bij adolescenten (Brent, 2009; Pompili, M., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, 2010; Shaffer, Pfeffer, & Work Group on Quality Issues, 2001). Probeer in eerste instantie dus te bekijken of **ambulante hulpverlening**, eventueel gecombineerd met **thuisbegeleiding**, mogelijk is. In sommige gevallen kan het echter aangewezen zijn om suïcidale jongeren klinisch op te nemen, of dagbehandeling aan te bieden. Een psychiatrische **opname** is te overwegen als de jongere ernstige psychiatrische problemen vertoont, elk contact met hulpverlening afweert en niet bereid of in staat is afspraken te maken over veiligheid. Een opname is eveneens aanbevolen wanneer er sprake is van een persisterende doodswens waarbij geen ambivalentie waar te nemen is. Een derde reden voor opname kan zijn dat de ouders onvoldoende in staat zijn in de thuissituatie de benodigde veiligheid te garanderen. Soms kan een opname helpen om het gezin even te ontlasten en de gezinssituatie de kans te geven te herstellen. In de praktijk blijkt dat in veel gevallen de suïcidaliteit binnen enkele dagen zodanig vermindert dat na een grondige evaluatie tot ontslag kan worden overgegaan. Ook na een opname is het echter belangrijk dat er ambulante hulpverlening voorzien wordt die zo snel mogelijk opgestart kan worden.

Informeer de ouders en jongere over de mogelijkheden tot verdere hulp. Voor jonge suïcidepogers en hun ouders werd een specifieke toolkit met psycho-educatieve materialen ontwikkeld onder de noemer On Track Again. Deze toolkit bevat een folder voor jonge suïcidepogers, een folder voor hun ouders, een website voor jongeren (www.ontrackagain.be) en een app. Meer informatie over deze toolkit vind je hier: <https://www.zelfmoord1813.be/opvang-van-suicidepogers/toolkit-voor-jonge-suicidepogers>. De app On Track Again wordt bij voorkeur onder begeleiding van een hulpverlener gebruikt.

AANBEVELINGEN

Specifieke aanbevelingen bij jonge suïcidepogers:

- **Ga zo snel mogelijk een gesprek aan met de jongere om het suïciderisico in te schatten en het suïcidale gedrag verder te onderzoeken. Het instrument KIPEO kan als leidraad dienen voor dit gesprek.**
- **Start zo snel mogelijk verdere hulpverlening op.**
- **Betrek de ouders bij het in kaart brengen van de suïcidaliteit, het opvolgen en het ondersteunen van de jongere.**
- **Ga na of de ouders zelf nood hebben aan ondersteuning.**

OVERZICHT AANBEVELINGEN DEEL 4

- Tracht de zorgcontinuïteit zo veel mogelijk te garanderen door:
 - Een zorgpad voor de opvang en zorg voor suïcidepogers op te stellen.
 - De opvang en zorg voor suïcidepogers zo snel mogelijk op te starten.
 - De zorgprocessen zoveel mogelijk naadloos op elkaar te laten aansluiten.
- Zorg zo snel mogelijk voor een psychosociale evaluatie van de suïcidepogers zodat het suïciderisico ingeschat kan worden en een gepast behandelplan opgesteld kan worden. IPEO kan als leidraad dienen voor dit gesprek.
- Heb ook aandacht voor de naasten van de suïcidepogers door:
 - Hen bij de opvang en zorg voor de suïcidepogers te betrekken.
 - Indien nodig te voorzien in opvang en ondersteuning van naasten, medepatiënten en betrokken hulpverleners.
- Bij ontslag of doorverwijzing van een suïcidepogers:
 - Informeer je de suïcidepogers en diens naasten over de verdere hulpmogelijkheden.
 - Stel je samen met de suïcidepogers en diens naasten een safetyplan op.
 - Hou je contact met de suïcidepogers tot die bij de volgende hulpverlener terecht kan.
 - Zorg je voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener en breng je de huisarts op de hoogte.
- Registreer en evalueer elke suïcidepoging.
- Specifieke aanbevelingen bij jonge suïcidepogers:
 - Ga zo snel mogelijk een gesprek aan met de jongere om het suïciderisico in te schatten en het suïcidale gedrag verder te onderzoeken. KIPEO kan als leidraad dienen voor dit gesprek.
 - Start zo snel mogelijk verdere hulpverlening op.
 - Betrek de ouders bij het in kaart brengen van de suïcidaliteit, het opvolgen en het ondersteunen van de jongere.
 - Ga na of de ouders zelf nood hebben aan ondersteuning.

ONDERSTEUNENDE TOOLS EN DIENSTEN

IPEO: instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers

Om hulpverleners te ondersteunen bij het opvangen van personen die een suïcidepoging ondernomen hebben werden IPEO (Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang) en KIPEO (IPEO voor kinderen en jongeren) ontwikkeld (De Clerck et al., 2006). Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van IPEO de zorgcontinuïteit ten goede komt: er werd vaker over de behandelopties gesproken met de patiënt en er verstreek minder tijd tussen het ontslag en contact met de huisarts (Wittouck et al., 2010).

IPEO is in de eerste plaats een instrument ter ondersteuning van de psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers, het is niet bedoeld als screeningsinstrument om het acute suïciderisico in te schatten. IPEO bestaat uit 2 luiken: IPEO 1 en IPEO 2. Voor kinderen en jongeren werd KIPEO ontwikkeld. Op basis van IPEO of KIPEO kan men niet voorspellen of iemand opnieuw een poging zal ondernemen of zal overlijden door suïcide. Wel is het de bedoeling om op basis van de verzamelde informatie, eventueel aangevuld met informatie van eerdere behandelaars, huisarts en naasten, risicofactoren te identificeren, een optimale doorverwijzing voor te stellen en de hulpvrager hiertoe te motiveren. Deze instrumenten werden oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik binnen algemene ziekenhuizen met een spoedafdeling, maar ze kunnen ook als leidraad gebruikt worden in andere zorgsettings. Voor meer informatie over IPEO en over vormingen voor hulpverleners die met IPEO aan de slag willen, kan je terecht op Zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/opvang-van-su%C3%AFcidepogers/ipeo-en-kipeo>) en bij de organisatie Zorg voor Suïcidepogers.

Zorg voor suïcidepogers

Zorg voor suïcidepogers is een organisatie binnen de Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg DAGG (CGG) vzw en werkt nauw samen met de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP) en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent. De organisatie Zorg voor Suïcidepogers draagt bij aan het bevorderen van de zorg voor personen na een suïcidepoging, met inbegrip van de nazorg na ontslag uit het ziekenhuis. Ze biedt in samenwerking met CGG-SP hiertoe inhoudelijke en logistieke ondersteuning in de door de Vlaamse overheid erkende algemene ziekenhuizen en andere voorzieningen of settings betrokken bij de opvang van suïcidepogers. Zij biedt onder andere een instrument aan voor psychosociale evaluatie en opvang (IPEO en KIPEO) en levert vormingsmateriaal aan. Daarnaast heeft de organisatie

Zorg voor suïcidepogers ook draaiboeken ontwikkeld voor de implementatie van de zorg voor suïcidepogers binnen een zorginstelling (op basis van (K)IPEO) en stelt ze psycho-educatieve materialen ter beschikking (o.a. folders, websites en de app On Track Again).

Meer info en contactgegevens: <http://zelfmoord1813.be/hulpverlening/psychosociale-evaluatie-en-opvang-van-suïcidepogers>

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

Wat betreft de zorg voor suïcidepogers hebben de medewerkers van de CGG-SP een adviesfunctie. Dit betekent dat hulpverleners het lokale CGG met een suïcidepreventiewerking kunnen contacteren om te overleggen en advies te vragen in verband met het inschatten van een suïciderisico en de verdere aanpak en opvolging voor pogers.

Daarnaast zijn de medewerkers van de CGG-SP ook beschikbaar voor:

- Het ondersteunen van een AZ of andere zorginstelling in de ontwikkeling van een zorgpad voor suïcidepogers of het suïcidepreventiebeleid van de instelling
- Het geven van vorming aan het ziekenhuispersoneel, artsen en andere hulpverleners over het gebruik van (K)IPEO
- Het informeren en geven van vorming aan professionelen over suïcidepreventie
- Evaluatie en –opvolgingsgesprekken

Meer info en contactgegevens: <http://zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg>

Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA)

ASPHA wil huisartsen en andere hulpverleners uit de eerste lijn ondersteunen via telefoon en e-mail bij het begeleiden van suïcidale personen, hun omgeving en nabestaanden. Huisartsen en andere hulpverleners die in contact komen met een suïcidale persoon kunnen er onmiddellijk met hun vragen terecht.

Bereikbaar via:

- telefoon: 024 24 3000 (elke werkdag tussen 9u en 21u)
- e-mail: info@aspha.be

Meer info via: www.zelfmoord1813/aspha

REFERENTIES

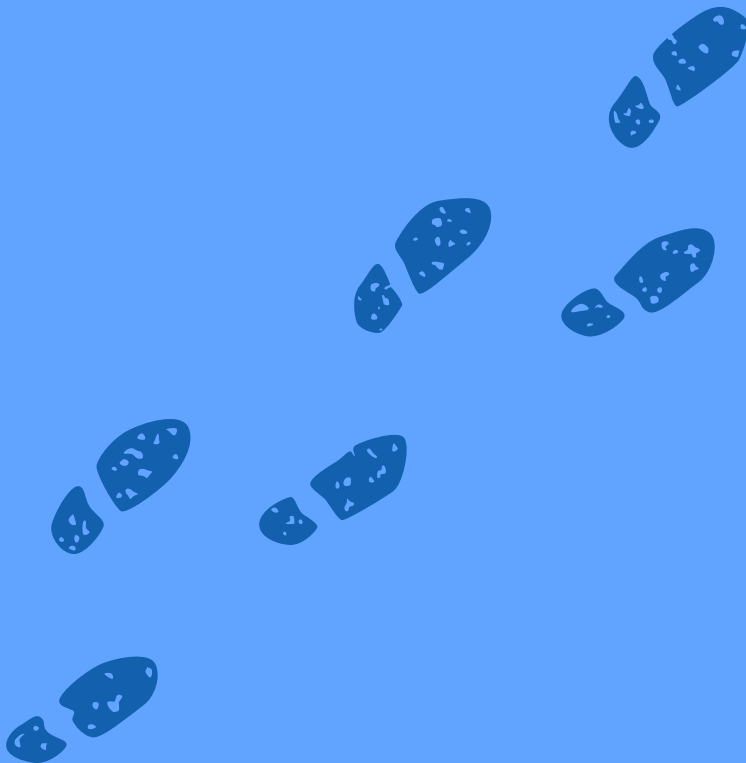
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., & Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: The significance of single and multiple repeat episode analyses. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 257–265.
- Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 315–28.
- Brent, D. A. (2009). Effective treatments for suicidal youth: Pharmacological and psychosocial approaches. In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook on suicidology and suicide prevention* (pp. 667–676). Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2007). Formal and Informal Help During the Year After a Suicide Attempt: a One-Year Follow-Up. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 419–429.
- Cooper, J., Kapur, N., Dunning, J., Guthrie, E., Appleby, L., & Mackway-Jones, K. (2006). A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Annals of Emergency Medicine*, 48(4), 459–66.
- De Clerck, S., Vanhove, R., Vinck, J., & van Heeringen, C. (2006). Project “Psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers in een Algemeen Ziekenhuis.” Hasselt.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28(4), 573–87.
- Ferrey, A., Hughes, N., & Simkin, S. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., & Platt, S. (2012). Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- 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.

- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 87–93.
- Hulten, A., Wasserman, D., & Hawton, K. (2000). Recommended care for young people (15–19 years) after suicide attempts in certain European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Lobo Prabhu, S., Molinari, V., Bowers, T., & Lomax, J. (2010). Role of the family in suicide prevention: an attachment and family systems perspective. *Bull Menninger Clin*, 74(4), 301–327.
- 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.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(6), 667–77.
- 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 : The Journal of Mental Science*, 206(3), 184–190.
- Miranda, R., Ortin, A., Scott, M., & Shaffer, D. (2014). Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 11, 1288–1296.
- Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S. P., Grunebaum, M. F., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1433–41.
- Pitman, A., Kryszynska, K., Osborn, D., & King, M. (2012). Suicide in young men. *The Lancet*.
- Pompili, M., Innamorati, M., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2010). Evidence-based interventions for preventing suicide in youths. In M. Pompili & R. Tartarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology* (pp. 165–202). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*.

- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., & Work Group on Quality Issues. (2001). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7 Supplement), 24S–51S.
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337(nov18_3), a2205.
- Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2014*. Gent.
- Verwey, B., & Kerkhof, A. (2000). De opvang van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis. In C. van Heeringen & A. Kerkhof (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wittouck, C., De Munck, S., Portzky, G., Van Rijsselberghe, L., Van Autreve, S., & van Heeringen, K. (2010). A Comparative Follow-up Study of Aftercare and Compliance of Suicide Attempters Following Standardized Psychosocial Assessment. *Archives of Suicide Research*, 14, 135–145.
- 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: The Journal of Mental Science*, 185, 70–5.

DEEL 5

NA EEN SUÏCIDE



DEEL 5 – NA EEN SUÏCIDE

1. INLEIDING

Wanneer iemand overlijdt door suïcide, heeft dit een enorme impact op de mensen die achterblijven: op familie, vrienden, collega's én op de betrokken hulpverleners. **Nabestaanden vormen een groep die bijzondere aandacht en ondersteuning verdient**, ze blijken immers een verhoogd risico te hebben op een bemoeilijkt rouwproces, evenals een verhoogd suïciderisico (Young et al., 2012).

Dit hoofdstuk kan houvast bieden om goed te handelen na een suïcide, zowel op korte als op lange termijn. Zorg voor nabestaanden vormt hierin een cruciaal aspect. Ook de zorg voor jezelf als hulpverlener en implicaties voor het team of de instelling komen aan bod.

De inhoud van dit deel is ook online raadpleegbaar via de e-learning SP-Reflex op Zelfmoord1813: <http://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>

Klinische vragen

- Welke stappen moeten hulpverleners ondernemen na een suïcide? Welke betrokkenen moeten geïnformeerd en opgevangen worden?
- Hoe kunnen hulpverleners optimale zorg bieden aan nabestaanden? Welke aspecten in het rouwproces verdienen extra aandacht en wat is het effect van rouwinterventies?
- Welke impact kan een suïcide van een hulpvrager op de hulpverlener hebben en hoe kunnen hulpverleners ondersteund worden?

2. NA EEN SUÏCIDE: EEN STAPPENPLAN

Dit onderdeel is in grote mate gebaseerd op de Nederlandse 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (van Hemert et al., 2012).

Na een suïcide dient de hulpverlener verscheidene stappen te ondernemen. Indien nog niet gebeurd, moet de dood eerst worden vastgesteld en aangegeven. Verschillende betrokkenen moeten geïnformeerd en adequaat opgevangen worden, op korte en lange termijn. De informatie die daarbij in eerste instantie wordt verstrekt, wordt best zo relevant en zo beknopt mogelijk gehouden, bij voorkeur mondeling in een gesprek met de betrokkenen. Figuur 1 toont een overzicht van alle betrokkenen en de te nemen stappen.

De context waarin de suïcide plaatsvindt, is bepalend voor de mate waarin de diverse stappen van toepassing zijn en hoeveel personen beschikbaar zijn om deze uit te voeren. In veel zorginstellingen zijn de taken vastgelegd in een suïcidepreventiebeleid. Meer over het belang en de bouwstenen van een suïcidepreventiebeleid lees je in Deel 6 - Suïcidepreventiebeleid in de zorg.

Figuur 1: Overzicht van betrokkenen en te nemen stappen

	 Politie	 Huisarts	 Nabestaanden	 Organisatie & Team
ALERT ZIJN & CONTACT MAKEN 	Suïcide melden	Informereren	Informereren en opvangen	Informereren en opvangen
INGRIJPEN 		Betrekken bij reconstructie & evaluatie	Suïcide reconstrueren	Suïcide reconstrueren en evalueren
VERDER OPVOLGEN 		Betrekken bij vervolgzorg & ondersteuning	Opvolgen en begeleiden rouwproces	Opvolgen en begeleiden rouwproces

Melden aan de politie

Indien de dood nog niet is vastgesteld, is dit een taak voor een arts. Wanneer het om (een vermoeden van) zelfmoord gaat, is men verplicht bij de politie **melding te maken van een niet-natuurlijk overlijden** en zal de politie alsook een wetsgeneesheer ter plaatse komen om de feiten vast te stellen. Het politieonderzoek kan heel ingrijpend zijn, wees voorbereid op veel vragen naar mogelijke oorzaken en omstandigheden. Daarnaast moet het overlijden van een persoon zo snel mogelijk aangegeven worden bij de dienst Burgerlijke Stand van de gemeente waar hij of zij overleden is. Meestal zorgt de begrafenisondernemer voor de overlijdensaangifte en andere administratieve formaliteiten.

Informereren en betrekken van de huisarts

De huisarts dient steeds geïnformeerd te worden en indien mogelijk betrokken bij de zorg en het ondersteunen van de nabestaanden. Vaak vangt de huisarts de nabestaanden op of doen nabestaanden direct of in een later stadium uit zichzelf een beroep op de huisarts. Ongeveer 60% van de mensen die een suïcide van nabij meemaakt blijkt een beroep op de huisarts te doen (de Groot, van der Meer, & Burger, 2009). De huisarts kan dan worden geconfronteerd met vragen van nabestaanden over het waarom van de suïcide, over zorg die de overledene eventueel ontvangen heeft, en over nazorg voor zichzelf. Ook nabestaanden die zelf geen patiënt van de betreffende huisarts zijn, richten zich soms tot de huisarts van de overledene om informatie in te winnen over de toestand van de overledene in de periode voorafgaand aan de suïcide. De huisarts zal tegen de achtergrond van de wet- en regelgeving over het beroepsgeheim moeten afwegen welke informatie wel en welke niet gegeven kan worden (lees hierover meer in de Bijlage Gezondheidszorgwetgeving).

Informereren en opvangen van nabestaanden

Korte termijn: informeren en eerste opvang organiseren

De eerste fase van de opvang bestaat uit het informeren van de nabestaanden na de suïcide. Het is hierbij aan te raden om **open en direct te communiceren** over het overlijden. Het is ook belangrijk de nabestaanden de mogelijkheid te bieden om de overledene te groeten.

Als de persoon in behandeling was op het moment van de suïcide is het gebruikelijk dat de (hoofd-) behandelaar deze verantwoordelijkheid op zich neemt. Licht in dit geval onmiddellijk de familie of andere nabestaanden en betrokkenen in en organiseer de opvang

(plaats, moment, wie is aanwezig). Je kan het gesprek eventueel samen voeren met andere hulpverleners van de praktijk of instelling, en indien mogelijk samen met degenen die kort voor het overlijden nauw bij de persoon betrokken waren.

Dikwijls zijn familieleden al op de hoogte gebracht door de politie of andere hulpverleningsdiensten, of heeft een familielid of vriend de persoon na de suïcide gevonden. Ook in die gevallen neemt de verantwoordelijke hulpverlener contact op met de familie. Als de persoon werd behandeld in een zorginstelling is er in veel gevallen contact tussen de (hoofd-)behandelaar en de huisarts.

Aandachtspunten voor het eerste gesprek met familie en andere nabestaanden:

- Trek voldoende tijd uit voor het gesprek. Als huisarts regel je bij voorkeur een huisbezoek.
- Spreek geen oordeel over zelfdoding uit.
- Geef algemene informatie mee over zelfmoord (om deels tegemoet te komen aan de waaromvragen) en algemene informatie over rouwen en mogelijke reacties.
- Bevraag en breng de draagkracht en draaglast, steun van de omgeving, coping mechanismen in kaart.
- Overleg of het mogelijk/wenselijk is de begrafenis of crematie bij te wonen.
- Bied de mogelijkheid voor een nieuwe afspraak.
- Geef mogelijkheden mee voor verdere psychologische, praktische en juridische hulp. Geef nuttige telefoonnummers en adressen mee (CAW slachtofferhulp, Zelfmoordlijn 1813).
- Breng hen op de hoogte van de werking van Werkgroep Verder en hun aanbod voor lotgenotencontact in Vlaanderen.



Werkgroep Verder is door de Vlaamse Overheid erkend als organisatie voor nabestaanden na zelfdoding. Zij organiseren contact met lotgenoten, informeren en sensibiliseren de samenleving over (rouwen na) zelfdoding, geven vormingen over (rouwen na) zelfdoding en ijveren voor een respectvolle en juiste berichtgeving over zelfdoding in de media.

www.zelfmoord1813.be/nabestaanden

Middellange termijn: reconstrueren

In een tweede fase staat een reconstructie van de gebeurtenissen centraal, wat de hulpverlener samen met de familie en omgeving opneemt. Ook de huisarts kan betrokken worden.

Nabestaanden hebben vaak behoefte om te weten wat precies is voorgevallen (Sveen & Walby, 2008) en ondervinden steun aan het reconstrueren van de gebeurtenis. De algemene vraag naar het waarom van een suïcide kan hierbij op een neutrale wijze besproken worden. Dit kan nabestaanden helpen om betekenis te geven aan het overlijden. Het theoretisch kader in de inleiding (Deel 1) van deze richtlijn kan helpen om de complexiteit van suïcidaal gedrag en mogelijke oorzaken te duiden.

Belangrijk is om hierbij rekening te houden met de eisen die de wet stelt aan de bescherming van de privacy van de patiënt. Ook na het overlijden van een patiënt door suïcide blijft immers het beroepsgeheim gelden en mag er slechts beperkte info worden meegegeven. Meer over beroepsgeheim en de mogelijkheden voor inzage in het dossier van het parket door nabestaanden, kan je lezen in de bijlage over gezondheidszorgwetgeving.

Lange termijn: consolideren

De derde fase van de opvang omvat consolidatie. In deze fase dienen hulpverleners professionele psychologische opvang en/of zorg voor nabestaanden aan te bieden en indien nodig door te verwijzen. Dit kan in onderlinge afstemming met de huisarts. Deze fase is in het bijzonder belangrijk voor nabestaanden met een expliciete hulpvraag en/of een verhoogd risico op suïcidaal gedrag (zie Deel 1 - Inleiding) en/of problemen in de rouwverwerking.

Specifieke maatregelen voor zorginstellingen

Op het niveau van het team en de organisatie dienen maatregelen genomen te worden met betrekking tot het informeren en opvangen van het team, met betrekking tot de overleden persoon en medepatiënten, en met betrekking tot de evaluatie van de gebeurtenis.

Informeren en opvangen van het team

Na een suïcide zijn volgende maatregelen van belang met betrekking tot het informeren en de opvang van het team:

- **Informe**er de **eindverantwoordelijke** van de instelling en, indien van toepassing, de verantwoordelijke met betrekking tot suïcidepreventie.
- **Informe**er de leden van het **team**.
- Zorg voor de **opvang** van betrokken **teamleden**. Maak eventueel gebruik van bestaande richtlijnen of diensten (voorhanden in de zorginstelling of daarbuiten) voor opvang van personeel na traumatische gebeurtenissen.
- Overleg met het team en de familie of het mogelijk/wenselijk is de **uitvaart** bij te wonen.
- Maak afspraken met het team en de familie hoe verdere **nazorg** wordt geregeld. Overweeg welke andere betrokkenen (bijvoorbeeld de huisarts) hierbij een rol kunnen hebben.
- **Registreer** de suïcide, maak een dossier op en zorg dat dit dossier en andere relevante documenten ter beschikking blijven voor evaluatie (zie verder).

Extra maatregelen indien de persoon was opgenomen

Indien de persoon was opgenomen, zijn een aantal maatregelen met betrekking tot de overledene en de medepatiënten van belang.

Maatregelen met betrekking tot de overleden persoon

Bij sommige incidenten kan het nodig zijn de **identificatie** van de overledene te organiseren. Hierbij kunnen familieleden, andere nabestaanden of leden van het behandelteam worden betrokken.

Het **lichaam** wordt meestal ter plaatste onderzocht door de wetsdokter. Indien duidelijk dat het om zelfmoord gaat, wordt het lichaam vrijgegeven, maar indien dit niet duidelijk is, wordt het lichaam in beslag genomen voor onbepaalde tijd. Indien mogelijk en nodig kan je de hulp inschakelen van een uitvaartondernemer of het mortuarium om het lichaam toonbaar te maken voor familie of naasten.

Een **politiedienst** kan ter plaatse komen om het overlijden te onderzoeken. Dit kan een ingrijpende ervaring zijn, omdat er veel vragen kunnen gesteld worden naar mogelijke oorzaken en omstandigheden. Het is belangrijk om in het kader van dit onderzoek de plaats van het incident en de overleden persoon zo intact mogelijk te laten.

Verzamel **persoonlijke bezittingen** en registreer waar deze uit bestaan en wat aan de familie is gegeven. In sommige gevallen zullen persoonlijke bezittingen in beslag genomen worden door justitie (bv. afscheidsbrief). De persoonlijke bezittingen worden wel vrijgegeven bij afsluiten van het dossier.

Maatregelen met betrekking tot de medepatiënten

Als medepatiënten met een suïcide worden geconfronteerd, ontstaat ook bij hen een verhoogd suïciderisico (Seeman, 2015). Gezien er aanwijzingen zijn dat suïcidaal gedrag in clusters kan voorkomen (Bowers, Banda, & Nijman, 2010), is extra waakzaamheid en een goede opvang essentieel.

- Wees extra waakzaam voor de **aanwezigheid van suïcidedachten** bij medepatiënten. Zie Deel 2 - Detectie voor meer informatie over het detecteren en bespreekbaar maken van suïcidale gedachten.
- Zorg voor een **zorgvuldige informatieoverdracht en goede opvang**. Onderstaande richtlijnen bieden handvatten voor communicatie en ondersteuning na een zelfmoord (Dumon & Portzky, 2014).

> **Geef zorgvuldig informatie over het incident en voorzie eerste opvang**

Informeer de medepatiënten zo snel mogelijk over het overlijden en voorzie opvang. Gezien het beroepsgeheim, kan de doodsoorzaak in deze context niet gerapporteerd worden (zie Bijlage Gezondheidszorgwetgeving). Dit zorgt voor complexe situaties aangezien geruchten en speculaties onvermijdelijk zullen opkomen. Trek voldoende tijd om een gesprek met medepatiënten aan te gaan en tracht een geschikt moment te kiezen. Focus in dit gesprek op gevoelens, eerder dan op de mogelijke doodsoorzaak. Indien er een psycholoog aanwezig is in het team, schakel hem of haar hierbij in. Indien dit niet het geval is, overweeg dan om een externe psycholoog of hulpverlener (eventueel vanuit slachtofferhulp) met ervaring in het opvangen van nabestaanden in te schakelen.

In sommige situaties zullen de medepatiënten op de hoogte zijn van de doodsoorzaak, geef dan geen specifieke of sensationele details (bijvoorbeeld over de methode, de plaats, de oorzaak, enz.). Dit is zowel belangrijk in het kader van het beroepsgeheim als met het oog op het verminderen van het risico op identificatie en copycat gedrag.

> **Zorg voor een kader rond rouw**

Medepatiënten zitten vaak met veel vragen. Het is daarom nuttig om ook algemene informatie te geven over mogelijke rouwreacties. Indien het bekend is dat het over zelfmoord ging, geef dan ook informatie over (de complexiteit) van zelfdoding. Kader de zelfmoord als een reactie op ondraaglijke problemen en emotionele pijn en beklemtoon dat zelfmoordgedrag complex is en door verschillende factoren wordt veroorzaakt. Beklemtoon dat gevoelens van boosheid en schuld vaak voorkomen en normaal zijn.

> **Creëer een veilige omgeving waar gevoelens besproken kunnen worden**

Bied steun aan de medepatiënten. Dit is een belangrijk aspect van preventie, aangezien het de mogelijkheid biedt om te rouwen en het risico op kopieergedrag vermindert.

Zorg voor een veilig klimaat waar de medepatiënten de mogelijkheid hebben om over hun gevoelens te praten, bijvoorbeeld in kleine groepjes.

Er kan een ritueel of symbool gemaakt worden met de groep, bijvoorbeeld een herinneringsboom. Eventueel kan een stille ruimte met een foto en/of een rouwregister voorzien worden. Organiseer eventueel een afscheidsmoment voor de medepatiënten, als alternatief voor het bijwonen van een begrafenis. Let wel dat de overleden persoon of de suïcide hierbij niet geromantiseerd of verheerlijkt wordt, omdat ook dit de kans op copycatgedrag kan doen toenemen.

Evaluatie van de gebeurtenis

Na een suïcide van een persoon is het aangewezen om de suïcide te reconstrueren en de omstandigheden rond de suïcide intern te evalueren.

Een **reconstructie** helpt hulpverleners om de suïcide te begrijpen, te verwerken en ervan te leren. Kijk dus binnen het team terug op de gebeurtenis, zorg voor intervisie in een context waar het team vrij kan praten over de gevoelens die de gebeurtenis bij hen heeft opgeroepen en over de impact op hun emotionele beleving en/of professioneel handelen.

Ga daarnaast ook ter **evaluatie** samen met het team na wat goed en minder goed verliep in de begeleiding van de overledene. Evaluatie kan de aanleiding vormen om eventuele verbeteringen in de zorg voor suïcidale personen te implementeren.

Ter evaluatie kunnen verschillende **systematische methodes** gebruikt worden. Als voorbeeld geven we de psychologische autopsie en de 'KEHR' suïcide vragenlijst.

- De **psychologische autopsie** is een methode om het psychologisch leven van een individu te reconstrueren na het overlijden, in het bijzonder zijn of haar persoonlijke levensstijl, gedachten, gevoelens en gedragingen tijdens de weken voor zijn of haar dood. Deze methode wordt vaak toegepast in wetenschappelijk onderzoek, maar kan ook worden toegepast als klinische of medische audit. Bij een audit komt het team bijeen om eventueel gemiste aanwijzingen voor de suïcide, onderschatting van symptomen of tekortkomingen in de aanpak te evalueren. Dit met als doel om eventueel verkeerde behandelbeslissingen te herkennen en bepaalde patronen of kenmerken te zoeken die een behandelend team kunnen helpen om in de toekomst alerter te zijn voor acuut suïciderisico (van Heeringen & Bollen, 2002).

- De **'KEHR' suïcide vragenlijst**, wat staat voor 'Kwalitatieve Evaluatie van Handelen rond Suïcide', is een instrument ontwikkeld in Nederland dat kan helpen bij reconstructie en evaluatie (de Groot & de Winter, 2015). Het instrument is niet bedoeld als beoordelingsinstrument, maar als instrument om als hulpverlener en als team uit een suïcide te kunnen leren. Het instrument staat stil bij volgende aspecten:
 - Onderwerpen die de hulpverlener besprak met de suïcidale persoon (zoals wanhoop, plannen, beschikbaarheid van middelen);
 - Mate waarin de hulpverlener risico- en beschermende factoren met de suïcidale persoon besprak (zoals vorige suïcidepogingen, suïcidaal gedrag in de familie, persoonlijkheidskenmerken, sociaal netwerk);
 - Mate waarin de hulpverlener stressfactoren besprak met de suïcidale persoon (zoals verlieservaringen, middelengebruik, eenzaamheid);
 - Mate waarin de hulpverlener het toekomstperspectief met de persoon besprak;
 - Betrokkenheid van naasten van de persoon bij de diagnostiek en behandeling;
 - Mate waarin de hulpverlener aandacht besteedde aan de veiligheid van de persoon en de continuïteit van zorg.

Een pilootstudie wees uit dat hulpverleners in hoge mate bereid waren om met de KEHR-vragenlijst te werken en dat de vragenlijst kan helpen om te leren van suïcides (de Groot, de Winter, van der Plas, & Kerkhof, 2016). Meer informatie kan bekomen worden via info@mijnkehr.nl.

AANBEVELINGEN

- **Zorg na een suïcide voor een goede informatieoverdracht en opvang voor de verschillende betrokkenen (politie, huisarts, nabestaanden en het team of de organisatie).**
- **Zorg na een suïcide voor een goede eerste opvang van nabestaanden en voor voldoende ondersteuning op lange termijn.**
- **Voorzie na een suïcide in de context van een zorginstelling een zorgvuldige informatieoverdracht en goede opvang voor medepatiënten en wees extra waakzaam voor copycat gedrag.**
- **Evalueer na een suïcide samen met het team wat goed en minder goed verliep in de begeleiding van de overledene.**

3. HET ROUWPROCES VAN NABESTAANDEN EN MOGELIJKE INTERVENTIES

Iedere suïcide heeft een rechtstreekse invloed op het psychisch welzijn van familie, vrienden en andere personen uit de omgeving van de overledene. Het rouwproces van nabestaanden vormt een complex gegeven, dat wordt gekenmerkt door het achterblijven met grote onbeantwoorde vragen en heftige emoties.

Daardoor vormen nabestaanden een kwetsbare groep, en kunnen zij ook zelf het risico lopen om suïcidale gedachten en gedrag te ontwikkelen (Stroebe et al., 2007; Young et al., 2012). In wat volgt gaan we dieper in op het rouwproces, de specifieke kwetsbaarheid van nabestaanden en mogelijke interventies.

Het rouwproces van nabestaanden

Grote onzekerheid, het zoeken naar antwoorden en geconfronteerd worden met heftige emoties, zijn kenmerkend bij het verlies van een dierbare door suïcide.

In vergelijking met rouwprocessen bij het verlies van een naaste door een andere doodsoorzaak dan suïcide, rapporteren nabestaanden na het verliezen van iemand door suïcide meer intense gevoelens van afwijzing, schaamte, stigma en schuld (Sveen & Walby, 2008).

Het is aangeraden om begripvol te polsen naar de volgende - vaak voorkomende - emoties:

- **Afwijzing en kwaadheid** omdat dat de overledene hen verliet;
- **Stigma en eenzaamheid** omdat de overledene hen verliet en omwille van het feit dat de omgeving niet altijd weet hoe te reageren en hoe de nabestaande te ondersteunen;
- **Schuldgevoelens en zelfverwilt** omwille van het niet hebben kunnen voorkomen van de suïcide (en angst dat anderen hen hiervoor zullen beschuldigen). Of schuldgevoelens of schaamte omwille van een gevoel van opluchting, indien het samenleven met en zorgen voor de persoon zwaar was.

Daarnaast hebben nabestaanden een grotere behoefte aan het **begrijpen van de oorzaak en aanleiding** van de suïcide (Sveen & Walby, 2008). Het zoeken naar antwoorden is dan ook essentieel voor de verwerking van de suïcide. Veel nabestaanden blijven achter met de vraag naar het waarom van de suïcide en wat hun rol daarin geweest is. Of ze iets hadden kunnen doen of moeten nalaten waardoor de tragische gebeurtenis niet had hoeven plaatsvinden. Dit kan onder meer betekenen dat de familie zo veel mogelijk informatie wil

hebben om de suïcide te kunnen begrijpen. Aanbevolen wordt om binnen de grenzen van het beroepsgeheim alle informatie te geven die dit doel kan dienen. Meer over wetgeving hieromtrent lees je in de Bijlage Gezondheidszorgwetgeving.

Factoren die het rouwproces beïnvloeden

- In het begin van het proces van verliesverwerking kunnen de **omstandigheden** (onverwachtheid, gewelddadigheid van het overlijden, confrontatie met de overledene) bepalend zijn voor de heftigheid van rouwreacties.
- De doodsoorzaak kan het verwerkingsproces compliceren, maar of dit gebeurt hangt ook af van de aanwezigheid van **kwetsbaarheidsfactoren** die in het individu zijn verankerd zoals bijvoorbeeld emotionele instabiliteit, hechtingsproblemen in de kindertijd, een eerdere verlieservaring... . De mate en het tempo waarin rouwreacties met het verstrijken van de tijd milder worden hangen ook af van **persoonlijkheidsfactoren** (de Groot, 2008).
- Persoonlijkheidskenmerken zoals veerkracht, oplossingsgerichtheid, de neiging om steun te zoeken en gebruik te maken van positieve herinneringen werken **beschermend** en hebben een risicoverlagend effect (Bonanno, Wortman, & Nesse, 2004).
- Verder spelen ook de aard van de **relatie** met de overledene en de **leeftijd** van de overledene een rol. Specifiek bij kinderen en jongeren speelt **wat hen verteld wordt** over het overlijden en de doodsoorzaak ook een belangrijke rol.

Individuele verschillen in het rouwproces

De duur, het tempo en de manier waarop een rouwproces verloopt is voor elk individu verschillend. Reacties van nabestaanden kunnen sterk uiteenlopen, ook binnen het netwerk van nabestaanden van dezelfde overledene (de Groot & de Keijser, 2010). Ook rouwstijlen verschillen. Sommige personen reageren eerder herstelgericht. Zij zoeken bijvoorbeeld afleiding in werk en zijn bezig met de toekomst. Anderen rouwen verliesgericht: ze besteden veel tijd aan hun gevoelens en verdriet. Een combinatie of afwisseling van beide stijlen blijkt het meest constructief te werken: nu eens rouwen, ventileren en uithuilen; dan weer bezig zijn met de dagelijkse realiteit en afleiding zoeken. Als hulpverlener kan je een nabestaande helpen door het rouwen te normaliseren. Het is normaal dat hij of zij zich nog steeds slecht voelt door het verlies. Geef aan dat iedereen anders rouwt en dat de duur ervan verschilt van persoon tot persoon.

Confrontatie met een plots en traumatisch overlijden verhoogt aanzienlijk het risico op het ontstaan van psychiatrische complicaties. Studies hebben het verband aangetoond tussen rouw en het ontstaan van depressieve symptomen of depressie en van angststoornissen (Onrust & Cuijpers, 2006). Er zijn ook aanwijzingen voor een associatie tussen rouwverwerking en het optreden van lichamelijke gezondheidsproblemen (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007), zoals bijvoorbeeld een toename van schadelijk gezondheidsgedrag, een gestoorde of verzwakte immuniteitsfunctie, slaapproblemen en eetproblemen.

Indien het rouwproces moeilijker verloopt dan gemiddeld, spreekt men van een **'gecompliceerd rouwproces'**. Het is niet eenvoudig een 'normaal' rouwproces van een 'gecompliceerd' rouwproces te onderscheiden. De DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) spreekt over een gecompliceerd rouwproces indien het proces langer dan één jaar duurt en de nabestaande de realiteit niet onder ogen kan zien (American Psychiatric Association, 2013). Ook volgende criteria kunnen een aanwijzing zijn voor een gecompliceerd rouwproces (de Keijser, 2004): gebrek aan dynamiek en beweging in de rouw, significant lijden in verschillende levensdomeinen (sociaal, werk, ...), aanwijzingen van vroege hechtingsproblemen, problemen in de gezinscommunicatie en de mate van doelloosheid en hopeloosheid.

Gecompliceerde rouw komt na verlies door suïcide vaker voor dan na een natuurlijk overlijden en is sterk geassocieerd met suïcidale gedachten en gedrag (Young et al., 2012). Bij een gecompliceerd rouwproces is het aangewezen door te verwijzen naar een rouwtherapeut.

Nabestaanden als risicogroep voor zelfdoding

Studies tonen dat één op de vijf nabestaanden kort na het verlies zelf suïcidegedachten heeft (McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008; Cerel & Campbell, 2008; de Groot, Neeleman, van der Meer, & Burger, 2010; de Groot & Broer, 2011).

Zelfdodingsgedachten bij nabestaanden kunnen ontstaan uit:

- een gevoel van hopeloosheid, niet weten hoe verder te leven;
- een verlangen om bij de overledene te zijn;
- identificatie met de overledene, door te proberen zich in te leven in de emoties en gedachten die de overledene gehad zou kunnen hebben;
- de overtuiging dat hij of zij niet waardevol genoeg is om te leven, zich afgewezen voelen door de overledene.

Er zijn aanwijzingen dat op lange termijn de aanwezigheid van suïcidedachten samen kan gaan met een verhoogd risico op psychiatrische (co-)morbiditeit (van Hemert et al., 2012). Andere factoren die samengaan met een verhoogde kans op complicaties zijn (van Hemert et al., 2012):

- eerdere ingrijpende verliezen en meervoudige verliezen;
- somatische (co-)morbiditeit;
- het verlies van een kind, vooral als het een enig kind was;
- gezins- of familieomstandigheden waarin sprake is van conflicten en weinig doelgerichtheid en onderlinge verbondenheid;
- weinig sociale steun mede door het maatschappelijk taboe of stigma dat rust op suïcide;
- niet erkend zijn als nabestaande (stiefouders, ex-partners, buitenechtelijke relaties).

Begeleiding van nabestaanden

Uit onderzoek blijkt dat nabestaanden **behoefte kunnen hebben aan professionele nazorg**. In diverse onderzoeken varieert dit van 26 tot 88% (Jordan, 2001; Jordan & McMenemy, 2004). Nabestaanden blijken echter niet snel geneigd te zijn om hulp te zoeken of te accepteren (Cerel & Campbell, 2008).

Naast steun vanuit professionele hoek geven nabestaanden aan ook steun te putten uit meer **informele hulpbronnen**, zoals het eigen sociaal netwerk en lotgenotencontact met andere nabestaanden (McMenemy et al., 2008). Het bijwonen van gespreksgroepen voor nabestaanden (idealiter mede begeleid door professionele hulpverleners) blijkt een krachtige en constructieve manier te zijn om nabestaanden te helpen (WHO, 2008). Het wordt dan ook aanbevolen om in de opvang en verdere begeleiding van nabestaanden hun eigen herstellend vermogen aan te moedigen, evenals het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk en uit lotgenotencontact (Van Hemert et al., 2012).

Onderzoek naar het **effect van rouwinterventies** laat zien dat *preventieve* interventies tegen complicaties in het verwerken van een verlies geen effect hebben op het verlagen van het suïciderisico. Wanneer er complicaties zijn opgetreden, blijken rouwinterventies wel zinvol te zijn (Currier, Neimeyer, & Berman, 2008; Wittouck, van Autreve, de Jaegere, Portzky, & van Heeringen, 2011). Enkele studies naar de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische interventies bij nabestaanden bleken positieve resultaten te vertonen, onder meer in het beter omgaan met rouw en het minder ervaren van schuldgevoelens (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005; Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2006; Boelen, de Keijser, van den Hout, & van den Bout, 2007; de Groot et al., 2007; de Groot, Neeleman, van der Meer, & Burger, 2010).

Meer onderzoek is echter nodig naar effectiviteit van interventies en naar wat het beste tijdstip is voor dergelijke interventies. Het is ook onduidelijk of interventies helpend zijn voor alle nabestaanden of slechts voor een specifieke deelgroep (Mc Daid, Trowman, Golder, Hawton, & Sowden, 2008).

AANBEVELINGEN

- **Wees bewust van en alert voor het verhoogd suïciderisico bij nabestaanden.**
- **Moedig het eigen herstellend vermogen van nabestaanden aan, evenals het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk en uit lotgenotencontact.**
- **Overweeg bij gecompliceerde rouw bij nabestaanden het aanbieden van rouwinterventies.**

4. DE HULPVERLENER ALS NABESTAANDE

De exacte kans valt moeilijk te bepalen, en voor Vlaanderen zijn er geen specifieke cijfers, maar studies in het buitenland geven aan dat naar schatting 22% tot 39% van de psychologen en 51% tot 82% van de psychiaters minstens één keer in hun loopbaan geconfronteerd wordt met een patiënt die suïcide pleegt (Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart, & Giasson, 2014). Ook bij andere hulpverleners werkzaam in zorginstellingen is de kans groot dat ooit in hun loopbaan een hulpvrager overlijdt door suïcide, gezien bijna één op de tien suïcides in België gebeurt in een zorginstelling (Rhee et al., 2016).

Impact van een suïcide

Een suïcide heeft een beduidende impact op hulpverleners, zowel op professioneel als op emotioneel vlak, ongeacht de beroepsgroep (Draper, Kolves, De Leo, & Snowdon, 2014; Fairman, Thomas, Whitmore, Meier, & Irwin, 2014). Dit werd onder meer aangetoond en uitgediept in specifiek onderzoek bij psychiaters (Hendin, Haas, Maltsberger, Szanto, & Rabinowicz, 2004), huisartsen (Halligan & Corcoran, 2001) en verpleegkundigen (Valente & Saunders, 2002; Takahashi et al., 2011).

Op **professioneel vlak** kunnen hulpverleners twijfelen aan de eigen competentie en vormt de suïcide vaak de aanleiding voor een andere aanpak in hun professioneel handelen ten aanzien van suïcidale personen (Draper et al., 2014; Fairman et al., 2014). Zo rapporteerden hulpverleners in laatstgenoemde onderzoeken na een suïcide:

- meer waakzaamheid voor en bewustzijn van suïciderisico
- meer proactief handelen op het vlak van het bevragen en inschatten van suïciderisico; meer gedetailleerde verslaggeving
- sneller beslissen tot opname en verhoogd toezicht; en minder toestemming verlenen om instelling te verlaten
- het volgen van meer training om hun vaardigheden te verbeteren met betrekking tot de preventie van suïcide
- meer doorverwijzing naar psychiaters
- het nemen van ontslag

Op **emotioneel vlak** kunnen hulpverleners, net als familie en vrienden van de overledene, gevoelens van ongelof, ontkenning, schaamte, boosheid, machteloosheid, verdriet, rouw, schuld, maar ook opluchting ervaren (Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas, & Wynecoop, 2000; Rothés, Scheerder, Van Audenhove, & Henriques, 2013; Draper et al., 2014; Fairman et al., 2014). Voornamelijk **shock, schuld en twijfels over de competentie** komen

frequent voor (Séguin et al., 2014). De emotionele impact van de suïcide van een patiënt blijkt groter te zijn dan een plots overlijden van een patiënt door een andere doodsoorzaak (Draper et al., 2014). Meer dan één derde van de hulpverleners die een suïcide van een patiënt meemaken, ervaren daardoor ernstige psychische problemen, die aanhouden tot minstens een jaar na de suïcide (Hendin et al., 2004). De suïcide van een patiënt verhoogt dan ook de kans op werkverzuim door ziekte (Kim et al., 2005).

Er zijn enkele specifieke omstandigheden en factoren die de emotionele impact kunnen versterken:

- Mogelijke **kenmerken van de hulpverlener**, zoals persoonlijkheidsfactoren van de hulpverlener, ervaringen met suïcide in de eigen omgeving en opvattingen over suïcide en de mogelijkheden tot preventie van suïcide kunnen een rol spelen (Van Heeringen, 2004). Daarnaast rapporteren assistenten en startende hulpverleners zwaardere emotionele gevolgen dan hulpverleners die al langer in het werkveld actief zijn (Hendin et al., 2004).
- Ook **kenmerken van de hulpvrager en de relatie tot de hulpvrager** spelen een rol. Zo wordt de emotionele impact versterkt indien er sprake was van een heel hechte band met de persoon (Castelli-Dransart, Gutjahr, Gulfi, Didisheim, & Séguin, 2013). Dit blijkt ook bij een juist zeer moeizame band, een jonge leeftijd en hoge intelligentie van de persoon, en een sterke inleving in de familieomstandigheden en de problematiek van de persoon (Heyn, Pieters, Joos, & de Gucht, 2004). De impact blijkt tot slot ook groter indien de hulpverlener de persoon nog zag in de week voor het overlijden (Draper et al., 2014).
- Met betrekking tot de **behandeling** wees een studie van Hendin en collega's (2004) uit dat het niet hebben kunnen laten opnemen van de persoon (vaak door weerstand van de persoon zelf), ook al gaf hij/zij duidelijk een suïcidale intentie aan, de impact versterkt. Dezelfde studie toonde ook dat het gevoel hebben dat een bepaalde beslissing in de behandeling heeft bijgedragen tot de suïcide (bv. een persoon te vroeg naar huis laten gaan) emotioneel moeilijk kan liggen.
- Tot slot speelt de **houding van de instelling** een belangrijke rol. Zo blijkt de emotionele impact na een suïcide veel groter wanneer hulpverleners onvoldoende ondersteund worden (Castelli-Dransart et al., 2013) en wanneer er bijvoorbeeld negatieve (schuld inducerende) reacties komen vanuit de instelling waar de hulpverlener werkt (Hendin et al., 2004). Daarbovenop kunnen hulpverleners ook angst ondervinden voor een mogelijks juridisch proces door familie van de overledene, die de schuld bij de hulpverlener legt (Hendin et al., 2004).

Ondersteuning en hulp

Als hulpverleners na een suïcide kunnen beschikken over ondersteuning en hulp, heeft dit een beschermend effect op hun psychisch welzijn (Draper et al., 2014, Fairman et al., 2014). Het is dan ook aangeraden binnen elke context waar artsen, psychologen en/of verpleegkundigen kunnen geconfronteerd worden met een suïcide, ondersteuning en hulp te voorzien, zowel op individueel als op teamniveau.

Individuele hulpverleners die nood hebben aan ondersteuning kunnen zowel beroep doen op formele (bv. therapie) als informele hulp (bv. lotgenotencontact).

Enkele concrete aanbevelingen:

- **Contact met nabestaanden en bijwonen van de uitvaart** helpt voor de verwerking van de suïcide (Rinne-Albers, Keemink, Hermans, & van der Ploeg, 1993).
- Het is aangeraden de suïcide achteraf ook in **team- en intervisieverband te bespreken** en evalueren (Fairman et al., 2014). Hulpverleners moeten de gelegenheid hebben in een veilige omgeving met elkaar schuldgevoelens en andere reacties op de suïcide te bespreken. Het kan overwogen worden om de huisarts van de patiënt hierbij te betrekken.
- **Opleiding voor het team** over suïcidepreventie, over hoe elkaar ondersteunen en over veerkracht en zelfhulp kan helpend zijn (Fairman et al., 2014).
- Als hulpverlener kan je voor advies over het begeleiden van suïcidale personen, hun omgeving en nabestaanden van zelfdoding terecht bij de **hulplijn ASPHA** (Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners). Je kan ASPHA telefonisch bereiken (elke werkdag tussen 9u en 21u), of via e-mail. Een gesprek met ASPHA kan ook anoniem. Meer info: <http://www.zelfmoord1813.be/aspha>
- Meer informatie over het aanbod voor nabestaanden en advies over postventie van **Werkgroep Verder** kan je vinden via: www.zelfmoord1813.be/nabestaanden
- Bekijk ook het **vormingsaanbod voor hulpverleners** van Werkgroep Verder en van de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg via: <https://www.zelfmoord1813.be/vormingen>

ASPHA
024 24 3000
www.aspha.be info@aspha.be

AANBEVELING

Ga na een suïcide op zoek naar de nodige ondersteuning en hulp, zowel op individueel als op teamniveau (indien van toepassing), en zowel op professioneel (bv. mogelijkheden tot intervisie, opleiding) als op persoonlijk vlak (bv. mogelijkheden tot therapie, lotgenotencontact).

OVERZICHT AANBEVELINGEN DEEL 5

- Zorg na een suïcide voor een goede informatieoverdracht en opvang voor de verschillende betrokkenen (politie, huisarts, nabestaanden en het team of de organisatie).
- Zorg na een suïcide voor een goede eerste opvang van nabestaanden en voor voldoende ondersteuning op lange termijn.
- Voorzie na een suïcide in de context van een zorginstelling een zorgvuldige informatieoverdracht en goede opvang voor medepatiënten en wees extra waakzaam voor copycat gedrag.
- Evalueer na een suïcide samen met het team wat goed en minder goed verliep in de begeleiding van de overledene.
- Wees bewust van en alert voor het verhoogd suïciderisico bij nabestaanden.
- Moedig het eigen herstellend vermogen van nabestaanden aan, evenals het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk en uit lotgenotencontact.
- Overweeg bij gecompliceerde rouw bij nabestaanden het aanbieden van rouwinterventies.
- Ga na een suïcide op zoek naar de nodige ondersteuning en hulp, zowel op individueel als op teamniveau (indien van toepassing), en zowel op professioneel (bv. mogelijkheden tot intervisie, opleiding) als op persoonlijk vlak (bv. mogelijkheden tot therapie, lotgenotencontact).

REFERENTIES

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Boelen, P.A., de Keijser, J., van den Hout, M.A., van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277-284.

Bonanno, G.A., Wortman, C.B., & Nesse, R.M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19, 260-271.

Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: A systematic review of inpatient suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 315-328.

Castelli Dransart, D.A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Didisheim, N.K., & Séguin, M. (2013). Patient Suicide in Institutions: Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals. *Death Studies*, 38(5), 315-21.

Cerel, J., & Campbell, F. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 30-34.

Currier, J., Neimeyer, R., & Berman, J. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134, 648-661.

de Groot, M. (2008). Bereaved by suicide: Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses. Dissertation, University of Groningen.

de Groot, M., & Broer, J. (2011). De toeleiding van nabestaanden van personen overleden door suïcide naar familiegerichte nazorg: Een quasi-experimentele studie in Noord-Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 6, 237-245.

de Groot, M., & de Keijser, J. (2010). De opvang van nabestaanden na een suïcide. In A. Kerkhof, & B. van Luyn (Eds.), *Suïcidepreventie in de praktijk*. Utrecht: Bohn Stafleu van Loghum.

de Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 994-996.

de Groot, M., & de Winter, R. (2015). Beschrijving van KEHR SUICIDE versie 8.0. Een instrument voor data-gestuurd evalueren en leren van suicide. Geraadpleegd op 1 oktober 2015, op www.suicidaliteit.nl

de Groot, M.H., de Winter, R.F.P., van der Plas, W., & Kerkhof, A.J.F.M. (2016). Pilotstudie naar kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suicide (KEHR); datagestuurd evalueren en leren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 351-360.

de Groot, M., Neeleman, J., van der Meer, K., & Burger, H. (2010). The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims The mediating role of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 425-437.

de Groot, M., van der Meer, K., & Burger, H. (2009). A survey of Dutch general practitioners' attitudes towards help seeking of suicide bereaved relatives. *Family Practice*, 26, 372-375.

de Keijser, J. (2004). Gecomplieerde rouw. Diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 60-69.

Draper, B., Kolves, K., De Leo, D., & Snowdon, J. (2014). The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals. *General Hospital Psychiatry*, 36 (6), 721- 725.

Dumon, E., & Portzky, G. (2014). Toolkit Zelfmoordpreventie, -interventie en -postventie op school. Geraadpleegd op 1 oktober 2016, op www.zelfmoord1813.be.

Fairman, N., Thomas, L.P.M., Whitmore, S., Meier, E.A., & Irwin, S.A. (2014). What Did I Miss? A Qualitative Assessment of the Impact of Patient Suicide on Hospice Clinical Staff. *Journal of Palliative Medicine*, 17 (7), 832-836.

Halligan, P., & Corcoran, P. (2001). The impact of patient suicide on rural general practitioners. *British Journal of General Practice*, 51, 295-296.

Hendin, H., Haas, A.P., Maltsberger, J.T., Szanto, K., & Rabinowicz H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1442-1446.

Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger J.T., Haas, A.P., & Wynecoop, S.B.A. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022-7.

Heyn, E., Pieters G., Joos, S., & de Gucht, V. (2004). Ervaringen van psychiaters in opleiding in Vlaanderen met suicide van patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 579-587.

Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91-102.

Jordan, J.R., & McMenemy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 337-349.

Kim, C.D., Séguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A.D., & Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 1017-1019.

McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 193 (6), 438-443.

McMenemy, J., Jordan, J., & Mitchell, A. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 375-389.

Onrust, S.A., & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 10, 327-334.

Rhee, Y., Houttekier, D., MacLeod, R., Wilson, D. M., Cardenas-Turanzas, M., Loucka, M., ... & Cohen, J. (2016). International comparison of death place for suicide; a population-level eight country death certificate study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(1), 101-106.

Rinne-Albers, M.A.W., Keemink, P.J., Hermans, P.J., & van der Ploeg, G.J. (1993). De reactie van Nederlandse behandelaars op de suïcide van een patiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 484-489.

Roths, I.A., Scheerder, G., Van Audenhove, C., & Henriques, M.R. (2013). Patient suicide: the experience of Flemish psychiatrists. *Suicide Life Threat Behav*, 43(4), 379-94.

Seeman, M. V. (2015). The impact of suicide on co-patients. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 449-457.

Séguin, M., Bordeleau, V., Drouin, M.S., Castelli-Dransart, D.A., & Giasson, F (2014). Professionals' reactions following a patient's suicide: review and future investigation. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 340-62.

Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 8;370(9603), 1960-73.

Sveen, C.A., & Walby, F.A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29.

Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., & Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, 11, 38.

Valente, S.M., & Saunders, J.M. (2002). Nurses' grief reactions to a patient's suicide. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38, 5-14.

van Heeringen, C. (2004). Leren van een suïcide. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 619-620.

van Heeringen, C., & Bollen, J. (Eds.). (2002). Suïcide in het ziekenhuis: aanbevelingen ter preventie. Gent, BELGIUM: Academia Press.

van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., de Keyser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J.W., de Groot, M.H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, M., Steendam, B., Stringer, B., Verlinde, A., & van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire behandelrichtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.

Wittouck, C., van Autreve, S., de Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 69-7.

World Health Organization (2008). Preventing suicide, how to start a survivor's group. Geraadpleegd op 20 februari 2016, van www.who.int.

Young, I.T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177-186.

DEEL 6

SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG



DEEL 6 – SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG

1. INLEIDING

Richtlijnen rond de detectie en behandeling van suïcidaliteit worden bij voorkeur ingebed in een breder beleid rond suïcidepreventie binnen de zorginstelling of praktijk. **Een suïcidepreventiebeleid zorgt voor een omkadering van specifieke acties of maatregelen waardoor de duurzaamheid van deze acties gewaarborgd wordt.**

Het doel van dit deel van de richtlijn is het bevorderen van een structurele inbedding van de specifieke aanbevelingen binnen de delen Detectie, Interventies, Na een poging en Na een suïcide door middel van een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgomgeving. Een suïcidepreventiebeleid kan er mee voor zorgen dat de visie op suïcidaliteit verankerd en gedeeld wordt en dat de verschillende acties binnen de opvang en zorg voor suïcidale personen beter op elkaar afgestemd worden. Op die manier kan de zorgcontinuïteit verbeterd worden en wordt het makkelijker om de kwaliteit van opvang en zorg voor suïcidale personen op te volgen, te evalueren en eventueel bij te sturen. Naast afspraken over de opvang en zorg voor suïcidale personen en hun omgeving kan een suïcidepreventiebeleid ook afspraken bevatten rond suïcidespecifieke vorming voor de hulpverlener(s) en het suïcideveilig maken van de zorgomgeving.

Al de aanbevelingen in dit deel van de richtlijn zijn bedoeld als leidraad, een risicoanalyse dient uit te wijzen welke aanbevelingen noodzakelijk zijn in een bepaalde zorgomgeving. De aanbevelingen zijn bedoeld voor zowel (middel)grote zorginstellingen (bv.: algemene en psychiatrische ziekenhuizen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, ...) als voor individuele hulpverleners (bv.: huisartsen, privétherapeuten, ...). Omdat de toepasbaarheid en draagwijdte van de aanbevelingen mee bepaald worden door de behandelsetting en de patiëntendoelgroep, worden sommige aanbevelingen verder uitgediept. De aanbevelingen in de algemene tekst zijn bedoeld voor alle hulpverleners en voorzieningen, ongeacht hun doelgroep. De aanbevelingen in de groene kaders zijn uitdiepingen bedoeld voor zorginstellingen/afdelingen gericht op een algemene populatie (hier algemene voorzieningen genoemd). De aanbevelingen in de blauwe kaders zijn uitdiepingen bedoeld voor zorginstellingen/afdelingen voor hoog-risicogroepen (hier ggz-voorzieningen genoemd).

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Onder algemene voorzieningen verstaan we alle zorgcontexten waar meerdere hulpverleners (al dan niet van verschillende disciplines) instaan voor de opvang en zorg voor personen die mogelijks suïcidaal zijn maar niet noodzakelijk een sterk verhoogd risico hebben, zowel ambulante als residentiële. Bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen. Veel van deze voorzieningen hebben reeds een eigen suïcidepreventiebeleid of –protocol. We bevelen aan om dit beleid of protocol zo veel mogelijk af te stemmen op de wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen in dit hoofdstuk. Voor voorzieningen die nog geen uitgewerkt suïcidepreventiebeleid hebben, kunnen de aanbevelingen in dit hoofdstuk als basis dienen.

De uitdiepingen voor algemene voorzieningen zijn complementair aan de algemene aanbevelingen. Een suïcidepreventiebeleid op maat van een algemene voorziening dient dus zowel rekening te houden met de algemene aanbevelingen als met de specifieke aanbevelingen voor algemene voorzieningen.

Uitdieping voor ggz-voorzieningen

Naar analogie met de aanbevelingen met betrekking tot suïcidepreventiebeleid in de kwaliteitsindicatoren van het Vlaams Indicatorenproject verstaan we onder ggz-voorziening elke voorziening die zich richt op het verlenen van zorg binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg. Concreet omvat dit de volgende voorzieningen: psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, forensisch-psychiatrische centra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven beschut wonen, psychosociale revalidatiecentra en psychiatrische verzorgingstehuizen (Bervoets, C.; Cosemans, P.; Pellens, I.; Vanhove, R.; Van den Broeck, K.; Van Raemdonck, 2015).

De uitdiepingen voor ggz-voorzieningen zijn complementair aan de algemene aanbevelingen en de uitdiepingen voor algemene voorzieningen. Een suïcidepreventiebeleid op maat van een ggz-voorziening dient dus zowel rekening te houden met de algemene aanbevelingen als met de uitdiepingen voor algemene voorzieningen en ggz-voorzieningen.

In dit deel wordt vooral stilgestaan bij de inhoud van een suïcidepreventiebeleid. Voor informatie over hoe een suïcidepreventiebeleid concreet opgesteld kan worden en ondersteuning bij het opstellen van een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgcontext, kan men terecht bij de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (zie Ondersteunende diensten achteraan dit deel).

Specifieke aanbevelingen ten aanzien van de opvang van suïcidepogers en wat te doen na een suïcide van een patiënt zijn terug te vinden in deel 4 en 5 van deze richtlijn.

De voorgestelde richtlijnen houden rekening met de kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, ontwikkeld in het kader van het Vlaams Indicatorenproject (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-de-geestelijke-gezondheidszorg>).

De inhoud van dit deel is ook online raadpleegbaar via de e-learning SP-Reflex op Zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>).

AANBEVELING

Maak een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgomgeving.

Risicoanalyse als vertrekpunt

Een effectief suïcidepreventiebeleid dient **op maat** van de zorgomgeving gemaakt te worden. Om te bepalen welke maatregelen of afspraken noodzakelijk zijn binnen een bepaalde zorgomgeving, bevelen we aan om te vertrekken van een risicoanalyse. Deze risicoanalyse kan zowel prospectief als retrospectief gebeuren.

Het uitvoeren van een **prospectieve risicoanalyse** betekent dat er op voorhand nagedacht wordt over risico's, zowel op proces- als op patiëntniveau. Om de kans op het plaatsvinden van deze risico's te verkleinen, worden preventief enkele maatregelen genomen. Tussentijds en achteraf wordt bekeken of deze maatregelen het gewenste effect hebben gehad. Bij een prospectieve risicoanalyse wordt ernaar gestreefd te voorkomen dat hulpvragers schade oplopen of nadeel ondervinden. Specifiek met betrekking tot suïcidepreventie betekent dit dat men preventief, dus voor er zich een incident heeft voorgedaan, zal nagaan hoe men het risico op suïcidaal gedrag kan beperken.

Bij een **retrospectieve risicoanalyse** wordt onderzocht welke oorzaken ten grondslag lagen aan een ongewenste gebeurtenis en wat kan ondernomen worden om soortgelijke gebeurtenissen in de toekomst te voorkomen. Het accent ligt op het analyseren en onderzoeken van het incident: wat is de ernst van het incident, welke risicofactoren en oorzaken lagen hieraan ten grondslag? Deze analyse heeft als doel om aanknopingspunten te vinden voor verbeteringsmaatregelen en preventieve maatregelen om ervoor te zorgen dat de gebeurtenis niet nogmaals plaatsvindt. Specifiek met betrekking tot suïcidepreventie betekent dit dat men zal nagaan wat men kan leren uit een suïcidepoging of suïcide van een patiënt zodat een herhaling van deze gebeurtenissen zoveel mogelijk vermeden kan worden. Zie deel 4 en 5 van deze richtlijn voor meer informatie over het analyseren en evalueren van suïcides en suïcidepogingen.

Een hulpmiddel bij deze risicoanalyse is de checklist die de Suïcidepreventiewerking van de CGG ontwikkeld heeft in het kader van hun ondersteuningstrajecten met ziekenhuizen en andere zorginstellingen bij het opmaken van een suïcidepreventiebeleid. Neem contact op met de suïcidepreventiewerking in jouw regio om meer informatie hierover te krijgen (<https://www.zelfmoord1813.be/hulpverlening/ondersteuning-door-cgg> voor contactgegevens).

AANBEVELING

Vertrek voor het suïcidepreventiebeleid van een prospectieve en/of retrospectieve risicoanalyse.

2. INHOUD VAN EEN SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

Een suïcidepreventiebeleid beschrijft welke maatregelen genomen zijn en welke afspraken gemaakt zijn om suïcides en suïcidepogingen te voorkomen en suïcidaliteit op een effectieve manier te detecteren en behandelen. We bevelen aan om de volgende onderwerpen in het suïcidepreventiebeleid aan bod te laten komen:



Ontwikkel een duidelijke visie op suïcidaliteit.



Maak een draaiboek voor de aanmelding, behandeling en vervolgzorg van suïcidale personen.



Zorg voor vorming en ondersteuning voor hulpverleners bij het omgaan met suïcidale personen.



Maak de zorgomgeving suïcideveilig.



Maak afspraken rond de registratie en evaluatie van het suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides van patiënten.

Het suïcidepreventiebeleid dient voldoende **transparant** te zijn naar de hulpvrager en diens omgeving toe. Het is voor suïcidale personen erg belangrijk dat ze het gevoel hebben dat ze controle hebben over hun situatie. Ook voor naasten is dit gevoel van betrokkenheid cruciaal om van hen volwaardige partners in te zorg te maken.

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Het suïcidepreventiebeleid dient over de hele zorginstelling en door alle hulpverleners **gedragen en toegepast** te worden. We bevelen dan ook aan om het suïcidepreventiebeleid expliciet te beschrijven in een **document** dat ter beschikking is voor alle hulpverleners en eventuele externe auditoren. Daarnaast dient iemand binnen de zorginstelling aangeduid te worden als **verantwoordelijke** met betrekking tot het suïcidepreventiebeleid. De verantwoordelijke heeft een belangrijke rol in het opstellen, evalueren en bijsturen van het suïcidepreventiebeleid en kan ook een rol spelen in het registreren en evalueren van suïcides en suïcidepogingen binnen de zorginstelling.

AANBEVELING

Bespreek het suïcidepreventiebeleid met patiënten en hun naasten.

Visie op suïcidaliteit

De visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen is bepalend voor de manier waarop er aan suïcidepreventie gedaan kan worden en vormt dan ook de basis van een effectief suïcidepreventiebeleid.

Een belangrijk onderdeel van deze visie is een duidelijke **afbakening** van de begrippen suïcide, suïcidepoging, suïcidale personen en suïcidaliteit. Hoe verhoudt de visie op suïcidepreventie zich ten aanzien van de visie op euthanasie? Vanaf wanneer noemt men iemand suïcidaal? Wat is het verschil tussen een suïcidepoging en automutilatie? Een duidelijk begrippenkader helpt om te kunnen inschatten wanneer welke stappen genomen moeten worden en om het suïcidepreventiebeleid in de praktijk te kunnen omzetten.

Daarnaast is ook de **houding** ten opzichte van suïcide en suïcidepreventie van belang. Die houding zal voor een groot stuk de visie op suïcidepreventie en dus ook op de uitvoering van het suïcidepreventiebeleid bepalen. Hoewel deze visie kan verschillen naargelang de zorgcontext en de eigen opvattingen over dit thema, zijn er enkele uitgangspunten die cruciaal zijn om een suïcidepreventiebeleid te doen slagen:

- Suïcide kan voorkomen worden: Aan een suïcide gaat meestal een heel proces vooraf en dit proces is op elk moment omkeerbaar.
- Suïcidaliteit krijgt voorrang: Suïcidale personen krijgen voorrang voor behandeling en suïcidaliteit krijgt voorrang binnen een behandeling.
- Suïcidaal gedrag is een op zichzelf staande problematiek: Suïcidaliteit dient specifiek behandeld te worden en niet alleen als symptoom van een onderliggende stoornis.
- Suïcidepreventie is een taak voor iedereen: Elke hulpverlener kan een rol spelen in de preventie van zelfdoding.
- Suïcidepreventie kan op verschillende niveaus: Suïcidepreventie kan zowel geïndiceerd, selectief als universeel aangepakt worden.

In het eerste deel van deze richtlijn wordt dieper ingegaan op deze uitgangspunten.

AANBEVELING

Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid de visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen.

Draaiboek

Naast de visie op suïcidepreventie en suïcidale personen wordt in een suïcidepreventiebeleid beschreven **welke stappen ondernomen moeten worden bij de opvang en zorg voor suïcidale personen**. Dit kan in de vorm van een draaiboek op maat van de zorgcontext. Belangrijk hierbij is dat dit draaiboek het volledige zorgtraject van een suïcidale hulpvrager omvat, van aanmelding over behandeling tot vervolgzorg. De verschillende fases dienen zo veel mogelijk naadloos op elkaar aan te sluiten en er dient voldoende communicatie voorzien te worden tussen de betrokken zorgverstrekkers. Zorgcontinuïteit is immers een belangrijke beschermende factor voor suïcidale personen (Knesper, 2010; Sanddal, Sanddal, Berman, & Silverman, 2003).

Onderzoek naar de effecten van de implementatie van een suïcidepreventiebeleid in zorginstellingen toont aan dat een beleid dat een duidelijk draaiboek bevat voor de opvolging van suïcidale patiënten zorgt voor meer zekerheid bij de hulpverleners bij het opvolgen van suïcidale hulpvragers (McAuliffe & Perry, 2007), meer diagnoses van depressieve stoornissen (Malakouti et al., 2015) en minder zelfdodingen in de regio.

Onderstaande figuur toont een overzicht van de belangrijkste stappen per fase:



AANBEVELING

Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid de stappen en afspraken bij de aanmelding, behandeling en vervolgzorg voor suïcidale personen.

Fase 1 - Bij aanmelding



Hulpverleners dienen bij alle personen die zich aanmelden alert te zijn voor **signalen** van zelfmoordgedachten. Wanneer er sprake is van bepaalde risico- of drempelverlagende factoren, dient deze aandacht nog verscherpt te worden.

Wanneer signalen waargenomen worden of wanneer er omwille van andere redenen een vermoeden is dat de persoon aan zelfmoord denkt, dient de suïcidaliteit expliciet bevestigd te worden om het **suïciderisico** te kunnen inschatten.

Afhankelijk van dit risico dienen de nodige **veiligheidsmaatregelen** genomen te worden.

Deze veiligheidsmaatregelen zijn afhankelijk van de behandelsetting (bv.: opname in een psychiatrische afdeling, verhoogd toezicht, opstellen van een safety plan).

Wanneer de veiligheid van de hulpvrager zo veel mogelijk gewaarborgd is, dienen de suïcidedachten **verder onderzocht** te worden.

Op basis van dit onderzoek wordt met de hulpvrager en diens omgeving besproken welke **behandeling** en **behandelsetting** het meest geschikt zijn.

Daarnaast is het ook belangrijk om aandacht te hebben voor de **naasten** van de hulpvrager. Beschrijf in het draaiboek hoe en door wie de naasten van de hulpvrager onthaald en geïnformeerd worden.

Al deze stappen worden verder uitgewerkt in deel 1 en 2 van deze richtlijn.

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Er dient zo veel mogelijk met een **multidisciplinair team** gewerkt te worden bij het evalueren van de risico-inschatting en de uitwerking van het behandelplan. Op die manier kunnen de verschillende visies op de benodigde verdere stappen en eventuele behandeling naast elkaar gezet worden en kan er samen tot een consensus gekomen worden die zo veel mogelijk op maat van de hulpvrager is en waarin elke betrokken hulpverlener zich kan vinden. Binnen een multidisciplinair team dient er goed afgesproken te worden **wie wat doet en hoe de andere betrokkenen op de hoogte gebracht worden**. Enkele zaken die afgesproken dienen te worden, zijn:

- Wie is verantwoordelijk voor de inschatting en registratie van het suïciderisico bij de aanmelding van personen?
- Wie is verantwoordelijk voor de regelmatige herevaluatie van het suïciderisico van patiënten in behandeling?
- Wie is verantwoordelijk voor het bijhouden en evalueren van het behandelplan van de patiënt?
- Wie is verantwoordelijk voor de doorstroming van informatie naar de naasten van de hulpvrager en eventuele andere betrokken hulpverleners?
- Wie is verantwoordelijk voor de registratie van suïcides en suïcidepogingen van patiënten?

In het suïcidepreventiebeleid van de voorziening wordt aangegeven op welke manier de **inschatting van het suïciderisico** dient te gebeuren, welke hulpverlener hiervoor verantwoordelijk is en welke verdere stappen er genomen moeten worden bij personen waarbij een suïciderisico vastgesteld werd.

Uitdieping voor ggz-voorzieningen

Personen met een psychiatrische stoornis zijn een risicogroep wat betreft het ontwikkelen van zelfmoordgedachten (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003), en personen die opgenomen worden in een psychiatrisch ziekenhuis hebben tot tien keer meer kans om te overlijden door suïcide (OESO, 2014). We raden dan ook aan om **in ggz-voorzieningen bij elke persoon die aangemeld wordt de eventuele aanwezigheid van zelfmoordgedachten te bevragen en het acute suïciderisico in te schatten** (zie Deel 2 voor aanbevelingen en handvatten voor de detectie van suïcidaliteit).

Fase 2 - Tijdens de behandeling



Tijdens de behandeling dient het **suïciderisico regelmatig opnieuw bevraagd** te worden. Ten minste bij een crisissituatie, uitingen van wanhoop, belangrijke verlieservaringen, onverwachte verandering, verslechtering of gebrek aan verbetering in het klinische beeld of bij verandering van behandelsetting (bv: opname, transfer, ontslag). Ook tijdens andere kritieke momenten (bv: weekend naar huis, traumatische gebeurtenis in de omgeving van de hulpvrager, ...) dient de risico-inschatting herbekeken te worden. De betrokken hulpverleners dienen af te spreken wie deze inschatting zal doen en dienen elkaar op de hoogte te houden van het resultaat en de eventuele gevolgen hiervan.

In het draaiboek dient ook opgenomen te worden welke stappen er genomen moeten worden wanneer een patiënt een **suïcidepoging** onderneemt tijdens een opname of behandeling. Er dient afgesproken te worden wie de coördinatie van communicatie en handelen op zich neemt tijdens en vlak na de crisissituatie. In grote zorginstellingen kan hiertoe eventueel een intern crisisteam opgericht worden. Daarnaast dient er afgesproken te worden waar een crisis gemeld dient te worden, wie allemaal op de hoogte gebracht moet worden (zowel intern als extern) en op welke manier dit gebeurt. Beschrijf ook welke (extra) veiligheidsmaatregelen genomen moeten worden, zowel ten opzichte van de patiënt zelf als voor de betrokken hulpverleners en medepatiënten.

Tijdens de behandeling dient het **behandelplan regelmatig aangevuld en geëvalueerd** te worden. Het is belangrijk dat alle ondernomen stappen gedocumenteerd worden zodat hier naar teruggegrepen kan worden bij een eventuele evaluatie of een gerechtelijk onderzoek. De evaluatie van het behandelplan kan gebeuren door na te gaan wat het effect ervan is op het suïcidale gedrag, de tevredenheid van de hulpvrager en diens naasten, en de mate waarin de situatie voor de hulpvrager veilig is. Ook over het aanvullen en evalueren van het behandelplan dienen afspraken gemaakt te worden tussen de betrokken hulpverleners en dient er voorzien te worden in informatieoverdracht. Daarnaast dient er ook een beleid te zijn voor personen met een suïciderisico die behandeladvies weigeren (zie de delen Detectie en Behandeling voor meer informatie over zorgweigeraars).

Ook de **naasten** van de hulpvrager kunnen een rol hebben tijdens de behandeling. Vaak wordt er immers voor een groot stuk op hen teruggevallen bij ambulante zorg of wanneer de patiënt tijdens het weekend naar huis gaat. Zorg dat deze naasten hier voldoende op voorbereid worden en dat hun rol hierin ook erkend en gewaardeerd wordt. Voorzie een contactpersoon tot wie naasten zich kunnen richten met vragen en bespreek met hen de resultaten van en eventuele veranderingen in de behandeling. Naasten betrekken kan uiteraard alleen als de hulpvrager en de naasten hiervoor open staan en er bij de naasten voldoende draagkracht aanwezig is. Zie de Bijlage Gezondheidszorgwetgeving voor wettelijke bepalingen bij het betrekken van naasten.

Fase 3 - Vervolgzorg



Wanneer de behandeling ten einde loopt, is het belangrijk dat het **belang van vervolgzorg** toegelicht wordt aan de hulpvrager en eventuele naasten. Bekijk samen met de hulpvrager en diens naasten welke vormen van vervolgzorg er mogelijk zijn.

Maak met de hulpvrager, eventueel in samenwerking met zijn of haar naasten, een **safety plan** op¹. Dit safety plan bevat beschermende activiteiten en contacten die de hulpvrager kan raadplegen wanneer hij of zij zich in crisis bevindt.

Daarnaast dienen er ook **veiligheidsafspraken** gemaakt te worden met de hulpvrager en diens omgeving (bv.: partner, familie), bijvoorbeeld rond het beperken van middelen om zelfmoord te plegen, eventueel toezicht en medicatiebeheer.

De omgeving van een hulpvrager speelt ook een belangrijke rol bij de **herintegratie** van de hulpvrager in zijn of haar leefomgeving en moet hier dan ook goed op voorbereid worden.

¹ Op Zelfmoord1813 vind je een tool om samen met de hulpvrager een safetyplan in te vullen: www.zelfmoord1813/safetyplan.

Zorg voor een goede **continuïteit** van de zorg en een degelijke **informatieoverdracht** wanneer de hulpvrager doorverwezen wordt naar een andere hulpverlener of zorginstelling,

Breng, mits toestemming van de hulpvrager, steeds de **huisarts** op de hoogte van een suïcidepoging of een verhoogd risico op suïcide van één van zijn of haar patiënten. Ook wanneer een behandeling stopgezet wordt of wanneer een hulpvrager zorg weigert, wordt de huisarts best ingelicht. Daarnaast wordt de hulpvrager en/of naasten aangeraden om zo snel mogelijk contact op te nemen met de huisarts.

Uit onderzoek weten we dat **contact houden met de hulpvrager**, tenminste tot de zorg overgenomen is door de volgende hulpverlener, beschermend werkt (Milner, Carter, Pirkis, Robinson, & Spittal, 2015) suicide attempt and suicide. Method A systematic review and random-effects meta-analyses were conducted of randomised controlled trials using brief contact interventions (telephone contacts; emergency or crisis cards; and postcard or letter contacts).

Meer informatie over doorverwijzing en ontslag is te vinden in Deel 2 en 3 van deze richtlijn.

Uitdieping voor algemene voorzieningen

We raden aan om **samenwerkingsovereenkomsten** af te sluiten met andere zorgvoorzieningen in de regio om de continuïteit van zorg voor personen met een suïciderisico te regelen. Dit kan binnen bestaande zorgnetwerken gebeuren (bv. in het kader van de zorgcircuits geestelijke gezondheidszorg van artikel 107) of er kan een specifiek zorgpad afgesproken worden voor de opvang en zorg voor suïcidale personen.

Na een suïcide(poging)

Naast afspraken rond de opvang en zorg voor suïcidale personen is het essentieel dat een suïcidepreventiebeleid ook informatie bevat over welke stappen ondernomen moeten worden na een suïcide(poging), wie de eindverantwoordelijke is van de opvolging van een suïcide(poging) en wat diens taken zijn. In deel 4 en 5 van deze richtlijn vind je meer informatie over wat te doen na een suïcide(poging). Volgende informatie hieromtrent dient opgenomen te worden in het suïcidepreventiebeleid:

1. Spreek af hoe, waar, aan wie en door wie een suïcide(poging) van een patiënt **gemeld** wordt.
2. Leg vooraf vast hoe en door wie de informatieverstrekking aan het **team** gebeurt, wie de opvang voor het team organiseert, en wat de opvang en eventuele nazorg voor het team inhoudt.
3. Maak afspraken over hoe en door wie over een suïcide(poging) wordt gecommuniceerd naar **medepatiënten** en **naasten/nabestaanden** en over wat de opvang en nazorg voor de medepatiënten en naasten/nabestaanden inhoudt. In het geval van een poging dient ook de **patiënt** zelf opgevangen en opgevolgd te worden. Maak afspraken over wie die doet en op welke manier dit dient te gebeuren.
4. Na een suïcide(poging) is het aangewezen om de suïcide(poging) te **reconstrueren** en de omstandigheden rond de suïcide(poging) intern te evalueren. Een reconstructie helpt hulpverleners om de suïcide(poging) te begrijpen, te verwerken en ervan te leren. Kijk dus binnen het team terug op de gebeurtenis, zorg voor intervisie in een context waar het team vrij kan praten over de gevoelens die de gebeurtenis bij hen heeft opgeroepen en over de impact op hun emotionele beleving en/of professioneel handelen.
5. Ga tot slot ook ter **evaluatie** samen met het team na wat goed en minder goed verliep in de behandeling. Evaluatie kan de aanleiding vormen om eventuele verbeteringen in de zorg voor suïcidale hulpvragers te implementeren. Ter evaluatie kunnen verschillende systematische methodes gebruikt worden. Er zijn reeds verschillende evaluatiesystemen en -instrumenten ontwikkeld die bij deze evaluatie kunnen helpen (bv.: PRISMA, SIRE). Specifiek voor de evaluatie van suïcides en suïcidepogingen binnen de gezondheidszorg werd in Nederland de KEHR-Suïcide vragenlijst (Kwalitatieve Evaluatie van het Handelen Rond Suïcide) ontwikkeld (de Groot, 2014). Ook de psychologische autopsie is een mogelijke methode om meer inzicht te krijgen in de omstandigheden van een suïcide. Meer over deze methodes lees je in deel 5 van deze richtlijn.

AANBEVELING

Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid alle te nemen stappen en afspraken na een suïcide of suïcidepoging van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is.

Vorming en ondersteuning

Een degelijke vorming in suïcidepreventie en voldoende ondersteuning voor hulpverleners die geconfronteerd worden met suïcidale personen zijn noodzakelijk om een zo goed mogelijke opvang en zorg voor suïcidale personen te kunnen aanbieden.

Basisvorming suïcidepreventie

Onderzoek toont aan dat vorming van hulpverleners in het herkennen en behandelen van suïcidaliteit en depressie één van de meest effectieve methoden is om zelfmoord te voorkomen (Mann et al., 2005; van der Feltz-Cornelis et al., 2011). Het is dan ook aan te bevelen dat elke hulpverlener een basisvorming volgt over het detecteren en behandelen van suïcidaliteit en het omgaan met suïcidale personen en hun omgeving.

De inhoud van deze vorming kan bestaan uit:

- Een **algemeen luik** over het suïcidale proces, verklaringsmodellen voor zelfdoding, veel voorkomende risicofactoren, inschatten van het suïciderisico, signaaldetectie, in gesprek gaan over zelfmoordgedachten, de behandelingen die mogelijk zijn, doorverwijzing en informatie over wat te doen na een suïcidepoging of suïcide.
- Een **beleidsgericht luik** op maat van de zorgcontext met de specifieke afspraken rond de opvang en zorg voor suïcidale personen, zoals eventuele protocollen bij aanmelding en ontslag, de procedure verhoogd toezicht, veiligheidsmaatregelen, ...

Voor deze vorming kan beroep gedaan worden op de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (zie Ondersteunende diensten verder in dit hoofdstuk).

Uitdieping voor algemene voorzieningen

De basisvorming suïcidepreventie dient een vast onderdeel te zijn van de **opleiding van nieuwe werknemers**, maar ook voor hulpverleners die reeds langer in dienst zijn wordt aanbevolen dat deze kennis en vaardigheden minstens driejaarlijks opgefrist worden. Idealiter is er een specifiek vormingsbeleid met betrekking tot suïcidepreventie en/of wordt dit thema opgenomen in de **cyclus van verplichte permanente vorming**. In ieder geval dient er een overzicht beschikbaar te zijn van de gevolgde interne en externe vormingen van het afgelopen jaar met betrekking tot suïcidepreventie.

Behandelvormen en instrumenten met betrekking tot suïcide en suïcidepreventie zijn continu in ontwikkeling. Om de implementatie hiervan te faciliteren kan er een algemeen **implementatiedraaiboek** uitgewerkt worden. Een dergelijk draaiboek

bevat verschillende stappen om ervoor te zorgen dat nieuwe ontwikkelingen zo vlot mogelijk kunnen geïntroduceerd en gebruikt worden:

Coördinatie: Hoe blijft het team op de hoogte van nieuwe behandelvormen, instrumenten en protocollen? Wie volgt dit op? En wie stuurt de implementatie aan?

Beslissingsproces: Wie neemt de (eind)beslissing om een bepaalde methodiek in te voeren? Welke overlegorganen en partners dienen betrokken te worden? Op welke manier worden de personeelsleden betrokken in het beslissingsproces? Welke partners kunnen adviseren?

Communicatie: Hoe worden personeelsleden ingelicht over en getraind in het gebruik van nieuwe methodieken? Hoe wordt de introductie van nieuwe methodieken gecommuniceerd naar patiënten en hun omgeving?

Monitoring en evaluatie: Wanneer en door wie dient het gebruik van nieuwe methodieken besproken, opgevolgd, geëvalueerd en bijgestuurd te worden?

Intervisie en zelfzorg

Gezien de gevoeligheid van het thema suïcide en de impact die suïcidale uitingen, een suïcide of suïcidepoging van een patiënt kunnen hebben op een hulpverlener, dienen voldoende **intervisiemomenten** voorzien te worden zodat hulpverleners die geconfronteerd worden met suïcidale personen hun ervaringen kunnen bespreken met collega's en kunnen leren uit de kennis en ervaringen van anderen. In grote zorginstellingen kunnen deze intervisiemomenten intern georganiseerd worden, individuele hulpverleners kunnen hiervoor samenwerken met externe collega's of een beroep doen op ASPHA of de Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg voor advies en ondersteuning (zie Ondersteunende diensten verder in dit hoofdstuk).

Er dient voldoende aandacht te zijn voor **zelfzorg**, want de confrontatie met suïcidaliteit kan een ingrijpende ervaring zijn. Verscheidene zelfzorgstrategieën en -technieken kunnen hierbij helpen (bv.: Malinovski, 2016; Skovholt & Trotter-Mathison, 2014).

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Om ervoor te zorgen dat hulpverleners die geconfronteerd worden met suïcidaliteit bij patiënten goed opgevangen worden, kan een **zorgteam** opgericht worden waar personeelsleden terecht kunnen na incidenten.

Het belang van **zelfzorg** dient benadrukt te worden vanuit het beleid en er moet voldoende ruimte zijn voor initiatieven die deze zelfzorg versterken (bv.: vormingen, intervisies, werkgroepen).

AANBEVELING

Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt en hoe de intervisie en zelfzorg voorzien wordt.

Suïcideveilig maken van de zorgomgeving

Bijna één op de tien suïcides in België gebeurt in een zorginstelling (Rhee et al., 2015). Om suïcides en suïcidepogingen binnen de gezondheidszorg te vermijden dient er naast een goede opvang en zorg voor suïcidale personen ook gezorgd te worden voor een veilige omgeving (Lieberman, Resnik, & Holder-Perkins, 2004). Uit onderzoek blijkt dat het beperken van middelen om zelfmoord te plegen één van de meest effectieve strategieën is om zelfmoord te voorkomen (Mann et al., 2005). Zowel aanpassingen aan de infrastructuur van een zorgomgeving als een degelijk medicatiebeleid kunnen hiertoe bijdragen.

Wanneer er een zeer hoog suïciderisico is bij één van de patiënten, is er echter meer nodig dan enkel infrastructurele of medicatiegebonden maatregelen. Op dat moment kan er, mits een gedegen afweging, geopteerd worden voor bepaalde beschermende maatregelen (bv: opname, isolatie, verhoogd toezicht, ...). Meer over beschermende maatregelen is te vinden in deel 3 van deze richtlijn.

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Alle potentiële veiligheidsrisico's en maatregelen met betrekking tot suïcideveiligheid kunnen per afdeling vastgelegd worden in een **veiligheidsplan**. Deze afspraken bevatten zowel de infrastructurele en medicatiegebonden veiligheidsmaatregelen die van toepassing zijn op de afdeling als de afspraken rond verhoogd toezicht, isolatie en andere beschermende maatregelen. Wanneer een suïcidale hulpvrager zich aanmeldt, dient dit veiligheidsplan met de hulpvrager en diens naasten besproken te worden (zie ook de informatie over patiëntenrechten in de Bijlage Gezondheidszorgwetgeving). Concreet dient er overlopen te worden welke veiligheidsmaatregelen er zijn, wat die concreet betekenen, wanneer ze ingaan en hoe patiënten en omgeving hierover ingelicht worden. In de meeste zorginstellingen bestaan er protocollen over deze maatregelen, waar in het suïcidepreventiebeleid naar verwezen kan worden. Deze protocollen dienen regelmatig geëvalueerd en indien nodig bijgestuurd te worden.

Infrastructuur

Elke zorgomgeving moet ervoor zorgen dat op zijn minst de daken ontoegankelijk zijn en dat de ramen en balkons beveiligd worden. Verdergaande maatregelen dienen afgewogen te worden naargelang het doelpubliek en de mogelijkheden. Bij nieuwe voorzieningen of praktijken, en in het bijzonder in ggz-voorzieningen, raden we aan om zoveel mogelijk rekening te houden met de veiligheidsmaatregelen in bijlage.

In de Verenigde Staten werd een uitgebreid **instrument** ontwikkeld om de suïcideveiligheid van een zorginstelling na te gaan en te verbeteren, de 'Mental Health Environment of Care Checklist' (VA National Center for Patient Safety, 2015). De doelstellingen van dit instrument zijn:

- Het identificeren en elimineren van risico's voor suïcidepogingen en suïcides in de zorginstelling.
- Het verhogen van het bewustzijn van klinisch personeel met betrekking tot omgevingsrisico's ten aanzien van suïcidale personen.
- De aandacht vestigen op veiligheid met betrekking tot suïcidepreventie, als aanvulling op de reguliere veiligheidsnormen.

Onderzoek heeft aangetoond dat het introduceren van deze checklist heeft geleid tot een daling in het aantal zelfdodingen in de onderzochte instellingen (Watts et al., 2012).

In Vlaanderen is geen universeel instrument met veiligheidsmaatregelen in het kader

van suïcidepreventie beschikbaar. VLESP krijgt hier echter regelmatig vragen over van zorginstellingen en individuele hulpverleners. Daarom werd in het kader van deze richtlijn een beknopte samenvatting en vertaling van de belangrijkste aanbevelingen uit het Amerikaanse instrument gemaakt (zie tabel 1 en 2 in bijlage). Deze lijst kan gebruikt worden om de suïcideveiligheid van een ggz-voorziening na te gaan. Bij de bouw of renovatie van ggz-voorzieningen raden we aan om deze maatregelen als leidraad te gebruiken.

Meer informatie en een uitgebreidere versie van dit instrument is op aanvraag beschikbaar bij VLESP (info@vlesp.be) of via: <http://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/mentalhealth.asp>

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Om na te gaan of de veiligheidsmaatregelen voldoende opgevolgd worden, is het aangeraden om regelmatig interne veiligheidsrondes te organiseren. Deze veiligheidsrondes kunnen gebeuren door de leidinggevende van een werkeenheid of de referentiepersoon voor de patiëntveiligheid en bestaan uit een periodieke check up van de veiligheidsaspecten in de werkeenheid. Hierbij wordt in gesprek gegaan met de medewerkers om zicht te krijgen op het risico op incidenten. De informatie uit deze veiligheidsrondes wordt aangewend voor gerichte verbeteracties. Een overzicht en eventuele verslagen van de veiligheidsrondes van het afgelopen jaar dienen ten allen tijde raadpleegbaar te zijn voor de bevoegde medewerkers en eventuele externe auditoren.

Medicatiebeleid

In Vlaanderen gebeurt 8% van de zelfdodingen bij mannen en 19% van de zelfdodingen bij vrouwen met behulp van medicatie (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015). Bij suïcidepogingen liggen deze percentages veel hoger, 84,9% van de suïcidepogingen bij vrouwen en 72,9% van de suïcidepogingen bij mannen gebeurde door intoxicatie met medicatie (Vancayseele, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2015). Deze cijfers tonen aan hoe belangrijk het is om de toegang tot medicatie bij suïcidale personen te beperken.

De medicatie die aanwezig is, dient **achter slot en grendel** bewaard te worden en mag enkel toegankelijk zijn voor hulpverleners die hier expliciete toestemming voor gekregen hebben.

Wanneer patiënten medicatie toegediend krijgen binnen de voorziening, mogen ze telkens slechts de **voorgeschreven dosis** krijgen en moet er nagegaan worden of de medicatie wel degelijk ingenomen wordt.

Wanneer er medicatie voorgeschreven wordt aan patiënten voor thuisgebruik, gebeurt dit best met **kleine hoeveelheden** tegelijk.

Bij de keuze voor een bepaald type medicatie dient er rekening gehouden te worden met eventuele **bijwerkingen** (bv.: impulsiviteit, agressiviteit, stemmingswisselingen).

Het is aan te raden om bij het voorschrijven van medicatie aan suïcidale personen rekening te houden met drie belangrijke factoren :

- Het **effect** van de medicatie op de onderliggende **psychiatrische stoornis**.
- Het specifieke **effect** van de medicatie op **suïcidaliteit**.
- De **toxiciteit** van het middel bij een overdosis.

AANBEVELING

Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid welke infrastructuur en medicatiegebonden maatregelen er zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken.

Registratie

Om een suïcidale hulpvrager zo goed mogelijk te kunnen opvolgen, dient het **suïciderisico** en elke **suïcidepoging** van een patiënt geregistreerd te worden in het (elektronisch) patiëntendossier. Breng de patiënten en hun naasten op de hoogte van deze registratie .

Ook een **suicide** van een patiënt dient geregistreerd en gemeld te worden. Voor meer informatie hierover, zie deel 5 van deze richtlijn.

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Alle informatie over de inschatting van het **suïciderisico** en de gemaakte **afspraken** (bv.: wanneer bevraagd, door wie, resultaat, gevolg, herevaluatie wanneer en door wie, ...) dienen geregistreerd te worden in het dossier van de patiënt zodat ze toegankelijk zijn voor alle betrokken hulpverleners. Dit met het oog op het bevorderen van de onderlinge communicatie, evaluatie en bijsturing. Meer over het formuleren van het suïciderisico vind je in deel 2.

De registratie van **suïcidepogingen en suïcides** van patiënten op niveau van de instelling en afdeling kan helpen om het suïcidepreventiebeleid van de instelling te evalueren. Daarnaast helpt registratie om mogelijke risicofactoren in kaart te brengen en zo bij te dragen tot de preventie van suïcide.

Alle suïcides en suïcidepogingen van patiënten tijdens de duur van hun behandeling dienen geregistreerd te worden, **ook wanneer het incident zich buiten de zorginstelling voorgedaan heeft** (bv: tijdens een weekend thuis). De registratie moet toelaten om beide categorieën apart te registreren en te analyseren.

Er dient per afdeling afgesproken te worden **wie** deze registraties beheert en opvolgt en er dient omschreven te worden **waarvoor** deze registraties gebruikt zullen worden.

Specifiek met betrekking tot de registratie van suïcidepogingen is er de mogelijkheid om deel te nemen aan het registratieproject in het kader van het Instrument voor de Psychosociale Opvang en Evaluatie van suïcidepogers (**IPEO** voor volwassenen, **KIPEO** voor jongeren; zie deel 4 voor meer informatie over deze instrumenten).

De meeste voorzieningen beschikken over een **incidentmeldingssysteem** als onderdeel van het patiëntveiligheids- en kwaliteitsbeleid. Ook suïcides en suïcidepogingen dienen via dit systeem gemeld te worden. Indien dit systeem voldoende toegankelijk is en registratie en analyse op het niveau van de afdeling toelaat, kan het incidentmeldingssysteem als registratiesysteem voor suïcides en suïcidepogingen gebruikt worden.

AANBEVELING

Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid hoe en waar het suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides van patiënten geregistreerd worden.

Evaluatie

Evalueer regelmatig het suïcidepreventiebeleid. Dit kan door op voorhand indicatoren op de stellen waarmee het effect van de implementatie van een suïcidepreventiebeleid nagegaan kan worden. Deze indicatoren dienen op maat van de zorgomgeving opgesteld te worden. Bij wijze van voorbeeld hieronder een overzicht van de indicatoren die gebruikt werden ter evaluatie van een suïcidepreventiebeleid in en grote Amerikaanse zorginstelling (McAuliffe & Perry, 2007).

Kwantitatieve indicatoren:

- Het percentage opnames of consultaties van suïcidale personen.
- De gemiddelde verblijf- of consultatietijd van suïcidale personen.
- Het percentage hulpvragers waarbij het suïciderisico ingeschat werd.
- Het percentage suïcidale hulpvragers waarbij een safety plan opgemaakt werd.
- Aanwezigheid bij vormingen over suïcidepreventie.

Kwalitatieve indicatoren:

- Mate waarin de hulpverlener zich competent en comfortabel voelt bij het inschatten van het suïciderisico en het begeleiden van suïcidale hulpvragers.
- Tevredenheid over vormingen suïcidepreventie.
- Overeenstemming in wenselijke en verkregen zorg bij suïcidale hulpvragers en hun naasten.

Uitdieping voor algemene voorzieningen

Een suïcidepreventiebeleid van een zorginstelling kan uitgewerkt, opgevolgd, geëvalueerd en bijgestuurd worden door een **werkgroep suïcidepreventiebeleid**, bestaande uit personeelsleden van verschillende afdelingen en disciplines. Het suïcidepreventiebeleid dient regelmatig op de agenda geplaatst te worden van **afdelings- en teamvergaderingen**, en er dient ook aandacht voor te zijn tijdens **interviews en patiëntbesprekingen**.

Bij een volledige evaluatie van het suïcidepreventiebeleid dienen naast de indicatoren ook de verschillende onderdelen van het suïcidepreventiebeleid zelf onder de loep gehouden te worden:

Nagaan of de omschreven **visie** gedragen wordt door het team.

De **afspraken rond de opvang en zorg** voor suïcidale personen regelmatig evalueren.

Nagaan of alle hulpverleners **op de hoogte** zijn van de richtlijnen en of deze afspraken ook daadwerkelijk **opgevolgd** worden.

Opvolgen of het suïciderisico, de suïcidepogingen en suïcides telkens goed **geregistreerd** werden.

Deze evaluatie kan gebeuren door jaarlijks op basis van een aantal casussen te evalueren of de richtlijnen werden toegepast en na te gaan waar ze eventueel bijgestuurd kunnen worden of waar er extra inspanningen geleverd kunnen worden. Belangrijk hierbij is dat alle leden van het team gehoord en/of vertegenwoordigd worden. Op basis van deze evaluatie dient de visie bijgestuurd te worden en/of dienen er acties ondernomen te worden om de visie meer gedragen en gekend te maken bij het personeel.

AANBEVELING

Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt.

OVERZICHT AANBEVELINGEN DEEL 6

- Maak een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgomgeving.
- Vertrek voor het suïcidepreventiebeleid van een prospectieve en/of retrospectieve risicoanalyse.
- Bespreek het suïcidepreventiebeleid met patiënten en hun naasten.
- Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid:
 - De visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken bij de aanmelding, behandeling en vervolgzorg voor suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken na een suïcide of suïcidepoging van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is.
 - Hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt en hoe de intervisie en zelfzorg voorzien wordt.
 - Welke infrastructurale en medicatiegebonden maatregelen er zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken.
 - Hoe en waar het suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides van patiënten geregistreerd worden.
 - Hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt.

ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

De Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP) ondersteunt organisaties in de gezondheidszorg en daarbuiten bij zowel het opmaken als het implementeren van een suïcidepreventiebeleid.

CGG-SP heeft een modeldraaiboek opgemaakt dat ziekenhuizen of andere zorginstellingen kunnen gebruiken als basis om een suïcidepreventiebeleid op maat op te stellen. Het draaiboek bestaat uit vier luiken: vroegdetectie en -interventie, acute dreiging en crisisinterventie, na een suïcidepoging, na een suïcide. Elk luik omvat afspraken in verband met coördinatie en communicatie, en richtlijnen voor het concrete handelen en evaluatie. De inhoud van dit draaiboek is afgestemd op de aanbevelingen in deze richtlijn.

Voor meer informatie over het modeldraaiboek en de bijhorende ondersteuningsactiviteiten, kan men de suïcidepreventiewerking in zijn of haar provincie contacteren (contactgegevens: <https://www.zelfmoord1813.be/suicidepreventiebeleid/suicidepreventiebeleid-een-ziekenhuis>).

Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA)

ASPHA ondersteunt huisartsen en andere hulpverleners uit de eerste lijn via telefoon en e-mail bij het begeleiden van suïcidale patiënten, hun omgeving en nabestaanden. Huisartsen en andere hulpverleners die geconfronteerd worden met een suïcidale persoon kunnen er onmiddellijk met hun vragen terecht.

ASPHA is bereikbaar via:

- telefoon: 024 24 3000 (elke werkdag tussen 9u en 21u)
- e-mail: info@aspha.be
- Meer info is te vinden op: www.zelfmoord1813/aspha

REFERENTIES

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2015). Sterfte door suïcide. Opgevraagd op 8 december 2015 via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2014>
- Bervoets, C.; Cosemans, P.; Pellens, I.; Vanhove, R.; Van den Broeck, K.; Van Raemdonck, A. (2015). *Indicator: suïcidepreventiebeleid*. Te raadplegen via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Beleid/Kwaliteit_van_zorg/20151609Indicatorfiche_suïcidepreventiebeleid_DEF.pdf
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.
- Knesper, D. J. . A. A. of S. S. P. R. C. (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.
- Lieberman, D. Z., Resnik, H. L. P., & Holder-Perkins, V. (2004). Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 448–53.
- Malakouti, S. K., Nojomi, M., Poshtmashadi, M., Hakim Shooshtari, M., Mansouri Moghadam, F., Rahimi-Movaghar, A., ... Bazargan-Hejazi, S. (2015). Integrating a Suicide Prevention Program into the Primary Health Care Network: A Field Trial Study in Iran. *BioMed Research International*, 2015, 1–9.
- Malinovski, A. J. (2016). *Zelfzorg voor hulpverleners in de GGZ*. LannooCampus.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–74.
- McAuliffe, N., & Perry, L. (2007). Making it Safer: A Health Centre's Strategy for Suicide Prevention. *Psychiatric Quarterly*, 78(4), 295–307.
- 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 : The Journal of Mental Science*, 206(3), 184–190.

- OESO. (2014). Improving quality measurement and data collection for mental health. In *Making mental health count*.
- Rhee, Y., Houttekier, D., MacLeod, R., Wilson, D. M., Cardenas-Turanzas, M., Loucka, M., ... Cohen, J. (2015). International comparison of death place for suicide; a population-level eight country death certificate study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- 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.
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. J. (2014). *The Resilient Practitioner: Burnout Prevention and Self-Care Strategies for Counselors, Therapists, Teachers, and Health Professionals, Second Edition*.
- VA National Center for Patient Safety. (2015). *Mental Health Environment of Care Checklist*. VA National Center for Patient Safety. Te raadplegen via: <http://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/mentalhealth.asp>
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., ... Hegerl, U. (2011). Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 32(6), 319–333. JOUR.
- Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2014*. Gent. Te raadplegen via: <http://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/pdf/06112015-094430-JaarverslagSu%C3%AFcidepogingenVlaanderen2014.pdf>
- Watts, B. V, Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 588–92.

Bijlage bij DEEL 6: Tabellen veiligheidscriteria

TABEL 1 - Veiligheidscriteria: infrastructuur	
Vloeren	<p>Vloeren zitten stevig vast en kunnen niet worden losgemaakt</p> <p>Er zijn geen verluchtungs- of verwarmingsroosters aangebracht in de vloer.</p> <p>Drempels worden vermeden. Indien drempels aanwezig zijn, zitten ze stevig verankerd in de vloer en komen ze niet meer dan 10 cm boven de vloer uit.</p>
Muren	<p>Het gebruikte behang, de lijm en/of verf is niet giftig.</p> <p>Het behang of de verf komt niet los.</p> <p>Alle zaken die bevestigd zijn aan de muur, zijn stevig verankerd en kunnen zodoende niet loskomen en als middel tot zelfverwonding dienen. Kaders bijvoorbeeld zijn stevig bevestigd, bestaan niet uit glas of metaal, en hebben geen scherpe randen.</p> <p>Er zijn geen ankerpunten aan de muur.</p> <p>Elektriciteit zoals stopcontacten en lichtschakelaars zijn extra beveiligd. Elektrische snoeren zijn kort (zodat ze niet rond de nek kunnen) en stevig bevestigd.</p> <p>Roosters zitten stevig vast, zodat ze niet kunnen losgemaakt worden en ze zijn zo ontworpen dat ze niet kunnen gebruikt worden als ankerpunten.</p> <p>Hoeken van muren zijn beveiligd zodat ze geen scherpe randen hebben.</p>
Plafond	<p>Het plafond zit stevig vast, zodat het niet losgemaakt kan worden. Boven het plafond bevinden zich immers vaak buizen of andere onderdelen die als ankerpunt kunnen dienen.</p> <p>Er is niks bevestigd aan het plafond dat als ankerpunt kan dienen.</p> <p>Lampen zijn gemaakt van onbreekbaar materiaal, en bevatten geen ankerpunten.</p>

Ramen	<p>Ramen bestaan uit extra beveiligd glas.</p> <p>Ramen kunnen niet open of niet verder open dan 10 cm.</p> <p>Ramen worden minstens 2x per jaar gecontroleerd.</p> <p>Er zijn geen gordijnen, koorden, of ankerpunten bevestigd aan de ramen.</p>
Deuren	<p>Deurklinken zijn zo ontworpen dat ze niet gebruikt kunnen worden als ankerpunt.</p> <p>Alle deuren kunnen door het personeel geopend worden.</p>
Kasten Rekken Planken	<p>Kasten hebben geen deuren, geen kledingroedes en geen kapstokken.</p> <p>Rekken zijn stevig verankerd, kunnen niet dienen als ankerpunten, en bevatten geen losse onderdelen die van de rekken kunnen gehaald worden.</p> <p>Planken zijn stevig verankerd, en zijn beperkt in afmeting zodat men er niet kan opklimmen om aan het plafond te kunnen.</p>
Meubels	<p>Meubels zijn zwaar genoeg, zodat ze niet kunnen opgetild of verplaatst worden.</p> <p>Meubels zijn niet te hoog, zodat men er niet op kan klimmen om aan het plafond te kunnen.</p> <p>Meubels bevatten geen ankerpunten.</p> <p>Meubels, en ook rolstoelen, bevatten geen plastic of vinyl of andere onderdelen die er af kunnen gehaald worden (en gebruikt worden voor verstikking of wurging).</p>
Lavabo's	<p>De lavabo's bevatten geen ankerpunten (bv. buizen).</p> <p>Kranen zijn zo ontworpen dat ze niet als ankerpunt kunnen dienen.</p> <p>Warm water is gereguleerd zodat het niet warmer kan worden dan 43°.</p>

Tabel 2 - Overige Veiligheidscriteria

Zichtbaarheid	Er zijn geen blinde hoeken in het gebouw. Personeel heeft een goed (over)zicht op de patiënten.
Chemische en andere huishoudmiddelen	Alle chemische producten, huishoudmiddelen en materialen zijn niet toegankelijk voor patiënten of er wordt op toegezien. Sloten van bergplaatsen kunnen niet opengemaakt worden met zaken waar patiënten kunnen over beschikken (bv. plastic kaarten).
Medische middelen	Medische middelen zijn niet toegankelijk voor patiënten. Bij patiënten die medische middelen nodig hebben, wordt een afweging gemaakt tussen de noden van de patiënt, het risico op suicide, de mate van agressie van de patiënt, en de mogelijkheid van het middel om gebruikt te worden als zelfvergiftiging.
Vuilnisbakken	Vuilbakken bevatten geen plastic zakken (gevaar voor verstikking). Vuilbakken kunnen niet gebruikt worden om op te staan.
Touwen	Er zijn geen onnodige touwen of snoeren aanwezig. Indien aanwezig, zijn deze niet langer dan 30 cm.
Gevaarlijke objecten	Er zijn geen voorwerpen aanwezig waarmee personen zichzelf of anderen kunnen verwonden (vuilbakken, lampen, rolstoelen, ...)
Scherpe voorwerpen	Plastic voorwerpen waar patiënten toegang tot hebben kunnen niet omgevormd worden tot scherpe voorwerpen.
Sproeiers	Sproeiers (voor brandveiligheid) worden enkel gebruikt bij sterke plafonds en hebben geen ankerpunten.

BIJLAGE 1

GEZONDHEIDSZORG- WETGEVING



BIJLAGE 1:

GEZONDHEIDSZORGWETGEVING

De zorg voor suïcidale personen dient uiteraard binnen het wettelijk kader te gebeuren. In deze bijlage zetten we de belangrijkste wetten en regelgevingen die hierbij een rol kunnen spelen op een rij. Thema's die aan bod komen zijn het beroepsgeheim, aansprakelijkheid van de hulpverlener na een suïcide van een patiënt, patiëntenrechten, beschermingsmaatregelen en de wetgeving omtrent hulp bij zelfdoding en euthanasie.

De inhoud van dit deel is ook online raadpleegbaar via de e-learning SP-Reflex op Zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>).

1. BEROEPSGEHEIM

Het **beroepsgeheim** garandeert dat iemand in alle vertrouwen naar de hulpverlening kan stappen. Alle “*personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd*” vallen onder het beroepsgeheim (artikel 458 van het Strafwetboek). Volgens dit artikel ben je gebonden aan het beroepsgeheim wanneer:

- Je een geneesheer, heilkundige, officier van gezondheid, apotheker of vroedvrouw bent
- Je door je beroep of staat een noodzakelijke vertrouwensfiguur bent
- Een wet stelt dat je gebonden bent aan het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim geldt bij alle vormen van hulpverlening (bv. face-to-face, online, individueel, in groep, anoniem, ...) en geldt ten opzichte van iedereen, inclusief familieleden van de patiënt en andere hulpverleners. In sommige gevallen is uitwisseling van informatie tussen hulpverleners echter in het belang van de patiënt. Daarom werden in de rechtspraak en rechtsleer de concepten gezamenlijk en gedeeld beroepsgeheim ontwikkeld. Het **gezamenlijk beroepsgeheim**¹ geldt tussen hulpverleners binnen hetzelfde team. Relevante informatie over een patiënt mag gedeeld worden tussen collega's die samen hulp verlenen aan dezelfde patiënt in functie van hun gedeelde verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt, op voorwaarde dat de patiënt hiervoor toestemming gegeven heeft en dat het team een goed afgebakende en herkenbare identiteit is. Ten opzichte van externe hulpverleners

¹ Het is onduidelijk in hoeverre het gezamenlijk beroepsgeheim algemeen aanvaard is omdat het enkel verankerd is in het decreet integrale jeugdhulp.

geldt een **gedeeld beroepsgeheim**. Dit is beperkter dan het gezamenlijk beroepsgeheim en houdt in dat enkel informatie die strikt noodzakelijk is voor de continuïteit of kwaliteit van de zorg in het belang van de patiënt uitgewisseld mag worden, eveneens op voorwaarde dat de patiënt hiervoor toestemming gegeven heeft. De hulpverlener waarmee informatie uitgewisseld wordt moet zelf gebonden zijn aan het beroepsgeheim en in het kader van dezelfde opdracht handelen. Hij of zij moet dus betrokken zijn in de hulpverlening aan de patiënt.

Doorbreken van het beroepsgeheim

Je mag het beroepsgeheim enkel doorbreken in gevallen waarbij de wet toestaat of verplicht geheimen bekend te maken, bijvoorbeeld bij een **noodtoestand**. Een noodtoestand kan ontstaan door een conflict van plichten. Bijvoorbeeld wanneer het beroepsgeheim tegenover de hulpverlenersplicht komt te staan en het overtreden van het beroepsgeheim het enige middel is om de fysieke integriteit van de persoon te bewaren.

Een noodtoestand moet voldoen aan drie voorwaarden:

1. Er moet een onmiddellijke noodzakelijkheid zijn voor het te beschermen belang, een daadwerkelijk actueel ernstig gevaar.
2. Er mag geen andere manier zijn om het gevaar te vermijden.
3. Het rechtsgoed dat wordt bedreigd moet het rechtsgoed dat wordt gevrijwaard overstijgen. Fysieke integriteit is het hoogste rechtsgoed dat alle andere rechtsgoederen overstijgt.

Of een situatie voldoet aan deze voorwaarden, is een afweging die je als hulpverlener zelf moet maken. Je kan er vanuit gaan dat een acute zelfmoorddreiging waarbij je zelf onvoldoende hulp kan bieden beschouwd kan worden als een noodtoestand. In dat geval is het dus toegestaan dat je je beroepsgeheim doorbreekt, op voorwaarde dat je eerst geprobeerd hebt om met behulp van anderen (bv. het team of een andere hulpverlener) de integriteit van de patiënt te vrijwaren. Derden die ingelicht worden zijn bij voorkeur andere hulpverleners en pas in de tweede plaats familie of naasten, tenzij die naaste als vertrouwenspersoon is aangeduid door de patiënt of vooraf is afgesproken met de patiënt wie er ingelicht dient te worden in geval van een crisis.

Je bent niet verplicht om je beroepsgeheim te verbreken, maar je kan als hulpverlener wel **schuldig verzuim** ten laste gelegd worden (zie verder) wanneer het niet doorbreken van het beroepsgeheim ervoor gezorgd heeft dat de patiënt niet de noodzakelijke hulp gekregen heeft. Het doorbreken van het beroepsgeheim is een autonome beslissing van de hulpverlener. Een werkgever kan hier niet in tussenkomen.

Na een suïcide(poging)

Ook na een suïcide (poging) van een patiënt heb je als hulpverlener beroepsgeheim, zowel ten opzichte van familieleden als ten opzichte van medepatiënten, medehulpverleners en andere betrokkenen. Vaak heeft de omgeving echter nood aan informatie of doen er al geruchten de ronde over de gebeurtenis. Foutieve geruchten worden best ontkracht, niemand heeft baat bij foutieve informatie en wanneer je geen details geeft over de werkelijke feiten schend je het beroepsgeheim hiermee niet. Wanneer het duidelijk is dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van wat er gebeurd is, hoef je dit ook niet te ontkennen.

In het geval van een suïcide kan je je beroepen op wat de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt zegt rond het inzagerecht van het dossier na overlijden van een persoon (zie verder onder Patiëntendossier).

Bij minderjarigen

Het beroepsgeheim geldt ten aanzien van iedereen, ongeacht de leeftijd of bekwaamheid van de patiënt. Hulpverleners hebben dus ook beroepsgeheim ten aanzien van minderjarige patiënten en hun ouders. Ouders hebben vanuit hun ouderlijk gezag echter het recht om fundamentele opvoedingsbeslissingen te nemen over hun minderjarige kinderen. Zij hebben dan ook nood aan, en recht op informatie over hun kinderen om goede beslissingen te kunnen nemen. Wanneer het gaat om informatie die gedekt wordt door het beroepsgeheim, zal de hulpverlener steeds zorgvuldig moeten afwegen welke informatie ouders precies nodig hebben. De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt voorziet dat wilsbekwame², minderjarige patiënten zelfstandig kunnen beslissen over hun gezondheidszorg. Wilsbekwame minderjarigen worden dus als volwassenen behandeld (de afweging van wilsbekwaamheid is steeds situatie-specifiek). De mening van de minderjarige zelf zal dan ook doorslaggevend zijn.

2 Met wilsbekwaamheid bedoelt men de feitelijke mogelijkheid om beslissingen te nemen die betrekking hebben op jou als individu. Om als wilsbekwaam beschouwd te worden moet men "tot een redelijke beoordeling van zijn of haar belangen in staat worden geacht".

Dit betekent echter niet dat de ouders van wilsbekwame suïcidale minderjarigen niet betrokken kunnen worden bij de zorg voor hun kind. Gezien het belang van ouders bij het in kaart brengen van de context van het suïcidale gedrag van de jongere en hun rol in de ondersteuning en zorg voor hun kind raden we aan om, mits toestemming van de minderjarige patiënt, de ouders zo vroeg mogelijk te betrekken.

Ook bij minderjarigen geldt de uitzondering van de noodtoestand. Wanneer de fysieke of psychische integriteit van de minderjarige gevaar loopt, kan een hulpverlener ervoor kiezen om zijn of haar beroepsgeheim te doorbreken om dit gevaar te doen wijken.

Wanneer de hulpverlener oordeelt dat de jongere niet in zijn of haar eigen belang handelt en onvoldoende de gevolgen van zijn of haar beslissing kan inschatten, kan de hulpverlener beslissen dat de jongere niet wilsbekwaam is op dit gebied. Bij minderjarigen die niet in staat geacht worden tot een redelijke beoordeling van hun belangen ligt de beslissingsbevoegdheid bij de ouders en mogen hulpverleners informatie doorgeven aan ouders waarover deze noodzakelijk moeten beschikken om gepaste opvoedingsbeslissingen te nemen. Toch blijft het betrekken van de patiënt zelf essentieel.

2. AANSPRAKELIJKHEID VAN DE HULPVERLENER NA EEN SUÏCIDE VAN EEN PATIËNT

Juridisch kan men zowel strafrechtelijk als burgerrechtelijk aansprakelijk gesteld worden na een suïcide van een patiënt. Beide vormen van aansprakelijkheid kunnen leiden tot een schadevergoeding. Daarnaast vallen erkende artsen en psychologen ook onder het Tuchtrecht van respectievelijk de Orde der artsen en de Psychologencommissie. Zij dienen dus ook rekening te houden met hun deontologische verplichtingen³.

Strafrechtelijke aansprakelijkheid

Onder strafrechtelijke aansprakelijkheid kunnen volgende misdrijven vallen: ‘onopzettelijk doden en onopzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel’ en ‘schuldig verzuim’.

Onopzettelijk doden en onopzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel

Artikel 418 van het Strafwetboek omschrijft dit als volgt: *“Schuldig aan onopzettelijk doden of aan onopzettelijk toebrengen van letsels is hij die het kwaad veroorzaakt door gebrek aan voorzichtigheid of voorzorg, maar zonder het oogmerk om de persoon van de ander aan te randen.”*

Bij een suïcide van een patiënt kan dit misdrijf slechts uiterst zelden ten laste worden gelegd aan de hulpverlener omdat het gedrag van de hulpverlener zelden als de oorzaak van de zelfdoding kan weerhouden worden. Er moet een vaststaand verband zijn tussen het foutieve gedrag en de zelfdoding, dat het gedrag tot een verhoging van het suïciderisico leidde is onvoldoende als rechtsbasis.

Schuldig verzuim

Elke burger is op basis van de wettelijke **hulpverleningsplicht** (artikel 422bis van het Strafwetboek) verplicht om hulp te bieden aan iemand die *“in groot gevaar verkeert”*, op voorwaarde dat hij- of zijzelf of anderen hierbij geen ernstig gevaar lopen en men zich bewust is van de gevaarstoestand. Bij hulpverlening aan suïcidale patiënten is de beoordeling van het reële gevaar vaak moeilijk. Daarom is het van belang dat er afspraken gemaakt worden over hoe gehandeld dient te worden in crisissituaties, met wie overlegd dient te worden en dat er opgetekend wordt hoe men tot een bepaalde beslissing gekomen is en hoe hierbij de nodige veiligheidsmaatregelen ingebouwd zijn.

³ Voor meer informatie, zie <https://ordomedic.be/nl/code/inhoud/> en <https://www.compsy.be/deontologische-code>.

Wanneer een suïcidale patiënt “in groot gevaar verkeert”, ben je verplicht deze patiënt de hulp te bieden die het meest aangewezen is, ook wanneer de patiënt geen hulp wenst. Het gaat over een ernstige poging tot hulpverlening gerelateerd aan de beschikbare middelen en beroepsgeschiktheid. Dit kan zowel inhouden dat de hulpverlener zelf helpt of dat er door tussenkomst van een derde hulp verschaft wordt. De hulpverleningsplicht kan niet ingeroepen worden als argument om iemand die suïcidaal is op te nemen. De criteria voor gedwongen opname (zie verder) vertrekken vanuit het belang van de patiënt en niet dat van de hulpverlener. Soms kan de hulpverleningsplicht van de hulpverlener in conflict komen met het recht van de patiënt om een behandeling te weigeren (zie Patiëntenrechten). In deze afweging staat – steeds meer – de autonomie van de patiënt en zijn/haar recht om geen toestemming te geven voor een behandeling centraal. Dat betekent echter niet dat de rol van de hulpverlener is uitgespeeld. Om dergelijke conflicten te vermijden wordt aangeraden om voor zich een crisis voordoet afspraken te maken over de te nemen stappen, zowel op patiëntniveau als op niveau van de afdeling/zorginstelling. Bovendien neemt het recht om een behandeling te weigeren niet weg dat de hulpverlener bij een spoedgeval tegen de wil van de patiënt kan ingaan.

Wanneer iemand niet voldoet aan de wettelijke hulpverleningsplicht, kan **schuldig verzuim** ingeroepen worden. De hulpverlener kan echter geen schuldig verzuim ten laste gelegd worden wanneer die wel hulp verleend heeft, maar deze niet doeltreffend bleek te zijn of de zelfdoding niet heeft kunnen voorkomen.

Burgerrechtelijke aansprakelijkheid

Bij burgerrechtelijke aansprakelijkheid wordt een onderscheid gemaakt tussen contractuele en extra-contractuele aansprakelijkheid.

Bij **contractuele aansprakelijkheid** is er sprake van een overeenkomst tussen de hulpverlener/zorginstelling en de patiënt. Dit wordt in de gezondheidszorg regelmatig toegepast bij opname en behandelingen in een ziekenhuis of bij ambulante begeleidingen. Vaak gaat het hier om een middelenverbintenis. Dit wil zeggen dat de hulpverlening/zorginstelling zich ertoe verbindt om naar beste vermogen te handelen.

Ook wanneer er geen sprake is van een overeenkomst, kan een hulpverlener/zorginstelling aansprakelijk gesteld worden. Dit wordt dan **extra-contractuele aansprakelijkheid** genoemd. Deze aansprakelijkheid houdt in dat ieder die aan een ander schade berokkent deze schade (zowel materiële als morele) moet vergoeden. Men is niet alleen aansprakelijk voor de schade die men veroorzaakt door een fout, maar ook voor schade ten gevolge van onvoorzichtigheid of nalatigheid. Wel moet er een oorzakelijk verband aangetoond worden tussen de fout (of de onvoorzichtigheid, nalatigheid) en de schade. Daarnaast kan

een zorginstelling ook aansprakelijk gesteld worden voor schade die door infrastructuur veroorzaakt wordt, bijvoorbeeld omwille van vensters die (tegen veiligheidsvoorschriften in) open gaan of omdat de organisatie in zijn geheel faalt.

Zowel voor contractuele als voor extra-contractuele aansprakelijkheid geldt volgens artikel 18 van de Wet op de Arbeidsovereenkomsten dat wanneer de hulpverlener een werknemer is, de werkgever aansprakelijk is en de schade vergoedt. Tenzij het zou gaan om bedrog of een fout van de werknemer, kan de werknemer dus niet burgerlijk aansprakelijk gesteld worden voor een suïcide van een patiënt. Zowel contractuele als extra -contractuele aansprakelijkheid kan gedekt worden door een verzekering. Om een veroordeling voor aansprakelijkheid te vermijden is het belangrijk dat alle beslissingen en inspanningen van de hulpverlener/zorginstelling neergeschreven staan.

3. PATIËNTENRECHTEN

De **Wet betreffende de Rechten van de Patiënt** bevat de volgende rechten: het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, het recht op vrije keuze, rechten in verband met informatie over de gezondheidstoestand, het recht toestemming te geven of te weigeren, rechten met betrekking tot het patiëntendossier, het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en intimiteit en het klachtrecht. In dit deel beperken we ons tot die rechten die specifiek tot vragen kunnen leiden bij contact met suïcidale patiënten, namelijk de toestemming voor behandeling en de rechten met betrekking tot het patiëntendossier.

Bij een schending van de patiëntenrechten, kan een patiënt terecht bij de Ombudsfunctie GGZ (<http://www.ombudsfunctieggz.be>).

Toestemming voor behandeling

Volgens artikel 8, §1 van de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt heeft de patiënt het recht om **geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de hulpverlener**. Art. 8, §4 stelt dat de patiënt ook het recht heeft om een **tussenkomst te weigeren of in te trekken**. Dit geldt ook voor levensnoodzakelijke tussenkomsten en houdt onder andere ook in dat een patiënt het ziekenhuis mag verlaten wanneer die dat wil, ook tegen het medisch advies van de hulpverleners in.

Wanneer in een spoedgeval de patiënt zijn of haar wil niet kan uiten of niet bekwaam geacht wordt om zijn of haar wil te uiten, bv. bij bewusteloosheid of intoxicatie, en wanneer er geen duidelijkheid bestaat over het al dan niet aanwezig zijn van de toestemming, kan de hulpverlener wel de noodzakelijke tussenkomsten verrichten in het belang van de gezondheid van de patiënt (Art. 8 . §5). Zodra een geïnformeerde toestemming van de patiënt opnieuw mogelijk is, dient deze echter opnieuw gerespecteerd te worden. Wanneer Art. 8 . §5 toegepast wordt, dient dit steeds opgenomen te worden in het patiëntendossier.

Rechten van minderjarigen⁴

De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt stelt dat de **minderjarige patiënt steeds betrokken dient te worden**, rekening houdend met zijn of haar leeftijd en maturiteit. Wanneer een minderjarige patiënt door de hulpverlener wilsbekwaam wordt geacht voor het uitoefenen van zijn of haar patiëntenrechten, kan hij of zij dat doen zonder dat de ouders hierin gehoord moeten worden. De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt voorziet

⁴ Voor meer informatie, zie 'De minderjarige en de Wet Patiëntenrechten' van Christophe Lemmens (2013).

geen leeftijd waarop de minderjarige wilsbekwaam wordt geacht. Het is de hulpverlener die in een concrete situatie zal kunnen/moeten inschatten of de minderjarige patiënt bekwaam is of niet.

In het geval van een **wilsonbekwame minderjarige patiënt** zullen de ouders vanuit hun ouderlijk gezag in de plaats van hun kind dienen toe te stemmen met de tussenkomst van de hulpverlener. Ook wilsonbekwame minderjarige patiënten moeten echter betrokken worden bij de beslissingen met betrekking tot hun gezondheidszorg. Wanneer ouders niet in het belang van hun kind beslissen, en zich bijvoorbeeld verzetten tegen een bepaalde behandeling die volgens de hulpverlener noodzakelijk is in het belang van de gezondheid van zijn of haar patiënt, kan de hulpverlener zich tot de gerechtelijke overheid wenden om toestemming te vragen om de behandeling, tegen de wil van de ouders, toch uit te voeren. Wanneer ouders een levensnoodzakelijke ingreep zouden weigeren voor hun wilsonbekwame, minderjarig kind, mag de hulpverlener in een spoedeisend geval zelfs zonder gerechtelijke beslissing ingrijpen in het belang van de gezondheid van zijn of haar patiënt.

Patiëntendossier

Elke patiënt heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Elke hulpverlener moet dus voor elke patiënt een dossier aanleggen.

Wat wordt in het patiëntendossier opgenomen?

Het patiëntendossier bevat allerlei medische informatie, bijvoorbeeld onderzoeksresultaten, behandelingen en diagnosestellingen. Daarnaast kan het ook de gegevens van de vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon van de patiënt bevatten, de eventuele vraag van de patiënt om geen informatie te ontvangen over de gezondheidstoestand, toestemming of weigering van de patiënt van een behandeling of de wilsverklaring van de patiënt. Om voorbereid te zijn op een eventuele crisis is het een goede praktijk om op voorhand met de patiënt te bespreken of hij of zij een vertrouwenspersoon wil aanduiden, wie dat moet zijn, wie hij of zij wil betrekken bij de zorg en wie zeker niet.

Het is aanbevolen om bij aanwezigheid van suïcidale gedachten of een geschiedenis van suïcidaal gedrag ook het huidig suïciderisico, het safetyplan en het suïcidespecifieke behandelplan op te nemen in het patiëntendossier (zie de delen Detectie en Interventies voor meer informatie).

Voor wie is dit dossier toegankelijk?

De patiënt kan ten allen tijde **inzage** vragen in het medisch dossier. Binnen de 15 dagen na de aanvraag moet de hulpverlener inzage verlenen. De hulpverlener mag persoonlijke notities (aantekeningen die bestemd zijn voor persoonlijk gebruik en die voor de kwaliteit van de zorg van geen belang zijn) en gegevens die betrekking hebben op derden (bv. identiteitsgegevens van naasten die informatie hebben toevertrouwd zonder medeweten van de patiënt zelf) uit het dossier verwijderen. De patiënt kan een vertrouwenspersoon aanduiden om hem of haar bij te staan of het dossier in zijn of haar plaats in te zien. Indien die vertrouwenspersoon een arts is, heeft die ook toegang tot de persoonlijke notities van de hulpverlener. Ouders van wilsbekwame minderjarige patiënten hebben slechts toegang tot het patiëntendossier van hun kind wanneer ze expliciet als vertrouwenspersoon zijn aangeduid door de patiënt.

De hulpverlener kan de inzage van gegevens weigeren indien hij of zij van oordeel is dat kennis van alle medische gegevens de gezondheid van de patiënt ernstig kan schaden ('therapeutische exceptie'). Hierbij moet wel aan enkele voorwaarden voldaan worden:

- De hulpverlener moet hierover eerst een andere hulpverlener raadplegen en (indien van toepassing) de vertrouwenspersoon inlichten.
- De hulpverlener moet de weigering motiveren in het patiëntendossier.
- Een andere, door de patiënt gekozen hulpverlener mag het dossier wel inkijken.
- De weigering is tijdelijk. Wanneer het gevaar geweken is, kan de patiënt het dossier weer zelf inkijken.

De patiënt kan ook een **kopie** van het medisch dossier aanvragen. Ook hier mag de hulpverlener persoonlijke notities en gegevens die betrekking hebben tot derden uit het dossier verwijderen. De hulpverlener kan een kopie weigeren indien hij of zij over elementen beschikt die erop wijzen dat de patiënt onder druk staat om de informatie aan derden mee te delen (bv. werkgever, verzekeringsmaatschappij).

Inkijken van het patiëntendossier na overlijden van de patiënt

Na overlijden van een patiënt hebben de echtgeno(o)t(e), de (wettelijk samenwonende) partner en bloedverwanten tot en met de tweede graad het recht om het dossier te laten inkijken door een door hen aangeduide arts (Wet betreffende de Rechten van de Patiënt, art. 9, §4). De naasten zelf hebben echter geen inzagerecht en kunnen ook geen kopie van het dossier bekomen. Bovendien mag de patiënt zich hier bij leven niet tegen verzet hebben, moet het verzoek duidelijk gemotiveerd worden en dienen zowel de behandelende als de aangeduide arts van oordeel te zijn dat het verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is. Het indirecte inzagerecht geldt alleen voor die stukken die relevant zijn voor de gegeven motivering.

4. BESCHERMENDE MAATREGELEN

Onder beschermende maatregelen of dwanginterventies verstaan we, in navolging van het advies van de Hoge Gezondheidsraad van juni 2016, alle beslissingen of handelingen vanwege een hulpverlener die een individu beperken in zijn of haar vrijheid, bewegingsruimte of onafhankelijk beslissingsrecht met als bedoeling:

- onmiddellijk in te grijpen op een gevaarlijke situatie met reëel gevaar op letsel voor die persoon of voor een derde;
- een einde te stellen aan gevaarlijk gedrag voor zichzelf of anderen.

In het kader van deze richtlijn worden de volgende maatregelen behandeld: verhoogd toezicht, afzondering en gedwongen opname.

Vrijheidsbeperkende maatregelen zoals gedwongen opname en afzondering **moeten maximaal voorkomen worden en kunnen alleen uitzonderlijk en kortdurend gebruikt worden als beschermingsmaatregel en laatste redmiddel bij wilsonbekwaamheid, gevaar en ontbreken van enige alternatieve maatregel.**

Er wordt verondersteld dat de hulpverlener er zorg voor draagt dat deze maatregelen de veiligheid verhogen en dat hij of zij toezicht blijft houden op de patiënt, zoals voorzien in het koninklijk besluit van 18 juni 1990: “Maatregelen ter voorkoming van lichamelijke letsels: fixatiemiddelen, isolatie, beveiliging, toezicht”. Een dagelijkse evaluatie van de toestand van de patiënt en de noodzaak van de genomen maatregelen is noodzakelijk. Ook na de toepassing ervan dienen de genomen maatregelen en het effect ervan op de patiënt te worden geëvalueerd, bij deze evaluatie dienen ook de patiënt en diens naasten betrokken te worden.

Beschermende maatregelen gaan in tegen de wet betreffende de Rechten van de Patiënt die stelt dat de toestemming van de patiënt voor een behandeling noodzakelijk is. Zelfs in situaties waar een beschermende maatregel niet vermeden kan worden, **dient de patiënt en/of diens vertegenwoordiger⁵ dus maximaal betrokken te worden.** Zowel bij de overweging van de maatregel als tijdens de toepassing en na de beëindiging ervan wordt aan de patiënt uitgelegd waarom men de maatregel wil toepassen of heeft toegepast. Alle genomen maatregelen dienen neergeschreven te worden in het patiëntendossier, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 (art. 3 en 7). Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn of haar vertegenwoordiger, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de hulpverlener in het belang van de gezondheid van de patiënt. De hulpverlener maakt hiervan

5 Wanneer er geen vertegenwoordiger is aangeduid, voorziet de patiëntenrechtenwet een watevalstelsel dat de volgorde bepaalt van personen die de patiëntenrechten kunnen uitoefenen.

melding in het patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen in de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt. De verantwoordelijke voor het nemen van de maatregel moet herkenbaar en aanspreekbaar zijn.

Voor de psychiatrische afdelingen maken de bijzondere regels van beschermende maatregelen (Wet van 26 juni 1990 en Ministeriële Omzendbrief van 24 oktober 1990 Vlaamse Gemeenschap) het noodzakelijk dat de procedures in dat verband steeds samengesteld worden **in overleg met de teamleden**. In principe kunnen deze maatregelen enkel worden toegepast na bespreking met de behandelende arts. In dringende gevallen kan een staand order worden toegepast, waarin bepaald wordt in welke omstandigheden een andere hulpverlener onmiddellijk beschermende maatregelen kan nemen.

Verhoogd toezicht

Onder verhoogd toezicht verstaan we het intensifiëren van het toezicht op de patiënt omwille van diens veiligheid. Bijvoorbeeld door de patiënt een kamer dicht bij de verpleegpost te geven, de deur open te laten, frequent langs te komen bij de patiënt of een bewakingscamera te plaatsen. Er zijn geen specifieke wettelijke regelingen omtrent verhoogd toezicht, maar uiteraard geldt de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt ook in dit geval en moet de patiënt dus vooraf geïnformeerd worden en mag de patiënt deze maatregel weigeren.

Deze maatregelen zijn niet in strijd met de privacywetgeving indien ze dienen om de veiligheid van de patiënt te verhogen, de patiënt ervan op de hoogte is, de intimiteit van de patiënt zo veel mogelijk gerespecteerd wordt, de bewakingspost zich enkel in het verplegingslokaal bevindt, de gemaakte beelden niet worden bewaard, en de maatregelen getroffen worden op strikt medische gronden.

Afzondering

Afzondering of isolatie houdt in dat de patiënt in zijn of haar eigen kamer of een daartoe ingerichte kamer wordt ondergebracht, met als doel te voorkomen dat hij of zij zichzelf of anderen lichamelijk letsel zou toebrengen.

De Ministeriële Omzendbrief van de Vlaamse Gemeenschap van 24 oktober 1990 betreffende de afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen stelt dat de verantwoordelijkheid voor de beslissing om een beschermingsmaatregel te nemen in de eerste plaats bij de behandelende arts ligt. Bovendien moet iedere dienst die beschikt over een afzonderingskamer een interne gedragscode opstellen voor het nemen van beschermingsmaatregelen. Die gedragscode

dient uitvoerig de omstandigheden te beschrijven waarin een beschermingsmaatregel geoorloofd is, alsook de regels die in acht moeten worden genomen bij het gebruiken van de afzonderingskamer. Het toepassen van de maatregel tot afzondering dient geregistreerd worden (bv. in het patiëntendossier). De patiënt dient alle vereiste informatie over het doel, de aard, de duur en de omstandigheden van de afzondering te krijgen.

Afzondering in combinatie met fysieke fixatie wordt afgeraden door de Hoge Gezondheidsraad (advies “Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg”, 2016).

Gedwongen opname

De Wet betreffende de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieke (WBPG) legt de beslissing tot een gedwongen opname in een gesloten psychiatrische afdeling bij de rechterlijke macht (de vrederechter of jeugdrechter), niet bij de arts. Hiervoor moet aan drie voorwaarden voldaan worden:

- De persoon moet lijden aan een psychiatrische aandoening.
- De toestand van de persoon dient de maatregel te vereisen, ofwel omdat hij/zij zijn/haar gezondheid en zijn/haar veiligheid ernstig in gevaar brengt, ofwel omdat hij/zij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit.
- Er mag geen andere geschikte behandeling mogelijk zijn.

Wanneer aan de voorwaarden is voldaan, kan de beschermingsmaatregel via twee procedures aangevat worden: de normale procedure en de spoedprocedure. Indien een gedwongen opname niet spoedeisend is, wordt de **normale procedure** opgestart. Deze vangt aan met een verzoekschrift van eender welke belanghebbende (bv. behandelend arts, omgeving, ...) dat bij de bevoegde rechter wordt ingediend. Bijsluitend dient een omstandig medisch verslag gevoegd te worden waarin aangegeven wordt dat er voldaan werd aan de drie bovengenoemde criteria en waarin zowel de gezondheidstoestand van de persoon als de symptomen beschreven worden. Dit verslag wordt opgesteld op basis van een medisch onderzoek van maximum 15 dagen oud door een arts die geen band heeft met de patiënt of de verzoeker en die niet verbonden is met de afdeling waar de patiënt verblijft. Na de indiening van het verslag dient de rechter binnen de tien dagen een uitspraak te doen. Tot dan wordt verwacht dat een door de bevoegde rechter aangeduid ziekenhuis de patiënt verzorgt en onder toezicht houdt. De patiënt kan tot vijftien dagen na ontvangst van het vonnis in beroep gaan, waarop dan een nieuwe zitting volgt.

Wanneer een gedwongen opname hoogdringend is, kan de **spoedprocedure** gebruikt worden. Hiervoor contacteert de hulpverlener het secretariaat van de substituu

Procureur des Konings (van wacht). De Procureur des Konings beslist of een persoon gedwongen dient opgenomen te worden voor een observatie in een door de Procureur aangeduide psychiatrische dienst. Wanneer de Procureur gecontacteerd wordt door een arts, zullen ze de criteria voor een gedwongen opname overlopen en ambtshalve een beslissing nemen. Er dient in dit geval geen medisch verslag opgesteld te worden, het aantonen van het dringende karakter van de opname is voldoende. Wanneer de Procureur benaderd wordt door een betrokkene of de politie, dient hij of zij wel het advies in te winnen bij een geneesheer op basis van een medisch onderzoek en een omstandig geneeskundig verslag dat aantoonst dat aan de eerder genoemde voorwaarden voldaan wordt. Vierentwintig uur na het nemen van de beslissing moet de Procureur bij de bevoegde rechter een verzoekschrift indienen om de gedwongen opname te laten bevestigen. Na het indienen van dit verzoek wordt dezelfde weg gevolgd als voor de normale procedure, met dat verschil dat het aantal uitgesproken dagen verminderd wordt met het aantal dagen dat de patiënt reeds in opname is.

De gedwongen opname mag **niet langer dan veertig dagen** duren en kan voortijdig beëindigd worden door de bevoegde rechter, zowel op basis van een beslissing ambtshalve, als op verzoek van de patiënt, een belanghebbende of de arts-diensthoofd van de dienst waar de patiënt verblijft. Als een opname van meer dan veertig dagen nodig blijkt, moet de directeur van de instelling aan de vrederechter minstens vijftien dagen voor het verstrijken van de periode van in observatiestelling een omstandig verslag van de arts-diensthoofd bezorgen dat de noodzaak van het verblijf staaft. De vrederechter of de jeugdrechtbank legt de duur van het verblijf vast, die niet meer dan twee jaar mag bedragen.

De **Wet betreffende de Rechten van de Patiënt** is ook bij een beschermingsmaatregel van toepassing. De patiënt heeft dus steeds het recht om een behandeling tijdens de gedwongen opname te weigeren en de hulpverlener kan geen gebruik maken van de therapeutische exceptie en moet de patiënt dus toegang geven tot zijn of haar patiëntendossier wanneer die daarom vraagt. Daarnaast mag de patiënt bij een procedure voor gedwongen opname een eigen psychiater raadplegen, een vertrouwenspersoon aanwijzen als ondersteuning gedurende de zitting en een advocaat kiezen.

Een (gedwongen) opname van een suïcidale persoon is niet zonder risico en dient dan ook zo veel mogelijk vermeden te worden. Er bestaat weinig tot geen evidentie of dergelijke beschermende maatregelen helpen om suïcide te voorkomen, in sommige gevallen kan het suïciderisico zelfs toenemen. Lees meer over wanneer een opname aangewezen is in Deel 3 - Interventies. Een mogelijk alternatief voor een opname is het opstellen van een safetyplan op maat van de patiënt. Dit geeft aan hoe de patiënt tot rust kan komen en wie hij of zij kan bereiken in geval van crisis. Lees meer over het opstellen van een safetyplan in het deel Interventies.

5. HULP BIJ ZELFDODING EN EUTHANASIE

Zowel bij suïcide als bij euthanasie is er sprake van een doodswens als gevolg van een situatie die als ondraaglijk ervaren wordt. Bij een suïcide is het de betrokkene zelf die de levensbeëindigende handeling stelt, vaak zonder tussenkomst van anderen. Onder euthanasie begrijpt men het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek. Voor hulp bij zelfdoding geldt dezelfde definitie, met het verschil dat de patiënt zelf het euthanaticum inneemt.

Hulp bij zelfdoding valt in België niet onder de euthanasiewet. Het is dan ook onduidelijk wat de wetgeving hieromtrent zegt. Aangezien de euthanasiewet niet voorschrijft hoe de euthanasie toegepast moet worden, besloot de Federale Evaluatie- en Controlecommissie over Euthanasie dat hulp bij zelfdoding toegelaten is mits de voorwaarden en wettelijke procedures betreffende euthanasie gerespecteerd werden en de handeling plaatsvond onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige arts. Deze interpretatie wordt gedeeld door de Orde van Geneesheren.

Met betrekking tot **euthanasie** zijn er in België twee belangrijke wetteksten voorhanden:

- Het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde (7 maart 2013).
- Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken (28 februari 2014).

Samengevat omvat de wet op euthanasie toegespitst op psychisch lijden volgende wettelijke voorwaarden:

- **De patiënt is meerderjarig (of ontvoegd minderjarig), handelingsbekwaam en bewust op het moment van verzoek.**

Er moet hier een onderscheid worden gemaakt tussen een doodswens als symptoom van een psychiatrische aandoening en een doodswens als weloverwogen existentiële keuze. De beslissingsbekwaamheid van de patiënt speelt daarin een cruciale rol: dit is geen juridisch omschreven gegeven maar omvat een grondige, zorgvuldige en herhaalde klinische inschatting door een ter zake ervaren psychiater. Daartoe moet de patiënt de verstrekte informatie begrijpen; inzicht hebben in de aard van de situatie, de verschillende opties en de gevolgen van zijn of haar beslissing; en op een weloverwogen wijze tot de beslissing komen, waarbij hij of zij de informatie kan toepassen op zijn of haar situatie, afwegingen kan maken en over alles kan redeneren.

- **Het verzoek is vrijwillig, overwogen, duurzaam, herhaald en vrij van externe druk.**
- **De patiënt bevindt zich in de wettelijk vereiste gezondheidstoestand.**

Dit betekent dat de patiënt zich moet bevinden in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte (bv. psychiatrische stoornis) veroorzaakte aandoening.

Problematisch hierbij is dat het verloop van een psychiatrische aandoening onzeker, onvoorspelbaar en niet altijd zonder kans op verbetering is en dat bij een eventuele leniging van het lijden op lange termijn het ondraaglijke karakter van het lijden nu niet kan worden gelenigd.

- **Alle wettelijk voorgeschreven voorwaarden en procedures worden nageleefd.**

Vermits het in de regel gaat om een niet-terminale situatie moet er minstens een maand verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie. Verder moet er naast een tweede arts, onafhankelijk en ter zake bevoegd, ook een derde arts, onafhankelijk en psychiater, worden geraadpleegd. Het is niet noodzakelijk dat beide artsen hun akkoord geven.

Meer informatie over hulp bij zelfdoding en euthanasie kan bekomen worden bij het LevensEinde InformatieForum (LEIF), een initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een menswaardig levenseinde voor iedereen, waarbij respect voor de wil van de patiënt voorop staat.

www.leif.be

078 15 11 55

ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Psychologencommissie

De Psychologencommissie is een onafhankelijke federale overheidsinstantie bevoegd voor alle psychologen in België. Haar belangrijkste missie is de bescherming van de cliënten van psychologen. Zij bevordert de kwaliteit van de psychologische dienstverlening, wat het vertrouwen in de discipline versterkt. De Psychologencommissie ziet onder andere toe op een ethisch correcte invulling van de beroepspraktijk van psychologen ingeschreven bij deze instantie. Ingeschreven psychologen kunnen bij de Psychologencommissie terecht met vragen over de deontologische en juridische plichten waarmee psychologen rekening moeten houden.

<https://www.compsy.be>

deontologie@compsy.be

02 513 93 51

Orde der artsen

De Orde der artsen is een onafhankelijke federale overheidsinstantie bevoegd voor alle artsen in België. Erkende artsen kunnen bij de Orde der artsen terecht met deontologische vragen, onder andere met betrekking tot het beroepsgeheim, aansprakelijkheid, patiëntenrechten en beschermingsmaatregelen.

<https://www.ordomedic.be>

<https://ordomedic.be/nl/contact-formulier>

02 743 04 00

NVKVV

Het NVKVV is een beroepsorganisatie die verpleegkundigen informeert en adviseert over sociale en juridische knelpunten en over de verschillende aspecten van hun beroep, die de belangen van verpleegkundigen verdedigt en die ijvert voor het statuut en de positie van verpleegkundigen. Aangesloten verpleegkundigen kunnen bij het NVKVV terecht met deontologische vragen, onder andere met betrekking tot het beroepsgeheim, aansprakelijkheid, patiëntenrechten en beschermingsmaatregelen.

<http://www.nvkvv.be>

info@nvkvv.be

02 732 10 50

BIJLAGE 2

METHODOLOGIE EN IMPLEMENTATIE



BIJLAGE 2: METHODOLOGIE EN IMPLEMENTATIE

1. INLEIDING

De ontwikkeling van deze richtlijn kadert in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. De richtlijn werd uitgewerkt door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), partnerorganisatie van de Vlaamse overheid voor de preventie van suïcide.

In deze bijlage wordt stilgestaan bij hoe deze richtlijn tot stand kwam. Het ontwikkelingsproces, de samenstelling van de werk- en adviesgroepen, en de wetenschappelijke onderbouwing worden toegelicht.

2. ONTWIKKELINGSPROCES

Samenstelling werkgroep

De richtlijn werd uitgewerkt door een werkgroep bestaande uit medewerkers van VLESP. De werkgroep stond in voor de coördinatie van het ontwikkelingsproces (waaronder ook het overleg met en betrekken van externen, zie verder) en de inhoudelijke uitwerking (waaronder ook het verwerken van feedback van externen). Daarnaast heeft de werkgroep ook de implementatie van de richtlijn voorbereid. Binnen de werkgroep zijn geen conflicterende belangen met betrekking tot het doel, de inhoud of de implementatie van de richtlijn.

Leden van de werkgroep (en tevens auteurs):

- Eva Dumon - wetenschappelijk medewerker VLESP
- Saskia Aerts - wetenschappelijk medewerker VLESP
- Prof. Dr. Cornelis van Heeringen - dagelijks bestuur VLESP, psychiater (verbonden aan UZ Gent en UGent)
- Prof. dr. Gwendolyn Portzky - coördinator VLESP, psycholoog (verbonden aan UZ Gent en UGent)

Samenstelling adviesgroepen

Begeleidingscomité

Bij de start van de ontwikkeling van de richtlijn werd een begeleidingscomité opgericht waarin de belangrijkste beroepsgroepen en doelgroepen van de richtlijn vertegenwoordigd waren. Er waren vijf bijeenkomsten (10/9/2014; 11/3/2015; 29/10/2015; 28/4/2016; 22/11/2016) waarop het comité de opzet van de richtlijn besprak en feedback gaf op de teksten en het implementatievoorstel. Deze feedback werd telkens verwerkt door de werkgroep in de volgende versie van de teksten. De focus van het begeleidingscomité lag voornamelijk op de inhoudelijke aanbevelingen en de toepasbaarheid van de richtlijn in de praktijk.

Leden van het begeleidingscomité

- **Dr. Jeroen Decoster** – psychiater UPC KU Leuven en vertegenwoordiger van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)
- **Roland Sinnaeve** – psycholoog UPC KU Leuven en voorzitter van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP); vanaf de tweede bijeenkomst opgevolgd door **Marie-Lotte Van Beveren** – psycholoog UGent en vertegenwoordiger VVKP
- **Dr. Sofie Crommen** – psychiater Praktijk voor Kinderpsychiatrie en voorzitter Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie (VVK)
- **Griet Verhoeven** – verpleegkundige Emmaüs en vertegenwoordiger voor NVKVV (beroepsvereniging voor verpleegkundigen)
- **Susanne Cuijpers** – verpleegkundige Emmaüs en vertegenwoordiger voor NVKVV
- **Hanne Claessens** – medewerker onderzoek en ontwikkeling bij Domus Medica
- **Ineke Meul** – projectcoördinator bij Domus Medica, vanaf de tweede bijeenkomst vervangen door **Elissah Hendrickx** – medewerker onderzoek en ontwikkeling richtlijnen bij Domus Medica

Rol van het begeleidingscomité

Geven van input, advies en feedback met betrekking tot het ontwikkelingsproces, de inhoud en de implementatie van de richtlijn.

Klankbordgroep

Naast het begeleidingscomité werd tevens een klankbordgroep opgericht, bestaande uit externe experts uit de suïcidepreventie en de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Er waren vier bijeenkomsten (11/5/2015; 12/11/2015; 21/4/2016; 13/10/2016) waarop de klankbordgroep feedback gaf op de inhoud van de richtlijn en het implementatievoorstel. Deze feedback werd telkens verwerkt door de werkgroep in de volgende versie van de teksten. De focus van de klankbordgroep lag voornamelijk op de inhoudelijke uitwerking van de verschillende thema's.

Leden van de klankbordgroep

- **Stefanie Ghekiere** – coördinator van de suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP) in Antwerpen
- **Mercedes Wolters** – ondersteuning CGG-SP bij de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG)
- **Kirsten Pauwels** – dagelijks bestuur VLESP, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ)
- **Patrick Vanderreyt** – stafmedewerker CPZ
- **Livia Anquinet** – coördinator Werkgroep Verder
- **Peter Beks** – coördinator Zorg voor Suïcidepogers
- **Gorik Kaesemans** – stafmedewerker Zorgnet-Icuro
- **Jan Van Speybroeck** – directeur Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG)

Rol van de klankbordgroep

Geven van feedback op de inhoud en het implementatieproces.

Overige betrokkenen

Patiëntenvereniging Ups & Downs

Ups & Downs, de vereniging voor personen met een bipolaire stoornis of chronische depressie en hun omgeving, heeft feedback gegeven op de inhoud van de richtlijn. Hun focus lag op het perspectief van de patiënt en diens naasten. Het patiënt- en naastenperspectief werd daarnaast ook in de literatuur onderzocht en werd waar relevant in rekening gebracht bij het onderbouwen en omschrijven van de aanbevelingen.

Experts gezondheidszorgwetgeving

Medewerkers van de Psychologencommissie en Prof. dr. Freya Vander Laenen (UGent) hebben feedback gegeven op de bijlage Gezondheidszorgwetgeving om de juridische correctheid en volledigheid na te gaan.

Experts suïcidepreventiebeleid

Kurt Lievens van de Zorginspectie en de leden van een tijdelijke werkgroep 'Suïcidepreventiebeleid in ziekenhuizen', aangestuurd door VLESP, hebben feedback gegeven op het hoofdstuk Suïcidepreventiebeleid.

Financierende overheid

De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag is één van de acties uit het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie van de Vlaamse overheid. De richtlijn werd ontwikkeld binnen de reguliere werking van VLESP, aangevuld met een projectsubsidie van het Agentschap Zorg en Gezondheid voor de implementatie. De financierende overheid heeft geen rol gehad in de inhoudelijke ontwikkeling van de richtlijn, maar volgde wel het proces op.

3. WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

De sterk wetenschappelijk onderbouwde Nederlandse 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (Van Hemert et al., 2012) vormde het uitgangspunt voor de ontwikkeling van deze richtlijn. Voor de inhoudelijke uitwerking werd dan ook vertrokken van de aanbevelingen in de Nederlandse richtlijn, aangevuld met recente literatuur, onderzoek en aanbevelingen toegepast op de Vlaamse zorgpraktijk.

De inhoud van de richtlijn werd bepaald door de werkgroep, in samenspraak met het Begeleidingscomité en de Klankbordgroep. Op basis van klinische vragen over de detectie en behandeling van suïcidale personen uit de praktijk werden vijf thema's/hoofdstukken vastgelegd:

- Detectie
- Interventies
- Na een poging
- Na een suïcide

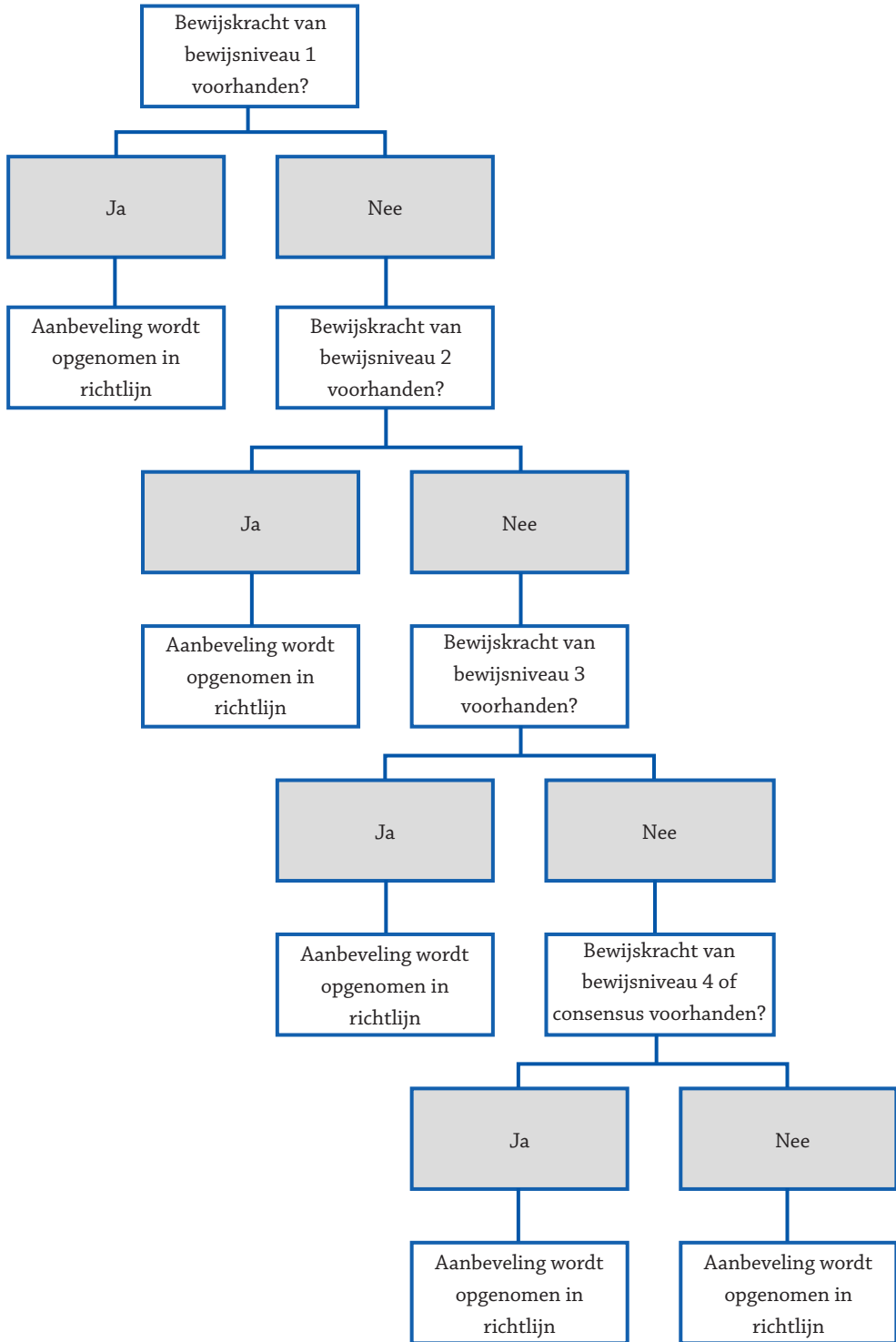
- Suïcidepreventiebeleid

Deze werden omkaderd door een inleidend hoofdstuk waarin ingegaan wordt op de prevalentie, het ontstaan en de ontwikkeling van suïcidaal gedrag, en waarin de uitgangspunten en basisprincipes van suïcidepreventie en omgaan met suïcidale personen toegelicht worden.

Nadat een consensus over de grote lijnen van de opzet bereikt was, werden de verschillende hoofdstukken verder uitgewerkt door de werkgroep. De werkgroep vertaalde de gevonden wetenschappelijke bewijskracht per thema in aanbevelingen die afgetoetst werden bij het Begeleidingscomité en de Klankbordgroep. De meningsverschillen over de inhoud van de aanbevelingen waren beperkt en de consensusvorming verliep in samenspraak.

Zoekstrategie

Per onderdeel van de richtlijn werd een literatuuronderzoek ondernomen om de meest recente wetenschappelijke bewijskracht te verzamelen en zo de aanbevelingen te kunnen staven en onderbouwen. Doorheen de ontwikkeling van de richtlijn (december 2014 – december 2016) werd op een systematische manier wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag opgezocht en opgevolgd, gebruik makend van de databases Google Scholar, Web of Science en Pubmed. Per aanbeveling werd de volgende beslisboom gevolgd:



Bewijsniveaus

Elke aanbeveling die in de richtlijn geformuleerd is, wordt in de mate van het mogelijke onderbouwd met wetenschappelijk bewijs en referenties naar onderzoek. Afhankelijk van de bewijskracht die voorhanden was, kreeg elke aanbeveling op die manier een bewijsniveau toegewezen. Er werden vier bewijsniveaus gedefinieerd. De uitwerking van deze niveaus is gebaseerd op de werkwijze van de Nederlandse richtlijn 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (Van Hemert et al., 2012), op richtlijnen van CEBAM en op richtlijnen uit het boek 'Inleiding in evidence-based medicine' (Scholten, Offringa, & Assendelft, 2014).

Niveau 1

- (Systematische review van) ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken (met gelijklopende resultaten) van Niveau 2.

Niveau 2

- Ten minste één onderzoek, dat behoort tot één van de volgende types:
 - Gerandomiseerd dubbelblind (in de mate van het mogelijke) vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit, van voldoende omvang.
 - Onafhankelijk blinde vergelijking van een diagnostische test met de referentietest van goede kwaliteit (bij een doelgroep van een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die zowel de diagnostische als referentietest hebben gedaan).
 - Een prospectieve cohortstudie van voldoende omvang en goede kwaliteit met een follow-up van 80% of meer.
- Of: ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau 3 (met gelijklopende resultaten).

Niveau 3

- **3A:** ten minste één vergelijkend onderzoek, dat behoort tot één van de volgende types:
 - Vergelijkend onderzoek van matige kwaliteit (ook patiënt-controle-onderzoek, cohortonderzoek)
 - Onafhankelijk blinde vergelijking van een diagnostische test met de referentietest van matige kwaliteit (bv. bij een beperkt deel van de doelgroep of wanneer de referentietest niet bij iedereen werd uitgevoerd).
 - Een (retrospectief) cohortonderzoek van matige kwaliteit of patiënt-controle-onderzoek
- **3B:** ten minste één niet-vergelijkend onderzoek.

Niveau 4

- Mening van (minimum twee) deskundigen, of een aanbeveling of conclusie bekomen na het bekijken van alle beschikbaar materiaal en een consensus binnen het begeleidingscomité.

Bewijstabellen

In onderstaande bewijstabellen wordt per deel van de richtlijn voor elke aanbeveling de bron(nen) en het bewijsniveau weergegeven.^{1,2}

1 Zie de referentielijst van het betreffende hoofdstuk voor de volledige referenties.

2 Bij meerdere bronnen van een verschillend bewijsniveau wordt het hoogste niveau gerapporteerd.

Bewijstabel Deel 1 - Inleiding

AANBEVELING	Bronnen	Bewijsniveau
<p>1. Om op een goede manier aan suïcidepreventie te kunnen doen, dienen volgende uitgangspunten onderschreven te worden door elke hulpverlener en zorginstelling:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Suïcide kan voorkomen worden. b. Ernstig suïcidale personen krijgen voorrang op hulpverlening en suïcidaliteit krijgt voorrang tijdens de behandeling. c. Suïcidaliteit is een op zichzelf staande problematiek die een specifieke interventies vereist d. Suïcidepreventie is een taak voor elke hulpverlener e. Suïcidepreventie dient universeel, selectief en geïndiceerd aangepakt te worden. 	<p>Gordon, 1983; Nordentoft, 2011</p>	<p>4</p>
<p>2. In een hulpverlenende relatie is het belangrijk om je woordkeuze (suïcide, zelfdoding of zelfmoord) zo veel mogelijk af te stemmen op die van de hulpvrager. Bij nabestaanden wordt aangeraden de term zelfdoding te gebruiken.</p>		<p>4</p>
<p>3. Investeer in een goed contact en een goede therapeutische relatie met de hulpvrager</p>	<p>Bedics et al, 2015</p>	<p>2</p>
<p>4. Doe inspanningen om de omgeving van de suïcidale persoon veiliger te maken.</p>		<p>4</p>
<p>5. Probeer naasten in de mate van het mogelijke en mits toestemming van de hulpvrager zoveel mogelijk te betrekken in elke fase van de hulpverlening, van aanmelding tot nazorg.</p>	<p>Diamond & Josephson, 2005</p>	<p>1</p>
<p>6. Herevalueer regelmatig het suïciderisico, in het bijzonder bij transfermomenten of ontslag.</p>		<p>4</p>
<p>7. Zorg voor een goede informatieoverdracht en goede samenwerkingsafspraken met andere hulpverleningsinstanties om de (na)zorg voor suïcidale personen te continueren en verbeteren.</p>		<p>4</p>

8. Volg ook na het beëindigen van de behandeling de persoon verder op door middel van follow-up contact.	Fleischmann, 2008; Verwey et al, 2010; Luxton et al, 2013; Milner et al, 2015; Inagaki et al, 2015; Hawton et al, 2016	1
--	---	---

Bewijstabel Deel 2 - Detectie

AANBEVELING	Bronnen	Bewijs-niveau
1. Om op tijd te kunnen ingrijpen, dien je altijd bij alle hulpvragers alert te zijn voor mogelijke signalen van zelfmoordgedachten.	Rudd, 2008	4
2. Gezien het verhoogde risico op zelfdoding in de volgende situaties, dien je de aanwezigheid van zelfmoordgedachten actief te bevragen: - Bij een eerdere suïcidepoging - Bij suïcidale uitingen of dreigingen - Bij waarschuwingssignalen - Bij personen met een verhoogd risico - In psychische crisissituaties - Tijdens transitie momenten in een lopende behandeling - Bij onverwachte veranderingen, een gebrek aan verbetering of een verslechtering in het klinische beeld van een psychische aandoening		4
3. Bij weerstand van een suïcidale persoon wanneer je de suïcidaliteit wil bevragen, bevelen we aan om met behulp van technieken uit de motiverende gespreksvoering deze weerstand te bespreken en te proberen weg te werken zodat er toch een gesprek over de zelfmoordgedachten kan zijn.	Britton et al 2008	4
4. Wanneer er zelfmoordgedachten aanwezig zijn bij de hulpvrager, dien je zo snel mogelijk het acute suïciderisico in te schatten om de juiste interventie te kunnen opstarten.		4
a. Herhaal regelmatig de risico-inschatting, want het suïcidaal proces kan sterk fluctueren.		4
b. Betrek naasten bij de risico-inschatting van hulpvragers om een volledig beeld van het risico te krijgen.	Magne-Ingvar & Ojehagen, 1999	3B
c. Gebruik geen screeningsinstrumenten voor het inschatten van het acute suïciderisico omdat ze onvoldoende betrouwbaar zijn, een vals gevoel van	Bolton, Gunnell, & Turecki, 2015; Haney et al., 2012	1

veiligheid kunnen geven en een gesprek niet kunnen vervangen.		
5. Zodra het acute suïciderisico ingeschat is en de nodige maatregelen getroffen zijn, dient de suïcidaliteit verder onderzocht te worden door een gespecialiseerde hulpverlener. Op die manier kunnen de oorzaken van het suïcidaal gedrag in kaart gebracht en indien nodig aangepakt worden.		4
6. Formuleer op basis van het verdere onderzoek naar de suïcidaliteit zorgvuldig het suïciderisico van de hulpvrager om communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, hulpvragers en naasten te bevorderen.	Pisani, Murrie, & Silverman, 2015	4
7. Bespreek met de hulpvrager en diens naasten welke vervolgzorg het meest geschikt is, zorg voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener en informeer de suïcidale persoon over waar hij of zij terecht kan in geval van crisis.		4

Bewijstabel Deel 3 - Interventies

AANBEVELING	Bronnen	Bewijs-niveau
1. Het is essentieel om te investeren in een goed contact en om een goede therapeutische relatie met de betrokkene uit te bouwen.	Bedics et al, 2015	3
2. Het is af te raden gebruik te maken van een non-suicidecontract.	Farrow, 2002; Drew, 2001; Rudd, Mandrusiak, & Joiner, 2006; De Vries, 2008; Kelly & Knudson, 2009; Van Hemert et al., 2012; Matarazzo, Homaifar, & Wortzel, 2014	4
3. Om de veiligheid te bevorderen is het aan te bevelen om in samenspraak met de suïcidale persoon:		
a. Een safetyplan op te stellen.	Potter, 2005; Stanley & Brown, 2012; Van Hemert et al., 2012; Matarazzo, et al., 2014	4
b. Verhoogd toezicht te overwegen.	/	4
c. De toegang tot middelen te beperken.	Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016	1
4. Indien de situatie en context er zich toe leent, is het na te streven om de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om naasten te betrekken, zowel bij het opstellen van het behandelplan als bij de verdere behandeling en follow-up.	Diamond & Josephson, 2005	1
5. Het is essentieel om samenwerkingsafspraken te maken om de (na)zorg voor suïcidale personen te continueren en verbeteren.	/	4

6. Het is aan te bevelen follow-up contact met de betrokkene te organiseren.	Fleischmann, 2008; Verwey et al., 2010; Luxton et al., 2013; Milner et al., 2015; Inagaki et al., 2015; Hawton et al., 2016	1
7. Indien opname van een suïcidale persoon overwogen wordt: overweeg zorgvuldig voor- en nadelen van opname en zie opname enkel als een noodzakelijk middel om een crisis te overbruggen en iemand tijdelijk te beschermen	Hawton et al., 2000; Qin & Nordentoft, 2005; Appleby et al., 2006; Hunt et al., 2007; Sinclair, Hawton, & Gray, 2010; Kerkhof & van Luyn, 2010	2
8. Houd bij een overweging tot opname rekening met volgende factoren: de ernst van suïcidale gedachten en plannen, de aanwezigheid van een ernstige psychische of lichamelijke problematiek en zorgbehoeften, persoonskenmerken, en de beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem.	APA, 2003; Van Hemert et al., 2012	4
9. Het is sterk aan te bevelen personen met een matige tot ernstige depressie en suïcidaal gedrag met antidepressiva te behandelen.	Baldessarini & Tondo, 2010	1
10. Behandeling met antidepressiva moet een weloverwogen beslissing zijn, houd rekening met volgende belangrijke aandachtspunten: - Houd rekening met de ernst van de depressie, de persoonskenmerken, de ongewenste effecten van het gekozen product en de wens van de persoon. - Het is sterk aan te bevelen antidepressieve medicatie voor korte perioden en in kleine hoeveelheden per voorschrift voor te schrijven. - Het is te overwegen te kiezen voor niet-tricyclische antidepressiva en niet-mao-remmers, vanwege de toxiciteit bij een overdosis. - Het is sterk aan te bevelen bij het begin van een behandeling met antidepressiva attent te	Heyrman et al., 2008 Van Hemert et al., 2012 Van Hemert et al., 2012 Van Hemert et al., 2012	4 4 4 4

<p>zijn op de mogelijkheid van plotselinge toename van suïcidaal gedrag.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het is aan te bevelen suïcidale depressieve personen steeds opnieuw te zien met korte tussenpozen en na te gaan of ook het suïcidale gedrag afneemt. - Het is aan te bevelen om bij personen die adequaat behandeld zijn met antidepressiva, ook na beëindiging van een opname of bij een overgang van klinische naar ambulante behandeling alert te zijn op terugval in suïcidaal gedrag. 	<p>Appleby et al., 2006; Van Hemert et al., 2012</p> <p>Van Hemert et al., 2012</p>	<p>4</p> <p>4</p>
<p>11. Het is te overwegen bij acuut optredend ernstig suïcidaal gedrag bij personen met een depressie ECT toe te passen.</p>	<p>Prudic & Sackeim, 1999; Sharma, 2001; Van Hemert et al., 2012</p>	<p>3</p>
<p>12. Het is te overwegen personen met psychotische stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met clozapine.</p>	<p>Hennen & Baldessarini, 2005; Meltzer, 2005; Tiihonen, 2009; Baldessarini & Tondo, 2010; Meltzer, 2010; Van Hemert et al., 2012</p>	<p>2</p>
<p>13. Het is sterk aan te bevelen om personen met bipolaire stoornissen en suïcidaal gedrag te behandelen met lithium en bij eventueel staken van de behandeling hen te informeren over het risico op (her-)optreden van suïcidaal gedrag en hen daarna intensief te volgen.</p>	<p>Van Hemert et al., 2012; Cipriani et al., 2013</p>	<p>1</p>
<p>14. Het is aan te bevelen bij de behandeling van volwassen personen met suïcidaal gedrag cognitieve (gedrags)therapie, dialectische gedragstherapie, of probleemoplossingsgerichte therapie aan te bieden.</p>	<p>Van Hemert et al., 2012; Tyrer et al., 2003; Tyrer et al., 2004; Brown et al., 2005; Slee et al., 2008; Tarrier, Taylor, & Gooding, 2008;</p> <p>Linehan et al., 2006; Townsend et al., 2001; Hatcher, Sharon, Parag, & Collins, 2011; O'Connor et al., 2013; Hawton et al., 2016</p>	<p>1</p>

<p>15. Online tools kunnen een goed vertrekpunt, hulpmiddel of nuttige aanvulling vormen voor de behandeling van suïcidaal gedrag.</p>	<p>Van Spijker, van Straten, & Kerkhof, 2014; De Jaegere, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2016</p>	<p>1</p>
<p>16. Aanbevelingen m.b.t. de behandeling van chronisch suïcidaal gedrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neem chronisch suïcidaal gedrag altijd ernstig, maar wees terughoudend in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties. - Zoek naar de bron van het blijvend aanwezig zijn van de psychische nood en mentale pijn, in een langdurig engagement met de betrokkene. - Voorkom zelf het slachtoffer te worden van de suïcidale dreiging van de betrokkene, blijf streven naar verandering en spreek de persoon aan op zijn of haar autonome vermogen. - Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht (onmacht en agressie), maak regelmatig gebruik van inter- of supervisie met collega's. - Blijf waakzaam voor acute fasen in het chronische suïcidale gedrag en overweeg in dit geval zorgintensivering. - Verzeker je van steun op elk niveau van de organisatie bij ernstige dreiging met suicide. 	<p>Van Hemert et al., 2001</p>	<p>4</p>

Bewijstabel Deel 4 - Na een poging

AANBEVELING	Bronnen	Bewijs-niveau
1. Tracht de zorgcontinuïteit zo veel mogelijk te garanderen door:		
a. Een zorgpad voor de opvang en zorg voor suïcidepogers op te stellen.	De Clerck et al, 2006	4
b. De opvang en zorg voor suïcidepogers zo snel mogelijk op te starten.		4
c. De zorgprocessen zoveel mogelijk naadloos op elkaar te laten aansluiten.		4
2. Zorg zo snel mogelijk voor een psychosociale evaluatie van de suïcidepogers zodat het suïciderisico ingeschat kan worden en een gepast behandelplan opgesteld kan worden. Het instrument IPEO kan als leidraad dienen voor dit gesprek.	Bergen et al, 2010; De Clerck et al, 2006; Hickey et al, 2001	3A
3. Heb ook aandacht voor de naasten van de suïcidepogers door:		
a. Hen bij de opvang en zorg voor de suïcidepogers te betrekken.	Lobo Prabhu et al, 2010	4
b. Indien nodig te voorzien in opvang en ondersteuning van naasten, medepatiënten en betrokken hulpverleners.		4
4. Bij ontslag of doorverwijzing van een suïcidepogers:		
a. Informeer je de suïcidepogers en diens naasten over de verdere hulpmogelijkheden.		4

b. Stel je samen met de suïcidepogger en diens naasten een safetyplan op.	Stanley & Brown, 2012	4
c. Hou je contact met de suïcidepogger tot die bij de volgende hulpverlener terecht kan.	Luxton et al 2013; Milner et al 2015	1
d. Zorg je voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener en breng je de huisarts op de hoogte.		
5. Registreer en evalueer elke suïcidepoging.		
6. Specifieke aanbevelingen bij jonge suïcidepoggers:		
a. Ga zo snel mogelijk een gesprek aan met de jongere om het suïciderisico in te schatten en het suïcidale gedrag verder te onderzoeken. Het instrument KIPEO kan als leidraad dienen voor dit gesprek.		
b. Start zo snel mogelijk verdere hulpverlening op.		
c. Betrek de ouders bij het in kaart brengen van de suïcidaliteit, het opvolgen en het ondersteunen van de jongere.	Hulten et al, 2000	
d. Ga na of de ouders zelf nood hebben aan ondersteuning.	Ferrey et al, 2016	

Bewijstabel Deel 5 - Na een suïcide

AANBEVELING	Bronnen	Bewijs-niveau
1. Zorg na een suïcide voor een goede informatieoverdracht en opvang voor de verschillende betrokkenen (politie, huisarts, nabestaanden en het team of de organisatie).	Van Hemert et al., 2012	4
2. Zorg na een suïcide voor een goede eerste opvang van nabestaanden en voor voldoende ondersteuning op lange termijn.	Van Hemert et al., 2012	4
3. Voorzie na een suïcide in de context van een zorginstelling een goede informatieoverdracht, en opvang voor medepatiënten en wees extra waakzaam voor copycat gedrag.	Seeman, 2015; Bowers et al., 2010	2
4. Evalueer na een suïcide samen met het team wat goed en minder goed verliep in de begeleiding van de overledene.	De Groot et al., 2016	3B
5. Wees bewust van en alert voor het verhoogd suïciderisico bij nabestaanden.	Stroebe et al., 2007; Young et al., 2012; McMenamy, Jordan, & Mitchell, 2008; Cerel & Campbell, 2008; De Groot, Neeleman, van der Meer, & Burger, 2010; De Groot & Broer, 2011	1
6. Moedig het eigen herstellend vermogen van nabestaanden aan, evenals het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk en uit lotgenotencontact.	McMenamy et al., 2008; WHO, 2008; Van Hemert et al., 2012	3B
7. Overweeg bij gecompliceerde rouw bij nabestaanden het aanbieden van rouwinterventies.	Currier, Neimeyer, & Berman, 2008; Wittouck et al., 2011	1

8. Ga na een suïcide op zoek naar de nodige ondersteuning en hulp, zowel op individueel als op teamniveau (indien van toepassing), en zowel op professioneel (bv. mogelijkheden tot intervisie, opleiding) als op persoonlijk vlak (bv. mogelijkheden tot therapie, lotgenotencontact).	Draper et al., 2014; Fairman et al., 2014	2
---	--	---

Bewijstabel Deel 6 – Suïcidepreventiebeleid in de zorg

AANBEVELING	Bronnen	Bewijsniveau
1. Maak een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgomgeving.		4
2. Vertrek voor het suïcidepreventiebeleid van een prospectieve en/of retrospectieve risicoanalyse.		4
3. Bespreek het suïcidepreventiebeleid met patiënten en hun naasten.		4
4. Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid:		
a. de visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen		4
b. de stappen en afspraken bij de aanmelding, behandeling en vervolgzorg voor suïcidale personen	McAuliffe & Perry, 2007; Malakouti et al, 2015	2
c. de stappen en afspraken na een suïcide of suïcidepoging van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is		4
d. hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt en hoe de intervisie en zelfzorg voorzien wordt	Mann et al, 2005; van der Feltz-Cornelis et al., 2011	1
e. welke infrastructurele en medicatiegebonden maatregelen er zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken	Mann et al, 2005; Lieberman et al, 2004; Watts et al, 2012	1
f. hoe en waar het suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides van patiënten geregistreerd worden		4
g. hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt		4

4. IMPLEMENTATIE

Deze richtlijn kadert in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS) en biedt een antwoord op de nood die vele hulpverleners in de gezondheidszorg aankaarten met betrekking tot het begeleiden en behandelen van personen met suïcidedachten en suïcidaal gedrag. VLESP staat in voor de coördinatie, opvolging, implementatie en evaluatie van het VAS en zo ook voor de implementatie van deze richtlijn. Van bij de start van de ontwikkeling werd nagedacht over de toepasbaarheid van de richtlijn in de praktijk. Daartoe werden verscheidene zaken ondernomen ter bevordering van de implementatie en gestreefd naar een breed gedragen, toepasbare, kosteneffectieve en duurzame richtlijn.

Een breed gedragen richtlijn

Relevante beroepsverenigingen en partners in suïcidepreventie werden van bij het begin betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn. Hierdoor kent de richtlijn een brede gedragenheid en kan er ook gebruik gemaakt worden van de vele kanalen die deze verenigingen en partners bieden (zowel wat betreft communicatie- als vormingskanalen).

Een toepasbare richtlijn

E-learningwebsite

Om de toegankelijkheid en toepasbaarheid van de richtlijn te bevorderen werd een e-learningconcept en website ontwikkeld, genaamd 'SP-Reflex'. Op deze laagdrempelige e-learningwebsite krijgen hulpverleners de achtergrondinformatie, inhoud, tools en aanbevelingen van de richtlijn op een hapklare manier mee. De website is praktijkgericht en biedt e-learningmodules en casusoefeningen waarmee hulpverleners direct aan de slag kunnen.

De vlotte toegankelijkheid van kennis en oefeningen stimuleert zo het bewustzijn dat suïcidepreventie een taak voor iedereen is (niet enkel weggelegd voor de psychiater) en leert hulpverleners hoe ze in de praktijk aan suïcidepreventie kunnen doen. Voor artsen die de e-learning volgen wordt accreditering voorzien.

De website is geïntegreerd in de website ‘Zelfmoord1813.be’, het portaal waar alles met betrekking tot suicidepreventie in Vlaanderen te vinden is. Promotie van de e-learningwebsite wordt als primair gezien in het implementatieproces. Voor de ontwikkeling en bekendmaking van de e-learningwebsite werden dan ook de nodige middelen voorzien door middel van een projectsubsidie van de Vlaamse overheid. Als startpunt zal op 30/03/2017 een studiedag georganiseerd worden. De website is te vinden via: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

Vorming op maat

Ook het aanbieden van vorming met betrekking tot de richtlijn is van belang in het kader van implementatie. Hiervoor werd een samenwerking met de suicidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en het Centrum ter Preventie van Zelfmoord opgezet. Alle suicidepreventiewerkers van de CGG en alle medewerkers van het CPZ werden via een opleidingsdag bekend gemaakt met de inhoud van de richtlijn en bijhorende e-learningwebsite. Op die manier kunnen ze alle kennis en tools integreren in het advies en de vormingen die zij aanbieden aan hulpverleners en zo kan een aangepast aanbod op maat van hulpverleners worden uitgewerkt, conform de richtlijn. Promotie van dit vormingsaanbod vormt ook een onderdeel van de implementatie.

Mogelijke knelpunten

Bij de implementatie dienen we alert te zijn voor mogelijke belemmerende factoren bij het toepassen van deze richtlijn. De mate waarin alle aanbevelingen kunnen worden opgevolgd is deels ook afhankelijk van de draagkracht en capaciteit (tijd en mankracht) van de hulpverlening. Een goede aanpak van suïcidaliteit vraagt immers de nodige inspanning. Tijdens de evaluatie van de richtlijn zal nagegaan moeten worden welke knelpunten er mogelijk in de praktijk zijn.

Een duurzame en kosteneffectieve richtlijn

Duurzaamheid is een belangrijke randvoorwaarde voor alle acties opgenomen in het Vlaams Actieplan Suicidepreventie. De uitwerking van deze richtlijn werd dan ook niet gezien als een apart losstaand project, maar werd ingebed in de werking van VLESP. Op die manier zal de richtlijn ook na de lancering nauw worden opgevolgd, met een blijvende aandacht voor verdere bekendmaking, implementatie en evaluatie, wat de duurzaamheid van de richtlijn ten goede komt.

Zowel voor de ontwikkeling als voor de implementatie van de richtlijn werd stilgestaan bij de kosteneffectiviteit, eveneens een belangrijke randvoorwaarde voor acties opgenomen in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Daarom werd geopteerd om voor de implementatie gebruik te maken van een e-learningwebsite, waarmee na implementatie op een laagdrempelige manier tegelijkertijd veel hulpverleners kunnen bereikt worden met een minimaal budget.

Evaluatie

Het doel van deze richtlijn is hulpverleners bewust maken van het belang en de mogelijkheden van suïcidepreventie en hun kennis en vaardigheden met betrekking tot de preventie van suïcide te versterken, om zo een betere zorg aan suïcidale personen te kunnen bieden. Op die manier hoopt deze richtlijn bij te dragen tot het bredere doel van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en de gezondheidsdoelstelling met betrekking tot suïcidepreventie, met name het aantal suïcides in Vlaanderen terugdringen.

Om te toetsen of deze richtlijn aan de doelstellingen kan beantwoorden, worden verschillende evaluatiemethodes ingezet. Respectievelijk zal het bereik en de bekendheid van de richtlijn en ook de tevredenheid, attitudes en vaardigheden van de doelgroep met betrekking tot suïcidepreventie en deze richtlijn in kaart gebracht worden.

Indicatoren en evaluatiemethodes bereik en bekendheid

- In kaart brengen van:
 - Aantal deelnemers aan de studiedag (30/03/17)
 - Aantal nieuwsitems of redactionele artikels
 - Aantal bezoekers van de e-learning website
 - Aantal downloads van de richtlijn
 - Aantal deelnemers aan de e-learning
 - Aantal hulpverleners die de e-learning voltooiden en in aanmerking komen voor accreditering
 - Aantal hulpverleners bereikt via vorming
- Bekendmakingsonderzoek (gepland in 2019) om te zien of hulpverleners binnen de gezondheidszorg in Vlaanderen op de hoogte zijn van het bestaan van de richtlijn en e-learningwebsite

Evaluatiemethodes tevredenheid, attitudes en vaardigheden doelpubliek/gebruikers

- Tevredenheidsmeting bij deelnemers aan de studiedag
- Effectmeting (premeting, postmeting en follow-up meting) van basiskennis, attitudes en vaardigheden bij hulpverleners die de vorming van CGG-SP volgen
- Evaluatiemeting bij gebruikers van de e-learningwebsite (waarbij onder meer gepeild zal worden naar tevredenheid, attitudes en vaardigheden)

Tot slot kunnen ook de indicatoren met betrekking tot suïcidepreventie die door de overheid werden uitgewerkt en momenteel worden geïmplementeerd in het Vlaams Indicatorenproject Geestelijke Gezondheidszorg (VIP²) worden ingezet om een indicatie te geven en te helpen toetsen of de richtlijn ook een effect heeft in de praktijk. VLESP zal deze indicatoren dan ook mee opvolgen.

Herziening

In 2022 (5 jaar na lancering) is een herziening van de richtlijn voorzien. Hierbij zal een aanvullend literatuuronderzoek ondernomen worden en zullen de aangepaste aanbevelingen opnieuw besproken worden met experts uit de suïcidepreventie en de (geestelijke) gezondheidszorg.

Meer info: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex



De multidisciplinaire richtlijn rond detectie en behandeling van suïcidaal gedrag werd ontwikkeld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en bevat aanbevelingen rond de volgende thema's:

- 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 werd ontwikkeld in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie met steun van de Vlaamse overheid. Op www.zelfmoord1813.be/sp-reflex kan de richtlijn gratis online geraadpleegd worden als e-learning en pdf.

ISBN 978-2-509-03029-0



9 782509 030290 >