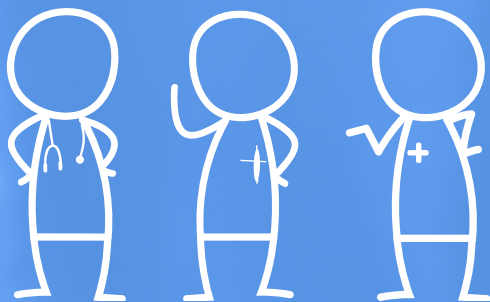


DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

Multidisciplinaire richtlijn
voor hulpverleners in de gezondheidszorg

SAMENVATTING



DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

Multidisciplinaire richtlijn
voor hulpverleners in de gezondheidszorg

SAMENVATTING

© 30 maart 2017 - Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

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

Auteurs: Saskia Aerts, Eva Dumon, Kees van Heeringen, Gwendolyn Portzky. Met uitdrukkelijke dank aan het begeleidingscomité, de klankbordgroep en andere betrokkenen (zie bijlage methodologie in de volledige versie van de richtlijn voor een lijst van alle betrokkenen).

Vormgeving: Mindbytes

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

INHOUD

1. INLEIDING	1
2. DETECTIE	8
SIGNALLEN HERKENNEN	8
SUÏCIDALITEIT BESPREEKBAAR MAKEN	9
ACUUT SUÏCIDERISICO INSCHATTEN	10
SUÏCIDAAL GEDRAG VERDER ONDERZOEKEN EN RISICOFORMULERING	11
DOORVERWIJZING	11
3. INTERVENTIES.....	14
BEHANDELPLAN EN BEHANDELSETTING	14
EVIDENCE BASED INTERVENTIES	16
4. NA EEN SUÏCIDEPOGING.....	18
EEN ZORGPAD ALS LEIDRAAD	18
AANDACHTSPUNTEN BIJ JONGE SUÏCIDEPOGERS	21
5. NA EEN SUÏCIDE	23
NA EEN SUÏCIDE: EEN STAPPENPLAN	23
HET ROUWPROCES VAN NABESTAANDEN EN MOGELIJKE INTERVENTIES	24
DE HULPVERLENER ALS NABESTAANDE	25
6. SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG.....	28
INHOUD VAN EEN SUÏCIDEPREVENTIEBELEID	28

1. INLEIDING

Zo goed als elke hulpverlener zal gedurende zijn of haar carrière in contact komen met personen die aan zelfmoord denken, een zelfmoordpoging ondernomen hebben of zelfmoord plegen. De gevoeligheid en complexiteit van het thema zorgen ervoor dat hulpverleners onzekerheid kunnen ervaren met betrekking tot het omgaan met suïcidale personen.

Daarom werd in het kader van het **Vlaams Actieplan Suïcidepreventie** (VAS) de 'Multidisciplinaire Richtlijn voor de Detectie en Behandeling van Suïcidaal Gedrag' uitgewerkt, alsook deze samenvatting. Onderzoek toont immers dat implementatie van suïcidepreventierichtlijnen in de klinische praktijk kan zorgen voor een verhoging van deskundigheid van professionele hulpverleners én voor een daling in suïcidecijfers.

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 gezondheidszorg¹. Deze richtlijn is bedoeld als **hulpmiddel en naslagwerk**, niet als dwingende standaard. 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).



ALERT ZIJN & CONTACT MAKEN



INGRIJPEN



VERDER OPVOLGEN

¹ Andere hulpverleners/zorgfiguren die in contact komen met suïcidale personen (bv. politie, leerkrachten, opvoeders, brandweer, maatschappelijk werkers, ...) kunnen voor meer informatie over suïcidepreventie terecht op www.zelfmoord1813.be, waar achtergrondinformatie, tips en een vormingsaanbod te vinden is.

UITGANGSPUNTEN VAN SUÏCIDEPREVENTIE

Deze richtlijn vertrekt van vijf uitgangspunten. Het onderschrijven en uitdragen van deze uitgangspunten is noodzakelijk om op een effectieve manier aan suïcidepreventie te kunnen doen.

1. Suïcide kan voorkomen worden

Suïcide gebeurt meestal niet impulsief, bijna altijd gaat er een heel proces aan vooraf. 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, 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. 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 en veel depressieve en bipolaire personen suïcidale gedachten hebben,

is **suïcidaliteit niet altijd een symptoom of gevolg van een 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 hier een rol in opnemen.

5. Suïcidepreventie speelt zich af op verschillende niveaus

Suïcidepreventie omvat meer dan enkel de behandeling van suïcidale personen. Om een effectief zelfmoordpreventiebeleid uit te werken, moeten acties ondernomen worden op verschillende preventieniveaus.

- **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.

SUÏCIDAAL GEDRAG: VERKLARINGEN

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 de volledige richtlijn wordt vertrokken van twee modellen die het ontstaan van suïcidaal gedrag trachten te verklaren, met name het integratief model van van Heeringen en het motivationeel-intentioneel model van O'Connor. Zelfmoordgedrag

kent niet alleen verschillende oorzaken, vaak gaat er ook een heel **proces aan vooraf** dat gekenmerkt wordt door pieken en dalen. Op de e-learning website vind je animaties waarin het verklarend model en het suïcidaal proces uitgelegd worden: www.zelfmoord1813.be/sp-reflex

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



CONTINUÏTEIT VAN
ZORG

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.

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.

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).

Aandachtspunten:

- 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 het deel 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 het deel 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 het deel Suïcidepreventiebeleid in de zorg.

3. Betrekken van naasten

Het is na te streven de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om de omgeving 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.

Naasten kunnen op verschillende vlakken een rol spelen in de hulpverlening. Zij kunnen zelf informatie bieden over de betrokkene, meedenken over de hulp die nodig is en hulp en steun bieden bij de opvang en begeleiding van de suïcidale persoon. 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.

Aandachtspunten:

- 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**.

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.

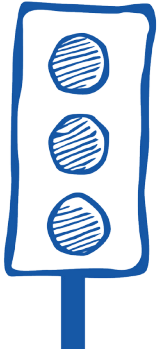
Voornamelijk de transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties zijn risicovolle momenten. Op deze momenten (bv. bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, bij overplaatsing naar een andere behandelsetting of bij ontslag) moet er een degelijke **informatieoverdracht** gebeuren. Lokale samenwerkingsafspraken met de zorgverstrekkers in de regio kunnen dit faciliteren (bv.: met huisartsen, mobiele crisisteams, 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** (bv. brieven, huisbezoeken, telefoongesprekken, sms, e-mails en postkaarten).

AANBEVELINGEN 'INLEIDING'

- 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.
- 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 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.

2. DETECTIE



Als hulpverlener kan je op elk moment geconfronteerd worden met een suïcidale persoon. 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.

SIGNALLEN HERKENNEN

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.

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

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

Het risico op suïcidaal gedrag wordt groter wanneer er **meerdere signalen gedurende langere tijd** aanwezig zijn.

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.

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:

- 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

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.
- 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.
- Meteen positieve zaken aangeven.

- Onmiddellijk oplossingen aandragen.
- Valse hoop geven, of beloftes doen die je niet kan nakomen.
- De persoon proberen overtuigen om verder te leven voor de omgeving (partner, kinderen, ouders...) of de persoon erop wijzen wie hij of zij achterlaat.
- De zaken die de persoon aangeeft, minimaliseren.
- De persoon uitdagen in zijn of haar suïcidale gedachten en/of gedrag.
- In discussie gaan over suïcide, het recht om te leven of te sterven,

ACUUT SUÏCIDERISICO INSCHATTEN

Wanneer blijkt dat er zelfmoordgedachten aanwezig zijn, dient 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.

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**. Bevraag hoe lang, hoe vaak en hoe sterk de gedachten aanwezig zijn, in welke mate de plannen concreet zijn (plaats, methode, tijdstip), wat men wil bereiken met de zelfdoding en of er nog zaken zijn die de persoon tegenhouden.

Daarnaast is het ook belangrijk om in te gaan op de **gevoelens** die de suïcidale persoon heeft bij de zelfmoordgedachten, het **toekomstperspectief** en eventuele **gedragmatige signalen** (bv. risicogedrag, sociale isolatie, slaapproblemen).

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.

Betrek, mits toestemming van de hulpvrager, de **naasten** en eventuele betrokken **hulpverleners** (bv.: huisarts) van de hulpvrager bij deze inschatting.

We raden af om screeningsinstrumenten te gebruiken voor het inschatten van het acute suïciderisico omdat die niet kunnen voorspellen of iemand daadwerkelijk zelfmoord zal plegen en omdat ze een vals gevoel van veiligheid kunnen geven. **Screeningsinstrumenten kunnen een persoonlijk gesprek met de hulpvrager niet vervangen.**

SUÏCIDAAL GEDRAG VERDER ONDERZOEKEN EN RISICOFORMULERING

Een verdere exploratie van de aanwezige risico- en kwetsbaarheidsfactoren kan helpen bij het in kaart brengen van het suïcidale gedrag. Belangrijke risicofactoren die bevestigd dienen te worden zijn de ervaren problemen, de motieven en aanleiding voor eventuele eerdere suïcidepogingen, de huidige aanwezigheid van suïcidegedachten/plannen, de suïcidale intentie, alcohol en/of druggebruik en de zorgbehoeften van de hulpvrager en de omgeving.

Op basis van dit verder onderzoek kan het suïciderisico geformuleerd worden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met:

- **Relativiteit:** risico is afhankelijk van de kenmerken van de klinische context en de patiëntpopulatie
- **Fluïditeit:** vergelijk indien mogelijk met eerdere risico-inschattingen bij deze persoon en hou rekening met gebeurtenissen die het risico in de toekomst kunnen beïnvloeden
- **Hulpbronnen:** breng ook de aanwezige hulpbronnen in kaart, zoals copingvaardigheden of een steunend netwerk
- **Link met interventies:** zorg dat de formulering direct vertaald kan worden in specifieke interventies

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.

In de volledige richtlijn vind je een sjabloon dat je kan gebruiken om het suïciderisico van de hulpvrager op een systematische manier te formuleren.

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. Veel voorkomende doorverwijzingsinstanties voor suïcidale personen zijn:

- Opvolging door de huisarts
- Zorg aan huis
- Ambulante of residentiële geestelijke gezondheidszorg

Geef aan de hulpvrager en eventuele naasten een toelichting over het belang van vervolgzorg en vermeld de crisishulplijn **Zelfmoordlijn 1813** (meer info: www.zelfmoord1813.be).

Stel samen met de hulpvrager een **safety plan** op zodat die een houvast heeft wanneer hij of zij zich in crisis bevindt.

Maak **veiligheidsafspraken** met de hulpvrager en diens omgeving, bijvoorbeeld rond het beperken van middelen om zelfmoord te plegen, eventueel toezicht en medicatiebeheer.

Bereid de omgeving van een hulpvrager voor op de **herintegratie** van de suïcidale persoon in zijn of haar leefomgeving.

AANBEVELINGEN 'DETECTIE'

- 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
- 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.
- 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.

3. INTERVENTIES



Eenmaal het suïciderisico gedetecteerd en in kaart gebracht is, dienen specifieke interventies voor het opvolgen en behandelen van de suïcidaliteit opgestart te worden.

In de praktijk zal de behandeling van suïcidaliteit vaak naast of binnen de behandeling van andere psychische stoornissen voorkomen. Voor het aanpakken van suïcidale klachten is de standaard behandeling echter vaak niet voldoende en zijn aanvullende interventies specifiek gericht op suïcidale gedachten en gedrag nodig.

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. We bespreken in dit deel het opstellen van een behandelplan, het bepalen van de behandelsetting, het werken met een safety plan, welke neurobiologische en psychotherapeutische interventies effectief zijn en welke online tools je kunnen ondersteunen bij de behandeling van suïcidale personen,

BEHANDELPLAN EN BEHANDELSETTING

Een behandelplan is een plan dat de hulpverlener bij aanvang van de behandeling in samenspraak met de suïcidale persoon (en mogelijks 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.

In de volledige richtlijn vind je een sjabloon voor een behandelplan en een omschrijving van de belangrijkste componenten.

Wanneer men een opname overweegt, is het essentieel om de voordelen af te wegen tegen de nadelen, in dialoog met de betrokkene en eventuele naasten. Een opname is geen garantie dat de persoon geen suicide zal plegen. Bovendien kan een opname stigmatiserend werken, afhankelijkheid van hulpverlening creëren of het suïciderisico doen toenemen. Opname moet dus enkel gezien worden als een noodzakelijk **middel om een crisis te overbruggen en iemand tijdelijk te beschermen**.

Volgende factoren moeten in overweging genomen worden bij de vraag naar opname:

1. De ernst van de suïcidale gedachten en plannen
2. De aanwezigheid van een ernstige psychische of fysische problematiek en zorgbehoeften

3. Persoonskenmerken (bv. impulsiviteit, agitatie, oordeelsvermogen, autonomie, houding t.o.v. hulpverlening)
4. Beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem

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.

Opname is minder aangewezen:

- Indien het suïcidale gedrag een reactie is op een gebeurtenis (bv. 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
- Indien de persoon chronisch suïcidaal gedrag vertoont zonder een voorgeschiedenis van een suïcidepoging met hoge letaliteit
- Indien de persoon een veilige, ondersteunende omgeving heeft en reeds in ambulante behandeling is.

Zorg in deze gevallen wel voor opvolging via ambulante hulp.

Soms weigert de patiënt opname of zijn er geen opnameplaatsen beschikbaar. In die situaties zijn **alternatieven, follow-up en continuïteit van zorg** van extra belang. Mogelijke alternatieven voor opname zijn het voorzien van ambulante hulp, inschakelen van een mobiel crisisteam of aanbieden van psychiatrische thuiszorg. Een goede ondersteuning van de naasten en erkenning van de emotionele belasting voor hen is cruciaal. Naasten kunnen bijvoorbeeld – indien hun draagkracht het toelaat – 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).

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). Dit is een plan dat de hulpverlener samen met de 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.

In de volledige richtlijn vind je een sjabloon voor een safety plan. 'Op Zelfmoord1813 vind je een online tool voor het invullen van een safety plan: www.zelfmoord1813.be/safetyplan.

2. Neurobiologische interventies

Gezien de **sterke link tussen suïcidaliteit en psychiatrische stoornissen** kunnen neurobiologische interventies (waaronder psychofarmaca), die bedoeld zijn voor de behandeling van deze stoornissen 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.

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. 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.

Voor de behandeling van suïcidaal gedrag zijn (onder bepaalde voorwaarden en bij bepaalde doelgroepen) volgende neurobiologische interventies werkzaam gebleken: **antidepressiva, electro-convulsietherapie, clozapine en lithium..**

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 toonde dat deze therapieën de kans op toekomstig zelfbeschadigend gedrag met gemiddeld 32% verlagen. Meer specifiek werd effectiviteit

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

- Cognitieve (gedrags)therapie
- Dialectische gedragstherapie
- Probleemoplossingtherapie of oplossingsgerichte therapie

4. Online tools

Recent werden in Vlaanderen enkele online tools ontwikkeld voor personen met zelfmoordgedachten. Deze tools kunnen samen met de betrokkene gebruikt worden tijdens 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.

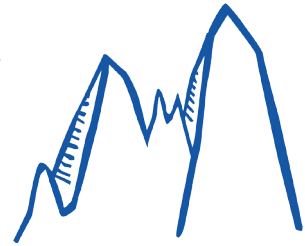
- Online zelfhulpcurcus ‘Think Life’: www.zelfmoord1813.be/thinklife
- App BackUp: www.zelfmoord1813.be/backup
- App On Track Again (voor jongeren): www.zelfmoord1813.be/ontrackagain

AANBEVELINGEN ‘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 rekening met de ernst van suïcidale gedachten en plannen, de aanwezigheid van een ernstige problematiek en zorgbehoeften, persoonskenmerken, en de beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem.
- Het is aan te bevelen om onder bepaalde voorwaarden de volgende neuro-biologische interventies aan te bieden: antidepressiva, electro-convulsietherapie, clozapine en lithium.
- 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.
- Online tools kunnen een goed vertrekpunt, hulpmiddel of nuttige aanvulling vormen voor de behandeling van suïcidaal gedrag.

4. NA EEN SUÏCIDEPOGING

Per dag worden op de Vlaamse spoedafdelingen van ziekenhuizen naar schatting **28 personen aangemeld na een suïcidepoging**. 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. Om recidive te voorkomen is een adequate psychosociale opvang en evaluatie van de suïcidepoging noodzakelijk.

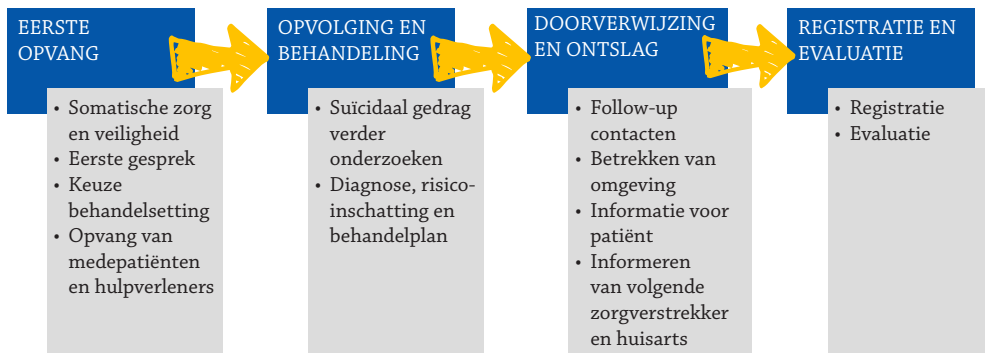
We vertrekken in dit deel van de volgende kernelementen bij de opvang van suïcidepogers: het belang van het **bevragen van de suïcidaliteit** na een suïcidepoging, het voorzien van **zorgcontinuïteit** en het **betrekken van de omgeving**.

EEN ZORGPAD ALS LEIDRAAD

De **organisatie van vervolgzorg en toeleiding hiernaar** van zowel de suïcidepoging als zijn of haar naasten, is cruciaal. De samenwerking met zorgverstrekkers in de omgeving van de hulpvrager is hierbij van groot belang. 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 zorgpad omvat vier grote fasen:



1. Eerste opvang

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 schakelen. 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.

Er dient zo snel mogelijk een **eerste gesprek** met de suïcidepogger te gebeuren om enerzijds de persoon empathisch op te vangen 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:

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

Op basis van dit eerste gesprek kies je, in samenspraak met de hulpvrager, naasten en de andere betrokken hulpverleners, de meest gepaste **behandelsetting**.

Wanneer het gaat om een suïcidepoging van een patiënt die reeds in behandeling is binnen een zorginstelling (ambulant of residentieel), dient er 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. Zorg dus voor voldoende opvang en ondersteuning voor medepatiënten en betrokken hulpverleners.

2. Opvolging

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 bevestigd worden: ervaren problemen, de motieven en aanleiding voor de suïcidepoging, de huidige aanwezigheid van suïcidedgedachten/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.

Niet alleen de suïcidepogger zelf, maar ook diens omgeving, andere betrokken hulpverleners en de huisarts kunnen belangrijke informatiebronnen zijn voor het in kaart brengen van de ruimere context van de suïcidepoging.

Het bespreken van de suïcidepoging en de achterliggende factoren met de hulpvrager leidt tot een **diagnose, risico-inschatting en behandelplan**.

3. 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.

Om de tijd tussen de poging en de start van de vervolgzorg te overbruggen, hou je best zo veel mogelijk **contact** met de hulpvrager en activeer je (in de mate van het mogelijke) de omgeving van de suïcidepoging om een **warme, ondersteunende en zorgende omgeving** voor de suïcidepoging te vormen.

Geef aan de hulpvrager en eventuele naasten een toelichting over het belang van vervolgzorg en maak samen een **safety plan** op. Geef de folder 'Als het leven ondraaglijk lijkt... praten helpt' mee en verwijst naar de crisishulplijn **Zelfmoordlijn 1813** (www.zelfmoord1813.be).

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.

4. 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.

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.

AANDACHTSPUNTEN BIJ JONGE SUÏCIDEPOGERS

Jongeren zijn een **risicogroep** wat betreft suïcidepogingen, vooral jonge meisjes. Bovendien weten we dat jongeren minder vaak verdere begeleiding wensen na een poging, terwijl de suïcidaliteit bij jongeren vlak na een poging gemiddeld hoger is dan bij volwassenen. Gezien deze extra risicofactoren bij jonge suïcidepogers, formuleren we hier enkele specifieke aandachtspunten bij de opvang en evaluatie van jonge suïcidepogers.

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.

De **ouders** van een jonge suïcidepogers kunnen een rol spelen bij het in kaart brengen van de context van het suïcidale gedrag van de jongere en beschikken vaak over veel **achtergrondinformatie** die van belang kan zijn bij het inschatten van het huidige suïciderisico en het zoeken naar de juiste interventie. Daarnaast kunnen ouders ook zelf nood hebben aan **ondersteuning**. 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.

De ouders van een jonge suïcidepogers 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, waarschuwingssignalen 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.

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. Probeer in eerste instantie dus te bekijken of ambulante hulpverlening, eventueel gecombineerd met thuisbegeleiding, mogelijk is. 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. Ook wanneer er sprake is van een persistente doodswens waarbij geen ambivalentie waar te nemen is of wanneer de ouders onvoldoende in staat zijn in de thuissituatie de benodigde veiligheid te garanderen kan een opname aangewezen zijn.

AANBEVELINGEN 'NA EEN SUÏCIDEPOGING'

- 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 suïcidepogger zodat het suïciderisico ingeschat kan worden en een gepast behandelplan opgesteld kan worden.
- Heb ook aandacht voor de naasten van de suïcidepogger door:
 - Hen bij de opvang en zorg voor de suïcidepogger te betrekken.
 - Indien nodig te voorzien in opvang en ondersteuning van naasten, medepatiënten en betrokken hulpverleners.
- Bij ontslag of doorverwijzing van een suïcidepogger:
 - Informeer je de suïcidepogger en diens naasten over de verdere hulpmogelijkheden.
 - Stel je samen met de suïcidepogger en diens naasten een safety plan op.
 - Hou je contact met de suïcidepogger 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.
 - 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.

5. NA EEN SUÏCIDE

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. De hier opgenomen aanbevelingen kunnen een 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.



NA EEN SUÏCIDE: EEN STAPPENPLAN

Na een suïcide moet de dood worden vastgesteld en aangegeven, en moeten verschillende betrokkenen geïnformeerd en opgevangen worden. Onderstaande figuur toont een overzicht van alle betrokkenen en de te nemen stappen.

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

HET ROUWPROCES VAN NABESTAANDEN EN MOGELIJKE INTERVENTIES

1. Het rouwproces van nabestaanden

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 onzekerheid, grote onbeantwoorde vragen en heftige emoties**.

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. Het is aangeraden om begripvol te polsen naar deze emoties.

Daarnaast hebben nabestaanden een grotere behoefte aan het **begrijpen van de oorzaak en aanleiding** van de suïcide. 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. Aanbevolen wordt om binnen de grenzen van het beroepsgeheim alle informatie te geven die kan helpen om de suïcide te kunnen begrijpen.

De duur, het tempo en de manier waarop een rouwproces verloopt is **voor elk individu verschillend**. Reacties van nabestaanden kunnen sterk uiteenlopen en ook rouwstijlen verschillen. Als hulpverlener kan je een nabestaande helpen door het rouwen te normaliseren. 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. Indien het rouwproces moeilijker verloopt dan gemiddeld, spreekt men van een **'gecompliceerd rouwproces'**. Gecomplieerde rouw komt na verlies door suïcide vaker voor dan na een natuurlijk overlijden en is sterk geassocieerd met suïcidale gedachten en gedrag. Bij een gecompliceerd rouwproces is het aangewezen door te verwijzen naar een rouwtherapeut.

Nabestaanden vormen een kwetsbare groep en kunnen ook zelf het risico lopen om **suïcidale gedachten en gedrag** te ontwikkelen. Studies tonen dat één op de vijf nabestaanden kort na het verlies zelf suïcidegedachten heeft. Zelfdodingsgedachten bij nabestaanden kunnen onder meer ontstaan uit: een gevoel van hopeloosheid, waardeloosheid, een verlangen om bij de overledene te zijn of identificatie met de overledene.

2. Begeleiding van nabestaanden

Uit onderzoek blijkt dat nabestaanden **behoefte kunnen hebben aan professionele nazorg**. Nabestaanden blijken echter niet snel geneigd te zijn om hulp te zoeken of te accepteren.

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. Het bijwonen van gespreksgroepen voor nabestaanden (idealiter mede begeleid door professionele hulpverleners) blijkt een krachtige en constructieve manier te zijn om nabestaanden te helpen. 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.

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. 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.

DE HULPVERLENER ALS NABESTAANDE

Naar schatting 22% tot 39% van de psychologen en 51% tot 82% van de psychiaters wordt minstens één keer in hun loopbaan geconfronteerd met een patiënt die suïcide pleegt. 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.

Een suïcide heeft een beduidende **impact** op hulpverleners, zowel op professioneel als op emotioneel vlak, ongeacht de beroepsgroep. 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. 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. 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.

Als hulpverleners na een suïcide kunnen beschikken over **ondersteuning en hulp**, heeft dit een beschermend effect op hun psychisch welzijn. Deze hulp kan zowel formeel al informeel zijn en zowel op individueel als op teamniveau.

Enkele concrete aanbevelingen:

- **Contact met nabestaanden** en **bijwonen van de uitvaart** helpt voor de verwerking van de suïcide.
- Het is aangeraden de suïcide achteraf ook in team- en intervisieverband te **bespreken en evalueren**. 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.
- Andere interventies die helpend kunnen zijn: **opleiding** voor het team over suïcidepreventie of om elkaar te leren ondersteunen en **zelfhulp**.

AANBEVELINGEN ‘NA EEN SUÏCIDE’

- 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).

6. SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG

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.

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. Dit kan door op voorhand na te denken over risico's en op basis hiervan preventieve maatregelen te nemen of doorna een incident na te gaan welke oorzaken ten grondslag lagen en wat kan ondernomen worden om soortgelijke gebeurtenissen in de toekomst te voorkomen.

INHOUD VAN EEN SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

1. 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. Daarnaast is ook de **houding** ten opzichte van suïcide en suïcidepreventie van belang (zie uitgangspunten van suïcidepreventie in de inleiding).

2. Draaiboek

Beschrijf in een suïcidepreventiebeleid **welke stappen ondernomen moeten worden bij de opvang en zorg voor suïcidale personen**. 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. Volgende figuur toont een overzicht van de belangrijkste stappen per fase:



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.

3. 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.

Het is 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.

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.

Er dient ook voldoende aandacht te zijn voor **zelfzorg**, want de confrontatie met suïcidaliteit kan een ingrijpende ervaring zijn.

4. Suïcideveilig maken van de zorgomgeving

Om suïcides en suïcidepogingen binnen de zorginstelling te vermijden dient er naast een goede opvang en zorg voor suïcidale personen ook gezorgd te worden voor een veilige omgeving. Zowel aanpassingen aan de **infrastructuur** van een zorgomgeving als een degelijk medicatiebeleid kunnen hiertoe bijdragen.

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. Een uitgebreide lijst van alle mogelijke infrastructurele maatregelen is te vinden in de volledige richtlijn.

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, 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, 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 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.

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, ...).

5. Registratie en evaluatie

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. Ook een **suicide** van een patiënt dient geregistreerd en gemeld te worden. **Evalueer** ook regelmatig het suïcidepreventiebeleid.

AANBEVELINGEN 'SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG'

- Maak een suicidepreventiebeleid op maat van de zorgomgeving.
- Vertrek voor het suicidepreventiebeleid van een prospectieve en/of retrospectieve risicoanalyse.
- Bespreek het suicidepreventiebeleid met patiënten en hun naasten.
- Beschrijf in het suicidepreventiebeleid:
 - De visie op suicide, suicidepreventie 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 suicide of suicidepoging van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is.
 - Hoe de basisvorming suicidepreventie georganiseerd wordt en hoe de intervisie en zelfzorg voorzien wordt.
 - Welke infrastructurele en medicatiegebonden maatregelen er zijn om de zorgomgeving suicideveilig te maken.
 - Hoe en waar het suïciderisico, suicidepogingen en suicides van patiënten geregistreerd worden.
 - Hoe, wanneer en door wie het suicidepreventiebeleid geëvalueerd wordt.

MEER WETEN?

Deze samenvatting is gebaseerd op de **'Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag'**, samengesteld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. De volledige richtlijn bevat meer uitgebreide informatie, wetenschappelijke onderbouwing, praktijkgerichte tools en voorbeeldvragen. Daarnaast bevat de richtlijn ook een bijlage rond gezondheidszorgwetgeving, waarin de belangrijkste wetten en regelgevingen die een rol kunnen spelen bij de zorg voor suïcidale personen beschreven worden. De volledige richtlijn is te downloaden via www.zelfmoord1813.be/sp-reflex.

Ter ondersteuning van deze richtlijn werd een **e-learning website** ontwikkeld die gratis toegankelijk is via www.zelfmoord1813.be/sp-reflex. De belangrijkste aanbevelingen en richtlijnen kunnen via deze website op basis van e-learningmodules en praktijkoefeningen aangeleerd en ingeoeft worden.

Indien je meer wil weten over suïcidepreventie bij bepaalde doelgroepen of in bepaalde zorgsettings, of wanneer je interesse hebt in het uitbouwen van een suïcidepreventiebeleid op maat van jouw zorginstelling, kan je contact opnemen met de **Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)**. Zij bieden vorming en coaching rond suïcidepreventie, zowel in open aanbod als op maat. Het volledige vormingsaanbod is te raadplegen op www.zelfmoord1813.be/vormingen.

Met concrete vragen over de begeleiding van een suïcidale persoon kan je terecht bij **ASPFA**, de Advieslijn SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners. ASPFA is bereikbaar via telefoon: 024 24 3000 (elke werkdag tussen 9u en 21u) of e-mail: info@aspha.be. Meer info is te vinden op: www.zelfmoord1813.be/aspha

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

