


21 Suïcidepreventie in de zorg

Mercedes Wolters en Remco de Winter

- 1 Opleiding van intermediairen en gatekeepers in de herkenning en bevraging van suïcidaliteit
 - 2 Suïcidepreventie in de zorg, een multilevelmodel met een aantal basisprincipes
 - 2.1 Een goed contact leggen
 - 2.2 Bevorderen van de veiligheid
 - 2.3 De omgeving erbij betrekken
 - 2.4 Zorgen voor continuïteit
 - 3 Een goed uitgewerkt suïcidepreventiebeleid als essentieel onderdeel van elke organisatie
 - 4 Tot besluit
- Literatuur

[??? 'Zoals in andere hoofdstukken in dit boek beschreven is suïcidaal gedrag een complex fenomeen.'

geschrappt, RED] Om suïcides te voorkomen is het belangrijk dat men zich niet alleen op mensen met een verhoogd risico van suïcide of op suïcidepogers richt die in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) terechtkomen. Tevens moet getracht worden signalen die een risico inhouden te identificeren in de algemene bevolking. Dit betekent dat preventie plaatsvindt op drie niveaus, zoals in het USI-model is beschreven, namelijk universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Suïcidepreventie is dus niet enkel een taak voor hulpverleners, maar dient te starten bij het versterken van de beschermende factoren tegen suïcidaliteit en bij het verlagen van het risico psychische problemen te ontwikkelen. De volgende preventieve stappen richten zich op mensen met een verhoogd risico van suïcidaliteit en mensen die al suïcidaal gedrag vertonen. Men kan hier inzetten op gatekeepertraining voor mensen die beroepsmatig te maken krijgen met mensen met suïcidaal gedrag die niet bij de ggz bekend zijn (Keller e.a., 2009). Hulpverleners uit de ggz kunnen getraind worden in signaalherkenning en in de behandeling van suïcidaliteit. Tevens kunnen ze investeren in de opvang en evaluatie van suïcidepogers. Organisaties kunnen investeren in het opstellen van een beleid rond het omgaan met suïcidaliteit.

Uit onderzoek blijkt dat die mensen niet altijd bekend zijn in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Van alle mensen die zich suïcideren, is slechts 40% in zorg bij de ggz in Nederland. Deze cijfers zijn niet voorhanden voor Vlaanderen, maar er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit cijfer ernstig afwijkend is. Suïcidaal gedrag wordt buiten de ggz jammer genoeg vaak niet herkend of bevraagd. Het belang hiervan is nochtans groot: hoe sneller suïcidaal gedrag wordt opgemerkt en behandeld, hoe beter. In een vroeg stadium, waarbij iemand wel speelt met de gedachte aan suïcide, maar ook nog aan andere dingen kan denken en er nog geen of in mindere mate sprake is van *entrapment*, zoals dit beschreven is in hoofdstuk 3 [??? '6' aangepast, RED], is het raadzaam om suïcidaal gedrag te bespreken en te zoeken naar alternatieven voor het verminderen of laten verdwijnen van deze gedachten. Het is echter vaak moeilijk om suïcidaal gedrag te herkennen, zeker als mensen niet in behandeling zijn bij de ggz. Voor een goede preventie is het dus van wezenlijk belang dat huisartsen en andere hulpverleners buiten de ggz opgeleid worden in deze cruciale rol. Veel mensen met suïcidaal gedrag zijn echter wél in behandeling bij de ggz. Ook deze ggz-professionals dienen ongeleid te worden in de bevraging en behandeling van suïcidaal gedrag of suïcidale ideaties. 

1 Opleiding van intermediairen en gatekeepers in de herkenning en bevraging van suïcidaliteit

Voor sleutelfiguren die beroepsmatig in contact komen met suïcidale personen of risicogroepen (onder anderen huisartsen, verpleegkundigen, studentenbegeleiders, ggz-hulpverleners, sociaal werkers), is een goede kennis van suïcidaliteit en de behandeling ervan essentieel. Uit onderzoek weten we 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. Het opleiden van professionele hulpverleners en sleutelfiguren in de samenleving is bijgevolg een vaak gebruikte en effectieve strategie voor suïcidepreventie.

In functie van een degelijke diagnostiek zijn de herkenning van suïcidale signalen en het maken van een goed contact basisvoorwaarden voor iedere medewerker (artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten) die actief in de zorg werkzaam is, samen met het uitvoeren van een oriënterend onderzoek. Oriënterend onderzoek omvat:

- de actuele suïcidale toestand kunnen inventariseren;
- stress- en kwetsbaarheidsfactoren identificeren;
- naasten bij de zorg betrekken;
- een inschatting maken van de noodzaak om door te verwijzen;
- zorgen voor veiligheid en continuïteit van zorg.

Een uitgebreid oriënterend onderzoek naar de oorzaken, het ontstaan en de ontwikkeling van het suïcidale gedrag, de beoordeling van de wilsbekwaamheid en de indicatiestelling voor behandeling worden beschouwd als specialistische vaardigheden die worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is. Dit vereist goede professionele vaardigheden en goede gespreksvaardigheden, evenals kennis van psychische stoornissen en andere stress- en kwetsbaarheidsfactoren.

Uit onderzoek blijkt dat trainingen voor hulpverleners betreffende suïcide en het omgaan met suïcidale personen zinvol én effectief zijn in het verbeteren van kennis, attitudes en vertrouwen inzake suïcide. Daarnaast zorgen ze bij verpleegkundigen, leerkrachten, vrijwilligers op crisislijn en psychologiestudenten voor een verbeterde inschatting van de risico's en zorgbehoeften van suïcidale patiënten en leiden ze tot meer interventies om suïcide te voorkomen.

Opleidingen in suïcidepreventie dienen vooral zeer praktische vaardigheidstrainingen te zijn,

met als focus het herkennen van en gepast reageren op signalen van suïcidaliteit, de suïcidaliteit bespreekbaar maken, de risico-inschatting en de doorverwijzing. Ervaringsgericht leren is hierin een belangrijke meerwaarde. Er rust immers nog steeds een belangrijk maatschappelijk taboe op suicide. Dit zorgt ervoor dat erover praten als hulpverlener geen vanzelfsprekendheid is. In trainingen rond suïcidaliteit kunnen deelnemers zelf aanvoelen hoe sterk het taboe hen weerhoudt om te spreken over suicide. Vanuit deze bewustwording worden dan vaardigheden aangereikt om op een neutrale, professionele manier het gesprek aan te gaan.

Er zijn helaas geen beschikbare tests die acuut suïcidaal gedrag betrouwbaar kunnen voorspellen. Epidemiologisch onderzoek heeft vele risicofactoren voor suïcidaal gedrag opgeleverd, maar die zeggen weinig over het risico van levensbedreigend gedrag van de individuele patiënt. Daarom is het belangrijk dat iedere hulpverlener alert is op signalen van suïcidaal gedrag en suïcidegedachten actief bevroegt. Om suicide te voorkomen is het belangrijk zo vroeg mogelijk in het suïcidale proces in te grijpen. Het detecteren en het bespreekbaar maken van suïcidaliteit zijn dus van fundamenteel belang. Door suïcidegedachten te bespreken en specifiek aan deze suïcidaliteit te werken kan een hulpverlener de suïcidale persoon inzicht geven in deze gedachten, alternatieven aanreiken, een behandeling indiceren en/of de suïcidale persoon leren omgaan met deze gedachten.

2 Suïcidepreventie in de zorg, een multilevelmodel met een aantal basisprincipes

In de hulpverlening aan suïcidale personen worden vier belangrijke basisprincipes onderscheiden. Deze principes zijn ook de basis van zowel de Nederlandse als de Vlaamse richtlijn suïcidepreventie.

- 1 Een goed contact leggen.
- 2 Bevorderen van de veiligheid.
- 3 De omgeving erbij betrekken.
- 4 Zorgen voor continuïteit.

2.1 Een goed contact leggen

Een eerste basisprincipe is een goed contact maken met de cliënt. Dit is onontbeerlijk om een goed beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat bij een

persoon tot suïcidaliteit heeft geleid. Zeker bij de eerste ontmoeting is dit mede bepalend voor het verdere beloop van de zorg. 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 suïcidale gedrag: een goede therapeutische relatie blijkt samen te gaan met een vermindering van zelfbeschadigend gedrag en suïcidepogingen.

Een goed contact opbouwen kan bemoeilijkt worden door de somatische of psychische toestand van de hulpvrager. Zo kan in bepaalde situaties sprake zijn van een verminderd bewustzijn of een ernstig veranderde perceptie. Hierdoor kan het zelfinzicht beperkt worden, waardoor het verdere onderzoek van de suïcidaliteit niet of onvolledig mogelijk is. In deze situatie is het aan te bevelen het verzamelen van completere informatie uit te stellen en/of de informatie op urgente wijze te verkrijgen via naasten. Ook kan er een situatie ontstaan dat op basis van klinische intuïtie of door bepaalde omstandigheden en/of voorbereidingshandelingen een hoog suïciderisico wordt ingeschat. Er moet dan acuut gehandeld worden, waarbij een crisisinterventie moet plaatsvinden. In deze situatie kan het dus voorkomen dat de wijze van contact leggen ondergeschikt is aan de urgentie van het handelen. Ook bij kinderen en jongeren zal er extra aandacht moeten gaan naar het maken van contact en naar het opbouwen van een vertrouwensband. Dit vergt vaak meer inlevingsvermogen en creativiteit.

Wat houdt een goed contact leggen nu precies in? Het is opportuun de volledige aandacht aan de suïcidale persoon te besteden en te proberen zich in zijn of haar mindset te verplaatsen door de crisis vanuit zijn of haar perspectief te zien, zonder daarbij als hulpverlener een persoonlijke opinie te ventileren. De suïcidale persoon voluit laten spreken over de negatieve gevoelens en gedachten die aan de basis liggen van de mentale pijn kan voor opluchting zorgen, waardoor positieve gedachten meer ruimte kunnen krijgen. Dit vraagt empathie, creativiteit en transparantie van de beoordelaar. Geduld, optimisme en afgemeten hoop uitstralen zijn belangrijke componenten voor het leggen van een goed contact. Een veelbelovende diagnose- en behandelmethodede die van voorgaande gebruikmaakt, is Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) (Jobes, 2012). (De Nederlandse vertaling is te vinden op <http://suïcidaliteit.nl/cams/index.html>.)

Het is voor het inschatten van de suïcidaliteit belangrijk de patiënt te vragen naar eerdere

ervaringen met hulpverleners. Negatieve ervaringen kunnen namelijk een reden zijn dat patiënten terughoudend zijn om over hun suïcidale gedrag te vertellen.

Het is zaak de suïcidale persoon goed op te volgen. Is de betrokkene in crisis, zie hem of haar dan urgent en daarna mogelijk frequenter. Komt de betrokkene niet, 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. In tabel 21.1 worden enkele voorbeelden gegeven die kunnen helpen bij het maken van contact.

Tabel 21.1 Voorbeelden om contact te maken

• Spreek open over de suïcidale gedachten of suïcidepoging. Durf concreet te zijn.
• Wees beschikbaar, neem de tijd, wees warm en liefdevol (uiteraard met een professioneel evenwicht tussen nabijheid en afstand). Ga letterlijk naast iemand zitten als dat mogelijk is.
• Praat iemand geen schuldgevoel aan. Leef mee en laat merken dat suïcidale gedachten er mogen zijn. Veroordeel niet.
• Bespreek eerst de problemen en het verhaal van de persoon. Kom niet meteen met oplossingen of tips om iets te gaan doen. Eerst luisteren en dan pas over vervolgstappen nadenken.
• Kom afspraken na. Vat het gesprek regelmatig samen. Stimuleer iemand zelf aantekeningen van de gesprekken en een afsprakenlijstje te maken.
• Ga samen met de persoon na wat signalen zijn waaruit zou kunnen blijken dat hij weer suïcidaal wordt. Wees alert op signalen dat er mogelijk iets niet goed gaat.
• Blijf vragen naar suïcidale gedachten, ook in latere fasen. Neem het initiatief en wacht niet af tot iemand er zelf mee komt of tot er sprake is van een crisis.
• Vraag of iemand wil praten of liever iets anders wil doen, bijvoorbeeld samen een wandeling maken, muziek luisteren of juist stil zijn en niets hoeven. Bied de mogelijkheid van mailcontact.
• Wijs op andere mogelijkheden voor ondersteuning, zoals de Zelfmoordlijn 1813 in Vlaanderen of 113 Zelfmoordpreventie in Nederland, contact met een ervaringsdeskundige of (online) deelnemen aan een zelfhulp- of lotgenotengroep.

2.2 Bevorderen van de veiligheid

Een tweede essentieel basisprincipe is het bevorderen van de 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 het vermijden dat de betrokkene frequent of geruime tijd alleen is (door bijvoorbeeld verhoogd toezicht te voorzien) en ervoor zorgen dat de omgeving veiliger gemaakt wordt (door bijvoorbeeld de toegang tot medicijnen te beperken, de sleutels van een motorfiets in te laten leveren, vuurwapens met hulp van naasten uit een huis te verwijderen enzovoort). 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 de volgende aandachtspunten in acht te

worden genomen:

- Stel samen met de betrokkene een *safety plan* op.
- Bekijk hoe je de toegang kunt beperken tot middelen waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen.
- Bespreek met naasten hoe zij kunnen helpen in te staan voor de veiligheid van de hulpvrager. Houd hierbij rekening met hun mogelijkheden en draagkracht.
- Ga indien nodig over tot verhoogd toezicht of (gedwongen) opname.
- Zorg dat je weet hoe en wanneer je een beroep kunt doen op hulpdiensten, collega's en beveiligingspersoneel.
- Zorg voor een veilige infrastructuur in de praktijk of instelling.
- Geef bij een lichamelijk letsel voorrang aan de behandeling van de somatische toestand.

Het bevorderen van de veiligheid van cliënten die niet in de gespecialiseerde zorg verblijven, is vaak afhankelijk van het derde, nu volgende basisprincipe.

2.3 De omgeving erbij betrekken

Het derde belangrijke principe is het streven de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren de omgeving in de mate van het mogelijke erbij te betrekken in de verschillende fasen van de hulpverlening.

Voor hulpverleners kan het al dan niet betrekken van naasten bij suïcidaal gedrag om verschillende redenen een moeilijke beslissing zijn. Het uitgangspunt zou echter moeten zijn om in elke fase van het zorgproces samen te werken met de naaste(n) van de patiënt, tenzij er goede redenen zijn om dat niet te doen. 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 (bijvoorbeeld over eerdere pogingen, recente ingrijpende levensgebeurtenissen of veranderingen), meedenken over de hulp die nodig is en veiligheid helpen installeren. Ze kunnen hulp en steun bieden bij de opvang en begeleiding van de suïcidale persoon en betrokken worden bij de evaluatie van de behandeling. Door hen erbij te betrekken kunnen zij bewuster worden gemaakt 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.

Bij het erbij betrekken van de omgeving zijn de volgende aandachtspunten van groot belang.

- 1 Richt je niet als eerste op de naasten. Respecteer eerst voldoende de autonomie van de suïcidale persoon en stimuleer hem of haar de regie zelf in handen te nemen om daarna de naasten maximaal erbij te betrekken.
- 2 Probeer op een actief coachende manier eerst samen de problemen in kaart te brengen en mogelijke oplossingen te zoeken, om vervolgens zorgvuldig en in overleg na te gaan of de situatie en context zich ertoe lenen naasten erbij te betrekken.
- 3 Wanneer de hulpverlener de situatie en context gunstig acht om naasten erbij te betrekken, maar de suïcidale persoon er niet meteen voor openstaat, 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 erbij betrokken worden, moet in overeenstemming zijn met hun bereidheid en hun draagkracht.
- 4 Soms wil de betrokkene niet dat contact wordt opgenomen met naasten. Dit kan voortkomen uit schaamte of schuldgevoel. Vaak wordt door hulpverleners dan beargumenteerd dat het beroepsgeheim in dit opzicht sterk meeweegt en vraagt men onvoldoende door naar de redenen om dit contact af te houden. De praktijk wijst echter uit dat er na een goed gesprek, waarbij iemand wordt gevalideerd in zijn argumenten, dikwijls meer ruimte komt, waardoor alsnog toestemming komt.
- 5 In ernstige situaties, waarbij vermoed wordt dat weigering berust op wilsonbekwaamheid en/of er een zeer groot veiligheidsrisico is, kan gekeken worden of het beroepsgeheim kan worden doorbroken. Uiteraard hoort hier zorgvuldig overleg met collega's bij.
- 6 Naasten erbij betrekken dient in overeenstemming te zijn met de privacywetgeving, de wet op de patiëntenrechten en het beroepsgeheim (zie de bijlage 'Gezondheidszorgwetgeving' in beide suïciderichtlijnen [??? 'in de richtlijn' aangepast, akkoord? RED]). Daarbij moet men ook rekening houden met het juridisch kader, zoals de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Naasten kunnen ook zelf behoefte hebben aan psycho-educatie, steun en hulp. Het samenleven met iemand met suïcidegedachten of iemand die een poging ondernam, kan immers een grote emotionele impact hebben op naasten. In een gesprek met naasten kunnen de volgende aspecten aan bod komen.

- Psycho-educatie over hoe suïcidegedachten en/of -gedrag kunnen ontstaan en zich ontwikkelen, waarschuwingssignalen, het verhoogde risico na verlof of na ontslag enzovoort.
- Inventariseren wat de aanleiding gaf tot suïcidegedachten 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.
- Bespreken wat naasten kunnen doen als de betrokkene kampt met een suïcidale crisis.
- Ook het *safety plan* kan met de naasten besproken worden. Naasten kunnen bijvoorbeeld helpen de thuisomgeving veiliger te maken voor de suïcidale persoon (onder andere door de toegang te beperken tot potentiële methoden, zoals die met geneesmiddelen en/of scherpe voorwerpen).

2.4 Zorgen voor continuïteit

Een vierde basisprincipe is het zorgen voor follow-up en zorgcontinuïteit. In de huidige organisatie van de hulpverlening blijkt de continuïteit van zorg een van de belangrijkste knelpunten te zijn. Door een gebrek aan sluitende afspraken in de keten krijgen patiënten niet altijd de juiste (na)zorg. De continuïteit van zorg is nochtans een van de belangrijkste aandachtspunten voor patiënten met suïcidaal gedrag. Om die continuïteit te verwezenlijken is het belangrijk de kritische momenten in kaart te brengen en op deze manier een betere doorstroming te garanderen. Vooral de transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties (bijvoorbeeld bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, bij overplaatsing naar een andere behandelsetting, bij wisseling van hulpverlener of bij ontslag) blijken risicovolle momenten waarop een degelijke informatieoverdracht moet gebeuren. Lokale samenwerkingsafspraken met de zorgverstrekkers in de regio kunnen dit faciliteren, bijvoorbeeld met huisartsen, mobiele crisisteamen of Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Het is sterk aanbevolen een suïcidale patiënt goed op te volgen na de behandeling. Een suïcidaal proces heeft immers een wisselend verloop en kent heel wat schommelingen, waardoor een regelmatige herhaling van een risico-inschatting noodzakelijk is. Psychiatrische patiënten en patiënten in een ernstige psychosociale crisis hebben een sterk verhoogd risico van suïcidaliteit. Daarnaast kan ontslag uit intramurale zorg (omwille van suïcidaliteit) het risico van heroptreden van suïcidaliteit verhogen. Dit risico blijft vaak geruime tijd aanwezig. Bij suïcidepogers zien we een gelijkaardig verhaal. Een suïcidepoging in de voorgeschiedenis

is de belangrijkste klinische risicofactor voor suïcide. Onderzoek toont aan dat er een sterk verhoogd risico bestaat van recidieven en suïcide na een suïcidepoging. Bijna 25% van het aantal patiënten dat overlijdt door suïcide, was het voorafgaande jaar opgenomen in een algemeen ziekenhuis omwille van een poging. De weken volgend op de poging bevatten het hoogste risico van recidieven en bij elke nieuwe poging stijgt het risico van een fatale afloop. Wat follow-upcontacten betreft, zijn er tal van mogelijkheden. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn brieven, huisbezoeken, telefoongesprekken, sms'jes, 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 de therapietrouw te verbeteren. Bovendien kunnen follow-upcontacten in sommige contexten het aantal suïcidepogingen laten dalen, hoewel dit effect niet in alle studies werd teruggevonden.

3 Een goed uitgewerkt suïcidepreventiebeleid als essentieel onderdeel van elke organisatie

Suïcidaliteit is geen zeldzaam fenomeen. Dit betekent dat heel wat diensten en organisaties er vroeg of laat en in mindere of meerdere mate mee geconfronteerd zullen worden. In settings waar men frequent geconfronteerd wordt met suïcidaliteit (bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg), nodigt deze realiteit als het ware vanzelf uit om grondig bij deze problematiek stil te staan. In andere organisaties kan suïcidaliteit meer een ver-van-mijn-bedshow zijn. Weinig organisaties lijken te beschikken over een specifiek en geëxpliciteerd suïcidepreventiebeleid.

Toch heeft een dergelijk beleid een duidelijke meerwaarde. Suïcidaliteit is namelijk een bijzonder complex fenomeen dat geen eenvoudige oplossingen kent en waarbij een zekere houvast dus geen overbodige luxe is. Voorbereid zijn bevordert efficiënte communicatie, actie- en beslissingslijnen, vermindert de ernstige gevolgen van suïcidaal gedrag en kan de negatieve effecten voor zowel personen als organisatieprocessen dus beperken. Een suïcidepreventiebeleid zorgt voor een omkadering van specifieke acties en maatregelen, waardoor de duurzaamheid van deze acties gewaarborgd wordt. Proactief een suïcidepreventiebeleid uitwerken in een draaiboek is dan ook een belangrijke pijler binnen suïcidepreventie. In Vlaanderen kan een organisatie voor ondersteuning bij dit ontwikkelingsproces beroep doen op de [CGG-Suïcidepreventiewerking](#). Een suïcidepreventiedraaiboek dient ten minste de volgende vier luiken te omvatten.

- 1 Vroegdetectie en -interventie.
- 2 Omgaan met acute suïcidedreiging.
- 3 Opvang na een suïcidepoging.
- 4 Opvang na een suïcide.

Elk luik dient concrete afspraken over coördinatie, communicatie, handelingsrichtlijnen en aandachtspunten voor evaluatie te bevatten. De integratie van evidence-based praktijken (bijvoorbeeld werken met een *safety plan*, de toegang tot suïcidemiddelen beperken) met focus op de concrete toepassing hiervan wordt uiteraard zo veel mogelijk nagestreefd. De voordelen van een dergelijk beleid zijn talrijk: op momenten van crisis voorkomt het paniek en verkeerde beslissingen. Anderzijds zorgt een suïcidepreventiebeleid voor een vroege detectie van signalen van suïcidaliteit, met een gecoördineerde en aangepaste aanpak tot gevolg. Een beleid kan van nut zijn op school, bij een politiekorps, in een gevangenis, in een ziekenhuis of in een andere zorginstelling. Ook bedrijven die geconfronteerd zijn met suïcide bij werknemers, zullen baat hebben bij een preventiebeleid. Waar mensen intensief samenwerken of samenleven, is er immers steeds een gevaar voor ‘besmetting’ [??? Tussen aanhalingstekens gezet, RED] naar andere personen. Eén zelfdoding kan aanleiding geven tot verscheidene suïcides binnen eenzelfde setting. Ten slotte kan een suïcidepreventiebeleid een zekere duurzaamheid waarborgen, waarbij nieuwe medewerkers systematisch ingelicht worden over het stappenplan en een opleiding krijgen om gepast te kunnen reageren op crisissituaties.

Een suïcidepreventiebeleid heeft de volgende algemene doelstellingen.

- *Voorkomen van paniekgevoelens.* Als een organisatie geconfronteerd wordt met suïcidaliteit, is het belangrijk dat er snel en adequaat gehandeld wordt. Deze problematiek roept doorgaans heel wat vragen op. Dit kan machteloosheid met zich meebrengen, waardoor paniek kan ontstaan en incompetent gehandeld wordt.
- *Voorkomen dat iemand suïcidaal gedrag stelt.* Een suïcidepreventiebeleid moet richtlijnen geven voor hoe te reageren wanneer men geconfronteerd wordt met suïcidaliteit. Wanneer bij iemand signalen opgevangen worden en die persoon de juiste begeleiding krijgt, kan het suïcidale proces door verschillende interventies omgekeerd of gestagneerd worden.
- *Voorkomen dat een werknemer ten gevolge van een poging blijvend lichamelijk letsel overhoudt of zelfs overlijdt.* In een suïcidepreventiebeleid staat onder andere vermeld wie van de organisatie verantwoordelijk is voor het toedienen van de eerste medische hulp en/of hoe daarbij wordt samengewerkt met de (plaatselijke) nooddiensten.

- *Voorkomen van ernstige emotionele schade bij iemand die een poging heeft ondernomen.* Een poging is dé belangrijkste risicofactor wat betreft het uiteindelijk overlijden door suïcide. Een goede opvang, verdere begeleiding en toeleiding naar zorg van iemand die een poging heeft ondernomen, zijn dan ook cruciaal.
- *Voorkomen dat andere betrokken personen suïcidaal gedrag stellen (kopieergedrag).* Indien op een gepaste manier gereageerd wordt na een suïcide(poging) en men een goede opvang voorziet voor alle betrokken personen, kan men de kans op kopieergedrag verkleinen.
- *Kennis vergroten en attitudeverandering binnen een organisatie.* Hoe meer sleutelfiguren in een organisatie kennis hebben over signalen en over hoe ze dienen door te verwijzen, hoe sneller mensen correct opgevangen kunnen worden en hulp kunnen krijgen. Door vorming kan ook de attitude gewijzigd worden en kunnen vooroordelen ten opzichte van suïcidaliteit gewijzigd worden.
- *Samenwerking met andere instanties.* Samenwerking met andere organisaties is nodig en mogelijk. In functie van een suïcidepreventiebeleid is het zinvol concrete afspraken te maken over bijvoorbeeld doorverwijzingen.

Voor het realiseren van een effectief suïcidepreventiebeleid zijn enkele voorwaarden belangrijk.

- 1 *Ontwikkeling door opleiding, verdere scholing en ervaring.* Bepaalde sleutelfiguren in en rond een organisatie dienen zich te ontwikkelen op het gebied van suïcidepreventie, waardoor ze het opgemaakte suïcidepreventiebeleid kunnen dragen. De doelstellingen van deze vorming zijn het suïcidepreventiebeleid bekendmaken, een minimale kennis verwerven omtrent de signalen van suïcidaliteit, een adequate eerste opvang kunnen bieden, weten welke steunfiguren betrokken kunnen worden en een gedegen kennis verwerven inzake hulpverleningsinstanties waarnaar doorverwezen kan worden
- 2 *Draagvlak.* Het is essentieel dat het suïcidepreventiebeleid opgesteld wordt door sleutelfiguren en beleidsmakers van de organisatie en in samenwerking met de externe partners waarmee de organisatie wil samenwerken. Het ontwikkelen van een gedeelde visie op suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen staat hierbij voorop.
- 3 *Inbedding.* Het suïcidepreventiebeleid dient gekaderd te worden binnen het gehele gezondheidsbeleid van de organisatie. Inbedding betekent ook dat het personeel het suïcidepreventiebeleid kent en gebruikt.
- 4 *Evaluatie.* Zeker na een suïcidale crisis is het belangrijk om na te gaan of het

suïcidepreventiebeleid heeft gewerkt en waar eventueel bijsturing nodig is. Ook als er geen incidenten zijn geweest, is het aangewezen het suïcidepreventiebeleid bijvoorbeeld jaarlijks te herbekijken en te actualiseren.

Uit voorgaande mag blijken dat niet alleen de suïcidale persoon gebaat is bij een goed suïcidepreventiebeleid. Ook een organisatie heeft veel te winnen door actief in te zetten op suïcidepreventie en kan daardoor een veel grotere rol spelen in het voorkómen van lijden ten gevolge van suïcidaal gedrag.

4 Tot besluit

Het is uitermate belangrijk dat preventie van suïcidaal gedrag zich op alle niveaus binnen de samenleving afspeelt. Er zijn verscheidene niveaus van preventie en het is ook zaak om op diverse niveaus risicogroepen te identificeren en acties te ondernemen. In de samenleving kan suïcidepreventie verbeterd worden door mensen op sleutelposities te trainen in het herkennen en bevragen van suïcidaliteit. In de zorg is het van belang een beroep te kunnen doen op goed getrainde hulpverleners die de richtlijnen voor suïcidepreventie kennen en vaardig zijn in de opvang en evaluatie van suïcidale personen [??? 'van suïcidaliteit' aangepast, RED] en de vervolgbehandeling, met inbegrip van continuïteit van de zorg. Voorgaande kan alleen plaatsvinden wanneer het belang hiervan algemeen erkend wordt en organisaties werk maken van een goed beleid omtrent het omgaan met suïcidaliteit.

Uiteindelijk zal bij een evenwichtige samenwerking binnen en buiten de zorg de suïcidepreventie geoptimaliseerd kunnen worden en kunnen we het lijden door suïcidaal gedrag uiteindelijk verminderen.

Literatuur

- Aerts, S., Dumon, E., Heeringen, K. van, & Portzky, G. (2017). *Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Brussel: Politeia. Zie ook <http://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>.
- Andriessen, K., & Brande, J. Van den (2001). Youth suicide prevention and intervention skills: training of key persons. In: O. Grad (red.), *Suicide risk and protective factors in the new millennium* (pp. 109-113). Ljubljana: Cankarjev dom.
- Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., e.a. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM project). *Psychological Medicine*, 30(4), 805-812.
- Barr, W., Leitner, M., & Thomas, J. (2005). Psychosocial assessment of patients who attend an accident and emergency

- department with self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 130-138.
- 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 non-behavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67-77.
- Beghi, M., & Rosenbaum, J.F. (2010). Risk factor for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 349-355.
- Beurs, D.P. de, Hooiveld, M., Kerkhof, A.J., Korevaar, J.C., & Donker, G.A. (2016). Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ Open*, 6(5), e010868.
- Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7), 588-594.
- Capp, K., Deane, F.P., & Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(4), 315-321.
- CGG-SP Suïcidepreventiedraaiboek. Niet-uitgegeven document. Federatie voor Diensten Geestelijke Gezondheidszorg.
- De Leo, D., Draper, B.M., Snowdon, J., & Kolves, K. (2013). Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention? *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1117-1123.
- Dennis, M., Evans, A., Wakefield, P., & Chakrabarti, S. (2001). The psychosocial assessment of deliberate self-harm: using clinical audit to improve the quality of the service. *Emergency Medical Journal*, 18, 448-450.
- 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), 872-887.
- Fenwick, C.D., Vassilas, C.A., Carter, H., & Haque, M.S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 117-121.
- Ferrey, A.E., Hughes, N.D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., e.a. (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 WHO*, 86(9), 703-709.
- Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 739-750.
- Gordon, R.S., jr. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.
- Hawton, K., & Heeringen, C. van (red.) (2000). *International handbook on suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hawton, K., & Heeringen, K. van (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, L.T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., e.a. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 740-750.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Hayes, A.J., Shaw, J.J., Lever-Green, G., Parker, D., & Gask, L. (2008). Improvements to suicide prevention training for prison staff in England and Wales. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38, 708-713.

- Heeringen, C. van (2007). Biologische en genetische oorzaken van suïcidaal gedrag. In: C. van Heeringen (red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (pp. 65-76). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., e.a. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Huisman, A., Houwelingen, C.H. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (2010). Psychopathology and suicide method in mental health care. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 94-99.
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., e.a. (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.
- Jobs, D.A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640-653.
- Keller, D.P., Schut, L.J.A., Puddy, R.W., Williams, L., Stephens, R.L., McKeon, R., e.a. (2009). Tennessee lives count: statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 126-133.
- Koburger, N., Mergl, R., Rummel-Kluge, C., Ibelshäuser, A., Meise, U., Postuvan, V., e.a. (2015). Celebrity suicide on the railway network: can one case trigger international effects? *Journal of Affective Disorders*, 185, 38-46.
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). *Generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Opgenomen in de database GGZ Standaarden. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lönngqvist, J. (2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In: D. Wasserman & C. Wasserman (red.), *The Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (pp. 275-286). Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- Matheson, F.I., Creatore, M.I., Gozdyra, P., Moineddin, R., Rourke, S.B., & Glazier, R.H. (2005). Assessment of police calls for suicidal behavior in a concentrated urban setting. *Psychiatric Services*, 56(12), 1606-1609.
- McNiel, D.E., Fordwood, S.R., Weaver, C.M., Chamberlain, J.R., Hall, S.E., & Binder, R.L. (2008). Effects of training on suicide risk assessment. *Psychiatric Services*, 59, 1462-1465.
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 206(3), 184-190.
- Neeleman, J. (2001). A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology*, 30(1), 154-162.
- Neimeyer, R.A., & MacInnes, W.D. (1981). Assessing paraprofessional competence with the Suicide Intervention Response Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 176-179.
- Niederkröthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., e.a. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effect. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
- O'Connor, R.C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*, 32, 295-298.

- O'Connor, R.C., & Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73-85.
- Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2004). Benefits of implementing an academic training-of-trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, *8*(4), 331-343.
- Scheerder, G., Reynders, A., Andriessen, K., & Audenhove, C. Van (2010). Suicide intervention skills and related factors in community and health professionals. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *40*(2), 115-124.
- Verwey, B., Waarde, J.A. van, Bozdag, M.A., Rooij, I. van, Beurs, E. de, & Zitman, F.G. (2010). Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. *Crisis*, *31*(6), 303-310.
- Zahl, D.L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 70-75.