



De Suïcidepreventiekaart

Bijlage bij het webdossier Preventie van Zelfdoding

Inhoud

DE SUICIDEPREVENTIEKAART	1
1. Signalen	5
1.1. Risicogroepen	7
1.1.5. Chronisch zieken.....	9
2. ASK - Suïcidaliteit bevragen	10
<i>Hoe vraagt u naar zelfdodingsgedachten?</i>	10
3. ASSESS - Het suïciderisico inschatten.....	12
3.1. Het suïcidaal proces.....	12
3.2. Het crisisgesprek.....	13
4. ADVISE - Geef duiding	18
5. AGREE - Bespreek de zorg	19
5.1. Laat de patiënt niet alleen.....	19
6. Behandelen.....	22
7. ASSIST - Verwijs	23
7.1. In geval van nood	23
7.2. In een acute situatie	23
7.3. In een niet-acute situatie	25
8. ASSURE FOLLOW-UP – Volg op.....	27
8.1. Bij een poging	27
8.2. Bij een zelfdoding	29
8.3. Chronische suïcidaliteit	32
9. Bronnen	34

DE SUICIDEPREVENTIEKAART

De suïcidepreventiekaart helpt om suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Ze is opgebouwd volgens zes A's: Ask, Assess, Advise, Agree, Assist en Assure follow-up. De methode van de vijf A's voor gedragsverandering, zoals in rookstopbegeleiding, vormt een overzichtelijke structuur voor consultvoering over psychosociale thema's. Omwille van het belang van samenspraak met de patiënt en zijn naasten over de zorg en opvolging werd een zesde A van Agree toegevoegd.

Bekijk de suïcidepreventiekaart op <http://www.domusmedica.be/documentatie/dossiers/preventie-van-zelfdoding.html>.

Lees het artikel uit Huisarts Nu over de suïcidepreventiekaart op http://www.domusmedica.be/images/stories/huisartsnuarchief/2012/h41_02_02_kort_nieuws.pdf.

PREVENTIE VAN ZELFDODING

Ask, Assess, Advise, Agree, Assist, Assure follow-up

SIGNALEN

- ▶ Spreken over zelfdoding of de zinloosheid van het leven
- ▶ Dreigen zichzelf iets aan te doen
- ▶ Schrijven over de dood
- ▶ Suicidegedachten
- ▶ Eerdere suïcidepoging(en)
- ▶ Depressie en/of een andere psychiatrische stoornis
- ▶ Hopeloosheid
- ▶ Zich terugtrekken
- ▶ Middelenmisbruik
- ▶ Op zoek gaan naar middelen
- ▶ Wisselende stemmingen
- ▶ Vastzitten
- ▶ Roekeloosheid
- ▶ Kwaadheid
- ▶ Angst
- ▶ Doelloosheid
- ▶ Slaapproblemen
- ▶ Fysieke klachten

ASK (Bevraag en benoem)

- ▶ **Praten over zelfdoding werkt preventief.**
- Maak contact en probeer een empathische arts-patiëntrelatie te bekomen.
- Bevraag en benoem de zelfdodingsgedachten:
 - 'Bent u soms wanhopig?'
 - 'Denkt u soms dat het leven de moeite niet meer waard is?'
 - 'Denkt u aan zelfmoord?'
- Accepteer de gevoelens van de patiënt, benoem en erken het lijden:
 - 'Ik begrijp dat u het erg moeilijk hebt en momenteel geen uitweg meer ziet.'

ASSESS (Exploreer het risico)

SCHAT DE ERNST IN

- ▶ **Hoe nauwkeuriger men heeft nagedacht over suicide, hoe dichterbij de mogelijkheid komt.**
- Schat het risico op suïcidaal gedrag in door het rechtstreeks bevragen van de zelfdodingsgedachten:
 - 'Hoe vaak denkt u aan zelfmoord?'
 - 'Hoe concreet denkt u aan zelfmoord?'
 - 'In welke omstandigheden denkt u aan zelfmoord?'
 - 'Hebt u voorbereidingen getroffen?'
 - 'Bent u bang de controle te verliezen?'

VERKRIJG INZICHT

- ▶ **Bij suïcidaliteit gaat het om Psychische Pijn die door de patiënt ervaren wordt als Onoplosbaar, Ondraaglijk en Oneindig (2 P's en 3 O's).**
- Exploreer de gevoelens.
- Bespreek de uitlokkende gebeurtenis.
- Bespreek de achterliggende problematiek en risicofactoren:
 - gebrek aan sociale contacten en inbedding
 - middelenmisbruik, depressie, psychose, persoonlijkheidsstoornis
 - recente verlieservaringen en/of stressoren
 - gezondheidsproblemen
 - lage sociaaleconomische status
 - voorgeschiedenis van suïcidepogingen
 - suïcidaal gedrag in directe omgeving
 - beschikbaarheid van suïcidemiddelen

ZOEK UITZICHT

- ▶ **Een suïcidale persoon blijft aarzelen tussen leven en dood. Niet meer willen leven betekent meestal niet meer 'op deze manier' willen leven en verlost zijn van de psychische pijn.**
- Creëer een breder tijdsperspectief. Zelfdoding is een definitieve 'oplossing' voor een tijdelijk probleem:
 - 'Doe het niet, nu u het zo moeilijk hebt. Geef uzelf tijd om uit te zoeken of er andere uitwegen zijn. Ik zal u daarbij helpen.'
- Ga op zoek naar redenen om te leven, creëer hoop:
 - 'Wat houdt u tegen om zelfmoord te plegen?'
- Bespreek beschermende factoren, zoek houvast:
 - 'Wat wilt u bereiken met de dood? Ziet u een andere manier?'
 - 'Wat heeft u eerder geholpen?'
 - 'Waar vindt u nog steun, voldoening, hoop ...?'

ADVISE (Geef duiding)

- ▶ **Deel uw inzichten met de patiënt.**
- Vat samen wat de patiënt vertelt heeft, structureer het gesprek.
- Geef beperkte psycho-educatie: 'Doordat u depressief bent, hebt u nu deze zwarte gedachten.'

AGREE (Bespreek de zorg)

- ▶ **Handel directiever als het suïciderisico groter is.**
- Betrek naasten met respect voor het beroepsgeheim en ondersteun hen. Naasten kunnen risicoverhogend of beschermend zijn.
- Stel samen een crisis- en veiligheidsplan op:
 - crisisplan: wat kan de patiënt zelf doen om een crisis te overbruggen, met wie kan hij contact opnemen?
 - veiligheidsplan: aan welke signalen kan de patiënt of zijn omgeving suïcidaliteit herkennen?
- Organiseer veiligheid:
 - verwijder suïcidemiddelen, schrijf veilig voor.
 - laat de patiënt niet alleen.
- Indien u niet de huisarts van de patiënt bent, zorg voor (mondelinge) overdracht naar de eigen huisarts.

ASSIST (Verwijs en overleg)

- ▶ **Verwijs via verwijfsbrief en telefonisch contact met verwijfsinstantie.**

IN EEN NIET-ACUTE SITUATIE

- Verwijs naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg:
 - bespreek de mogelijke drempels.
 - vraag naar de voorrangsregel voor suïcidale personen bij een CGG.
- Plan overbruggingscontacten.
- Zoek naar praktische hulp voor de uitlokkende gebeurtenis.

IN EEN ACUTE SITUATIE

- Ga op zoek naar de minst beperkende en tegelijk meest veilige setting.
- Criteria voor opname:
 - is er een veiligheidsrisico voor de patiënt of zijn omgeving?
 - heeft de patiënt sociale steun?
 - wil de patiënt meewerken aan de behandeling?
- Verwijs naar acute psychiatrie of de (psychiatrische) spoedgevallendienst.
- Bespreek indien nodig, vrijwillige opname.
- Gedwongen opname enkel bij veiligheidsrisico voor zichzelf of anderen.

ASSURE FOLLOW-UP (Volg op)

- ▶ **Maak altijd een vervolgspraak, ook bij doorverwijzing.**

- Schat het suïciderisico bij elke consultatie opnieuw in.
- Bespreek de doorverwijzing en stimuleer therapietrouw.
- Pas het crisis- en veiligheidsplan aan.

BIJ EEN POGING

- ▶ **Neem elke poging ernstig, ook bij jongeren, ongeacht de aanleiding en de ernst van het toegebrachte letsel.**

- Geef basiszorg en/of schakel de nooddienst in bij een lichamelijk letsel.
- Een gespecialiseerd GGZ-hulpverlener kan een deskundige beoordeling maken.
- Contacteer de patiënt binnen twee weken na ontslag uit het ziekenhuis. Suïcidepogers zijn een hoogrisicogroep voor zelfdoding. Ondersteun het verzorgingsadvies en bespreek eventuele weerstanden.

BIJ EEN ZELFDODING

- Neem zelf contact op met de familie. Nabestaanden zijn een risicogroep voor zelfdoding.
- Zorg voor jezelf.
- Werkgroep Verder voor nabestaanden: www.werkgroepverder.be

HULPVERLENING VOOR DE PATIËNT

- ▶ Zelfmoordlijn: 02 649 95 55, www.zelfmoordlijn.be
- ▶ Antigifcentrum: 070 245 245, www.poissoncentre.be
- ▶ Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg: www.desocialekaart.be (zoekterm CGG)
- ▶ Dienst spoedgevallen/Psychiatrische spoeddienst of noodnummer 112

- ▶ Werkgroep Verder voor nabestaanden: www.werkgroepverder.be
- ▶ Centrum Algemeen Welzijnswerk: www.caw.be
- ▶ Zelfstandige psycholoog: www.psycholoog.be
- ▶ Vroege Detectie en Interventie Psychose: www.vdip.be

INFO VOOR DE HUISARTS

- ▶ Advies SuïcidePreventie voor HuisArtsen: 024 24 3000, info@aspha.be, www.aspha.be
- ▶ Centrum ter Preventie van Zelfdoding: www.preventiezelfdoding.be
- ▶ Suïcidepreventiewerking van de CGG: www.suicidepreventievlaanderen.be
- ▶ Project Integrale Zorg Suïcidepogers: www.pizs.be

1. Signalen

75% van de personen die overlijden door zelfdoding zenden op voorhand signalen uit. Dat betekent niet dat zelfdoding eenvoudig te voorspellen is. Signalen zijn vaak onduidelijk en worden vaak pas achteraf geïnterpreteerd als signalen. Omwille van het taboe op zelfdoding en uit schrik dat anderen zullen proberen verhinderen dat ze zelfdoding plegen, ervaren suïcidale personen een grote drempel om over hun zelfdodingsgedachten te praten. Daarom is het belangrijk alert te zijn.

Verbale boodschappen

Praten of schrijven over de dood, zelfdoding, de zinloosheid van het leven, dreigen zichzelf iets aan te doen

Vb.

direct: 'Ik wil niet meer leven'

'Ik wil er een eind aan maken'

'Ik wou dat ik dood was'

Indirect: 'Het leven is de moeite niet meer'

'Ik kan niet meer'

'Ik zie het niet meer zitten'

'Ik zou willen slapen en nooit meer wakker worden'

'Mijn leven is zinloos'

'Het hoeft voor mij niet meer'

'Van mij zal je geen last meer hebben'

Tekenen van depressie of een andere psychiatrische stoornis

Depressie is een belangrijke risicofactor voor zelfdoding. Vaak is er comorbiditeit, zoals depressie en middelenmisbruik of depressie en een persoonlijkheidsstoornis.

Bezig zijn met de dood: erover schrijven of praten, weggeven van persoonlijke spullen, afscheid nemen

Manieren zoeken om zelfdoding te plegen

Vb. medicatie, wapen, touw, uurregeling treinen...

Verandering in stemming:

- Sombere stemming
- Wisselende stemmingen
- Doelloosheid
- Angst
- Vastzitten
- Terugtrekken
- Kwaadheid
- Roekeloosheid

Andere:

- Slaapproblemen
- Psychosomatische klachten
- Vaker op consultatie bij de huisarts gaan
- Plotse gedragsveranderingen
- Middelenmisbruik

1.1. Risicogroepen

1.1.1. Ouderen

Ouderen zijn een risicogroep voor zelfdoding. Mannen op hoge leeftijd hebben het hoogste suïciderisico. Het risico bij mannen boven de 80 jaar is ruim 3 keer hoger dan bij vrouwen van dezelfde leeftijd. Hoewel het aantal zelfdodingen bij ouderen hoog is, worden zelfdodingsgedachten bij hen vaak niet gedetecteerd. Suïcidaal gedrag wordt bij ouderen vaker geaccepteerd als passend bij de leeftijd. Professionals zijn soms geneigd geen behandeling of gesprek te bieden als er geen euthanasieverzoek wordt geuit.³

Risicofactoren bij ouderen^{1,2,3}:

- **Depressie:** Bij ouderen is de associatie tussen depressie en suïcide nog groter en komt depressie ook vaker voor. Depressie wordt bij ouderen dikwijls niet of niet tijdig opgemerkt of wordt verward met normale reacties op verlies of ziekte. Depressieve symptomen bij oudere mensen moeten even adequaat behandeld worden als bij jonge mensen.
- **Dementie of delirium:** Bij ouderen bestaat een samenhang tussen de vroege stadia van dementie en suïcide en een delirium en suïcide.
- **Fysieke ziekte:** De kans op lichamelijke aandoeningen en ziektes is hoger bij ouderen. De angst voor langzame aftakeling, voor een langdurig en pijnlijk ziekbed of voor oncontroleerbare pijn kan groot zijn.
- **Eenzaamheid:** Vooral mannelijke bejaarde suïcideslachtoffers blijken vaker gescheiden of weduwnaar te zijn op het moment van de zelfdoding. Het verlies van een partner met wie men jarenlang heeft samengeleefd, kan gepaard gaan met angst voor sociaal isolement, eenzaamheid en aanpassingsmoeilijkheden. Verbondenheid met en zorgen voor kinderen is een beschermende factor.
- **Verlieservaringen:** pensioen (verandering in sociale status en rol, gevoelens van waardeloosheid, financiële veranderingen, tijdsbesteding), lichamelijke achteruitgang (afhankelijkheid, mobiliteit, gevoel tot last te zijn), sterfte van vrienden en familieleden enz.
- Ook wanneer ouderen zichzelf verwaarlozen, kan dit wijzen op een passieve doodswens.

Bij ouderen is de suïcidale intentie sterker en hun pogingen zijn vaker fataal. Ze plannen een suïcide beter, kiezen voor dodelijkere middelen en doordat ze vaak alleen wonen, worden ze niet op tijd gevonden. Door hun fysieke zwakheid hebben ze minder kansen om te overleven of te herstellen. Een oudere zal ook minder vaak hulp zoeken na opzettelijke zelfverwonding.¹ Suïcidepogingen bij ouderen zouden een sterkere voorspellende waarde hebben dan bij jongeren. Ouderen zouden voorafgaand aan een suïcide minder signalen geven dan andere leeftijdscategorieën.³

1.1.2. Suïcidepogers

Een eerdere suïcidepoging is een belangrijke risicofactor voor een zelfdoding of een nieuwe poging. Deze personen hebben het ganse suïcidaal proces doorlopen, waardoor de drempel om opnieuw suïcidaal gedrag te stellen lager wordt. Na ontslag na een residentiële psychiatrische behandeling volgt een risicovolle periode. Meer info over het opvolgen van een suïcidepoging vindt u onder Assure follow up, Bij een poging.

1.1.3. Nabestaanden

Dikwijls denkt een nabestaande zelf ook aan zelfdoding. Nabestaanden die in hun familiekring iemand verloren hebben, hebben tot achtmaal meer kans, wie op het werk een collega verliest door zelfdoding loopt driemaal meer kans. Voor wie zijn of haar partner verliest door zelfdoding stijgt voor mannen het risico met factor 46 en voor vrouwen met factor 16. Meer info over omgaan met en ondersteuning bieden aan nabestaanden na zelfdoding vindt u onder Assure follow up, Bij een zelfdoding.⁴

1.1.4. Jongeren

In de tienerjaren is zelfbeschadigend gedrag veel voorkomend.⁵ Dat kan onder verschillende vormen, zoals zichzelf snijden, verbranden, schadelijke stoffen inademen enz.⁶ Zelfbeschadiging komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens en vaker vanaf de leeftijd van 12 jaar. Tussen de leeftijd van 12 en 15 jaar is de meisje-jongen verhouding 6 op 1. Genetische kwetsbaarheid en psychologische, psychiatrische, familiale, sociale en culturele factoren dragen hiertoe bij. De belangrijkste voorspellers van zelfbeschadigend gedrag zijn depressie, geschiedenis van seksueel misbruik, blootstelling aan zelfbeschadiging en bezorgdheid over seksuele oriëntatie. De media speelt een rol in de verspreiding ervan. Controle op toegang tot middelen is belangrijk.⁵

Herhaling van zelfbeschadigend gedrag komt vaak voor, meer bij snijden dan bij vergiftiging.

Jongeren die zichzelf verwonden denken vaak ook aan zelfdoding. Jonge meisjes zijn een belangrijke risicogroep voor suïcidepogingen. De zelfverwonding kan enerzijds de jongere vertrouwd maken met het gebruik van gewelddadige middelen en drempelverlagend werken voor zelfdoding. Anderzijds kan zelfverwonding gebruikt worden als copingstrategie, waardoor zelfdoding net vermeden wordt.⁶

Jongeren halen verschillende redenen aan waarom ze zichzelf verwonden⁶:

- emotionele spanning ontladen
- gevoelens uiten (vaak woede, soms tegenover anderen, die niet geuit kan of mag worden)
- door de fysieke pijn de psychische pijn even vergeten
- door de pijn voelen dat je leeft in tegenstelling tot het lege gevoel vanbinnen
- uit schuldgevoel, om zichzelf te straffen
- om een gevoel van controle te krijgen, omdat al de rest oncontroleerbaar is
- om aan te geven dat ze hulp nodig hebben

Om deze jongeren te helpen, is het belangrijk om naar de betekenis van het zelfverwondend gedrag te kijken.

Vb.

'Wat maakt dat je je snijdt?'

'Wanneer ben je ermee begonnen?'

'Wanneer doe je het?'

'Welk effect heeft het?'

Zoek samen met de jongere naar veiliger alternatief gedrag. Zijn alternatieven al aanwezig, bevestig dit gedrag dan. Geef eerlijk aan dat misschien niets zo'n goed gevoel zal geven als bijvoorbeeld het krassen zelf.⁶

Vb.

'Heb je al eens iets anders gedaan als je je slecht voelde dat ook een beetje hielp?'

'Heb je al eens de drang gevoeld om te krassen zonder dat je het gedaan hebt? Hoe kwam dat?'

'Heb je het krassen al eens kunnen uitstellen?'

1.1.5. Chronisch zieken

Ernstige lichamelijke aandoeningen, verkorte levensverwachting en verminderde levenskwaliteit vertonen een verband met suïcidale gedachten. Een kleiner aantal vertonen ook een verband met suïcidaal gedrag. Hoe meer aandoeningen hoe groter het risico op suïcidaliteit. Ook bij afwezigheid van een psychische aandoening blijft de samenhang bestaan.⁷

Dit verband is gevonden voor kanker, multiple sclerose, ziekte van Huntington, chronische pijn, groeistoornis, functiebeperkingen ten gevolge van neurologische aandoeningen of hersenbeschadiging, hiv/aids, maagzweer, slecht instelbare hemofilie, kwaadaardige gezwellen en lupus erythematosus. Er werd geen verhoogd risico gevonden voor de ziekte van Parkinson, amputaties, diabetes mellitus, reumatoïde artritis, blindheid, hypertensie en cva.³

Chronisch zieken hebben op regelmatige basis contact met de huisarts. Het is raadzaam om bij hen extra waakzaam te zijn.

1.1.6. Alleenstaanden

1.1.7. Holebi's

1.1.8. Boeren

1.1.9. Artsen

2. ASK - Suïcidaliteit bevragen

Een huisarts kan terughoudendheid ervaren om over suïcidaliteit te praten met een patiënt, uit vrees het probleem groter te maken, om de patiënt niet te betuttelen, omwille van ideeën over zelfbeschikking, uit angst voor juridische, professionele of emotionele consequenties.⁸ Praten over zelfdodingsgedachten vergroot het risico op suïcidaal gedrag niet. Het is net één van de belangrijkste preventiemaatregelen. Door te vragen naar gedachten en gevoelens van een patiënt kan de huisarts de ernst van het suïciderisico inschatten en tegelijk zijn vertrouwen winnen en isolement doorbreken. De patiënt merkt dat hij over zijn zelfdodingsgedachten kan en mag praten en krijgt al pratend de kans om zijn gedachten te ordenen. Met empathie, deskundigheid en transparantie kan u het contact bevorderen.⁸

Er zijn verschillende redenen waarom patiënten terughoudend zijn om over zelfdodingsgedachten te praten^{3,8}:

De impulsieve patiënt heeft misschien nog geen uitgebreide suïcidale ideatie vooraf.

De patiënt ontkent suïcidale ideatie of de methode die hij wil gebruiken, omdat hij niet gehinderd wil worden.

De patiënt vindt zelfdoding een teken van zwakte en is beschaamd.

De patiënt vindt praten over zelfdoding taboe.

De patiënt vreest dat hulpverleners hem krankzinnig zullen vinden.

De patiënt vreest dat hij opgesloten zal worden als hij zijn gedachten deelt.

De patiënt vreest dat anderen over zijn zelfdodingsgedachten zullen horen.

De patiënt gelooft niet dat hij geholpen kan worden.

De patiënt en de huisarts hebben tegengestelde belangen: de patiënt wil dood en de huisarts wil de suïcidegedachten verminderen.

Bij terughoudendheid van de patiënt om zijn zelfdodingsgedachten en plannen te delen, bestaat het risico dat de hulpverlener geen juist beeld krijgt en een foute risico-inschatting maakt.⁸

Hoe vraagt u naar zelfdodingsgedachten?

Omdat de problemen van een suïcidale persoon vaak erg persoonlijk zijn en over zijn leefomgeving gaan, zal de huisarts vragen om de patiënt alleen te mogen spreken.⁹ Wanneer u vermoedt dat een patiënt aan zelfdoding denkt, is het belangrijk hiernaar te vragen. Indien gewenst, kan u dit geleidelijk opbouwen door steeds concretere vragen te stellen. De volgende vragen kunnen u helpen:

- *'Hoe voel je je de laatste tijd?'*
- *'Is er iets dat je dwars zit?'*
- *'Zijn er ogenblikken waarop je je down voelt?'*
- *'Ben je soms wanhopig?'*
- *'Wou je soms dat je het allemaal kon stoppen?'*
- *'Denk je soms dat je leven de moeite niet meer waard is?'*
- *'Heb je ook gewenst dat je dood was?'*
- *'Heb je er ooit aan gedacht om uit het leven te stappen?'*
- ***'Denk je dan aan zelfmoord?'***

Het is belangrijk steeds te eindigen met de laatste vraag, 'Denk je dan aan zelfmoord?', en de zelfdodingsgedachten te benoemen. U moet zeker zijn of de patiënt aan zelfdoding denkt om te kunnen inschatten hoe acuut het risico is.⁶

Omdat suïcidale personen meestal zelf over 'zelfmoord' spreken en niet over 'zelfdoding', gebruikt u best zelf ook 'zelfmoord'. Op die manier plaatst u zich dichter bij de patiënt. Tegenover nabestaanden praat u beter over 'zelfdoding'.

Een belangrijke basishouding bij een gesprek over zelfdoding is empathie. Accepteer de gevoelens van de patiënt, benoem en erken het lijden.

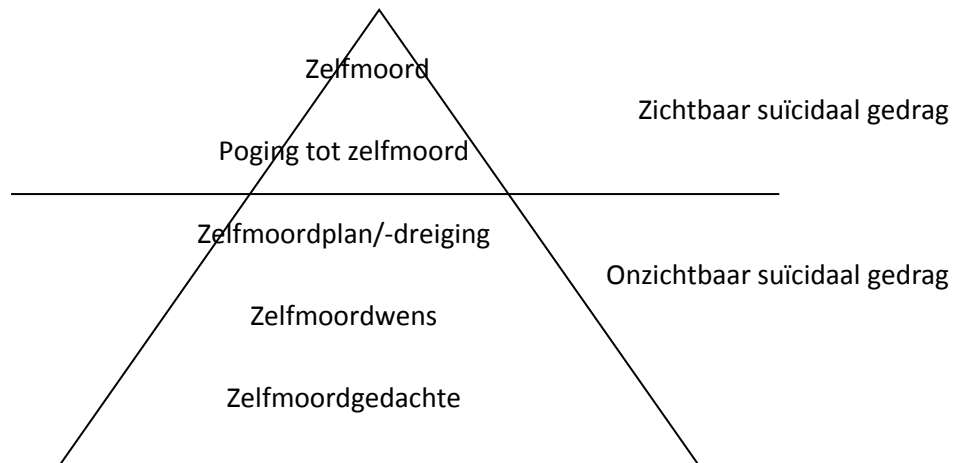
Vb. 'Ik begrijp dat u het erg moeilijk hebt en momenteel geen uitweg meer ziet.'

In crisissituaties moet de huisarts directief optreden en de patiënt (en zijn omgeving) in veiligheid brengen. Wanneer het suïciderisico minder hoog is en de huisarts voelt zich hiertoe bekwaam, kan hij een hulpverlenend gesprek voeren. Indien dit niet binnen de mogelijkheden van de huisarts ligt, dient hij de persoon door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening.

3. ASSESS - Het suïciderisico inschatten

3.1. Het suïcidaal proces

Suïcidale personen gaan door een proces: het suïcidaal proces van een eerste gedachte over meer concrete plannen tot het uitvoeren van de daad.



Wanneer iemand overgaat tot een poging of een zelfdoding, heeft hij al een hele weg afgelegd. Een poging en een zelfdoding zijn zichtbaar suïcidaal gedrag. Hier gaat echter al heel wat onzichtbaar suïcidaal gedrag (gedachten, planning) aan vooraf. Dit proces kan maanden tot zelfs jaren in beslag nemen. De lijn tussen zichtbaar en onzichtbaar suïcidaal gedrag geeft aan wanneer een persoon uiting geeft aan zijn gedachten door er bijvoorbeeld over te praten of door suïcidaal gedrag te stellen. Preventie van zelfdoding bij suïcidale personen heeft tot doel deze lijn tussen zichtbaar en onzichtbaar gedrag te verlagen, zodat personen sneller hulp kunnen krijgen. Het suïcidaal proces is dus omkeerbaar!

Naarmate het suïcidaal proces vordert, zien we⁶:

- Een toenemende vernauwing
 - Van het denken: zwart/wit denken
 - Van het voelen: negatieve gevoelens overheersen
 - Op sociaal vlak: terugtrekken uit sociale contacten
 - Van waarden: wat voorheen belangrijk was, is dat nu niet meer
 - Van tijd en ruimte: afzondering, enkel hier-en-nu
- Van persoonlijke mogelijkheden: denkt dat hij zijn problemen niet aankan en enkel zelfdoding nog een oplossing is
- Een toenemende agressie tegen zichzelf
- Een toename van zelfmoordfantasieën, steeds concreter en obsessieeler
- Een afname van weerbaarheid

Het entrapmentmodel (Williams et al., 2005) beschrijft het psychologische proces waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van risicofactoren kunnen komen tot suïcidaal gedrag. Door

tekortschieten van copingmechanismen kunnen heftige ervaringen leiden tot gevoelens van uitzichtloosheid en wanhoop, een situatie die Williams omschrijft als 'entrapment' (klem zitten). De persoon komt in een situatie waarin hij zelf geen ontsnapping meer ziet en redding door anderen ook niet mogelijk acht, met suïcidaal gedrag als wanhoopskreet.³

3.2. Het crisisgesprek

3.2.1. Inschatten van de ernst

Hoe nauwkeuriger iemand heeft nagedacht over zelfdoding, hoe verder hij gevorderd is in het suïcidaal proces. Het risico dat iemand suïcidaal gedrag zal stellen, wordt groter.

U kan het suïciderisico inschatten door de suïcidegedachten rechtstreeks te bevragen.

U dient aandacht te besteden aan^{1,6}:

- de suïcidale intentie en het verlangen: hoe hopeloos ervaart iemand zijn situatie? Hoe vastberaden is iemand dat hij beter een einde maakt aan zijn leven? Voelt hij zichzelf een last voor anderen?
- het plannen van suïcidaal gedrag: hoe concreet is het beeld dat de persoon heeft over zijn dood? Heeft hij verschillende methoden tegenover elkaar afgewogen? Heeft hij nagedacht over de pijn en over wie hem zal vinden? Heeft hij al een afscheidsbrief geschreven of afscheid genomen?
- de suïcidale bekwaamheid: heeft de persoon de mogelijkheid en de gelegenheid om zijn plannen uit te voeren? Hoe effectief is de methode? Heeft hij al pogingen ondernomen? Is hij vaak geïntoxiceerd? Is hij geagiteerd, zonder vrees, kwaad?

Welke vragen kan u stellen?¹⁰

'Je moet wel wanhopig zijn. Klopt dat?'

'Waarover ben je het meest wanhopig?'

'Hoe vaak denk je aan suïcide?' (af en toe, dagelijks, voortdurend?)

'Hoe intens denk je aan suïcide?' (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie?)

'Hoe wanhopig voel je je?' (met vlagen, voortdurend, erger dan ooit?)

'Komen er in je gedachten ook beelden van suïcide naar boven?' (heldere beelden van mogelijke methoden of alleen gedachten)

'Hoe indringend zijn gedachten en beelden van zelfmoord?' (overweldigend, oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar. Beangstigen deze gedachten of beelden je?)

'Heb je impulsen om toe te geven aan je verlangen om zelfmoord te plegen?'

'Ben je bang om de controle over jezelf te verliezen? Heb je jezelf in de hand?'

'Wat is aantrekkelijker voor jou: de gedachte om door te zullen leven of om te zullen sterven?' (zou je liever door willen leven of leef je alleen nog maar in afwachting van je sterven?)

'Als je aan je eigen dood denkt, heb je dan veel verdriet, moet je dan veel huilen?' (de persoon kan onverschillig zijn of lijken of juist heel aangedaan)

'Heb je een plan gemaakt over hoe je een eind aan je leven zou kunnen maken?' (heb je een voorkeur voor een methode, voor een plaats, voor een datum?)

'Heb je voorbereidingen getroffen in die richting?' (tijden genoteerd dat treinen een spoorwegovergang passeren, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidsbrief geschreven, al een keer boven op de flat gestaan ter voorbereiding?)

'Hoeveel haast heb je met je wens om zelfmoord te plegen?' (Is er nog enige tijd of is er grote haast om vandaag nog zelfmoord te plegen?)

'Welke dingen houden je tegen om zelfmoord te plegen?' (familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken?)

'Wat zou je bereiken als je zelfmoord zou plegen?' (eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen makkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig je bent?)

'Welke zijn de consequenties van je zelfmoord voor anderen?' (ernstig leed voor achterblijvenden, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud?)

3.2.2. Verkrijg inzicht

Vervolgens probeert u inzicht te krijgen in de omstandigheden die de patiënt zo wanhopig maken dat hij geen andere uitweg ziet dan zelfdoding. Welke gevoelens drijven hem tot wanhoop, welke problemen in het heden maken hem overstuur en welke achterliggende factoren spelen mee?

Exploreer de gevoelens

Vraag de patiënt naar hoe die zich voelt (boos, verdrietig, bang, machteloos, ...) en geef hem de kans (en voldoende tijd) om zijn hart te luchten. Vaak lucht praten al erg op.

Toon empathie. Door de gevoelens van de patiënt te benoemen, ze terug te spelen en samen te vatten wat de patiënt u vertelt, kan u begrip tonen.

Vb.

'Als ik je goed begrijp, voel je je...'

'Ben je dan bang, boos,...?'

'Dit moet wel erg moeilijk voor je zijn'

Bespreek de uitlokkende gebeurtenis

Een crisis is een tijdelijke toestand van overstuur zijn, waarbij iemand zijn problemen ervaart als iets dat zijn mogelijkheden te boven gaat, als iets dat meer is dan hij kan dragen. De ene persoon is sneller uit evenwicht dan de andere. Niet bij iedereen hoeft de uitlokkende factor even groot te zijn om een crisis te veroorzaken.⁶ Bij suïcidaliteit gaat het om Psychische Pijn die *door de patiënt* ervaren wordt als Onoplosbaar, Ondraaglijk en Oneindig (2 P's en 3 O's).

Hoe komt het dat de patiënt zich nu zo voelt? Is er recent iets gebeurd dat een crisis heeft uitgelokt? Mogelijke uitlokkende gebeurtenissen zijn trauma's of rouw- of verlieservaringen, zoals overlijden, scheiding, ongeval, ziekte, werkloosheid.

Vb. *'Wat maakt dat je je nu zo slecht voelt?'*

Bespreek de achterliggende problematiek en risicofactoren

Het stress-kwetsbaarheidsmodel (Goldney, 2008) gaat ervan uit dat suïcidaal gedrag voortkomt uit duurzame kwetsbaarheidsfactoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen, in combinatie met stressoren die het actuele gedrag losmaken en onderhouden. Veel van de stress-kwetsbaarheidsfactoren kunnen een rol hebben als kwetsbaarheidsfactor én als stressor. Duurzame

werkloosheid bijvoorbeeld kan worden opgevat als kwetsbaarheidsfactor en bij ontslagsituatie als stressor.³

- Genetische belasting en biologische factoren:
 - disfunctie van serotonerge neurotransmissiesysteem
 - hyperactiviteit van de hypothalamo-hypofysaire as
 - excessieve activiteit van het noradrenerge neurotransmissiesysteem
- Psychiatrische factoren:
 - Depressie
 - Stemmingsstoornissen
 - Schizofrenie
 - Middelenmisbruik
 - Persoonlijkheidsstoornis
 - Eetstoornis
 - Borderline
 - Angststoornis
 - Psychose
 - Post-traumatische stressstoornis
 - Eerder suïcidaal gedrag
- Psychologische factoren:
 - Beperkte copingvaardigheden
 - Impulsiviteit
 - Hopeloosheid
 - Onzekerheid
 - Dichotoom denken
 - Beperkte veerkracht
 - Doelloosheid
 - Wanhoop
 - Negatief denken
 - Agitatie/agressie
- Sociale factoren
 - Eenzaamheid
 - Relatieproblemen
 - Misbruik
 - Problemen rond seksuele identiteit
 - Laag inkomen, armoede*
 - Werkloosheid
 - Familiale psychopathologie
 - Suïcidaal gedrag in de familie
 - Juridische problemen
 - Gebrek aan sociale steun
 - Media

3.2.3. Zoek uitzicht

Het eerste doel van de crisisinterventie is het verkrijgen van uitstel van de uitvoering van suïcideplannen. Als hulpverlener kan je nagaan of er nog ambivalentie aanwezig is ten aanzien van de dood en zoeken naar alternatieve copingstrategieën.

3.2.3.1. Creëer een breder tijdsperspectief

Door de vernauwing in hun denken zien suïcidale personen vaak geen andere uitweg meer dan de dood. Maak hen duidelijk dat deze situatie tijdelijk is en zal voorbij gaan. Zelfdoding is een definitieve 'oplossing' voor een tijdelijk probleem. Probeer tijd te winnen.

Vb.

'Doe het niet nu je het zo moeilijk hebt. Geef jezelf de tijd om uit te zoeken of er andere uitwegen zijn. Ik zal je daarbij helpen.'

'Zo'n belangrijke beslissing over leven en dood kan je niet nemen in een heel emotioneel moment of in een sombere periode'

Om tijd te winnen kan u ook een nieuwe afspraak geven. De mogelijkheid om in een volgend contact over gevoelens te kunnen praten, kan uitstel bieden.

3.2.3.2. Ga op zoek naar ambivalentie

Een suïcidale persoon blijft vaak aarzelen tussen leven en dood. Niet meer willen leven betekent meestal niet meer 'op deze manier' willen leven en verlost zijn van de psychische pijn. Suïcidale personen zijn zich vaak niet bewust van de ambivalentie in hun doodswens. Een hulpverlener kan dan helpen door deze ambivalentie naar boven te brengen in een gesprek.⁶

Hoe doet u dat?⁶

Wees alert voor zaken die de patiënt aanhaalt die hem nog weerhouden om zelfdoding te plegen. Welke redenen heeft hij om te blijven leven?

Zijn er mensen (of dieren) die belangrijk zijn, de patiënt ondersteunen of waarvoor hij zich verantwoordelijk voelt?

Heeft hij al met iemand over zijn zelfdodingsgedachten gesproken?

Wil hij afscheid nemen?

Zijn er nog dingen die hij belangrijk vindt, heeft hij een doel in het leven, dromen die hij nog wil waarmaken, gelooft hij?

Zijn er dingen die hij nog wil doen voor hij zelfdoding pleegt?

Wat zou hij jammer vinden dat hij dat nooit gedaan heeft?

Is hij bang voor de dood, voor de pijn?

Is hij bang voor wat er na de dood komt?

Is hij bang dat de poging mislukt, dat hij verminkt raakt, van de reactie van de omgeving nadien?

U kan ook heel concreet ingaan op hoe iemand zelfdoding zou plegen en waarom hij dat op die manier zou doen, wat hij daarbij zou voelen, wie hem zou vinden. Dat zijn confronterende vragen die net daarom ambivalentie kunnen opwekken.

U kan ook letterlijk naar de ambivalentie vragen.

Vb.

'Twijfel je soms nog?'

'Wat maakt dat je nog hulp zoekt bij mij?'

Verwoord deze ambivalentie ook.

Vb.

'Ik hoor dat je aan de ene kant dood wil, maar aan de andere kant ook bang bent/je partner niet wil achterlaten...'

'Je wil niet dood, maar eigenlijk wil je dat je geen pijn meer hebt/stopt met piekeren/ze je niet meer pesten...'

Blijf begripvol. Enkel als de patiënt zich begrepen voelt, kan hij de ambivalentie zien.

3.2.3.3. Zoek goede manieren van coping

Suïcidaal gedrag is betekenisvol gedrag. Suïcidale personen willen iets bereiken met zelfdoding. Vaak is het niet de dood zelf, maar is de dood een manier om rust te krijgen, verlost te zijn van pijn of problemen, het denken te stoppen, de omgeving duidelijk te maken dat ze het niet alleen kunnen enz.^{6,11} Suïcidale patiënten willen de ondragelijke pijn doden en doden daarmee ook zichzelf. Voor de suïcidale persoon is dat niet altijd duidelijk, omdat zijn wereld zo vernauwd is. Het is dan ook belangrijk om samen klaarheid te scheppen in de betekenis van de zelfdodingsgedachten. Vanuit die betekenis kan men zoeken naar alternatieven of hulp.⁶

Vb.

'Wat betekent dood zijn voor jou? Wat wil je bereiken met de dood? Zie je een andere manier om dat te bereiken?'

Vraag wat iemand al gedaan heeft, waar hij al hulp gezocht heeft, wat die doet om aan iets anders te kunnen denken. Bevestig de patiënt hierin.

Vraag of dit hem of haar geholpen heeft, voelde hij zich hierdoor beter? Stimuleer wat geholpen heeft.

Zeg dat u samen op zoek zal gaan naar nog andere mogelijkheden.

Vb.

'Wat heeft je eerder geholpen?'

'Wat heeft je tot nu doen volhouden?'

'Wat moet er veranderen opdat je het zou kunnen volhouden?'

'Je hebt het al lang volgehouden. Wat maakt dat het nu zo moeilijk wordt?'

'Wanneer voelde je je minder slecht? Hoe kwam dat?'

Niet zelden is een suïcidepoging een uiting van agressie tegen anderen. De agressieve gevoelens worden onderdrukt en tegen zichzelf gericht. Het is belangrijk samen met de patiënt alternatieven te zoeken om deze emoties te externaliseren.¹¹

4. ADVISE - Geef duiding

Vat geregeld samen wat de patiënt vertelt en breng structuur aan. Op die manier krijgt hij opnieuw zicht op zijn verwarde gedachten.

U kan ook kort uitleggen waar deze donkere gedachten vandaan komen, zoals een psychiatrische stoornis, risico- en beschermende factoren.

Vb.

'Je hebt veel meegemaakt, je bent depressief, Daarom heb je nu deze donkere gedachten.'

5. AGREE - Bespreek de zorg

Omwille van het belang van samenspraak over zorg en opvolging, bespreekt u de zorg met de patiënt (en indien mogelijk met zijn naasten). Vraag wat de patiënt denkt nodig te hebben. Als het suïciderisico groter is, moet u directiever optreden.

5.1. Laat de patiënt niet alleen

Betrek naasten bij de zorg. Zoek een vertrouwenspersoon en creëer een netwerk rond de patiënt. Zo kan het isolement (psychologisch, emotioneel en sociaal) doorbroken worden.⁹

Vaak zal de patiënt zeggen dat er niemand is die als vertrouwenspersoon kan optreden, omdat hij zich wanhopig en alleen voelt. Bij gericht vragen wordt er vaak toch iemand gevonden. Ga bij jongeren na of ze een vriendenkring hebben en hoe de relatie met hun ouders is. Bij ouderen polst u naar contact met familie, buren en vrienden.⁹ Ook opname kan het isolement doorbreken.¹¹

Leg aan de mantelzorgers uit dat de suïcidale persoon iemand nodig heeft die hij in vertrouwen kan nemen, iemand die hem respecteert en niet probeert de leiding te nemen. Hij heeft behoefte aan iemand die beschikbaar is, hem op zijn gemak stelt. Mensen met zelfdodingsgedachten blijven behoefte hebben aan communicatie, willen niet alleen zijn.⁹

Ondersteun de naasten. Ook zij hebben behoefte aan uitleg, hulp en steun. De mate waarin naasten bij de zorg betrokken worden, moet in overeenstemming zijn met hun draagkracht en bereidheid.¹¹

Wees u ervan bewust dat naasten zowel beschermend kunnen zijn (als ze de patiënt ondersteunen) als risicoverhogend, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van mishandeling of andere relationele problemen. Bij zware conflicten of stress in de thuissituatie of op het werk is het raadzaam de patiënt te verwijderen uit dit milieu.¹¹

Als de patiënt niet wil dat de omgeving op de hoogte gebracht wordt, respecteert u bij voorkeur deze wens om de crisis niet te vergroten en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt niet te schaden. Het beroepsgeheim belet u ook om derden te waarschuwen. Respecteer steeds het recht op privacy.

De enige rechtvaardiging voor het doorbreken van het beroepsgeheim is de noodtoestand. Als het leven van de patiënt in gevaar is, kan de arts zich beroepen op de noodtoestand en heeft hij de plicht hulp te verlenen. Deel nooit informatie die de belangen van de patiënt kunnen schaden en licht enkel familieleden in die het meest in aanmerking komen om voor de patiënt te zorgen.¹¹

5.1.1. Maak de omgeving van de patiënt suïcideveilig

Maak afspraken waarbij iedereen zich zo veilig mogelijk voelt. Het is uiteraard moeilijk om een absolute garantie voor veiligheid te geven.

Verwijder mogelijke suïcidemiddelen¹:

- Verwijder wapens uit de woning. Breng ze eventueel naar het lokale politiekantoor.
- Verwijder alcohol of laat slechts kleine hoeveelheden in huis.

- Voorkom gemakkelijke toegang tot transportmiddelen (verwijder bijvoorbeeld autosleutels), zodat de toegang tot middelen beperkt wordt.
- Medicijnen:
 - Stop medicijnen veilig weg (achter slot) nadat ze gebruikt zijn (ook paracetamol).
 - Schrijf slechts beperkte hoeveelheden voor, ook aan medebewoners.
 - Indien mogelijk zorg voor toezicht bij het innemen van medicijnen.
 - Ruim het medicijnkastje op, gooi alle verlopen medicijnen weg. Berg ze op achter slot of breng ze naar de apotheek.
- Berg vergif en pesticiden op achter slot. Dit is vooral belangrijk op boerderijen.
- Verwijder touw, messen en andere zaken die gebruikt kunnen worden voor zelfbeschadiging (zoals de stofzuiger of de tuinslang).

De keuze van de suïcidemethode wordt beïnvloed door factoren als beschikbaarheid van middelen, culturele aanvaarding, suïcidale intentie en individuele voorkeur. De gekozen methode heeft een invloed op de uitkomst van het suïcidaal gedrag. Lethale methoden (wapens, verdrinking, ophanging) karakteriseren voornamelijk zelfdoding, terwijl minder dodelijke (snijden en vergiftiging) vooral gebruikt worden voor pogingen.

Mannen kiezen meestal dodelijkere methoden. De methode verklaart dus deels lagere sterftecijfers bij vrouwen, ondanks meer suïcidaal gedrag, terwijl mannelijke zelfdodingen hoger liggen in de meeste landen.¹²

5.1.2. Stel samen een crisis- en veiligheidsplan op

Het crisisplan somt op wat de patiënt kan doen om een crisis te overbruggen. Dat wordt genoteerd op een briefje dat de patiënt steeds op zak zal hebben, zijn crisiskaart.

Als eerste stap worden zaken genoteerd die de patiënt alleen kan ondernemen als hij het moeilijk heeft, zoals fysieke activiteit, schrijven, muziek luisteren enz. De tweede stap is wat hij kan doen met anderen, zonder te spreken over zijn moeilijke gevoelens, bijvoorbeeld naar de film gaan, gaan wandelen... De derde stap is contact zoeken met mensen om over zijn gevoelens te praten. Dit kunnen familie of vrienden zijn, maar ook hulpverleners of de Zelfmoordlijn. Als de patiënt zichzelf niet onder controle krijgt, kan hij de nooddiensten bellen.

Een crisiskaart kan ook vermelden wat een persoon best niet doet als hij in crisis is.

Een crisiskaart blijkt effectief te zijn bij mensen die zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag hanteren als coping.

Een crisiskaart kan er als volgt uitzien:

Dit is de crisiskaart van

Als ik in crisis ben, dan...

ga ik wandelen met de hond, luister ik naar muziek, ...

ga ik op bezoek bij mijn ouders, ga ik joggen met een vriend, ...

bel ik naar de Zelfmoordlijn, bel ik mijn psycholoog/mijn huisarts, bel ik mijn moeder...

bel ik de nooddienst 112

Als ik in crisis ben, ga ik niet naar het café, bel ik niet naar mijn ex, ...

U kan zelf een crisiskaart maken of de kaart op de folder van Zorg voor Suïcidepogers (www.zorgvoorsuicidepogers.be) gebruiken.

Spreek duidelijk af wat de patiënt van u als huisarts kan verwachten. Hoe en wanneer bent u beschikbaar?

In **een signaleringsplan** wordt genoteerd waaraan de patiënt en zijn omgeving suïcidaliteit en/of een crisis kunnen herkennen en voelen aankomen. Dat verschilt van persoon tot persoon. Het is aan te raden om belangrijke personen uit het netwerk van de patiënt hierbij te betrekken.

Mogelijke signalen:

Slecht slapen

Hoofdpijn

Prikkelbaarheid

Terugtrekken

Rondhangen bij de spoorweg

Medicijnen hamsteren

...

Na een crisis moet geëvalueerd worden of de crisiskaart en het veiligheidsplan gewerkt hebben en moeten ze eventueel bijgesteld worden.

Indien u niet de huisarts bent van de patiënt, zorg dan voor (mondelijke) overdracht naar de eigen huisarts.

6. Behandelen

Voor de aanpak van depressie verwijzen we naar de richtlijn¹⁴ en steekkaart hierover. De richtlijn bevat uitgebreide informatie over de medicamenteuze behandeling van depressie. Deze behandeling mag nooit losstaan van de niet-medicamenteuze behandeling.

Algemene regels voor het gebruik van psychofarmaca:

- Traag optitreren, zeker bij gevoelige personen, soms kan het serotoninesymptoom voorkomen
- Voldoende lang doorgeven indien effectief (een half tot een jaar langer)
- Voldoende lang en hoog doseren vooraleer over te schaken bij ineffectiviteit
- Afbouw vaak noodzakelijk om onthoudingsverschijnselen te voorkomen (regelmatige follow-up is essentieel)

Van het gebruik van antidepressiva is nog niet onomstotelijk aangetoond dat het het aantal suïcides vermindert.³

Antidepressiva hebben een uitgesteld effect. Het effect op de stemming is pas na twee tot vier weken merkbaar en ongewenste effecten kunnen de beoogde gewenste effecten voorafgaan.¹¹ Bereid de patiënt hierop voor, zodat die niet wanhopig wordt als hij zich niet onmiddellijk beter voelt.

Suïcidale personen hebben een verhoogd risico op suïcide de eerste negen dagen na het voorschrijven van antidepressiva.⁹ Dat geldt ook voor de periode na verandering in de dosering. Patiënten moeten nauw opgevolgd worden bij het begin van een behandeling en moeten aangemoedigd worden om hun huisarts te contacteren als ze de dosis willen wijzigen of gebruik willen stoppen.¹³

Door het uitgestelde effect van antidepressiva vormt een behandeling geen antwoord op een acute crisis. Dan moet men ingrijpen op het vaak verhoogd angstniveau, op mogelijk aanwezige slaapproblemen en op dreigend impulscontroleverlies.

Bij een patiënt waarbij geen gevaar bestaat voor impulscontroleverlies kan tijdelijk en in kleine verpakking een kortwerkend anxiolyticum voorgeschreven worden. Bij het minste vermoeden van dreiging van controleverlies is dat niet aangewezen, gezien de potentieel ontremmende effecten van deze producten. Schrijf dan een sederend neurolepticum voor.¹¹

Bij suïcidaliteit moet de voorschrijver van psychofarmaca zich bewust blijven van het feit dat hij de patiënt hiermee een middel verschaft voor een mogelijke intoxicatie. Hou hiermee rekening bij de keuze van het preparaat. Zorg er ook voor dat de patiënt slechts kan beschikken over een minimale voorraad, door kleine verpakkingen voor te schrijven en/of met de directe omgeving afspraken te maken rond de beschikbaarheid van de medicatie.¹¹

7. ASSIST - Verwijs

7.1. In geval van nood

In geval van nood, zoals bij een lichamelijk letsel na een suïcidepoging, schakelt de huisarts de nooddienst in, geeft basiszorg en laat de patiënt tot de komst van de nooddienst niet alleen achter.

7.2. In een acute situatie

Wanneer het suïciderisico groot is en de situatie acuut, dient u als huisarts directief op te treden. Bij acuut gevaar voor suïcide mag de patiënt niet alleen gelaten worden.

Ga steeds op zoek naar de minst beperkende en tegelijk meest veilige setting. Hou hierbij rekening met:

- Het veiligheidsrisico voor de patiënt en zijn omgeving
- De sociale steun en de kracht van het netwerk rond de patiënt
- De bereidheid van de patiënt om mee te werken aan een behandeling

De huisarts kan de acute psychiatrie inschakelen voor overleg, voor een psychiatrisch onderzoek en/of voor de beoordeling van de ernst van de suïcidaliteit. Indien noodzakelijk komt de acute psychiatrie ter plaatse om de patiënt te zien.

Soms hebben mensen meer nood aan opvang, kunnen ze door hun problemen niet meer voor zichzelf zorgen en is een opname aangewezen.

7.2.1. Opname

Een opname kan tijdelijk de druk wegnemen van moeilijke omstandigheden of verantwoordelijkheden thuis. Een opname biedt structuur, een ondersteunende omgeving, veiligheid, de mogelijkheid om het suïciderisico herhaald in te schatten en suïcidaliteit te behandelen. Ook voor de familie kan zo'n opname opluchting en verlichting betekenen.^{3,15}

Hospitalisatie is aangewezen indien de patiënt3:

- psychotisch is, wanen heeft, depressief of delirant is
- een gewelddadige, bijna dodelijke, weloverwogen poging heeft ondernomen
- spijt heeft dat hij nog leeft na een poging met hoge suïcidale
- suïcidale gedachten en plannen blijft hebben
- een voorgeschiedenis van suïcidepogingen heeft
- een oudere man is met een nieuwe psychiatrische aandoening of nieuw suïcidaal gedrag
- impulsief of ernstig geagiteerd is, een zwak oordeelsvermogen heeft of hulp weigert
- een psychiatrische stoornis met toxische, infectueuze of metabole etiologie heeft
- onvoldoende sociale ondersteuning heeft, zodat veiligheid niet kan gegarandeerd worden

De aanmelding gebeurt normaal door de huisarts, die voorziet in een verwijfsbrief en een kort telefonisch contact om na te gaan of er plaats is. 's Avonds of 's nachts kunnen patiënten zichzelf aanmelden op de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis.

Een jongere (-18 jaar) kan opgenomen worden zonder toestemming van de ouders, indien de dokter of psychiater oordeelt dat dit het beste is voor het welzijn van de jongere.¹⁵

De eerste drie weken van een opname is voor observatie en diagnosestelling, gesprek met de psychiater, psycholoog, verpleegkundige en om tot rust te komen a.h.v. verschillende therapieën. Daarna kan de patiënt weer naar huis of kan de opname verlengd worden op een therapie-afdeling. De patiënt kan elk moment zelf beslissen de opname te stoppen.¹⁵

Hou er rekening mee dat er een verhoogd risico is bij het moment van opname. Indien een opname acuut noodzakelijk is, zorg er dan voor dat de patiënt niet alleen gelaten wordt tot het vervoer naar het ziekenhuis geregeld is.³

Vanaf het ogenblik dat een patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis, wordt de verantwoordelijkheid over de patiënt overgenomen door de ziekenhuispsychiater.¹⁵

Wanneer u oordeelt dat een opname de meest geschikte oplossing is, maar de patiënt weigert dit, is het noodzakelijk dat u de patiënt sterker opvolgt en ondersteunt bij andere keuzes. Door de patiënt te vragen naar de onderliggende motieven voor de weigering, kan een weigering misschien nog gekeerd worden. Een andere mogelijkheid is een gedwongen opname. Hoed u ervoor uit machteloosheid onnodig verregaande restrictieve maatregelen te nemen.

7.2.1.1. Onvrijwillige of gedwongen opname

De gedwongen opname wordt geregeld in de wet van 26 juni 1990 (www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Gedwongen-opname/) betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (BS 27/07/1990).

Voorwaarden voor een gedwongen opname:

- aanwezigheid van een geestesziekte (lijden aan een psychiatrische stoornis, zoals depressie)
- een gevaar betekenen voor zichzelf of de samenleving
- weigeren zich te laten behandelen
- geen ander therapeutisch alternatief voor handen
- geen misdrijf

Bij iemand met zelfdodingsgedachten die niet geestesziek is, is een gedwongen opname moeilijk af te dwingen.

De gewone procedure kan opgestart worden door elke belanghebbende (familie of vrienden, huisarts, werkgever enz.) door een verzoekschrift in te dienen bij het Vredegerecht. Bij het verzoekschrift wordt een uitgebreid verslag van een huisarts of psychiater gevoegd van maximum vijftien dagen oud (de psychiater mag niet werken in het ziekenhuis waar de patiënt wordt opgenomen). Binnen de tien dagen zal het Vredegerecht de zaak behandelen en beslissen of de persoon gedwongen opgenomen kan worden of niet. De observatieperiode duurt maximum veertig dagen.

De spoedprocedure: De Procureur des Konings (Parket) beslist ambtshalve of ingaand op een verzoekschrift tot een observatiestelling. De opname kan dan onmiddellijk na het indienen van het verzoekschrift. Het geneeskundig verslag moet het spoedeisend karakter aantonen. De patiënt wordt dan maximum tien dagen opgenomen en geobserveerd. Doet de vrederechter geen uitspraak in de periode van tien dagen, dan is de patiënt vrij het ziekenhuis te verlaten.

Een gedwongen opname kan telkens verlengd worden door de vrederechter en moet aangevraagd worden vijftien dagen voor het einde van de maatregel. De maximumduur van een gedwongen opname is twee jaar. Gedwongen opname van minderjarigen dient zeer uitzonderlijk te blijven. In dit geval beslist de jeugdrechter.

Uiteraard blijven de patiëntenrechten (<http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/patientenrechten/>) gelden tijdens een gedwongen opname.

In Vlaanderen wordt gedwongen opname frequent toegepast. In 2007 verliepen 80% van de gedwongen opnames via de spoedprocedure. In 2010 werden 46 op 100 000 inwoners gedwongen opgenomen. Een gedwongen opname is nochtans geen gemakkelijke keuze¹⁵:

- Ook tijdens een opname kunnen suïcides voorkomen. Het is geen absolute garantie op veiligheid.
- Tijdens gedwongen opname is nog steeds toestemming nodig voor behandelingen. Het kan zijn dat de patiënt niet meer wil meewerken aan de behandeling of minder open wordt over symptomen, gevoelens en gedachten.
- Een gedwongen opname is ingrijpend en kan post-traumatische gevolgen hebben.
- Gedwongen opname kan de relatie met diegene die het initiatief genomen heeft ernstig schaden.
- Probeer de patiënt te betrekken bij de beslissing, als hij minder dwang ervaart, is de kans groter dat hij nadien instemt met de opname.

7.3. In een niet-acute situatie

Een huisarts kan in geval van angst-, slaap- en depressieve stoornissen een aanzet geven tot niet-medicamenteuze therapie. Als u dat niet kan of wenst te doen, verwijst u door naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

Algemene richtlijnen bij het doorverwijzen van een suïcidale patiënt:

- Maak duidelijk dat een verwijzing geen afwijzing is. De huisarts blijft steeds aanwezig.
- Verwijs de patiënt schriftelijk door, eventueel in combinatie met een telefonisch contact om delicate informatie te geven.
- Vraag als huisarts betrokken te worden bij de verdere behandeling. Blijf de patiënt en zijn gezin opvolgen.
- Laat de patiënt niet alleen. Breng de familie op de hoogte (indien toestemming van de patiënt).
- Plan overbruggingscontacten tot de patiënt elders terecht kan en bespreek wat hij in tussentijd kan doen. U kan gebruik maken van de crisiskaart.

- Regel het transport naar het ziekenhuis (vb. ambulance).

Voor een suïcidale patiënt kan het een hele stap zijn om naar een psycholoog of therapeut te stappen. Tips om een doorverwijzing aan te brengen^{6,15}:

- Breng een doorverwijzing voorzichtig aan.
Vb.
'Ik merk dat je behoefte hebt om over je problemen te praten, zou het je helpen om regelmatig met iemand te kunnen praten?'
'Ik merk dat je met veel dingen zit en je ouders hiermee niet wil belasten. Misschien kunnen we samen eens kijken waar je nog meer terecht kan?'
- Vraag of de patiënt in het verleden al ergens hulp gezocht heeft, hoe dat was en of hij het ziet zitten om opnieuw naar die therapeut, psychiater... te gaan. Als de persoon geen hulpverleningsinstanties kent of liever ergens anders naartoe gaat, kan je samen op zoek.
- Ga na welke drempels voor de patiënt spelen, zoals geld, taboe, wachtlijsten, negatieve visie op hulpverlening, teleurstelling in vroegere hulpverlening, en kijk of je deze kan verhelpen.
- Sommige instanties houden rekening met het inkomen of zijn gratis.
- Bij een CGG krijgt een suïcidale persoon voorrang voor een eerste gesprek. Wanneer de patiënt het moeilijk vindt om te zeggen dat hij aan zelfdoding denkt, kan je oefenen om dit te vertellen.
- Bespreek wat de patiënt kan doen als het niet klikt met een hulpverlener.
- Zoek bij jongeren ook steeds naar een steunfiguur in de omgeving. Zo staat de jongere er niet alleen voor en kunnen ze samen bijkomende hulpverlening zoeken.

Soms vraagt een patiënt expliciet om een doorverwijzing. Ga dan eerst na welke bezorgdheid er achter deze vraag schuil gaat.

Zoek ook naar praktische hulp voor uitlokkende gebeurtenissen, zoals schulden, problemen met de kinderen, problemen op het werk enz.

8. ASSURE FOLLOW-UP – Volg op

Maak altijd een vervolgspraak, ook bij doorverwijzing. De huisarts kan de patiënt continuïteit bieden te midden van alle andere hulpverleners waar die naartoe moet.

- Schat het suïciderisico bij elke consultatie opnieuw in. Het suïcidaal verlangen kan van moment tot moment veranderen.
- Bespreek telkens de doorverwijzing. Ga na of de doorverwijzing werd opgevolgd, of er nog drempels zijn. Pas de doorverwijzing aan indien nodig. Stimuleer therapietrouw.
- Ga na of de patiënt het crisis- en signaleringsplan gebruikt en pas aan waar nodig.

Hou ook op lange termijn de vinger aan de pols. Als de patiënt het terug moeilijk heeft, bevrage dan opnieuw gevoelens van hopeloosheid en schat het suïciderisico in. Kritische momenten zijn crisissituaties, verliezen of ingrijpende gebeurtenissen en transitie momenten in de psychiatrische behandeling (zoals bij wisseling van behandelaar of bij ontslag na een opname).¹¹ Schakel indien nodig (opnieuw) geestelijke gezondheidszorg in.

8.1. Bij een poging

Suïcidepogers zijn een hoogrisicogroep voor zelfdoding. Eerdere suïcidepogingen zijn een voorspeller van toekomstig suïcidaal gedrag. Personen die reeds een suïcidepoging ondernomen hebben, hebben het ganse suïcidale proces al eens doorlopen en zullen sneller opnieuw suïcidaal gedrag stellen. Elke suïcidepoging verhoogt het risico op toekomstig suïcidaal gedrag met dertig procent. Buitenlands onderzoek toont aan dat binnen een follow-up periode van vijf jaar gemiddeld vijf procent van de suïcidepogers is gestorven als gevolg van een zelfdoding.⁴

8.1.1. Lichamelijk letsel

Bij een lichamelijk letsel, geeft de huisarts basiszorg. Schakel indien nodig de nooddienst in. Laat de patiënt niet alleen in afwachting van de komst van de nooddiensten.

Bij vergiftiging is braken niet de beste oplossing, tenzij het middel zo extreem is dat alles helpt. Na middeleninname is er risico op verslikken. De gevaarlijke stof komt bij braken opnieuw voorbij de slokdarm. Veel middelen hebben een uitgesteld effect.¹⁵

8.1.2. Risico-inschatting

Geef de patiënt en naasten de kans hun gevoelens te verwoorden en te ventileren. Van zodra de patiënt aanspreekbaar is, moet een risico-inschatting gemaakt worden. Bijkomende informatie van de omgeving van de patiënt is wenselijk. Een gespecialiseerde GGZ-hulpverlener kan een deskundige beoordeling maken.

Neem elke poging ernstig, ongeacht de aanleiding en de ernst van het toegebrachte letsel. Suïcidaal gedrag bij jongeren blijft vaak verborgen of wordt ten onrechte geminimaliseerd. De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt wenste en/of verwachtte te sterven aan de poging, komt niet

altijd overeen met het lichamelijk letsel. Sommige mensen beschadigen zichzelf zonder de bedoeling om te sterven, als een manier om de spanning te reduceren, maar gebruiken hiervoor dodelijke middelen. Anderen nemen een relatief veilige overdosis in de overtuiging dat die hen zal doden.

Tekenen die wijzen op een hoge suïcidale intentie¹¹:

- De suïcidepoging werd uitgevoerd in afwezigheid van anderen
- De patiënt nam voorzorgen om ontdekking te verhinderen
- De patiënt trof regelingen voor zijn overlijden: testament, verzekeringen, ...
- Er was een uitgewerkt suïcideplan: middelen verzameld, medicatie opgespaard, ...
- De suïcide intentie werd vooraf gecommuniceerd
- De patiënt schreef een afscheidsbrief
- De patiënt zocht geen hulp na de poging
- De patiënt heeft spijt dat hij niet gestorven is, aanwezigheid van een doodswens.

De eerste dagen en weken na ontslag uit het ziekenhuis heeft de patiënt een verhoogd risico op zelfdoding. De eerste week is het risico het hoogst. Er wordt aangeraden de patiënt binnen de twee weken na ontslag uit het ziekenhuis te contacteren. Ondersteun het vervolgzorgadvies en bespreek eventuele weerstanden. De suïcidale crisis kan aangegrepen worden om goede hulpverlening op gang te brengen en achterliggende problemen aan te pakken. Het Zorg voor Suïcidepogers biedt hiervoor een zorgpad.

8.1.3. Zorg voor Suïcidepogers

Zorg voor Suïcidepogers promoot goede praktijken t.a.v. patiënten en hun naasten die zich aanmelden in een Algemeen Ziekenhuis omwille van een suïcidepoging. Voor het ziekenhuis werd een Instrument voor Psychosociale Opvang en Evaluatie (IPEO) ontwikkeld. Het IPEO is de basis voor het patiëntendossier én voor een rapport aan de huisarts en/of volgende zorgverstrekker. Het KIPEO is een soortgelijk instrument voor jongeren.

De huisarts ontvangt een brief van het ziekenhuis met uitleg over de suïcidepoging van zijn patiënt. Hij wordt gevraagd binnen de twee weken na ontslag uit het ziekenhuis de patiënt te contacteren indien de patiënt dit niet zelf doet. Op die manier kan de huisarts vervolgzorg opstarten. De meest gangbare praktijk is dat de huisarts de patiënt opbelt en voorstelt om langs te komen.

Vb.

'Ik heb een verslag van het ziekenhuis ontvangen n.a.v. een crisissituatie die je hebt doorgemaakt. Er zou afgesproken zijn dat je met mij bespreekt hoe het nu verder moet. Ik wil je laten weten dat je welkom bent.'

Als de patiënt weigert op consultatie te komen, kan de huisarts aanbieden om op huisbezoek te gaan bij de patiënt.

De brief aan de huisarts heeft geen bindend karakter. De huisarts kan niet verplicht worden zelf initiatief te nemen, de patiënt kan ook niet verplicht worden naar de huisarts te gaan.

8.2. Bij een zelfdoding

8.2.1. De dood vaststellen

Bij overlijden door zelfdoding is men verplicht bij de politie melding te maken van een verdacht overlijden en zal de politie ter plaatse komen om de feiten vast te stellen. Wanneer zelfdoding bevestigd wordt, wordt het lichaam vrijgegeven. Het is belangrijk om zoveel mogelijk intact te laten tot de politie aanwezig is. Dat betekent bijvoorbeeld dat bij reanimatie na verhangen de knoop bij het doorsnijden van het touw niet vernietigd wordt, dat zo weinig mogelijk zaken worden aangeraakt en zo weinig mogelijk mensen de kamer betreden. Afscheidsbrieven voor hulpverleners komen in het medisch dossier.¹⁵

8.2.2. Het overlijden aangeven

Het overlijden van een persoon moet zo snel mogelijk aangegeven worden bij de dienst Burgerlijke Stand van de gemeente waar hij of zij overleden is. Voor een overlijdensaangifte bij een zelfdoding is naast het overlijdensattest (evenals de identiteitskaart, het rijbewijs, het trouwboekje en eventueel een laatste wilsbeschikking van de overledene) ook het proces-verbaal van een officier van de politie en de toelating tot begraven of crematie van de Procureur des Konings nodig. Meestal zorgt de begrafenisondernemer voor de overlijdensaangifte en andere administratieve formaliteiten.¹⁵

8.2.3. De nabestaanden inlichten

Meestal is de slachtofferbejegenaar van de politie de slechtnieuwsmelder. Bij voorkeur doet hij dit samen met de huisarts. Zij krijgen dan de eerste reacties over zich heen. De huisarts kan een licht kalmeermiddel voorschrijven¹⁵.

8.2.4. Nabestaanden opvangen

Een huisarts kent de familie(geschiedenis) meestal goed en is de aangewezen persoon om de familie op te vangen en informatie te geven. Het is aan te raden dat de huisarts zo snel mogelijk contact zoekt met de nabestaanden. Vraag dan de nabestaanden niet om naar de praktijk te komen, maar ga op huisbezoek en kondig het bezoek aan. Je trekt hier best voldoende tijd voor uit, anders kunnen de nabestaanden teleurgesteld zijn. Praten over de zelfdoding met andere betrokkenen is voor alle nabestaanden belangrijk.

Wees voorbereid op verwijten en beschuldigingen. Gebruik de naam van de overledene als je met nabestaanden praat, zo weten ze dat je hem of haar niet vergeten bent. Spreek geen oordeel uit over zelfdoding.¹⁵

Vraag om kleine kinderen de kamer uit te laten gaan, maar bevraag wel hoe zij reageren. Nabestaanden weten vaak zelf niet hoe ze met hun kinderen kunnen omgaan of wat ze tegen hen kunnen zeggen.¹⁵

Je kan een voorstel doen om de familie opnieuw te zien. Geef nuttige telefoonnummers en adressen mee, zoals slachtofferhulp van het CAW, de Zelfmoordlijn (ook voor nabestaanden) en Werkgroep Verder.

Werkgroep Verder behartigt de belangen van nabestaanden na zelfdoding en coördineert praatgroepen voor nabestaanden, ook online. Het kan een steun betekenen om mensen met dezelfde gevoelens en vragen te ontmoeten.

- Slachtofferhulp Centrum Algemeen Welzijnswerk – CAW
www.caw.be/KanhetCAWmijhelpen/slachtofferhulp/tabid/274/Default.aspx
- Zelfmoordlijn
Telefonische hulp: 02 649 95 55, 7 dagen op 7, 24 u op 24
Online hulp: www.zelfmoordlijn.be, inloggen tussen 19u en 21u30
www.zelfmoordlijn.be
- Werkgroep Verder
www.werkgroepverder.be

8.2.5. Het rouwproces van nabestaanden

- De meeste nabestaanden na zelfdoding stellen zich grote waaromvragen. Deze vragen blijven vaak onbeantwoord, wat de verwerking bemoeilijkt.
- Na een overlijden door zelfdoding zijn er ook vaak schuldgevoelens. ‘Had ik maar...’, ‘Waarom heb ik niet gezien dat...’. Veel nabestaanden maken zich verwijten, omdat ze denken dat ze te weinig gedaan hebben om de zelfdoding te voorkomen. Ook de angst dat anderen hen verwijten zullen maken, speelt mee. Nabestaanden kunnen zich ook schuldig voelen als ze plezier maken.
- Sommige nabestaanden schamen zich, omdat hun naaste hen niet de moeite vond om voor te blijven leven. Een zelfdoding wordt in onze maatschappij negatief beoordeeld. Dat kan tot isolement leiden. Vaak weet de omgeving niet goed hoe te reageren en mijden of negeren ze de nabestaanden.
- Men kan zich ook schuldig of beschaamd voelen, omdat men toch ook wel opgelucht is dat de veeleisende zorg voor de persoon die overleden is nu wegvalt. Sommige familieleden zijn wanhopig geweest of kwaad op hun naaste, waardoor ze dubbele gevoelens hebben ten aanzien van de overledene, omdat die hen enerzijds tot wanhoop dreef, maar ook wel erg gemist wordt.
- Ook kwaadheid, verdriet, zich in de steek gelaten voelen zijn emoties die vaak voorkomen.¹⁶

Het rouwproces verloopt voor iedereen anders. De duur is voor iedereen verschillend en het hoeft ook niet steeds volgens dezelfde fasen te verlopen. Er bestaan ook verschillende rouwstijlen. Mannen hebben eerder de neiging om herstelgericht te reageren. Zij zoeken bijvoorbeeld afleiding in werk, zijn bezig met de toekomst. Vrouwen zijn eerder verliesgericht. Ze besteden veel tijd aan hun gevoelens en verdriet. Het beste is een combinatie of afwisseling van beide stijlen: nu eens rouwen, ventileren en uithuilen, dan weer bezig zijn met de dagelijkse realiteit en afleiding zoeken. Dit verschil in rouwstijlen betekent niet dat de ene meer of minder verdriet heeft dan de andere.

Als huisarts kan je een nabestaande helpen door het rouwen te normaliseren. Het is normaal dat hij of zij zich nog steeds slecht voelt door het verlies. Geef aan dat iedereen anders rouwt en dat de duur ervan verschilt van persoon tot persoon.

Besprek met de nabestaande gevoelens van verdriet, gemis, kwaadheid enz. en toon hiervoor begrip. Ook gevoelens die moeilijker te aanvaarden zijn, zoals kwaadheid tegenover de overledene, zijn normaal.

Nabestaanden die zichzelf veel verwijten, kunnen vinden dat ze geen recht meer hebben op een normaal leven en dat ze ook geen hulp mogen zoeken. Complimenteer deze nabestaanden als ze toch de stap zetten.⁶

Als het rouwproces langer dan een jaar duurt en de nabestaande wil de realiteit nog niet onder ogen zien, is er sprake van een gecompliceerd rouwproces. Gecompliceerde rouw komt na verlies door suïcide vaker voor dan na een natuurlijk overlijden en is sterk geassocieerd met suïcidaliteit (3). U kan voor rouwbegeleiding doorverwijzen naar een rouwtherapeut. Rouwtherapie is meestal gericht op cognitieve gedragsverandering.⁹

8.2.6. Nabestaanden als risicogroep voor zelfdoding

Dikwijls denkt een nabestaande zelf ook aan zelfdoding. Nabestaanden die in hun familiekring iemand zijn verloren hebben tot achtmaal meer kans te sterven aan zelfdoding, wie op het werk een collega verliest door zelfdoding loopt driemaal meer kans. Voor wie zijn of haar partner verliest door zelfdoding stijgt voor mannen het risico met factor 46 en voor vrouwen met factor 16.⁴

Zelfdodingsgedachten bij nabestaanden kunnen ontstaan uit:

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

Als de nabestaande aan zelfdoding denkt, zoek dan samen naar alternatieve manieren om met het verlies om te gaan, om de overledene een plaats te geven, te herinneren. De nabestaande kan regelmatig naar het kerkhof gaan, brieven schrijven naar de overledene, spullen bijhouden enz.

U kan de nabestaande vragen hoe hij of zij denkt dat de overledene het zal vinden als hij of zij zo vroeg zou sterven. Wat denkt de nabestaande dat er na de dood zal zijn?

Zoek mensen die de nabestaande kunnen ondersteunen.⁶

8.2.7. De huisarts als nabestaande

Artsen worden opgeleid om levens te redden. Begrip tonen voor iemand die dood wil, lijkt daarmee in strijd. Het aantal hulpverleners dat met een suïcide geconfronteerd wordt, is vrij hoog, namelijk tussen 38 en 82 procent.¹⁵

De impact van een suïcide op een hulpverlener is afhankelijk van een aantal variabelen¹⁵:

- De aard van de hulpverleningsrelatie
- Duur en intensiteit van de hulpverleningsrelatie
- Ambulante of residentiële setting

- De manier van zelfdoding (bv. met medicatie voorgeschreven door de huisarts, in de verlofperiode van de hulpverlener...)
- Het eventueel onverwachte karakter (de hulpverlener kan niet anticiperend rouwen)
- De werkomgeving (de mate waarin men vrijuit over zijn emoties en gevoelens kan en mag spreken, solopraktijk...)
- Persoonlijke factoren, zoals geslacht, leeftijd, aantal jaren in het werkveld, draagkrach, privéomstandigheden

Hulpverleners vertonen na de suïcide van een cliënt/patiënt persoonlijke reacties die vergelijkbaar zijn met de reacties van andere nabestaanden. De hulpverleners ervaren eveneens een mix van tegenstrijdige gevoelens en gedachten¹⁵:

- Shock en verbijstering
- Ontkenning: Was het geen ongeval of moord?
- Schaamte
- Schuldgevoelens: omdat men vindt dat men de zelfdoding had moeten
- Verdriet
- Angst: voor reacties van collega's, familie...
- Woede en agressie: omdat men zich in de steek gelaten kan voelen door de patiënt of omdat men de suïcide ervaart als een afwijzing en een beschuldiging. De hulpverlener kan kwaad zijn op de patiënt voor de pijn, de angst en de schuldgevoelens en hij kan teleurgesteld zijn dat hij de therapeutische afspraken heeft verbroken. De woede kan gericht zijn op familieleden, vrienden en therapeuten van de patiënt, omdat ze de patiënt niet voldoende bewaakt hebben. Kwaadheid kan ook gericht zijn naar de samenleving in het algemeen of naar de media voor het schenden van de privacy of de eventuele sensationele berichtgeving.
- Opluchting: bijvoorbeeld wanneer de relatie met de patiënt gespannen was, de patiënt al vaker een suïcidepoging had gedaan, chronisch suïcidaal was, de beschikbare hulp niet kon of wilde aanvaarden, bij herhaalde opnames, nachtelijke telefoontjes enz.
- Eenzaamheid: vaak hebben hulpverleners het gevoel alleen te staan met het gebeurde.
- Machteloosheid
- Aandacht en concentratie: irritatie, slaapmoeilijkheden, moeilijker kunnen omgaan met dagelijkse problemen enz.

Het bijwonen van de uitvaart kan helpen om de gebeurtenissen te verwerken. Laat u ondersteunen door een collega. Als huisarts kan u met vragen over je eigen handelen, planning voor de toekomst of intervisie terecht bij ASPHA (www.ashpa.be).

8.3. Chronische suïcidaliteit

Chronische suïcidale patiënten ervaren vaak en soms bijna onophoudelijk suïcidale gedachten.

Neem chronisch suïcidaal gedrag altijd serieus. In tegenstelling tot acuut suïcidaal gedrag, dat de bereidheid vraagt actief en directief te streven naar veiligheid, vereist chronisch suïcidaal gedrag geduld. Het suïcidale gedrag moet in zijn context worden onderzocht.

Wees waakzaam voor acute fasen in het chronisch suïcidale gedrag. Een groot risico van chronisch suïcidaal gedrag is dat acute dreiging wordt gemist.

Veel van deze patiënten hebben een lange hulpverleningsgeschiedenis, met veel wisselende behandelaren. Zij zijn vaak gevoelig voor afwijzing. Voorkom zelf het slachtoffer te worden van de suïcidale dreiging van de patiënt. Blijf streven naar verandering en spreek de patiënt aan op zijn autonomie. Maak gebruik van inter- of supervisie.³

9. Bronnen

1. Ministry of Health, New Zealand Guidelines Group (2003), The assessment and management of people at risk of suicide, Best Practice Evidence-based Guideline: 72.
2. Portzky, G, Van Autreve, K, Van Heeringen, K, (2010), Suïcidaal gedrag, Epidemiologie en risicofactoren, In Huisarts Nu, februari 2010; 39 (1).
3. Multidisciplinaire Richtlijn en behandeling van suïcidaal gedrag, Trimbos Instituut, 23 juli 2012.
4. Rapport ter voorbereiding van de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie, 17 december 2011.
5. Hawton, K, Saunders, K, O'Connor, R (2012), Self-harm and suicide in adolescents, In The Lancet, Vol 379 June 23, 2012.
6. Centrum ter Preventie van Zelfdoding, 2011.
7. Scot, KM, Hwang, I e.a. (2010), Chronic Physical Conditions and Their Association With First Onset of Suicidal Behavior in the World Mental Health Surveys, Psychosomatic Medicine 2010; 72: 712-719.
8. Shea, SC (2009), Suicide Assessment, In Psychiatric Times, Vol 26 No 12, December 3, 2009.
9. De Deken, L, Pas, L, (2010), Preventie van suïcide, Wat is de taak van de huisarts?, In Huisarts Nu, maart 2010; 39(2).
10. Kerkhof, A, Van Luyn, B (2010), Suïcidepreventie in de praktijk, Houten: Bohn Stafleu van Loghum: 364.
11. Suïcidepreventiewerking van de CGG, Uitgebreide informatie voor huisartsen.
12. Värnik, A, Sisask, M, e.a. (2011), "Drug suicide: a sex-equal cause of death in 16 European countries", In BioMed Central Public Health, 11:61.
13. MCDowell, AK, Lineberry, TW, Bostwick, JM (2011), *Practical Suicide-Risk Management for the Busy Primary Care Physician*, In Mayo Clin Proc., August 2011; 86(8): 792-800.
14. Heyrman, J, Declercq, T e.a. (2010), Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts, Aanbeveling voor goede medische praktijkvorming, Huisarts Nu, Juli 2008, 37(6).
15. Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere Hulpverleners, 2011.
16. Werkgroep verder, Rouwen (na zelfdoding) op de werkvloer.