

# DETECTIE EN INTERVENTIES BIJ SUÏCIDALE GEDACHTEN EN GEDRAG

Multidisciplinaire richtlijn  
voor hulpverleners in de gezondheidszorg

## Samenvatting

UPDATE 2023



© 1 december 2023 - Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

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

Auteurs: Dumon, E., Cornelis, E., Aerts, S. & Portzky, G.

Vormgeving: De Bemanning

Een digitale versie van deze richtlijnen, aangevuld met online e-learningmodules, is beschikbaar op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).

# Inhoud

<b>Over deze richtlijn</b>	5
<b>1 Uitgangspunten &amp; Basisprincipes</b>	7
<i>Uitgangspunten van suïcidepreventie</i>	8
<i>Basisprincipes van suïcidepreventie</i>	11
<b>2 Suïcidaliteit detecteren &amp; exploreren</b>	15
<i>Signalen herkennen</i>	16
<i>Suïcidaliteit bevragen</i>	17
<i>Suïcidaliteit exploreren</i>	19
<i>Suïcidaliteit opvolgen</i>	24
<b>3 Interventies</b>	27
<i>Behandelplan en behandelsetting</i>	28
<i>Safety Planning</i>	29
<i>Neurobiologische interventies</i>	31
<i>Psychotherapeutische interventies</i>	32
<i>Zelfhulp tools</i>	32
<b>4 Na een suïcidepoging</b>	35
<i>Eerste opvang en opvolging</i>	36
<i>Opvang van naasten</i>	37
<i>Reconstructie en evaluatie</i>	37
<i>Het verdere zorgpad</i>	38
<i>Wat neem je op in het beleid?</i>	38
<b>5 Na een zelfdoding</b>	41
<i>Stap 1 – Informeren en opvangen</i>	42
<i>Stap 2 – Opvolgen van het rouwproces</i>	43
<i>Stap 3 – Reconstrueren en evalueren van de zelfdoding</i>	45
<b>6 Suïcidepreventiebeleid</b>	47
<b>Meer weten?</b>	51



# Over deze richtlijn

Zo goed als elke zorg- of hulpverlener zal gedurende de loopbaan in contact komen met personen die aan zelfmoord denken. Dat kan veel vragen en bezorgdheden oproepen. Hoe ga je hierover in gesprek? Welke interventies kan je opzetten? Hoe werk je aan een doeltreffend beleid dat oog heeft voor alle betrokkenen?

Om een antwoord te bieden op deze vragen werkte het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) in **2017**, in het kader van het **Vlaams Actieplan Suïcidepreventie**, de multidisciplinaire richtlijn 'Detectie en Behandeling van Suïcidaal Gedrag' uit. Onderzoek toont immers dat implementatie van suïcidepreventierichtlijnen in de klinische praktijk de deskundigheid van professionele hulpverleners kan verhogen én suïcide kan helpen voorkomen.

In **2023** werd de richtlijn onderworpen aan een grondige update op basis van de meest recente internationale wetenschappelijke literatuur en inzichten alsook de praktijkgerichte evoluties met betrekking tot suïcidepreventie in Vlaanderen. De belangrijkste principes en updates uit de richtlijn lees je in deze vernieuwde samenvatting.

De beoogde doelgroep van deze richtlijn is in de eerste plaats **artsen, psychologen, therapeuten en verpleegkundigen** werkzaam binnen de gezondheidszorg, maar de adviezen kunnen zeker ook nuttig zijn voor andere sleutelfiguren. Deze richtlijn is bedoeld als **hulpmiddel en naslagwerk**, niet als dwingende standaard. De aanbevolen methoden garanderen niet dat suïcidaal gedrag vermeden kan worden.

## Terminologie

*In deze samenvatting gebruiken we de termen suïcide, zelfmoord en zelfdoding als synoniemen. Zelfmoord is de term die personen met zelfmoordgedachten het meest gebruiken. In contact met nabestaanden wordt de term zelfdoding aanbevolen. Suïcide is een eerder wetenschappelijke term. Stem als hulpverlener je woordkeuze steeds zo goed mogelijk af op die van de persoon.*



# 1 Uitgangspunten & Basisprincipes

# Uitgangspunten van suïcidepreventie

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

## Suïcidepreventie is mogelijk

Suïcidaliteit is een **complex en multifactorieel** probleem. Het ontstaat steeds vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende risicofactoren, die van neurobiologische, psychologische, sociale en/of psychiatrische aard kunnen zijn.

Suïcidaal gedrag kent niet alleen verschillende oorzaken, vaak gaat er een **suïcidaal proces aan vooraf** dat in pieken en dalen kan verlopen (Zie figuur 1).

Suïcidepreventie kan pas het volledige potentieel bereiken wanneer men ervan overtuigd is dat dit proces op elk moment omkeerbaar is. Belangrijk hierbij is om zo vroeg mogelijk in het proces in te grijpen. Het **detecteren en bespreekbaar maken** van suïcidaliteit zijn dus van fundamenteel belang.

Suïcidale personen ervaren een sterke **vernauwing** in hun denken, vaak in die mate dat ze geen mogelijkheid meer zien om zelf het suïcidale proces te keren. Door de zelfmoordgedachten te bespreken en specifiek aan deze suïcidaliteit te werken, kan een hulpverlener de suïcidale persoon **inzicht geven** in deze gedachten, **alternatieven aanreiken** en **leren omgaan** met deze zelfmoordgedachten.

Dit wil niet zeggen dat élke suïcide te voorkomen is. Het al dan niet voorkomen van een suïcide is ook niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van hulpverleners. Het suïcidale proces is niet rechtlijnig en aangezien suïcidaliteit door zoveel factoren beïnvloed wordt, is het bijzonder moeilijk te voorspellen of en wanneer iemand zal overlijden aan zelfmoord. Daarom is het belangrijk om **voortdurend alert te zijn** voor signalen van zelfdoding en zelfdodingsgedachten **actief te bevragen**.



## Meer weten?

Op [zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers](https://zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers) vind je theoretische modellen, verklarende animatievideo's en de meest recente suïdecijfers.

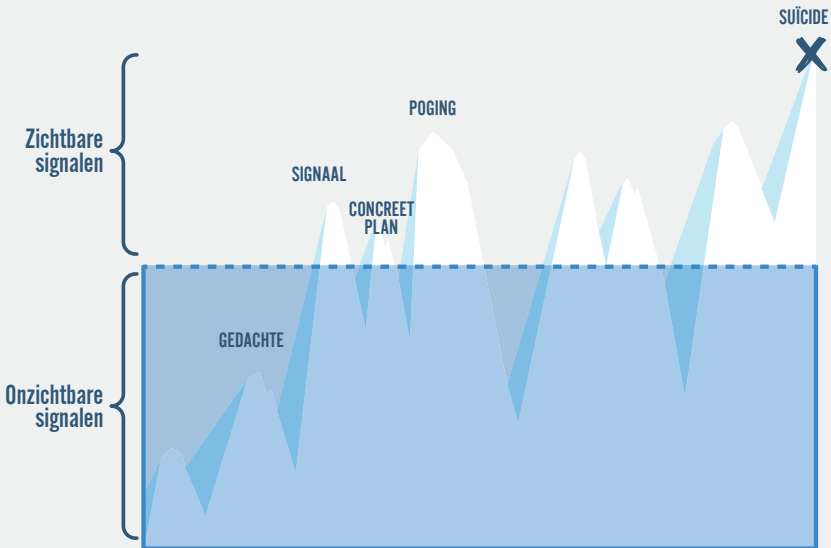


Fig.1: Illustratie van het suïcidale proces

“Suïcidaal gedrag is een complex en multifactorieel probleem waaraan vaak een heel proces aan vooraf gaat. Dit biedt mogelijkheden voor preventie”.

## Suïcidaliteit krijgt voorrang

Personen met acute zelfmoordgedachten dienen **voorrang te krijgen in de hulpverlening**. Zij kunnen immers in levensgevaar zijn. Geef extra aandacht aan personen die recent een zelfmoordpoging ondernomen hebben, aangezien zij extra kwetsbaar zijn voor herhaald suïcidaal gedrag. Zodra het bekend is of vermoed wordt dat een persoon aan zelfmoord denkt, is het prioritair deze zelfmoordgedachten verder te bespreken en exploreren.

## Suïcidaliteit is een op zichzelf staande problematiek

Hoewel het merendeel van de suïcidale personen met psychische problematieken zoals bijvoorbeeld een depressie kampen, kan je suïcidaliteit niet louter beschouwen als een symptoom of gevolg daarvan.

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

## Suïcidepreventie is een taak voor elke hulpverlener

Vaak wordt suïcidepreventie gezien als een taak voor specialisten, zoals psychiaters of psychologen. Elke zorg- of hulpverlener kan hier echter een rol in opnemen, bijvoorbeeld door alert te zijn voor signalen en het eerste gesprek erover aan te gaan.

# Basisprincipes van suïcidepreventie

In de zorg voor personen met suïcidegedachten staan vier basisprincipes centraal.



**CONTACT MAKEN  
& HOUDEN**



**VEILIGHEID  
BEVORDEREN**



**NAASTEN  
BETREKKEN**



**ZORG-  
CONTINUÏTEIT  
BEWAKEN**

## Contact maken en houden

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

### Aandachtspunten:

- Besteed volledige aandacht aan de persoon en probeer je in de 'mindset' te verplaatsen door de **crisis vanuit diens perspectief** te zien.
- **Bevraag proactief** suïcidale gedachten en intenties op een open manier en maak ze bespreekbaar.
- Laat de persoon voluit **spreken over de negatieve gevoelens en gedachten** die aan de basis liggen van de mentale pijn en geef erkenning aan deze gevoelens. Het uiten van deze emoties kan opluchten en helpen bij het ordenen van gedachten.
- **Houd contact en volg** de persoon **goed op**. Dit houdt in dat je de suïcidegedachten meermaals bevroegt en bespreekt en de zorg afstemt op de noden. Als de betrokkene in crisis is, zie de persoon dan sneller en meer frequent. Als de betrokkene niet naar een afspraak komt, neem dan meteen contact op. Hiermee geef je aan dat je betrokken bent.

## Veiligheid bevorderen

Veiligheid kan nooit volledig gegarandeerd worden, maar om toekomstig suïcidaal gedrag te beperken is het goed om samen met de persoon met suïcidegedachten na te gaan hoe je de omgeving veilig kan maken en welke rol de persoon daar zelf kan in opnemen. Dit vormt ook een onderdeel van Safety Planning (zie verder).

### Aandachtspunten:

- Geef bij een lichamelijk letsel voorrang aan de behandeling van de **somatische toestand** en zorg ook voor psychosociale opvang.
- Maak samen met de betrokkene een **Safety Plan** op. Wat dit inhoudt, lees je in het deel Interventies.
- Bekijk hoe je de **toegang tot middelen** waarmee iemand zich zou kunnen beschadigen, kan beperken.
- Bespreek met de persoon en **naasten** hoe zij kunnen helpen instaan voor een veilige omgeving. Houd hierbij rekening met hun mogelijkheden en draagkracht.
- Zorg dat je weet hoe en wanneer je beroep kan doen op **hulpdiensten, collega's en beveiligingspersoneel**.
- Zorg voor een **veilige infrastructuur**. Meer hierover lees je in het deel Suïcidepreventiebeleid.

## Naasten betrekken

Het is na te streven de suïcidale persoon **te motiveren en te stimuleren om een naaste te betrekken** in de verschillende fases van de hulpverlening, van intake tot nazorg. Naasten betrekken kan de band met de persoon en de naasten versterken en heeft een positief effect op de doeltreffendheid en duurzaamheid van de behandeling én de therapietrouw.

Naasten kunnen op verschillende vlakken een rol spelen. Zij kunnen **inzicht** bieden in de leefwereld van de betrokkene, meedenken over de hulp die nodig is en **steun** bieden bij de opvang en begeleiding van de persoon. Vaak zullen naasten ook zelf behoefte hebben aan **psycho-educatie**, steun en hulp.

## Aandachtspunten:

- Vooraleer je naasten betreft: respecteer voldoende de **autonomie van de suïcidale persoon** en stimuleer die om de regie zelf in handen te nemen. Probeer op een actief coachende manier eerst samen de problemen in kaart te brengen, mogelijke oplossingen te zoeken, om vervolgens zorgvuldig en in overleg na te gaan of de situatie en context er zich toe lenen om naasten te betrekken.
- Wanneer de hulpverlener de situatie en context gunstig acht om naasten te betrekken, maar de persoon met zelfmoordgedachten er niet meteen voor open staat, is het belangrijk de voordelen hiervan toe te lichten en de persoon actief te **motiveren en stimuleren**.
- De mate waarin naasten betrokken worden, moet in overeenstemming zijn met hun **bereidheid** en hun **draagkracht**.
- Naasten betrekken dient in overeenstemming te zijn met de **privacywetgeving**, de wet op de **patiëntenrechten** en het **beroepsgeheim**. Meer daarover lees je in het Deel Wetgeving op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).



### TIP

Meer informatie en tips over hoe je naasten kan betrekken in de geestelijke gezondheidszorg lees je op: [familierflex.be](https://familierflex.be).

## Zorgcontinuïteit bewaken

Suïcidaliteit kent een **wisselend beloop**. Het eenmalig bevragen of inschatten van de suïcidaliteit is bijgevolg niet voldoende. Bespreek suïcidaliteit dus regelmatig en wees extra waakzaam tijdens veranderingen (*of hiaten*) in het zorgtraject.

**Transfermomenten** tussen en binnen zorgorganisaties zijn immers risicovolle momenten waarop suïcidale gedachten en gedrag opnieuw kunnen toenemen. Op deze momenten (*bv. bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, bij overplaatsing naar een andere behandelsetting of bij ontslag*) moet er verhoogde aandacht zijn voor de suïcidaliteit en is een degelijke **informatieoverdracht** naar een volgende

hulpverlener (en ook de huisarts) belangrijk. Lokale samenwerkingsafspraken met de zorgverstrekkers in de regio kunnen dit faciliteren (bv. met huisartsen, mobiele crisisteam, CGG, ...). Na doorverwijzing of ontslag kan een follow-up contact (bv. telefonisch) helpen om je betrokkenheid te tonen en om te zien of de persoon goed is terechtgekomen bij een volgende hulpverlener of dienst.

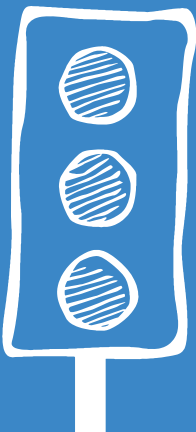
## Aanbevelingen basisprincipes

- Investeer in een goed **contact** en een goede therapeutische relatie met de persoon, waarbinnen **suïcidegedachten** openlijk kunnen worden besproken.
- Bespreek met de persoon hoe je de **veiligheid** in crisismomenten kan bevorderen en stimuleer daarin de autonomie van de persoon.
- Motiveer en stimuleer de persoon actief om **naasten** te betrekken, in elke fase van het zorgtraject (*indien de situatie en context er zich toe lenen*).
- Volg **suïcidaliteit** goed op: herbevestig en herbespreek het regelmatig, in het bijzonder bij veranderingen in het klinisch beeld. Wees ook extra waakzaam tijdens transfermomenten in het zorgtraject.
- Zorg voor een goede informatieoverdracht en goede samenwerkingsafspraken met de huisarts, andere hulpverleners en zorgvoorzieningen om de (na)zorg voor **suïcidale personen** te continueren en versterken.

# 2 Suïcidaliteit detecteren & exploreren

Als hulpverlener kan je op elk moment geconfronteerd worden met een persoon die denkt aan zelfmoord. Onderzoek toont dat 9 op 10 mensen die overleden aan suïcide contact hadden met een professionele hulpverlener in de laatste drie maanden voor hun dood.

Vaak is suïcidaliteit niet duidelijk waarneembaar en zal je de aanwezigheid van suïcidale gedachten (pro)actief moeten bevragen. Ook wanneer suïcidaliteit niet de reden van aanmelding is, is het belangrijk om het te bevragen en alert te blijven voor signalen.



# Signalen herkennen

**Meer dan de helft van de mensen die aan zelfmoord denkt, zendt bewust of onbewust signalen uit.**

De volgende **dreigingen** vereisen onmiddellijke hulp of aandacht, neem deze dus steeds ernstig:

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

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

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

Het risico op suïcidaal gedrag wordt groter wanneer er **meerdere signalen gedurende langere tijd** aanwezig zijn. Wees voornamelijk alert voor een **verandering in gedrag**.



# Suïcidaliteit bevragen

Om suïcidaliteit tijdig te kunnen detecteren, is het **proactief bevragen** van suïcidaliteit essentieel. Je zal iemand niet aanzetten tot zelfmoord of op gedachten brengen door ernaar te vragen. Het gesprek aangaan is van groot belang aangezien dit **suïcidale gedachten kan doen afnemen** en na een suïcidepoging de **kans op een nieuwe poging verkleint**. Daarnaast helpt het de suïcidale persoon ook om gedachten omtrent zelfdoding te **ordenen** en het **taboe en isolement** te doorbreken.

“Je zal iemand niet aanzetten tot zelfmoord of op gedachten brengen door ernaar te vragen.”

## Wanneer & hoe bevragen?

Eerst en vooral is het aanbevolen om suïcidaliteit **standaard te bevragen tijdens één van de eerste hulpverlenende gesprekken**.

Bij het bevragen peil je naar:

- Huidige zelfmoordgedachten: “Heb je momenteel zelfmoordgedachten?”
- Voorgeschiedenis:
  - “Heb je ooit zelfmoordgedachten gehad?” - “Wanneer was dit?”
  - “Heb je ooit een zelfmoordpoging ondernomen?” - “Wanneer was dit?”

Gezien het wisselende verloop van het suïcidale proces en het verhoogde risico op zelfdoding **in de volgende situaties**, bevelen we aan om de aanwezigheid van zelfmoordgedachten ook actief te (her)bevragen:

- Wanneer je signalen opmerkt dat het minder goed gaat met de persoon
- Bij transitiemomenten (bv. ontslag na een opname, bij overgang van residentiële naar ambulante behandeling,...)
- Wanneer risicofactoren toenemen of beschermende factoren afnemen
- Bij andere mogelijk ingrijpende (toekomstige) veranderingen (bv. ontslag, verlies van een dierbare,...)



**LET OP:** dit doe je ook bij signalen bij personen die eerder (bv. bij een intakegesprek) aangaven **geen suïcidale gedachten** te hebben. Wees ook extra alert bij personen die in het verleden een suïcidepoging ondernamen.

Het is niet eenvoudig om uit het niets over een gevoelig onderwerp als zelfmoord te praten. Soms kan het helpen om te vertrekken vanuit een concrete observatie, bijvoorbeeld vanuit signalen die je opgevangen hebt:

- “Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je hiermee dat je aan zelfmoord denkt?”
- “Je zegt dat ‘alles’ niet meer gaat, zie je ook het leven niet meer zitten? Denk je dan aan zelfmoord?”

# Suïcidaliteit exploreren

Na het bevragen van suïcidegedachten is het belangrijk deze verder te bespreken en exploreren, om zo ruimte te maken voor het verhaal van de persoon en zicht te krijgen op de ernst, de intensiteit en achterliggende factoren van deze gedachten.



## TIPS

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

### Wat werkt:

- Rustig en open praten over zelfdoding en over het verlangen om te sterven.
- Luisteren en proberen te begrijpen wat de persoon met zelfmoordgedachten beleeft.
- Erkenning geven voor de gevoelens die de persoon op dat moment ervaart.
- Inzicht geven door motieven te bevragen en ambivalentie t.o.v. het leven te bespreken.
- Zorgbehoeftes bespreken, uitleg geven over welke hulp mogelijk is en *(indien je zelf geen verdere hulp kan bieden)* aanmoedigen om contact te zoeken met meer gespecialiseerde hulp.
- De persoon laten ventileren: ruimte laten om gevoelens van hopeloosheid, kwaadheid, verdriet, onmacht, ... te uiten.

## **Wat werkt niet:**

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

# Risicoformulering


Om een goed inzicht te krijgen in de suïcidaliteit kan je vervolgens met de persoon in gesprek gaan over alle belangrijke factoren die een rol spelen in de suïcidaliteit.

Je kan dit doen aan de hand van de vier topics uit de Risicoformulering. Hieronder vind je de topics, enkele voorbeeldvragen en het sjabloon.

De Risicoformulering kan de basis vormen voor het vaststellen van de zorgnoden en passende interventies en kan de communicatie en informatie-overdracht tussen hulpverleners bevorderen. Het betrekken van naasten en/of betrokken hulpverleners kan bijdragen aan een betere Risicoformulering.


## Topics Risicoformulering

### RISICOFORMULERING




#### Huidige suïcidale intentie

*Frequentie & intensiteit zelfmoordgedachten; concrete suïcideplannen; inschatting bekwaamheid.*




#### Risicofactoren

*Factoren die kwetsbaarheid van persoon verhogen.*




#### Beschikbare hulpbronnen

*Hulpbronnen die hulpvrager ter beschikking heeft in crisismomenten.*



#### Voorspelbare veranderingen

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



Deze tool is een onderdeel van de 'Multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' [www.zelfmoord1813.be/npz-selfis](http://www.zelfmoord1813.be/npz-selfis)

### Huidige suïcidale intentie:

- Heb je zelfmoordgedachten (indien ja: hoe vaak? Sinds wanneer? Hoe sterk?)
- Heb je concrete plannen om een zelfmoordpoging te ondernemen?
- Heb je al voorbereidingen getroffen?

### Risicofactoren:

- Heb je ooit een zelfmoordpoging ondernomen?
- Heb je jezelf ooit meermaals opzettelijk pijn gedaan of verwond?
- Welke psychische problematieken zijn er op dit moment aanwezig? (+ voorgeschiedenis)

### Beschikbare hulpbronnen:

- Bij wie kan je terecht als je het moeilijk hebt?
- Ben je bereid tot verdere begeleiding?

### Voorspelbare veranderingen:

- Zijn er zaken die je nu zouden helpen om de komende periode door te komen?
- Hoe zie je de toekomst tegemoet?
- Verwacht je nog positieve of negatieve zaken in de nabije toekomst?



### TIP

Om dit grondig en gestructureerd in kaart te brengen kan de **Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES)** houvast bieden. LOES is een **semigestructureerd interview** dat richtvragen biedt om in gesprek te gaan met personen met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging. LOES draagt bij tot een goede eerste opvang van suïcidale personen, het in kaart brengen van aanwezige risicofactoren en zorgbehoeften en het faciliteren van zorgcontinuïteit. LOES kan worden afgenomen vanaf 12 jaar.

Je vindt LOES en de Tool Risicoformulering in de 'Tools Rubriek' op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex)

 **LET OP**

*We raden af om screeningsinstrumenten te gebruiken voor het inschatten van het acute suïciderisico omdat de voorspellende waarde ervan te beperkt is en omdat ze een vals gevoel van veiligheid kunnen geven. Ze kunnen bovendien nooit een persoonlijk gesprek met de persoon vervangen.*

*We raden ook af om personen in te delen in niveaus van suïciderisico (bv. met cijfers of kleurcodes), gezien suïciderisico sterk fluctueert en erg moeilijk in te schatten of te voorspellen valt.*

# Suïcidaliteit opvolgen

## Tijdens de behandeling

Omdat de intensiteit van zelfmoordgedachten snel kan wisselen is het van belang suïcidaliteit goed op te volgen, regelmatig te bespreken en de Risicoformulering en het Safety Plan (*zie verder*) te herbekijken. Meer hierover lees je in het luik ‘Suïcidaliteit opvolgen’ op ‘SP-Reflex’.

## Bij doorverwijzing

Indien er verdere behandeling nodig is die je zelf niet kan aanbieden, bekijk dan samen met de persoon en de naasten welke andere vormen van hulpverlening en begeleiding het meest geschikt zijn. Zorg voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener. Veel voorkomende doorverwijzingsinstanties voor suïcidale personen zijn:

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

Informeer de suïcidale persoon over waar die terecht kan in geval van crisis. Vermeld **Zelfmoordlijn 1813** ([zelfmoord1813.be](http://zelfmoord1813.be)). Geef aan de persoon en eventuele naasten een toelichting over het belang van vervolgzorg.

Stel samen met de persoon een **Safety Plan** op zodat die een houvast heeft wanneer er een crisis is. Maak daarbij ook **veiligheidsafspraken** met de persoon en diens omgeving, bijvoorbeeld rond het beperken van middelen om een zelfmoordpoging te ondernemen, eventueel toezicht en medicatiebeheer.

Bereid de naasten voor op de **herintegratie** van de persoon in de thuiscontext.

Wees extra alert na een suïcidepoging. Om de tijd tussen de poging en de start van de vervolgzorg te overbruggen, hou je best zo veel mogelijk **contact** met de persoon. Follow-up contact kan namelijk de kans op een nieuwe poging terugdringen.



## Stroomdiagram Detectie & Exploratie

### → Bevraag suïcidaliteit standaard

- Vraag naar huidige aanwezigheid van suïcidale gedachten
- Vraag naar voorgeschiedenis van suïcidale gedachten en suïcidepogingen
- Blijf alert voor signalen

### → Exploreer suïcidaliteit

- Breng suïcidale intentie, risicofactoren, hulpbronnen en voorspelbare veranderingen in kaart
- Pols ook naar zorgbehoeftes
- Maak eventueel gebruik van LOES en de Risicoformulering
- Vertrouw niet op screeningsinstrumenten en deel personen niet in in suïciderisiconiveaus

### → Volg suïcidaliteit op

- Bespreek zelfmoordgedachten regelmatig
- Herbekijk regelmatig de Risicoformulering en het Safety Plan

### → Bij doorverwijzing of ontslag:

- Verwijs naar en motiveer tot verdere hulp
- Verzeker een goede informatieoverdracht
- Voorzie follow-up contact

# Aanbevelingen

## ‘Suïcidaliteit detecteren & exploreren’

- Om tijdig te kunnen ingrijpen, dien je suïcidaliteit proactief te bevragen bij elke persoon en tijdens de behandeling alert te blijven voor mogelijke signalen van zelfmoordgedachten.
- Gezien het verhoogde risico op zelfdoding in de volgende situaties, dien je de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (*opnieuw*) actief te bevragen:
  - Wanneer je signalen opmerkt dat het minder goed gaat met de persoon
  - Bij transitie momenten (*bv. ontslag na een opname, bij overgang van residentiële naar ambulante behandeling,...*)
  - Wanneer risicofactoren toenemen of beschermende factoren afnemen
  - Bij andere mogelijk ingrijpende (*toekomstige*) veranderingen (*bv. ontslag, verlies van een dierbare,...*)
- Wanneer iemand zelfmoordgedachten heeft, dien je de suïcidaliteit zo snel mogelijk te exploreren.
  - Breng de suïcidale intentie, risicofactoren, hulpbronnen en voorspelbare veranderingen in kaart. Pols ook naar zorgbehoeftes. Het semigestructureerd interview LOES kan hierin ondersteuning bieden.
  - Betrek naasten om een goed zicht op de suïcidaliteit te krijgen.
  - Gebruik geen screeningsinstrumenten voor het inschatten van het risico en deel personen niet in in suïciderisiconiveaus. Dit is onvoldoende betrouwbaar en kan een vals gevoel van veiligheid geven.
  - Bespreek suïcidaliteit regelmatig, want het suïcidaal proces kan sterk fluctueren.
- Bij doorverwijzing of ontslag:
  - Bespreek met de persoon en de naasten welke vervolgzorg het meest geschikt is.
  - Informeer hen ook over waar de persoon terecht kan in geval van crisis.
  - Zorg voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener.
  - Voorzie follow-up contact indien haalbaar.

# 3 Interventies



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

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

Onderstaande beschrijving van interventies blijft beperkt tot interventies waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze effectief zijn in het reduceren van suïcidale gedachten en/of gedrag. We bespreken in dit deel het opstellen van een behandelplan, het bepalen van de behandelsetting, het werken met een Safety Plan, welke neurobiologische en psychotherapeutische interventies effectief zijn en welke zelfhulp tools je kunnen ondersteunen bij de behandeling van suïcidale personen.

# Behandelplan en behandelsetting

Het is belangrijk in het behandelplan aandacht te hebben voor suïcidaliteit. Neem er dus zeker de **huidige suïcidale intentie (+ historiek)**, **de zorgnoden, de behandelsetting** en de geplande interventies in op. Omschrijf ook hoe naasten zullen worden betrokken.

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

Neem zeker volgende factoren in overweging bij de vraag naar opname:

1. De ernst van de suïcidale gedachten en plannen
2. De aanwezigheid van een ernstige psychische of fysische problematiek en zorgbehoeften
3. Persoonskenmerken (*bv. impulsiviteit, agitatie, oordeelsvermogen, autonomie, houding t.o.v. hulpverlening*)
4. Beschikbaarheid en draagkracht van het steunsysteem

Soms weigert de persoon opname of zijn er geen opnameplaatsen beschikbaar. In die situaties zijn **alternatieven, follow-up en continuïteit van zorg** van extra belang. Mogelijke alternatieven voor opname zijn het voorzien van ambulante hulp, inschakelen van een mobiel crisisteam of aanbieden van psychiatrische thuiszorg. Bovendien kunnen naasten – indien hun draagkracht het toelaat - betrokken worden om de veiligheid in de thuisomgeving te verhogen (*bv. goed opbergen van medicatie of andere middelen*) en extra nabijheid te bieden. Een goede ondersteuning van de naasten en erkenning van de emotionele belasting voor hen is hierbij echter cruciaal.

# Safety Planning

Het opstellen en opvolgen van een **Safety Plan** (ook wel veiligheidsplan, crisisplan of signaleringsplan genoemd) wordt wereldwijd als een best practice gezien in suïcidepreventie. Recent onderzoek toonde aan dat Safety Planning interventies kunnen zorgen voor een **reductie in suïcidaal gedrag**.

Een Safety Plan is een plan dat de hulpverlener samen met de persoon kan opstellen. Het kan de persoon leren om stap voor stap een suïcidaal proces te herkennen en een mogelijke crisis het hoofd te bieden. Een Safety Plan is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische technieken en omvat meestal volgende componenten: waarschuwingssignalen, copingstrategieën, hulpbronnen, het veilig maken van de omgeving en redenen om te leven.

Het sjabloon en meer info vind je op: [zelfmoord1813.be/safetyplan](https://zelfmoord1813.be/safetyplan).

Ook in de **gratis app BackUp** kan je een Safety Plan opmaken.

## TIPS

- Voorzie een **kopie** van het Safety Plan in het **patiëntendossier**.
- *Neem het Safety Plan af en toe terug bij de hand. Evalueer het en stuur het bij telkens de omstandigheden van de persoon (bv. persoonlijke relaties) veranderen doorheen de tijd of na een crisis.*
- *Als het Safety Plan niet kan worden gebruikt, zorg dan dat de verschillende werkingsmechanismen op een andere manier verzekerd worden: bespreek minstens op welke manier de persoon kan omgaan met intense suïcidedachten en welke zaken de persoon op die momenten kan doen om rust en afleiding, steun en hulp te vinden.*



# Mijn Safety Plan

zelfmoord1813.be  
voor info en hulp



## 1 Dit geeft aan dat ik het moeilijk krijg:

.....  
.....  
.....

## 2 Dit kan ik zelf doen als ik het moeilijk krijg:

.....  
.....

Dit doe ik beter niet: .....

## 3 Dit kan ik met anderen doen als ik het moeilijk krijg:

.....  
.....

Dit doe ik beter niet: .....

## 4 Met deze personen (vrienden, familie, ...) kan ik praten over mijn zelfmoordgedachten:

.....  
.....  
.....

## 5 Hier vind ik professionele hulp:

Hulpverleners:

.....  
.....  
.....

Hulplijnen/Online hulp:

- Zelfmoordlijn: **1813**  
of **Zelfmoord1813.be**
- .....
- .....

In acute nood:

- Huisarts (van wacht: **1733**)
- Spoeddienst
- **112**

## 6 Zo maak ik mijn omgeving veilig:

.....  
.....  
.....

## 7 Dit helpt mij volhouden:

.....  
.....  
.....

MEER INFO? [ZELFMOORD1813.BE/SAFETYPLAN](https://www.zelfmoord1813.be/safetyplan)

© Het Safety Plan is een initiatief van  
het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (2023),  
gebaseerd op Stanley & Brown (2012).

# Neurobiologische interventies

Gezien de **sterke link tussen suïcidaliteit en psychiatrische problematieken** kunnen neurobiologische interventies (*waaronder psychofarmaca en neurostimulatie*), die bedoeld zijn voor de behandeling van deze stoornissen ook bijdragen aan de behandeling van suïcidaliteit. Er is echter slechts in beperkte mate gecontroleerd onderzoek verricht naar het effect van medicatie op suïcidaliteit.

De beslissing om te starten met een neurobiologische interventie moet altijd **zorgvuldig** worden overwogen.

Aangezien medicatie gebruikt kan worden als middel tot zelfdoding is het essentieel dat er met de persoon en de omgeving duidelijke **afspraken** worden gemaakt over **medicatiebeheer en medicatie-inname**, zeker wanneer er sprake is van acute suïcidaliteit.

Voor de behandeling van suïcidaal gedrag zijn (*onder bepaalde voorwaarden en bij bepaalde doelgroepen*) volgende neurobiologische interventies werkzaam gebleken:

- Medicatie: antidepressiva, clozapine en lithium
- Neurostimulatie: elektroconvulsietherapie en repetitieve transcraniële magnetische stimulatie

Ook na behandeling met neurobiologische interventies is het belangrijk om alert te blijven op terugval in suïcidaal gedrag, vooral tijdens zorgtransities zoals na een opname of bij overgang van residentiële naar ambulante behandeling.

Ontdek alle aanbevelingen en achterliggend onderzoek in het luik Interventies op 'SP-Reflex'.

# Psychotherapeutische interventies

Steeds meer wetenschappelijke studies wijzen uit dat psychotherapeutische interventies kunnen helpen bij het omgaan met suïcidale gedachten en het voorkomen van suïcidaal gedrag.

Volgende interventies toonden in onderzoek reeds goede resultaten in de preventie van suïcidaal gedrag bij volwassenen:

- Cognitieve (*gedrags*)therapie
- Dialectische gedragstherapie
- Probleemoplossende therapie of oplossingsgerichte therapie
- Suïcide-specifieke op mindfulness gebaseerde cognitieve training (*MBCT-S*) en Toekomstgerichte Training. Meer informatie over deze trainingen vind je op [zelfmoord1813.be/groepstraining](https://zelfmoord1813.be/groepstraining)

Een aspect van psychotherapie dat recent meer aandacht heeft gekregen in de wetenschappelijke literatuur is de link tussen suïcidaliteit en de therapeutische relatie. **Een robuuste therapeutische relatie die al vroeg tot stand wordt gebracht, wordt gelinkt aan verminderde suïcidale gedachten en suïcidepogingen en dit ongeacht de therapeutische strekking.**

## Zelfhulp tools

Het VLESP ontwikkelde enkele zelfhulp tools voor personen met zelfmoordgedachten. Deze tools kunnen samen met de betrokkene gebruikt worden tijdens de therapie en/of daarbuiten. Ze zijn geen op zichzelf staande behandelingen, maar kunnen gebruikt worden als hulpmiddel om de persoon te leren omgaan met suïcidale gedachten.

Online zelfhulpcursus 'Think Life'

(offline versie ook beschikbaar): [thinklife.zelfmoord1813.be](https://thinklife.zelfmoord1813.be)

App BackUp: [zelfmoord1813.be/backup](https://zelfmoord1813.be/backup)



# Aanbevelingen ‘Interventies’

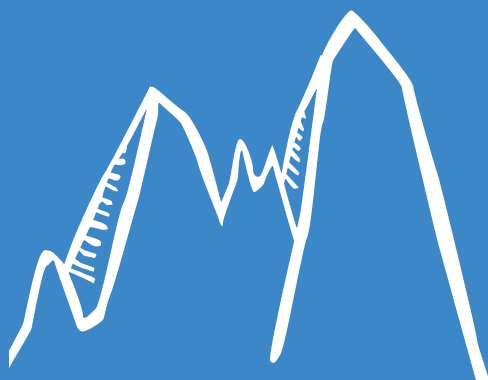
- Het is aan te bevelen om samen met de betrokkene een Safety Plan op te stellen. Als het Safety Plan niet kan worden gebruikt, zorg dan dat de verschillende werkingsmechanismen op een andere manier verzekerd worden. Voorzie een kopie van het Safety Plan in het patiëntendossier.
- Overweeg bij indicaties voor opname zorgvuldig de voor- en nadelen en zie opname enkel als een noodzakelijk middel om een crisis te overbruggen en iemand tijdelijk te beschermen.
- Het is aan te bevelen om onder bepaalde voorwaarden de volgende neurobiologische interventies aan te bieden aan suïcidale personen: antidepressiva, clozapine, lithium, elektroconvulsietherapie en repetitieve transcraniële magnetische stimulatie.
- Het is aan te bevelen bij de behandeling van volwassen personen met suïcidaal gedrag in te zetten op het ontwikkelen van een sterke therapeutische relatie. Overweeg ook de mogelijkheden tot cognitieve (*gedrags*)therapie, dialectische gedragstherapie, probleemoplossingtherapie of oplossingsgerichte therapie, MBCT-S en toekomstgerichte training.
- Verwijs naar zelfhulp tools. Ze kunnen een goed vertrekpunt, hulpmiddel of nuttige aanvulling vormen in de begeleiding van suïcidale personen.



# 4 Na een suïcidepoging

Per dag worden op de Vlaamse spoedafdelingen van ziekenhuizen naar schatting 25 personen aangemeld na een suïcidepoging. Het werkelijke aantal suïcidepogingen ligt hoger gezien veel personen na een poging niet op de spoedafdeling terecht komen. De meeste hulpverleners zullen dus in hun loopbaan in aanraking komen met personen die een suïcidepoging ondernomen hebben.

Het risico op een suïcidepoging of een overlijden door suïcide is sterk verhoogd bij personen die reeds een poging ondernomen hebben. Om een nieuwe poging te voorkomen is een adequate psychosociale opvang en evaluatie na een poging noodzakelijk.



# Eerste opvang en opvolging

Na een suïcidepoging dien je in eerste instantie de nodige **somatische zorg** te verlenen of in te schakelen. Bied ook zo snel mogelijk **een eerste gesprek om de persoon goed te kunnen opvangen** en om suïcidaliteit en zorgmogelijkheden te exploreren.

In de opvanggesprekken na een poging is het aanbevolen volgende aspecten te bespreken:

- Huidige emoties
- Huidige suïcidale intentie
- Terugblik op de suïcidepoging
- Risicofactoren bv. eerder zelfbeschadigend gedrag of poging, psychische problematieken, stressfactoren,...
- Hulpbronnen bv. sociaal netwerk/steun, bereidheid tot verdere behandeling, coping vaardigheden
- Toekomstperspectief en mate van hopeloosheid
- Zorgbehoeften

De **Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES)** kan een houvast bieden bij dit gesprek. LOES is een **semigestructureerd interview** dat richtvragen biedt om in gesprek te gaan met personen met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging. Het omvat twee delen: een basisbevraging en een verdere verkenning. Meer informatie vind je op [zelfmoord1813.be/LOES](https://zelfmoord1813.be/LOES).

Het in kaart brengen van de suïcidepoging, achterliggende factoren en zorgbehoeften vormt een goede basis voor het bepalen van het verdere zorgtraject.

# Opvang van naasten

Een suïcidepoging kan een beduidende impact nalaten op naasten. Voorzie dus een goede eerste opvang en ondersteuning van naasten, alsook van betrokken hulpverleners.

Activeer naasten (*in de mate van het mogelijke*) om een **warme, ondersteunende en zorgende omgeving** te bieden aan de suïcidale persoon en alert te blijven voor waarschuwingssignalen van suïcidaliteit in de toekomst. Bied informatie over suïcidepreventie en verwijs naar waar zij steun en hulp kunnen vinden.

Let er in een residentiële context op dat je ook een zorgvuldige informatieoverdracht en goede opvang aan **medebewoners** biedt. Geef daarbij geen details (*bv. over de methode*) en wees waakzaam voor de mogelijke impact (*en risico op imitatiegedrag*) bij medebewoners. Behoud een veilige omgeving waar gevoelens besproken kunnen worden en voorzie voldoende ondersteuning.

## Reconstructie en evaluatie

Na een suïcidepoging kan je als hulpverlener of team de suïcidepoging reconstrueren en de omstandigheden rond de suïcidepoging evalueren. Dit kan helpen om de suïcidepoging te begrijpen, te verwerken en ervan te leren.

Er zijn verschillende evaluatiesystemen en -instrumenten ontwikkeld die bij deze evaluatie kunnen helpen (*bv. PRISMA, SIRE*). Je kan ook handvatten vinden op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).

# Het verdere zorgpad

In het verdere zorgpad is het belangrijk om oog te hebben voor zorgcontinuïteit. Enkele tips die hierbij kunnen helpen:

- Breng steeds de huisarts op de hoogte. Betrek deze eventueel bij het ondersteunen van de persoon en de naasten.
- Laat de stappen in het zorgpad goed op elkaar aansluiten. Daartoe is het belangrijk goede samenwerkingsafspraken te hebben binnen een regionaal netwerk.
- Zorg steeds voor een degelijke informatieoverdracht naar een volgende hulpverlener of dienst bij een transfer of doorverwijzing.

## Wat neem je op in het beleid?

Om een goede opvang én opvolging te verzekeren is het belangrijk dat er in het beleid afspraken zijn opgenomen over:

- hoe de eerste opvang na een suïcidepoging gebeurt
- hoe een poging gemeld en geregistreerd wordt (*registreer elke suïcidepoging, ook wanneer die zich buiten de zorginstelling voorgedaan heeft*)
- hoe hierover gecommuniceerd wordt naar de verschillende betrokkenen (*hulpverleners, naasten, medebewoners*)
- hoe de verschillende betrokkenen opgevangen worden en nazorg kan geboden worden
- wanneer, hoe en door wie er een reconstructie en evaluatie wordt opgezet

# Aanbevelingen 'Na een suïcidepoging'

- **Zorg zo snel mogelijk voor een goede eerste opvang en psychosociale evaluatie van de persoon.**
- **Zorg voor een goede informatieoverdracht aan alle betrokkenen en bied hen opvang (*hulpverleners/team, medebewoners en naasten*).**
- **Bevorder zorgcontinuïteit door:**
  - De opvang en zorg voor personen na een poging zo snel mogelijk op te starten.
  - Stappen in het zorgpad goed op elkaar te laten aansluiten.
  - Een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener te doen bij doorverwijzing.
  - De huisarts te informeren.
- **Registreer, reconstrueer en evalueer de suïcidepoging.**

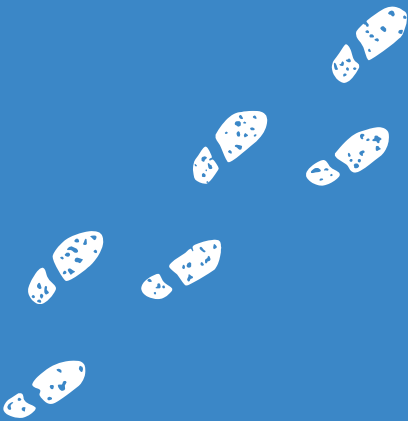




# 5 Na een zelfdoding

Wanneer iemand overlijdt door suïcide, heeft dit een grote impact op de mensen die achterblijven: familie, vrienden, collega's én de betrokken hulpverleners. Naar schatting 22% tot 39% van de psychologen, 51% tot 82% van de psychiaters en 68% van de huisartsen worden minstens één keer in hun loopbaan geconfronteerd met een persoon die overlijdt door suïcide. Ook in zorginstellingen treft een suïcide veel zorg- en hulpverleners.

De hier opgenomen aanbevelingen kunnen een houvast bieden om goed te handelen na een suïcide, zowel op korte als op lange termijn.



# Stap 1 – Informeren en opvangen

Na een suïcide dienen veel betrokkenen geïnformeerd en opgevangen te worden. Dit zijn de eerste stappen:

- Laat de persoon en de ruimte waar het incident plaatsvond intact en identificeer de persoon.
- Informeer de **politie en de verantwoordelijke of leidinggevende** in je team. Indien de dood nog niet is vastgesteld, is dit een taak voor een arts. Wanneer het om *(een vermoeden van)* zelfmoord gaat, is men verplicht bij de politie melding te maken van een niet-natuurlijk overlijden en zal de politie en een wetsgeneesheer ter plaatse komen om de feiten vast te stellen.
- Informeer de **huisarts** van de overledene en betrek deze eventueel later bij het ondersteunen van de nabestaanden en de reconstructie *(zie verder)*.
- Informeer de **teamleden** en zorg voor opvang. Creëer een veilige omgeving waarin gevoelens gedeeld kunnen worden. Maak eventueel gebruik van bestaande richtlijnen of diensten *(voorhanden in de zorginstelling of daarbuiten)* voor opvang van personeel na traumatische gebeurtenissen.
- Contacteer de **nabestaanden** en bied een eerste gesprek aan. Bereid het gesprek voor en trek voldoende tijd uit. Bied in het gesprek algemene informatie over zelfdoding en rouwen. Houd ook rekening met mogelijke kwaadheid en schuldprojecties. Pols tot slot bij wie ze terecht kunnen in hun omgeving voor steun en verwijs naar verdere hulp zoals het CAW en Werkgroep Verder: [werkgroepverder.be](http://werkgroepverder.be).
- Informeer de **medebewoners** *(indien van toepassing)*. Wees bij hen extra waakzaam voor mogelijke zelfmoordgedachten. Creëer een veilige omgeving waar gevoelens besproken kunnen worden en zorg voor een afscheids- of herdenkingsmoment.
- Registreer de zelfdoding in het dossier.



## TIP

*Maak in je suïcidepreventiebeleid duidelijk wie welke betrokkenen wanneer informeert.*

# Stap 2 – Opvolgen van het rouwproces

## Ondersteuning van nabestaanden

### Ondersteun het rouwproces

Nabestaanden gaan door een moeilijk rouwproces en blijven achter **met grote onzekerheid, onbeantwoorde vragen en heftige emoties**. Ze hebben behoefte aan het begrijpen van de oorzaak en aanleiding van de suïcide en van hun rol daarin. Aanbevolen wordt om binnen de grenzen van het beroepsgeheim alle informatie te geven die kan helpen om de suïcide te kunnen begrijpen. Onderzoek toont dat dit bij nabestaanden kan zorgen voor een daling van de kans op depressieve klachten, angsten, suïcidaliteit & gecompliceerde rouw.

Wanneer rouw complexer en moeilijker verloopt dan gemiddeld, kan er sprake zijn van '**gecompliceerde rouw**'. Dit komt na verlies door suïcide vaker voor dan na een natuurlijk overlijden en is sterk geassocieerd met suïcidale gedachten en gedrag. Bij een gecompliceerd rouwproces is het aangewezen door te verwijzen naar een professionele hulpverlener, rouwinterventies kunnen dan doeltreffend zijn.

### Wees alert voor suïcidaliteit

Nabestaanden vormen dus een kwetsbare groep en hebben ook zelf een verhoogd risico op het ontwikkelen van **suïcidale gedachten en gedrag**. Studies tonen dat één op de vijf nabestaanden kort na het verlies zelf suïcidedgedachten heeft. Bevraag dus ook bij nabestaanden of ze suïcidale gedachten ervaren.

## Verwijs naar steun en hulp

Uit onderzoek blijkt dat nabestaanden **behoefte kunnen hebben aan professionele nazorg**. Verwijs door indien nodig. Daarnaast geven nabestaanden aan **steun te putten uit het eigen sociaal netwerk en lotgenotencontact**. Stimuleer nabestaanden daarop beroep te doen en verwijs naar Werkgroep Verder (*die onder meer lotgenotencontact organiseren*). Meer informatie: [werkgroepverder.be](http://werkgroepverder.be).



### TIP

*Betrek de huisarts bij de vervolgzorg. Vaak vangt de huisarts de nabestaanden op of doet nabestaanden uit zichzelf een beroep op de huisarts.*

## Ondersteuning van het team

Een suïcide heeft een beduidende **impact** op hulpverleners, zowel op professioneel als op emotioneel vlak, ongeacht de beroepsgroep. **Voorzie dus de nodige ondersteuning en hulp** voor de betrokken hulpverleners, zowel individueel als op team niveau, zowel op professioneel (*bv. intervisie en opleiding*) als op persoonlijk vlak (*bv. therapie of lotgenotencontact*) en zowel op korte als lange termijn.

# Stap 3 – Reconstrueren en evalueren van de zelfdoding

Het is tot slot belangrijk om een suïcide te reconstrueren en evalueren. Zorgvuldige postventie geeft **betekenis** aan het overlijden én kan het toekomstige **preventiebeleid** versterken.

Een reconstructie kan voor betrokken hulpverleners, het team en voorziening inzicht bieden in het **suïcidale proces** en onderliggende factoren. Een evaluatie kan daarnaast zorgen voor een optimalisatie van de **aanpak in de toekomst**.

Ga voor de reconstructie vooraf te rade bij nabestaanden en integreer de informatie die je uit de gesprekken met hen haalde in de verdere reconstructie en evaluatie. Betrek vervolgens alle betrokken hulpverleners (*eventueel ook de huisarts en andere externe hulpverleners*) bij de reconstructie en evaluatie.

Ter evaluatie kunnen verschillende systematische methodes gebruikt worden (bv. *PRISMA, psychologische autopsie*). Ook de leidraad **Reconstructie en Evaluatie na Zelfdoding** biedt hiervoor handvatten. Je vindt deze op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).

# Aanbevelingen ‘Na een zelfdoding’

- Zorg na een suïcide voor een goede informatieoverdracht en opvang voor de verschillende betrokkenen met aandacht voor het beroepsgeheim (*politie, huisarts, betrokken hulpverleners & team, nabestaanden*).
- Voorzie een zorgvuldige informatieoverdracht (*zonder details*) en een goede opvang voor medebewoners (*indien van toepassing*). Wees extra waakzaam voor hun suïcidaliteit en mogelijk kopiëergedrag.
- Maak in je suïcidepreventiebeleid duidelijk wie welke betrokkene wanneer informeert na een suïcide.
- Volg het rouwproces op bij **nabestaanden**:
  - Overweeg bij gecompliceerde rouw het aanbieden van rouwinterventies.
  - Wees bewust van en alert voor een mogelijk verhoogd suïciderisico.
  - Moedig het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk en uit lotgenotencontact aan.
- Voorzie voldoende ondersteuning en **hulp voor betrokken hulpverleners**:
  - Zowel individueel als op teamniveau (*indien van toepassing*).
  - Zowel op professioneel (*bv. mogelijkheden tot intervisie, opleiding*) als op persoonlijk vlak (*bv. mogelijkheden tot therapie, lotgenotencontact*).
  - Zowel op korte als op lange termijn.
- **Reconstrueer en evalueer** de suïcide met alle betrokken hulpverleners.

# 6 Suïcide- preventiebeleid

Alle stappen en afspraken met betrekking tot de detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag kan je inbedden in een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgvoorziening. Wat neem je allemaal op in een suïcidepreventiebeleid? Dat lees je hier.

## Visie op suïcidaliteit

Schrijf neer wat de visie is op suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen. Je kan hiervoor vertrekken van de uitgangspunten en basisprincipes in deze samenvatting.

## Stappen in de opvang en zorg

Beschrijf in een suïcidepreventiebeleid **welke stappen ondernomen moeten worden bij de opvang en zorg voor suïcidale personen**. Omvat het volledige zorgtraject, van aanmelding over behandeling tot vervolgzorg. De verschillende fases dienen naadloos op elkaar aan te sluiten en er dient voldoende communicatie voorzien te worden tussen de betrokken zorgverstrekkers.

Een overzicht van de belangrijkste stappen per fase:



### BIJ EERSTE CONTACTEN

Suïcidaliteit bevragen  
(huidige suïcidaliteit  
en voorgeschiedenis)  
en exploreren  
(Risicoformulering)

Bij acute suïcidale crisis of  
poging: opvang en evaluatie

Behandelsetting en  
interventies daarop  
afstemmen



### TIJDENS DE BEHANDELING

Suïcidaliteit verder  
exploreren en opvolgen

Suïcidaliteit herbevragen  
bij signalen en  
transitiemomenten

Safety Planning

Naasten betrekken

Draaiboek voor  
crisissituaties (na  
suïcide(poging))



### VERVOLG

Mogelijkheden tot  
vervolgzorg toelichten

Informatieoverdracht  
naar huisarts en evt.  
volgende hulpverlener

Follow-up contact



## Vorming en ondersteuning

Vorming over suïcidepreventie en ondersteuning voor hulpverleners is een essentieel onderdeel van het suïcidepreventiebeleid. Het begeleiden van suïcidale personen is immers een complexe taak, die ook emotioneel uitdagend kan zijn.

### Voorzie:

- Een basisvorming voor het personeel over het detecteren en behandelen van suïcidaliteit en het omgaan met suïcidale personen en hun naasten. Je kan hiervoor gebruik maken van de online e-learningmodules op 'SP-Reflex', maar voor het inoefenen van vaardigheden is extra vorming of training aangewezen. Ontdek het vormingsaanbod op [zelfmoord1813.be/vormingen](https://zelfmoord1813.be/vormingen).
- Intervisiemomenten zodat hulpverleners ervaringen kunnen delen met collega's en kunnen leren uit de kennis en ervaringen van anderen.
- Extra ondersteuning en opvolging na een suïcidepoging of suïcide.

## Suïcideveilig maken van de zorgomgeving

Het maken van aanpassingen aan de infrastructuur van een zorgomgeving en een degelijk medicatiebeleid kunnen bijdragen aan suïcidepreventie.

Met betrekking tot infrastructuur is het in zorgvoorzieningen van belang dat daken ontoegankelijk zijn en dat ramen en balkons beveiligd zijn. Verdergaande maatregelen dien je af te wegen naargelang de setting. Een uitgebreide lijst van alle mogelijke infrastructurele maatregelen vind je op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).

Medicatie dient goed afgesloten bewaard te worden en mag enkel toegankelijk zijn voor hulpverleners die hier expliciete toestemming voor gekregen hebben. Zie er verder op toe dat personen enkel de voorgeschreven hoeveelheid krijgen en deze ook innemen. Bij ambulante begeleiding is het aanbevolen medicatie steeds in kleine hoeveelheden voor te schrijven.

Bij de keuze voor een bepaald type medicatie dient er rekening gehouden te worden met het effect van de medicatie op de onderliggende psychiatrische problematiek, het specifieke effect van de medicatie op suïcidaliteit en de toxiciteit van het middel bij een overdosis. Meer hierover lees je in het deel Interventies op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).

## Registratie en evaluatie

Nadat je suïcidaliteit hebt besproken of wanneer er zich een poging of suïcide voordoet, noteer je dit in het dossier. Na een suïcidepoging of suïcide is ook een reconstructie en evaluatie aanbevolen.

Raadpleeg daarvoor de adviezen op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).

Voorzie tot slot ook een regelmatige evaluatie van het suïcidepreventiebeleid.

## Aanbevelingen ‘Suïcidepreventiebeleid’

- Maak een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgomgeving.
- Beschrijf in het suïcidepreventiebeleid:
  - De visie op suïcidepreventie.
  - De stappen en afspraken m.b.t. het bevragen, exploreren en opvolgen van suïcidaliteit.
  - De stappen en afspraken na een suïcidepoging.
  - De stappen en afspraken na een suïcide.
  - Welk aanbod van vorming, intervisie en ondersteuning m.b.t. suïcidepreventie wordt voorzien.
  - Welke infrastructurale en medicatiegerelateerde maatregelen er zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken.
  - Hoe en waar je de suïcidaliteit, suïcidepogingen en suïcides van patiënten noteert en registreert en hoe je deze informatie deelt.
  - Hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt.

# Meer weten?

Deze samenvatting is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn '**Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag**', die het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie uitbracht in 2017 en in 2023 van een update voorzag. De volledige richtlijn bevat meer uitgebreide informatie, wetenschappelijke onderbouwing, praktijkgerichte tips en tools, alsook een bijlage m.b.t. wetgeving.

Je kan de volledige richtlijn, evenals online e-learningmodules raadplegen op [zelfmoord1813.be/sp-reflex](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex).

Je vindt er ook richtlijnen en modules m.b.t. suïcidepreventie bij kinderen en jongeren; ouderen; en personen met autisme.

Voor advies, consult en vorming over suïcidepreventie kan je terecht bij de **Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG-SP)**. Meer info vind je op: [zelfmoord1813.be/ondersteuning-door-cgg-sp](https://zelfmoord1813.be/ondersteuning-door-cgg-sp).

Het volledige vormingsaanbod vind je op: [zelfmoord1813.be/vormingen](https://zelfmoord1813.be/vormingen).



Met concrete vragen over de begeleiding van een suïcidale persoon kan je terecht bij **ASPFA**, de Advieslijn SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners. ASPFA is bereikbaar via telefoon:

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



MEER INFO? [ZELFMOORD1813.BE/SP-REFLEX](https://zelfmoord1813.be/sp-reflex)

**VLESP** | Vlaams  
Expertisecentrum  
Suicidepreventie



[zelfmoord1813.be](https://zelfmoord1813.be)  
voor info en hulp

