

SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG



SUÏCIDEPREVENTIEBELEID IN DE ZORG

1. INLEIDING

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

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

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

Uitdieping voor ggz-voorzieningen

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

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

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

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

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

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

AANBEVELING

Maak een suïcidepreventiebeleid op maat van de zorgomgeving.

Risicoanalyse als vertrekpunt

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

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

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

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

AANBEVELING

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

2. INHOUD VAN EEN SUÏCIDEPREVENTIEBELEID

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



Ontwikkel een duidelijke visie op suïcidaliteit.



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



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



Maak de zorgomgeving suïcideveilig.



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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

AANBEVELING

Bespreek het suïcidepreventiebeleid met patiënten en hun naasten.

Visie op suïcidaliteit

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

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

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

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

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

AANBEVELING

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

Draaiboek

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

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

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



AANBEVELING

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

Fase 1 - Bij aanmelding



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

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

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

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

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

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

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

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

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

Uitdieping voor ggz-voorzieningen

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

Fase 2 - Tijdens de behandeling



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

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

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

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

Fase 3 - Vervolgzorg



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

Na een suïcide(poging)

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

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

AANBEVELING

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

Vorming en ondersteuning

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

Basisvorming suïcidepreventie

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

De inhoud van deze vorming kan bestaan uit:

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

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

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

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

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

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

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

Intervisie en zelfzorg

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

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

AANBEVELING

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

Suïcideveilig maken van de zorgomgeving

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

Infrastructuur

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

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

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

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

In Vlaanderen is geen universeel instrument met veiligheidsmaatregelen in het kader

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

Medicatiebeleid

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

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

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

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

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

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

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

AANBEVELING

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

Registratie

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

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

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

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

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

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

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

AANBEVELING

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

Evaluatie

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

Kwantitatieve indicatoren:

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

Kwalitatieve indicatoren:

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

Uitdieping voor algemene voorzieningen

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

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

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

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

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

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

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

AANBEVELING

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

OVERZICHT AANBEVELINGEN DEEL 6

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

ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

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

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

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

Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA)

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

ASPHA is bereikbaar via:

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

REFERENTIES

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2015). Sterfte door suïcide. Opgevraagd op 8 december 2015 via: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2014>
- Bervoets, C.; Cosemans, P.; Pellens, I.; Vanhove, R.; Van den Broeck, K.; Van Raemdonck, A. (2015). *Indicator: suïcidepreventiebeleid*. Te raadplegen via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Beleid/Kwaliteit_van_zorg/20151609Indicatorfiche_suïcidepreventiebeleid_DEF.pdf
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.
- Knesper, D. J. . A. A. of S. S. P. R. C. (2010). *Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit*. Newton, MA.
- Lieberman, D. Z., Resnik, H. L. P., & Holder-Perkins, V. (2004). Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(4), 448–53.
- Malakouti, S. K., Nojomi, M., Poshtmashadi, M., Hakim Shooshtari, M., Mansouri Moghadam, F., Rahimi-Movaghar, A., ... Bazargan-Hejazi, S. (2015). Integrating a Suicide Prevention Program into the Primary Health Care Network: A Field Trial Study in Iran. *BioMed Research International*, 2015, 1–9.
- Malinovski, A. J. (2016). *Zelfzorg voor hulpverleners in de GGZ*. LannooCampus.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–74.
- McAuliffe, N., & Perry, L. (2007). Making it Safer: A Health Centre's Strategy for Suicide Prevention. *Psychiatric Quarterly*, 78(4), 295–307.
- Milner, A. J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M. J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 206(3), 184–190.

- OESO. (2014). Improving quality measurement and data collection for mental health. In *Making mental health count*.
- Rhee, Y., Houttekier, D., MacLeod, R., Wilson, D. M., Cardenas-Turanzas, M., Loucka, M., ... Cohen, J. (2015). International comparison of death place for suicide; a population-level eight country death certificate study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Sanddal, N. D., Sanddal, T. L., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2003). A General Systems Approach to Suicide Prevention: Lessons from Cardiac Prevention and Control. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 341–352.
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. J. (2014). *The Resilient Practitioner: Burnout Prevention and Self-Care Strategies for Counselors, Therapists, Teachers, and Health Professionals, Second Edition*.
- VA National Center for Patient Safety. (2015). *Mental Health Environment of Care Checklist*. VA National Center for Patient Safety. Te raadplegen via: <http://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/mentalhealth.asp>
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A. T., ... Hegerl, U. (2011). Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. *Crisis*, 32(6), 319–333. JOUR.
- Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2014*. Gent. Te raadplegen via: <http://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/pdf/06112015-094430-JaarverslagSu%C3%AFcidepogingenVlaanderen2014.pdf>
- Watts, B. V, Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry*, 69(6), 588–92.

Bijlage BIJ DEEL 6: Tabellen veiligheidscriteria

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

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

Tabel 2 - Overige Veiligheidscriteria	
Zichtbaarheid	Er zijn geen blinde hoeken in het gebouw. Personeel heeft een goed (over)zicht op de patiënten.
Chemische en andere huishoudmiddelen	Alle chemische producten, huishoudmiddelen en materialen zijn niet toegankelijk voor patiënten of er wordt op toegezien. Sloten van bergplaatsen kunnen niet opengemaakt worden met zaken waar patiënten kunnen over beschikken (bv. plastic kaarten).
Medische middelen	Medische middelen zijn niet toegankelijk voor patiënten. Bij patiënten die medische middelen nodig hebben, wordt een afweging gemaakt tussen de noden van de patiënt, het risico op suïcide, de mate van agressie van de patiënt, en de mogelijkheid van het middel om gebruikt te worden als zelfvergiftiging.
Vuilnisbakken	Vuilbakken bevatten geen plastic zakken (gevaar voor verstikking). Vuilbakken kunnen niet gebruikt worden om op te staan.
Touwen	Er zijn geen onnodige touwen of snoeren aanwezig. Indien aanwezig, zijn deze niet langer dan 30 cm.
Gevaarlijke objecten	Er zijn geen voorwerpen aanwezig waarmee personen zichzelf of anderen kunnen verwonden (vuilbakken, lampen, rolstoelen, ...)
Scherpe voorwerpen	Plastic voorwerpen waar patiënten toegang tot hebben kunnen niet omgevormd worden tot scherpe voorwerpen.
Sproeiers	Sproeiers (voor brandveiligheid) worden enkel gebruikt bij sterke plafonds en hebben geen ankerpunten.

