

Voorwoord

Nog al te vaak wordt psychiatrie geassocieerd met mensen die buiten hun zinnen zijn, die de controle over zichzelf kwijt raken, zichzelf schade toebrengen of agressief zijn tegenover anderen. De zorgverstrekkers zouden -volgens het clichématige beeld- hierop reageren met dwingende maatregelen, onder meer met fixatie en isolatie.

Meestal is het rustig in de psychiatrie en is het streven dat patiënten zelf de controle herwinnen. Dit nummer gaat over een veiligheidsbeleid dat zoveel mogelijk de vrijheidsbeperkende maatregelen beperkt.

Eddy Deproost, directeur patiëntenzorg Kliniek Sint-Jozef te Pittem, schetst in het eerste artikel een wetenschappelijk onderbouwd kader voor risicogedrag. De verantwoording ervan en de implicaties op de werkvloer worden verder toegelicht door Martijn Devos en Isabel D'Hont, beiden afdelingspsychologen in Kliniek Sint-Jozef.

Kristof Demunck, diensthoofd in de Korbeel te Kortrijk schetst hoe men in zijn setting creatief en innoverend met deze problematiek omgaat.

Voorkomen is beter dan genezen. Onder dit motto laten we Jente Vandeburie, medewerker van CGG Largo aan het woord over de suïcidepreventiewerking van de Vlaamse overheid. Meteen geeft zij ook bruikbare tips.

Redactieleden

Olivier Peene | PZ H. Familie Kortrijk | olivier.peene@pzhfamilie.be
Mia Ramboer | CGG Mandel en Leie Izegem | mia.ramboer@cggml.be | 056 23 00 21
Soetkin Kesteloot | GGZ Zuid-West-Vlaanderen | info@psy Zuid.be
Johan Vancoillie | Kliniek Sint-Jozef Pittem | johan./vancoillie@sjp.be | 051 46 70 41
Filip Vanneste | CGG Mandel en Leie Izegem | filip.vanneste@cggml.be | 056 23 00 21
Bregwin Vantieghem | PZ H. Hart Ieper | mta@ggz-ieperdiksmuide.be | 057 23 91 85 | 0471 34 07 96
Jozef Verbrugghe | jozef.verbrugghe@telenet.be

Vormgeving en administratie:
Jacqueline Delodder | jacqueline.delodder@sjp.be
Mia Ramboer | mia.ramboer@cggml.be

Kwalitatief onderzoek bij de ontwikkeling van een nieuw veiligheidsbeleid bij risicogedrag

Eddy Deproost, directeur patiëntenzorg Kliniek Sint-Jozef Pittem en verbonden aan het Universitair Centrum voor Verpleeg- en Vroedkunde UGent (www.ucvvgent.be) en Vives.

Zelfverwondend gedrag

Een 10 tal jaar terug begon onze zoektocht naar een andere benadering van mensen met zelfverwondend gedrag dat op enkele eenheden relatief veel voorkwam onder behoorlijk ernstige vormen. Dit zou het begin worden van een volledige cultuuromslag in het omgaan met alle risicogedrag zoals agressie, suïcidaliteit, automutilatie, weglopen en dergelijke.

Bij het bepalen van prioriteiten in mogelijke opdrachten van een verpleegwetenschappelijk medewerker (4u/w) - Bart Debyser ⁽¹⁾ - kwam meteen de vraag bij ons op hoe de patiënten en de verpleegkundigen de zorg bij zelfverwondend gedrag zouden ervaren?

Een heersende richtlijn, die we nooit echt toepasten, geeft aan dat men het best aan het zelfverwondend gedrag op zich geen aandacht geeft en dat er bij verwonding het best neutrale zorg wordt toegevend. Marcia Kroes, ervaringsdeskundige en oprichter van de Landelijke Stichting voor Zelfbeschadiging (NL), overtuigde ons van het

tegendeel: juist een aandachtgevende "warme" benadering is aangewezen. Dit werd onderbouwd met Nederlands onderzoek door verpleegkundig specialist.

Die visie kwam ook duidelijk uit het onderzoek van Bart Debyser naar voor. De patiënten bleken bijzonder gevoelig voor het ervaren van begrip of onbegrip. Uit dit onderzoek bleek dat automutilatie bestendig en zelfs versterkt wordt bij een onpersoonlijke bejegening, gebrek aan steun, een devaluerende houding, het niet betrekken van de patiënt en hem/haar geen controle geven en het hanteren van standaardmaatregelen, ... Er ontstaat daarentegen ruimte voor herstel als de persoon aandacht krijgt, actief betrokken wordt, controle behoudt. Ook de automutilatie bespreekbaar maken en de betekenis ervan exploreren is groeibevorderend. Door een steunende en luisterende benadering ervaren de personen zich beter begrepen in hun gevoelens van ontreding, wanhoop, eenzaamheid, schaamte, ... en ontstaat er verbondenheid en een per-

spectief van hoop.

Een vervolgonderzoek exploreerde de beleving van beperkende maatregelen bij zelfverwondend gedrag. De gangbare opvatting is dat er best beschermend opgetreden wordt door het toezicht te verhogen en de fysieke integriteit te beveiligen. Door controles en door de bewegingsvrijheid te limiteren tracht men de mogelijkheid tot zelfverwonding te verminderen.

Door de patiënten wordt de toepassing van een beperkende maatregel vaak op gemengde gevoelens onthaald. De deelnemers aan het onderzoek zien zowel voor- als nadelen. Het strikter gecontroleerd worden op gevaarlijke voorwerpen zoals mesjes en ze moeten afgeven, time out, afzondering kunnen geruststellend werken en een kans bieden om tot rust te komen. Anderzijds kunnen die maatregelen als belemmerend en onderdrukkend ervaren worden, waardoor er extra spanning ontstaat. Het helpt hen niet om om te gaan met de drang tot zelfverwonding, het heeft een ontkrachtend effect.

⁽¹⁾ Bart Debyser is ook als docent verbonden aan Vives Roeselare en als vrijwillig medewerker aan het Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde Gent.

Een beperkende aanpak geeft patiënten het gevoel er alleen voor te staan en kan een hypotheek leggen op de vertrouwensrelatie met de hulpverleners.

In de interviews met zowel de patiënten als de verpleegkundigen komen steeds een aantal essentiële punten terug: present zijn, authenticiteit en rust uitstralen, volhoudend zijn in het contact, ondersteuning bieden en/of samen iets doen, een gedifferentieerde en geïndividualiseerde aanpak. Verpleegkundigen dienen voorts signalen (bv. heel stil zijn of juist heel druk, gevoeliger worden voor opmerkingen) voorafgaand aan het zelfverwondend gedrag op te merken. Een volgehouden "warme" basishouding gekoppeld aan het werken met vroege signalen en het bespreken van de zelfverwonding achteraf helpen de innerlijke strijd en de ambivalentie te reduceren en faciliteren het moeizame proces om de drang te controleren. Beschermende reflexen en beperkende maatregelen daarentegen versterken de ambivalentie en houden de zelfverwondingscyclus in stand.

In een afrondend transmuraal onderzoek, gevoerd vanuit Vives en het Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde UGent, in een psychiatrisch ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis kwam onder meer de problematiek aan bod van herhaalde doorverwijzingen naar de spoedgevallendienst. Dit wordt soms als pijnlijk en ver-

nederend ervaren omdat men zich bespot, bestempeld of afgekeurd voelt. Men vindt dat men niet serieus genomen wordt, maar eerder onverschillig wordt bejegend of de les wordt gespeld. De zorg op vlak van hechting ervaart men als incorrect omwille van d ervaren spot, afkeuring, onverschilligheid, zich bestempeld voelen, niet serieus genomen worden, de les gespeld worden, incorrecte zorg op vlak van hechting. Niet gewaardeerde houdingen zijn: beoordelen, standaard handelen, betuttelen, opdringen, contact vermijden, verantwoordelijkheid overnemen, in strijd gaan De houding die op prijs wordt gesteld is individualiserend, begrijpend, reflectiebevorderend, erkennend, contactbevorderend en verbindend, authentiek samenwerkend. In het kader van dit vervolgonderzoek werd een instrument ontwikkeld dat voor zorgverleners een houvast en toetssteen kan zijn om het eigen handelen in dialoog met anderen kritisch te bekijken.

Comfortkamer

In de nieuwe herstelondersteunende benadering experimenteren we met het concept van "comfort room" dat in Vlaanderen nog niet was toegepast. We zijn dan ook benieuwd naar de eerste ervaringen op eenheden voor adolescenten en jongvolwassenen. In het Universitair centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde van het UGent is hierrond een onderzoekslijn opgestart. Twee masterstu-

denten, Johanna Leus en Jotte Willems, deden er al kwalitatief onderzoek over.

Een comfortkamer is een prettig ingerichte, huiselijke, gezellige ruimte waarin de persoon ontspannende zintuiglijke sensaties kan ervaren bv. lichtschakeringen, muziek, films, aroma's, dekens en zachte stoffen, e.d.) en zich kan engageren in relaxerende activiteiten (tekenen, puzzelen, anti-stress oefeningen, enz.) De bedoeling is bij (toenemende) negatieve gevoelens te kunnen ontspannen, meer psychisch comfort te ervaren en daardoor een escalatie van de crisis te voorkomen. Het is niet bedoeld voor een hoog geëscaleerde crisis met bv. reëel gevaar voor agressie.

De comfortkamer is voor jongeren een toevluchtsoord bij moeilijke momenten, een veilige plek om alleen te kunnen zijn en tot rust te kunnen komen. De ruimte biedt veiligheid en geborgenheid, helpt af te leiden van de ondraaglijke gevoelens of gedachten en tot rust te komen, zet aan om de gedachten te ordenen. Het is een bijkomende de-escalerende methode, geen toverkamer. Een succesfactor is de autonomie die de jongeren ervaren: al of niet gebruik maken van de comfortkamer, zelf kunnen kiezen of verpleegkundigen al of niet aanwezig zijn, zelf de duur bepalen en een eigen keuze kunnen maken welke faciliteiten ze wensen te benutten ... Zorg op maat is belangrijk. Cruciaal daarbij zijn de betrokken

hulpverleners die authentiek zijn, goed de spanningen kunnen aanvoelen, vroege signalen opvangen, zich afstemmen op individuele noden. Ook lotgenoten zijn zeer betekenisvol: hun steun en hun positieve ervaringen stimuleren anderen. Opvallend is ook dat de jongeren het vanzelfsprekend vinden om geen schade aan te brengen in de comfortkamer, vooral uit respect voor de andere jongeren.

Het tot op heden gevoerde belevingsgericht onderzoek bevestigt en geeft verdere onderbouw aan de nieuwe weg die we ingeslagen zijn in de herstelondersteunende benadering van risicogedrag.

Verankering van vernieuwd veiligheidsmanagement binnen Kliniek Sint-Jozef Pittem

Martijn Devos & Isabel D'Hont, afdelingspsychologen Zorgprogramma Jeugd
Kliniek Sint-Jozef Pittem

In de Kliniek Sint-Jozef Pittem, proberen we de laatste jaren een andere visie rond veiligheidsmanagement te realiseren. Hierbij staat een ommezwaai van een reactieve naar een pro-actieve aanpak centraal en ligt de nadruk dus veel meer op preventie (in houding, afspraken) dan op adequate reacties tijdens of na een crisis.

Het veiligheidsmanagement past in de herstelvisie die ons in de kliniek inspireert. Zo krijgt het persoonlijk herstel, het proces van hoop en optimisme of controle over het eigen leven een belangrijke plaats. In die zin willen we geloven in de krachten van mensen en deze krachten in hen wakker maken, in het bijzonder bij mensen met een verhoogd risico op een specifiek omschreven destructief gedrag (agressie, automutilatie, suicide,...).

Een sleutelconcept hierbij is 'positive risk taking'. Vanuit het geloof in de mogelijkheden van patiënten gaan we er van uit dat mensen alternatieve gedragingen kunnen stellen in plaats van destructief gedrag en hierdoor crisissen kunnen vermijden. Om deze alternatieven te leren hebben mensen ook ruimte nodig. Ondanks het risico om zichzelf of anderen schade toe te

brenge, bieden we de patiënten optimale groeikansen. Hoewel mensen soms kwetsbaarder zijn als ze meer 'losgelaten worden', is het loslaten (en verantwoordelijkheid krijgen) cruciaal om zich psychologisch te kunnen ontwikkelen.

Het is een uitdaging om op zoek te gaan naar een juist evenwicht tussen het bieden van 'bescherming' en het bieden van 'groeikansen' aan de patiënt vanuit een veilige basis. Patiënten die een bepaald risico lopen, kunnen idealiter vertoeven in een therapeutische context en cultuur waarin dit evenwicht voelbaar is. Door het evenwicht in aan- en afwezigheid van de zorgfiguren komt men geleidelijk tot autonomie, verantwoordelijkheid en zelfregulatie.

Cruciaal in het veiligheidsmanagement is een persoons- en belevingsgerichte basishouding van de hulpverlener en een gerichtheid op het aangaan van een band tussen hulpverlener en patiënt. Preventief moeten we ons als hulpverlener immers continu afstemmen op de emotionele uitingen van patiënten. Dit afgestemd contactaanbod kan crisissen zelfs voorkomen. Als hulpverlener proberen we ook constant in te schatten welke gevoelens, gedachten en be-

doelingen onder het risicovolle gedrag van de patiënten schuilgaan. Zo komen zij geleidelijk in voeling met zichzelf: hoe gespannen ben ik, wat maakt me gespannen, welk gedrag stel ik als ik gespannen ben? Patiënten leren zo geleidelijk betekenis zien in het gedrag van zichzelf of de ander. Een vroegsignaleringsplan of crisisplan ondersteunt dit proces. In zo'n plan wordt ook gezocht naar mogelijkheden om spanning doelgericht af te reageren. Vanuit een gelijkwaardige positie spreken hulpverlener en patiënt met elkaar. Hierin delen ze hun bezorgdheden en beslissen ze samen welke risico's men zal nemen om de krachten en de mogelijkheden van de patiënt te versterken in moeilijke situaties. Zo wordt maximaal een beroep gedaan op de verantwoordelijkheid van de patiënt. Uniforme vrijheidsbeperkende maatregelen worden vermeden omdat ze net de mogelijke groeikansen in de weg staan.

Ook omgevingselementen spelen een cruciale rol om crisissen te helpen indijken. Een ondersteunend element dat we steeds meer inzetten om zorg te verlenen aan patiënten in een oplopende crisis, is een *healing environment*. Zo werden enkele comfortrooms en een herstelkamer ingericht

met veel aandacht voor elementen in de inrichting en aankleding van de ruimtes die voor een toenemend gevoel van controle en een afnemende spanning kunnen zorgen bij de patiënt. De overblijvende afzonderingsruimtes werden heringericht zodat patiënten in deze extreem moeilijke omstandigheden toch sneller kunnen normaliseren.

Implementatie

In het ganse ziekenhuis proberen we voor deze visie een draagvlak te creëren en elkaar te inspireren. Zo werd een

werkgroep veiligheidsmanagement opgericht, vanuit verschillende eenheden en disciplines, samen met enkele ervaringsdeskundigen. Op die manier geven we ook ervaringskennis een duidelijke plaats. Vanuit deze werkgroep werd recent ook een personeelsconferentie georganiseerd waarbij allerlei topics behandeld werden in diverse workshops. Naast personeel, waren ook heel wat patiënten aanwezig om met ons mee te denken en het veiligheidsmanagement te helpen vorm geven.

Martijn Devos, afdelingspsycholoog Eenheid Jeugd Behandeling, Kliniek Sint-Jozef Pittem martijn.devos@sjp.be

Isabel D'Hont, afdelingspsycholoog Eenheid Jeugd Kortverblijf-Jongvolwassenen, Kliniek Sint-Jozef Pittem isabel.dhont@sjp.be

Creativiteit en innovatie als hefboomen om vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) te beperken!

Kristof Demunck, diensthoofd Leefgroepen 1 & 2 De Korbeel Kortrijk

Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) binnen de kinderen en jeugdpsychiatrie is een thema dat de voorbije periode veelvuldig aan bod kwam, zowel vanuit de overheid als in de media. En volledig terecht! Het beperken van de vrijheid van een kind of jongere is iets waar zeker niet ondoordacht mee mag omgesprongen worden. We moeten er ons immers van bewust zijn dat een opname in de kinder- en jeugdpsychiatrie (vaak beslist boven het hoofd van het kind of de jongere) automatisch al een inperking van de vrijheid impliceert: Je kan voorlopig niet meer naar jouw thuischool, je kan zelf niet meer kiezen wanneer je bezoek ontvangt of wanneer je iemand wil opbellen,... Zelfs de keuze voor het kijken naar jouw favoriete serie ('Thuis' of 'Familie') wordt beperkt, na het avondmaal waar je ook al niet kon kiezen wat de pot schaft. Een ziekenhuisopname, van welke aard dan ook, is dus een heel ingrijpende gebeurtenis en beperkt op zich al de voorheen ervaren vrijheden van het kind of de jongere, zelfs als alles volgens plan verloopt.

Maar in de wereld van de kinder- en jeugdpsychiatrie loopt niet altijd alles volgens plan, dat weten we, en het kan gebeuren dat een kind of jongere

dermate agressief wordt dat de kans bestaat dat de vrijheid nog meer beperkt dient te worden om zo de jongere tegen zichzelf of anderen te beschermen. De grote uitdaging is om tijdig signalen te detecteren om zo escalatie te voorkomen: via vroegsignaleringsplannen, goede communicatie en afstemming binnen het team, behandelprogramma's op maat, samen met de jongere op zoek gaan naar constructieve manieren om onbegrip, frustratie, boosheid, ... te uiten, enz. Hoe goed we ook alles in het werk stellen om erger te voorkomen, zijn wij als hulpverleners geen helderzienden en worden we soms geconfronteerd met onvoorspelbare situaties... En dit in alle leeftijdsfasen. Zolang kinderen en jongeren uit de doelgroep toegang krijgen tot de zorg die ze nodig hebben en ze dus niet uitgesloten worden van een residentiële opname omdat er eventueel een kans op agressie zou kunnen bestaan, dan zullen agressie-incidenten nooit uit te sluiten zijn binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Als psychiatrisch ziekenhuis is het immers onze maatschappelijke opdracht om zorg te bieden aan die kinderen en jongeren met de meest complexe problematieken. In het opnamebeleid van De Korbeel (kinder- en jeugdpsychiatri-

sche afdeling van het PZ H. Familie, Kortrijk) weten we dat in alle leeftijdscategorieën agressie op een bepaald moment de kop kan opsteken. Niet enkel bij (delinquente) adolescenten maar evengoed bij lagere schoolkinderen, peuters en kleuters, ondanks alle preventieve maatregelen ten spijt. Niet onlogisch als je weet dat gedragsproblemen of acute verwardheid vaak een onderdeel uitmaken van de problematiek waarvoor een opname is vereist.

Overal is het 'agressiebeleid' de voorbije jaren extreem veranderd, en dit in positieve zin! Jaren terug leek de aanwezigheid van grote, stoere mannen noodzakelijk op een kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling. Bij agressie werden zij ingeschakeld en werd het kind of de jongere, ongeacht de leeftijd, 'overmeesterd' en naar de afzondering gebracht. De kans dat voor de adolescenten het fixatiemateriaal tevoorschijn werd gehaald, was vrij reëel. Dit vanuit de redenering dat een agressieve patiënt voor zichzelf geen correcte, veilige, rationele, inleefbare beslissing kon nemen. Zelfs als het fixatiemateriaal in de kast kon blijven, dan ging de deur van de afzonderingsruimte wél op slot. Zo kort mogelijk, dat wel, maar de deur ging sowieso op

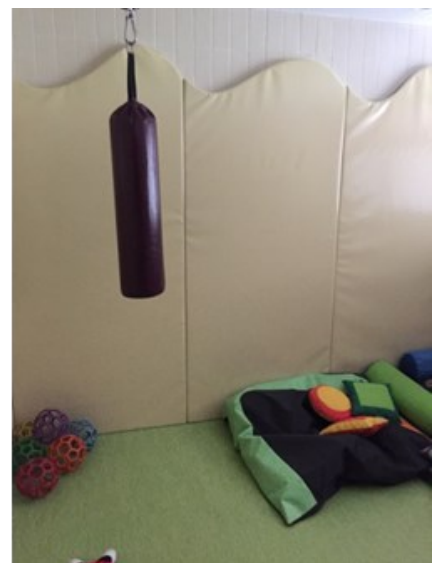
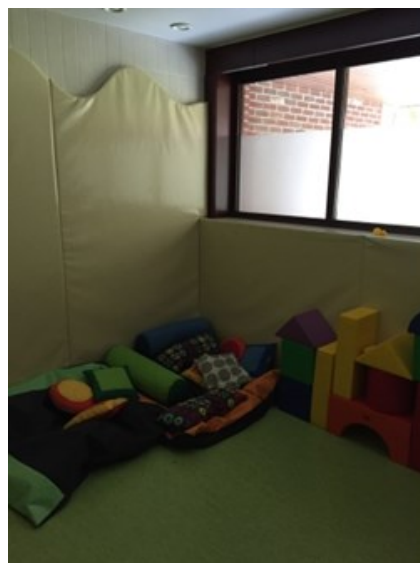
slot. Kind of bijna-
volwassene. Gelukkig zijn de-
ze handelwijzen al jaren
voorbij maar leven ze spijtig
genoeg wel nog in het beeld
dat buitenstaanders hebben
over psychiatrie. En de media
houden ervan dit beeld in
stand te houden want sensatie
lokt kijkers of lezers...

De oprichting in 2007 van de
forensische afdeling De Patio
binnen het PZ H. Familie
bracht ook heel wat in bewe-
ging inzake onze visie op
agressie en afzonderen. En zo
werden de 'PTV' (persoons-
en teamgerichte veiligheids-
technieken) geïntroduceerd;
een aanpak van agressie uit-
gedacht door Dhr. J. Cottenie
(PC Caritas Melle). Deze tech-
niek leert ons op een correcte
manier met agressie om te
gaan: zonder overdreven
machtsvertoon, veilig, correct,
afgestemd en rekening hou-
dend met de individuele no-
den van patiënt én teamleden.
Er werd en wordt sterk geïn-
vesteerd in dergelijke trainin-
gen voor alle medewerkers
waardoor iedereen zich be-
kwaam en veilig voelt om op
een humane manier een pati-
ënt van punt A naar punt B te
brengen. Alle teams van De
Korbeel en De Patio stemden
ook samen met de artsen de
PTV-techniek af op de leeftijd
van de jongeren in de ver-
schillende leefgroepen. Met
de implementatie van de PVT-
technieken behoorden de
v r o e g e r e
'overmeesteringstechnieken'
voorgoed tot het verleden.
Onze nieuwe visie en aanpak
resulteerden in jaarlijkse PTV-
trainingen voor alle medewe-
rkers om zo eventuele afzonde-

ringen omwille van agressie
op een humane manier te la-
ten verlopen, dit in het belang
van zowel de jongere zelf, de
overige kinderen en jongeren
van de leefgroep als de hulp-
verleners, want een afzonde-
ring is en blijft een ingrijpende
gebeurtenis voor iedereen die
erbij betrokken is. Parallel aan
de implementatie van de PTV-
technieken werd ook een
overlegcultuur geïnstalleerd.
Vanuit onze overtuiging dat
alle patiënten (van peuters tot
adolescenten) een constructie-
ve inbreng kunnen en moeten
hebben rond dit thema laten
we iedereen voor zichzelf aan-
geven wat voor hem/haar
aanvaardbaar is, wat draaglijk
is en hoe ze daar zelf in kun-
nen participeren. Zo streven
we ernaar om – bij toepassing
van vrijheidsbeperkende
maatregelen – het fysiek slui-
ten (en daarna ook opnieuw
ontsluiten) van een deur
maximaal te vermijden vanuit
het besef dat het zich opgeslo-
ten voelen een grote impact
heeft op een kind of jongere.
Ondanks een maximale parti-
cipatie en inspraak leert de
realiteit evenwel dat hierdoor

niet alle afzonderingen kun-
nen vermeden worden en
hierdoor soms uit noodzaak
een deur gesloten moet wor-
den. Als hulpverlener is het
heel frustrerend te beseffen
dat door een gebrek aan over-
heidsmiddelen het niet moge-
lijk is een intensieve één-op-
één begeleiding te voorzien
waardoor een afzondering
alsnog zou kunnen vermeden
worden. Ook de overheids-
middelen om te investeren in
een aangepaste infrastructuur
ontbreken.

Waar we gelukkig wél op
kunnen rekenen is op ons ei-
gen enthousiasme, flexibiliteit
en creativiteit om steeds ver-
der rond dit thema na te den-
ken, te overleggen en innova-
tieve ideeën uit te proberen
zodat we de vrijheidsbepere-
kende maatregelen tot een
minimum kunnen herleiden.
Zo zijn we erin geslaagd om
via fondsenwerving de
'snooze ruimte' te creëren (zie
foto's): een ruimte met zachte
wanden, een bokszak, zitkus-
sens en zachte grote bouw-
blokken die door de -12-
jarigen kunnen gebruikt wor-
den om zich af te reageren of



zich even aan de drukte van de groep te onttrekken. Ook kosteloze middelen worden ingezet: een eenvoudig plakkerkje aan de buitenkant van de slaapkamerdeur vertelt ons of die deur tijdens een onbewaakt moment open is gegaan. Je kan het plakkerkje immers vanbinnen niet meer terug plakken eens men buiten geweest is. Een creatieve en goedkope oplossing om af te toetsen of de patiënt op de kamer is gebleven en boven-

dien voor het kind of de jongere veel draaglijker dan te horen dat de deur op slot gaat! Ook het plaatsen van een bekertje op de klink laat duidelijk horen als de deur wordt geopend want het bekertje dondert dan immers op de grond. Kortom, we verschuilen ons niet achter een gebrek aan overheidsmiddelen maar zoeken met z'n allen naar creatieve oplossingen. Dit kadert binnen onze visie dat we moeten blijven over-

leggen met de kinderen en jongeren en hen een actieve rol geven in het opnemen van eigen verantwoordelijkheid rond wat met hen gebeurt. Als het kind of de jongere aan toont dat het op een veilige en verantwoorde manier met vrijheid om kan gaan, dan is er geen reden om die te gaan begrenzen.

Een uitnodiging om werk te maken van suïcidepreventie

Jente Vandeburie, suïcidepreventiewerker CGG Largo Roeselare

Op 30 maart lanceerde het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) hun lang verwachte **multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag**. Deze richtlijn maakt deel uit van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS). Onderzoek toont namelijk aan dat implementatie van suïcidepreventierichtlijnen in de klinische praktijk kan zorgen voor een verhoging van de deskundigheid van professionele hulpverleners én voor een daling in suïdecijfers.

De richtlijn bevat aanbevelingen die hulpverleners kunnen helpen bij het detecteren en behandelen van suïcidale gedachten en gedrag. De beoogde *doelgroep* bestaat in eerste instantie uit artsen, psychologen, therapeuten en verpleegkundigen werkzaam binnen de reguliere gezondheidszorg. Een belangrijk uitgangspunt binnen suïcidepreventie is echter dat dit een taak is van elke hulpverlener wat maakt dat de richtlijn voor een zeer ruime groep van professionelen ondersteunend en inspirerend kan zijn. Het hulpverleningslandschap wordt hierbij warm uitgenodigd om enkele cruciale *uitgangspunten* voor effectieve suïcidepreventie te onderschrijven en uit te dragen. De wetenschap dat suïcidaal gedrag doorgaans voor-

afgegaan wordt door een heel proces waar we als hulpverleners kunnen op ingrijpen is daarbij een eerste belangrijk element. Daarnaast is het begrijpen van suïcidaliteit als een op zichzelf staande problematiek, die een specifieke behandeling vereist én die voorrang dient te krijgen binnen hulpverlening, cruciaal. Tot slot bevestigde onderzoek al meermaals dat suïcidepreventie meer omvat dan enkel de behandeling van suïcidale personen. Om een effectief suïcidepreventiebeleid uit te werken, moeten acties ondernomen worden op diverse preventieniveaus.

De multidisciplinaire richtlijn onderscheidt *vier verschillende basisprincipes* die belangrijk zijn bij elk contact met een suïcidale persoon, zowel tijdens de detectie als bij de behandeling van suïcidaal gedrag.

Alles start eigenlijk met het streven naar een goed contact met de suïcidale persoon. Dit goed contact houdt onder andere in dat de persoon zich vrij kan voelen om over zijn of haar suïcidedachten te praten. Een tweede belangrijk element is aandacht voor veiligheid. Veiligheid kan nooit volledig gegarandeerd worden, maar om toekomstig suïcidaal gedrag te beperken is het goed om bij suïcidale personen maatregelen te nemen om de veiligheid te bevorderen. In de praktijk komt dit meestal neer op vermijden dat de betrokkene frequent alleen is (door b.v. verhoogd toezicht te voorzien) en ervoor te zorgen dat de omgeving veiliger gemaakt wordt (door b.v. de toegang tot medicijnen te beperken). Het is vervolgens na te streven de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om de omgeving te betrekken in de verschillende fases van de hulpverle-



ning, van aanmelding tot nazorg. Naasten betrekken bij de behandeling en opvolging kan immers een positief effect hebben op het contact met de hulpvrager, de kwaliteit van de werkrelatie met de hulpvrager en zijn of haar naasten, de effectiviteit en duurzaamheid van de behandeling en de therapietrouw. Tot slot wordt gewezen op het belang van een goede opvolging bij transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties. Transfermomenten (b.v. bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, bij overplaatsing naar een andere behandelsetting of bij ontslag) zijn namelijk risicovolle momenten waarbij het suïciderisico opnieuw moet worden ingeschat, er een degelijke informatieoverdracht moet gebeuren en het aan te bevelen is om te voorzien in follow-up contacten.

Inhoudelijk bestaat de richtlijn uit zes onderdelen. In elk deel wordt vertrokken van een aantal concrete, praktijkgerichte vragen die hulpverleners zich kunnen stellen wanneer ze in contact komen met suïcidale personen en waar de

richtlijn een antwoord op tracht te geven. Het eerste deel vormt een bundeling van de uitgangspunten, basisprincipes en theoretische verklarende modellen voor suïcidaal gedrag. Signaaldetectie en risico inschatting zijn de topics die uitgewerkt zijn in het tweede deel. Het derde deel focust op effectieve neurobiologische en psychotherapeutische interventies bij de behandeling van suïcidaliteit en staat stil bij overwegingen die belangrijk zijn bij het bepalen van de behandelsetting. De volgende twee onderdelen bespreken de zorg in twee specifieke situaties namelijk respectievelijk na een suïcidepoging en na een suïcide. Een overzicht van welke componenten een specifiek beleid met betrekking tot suïcidepreventie moet omvatten is ten slotte terug te vinden in het laatste deel.

Ter ondersteuning van de richtlijn werd een *e-learning website* ontwikkeld. De belangrijkste aanbevelingen kunnen via deze website op basis van e-learning modules en casussen inge oefend worden. Deze website is gratis

toegankelijk en komt in aanmerking voor accreditering voor het RIZIV. Meer info via:

<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be>

Organisaties, diensten, voorzieningen ... die verder aan de slag wensen te gaan met het thema suïcidepreventie kunnen contact opnemen met de

CGG Suïcidepreventiewerking
West-Vlaanderen via
051/25.99.30 (CGG Largo) of
via
suïcidepreventie@cgglargo.be.

De suïcidepreventiewerkers kunnen verdere uitleg geven over de multidisciplinaire richtlijn en bieden vorming en beleidsondersteuning aan.

VLESP | Vlaams
Expertisecentrum
Suïcidepreventie

suïcide
preventie
werking **CGG**