

# De preventie van suïcide en suïcidepogingen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: een stand van zaken

*Marc Roelands, Karolina Bystram, Stéphanie De Maere, Johan Bilsen*

## Inleiding

Werkloosheid, armoede, middelengebruik en psychiatrische stoornissen zijn factoren die kunnen leiden tot een proces dat bij sommige mensen uitmondt in een suïcidepoging of suïcide. We spreken van suïcide bij intentioneel zelfbeschadigend gedrag dat eindigt met de dood: "Suicide is the act of deliberately killing oneself" (World Health Organization [WHO], 2014, p. 12). De overlijdensstatistieken leren dat suïcide geen zeldzaam fenomeen is (Federale Overheidsdienst Economie, KMO, Middenstand en Energie, 2016): in België doden jaarlijks ongeveer 2.000 personen zichzelf. Dit is 20 keer het aantal dat overlijdt ten gevolge van geweld door derden, ongeveer 100 mensen, of 2,5 keer het aantal dat overlijdt in het verkeer, ongeveer 800 mensen! Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat het jaarlijks om ongeveer 140 mensen, meer bepaald 42 vrouwen en 94 mannen in 2013. Op elke leeftijd overlijden meer mannen door suïcide en bij beide geslachten vinden in absolute aantallen de meeste suïcides plaats in de leeftijdsgroep van 40 tot 60 jaar.

Suïcide wordt gezien als het eindpunt van een sluipend proces dat voor de buitenwereld onopgemerkt begint, zich doorzet in een of meerdere pogingen en in de regel meerdere jaren aansleept (Retterstol, 1993). Het overgaan tot de daad kan zorgvuldig gepland of zijn een impulsieve reactie zijn die wordt uitgelokt door een situatie bij een daarvoor gevoelige persoon. Hoewel niet alle suïcidepogers uiteindelijk overlijden door suïcide, is een poging wel de beste voorspeller van een suïcide op een later tijdstip (WHO, 2014).

Suïcidepogingen (dus zonder fatale afloop) komen nog veel vaker voor. Bij navraag in een representatieve steekproef (Drieskens et al., z.d.) gaf 5,8% van de bevolking in Brussel aan een suïcidepoging te hebben ondernomen, meer bepaald 6,1% van de vrouwen en 5,5% van de mannen. Inderdaad, vrouwen zijn oververtegenwoordigd bij de suïcidepogingen.

Het is duidelijk dat de preventie van suïcide en suïcidepogingen een belangrijk aandachtspunt dient te zijn in het kader van het maximaliseren van de volksgezondheid. Dit werd in 2014 ook erkend door de WHO met de publicatie van het rapport *Preventing suicide: A global imperative*.

In deze bijdrage beschrijven we eerst kort het politieke kader, gevolgd door een bespreking van de preventie-initiatieven.

## Politiek kader

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (verder: Brussel) wordt gevormd door 19 gemeenten. Brussel is een afzonderlijk en tweetalig gewest met eigen bevoegdheden, dat tegelijkertijd is onderworpen aan regelgeving op het niveau van twee gemeenschappen en het federale niveau, afhankelijk van het beleidsdomein. Wat preventie betreft, ontmoeten in Brussel de Vlaamse en Franse Gemeenschap elkaar. Het besef dat er ingezet dient te worden op suïcidepreventie, heeft in de Vlaamse Gemeenschap op politiek vlak geleid tot de ontwikkeling van een beleid dat zijn neerslag vindt in een Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (Zorg en Gezondheid, z.d.) dat bindend is voor de Nederlandstalige hulp in Brussel. In het tweede Actieplan 2012-2020 werden op basis van een brede raadpleging van deskundigen, de evaluatie van het eerste Actieplan en wetenschappelijke toetsing vijf strategieën opgenomen:

1. geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij;
2. laagdrempelige telefonische en online hulp;
3. bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs;
4. strategieën voor personen na een poging, met suïcidale ideatie en kwetsbare groepen;
5. ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen.

De acties die bij deze strategieën horen, werden geselecteerd door een groep experts op basis van wetenschappelijke evidentie voor hun (kosten)effectiviteit, waarbij een evenwicht werd nagestreefd tussen acties gericht op universele, selectieve en geïndiceerde preventie.

In de Franse Gemeenschap (op het gebied van preventie tevens bepalend voor het Waals Gewest) werd tot op heden geen overkoepelend actieplan of beleid voor suïcidepreventie geformuleerd. Het beleid wordt geregeld op het niveau van de afzonderlijke organisaties.

## Suïcidepreventie in Brussel

### *Training suïcidepreventie voor sleutelfiguren*

Professionele hulpverleners en sleutelfiguren in de samenleving bijscholen is een aanbevolen (WHO, 2014), vaak gebruikte en effectieve strategie voor zelfmoordpreventie. Trainingen hebben hun effectiviteit bewezen in het verbeteren van kennis, attitudes en zelfvertrouwen betreffende suïcide en suïcidepreventie; ze zorgen voor een verbeterde inschatting van de risico's en de zorgbehoeften van suïcidale patiënten, en leiden tot meer preventieve interventies (Zorg en Gezondheid, z.d.).

Het aanbod 'suïcidepreventie' van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) Brussel richt zich op alle belangrijke sleutelfiguren betreffende suïcidepreventie in Nederlandstalig Brussel: personen die beroepsmatig in contact komen met suïcidale personen, zoals huisartsen, verpleegkundigen, studentenbegeleiders, hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en sociaal werkers. Het betreft een breed aanbod: vaardigheidstrai-

ningen, met als focus het herkennen en gepast reageren op signalen van suïcidaliteit, risico-inschatting en doorverwijzing. De workshops zijn interactief en ervaringsgericht. Deelnemers leren ervaren in welke mate het maatschappelijk taboe hen weerhoudt om te spreken over zelfmoord. Vervolgens worden vaardigheden aangereikt om op een neutrale, professionele manier het gesprek aan te gaan. In de periode 2015-2016 werden er 29 verschillende trainingen verzorgd.

Zoals het CGG Brussel ontwikkelt en implementeert ook het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ; <http://www.preventiezelfdoding.be>) voor Nederlandstalig Brussel trainingsmodules. De trainingen van het CPZ zijn complementair aan die van het CGG Brussel en richten zich vooral op het overbruggen van crisissen en telefonische en online gespreksvoering over suïcidaliteit als onderdeel van de 'Zelfmoordlijn'. Daarnaast is het CPZ, gesteund door zijn onderzoeksafdeling en ervaringen binnen zijn Zelfmoordlijn, medeverantwoordelijk voor het trainingspakket suïcidepreventie op het werk dat aangeboden wordt samen met CGG-Suïcidepreventie en Werkgroep Verder (die zich richt op nabestaanden; <http://www.werkgroepverder.be/>). Ook het Franstalige Centre de Prévention du Suicide (CPS) organiseert, naast activiteiten in de eerste lijn, bewustwordingsacties en trainingen over suïcidepreventie voor alle professionele groepen en ad hoc samengestelde groepen.

### *Begeleiden van het suïcidepreventiebeleid van organisaties*

Naast het trainen van sleutelfiguren, zoals hulpverleners, is het voor allerhande organisaties ook belangrijk een duurzaam beleid te voeren met betrekking tot suïcidepreventie. Niet alleen op school, in een Centrum voor Leerlingenbegeleiding, bij een politiekorps, in een gevangenis, ziekenhuis of andere zorginstelling kan een dergelijk beleid nuttig zijn. Ook bedrijven die geconfronteerd zijn met een suïcide onder werknemers zullen baat hebben bij een preventiebeleid om 'besmetting' te voorkomen.

Voor het realiseren van een effectief suïcidepreventiebeleid zijn vier voorwaarden belangrijk: training van steunfiguren, creatie van een draagvlak, inbedding van het specifieke beleid in het gezondheidsbeleid en regelmatige evaluatie van het beleid ([www.zelfmoord1813.be/suicidepreventiebeleid/een-suicidepreventiebeleid-opstellen](http://www.zelfmoord1813.be/suicidepreventiebeleid/een-suicidepreventiebeleid-opstellen)). Het CGG Brussel coacht organisaties in de gezondheidszorg, maar ook andere organisaties en bedrijven bij het opstellen van een dergelijk beleid; de preventiewerker suïcide treedt dan op als procesbegeleider. Dit beleid omvat ten minste de volgende vier onderdelen: vroege detectie en interventie, acute suïcidereiging, opvang na een suïcidepoging en opvang na een suïcide. Elk onderdeel bevat concrete afspraken over coördinatie, communicatie, handelingsrichtlijnen en aandachtspunten voor evaluatie. Zo worden bijvoorbeeld in zorginstellingen, om voorbereid te zijn op een zelfmoord of zelfmoordpoging van een patiënt, in het beleid over suïcidepreventie afspraken opgenomen rond communicatie, opvang van naasten, medepatiënten en betrokken hulpverleners, en over het evalueren van incidenten. De voordelen van een dergelijk beleid zijn talrijk: op momenten van crisis voorkomt het paniek en verkeerde beslissingen. Bovendien zorgt een beleid voor een vroege detectie van signalen van suïcidaliteit, met een gecoördineerde en aangepaste aanpak als vervolg. In de periode 2015-2016 heeft het CGG Brussel in Nederlandstalig Brussel drie organisaties begeleid bij het opstellen van een suïcidepreventiebeleid. Maar door het ontbreken van een gewestelijk actieplan suïcidepreventie binnen de Franse Gemeenschap, dat richtinggevend kan zijn voor het ontwikkelen van nieuwe initiatieven

door de talrijke organisaties die op het terrein van primaire en secundaire suïcidepreventie actief zijn, staan Franstalige organisaties in Brussel op het vlak van suïcidepreventiebeleid in de kou.

### *Ambulante ggz-diensten en telefonische hulplijnen*

De psychotherapeutische behandeling van personen met een psychische stoornis is een minder vaak genoemde, maar belangrijke vorm van suïcidepreventie. In Brussel biedt zowel het CGG als het CPS een tweedelijnsaanbod op dit gebied. Daarnaast kunnen mensen voor kortdurende psychologische interventies in crisismomenten terecht bij telefonische hulplijnen en internetplatforms. Het CPS richt zich op Franstaligen in België en tracht het langdurige en complexe suïcidale proces, waarin het individu vruchteloos poogt hulp en oplossingen te vinden, een halt toe te roepen door mensen in crisis mogelijkheden voor expressie van hun lijden te bieden en een dialoog aan te gaan waarin dat lijden objectief gehoord kan worden. Zo wordt de basis gelegd waarop suïcidale mensen geholpen kunnen worden om een duidelijker zicht te krijgen op hun situatie en te begrijpen dat de obstakels waartegen ze hopeloos aanlopen, omzeild, overstegen of overwonnen kunnen worden. Dit wordt gerealiseerd door een gratis en anonieme telefonische hulplijn, bemand door vrijwilligers die ondersteund worden door professionals. Jaarlijks gaat het om ongeveer 12.000 telefonische oproepen vanuit Franstalig België. Daarnaast verzorgen professionele hulpverleners een internetforum en psychologische crisisinterventies. Ook worden er evenementen georganiseerd voor het brede publiek, bijvoorbeeld over discriminatie en tolerantie, vanuit de visie dat vooroordelen kunnen doden. Het CPS hecht groot belang aan de samenwerking binnen netwerken en plant de meerderheid van zijn activiteiten op het vlak van preventie samen met andere actoren op dit terrein.

Voor Nederlandstalig Brussel zorgt het CPZ via de Zelfmoordlijn 1813 voor de telefonische opvang van suïcidale personen en hun omgeving, complementair aan een professioneel aanbod. Daarnaast geeft het telefonisch advies aan artsen via Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere Hulpverleners. De Zelfmoordlijn is vierentwintig uur per dag bereikbaar en wordt bemand door vrijwilligers die door het CPZ zelf worden opgeleid en ondersteund. Naast de telefonische crisisgesprekken wordt ook onlinecontact via chat en e-mail aangeboden. Het CPZ heeft de laatste jaren sterk ingezet op suïcidepreventie via het internet en in het bijzonder via de sociale media, die een steeds belangrijker rol spelen. Alle activiteiten van het CPZ werden geïntegreerd in het platform Zelfmoord1813.be (<https://www.zelfmoord1813.be>).

### *Opvang op de spoedafdeling*

De spoedafdelingen in ziekenhuizen zijn de facto belangrijke spelers in de opvang na een suïcidepoging. Hoewel cijfers over de verhouding tussen de opvang door huisartsen en spoeddiensten ontbreken, suggereren de gegevens die verzameld worden op spoeddiensten dat niet enkel pogingen die gepaard gaan met zwaar lichamelijk letsel de weg hiernaartoe vinden. In een recent afgeronde studie aan de Vrije Universiteit Brussel werden alle volwassenen die zich na een suïcidepoging aanmeldden bij een spoeddienst van vijf Brusselse ziekenhuizen geregistreerd, waarbij gebruik gemaakt werd van een licht gewijzigde variant van

het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO; De Munck, Scoliers, Van Rijselberghe, Portzky, & Van Heeringen, 2007). Tijdens het eerste registratiejaar, dat startte op 1 maart 2015, bleek 42% van de patiënten geen lichamelijk letsel te hebben, 37% had een beperkt lichamelijk letsel, terwijl 13% een ernstig en 8% een levensbedreigend letsel had.

Onderzoek heeft aangetoond dat spoedafdelingen een belangrijke taak hebben in de preventie van suïcidepogingen en suïcide. Zo is het belangrijk dat er een psychiatrisch consult op de spoedafdeling plaatsvindt (Hickey, Hawton, Fagg, & Weitzel, 2001; Kapur et al., 2004). En dat is begrijpelijk. Een kernsymptoom bij suïcidepogers is een intens gevoel van hopeloosheid. Bovendien heeft een aanzienlijk deel van deze patiënten een psychiatrische stoornis. Verder is een suïcidepoging een gevaarlijke manier van coping die de persoon nooit volledig kan controleren: zo kan een poging zonder de intentie te sterven de dood tot gevolg hebben. Een psychiatrische interventie kan voorkomen dat een eerste poging een patroon wordt. Ten slotte, een poging heeft een sterke negatieve invloed op de sociale omgeving. Het is belangrijk dat die gehoord en geïnformeerd wordt door een deskundige op de plaats waar en op het moment dat de zorg wordt verleend.

Om gericht preventieve interventies te ontwikkelen is een duidelijk zicht op de kenmerken van de betrokkenen nodig. Wie zijn de patiënten die zich na een suïcidepoging bij de spoedafdeling aanmelden? Het eerste registratiejaar van het onderzoek in Brussel wijst erop dat ze van alle leeftijden kunnen zijn, tot hoogbejaard toe. Maar vrouwen tussen 20 en 49 jaar en mannen tussen 30 en 49 jaar vormen de belangrijkste groepen, samen goed voor ongeveer twee derde van alle pogers. Ongeveer 62% is vrouw. Drie op de vijf van de totale groep pogers leven samen met iemand, maar dat kan ook een kind of ouder zijn. Drie op de vijf hebben kinderen. Ongeveer een op de vier heeft een baan: van de vrouwen werkt een op de vijf, van de mannen een op de drie. Het gebruik van illegale middelen komt duidelijk meer voor bij mannelijke pogers (twee op de drie) dan bij vrouwelijke (een op de vijf). Als we naast het gebruik van illegale middelen ook het misbruik van alcohol meenemen, dan hebben we het over bijna de helft van de mannen en ongeveer een op de vier vrouwen. Minstens één psychiatrische diagnose wordt aangetroffen bij 95% van de suïcidepogers, en bij bijna de helft van de totale groep zelfs meer dan een. De belangrijkste stoornissen zijn: depressie, persoonlijkheidsstoornis, trauma, stressgerelateerde stoornis en verslaving. Ongeveer twee op de vijf werden voor de poging al begeleid door een psychiater, een op de tien door een psychotherapeut.

De gebruikte methode is vooral zelfvergiftiging (vier op de vijf), bijna steeds door middel van pillen. Vaak hebben ze al een of meerdere pogingen achter de rug, vrouwen vaker (drie op de vijf) dan mannen (twee op de vijf). De intentie om te sterven was vaker aanwezig bij mannen (twee op de vijf) dan bij vrouwen (een op de vijf), maar is bij een op de vijf mannen en vrouwen na de poging nog steeds duidelijk aanwezig, terwijl de helft ambivalent is. Uit deze beschrijving blijkt duidelijk dat deze personen in menig opzicht kwetsbaar zijn. Aandacht voor hun 'psyche', met name hun gedrag, voelen en denken, is uitermate belangrijk!

Hoe gebeurt de opvang op de spoeddienst? Hoewel de volgende beschrijving zich beperkt tot ziekenhuizen in Brussel, vermoeden we dat veel hiervan ook van toepassing is op ziekenhuizen in andere landsdelen. Bovendien zijn er tussen Brusselse ziekenhuizen verschillen in de wijze van opvang van suïcidepogers. In een deelstudie werden semigestructureerde, persoonlijke interviews afgenomen van acht diensthoofden Spoed en elf diensthoofden Psychiatrie (alle Brusselse ziekenhuizen werden benaderd) (Roelands,

Deschepper, & Bilsen, ter perse). Dit leverde het volgende beeld op. Na een triage door een verpleegkundige om de urgentie te bepalen, worden de fysieke problemen behandeld; daarna roept de urgentiearts een psychiater in consult; na overleg bepaalt en organiseert deze laatste het ontslag en de eventuele doorverwijzing, meestal na eerst de patiënt te hebben gesproken. Dit alles speelt zich af in een context waarbij de patiënt soms weinig bereidheid tot medewerking toont, het gevaar bestaat dat hij een nieuwe poging doet, met een hoge werkbelasting op de dienst, een opvang die in regel beperkt is tot 24 uur en beperkte mogelijkheden voor onmiddellijke doorverwijzing. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen sterktes en zwaktes. Alle diensthoofden onderstrepen de grote inzet van alle hulpverleners en de kwaliteit van de zorg voor deze groep patiënten op de spoedafdeling. Als knelpunten bij de opvang worden genoemd: de beschikbaarheid van psychiaters (wat ondervangen wordt door experimenten met klinisch psychologen); de nood aan aparte ruimtes voor de opvang van deze groep, zowel somatisch als psychiatrisch; de nood aan bedden voor onmiddellijke, intensieve, kortdurende begeleiding (zogenaamde EPSI-bedden; EPSI = Eenheid voor Psychiatrische Spoedinterventie); de behoefte aan specifieke scholing voor de verpleegkundigen en urgentieartsen, gericht op empathie. Wat de knelpunten bij de doorverwijzing betreft, is vooral de capaciteit problematisch van zowel de ambulante als de residentiële ggz om patiënten op te vangen op het moment dat er nood aan is.

### *Registratiesysteem op spoedafdelingen*

De WHO (2014) stelt dat “for both suicides and suicide attempts, improved availability and quality of data from vital registration, hospital-based systems and surveys are required for effective suicide prevention” (p. 7). Wil men kort op de bal spelen, dan is een permanente monitoring van wat zich in de bevolking afspeelt noodzakelijk. Gebruik makend van IPEO (De Munck et al., 2007), houden sinds 2007 een toenemend aantal spoeddiensten in Vlaanderen een registratie bij. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent (onder leiding van prof. dr. Van Heeringen en prof. dr. Portzky) en Zorg voor Suïcidepogers (onder leiding van Peter Beks) spelen hierbij een belangrijke ondersteunende rol. Het opzetten en ondersteunen van de registratie op spoeddiensten in Brussel, naar analogie met de registratie zoals die bestaat in Vlaanderen, heeft bij de onderzoekers tot een paar inzichten geleid. De terugkoppeling van de resultaten heeft niet enkel alle hulpverleners op de spoedafdeling bewust gemaakt van het profiel van hun suïcidepogers, even belangrijk is dat de registratie aanzet om na te denken over het proces van opname, evaluatie en doorverwijzing en dit waar nodig bij te sturen. Bovendien is het registreren op zich, waarbij gebruik gemaakt wordt van een vragenlijst, een interventie die de interactie met de patiënt beïnvloedt, waardoor mogelijk de kwaliteit van de verzamelde gegevens over de patiënt verhoogd kan worden, wat dan weer de kans vergroot op zorg die aangepast is aan de behoeften van de patiënt. In die zin is het meewerken aan de registratie ook een nuttig middel bij de training van psychiaters in opleiding. Men kan dan ook concluderen dat het opzetten en ondersteunen van een registratiesysteem op de spoedafdelingen van ziekenhuizen een belangrijk onderdeel kan zijn van een suïcidepreventiebeleid. Helaas werd de registratie in Brusselse spoeddiensten op 28 februari 2017 beëindigd doordat het onderzoeksproject afliep en verdere financiering ontbrak.

### *Mobiele toepassingen*

Een nieuwe ontwikkeling zijn de mobiele toepassingen of apps voor gebruik op een smartphone. Het wetenschappelijk onderzoek naar hun effectiviteit en de randvoorwaarden voor het gebruik bij de preventie en behandeling van uiteenlopende aandoeningen zit in de lift. Voor Nederlandstalige Brusselaars zijn er twee gratis apps beschikbaar. In 2015 lanceerde het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie de app *BackUp*, bestemd voor suïcidepreventie bij Nederlandstaligen met suïcidegedachten en hun omgeving. De app is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en doorstond de test door experts en personen met suïcidegedachten. Zorg voor Suïcidepogers ontwikkelde de app *OnTrackAgain* om jongeren na een suïcidepoging weer op weg te helpen en een nieuwe poging te voorkomen. Deze app bevat onder meer een stemmingsmeter met aan de stemming gekoppelde specifieke adviezen, evenals mogelijkheden om een persoonlijk veiligheidsplan op te stellen, contactgegevens van significante derden in te voeren met een directe belfunctie en een dagboek bij te houden. De app maakt deel uit van een pakket dat ook een website en een brochure omvat. De makers beogen niet de professionele hulpverlening te vervangen, maar menen dat de app wel drempelverlagend kan werken. Mogelijk spreekt de app ook volwassenen aan.

### *Opvang van nabestaanden*

Niet enkel de suïcidale persoon verdient aandacht. Zowel in het geval van een suïcidepoging als van een suïcide is het opvangen van de sociale omgeving belangrijk, niet enkel om het lijden te verlichten, maar ook om andere pogingen te voorkomen. Voor Franstaligen organiseren ggz-professionals van het CPS gespreksgroepen voor personen die iemand hebben verloren door suïcide en postventie voor organisaties die met een zelfdoding te maken kregen. In Vlaanderen en Nederlandstalig Brussel is Werkgroep Verder actief. Die is ingebed in het CGG PassAnt te Halle en maakt deel uit van het platform *Zelfmoord1813.be*. Ze verzorgt de organisatie en coördinatie van de zorg voor nabestaanden na een suïcide door het verspreiden van informatie, het geven van advies, het organiseren van gespreksgroepen (ook online), het verzorgen van trainingen, het onderhouden van contact met de media en het beheren van een webwinkel.

### *Universele preventie*

In het kader van de bevordering van de geestelijke gezondheid bij de brede bevolking biedt het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) twee websites aan: <https://www.noknok.be> richt zich op jongeren onder de 16 jaar via het geven van informatie, tips en nuttige links; <https://www.fitinjehoofd.be> heeft dezelfde doelstelling, maar richt zich op mensen van 16 jaar en ouder. Bovendien biedt deze laatste website een onlinewerkruimte en mobiele app aan met gratis advies op maat. Tevens werkte VIGeZ de ‘Goed-gevoel-stoel’ uit samen met CEDES, een maatschappelijke beweging voor integrale armoedebestrijding. Het gaat hier om praatessies voor maatschappelijk kwetsbare mensen (<http://www.vlaamse-logos.be/goedgevoelstoel>). In Nederlandstalig Brussel worden deze sessies georganiseerd door het CGG in samenwerking met het Lokaal Gezondheidsoverleg (<http://logobrussel.be/projecten/all/geestelijke-gezondheid>), dat instaat voor de bekendmaking en implementatie.

## Besluit

De zorg voor suïcidale mensen, voor mensen die een suïcidepoging hebben gedaan en voor hun omgeving wordt vervuld door een groot aantal organisaties en diensten in alle lijnen van de gezondheidszorg. Er is onmiskenbaar sprake van een grote inzet op het terrein. Voor het werkveld is het duidelijk dat suïcidepreventie niet de taak is van één organisatie of gericht dient te zijn op één groep. Organisaties voor telezorg, psychiatrische diensten gelieerd aan spoeddiensten, CGG's en specifieke opleidingsinstellingen gericht op de bevolking en personen met een hulpvraag, bieden in Brussel een gedifferentieerd en breed aanbod en dit zowel voor Nederlandstaligen als Franstaligen.

Tot op heden heeft de Franse Gemeenschap geen 'beleidsplan suïcidepreventie' geformuleerd; op basis van eigen overwegingen, gesteund op zowel klinische ervaring als wetenschappelijk onderzoek, bepalen de instellingen zelf de prioriteiten op het gebied van suïcidepreventie. We hebben echter de indruk dat Brussel baat zou kunnen hebben bij een overkoepelend beleidsplan. De dynamiek die uitgaat van het Vlaams Actieplan, reikt tot in Nederlandstalig Brussel en uit zich niet enkel in een gedifferentieerd aanbod, maar ook in de ontwikkeling van technologische oplossingen en continue afstemming tussen alle betrokken organisaties.

We mogen echter niet vergeten dat de factoren die een grote invloed hebben op suïcidaliteit de ggz overschrijden. De preventie van suïcide is gebaat bij een zorgzame samenleving. Economische crisissen voorkomen, zorgen voor een inkomen, toegankelijke zorg bij fysiek lijden aanbieden en het openbaar domein inrichten op zo'n manier dat mensen elkaar kunnen ontmoeten, zijn voorbeelden van andere effectieve instrumenten voor de preventie van suïcide. We menen dat klinisch psychologen, zich bewust van de complexe interactie van individuele en maatschappelijke factoren bij het tot stand komen van suïcidaal gedrag, overheden moeten blijven informeren over de invloed van politieke beslissingen op het voorkomen van suïcide, ook als die andere terreinen dan de geestelijke gezondheidszorg betreffen.

## Dankwoord

Met dank aan mevrouw Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding, Brussel, voor haar bijdrage.

## Literatuur

- De Munck, S., Scoliers, G., Van Rijsselberghe, L., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2007). *IPEO. Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers*. Gent: Universiteit Gent.
- Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (z.d.). *Health Interview Survey, Belgium, 1997 – 2001 – 2004 – 2008 – 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis*. Brussel: WIV-ISP. Geraadpleegd op 9 januari 2017 via <https://hisia.wiv-isp.be/>
- Federale Overheidsdienst Economie, KMO, Middenstand en Energie. (2016). *Bevolking – Doodsoorzaken 1998-2013*. Geraadpleegd op 9 januari 2017 via [http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking\\_-\\_doodsoorzaken.jsp#.WHOYzLnXZGg](http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_-_doodsoorzaken.jsp#.WHOYzLnXZGg)



- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 87-93.
- Kapur, N., Cooper, J., Hiroeh, U., May, C., Appleby, L., & House, A. (2004). Emergency department management and outcome for self-poisoning: A cohort study. *General Hospital Psychiatry*, 26, 36-41.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide: A European perspective*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Roelands, M., Deschepper, R., & Bilsen, J. (ter perse). Psychiatric consultation and referral of persons who attempted suicide: The perspective of heads of emergency and psychiatry departments. *Crisis*.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva, Switzerland: Auteur.
- Zorg en Gezondheid. (z.d.). *Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020*. Geraadpleegd op 9 januari 2017 via [https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-actieplan-su %C3%AFcidepreventie-2012-2020](https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-actieplan-su%C3%AFcidepreventie-2012-2020)

## Personalia

Marc Roelands is doctor in de psychologie, Vrije Universiteit Brussel, faculteit Geneeskunde en Farmacie, onderzoeksgroep Mental Health and Wellbeing.

E-mail: [marc.roelands@vub.ac.be](mailto:marc.roelands@vub.ac.be)

Karolina Bystram is psycholoog, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel.

Stéphanie De Maere, psycholoog, was tot februari 2017 directeur van het Centre de Prévention du Suicide te Brussel.

Johan Bilsen is doctor in de sociale gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, faculteit Geneeskunde en Farmacie, onderzoeksgroep Mental Health and Wellbeing.

## Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.