



**Stafdepartement
Well Being
Competentiecentrum Well Being
Psychosociale Steun**

Technical Report: Suïcidepreventie bij Defensie

Maj Psy AERENS Sylvie
Kapt Psy HONGENAERT Tilly



2014

Inhoudstabel:

1.	Inleiding	3
2.	Doel.....	3
3.	Theoretische achtergrond	4
3.1.	Definities	4
3.2.	Prevalentie	5
3.2.1.	België	5
3.2.2.	Vergelijking met Europa	8
3.2.3.	Defensie: binnen- en buitenland.....	9
3.3.	Zelfmoordproces.....	12
3.3.1.	Oorzaken:.....	12
3.3.2.	Het suïcidaal proces	14
3.3.3.	Vragenlijsten – instrumenten – database.....	16
3.4.	Hulpverlening - Preventie – Campagnes.....	17
3.4.1.	Preventiestrategieën	17
3.4.2.	Suïcidepreventie - Hulpverlening in België.....	22
3.4.3.	Suïcidepreventie - Hulpverlening bij Belgische Defensie.....	23
3.4.4.	Suïcidepreventie in buitenlandse defensies	26
3.4.5.	Evaluatie van preventieprogramma's.....	26
4.	De werkgroep 'Suïcidepreventie bij Defensie'.....	27
4.1.	Deelnemers.....	28
4.2.	Methode	28
4.3.	Doel.....	28
4.4.	Resultaten	29
4.5.	Actiepunten.....	30
5.	Algemeen besluit.....	31
6.	Bijlage.....	33
6.1.	IPEO: Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers	33
6.2.	Flyer suïcidepreventie.....	34

1. Inleiding

Ons land scoort niet goed voor wat betreft het aantal suïcides. Heel wat mensen krijgen, van veraf of van heel dichtbij, te maken met suïcidepogingen of geslaagde suïcides.

Ook Defensie blijft hiervan niet gespaard. Een werkgroep werd opgestart om op een adequate manier met de problematiek om te gaan.

Het doel van deze werkgroep was een preventiecampagne op te starten om de stijgende tendens in zelfdodingscijfers te doen stoppen. De werkgroep werd geleid door ACOS WB/CCWB/SPS (Stafdepartement Well Being/ Competentiecentrum Well Being/ Psychosociale Steun).

2. Doel

Het rapport heeft als doel een houvast te bieden aan alle personen die rechtstreeks of onrechtstreeks te maken krijgen met suïcide.

Het rapport kan een theoretische achtergrond bieden voor briefings en als basis fungeren voor zij die nieuw zijn in de materie.

Het document wil mensen informeren rond het onderwerp suïcide en alles wat daarmee gepaard gaat. Niet alleen in de burgerij, maar ook binnen Defensie, in binnen- en in buitenland.

Cijfermateriaal wordt nagekeken, maar evengoed het verloop van het suïcidaal proces wordt belicht. Daarnaast worden de verschillende risicofactoren en beschermende factoren toegelicht en in een conceptueel model geplaatst. Verder wordt er aandacht besteed aan de mogelijke hulpkanalen die iemand kan inroepen in geval van crisis/nood.

Als laatste wordt de werking van de werkgroep 'Suïcidepreventie bij Defensie' meer in detail besproken.

3. Theoretische achtergrond

3.1. Definities

Zelfmoord, zelfdoding, suïcide, ... het zijn allemaal termen die worden gebruikt in de literatuur, media, preventiecampagnes. Toch wordt met elke term hetzelfde bedoeld.

Suïcide: een vrijwillige en bewuste zelfdestructieve handeling die de eigen dood tot gevolg heeft én die tot doel heeft via de dood de door de persoon gewenste verandering te bekomen¹.

Suïcidepoging: Een suïcidepoging is een vrijwillige en bewuste zelfdestructieve handeling die niet eindigt in de eigen dood en die eveneens tot doel heeft de gewenste veranderingen te bewerkstelligen². Zoals uit de definitie blijkt, is een suïcidepoging hetzelfde als een suïcide, alleen kent dit gedrag geen dodelijke afloop.

Belangrijk in beide definities is het feit dat de dood niet het doel op zich is. Suïcide of een poging daartoe is een hulpmiddel om het ondragelijk psychisch lijden op te lossen en een gewenste verandering te bewerkstelligen. Suïcide wordt door de persoon in kwestie niet gezien als een doodswens, maar wel als een manier om een einde te maken aan ondragelijk psychisch lijden.

Suïcidevoorbereiding: het stellen van concrete handelingen ter realisatie van een suïcidegedachte.

Suïcidegedachte of -ideatie: het actief denken aan of overwegen van suïcide of suïcidepoging als gedrag om ervaren problemen te verminderen of op te lossen.

Suïcideproces: het proces dat men doorloopt vooraleer men tot suïcide overgaat. Dit proces verloopt op verschillende niveaus.

- Mentaal: suïcide-ideeën, dichotoom denken, tunnelvisie, ...
- Verbaal: uitspreken dat het niet meer gaat, ...
- Gedrag: plannen maken, suïcidepoging, ...

Dit proces wordt uitvoerig besproken in rubriek 3.3.2. het suïcidaal proces.

De mediarijlijnen die door de Werkgroep Verder werden opgesteld, worden gevolgd om te bepalen wanneer welke term wordt gebruikt. Zo zal 'zelfmoord' worden gebruikt in het kader van preventie, 'zelfdoding' wordt verkozen in relatie tot nabestaanden en 'suïcide' wordt gebruikt in een eerder wetenschappelijke benadering³.

¹ De Leo et al. (2004). *Definitions of suicidal behavior. Suicidal behavior: theories and research*. Hogrefe & Huber.

² De Leo et al. (2004). *Definitions of suicidal behavior. Suicidal behavior: theories and research*. Hogrefe & Huber.

³ Mediarijlijnen inzake zelfdoding (z.j.). Opgevraagd in december 2013, van www.werkgroepverder.be

3.2. Prevalentie

3.2.1. België

België heeft een complexe staatstructuur waarbij de bevoegdheden verdeeld zijn tussen de federale overheid en de Gemeenschappen en de Gewesten. Sinds 1980 behoren persoonsgebonden aangelegenheden zoals gezondheidszorg en welzijnszorg tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen. Toch blijft ook de federale overheid nog gedeeltelijk bevoegd voor het zorg- en gezondheidsbeleid⁴.

Specifiek zullen de Gemeenschappen bevoegd zijn voor het beleid rond:

- De zorgverstrekking binnen en buiten de verpleeginrichtingen, met uitzondering van datgene wat uitdrukkelijk voorbehouden is aan de federale overheid;
- De preventieve gezondheidszorg en gezondheidsopvoeding.

Dit betekent dus dat alles wat te maken heeft met suïcidepreventie onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen valt. Elke Gemeenschap zal dus een eigen beleid hebben uitgewerkt voor wat betreft suïcidepreventie en de daar bijhorende acties en initiatieven.

Vlaanderen:

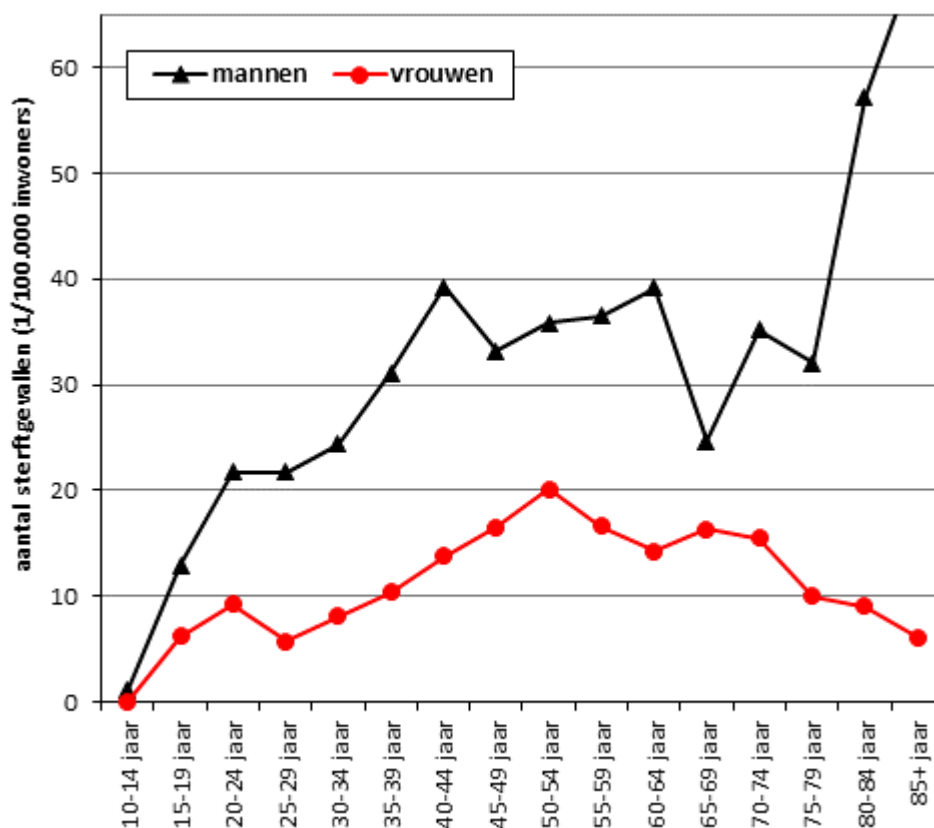
Voor wat betreft Vlaanderen is er heel wat gedetailleerd cijfermateriaal ter beschikking. Momenteel hebben de meest recente cijfers betrekking tot 2011. Toen overleden er in Vlaanderen 1.152 mensen door zelfdoding: 820 mannen en 332 vrouwen⁵.

Grafiek 1 geeft een overzicht van de leeftijdsspecifieke sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inwoners) in het Vlaamse Gewest van 2011⁶.

⁴ Agentschap zorg en gezondheid. (8 maart 2011). *Beleid – Vlaamse bevoegdheden*. Opgevraagd in december 2013, van [www.zorg-en-gezondheid](http://www.zorg-en-gezondheid.be)

⁵ Agentschap zorg en gezondheid. (15 januari 2014). *Cijfers over depressie en zelfdoding*. Opgevraagd in januari 2014, van www.zorg-en-gezondheid.be

⁶ Agentschap zorg en gezondheid. (15 januari 2014). *Cijfers over depressie en zelfdoding*. Opgevraagd in januari 2014, van www.zorg-en-gezondheid.be



Grafiek 1: aantal suïcides per 100.000 inwoners in het Vlaamse Gewest in 2011, per leeftijd en geslacht.

Wallonië:

Voor wat betreft Wallonië waren er in 2010 797 suïcides, waarvan 589 mannen en 208 vrouwen⁷. Verdere gedetailleerde gegevens ontbreken.

Brussel:

In Brussel vonden er 134 suïcides plaats in 2010, waarvan 84 mannen en 40 vrouwen⁸.

In 2011 vonden er 149 suïcides plaats waarvan 100 mannen en 49 vrouwen⁹.

Ook hier ontbreken meer gedetailleerde gegevens.

⁷ FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie. (2013). *Bevolking – Doodsoorzaken 1998-2010*. Opgevraagd in december 2013, van http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_-_doodsoorzaken.jsp

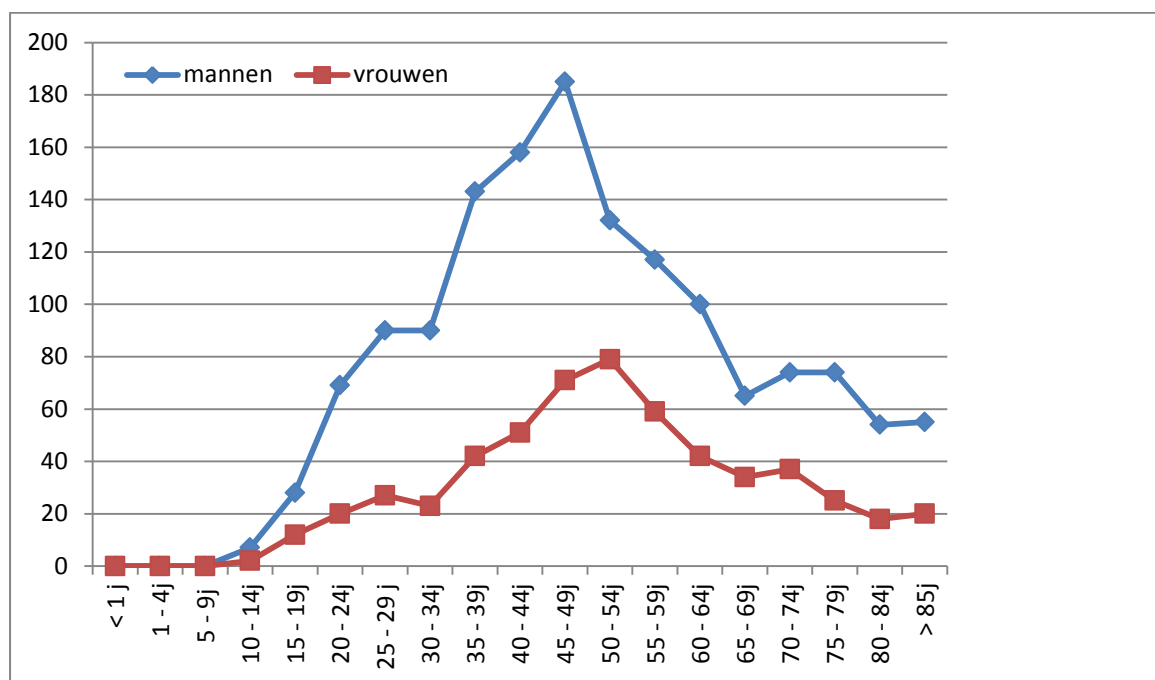
⁸ FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie. (2013). *Bevolking – Doodsoorzaken 1998-2010*. Opgevraagd in december 2013, van http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_-_doodsoorzaken.jsp

⁹ Prévention du suicide. (z.j.). Opgevraagd in december 2013, van http://preventionsuicide.info/lu_vu/lu-vu.php

België:

In 2010 vonden in België 2033 suïcides plaats, waarvan 1459 mannen en 554 vrouwen¹⁰.

Hieronder vindt u een grafiek van het aantal suïcides in België in 2010 per 100.000 inwoners naargelang de leeftijd en geslacht. Zowel bij mannen als bij vrouwen bevindt de piek zich rond de leeftijd van 45 – 49j¹¹.



Grafiek 2: aantal suïcides in België in 2010 per 100.000 inwoners naargelang de leeftijd en geslacht.

¹⁰ FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie. (2013). *Bevolking – Doodsoorzaken 1998-2010*. Opgevraagd in december 2013, van http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_-_doodsoorzaken.jsp

¹¹ FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie. (2013). *Bevolking – Doodsoorzaken 1998-2010*. Opgevraagd in december 2013, van http://statbel.fgov.be/nl/binaries/NL%20-%20Tableau%201.3_T_pdf_tcm325-210617.pdf

3.2.2. Vergelijking met Europa

Wanneer we de suïcidecijfers van België vergelijken met deze van Europa, dan moeten we vaststellen dat België hoog scoort.

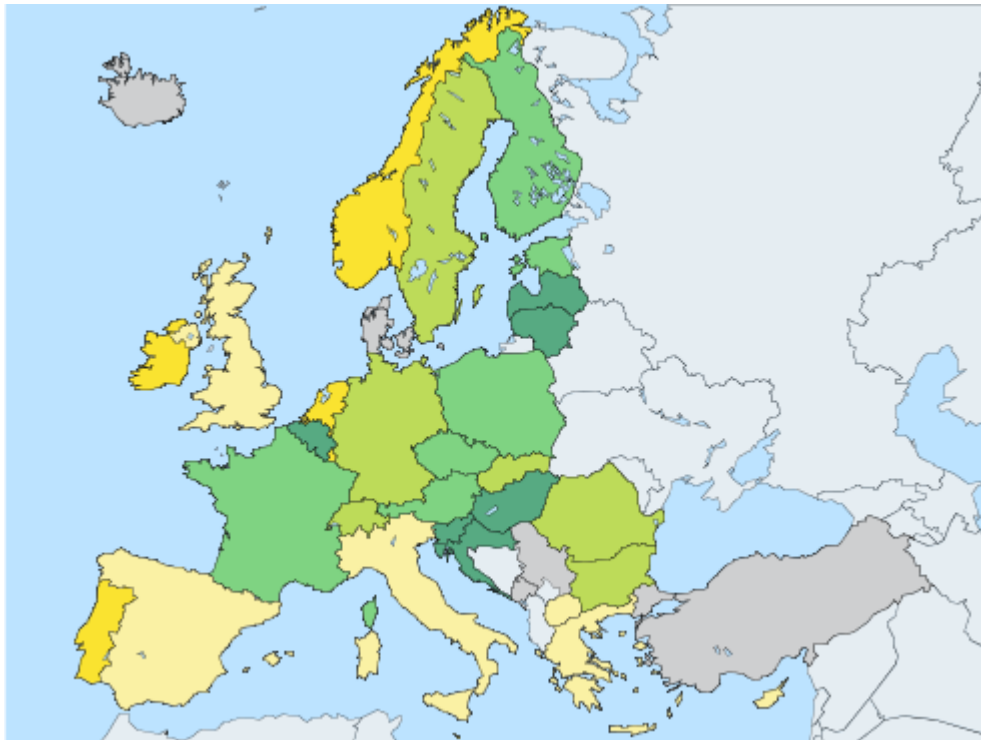
Onderstaande tabel geeft een overzicht van het aantal suïcides per 100.000 inwoners in 2010 gedifferentieerd naar mannen en vrouwen¹².

Tabel 1: Aantal suïcides per 100.000 inwoners in 2010 voor Europa, gedifferentieerd naar mannen en vrouwen.

	M	V	Totaal
Lithuania	59.7	11.1	32.9
Liechtenstein	35.7	21.5	28.3
Hungary	45.3	10.2	25.6
Latvia	41.7	5.2	20.8
Slovenia	36.2	7.3	20.3
Belgium	28.3	10.2	18.7
Croatia	30.9	8.2	18.1
Finland	27.7	8.6	17.8
France	27.3	8.6	17.1
Estonia	30.7	5.6	16.8
Poland	30.7	4.3	16.6
Austria	25.8	6.7	15.2
Czech Republic	25.8	4.8	14.5
Romania	24.1	4.4	13.7
Switzerland	19.9	7.1	13.0
Sweden	18.6	6.5	12.4
Slovakia	22.3	3.4	12.0
Bulgaria	19.8	5.3	11.8
Germany	19.0	5.7	11.8
Norway	16.7	7.0	11.7
Ireland	17.3	4.6	10.9
Luxembourg	18.5	4.3	10.9
Portugal	18.2	4.6	10.5
Netherlands	14.1	5.7	9.7
Malta	15.3	0.9	7.9
Spain	11.5	2.9	6.8
UK	10.8	3.1	6.8
FYRM	9.9	3.8	6.7
Italy	10.8	2.6	6.3
Cyprus	8.2	1.8	4.7
Greece	6.2	0.7	3.3

¹² European Commission, Eurostat. (2013). Opgevraagd in december 2013, van http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TPS00122

Onderstaande kaart laat zien in kleur waar de meeste suïcides zich voordoen: hoe donkerder de kleur, hoe meer suïcides.



Figuur 1: aantal suïcides in Europa.

3.2.3. Defensie: binnen- en buitenland

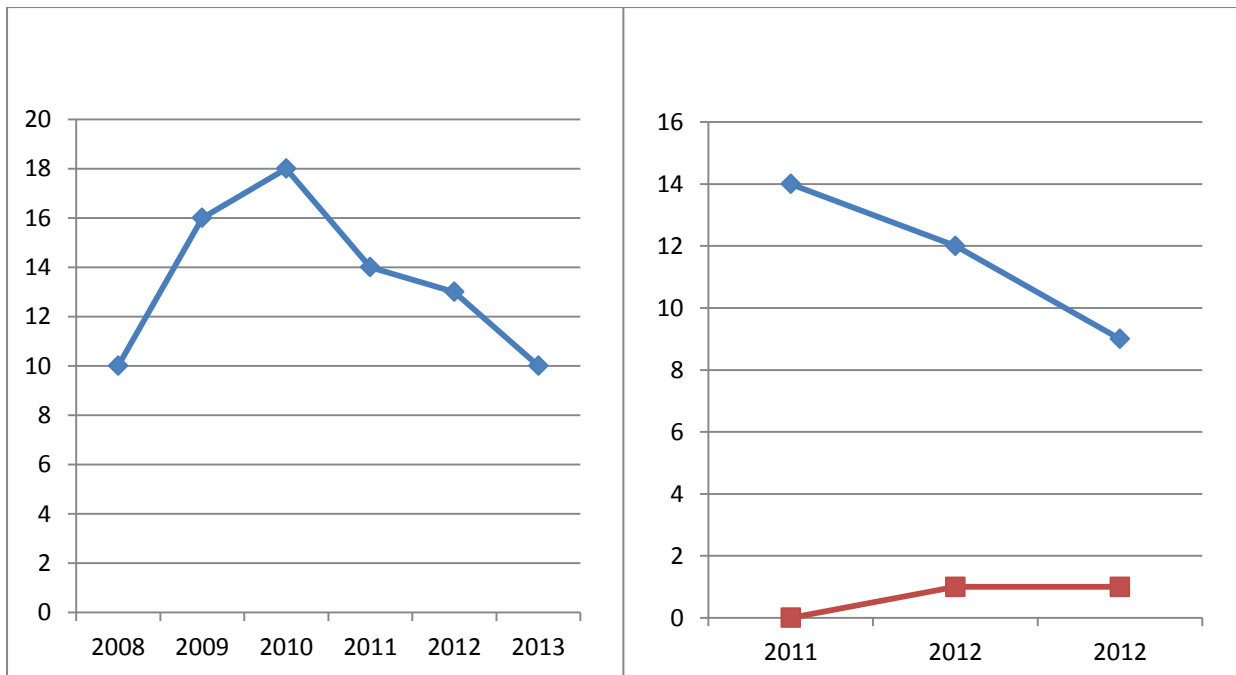
Belgische Defensie

Ook Belgische Defensie blijft niet gespaard van suïcides. De gemiddelde leeftijd van de actieve militairen is 42,45 jaar (in 2012). 91,9% zijn mannen, 8,1% zijn vrouwen. Dit betekent dat het personeel van defensie behoort tot een risicogroep: er wordt immers in de nationale cijfers een verhoogde prevalentie in suïcide teruggevonden bij mannen én in de leeftijdsgroep tussen 35 en 45 jaar (zie eerdere cijfers in België). Het risico is dus tweeledig.

In 2012 vonden 13 suïcides plaats op een totaal aantal militairen van 35.934. Het betrof 1 vrouw en 12 mannen.

In 2013 vonden 10 suïcides plaats. 1 daarvan was een vrouw. 1 had de leeftijd van minder dan 20 jaar. 2 waren tussen 20 en 29 jaar. 4 waren tussen 30 en 39 jaar, 2 tussen de 40 en 49 jaar oud en 2 tussen de 50 en 59 jaar oud. Slechts 1 suïcide vond plaats in de kazerne.

Hieronder kan u een grafiek vinden van het aantal suïcides bij defensie over de verschillende jaren heen. Daarnaast is een grafiek te zien van het aantal suïcides bij defensie opgesplitst naar mannen en vrouwen.



grafiek 3: aantal suïcides bij Defensie België over de jaren heen

grafiek 4: aantal suïcides bij Defensie België verdeeld over mannen en vrouwen

Andere defensies:

UK: In 2012 waren er 7 suïcides: 6 mannen en 1 vrouw¹³. Het betreft absolute cijfers. De website in referentie 13 geeft een overzicht van meer gedetailleerd cijfermateriaal.

Bundeswehr: in 2010 vonden er 23 suïcides plaats, in 2011 18 en in 2012 24. Dit gaat over absolute cijfers. Verdere details zijn niet bekend¹⁴. De website in referentie 14 geeft een overzicht van meer gedetailleerd cijfermateriaal.

Frankrijk: l'Armée Française kent een relatief stabiel suïcidecijfer over de jaren heen. In 2008 waren er 17 suïcides, in 2009 waren er 20, in 2010 19 en in 2011 waren er 23 suïcides per 100.000 personen. De leeftijd waarop de meeste suïcides plaatsvinden is tussen 40 en 44 jaar¹⁵.

Canada: Er zijn geen statische verhogingen gevonden in suïcide-aantallen gedurende de laatste jaren. De cijfers voor de Canadian Force zijn ook lager dan die van de algemene Canadese populatie. Een geschiedenis van ontplooiing is ook geen risicofactor voor suïcide gebleken. In 2010 vonden 12 suïcides plaats, waarvan geen enkele vrouw. In 2011 vonden 21 suïcides plaats, waarvan 1 vrouw. In 2012 vonden 10 suïcides plaats,

¹³ Ministry of Defense. (2010). *Publications: Statistics*. Opgevraagd in december 2013, van <http://www.dasa.mod.uk/publications/health/deaths/suicide-and-open-verdict/2012/2012.pdf>

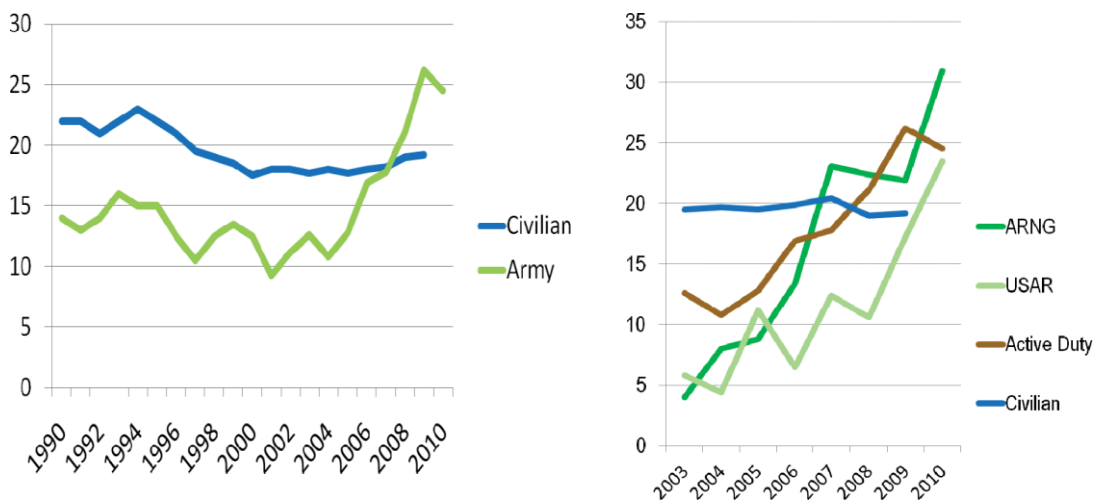
¹⁴ Bundeswehr. (z.j.). *Gedenken: Zahlen und Fakten: Todesfälle in der bundeswehr*. Opgevraagd in december 2013, van <http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/!ut/p/c4/DclBDoAgDAXRs3gBunfnLdRNU-xXCaQYREk8vWR2b2ilnskbDqkhmySaadnC6JvzTeEOKCzC3CdngvFjyrvE2qVmxboLUgIHV0Vh3zfuhrPQFafhB-oSd6w!/#par4>

¹⁵ Verret C, Guiraudet O, Trichereau J, Haus-Cheymol R, Laporal S, Duron-Martinaud S, Bédubourg G, Mayet A, Michel R, Dia A, Meynard J-B, Vallet D, Migliani R. (2013). Aspect épidémiologiques du suicide dans les armées françaises, résultats de la surveillance épidémiologique de 2002 à 2011. *Médecine & Armées*, 41(1), 5-15.

waarvan 3 vrouwen¹⁶. Deze cijfers komen gemiddeld genomen op 20 suïcides per 100.000 personen. De website in referentie 16 geeft een overzicht van meer gedetailleerd cijfermateriaal.

US Army: Sinds de tweede wereldoorlog waren suïcidecijfers steeds lager dan het algemene populatiegemiddelde. Echter sinds 2008 hebben de cijfers het populatiegemiddelde overschreden¹⁷. Onderstaande figuren geven een overzicht van het aantal suïcides per 100.000 binnen de US Army over verschillende jaren heen. Hieruit blijkt duidelijk de stijgende tendens sinds 2008.

In 2012 waren er 184 suïcides bij de actieve militairen, en 140 bij de niet actieve militairen (93 National Gard en 47 bij de National Reserve). Dit zijn absolute cijfers¹⁸. Dit zou neerkomen op 24 suïcides per 100.000.



Grafiek 5: aantal suïcides per 100.000 in de US Army over de verschillende jaren heen.

Besluit

Het is moeilijk om het cijfermateriaal te vergelijken. Eerst en vooral omdat sommige defensies enkel absolute cijfers publiceren.

Daarnaast moet ook rekening worden gehouden met de oorzaken van de suïcides: de aanwezigheid van hulpverlening binnen defensie, de aard van de zendingen, de duur van de zendingen, de cultuur, de kwaliteit van de database (al dan niet gebruik van vragenlijsten),

¹⁶ National Defence and the Canadian Armed Forces. (2013). *Reports and publications: health: Suicide in the Canadian Forces 1995 to 2012*. Opgevraagd in december 2013, van <http://www.forces.gc.ca/en/about-reports-pubs-health/suicide-in-the-cf-1995-2012.page>

¹⁷ Griffith, J. (2012). Army Suicides: "Knows" and an Interpretative Framework for Future Directions. *Military Psychology*, 24, 488-512.

¹⁸ US Departement of Defense. (2010). Opgevraagd in januari 2014, van <http://www.defense.gov/releases/release.aspx?releaseid=16456>

3.3. Zelfmoordproces

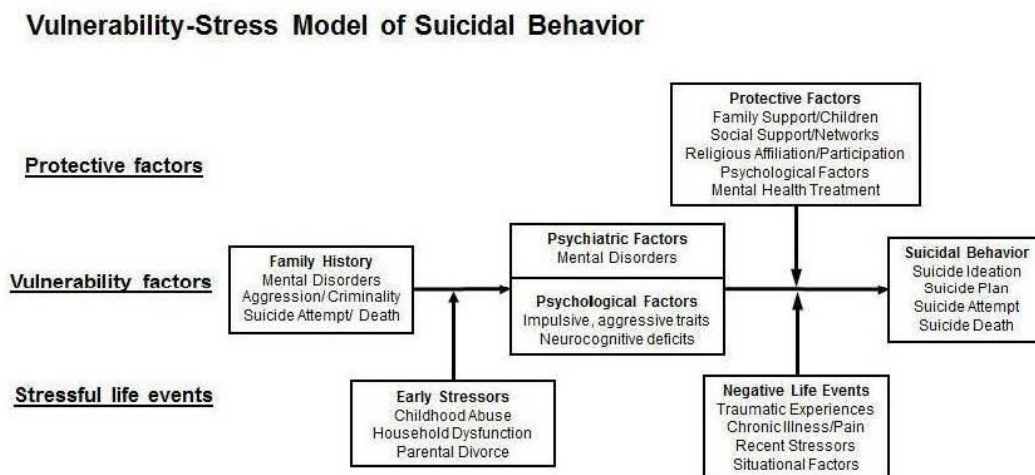
3.3.1. Oorzaken:

In de literatuur zijn verschillende studies terug te vinden met betrekking tot de risicofactoren om tot suïcide over te gaan.

Diverse modellen en conceptuele kaders werden ontwikkeld om het proces om over te gaan tot een zelfmoordpoging te begrijpen en te voorkomen.

Nock¹⁹ presenteert daarom in een review een model van mogelijke risicofactoren en beschermende factoren die een rol spelen bij suïcide (zie figuur 2), en meer bepaald onder militairen. Het model draagt bij tot het conceptualiseren van de risicofactoren en beschermende factoren.

Figure 2



Figuur 2: kwetsbaarheid-stressmodel van suïcidaal gedrag volgens Nock (2013).

In grote lijnen kunnen we 2 grote groepen van factoren onderscheiden: een eerste groep betreft de kwetsbaarheidsfactoren. Hieronder begrijpen we dat sommige mensen voorbestemd zijn om een hoger risico te hebben om over te gaan tot suïcide. Dit kan

¹⁹ Nock M., Deming, C., Fullerton, C., Gilman, S., Goldenberg, M., Kessler, R., McCarroll, J., McLaughlin, K., Peterson, C., Shoenbaum, M., Stanley, B., Ursano, R. (2013) Suicide Among Soldiers: A Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Psychiatry*. 76(2), 97-125.

bijvoorbeeld gaan over genetische belasting die uitmonden in neurobiologische stoornissen. Dit zorgt voor bijvoorbeeld agressie, impulsiviteit en dergelijke.²⁰

Een tweede groep van factoren betreft de stressoren. Deze factoren kunnen suïcidaal gedrag uitlokken onder diegene die reeds over een kwetsbaarheid beschikken.

Kwetsbare factoren:

- Aanwezigheid van een mentale stoornis: deze factor wordt het meest consistent terug gevonden in de verschillende studies met betrekking tot risicofactoren om over te gaan tot suïcide.

Het gaat dan over stoornissen zoals: depressie, manisch-depressieve stoornissen, schizofrenie, alcohol- en middelenafhankelijkheid en (borderline-)persoonlijkheidsstoornissen.

Het feit dat de meerderheid van de suïcides voorkomt bij mensen met een mentale stoornis, maakt dat deze risicofactor nummer 1 is voor screening en preventie.

- Psychologische factoren: er zijn 2 types van psychologische factoren. Enerzijds heeft het betrekking op subjectieve factoren zoals persoonlijkheidskenmerken zoals agressiviteit, hopeloosheid, Anderzijds zijn er ook objectieve neurocognitieve factoren zoals probleemoplossend denken, cognitieve controle, verbale vloeiendheid,
Vaak zal de therapie zich op deze neurocognitieve factoren richten.

Familiale geschiedenis:

Mensen met een familiale geschiedenis van mentale stoornissen en suïcidaal gedrag, vertonen een verhoogd risico.

Daarnaast is er een betrouwbare associatie gevonden tussen een geschiedenis van kindermisbruik en suïcidaal gedrag.

Familiale factoren zijn niet te veranderen, maar kunnen wel worden ingezet om verhoogde risico's op suïcide te detecteren.

Het moet worden benadrukt dat deze sociale factoren slechts een deel zijn van de complexe etiologie van suïcidaal gedrag. Andere factoren zijn mee betrokken in variabelen die een individu kwetsbaar kunnen maken voor niet-adequate coping door middel van suïcidaal gedrag²¹.

Stressvolle levensgebeurtenissen:

²⁰ Vanmeenen, A-F., Van Heeringen, K. (2013) Suïcidale hersenen. *Antenne*. 12-15.

²¹ Vlaams Actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020.

Suïcidaal gedrag wordt vaak voorafgegaan door een stressvolle gebeurtenis, acuut of chronisch. Er is steeds een druppel die de emmer doet overlopen.

Voor wat betreft militairen zijn er verschillende vormen van stressoren: militair-gerelateerde stressoren (zendingen, woon-werk, groepssfeer in de eenheid, ...), familie-gerelateerde stressoren (scheiding van familie tijdens de zending, verlies van familieleden, ...), en andere persoonlijke stressoren (disciplinaire problemen, financiële zorgen, ...).

De vraag rijst echter hoe en waarom deze stressvolle levensgebeurtenissen kunnen leiden tot suïcidaal gedrag. Dit kan een onderwerp van onderzoek uitmaken.

Andere risicosleutelfactoren:

- Demografische factoren: mannen, alleenstaande, werklozen, ouderen, holebi's, bepaalde beroepsgroepen, hoogbegaafden, migrantenmeisjes, vierde wereld, ... (Antenne, 2013).
- Eerder suïcidaal gedrag: uit follow up studies blijkt dat 10 tot 15% van de personen die ooit een suïcidepoging ondernamen, ook door suïcide zullen overlijden²². Uit onderzoek op basis van psychologische autopsieën blijkt dat tussen 22 en 44% van de personen die overlijden door suïcide, al eerdere suïcidepogingen had ondernomen²³.
- Situationele factoren: hiertoe kunnen bijvoorbeeld de toegankelijkheid tot wapens, dodelijke medicatie behoren.

Beschermende factoren:

- Sociale steun: dit kan gaan van groepsgeest in eenheid bij militairen, sterk leiderschap, peer support. Maar dit kan ook de familiale steun zijn binnen het gezin of van vrienden.
- Psychologisch beschermende factoren: levenssatisfactie, resilience,
- Geestelijke gezondheidszorg: verschillende therapievormen zijn onderworpen aan verschillende studies om hun accuraatheid te bepalen. Echter bepaalde ethische kwesties vormen een moeilijkheid om accuraatheid te bepalen.

3.3.2. Het suïcidaal proces

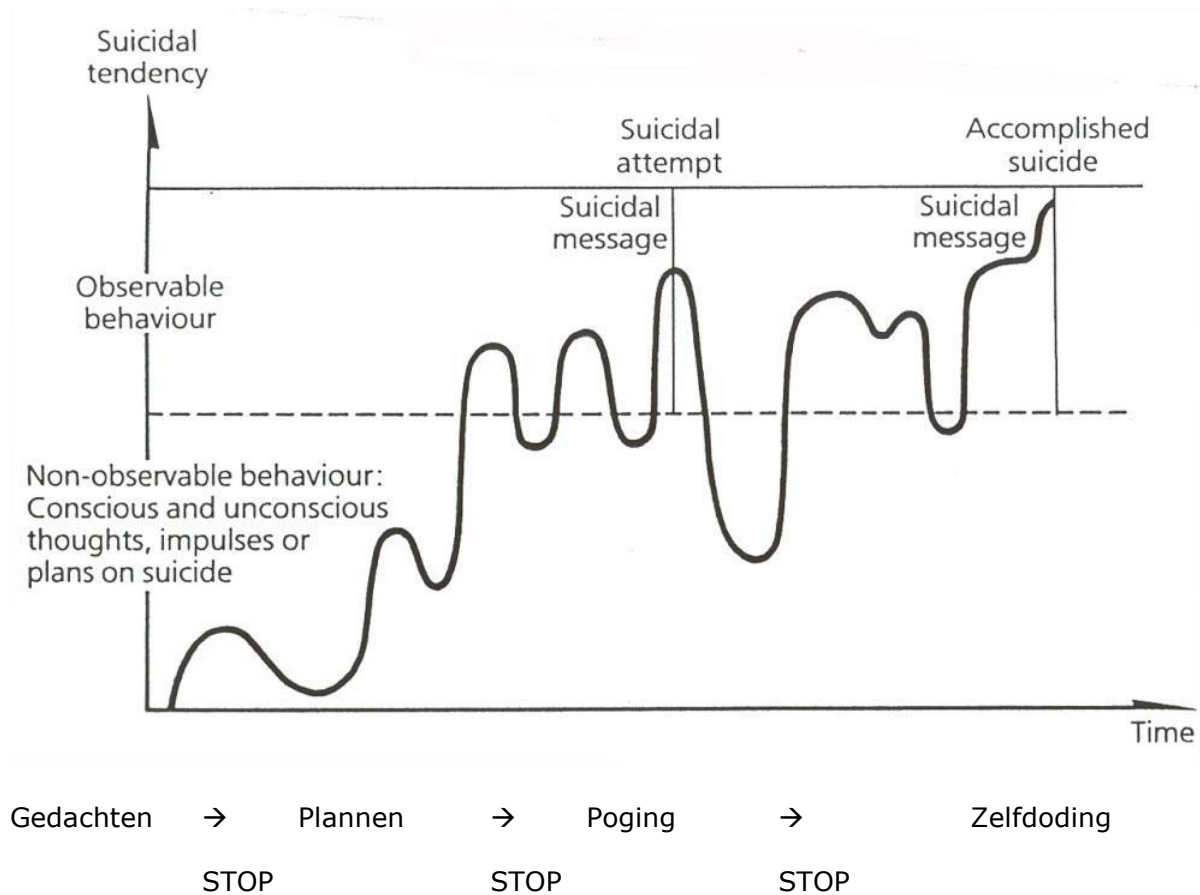
Zoals is gebleken zullen bepaalde factoren mensen beschermen om over te gaan tot suïcide. Maar evengoed zijn er factoren die ervoor zorgen dat mensen kwetsbaarder worden.

Toch komt suïcide niet uit de lucht gevallen. Vooraleer iemand overgaat tot suïcide, zal er een heel proces aan voorafgaan. Dit proces van plannen en nadenken over suïcide

²² Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(563), 564.

²³ Isometsa, E.T., Lonnqvist, J. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173(531), 535.

kan jaren in beslag nemen. Een groot deel is niet waarneembaar voor buitenstaanders: bewuste of onbewuste gedachten, impulsen of plannen met betrekking tot suïcide. Het waarneembare gedrag kan gaan van suïcidepogingen tot praten over suïcidale gedachten of gevoelens. Bij vrouwen ligt deze grens doorgaans lager dan bij mannen²⁴. (Retterstol, 1993). Onderstaande figuur toont op een tijdslijn hoe het suïcidaal proces verloopt.



Figuur 3: het suïcidaal proces.

Aan een suïcide gaat een proces van gedachten, plannen en poging vooraf. Belangrijk is dat dit proces te doorbreken valt.

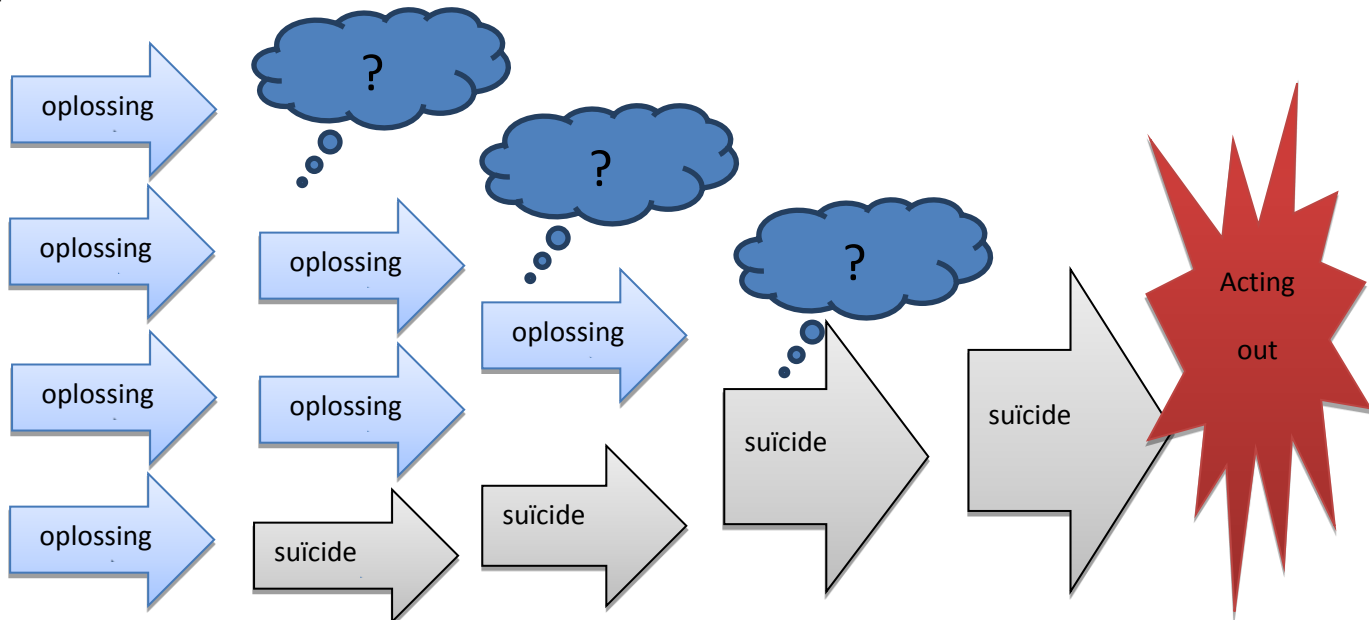
De tijdspanne van dit proces kan zeer sterk verschillen van persoon tot persoon. Meestal verloopt het sneller bij jongens/mannen dan bij meisjes/vrouwen.

Tijdens het suïcidaal proces treden een aantal belangrijke veranderingen op. Op cognitief vlak uit zich dit door een dichotoom denkpatroon, selectieve aandacht, veralgemeend denken en daar bijhorend probleemoplossend gedrag, en hulpeloosheid. Daarnaast zijn er ook verschuivingen op emotioneel vlak: intermenselijke relaties worden geringer, waardenbelevingen vervagen, tijdsbesef verandert,Mensen met suïcidale gedachten komen terecht in een tunnelvisie en zien geen andere oplossingen meer, zien niet meer wat wel nog goed gaat. Zie ook onderstaande figuur die duidelijk illustreert dat een persoon vernauwt in zijn/haar denken en steeds minder oplossingen ziet.

²⁴ Vanmeenen, A-F., Van Heeringen, K. (2013) Suïcidale hersenen. *Antenne*, 12-15.

Wanneer er een poging plaatsvindt, treed vaak een catharsiseffect op, een moment van rust. Dit is slechts een tijdelijk effect. Temeer eerdere pogingen als beste predictieve factor geldt voor volgende pogingen en suïcide.

Suïcide wordt door de persoon in kwestie niet gezien als een doodswens, maar wel als een manier om een einde te maken aan ondragelijk psychisch lijden. Dit betekent dat suïcide niet moet worden gezien aan een schreeuw om aandacht, maar wel als 'a cry of pain'.



Actief oplossingen zoeken	Ideeën, indirecte boodschappen	Frequente ideeën, verlaagd zelfbeeld	Verbale boodschappen	Plannen, middelen zoeken
---------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	----------------------	--------------------------

Figuur 4: cognitief denkpatroon.

3.3.3. Vragenlijsten – instrumenten – database

Vragenlijst – instrumenten:

Er zijn verschillende vragenlijsten en/of instrumenten die de aanwezigheid of de intentie van suïcidaliteit trachten na te gaan. Echter de voorspellende waarde is eerder gering. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn het gering aantal suïcides in een specifieke populatie en het groot aantal risicofactoren.

Verder blijkt uit onderzoek dat patiënten die na een suïcidepoging op psychologisch en sociaal vlak opgevangen en geëvalueerd worden, minder geneigd zijn later opnieuw een poging te ondernemen. Daarom werd in opdracht van het Vlaams Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Gezin een instrument ontworpen om de psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers te optimaliseren: het Instrument voor Psychosociale

evaluatie en opvang (IPEO)²⁵. De gegevens bekomen aan de hand van het instrument zijn niet alleen vanuit klinisch oogpunt belangrijk, maar wordt ook verwerkt in epidemiologisch onderzoek.

De IPEO moet niet gezien worden als een rechtlijnig predictief instrument. Wel is het de bedoeling op basis van de verzamelde informatie, eventueel aangevuld met informatie van eerdere behandelaars, huisartsen en naasten, risicofactoren te identificeren en een optimale doorverwijzing voor te stellen en de patiënt hiertoe te motiveren. Het intermenselijk contact dat wordt gecreëerd door middel van de vragenlijst, is het belangrijkste instrument om suïcide te voorkomen.

Bijlage 7.3. toont de vragenlijst. Ze bestaat uit 2 delen, waarbij het eerste deel gericht is op de anamnese en het tweede deel een verdere inschatting van de risicofactoren en noden van de patiënt omvat. Wanneer beide delen afgerond zijn, wordt hierover een synthese gemaakt.

Database:

Wanneer een gestandaardiseerde registratie gebeurt met betrekking tot suïcide en eventueel suïcidepogingen, kan men in staat zijn om verder onderzoek uit te voeren. Deze resultaten stellen ons in staat om op een adequatere manier om te gaan met de problematiek, aangepast aan de noden en vragen. De focus van te nemen acties kan gerichter worden gelegd en de reeds ondernomen acties kunnen beter worden geëvalueerd.

3.4. Hulpverlening - Preventie – Campagnes

3.4.1. Preventiestrategieën

Inleiding:

Preventie kan worden gezien op verschillende niveaus. Vandaar dat er ook verschillende modellen mogelijk zijn.

Een eerste model gaat uit van 3 verschillende niveaus²⁶:

- Primaire preventie: het beperken van nieuwe gevallen door zich te richten op de algemene populatie en niet op individuele gevallen.
- Secundaire preventie: vroege interventies door identificatie van verschillende individuen en interventies bij kleinere groepen.
- Tertiaire preventie: de focus ligt bij tertiaire preventie voornamelijk op het individu. Het richt zich op een heel specifieke targetgroep.

²⁵ Handleiding IPEO, instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers.

²⁶ Cantor, H., Baume, P. (1999). Suicide prevention: a public health approach. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 45-50.

Dit model richt zich voornamelijk op de acties die worden ondernomen en niet zozeer op het doelpubliek.

Dit in tegenstelling tot het USI-model (Universal – Selective – Indicated prevention model) dat preventieprogramma's indeelt naargelang de groep waarop de actie wordt gericht²⁷.

- Universele strategieën: preventieprogramma's worden ontwikkeld om iedereen te beïnvloeden. Dit houdt bijvoorbeeld in: verbeteren van de kennis omtrent het onderwerp, drempel verlagen tot hulpverlening, versterken van de beschermende factoren zoals sociale steun en copingsvaardigheden.
- Selectieve strategieën: gericht op een subgroep van de gehele populatie, met een focus op risicogroepen. Dit kan inhouden: screeningprogramma's, gatekeeper-trainingen, verbeterde toegang tot crisisdiensten, ...
- Indicatieve strategieën: richt zich voornamelijk op hoog-risico individuen in de populatie.

In onderstaande tabel worden de 2 modellen verenigd²⁸:

Tabel 2: een public health model voor suïcidepreventie

	Timing (wanneer)	Benadering (hoe)	Populatie (wie)	Benodigdheden (wat)
Primaire	Voor	Universeel	Volledige populatie	Veiligheid, relevantie, betaalbaarheid, implementatie
Secondaire	Vroeg	Selectief Indicatief	Deel van de populatie Risico-individuen	Idem als hierboven Screening, interventie
Tertiaire	Laat	Targeted	Individuen met suïcidaal gedrag	Specifieke interventie

De focus ligt dus voor de verschillende modellen anders, naargelang de benadering die wordt gekozen.

Ongeacht het model dat voor ogen wordt gehouden om een interventie te ontwikkelen, zullen verschillende factoren moeten in acht worden genomen die bijdragen tot suïcidaal gedrag.

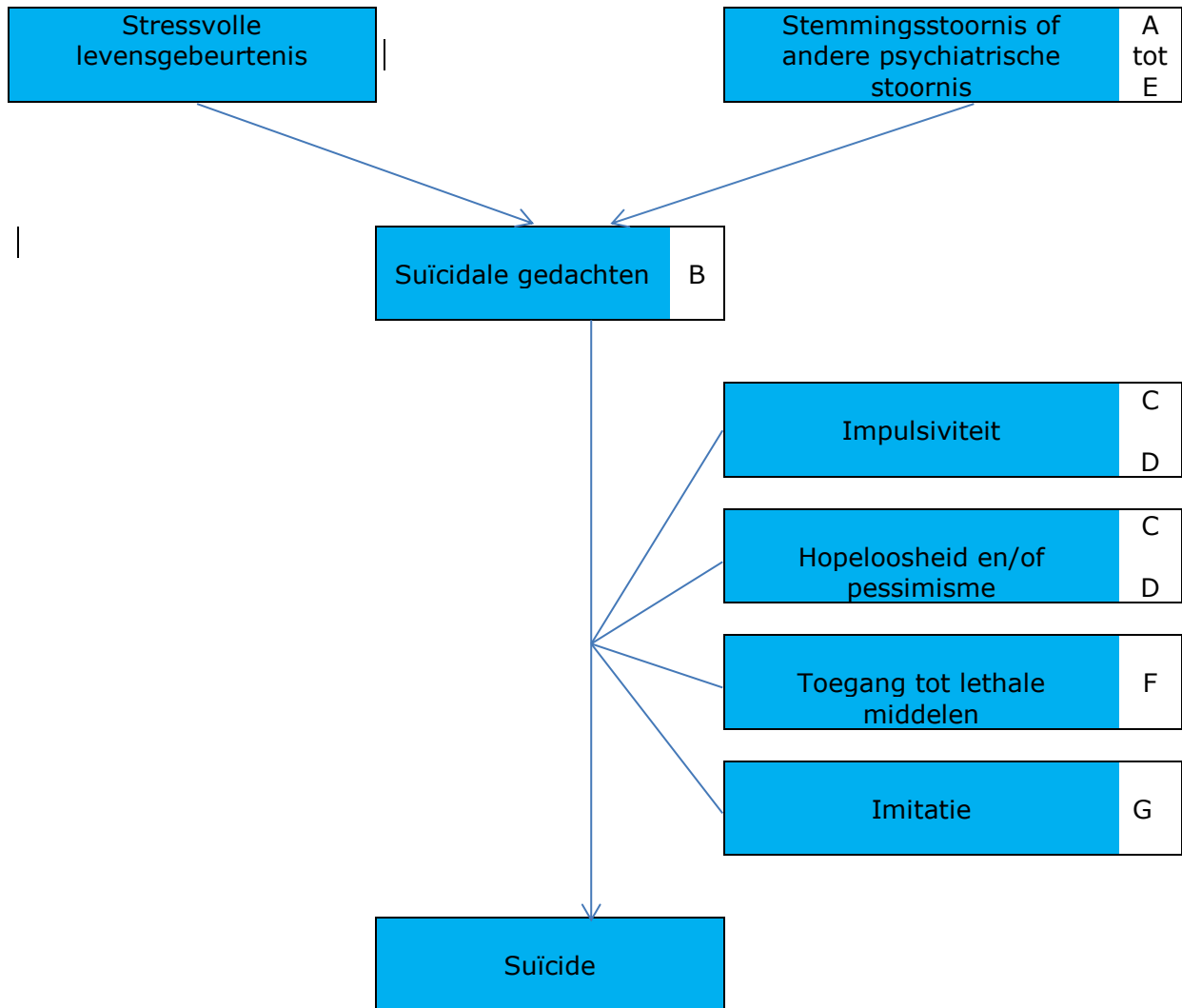
Vandaar dat ook preventiestrategieën zich op deze verschillende facetten moet richten. Onderstaande figuur geeft een indicatie²⁹:

²⁷ Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.

²⁸ Cantor, H., Baume, P. (1999). Suicide prevention: a public health approach. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 45-50.

²⁹ Mann, J., e.a. (2005). Suicide Prevention Strategies: a systematic review. *Jama*, 294 (16), 2064-2074.

SUICIDAAL GEDRAG



PREVENTIE INTERVENTIES:

A: educatie en awareness programma's:

- Eerstelijns artsen
- Algemene publiek
- Gatekeepers

B: screening voor hoog risico individuen

C: farmacotherapie: antidepressiva, antipsychotica

D: psychotherapie: alcoholismeprogramma's, cognitieve gedragstherapie

E: follow-up zorg voor suïcidepogingen

F: restrictie toegang tot lethale middelen

G: Mediarichtlijnen voor rapportage over suïcide

Figuur 5: Doelen van suïcidepreventie-interventies

Preventiecampagne van World Health Organisation:

Suicide is een probleem in heel wat landen. Daarom formuleerde de WHO een aantal stappen die kunnen worden genomen in het maken van een preventiestrategie³⁰:

- Identificeren van de stakeholders: suicide vraagt een multi sectoriële aanpak: verschillende ministeries, gezondheidszorg, beleidsmakers, relevante kwetsbare groepen, overlevenden en families, NGO's, ...
- Analyse van de situatie: het bepalen van de kwetsbare groepen in de populatie.
- Het bepalen van de beschikbare bronnen: welke menselijke en financiële bronnen zijn nodig, beschikbaar en hoe kunnen tekorten worden ingevuld?
- Politiek engagement bekomen
- Stigma doorbreken
- Bewustwording verhogen

Een goede preventiestrategie bevat volgens WHO volgende elementen:

- Duidelijke objectieven
- Relevante risico- en beschermende factoren
- Effectieve interventies
- Preventiestrategieën voor de algemene populatie
- Preventiestrategieën voor kwetsbare risicogroepen
- Preventiestrategieën op individueel niveau
- Verbeteren van registratie en uitvoeren van onderzoek
- Monitoring en evaluatie.

Preventiestrategie in België:

Actueel is er op federaal niveau in België geen nationaal preventieplan voor suicide beschikbaar. Toch worden er op regionaal en Gemeenschapsniveau verschillende initiatieven en acties ondernomen in het kader van een preventieplan.

Preventiestrategie Vlaamse gemeenschap:

Om het aantal suicides te doen dalen, heeft de Vlaamse overheid sinds 2006 een beleid dat zich richt op de preventie van depressie en suicide. Het Vlaams Actieplan Suicidepreventie (VAS) heeft als doel om tegen 2020 het aantal suicides te doen dalen met 20% ten opzichte van het jaar 2000³¹.

Hiervoor werden een aantal strategieën bepaald met daaraan verschillende acties gekoppeld.

- Strategie 1: De individuele veerkracht en het vermogen tot zelfhulp versterken.
 - Actie 1: optimaliseren van 'Fit in je Hoofd'-campagne.
 - Actie 2: netwerkgroepen voor ouderen.

³⁰ Public Health Action for the Prevention of Suicide: a framework. (2012). World Health Organization.

³¹ Vlaams Agentschap zorg en gezondheid (8 maart 2011). *Vlaams Actieplan Suicidepreventie*. Opgevraagd in januari 2014, van http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=21478

- Strategie 2: Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp.
 - Actie 3: toegangspoort voor de preventie van suïcidaliteit.
 - Actie 4: zelfhulpcomputerprogramma voor depressieve jongeren.
- Strategie 3: Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs.
 - Actie 5: postercampagne.
- Strategie 4: Strategieën voor specifieke risicogroepen.
 - Actie 6: nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen.
- Strategie 5: De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.
 - Actie 7: algemene aanbevelingen voor preventie van suïcide.
 - Actie 8: aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag.
 - Actie 9: aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen.

Het actieplan wordt locoregionaal uitgewerkt. Op de website zijn de verschillende projecten per provincie gebundeld³². Dit gaat van vormingen, workshops tot informatieverstrekking, aandacht voor specifieke doelgroepen,

Preventiestrategie Franse Gemeenschap (Wallonië – Brussel):

De Franse Gemeenschap ontwikkelde aanbevelingen voor suïcidepreventie ten einde deze te integreren in het vijfjarenplan ter bevordering van de gezondheid. In dit programma wordt in punt 8 ingegaan op de bevordering van het welzijn en de mentale gezondheid. Het doel is om het aantal suïcidepogingen en recidieven te verminderen, met een prioriteit voor jongeren tussen 15 en 25 jaar, meer bepaald de schoolgaande jongeren.

Punt 8: Bevorderen van het welzijn en de mentale gezondheid

8.1. Objectieven voor de bevordering van de gezondheid:

* Het ontwikkelen van competenties ter bevordering van de mentale en relationele gezondheid via:

* Aanleren van 'zelfkennis' (gevoel van eigenwaarde, empathie, het vermogen om problemen op te lossen, om de invloed van anderen te weerstaan, beslissingen te nemen, het beheer van stress, ...)

* De communicatie en deelname aan collectieve projecten, gericht op de noden, verwachtingen en verlangens van jongeren.

* Conflicthantering en de kwaliteit van de menselijke relaties, voornamelijk tussen volwassenen en adolescenten.

³² Locoregionale uitwerking van het Vlaams actieplan suïcidepreventie. (z.j.). Opgevraagd in januari 2014, van www.vlasp.be

8.2. Objectieven van de preventie:

* Verminderen van het aantal suïcidepogingen en recidieven bij schoolgaande jongeren door in een eerste tijd vormingsprogramma's te ontwikkelen voor volwassenen die werken in een schoolomgeving.

* Ontwikkelen van onderzoeksprogramma's in het domein van suïcidepreventie.

3.4.2. Suïcidepreventie - Hulpverlening in België

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw (CPZ)³³ is een pluralistische vereniging met als basisdoelstelling het voorkomen van zelfdoding. De werking van het CPZ baseert zich op 4 pijlers:

- 24 uur op 24 bereikbaar zijn voor mensen met suïcidale gedachten, mensen uit hun omgeving en nabestaanden door middel van de 'Zelfmoordlijn'.
- Het ruime publiek informeren en sensibiliseren om suïcidaal gedrag te herkennen, ernstig te nemen en bespreekbaar te maken.
- Deskundigheid bevorderen van personen die vanuit hun functie geconfronteerd worden met suïcidaal gedrag.
- Een bijdrage leveren aan het onderzoek naar suïcidaal gedrag en de preventie ervan.

Om deze 4 pijlers in te vullen, werden er 3 diensten opgericht:

- De Studiedienst: kennis over suïcide (preventie) wordt toegankelijk en toepasbaar gemaakt.
- De Vormingsdienst.
- De Zelfmoordlijn: personen met zelfdodingsgedachten, hun omgeving en nabestaanden kunnen voor een hulpverlenend gesprek terecht op de gratis en erkende nooddienst. De dienst is te bereiken op het nummer 1813 of via de website www.zelfmoord1813.be

Andere initiatieven die zich bezighouden met suïcidepreventie is

- Tele-onthaal: Sinds december 2013 bestaat er een samenwerking tussen de 'Zelfmoordlijn' en 'Tele-onthaal'. Deze samenwerking kadert in het Vlaams Actieplan en heeft als doel de drempel naar hulp te verlagen. Toch blijft het nummer van 'Tele-onthaal', 106, wel bestaan. Medewerkers van deze service kunnen helpen bij andere levensvragen en -moeilijkheden.
- Werkgroep Verder: de Werkgroep Verder organiseert allerhande activiteiten voor en door nabestaanden, met als doel om nabestaanden de kans te geven elkaar te ontmoeten, om het onderwerp rouw na zelfdoding bespreekbaar te maken. Dit netwerk staat ter beschikking van de nabestaanden en bestaat uit verschillende verenigingen voor individuele opvolging, zelfhulpgroepen en praatgroepen. De dienst is te bereiken op het nummer 02/361.21.28 of via de website www.werkgroepverder.be.

³³ Centrum ter preventie van zelfdoding (z.j.). Opgevraagd in januari 2014, van www.preventiezelfdoding.be

Langs Franstalige zijde zijn er momenteel in België minder initiatieven dan in Vlaanderen. De Franstalige tegenhanger van het CPZ is 'Centre de prévention du suicide'. Het nummer waarop zij te bereiken zijn, is 0800/32.123³⁴.

Het centrum is er om:

- Te informeren, sensibiliseren en te vormen met betrekking tot de problematiek suïcide en de preventiemogelijkheden.
- Tegemoetkomen aan een crisissituatie met als doel een zelfdoding te vermijden.
- Tussenkomen bij iemand in nood.

Hiervoor stellen zij verschillende middelen ter beschikking:

- Informatie en sensibilisatie -activiteiten.
- Vormingen.
- Debriefing-activiteiten naar aanleiding van een suïcide.
- Brochures, affiches,
- Conferentie.

Elke instelling van Brussel en Wallonië kan hierop beroep doen.

Bovenstaande hulpverlening, zowel aan Nederlandstalige als aan Franstalige zijde, staat in voor crisismomenten. Voor langdurige hulpverlening kan men terecht in verschillende instanties zoals een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, een Centrum voor Algemeen Welzijn of bij andere hulpverleners zoals psychologen, therapeuten,

3.4.3. Suïcidepreventie - Hulpverlening bij Belgische Defensie

De werkgroep 'Suïcidepreventie bij Defensie' investeerde reeds eerder in een informatie- en sensibiliseringscampagne. Dit gebeurde aan de hand van flyers, affiches, een artikel in de Direct en een intranetsite. Deze werden verspreid onder de verschillende psychosociale actoren. (bijlage voor de affiche).

De affiche en flyers geven enerzijds informatie over het waarom en de signalen die eventueel gepaard gaan met suïcide. Anderzijds wordt er doorverwezen naar de verschillende hulpverleningsinstanties binnen Defensie én buiten Defensie.

Er zijn binnen Defensie verschillende psychosociale actoren die in aanraking kunnen komen met suïcide, suïcidepogingen en/of -gedachten.

De verschillende hulpverleners van Defensie, die in aanraking komen met de problematiek van suïcide, kunnen worden opgedeeld in 3 groepen. Een eerste groep zal enkel het probleem detecteren en vaststellen om onmiddellijk door te verwijzen naar meer gespecialiseerde instanties zoals bijvoorbeeld het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg na een risico-inschatting te hebben gemaakt (vroegdetectie). Verdere begeleiding van de problematiek rond suïcide wordt niet meer aangeboden. Vroegdetectie is voor hen cruciaal.

³⁴ Centre de prevention du suicide. (2010). Opgevraagd in januari 2014, van www.preventionsuicide.be

- Centrum voor Medische Expertise (CME): Vooraf aan een zending zal elke militair langs het CME passeren en een vragenlijst invullen. Deze vragenlijst peilt onder andere naar suïcidegedachten en suïcidepogingen. Indien hierin wordt geconstateerd dat er sprake is van suïcidepogingen en/of -gedachten, zullen zij doorverwijzen voor verdere behandeling naar het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- Dienst Klachten Management (DKM).
- Interne Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk (IDPBW).

Zowel DKM als IDPBW zullen in gesprek als vertrouwenspersoon – bemiddelaar, Psychosociaal Preventieadviseur (PA PsySoc) in contact komen met mensen die naast hun klacht, ook suïcidegedachten ervaren of reeds suïcidepogingen hebben ondernomen. Meestal komt dit tot uiting in een intake-gesprek van een informele klacht. Hun taak bestaat er dan ook uit deze signalen te herkennen, naast de andere problemen, naar het verhaal te luisteren (herkennen en erkennen) en desbetreffend door te verwijzen naargelang de hoogdringendheid.

Een tweede groep is de eerstelijns hulp. Zij hebben vaak rechtstreekse contacten:

- Dienst voor Religieuze en Morele Bijstand (DRMB): bij de medewerkers kan men terecht in geval antwoorden worden gezocht op levensvragen, bij zingevingsproblematiek, indien er nood is aan (pastoraal) advies en hulp, (spirituele) bijstand of als er een behoefte is aan begeleiding en ondersteuning. Tijdens deze vorm van hulpverlening kan suïcide ter sprake komen.
- Sociale Dienst (SSD): in het kader van 'slecht nieuws gesprekken' zal de SSD tussenkomen. Dit kan betrekking hebben op suïcide. Daarnaast wordt er psychosociale steun geleverd aan naasten en aan personen in nood. Tevens kan op administratief vlak en op juridisch gebied de nodige hulp worden verleend.
- Raadgevers Mentale Operationaliteit (RMO): in het kader van een suïcideproblematiek zal de RMO slechts tussenkomen als zij hiervan op de hoogte worden gesteld en er een vraag wordt geformuleerd. Indien er behoefte is aan informatie voor directe collega's of voor sleutelpersoneel, dan kunnen de RMO's informatie-sessies organiseren in samenwerking met het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg. In geval van een ziekmakende werkomgeving en problemen met betrekking tot leiderschap, kan de RMO een rol spelen. Zij werken zowel op groepsniveau als individueel. Zij vervullen een vertrouwensfunctie in geval van moeilijkheden of problemen.
- Centrum voor Crisispsychologie (CCP)/ Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG): Militairen en burgerpersoneel van Defensie kunnen zich zonder afspraak aanbieden aan het Medisch Secretariaat van de dienst. Dit zijn consultaties 'in urgentie'. Wanneer zij in crisis zijn, kunnen ze ook worden doorverwezen door een bijvoorbeeld de RMO, SSD, militaire eenheid,Wanneer er een 'melding ernstige gebeurtenis' komt van COps omwille van een suïcidepoging, zal er pro-actief contact worden opgenomen met betrokkene om een zorgtraject op te starten.

Indien bij deze diensten suïcidale ideeën, plannen, ... naar boven komen, zal steeds een risico-inschatting worden gemaakt. Impliciete boodschappen worden gedecodeerd en de hulpvraag wordt beter omschreven.

De doorverwijzing vanuit deze eerstelijns hulp betreft meestal het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, de huisarts, psychologen/therapeuten in de burgerij, urgentie-arts, ...

Een derde groep is de tweedelijns hulp die wordt aangeboden bij Defensie.

- Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG): Bij het CGG kan men terecht voor psychotherapeutische begeleiding. Meestal komt tijdens een eerste sessie of in de loop van de begeleiding suïcidale ideeën of plannen ter sprake. Een risico-inschatting zal worden opgemaakt, hulpbronnen zullen worden gezocht (familie, vrienden, ...), persoonlijke en familiale antecedenten worden samen met de patiënt onderzocht. Indien er een hoog risico is, zal eveneens worden doorverwezen naar een psychiatrische consultatie voor medicamenteuze ondersteuning. Het CGG zal trachten de nabijheid met de patiënt te behouden door regelmatig contacten te voorzien via consultaties, telefoon en of e-mail. Een therapeutisch contract zal worden opgesteld om een impulsieve daad te vermijden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verschillende instanties.

Tabel 3: overzicht van de verschillende instanties bij Defensie

	CME	DKM	IDPBW	DRMB	SSD	RMO	CCP/CGG
Vroeg-detectie	Her-kennen van signalen Risico bepalen Vragen-lijst	Her-kennen van signalen Risico bepalen Sensi-biliseren	Her-kennen van signalen Risico bepalen	Her-kennen van signalen Risico bepalen	Her-kennen van signalen Risico bepalen	Her-kennen van signalen Risico bepalen Sensi-biliseren	Her-kennen van signalen Risico bepalen Sensi-biliseren
+ 1 ^e lijn				1 ^e opvang	Admin Sp Juridisch Sp Sociaal Sp	Advies aan hiërarchie 1 ^e opvang	Crisis-opvang
+ 2 ^e lijn							Bege-leiding

3.4.4. Suïcidepreventie in buitenlandse defensies

Bundeswehr: de bundeswehr beschikt over uitgebreide ondersteunende en psychologische diensten en een militaire aalmoezeniersdienst die speciaal werd ontwikkeld voor soldaten in nood.

France: preventie richt zich op verschillende zaken:

- Preventie: toegang tot dodelijke middelen beperken, isolement vermijden, steun,
- Verbeteren van de zorg naar personen met suïcidaal risico.
- Informatie en communicatie met betrekking tot suïcidaal risico.
- Specifieke training om suïcidale crisis te herkennen.
- Studies en onderzoek: kennis verruimen.
- Monitoring van de acties die worden ondernomen om suïcide tegen te gaan.

Canada: de suïcidepreventie werkt multidimensioneel. Het is een interactie tussen toegewijd en ondersteunend leiderschap, en betrokken en opgeleid lidmaatschap, en een medisch/gezondheidssysteem dat een zorg kan bieden met een hoge standaard. Het doel is:

- Opleiding- en awareness programma's.
- Screening en assessment om mentale gezondheidsproblemen te identificeren.
- Voorzien in een mentale gezondheidszorg met een hoge standaard.
- Reductie van de middelen.
- Leiderschapsinterventies.
- Selectie, weerbaarheidstraining.

3.4.5. Evaluatie van preventieprogramma's

Vaak is het moeilijk om preventieprogramma's te evalueren op hun effectiviteit. Ondanks het belangrijke aandeel in sterftcijfers door suïcide, is het absolute cijfer te klein om betrouwbaar onderzoek mee te verrichten om de effectiviteit van bepaalde interventies na te gaan.³⁵

Daarnaast moet ook worden vermeld dat heel wat mensen een chronisch verloop kennen in suïcidaliteit. Tijdsgeïmiteerde interventies zullen dan ook – zoals te verwachten – slechts een tijdelijk effect bieden.

Brede publieke interventie en/of educatieprogramma's lijken slechts een beperkte invloed uit te oefenen op suïdecijfers. Vooral omdat zij er niet in slagen om de doelgroep te bereiken. Het zijn enkel de lange termijninterventies die een focus leggen op de verschillende niveaus van de gemeenschap die erin slagen de suïdecijfers te doen dalen.³⁶ en ³⁷

³⁵ Goldney, R. (1998). Suicide prevention is possible: a review of recent studies. *Archives of Suicides Research*, 4, 329-339.

³⁶ Fountoulakis, K., Gonda, X., Rihmer, Z. (2011) Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorders*, 130, 10-16.

³⁷ Mann, J., e.a. (2005). Suicide Prevention Strategies: a systematic review. *Jama*, 294 (16), 2064-2074.

Een belangrijke speler in het veld van preventie zijn de artsen aangezien zij vaak het eerste aanspreekpunt zijn op bijvoorbeeld een spoeddienst of als huisarts. Daarom is het belangrijk hun kennis omtrent suïcide en depressie te verbeteren en up to date te houden ³⁸. Dit komt vroege detectie van de problematiek ten goede zodat tijdig de gepaste hulpverlening kan worden gestart. Een instrument als IPEO kan oor artsen dan een bijkomend hulpmiddel zijn.

Verder is gebleken dat contact houden met suïcidale personen van cruciaal belang is. Het bieden van hulp door middel van telefonisch contact of face-to-face contact op gelijk wel ogenblik, verminderen aanzienlijk het aantal suïcidepogingen³⁹. Denk hierbij aan initiatieven zoals de 'Zelfmoordlijn'.

Een praktijkvoorbeeld hiervan zijn de zogenaamde 'gatekeepers'. Deze gatekeepers zijn personen/organisaties die in nauw contact staan met de kwetsbare en potentieel kwetsbare groepen (bijvoorbeeld apothekers, studiebegeleiders, psychosociale actoren bij Defensie, ...). Zij moeten in staat worden gesteld om de mensen met verhoogd risico te identificeren. Dit kan door awareness-programma's, een bedrijfspolitiek waar hulpzoekend gedrag wordt aangemoedigd en hulpbronnen worden aangeboden, en het verminderen van het stigma dat soms gepaard gaat met hulpzoekend gedrag. Het in plaats stellen van dergelijke gatekeepers werd via studies aangetoond als zijnde zeer effectief bij Defensie Noorwegen en de US Air Force.⁴⁰

4. De werkgroep 'Suïcidepreventie bij Defensie'

De manier waarop de preventie en sensibilisering met betrekking tot suïcide binnen Defensie tot stand komt, gebeurt door middel van een werkgroep.

Deze manier van aanpak zorgt ervoor dat verschillende actoren die psychosociale steun aanbieden aan de militairen hun inbreng kunnen leveren.

ACOS WB/CCWB/SPS speelt hierin een coördinerende functie en kan de nodige theoretisch knowhow leveren. Andere actoren staan dan weer in de praktijk en kunnen de preventie en sensibilisering van onderuit sturen. Deze samenwerking zorgt voor een balans tussen theorie enerzijds en praktijk anderzijds.

³⁸ Mann, J., e.a. (2005). Suicide Prevention Strategies: a systematic review. *Jama*, 294 (16), 2064-2074.

³⁹ Goldney, R. (1998). Suicide prevention is possible: a review of recent studies. *Archives of Suicides Research*, 4, 329-339.

⁴⁰ Mann, J., e.a. (2005). Suicide Prevention Strategies: a systematic review. *Jama*, 294 (16), 2064-2074.

4.1. Deelnemers

De werkgroep bestaat uit volgende leden die elk een afgevaardigde hebben in de werkgroep:

- ACOS WB/CCWB/SPS als coördinator van de werkgroep.
- Sociale dienst.
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg.
- Dienst voor Religieuze en Morele Bijstand.
- Raadgevers Mentale Operationaliteit.
- Interne Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk.

Deze leden maken tevens deel uit van het psychosociaal platform dat erop gericht is alle psychosociale actoren op te lijnen en hun activiteiten te coördineren.

Tevens komen deze actoren in contact met militairen die door moeilijke momenten gaan, een zware periode achter de rug hebben, ... zij staan als eerste hulpverlener klaar.

4.2. Methode

De werkgroepleden komen om de 2 à 3 maanden samen. De bijeenkomsten worden geleid vanuit ACOS WB/CCWB/SPS. Elk lid van de werkgroep zal een afgevaardigde laten deelnemen aan de vergadering. Deze zal de verworven informatie doorgeven aan zijn/haar dienst.

Samen wordt er nagedacht over volgende werkpunten, vormingen kunnen worden georganiseerd, Dit kan door experts uit te nodigen.

4.3. Doel

De werkgroep heeft zich doelstellingen geformuleerd op korte termijn en op langere termijn. Dit biedt de mogelijkheid tussentijds te evalueren en continuïteit te verzekeren.

Korte termijn: op korte termijn (na 1 jaar) willen wij ervoor zorgen dat alle betrokken actoren voldoende gevormd zijn. Dit om de kennis te actualiseren en de hulpverleners de nodige tools te bezorgen indien zij worden geconfronteerd met een suïcidepoging of een suïcide. De filosofie die zal worden gehanteerd is die van 'teach the teacher'. Leden van de werkgroep volgen vormingen en kunnen de kennis en de inzichten die ze tijdens de vormingen hebben verworven, doorgeven aan collega's of gebruiken tijdens briefings die betrekking hebben op suïcide.

De vormingen kunnen zowel binnen als buiten Defensie plaatsvinden. Het doel blijft steeds experts en ervaringsdeskundigen aan het woord te laten die ons kunnen verrijken om het personeel van Defensie beter te hulp te kunnen staan.

Bijkomend is het noodzakelijk dat de vormingen permanent zijn. Dit om continuïteit te garanderen in geval van mutatie, verloop, nieuwkomers, Bovendien blijft de kennis op die manier actueel en up to date.

Lange termijn: op lange termijn willen wij ons als doel stellen om een nieuwe, actuele preventiecampagne te lanceren. De kennis die werd vergaard via vormingen en literatuurstudie, kunnen dienen om een nieuwe campagne te starten.

Daarnaast moet de campagne worden opgevolgd en geëvalueerd. En indien nodig moeten de nodige aanpassingen worden doorgevoerd. Dit kan door over registratiegegevens te beschikken. De inhoud hiervan moet worden bepaald door de werkgroep.

Tevens moeten richtlijnen ervoor zorgen dat hulpverlening in geval van crisis adequaat verloopt.

4.4. Resultaten

In bijlage kan de flyer (N en F) worden gevonden die eerder door de werkgroep werd ontwikkeld. Deze flyer moet aanzetten tot hulpzoekend gedrag door personen in nood. Dit gebeurt door de verschillende hulpbronnen die kunnen worden geraadpleegd bij Defensie op te lijsten.

Deze werden verspreid onder de verschillende psychosociale actoren.

Zoals ook in studies wordt aangehaald, is het belangrijk om de betrokken actoren te vormen om hen in staat te stellen om risicopersonen te identificeren ⁴¹. Daarom werden er verschillende vormingen georganiseerd waarbij gastsprekers werden uitgenodigd. Medewerkers van 'Tele-onthaal' werden uitgenodigd om hun ervaringen te delen. En een psychiater van het Franse leger kwam spreken over haar ervaringen rond de problematiek van suïcide. Ook de vertrouwenspersonen werden gevormd in suïcidepreventie. Daarnaast volgde de cel studiebegeleiding van Saffraanberg een vorming suïcidepreventie die zich specifiek richtte op jongeren.

Een belangrijke doelgroep in het vormen van de zogenaamde 'gatekeepers', is het medisch personeel. Daarom voorziet CCMed in een zelfmoordpreventie als deel van de statutaire vorming van het medische personeel.

⁴¹ Mann, J., e.a. (2005). Suicide Prevention Strategies: a systematic review. *Jama*, 294 (16), 2064-2074.

4.5. Actiepunten

Er moet worden nagedacht over een globale database waarbij gegevens worden opgenomen om onderzoek te verrichten. Dit zou ons in staat stellen om gerichtere acties te doen. Daarnaast kan dit ook een evaluatie zijn van de reeds ondernomen acties. Problemen zoals medisch geheim moeten worden overbrugd. Een hulpmiddel zou eventueel de IPEO kunnen zijn die wordt aangepast aan de militaire context.

Een tweede actiepoint moet zich richten op het schrijven van een richtlijn die de hulpverleners kunnen in staat stellen een draaiboek te schrijven in geval van suïcide(poging). Dergelijk draaiboek zal in geval van nood kostbare tijd besparen en pijnlijke fouten kunnen vermijden.

Een derde actiepoint blijft gericht op het vormen van de psychosociale actoren die in het psychosociale veld werken. Hun kennis moet actueel blijven om risicopersonen te herkennen en gepaste bijstand te kunnen leveren.

5. Algemeen besluit

Ons land scoort niet goed voor wat betreft het aantal suïcides in vergelijking met de andere EU-landen. Heel wat mensen krijgen, van veraf of heel dichtbij te maken met suïcidepoging of een geslaagde suïcide.

Suïcide is een complex fenomeen. Diverse theoretische modellen trachten suïcide te begrijpen, te verklaren en te voorkomen. Hiervoor onderscheiden we enerzijds risicofactoren die voor een verhoogde kwetsbaarheid zorgen. De meest consistente risicofactor is de aanwezigheid van een mentale stoornis. Dit is belangrijk voor screening en preventie. Een tweede belangrijke risicofactor zijn stressvolle gebeurtenissen die vaak een suïcide voorafgaan.

Anderzijds zijn er de beschermende factoren die ervoor zorgen dat het belang van de risicofactoren wordt beperkt. Het betreft sociale steun, psychologisch beschermende factoren en geestelijke gezondheidszorg. Het zijn deze beschermende factoren die moeten worden benadrukt in de preventie van suïcide.

Suïcide komt niet plotseling. Vooraleer iemand over gaat tot suïcide, zal er een heel proces voorafgaan. Dit gaat van niet-waarneembaar gedrag (gedachten, impulsen, plannen) tot observeerbaar gedrag (pogingen, praten over suïcidedgedachten en – gevoelens). Belangrijk is dat dit proces te doorbreken valt door voornamelijk de beschermende factoren te versterken. De tijdspanne van dit proces verloopt sneller bij mannen dan bij vrouwen.

Ook Defensie blijft niet gespaard van suïcide(pogingen) met ongeveer 10 suïcides per jaar. Uit de nationale statistieken blijkt dat mannen én personen in de leeftijdscategorie tussen 35 en 45 jaar een verhoogde prevalentie in suïcide vertonen. Dit betekent voor Defensie dat wij te maken hebben met een risicogroep voor wat betreft suïcide. Daarom zet Defensie in op verschillende preventiestrategieën en hulpverleningsbronnen teneinde het aantal suïcides zo beperkt mogelijk te houden. Dit gebeurt onder coördinatie van ACOS WB/CCWB/SPS. Via een werkgroep waarin de verschillende psychosociale actoren van Defensie zijn vertegenwoordigd, worden informatie- en sensibiliseringscampagnes ontwikkeld.

De verschillende hulpverleners binnen Defensie kunnen worden opgedeeld in 3 groepen. Een eerste groep zal enkel detecteren en vaststellen, en doorverwijzen naar meer gespecialiseerde instanties zoals een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (vroegdetectie). Verdere begeleiding wordt niet meer aangeboden.

Een tweede groep is de eerstelijns hulp onder de vorm van de Dienst voor Religieuze en Morele Bijstand (DRMB), Sociale Dienst (SSD), Raadgevers Mentale Operationaliteit (RMO) en het Centrum voor Crisispsychologie (CCP).

Een derde groep is de tweedelijns hulp die wordt aangeboden in het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg door middel van psychotherapeutische begeleiding. Zij kunnen ook doorverwijzen naar de burgerij indien een hospitalisatie zich opdringt.

De werkgroep heeft een actieplan opgesteld met zowel korte als lange termijndoelen. Hiervan werden er reeds verschillende bereikt onder de vorm van een preventiecampagne en aangeboden vormingen.

6. Bijlage

6.1. IPEO: Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers

6.2. Flyer suïcidepreventie