

Amandus



Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus is gespecialiseerd in crisiszorg en in de behandeling en ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het centrum heeft hiervoor een gediversifieerd aanbod bestaande uit een psychiatrisch ziekenhuis (volledige, dag- of nachthospitalisatie en een polikliniek), drie psychiatrische verzorgingstehuizen en mobiele teams (crisisteams, behandelteams en teams voor aanklampende zorg). Dagelijks engageren zich ongeveer 800 medewerkers om op een kwaliteitsvolle, veilige en geïnspireerde manier samen op weg te gaan met elke patiënt, bewoner en zijn of haar netwerk.

MEER INFO OP WWW.AMANDUS.BE



OVER DE COVER

Het thema 'suïcidaliteit' in één coverbeeld proberen gieten, is een evenwichtsoefening. Internationaal onderzoek wees uit dat het in beeld brengen van zelfmoordmethodes aanzet tot kopieergedrag. De richtlijnen voor berichtgeving in de media zijn daar een betekenisvol gevolg van. Met dit in het achterhoofd wilden we op onze cover toch weergeven hoe zwart en donker gedachten kunnen zijn. Hoe hopeeloos, eenzaam en ten einde raad iemand zich kan voelen. Samen met illustrator Flore Deman gingen we op zoek naar een beeld dat toont hoe rotslecht iemand zich kan voelen. Tegelijk wilden we ook een sprankeltje hoop weergeven en de steun die hulpverlening op dat moment kan bieden. Niet met een eenvoudige knuffel. Want radeloosheid wis je niet uit met één simpel gebaar. Het werden handen die voor ondersteuning zorgen. Die hulp aanreiken. Die helpen dragen. Niet eenzijdig, maar vanuit verschillende hoeken. Het is de steun van professionele hulpverleners zoals therapeuten, (huis)artsen, verpleegkundigen. Maar vooral ook van familie, vrienden of van mensen die de connectie blijven houden en niet loslaten. Mensen die begrip tonen en de kracht en het geloof bieden dat er ergens nog een uitweg is.

In deze Amandus

04

INTERVIEW

In gesprek met prof. dr. Gwendolyn Portzky over suïcide, de cijfers, de uitdagingen en de hoop.

09

COLUMN

Brief aan mijn jongere zelf (Lore Vonck)

11

VERHALEN

uit de thuisomgeving
getuigenis van Nele

13

FOCUS

Suïcidale Crisis Interventie (SCI)

16

UITGELICHT

Relationele fundamenten van verpleegkundige zorg voor patiënten met suïcidale ideaties: een onderzoek (Joeri Vandewalle)

19

EINDGEDACHTE

De kwaliteit en kracht van 'erbij blijven'



Edito

Beste lezer

We zijn trots om je de tweede editie van ons magazine 'Amandus' te brengen. Opnieuw met een relevant thema: Suïcidepreventie. Ondanks een daling zijn er nog steeds hoge suïdecijfers in Vlaanderen en België als geheel. De Vlaamse overheid wil daar sterk op inzetten, wil een daling van die cijfers realiseren. Daarvoor heeft ze tien jaar geleden het VLESP opgericht, het Vlaams Expertisecentrum Suïcide Preventie. Ze verwacht ook sterke inzet van de verschillende instanties die actief zijn in de geestelijke gezondheidszorg, dus ook van PC Sint-Amandus.

Het VLESP startte vorig jaar de campagne 'Kom uit je kop' specifiek voor mannen die opboksen tegen moeilijke periodes, een belangrijke risicogroep. Het suïdecijfer bij deze risicogroep is effectief gedaald. In het interview met prof. dr. Portzky, directeur van het VLESP en coördinator van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) van UGent, lees je er meer over. Er komt ook een groot risico naar voren bij jonge meisjes, een risico dat in tegenstelling tot de risicogroep mannen de laatste jaren niet gedaald is. Prof. dr. Portzky benadrukt het belang van mentale gezondheid, veerkracht en constructieve copingmechanismen.

In PC Sint-Amandus nemen we heel wat initiatieven rond suïcidepreventie en veilige zorg. Dit zie je ook terug in dit magazine. Joeri Vandewalle, stafmedewerker zorg, deed een doctoraatsonderzoek: relationele fundamenten van verpleegkundige zorg voor patiënten met suïcidale ideaties.

Je kan lezen dat we in onze zorgafdelingen 'veiligheidsrondes' organiseren, specifiek gericht op suïcidepreventie onder leiding van Hans Pauwels, stafmedewerker zorg, en een afvaardiging van de afdeling én van het facilitair departement. We zetten in op vorming en verrijking van de specifieke expertise bij medewerkers. Ook de samenwerking met andere hulpverleners in NOWE, het GGZ-netwerk Noord-West-Vlaanderen, speelt een cruciale rol.

We laten ook betrokkenen zelf aan het woord via de getuigenis van Inge Maes, ervaringsmedewerker. Nele getuigt dan weer als moeder over het belang van de connectie en samenwerking met naasten. Een thema dat Peter Doll, diensthoofd zinzorg en pastoraal ook aanstipt in de 'eindgedachte'.

Via dit magazine willen we begrip, kennis en expertise rond dit thema vergroten en een boodschap van hoop uitdragen.

Veel leesgenot!

dr. Geert Bosma
hoofddarts PC Sint-Amandus

Denk je aan zelfmoord en heb je nood aan een gesprek, dan kan je terecht bij de Zelfmoordlijn op het nummer 1813 of via www.zelfmoord1813.be



COLOFON

Amandus is het magazine van Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus.

Hoofdredactie en coördinatie: Sofie Gellynck - Met dank aan: dr. Geert Bosma, Nele, Charlotte De Ly, Peter Doll, Gwendolyn Dreser, Lieven Lust, Inge Maes, Hans Pauwels, Patrick Penders, prof. dr. Gwendolyn Portzky, Kaat Teerlinck, Els Van de Velde, Debora Van Eenaeme, Bert Van Gent, Joeri Vandewalle, Karel Vanthuyne, Lore Vonck. Fotografie: Sander Buyck, Sofie Gellynck, Koen Vanquaethem - Illustratie cover: Flore Deman - Vormgeving: wearekixx.be

Bezorg ons uw feedback en ideeën op info@amandus.broedersvanliefde.be
PC Sint-Amandus maakt deel uit van vzw Organisatie Broeders van Liefde.



Is je (e-mail)adres gewijzigd of wens je voortaan enkel een digitale versie van dit magazine te ontvangen? Laat dit weten via info@amandus.broedersvanliefde.be.

Uitdagingen en obstakels in suïcidepreventie: welke lessen kunnen we leren na 20 jaar suïcidepreventie in Vlaanderen?


“Patiënten weer gelukkig zien nadat ze stap voor stap uit het dal zijn gekropen, dat is één van de mooiste dingen die er zijn. Ervaren hoe sterk mensen kunnen zijn. Zien hoe die hopeloosheid omkeerbaar is via de juiste zorg en het heropbouwen van verbinding met anderen en het leven.” Prof. dr. Gwendolyn Portzky is een vat vol wetenschappelijke kennis als het over suïcide gaat. Zowel op vlak van onderzoek, preventie als vanuit haar eigen ervaring in de praktijk. Bevlogen vertelt ze waar we in Vlaanderen momenteel staan rond dit fragiele thema en wat de uitdagingen blijven. Er liggen heel wat taken in de zorgverlening, maar ook voor elk van ons, als mens.

TEKST SOFIE GELLYNCK FOTO SANDER BUYCK

De zelfmoordcijfers in Vlaanderen doen dalen is een belangrijke taak voor het VLESP. Slagen jullie in dat opzet?

Het is hoopvol om te zien dat we de suïcidecijfers in Vlaanderen de voorbije 20 jaar hebben doen dalen. Als we de cijfers van 2021 vergelijken met die van 2000, toen er nog geen preventie was in Vlaanderen, dan zien we een daling van 34%. We gaan van 3 suïcides per dag (in 2000) naar 2,5 (in 2021). En van 30 pogingen per

dag (in 2000) naar 23 (in 2021). Voor ons is dat de bevestiging dat preventie werkt. Een causaal verband aantonen is onmogelijk, maar we zien dat er verandering is gekomen in het bespreekbaar maken van psychische problemen en zelfs zelfmoordgedachten. We krijgen de media ook meer en meer mee. Maar als we het internationaal bekijken is het niet rooskleurig en zitten we, samen met Hongarije en Finland, nog steeds bij de koplopers in Europa.



Prof. dr. Gwendolyn Portzky is directeur van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Daarnaast is ze directeur van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) van Universiteit Gent. Ze is klinisch psychologe en cognitieve gedragstherapeut. Voor haar klinisch werk is ze verbonden aan de Dienst Psychiatrie van UZ Gent. Dr. Gwendolyn Portzky is daarnaast hoofddocent medische psychologie aan de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen van Universiteit Gent.

— “De groep waar we ons momenteel het meest zorgen over maken zijn de jonge meisjes. Hun cijfers zijn in de loop van die 21 jaar niet gedaald.”

Dat zijn concrete cijfers die we kennen, maar daarnaast is er ook het stille, diepe lijden van mensen met zelfmoordgedachten, het gevoel van uitzichtloosheid, radeloosheid... Daarvoor moeten we ons baseren op de zelfrapportagevragenlijsten van het gezondheidsonderzoek van Sciensano. Zo weten we dat ongeveer 13% van de Vlamingen ooit al ernstig over zelfmoord heeft nagedacht. Bij jongeren heeft al 26% ooit al aan zelfmoord gedacht.

De grootste risicogroep voor zelfdoding bestaat wereldwijd en al jaren nog steeds uit mannen. 70 tot 75% van suïdecijfers gaat om mannen en dan vooral mannen van 75+. Bij pogingen ligt het percentage iets hoger bij vrouwen. Ongeveer 60% van de pogingen is door vrouwen ondernomen.

De groep waar we ons momenteel het meest zorgen over maken zijn de jonge meisjes. Hun cijfers zijn in de loop van die 21 jaar niet gedaald. Daarover bestaat de hypothese dat zij het meest hebben afgezien van de gevolgen van de coronaperiode, door de sociale isolatie. Hun enige alternatief waren de sociale media, maar daar zijn risico's aan verbonden. We zien het aantal eetstoornissen toenemen. Wat hadden we tijdens corona nog qua mogelijkheden: bewegen of bezig zijn met eten. Als je dan al wat kwetsbaarder bent en perfectionistisch en de algoritmes sturen je constant naar beelden van mensen die tonen hoeveel ze sporten en hoe gezond ze eten, dan groeit die onzekerheid rond je lichaamsbeeld.

Kennen we de oorzaak van de hoge cijfers bij ons, in vergelijking met andere landen?

We hebben een wetenschappelijk antwoord gevonden door de vergelijking te maken tussen Vlaanderen en Nederland. In Nederland liggen de cijfers historisch gezien altijd al veel lager dan bij ons. De KU-Leuven heeft kunnen vaststellen dat er een significant verschil was op vlak van stigma en zelfschaamte voor het zoeken naar hulp bij psychische problemen. Zelfs op het moment dat de persoon hulp zoekt, heeft de Vlaming daar nog altijd meer schaamte over dan de Nederlander. Dat horen we trouwens vaak letterlijk van patiënten: 'het is toch erg dat ik het niet alleen kan, dat ik hulp moet zoeken'. In Vlaanderen leeft de attitude 'Je bent pas sterk als je het alleen kan. Hulp zoeken is teken van zwakte'. Dat gevoel leeft in Nederland veel minder. In de prevalentiecijfers van het aantal depressies en angststoornissen zijn er geen grote verschillen, maar wel in de suïdecijfers. Het heeft dus niet te maken met de risicofactoren van psychiatrische problematieken. De wachtlijsten in de GGZ in Nederland zijn ook lang. Het heeft dus met andere zaken te maken zoals gevoelens van stigma en schaamte.

Zelfs binnen ons kleine Vlaanderen zien we regionale verschillen in de suïdecijfers. Oost- en West-Vlaanderen scoren duidelijk hoger dan Antwerpen en Limburg. Uit onderzoek blijkt dat het stigma rond hulp zoeken beduidend lager ligt in Antwerpen dan in Oost- en West-Vlaanderen. Het past binnen het stereotype van de hardwerkende West-Vlaming, de *binnenfretter* die doorploetert zonder klagen. In Limburg is de beschermende factor van de sociale cohesie, 'het Limburggevoel', veel sterker aanwezig. Het zijn de clichés, maar er zijn

wetenschappelijke studies die dat aantonen. Je kan een volksaard niet zomaar veranderen.

Hoe kan die schaamte om hulp te vragen weggewerkt worden?

Zo vroeg mogelijk rond mentale gezondheid werken, is wat er binnen de wetenschappelijke literatuur naar voren wordt geschoven als oplossing. In het leren benoemen van gevoelens, zoals kwaadheid of angst, kan het onderwijs een rol spelen.

Daarnaast is het ook belangrijk om rond copingvaardigheden te werken. Dat blijkt uit een eigen studie waarin we het verschil onderzochten tussen Vlaamse en Nederlandse jongeren.

Bij emotiegerichte coping zoek je afleiding door te wandelen, te sporten, met goede vrienden te praten. Je zoekt een middel om je beter te voelen, maar je zal aan het probleem zelf niets doen. Bij probleemgerichte coping vertrek je vanuit het probleem zelf en probeer je dat op te lossen. Uit de studie bleek dat er op vlak van emotiegerichte coping geen verschil is in Vlaanderen en Nederland. Vooral de Vlaamse jongeren werken minder met probleemgerichte coping. En net daar ligt een belangrijk punt. De hopeloosheid duikt op als we geen oplossing meer zien voor ons probleem. Op het moment dat het idee rijst dat niets of niemand nog kan helpen, komen gedachten rond zelfdoding op de voorgrond.

Welke mogelijke triggers spelen een rol in onze maatschappij?

De oorzaken die leiden tot zelfmoord, liggen in een complexe combinatie van factoren.



WAT IS HET VLESP?

Het Vlaams expertisecentrum voor suïcidepreventie (VLESP) is een samenwerkingsverband tussen de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) van de universiteit Gent en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ). Het VLESP bestaat 10 jaar en werd in Vlaanderen erkend als partnerorganisatie voor de preventie van zelfdoding. Ze staat in voor de coördinatie, afstemming, continuïteit, wetenschappelijke onderbouw én evaluatie van het beleid rond suïcidepreventie in Vlaanderen. Het VLESP beheert en coördineert ook het platform Zelfmoord1813. Het VLESP is een belangrijke partner voor PC Sint-Amandus in het uitbouwen van het suïcidepreventiebeleid.

Eenzijds spelen neurobiologische en psychologische factoren mee die een impact hebben op onze kwetsbaarheid. Anderzijds spelen sociale stressfactoren een rol. Daarnaast komt suïcide weinig voor zonder psychiatrische aandoening.

Wel zien we maatschappelijke verschuivingen die tot triggers kunnen leiden. Dat zijn de druppels die de emmer doen overlopen. Gepest worden stopte vroeger bij het verlaten van de schoolpoort of je werk. Nu blijft dat door sociale media non-stop duren. Je voelt je nooit meer veilig: je wordt constant bestookt met berichtjes of leeft met de angst om ergens gefilmd te worden.

Daarom is het binnen de hulpverlening belangrijk om het gebruik van sociale media te bevragen zowel bij jongeren als bij volwassenen. Hoe vaak zit je op sociale media? Wat doe je dan? Wat kan helpen en wat niet? Deze antwoorden kunnen een rol spelen binnen de risico-inschatting in het safety plan. Dat is een stappenplan waarbij we vanuit de hulpverlening zo vroeg mogelijk willen proberen tussenkomen bij een suïcidale crisis. De eerste stap bestaat uit samen uitzoeken hoe je bij jezelf merkt dat je begint af te glijden. Wat doe je dan meer of minder? Merk je dat je dan meer op sociale media zit, meer triestige muziek beluistert...? Ben je geneigd om meer post te zoeken van mensen die negatief spreken over mentale gezondheid?

De volgende stap in het safety plan is de vraag wat je kan doen om zo vroeg mogelijk afleiding te vinden voor jezelf, of om je negatieve gedachten wat om te buigen. Er kan afgesproken worden om dan net niet naar

die triestige muziek te luisteren. Opper het voorstel om een afspeellijst met neutrale muziek aan te maken. Of geef aan om op sociale media bewust op zoek te gaan naar andere inhoud. Wetende dat veel mensen uren op sociale media spenderen, is het als hulpverlener belangrijk om naar dat gedrag te polsen.

Wat zijn de nieuwste inzichten en behandelmethodes rond suïcide?

Het betrekken van naasten bij een suïcidale crisis is iets wat we steeds vaker willen benadrukken. Momenteel loopt er een studie naar de Suïcidale Crisis Interventie (SCI), een kortdurende interventie voor personen in opvang na een suïcidale crisis. Daarbij gaat het om slechts 4 therapie sessies waarbij we vanaf het begin een naaste betrekken. Dit is niet evident gezien het beroepsgeheim.

De voornaamste accenten die we de laatste jaren hebben gelegd, ook binnen de hulpverlening, is de bespreekbaarheid van zelfmoordgedachten. Er mag geen angst zijn om heel concreet die zelfmoordgedachten te bevragen, want het is ons belangrijkste handvat om die risico-inschatting te maken. Suïcidaliteit kan van dag tot dag veranderen. We mogen ons nooit blindstaren op één momentopname. Daarom is het safety plan een tool die we erg aanbevelen. Steeds meer studies tonen dat belang ook aan. Het plan biedt de hulpverlener concrete handvaten. Ook al willen we het niet zien als mirakelmiddel, want bij sommige patiënten kan het ook weerstand opwekken.

Aan het afronden van een zorgtraject rond suïcidaliteit zijn altijd risico's verbonden. Wat moet daarbij zeker aandacht krijgen?



— “Plan concrete afspraken in en vermijd zo dat mensen op wachtlijsten terechtkomen of bij een volgende crisis te laat geholpen worden.”

Zorgcontinuïteit zien we als een basisprincipe. In een residentiële setting is de voorbereiding op een transfer of ontslag ontzettend belangrijk. Een patiënt kan je nooit laten vertrekken zonder verdere verzorging! En daarbij gaat het niet alleen om het meegeven van een lijst met noodnummers of adressen. Plan concrete afspraken in en vermijd zo dat mensen op wachtlijsten terechtkomen of bij een volgende crisis te laat geholpen worden. Maak afspraken rond medicatiebeheer. Breng de huisarts op de hoogte. Betrek de omgeving en doe dit steeds in samenspraak met de patiënt.

Het taboe rond suïcidaliteit blijft groot. Waarom blijft het moeilijk om dit te doorbreken?

Suïcidaliteit geeft mensen angst. De illusie leeft dat dit onderwerp exclusief voor experts is. Toch kan iedereen op zijn manier een steentje bijdragen door waakzaam te zijn en alert te blijven voor de mensen in je omgeving. Als je ziet dat een familielid, een vriend of vriendin minder reageert op berichtjes, minder zin heeft om af te spreken en stil is, laat dan je buikgevoel spreken. Pols of alles wel goed is. Durf het gesprek aan te gaan en zet door wanneer je eerst te horen krijgt dat alles wel 'ok' is.

Als iemand aangeeft dat het niet goed gaat, creëer dan ruimte om er open over te praten. Durf vragen te stellen of transparant te zijn: “Ik zie dat het niet goed gaat. Met wat heeft het te maken? Sinds wanneer heb je het gevoel dat het niet gaat? Heb je al aan zelfmoord gedacht?” Durf die vraag te stellen en laat ze praten. Soms voel je, ook als hulpverlener, de drang om snel een oplossing te zoeken. Je wil instant

vermijden dat het tot een zelfmoord komt. Maar dat idee moet je dan proberen loslaten.

Wat we vooral niet moeten doen, is direct met oplossingen komen. Uitspraken als: ga er eens even tussenuit. Maak een reisje en zoek afleiding. Praat nog eens met je baas, het zal misschien wel goedkomen. Zo'n uitspraken kunnen het gevoel geven dat je de ernst niet begrijpt en net dan verlies je aansluiting bij de persoon. Stel wel deze vragen: “Heb je er al aan gedacht om professionele hulp te zoeken? Keek je al eens om naar je huisarts te gaan?” Dat is iets wat iedereen kan en wat écht kan helpen, ook al is het een moeilijke boodschap.

Ruim 20 jaar werken rond deze zwaarwichtige thematiek is wellicht niet te onderschatten. Hoe hou jij je engagement levendig?

Ik durf met trots zeggen dat datgene wat we met het VLESP realiseren baanbrekend is. We werken altijd evidence based, wat wil zeggen dat we niks loslaten op de bevolking zonder het eerst te hebben onderzocht of het werkt en of het veilig is. We zijn daarin ook heel innovatief. De ontwikkeling van de serious game Silver (zie kaderstukje) is daar een voorbeeld van. Op congressen zien we onze buitenlandse collega's steeds met verstomming geslagen over dat werk. Dat geeft uiteraard energie en een stimulans om het ingeslagen pad verder te bewandelen.

Daarnaast heb ik ook mijn werk met patiënten als klinisch psychologe in UZ Gent. Dat vraagt energie, maar je kan als hulpverlener

vaak een cruciale rol spelen. Zeker voor patiënten die al langer in een suïcidaal proces zitten. In het begin betrekken ze de omgeving. Maar als er een crisisperiode aankomt, koppelen ze zich soms volledig los van alles en iedereen. Als hulpverlener kan je dan de cruciale rol spelen door die noodzakelijke connectie te behouden.

Ik vind het bewonderenswaardig en ongehooflijk hoe sterk patiënten kunnen zijn. Ik zie vaak dat ze er ondanks heel veel pijn en tegenslag toch in slagen om er weer bovenop te komen. Mensen bij wie je zelfs als hulpverlener op bepaalde momenten misschien even geen uitweg meer ziet, waarvan je merkt dat die door de juiste hulp weer zin krijgen in het leven. De hopeloosheid is écht omkeerbaar. Dat is zo mooi om te zien en geeft me zoveel terug.



SERIOUS GAME SILVER

Silver is een serious game die de geestelijke gezondheid van jongeren tussen 12 en 16 jaar wil versterken. De game werd ontwikkeld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), in samenwerking met CREATE.eu. Jongeren krijgen meer inzicht in hun gedachten, emoties en gedrag. De app bouwt aan het herkennen en aanpakken van denkgewoontes en reguleren van emoties. Indirect worden probleemoplossend denken en de sociale vaardigheden getraind. De inhoud is gebaseerd op cognitieve gedragspsychologie.

Brief aan mijn jongere zelf

Liefste Lore

Jij bent nu 18 jaar en zit ondergedompeld middenin een gitzwarte periode waar je geen uitweg meer kan vinden. Ik ben nu 31 jaar en schrijf je deze brief waarin ik je zoveel te vertellen heb.

Ik heb begrip voor je wanhoop. Alles lijkt zwart en onoplosbaar. Ik begrijp hoe moeilijk het leven voor je is. Ik weet hoe tergend traag de tijd voor jou voorbij tikt en elke seconde loodzwaar voelt. Zelfs de nacht gunt je geen rust.

Ik weet ook dat je het nu niet ziet. Je ziet geen oplossing meer, geen hoop. De wolken zitten opeengestapeld voor de zon.

13 jaar later en met alles wat ik intussen weet, na alles wat ik heb doorworsteld, met vallen en opstaan, stapje per stapje, kan ik je zeggen: ik weet dat het wél kan! Het kan wel om weer gelukkig te zijn en zin te hebben in het leven. Het is waar wat de mensen zeggen. Het klopt dat je de hoop nooit mag opgeven.

Het is niet omdat je het nu niet ziet dat er geen andere paden meer zijn. En het is niet omdat je het nu niet gelooft dat er geen andere mensen zijn die je kunnen helpen om dat nieuwe pad te vinden.

Doe dit niet alleen, maar zoek professionele hulp. En blijf die zoeken tot je bij iemand komt met wie het klikt. Misschien is dat niet de eerste hulpverlener of zelfs niet de tweede, of derde bij wie je terecht komt. Zet door. Praat met mensen die jou kunnen helpen en bij wie je veilig voelt. Luister naar de mensen die je willen helpen. Wees dankbaar voor

hun hulp en hun geduld. Duw ze niet weg.

“Whatever?!”, denk je nu. “Met jouw raad ben ik niks”.

Neen Lore, je denkt dat je het ziet. Maar geloof me, er is écht nog hoop. Vandaag werd je wakker en je bent uit je bed gestapt. Dat is al goed. Een eerste stap. Je geeft niet op. Wees geduldig met jezelf. Wees trots op elke kleine stap, want elke kleine stap telt. En elke kleine stap nu, is een grote stap naar de toekomst, naar geluk, naar herstel.

Je voelt je radeloos, waardeloos. Dat is jouw gevoel, niet wie jij bent als persoon. Aan iemand met een gebroken been vraagt men niet om een marathon te lopen. Voor iemand met een gebroken gedachtengoed geldt hetzelfde.

Het is zo moeilijk om door te zetten wanneer alle doorzettingsvermogen zoek is. Het is zo zwaar om te kiezen voor zelfzorg op het moment dat je jezelf niet graag ziet. Maar het zal je lukken. Het is niet hopeloos.

Alles maakt je nu bang en contact maken is moeilijk. Maar probeer het even, in kleine of grote stapjes, en je zal zien hoeveel moois daaruit zal leiden. Je hebt zeker nog dingen die je leuk zou vinden om te doen. Schrijf je ze eens op?

Mocht ik je kunnen meenemen naar vandaag en je tonen waar je nu staat, dan zou je een heel andere Lore zien. Eén die de pijn die je nu meemaakt heeft omgezet naar een betekenisvolle kracht.



Lore Vonck (31) bewandelde in haar jeugd geen eenvoudig parcours. Ze kampte hierdoor met angststoornissen, depressie en ondernam een zelfmoordpoging. De weg naar herstel was zwaar maar succesvol en gaf Lore een duidelijk doel: ik wil niet dat iemand zich ooit nog zo moet voelen. Lore is inmiddels zelf rouwtherapeut in haar eigen praktijk en coördinator van de werkgroep Verder na Zelfdoding. Dat is het expertisecentrum inzake rouwen na zelfdoding en zorg voor nabestaanden. Als column schrijft Lore Vonck deze brief aan haar 18-jarige zelf.

Ik ben trots op je, Lore! Je leeft nog en je hebt zoveel geleerd, zoveel gedaan en zoveel verwezenlijkt. Je bent oprecht gelukkig.

Ik heb begrip voor de tunnel waar je in zit, maar nu is die weg. Ik voel die niet meer. En daar ben ik blij om. Weet dat je straks weer kan zeggen dat je blij bent.

Het kan écht, Lore. Ik weet het en daar ben ik blij om. Geloof me maar. Ik heb het zelf meegemaakt.

Liefs,

Lore

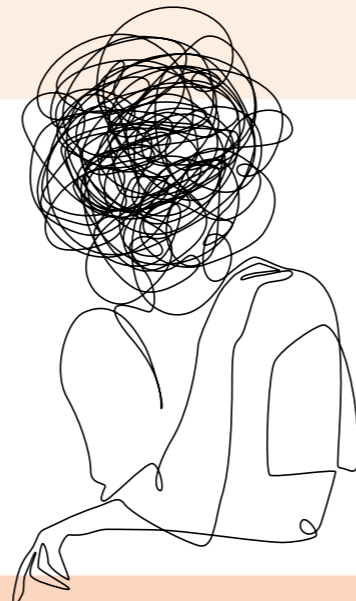
ZORG BIJ GEDACHTEN AAN ZELFDODING: HET PERSPECTIEF VAN ZORGVRAGER EN ERVARINGSMEDEWERKER Getuigenis van Inge

Inge Maes werkt als ervaringsmedewerker bij Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge en als vrijwillig gastdocent suïcide bij hogeschool VIVES. Vanuit haar persoonlijke ervaring met suïcidedachten en vanuit ontmoetingen met mensen die suïcidale gedachten ervaren, deelt ze haar inzichten.

“Een aantal jaren geleden zat ik heel diep en worstelde ik met suïcidale gedachten. Ik wou niet per se dood zijn. Ik wenste een ander leven en verlangde naar rust. Mijn onvervulde kinderwens speelde hierin een belangrijke rol. Ik dacht: ‘als ik geen kinderen kan hebben, wat voor zin heeft mijn leven nog?’ Ik voelde me hopeloos omdat ik geen uitweg zag. Fysiek had ik vaak last van overbelaste spieren waardoor ik bepaalde activiteiten niet kon. Ik deed mijn bureaujob niet meer graag en in mijn relatie zat ik ook vast.

Na enkele opnames kon ik mezelf weer op de rails krijgen. Tijdens een van die opnames schraapte ik mijn moed bijeen om een verpleegkundige te vertellen over mijn zelfdodingsgedachten. Ze volgde direct een soort standaardprocedure. Ik kreeg antipsychotica (Etumine), ik moest apart eten en mocht de afdeling niet meer verlaten. Deze aanpak leidde ertoe dat, toen ik nog eens zelfdodingsgedachten had tijdens die opname, ik er niet meer met verpleegkundigen over sprak. Die aanpak voelde voor mij als straf. Een voorbeeld dat ik achteraf als ervaringsmedewerker in het ziekenhuis bespreekbaar kon maken. Sinds mijn laatste opname zorg ik voor mezelf: mediteren, het evenwicht tussen inspanning en ontspanning bewaken (een uitdaging!), aandachtig zijn voor de signalen die mijn lichaam uitstuurt. Werkend met een signaleringsplan ontdekte ik wat me wel/geen deugd doet en hoe ik met moeilijkheden kan omgaan.

Als naaste of zorgverlener is het vaak moeilijk om signalen op te pikken. Soms zegt iemand: ‘ik wil dood’. Maar vaak zijn signalen subtieler: ‘wat heeft het voor zin?’, ‘ik zie het niet meer zitten’, ‘voor mij hoeft het niet meer’. Vaak is het nog moeilijker als de signalen non-verbaal zijn. Ik zag bijvoorbeeld een patiënte, die zich altijd graag mooi kleedt, al enkele dagen in een huispak rondlopen. Een ander huilde veel in zijn vrachtwagen tijdens het werk. Ik ontdekte dat, als je met zelfdodingsgedachten kampt, je heel creatief kan zijn in het verbergen van die gedachten en/of plannen. Mijn ‘alles-gaat-goed-masker’ was sterk, ik sloot me af voor anderen. Als ik overdag in bed bleef terwijl mijn ex-partner uit werken was, was dat signaal voor hem niet zichtbaar. Toen ik een donker schilderij maakte met een afgrond op, ging bij hem wél een alarmbel af. Hij wist immers dat ik van kleur hou. Ik bedoelde dit niet als signaal. Voor hem was het voldoende om een opname te regelen. Iemand anders zou dit schilderij misschien niet als signaal zien.



Als ervaringsmedewerker kom ik regelmatig in contact met mensen die suïcidaliteit ervaren. Laagdrempelig zijn, vind ik heel belangrijk. Dat doe ik door oordeelvrij te luisteren, ervaringen te delen en durven in gesprek te gaan over suïcide. Soms zeg ik: je geraakt er wel uit, je weet nog niet wanneer of hoe. Dat is lastig! Je denkt dat je zo slecht zal blijven voelen, dat is niet zo. Door medicatie en therapie veranderen je problemen niet direct, maar je kan er een andere blik op krijgen. Het kan draaglijker worden. Wil je iets zeggen over je plannen? Ben je bang voor jezelf? Wat houdt je tegen? Vertrouwen opbouwen en ondertussen aandachtig blijven voor (on)rechtstreekse signalen vanuit de patiënt. Ik ga ook steeds na of er een signaleringsplan is. En indien dat er is, of er eventueel aanpassingen nodig zijn. Of ik stel voor om samen zo’n plan op te stellen. Ik moedig mensen aan om hun naasten te vragen naar signalen. Vaak zien naasten sneller dat het minder goed of net beter gaat.

VERHALEN UIT DE THUISOMGEVING: HOE VOELT HET OM FAMILIE TE ZIJN VAN EEN PERSOON MET GEDACHTEN AAN ZELFDODING? Getuigenis van Nele

In elk verhaal rond suïcide(gedachten) zijn verschillende medemensen betrokken. Naast de zorgvrager en de zorgverlener is er nog een belangrijke partner: de naaste. Een familielid, partner, vriend... Wat is hun plaats en hun rol? Hoe ervaren ze het samenwonen? Wat helpt hen om het hoofd boven water te houden? Nele (53) deelt openhartig haar ervaring als mama van een dochter met een psychische kwetsbaarheid en suïcidale gedachten.

Vandaag gaat het heel goed met de dochter van Nele. De twintiger woont zelfstandig en gaat werken. Dat was een tijdlang anders. Met vallen en opstaan en een suïcidepoging doorliep ze in een periode van een 5-tal jaar opnames op verschillende psychiatrische afdelingen, spoed, beschut wonen... “Toen het voor het eerst heel slecht ging met mijn dochter was ze net 18 jaar en dus meerderjarig. Daardoor kon ik niet aansluiten op gesprekken met hulpverleners, omdat mijn dochter dat toen weigerde. Ik zag haar voor mijn ogen achteruitgaan, ze verloor alle levenslust en zij weigerde elke hulp. Ik kon en mocht mijn versie van het verhaal niet kwijt. Het voelde alsof ik stond te roepen vanaf de zijlijn, zonder enige respons. Dat gebrek aan communicatie en het gevoel buitengesloten te worden was als moeder heel erg lastig. Het recht op privacy voor patiënten is er, maar wat zijn de grenzen als je als moeder ziet dat het echt niet goed gaat met je kind en ze alle hulp wegduwt.”

Bemoeizucht of bezorgdheid

“Ik heb zo lang het gevoel gehad dat ik een heel lastige moeder was. Op het moment dat mijn dochter dan toch

toelating gaf om mij te betrekken in haar therapie kwamen we tot open communicatie. Dat zorgde ervoor dat ik alles wat mijn dochter doormaakte beter kon begrijpen. Er groeide wederzijds vertrouwen. Dat wat voorafgaand altijd als bemoeizucht werd bestempeld, kon keren naar de erkenning van mijn bezorgdheid. Als je niet betrokken wordt, voel je je als een buitenstaander die het idee krijgt dat er bij een opname in een psychiatrische afdeling niets gebeurt. Dat het maar wat babbelen is en koffie drinken. Maar dat beeld klopt niet. Er gebeurt net heel veel. Alleen krijg je als familie of naaste niet altijd de nodige duiding hierover.”

Signaleringsplan

Op het moment dat haar dochter in beschut wonen terecht kwam, werd er voor het eerst gewerkt met een signaleringsplan. In dat plan geef je als zorgvrager zelf aan wat in welke fase specifiek voor jou helpend kan zijn. “Het signaleringsplan opende voor mij de deur naar betere communicatie met mijn dochter die tot dan stroef verliep en bij momenten zelfs onbestaande was. Eens ze terug thuis woonde, kreeg het plan een duidelijke plek en kon ik erop terugvallen via de concrete vragen: hoe sterk zijn je

gedachten momenteel? Wat schreef je zelf op dat je nu kan helpen? Dat betekende voor mij een grote meerwaarde. Ook al hebben we het plan niet zo vaak nodig gehad, het was een houvast. Op dat moment werd er ook vanuit de hulpverleners geluisterd en gerustgesteld, zonder de privacy van mijn dochter te schenden. Ik durfde zo mijn eigen bezorgdheid overlaten aan anderen en kon weer gewoon moeder zijn in de plaats van hulpverlener. Ook contact met lotgenoten was helpend.”

Zelfzorg en nooit loslaten

Op een gegeven moment werd het voor Nele zelf ook te zwaar en ze vond tijdelijk rust in een psychiatrisch dagziekenhuis. Het leerde haar dat zelfzorg heel belangrijk is als naaste. “Durven tijd en ruimte nemen voor jezelf, even de afstand nemen van de zorg voor de ander is soms noodzakelijk. Zelf ook de stap naar de zorg durven zetten, kan cruciaal zijn. Maar het is ook belangrijk dat de hulpverleners familieleden zien als partner die ook nood heeft aan ondersteuning. Ik ben blij dat ik nooit heb losgelaten. Ondanks alles weet mijn dochter dat ze altijd bij mij terecht kan. Ik ben blijven geloven dat alles met tijd weer goed zou komen.”



ZORGCONTINUÏTEIT BIJ SUÏCIDEPREVENTIE VANUIT NETWERK NOWE

TEKST JOERI VANDEWALLE



Het Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus is een van de partners in het Netwerk Noord-West-Vlaanderen (NOWE). NOWE engageert zich voor ketenzorg suïcidepreventie. Deze netwerkbenadering wordt getrokken door de werkgroep ketenzorg suïcidepreventie. Ketenzorg is een geïntegreerde benadering om suïcides te voorkomen door middel van samenwerking tussen verschillende zorgverleners en organisaties.

Tijdens de netwerkdag suïcidepreventie op 17 maart 2022 werd de doelstelling op vlak van preventie kracht bijgezet. In het bijzonder bood deze dag de kans om partners in het netwerk voor het eerst in levenden lijve te ontmoeten. De meer dan 100 deelnemers lieten zich inspireren door een brede waaier aan plenaire sessies, workshops, en getuigenissen (o.a. ervaringsdeskundigen) steeds met zorgcontinuïteit als uitgangspunt. Enkele nieuwe instrumenten, zoals de netwerkkaart voor NOWE, werden geïntroduceerd. Andere instrumenten waarvan de werkzaamheid is aangetoond, zoals de risicoformulering, noodkaart, het safety plan en het signaleringsplan, kregen hernieuwde aandacht.

Alle deelnemers waren het erover eens: het is belangrijk om in de praktijk samenwerking en afstemming met alle betrokken zorgpartners alsook heldere communicatie te realiseren. Later gaf deze intentieverklaring aanleiding tot de ontwikkeling van een inspanningsverbintenis voor netwerk NOWE. De betrokken netwerkpartners willen zich inspannen om te komen tot een naadloze zorgcontinuïteit bij suïcidepreventie met bijzondere aandacht voor cruciale overgangsmomenten tussen de verschillende zorgpartners. Binnen diezelfde doelstelling nodigde NOWE op 25 oktober 2023 de verschillende zorgpartners uit voor de eerste casustafel suïcidaliteit. Deze netwerkgroep geeft de kans om elkaars werking nog beter te leren kennen, ervaringen uit te wisselen, en samen te reflecteren over hoe de samenwerking versterkt kan worden.

Begin 2023 werden 16 medewerkers van PC Sint-Amandus opgeleid tot aanbieder van de Suïcidale Crisis Interventie (SCI). De SCI is een kortdurende behandelmethodiek die zorgvragers handvatten aanreikt om met toekomstige suïcidale crisissen om te gaan. De methodiek poogt om inzicht te geven in de suïcidale crisis door de suïcidaliteit betekenis te geven binnen de levensgeschiedenis.

Ook de naasten van de zorgvrager worden bij de behandeling betrokken. De SCI bundelt de basisprincipes van suïcidepreventie en wordt aangeboden in 4 sessies. In het artikel op pag. 13 getuigen enkele zorgverleners kort over hun eerste ervaringen met het aanbieden van de SCI en hoe deze interventie de mogelijkheden uitbreidt op vlak van suïcidepreventie, in het bijzonder na een suïcidale crisis of suïcidepoging.



Suïcidale Crisis Interventie (SCI)

Het VLESP ontwikkelde een interventie gericht op acute suïcidaliteit: de Suïcidale Crisis Interventie (SCI). Dat is een kortdurende interventie voor volwassenen na een suïcidale crisis of suïcidepoging die hen handvatten wil aanreiken om met toekomstige suïcidale crisissen om te gaan. Momenteel loopt een studie naar de effectiviteit van deze methodiek. Binnen PC Sint-Amandus werken we mee aan deze studie. De resultaten worden verwacht in het voorjaar van 2025.

Op de CAAI, een afdeling van PC Sint-Amandus voor volwassenen met een acute psychiatrische crisis, wordt deze methodiek momenteel als onderdeel van de studie toegepast. Ergotherapeut Debora Van Eenaeme volgde de opleiding en heeft een eerste SCI-traject lopen met een patiënt.

“Bij SCI gaat het om 4 sessies waarbij je in samenspraak met de betrokkene het tempo en de timing bepaalt. Nieuw is dat er vanaf de eerste sessie een naaste wordt betrokken. Per sessie is er een leidraad met concrete doelstellingen voor de patiënt, behandelaar en naaste. Die leidraad biedt houvast, maar laat ook nog een zekere flexibiliteit in tempo toe. De eerste sessie start met een open gesprek waarbij de hulpverlener en naaste op de achtergrond blijven. De methode om zo connectie te maken ervaar ik als positief. De SCI-opleiding gaf me bovendien meteen energie om ermee aan de slag te gaan. Het kan als hulpverlener een verademing zijn om nieuwe handvaten volgens een duidelijk script aangereikt te krijgen. Het is een houvast waarbij nieuwe deuren opengaan.”

Ook binnen het Mobiel Crisisteam Oostende-Veurne wordt de methodiek toegepast na het volgen van de opleiding. “Het concrete kader zorgt voor structuur en duidelijkheid, zowel bij ons als bij de mensen. We krijgen een beter zicht op de suïcidedachten en het unieke verhaal achter elke cliënt. Waar we vroeger enkel een naaste betrokken op aanvoelen of indicatie, gebeurt dit bij de SCI standaard. Dit zorgt ervoor dat we het uitnodigen van de naaste niet in twijfel trekken, maar gewoon doen bij de interventiegroep van het onderzoek.

Het toepassen van SCI bleek wel een uitdaging. Toen we begonnen met het onderzoek voelde het protocollair gegeven van de SCI te beklemmend aan - we bleven te veel bij de standaardvragen en het voelde aan alsof we geen ruimte kregen voor het ruimere verhaal. Dankzij een intervisie met de medewerkers werd dit verduidelijkt en kregen we handvaten om daar beter mee om te gaan”, klinkt het via teamverantwoordelijke Charlotte De Ly.



Bert Van Gent werkt 7 jaar als verpleegkundige op de afdeling crisisinterventie van PC Sint-Amandus, waar hij ook referentiemedewerker suïcidepreventie is. Bert is ook lid van het ONS-team, dat ondersteuning biedt aan medewerkers die op het werk te maken krijgen met bv. geweld, overlijden en/of suïcide, seksuele intimidatie...

Wat kan je als verpleegkundige op de afdeling crisisinterventie betekenen voor patiënten?

Het is onze taak om bij de patiënt ziekte-inzicht te installeren, een hulpvraag te achterhalen, een geschikte behandelvorm te zoeken, psycho-educatie te geven... Rust, veiligheid, voorspelbaarheid en structuur zijn basisbegrippen. Onze eerste taak bestaat uit een goede eerste opvang bieden. Daarna doen wij een beroep op ons observatievermogen, onze gegevensverzameling en het betrekken van netwerk i.k.v. diagnostische op puntstelling en eventuele medicamenteuze ondersteuning. Als de patiënt gestabiliseerd is, zoeken wij een geschikte behandeling, ambulante hulp of ontslagplanning.

Bert traint collega's in suïcidepreventie

PC Sint-Amandus zet in op suïcidepreventie. Via het principe 'train the trainer' geven eigen medewerkers de opleiding suïcidepreventie aan hun collega's. De vier basisprincipes zijn: contact maken, veiligheid bevorderen, naasten betrekken en zorgcontinuïteit. Bert Van Gent is één van de trainers.

TEKST JOERI VANDEWALLE

Hoe is het om individueel begeleider te zijn van patiënten met suïcidegedachten of suïcidaal gedrag?

Vaak willen mensen niet echt dood. Ze willen dat er iets verandert aan hun leven of situatie. Suïcide zien ze vaak als enige uitweg. Samen zoeken naar welke verandering ze precies willen en hoe ze dit kunnen bekomen, maakt het boeiend en uitdagend. De basis in het begeleiden van suïcidale personen blijft en zal altijd zijn: contact maken. Het durven bespreekbaar stellen van de suïcidegedachten, vragen durven stellen. Presentie en vertrouwen zijn hierbij van belang.

Wat is jouw taak als referentiemedewerker suïcidepreventie?

Ik ben het aanspreekpunt rond dit thema en ik probeer om de aandacht voor suïcidepreventie levendig te houden op de afdeling. Niet alleen door het thema bespreekbaar te houden, maar ook door in eigen handelen en redeneren een voorbeeldfunctie op te nemen. Ik zorg er mee voor dat (nieuwe) medewerkers begeleid worden op vlak van suïcidepreventie. Ook probeer ik regelmatig een heropfrissing te geven van het suïcidepreventiebeleid in PC Sint-Amandus. Eigenlijk probeer ik een vertrouwensbasis te creëren om problemen of vragen rond het thema te bespreken en aan te pakken.

Je geeft ook de opleiding suïcidepreventie aan andere medewerkers in het centrum.

In de opleiding probeer ik extra aandacht te vestigen op het bespreekbaar maken van dit onderwerp en een goede risico-inschatting te maken. Ik geef de theoretische uitleg, maar ik probeer vooral de aandacht te vestigen op het oefenen van vaardigheden door groepsgebesprek te creëren en praktijkvoorbeelden te gebruiken.

Je bent zelf al meerdere malen geconfronteerd geweest met suïcidepogingen en suïcide. Hoe ga jij daarmee om?

Iedere poging of suïcide blijft me bij en kan ik me goed herinneren. Ieder persoon reageert anders op dergelijke situaties. In het begin handel ik in een soort van actie-reactie, automatische piloot. Daarna komt meestal de weerbots waarbij ik nood heb aan me-time, natuurmomenten en bezinning. Als ik alles voor mezelf wat op een rijtje gezet heb, maak ik ruimte om erover te spreken met mensen die me nauw aan het hart liggen en waarbij ik mijn verhaal kwijt kan. Ook in reggaemuziek kan ik mijn emoties en gevoelens kwijt. In het begin van mijn carrière was ik van mening dat ik er alles aan zou doen om iedereen te 'redderen'. Die bubbel is al vrij snel doorprikt door ervaringen. Nu haal ik vooral voldoening uit mijn werk door een simpele glimlach te toveren op iemands gezicht of door een crisis te ontmynen.

Karel Vanthuyne
diensthoofd
technische dienst



Hans Pauwels
stafmedewerker zorg



Suïcideveiligheid op zorgafdelingen

Om patiënten in een omgeving te verzorgen die suïcideveilig is, organiseert Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus periodieke veiligheidsrondes op de afdelingen. Een krachtenbundeling van zorg en facilitaire diensten met telkens een evenwichtige afweging van veiligheid en herstelgerichte zorg.

TEKST SOFIE GELLYNCK

Vaste plafonds in de plaats van tegelplafonds, douchesystemen zonder hendels, radiators met bediening onderaan in plaats van bovenaan, aangepaste deurklinken... Dat is maar een greep uit het aanbod van mogelijkheden om een psychiatrisch ziekenhuis zo veilig mogelijk te maken voor patiënten die denken aan suïcide, suïcideplannen maken of suïcidaal gedrag stellen. "Bij renovaties van afdelingen houden we hier standaard rekening mee, maar in onze bestaande gebouwen organiseren we periodiek veiligheidsrondes en zorgen we op basis van weloverwogen risico-inschattingen voor aanpassingen aan onze infrastructuur", vertelt Hans Pauwels, stafmedewerker zorg in PC Sint-Amandus.

Bij de rondgang zijn zowel stafmedewerkers, diensthoofd technische dienst als de medewerkers van de afdeling zelf aanwezig. "Uiteraard ligt de focus op de infrastructurele zaken. We bekijken waar de mogelijke gevaren zitten en gaan na of aanpassingen nuttig zijn rekening houdend met de langetermijnvisie van het gebouw zelf", vertelt Karel Vanthuyne, diensthoofd van de technische dienst. Deze gerichte aanpassingen zijn belangrijk. Groot-schalig onderzoek toont immers aan dat wanneer

mogelijkheden tot suïcide worden weggenomen, het aantal zelfdodingen ook daadwerkelijk afneemt.

"De bevindingen worden meegenomen naar de werkgroep suïcidepreventie die verder adviseert en overweegt. Want behalve veiligheid speelt de 'healing environment' ook een cruciale rol in ons centrum. Suïcideveiligheid is veel meer grijs dan puur zwart-wit. Er zijn geen absolute regels. Een typisch voorbeeld daarvan zijn de afdelingen waar oudere mensen verblijven. Daar moeten we bij het hangen van een muurbeugel de afweging maken of het risico op vallen groter is dan het risico op suïcide", weet Karel Vanthuyne.

"Los daarvan zijn de veiligheidsrondes ook een moment waar we in dialoog gaan met het team. We bekijken het ruimer kader van afspraken die er zijn rond suïcidaliteit, de opleiding van het team in dat kader, het omgaan met potentieel dodelijke middelen, de concrete afspraken rond opvolging van suïcidaliteit in het zorgdossier. We polsen naar eventuele vragen naar ondersteuning. Het is een moment waarop we dat thema echt grondig gaan benaderen", besluit Hans.

Relationele fundamente van verpleegkundige zorg voor patiënten met suïcidale ideaties: een onderzoek



Joeri Vandewalle
stafmedewerker zorg

Volgens richtlijnen zijn 'een goed contact' en 'een goede werkrelatie' met patiënten basisprincipes in suïcidepreventie en de behandeling van suïcidale ideaties. Die relationele aspecten kunnen het isolement van patiënten doorbreken en ze maken suïcide bespreekbaar, helpen suïciderisico's te detecteren en onderbouwen effectieve psychotherapie (1).

UITGELICHT: ONDERZOEK VAN EIGEN BODEM

In deze rubriek zetten we onderzoek in de kijker dat opgezet werd door medewerkers verbonden aan PC Sint-Amandus. Elke editie belichten we een ander thema.

Psychiatrische ziekenhuizen zijn een risicocontext voor suïcide. In die multidisciplinaire omgeving kunnen verpleegkundigen een belangrijke bijdrage leveren aan suïcidepreventie en de detectie en behandeling van suïcidale ideaties (1). Vanuit de UGent werd onderzoek opgezet om het contact en de relatie tussen verpleegkundigen en patiënten met suïcidale ideaties te verkennen. Interviews werden gehouden met verpleegkundigen en volwassen patiënten. Naast vier kwalitatieve studies werd ook een literatuurstudie en een kwantitatief onderzoek gevoerd.

Resultaten: verpleegkundig perspectief (2-5)

Verpleegkundigen willen dat patiënten open kunnen communiceren over suïcide. Ze zien daarbij veel drempels; patiënten trekken zich terug of zijn niet open of eerlijk.

Verpleegkundigen proberen dan om 'er te zijn', patiënten op te zoeken en hen uit te nodigen om te praten. Open communicatie wordt ook bevorderd wanneer patiënten hen vertrouwen en zij als verpleegkundigen suïcide 'durven' bespreken.

Verpleegkundigen verwijzen naar hun intuïtief aanvoelen van signalen die wijzen op suïcidaliteit, zoals uitspraken en gedragsveranderingen. Dat helpt hen om suïciderisico's te evalueren, vooral als patiënten hun innerlijke beleving maskeren. Hoewel alle verpleegkundigen open communicatie belangrijk vinden, variëren hun onderliggende redenen. Sommigen willen vooral informatie verzamelen over risico's en medische problemen om snel over te gaan tot evaluatie en interventie. Bij anderen is er meer aandacht voor het leren kennen van patiënten als persoon en het verkennen van de betekenis die zij geven aan hun suïcidaliteit.

Verpleegkundigen onderstrepen de nood aan suïcidepreventie. Ze doen daarvoor beroep op protocollen, zoals verhoogd toezicht en vrijheidsbeperkingen. Ook maken verpleegkundigen afspraken met patiënten over veiligheid, onder andere wanneer zij de afdeling verlaten. Terwijl sommigen de patiënt vooral sturen in de richting die volgens hen aangewezen is, vertrekken anderen meer vanuit een dialoog waarin ze patiënten ruimte geven om verantwoordelijkheden op te nemen. Die variatie bij verpleegkundigen wordt deels verklaard door 'het mijnenveld' waarin ze werken. Die metafoor weerspiegelt de emotionele reacties van verpleegkundigen, zoals continue waakzaamheid, angst, en de vrees voor de gevolgen van hun acties, zoals beschuldigd worden of aansprakelijk zijn voor een suïcide. Vaak gaan verpleegkundigen de patiënten dan meer observeren en controleren of nemen ze afstand van hen. Anderen willen vooral nabij blijven en afstemming behouden. Om dat te kunnen, zijn reflectie en zelfbewustzijn cruciaal, maar ook een veilige ruimte in het team om emoties te kunnen ventileren.

— "Zelfs als patiënten zeggen dat ze liever geen vrijheidsbeperking willen, doen we het toch. Dan benadrukken we: Kijk, we willen je beschermen tegen je gedachten aan zelfdoding." (verpleegkundige)

Verpleegkundigen hebben ook oog voor levensperspectief. Volgens hen kunnen patiënten in een tunnelvisie belanden waarin ze geen hoop meer zien. Sommige verpleegkundigen proberen dan vooral de hopeloosheid te 'corrigeren' door patiënten te activeren of te zorgen voor afleiding. Anderen gaan eerder luisteren, interesse tonen (in hobby's), humor gebruiken en de mogelijkheden van patiënten bekrachtigen.

— "Luisteren en zeggen: Je bent ten einde raad, ik zie dat je moe bent van het vechten. Maar ik zie het nog steeds voor jou! Morgen ben ik terug, morgen zien we elkaar weer. Zulke dingen zeggen betekent veel en helpt echt! Gebruik hun voor- naam, zeg goedemorgen, of erken het als iemand lacht, make-up draagt ..." (verpleegkundige)

Opvallend is dat verpleegkundigen weinig inzetten op therapeutische begeleiding. Sommigen zetten in op therapeutische gesprekken of methoden zoals een signaleringsplan om patiënten te helpen voortekenen te herkennen of inzicht te verwerven in hun suïcidaliteit en coping. Veel verpleegkundigen zijn echter meer gericht op risico's vermijden, zoals wanneer ze de inhoud van signaleringsplannen sturen, louter om suïcide te voorkomen.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat suïcidaliteit soms een langdurig en herhaaldelijk karakter heeft en dat dit afgestemde zorg vraagt. Dit is onderwerp van vervolgonderzoek (6). Binnen haar opleiding tot Master in de Verpleegkunde is Ulrike De Donder gestart met een interviewstudie. Samen met haar promotoren, Mieke Gryndonck en Joeri Vandewalle, gaat ze op zoek naar de beleving van verpleegkundigen in de zorg voor personen met een borderline persoonlijkheidsproblematiek en suïcidaliteit. Het onderwerp is geworteld in haar eigen ervaring. Via interviews wil Ulrike niet alleen inzicht krijgen in de beleving van verpleegkundigen maar ook in hun vaardigheden en attitudes.

Resultaten: patiëntenperspectief (7-9)

Patiënten hebben behoefte aan een relationeel engagement. Tijdens een suïcidale crisis waarderen ze de ondersteuning van verpleegkundigen bij hun basisnoden, zoals rust en voeding, waarin ze vaak zelf niet meer kunnen voorzien. Patiënten willen ook een warm menselijk contact. Dat kan bij verpleegkundigen die oprecht nabij zijn, luisteren en de emoties van patiënten erkennen. Zo'n engagement faciliteert vertrouwen en 'corrigerende ervaringen'. Ze worden niet afgewezen, maar ervaren dat er 'toch iemand om hen geeft'. Dat biedt moed om te blijven vechten, en hoop dat herstel mogelijk is. Patiënten verwijzen echter ook naar verpleegkundigen die hen negeren of hen louter instrumenteel benaderen. Ze ervaren dat verpleegkundigen 'roofdieren zijn die informatie komen pikken' of hen behandelen als 'de volgende suïcidepoging'.

— "Het is erg moeilijk voor mij om iemand te vertrouwen... wat zeker niet hielp waren die gesprekken met verpleegkundigen waarin ik het gevoel kreeg dat ik werd aangevallen. Ik begon net mezelf een beetje uit te drukken en ze leken wel roofdieren die aan het wachten waren tot ik iets [informatie over zelfdoding] gaf waarop ze konden springen." (patiënt)

Die onpersoonlijke benadering versterkt wantrouwen en negatieve percepties ('ik ben iedereen tot last'), die de drempel tot contact verhogen en zelfs een suïcidepoging kunnen uitlokken. Vertrouwen en veiligheid zijn voorwaarden om samen met verpleegkundigen te kunnen werken naar positieve verandering. Patiënten hechten veel belang aan een voorspelbare omgeving. Ook vrijheidsbeperkingen hebben hun plaats. Maar wanneer verpleegkundigen die opleggen, voelen patiënten zich vaak onveilig en dat kan isolement en hopeloosheid doen toenemen. Sommigen verbergen dan hun suïcidale ideaties om vrijheidsbeperkingen te voorkomen. Over suïcide praten is voor patiënten nochtans belangrijk. Het is niet gemakkelijk om verpleegkundigen erover in vertrouwen te nemen, zeker wanneer ze zich schamen. Patiënten kunnen bij verpleegkundigen terecht als die een uitnodigende houding aannemen, initiatief nemen om te praten over suïcide en goed overweg kunnen met hun emoties. Praten over suïcide is bij die verpleegkundigen geen taboe en dat bevordert gevoelens van aanvaarding. Dat gevoel ervaren ze niet bij verpleegkundigen die hun gevoelens minimaliseren, hen pushen om te praten en die het onderwerp suïcide vermijden of 'niet lijken aan te kunnen'.

— "Ik durfde niet meer over mijn donkere gedachten te praten. Ik voelde me raar en wilde haar er niet meer mee belasten. Maar met die andere verpleegkundige... Ik was verrast dat hij niet schrok. Ik kan hem vertrouwen om mijn gedachten te delen, omdat ik weet dat hij er met mij doorheen kan werken." (patiënt)



Patiënten hebben vaak de woorden niet om hun suïcidaliteit te uiten. Als verpleegkundigen gevoelig zijn voor hun subtiele signalen, biedt dat voor hen een opstap om hulp te vragen. Die sensitiviteit is ook belangrijk, omdat praten over suïcide naast opluchting ook pijnlijke ervaringen kan terugbrengen. Patiënten waarderen verpleegkundigen die een veilig milieu creëren waarin ze hun suïcidaliteit kunnen verkennen. Dat biedt een opstap om hun suïcidaliteit te verwoorden, erover te reflecteren, en nieuwe inzichten te verwerven. Patiënten benadrukken ook de waarde van hulpbronnen die positieve verandering ondersteunen. Ze verwezen naar verpleegkundigen die signaleringsplannen met hen opmaken of hen helpen bij het vinden van zingeving en afleiding. Toch ervaren patiënten vaak dat verpleegkundigen niet tegemoetkomen aan hun noden. Omdat ze alleen medeleven tonen en hen weinig of niet ondersteunen in hun herstel of omdat ze via 'snelle oplossingen' hun gedachten proberen te veranderen zonder hun lijden te erkennen.

Relevantie voor de praktijk?

Een *sense of urgency* is nodig. Vanuit patiënt- en verpleegkundig perspectief blijkt dat de waarde van de zorgrelatie onvoldoende wordt erkend. Er dreigt zelfs een teloorgang van relationele aspecten wanneer verpleegkundigen hun zorg beperken tot louter instrumentele aspecten. Hier schuilt een belangrijke uitdaging. Interventies – zoals praten over suïcide, risico's beoordelen, en signale-

ringsplannen opmaken – moeten beter worden ingebed in een relationeel engagement (10). Enerzijds zijn er verpleegkundigen die interventies uitvoeren met weinig aandacht voor menselijk contact en samenwerking. De interactie moet vooral iets opleveren vanuit professioneel perspectief, zoals informatie en risicobeheersing, en dat ondermijnt de afstemming met de emoties van patiënten. Anderzijds zijn er verpleegkundigen die gericht zijn op relationele zorg, maar tegelijkertijd patiënten zelden bevragen over suïcide of slechts 'af en toe' signaleringsplannen opmaken. Hoewel hun investeringen in de zorgrelatie van levensbelang zijn, is het de vraag of die verpleegkundigen voldoende systematisch bijdragen aan preventie en behandeling (1). Aandacht is nodig voor het gebrek aan een therapeutisch perspectief. Volgens de interpersoonlijke theorie van Peplau hebben verpleegkundigen een therapeutische rol en de interactie met patiënten is daarvoor het belangrijkste instrument (11). Verpleegkundigen lijken echter meer gericht op preventieve acties dan op herstelgerichte interacties. De resultaten tonen ook aan dat verpleegkundigen weinig participatieve methoden gebruiken, zoals signaleringsplannen, waarmee ze bij patiënten inzichten en copingvaardigheden kunnen mobiliseren (12). Het gebrek aan therapeutisch perspectief bleek ook in de studies met patiënten (7-8). Het contact met verpleegkundigen versterkt soms hun overtuiging dat ze alleen in de wereld staan en een last zijn voor anderen. Volgens de

Interpersoonlijke Theorie van Suïcide liggen die overtuigingen aan de basis van suïcidale ideaties (13). Patiënten willen niet benaderd worden als 'risico-objecten'. Ze hebben eerder behoefte aan een relationeel engagement waarin ze zich veilig voelen, de verpleegkundige vertrouwen en kunnen toewerken naar positieve verandering. Verpleegkundigen zelf moeten de meerwaarde van een relationeel engagement meer erkennen. Op teamniveau moet er ruimte zijn voor inter- en supervisie, waarbij verpleegkundigen hun emoties kunnen delen en kunnen reflecteren over zichzelf en complexe zorgsituaties. De focus moet liggen op leren in plaats van beschuldigen. Dat ondersteunt hun dagelijkse handelen en professionele ontwikkeling. Verder is er op psychiatrische afdelingen naast de focus op medische aspecten, een cultuur nodig die relationele zorg erkent als fundamenteel. Hierbij is kritische reflectie nodig over praktijken die het veiligheidsgevoel en de therapeutische vooruitgang van patiënten kunnen ondermijnen. Tijdens het onderzoek bleef het familieperspectief onderbelicht, ondanks dat familieparticipatie een basisprincipe is van suïcidepreventie (1). Daarom werd een studie opgezet naar de verwachtingen van familieleden op het moment dat hun naaste is opgenomen op een psychiatrische afdeling. Zorgverleners kunnen aan deze studie inspiratie ontfangen om zich duurzaam te verbinden met familieleden en met hen een open dialoog aan te gaan (14).

LITERATUUR

- Aerts S, Dumon E, Van Heeringen K, et al. Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag: multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Brussel: Politeia; 2017.
- Vandewalle J, Beeckman D, Van Hecke A, et al. Contact and communication with patients experiencing suicidal ideation: a qualitative study of nurses' perspectives. *J Adv Nurs* 2019.
- Vandewalle J, Beeckman D, Van Hecke A, et al. 'Promoting and preserving safety and a life-oriented perspective': a qualitative study of nurses' interactions with patients experiencing suicidal ideation. *Int J Ment Health Nurs* 2019.
- Vandewalle J, Deproost E, Goossens P, et al. The working alliance with people experiencing suicidal ideation: a qualitative study of nurses' perspectives. *J Adv Nurs* 2020.
- Vandewalle J, Van Hecke A, Beeckman D, Deproost E, & Verhaeghe S. (2018). Een blik op verpleegkundige zorg voor mensen met suïcidaal gedrag - De eerste resultaten uit een onderzoek bij verpleegkundigen. *Psychiatrie en Verpleging*.
- De Donder U, Vandewalle J, Grypdonck M. (2023). Verpleegkundige zorg voor personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en chronische suïcidaliteit: Een interpretatief fenomenologisch onderzoek (studie in ontwikkeling).
- Vandewalle J, Van Bos L, Goossens P, et al. The perspectives of adults with suicidal ideation and behaviour regarding their interactions with nurses in mental health and emergency services: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2020.
- Vandewalle J, Van Hoe C, Debyser B, et al. Engagement between adults in suicidal crisis and nurses in mental health wards: a qualitative study of patients perspectives. *Arch Psychiatr Nurs* 2021.
- Vandewalle J, Duprez V, Beeckman D, et al. Contact between adults in suicidal crisis and nurses in mental health wards: Development and psychometric evaluation of a questionnaire. *Int J Ment Health Nurs* 2020.
- Lees D, Procter N, Fassett D. Therapeutic engagement between patients in suicidal crisis and mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs* 2014.
- Peplau HE. Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly* 1997.
- Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention: metaanalysis. *Br J Psychiatry* 2021.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review* 2010.
- Vandewalle J, Debyser B, Deproost E, et al. Family members' expectations regarding inpatient mental health services for adults with suicidal ideation: a qualitative study. *Int J Ment Health Nurs* 2021.

Erbij blijven

Misschien is dat wel het allermoeilijkste voor mensen in ontmoetingen met mensen die lijden erbij blijven.

Hoogstens kunnen luisteren soms zonder touw te kunnen vastknopen aan wat je hoort omdat de ander in verwarring is maar blijven.

Soms niets horen dan een schreeuw, misschien vloeken, en dan geen aandrang hebben tot vermaan maar blijven en luisteren.

Soms alleen maar luisteren naar wanhopige stilte terwijl je als moderne mens dáár het meest bang voor bent voor stilte en toch blijven niets, helemaal niets meer kunnen dan blijven.

Zelfs als je weggejaagd wordt op bereikbare afstand beschikbaar blijven zodat wie lijdt nooit helemaal alleen is... (Ds. P.B. Suurmond)

In dit magazine lezen we via de getuigenissen en verhalen van Lore en Inge hoe heftig het is om suïcidegedachten te ervaren. Nele gaf ons een inkijk in hoe radeloos je kan zijn als familielid van een persoon met suïcidegedachten. In ons centrum hebben we oog voor de zorg na een suïcide. Hoe we er kunnen zijn voor getroffen nabestaanden maar ook medepatiënten en hulpverleners. We verwijzen graag naar Werkgroep Verder (www.werkgroepverder.be) die ondersteuning biedt aan wie moet omgaan met een verlies door zelfdoding.

Peter Doll, diensthof zinzorg en pastoraal van PC Sint-Amandus verwoordt voor ons een passende eindgedachte.

"Na elk telefoontje over een suïcide, wandelde ik over de jaren heen steeds met een gezwinde, vastberaden stap richting de betrokken afdeling. Onderweg bekwam mij als een kritische stem de twijfelende gedachte wat ik zou doen of wat ik zou kunnen betekenen voor de aangeslagen familie, de patiënten en het team. Samen met mijn intentie om er professioneel te staan, voelde ik mij telkens diep geraakt, onmachtig en uitgeschud. Op dergelijke momenten neig ik vooral om te kijken, te luisteren, in te voelen, mee te leven en in te schatten. Ik wil het verbinden met het 'samen-zijn' van alle betrokkenen bevorderen. Het laten bestaan van de stilte, de tranen laten doorademen, het 'niet-weten' wat doen, raken volgens mij de kern. Ik weet mij, samen met anderen, uitgenodigd om authentiek te zijn, een stap verder te zetten dan technieken om er echt te kunnen zijn. Ik herken mij wel in wat de auteur hiernaast beschrijft als een kwaliteit van erbij blijven, het uithouden van het niet weten of het niet kunnen veranderen..."



Peter Doll
diensthof
zinzorg en pastoraal

zelfmoord1813.be
voor info en hulp

1813
zelfmoord

Denk je aan zelfmoord en heb je nood aan een gesprek, dan kan je terecht bij de Zelfmoordlijn op het nummer 1813 of via www.zelfmoord1813.be.