



> Retouradres Postbus 20011 2500 EA Den Haag

[Redacted]

Directie Migratiebeleid
Juridische en Algemene Zaken

Schedeldoekshaven 200
2511 EZ Den Haag
Postbus 20011
2500 EA Den Haag
www.minbzk.nl

Contactpersoon

[Redacted]

Kenmerk
2012-0000197656

Bijlagen
5

Datum 11 mei 2012
Betreft beslissing op het Wob-verzoek [Redacted]

Geachte [Redacted]

Bij brief van 23 maart 2012, door mij ontvangen op 26 maart 2012, heeft u bij mijn ministerie een verzoek ingediend als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet openbaarheid van bestuur (hierna: Wob). Uw verzoek heeft betrekking op de volgende stukken, genoemd in de brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer inzake (ex-)asielzoekers met psychiatrische en suïcidale problematiek van 30 januari jl. (kenmerk 5708064/11):

- Het protocol 'coöperatie calamiteiten in de vreemdelingenketen';
- De brochure 'suïcidepreventie in AZC's';
- Het 'train de trainer'-pakket;
- De lokale ketenrichtlijn 'poging en dreiging suïcide'.

Bij brief van 24 april 2012 is de termijn om op uw verzoek te beslissen met vier weken verlengd.

Met betrekking tot uw verzoek om informatie bericht ik u als volgt.

Uw verzoek wordt ingewilligd. Bijgevoegd treft u aan de door u gevraagde informatie. Ter verduidelijking merk ik nog op dat het 'train de trainer' pakket bestaat uit de lijst 'doorvragen naar suïcide gedachten' en de presentatie 'suïcidepreventie'.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.



Hoogachtend,
De minister voor Immigratie, Integratie en Asiel
namens deze,

Datum
11 mei 2012
Kenmerk
2012-0000197656

[Redacted signature block]

Belanghebbenden kunnen binnen zes weken na bekendmaking van dit besluit daartegen per brief bezwaar maken bij de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, DGVZ/DMB, Postbus 20011, 2500 EA Den Haag. Het bezwaarschrift moet zijn ondertekend, voorzien zijn van een datum alsmede de naam en het adres van de indiener en dient vergezeld te gaan van de gronden waarop het bezwaar berust en, zo mogelijk, een afschrift van het besluit waartegen het bezwaar is gericht.

Protocol: 'coöperatie bij calamiteiten in de vreemdelingenketen'

COA, DT&V en IND

datum:

24 oktober 2011, versie 0.8

Inhoudsopgave

- 1. Inleiding..... 2**
- 2. De vreemdelingenketen..... 2**
- 3. Coördinatie van calamiteiten binnen de vreemdelingenketen.....3**

1. Inleiding

Binnen de vreemdelingenketen bestaat al geruime tijd aandacht voor calamiteiten zoals, psychische problemen, honger-en dorststakingen, suïcide, suïcidepoging en suïcidedreiging bij de vreemdeling. In dit protocol staan ketenbrede afspraken hoe de partners in de vreemdelingenketen het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA), de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) en de Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V) elkaar hierover informeren en waar nodig samen te werken. Beoogd wordt om de binnen de keten aanwezige informatie over calamiteiten zo efficiënt mogelijk te delen zodat eventueel handelen niet door een gebrekkige informatieoverdracht wordt gehinderd. Tegelijkertijd is er het besef dat met goede informatieoverdracht niet kan worden voorkomen dat calamiteiten zich voordoen.

2. De vreemdelingenketen

De vreemdelingenketen is een samenwerkingsverband tussen organisaties die vanuit hun eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden taken verrichten in het kader van de uitvoering van het vreemdelingenbeleid. Er zijn drie organisaties onder verantwoordelijkheid van de minister voor Immigratie en Asiel betrokken:

1. Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)

Het COA biedt asielzoekers huisvesting en ondersteunt hen in de voorbereiding op hun toekomst, in Nederland of elders. Het gaat vooral om asielzoekers en vluchtelingen, en om specifieke groepen zoals alleenstaande minderjarige vreemdelingen. Het COA is een zelfstandig bestuursorgaan.

2. Dienst Terugkeer & Vertrek (DT&V)

De DT&V heeft tot taak om op een humane en professionele wijze het vertrek te bevorderen van vreemdelingen die Nederland moeten verlaten. De DT&V is een taakorganisatie van het Ministerie van Binnenlandse Zaken.

3. IND

De IND is verantwoordelijk voor de uitvoering van het vreemdelingenbeleid in Nederland. Dat houdt in dat de IND alle aanvragen beoordeelt van vreemdelingen die in Nederland willen verblijven of Nederlander willen worden. De IND is een baten - lastendienst.

2.1 Positie

Voor elk van de organisaties geldt dat ze in hun eigenstandige rol in samenspraak met- en in afhankelijkheid van de ketenpartners, hun rol invullen. Vanuit zowel de historie als de raakvlakken tussen de primaire processen zijn de bedrijfsvoeringprocessen van de COA, DT&V en IND met elkaar verbonden. Het afleggen van de verantwoordelijkheid geschiedt zuiver naar de opdrachtgever, de DG Vreemdelingenzaken.

3. Coördinatie van calamiteiten binnen de vreemdelingenketen

3.1 Het begrip calamiteit

Elke organisatie binnen de vreemdelingenketen kan te maken krijgen met calamiteiten. Gezien de vele verschijningsvormen is niet mogelijk om te definiëren wat in dit kader precies als calamiteit moet worden aangemerkt. Het uitvoeren van het vreemdelingenbeleid, waar het afwijzen van aanvragen tot verblijf en terugkeer een wezenlijk onderdeel van uitmaken, kan bij de vreemdeling een negatieve reactie uitlokken. Elke ketenpartner heeft haar eigen interne afspraken op welke signalen zij interveniëren.

Vanwege de veelheid en het uiteenlopende karakter kan niet op alle signalen geacteerd worden. Met het doel van efficiënte informatieoverdracht binnen de keten en een uniforme uitvoering van dit protocol is er voor gekozen om de informatieoverdracht plaats te laten vinden afhankelijk van het intensiteitsniveau van de signalen. Daarbij worden vier intensiteitsniveaus onderscheiden:

- 1.) De vreemdeling geeft signalen af, bijvoorbeeld door lichaamstaal, waaruit blijkt dat er wellicht een risico is op het ontstaan van een calamiteit;
- 2.) Uit een mondelinge of schriftelijke mededeling van de vreemdeling of zijn gemachtigde blijkt een risico op een calamiteit;
- 3.) De vreemdeling heeft bepaalde handelingen verricht, die wijzen op een serieus risico op een calamiteit;
- 4.) De vreemdeling heeft handelingen verricht waardoor een calamiteit is ontstaan, bijv. een suïcidepoging, waardoor onmiddellijke actie nodig is.

Indien door een van de genoemde organisaties wordt geoordeeld dat intensiteitsniveau 3 is bereikt dan worden de overige ketenpartners op de hieronder beschreven wijze geïnformeerd.

Bij het beoordelen van de signalen wordt afgegaan op de deskundigheid van de individuele medewerker die dagelijks met vreemdelingen te maken heeft. Voorts is elke organisatie ervoor verantwoordelijk een intern proces in te richten dat ervoor zorgt dat de signalen vanaf de werkvloer bij de ketenpartners terechtkomen.

3.2 Het maken van een melding

Na het constateren van een signaal dat wijst op een serieus risico (niveau 3), worden de ketenpartners geïnformeerd middels het sturen van een e-mail naar de daarvoor ingerichte mailboxen. Deze mailboxen worden iedere dag diverse keren uitgelezen, zodat de melding snel bekend is bij iedereen.

De adressen van de mailboxen zijn:

COA : bureauveiligheid@coa.nl

DT&V : incidententeam@dtv.minbzk.nl

IND : calamiteitenteam@ind.minbzk.nl

3.3 De taakverdeling

De meldende partij geeft eveneens aan welke ketenpartner naar hun mening op dat moment verantwoordelijk is voor de behandeling van de calamiteit. Indien nodig vindt daar nadere afstemming over plaats. In die organisatie zal dan de borging van het dossier plaatsvinden. Tevens zal de betrokken organisatie de leiding nemen indien er gerapporteerd moet worden in de lijn. Daarbij is het uitgangspunt dat in beginsel die organisatie verantwoordelijk is, die op dat moment handelt/moet handelen vanuit zijn wettelijke bevoegdheden. Waar mogelijk wordt er gedurende de calamiteit samengewerkt tussen de ketenpartners.

Tussen de DT&V en de IND is vooralsnog afgesproken dat het calamiteitenteam van de IND verantwoordelijk is voor vreemdelingen die in de COA-opvang en in de gemeenten verblijven. Het incidententeam van de DT&V is verantwoordelijk voor de vreemdelingen die in vreemdelingenbewaring verblijven en op de VBL en de gezinslocaties geplaatst zijn.

In de interne protocollen van de betrokken organisaties is nader uitgewerkt hoe men om dient te gaan met meldingen die door de ketenpartners worden gedaan inzake calamiteiten. Elke organisatie borgt door middel van interne afspraken dat een door een ketenpartner gemelde calamiteit binnen de eigen organisatie gemonitord wordt.

Indien een calamiteit is afgehandeld, zal dit worden gecommuniceerd naar de betrokken ketenpartners. In het geval een individuele vreemdeling uit het zicht van de vreemdelingenketen verdwijnt, zonder dat de calamiteit is afgehandeld, worden (indien dit nodig wordt geacht) de reguliere gezondheidszorg dan wel de justitiele autoriteiten op de hoogte gesteld. Het uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid van de vreemdelingenketen zich niet verder uit kan strekken, dan de periode dat er in de keten zicht is op de vreemdeling.

3.4 Periodieke evaluatie

Elke drie maanden vindt er een overleg plaats tussen de coördinatoren van de betrokken calamiteitenteams.

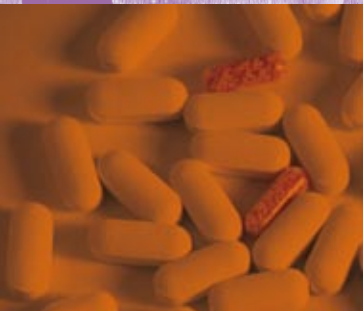
Het doel van dit overleg is:

- Elkaar informeren over de lopende zaken die gemeld zijn;
- Samenwerking evalueren en verbeteren;
- Indien nodig nadere afspraken maken over de taakverdeling, signalering en preventie.

Voor zover het noodzakelijk is, afhankelijk van de te bespreken zaken, zullen vertegenwoordigers uitgenodigd worden die ook te maken hebben met calamiteiten. Te denken valt hierbij aan DJI, GCA etc.



Suïcidepreventie in AZC's

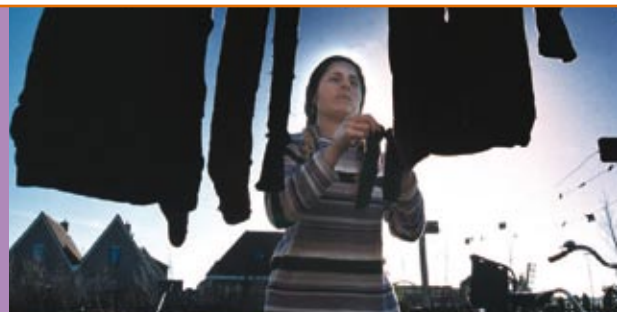


Achtergronden en werkinstructie voor MOA-medewerkers



Inleiding	3
Definitie	3
Suïdecijfers	3
Suïdepogingen	4
Factoren die suïcide beïnvloeden	6
Tijdig herkennen van signalen	7
Hoe te handelen bij een dreigende suïcide of na een suïcide of suïdepoging	9
Werk- en beleidsafspraken met COA	13
Tot slot	14
Literatuur	14

Casus Een asielzoekster is al langer dan 6 jaar in procedure. Ze wil graag een status, een huis en de mogelijkheid om te werken. Ze heeft een kind achtergelaten in het land van herkomst. In de relatie met haar partner doen zich problemen voor. Ze probeert tijdens het spreekuur van de praktijkverpleegkundige MOA haar polsen door te snijden met een scheermes.



Inleiding

MOA-medewerkers kunnen tijdens hun werk in de centrale opvang te maken krijgen met suicide, suïcidepogingen en –dreigingen door asielzoekers. Deze publicatie geeft nadere informatie over suicide en suïcidepogingen bij asielzoekers. Ook biedt deze brochure handvatten voor het vroegtijdig herkennen van signalen/problemen die kunnen leiden tot zelfdoding, en hoe hierbij te handelen.

Definities

Suïcide (zelfmoord of zelfdoding)

Handeling met dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd, in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen.

(WHO, De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, Bille-Brahe, Crisis, 2006)

Suïcidepoging (ook wel 'tentamen suïcide')

Een niet-habituele handeling zonder dodelijke afloop waarmee de persoon, door de verwachting van schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen, of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert aan te brengen.

(WHO, De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, Bille-Brahe, Crisis 2006)

Suïdecijfers

In Nederland plegen jaarlijks ongeveer 1500 mensen zelfmoord. Suicide kost bijna twee keer zoveel mensenlevens als het aantal dodelijke slachtoffers in het verkeer. Uit de MOA-registratie van doodsoorzaken bij asielzoekers in Nederland blijkt dat in de jaren 1998-1999 20 asielzoekers door zelfdoding zijn overleden. In 2002-2003 waren dat er 19 en in 2004-2005 waren dat 6 mensen; dat is een bruto sterftecijfer van respectievelijk 1,4 en 0,7 per 10.000 asielzoekers in de centrale opvang in die periodes.

In vergelijking met de Nederlandse bevolking kwam suicide in 1998-1999 en 2002-2003 relatief 2 tot 3 keer zo vaak voor onder asielzoekers. In 2004-2005 kwam het onder asielzoekers relatief even vaak voor als onder de gehele Nederlandse bevolking.

Van de 45 zelfdodingen betrof het in 41 gevallen een mannelijke asielzoeker (89%).

Suïcidepogingen

Per jaar worden in Nederland naar schatting ruim 90.000 suïcidepogingen gedaan. Hiervan zijn ongeveer 30.000 pogingen bekend bij hulpverleners.

Over de jaren 2002 en 2003 zijn door de MOA gegevens geanalyseerd over pogingen tot suïcide door asielzoekers in de centrale opvang. In die periode werden door MOA-medewerkers in vijf regio's in totaal 302 meldingen van suïcidepogingen gedaan bij hun management. Daaruit blijkt dat het relatieve aantal suïcidepogingen bij asielzoekers ruim twee keer hoger is dan onder Nederlanders. Andere bevindingen uit het onderzoek:

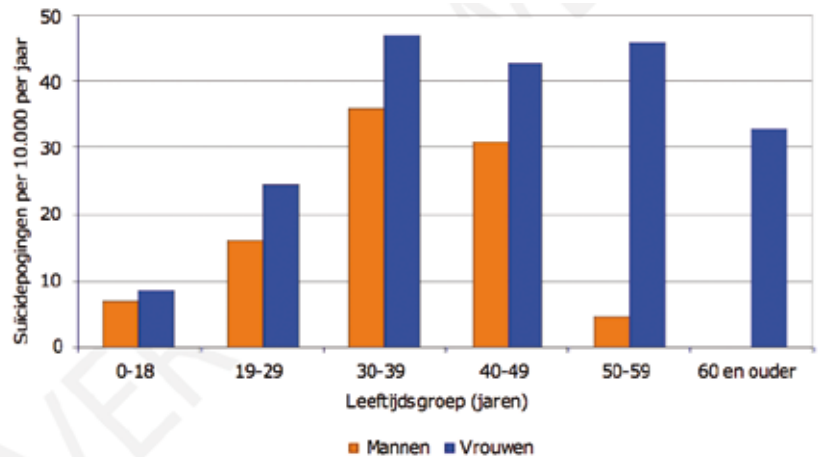
- **Geslacht**

Het absolute aantal meldingen van suïcidepogingen door mannelijke en vrouwelijke asielzoekers was in 2002-2003 vrijwel gelijk. In de asielzoekerscentra was in die periode 40% van de bewoners vrouw en 60% man. Relatief komt onder vrouwelijke asielzoekers een suïcidepoging dan ook bijna anderhalf keer zoveel voor als onder mannelijke asielzoekers, namelijk respectievelijk 26 en 18 suïcidepogingen per 10.000 asielzoekers.

- **Leeftijd**

In de leeftijdsgroep 30-39 jaar vinden -qua absolute aantallen- de meeste pogingen tot zelfdoding plaats; dat geldt voor zowel mannen als vrouwen. Zelfmoordpogingen komen in alle leeftijdsgroepen onder vrouwen meer voor dan onder mannen. Opvallend is het verschil tussen mannen en vrouwen van 50 jaar en ouder. Bij de mannen van 60 jaar en ouder zijn geen suïcidepogingen gemeld, bij de vrouwen wel. Overigens was de jongste asielzoeker waarover een melding van suïcidepoging is gedaan 11 jaar. De oudste was 64 jaar.

Incidentie van suïcidepogingen per 10.000 asielzoekers naar leeftijd en geslacht in 2002 en 2003 (meldingen MOA)



Iraniërs deden in 2002/2003 relatief het vaakst (64 op de 10.000 asielzoekers uit dat land) een zelfmoordpoging, gevolgd door de populatie afkomstig uit de landen van de voormalige Sovjet-Unie en het Midden-Oosten (respectievelijk 40 en 30 per 10.000).

- **Aanleiding**

In de gevallen waar de aanleiding bij de MOA-medewerker bekend is, geeft ongeveer 35% als reden de asielpcedure aan (al of niet gecombineerd met huiselijke omstandigheden en psychische gezondheid). Bij 17% was er sprake van psychische stoornissen, bij 13% waren huiselijke omstandigheden de aanleiding, en bij 12% een overplaatsing. Bij één op de zes asielzoekers is niet bekend wat de aanleiding was tot de zelfmoordpoging.

- **Methode**

Meer dan de helft van de gemelde suïcidepogingen (61%) is uitgevoerd door het innemen van medicijnen en/of alcohol. Bij 17% was sprake van het snijden met een mes of ander scherp voorwerp.

- **Onder behandeling GGZ**

Van ongeveer de helft van de asielzoekers is bekend dat hij/zij in behandeling was bij de GGZ toen de suïcidepoging werd ondernomen. Dit is vrijwel gelijk aan het Nederlandse percentage.

- **Behandeling in het ziekenhuis**

Ruim 70% van de asielzoekers die een suïcidepoging deden, moest in het ziekenhuis worden behandeld.

Suïcide is een proces

Voordat iemand overgaat tot zelfdoding wordt nagenoeg altijd een proces doorlopen dat meer jaren kan duren: vage gedachten worden steeds concreter en dwingender, daarna gaat men plannen maken, afscheid nemen en uiteindelijk gaat men over tot een poging tot zelfdoding. Zowel aan zelfdoding als aan een poging gaat vaak (maar niet altijd) een lange lijdensweg vooraf.



Factoren die suïcide beïnvloeden

Een aantal factoren kan het risico op (poging tot) zelfdoding verhogen, van andere is bekend dat zij een beschermende functie hebben. Deze factoren gelden in het algemeen voor risico op (poging tot) zelfdoding, maar zijn waar mogelijk specifiek omschreven voor asielzoekers.

Risicofactoren

Psychiatrische problemen. Bij een deel van de asielzoekers is bij binnenkomst in Nederland al sprake van psychiatrische problematiek.

Psychische problemen, bijvoorbeeld gebrekkige vaardigheden om problemen op te lossen, hulpeloosheid.

Overmatig middelengebruik (drugs, alcohol) of verkeerd gebruik van medicatie.

Ingrijpende gebeurtenissen in combinatie met andere factoren. Bij asielzoekers kan hiervan sprake zijn op verschillende manieren:

- gebeurtenissen in het land van herkomst en tijdens de vlucht;
- ervaringen van asielzoekers door de leefomstandigheden in de opvang, met name in combinatie met psychiatrische problemen (depressieve klachten en/of een posttraumatische stressstoornis);



- ingrijpende levensgebeurtenissen die als 'uitlokkende' factoren kunnen werken;
 - verlies van dierbaren en bezittingen, financieel verlies, seksueel misbruik, uitsluiting
 - spanningen in het gezin, in de opvang, problemen op school
 - besluit van de autoriteiten tot overplaatsing of uitzetting, afwijzing asielverzoek
- confrontaties met suïcide en suïcidepogingen in de omgeving;
 - voor hen die in de nabije omgeving geconfronteerd zijn/worden met zelfdoding is de drempel voor suïcide en suïcidepogingen lager, vooral in combinatie met psychosociale problematiek van de persoon zelf

Eerdere suïcidepogingen:

- 40% doet opnieuw een poging (voor asielzoekers is het precieze percentage niet bekend)

Bepaalde sociaaldemografische kenmerken (in combinatie met andere risicofactoren):

- mannelijk geslacht (registraties MOA: bij 93% van de zelfdodingen bij asielzoekers gaat het om mannen, dit in tegenstelling tot suïcidepogingen, die bij vrouwen meer voorkomen)
- alleenstaand
- asielzoekers afkomstig uit het Midden-Oosten en de voormalige Sovjet-Unie

Casus Een mevrouw met erge hoofdpijnen heeft een vriendin om slaapmedicatie gevraagd. Ze heeft deze, samen met 13 andere tabletten, ingenomen. Twee jaar geleden heeft ze haar echtgenoot in Nederland verloren door een verkeersongeluk. Haar rouwperiode is gekenmerkt door automutilatie. Ze is in het land van herkomst verkracht en mishandeld. Ze is de laatste jaren erg verdrietig en gespannen. Ze voelt zich alleen en vindt het zwaar alles alleen te moeten doen.

Beschermende factoren

Voorbeelden van beschermende factoren die het risico op zelfdoding kunnen verkleinen zijn:

- het hebben van goede relaties met familie en vrienden,
- het hebben van een doel of zin in het leven,
- gemotiveerd zijn om hulp te zoeken,
- weten waar hulp gevonden kan worden,
- ruimte hebben en nemen om gevoelens en gedachten met anderen te bespreken,
- vertrouwen hebben in hulpverlening,
- houvast hebben aan een levensbeschouwing.

Tijdig herkennen van signalen

Ongeveer driekwart van de mensen die overlijdt aan zelfdoding maakte hun opzet weken van tevoren bekend via allerlei verbale en non-verbale signalen. Het (h)erkennen en bespreekbaar maken van die signalen is een belangrijke voorwaarde om zelfdoding bij suïcidale personen te voorkomen. Door gepast te reageren kan invloed worden uitgeoefend op het suïcidaal proces.

Verbale signalen

- "ik wil er een eind aan maken"
- "ik voel me waardeloos"
- "ik zou voor altijd willen inslapen"
- "iedereen is beter af zonder mij"
- "het leven is de moeite niet meer waard"
- "het kan me niet schelen wat er met me gebeurt"
- ...

Gedragmatige signalen

- somber, negatief gestemd zijn,
- piekeren, slapeloosheid,
- angstig, wanhopig zijn (over de toekomst),
- blijk geven van denk- en geheugenstoornissen, verward zijn,
- zich in toenemende mate hulpeloos en hopeloos voelen,
- zich afzonderen, zich afsluiten van zijn/haar omgeving,
- overmatig gebruik van alcohol, drugs, medicatie,
- plotse huilbuien of woede-uitbarstingen,
- interesseverlies in de dingen die men graag doet,
- verwaarlozing van zichzelf en kleding,
- interesse voor onderwerpen die met de dood te maken hebben,
- een testament of afscheidsbrief schrijven,
- weggeven van persoonlijke spullen,
- ...

Is suïcide te voorspellen?

Het risico op zelfdoding neemt vooral toe wanneer meer signalen gedurende een langere periode voorkomen, tegen een achtergrond van eerder genoemde risicofactoren. De signalen zijn niet altijd duidelijk. Suïcidaal gedrag is dus niet altijd te voorspellen. Vaak worden signalen pas achteraf als signalen geïnterpreteerd, wat grote vragen kan oproepen naar het waarom van de zelfdoding en wat nabestaanden en ook hulpverleners schuldgevoelens kan bezorgen ("had ik maar...").

Casus Een jonge vrouw van 19 jaar heeft in een AZC een overdosis tabletten en alcohol ingenomen. De huisarts is gebeld, in het ziekenhuis is de maag van de vrouw leeg gemaakt. Er is contact geweest met de crisisdienst en met het Riagg. In afwachting van een intake voor opname in de GGZ wordt dagbehandeling gegeven. Drie maanden eerder heeft zij ook een suïcidepoging gedaan.



Hoe te handelen bij een dreigende suïcide of na een suïcide of suïcidepoging

Voorafgaand aan (een poging tot) suïcide

Wanneer je vermoedt of verneemt dat iemand binnen het AZC plannen heeft om uit het leven te stappen, dan is het de verantwoordelijkheid van de hulpverlener om te handelen. Medewerkers die geen verpleegkundige of arts zijn, nemen direct contact op met de MOA-verpleegkundige of de MOA sociaal geneeskundige (AGZ of JGZ). De MOA kan het risico op suïcide bij een asielzoeker niet zelf inschatten; dat is de deskundigheid van de GGZ. Indien de arts of de verpleegkundige het signaal als urgent beschouwt, dan regelt hij in overleg met de huisarts een verwijzing naar de crisisdienst van de GGZ (conform MOA-protocollen 15 en 16, bij jeugd 26). Wel dient de MOA alert te zijn op risicofactoren en op signalen. Het is belangrijk de signalen altijd serieus te nemen, te toetsen bij de betreffende asielzoeker en contact te bewerkstelligen tussen de asielzoeker en de GGZ. Toetsing kan het beste door een rechtstreekse vraag, bijvoorbeeld: "denk je wel eens aan zelfdoding?"

Je kunt het suïcideproces beïnvloeden door een adequate reactie op signalen, door het bespreekbaar te maken en door huisarts en/of GGZ-hulpverlening in te schakelen. Schakel bij jeugd in alle gevallen ook de sociaal geneeskundige JGZ in.



Na (een poging tot) zelfdoding

Als daadwerkelijk een poging tot suïcide heeft plaatsgevonden, dan schakelt de sociaal geneeskundige of de verpleegkundige de huisarts of spoedeisende hulp in. Eveneens wordt melding gedaan aan het regiomanagement (conform MOA-protocol 19).

De meldingen vormen de basis voor landelijke gegevens waarmee landelijk beleid kan worden beïnvloed.

Zelfdoding als pressiemiddel

Soms wordt verondersteld dat het dreigen met zelfdoding als pressiemiddel wordt ingezet (bijvoorbeeld om zich te weren tegen uitzetting). Alleen de deskundige hulpverlener kan beoordelen wat de ernst is van een suïcidaal signaal. De MOA-medewerker moet het signaal te allen tijde serieus nemen en de huisarts/GGZ inschakelen, ook als de dreiging als manipulatie overkomt. Er bestaat immers altijd het risico dat de persoon daadwerkelijk een poging tot zelfdoding doet.

Handelen

Praten

Het voorkomen van suïcide(pogingen) begint met het bespreekbaar maken van de gedachten daarover. Niet iedereen voelt zich in staat om een gesprek te hebben met iemand die aan zelfdoding denkt. Aarzel in dat geval niet om een collega te vragen om een gesprek te voeren met de suïcidale persoon.

Wel doen

- Praat rustig en openlijk over de dood en de wens om te sterven. Personen met doodswensen zijn vaak zeer geremd om over hun gevoelens te spreken. Het feit dat een ander er naar informeert, kan helpen die remming te overwinnen. De persoon is opgelucht omdat zijn isolement (eindelijk) wordt doorbroken. Moedig de persoon aan om over zelfdoding te praten;
- Zorg ervoor dat je ook zelf voldoende bij iemand terecht kunt met je eigen vragen en je gevoel van onmacht. Informeer bij het management naar de mogelijkheden voor supervisie of andere vormen van ondersteuning;
- Neem doodswensen (altijd) ernstig en toon dat ook. Probeer je in te leven in de situatie, de problemen te begrijpen en te aanvaarden;

- Luister en reageer begripvol. Door actief te luisteren en begripvol te reageren zal de persoon zich meer aanvaard en begrepen voelen;
- Probeer de problemen en gevoelens van de persoon te structureren, bijvoorbeeld: "begrijp ik goed dat...". Dat helpt angst en verwarring verminderen en draagt bij tot het bespreekbaar en hanteerbaar maken van de problemen. Beoordeel of gebruik van voorlichtingsmateriaal voor asielzoekers over GGZ-problematiek en over de GGZ behulpzaam kan zijn, bijvoorbeeld de voorlichtingsfolders van Pharos (zie literatuur);
- Schakel andere hulpverleners in en bewerkstellig dat de asielzoeker contact opneemt met de huisarts/GGZ-hulpverlener of andersom. Maak afspraken binnen het zorgnetwerk voor consultatie en ondersteuning als een asielzoeker moeilijk te bewegen is gebruik te maken van deskundige hulp. Deel in dat geval de verantwoordelijkheid met hen, zodat de zorg voor de asielzoeker zo optimaal mogelijk is;
- Heb oog voor de gezinsleden en voor het effect van de gemoedstoestand van de persoon op hen, zeker als er kinderen zijn. Als er (een vermoeden van) risico is voor kinderen, schakel dan de JGZ in.

Niet doen

Hoe goed bedoeld ook, onderstaande acties zullen eerder een negatief resultaat opleveren. Vermijd dus zeker:

- het gedrag en de persoon te veroordelen;
- de problemen van de persoon te bagatelliseren;
- allerlei oplossingen te formuleren;
- een zedenpreek te houden;
- de persoon valse hoop te geven;
- de persoon te beloven dat je er met niemand over zal spreken.



In een crisissituatie

Wanneer blijkt dat iemand in een acute suïcidale crisis zit, moet je directief optreden. Dat betekent actief zijn, doortastend optreden en anderen erbij betrekken.

- Vermijd een definitieve beslissing over suïcide en tracht tijd te winnen;
- Verwijder dodelijke middelen zoals pillen, wapens en dergelijke, eventueel in samenspraak met anderen (familie of vrienden). Regel dat het wapen bij de politie wordt ingeleverd;
- Tracht eventuele sociale isolatie te doorbreken. Zorg ervoor dat de suïcidale persoon “in zijn toestand” niet alleen blijft;
- Probeer voor zover mogelijk de omgeving te betrekken. Een goede ondersteuning door de naaste omgeving vergroot de draagkracht en kan stress-reducerend zijn;
- Zorg ervoor dat de crisisdienst wordt ingeschakeld.

Verwijzen en samenwerken

Voor verwijzing naar AMW, GGZ en Bureau Jeugdzorg: zie de MOA-protocollen 15, 16 en 26. Dit zijn de algemene werkinstructies voor de MOA voor probleemverheldering en toegeleiding naar AMW, GGZ en Bureau Jeugdzorg.

Daarnaast is in april 2006 de ‘Methodiek voor het ontwikkelen van ketenrichtlijnen gezondheidszorg asielzoekers’ van GGD Nederland verschenen. Het document dient als leidraad voor de MOA om op lokaal niveau afspraken te maken met de verschillende partners in een zorgketen (zoals AMW, RIAGG/GGZ en huisarts) en met externen zoals het COA. Informeer bij het regiomanagement of, en zo ja, welke afspraken op het gebied van suïcide al zijn gemaakt met de ketenpartners. Stel je hiervan op de hoogte. Indien je vaststelt dat er geen of onvoldoende afspraken bestaan, attendeer het management op de genoemde handreiking. Een voorbeeld van een lokale uitwerking is de Lokale ketenrichtlijn Poging suïcide, opgesteld door MOA Oost Nederland.

Nazorg (postventie)

Een zelfdoding in het centrum of een poging of dreiging hiertoe heeft altijd een bijzonder grote impact op jezelf, maar ook op de bewoners en de medewerkers van alle diensten op het centrum. Veelal is er sprake van een zeer ingrijpende gebeurtenis, vaak blijft men met vragen en schuldgevoelens achter.

Vraag het management hoe de nazorg voor jezelf is geregeld, maar ook welke taken en verantwoordelijkheden de MOA en de ketenpartners (GGZ, AMW, overige hulpdiensten bij calamiteiten) hebben gedurende het nazorgtraject voor zowel de bewoners als voor het personeel. Vraag hen goede afspraken te (laten) maken over wie wat doet voor de betreffende asielzoeker en zijn/haar directe omgeving, zoals bewoners en personeel.

Nazorg voor de asielzoeker die een suïcidepoging heeft gedaan

Inventariseer conform MOA-protocol 27 Zorgcoördinatie door de praktijkverpleegkundige, na behandeling of ontslag uit het ziekenhuis na een suïcidepoging de zorgbehoefte van de asielzoeker en verwijst hem/haar naar de zorg. Hiervoor zijn werkafspraken tussen de sociaal geneeskundige, de huisarts, de praktijkverpleegkundige, het ziekenhuis en de GGZ nodig (zie ook onder 'Verwijzen en samenwerken').

De eerste periode na een poging is een risicomoment voor herhaling. Het is van belang dat ook dan adequate zorg wordt geboden.

Nazorg voor de bewoners en de directe omgeving

Zorg dat je op de hoogte bent van hoe de nazorg is geregeld voor de bewoners en anderen die op de locatie betrokken zijn geraakt bij een calamiteit zoals een suïcide, suïcidepoging of –dreiging. Vraag dit na bij de leidinggevende van de MOA.

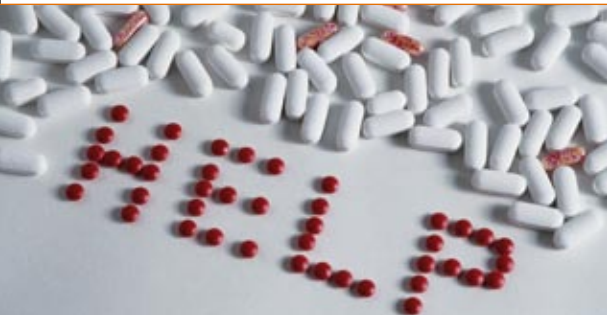
Neem wanneer bewoners of anderen betrokken zijn geraakt bij een suïcide, een suïcidepoging of een -dreiging van een asielzoeker contact op met de persoon die de coördinatie heeft en vraag hem de nazorg in gang te zetten.



Nazorg voor de MOA-medewerkers

Schroom niet om met collega's en leidinggevende te praten over je gevoelens en ervaringen. Het is belangrijk te beseffen dat MOA-medewerkers nazorg nodig kunnen hebben. Afhankelijk van de duur en intensiteit van de relatie tussen de medewerker en de overleden persoon of degene die een suïcidepoging heeft gedaan, kan men rouwreacties vertonen: kwaadheid, angst, schuldgevoelens, en soms ook opluchting als aan de zelfdoding een lange lijdensweg vooraf ging. Daarnaast wordt ook de eigen professionele competentie in twijfel getrokken. Een zelfdoding of een poging geeft - vaak ten onrechte - het gevoel van professioneel falen. Vraag je leidinggevende naar het organisatiebeleid bij schokkende gebeurtenissen in je werk.

Van belang is dat collega's en leidinggevende de betrokkenen blijven steunen. Hun aandacht, betrokkenheid en belangstelling na het incident zijn van groot belang voor herstel. Evaluatie van zelfdodingen en pogingen is een manier om na te gaan of maatregelen genomen moeten worden. Zowel met het oog op preventie bij asielzoekers als met het oog op het handelen naar aanleiding van signalen door de professionals. Meld een suïcide, suïcidepoging of –dreiging dus bij de leidinggevende conform de lokale afspraken in het kader van het personeelsbeleid, zodat de leidinggevende nazorg-activiteiten voor de medewerker(s) in gang kan zetten.



Melding bij het MOA-management

Afgezien van melding van een suïcide, suïcidepoging of dreiging bij het management met het oog op nazorg voor medewerkers, moet ook melding worden gedaan bij het management conform MOA-protocol 19 Meldingen aan het regiomanagement. Het doel daarvan is onder meer het verkrijgen van regionale en landelijke epidemiologische inzichten, het verbeteren van de kwaliteit van de MOA-dienstverlening en het vervullen van een signaleringsfunctie voor de gezondheidsbevordering bij asielzoekers. Het protocol en de bijbehorende meldingsformulieren zijn te vinden op GGD Kennisnet.

Werk- en beleidsafspraken met COA

Maak, in overleg met je leidinggevende, goede afspraken met het COA op locatie. Maak, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim, afspraken over personen die door de MOA als risicopersoon worden beschouwd en leg deze afspraken vast, bijvoorbeeld in het multidisciplinair overleg. Spreek onder meer af dat de MOA tijdig wordt geïnformeerd over ingrijpende besluiten (bijvoorbeeld overplaatsing of uitzetting) die betrekking hebben op risicopersonen. Dit is van belang om alert te zijn op deze risicopersonen en tevens om tijdige en zorgvuldige overdracht van medische informatie voor te bereiden. In geval van uitzetting van risicopersonen: verzoek het COA contact op te nemen met de IND en hen te vragen het Bureau Medische Advisering van de IND in te schakelen voor een medisch advies over noodzakelijke maatregelen.

Maak werkafspraken met het COA met het oog op het afgeven van signalen wanneer COA-medewerkers zich zorgen maken over bepaalde asielzoekers, of als zij van een asielzoeker expliciet te horen hebben gekregen dat deze het leven niet meer ziet zitten.

Bepaalde gebeurtenissen, waaronder suïcidemeldingen binnen de opvangcentra, hebben soms grote nieuwswaarde voor lokale en landelijke media. Ook kunnen voorvallen als deze door actievoerders worden aangegrepen om hun ongenoegens over bijvoorbeeld het asielbeleid kenbaar te maken. Verwijs de journalist of actievoerder naar het management. Ga niet zelf in gesprek.

Belangrijk bij suïcidepreventie is het herkennen van signalen die kunnen leiden tot suïcide en suïcidepogingen en vooral hier adequaat op te reageren. In deze publicatie wordt een aantal adviezen gegeven hoe te handelen. Dit leer je niet zomaar uit een boekje. Informeer daarom bij je leidinggevende naar de mogelijkheden van een cursus of training op het gebied van suïcidepreventie bij asielzoekers. Ook intervisie is belangrijk voor de ondersteuning van het professionele handelen.

Tot slot

Handel –als arts en verpleegkundige- in alle gevallen conform de richtlijnen van de KNMG en de 'Richtlijnen Omgaan met medisch beroepsgeheim bij de Medische Opvang Asielzoekers'.

Literatuur

Van Oostrum I., Koppenaar, H. en Goosen, S. Doodsoorzaken onder asielzoekers in Nederland in 2004-2005, GGD Nederland, 2007

Goosen S., Nijsingh H. Suïcide en Suïcidepogingen onder asielzoekers. Landelijk Service Bureau MOA van GGD Nederland, april 2006

Zelfdoding: praat erover, een brochure van de dienst Gezondheids promotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, Brussel, september 2005

Kerkhof, A.J.F.M., Arensman, E., Neeleman, J. & Wilde, E.J. de. Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland. Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie. Amsterdam/Eindhoven, Ivonne van de Ven Stichting & Depressiestichting, 2003

Van Heeringen, C. (red.) Handboek suïcidaal gedrag. De Tijdstroom, 2007

Koeman, M. Risicofactoren voor suïcide onder asielzoekers in Nederland: een case-control onderzoek. Doctoraalonderzoek, Vrije Universiteit Amsterdam, oktober 2004

Van Marrewijk, L., Plasmeijer, M. Even niet meer leven. Ama's en suïcide. Publicatie in Phaxx, Magazine van Pharos, nummer 1/2003

OASE Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Dendermonde, België, 'Pagina's voor Professionele Hulpverleners', <http://users.skynet.be/oase/suicide1.html>, 2006

Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM, www.nationaalkompas.nl versie 3.5, 16 maart 2006

Suïcide in de media, een richtlijn. Ivonne van de Ven Stichting, 2006

Protocol MOA P15 en P16. Toegeleiding volwassenen naar AMW en GGZ; indicering, respectievelijk probleemverheldering. GGD Nederland, 2003

Protocol MOA P26. Jeugdigen met psychosociale en psychiatrische problematiek. GGD Nederland, 2006

Protocol MOA P19. Meldingen aan regiomanagement. GGD Nederland, 2004



*Richtlijnen Omgaan met medisch beroepsgeheim bij de Medische Opvang Asielzoekers. GGD Nederland, 2005
www.ggdkennisnet.nl/9178*

*Vragen waarin de protocollen P21, P22 en P23 niet voorzien. GGD Nederland, Herziene versie 2005
www.ggdkennisnet.nl/9176*

*Methodiek voor het ontwikkelen van ketenrichtlijnen gezondheidszorg asielzoekers. GGD Nederland, april 2006
www.ggdkennisnet.nl/30000*

Lokale ketenrichtlijn. Poging suïcide. MOA Oost Nederland, november 2005

Have, M ten, Graaf R. de et al. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen; Resultaten van de NEMESIS studie. Trimbo's-instituut, 2007

Voorlichtingsfolders voor asielzoekers over de GGZ. Pharos 2004, www.ggdkennisnet.nl/31387

Colofon

Bij de voorbereiding van deze publicatie is dankbaar gebruikgemaakt van informatie, praktijkervaring en advies van deskundigen. Een aantal mensen en organisaties verdient daarvoor speciale dank. Het gaat om:

Ad Kerkhof, hoogleraar klinische psychologie VU, Amsterdam
Marion Ferber, GGD Den Haag
Onafhankelijke Ziekenfondsen, Brussel
Ivonne van de Ven Stichting, Amsterdam
Diverse MOA-medewerkers

Auteur

Marinus Sipkens, Landelijk Service Bureau MOA, GGD Nederland

Redactiecommissie

Lenie van Enkevort (MOA Limburg)
Simone Goossen (LSB MOA, GGD Nederland)
Salomon Negassi (MOA Zuid-Holland/Utrecht)
Hennie Nijsingh (LSB MOA, GGD Nederland)
Erik Jan de Wilde (GGD Rotterdam-Rijnmond)
Anouk Zinger (MOA Noord Nederland)

Eindredactie

Afdeling communicatie GGD Nederland

Vormgeving

AC+M, Maarssen

Fotografie

Hollandse Hoogte



Doorvragen naar aard van de suicide-ideatie.

(A.J.F.M. Kerkhof en K. van Heeringen, 2000)

- ◆ Hoe vaak denkt u aan suicide? (af en toe, dagelijks, bij voortdoring?)
- ◆ Hoe intens denkt u aan suicide? (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie?)
- ◆ Hoe wanhopig voelt u zich nu? (bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit?)
- ◆ Komen er in uw gedachten ook beelden van suicide naar boven? (heldere beelden van mogelijke methoden, springen of een vuurwapen hanteren, of alleen gedachten)
- ◆ Hoe indringend zijn gedachten en beelden van suicide? (overweldigend, oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar. Beangstigen deze gedachten of beelden u?)
- ◆ Heeft u impulsen om toe te geven aan uw verlangen om suicide te plegen? Bent u bang om de controle over uzelf te gaan verliezen? Heeft u zichzelf in de hand?
- ◆ Wat is aantrekkelijker voor u: de gedachte om door te zullen leven of om te zullen sterven? (zou u liever door willen leven, of leeft u alleen nog maar in afwachting van uw sterven?)
- ◆ Als u aan uw eigen dood denkt, heeft u dan veel verdriet, of moet u dan veel huilen? (emotionele kleur kan onverschillig zijn of lijken, of juist zeer aangedaan)
- ◆ Heeft u al een plan gemaakt over hoe u een eind aan uw leven zou kunnen maken? (heeft u een voorkeur voor een methode, voor een plaats, of voor een datum?)
- ◆ Heeft u al voorbereidingen getroffen in die richting? (tijden genoteerd dat treinen een spoorwegovergang passeren, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidsbrief geschreven, al een keer boven op de flat gestaan ter voorbereiding?)
- ◆ Hoeveel haast heeft u met uw wens om suicide te plegen? (Is er nog enige tijd, of is er grote haast om vandaag nog suicide te plegen?)
- ◆ Welke dingen houden u tegen om suicide te plegen? (familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken?)
- ◆ Wat zou u bereiken als u suicide zou plegen? (eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen makkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent?)
- ◆ Welke zijn de consequenties van uw suicide voor anderen? (ernstig leed voor achterblijvenden, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud?)

Aan de antwoorden op bovenstaande en soortgelijke vragen kan de hulpverlener verschillende **graden van ernst van de suicide-ideatie** afleiden. Grofweg kunnen vier nivo's worden onderscheiden.

1. **Lichte mate:** de patient heeft af en toe vluchtige gedachten aan suicide, heeft niet nagedacht over een plan, denkt eigenlijk niet dat hij of zij suicide zal plegen, kan ook nog aan andere dingen denken, realiseert zich mogelijke consequenties voor familie en vrienden, etc, maar speelt met het idee als mogelijkheid. Lijkt controle over suicidale impulsen te hebben. Patient wil veel liever leven dan sterven.
2. **Ambivalentie:** patient wil zowel suicide plegen als doorgaan met leven. Suicidaliteit staat in het teken van een breuk met anderen, het is gericht op teleurstellingen in de relationele sfeer en er zijn soms gedachten aan wraak. Suicidaliteit is hier sterk impulsief gekleurd, en uitgebreide plannen of voorbereidingen zijn niet gemaakt. Patient wil sterk afwisselend dan weer dood, dan weer leven.
3. **Ernstige mate:** patient heeft voortdurend gedachten en beelden van suicide in zijn hoofd, voelt zich wanhopig, kan nergens anders meer aan denken, voelt zich sterk aangetrokken tot suicide, heeft al verschillende methoden overwogen, heeft al een uitgebreid plan gemaakt met verschillende voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij er niet meer is, maar kan de suicide nog enige tijd uitstellen. Afscheidsbrieven zijn soms overwogen of geschreven. Wil veel liever sterven dan doorgaan met leven. Is benauwd voor de eigen impulsiviteit.
4. **Zeer ernstige mate:** Patient is wanhopig, kan alleen nog maar aan suicide denken, heeft geen oog voor mogelijke consequenties voor achterblijvers, heeft een uitgebreid plan klaar en mogelijk reeds geoefend. Patient is slapeloos en emotioneel ontredderd. Heeft zichzelf niet meer onder controle. Blikvernauwing treedt op (tunnelvisie, het presuicidale syndroom), patient is moeilijk aanspreekbaar, wil soms niet meer communiceren, is onrustig en radeloos, heeft geen energie meer om nog door te leven, wil ook helemaal niet verder leven, kan niet langer wachten met suicide te plegen, elk moment kan een impulsdoorbraak leiden tot suicide.

Zoals duidelijk zal zijn zijn deze vier nivo's niet sterk afgegrensd, ze lopen in elkaar over. De ernst van de suicidaliteit kan sterk wisselen waardoor patienten kunnen wisselen van minder ernstig naar ernstig suïcidaal en vice versa. Niet elke patient zal precies passen in de omschrijvingen van de verschillende nivo's.

Suicide en Suïcidepreventie

MOA Utrecht

7 september 2007

AJFM Kerkhof

ajfm.kerkhof@psy.vu.nl

www.kerkhofpsychotherapie.nl

Afdeling Klinische Psychologie
Vrije Universiteit Amsterdam

Programma Dag 1

- 09.30-10.30 Kennisoverdracht
- 11.00-12.30 Inlevingsoefening
- 12.30-13.00 Pauze
- 13.00-14.30 Systematische risicotaxatie
- 15.00-16.00 Suicidale gedachten
- 16.00-16.30 Instructies aan groepen

Programma Dag 2

- 09.30-10.30 Rapportage uit groepen
- 11.00-12.30 Benadering van suicidaliteit
- 12.30-13.00 Pauze
- 13.00-14.30 Coachen MOA medewerkers
- 15.00-16.00 Verwijzen naar GGZ
- 16.00-16.30 Toepassen Instructie MOA

Bedoeling

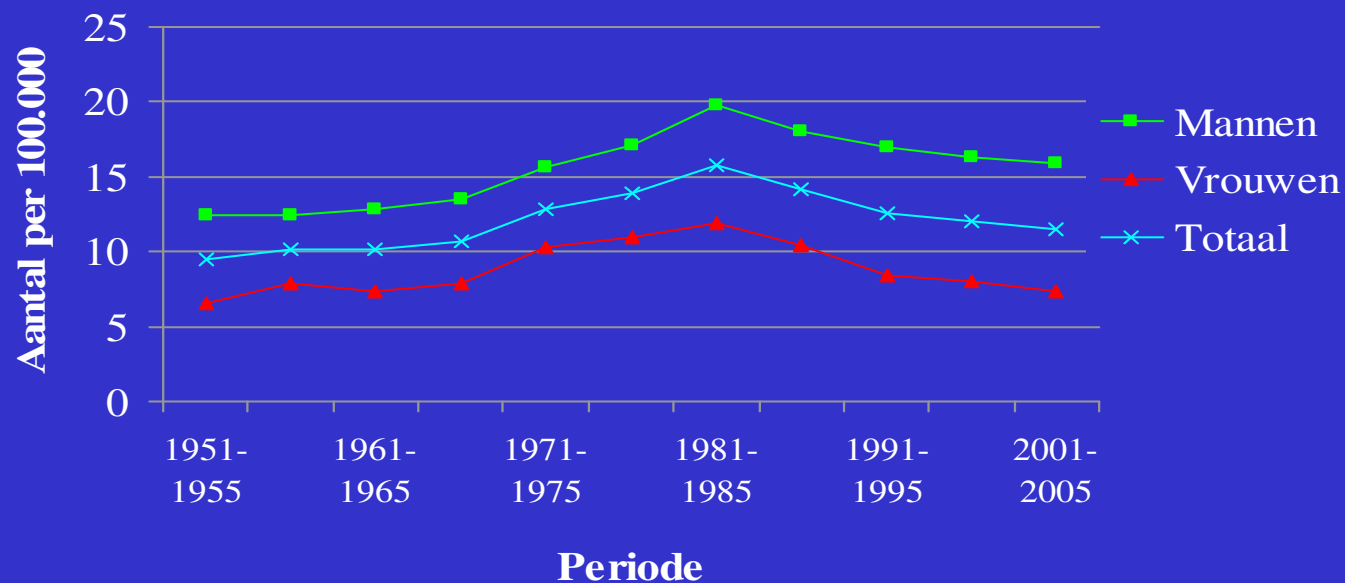
- Het programma dat u vandaag volgt, dat geeft u aan uw eigen groep
- U wordt vandaag opgeleid tot trainer
- U krijgt materiaal mee
- U krijgt aanwijzingen mee
- U rapporteert over een maand terug
- U blijft aanspreekpunt voor uw team

Tips om te onthouden

- *U denkt aan suicide: dan moet u wanhopig zijn. Klopt dat?*
- *Waarover bent u wanhopig?*
- *Suicidaliteit als een vorm van piekeren ?*

Suicide in Nederland: 1951 - 2005

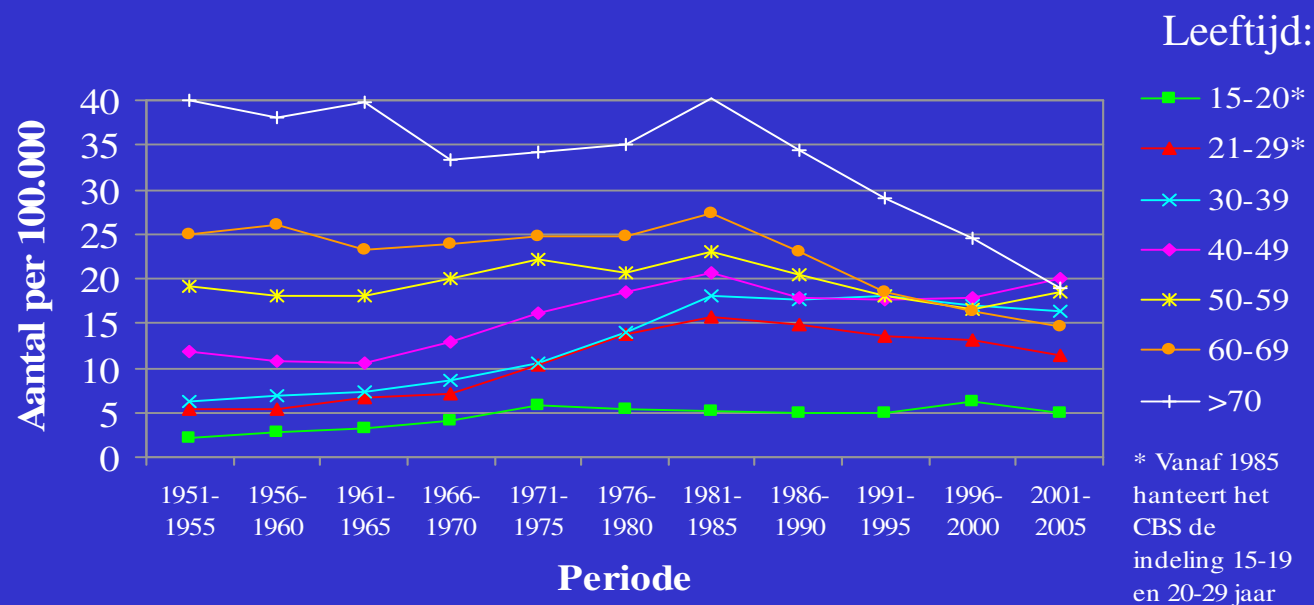
vijfjaargemiddelden per 100.000 van de bevolking
van 15 jaar en ouder



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek / A.J.F.M. Kerkhof

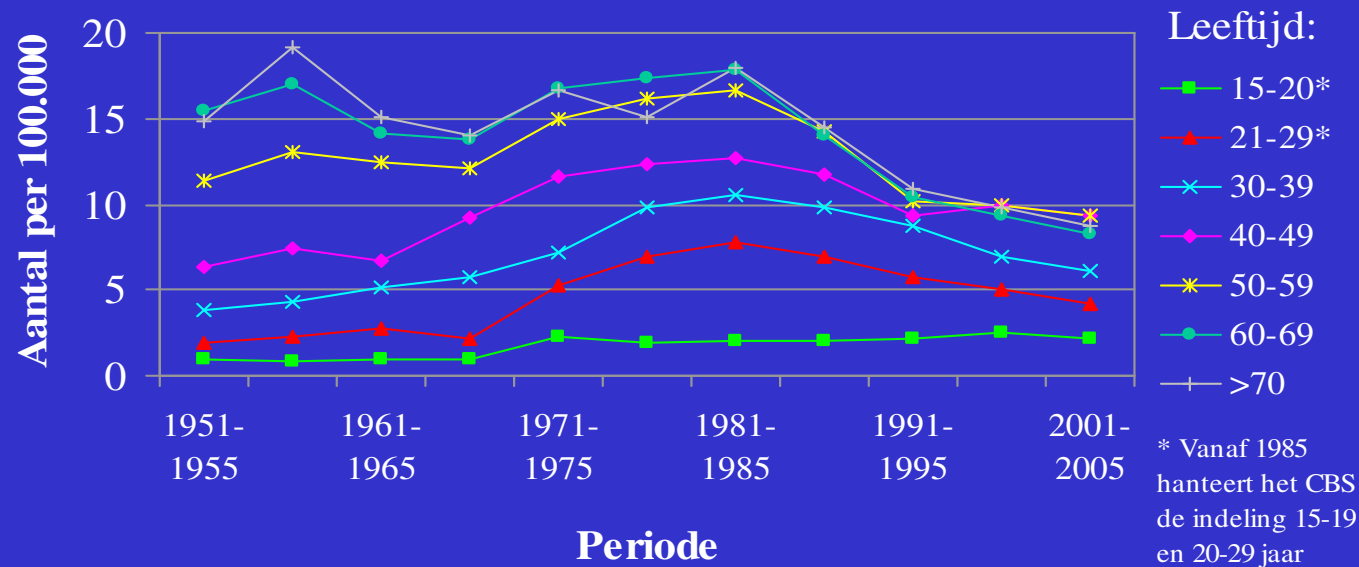
Suicide onder mannen in Nederland 1951 - 2005

vijfjaargemiddelden per 100.000 van de overeenkomstige leeftijdsgroep



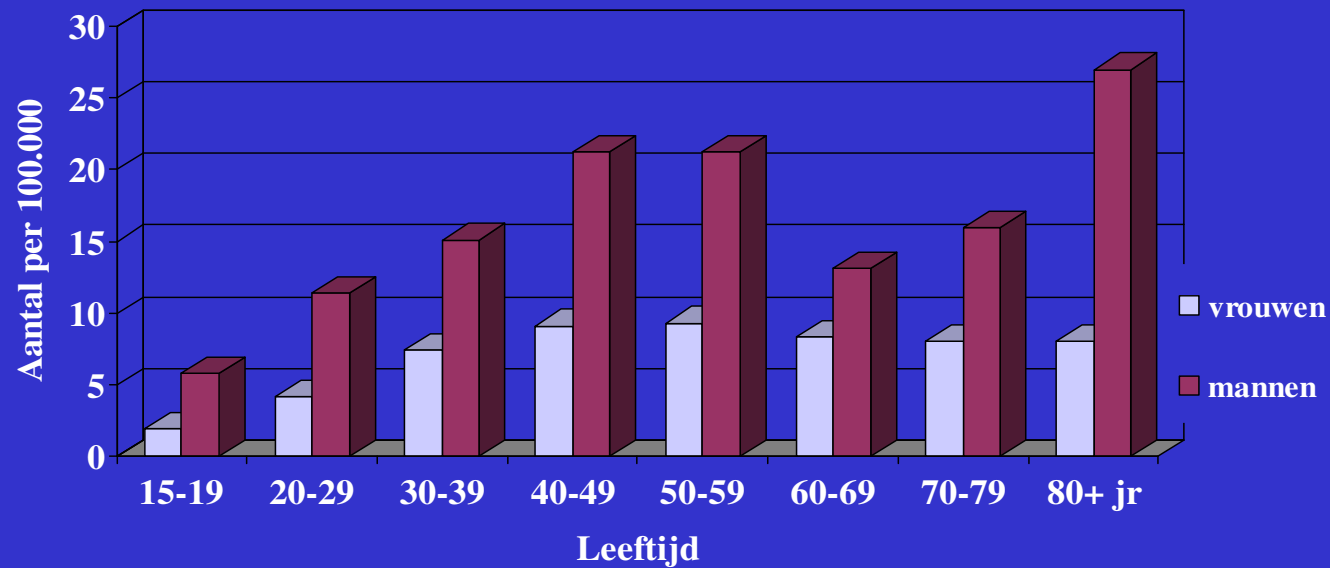
Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek / A.J.F.M. Kerkhof

Suicide onder vrouwen in Nederland 1951 - 2005 vijfjaargemiddelden per 100.000 van de overeenkomstige leeftijdsgroep



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek / A.J.F.M. Kerkhof

Aantal suicides in 2005 Vrouwen en mannen naar leeftijd per 100.000



Centraal Bureau voor de Statistiek 2006

Motieven die een rol spelen bij suïcidepogingen (uitgedrukt in percentages respondenten, N = 113)

1	De situatie was zo ondraaglijk dat ik niets anders wist te doen	78 %
2	Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn	55 %
3	Ik wilde een tijdje weg uit een onmogelijk situatie	50 %
4	Ik wilde sterven	48 %
5	Ik wilde geen pijn meer voelen	44 %
6	Ik leek de controle over mezelf te verliezen	42 %
7	Ik wilde anderen duidelijk maken hoe wanhopig ik me voelde	39 %
8	Ik wilde het voor anderen gemakkelijker maken	27 %
9	Ik wilde hierdoor hulp van iemand zien te krijgen	27 %
10	Ik wilde weten of er iemand was die werkelijk van me hield	14 %
11	Ik wilde iemand laten zien hoeveel ik van hem/haar hield	13 %
12	Ik wilde anderen betaald zetten voor de manier waarop ze me behandelden	13 %
13	Ik wilde iemand van mening doen veranderen	10 %
14	Ik wilde dat iemand zich schuldig zou gaan voelen	10 %

Bron: A.J.F.M. Kerkhof (1985), *Suicide en de Geestelijke Gezondheidszorg*

Psychologische dimensies van suïcidepogingen:

Cry of pain: Stoppen van de eigen gedachten

1. Expressie van langdurige onmacht
2. Wens om te sterven

Cry for help: De levenssituatie veranderen:

3. Anderen mobiliseren
4. Dreigend verlies partner afwenden

Chopin, Kerkhof, Arensman (2004) in De Leo (ed) *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings from the WHO/EURO Multicentre Study into Suicidal Behaviour*. Gottingen: Hogrefe and Huber

RECIDIVE

RETROSPECTIEF

- VAN ALLE MENSEN DIE DOOR SUICIDE OM HET LEVEN KOMEN, HEEFT MEER DAN DE HELFT REEDS EERDER EEN OF MEER SUICIDEPAGINGEN ONDERNOMEN
- VAN ALLE MENSEN DIE NIET-DODELIJK SUICIDEPAGINGEN ONDERNEMEN, HEEFT MEER DAN DE HELFT REEDS EERDER EEN OF MEER SUICIDEPAGINGEN ONDERNOMEN

RECIDIVE

PROSPECTIEF

- VAN ALLE SUICIDEOGERS RECIDIVEERT MINSTENS 40% BINNEN ENKELE JAREN.
VOORAL DE EERSTE WEKEN NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS ZIJN IN DIT OPZICHT GEVAARLIJK (20% RECIDIVE BINNEN DRIE MAANDEN)
- VAN ALLE SUICIDEOGERS KOMT MINSTENS 10% BINNEN ENKELE JAREN DOOR SUICIDE OM HET LEVEN

Suïcidaliteit:

is een latent aanwezig blijvende kwetsbaarheid

Als metafoor:

Suïcidaliteit werkt hetzelfde als een herpes virus

Co-variantie:

- Suicidaliteit covarieert met psychische aandoeningen
- Maar is niet alleen maar een symptoom
- Langdurige persoonlijkheidsdimensie
- Kan terugkomen bij teleurstellingen
- Hoog bij volgende depressieve episode

Suïdaliteit bij asielzoekers

- Bij suïcide: vaak langdurige psychiatrische problematiek die al lang bestond in het land van herkomst
- Niet iedereen in dezelfde situatie reageert met suïdaliteit

Langdurige kwetsbaarheid:

- Neurotische omgang met het leven
- Angstig, somber, onzeker zelfbeeld
- Perfectionisme en faalangst
- Dichotoom denken
- Rumineren en piekeren
- Slapeloosheid en hopeloosheid
- Gebrekkige probleemoplossingsstrategieën
- Krenkbaar zelfbeeld

Langdurige kwetsbaarheid:

- Een levenshouding die er voor zorgt dat teleurstellingen snel leiden tot hopeloosheid en overgegeneraliseerde uitzichtloze toekomstperspectieven.
- In combinatie met impulsiviteit en het verlangen dat de psychische pijn nu moet stoppen
- Zelfbeeld voortdurend bedreigd

Langdurende kwetsbaarheid:

- In goede tijden:
adequate probleemoplossing
- In tijden van depressie of levensgebeurtenis:
geen herinnering meer aan eerdere
adequate probleemoplossing, apathie

Langdurende kwetsbaarheid:

- Persoonlijkheidsdimensie
- Onafhankelijk van ziektebeeld
- Niet genezen als depressie opklaart
- Niet genezen als medicatie ingesteld
- Niet genezen bij ontslag uit de kliniek
- Speelt weer op bij volgende teleurstelling of terugval in depressieve symptomen

Suïcidaal proces:

- Belangrijke doelen zijn bedreigd
- Bedreiging van het gehele zelf
- Incompetentie om toekomstige problemen het hoofd te bieden
- Allesoverheersende hopeloosheid
- Ondraaglijke emoties
- Bescherming van het zelf tegen verdere onttaking

Waarom plegen mensen suïcide?

- Hun toekomst is zwart, op alle fronten
- Belangrijkste bestaansredenen bedreigd
- Idealen onbereikbaar geworden
- Niet meer te herstellen, hopeloosheid
- Doorleven is erger dan sterven
- Suïcide is een vorm van zelfbescherming
- Tegen verder onheil en aftakeling

Toekomstverwachtingen

- Toekomst is uitzichtloos en dat is een feit
- Huidige leven is totaal ondraaglijk: feit
- Zelfbeeld is totaal machteloos: feit

Vanwege:

- Overgegeneraliseerd toekomstbeeld en
- Overgegeneraliseerd autobiografisch geheugen

Synthese:

- Suïcidaal proces
- Kwetsbaarheid en affectregulatie
- Impulsiviteit en agressie, dichotoom denken
- Rigiditeit in probleemoplossingen
- Uitlokkende gebeurtenissen
- Bedreiging van het zelfbeeld
- Belangrijke doelen zijn bedreigd

Synthese:

- Bedreiging van het gehele zelf
- Incompetentie om toekomstige problemen het hoofd te bieden
- Hopeloosheid allesoverheersend
- Geen ontsnapping mogelijk
- Verslagen door het leven
- Ondraaglijke emoties

Synthese:

- Toestand van een geblokkeerde ontsnapping uit een ondraaglijke hopeloze situatie
- Sporen van hoop?
- Ambivalentie: heen en weer geslingerd tussen hoop en hopeloosheid
- Bescherming van het zelfbeeld tegen verdere onttakeling

Suicidaliteit als piekeren

- Zelfde functie als rumineren en piekeren:
- Poging om probleem op te lossen
- Herhaald, oncontroleerbaar, obsessief
- Vele uren per dag
- Angstig voor de toekomst
- Leidt tot moeheid, machteloosheid, hopeloosheid, uitputting en tot suïcide

Besluit:

Suïcidaliteit altijd blijvend aanwezig

Suïcidaliteit lijkt een persoonlijkheidskenmerk te zijn

Na verbetering: suïcidaliteit blijft latent aanwezig

Suïcidaliteit: altijd even bij blijven

Suïcidaliteit: nog steeds ongelukkig/wanhopig

Wanhopig over de toekomst

Suïcidepreventie = meedenken over de toekomst

Omgang met suïcidale patiënten

- Valideer de wanhoop en waarover wanhopig?
- Wat is het belangrijkste in het leven van de patiënt?
- Wat is de belangrijkste bedreiging van dit levensdoel?
- Belangenbehartiging: samen naar de toekomst kijken
- Breng structuur aan in de structuurloosheid
- Gecontroleerd piekeren over suïcide
- Overgegeneraliseerde blik op toekomst
- Overgegeneraliseerde blik op het verleden
- Realistische kijk op de toekomst

Inlevingsoefening

- Doel: te beseffen wat iemand meemaakt die aan suïcide denkt
- Doel: te beseffen wat iemand nodig heeft die aan suïcide denkt

Inlevingsoefening

- Emotioneel belastend
- Indien getroffen door verlies: niet meedoen
- Indien emotionele na-effecten: mogelijkheid tot contact:

Tel: 071-5232166 (thuis)

- Verschillende stappen

Stap 1. Uw lastigste suïcidale asielzoeker ooit

Wilt u even denken aan uw meest lastige suïcidale asielzoeker ooit. Probeer zo veel mogelijk details van die persoon te herinneren. Tracht u zich het moeilijkste moment met deze persoon voor de geest te halen. Hoe voelde u zich toen? Hoe voelde de asielzoeker zich toen? (5 minuten, s.v.p. opslaan op uw harde schijf).

Stap 2. Ergste wat u kan overkomen

- Stel u voor: ogen dicht
- Wat is het ergste wat u kan overkomen?
- Gebeurtenis, ongeval, conditie?
- Ronde maken: inventarisatie

Stap 3: Het overkomt u

- Stelt u zich voor: Ogen dicht:
- Het ergste wat u kan overkomen is u zojuist overkomen
- Wat betekent dat voor u?
- Wat wilt u dat er gebeurt?
- Hoe voelt dat?
- Lichamelijke gewaarwordingen?

Stap 3: Het overkomt u

- Wat wilt u dat er gebeurt?
- De eerste dagen?
- Wie zou u willen zien?
- Waar zou u willen zijn?
- Wat gaat u doen?
- Zou u willen spreken met een hulpverlener?

Stap 3: Het overkomt u

- Ronde maken:
- Wat zijn uw belangrijkste gevoelens
- Wat zijn uw lichamelijke gewaarwordingen
- Wat zijn uw plannen
- Hoe ziet uw toekomst eruit?

Stap 4: even uit de oefening

- In welke opzichten lijken uw gevoelens van zonet op die van suïcidale personen? In welke opzichten verschillen zij?

Stap 5: Lastigste patiënt

- Haalt u even uw lastige asielzoeker te voorschijn uit uw geheugen
- Vraagt u zich even af of die persoon op dat moment zich net zo gevoeld moet hebben als u zich net voelde?
- Zo ja, wat had u toen kunnen doen? Had dat iets uitgemaakt?

Stap 6: Het is niet waar

- Ogen dicht:
- Het was slechts een oefening:
- Uw dierbaren leven nog
- In de pauze kunt u even naar huis bellen
- Het was slechts een oefening
- Het is dus niet waar gebeurd
- Nu is er lunch

Systematische Risicotaxatie

- Doel: Het risico op suïcide in te leren schatten
- Doel: Te leren dat samen doen met de asielzoeker

Complete risicotaxatie

1. Langdurige kwetsbaarheidsfactoren
2. Langdurige beschermingsfactoren
3. Eerdere suicide-ideatie en suïcidale gedragingen
4. Huidige suicide-ideatie
5. Huidig risicomoment
6. Huidige kwetsbaarheidsfactoren
7. Huidige beschermingsfactoren

AANWIJZINGEN VOOR SUICIDALITEIT:

- IS PATIËNT NU DEPRESSIEF?
- WAS PATIËNT VROEGER DEPRESSIEF?
- BEHANDELING IN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS?
- AMBULANTE BEHANDELING?
- SUICIDEPOGING(-EN) IN VERLEDEN?
- ZELFDESTRUCTIEF GEDRAG IN VERLEDEN?
- AFHANKELIJKHEID VAN ALCOHOL OF DRUGS?
- UITINGEN VAN HOPELOOSHEID?

Bron: Van Heeringen en Kerkhof (2000)

Risico op suïcide dit jaar gegeven een aantal risicofactoren die (geïsoleerd of samen) invloed uitoefenen

Risicofactor	Geïsoleerd	Samen
depressie	verhoogd	hoog
alcohol/drugmisbruik	verhoogd	hoog
schizofrenie	verhoogd	hoog
persoonlijkheidsstoornis	verhoogd	hoog
traumatische gebeurtenis	laag	verhoogd
ziekte	laag	verhoogd
leeftijd en geslacht	laag	verhoogd
zonder partner	laag	verhoogd
sociaal isolement	laag	verhoogd
deviantie	laag	verhoogd
suïcidale communicatie	laag	hoog
suïcidale preparatie	laag	hoog
eerdere suïcidepoging	laag	hoog
recent verlies	laag	hoog
statusverlies/financieel	laag	verhoogd
suïcidaal model in omgeving	laag	verhoogd

laag risico	=	minder dan 0,1%
verhoogd risico	=	tussen 0,1% en 1%
hoog risico	=	meer dan 1%

Bron: A.J.F.M. Kerkhof

ACUUT SUICIDERISICO ONDER DEPRESSIEVE PATIËNTEN BIJ:

- ERNSTIGE ANGSTVERSCHIJNSELEN
- PIEKEREN
- PANIEKAANVALLEN

Lange termijn risicofactoren voor suïcide onder depressieve patiënten:

- meer eerdere suïcidepogingen
- eerdere suïcidepogingen met een sterke doodsintentie
- eerdere suïcidepogingen met gewelddadige methoden
- ernstiger en langduriger gevoelens van hopeloosheid
- ernstiger en langduriger verlies van concentratie en besluiteloosheid
- meer traumatische ervaringen
- meer alcoholmisbruik
- meer co-morbide stoornissen
- meer mannen
- hogere leeftijd
- vaker gescheiden
- vaker sociaal geïsoleerd
- vaker recent getroffen door verlies van een dierbare

Suïciderisico bij schizofrenie:

- depressie
- eerdere depressieve perioden
- afhankelijkheid van middelen
- paranoïde wanen
- periodieke en ernstige terugval
- vaker (her-)opgenomen
- bij eerste opname slechte prognose
- hopeloosheid
- eenzaamheid en onvrede over sociale relaties
- ingrijpende levensgebeurtenissen
- intelligentie

Suïciderisico bij alcohol-afhankelijkheid:

- depressie
- verlies / scheiding partner
- suïcidale communicatie

Suïciderisico in detentie:

- Ouder worden (40+)
- Alleenwonend
- Zwervend
- Preventief gehecht
- Maatregel PZ of TBS
- Vaker geweldsdelict
- Hoge strafoplegging of strafdreiging
- Vaker één eerdere insluiting
- Eerdere suïcidepoging tijdens detentie
- Verslaving aan meerdere middelen
- Behandeling voor psychische klachten of verslaving
- Suïcidale communicatie tijdens intake

Psychologische kwetsbaarheidfactoren:

1. Depressie
2. Hopeloosheid en hulpeloosheid
3. Negatief zelfbeeld
4. Agressie
5. Impulsiviteit
6. Rigiditeit en gebrekkige probleemoplossing
7. Gebrekkige affectregulatie

Benadering van suïcidale gedachten

- Doel: te leren communiceren over suïcidale gedachten
- Doel: te leren vragen te stellen
- Doel: te leren alles te willen weten

Oefening I

- Welke gedachten willen suïcidale patiënten ontvluchten?

Oefening I

- Tweetalen A en B
- Hulpverlener A speelt zijn lastige suïcidale patiënt
- Hulpverlener B speelt zichzelf
- B probeert een zo goed mogelijk beeld te verkrijgen van de suïcidale gedachten van A
- NIET HULPVERLENEN, alleen inventariseren
- NIET van rol wisselen. Tien minuten maximaal
- Gebruik uitgedeelde lijst met vragen

Oefening II

- Welke gedachten hebben suïcidale patiënten over hun toekomst?

Oefening II

- Tweetalen A en B
- Hulpverlener B speelt zijn lastige suïcidale patiënt
- Hulpverlener A speelt zichzelf
- A probeert een zo goed mogelijk beeld te vormen van de suïcidaliteit van B en van diens toekomstperspectief
- NIET HULPVERLENEN, alleen inventariseren
- NIET van rol wisselen

Doorvragen naar aard van de suicide-ideatie

(A.J.F.M. Kerkhof en K. van Heeringen, 2000)

- Hoe vaak denkt u aan suïcide? (af en toe, dagelijks, bij voortduring?)
- Hoe intens denkt u aan suïcide? (als vluchtige gedachten, als obsessie, als nachtmerrie?)
- Hoe wanhopig voelt u zich nu? (bij vlagen, voortdurend, erger dan ooit?)
- Komen er in uw gedachten ook beelden van suïcide naar boven? (heldere beelden van mogelijke methoden, springen of een vuurwapen hanteren, of alleen gedachten?)
- Hoe indringend zijn gedachten en beelden van suïcide? (overweldigend, oncontroleerbaar of vluchtig, voorbijgaand en controleerbaar. Beangstigen deze gedachten of beelden u?)
- Heeft u impulsen om toe te geven aan uw verlangen om suïcide te plegen? Bent u bang om de controle over uzelf te gaan verliezen? Heeft u zichzelf in de hand?
- Wat is aantrekkelijker voor u: de gedachte om door te zullen leven of om te zullen sterven? (zou u liever door willen leven, of leeft u alleen nog maar in afwachting van uw sterven?)

- Als u aan uw eigen dood denkt, heeft u dan veel verdriet , of moet u dan veel huilen? (emotionele kleur kan onverschillig zijn of lijken, of juist zeer aangedaan)
- Heeft u al een plan gemaakt over hoe u een eind aan uw leven zou kunnen maken? (heeft u een voorkeur voor een methode, voor een plaats, of voor een datum?)
- Heeft u al voorbereidingen getroffen in die richting? (tijden genoteerd dat treinen een spoorwegovergang passeren, medicijnen gespaard, touw klaargelegd, afscheidsbrief geschreven, al een keer boven op de flat gestaan ter voorbereiding?)
- Hoeveel haast heeft u met uw wens om suïcide te plegen? (is er nog enige tijd, of is er grote haast om vandaag nog suïcide te plegen?)
- Welke dingen houden u tegen om suïcide te plegen? (familieleden, nog enige hoop op verbetering, eerst nog zaken afmaken?)
- Wat zou u bereiken als u suïcide zou plegen? (eindelijk rust, overleden dierbare terugzien, geen pijn meer voelen, het voor anderen makkelijker maken, wraak nemen, anderen duidelijk maken hoe wanhopig u bent?)
- Welke zijn de consequenties van uw suïcide voor anderen? (ernstig leed voor achterblijvenden, goed voor hen dat ik er niet meer ben, laat me koud?)

Graden van ernst suïcide–ideatie:

- *Lichte mate*: vluchtig, wil liever leven
- *Ambivalentie*: impulsief en relationeel
- *Ernstige mate*: wanhopig, plan
- *Zeer ernstige mate*: wanhopig, ontredderd, blikvernauwing,

Onthoudt:

- Twee vragen om te bewaren:
- *U denkt aan suicide: dan moet u wanhopig zijn. Klopt dat?*
- *Waarover bent u wanhopig?*

Oefening III tegen het suïcidale gepieker

- Zelfde tweetallen A en B, zelfde patiënten
- Met rolwisseling: twee maal 10 minuten
- Bekijk suïcidale gedachten als piekergedachten (duur, herhaling, controleerbaarheid, resultaat)
- Bekijk de onmacht om iets aan deze gedachten te doen
- Probeer de piekergedachten te verminderen in duur, frequentie, en intensiteit

Suïcidale Piekertherapie:

- Gecontroleerd suïcidaal piekeren:
- twee maal / drie maal 30 minuten per dag
- Positief piekeren, I, en II
- Gedachtendwarrel
- Drie scenario's bedenken
- Positief toekomstscenario opschrijven
- www.toekomstgerichtetraining.nl

Interventie en preventie:

- Toekomstgericht
- Op het realiseren van de belangrijkste waarden
- Belangenbehartiging
- Wegnemen bedreigingen integriteit en autonomie
- Heroriëntatie op waarden en levensdoelen
- Herstellen van realistische verwachtingen
- Hoop
- In het besef van voortdurende kwetsbaarheid
- Regelmatige taxatie suïcidaliteit
- Suïcidaliteit onderdeel behandeling

Instructie voor trainers

- Probeer dit verhaal in eigen woorden te vertellen
- Betrek uw kennis over asielzoekers erbij
- Improviseer veel, de eigen ervaringen en opvattingen zijn belangrijk
- Bewaar de structuur
- Wees niet bang

soort document Ketenrichtlijn	Status concept
onderwerp suïcidepreventie	Code Versie 0.2

+ logo's COA (en GGD Nederland?)

Ketenrichtlijn suïcidepreventie

Inleiding

Medewerkers in de opvang en zorgverlening aan asielzoekers kunnen te maken krijgen met suïcide, suïcidepogingen en -dreigingen van asielzoekers. De brochure 'Suïcidepreventie bij asielzoekers' (2012) geeft hier meer achtergrondinformatie over. In deze Ketenrichtlijn Suïcidepreventie richten COA, GGD Nederland en GC A zich op de taken en verantwoordelijkheden van betrokken medewerkers bij een (poging tot) suïcide bij een asielzoeker.

Taken en verantwoordelijkheden

Het is aan alle betrokkenen om te handelen bij suïcide-dreiging. De taken en verantwoordelijkheden zijn daarbij verschillend.

GC.A-team

huisarts – de huisarts is eindverantwoordelijk voor zijn/haar patiënten. Wanneer een patiënt suïcidaal is is de huisarts het eerste aanspreekpunt. De huisarts kan ook zelf signaleren. Afhankelijk van de risico-inschatting bepaalt hij/zij welk beleid ingezet wordt. Dit kunnen bijvoorbeeld ondersteunende gesprekken of medicatieverstrekking zijn. De huisarts schakelt zo nodig de GGZ of de GGZ-crisisdienst in.

Wanneer de bewoner in behandeling is bij een GGZ instelling brengt de huisarts ook de behandelaar op de hoogte.

Als kinderen zijn betrokken, informeert de huisarts zo nodig de JGZ (conform format behorend bij de samenwerkingsafspraken huisarts – JGZ).

praktijkverpleegkundige – de praktijkverpleegkundige speelt een belangrijke rol bij het signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit en eventuele suïcidepogingen van asielzoekers. De praktijkverpleegkundige is regelmatig op locatie. Belangrijke informatie wordt via het HIS gedeeld en gefiatteerd door de huisarts. Afhankelijk van de urgentie wordt direct telefonisch contact opgenomen.

consulent GGZ – de consulent GGZ is niet dagelijks op locatie. Hij/zij speelt ook een rol bij het signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit en eventuele suïcidepogingen van asielzoekers. De consulent GGZ speelt in principe geen rol bij crisisinterventie, tenzij de consulent GGZ in de buurt is en er nadrukkelijk een beroep op hem/haar wordt gedaan. Wanneer een andere functionaris signaleert dat er sprake is van suïcidedreiging wordt de huisarts of praktijkverpleegkundige De huisarts of praktijkverpleegkundige informeert verder zo nodig de andere zorgverleners, zoals de GGZ instelling of consulent GGZ.

Eigenaar: Hoofd Zorguitvoering	Datum actuele versie: 15 september 2011	Autorisatie	Pag: 1 van 3
Auteur: Astnd Kruiff	Datum eerstvolgende evaluatie: 1 juli 2012	Nee	
Beheerder: Hoofd Z&K			

soort document Ketenrichtlijn	Status concept
onderwerp suïcidepreventie	Code Versie 0.2

+ logo's COA (en GGD Nederland?)

praktijkassistent – de praktijkassistent heeft een signalerende taak en schakelt de praktijkverpleegkundige, consulent GGZ en/of de huisarts bij vermoedens of zorgen in.

GGZ-crisisdienst

De crisisdienst van een plaatselijke GGZ-instelling wordt bij ernstige dreigingen of handelingen ingeschakeld. De huisarts is de verwijzer. De crisisdienst van de GGZ-instelling koppelt zijn bevindingen terug naar de huisarts en maakt een (be)handelplan.

COA-team

COA-medewerker – de COA-medewerker heeft een signalerende en ondersteunende rol. Zijn zorgen over een suïcidale bewoner deelt de COA-medewerker met het GC A-team. Ook kan het GC A-team aan COA-medewerkers vragen bij een bewoner extra alert te zijn. Van een COA-medewerker wordt niet verwacht ondersteunende gesprekken te voeren met een suïcidale bewoner.

Trigion-medewerker – de Trigion-medewerker heeft een signalerende rol bij suïcidepreventie. Opvallend gedrag of uitingen worden aan het COA-team doorgegeven. Bij vermoedens voor suicide(dreiging) informeert een Trigion-medewerker altijd het GC A-team of de Praktijklijn.

JGZ-team

Een JGZ-arts en een JGZ-verpleegkundige hebben een signalerende functie en verwijzen bij vermoedens van suïcidaal gedrag of gedachten van een jeugdige of de ouder van de jeugdige naar de huisarts, conform het format behorend bij de algemene samenwerkingsafspraken GC A/JGZ.

Voorafgaand aan (een poging tot) suïcide

Alle betrokken medewerkers (zorgverleners en COA-medewerkers) dienen alert te zijn op vermoedens van suïcidaal gedrag of gedachten en kunnen handelend optreden. Zie hiervoor verder de brochure 'Suïcidepreventie bij asielzoekers' (2012). Meld vermoedens van suïcidaal gedrag bij het GC A-team of de Praktijklijn.

Risico-inschatting

Zorgverleners van GC A hebben de taak om de ernst van de suïcidedreiging op waarde te schatten. Ook als suïcide als pressiemiddel wordt ingezet, is het van belang dit serieus op te pakken.

Medewerkers die niet onvoldoende toegerust zijn om de ernst van een suïcidedreiging in te schatten (COA-medewerkers, Trigionmedewerkers, praktijkassistenten) dienen het GC A op locatie te informeren. Indien het GC A op locatie niet aanwezig is, kan dit ook bij de Praktijklijn (24/7). Een signaal naar de huisarts, praktijkverpleegkundige of Praktijklijn dient altijd in rechtstreeks contact (telefonisch, ter plaatse) te worden overgedragen. Een bericht per email, SMS of voicemail is dan niet voldoende.

Eigenaar: Hoofd Zorguitvoering	Datum actuele versie: 15 september 2011	Autorisatie	Pag. 2 van 3
Auteur: Astrid Kruijff	Datum eerstvolgende evaluatie: 1 juli 2012	Nee	
Beheerder: Hoofd Z&K			

soort document Ketenrichtlijn	Status concept
onderwerp suicidepreventie	Code Versie 0.2

+ logo's COA (en GGD Nederland?)

Bespreking in multidisciplinair overleg

Een bespreking tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) kan ondersteunend zijn voor verschillende disciplines om de kennis en vaardigheden over het omgaan met suïcidevermoedens en -dreigingen te vergroten en de aanpak af te stemmen. Voor een persoonlijke casusbespreking in het MDO dient een toestemmingsverklaring door de asielzoeker getekend te zijn.

Toestemmingsverklaring

Het doorgeven van informatie over een suïciderisico door een arts (of ondersteuner van een arts) is privacy-gevoelige informatie. Bij uitwisseling van gegevens tussen arts en derden dient de bewoner/patiënt op basis van informed consent daarvoor toestemming gegeven te hebben door een arts. Deze toestemming kan mondeling en schriftelijk worden gegeven. De zorgverlener maakt van de mondelinge toestemming aantekening in het dossier. Als sprake is van een conflict van plichten kan een hulpverlener zonder toestemming van de cliënt informatie aan derden verschaffen. Die afweging kan alleen de hulpverlener zelf maken.

Acute suïcidedreiging

Er kan een situatie op een COA-locatie ontstaan van acute suïcidedreiging. Het is dan zaak dat de GGZ-crisisdienst en zo nodig politie worden ingeroepen. In principe schakelt de huisarts de GGZ-crisisdienst in en maakt duidelijk aan hen hoe acuut de crisis is. Iedereen, ook het COA of de beveiliging, kan als de huisarts er niet is, 112 bellen. De huisarts is ervoor verantwoordelijk dat bij acute suïcidedreiging iemand bij de patiënt blijft. Bij suïcidedreiging kan de politie worden ingeschakeld. Zowel de locatiemanager van COA, Trigion-medewerkers als de zorgverleners van GC A kunnen de politie inschakelen. De beveiliging dient op de hoogte te worden gesteld van de komst van de politie.

Suïcidepoging

Wanneer je iemand aantreft die een suïcidepoging heeft gedaan (geslaagd of niet), bel je 112. Bij een niet geslaagde poging wordt zo de hulpverlening gestart. Bij een geslaagde poging schakelt de huisarts die het overlijden vaststelt een lijkschouwer in.

Melding bij management

Een suïcide(poging) of acute suïcidedreiging dienen door COA- en GC A-medewerkers altijd bij het management (regiomanagement voor GC A en locatiemanager en/of bereikbaarheidsdienst voor COA) gemeld te worden.

Het management kan ook voor nazorg van medewerkers zorgen wanneer zich een ernstig voorval heeft voorgedaan. Ook draagt het management zorg voor het informeren van de communicatieafdeling en het omgaan met media/pers. Ook zorgt het management van het GC A ervoor dat de suïcide(poging) wordt geregistreerd en beschikbaar gesteld aan GGD Nederland voor de landelijke registratie en analyse van doodsoorzaken en suïcidepogingen van asielzoekers.

Eigenaar: Hoofd Zorguitvoering	Datum actuele versie: 15 september 2011	Autorisatie	Pag.: 3 van 3
Auteur: Astrid Kruijff	Datum eerstvolgende evaluatie: 1 juli 2012	Nee	
Beheerder: Hoofd ZSK			

soort document Ketenrichtlijn	Status concept
onderwerp suïcidepreventie	Code Versie 0.2

+ logo's COA (en GGD Nederland?)

Eigenaar: Hoofd Zorguitvoering Auteur: Astrid Kruijff Beheerder: Hoofd Z&K	Datum actuele versie: 15 september 2011 Datum eerstvolgende evaluatie: 1 juli 2012	Autorisatie Nee	Pag.: 4 van 3
--	---	--------------------	---------------