euregenas

European Regions Enforcing Actions Against Suicide

TOOLKIT

Zelfmoordpreventie, interventie en postventie op school

Eva Dumon & Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek - Universiteit Gent

Het Euregenas-project kreeg financiële steun van de Europese Unie onder het Volksgezondheidsprogramma 2008-2013. De auteur is als enige verantwoordelijk voor de inhoud van deze publicatie en het Uitvoerend Agentschap is niet aansprakelijk voor enig gebruik dat gemaakt wordt van de informatie vervat in deze publicatie.

Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

TOOLKIT

Zelfmoordpreventie, -interventie en -postventie op school

Eva Dumon & Prof. Dr. Gwendolyn Portzky

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent

Euregenas

2014

Dankbetuigingen

Deze toolkit werd ontwikkeld door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent, die de hoofdpartner is van Werkpakket 6 van het Euregenas-project, met de steun van de Vlaamse Regering en de waardevolle samenwerking van de volgende partners en stakeholders die werden uitgenodigd om hun commentaar en feedback te geven:

- De "Euregenas Associated Partners" (zie p. 45 voor een volledige lijst van alle partners);
- De wetenschappelijke raad van het Euregenas-project
- De deelnemers aan de regionale netwerkmeetings* van Euregenas, met bijzondere dank aan het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIGeZ) voor hun bijdragen aan de toolkit;

  **Deze regionale netwerken werden opgericht in vijf deelnemende regio's ter ondersteuning van de ontwikkeling en de implementatie van de toolkit en met de medewerking van de betrokken beleidsverantwoordelijken, experten volksgezondheid, maatschappelijke actoren en stakeholders op het vlak van zelfmoordpreventie.*

Deze toolkit werd van het Engels naar het Nederlands vertaald door het Team Vertalingen van de Vlaamse Overheid.

De iconen in deze toolkit werden ontwikkeld door Freepik en IcoMoon.

Inhoud

MANAGEMENTSAMENVATTING 4

INLEIDING 5

DEEL 1 STRATEGIEEN VOOR ZELFMOORDPREVENTIE BINNEN EEN GEZONDHEIDSBELEID OP SCHOOL 7

STRATEGIE 1 - Een gezondheidsbeleid als kader 8

STRATEGIE 2 - Preventieprogramma's ontwikkelen 13

1. Psycho-educatieve programma's 14
2. Programma's voor het trainen van vaardigheden bij leerlingen 18
3. Programma's voor het trainen van leerkrachten en leerlingenbegeleiders 21
4. Screeningsprogramma's 22

STRATEGIE 3 - Bijzondere aandacht voor kwetsbare leerlingen en personeelsleden 24

STRATEGIE 4 - Toegang tot dodelijke middelen beperken 26

DEEL 2 PRAKTISCHE TOOLS 27

TOOL 1 - Belangrijke feiten over zelfmoordgedrag 28

TOOL 2 - Hoe suïcidale leerlingen identificeren en hoe met hen omgaan 32

TOOL 3 -Wat doen na een zelfmoord(poging)? 36

TOOL 4 - Richtlijnen voor een klasgesprek na een zelfmoord(poging) 43

CONCLUDERENDE CHECKLIST 44

OVER HET EUREGENAS-PROJECT 45

LITERATUUR 48

Managementsamenvatting

Deze toolkit heeft als doel richtlijnen aan te reiken voor zelfmoordpreventie, -interventie en -postventie op school. De toolkit omvat twee grote delen.

1. Het eerste deel richt zich tot beleidsmakers op het gebied van onderwijs. Het reikt een BELEIDSKADER aan voor gezonde scholen, inclusief een overzicht van doeltreffende **strategieën** en **programma's** die gericht zijn op de bevordering van de geestelijke gezondheid en op zelfmoordpreventie op school.

2. Het tweede deel omvat een reeks PRAKTISCHE TOOLS voor schoolpersoneel, onder wie directeurs, leerkrachten en pedagogische begeleiders, met inbegrip van:

- **Belangrijke feiten over suïcidaal gedrag**
- **Interventiestrategieën** die omschrijven hoe suïcidale leerlingen te identificeren en hoe met hen om te gaan.
- **Postventiestrategieën** om aan te wenden na een zelfmoord of zelfmoordpoging van een leerling (of personeelslid), inclusief een blauwdruk voor een crisisplan.
- **Richtlijnen voor een klasgesprek** na een zelfmoord of zelfmoordpoging van een leerling (of personeelslid).
- **Een afsluitende checklist** met een samenvatting van de belangrijkste punten van deze toolkit.

Naast deze toolkit kan het nuttig zijn om te kijken naar:

- **Algemene Richtlijnen voor Zelfmoordpreventie**, ontwikkeld door Euregenas en beschikbaar op de volgende website: www.euregenas.eu
- Een aantal landen hebben ook specifieke **lokale en nationale tools en programma's** ontwikkeld voor scholen op het vlak van bevordering van geestelijke gezondheid en zelfmoordpreventie.

Deze toolkit is beschikbaar in verschillende talen en kan gedownload worden op www.euregenas.eu

INLEIDING

Over Euregenas

In het kader van werkpakket 6 van het Euregenas-project werden richtlijnen voor zelfmoordpreventie en toolkits ontwikkeld. Het Euregenas-project **wil bijdragen aan de preventie van zelfmoordgedachten en -gedrag in Europa** door het uitwerken en uitvoeren van zelfmoordpreventiestrategieën op regionaal niveau, die nuttig kunnen zijn voor de Europese Unie als voorbeelden van goede praktijken. Het project brengt **15 Europese partners** uit 11 Europese regio's samen, met uiteenlopende ervaringen op het vlak van zelfmoordpreventie. Meer informatie over dit project is beschikbaar aan het eind van deze toolkit en op de website: www.euregenas.eu

Ontwikkeling van deze toolkit

De richtlijnen in deze toolkit zijn gebaseerd op een **behoeftenanalyse** van belangrijke stakeholders die werd uitgevoerd op regionaal niveau en op een **uitgebreide literatuuranalyse en analyse van goede praktijken** die opgenomen zijn in werkpakket 4 van het Euregenas-project.

Hierbij werd tevens een internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd naar de doeltreffendheid van zelfmoordpreventiestrategieën en -programma's, waarbij gebruik werd gemaakt van 'Web of Science' (2000-2014).

Bovendien werden **regionale netwerken** opgericht in vijf deelnemende regio's om de ontwikkeling en implementatie van deze richtlijnen te ondersteunen. Beleidsmakers, experts op het gebied van volksgezondheid, belangrijke maatschappelijke actoren en stakeholders op het vlak van zelfmoordpreventie werden bij deze netwerken betrokken.

Waarom een toolkit voor zelfmoordpreventie voor scholen?

- Zelfmoord is een **belangrijke doodsoorzaak** bij jonge mensen in heel Europa. Zelfmoord komt niet in alle landen in dezelfde mate voor, maar het lijkt erop dat zelfmoordgedachten en -pogingen veel voorkomende gezondheidsproblemen zijn bij jongeren (Madge et al, 2008). Een studie bij 15- en 16-jarige leerlingen in 17 Europese landen toonde een gemiddelde prevalentie van gedachten over zelfbeschadiging bij 7,4% (range: 2,1% - 15.3%) en een prevalentie van zelfgerapporteerde zelfmoordpogingen bij 10,5% (range: 4,1% - 23,5%) (Kokkevi et al., 2012).
- Preventie-, interventie en postventiestrategieën inzake zelfmoordgedrag op school zijn nodig omdat jongeren een aanzienlijk deel van hun tijd op school doorbrengen. Zelfmoordpreventie vereist een **multisectoriële aanpak**, het kan een belangrijk thema zijn, niet alleen binnen gezondheidszorg maar ook daarbuiten, zoals in de onderwijssector.

Daarom werd een toolkit voor scholen ontwikkeld, die enerzijds bedoeld is voor **beleidsmakers en intermediairs in de schoolomgeving** en anderzijds voor directeurs, leerkrachten en leerlingenbegeleiders op school. Deze toolkit biedt scholen achtergrondinformatie over zelfmoordgedrag, een overzicht van strategieën voor de bevordering van geestelijke gezondheid en de preventie van zelfdoding op school, voorbeelden van goede praktijken en praktische instrumenten.

DEEL 1

ZELFMOORDPREVENTIESTRATEGIEËN BINNEN EEN GEZONDHEIDSBELEID OP SCHOOL

Bij het ontwikkelen van een omvattend en doeltreffend zelfmoordpreventiebeleid op school is het essentieel dat dit is **ingebed binnen een gezondheidsbeleid op school en in een schoolbrede aanpak.** Een zelfmoordpreventiebeleid omvat een breed spectrum van preventiestrategieën die opereren op verschillende niveaus binnen de schoolcontext:

- Strategieën gericht op **LEERLINGEN** (en kwetsbare leerlingen in het bijzonder), bijv. d.m.v. psycho-educatie, training van vaardigheden, stimuleren van zelfhulp.
- Strategieën gericht op **LEERKRACHTEN EN SCHOOLPERSONEEL**, bijv. door training van leerkrachten en schoolpersoneel, door leerkrachten te ondersteunen en te zorgen voor een veilige en gezonde werkplek.
- Strategieën gericht op de **HELE SCHOOLOMGEVING**, bijv. door de toegang tot dodelijke middelen te beperken, door de samenwerking met diensten voor geestelijke gezondheidszorg te versterken, door de schoolcultuur te verbeteren (bijv. door leerlingen en ouders hierbij te betrekken).

In het volgende deel worden vier types van preventiestrategieën op school onder de loep genomen. Een mix van deze strategieën is nodig om te komen tot een doeltreffend beleid.

- 1. Een gezondheidsbeleid als kader
- 2. **Preventieprogramma's** op school ontwikkelen
- 3. Bijzondere aandacht schenken aan **kwetsbare LEERLINGEN en personeelsleden**
- 4. **Toegang tot dodelijke middelen beperken**

Bijkomende achtergrondinformatie over zelfmoordpreventiestrategieën is te vinden in de publicatie van Euregenas 'Algemene Richtlijnen voor Suïcidepreventie', beschikbaar op www.euregenas.eu.

STRATEGIE 1
EEN GEZONDHEIDSBELEID ALS KADER

Iedere school moet een gezondheidsbeleid nastreven, dat strategieën ter bevordering van de **geestelijke** gezondheid omvat en gericht is op het verschaffen van extra zorg aan leerlingen en leerkrachten die een risico lopen op psychische problemen. Hoewel er weinig onderzoek werd verricht naar de doeltreffendheid van de bevordering van de geestelijke gezondheid op de uitkomst van suïcidaal gedrag, kan aangenomen worden dat een gezondheidsbeleid op school kan bijdragen tot zelfmoordpreventie, aangezien dit gericht is op het verbeteren van factoren zoals veerkracht, copingvaardigheden, sociale inclusie en een veilige schoolomgeving, die kunnen fungeren als beschermende factoren voor suïcidaal gedrag.

Hierna worden vier belangrijke punten opgesomd van een geestelijk gezondheidsbeleid op school, geïllustreerd met een aantal praktijkvoorbeelden.

1. Investeren in geestelijke gezondheid: wat betekent dat?
2. Veiligheid op school bevorderen en pesten aanpakken verminderen
3. Leerkrachten ondersteunen
4. Ouders en diensten voor geestelijke gezondheidszorg betrekken

❶ Investeren in geestelijke gezondheid

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (2013) **BETEKENT INVESTEREN IN GEESTELIJKE GEZONDHEID:**

1. De **emotionele veerkracht verhogen en kwetsbaarheid voor problemen m.b.t. de geestelijke gezondheid verminderen** door het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden, copingstrategieën, probleemoplossende vaardigheden en zelfhulp, die leiden tot een verhoogd vermogen om om te gaan met overgangsmomenten in het leven en met stress, bijv. door het trainen van vaardigheden bij leerlingen.

2. Zorgen voor **betere informatie en een beter besef** over geestelijke gezondheid en ziekte, evenals een betere vorming, bijv. door het opzetten van sensibiliseringscampagnes die gericht zijn op het verbeteren van gedrag en op het sneller zoeken van hulp. 10 oktober (Werelddag van de Geestelijke Gezondheid) kan hiertoe een aanleiding vormen.

3. Sociale inclusie en cohesie verhogen. Dit is gericht op het verzekeren van een warm en veilig schoolklimaat en kan sensibilisering en het verminderen van stimatisering en discriminatie omvatten (bijv. t.o.v. minderheidsgroepen), of het ontwikkelen van een ondersteunende omgeving (bijv. zelfhulpnetwerken).

4. Betere (en meer) gezondheidszorg en sociale zorg voorzien, vooral voor bevolkingsgroepen met onbeantwoorde noden die onvoldoende zorg krijgen. Scholen kunnen bijvoorbeeld investeren in de toegankelijkheid tot zorg (bijv. centra voor geestelijke gezondheidszorg) en in hulpverleners op school.

5. Betere sociale bescherming en ondersteuning voorzien, vooral voor risicopersonen of personen met psychische stoornissen, in het bijzonder degenen in sociaal achtergestelde groepen, bijvoorbeeld door intermediairen op te leiden en hen te leren hoe risicoleerlingen op te sporen en ermee om te gaan en door extra steun te voorzien voor deze risicoleerlingen.

Onderzoek heeft de doeltreffendheid aangetoond van preventieprogramma's die kaderen in een globale schoolbrede aanpak, die gedurende meer dan een jaar werden toegepast en gericht waren op het verbeteren van de psychische gezondheid, in plaats van op de preventie van psychische aandoeningen (Wells, 2003).

VOORBEELD

"PREVENTIECOACHES"

In het kader van het "Vlaams Actieplan Suïcidepreventie" heeft de Vlaamse regering samen met de regionale gezondheidsnetwerken het project 'preventiecoaches' ontwikkeld. In iedere Vlaamse provincie assisteerden coaches secundaire scholen bij het opzetten van een geïntegreerd beleid inzake geestelijke gezondheid en bij het ontwikkelen van een actieplan dat zich richt tot het schoolbestuur, leerkrachten, ouders en leerlingen.

De strategie omvatte zes onderdelen:

1. de geestelijke gezondheid bevorderen en een positieve atmosfeer op school creëren;
2. de vorming van leerlingen met betrekking tot sociale en probleemoplossende vaardigheden verbeteren;
3. signalen herkennen die wijzen op zelfmoordgedachten en -gedrag en leerlingen die tot de risicogroep behoren bijstaan binnen de school;
4. leerkrachten, leerlingenbegeleiders en directeurs opleiden;
5. een beleid ontwikkelen met het oog op de verwijzing naar een behandeling buiten de school;
6. streven naar een brede betrokkenheid van alle actoren.

Meer dan 200 scholen hebben zich geëngageerd voor deze stapsgewijze ontwikkeling en implementatie van een actieplan geestelijke gezondheid dat werd gefaciliteerd en gemonitord door de preventiecoaches. Meer dan 200 leerlingenbegeleiders werden opgeleid om deze aanpak te volgen in de deelnemende scholen.

❷ Veiligheid op school bevorderen en pesten aanpakken

Investeren in geestelijke gezondheid betekent ook veiligheid op school garanderen en een schoolklimaat creëren waarin thema's zoals depressie, angst en stress bespreekbaar zijn en waarin hiermee wordt omgegaan. Het aanpakken van pesten is essentieel voor het verzekeren van een veilig schoolklimaat Onderzoek toont aan dat pesten (en cyberpesten), intimidatie en victimisatie onder leerlingen kan bijdragen tot psychische stoornissen en het suïciderisico kan verhogen (Brunstein Klomek et al., 2007). Het is cruciaal dat scholen een duidelijk antipestbeleid hebben en antipestprogramma's onderschrijven, bijkomend aan of vervat in het gezondheidsbeleid van de school om een meer inclusieve en ondersteunende schoolcultuur te creëren.

VOORBEELD

"KiVa"

DOELSTELLINGEN & COMPONENTEN

KiVa is een evidence-based antipestprogramma voor basisscholen, dat werd ontwikkeld door de Universiteit van Turku in Finland. Het KiVa-programma omvat zowel universele en geïndiceerde acties ter preventie van pesten en die gericht zijn op het onder de aandacht brengen van pesten. De algemene acties richten zich tot alle leerlingen in een school. Het gaat om inspanningen die als doel hebben groepsnormen te beïnvloeden en alle kinderen de vaardigheid aan te leren zich constructief te gedragen, verantwoordelijkheid op te nemen om pesten niet aan te moedigen en de slachtoffers te steunen.

ONDERZOEK

KiVa werd geëvalueerd in een ruime gerandomiseerde gecontroleerde studie waarbij 117 interventiescholen en 117 controlescholen betrokken waren. Uit het programma bleek dat zowel zelfgerapporteerd als intercollegiaal getoetst pesten en victimisatie aanzienlijk verminderden, (Kärnä et al., 2011a). Het beïnvloedt meerdere vormen van victimisatie, waaronder verbale en fysieke victimisatie en cyberpesten (Salmivalli et al., 2011). Bovendien werden er positieve effecten op schoolvoorkeur, academische motivatie en prestaties gemeld (Salmivalli et al., 2012). KiVa vermindert ook angst en depressie en heeft een positieve invloed op de perceptie van LEERLINGEN van hun leeftijdsgenoten (Williford et al., 2011). Ten slotte toonden Finse gegevens van meer dan 1000 scholen die in de herfst 2009 met KiVa startten, aan dat zowel victimisatie als pesten het eerste jaar na de implementatie aanzienlijk waren gedaald (Kärnä et al., 2011b).

IMPLEMENTATIE

Gelokaliseerde informatie en materiaal over de implementatie en het gebruik van het KiVa programma is beschikbaar in het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Estland, België en Nederland. Meer informatie is beschikbaar op de website.

www.kivaprogram.net

❸ Leerkrachten ondersteunen

Bovendien moet de **geestelijke gezondheid van leerkrachten** en ander schoolpersoneel ook gepromoot en gemonitored worden op school. Zorg en ondersteuning voor schoolpersoneel moet gemakkelijk toegankelijk zijn. Initiatieven m.b.t. de preventie en het managen van suïcidaal gedrag op de werkvloer zijn te vinden in de Euregenas toolkit "Preventie en managen van suïcidaal gedrag. Een toolkit voor de werkvloer.", beschikbaar op de Euregenas-website: www.euregenas.eu

VOORBEELD

"MIND MATTERS" ("De geest is belangrijk")

"Mind Matters" is een Australisch programma dat werd aangepast aan Duitsland. Het beoogt de ontwikkeling van een schoolcultuur waarin alle leden zich veilig, gewaardeerd, betrokken en nuttig voelen. Het programma omvat twee delen en focust op:

- de arbeidsvoorwaarden en de gezondheid van leerkrachten verbeteren door te werken aan de kwaliteit van relaties op school en in de klas (bijv. werken aan respect en tolerantie).
- de kwaliteit van de leeromgeving en de gezondheid van leerlingen verbeteren door veerkracht en levensvaardigheden te versterken en door te leren omgaan met stressvolle en moeilijke situaties.

www.mindmatters-schule.de

❹ Ouders en diensten voor geestelijke gezondheidszorg betrekken

Ten slotte is het van groot belang dat scholen goede relaties aanknopen met relevante actoren buiten de schoolomgeving. Door ouders te betrekken kan de school werken aan geestelijke gezondheidsbevordering van de geestelijke gezondheid en zelfmoordpreventie buiten de schoolcontext en kan ze het thema geestelijke gezondheid in een bredere maatschappijcontext onder de aandacht brengen. Bovendien is het belangrijk om de relatie met externe diensten voor geestelijke gezondheid te versterken indien scholen willen helpen bouwen aan een veilige en ondersteunende omgeving voor leerlingen en personeel. Het stelt de school in staat om te verwijzen naar diensten die ze vertrouwen en kennen en het biedt mogelijkheden om samen te werken aan projecten of programma's inzake geestelijke gezondheid.

STRATEGIE 2

PREVENTIEPROGRAMMA'S OP SCHOOL ONTWIKKELEN

Eenmaal de school een (geestelijk) gezondheidsbeleid als kader heeft kan de school gebruikmaken van bestaande preventieprogramma's die gericht zijn op de bevordering van geestelijke gezondheid en zelfmoordpreventie op school. Hier worden vier types preventieprogramma's voorgesteld: psycho-educatieve programma's, training van vaardigheden, training van leerkrachten en leerlingenbegeleiders en screeningsprogramma's.

Al deze programma's werden vaak besproken in literatuuroverzichten (Cusimano et al., 2011; Katz et al., 2013; Miller et al., 2009; Robinson et al., 2013). Uit onderzoek is gebleken dat de meest veelbelovende interventies voor scholen trainingen voor intermediairs en screeningsprogramma's zijn, maar bijkomend onderzoek is nodig (Robinson et al., 2013).

Alle programma's in deze toolkit worden geïllustreerd met praktijkvoorbeelden, de meeste ervan komen uit de Verenigde Staten en staan vermeld in het register van goede praktijken van het 'American Suicide Prevention Resource Center' (SPRC): http://www.sprc.org/bpr/section-i-evidence-based-programs. Deze programma's kunnen als inspiratiebron en beginpunt dienen voor de ontwikkeling van lokale, regionale of nationale preventieprogramma's. Bij zelfmoordpreventie is een combinatie van deze programma's het meest doeltreffend. Houd er rekening mee dat het essentieel is om programma's steeds in een breder gezondheidsbeleid en in een schoolbrede aanpak te kaderen!

TOOL 1 in deze toolkit bevat basisinformatie over suïcidaal gedrag. Het is aanbevolen om deze tool door te nemen en de basisinformatie te begrijpen vooraleer aan de slag te gaan met de ontwikkeling van (zelfmoord)preventieprogramma's.

❶ Psycho-educatieve programma's

Psycho-educatieve programma's zijn gericht op het **verbeteren van de kennis en op gedragsverandering van leerlingen op het vlak van psychische problemen en zelfmoordgedrag.** Ze omvatten onder meer de promotie van diensten voor geestelijke gezondheidszorg en hulplijnen aangezien deze een goed middel zijn om adolescenten met zelfmoordgedachten te bereiken.

OPGELET!

Programma's die enkel focussen op suïcidaal gedrag (bijv. vorming inzake epidemiologie, mythes en de complexiteit van suïcidaal gedrag) leveren **gemengde resultaten** op m.b.t. attitudes, kennis en gedrag; enige verbetering wordt aangetoond, maar er zijn ook nadelige effecten zoals een vermindering van het gewenste gedrag; een vermindering van de waarschijnlijkheid van het aanbevelen van de evaluatie van de geestelijke gezondheid aan een suïcidale vriend; meer hopeloosheid en een maladaptieve copingrespons bij jongens nadat ze de cursus hebben gevolgd; eveneens blijkt dat er negatieve reacties zijn bij leerlingen met een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag (Onderzocht door Gould et al., 2003). Een studie in Vlaanderen bracht aan het licht dat de kennis over zelfmoord en de attitude t.a.v. suïcidale personen door deze programma's verbeterde maar dat dit geen effect had op het gebruik van copingstijlen of de mate van hopeloosheid (Portzky & van Heeringen, 2006).

Bijgevolg is het in het belang van preventie veiliger en doeltreffender om in te zetten op het verbeteren van kennis en attitudes van leerlingen over depressie en andere geestelijke gezondheidsproblemen in het algemeen en op het gebruik van diensten voor geestelijke gezondheidszorg, in plaats van enkel te focussen op vorming omtrent suïcidaal gedrag!

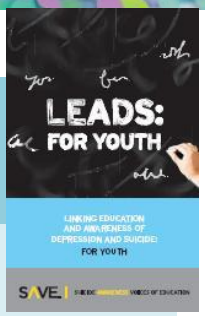
Hierna volgen twee voorbeelden van psycho-educatieve programma's die beide gericht zijn op depressie en zelfmoord; beide worden omschreven als goede praktijken.

- **'Linking Education and Awareness of Depression and Suicide (LEADS)':** een programma dat gericht is op het verbeteren van kennis en attitudes omtrent depressie en zelfmoord.
- **'Signs Of Suicide (SOS)':** een programma dat de klemtoon legt op het verbeteren van vaardigheden omtrent het identificeren van signalen die wijzen op depressie en zelfmoord.

Hoewel ze doeltreffend zijn, is het ten zeerste aanbevolen om dit soort programma's te integreren in bredere en algemenere programma's.

VOORBEELD 1

"LEADS For Youth"



DOELSTELLINGEN & COMPONENTEN

LEADS For Youth ('Linking Education and Awareness of Depression and Suicide') is een programma voor leerlingen van secundaire scholen dat bedoeld is om de kennis over depressie en zelfmoord te verhogen, houdingen t.o.v. depressie en zelfmoord te wijzigen, kennis over zelfmoordpreventiemiddelen te verhogen en het bewustzijn te verhogen van het belang van hulpzoekend gedrag. Het vormingsprogramma omvat thema's zoals depressie en de symptomen ervan, de link tussen depressie en zelfmoord, het risico en de beschermende factoren die met zelfmoord worden geassocieerd, de waarschuwingssignalen voor zelfmoord, het zoeken van hulp, het overschrijden van drempels om hulp te zoeken en zelfmoordpreventiemiddelen van scholen en van de gemeenschap. Door leerlingen te leren hoe ze hulp moeten zoeken en door hen te informeren over de beschikbare middelen op lokaal niveau, is de interventie erop gericht leerlingen in staat te stellen hulp te zoeken voor zichzelf of voor anderen.

Leerkrachten implementeren het curriculum gedurende 1 uur per dag over een periode van 3 dagen. Iedere sessie omvat een les in de klas, individuele en groepsactiviteiten en gesprekken in een kleine groep, gevolgd door activiteiten en huiswerk buiten de school. De interventie omvat ook op technologie gebaseerde activiteiten zoals een gesimuleerde blog, een e-mail- en instant messagingactiviteit en innovatieve sensibiliseringsprojecten. Het is de bedoeling dat de implementatie van LEADS deel uitmaakt van een crisismanagementplan van de school omtrent zelfmoord.

ONDERZOEK

Onderzoek heeft aangetoond dat het programma bijdroeg tot een verhoging van de kennis en attitudes over depressie en zelfmoordgedrag en van de kennis over middelen (Leite et al., 2011).

IMPLEMENTATIE

De interventie werd voor het eerst geïmplementeerd in 2008 en werd toegepast in 855 scholen; ongeveer 21.000 leerlingen werden bereikt. De interventie werd geïmplementeerd in meer dan 15 staten en eveneens in Canada en Zwitserland. Meer informatie is te vinden op de website:

www.save.org

VOORBEELD 2

“Signs Of Suicide (SOS)” (“Tekenen van Zelfmoord”)

DOELSTELLINGEN & COMPONENTEN

Het 'SOS'-preventieprogramma is een bekroond programma dat is bedoeld voor leerlingen van het secundair onderwijs. Het programma leert leerlingen hoe ze symptomen van depressie en suïcidaliteit kunnen herkennen bij zichzelf en bij vrienden en moedigt het zoeken van hulp aan d.m.v. het gebruik van de ACT®-techniek (Acknowledge, Care, Tell) (Erkennen, Bezorgd zijn, Vertellen): **Erken** dat er een probleem is; laat je vriend weten dat je **bezorgd bent om hem; vertel** het vervolgens aan een volwassene die je vertrouwt. Het programma is bedoeld om de kennis over zelfmoord te verhogen en om leerlingen op depressie te screenen. De gebruikte screeningtool was de Columbia Depression Scale (CDS).

ONDERZOEK

Dit programma heeft zijn doeltreffendheid bewezen inzake het terugdringen van het aantal zelfmoordpogingen en het wijzigen van de attidudes t.o.v. zelfmoord, depressie en hulpzoekend gedrag (Aseltine et al., 2004; Aseltine et al., 2007; Schilling et al., 2014).

IMPLEMENTATIE

Het programma is beschikbaar in het Engels, meer informatie en contactinformatie is te vinden op de website:

http://www.mentalhealthscreening.org/programs/

LET OP!

WERKEN MET VERHALEN, FILMS OF TONEEL!

Soms worden verhalen, films of toneelstukken gebruikt om leerlingen te informeren over delicate thema's zoals zelfmoord. Het wordt echter aangeraden om voorzichtig te zijn wanneer er gebruik gemaakt wordt van verhalen, films of toneelstukken over zelfmoord. Uit onderzoek blijkt dat verhalen en rapportering over zelfmoord (bijv. in kranten) een 'copycat'-effect heeft en de kans verhoogt dat kwetsbare personen zelf suïcidaal gedrag gaan vertonen (Pirkis and Blood, 2001; Sisask and Värnik, 2012; Stack, 2000; Stack, 2005). Jongere mensen lijken het kwetsbaarst te zijn voor kopieergedrag. Er is weinig bekend over kopieergedrag van fictieve karakters en verhalen, maar het wordt aanbevolen om ze te vermijden of ten minste om de volgende overwegingen voor ogen te houden:

- Screen het verhaal, de film of het toneelstuk vooraf. Werk vooral niet met het verhaal/de film/het toneelstuk als het zelfmoord voorstelt als iets romantisch of heroïsch of als een ideale oplossing voor problemen of als de zelfmoordmethode in detail beschreven wordt.
- Het is belangrijk om weten dat het risico op kopieergedrag even hoog is wanneer de zelfmoord niet expliciet wordt getoond of slechts wordt 'gesuggereerd'.
- Houd na de film of het toneelstuk een klasgesprek waarin de complexiteit van suïcidegedrag wordt benadrukt en waarbij copingstrategieën worden besproken. Verwijs zeker naar beschikbare hulpdiensten (en promoot ze) (bijv. pedagogische begeleiders binnen de lokale schoolcontext, hulplijnen en lokale hulpverleningscentra).

❷ Programma's voor het trainen van vaardigheden bij leerlingen

Het **trainen en verbeteren van vaardigheden** van leerlingen kan focussen op het versterken van beschermende factoren zoals eigenwaarde, copingvaardigheden, probleemoplossende en besluitvormende vaardigheden en zelfontplooiing van leerlingen. Het kan ook tot doel hebben leerlingen vertrouwder te maken met signalen en symptomen van suïcidaal gedrag, zodat zij ze kunnen herkennen bij anderen. 'The Good Behaviour Game' (het 'Goede Gedragsspel') wordt hierna voorgesteld als een goede praktijk van het trainen van dergelijke vaardigheden in basisscholen.

Een ander soort programma voor het trainen van vaardigheden is gericht op **'peer leadership training'**. Deze programma's zijn gelijkaardig aan de programma's voor het trainen van vaardigheden maar zetten 'peer leaders' in om het programma te geven. Het opleiden van peers die andere (suïcidale) peers helpen kan een doeltreffende strategie zijn, aangezien jongeren het vaakst hulp zoeken op sociale netwerken, waar meestal peers te vinden zijn (Michelmore & Hindley, 2012). Door het opleiden van peer leaders helpen leerlingen suïcidale peers door hen te leren om adequaat te reageren en om de steun van een vertrouwde volwassene te vragen. Het bevordert ook het aanleren van positieve copingnormen binnen de schoolomgeving (Gould et al., 2003). De selectie van deze peers moet echter zeer zorgvuldig gebeuren en zij moeten te allen tijde gesteund en gemonitord worden.
'Sources of Strength' is het eerste programma in zijn soort en wordt hierna voorgesteld als goede praktijk.

VOORBEELD

"The Good Behavior Game (GBG)" (Het 'Goed Gedragsspel')

DOELSTELLINGEN & COMPONENTEN

Het GBG is een universele klasinterventie voor leerlingen tussen 5 en 11 jaar. Het gaat om een klassikale benadering en er wordt uitgegaan van teamwork en gedragsmanagement om kinderen te helpen om intrinsieke zelfregulerende vaardigheden aan te leren door teams te belonen die beantwoorden aan de gedragsnormen die iedere leraar bepaalt. Het doel van het programma is om een klasomgeving te creëren waarin kinderen worden ondersteund door andere leerlingen en kunnen leren in een omgeving zonder agressief of storend gedrag. Leerlingen worden in teams ingedeeld waarbij er een gelijke verdeling is tussen storende en agressieve gedragspatronen. De leerkracht legt de regels van het spel omtrent het gedrag van de leerlingen vast en alle teams die vier of minder overtredingen begaan inzake aanvaardbaar gedrag worden beloond.

ONDERZOEK

Onderzoek heeft aangetoond dat de resultaten van het GBG-programma positief zijn, zowel op korte als op lange termijn. Door het verminderen van agressief en storend gedrag, helpt het GBG om risicofactoren te reduceren die worden geassocieerd met zelfmoordgedrag en andere gedragspatronen, zoals impulscontroleproblemen, alcohol- en drugsmisbruik en antisociaal gedrag. Leerlingen bij wie de interventie werd toegepast, liepen maar half zoveel kans om zelfmoordgedachten te ontwikkelen en zelfmoordpogingen te ondernemen in vergelijking met de controlegroep. Het GBG-programma leidde tot het uitstel van zelfmoordpogingen bij vrouwen en een vermindering van het risico op zelfmoordpogingen met 30% (Wilcox et al., 2008).

IMPLEMENTATIE

Het programma werd getest en geïmplementeerd in de Verenigde Staten en in België. Meer informatie is beschikbaar in de databank van 'Blueprints'.

http://www.blueprintsprograms.com/

VOORBEELD

“Sources of Strength” (Bronnen van Kracht)

DOELSTELLINGEN & COMPONENTEN

"Sources of Strength" is een "beste praktijk"-zelfmoordpreventieproject voor jongeren dat gebruik maakt van **sociale netwerken van peers** ter preventie van zelfmoord, pesten en drugsmisbruik. Het wordt gebruikt voor leerlingen in de leeftijdsgroep van 13 tot 25 jaar. Peer leaders die worden geselecteerd door het schoolpersoneel worden opgeleid om hun vrienden ertoe aan te zetten het probleem te identificeren en om copingmethodes te gebruiken. "Sources of Strength" is een universeel programma dat tot doel heeft:

- de algemene betrokkenheid en het scheppen van een emotionele band tussen volwassenen en jongeren te versterken, jongeren ertoe aan te zetten hulp te vragen aan volwassenen die ze vertrouwen en peers die problemen hebben door te verwijzen naar volwassenen die hen ondersteunen;
- copingvaardigheden te verhogen en de gezondheid te bevorderen;
- de kennis van peer leaders over zelfmoordpreventie verhogen en over hoe peers te helpen.

Tegelijkertijd heeft het programma tot doel het stigma te verminderen rond zelfmoord en psychische aandoeningen, rond isolement en gebrek aan vertrouwen in volwassenen, en rond zelfbeschadiging, drugsmisbruik en geweld. "Sources of Strength" is vernieuwend doordat he niet eenzijdig focust op risicofactoren en door verschillende beschermende steunfactoren te creëren rond de jongeren, zodat ze hierop kunnen terugvallen wanneer ze het moeilijk krijgen.

ONDERZOEK

Onderzoek heeft aangetoond dat het vier keer waarschijnlijker is (vergeleken met een controlegroep) dat opgeleide peer leaders zich tot een volwassene wenden als vrienden suïcidaal zijn, waarschijnlijk te wijten aan hun perceptie van een verhoogde steun van volwassenen en de aanvaardbaarheid van het zoeken van hulp (Wyman et al., 2010). "Sources of Strength" geeft leerlingen de kans om studiegenoten die tot de risicogroep behoren, positief te beïnvloeden en om de perceptie bij leerlingen te verhogen dat volwassenen kunnen helpen.

IMPLEMENTATIE

Meer informatie is te vinden op de website waar een startvragenlijst kan ingevuld worden.

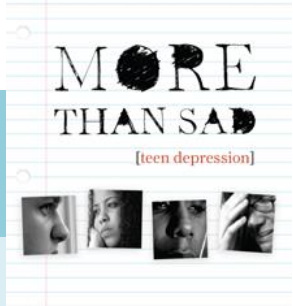
http://sourcesofstrength.org/

❸ Programma's voor het trainen van leerkrachten en leerlingenbegeleiders

Leerkrachten en leerlingenbegeleiders kunnen een belangrijke rol spelen bij het opsporen van risicoleerlingen en bij de doorverwijzing van die leerlingen naar de gezondheidszorg. Het is gebleken dat het opleiden van leerkrachten en leerlingenbegeleiders in het herkennen van risicofactoren en waarschuwingssignalen van suïcidaal gedrag en hoe tussen te komen en door te verwijzen in crisissituaties een doeltreffende zelfmoordpreventiestrategie is (Chagnon et al., 2007, Cimini et al., 2014).

Leerkrachten kunnen bovendien een rol spelen bij het versterken van beschermende factoren, bij het scheppen van een ondersteunende omgeving en kunnen de drempel naar gezondheidszorg voor leerlingen verlagen. Zelfmoordpreventieprogramma's voor leerkrachten en leerlingenbegeleiders moeten ook best geïntegreerd worden in de opleiding en vorming van toekomstige leerkrachten.

Hierna volgt een voorbeeld van een opleidingsprogramma. Het "Trevor Project" omvat een ander voorbeeld dat verder in deze toolkit wordt voorgesteld. De doeltreffendheid van deze programma's werd nog niet bestudeerd en getest, het zijn echter veelbelovende interventies.



VOORBEELD

"More Than Sad"

<u>DOELSTELLINGEN & COMPONENTEN</u>

"More Than Sad: *Suicide Prevention Education for Teachers* and *Other School Personnel*" werd ontwikkeld door de "American Foundation for Suicide Prevention" en is bedoeld voor opvoeders, zodat ze zelfmoordgedrag bij adolescenten, inclusief de oorzaken, behandeling en preventie ervan beter zouden begrijpen. Het programma wordt opgebouwd rond twee dvd's van 25 minuten: *"More Than Sad" Preventing Teen Suicide* and *More Than Sad: Teen Depression* ("Meer dan zomaar verdrietig": Zelfmoord bij tieners voorkomen en "Meer dan zomaar verdrietig": Depressie bij tieners). De dvd's tonen hoe tieners te kampen kunnen krijgen met een potentieel levensbedreigende psychische stoornis. Het pakket omvat ook een handboek van 42 pagina's voor deelnemers en slides voor leerkrachten. Een adviespanel van experten leidde de ontwikkeling van al het materiaal in

goede banen. Het programma is ook geschikt voor ouders en andere volwassenen die zorgen voor of werken met jongeren. Het programma geeft een antwoord op de volgende vragen:
- Wat is de omvang van je zelfmoordprobleem? - Wat zijn de risico's op zelfmoord voor tieners? - Welke behandelingen zijn beschikbaar? - Hoe kunnen leerkrachten helpen bij zelfmoordpreventie? - Hoe kunnen ouders risicoleerlingen opsporen? - Op welke andere manieren kunnen scholen het risico verlagen?

ONDERZOEK

Er werd nog geen onderzoek naar gevoerd, maar de tool is veelbelovend en is opgenomen in het register van beste praktijken van het "Suicide Prevention Resource Center".

IMPLEMENTATIE

Deze tool is beschikbaar in het Engels en kan aangekocht worden via de website van de American Foundation for Suicide Prevention.

www.morethansad.org & www.afsp.org

❹ Screeningsprogramma's

Leerkrachten en leerlingenbegeleiders moeten gemotiveerd worden om de gezondheid van leerlingen te monitoren door nauwlettend toe te zien op het sociale isolement van leerlingen, op relatieproblemen en op hun schoolprestaties tijdens het hele jaar om mogelijke signalen op te sporen, die een graadmeter kunnen zijn voor hun geestelijke gezondheid.
In dit kader is het mogelijk om gebruik te maken van gevalideerde screeningsprogramma's. Deze programma's omvatten de screening van leerlingen, waarbij meestal gebruik gemaakt wordt van zelfbevragingslijsten en/of individuele gesprekken, met het oog op het opsporen van risicoleerlingen om hen indien nodig door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpdiensten.
Let op! Vooraleer aan de slag te gaan met screeningsprogramma's is het essentieel om een duidelijk zorgpad op te stellen, zowel binnen de school (er moet een team van leerlingenbegeleiders ter beschikking zijn) als buiten de school (er moeten voldoende diensten voor geestelijke gezondheidzorg beschikbaar zijn om naar door te verwijzen, een goede samenwerking met deze diensten is dan ook noodzakelijk). Op die manier kunnen risicoleerlingen onmiddellijk de hulp krijgen die zij nodig hebben.

VOORBEELD

“Teenscreen”

DOELSTELLINGEN & COMPONENTEN

De tool "Teenscreen", die werd ontwikkeld door Columbia University, is een universele zelfbevragingstool aan de hand waarvan suïciderisicofactoren geëvalueerd worden. De tool is gericht op screening op school maar wordt ook gebruikt bij eerste hulp en in andere situaties. Alle jongeren in een school krijgen, mits toestemming van hun ouders, een elektronisch gevalideerde vragenlijst die hen screent op psychische aandoeningen en op hun suïciderisico. De vragenlijst bevat vragen over depressie, zelfmoordgedachten en -pogingen, angst en middelengebruik en het invullen ervan door een volwassene duurt ongeveer tien minuten. Eenmaal de antwoorden op de vragen zijn geanalyseerd, wordt iedere adolescent die wordt gediagnosticeerd met een mogelijk suïciderisico of ander geestelijk gezondheidsprobleem verder onderzocht door een professional op het gebied van gezondheid of geestelijke gezondheid. Het resultaat van deze beoordeling bepaalt of de adolescent naar diensten voor geestelijke gezondheidszorg kan worden doorverwezen. Als dit het geval is, worden de ouders erbij betrokken en krijgen ze hulp om de gepaste dienst voor geestelijke gezondheidszorg te vinden. Het "Columbia University TeenScreen®"-programma voorziet consultaties, screeningsmateriaal, software, opleiding en technische assistentie voor gekwalificeerde scholen en gemeenschappen. TeenScreen®partners worden op hun beurt verwacht om ten minste 200 jongeren per jaar te screenen en om te verzekeren dat er hulpverleners ter plaatse zijn om onmiddellijk hulpverlening en doorverwijzing te voorzien voor hoog-risicojongeren.

ONDERZOEK

De TeenScreentool blijkt een doeltreffende predictieve tool bij het opsporen van risicoleerlingen (Shaffer et al., 2004). Uit een studie van Gould et al. (2005) blijkt dat er geen bewijs was van averechtse effecten van suïcidescreening en dat dit beschouwd kan worden als een veilig onderdeel van zelfmoordpreventie bij jongeren. Een daaropvolgend onderzoek wees uit dat screening de kans op behandeling bij adolescenten leek te verhogen indien ze tot de risicogroep voor psychische aandoeningen of zelfmoord zouden behoren (Gould et al., 2009).

IMPLEMENTATIE

Deze tool werd ontwikkeld en gecontroleerd door Columbia University en is niet beschikbaar in Europa, maar kan een inspirerende goede praktijk zijn.

STRATEGIE 3

BIJZONDERE AANDACHT BESTEDEN AAN KWETSBARE STUDENTEN EN PERSONEEL

Sommige leerlingen lopen een hoger risico om zelfmoordgedachten en -gedrag te ontwikkelen. Voor scholen die bezig zijn met geestelijke gezondheid is het daarom van belang om zich bewust te zijn van deze kwetsbare groepen, hun gezondheid op te volgen en bijkomende zorg te voorzien door het ontwikkelen van doelgerichte interventies die op deze kwetsbare bevolkingsgroepen zijn afgestemd. Deze initiatieven beogen niet noodzakelijk enkel leerlingen, maar ook leerkrachten en andere personeelsleden.

Wie loopt een hoger risico?

- Tot de hoogste risicogroepen voor het ontwikkelen van zelfmoordgedachten en -plannen behoren suïcidepogers (leerlingen die in het verleden al een zelfmoordpoging ondernamen), en personen met een psychiatrische stoornis (bijv. depressieve stoornis, personen die kampen met alcohol- en drugsmisbruik, schizofrenie, bipolaire stoornis, eetstoornis, angststoornis, ...)
- Personen die een naaste verloren door zelfmoord (ook **'nabestaanden'** genoemd) lopen ook een veel hoger risico om lichamelijke en psychologische aandoeningen te ontwikkelen en om suïcidaal gedrag te stellen (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002). Het is essentieel om extra zorg te voorzien voor leerlingen of personeelsleden die met een dergelijk verlies te maken hebben. In het Euregenas-project werd een catalogus met contactgegevens van groepen voor nabestaanden voorzien. Deze catalogus is beschikbaar op de website: www.euregenas.eu
- Ook personen uit **sociale of etnische minderheden** werden geïdentificeerd als kwetsbare groepen. Zo blijken onder meer holebi's een hoger risico te lopen op het ontwikkelen van

een psychische stoornis, op zelfmoordgedachten, drugsmisbruik en zelfbeschadigend gedrag dan heteroseksuele personen. Studies gaven zeer hoge cijfers voor zelfmoordpogingen aan, gaande van 20 tot 53% (Haas et al., 2011); McDaniel et al., 2001; Savin-Williams, 2001; van Heeringen en Vincke, 2000). Hetzelfde geldt nog in hogere mate voor **transgenderpersonen,** eveneens een heel kwetsbare doelgroep m.b.t. psychische problemen en zelfdoding (Dhejne et al., 2011; Mathy, 2002).

Welke interventies kunnen ontwikkeld worden?

- Om te weten waarnaar er doorverwezen moet worden, wordt aanbevolen dat scholen een **inventaris van bestaande initiatieven** opstellen (zoals lokale steungroepen, centra voor hulpverlening, hulplijnen of websites) voor alle geïdentificeerde kwetsbare groepen. Deze inventaris kan ontwikkeld worden samen met pedagogische begeleiders en regionale diensten voor geestelijke gezondheidszorg.
- **Sensibilisering** (en in sommige gevallen strijd tegen stigmatisering) bij kwetsbare groepen door vorming van leerlingen, leerkrachten en professionals geestelijke gezondheidszorg.
- **Zorg en specifieke steun voorzien** voor kwetsbare leerlingen door het inzetten van steungroepen, de promotie van specifieke hulplijnen, opleiding van intermediairs.
- **Psycho-educatieve programma's** die specifiek gericht zijn op kwetsbare leerlingen om hun veerkracht en hun copingvaardigheden te verhogen.

VOORBEELD

“The Trevor Project”

"The Trevor Project" is een Amerikaanse organisatie die crisisopvang en zelfmoordpreventiediensten voorziet voor holebi- en transgenderjongeren van 13 tot 24 jaar. Onlangs werd het project "LGBTQ on Campus for Faculty & Staff" ontwikkeld, een 30-minuten durende online en interactieve leerervaring die instellingen voor hoger onderwijs helpt bij het creëren van een veilige en ondersteunende campusgemeenschap. De doelstelling is om faculteiten en personeel bewust te maken van de uitdagingen waar holebi- en transgenderstudenten kunnen mee te maken krijgen, hen te leren reageren wanneer iemand zich vooringenomen of bevooroordeeld opstelt, hen te leren jongeren ondersteunen die hun coming-out doen of in transitie zijn, hen te leren

waarschuwingssignalen herkennen die wijzen op psychische problemen en zelfmoordgedachten, en hen te leren doorverwijzen. Tijdens de opleiding nemen de deelnemers de rol op van faculteits- en personeelsleden en gaan ze interactieve gesprekken aan met virtuele studenten. Uit deze gesprekken leren deelnemers hoe ze een inclusieve, ondersteunende omgeving kunnen creëren voor holebi- en transgenderstudenten.

www.thetrevorproject.org

STRATEGIE 4

TOEGANG TOT DODELIJKE MIDDELEN BEPERKEN

Strategieën die als doel hebben de toegang tot dodelijke middelen te beperken vormen de meest effectieve strategieën in het terugdringen van het zelfmoordcijfer (Mann et al., 2005; Sarchiapone et al., 2011). In vergelijking met andere methodes voor zelfmoordpreventie kunnen deze strategieën bovendien vrij snel geïmplementeerd worden. Binnen de schoolcontext is het belangrijk om de schoolse omgeving te beveiligen, door de toegang tot mogelijke middelen of methodes voor zelfdoding te beperken, bijv. door:

- de toegang tot daken te beperken en/of het installeren van veiligheidshekken op daken;
- gangen en trappen zo veilig mogelijk te maken;
- ramen te beveiligen (bijv. het openen beperken of doeltreffende sloten installeren);
- de mogelijkheden beperken inzake de vrije toegang tot chemische stoffen en geneesmiddelen (bijv. in het schoollabo of de apotheek).

DEEL 2

PRAKTISCHE INSTRUMENTEN

TOOL 1 **p. 29**

Belangrijke feiten over zelfmoordgedrag

TOOL 2 **p. 33**

Hoe suïcidale leerlingen identificeren en hoe met hen omgaan?

TOOL 3 **p. 37**

Wat doen na een zelfmoord(poging)?

TOOL 4 **p. 43**

Richtlijnen voor een klasgesprek na een zelfmoord

TOOL 1

Belangrijke feiten over zelfmoordgedrag

Zelfmoordgedachten en -gedrag kunnen gedefinieerd worden als een complex proces gaande van zelfmoordgedachten over zelfmoordplannen tot zelfmoordpogingen en zelfmoord. Suïcidaal gedrag is het gevolg van op elkaar inwerkende biologische, genetische, psychologische, sociale, omgevingsgebonden en situationele factoren (Hawton en van Heeringen, 2009). Deze tool focust op epidemiologie, vaak voorkomende mythes en een verklarend model voor suïcidaal gedrag.

1. Epidemiologie

Zelfmoord is een ernstig volksgezondheidsprobleem in Europa, waar zich gemiddeld 11,8 zelfmoorden voordoen op een populatie van 100.000 (Eurostat, 2010). Zelfmoord treft mensen van alle leeftijden, culturen en bevolkingsgroepen. Zelfmoordcijfers zijn het laagst bij personen onder de 15 jaar en het hoogst in de leeftijdsgroep van 70 jaar of ouder; dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen bijna overal ter wereld, hoewel de patronen leeftijd/geslacht bij zelfmoordcijfers tussen de leeftijd van 15 en 70 jaar variëren van regio tot regio (Wereldgezondheidsorganisatie, 2014).

Zelfmoordpogingen komen veel vaker voor dan zelfmoord. Onderzoek toont aan dat niet-fatale zelfmoordpogingen minstens 10 keer vaker voorkomen dan fatale zelfmoord. In sommige Europese regio's komen niet-fatale zelfmoordhandelingen meer voor bij adolescenten (Nock et al., 2008).

Elke zelfmoord en zelfmoordpoging heeft ook een directe of indirecte impact op anderen. Een dood door zelfmoord heeft een enorme impact op de **nabestaanden,** zoals echtgenoten, ouders, kinderen, familie, vrienden en collega's die achterblijven, zowel onmiddellijk als op lange termijn. Er is bijv. een hoger risico op pathologisch verdriet evenals een hoger zelfmoordrisico (Young et al., 2012). Naar schatting heeft iedere zelfmoord een rechtstreekse invloed op zes tot veertien familieleden en -vrienden (Clark & Goldney, 2000; Jordan & McIntosh, 2011).

2. Vaak voorkomende mythes

Er bestaan veel misverstanden over suïcidaal gedrag. In de volgende lijst worden de vaakst voorkomende mythes uit de wereld geholpen.

Zelfmoord kan niet voorkomen worden

Een van de vaakst voorkomende mythes over suïcidaal gedrag is dat het niet voorkomen kan worden. De meeste suïcidale personen staan echter met gemengde gevoelens tegenover de dood. Zelfs de meest depressieve personen twijfelen tot het allerlaatste moment tussen leven en een einde maken aan hun pijn. Bovendien is het wetenschappelijk bewezen dat een aanzienlijk aantal interventies een preventief effect hebben.

Zelfmoord is een normale reactie op een abnormale situatie

Zelfmoord is geen normale gepaste reactie op bijvoorbeeld extreme stressfactoren in het leven. Zelfmoord is een ongewone en ongepaste reactie op een eerder normale situatie. Iedereen maakt in het leven wel stresserende situaties mee of ook negatieve gebeurtenissen komen vaak voor, dit leidt echter slechts bij weinigen tot zelfmoordgedachten en -plannen.

Met iemand praten over zelfmoord werkt suïcidaal gedrag in de hand

Als iemand zijn zelfmoordgedachten onder woorden brengt, is dat niet zomaar om aandacht te trekken, maar een uiting van pijn die aangeeft dat deze persoon wanhopig is en emotioneel erg lijdt. Met iemand praten over zelfmoordgedachten en -plannen werkt de zelfmoordintentie of hopeloosheid niet in de hand. Integendeel, openlijk over zelfmoord spreken in een persoonlijk kader kan een efficiënte preventiemethode zijn en kan de persoon aansporen om hulp te zoeken. Er moet echter omzichtig worden omgesprongen met het spreken over zelfmoord in een publieke context, bijv. in de media. In dit kader wordt aanbevolen om de "Suicide Prevention Toolkit for Media Professionals" (Toolkit voor Zelfmoordpreventie voor Mediaprofessionals) te volgen, die beschikbaar is op www.euregenas.eu

Mensen die over zelfmoord praten, zullen het niet proberen

De meeste zelfmoordpogers of zelfmoordslachtoffers brachten hun zelfmoordgedachten ter sprake voor hun zelfmoord(poging). Het is dan ook heel belangrijk om elke uiting van zelfmoordgedachten ernstig te nemen en de persoon ertoe aan te zetten om hulp te zoeken.

2. Suïcidaal gedrag begrijpen

Onderzoek heeft duidelijk uitgewezen dat suïcidaliteit een complex probleem is waarbij meerdere factoren meespelen. Suïcidaal gedrag heeft meer dan één oorzaak en ontstaat altijd vanuit een wisselwerking tussen diverse risicofactoren in combinatie met een gebrek aan beschermende factoren.

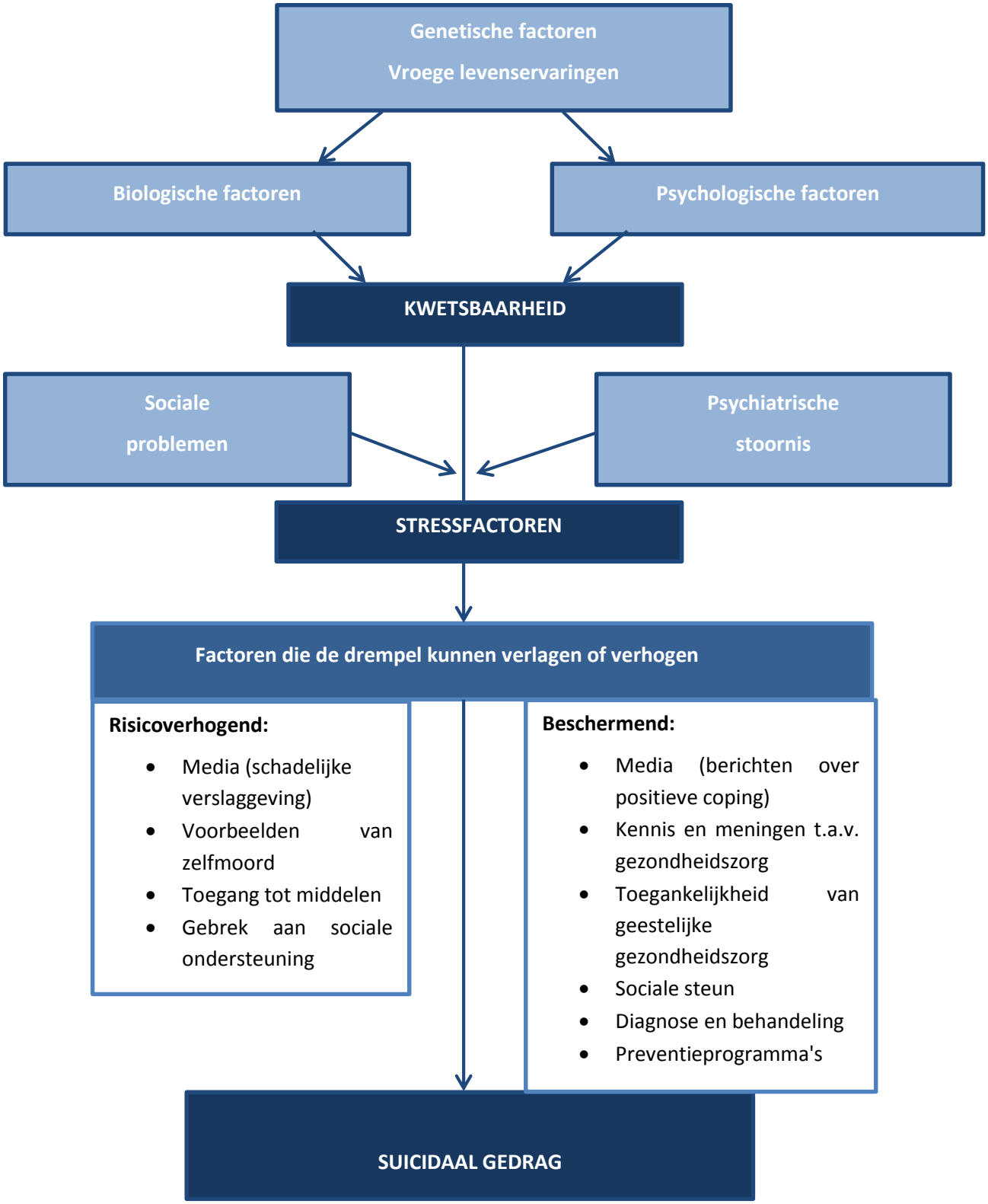
Risicofactoren omvatten kenmerken die de waarschijnlijkheid vergroten dat een individu zelfmoord zal overwegen, een zelfmoordpoging zal ondernemen of zelfmoord zal plegen. Risicofactoren van zelfmoord: een psychiatrische aandoening (bijv. depressie, drugsmisbruik), een somatische aandoening (bv. medische aandoening die chronische pijn veroorzaakt), negatieve levenservaringen op jonge leeftijd (bv. een ouder verliezen op jonge leeftijd, misbruik), persoonlijke kenmerken (bijv. hopeloosheid, impulsiviteit), en eerder suïcidaal gedrag. Risicofactoren zijn niet statisch tijdens het leven en kunnen van land tot land verschillen.

Beschermende factoren omvatten kenmerken waardoor het minder waarschijnlijk is dat een individu zelfmoord zal overwegen of een zelfmoordpoging zal ondernemen. Voorbeelden van mogelijke beschermende factoren zijn: positief zelfbeeld, adequaat probleemoplossend gedrag, gewoonte om hulp te zoeken en sociale ondersteuning.

Het **model** weergegeven in Figuur 1 toont een geïntegreerd model. Het is gebaseerd op de mogelijke impact van biologische, psychologische, psychiatrische en sociale risicofactoren op de ontwikkeling van suïcidaal gedrag. Het model belicht drie essentiële factoren:

- **Persoonsgebonden factoren**, zoals genetische, biologische en psychologische factoren (bijv. serotonine, persoonlijkheid en cognitieve psychologische stoornissen);
- **Situatiegebonden kenmerken**, zoals depressie en hopeloosheid, beïnvloed door stressfactoren in het leven (bv. economische crisis, pesten) of door een psychiatrische aandoening;
- **Drempelfactoren,** die een risicoverhogend of een beschermend effect kunnen hebben. Berichtgeving in de media over zelfmoord kan de drempel tot suïcidaal gedrag bijvoorbeeld verlagen, terwijl een toegankelijk gezondheidszorgsysteem een beschermend effect kan hebben en personen ervan kan weerhouden om suïcidaal gedrag te ontwikkelen.

Figuur 1: Een verklarend model voor suïcidaal gedrag (aangepast van van Heeringen, 2001)



TOOL 2

Hoe suïcidale studenten identificeren en met hen omgaan?

Binnen het kader van zelfmoordpreventie is het belangrijk dat leerkrachten en ander schoolpersoneel strategieën kennen om risicoleerlingen te detecteren en hen aan te spreken. Hierna worden waarschuwingssignalen voor suïcidaal gedrag en tips voor interventies gegeven.

1. Wat zijn de waarschuwingssignalen?

In 'Tool 1' werden risicofactoren onder de loep genomen die het langetermijnrisico om suïcidaal gedrag te ontwikkelen, kunnen verhogen, zoals een psychische stoornis of een vorige zelfmoordpoging.
Naast deze risicofactoren zijn er ook specifieke waarschuwingssignalen die kunnen wijzen op suïcidaal gedrag op korte termijn. **Het duidelijkste en meest rechtstreekse waarschuwingssignaal voor zelfmoord is gedrag dat erop wijst dat de persoon denkt aan zelfmoord of zelfmoord plant, of bezorgd of geobsedeerd is door de dood.** Mogelijk werd er over waarschuwingssignalen voor zelf-moord gepraat, misschien werden ze vermeld in werkstukken van LEERLINGEN, bijv. in essays, teksten, sociale media of misschien werden ze besproken door een andere student of leerkracht.

- Praten (of schrijven) over willen doodgaan, zichzelf verwonden of doden (of ermee dreigen).
- Praten (of schrijven) over zich hopeloos voelen of geen reden meer hebben om te leven.
- Praten (of schrijven) over vast zitten of ondraaglijke pijn lijden.
- Praten (of schrijven) over een last zijn voor anderen.
- Zoeken naar manieren om zichzelf te doden, bijv. online zoeken naar zelfmoordmethodes of op zoek gaan naar vuurwapens, pillen of andere methodes om zelfmoord te plegen.

Directe signalen

Andere waarschuwingssignalen zijn **indirectere gedragswijzigingen die erop kunnen wijzen dat iemand een psychisch probleem heeft**, dat misschien gepaard gaat met zelfmoordgedachten of -plannen. Het risico is groter als het gedrag nieuw is of als de frequentie of intensiteit ervan recent toenam en als er een verband lijkt te zijn met een pijnlijke gebeurtenis, verlies of verandering. Samengevat is het beter om te overreageren dan om onvoldoende te reageren als er een vermoeden is dat een jongere mogelijk een risico loopt.

- Zich terugtrekken van familie, vrienden en de maatschappij of zich geïsoleerd voelen
- Slechter functioneren op het werk of op sociaal vlak
- Verhoogd gebruik van alcohol of drugs
- Persoonlijksheidsveranderingen, humeurschommelingen of gedragsveranderingen zoals extreme stemmingswisselingen, angstig of opgewonden gedrag of roekeloos gedrag. Dit kan ook veranderingen in eet- of slaapgedrag omvatten,
- woedende reacties, ongecontroleerde angst of wraakgevoelens.

Indirecte signalen

2. Hoe reageren op waarschuwingssignalen?

Als er waarschuwingssignalen opgemerkt worden, is het belangrijk om een collega, de pedagogische begeleider of de directeur te contacteren (afhankelijk van het schoolreglement), aangezien het niet de verantwoordelijkheid van de leerkracht is om risicoLEERLINGEN bij te staan. In bepaalde gevallen kunnen leerkrachten echter een rol spelen door een eerste gesprek te voeren met de student en hem/haar door te verwijzen naar beschikbare hulpdiensten. In een eerste gesprek komen de drie sleutelbegrippen aan bod die hierna worden vermeld. Alvorens met het gesprek te beginnen, is het essentieel om te beschikken over de contactinformatie van de lokale of nationale hulpdiensten waarnaar doorverwezen kan worden.

Image courtesy of foto76 / FreeDigitalPhotos.net

1. Toon dat je bezorgd bent

- Spreek met de student op een persoonlijke en vertrouwelijke manier. Laat zien dat je je betrokken voelt en maak duidelijk waarom, bijv. door te zeggen wat je gemerkt hebt (bijv. specifieke waarschuwingssignalen of veranderingen in gedrag of concentratie).

2. Gebruik de juiste woorden en stel vragen over zelfmoordgedachten

- Het is een mythe dat je door vragen te stellen over zelfmoord mensen op ideeën brengt. Vraag wat er in de student omgaat, wat zijn/haar gevoelens zijn. Als de student erkent dat hij/zij kampt met een (psychisch) probleem, stel dan stap voor stap vragen, te beginnen met algemene vragen en daarna specifieke vragen, expliciet over zelfmoord:

- **ALGEMENE VRAGEN** over iemands psychische toestand, hoop, toekomst, (zin van) het leven. Enkele voorbeelden:
  - "Hoe gaat het op dit moment met jou?"
  - "Hoe zie je de toekomst?" "Wat zijn jouw plannen voor de toekomst?"
  - "Het je het gevoel dat het leven je te veel is?"
  - "Het je het gevoel dat het leven het niet waard is om geleefd te worden?"
  - "Hoop je dat het beter zal gaan?"

- **SPECIFIEKE VRAGEN** over zelfmoordgedachten en -plannen. Enkele voorbeelden:
  - "Denk je soms aan de dood, over een einde willen maken aan je leven?"
  - "Heb je er ooit aan gedacht jezelf te kwetsen of jezelf te doden?"
  - "Denk je er nu aan om een eind te maken aan je leven?" "Overweeg je zelfmoord?"
  - "Waaraan denk je precies?"

- "Sinds wanneer heb je die gedachten?" "Heb je er de laatste weken vaak aan gedacht?" "Hoe vaak dacht je daaraan?" "Hoe vaak denk je er dagelijks aan?"
- "Hoe komt het dat je aan zelfmoord denkt?"
- "Heb je een specifiek plan voor ogen?" "Wat is je plan?" "Aan welke methodes denk je?" "Welke voorbereidingen heb je getroffen?"
- "Heb je die gevoelens en gedachten vroeger nog gehad?" "Wat heeft dat veroorzaakt?" "Hoe ging je ermee om?" "Heb je ooit geprobeerd om een eind te maken aan je leven?"

3. Regel hulp

- Neem eerst en vooral alle zelfmoorddreigingen ernstig.
- Blijf kalm, luister actief (zonder te oordelen), geef aan dat je bezorgd bent en bied je hulp aan.
- Verdedig de 'waarde van het leven' niet of praat geen schuldgevoelens aan, dat helpt de student niet verder.
- Leg de nadruk op de mogelijkheid en de beschikbaarheid van professionele hulp (verwijs naar hulp) en bied hulp aan. Je kan aanbieden om telefoonnummers van hulplijnen of websites te zoeken, of je kan een dokter of een professional geestelijke gezondheidszorg zoeken.
- Zorg ervoor dat de persoon veilig is (tot hij of zij hulp krijgt). Vraag wie ze kunnen bellen of op wie ze kunnen rekenen. Indien de toestand te kritiek is, roep dan hulp in (bijv. door een hulplijn of de hulpdiensten te bellen). Beloof niet om het gesprek vertrouwelijk te houden. Wanneer iemand in hoge nood verkeert, moet je onmiddellijk te hulp snellen. Als de crisis acuut is, beschouw het dan als een noodgeval en bel de hulpdiensten, een crisislijn, de begeleider of huisarts van de werknemer, of breng de persoon in kwestie naar de dienst spoedgevallen van het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Meer do's en don'ts (in het Engels en het Spaans) zijn te vinden op: www.suicideispreventable.org

TOOL 3

Wat doen na een zelfmoord(poging)?

De noodzaak van een crisisplan

Wanneer de school wordt geconfronteerd met een tragisch incident zoals een zelfmoord of zelfmoordpoging van een leerling, moet het schoolteam weten hoe op een professionele en sensitieve manier op te treden. Om het hoofd te bieden aan de crisis, om de controle te blijven houden en om te doen wat best is, is het essentieel om een uitgestippeld crisisplan bij de hand te hebben, met richtlijnen voor een goede communicatie met alle betrokkenen: ouders, leerlingen, schoolpersoneel en de media. Een crisisplan kan door de school zelf opgesteld worden, in samenwerking met experten/hulpverleners of regionale diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Een crisisplan opstellen

Een crisisplan is voor iedere school verschillend; het hangt af van de schoolstructuur, de beschikbare diensten voor geestelijke gezondheidszorg, de vaardigheden van de leerkrachten,... De beste voorbereiding van een crisisplan is gaan samenzitten met de belangrijkste betrokkenen zoals de directeur, leerkrachten, pedagogische begeleiders, administratief personeel... Indien mogelijk kan het een goed idee zijn om hulp te krijgen van een externe expert op het vlak van zelfmoordpreventie en/of een professionele hulpverlener. Het is essentieel om professionele hulp te zoeken bij het opstellen van een crisisplan en om een goede relatie op te bouwen met de plaatselijke professionals op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. Hierna wordt een overzicht gegeven van de sleutelelementen en de belangrijkste stappen bij het opstellen van een crisisplan. Deze stappen kunnen gemakkelijk aangepast worden aan de lokale context en noden van de school. Let op: crisisplannen moeten regelmatig herzien worden zodat ze op lange termijn doeltreffend kunnen zijn!

1. WAT DOEN NA EEN ZELFMOORDPOGING?

Contacteer de ouders en de leerling

- Druk uw bezorgdheid uit en bied hulp aan.
- Vraag welke informatie naar de leerkrachten en de leerlingen van de school toe kan verspreid worden. Als er geruchten zijn, breng ook de ouders en leerling op de hoogte van wat leerkrachten en medeleerlingen weten.
- Vraag hen of ze recent getuige waren van gedrag of van situaties die de aandacht trokken. Vraag of er binnen de schoolcontext aspecten zijn die problemen veroorzaakten en die kunnen veranderd worden (bijv. op het vlak van pesten, druk op school, steun van de school...).
- Vraag of de student/leerling (professionele) hulp kan krijgen.
- Denk na over wie de student/leerlingen kan begeleiden (en opvolgen) binnen de school. Vraag wat de ouders en leerling van de school verwachten en stel duidelijk wat wel en niet mogelijk is binnen de schoolcontext.

Houd een bijeenkomst voor het schoolpersoneel

- Vertel het nieuws aan het schoolpersoneel en laat hen weten waar ze steun kunnen vinden.

Houd een klasgesprek (optioneel)

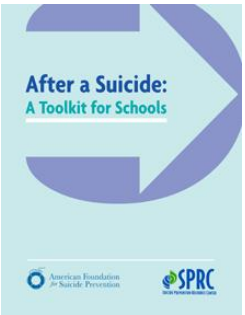
- Indien de leerling en de ouders hiermee akkoord gaan, houd dan een klasgesprek over het incident. (Indien ze hier niet mee akkoord gaan, maak dan duidelijk waar de leerlingen hulp kunnen krijgen en met wie ze indien nodig kunnen praten).
- Geeft nooit details over de zelfmoordpoging (bijv. over de methode of de plaats).
- Geef algemene achtergrondinformatie over suïcidaal gedrag (zie Tool 1) en volg de richtlijnen voor een klasgesprek (zie Tool 4 in deze toolkit).
- Houd rekening met het perspectief van de leerling, zodat je kan vertrekken vanuit zijn/haar behoeften en noden.
- Vraag aan de leerling of hij of zij het klasgesprek al dan niet wil bijwonen.

Bereid de terugkeer naar school voor

- De terugkeer naar school moet besproken worden met ouders, leerlingenbegeleiders, de leerkracht(en) en de leerling in kwestie.

2. WAT DOEN NA EEN ZELFMOORD?

Hierna worden 7 stappen opgesomd om een crisisreactie na een dood door zelfmoord te faciliteren. De stappen die gemarkeerd zijn met een '*' zijn afkomstig uit het werk "After a suicide. A toolkit for schools." van de "American Foundation for Suicide Prevention and the Suicide Prevention Resource Center", beschikbaar in het Engels op www.sprc.org



☑ STAP 1 COORDINATIE VAN DE CRISIS

De directeur of coördinator van de school moet onmiddellijk actie ondernemen om de crisis te coördineren en om een eerste vergadering met **een crisisteam** te houden. Zorg dat de directeur, de leerkrachten van de student, de pedagogische begeleider(s) van de school en het administratief personeel deel uitmaken van het team.

Wees u bewust van de beperkingen van uw expertise en van uw capaciteiten en die van de leerkrachten. Misschien kan u overwegen om een hulpverlener of een expert inzake zelfmoordpreventie te vragen om de crisis te managen. Het is ook nuttig om de lokale dienst voor

geestelijke gezondheidszorg te contacteren, hun advies te vragen en overeen te komen hoe er tijdens de crisis wordt samengewerkt. Indien geen van deze experts of diensten beschikbaar zijn, is het essentieel dat het personeel opgeleid is in het omgaan met crisissituaties.

☑ STAP 2 VERGEWIS U VAN DE FEITEN EN CONTACTEER DE FAMILIE*

VERGEWIS U VAN DE FEITEN

De directeur of coördinator van de school moeten eerst de feiten checken en zekerheid hebben omtrent de officiële doodsoorzaak (ouders of dokter contacteren, politie, ... - afhankelijk van de nationale wetgeving).

Indien de feiten niet duidelijk zijn, moeten de scholen melden dat de zaak wordt onderzocht en dat er verder gecommuniceerd wordt van zodra er meer informatie is. Erken dat er geruchten zijn (die vaak niet juist zijn) en herinner leerlingen eraan dat geruchten vaak erg pijnlijk en onfair kunnen zijn t.a.v. de vermiste/overleden persoon, zijn/haar familie en vrienden.

CONTACTEER DE FAMILIE

Informatie over de doodsoorzaak moet niet aan de leerlingen worden gegeven totdat de familie hierover werd geraadpleegd. Met de familie over de dood en over zelfmoord praten, kan een uitdagende taak zijn, aangezien schoolpersoneel vaak niet is opgeleid om hiermee om te gaan en zelfmoord een taboe kan zijn, vooral in bepaalde culturen of religies. Overweeg in dat geval om professionele raad of hulp te vragen. Indien blijkt dat zelfmoord de doodsoorzaak is, maar de familie wil niet dat dit wordt bekendgemaakt, moet een personeelslid dat een goede relatie heeft met de familie worden aangeduid om hen te contacteren, om uit te leggen dat de leerlingen onder elkaar al over de dood praten; als er volwassenen in de schoolgemeenschap zijn die met de leerlingen kunnen praten over zelfmoord en de oorzaken ervan, kan dat helpen om de leerlingen gerust te stellen. Bied aan de familie hulp van de school aan.

Zorg op korte termijn ook voor administratieve zaken, zorg er bijv. voor dat het gezin van de school geen brieven met praktische informatie meer ontvangt (bijv. over schooluitstappen, of, in het ergste geval, schoolrekeningen).

☑ STAP 3 ZORG VOOR HET PERSONEEL: COMMUNICATIE & STEUN

Er moet zo snel mogelijk een bijeenkomst gehouden worden voor al het schoolpersoneel waarbij de feiten duidelijk meegedeeld worden. Het personeel wordt geïnformeerd over de volgende stappen die ondernomen moeten worden en waar meer informatie kan bekomen worden. TOOL 1 in deze toolkit bevat basisinformatie over suïcidaal gedrag.

Het is ook belangrijk om het personeel te laten weten waar ze indien nodig psychologische steun kunnen krijgen. Als er binnen de school geen hulp ter beschikking is, werk dan samen met externe hulpdiensten.

☑ STAP 4: ZORG VOOR DE LEERLINGEN: COMMUNICATIE & STEUN

Scholen moeten LEERLINGEN/leerlingen steunen door hen op gepaste wijze de gelegenheid te bieden hun emoties te uiten en om strategieën te zoeken om ze te beheersen, zodat de school zich weer kan focussen op het lesgeven. Leerlingen moeten geïnformeerd worden over waar ze hulp en steun kunnen krijgen, zowel binnen als buiten de school (hulpverlening).

Leerkrachten moeten zo snel mogelijk na de personeelsvergadering een klasgesprek houden. TOOL 4 in deze toolkit bevat richtlijnen voor een klasgesprek.

Zorgen voor leerlingen is een belangrijk aspect van **preventie.** Het vergemakkelijkt het rouwproces en vermindert het risico op kopieergedrag. Bovendien kan het personeel zo nagaan hoe leerlingen ermee omgaan en welke leerlingen tot de risicogroep behoren. Leerkrachten moeten zich bewust zijn van de waarschuwingssignalen van suïcidaal gedrag bij andere leerlingen. Waarschuwingssignalen worden opgesomd in TOOL 2 van deze toolkit. Wees vooral bewust van kwetsbare leerlingen zoals de beste vrienden, maar ook medeleerlingen met wie de leerling misschien conflicten had.

Omdat **ouders** van leerlingen sleutelfiguren zijn, moeten ook zij een brief of e-mail ontvangen om hen op de hoogte te brengen van het incident en om hen bewust te maken van de mogelijke risico's en de mogelijkheden tot steun.

☑ STAP 5: COMMUNICATIE MET DE MEDIA*

Een zelfmoord van een leerling kan veel media-aandacht krijgen. Het is daarom belangrijk dat de school een mediabericht voorbereidt en een woordvoerder aanduidt binnen de school. Deel het personeel mee dat enkel de woordvoerder met de media mag spreken en raad leerlingen aan om interviews met de media te vermijden. De woordvoerder moet zich bewust zijn van de mogelijke schadelijke gevolgen van rapporteren over zelfmoord in de media en moet de mediarichtlijnen omtrent zelfmoordpreventie nauwgezet volgen. Meer bepaald mag hij/zij de daad niet dramatiseren, de methode of de plaats van de zelfmoord niet vermelden en dient hij/zij hoop te geven en door te verwijzen naar hulplijnen of ander vormen van hulpverlening. Een volledige toolkit voor verantwoorde berichtgeving over zelfmoord in de media is beschikbaar op www.euregenas.eu

☑ STAP 6: BEGRAFENIS EN HERDENKING*

Afhankelijk van de wensen van de familie, kan u informatie over de **BEGRAFENIS** helpen verspreiden aan de leerlingen, ouders en personeel (plaats, tijdstip, regels m.b.t. toestemming geven aan leerlingen om de school te verlaten tijdens de lesuren).

Het is aan te raden dat leerlingenbegeleiders en hulpverleners van binnen en buiten de school de begrafenis bijwonen en ook aan te raden dat ouders hun kind bijstaan op de begrafenis.

Vaak wil de schoolgemeenschap een overleden leerling **HERDENKEN**, waarmee ze uiting geeft aan een basisverlangen van mensen om degenen die we verloren hebben, te herdenken. In het geval van zelfmoord moeten scholen er ook over nadenken hoe de overleden leerling op gepaste wijze te herdenken zonder daarbij het risico te lopen dat andere leerlingen, die misschien zelf tot de risicogroep behoren, zelfmoord gaan overwegen. Het is zeer belangrijk dat scholen ernaar streven om op dezelfde manier met alle overlijdens om te gaan. Herdenkingen kunnen ook op lange termijn worden georganiseerd, bijv. een jaar na het incident. Kleine gebaren naar de familie toe kunnen heel wat betekenen, bijv. een jaar na het gebeuren een kaartje sturen naar de ouders.

SOCIALE MEDIA zoals sms, Facebook en Twitter worden al snel de belangrijkste communicatiemiddelen voor mensen van alle leeftijden, vooral jongeren. Terwijl deze communicatie meestal buiten de school plaatsvindt, kan ze na de zelfmoord van de student ook

door de school gebruikt worden als informatiekanaal. Door samen te werken met de leerlingen bij het zoeken en checken van de relevante sociale netwerksites, kunnen scholen sociale media op een strategische manier gebruiken om preventiegerichte boodschappen uit te wisselen, om steun te bieden aan leerlingen die het moeilijk hebben om ermee om te gaan en om leerlingen op te sporen die zelf een risico lopen. Het is belangrijk dat scholen regels en richtlijnen opstellen over wat leerlingen al dan niet moeten communiceren over het incident via sociale media.

☑ STAP 7: FOLLOW-UP EN EVALUATIE

Binnen het crisisteam is het belangrijk om de reactie op de crisis te evalueren, te leren uit fouten en de procedures dienovereenkomstig aan te passen.

TOOL 4

Richtlijnen voor een klasgesprek na een zelfmoord(poging)

Ingeval van een incident zoals een zelfmoordpoging of zelfmoord van een leerling of personeelslid, is het belangrijk om zo snel mogelijk na het contacteren van de familie een klasgesprek te houden. Het gesprek moet voorbereid en gemonitord worden door een leerkracht die de leerlingen kennen en die ze vertrouwen, bij voorkeur bijgestaan door een leerlingenbegeleider of hulpverlener. Hierna worden vier aspecten belicht die essentieel zijn bij een klasgesprek.

Druk geruchten de kop in

- Geruchten zullen de kop opsteken. Vraag aan de studenten/leerlingen wat ze gehoord hebben en probeer de geruchten de kop in te drukken. Indien er correcte informatie over het incident beschikbaar is en indien overeengekomen met de familie (en met de student/leerkracht in kwestie ingeval van een zelfmoordpoging), geef die informatie dan vrij. Benadruk in elk geval dat geruchten pijn doen.

Zorg voor een kader over zelfmoordgedrag

- Benadruk dat zelfmoord complex is en dat het niet veroorzaakt wordt door één enkele factor.
- Onderstreep dat zelfmoord geen 'keuze' is, noch een heroïsche of romantische daad.
- Leg de nadruk op de comorbiditeit met psychologische problemen zoals depressie, alcohol en drugsmisbruik, ... zonder deze problemen te stigmatiseren.
- Benadruk dat zelfmoord kan voorkomen worden en dat er hulp bestaat.

Ga in gesprek met de studenten/leerlingen

- Zorg voor een veilig klimaat: benadruk het belang van vertrouwelijkheid en eerlijkheid.
- Laat de studenten over hun gevoelens praten. Leg de nadruk op het feit dat gevoelens van angst en schuld gewoon en normaal zijn.
- Maak ruimte voor vragen.

Bied hulp aan

- Praat met studenten/leerlingen over wat je kan doen als je je verdrietig, depressief of hopeloos voelt of wat je kan doen wanneer een vriend zich verdrietig, depressief of hopeloos voelt.
- Verwijs naar hulpdiensten en vraag of ze daarop een beroep willen doen.

CONCLUDERENDE CHECKLIST

De hoofdpunten van deze toolkit worden hieronder samengevat in een praktische checklist om beleidsmakers en schoolpersoneel op weg te helpen om van de school een veilige plek te maken waar aandacht is voor zelfmoordpreventie.

1. De school heeft een duidelijk en omvattend gezondheidsbeleid met aandacht voor geestelijke gezondheidsbevordering en zelfmoordpreventie. 👍

2. Het antipestbeleid en antipestprogramma's worden in de praktijk omgezet. 👍

3. Er worden initiatieven genomen om preventieprogramma's op het vlak van geestelijke gezondheid en zelfmoordpreventie op te stellen, zoals psycho-educatie en vaardigheidstraining. 👍

4. Er is psychologische begeleiding mogelijk voor leerlingen en schoolpersoneel, met inbegrip van screeningsprogramma's (optioneel) en een goede samenwerking met externe hulpdiensten. 👍

5. Leerkrachten en leerlingenbegeleiders krijgen opleiding over zelfmoordpreventie: ze kennen de waarschuwingssignalen en kunnen omgaan met suïcidale leerlingen of collega's en hen verwijzen naar de gepaste diensten voor gezondheidszorg. 👍

6. Er gaat bijzondere aandacht naar kwetsbare leerlingen en personeelsleden. 👍

7. De school is een veilige omgeving en de toegang tot gevaarlijke middelen voor zelfmoord is beperkt. 👍

8. Een crisisplan is voorhanden voor het geval een student of personeelslid zelfmoord pleegt of een zelfmoordpoging onderneemt, en dit plan wordt regelmatig bijgewerkt.. 👍

Over het Euregenas-project

Het **Euregenas-project wil bijdragen tot de preventie van zelfmoordgedachten en -gedrag in Europa** door het uitwerken en uitvoeren van strategieën voor zelfmoordpreventie op regionaal niveau die als goede praktijken nuttig kunnen zijn voor de Europese Unie. Het project brengt **15 Europese partners** uit 11 Europese regio's samen met uiteenlopende ervaringen op het vlak van zelfmoordpreventie (zie Figuur 1).

Figuur 1 - De Euregenas-regio's

University Hospital Verona (**AOUI-VR**) – Italië

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid **(VAZG)** - België

Region Västra Götaland (**VGR**) - Zweden

Romtens Foundation (**ROMTENS**) - Roemenië

National Institute for Health and Welfare (**THL**) - Finland

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent **(UGENT)** - België

Fundación Intras (**INTRAS**) – Spanje

Servicio Andaluz de Salud (**SAS**) – Spanje

Fundación Pública Andaluza Progreso Y Salud (**FPS**) - Spanje

Mikkeli University of Applied Sciences (**MAMK**) - Finland

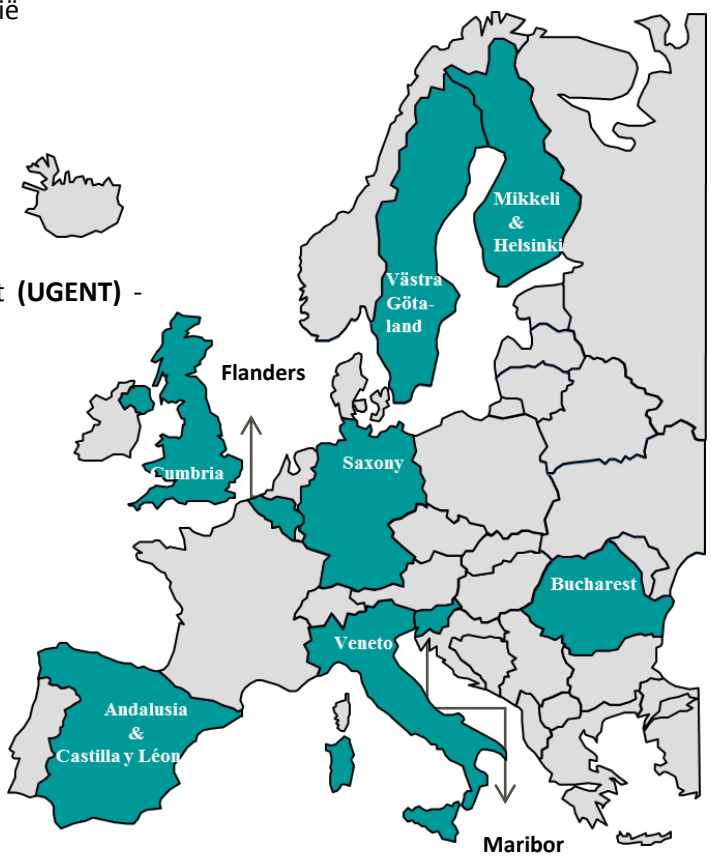
Technische Universität Dresden (**TUD**) – Duitsland

National Institute of Public Health, Regional Unit Maribor (**NIJZ MB**)– Slovenië

West Sweden (**WS**) – Zweden

De Leo Fund (**DELEOFUND**) – Italië

Cumbria County Council – Verenigd Koninkrijk



In overeenstemming met het **'Tweede Programma op het Gebied van Gezondheid'** *(Europese Commissie, 2008-2013, zie* http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/*)*, bevordert het project het gebruik van regionaal clustermanagement als innovatieve methode ter verbetering van de bestaande diensten.

Door het aanmoedigen van regionale interventies en campagnes die zowel gericht zijn op de doelgroep als op stakeholders buiten de gezondheidszorg, **heeft het project als doel het 'Mental Health Pact' uit te voeren** op het vlak van:

1) Zelfmoordpreventie
2) Destigmatisering van psychische stoornissen
3) Gezondheidsbevordering bij jongeren

De **specifieke doelstellingen** van het Euregenas-project zijn:

- Goede praktijken van bestaande acties en strategieën op het vlak van zelfmoordpreventie identificeren en catalogeren, zowel op regionaal als op lokaal niveau;
- Een behoeftenonderzoek van de stakeholders uitvoeren;
- Richtlijnen en toolkits over zelfmoordpreventie en sensibiliseringsstrategieën ontwikkelen en verspreiden;
- De technische specificaties ontwikkelen voor een geïntegreerd model voor e-healthcare gericht op zelfmoordpreventie;
- De kennis en vaardigheden bij lokale en regionale professionals verbeteren (bijv. psychologen, psychiaters, huisartsen).

Het project moet tegemoetkomen aan de specifieke doelstellingen aan de hand van **een reeks werkpakketten (WP).** Het Euregenas-project omvat acht werkpakketten: 3 horizontale werkpakketten, respectievelijk m.b.t. coördinatie, disseminatie en evaluatie en 5 verticale kernwerkpakketten (zie Figuur 2).

Figuur 2: de Euregenas-kernwerkpakketten

WP4: Onlinebibliotheek en evaluatie van de behoeften

Doel: online bibliotheek ontwikkelen en behoeften van de belangrijkste stakeholders evalueren. Deze activiteiten vormen de basis voor Werkpakketten 5, 6, 7 & 8.

WP5: Ontwikkelen van e-conceptueel model

Doel: alle noodzakelijke informatie verzamelen om een geïntegreerd steun- en interventiekader op te zetten voor e-geestelijke gezondheid, met als doel zelfmoord te voorkomen, dat aangepast kan worden aan de lokale noden in alle Europese regio's en regionale organisaties inzake gezondheidszorg.

WP6: Ontwikkeling van richtlijnen ter preventie en toolkits

Doel: algemene richtlijnen ontwikkelen voor zelfmoordpreventiestrategieën en specifieke preventiepakketten (toolkits) ter sensibilisering van zelfmoordpreventie voor de geïdentificeerde doelgroepen.

WP 7: Een opleidingsmodule ontwikkelen en sturen

Doel: een opleidingspakket ontwikkelen voor huisartsen en dit aansturen in 5 geselecteerde regio's. Het hoofddoel is huisartsen te voorzien van relevante informatie voor de vroege opsporing en doorverwijzing van risicopersonen.

WP8: Een toolbox ontwikkelen voor facilitatoren van steungroepen voor overlevers

Doel: Een toolbox ontwikkelen voor facilitatoren van steungroepen voor overlevers. Bovendien zal een catalogus worden opgesteld die informatie bevat voor nabestaanden van zelfdoding (m.i.v. een lijst van beschikbare groepen/diensten).

Literatuur

American Foundation for Suicide Prevention (2009). More Than Sad Suicide prevention education for teachers and other school personnel. www.morethansad.org

American Foundation for Suicide Prevention/Suicide Prevention Resource Center (2011). After a Suicide: a Toolkit for Schools. Newton, MA: Education Development Center, Inc.

Aseltine, R.H.Jr., DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *AmJ Public Health,* 94(3), 446–451.

Aseltine, R.H.Jr., James, A., Schilling, E.A., Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7, 161.

Beautrais, A. L. (2004). Suicide postvention. Support for families, whanau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.

Brunstein Klomek, A., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I.S., & Gould, M.S. (2007). Bullying, depression and suicidiality in adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 40-49.

Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 135-144.

Cimini, M.D., Rivero, E.M., Bernier, J.E., Stanly, J.A., Murray, A.D., Anderson, D.A., Wright, H.R., Bapat, M. (2014). Implementing an Audience-Specific Small-Group Gatekeeper Training Program to Respond to Suicide Risk Among College Students: A Case Study. *Journal of American College Health,* 62 (2), 92-100.

Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), International handbook of suicide and attempted suicide (pp. 467–484). Chichester, UK: Wiley & Sons.

Cusimano, M.D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Inj Prevent*, 17(1):43–9.

Dhejne,C., Lichtenstein, P.,Boman,M., Johansson,A.L.V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6, ArtID: e16885.

Eurostat, statistics 'death due to suicide'. Beschikbaar op: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/ Accessed February 2014.

Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386–405.

Gould, M.S., Marrocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *The journal of the American Medical Association*, 293(13), 1635-43.

Gould, M.S., Marrocco, F.A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009). Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(12), 1193-201.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R, et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10–51.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Huh, G.Y., Jo, G.R., Kim, K.H., Ahn, Y.W., & Lee, S.Y. (2009). Imitative suicide by burning charcoal in the southeastern region of Korea: The influence of mass media reporting. *Leg. Med. (Tokyo)*, 11(Suppl 1), S563-S564.

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors (pp. 3–17). New York, NY: Taylor and Francis.

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011a). A large-scale evaluation of the KiVa anti-bullying program; Grades 4-6. *Child Development*, 82, 311-330.

Kärnä, A., Voeten, M., Little, T., Alanen, E., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2011b). Going to Scale: A nonrandomized nationwide trial of the KiVa antibullying program for comprehensive schools. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* doi: 10.1037/a0025740.

Katz, C., Bolton,S. Katz, L.Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. & Swampy Cree Suicide Prevention Team (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30, 1030 – 1045.

Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(4), 381-389.

Leite, A., Idzelis, M., Reidenberg, D., Roggenbaum, S., & LeBlanc, A. (2011). Linking Education and Awareness of Depression and Suicide (LEADS): An evaluation of a school-based suicide prevention curriculum for high school youth. St. Paul, MN: Wilder Research.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S, van Heeringen, K., De Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667–677.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *The journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-74.

Mathy, R.M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14, 47–65.

McDaniel, J. S., Purcell, D., & D'Augelli, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84–105.

Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review . *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 42(5), 507-524.

Miller, D.N., Eckert, T.L., & Mazza, J.J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: a review and public health perspective. School Psychol Rev, 38(2), 168–188.

Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, et al. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*., 14(2), 177-186.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98-105.

Pirkis, J., & Blood, R.W. (2001). Suicide and the media: (1) Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146-154.

Portzky, G., & van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 47 (9), 910–918.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360 (9340), 1126–1130.

Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., O'Brien, M. (2013). A Systematic Review of School-Based Interventions Aimed at Preventing, Treating, and Responding to Suicide-Related Behavior in Young People. *Crisis,* 34(3), 164–182.

Salmivalli, C., Garandeau, C., & Veenstra, R. (2012). KiVa Anti-Bullying Program: Implications for School Adjustment. To be published in G. Ladd & A. Ryan (Eds.), Peer Relationships and Adjustment at School. Charlotte, NC: Information Age Publishing.

Salmivalli, C., Kärnä, A., & Poskiparta, E. (2011) Counteracting bullying in Finland: The KiVa program and its effects on different forms of being bullied. *International Journal of Behavioral Development*,35, 405-411.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Res. Public Health*, 8, 4550-4562.

Savin-Williams, R. C. (2001). Suicide attempts among sexual minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983–991.

Schilling, E.A., Lawless, M., Buchanan, L., Aseltine, R.H.Jr. (2014). "Signs of Suicide" shows promise as a Middle School Suicide Prevention Program. *Suicide Life Threat Behav, 2014 May 2* [Epub ahead of print].

Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., et al. (2004). The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(1), 71–79.

Sisask, M., & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health; 9, 123-138.

Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81(4), 957-972.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 35(2), 121-33.

Suïcidepreventiewerking van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen. Draaiboek(en) suïcidepreventie voor secundaire scholen.

van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), S1-S6.

van Heeringen, C., & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35 (11), 494-499.

Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103 (4), 197 -220.

Wilcox, H.C., Kellam, S.G., Brown C.H., Poduska, J., Ialongo, N.S., Wang, W., & Anthony, J.C. (2008). The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*, 95(Suppl 1), S60–S73.

Williford, A., Noland, B., Little, T., Kärnä, A., & Salmivalli, C. (2011). Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' perception of peers, depression, and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology.* doi: 10.1007/s10802-011-9551-1.

Wyman, P.A., Brown, C.H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *AmJ Public Health,* 100(9), 1653-1661.

World Health Organization (2013). Investing in mental health: evidence for action. Retrieved December 2013 from http://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/

World Health Organization (2014). Preventing suicide. A global imperative. Retrieved September 2014 from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Young, I.T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci,* 14(2), 177–186.

IN VLAANDEREN KUNNEN SCHOLEN TERECHT OP HET PLATFORM

www.ZELFMOORD1813.be

VOOR MEER INFORMATIE, ADVIES OF HULP BIJ DE PREVENTIE VAN ZELFDODING IN DE SCHOOLCONTEXT EN DAARBUITEN.