

Geke Romijn, Martijn Bool

 Trimbos  
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

# Regionale aanpak van suïcidepreventie

Een kader voor opzet en voorbeelden

# Regionale aanpak van suïcidepreventie

Een kader voor opzet en voorbeelden

## Colofon

### *Opdrachtgever*

Ministerie van VWS

### *Projectleiding*

Martijn Bool

### *Projectuitvoering*

Geke Romijn

Martijn Bool

### *Met dank aan*

GGD Amsterdam: Stephan Cremer, José ten Haaf; GGZ Friesland: Jos de Keijser, Annelies de Laat, Martin Steendam; GGZ Noord-Holland-Noord (voorheen GGZ West Friesland): Niek Kuijper, Hans van Gasteren; Judith Blekman (Trimbos-instituut); Marieke de Groot (Rijksuniversiteit Groningen); Ad Kerkhof (Vrije Universiteit), Agnes van der Poel (Trimbos-instituut), Erik Jan de Wilde (NJI), Nicolette van der Zouwe (GGD Hollands Midden)

### *Tekstredactie*

Gerdie Kienhorst, Textability

### *Productiebegeleiding*

Joris Staal

### *Vormgeving en druk*

Ladenius Communicatie BV Houten

Artikelnummer: AF0954

ISBN: 978-90-5253-669-9

Deze uitgave is te bestellen en te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF0954**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-2971100

F: 030-2971111

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

© 2010, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Suicide en suicidepreventie</b>	<b>7</b>
2.1	Suicidepreventie: een geïntegreerde aanpak	7
2.2	Suicidepreventie: een geïntegreerde aanpak	7
2.3	Aangrijpingspunten	8
2.4	Integrale aanpak en beleid	10
<b>3.</b>	<b>Kader voor opzet en analyse van een regioproject</b>	<b>11</b>
3.1	Kader voor een regionale aanpak	11
3.2	Achtergrond van het kader	12
<b>4.</b>	<b>Een regioproject opzetten</b>	<b>15</b>
4.1	Leerpunten	15
4.2	Regioprojecten	17
4.3	Kader en opbrengsten van regioprojecten	19
<b>5.</b>	<b>Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>29</b>
5.1	Aanbevelingen	30
	<b>Literatuur en documentatie</b>	<b>31</b>



# 1. Inleiding

Suïcide is een volksgezondheidsprobleem. Jaarlijks sterven 1500 mensen aan suïcide, doen 94.000 mensen een suïcidepoging en belanden 14.000 mensen in het ziekenhuis. Dit gaat gepaard met grote maatschappelijke kosten en veel persoonlijk leed.

Preventie, i.c. het wegnemen van risicofactoren voor suïcide of het verminderen van hun effecten, verlaagt het risico op suïcidaliteit. Het beleidsadvies *Verminderen van suïcidaliteit* (VvS) bevat een aantal aanbevelingen voor het beleid inzake suïcidepreventie in Nederland in de komende jaren. In verschillende Europese landen wordt al op nationaal niveau aandacht aan suïcidepreventie besteed; in zestien van de 52 Europese landen ontwikkelt men nationale actieplannen of voert ze uit.

In Nederland benaderen verschillende regio's en gemeenten suïcidepreventie met een geïntegreerde aanpak.

Draagvlak in de lokale omgeving blijkt van groot belang als je een preventieve aanpak van suïcide wilt realiseren. Wij richten ons in deze rapportage op de aanpak in Amsterdam (GGD Amsterdam), in West-Friesland (samenwerking tussen lokale partijen als GGZ, GGD en verslavingszorg) en in Friesland (GGZ Friesland in samenwerking met nulde en eerstelijnsparitien). Een analyse van de aanpak in deze drie regio's levert handvatten op voor de ontwikkeling van een geïntegreerde aanpak van suïcidepreventie.

## Analysekader

Om de regionale werkwijze rond suïcidepreventie te analyseren hebben wij een kader opgesteld aan de hand van het beleidsadvies VvS; de aanpak van de *European Alliance Against Depression* (EAAD); en de *Integrale Aanpak Depressiepreventie* (IAD) (respectievelijk Bool et al., 2007; Hegerl, 2006; Voordouw en Willemse, 2009). We laten de bruikbaarheid van dit kader zien door het concreet in te vullen met informatie uit genoemde regionale projecten suïcidepreventie.

Deze rapportage beoogt een systematische, geïntegreerde beschrijving van een regionale aanpak van suïcidepreventie te geven. Ze sluit aan bij de rapportage van het RIVM over suïcidepreventie bij GGD'en (RIVM, 2010) en is zowel interessant voor GGD'en als GGZ-instellingen

## Leeswijzer

Hoofdstuk 2 schetst in grote lijnen de achtergrond en de aangrijpingspunten voor suïcidepreventie. In hoofdstuk 3 beschrijven we het analysekader en de achtergrond daarvan. Hoofdstuk 4 beschrijft elk regionaal project aan de hand van het analysekader en vergelijkt ze vervolgens. Zo laten we zien wat de regionale projecten opleveren en hoe een succesvolle aanpak van regionale suïcidepreventie eruit kan zien. In het slothoofdstuk 5 volgen conclusie en aanbevelingen.



## 2. Suïcide en suïcidepreventie

### 2.1 Suïcidepreventie: een geïntegreerde aanpak

Suïcide is een volksgezondheidsprobleem. In Nederland heeft 11,1% van de volwassenen ooit suïcidedgedachten gehad. In totaal deed 2,7% ooit een suïcidepoging. Jaarlijks doen 94.000 mensen een suïcidepoging (Ten Have, 2006) en plegen 1500 mensen suïcide.

Het begrip suïcidaliteit omvat het spectrum van suïcidale gedachten en suïcideplannen tot en met een gerealiseerde suïcide. Een veel gehanteerde definitie van suïcide is: *'Suïcide is een handeling met een dodelijke afloop, door de overledene geïnitieerd en uitgevoerd in de verwachting van een dodelijke of potentieel dodelijke afloop, met de bedoeling gewenste veranderingen aan te brengen'* (De Leo et al., 2006).

Er is geen enkelvoudig verklarend dynamisch model voor suïcidaliteit. Suïcidaliteit is een complex, interactief proces waarin factoren als persoonlijke kenmerken, biologische kenmerken, persoonlijkheidstrekken, psychopathologie, levensgebeurtenissen en omstandigheden een rol spelen. Het is niet te voorspellen wie een suïcidepoging zal doen, maar het is wel mogelijk een risico-inschatting te maken door combinaties van risicofactoren. De kennis op de verschillende deelaspecten neemt toe. Het wegnemen van risicofactoren of het verminderen van hun effecten verlaagt het risico op suïcidaliteit (Ten Have et al., 2006).

#### Psychische problematiek en middelengebruik

In het bijzonder maakt psychische problematiek de kans op suïcide groter (Hawton et al., 2003). Depressie en problematisch middelengebruik zijn de belangrijkste risicofactoren voor suïcides (Tondo et al., 1999). In ongeveer 90% van alle suïcidegevallen is er sprake van een psychische stoornis (Shaffer & Craft, 1999), en in meer dan 80% van de gevallen is deze stoornis onbehandeld op het moment van overlijden (Mann et al., 2005). Stemmingsstoornissen zijn geassocieerd met 60% van de suïcides (Mann et al., 2005). Ook nabestaanden behoren tot een risicogroep (De Groot, 2008). De aanwezigheid van problematisch middelengebruik in combinatie met een stemmingsstoornis kan tot een aanvullend risico leiden (Tondo et al., 2004).

Deze feiten komen naar voren uit wereldwijd uitgevoerde psychologische-autopsieonderzoeken. Dit zijn onderzoeken waarin na de dood door suïcide met mensen in de omgeving nagegaan wordt wat er meegespeeld heeft bij de desbetreffende suïcide. Het doel is aanknopingspunten voor toekomstige interventies te vinden. Het gaat om psychologische en maatschappelijke aspecten en zorggebruik. In Nederland zijn nog geen resultaten bekend van psychologische-autopsiestudies. Er loopt momenteel zo'n onderzoek in West-Friesland, Amsterdam en Groningen (UMCG/RUG).

### 2.2 Suïcidepreventie: een geïntegreerde aanpak

Het voorkomen van suïcide vereist een brede, programmatische aanpak waarbij partijen uit de zorg en volksgezondheid een belangrijke rol vervullen en die werkt met toetsbare doelstellingen. De huidige kennis over het proces van suïcidaliteit biedt aanknopingspunten om gericht aan preventie te werken. Suïcidepreventie begint met het in kaart brengen van de risicofactoren. Een daarop



aansluitende aanpak is mogelijk omdat er programma's beschikbaar zijn die positieve effecten laten zien, zoals voorlichtings- en trainingsprogramma's of programma's met richtlijnen om mensen met suïciderisico's te signaleren en te verwijzen (Bool et al., 2007). Studies die effectiviteit aantonen zijn in veel gevallen gericht op specifieke problemen (herkenning en behandeling van depressie, suïcidaliteit), groepen (sleutelfiguren of intermediairen) of gemeenschappen (school, het leger).

Kortom, om suïcides verder terug te dringen is de inzet van veel verschillende beleids- en praktijkpartijen en sleutelfiguren (professionals en vrijwilligers) essentieel. Bij voorkeur worden deze in onderlinge samenhang en regie toegepast. Naast de (geestelijke) gezondheidszorg, is de publieke of openbare gezondheidszorg bij uitstek een terrein voor suïcidepreventie. Diverse maatregelen komen in aanmerking: beperking van de beschikbaarheid van middelen, gezondheidsvoorlichting, training van professionals om risicogroepen te signaleren en om te gaan met suïcidaliteit, preventieve interventies voor risicogroepen en behandeling van suïcidale mensen (zie Bool et al., 2007). We zien daarnaast verschillende aangrijpingspunten binnen de sectoren voor actieve bijdragen.

## 2.3 Aangrijpingspunten

### **Vanuit de publieke gezondheidszorg (PG)**

De publieke gezondheidszorg kan bijdragen door risicogroepen te signaleren en interventies gericht op deze risicogroepen uit te voeren. Bij het signaleren kunnen de lokale en nationale gezondheidsmonitoren, zoals gezondheidsenquêtes, een bijdrage leveren. Deze bevatten diverse indicatoren met relevante informatie voor suïcidebeleid over het vóórkomen van risicofactoren. Hoewel de monitor geen standaardvraagstelling over suïcidaliteit heeft, vragen bijvoorbeeld de gezondheidsenquêtes voor volwassenen van twee GGD'en concreet naar suïcide. Deze monitoren zijn niet bedoeld om gerichte persoonsgebonden interventies aan te bieden. Ook jeugdmonitoren van een aantal GGD'en besteden specifieke aandacht aan suïcide. Vier GGD'en stellen vragen over suïcide aan jongeren van 12-19 jaar en geven feedback bij gebruik van een digitale vragenlijst. In Rotterdam worden jongeren voor een gesprek uitgenodigd als hun antwoorden daartoe aanleiding geven.

### **Vanuit de zorg**

Na een suïcidepoging met noodzakelijke behandeling op de spoedeisende eerste hulp en eventuele opname op een afdeling van het algemeen ziekenhuis, is naast de somatische zorg ook psychiatrische zorg nodig. Vervolgens is goed aansluitende nazorg essentieel voor suïcidepreventie. Hetzelfde geldt voor het signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaliteit door huisartsen en het bieden van aansluitende psychiatrische zorg. Dat vraagt om de vastlegging van heldere afspraken over taken en verantwoordelijkheden en daarvoor is lokale of regionale afstemming van belang. Een kader hiervoor geeft het kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit (Hermens et al., in druk).

### **Vanuit de preventieve en (gespecialiseerde) gezondheidszorg**

In veel gevallen wordt preventie van suïcide en/of suïcidaliteit geïntegreerd in overkoepelende preventie- en behandelprogramma's, voor bijvoorbeeld psychische problemen en problematisch

middelengebruik. Dit ligt in de rede omdat suïcidaliteit in veel gevallen samenhangt met psychische stoornissen. Goede preventie en zorg voor psychische stoornissen zowel in de eerste lijn als in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg leveren dus ook een bijdrage aan preventie van suïcidaliteit.

Het blijft echter van belang om afzonderlijk aandacht aan suïcidepreventie te besteden. Ten eerste ervaart of ziet een suïcidaal persoon lang niet altijd een relatie met psychische stoornissen. Ten tweede kunnen betrokkenen zich vaak niet uiten door onbegrip en door eigen of andermans schaamte over hun klachten, in het bijzonder over hun suïcidale gedachten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, 2005). De mogelijkheden voor hulp bij al deze klachten is lang niet altijd bekend en is een vorm van *health illiteracy* (zie Romijn et al., 2007). Het begrip *health (il)literacy* verwijst naar de mate van bekendheid bij de bevolking van ziekte- en gezondheidsbegrippen en daarbij passende zorg. Ten derde zien ook sleutelfiguren (professionals of vrijwilligers uit verschillende maatschappelijke settings) of professionals in de zorg de relatie tussen suïcidaliteit en psychische stoornissen niet altijd. Ten slotte wordt het vóórkomen van suïcidaliteit onderschat, los van het gegeven of het gerelateerd is aan psychische stoornissen.

Aandacht voor suïcidaliteit vinden we terug bij preventie en behandeling binnen de somatische en geestelijke gezondheidszorg. In de GGZ is deze aandacht relatief groot, gezien het aantal protocollen en richtlijnen *na* suïcide. De aandacht voor *preventieve* richtlijnen en activiteiten binnen en vanuit de GGZ en de somatische zorg is veel beperkter als je naar het aantal activiteiten kijkt, of naar de beschikbaarheid en toepassing van protocollen of richtlijnen binnen de algemene ziekenhuizen. Ook de opleidingen voor psychiaters, huisartsen, gezondheidszorgpsychologen, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen kunnen bijdragen aan meer preventieve aandacht voor het onderwerp suïcidaliteit.

### **Conclusie vanuit de aangrijpingspunten**

Algemeen is er winst te behalen in het signaleren van risicogroepen, o.a. door in de nationale en lokale GGD-monitors naar suïcidaliteit te vragen en zo nodig interventies uit te voeren. Voor het vormgeven van suïcidepreventie kan worden aangesloten bij bestaande programma's die zich richten op preventie en behandeling van psychische problematiek. Met name kan suïcidepreventie aansluiten bij de programma's voor preventie en behandeling van depressie, gezien de positie van depressiepreventie in het huidige volksgezondheidsbeleid (een van de vijf speerpunten). Daarbij vraagt suïcidepreventie apart aandacht. Alleen op die manier komt het thema suïcidepreventie voldoende voor het voetlicht en verdwijnt het niet als onderdeel van andere benaderingen.

Preventie van suïcidaliteit heeft baat bij uitbreiding van het huidige instrumentarium (richtlijnen, preventieve interventies). Uitbreiding geldt zowel voor de GGZ als bijvoorbeeld de opvang in algemene ziekenhuizen na een suïcidepoging.

Ook zal meer aandacht voor suïcidaliteit in de opleidingen van gezondheidszorgprofessionals kunnen bijdragen aan het terugdringen van suïcidaliteit.

## 2.4 Integrale aanpak en beleid

Samenvattend gaat het bij een integrale aanpak om de volgende elementen:

- registratie van gegevens: (regionale) gezondheidsmonitoren kunnen aangevuld worden met een standaardvraagstelling over suïcidaliteit;
- activiteiten in het publieke domein, bijvoorbeeld: maatregelen met betrekking tot beschikbaarheid van middelen;
- ondersteuning van implementatie van effectieve interventies voor suïcidepreventie;
- opbouw van capaciteit en het trainen van hulpverleners / sleutelfiguren;
- betrekken van verschillende actoren voor regionale samenwerking en kennisontwikkeling;
- bevordering van de geestelijke volksgezondheid: voorlichting, signaleren van risicogroepen en inzetten van interventies bij deze groepen;
- evaluatie van de impact van het beleid en het programma.

Wat betreft de zorg gaat het om:

- organisatie van opvang en nazorg na een suïcidepoging (en heldere afspraken hierover met instanties in de regio);
- screening op depressie in de huisartsenpraktijk;
- deskundigheidsbevordering voor huisartsen over depressie (prevalentie);
- risico-inschatting door professionals (sleutelfiguren of 'gatekeepers');
- meer aandacht voor vaardigheden voor gespreksvoering en omgang met suïcidaliteit in opleidingen van psychiaters, GZ-psychologen en maatschappelijk werk.

De minister van VWS heeft naar aanleiding van het beleidsadvies VvS een beleidsagenda suïcidepreventie opgesteld. Er zijn initiatieven ontplooid om de preventie en behandeling van suïcidaliteit te verbeteren. De minister heeft daarbij de inspanningsverplichting op zich genomen om suïcides met 5% per jaar te verminderen. Niet alleen de landelijke overheid, ook de lokale overheid speelt daarbij een rol, gezien de vormgeving van de lokale nota's volksgezondheid. Enkele relevante landelijke ontwikkelingen zijn:

- ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit
- ontwikkeling van een kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaliteit (zie Hermens et al., concept)
- financiering en oprichting van [www.113online.nl](http://www.113online.nl), online hulpverlening en lotgenoten contact voor suïcidale personen en nabestaanden
- onderzoek naar o.a. internethulpverlening voor suïcidale personen en de waarde van een internetforum voor nabestaanden.

Op regionaal vlak zijn deze activiteiten (nog) niet verder uitgewerkt, afgezien van de initiatieven die regio's zelf uitgewerkt hebben. Deze rapportage wil een bijdrage leveren aan de regionale uitwerking.

## 3. Kader voor opzet en analyse van een regioproject

Bij steeds meer regio's en gemeenten staat het bevorderen van mentaal welbevinden en het voorkomen van psychische problematiek op de agenda. In deze regio's maken belanghebbende partijen ruimte voor suïcidepreventie en depressiepreventie in het lokale gezondheidsbeleid en zorgen dat er een uitvoeringspraktijk tot stand komt. Dit gebeurt onder invloed van beleid (Wet Publieke Gezondheid 2008, Preventienota's, Inspectie voor de Gezondheidszorg), praktijk (kwaliteitsbeleid, ontwikkeling van interventies, toegankelijkheid zorg) en wetenschap (*evidence based medicine*). Voor een overzicht van de activiteiten die GGD'en ondernemen, verwijzen we naar de inventarisatie van het RIVM (2010).

We hebben drie van zulke regionale suïcidepreventieprojecten systematisch bestudeerd en beschreven (Friesland, West-Friesland en Amsterdam). Het doel is om er lessen uit te trekken ten behoeve van een algemene regionale aanpak van suïcidepreventie. De projecten zijn geanalyseerd aan de hand van criteria beschreven in het beleidsadvies VvS, in het EAAD-project en in het IAD-project.

### 3.1 Kader voor een regionale aanpak

We hebben hoofdpunten uit het beleidsadvies, het EAAD-project en het IAD-project gebruikt als kader voor de opzet en analyse van een regionaal project. Met behulp van dit kader kunnen we een aanpak van suïcidepreventie systematisch beschrijven. De hoofdpunten zijn:

#### 1. Kenmerken van de regio en de aanpak

Wat zijn belangrijke kenmerken van de regio waar het project opgezet, uitgevoerd en geïmplementeerd wordt?

#### 2. Voorbereiding

Op welke manier worden randvoorwaarden gecreëerd?

#### 3. Probleemanalyse en onderbouwing/onderzoek

Hoe zien de probleemanalyse en onderbouwing van de aanpak er uit?

#### 4. Actieplanning en uitvoering

Welke concrete doelen zijn er opgesteld en welke interventies om risico's te reduceren worden uitgevoerd? Dit punt wordt uitgesplitst in de volgende onderwerpen:

- Doelen
- Interventies om risico's te reduceren
  - Risicogroepen identificeren
  - Competenties om te kunnen omgaan met verlies en levensproblemen
  - Deskundigheidsbevordering sleutelfiguren in nulde en eerstelijns
  - Identificatie dodelijke middelen
  - Risico- en crisissituaties
  - Rehabilitatie
  - Kennis bij het publiek en/of media

## 5. Evaluatie en opbrengsten

Welke doelen worden vooraf gesteld en hoe worden resultaten gemeten en naar buiten gebracht?

## 6. Implementatie, borging en financiering

Hoe vindt verdere invoering, borging en financiering van activiteiten plaats?

Aan de hand van dit kader laten wij zien hoe drie Nederlandse regionale projecten vorm hebben gekregen. Het kader en de voorbeelden kunnen worden gebruikt voor de opzet van een regionale werkwijze elders.

## 3.2 Achtergrond van het kader

### Beleidsadvies 'Verminderen van Suïcidaliteit'

Een vertaling van aanbevelingen uit het beleidsadvies VvS (Boel et al., 2007) van een landelijke aanpak naar een regionale aanpak, levert de volgende relevante terreinen op:

- streefcijfers, strategische procesaanpak en regie vanuit regionale partners en volksgezondheidsbeleid
- zorg en publieke geestelijke gezondheidszorg
- deskundigheidsbevordering
- zelfhulp en opvang nabestaanden.

Op de website [www.trimbospreventie.nl](http://www.trimbospreventie.nl) is meer informatie te vinden over het beleidsadvies VvS en over suïcidepreventie.

### European Alliance Against Depression (EAAD)

De European Alliance Against Depression is een Europees interventieprogramma dat als doel heeft preventie en aanpak van depressie te verbeteren en het aantal suïcides en suïcidepogingen terug te dringen. EAAD-interventies zijn opgezet op 4 verschillende niveaus:

- *Deskundigheidsbevordering van huisartsen*  
Huisartsen krijgen een training in opsporing en diagnostiek van depressie en suïcidaliteit.
- *Deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren in de samenleving*  
Verschillende beroepsgroepen (bijvoorbeeld: leerkrachten, ziekenhuispersoneel, politieagenten, etc.) die in contact komen met mensen met een depressie en/of suïcidegedachten, krijgen trainingen aangeboden.
- *Publieksinformatie over depressie en suïcide*  
Correcte en doelgroepspecifieke verspreiding van informatie over symptomen, oorzaken en behandelingsmogelijkheden van depressie en suïcidaliteit.
- *Verbetering van de zorg voor patiënten en hun omgeving*  
Optimaliseren van samenwerking tussen hulpverleners en het werken met crisiskaarten. Zelfhulpgroepen krijgen ondersteuning en patiënten, hun omgeving en nabestaanden krijgen psycho-educatie.

Deze aanpak is ontstaan uit een regionale pilot in Neurenberg waarbij gunstige resultaten werden behaald. Suïcidale gedragingen daalden tussen 2000 en 2002 met 24% en suïcidepogingen met 26,5% (Hegerl et al., 2006).

Het EAAD-project loopt nu in 16 regio's van 15 Europese landen. Uit ervaringen blijkt dat de aanpak in verschillende settings en sociale structuren toegepast kan worden. Regionale initiatiefnemers hebben veel invloed op de activiteiten. Dit is één van de succesfactoren van het EAAD-project (Hegerl et al., 2008; zie ook de EAAD website: [www.eaad.net](http://www.eaad.net)).

### **Integrale Aanpak Depressiepreventie (IAD)**

De Integrale Aanpak Depressiepreventie (IAD) is een Nederlands voorbeeldproject. Doel is om het bereik van depressiepreventie voor ouderen te vergroten door een samenhangende aanpak op lokaal niveau te organiseren (Voordouw & Willemse, 2009). De werkwijze bestaat uit het tot stand brengen van een adequate lokale infrastructuur waarin relevante actoren deelnemen. Dit leidt tot een gevarieerd preventieaanbod dat aansluit op behoeften en kenmerken van de doelgroep.

Er wordt gewerkt met een breed aanbod aan interventies, variërend van voorlichting, vroeg-signalering en doorverwijzing naar preventieve interventies. De uitwerking is gebaseerd op de methodiek *Communities that Care* (Hawkins, 2002), die bestaat uit een stappenplan van verschillende fasen (Bohlmeijer et al., 2005):

- Voorbereiding
- Probleemanalyse
- Oplossingsverkenning
- Actieplanning
- Uitvoering
- Bijstelling
- Borging

In vier gemeenten is door middel van een proefimplementatie de methode getest. De resultaten zijn beschikbaar voor uitvoering in andere regio's (Voordouw en Willemse, 2009; zie ook de Trimbos preventiewebsite onder 'depressie': [www.trimbospreventie.nl](http://www.trimbospreventie.nl)).



## 4. Een regioproject opzetten

Hoe kunnen we nu concreet een regionale werkwijze suïcidepreventie in samenhang met depressiepreventie opzetten? We beantwoorden die vraag door het kader geschetst in hoofdstuk 3 te voorzien van voorbeelden uit de concrete projecten in Friesland, West-Friesland en Amsterdam (par. 4.2 en 4.3). Zo ingevuld vormt het een handvat of uitgangspunt voor de opzet van een regioproject suïcidepreventie in het algemeen.

### Keuze projecten

Uit een overzicht van de I-database van het Centrum Gezond Leven van het RIVM en informatie via sleutelfiguren hebben wij drie projecten geselecteerd. Samen bestrijken zij vanuit verschillende organisatorische verbanden een uiteenlopend en breed spectrum van suïcidepreventie bestrijken. De drie projecten betreffen:

- de publieke gezondheidszorg gericht op volwassenen (GGD Amsterdam);
- de publieke gezondheidszorg en preventieve geestelijke gezondheidszorg gericht op jongeren (West-Friesland) en
- de geestelijke gezondheidszorg gericht op preventie en zorg voor volwassenen (Friesland).<sup>1</sup>

### 4.1 Leerpunten

Op basis van leerprocessen in het IAD-project en het EAAD-project worden aanbevelingen en leerpunten geformuleerd.

#### Doelen

Als in een vroeg stadium per fase doelen (SMART) opgesteld worden met daaraan verbonden een monitorsysteem met prestatie-indicatoren, helpt dat richting te geven aan verwachtingen en uitkomsten. Hoe dichterbij een volgende fase, hoe beter deze doelen concreet op te stellen zijn. Zo wordt inzicht in en feedback over de voortgang mogelijk. Voor monitoring dient als taak expliciet verantwoordelijkheid te worden gedragen. Om effecten te meten is een gemeenschappelijke methodiek nodig. Houd ook in een vroeg stadium rekening met de mogelijkheden (en beperkingen) voor implementatie. Deze bepalen mede de einddoelen die je stelt.

#### Aansluiting huidige aanbod

Zowel het IAD-project als het EAAD-project adviseren uit te gaan van het huidige aanbod, voor zover beschikbaar. Analyseer dan de knelpunten die betere verbinding en afstemming binnen het aanbod belemmeren en knoop dan aan in de sfeer van oplossingen. Een netwerk van relevante lokale actoren bevordert samenwerking en gaat versnippering tegen.

---

<sup>1</sup> Zie voor een beschrijving van Friesland en West Friesland ook de publicatie van het RIVM, 2010.



Voor een optimaal resultaat implementeer je interventies op verschillende niveaus. Doordat acties op verschillende niveaus op elkaar aansluiten en elkaar versterken, kun je hiermee grotere effecten bereiken. Denk bijvoorbeeld aan:

- medisch personeel;
- sleutelfiguren (zoals politiemedewerkers, dominees, docenten);
- patiënten en hun omgeving;
- de algemene bevolking.

### **Vorbereidingstijd en randvoorwaarden**

Voor het slagen van een project gericht op suïcidepreventie zijn voldoende personele capaciteit, financiële middelen en beleidsmatige garanties voor continuïteit in de toekomst onmisbaar. Dit zijn de randvoorwaarden voor een goede samenwerking van de relevante actoren. Die samenwerking is voor een integrale aanpak noodzakelijk. Ook dient er binnen de samenwerking eenheid in taal en meetinstrumenten te bestaan, onder andere om effecten te kunnen monitoren. Er is tijd nodig om die randvoorwaarden te creëren. Zo kostte dit bij het IAD-project in één wijk ongeveer 9-12 maanden.

### **Top-down en bottom-up**

Een goede balans vinden tussen top-down-aansturing en bottom-up-initiatieven is van belang. 'Voortrekkers' van het project moeten samenwerken met uitvoerders.

### **Evaluatie**

Uit het IAD-project blijkt dat een looptijd van minimaal twee jaar nodig is om concrete samenwerkings- en verbeteractiviteiten uit te voeren en te evalueren. Op grond daarvan kan nagegaan worden of het project voldoende resultaten oplevert om door te gaan (zie Voordouw & Willemse, 2009).

### **Bijstelling en borging**

De opstellers van plannen moeten bereid zijn ze bij te stellen als de uitvoering moeilijk blijkt of als na uitvoering resultaten tegenvallen. Evaluatie van het project op basis van de eerder genoemde SMART-doelen kan zich zowel richten op epidemiologische uitkomsten<sup>2</sup> als op effecten op het gebied van kennis, attitude en vaardigheden van professionals en de algemene bevolking. Eventueel nieuw opgestelde doelen zijn van belang voor de borging van activiteiten en resultaten.

### **Relatie depressie en suïcidepreventie**

Het EAAD-project gaat uit van de sterke samenhang tussen depressie en suïcidaliteit en ontwikkelt daarom activiteiten waarin deze samenhang naar voren komt, zowel voor publiek als uiteenlopende professionals binnen en buiten de gezondheidszorg.

---

<sup>2</sup> Voor effecten van maatregelen op de korte termijn is het aantal suïcides of suïcidale handelingen op basis van epidemiologische gegevens geen eenduidig betrouwbare prestatie-indicator.

## 4.2 Regioprojecten

De regionale projecten gericht op suïcidepreventie die in de verschillende regio's worden uitgevoerd, hebben elk hun eigen werkwijze. Hoe zien de belangrijkste activiteiten per regio eruit?

### Friesland

Het project *Voorkom suïcide* is in 2007 in Friesland van start gegaan en richt zich voornamelijk op volwassenen. GGZ Friesland nam het initiatief en is hoofduitvoerder van de activiteiten. Het programma heeft daardoor een 'zorgkarakter'. Het programma bestaat uit de volgende onderdelen.

- **Publieksvoorlichting GGZ** Friesland maakt gebruik van de media door middel van columns en artikelen in kranten en tijdschriften. Ook wordt een documentaire over het onderwerp gemaakt in samenwerking met Omroep Friesland.
- **Trainingen** Er worden korte trainingen *Risicotaxatie en behandeling van suïcidaliteit* gegeven (De Groot, De Keijser en Steendam, 2008) voor GGZ-medewerkers, medewerkers in de eerstelijns zorg en andere verwijzers.
- **Preventie risicogroepen** Er is een begeleidingstraject '*Verlies door zelfdoding*' voor nabestaanden van suïcide ontwikkeld (De Groot & De Keijser, 2005). Hulpverleners krijgen een training om dit programma uit te voeren.<sup>3</sup>
- **Kennisoverdracht** Het projectteam heeft zeventien zorginhoudelijke aanbevelingen opgesteld voor de coördinatoren van relevante zorgprogramma's binnen GGZ Friesland. Het doel daarvan is om de discrepantie tussen wetenschappelijke kennis en de toepassing ervan in de huidige zorg op te heffen.
- **Behandeling** Behandeling van suïcidaliteit vindt plaats parallel aan of in aanvulling op de specifieke zorg (bijvoorbeeld voor depressie). In de toekomst zullen specifieke modules voor suïcidepreventie ontwikkeld worden.

Voor het project in Friesland is incidentele financiering vanuit de provincie Friesland: € 128.000 voor 2 jaar. Hulp aan mensen met suïcidale problemen en nabestaanden wordt uit zorgverzekeringsgelden betaald.

### West-Friesland

In West-Friesland is het project *De West-Frisse Jeugd* in 2007 van start gegaan. Onder bestuurlijk initiatief en regie van verschillende gemeenten coördineert GGD Hollands Noorden dit plan en voert het uit met vele samenwerkende partijen. Preventie van suïcidaliteit is als apart onderwerp ingepast in een meer generieke aanpak van alcohol- en druggebruik en psychische problematiek bij jongeren. De activiteiten richten zich op signaleren en verwijzen van deze problematiek. GGZ Noord-Holland-Noord heeft het initiatief genomen tot dit programma en is hoofduitvoerder van de activiteiten. Het programma heeft hiermee een 'preventiekarakter'. Het programma bestaat uit de volgende onderdelen.

<sup>3</sup> Zie voor dit onderdeel ook de rapportage RIVM, 2010.

- **Publieksvoorlichting** De lokale (en nationale) media worden intensief betrokken bij en geïnformeerd over alle activiteiten.
- **Trainingen** De training *Leren Signaleren* (LS) voor intermediairen heeft als doel in een vroeg stadium psychische problematiek bij jongeren te signaleren.<sup>4</sup>
- **Kennisverbreding** GGZ Noord-Holland-Noord is een onderzoek gestart naar suïcidaal gedrag onder jongeren. Er is literatuuronderzoek gedaan naar de relatie tussen suïcidaal gedrag onder jongeren en sociale steun. Ook wordt empirisch onderzoek uitgevoerd dat gebruikmaakt van de psychologische-autopsiemethode (hierbij vinden interviews met nabestaanden plaats).
- **Preventie risicogroepen** GGZ Noord-Holland-Noord organiseert keukentafelgesprekken: groepsgesprekken met jongeren onder begeleiding van hulpverlener om onderlinge communicatie te stimuleren over problemen, emoties en suïcidaliteit, hetzij preventief hetzij als nabestaandeninterventie. Voor volwassenen worden rouwgroepen en lotgenotengroepen georganiseerd.

Het project krijgt voor vier jaar financiering van de West-Friese gemeenten (50%) en de provincie Noord-Holland (50%).

## Amsterdam

In Amsterdam is een plan van aanpak suïcidepreventie opgesteld door de GGD. Dit plan stelt zich het volgende hoofddoel.

- Een **realistisch streefcijfer** stellen voor de afname van suicide.

Dat wil de GGD doen door de volgende doelen te realiseren.

- Het nemen van algemene **veiligheidsmaatregelen**
- Aan de hand van **onderzoek** nagaan of beperking toegang tot **dodelijke middelen** zoals risicovolle locaties mogelijk is.
- **Training** van sleutelfiguren om suïcidale processen te leren signaleren en bespreekbaar te maken en kennis van sociale kaart vergroten om door te verwijzen.
- **Verbetering van de kwaliteit van nazorg** in ziekenhuizen na een suïcidepoging.
- **Preventie risicogroepen** door een flexibel en regionaal beschikbaar hulpaanbod te realiseren voor nabestaanden en lotgenotenhulp

GGD Amsterdam is momenteel bezig het project verder vorm te geven. De instelling denkt aan inbedding in een breder kader, bijvoorbeeld depressiepreventie. Ten tijde van deze inventarisatie was er nog geen financiering voor het plan. Inmiddels is er voor de duur van een jaar financiering door de gemeente Amsterdam.

<sup>4</sup> Zie voor dit onderdeel ook de rapportage RIVM, 2010.

### 4.3 Kader en opbrengsten van regioprojecten

We beoordelen de regionale projecten aan de hand van de hoofdpunten van het kader van paragraaf 3.1. Door de beschrijvingen en het kader naast elkaar te leggen, kunnen we de opbrengsten van de regionale projecten in kaart brengen. We geven eerst een overzicht met een tabel (tabel 1), dan een toelichting per hoofdpunt.

**Tabel 1: Kader en invulling drie regioprojecten**

	Kader	Friesland	West-Friesland	Amsterdam
1	Kenmerken regio & aanpak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dicht netwerk</li> <li>• pragmatische werkwijze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geïntegreerd in bredere aanpak</li> <li>• pragmatische werkwijze</li> </ul>	
2	Vorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aandacht voor bewustwording en draagvlak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aandacht voor bewustwording en draagvlak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• plan om netwerk van samenwerkingspartners samen te stellen</li> </ul>
3	Probleem-analyse & onderbouwing / onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• minimale onderbouwing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• minimale onderbouwing</li> <li>• tijdens project uitvoering van literatuur- en empirisch onderzoek (psychologische autopsie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychologische-autopsieonderzoek moet aanknopingspunten voor projectuitvoering opleveren</li> </ul>
4	Actieplanning & uitvoering (doelen en interventies)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMART-doel ontbreekt</li> <li>• risicogroepen zijn gedefinieerd</li> <li>• hulp voor mensen met suïcidaal gedrag</li> <li>• hulp voor nabestaanden</li> <li>• aandacht voor deskundigheidsbevordering</li> <li>• aandacht voor rehabilitatie d.m.v. verwijsprotocol</li> <li>• regelmatig gebruik van de media</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMART-doel overkoepelende project is duidelijk, van subproject niet</li> <li>• hulp voor mensen met suïcidaal gedrag</li> <li>• hulp voor nabestaanden</li> <li>• aandacht voor deskundigheidsbevordering</li> <li>• geen aandacht voor rehabilitatie</li> <li>• intensief gebruik van de media</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nadruk ligt op sterfte, niet op andere vormen van suïcidaliteit</li> <li>• deskundigheidsbevordering is een belangrijk doel</li> <li>• beperken van toegang dodelijke middelen is een speerpunt</li> <li>• aandacht voor continuïteit en kwaliteit van nazorg</li> </ul>
5	Evaluatie & opbrengsten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• registratie en evaluatie zijn niet uitvoerig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• overkoepelende project wordt geëvalueerd, registratie en evaluatie zijn bij het subproject niet uitvoerig</li> </ul>	
6	Implementatie, borging & financiering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dichte netwerk bevordert implementatie</li> <li>• borging is niet sluitend geregeld</li> <li>• financiering is niet structureel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• borging is complex, momenteel gaande</li> <li>• financiering voor projectduur van 4 jaar</li> </ul>	

## **Toelichting ad 1 - Kenmerken van de regio en de aanpak**

Bij een regionale aanpak kan door belangrijke regionale kenmerken in kaart te brengen, gebruik gemaakt worden van bestaande infrastructuren en werkwijzen.

Friesland heeft als provincie een sterke identiteit en een dicht netwerk. Dit is een positief regionaal gegeven. Deze structuur kan ervoor zorgen dat de samenwerking voldoet aan de voorwaarden voor samenwerking die een integrale aanpak van suïcide en depressiepreventie stelt. In dit geval heeft deze structuur een suïcideplatform tot stand gebracht. Een dergelijke structuur is niet eenvoudigweg voorhanden of over te zetten naar andere regio's. Het vraagt de nodige aandacht deze te realiseren.

Bij de start van het project heeft GGZ Friesland pragmatische keuzen gemaakt. De instelling heeft ingespeeld op ervaringen uit de praktijk en gebruikgemaakt van het beschikbare aanbod. Het IAD- en EAAD-project benadrukken dit ook als een belangrijke strategie.

In West-Friesland is suïcidepreventie geheel geïntegreerd in een bredere aanpak gericht op (problematisch) middelengebruik en psychische problematiek onder jongeren. In het project is veel aandacht voor het leren omgaan met levensproblemen door kinderen en jongeren. De aansluiting bij gerelateerde preventieprogramma's is een aanbeveling in het beleidsadvies VvS. Ook in West-Friesland is sprake van een pragmatische werkwijze. Het project is een dynamisch gebeuren. Dat is de kracht van het project. De manier van werken in West-Friesland is outreachend, actief en professioneel, met als voorbeeld de keukentafelgesprekken.

Een keerzijde van de pragmatische aanpak is het ontbreken van een gedegen projectopzet, zoals bij het IAD-project. Daardoor is de kans groot dat belangrijke onderdelen, zoals bijvoorbeeld onderbouwing, evaluatie en borging, te weinig aandacht krijgen. Dit betreft de beschrijving van activiteiten in verband met overdraagbaarheid en (de opzet van) evaluatie en implementatie.

Zowel in Friesland als West-Friesland zijn de betrokkenheid en inzet van de projectleiders en andere medewerkers belangrijk om activiteiten van de grond te krijgen. Wanneer de uitvoering van de activiteiten sterk persoonsgebonden is, zijn de resultaten minder gemakkelijk zichtbaar en overdraagbaar te maken. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor het draagvlak, zeker wanneer de projectopzet als geheel onvoldoende is uitgewerkt.

## **Toelichting ad 2 - Voorbereiding**

Uit het IAD-project blijkt het van groot belang om ruim de tijd te nemen voor de voorbereiding. In die periode kunnen de randvoorwaarden geschapen worden.

In Friesland is door het dichte netwerk al voor een belangrijk deel aan de randvoorwaarden voldaan. Verondersteld wordt dat het al aanwezige stevige netwerk de samenwerking gemakkelijker maakt.

Daarnaast is in Friesland aandacht besteed aan bewustwording en bouwen aan draagvlak door artikelen in personeelsbladen (GGZ, verslavingszorg, politie, relaties van GGZ Friesland) en op intranet (GGZ, huisartsen) te plaatsen.

In West-Friesland hebben GGD, GGZ en verslavingszorg door middel van een startconferentie bijgedragen aan regionale bewustwording van de problematiek en aan vergroting van het draagvlak.

Daarnaast is veel gebruikgemaakt van de media om de bewustwording te vergroten. In het overkoepelende project in West-Friesland werken veel verschillende partners samen. In deze regio maakt dat het stroomlijnen van de informatiestroom naar en tussen alle partners niet altijd gemakkelijk. Het project heeft een projectorganisatie die onder andere de taak heeft om een informatiestroom te ontwikkelen en te coördineren en hier de partijen bij te betrekken.

In het projectplan van Amsterdam richt één van de voorgenomen activiteiten zich op de samenstelling van een netwerk van potentiële Amsterdamse samenwerkingspartners. GGD Amsterdam wil vervolgens besprekingen met de samenwerkingspartners en met experts organiseren om de uitvoering van het plan door te nemen.

In deze fase is nog geen sprake van inzet van lokale media voor een bijdrage aan de bewustwording van het probleem. Dat wordt wel als mogelijkheid voor in de uitvoeringsfase gezien.

### **Toelichting ad 3 – Probleemanalyse, onderbouwing en onderzoek**

Het beleidsadvies VvS noemt het verzamelen van wetenschappelijke informatie als één van de subdoelen bij het opstellen van een nationaal plan. Daarnaast is aanvullend onderzoek naar suïcidaliteit een aanbeveling. Ook voor een regionaal project is het belangrijk de activiteiten te onderbouwen en voor de regio relevant onderzoek op te zetten.

In Friesland is GGZ Friesland aan de slag gegaan met reeds voorhanden informatie. Vooraf is geen 'marktanalyse' uitgevoerd. De organisatie heeft beperkt gebruikgemaakt van wetenschappelijke literatuur voor de onderbouwing van haar projectplan. De behandeling voor suïcidaliteit en de nazorg aan nabestaanden, onderdelen van de Friese werkwijze, hebben wel een wetenschappelijke basis. De behandeling is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en onderbouwd met nationale en internationale literatuur (Brown et al., 2005; De Groot, De Keijser en Steendam, 2008). De behandeling wordt ook bij cliënten geëvalueerd op effecten.

In West-Friesland is het overkoepelende project *De West-Frisse Jeugd* gestart naar aanleiding van een regionaal onderzoek in West-Friesland dat in 2005 door de GGD West-Friesland (Jongerenenquête West-Friesland; Adriaensens, 2006) is uitgevoerd.

De activiteiten in de subprojecten zijn in verschillende mate onderbouwd. Bij het project *Leren Signaleren* is gebruikgemaakt van het beleidsadvies VvS en van het rapport *Alcoholgebruik en jongeren onder de zestien jaar* (Verdurmen et al., 2006).

Onderdeel van het onderzoek naar suïcidaal gedrag onder jongeren in West-Friesland is een literatuuronderzoek naar de relatie tussen suïcidaal gedrag onder jongeren en sociale steun. Hieruit kwam naar voren dat negatieve sociale interacties, mindere hechting met ouders en mindere hechting met vrienden gecorreleerd zijn met suïcidaal gedrag (Swart, 2009).

Ook vindt een empirisch onderzoek plaats met gebruikmaking van de methode van psychologische autopsie. Daarbij houden onderzoekers interviews met nabestaanden van jongeren die zich van het leven hebben beroofd of een suïcidepoging hebben gedaan. Alle suïcidegevallen worden door GGZ en GGD geregistreerd en bijgehouden. De zorginstellingen volgen mensen met een verhoogd risico actief en streven naar het houden van contact en het bieden van adequate zorg. De onderzoeken moeten aangrijpingspunten genereren voor preventieve interventies bij suïcidaal gedrag onder jongeren.

Ook in Amsterdam loopt momenteel een psychologische-autopsieonderzoek onder nabestaanden en betrokken hulpverleners. Dit onderzoek zal gegevens opleveren van diverse kenmerken van Amsterdammers die overleden zijn door suïcide.

#### **Toelichting ad 4 - Actieplanning en uitvoering, doelen en interventies**

Het IAD-project leert dat het goed is om in een vroeg stadium (SMART- geformuleerde) doelen op te stellen. Dit gebeurt zoveel mogelijk bij alle fasen van het project. Bij een ontwikkelproject is het niet altijd mogelijk SMART-doelen voor verder weg liggende fasen te formuleren; in dat geval gaat het om doelen bij de eerstvolgende fase van het project. Bij voorkeur wordt aan de concreet geformuleerde doelen een nulmeting en een registratiesysteem verbonden. Dat helpt om verwachtingen te managen en uitkomsten te sturen. De doelen worden gekoppeld aan concrete acties of interventies.

#### **Doelen**

Een duidelijk omschreven en specifiek doel ontbreekt in Friesland, waardoor het moeilijk is effecten te meten. Er wordt onder medewerkers van GGZ Friesland en verwijzers, politie en medewerkers in de verslavingszorg wel een kwantitatief onderzoek uitgevoerd om na te gaan of doelstellingen op het gebied van kennis, attitude en gedrag ten opzichte van suïcide behaald zijn.

In West-Friesland is het overkoepelende project *De West-Frisse Jeugd* niet specifiek gericht op suïcidaal gedrag. Het hoofddoel van dit project is vergroting van bewustwording onder jongeren, ouders en alcoholaanbieders over alcoholgebruik onder jongeren en de risico's en gevolgen hiervan. In dit hoofddoel komt suïcidaliteit niet voor.

Om voortgang te monitoren rapporteert de projectorganisatie van het overkoepelende project in West-Friesland tussentijdse resultaten per kwartaal. De nulmeting die daarbij gebruikt wordt is het E-MOVO onderzoek van de GGD uit 2006-2007.

In bepaalde subprojecten komt het thema suïcidaliteit wel terug, omdat dit probleem verbonden is aan het problematische alcohol- en druggebruik en andere (psychische) problemen van de jongeren.

Voor de subprojecten *Leren Signaleren* en het onderzoek naar suïcidaal gedrag, noemen de projectuitvoerders de volgende doelen:

- Psychische problematiek, waaronder suïcidaliteit, middelenafhankelijkheid en psychiatrie in engere zin in een vroeg stadium signaleren door intermediairen.
- Cultuurspecifieke risico-omschrijving van suïcidaal gedrag.
- Ketenzorg met een couleur locale.

In het projectplan van de GGD Amsterdam ligt de nadruk op sterfte, niet op andere vormen van suïcidaliteit. Een voordeel van die benadering is dat sterfte concreet en relatief gemakkelijk meetbaar is. Dat geldt niet voor andere vormen van suïcidaliteit. Amsterdam kent geen centraal registratiesysteem waaruit suïcidepogingen gemakkelijk te extraheren zijn. Dat geldt overigens ook voor andere regio's.

Daarbij is de vraag of afname van suïcidepogingen een ondubbelzinnige maat van vooruitgang is. Als suïcidaliteit beter bespreekbaar is en signalen eerder herkend worden, dan kunnen meer mensen in beeld komen waarvan bekend is dat ze een suïcidepoging hebben gedaan. GGD Amsterdam overweegt het terugdringen van suïcidepogingen als subdoel te stellen en het onderdeel te maken van een nazorgproject op spoedeisende hulpafdelingen.

Focus op sterfte heeft als nadeel dat het om relatief kleine getallen gaat. In Amsterdam ongeveer 95 per jaar. Jaarlijkse stijgingen of dalingen kunnen toevalsfluctuaties zijn waardoor de effectiviteit van de interventies statistisch moeilijk aantoonbaar is.

### **Interventies om risico's te reduceren**

Aanbevelingen uit het beleidsadvies VvS zijn verbetering van de kwaliteit van zorg bij suïcidepogingen en verbetering van een laagdrempelig en flexibel aanbod voor nabestaanden.

#### ***Risicogroepen identificeren***

Het identificeren van risicogroepen kan helpen interventies die risicoreductie tot doel hebben, zo effectief mogelijk toe te passen. Risicogroepen kunnen bijvoorbeeld geïdentificeerd worden naar leeftijd, sekse, beroep, culturele, sociale en etnische status.

GGZ Friesland richt zich bij de preventie van suïcide vooral op volwassenen met psychische problemen en suïcidaliteit. Specifieke stoornissen die daarbij genoemd worden zijn: depressieve stoornissen, angststoornissen, schizofrenie, eetstoornissen, paniekstoornissen en afhankelijkheid van middelen. Behandelingen gericht op suïcidaliteit vinden parallel aan of in aanvulling op de behandeling van psychische problemen plaats. Specifieke zorgprogramma's voor suïcidepreventie zijn in ontwikkeling. Deze zullen in aansluiting op de zorgprogramma's stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en psychische stoornissen aangeboden worden. Daarnaast is er bijzondere aandacht voor nabestaanden van suïcide.

Het project in West-Friesland richt zich op jongeren tussen 10 en 23 jaar oud. Uit regionaal onderzoek is gebleken dat één op de 6 jongeren tussen de 12 en 19 jaar gedachten aan zelfdoding heeft. Omdat uit regionaal onderzoek ook een samenhang met alcoholgebruik bleek, brengt West-Friesland preventie van suïcidaliteit onder bij de aanpak van alcohol- en druggebruik en psychische problematiek bij jongeren.

Ten behoeve van het projectplan van Amsterdam zijn aan de hand van literatuur, gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek en signalen uit de Amsterdamse praktijk risicofactoren en risicogroepen geïdentificeerd. Het gaat daarbij om eerdere suïcidepogingen, psychiatrische stoornissen, sociaal isolement, oudere alleenstaande mannen, lichamelijke aandoeningen, problematisch alcohol- en druggebruik, (allochtone) homoseksuelen, Surinaamse mannen en nabestaanden van suïcide. In de verdere uitwerking van het projectplan zullen deze groepen extra aandacht krijgen.

#### ***Preventieve interventies voor risicogroepen: omgaan met verlies en levensproblemen***

Zowel in Friesland als in West-Friesland is aandacht voor hulp aan nabestaanden. Binnen GGZ Friesland is een behandelprogramma voor nabestaanden ontwikkeld (De Groot & De Keijser, 2005; De Groot, De Keijser, Steendam, 2008). In West-Friesland vinden met jonge nabestaanden keukentafelgesprekken plaats. De GGZ biedt deze aan wanneer een suïcide heeft plaatsgevonden. Het voornaamste doel hiervan is communicatie tussen de jongeren te stimuleren. Voor volwassenen bestaan rouwgroepen.

In het projectplan van de GGD Amsterdam is hulp aan nabestaanden één van de belangrijkste speerpunten. Bij financiering van dit plan wordt dit verder uitgewerkt.



Daarnaast bieden de GGZ-instellingen in Friesland en West-Friesland hulp aan mensen met suïcidaal gedrag binnen het zorgkader.

### ***Training deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren in nulde en eerstelijns***

Uit onderzoek blijkt dat het trainen van sleutelfiguren in de samenleving bijdraagt aan meer kennis over problematiek van psychische stoornissen en suïcidaliteit, betere vaardigheden en attitudes van sleutelfiguren en kennis over verwijstructuren (Isaac et al., 2009). Ook in het IAD-project en het EAAD-project krijgen sleutelfiguren training.

De bestudeerde projecten besteden alle drie veel aandacht aan training van sleutelfiguren. De werkgroep van GGZ Friesland heeft de training *Risicotaxatie en behandeling van suïcidaliteit* ontwikkeld (De Groot, De Keijser, Steendam, 2008). Hulpverleners en sleutelfiguren krijgen een training om deze zorg te bieden of adequaat door te verwijzen naar het aanbod van de GGZ. Er is informatiemateriaal beschikbaar om meer bekendheid aan dat aanbod te geven. Toegang tot het aanbod vindt meestal plaats via verwijzing vanuit het ziekenhuis (hier is een verwijprotocol voor beschikbaar), de spoedeisende hulp of de politie.

Er zijn aparte trainingen voor verschillende groepen: politiemedewerkers en dominees, medewerkers van de spoedeisende hulp en medewerkers van de GGZ intern. De instelling houdt systematisch bij hoeveel trainingen gegeven zijn, wanneer en aan wie. Inmiddels zijn zo'n 200 sleutelfiguren getraind.

Voor verwijzers naar hulp voor nabestaanden is bij GGZ Friesland een informatiebijeenkomst georganiseerd. Toegang tot het aanbod vindt vaak plaats via huisartsen. Na een suïcide komt informatie van de GGD bij de huisarts terecht.

Het project *Leren Signaleren* in West-Friesland richt zich op docenten, mentoren, jongerenwerkers, politiemedewerkers, huisartsen en vrijwilligers uit het verenigings- en buurtleven. Deze vroegsignalering heeft als doel intermediairen te leren hoe zij kunnen handelen bij psychische problematiek, waaronder suïcidaal gedrag, middelenaafhankelijkheid en psychische problematiek. Deze vroegsignalering maakt adequate hulp mogelijk waardoor pathologische ontwikkeling wordt gereduceerd of voorkomen.

De ambitie is dat voor de projectduur van vier jaar elk jaar West-Friese professionals of andere sleutelfiguren die in contact staan met West-Friese jeugd tussen 10 en 21 jaar een training krijgen. Het streven is om in totaal 1200 mensen te trainen gedurende de projectperiode. Ze worden getraind in:

- het herkennen van risicofactoren die kunnen leiden tot psychische en/of middelenaafhankelijke problematiek, inclusief suïcidaliteit;
- het leren signaleren van (de ontwikkeling van) psychische en/of problematisch middelengebruik, inclusief suïcidaliteit;
- hoe te handelen als er een vermoeden is van genoemde problematiek.

Er is een meldpunt als back-up voor personen die de training *Leren Signaleren* gevolgd hebben. Dit meldpunt registreert het aantal meldingen en de soort problematiek.

Anno 2009 zijn er 8 trainers opgeleid. Dit zijn sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en gezondheidswetenschappers van GGZ Noord-Holland-Noord. Er zijn momenteel 250 mensen getraind.

In Amsterdam is één van de belangrijkste doelen in het projectplan de training van sleutelfiguren van diverse organisaties. Het doel is hen toe te rusten met de volgende instrumenten:

- sluimerende suïcidale processen leren signaleren en bespreekbaar maken;
- kennis van de sociale kaart om zo nodig door te kunnen verwijzen.

### ***Identificatie dodelijke middelen***

Beschikbaarheid van dodelijke middelen zoals vuurwapens en medicijnen heeft aantoonbaar invloed op suïcidaal gedrag. Het identificeren en reduceren van dodelijke middelen of risicoplaatsen kan daarom bijdragen aan vermindering van suïcide.

Enige tijd geleden is geïnventariseerd wat de risicoplekken voor suïcide zijn op het spoor in Nederland. De werkgroep van de GGZ Friesland heeft de aandacht toen op Heerenveen gevestigd. Deze plaats bleek echter niet tot de risicoplekken te behoren.

In West-Friesland is identificatie van dodelijke middelen of risicoplekken geen officieel projectdoel. Wel is een risicovolle plek bekend bij GGZ Noord-Holland-Noord, een locatie nabij de eigen instelling. Hoewel intensief is gesproken met verschillende partijen heeft het overleg niet tot maatregelen geleid.

Een speerpunt in het projectplan van de GGD Amsterdam is het beperken van toegang tot dodelijke middelen. Concreet zal in Amsterdam onderzocht worden wat risicovolle situaties zijn en of beveiligingsmaatregelen aangewezen zijn. Deze inventarisatie vindt in 2009 plaats met behulp van het registratiesysteem van de lijkschouwers.

### ***Begeleiding en behandeling***

Begeleiding en behandeling van degenen die een suïcidepoging hebben ondernomen is belangrijk om de kans op een nieuwe suïcidepoging te verkleinen. Voor herstel van personen die een suïcidepoging hebben ondernomen is goede ketenzorg een belangrijke voorwaarde (Mann et al., 2005).

GGZ Friesland besteedt hieraan aandacht door middel van het protocol voor verwijzing na een suïcidepoging vanuit het ziekenhuis naar GGZ Friesland. Drie van de vijf ziekenhuizen in Friesland hanteren dit protocol.

In West-Friesland is binnen het project geen aandacht voor begeleiding na een suïcidepoging, omdat dit buiten het projectplan valt.

Het projectplan van Amsterdam besteedt veel aandacht aan de continuïteit en kwaliteit van nazorg na een suïcidepoging. GGD Amsterdam wil die continuïteit bewerkstelligen door casemanagement aan te bieden, gedurende zes maanden na registratie van een suïcidepoging bij afdelingen spoedeisende hulp. Door proactieve opvolging en toeleiding naar passende hulp ontstaat beter inzicht in de samenstelling van de groep mensen die een suïcidepoging doet. Op basis daarvan kan het beleid verder worden afgestemd.

### ***Publieksvoorlichting: kennis bij het publiek en media***

De media kunnen op verschillende manieren betrokken worden bij suïcidepreventie. Enerzijds kunnen afspraken gemaakt worden voor het zorgvuldig omgaan met berichten in de media over suïcide (geen sensatie, verering van suïcide of het aanreiken van voorbeelden en suïcide-

methoden), anderzijds kan via de media informatie over psychische problematiek en suïcide het brede publiek bereiken. Daardoor kan het taboe rondom deze onderwerpen verminderen (zie de media richtlijn van de Ivonne van de Ven stichting, 2005 en van de EAAD<sup>5</sup>). Ook regionale projecten kunnen goed gebruikmaken van de media om het publiek te informeren.

GGZ Friesland maakt gebruik van de media. Om kennis en bewustwording bij het publiek te vergroten heeft één van de projectmedewerkers een column in de Leeuwarder Courant over psychische problematiek. Suïcidaliteit wordt daarin meegenomen. Ook publiceert de werkgroep regelmatig artikelen in kranten en tijdschriften en werkt ze samen met Omroep Friesland aan een documentaire over suïcidaliteit. Dit betreft incidentele media-aandacht.

West-Friesland betreft de lokale (en nationale) media intensief bij alle activiteiten door hen te informeren. Regelmatig besteden kranten en radio en tv aandacht aan het onderwerp suïcide en aan het project in West-Friesland. De GGZ Noord-Holland-Noord zet gebruik van de media doelbewust in om bewustwording van de problematiek te stimuleren en te versnellen. De media zijn een 'gekozen partner' en structureel onderdeel van de preventiestrategie. De instelling ontwikkelt een protocol of richtlijn over de relatie met de media.

Het Amsterdamse projectplan besteedt niet direct aandacht aan informatieverspreiding via de media. Mogelijk worden in de uitvoeringsfase van het project wel lokale media betrokken en komt dan een bijdrage aan bewustwording van de problematiek tot stand.

De overtuiging is dat gepaste media-aandacht positief werkt. Van belang is wel af te bakenen hoeveel tijd en energie ermee gemoeid mag zijn. Suïcidaliteit onder jongeren in West-Friesland is inmiddels een nationaal mediathema geworden. Zozeer zelfs dat de projectleiding de media gevraagd heeft een mediastilte in acht te nemen.

### **Toelichting ad 5 - Evaluatie en bijkomende opbrengsten**

Evaluatie is van belang om na te gaan of de gestelde doelen bereikt zijn, welke effecten er zijn en wat wel en niet werkt in de gekozen aanpak. Evaluatie is noodzakelijk om verantwoording af te leggen aan cliënten, financiers en collega-professionals. Daarnaast vergroot evaluatie de overdraagbaarheid.

Niet alle inspanningen vanuit de regionale projecten zijn gedocumenteerd. Er worden meer activiteiten ondernomen dan dat vastgelegd en naar buiten gebracht worden. Dat is een beperking gezien vanuit het oogpunt van evaluatie en overdracht naar derden, zowel lokaal als nationaal.

Een voorbeeld van een niet-gedocumenteerde actie is het in kaart brengen van risicovolle plaatsen. Het nagaan door de werkgroep van GGZ Friesland of Heerenveen een risicovolle plek voor spoor-suïcide was, is één van de activiteiten die niet in documentatie terug te vinden is. Evaluatie van activiteiten is in Friesland niet uitvoerig. De effecten van de behandeling voor suïcidaliteit worden bij de cliënten geëvalueerd. Zij vullen na afloop van de behandeling gevalideerde vragenlijsten in. Deze gegevens zijn nog niet geanalyseerd. Uitkomsten van de training van de professionals zijn niet bekend.

---

5 Zie websites bij Literatuur en documentatie.

De projectorganisatie van het overkoepelende project in West-Friesland rapporteert de voortgang en tussentijdse resultaten per kwartaal. De situatie uit de nulmeting (E-MOVO onderzoek van de GGD) is daarbij het referentiepunt. Bij *Leren Signaleren* registreren de trainers de deelnemers die tevens evaluatieformulieren invullen. Ook houdt het meldpunt het aantal meldingen bij. Evenwel zijn er belangrijke onderdelen van het project die niet worden vastgelegd. Bijvoorbeeld de keukentafelgesprekken, essentieel voor het West-Friese project. Gegevens over deze activiteit worden niet geregistreerd, zoals de werkwijze, het aantal gesprekken en met wie gesprekken gevoerd zijn. De projectleden erkennen het belang van vastleggen, registreren en beschrijven van de methodiek en zoeken naar een systematische manier om dat te doen.

### ***Bijkomende opbrengsten***

In Friesland zijn discussies en vragen naar voren gekomen naar aanleiding van het project. Zo is de vraag ontstaan naar een suïcidekaart bij suïcidedreiging. Deze is op de Internationale Suïcidepreventiedag (10 september 2009) gepresenteerd door GGZ Friesland. De kaart is onder meer bedoeld voor mensen die in de crisisdienst van GGZ Friesland werken en regelmatig met suïcidedreiging of suïcidepogingen te maken hebben. Deze kaart helpt om ingewikkelde situaties goed in te schatten en de juiste besluiten te kunnen nemen.

Daarnaast is een discussie op gang gekomen over de waarde van het (anti)suïcidecontract waarop de helft van de hulpverleners bouwt en vertrouwt. Dit contract wordt soms als riskant ritueel gezien als het in plaats komt van een inschatting van de suïcidaliteit (De Vries et al., 2008). GGZ Friesland streeft naar een betere insteek: geen contract maar contact.

In West-Friesland is de vraag naar voren gekomen of excessief drinkgedrag van jongeren dat resulteert in coma en opname op de spoedeisende eerste hulp in een aantal gevallen eigenlijk niet een vorm van zelfbeschadigend gedrag is. Een van de internisten op de spoedeisende hulp van het algemeen ziekenhuis registreert de opnames, houdt gesprekken met ouders, documenteert dit en is van plan hierover te publiceren. Voor deze problematiek werkt het ziekenhuis nauw samen met Brijder Verslavingszorg en GGZ Noord-Holland-Noord. Dit kan een relevante invalshoek zijn.

De gecombineerde aanpak van suïcidepreventie en depressiepreventie of depressiebehandeling blijkt uit de twee uitgevoerde projecten goed uitvoerbaar. Deze aanpak kan als voorbeeld voor elders dienen. Het Friese project vindt navolging door de samenwerking met GGZ Breburg Groep in Noord-Brabant. Deze organisatie wil de Friese activiteiten overnemen. GGZ Friesland zal bij de uitvoering een rol gaan spelen.

Ook in Drenthe wordt mede gebaseerd op de ervaringen in Friesland een voorstel voor suïcidepreventie ontwikkeld.

### **Toelichting ad 6 - Implementatie, borging en financiering**

Een aanbeveling uit het IAD-project is om expliciet aandacht te besteden aan implementatie en borging van de werkzaamheden. Als samenwerkingsafspraken helder vastliggen, kunnen doelstellingen en activiteiten goed in het beleid van betrokken instellingen worden geïmplementeerd en verankerd.

Uit het EAAD-project en het IAD-project komt het belang naar voren te beschikken over voldoende financiële middelen en beleidsmatige garanties voor continuïteit. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen financiering voor de opzet (projectleiding, ontwikkeling en coördinatie) en uitvoering. Uitvoeringstaken zouden vanuit reguliere financiering moeten plaatsvinden.

Het dichte netwerk waarover GGZ Friesland beschikt, kan het proces van implementatie bevorderen. Hoewel in de projectfase een groot aantal professionals is getraind, is het behoud van de effecten en training van nieuw personeel niet geregeld. Financiering van de projectleiding in Friesland is niet structureel. De provinciale overheid financiert het project gedurende een looptijd van twee jaar (2007-2009). De *uitvoering* van de activiteiten, zoals de training, is ook uit de provinciale projectsubsidie bekostigd. De ontwikkeling van een module voor suïcidepreventie gekoppeld aan de zorgprogramma's en de trainingen kunnen echter geen verdere voortgang vinden wanneer de provinciale subsidie stopt.

Borging is niet sluitend geregeld omdat het project *Voorkom suïcide* bekostigd is met een incidentele financiering. Hulp aan nabestaanden en mensen met suïcidale problemen kon tot op heden gedeclareerd worden bij zorgverzekeraars als preventieactiviteit.

Projectmedewerkers in West-Friesland geven aan dat borging een complex proces is. Enerzijds door een fusieproces van de GGZ-instelling en anderzijds door (realisatie van) de financiering. Het accent van de afdeling preventie lag meer op de uitvoering van preventieactiviteiten voor risicogroepen (uitvoering training *Leren Signaleren* en keukentafelgesprekken). Deze activiteiten werden tot 2007 gefinancierd uit AWBZ-preventiegelden. De instelling heeft daarna vooral zelf geïnvesteerd in het project. De overstijgende projectactiviteiten worden voor de helft gefinancierd door de provincie en voor de helft door negen gemeenten gedurende vier jaar (2008-2011). Borging van het project is momenteel gaande. Het project wordt geïmplementeerd op de afdeling Kind & Jeugd binnen het team Sociale Psychiatrie.

In Amsterdam is de projectaanvraag begin 2010 door de gemeente Amsterdam gehonoreerd. Hiermee kan de uitvoering van het project van start gaan.

## 5. Conclusie en aanbevelingen

Uit de beschrijving van de regionale projecten blijkt hoe belangrijk het is dat er in de deelnemende organisaties personen zijn die het voortouw nemen. Een project komt alleen van de grond wanneer gedreven mensen ermee aan de slag gaan. Uiteindelijke realisatie van activiteiten (uitvoering en borging) op brede schaal vraagt om draagvlak en betrokkenheid van medewerkers binnen de eigen organisatie en binnen en tussen de samenwerkingsorganisaties. Met een werkwijze die *outrerehend*, actief en professioneel is, kan veel bereikt worden.

Bij de besproken regionale projecten zijn borging en implementatie na afloop van de projectperiode niet duidelijk geregeld, net zo min als de verdere projectfinanciering. Het is wenselijk bij de opzet van een project van meet af aan na te denken over de strategie voor borging en implementatie.

Alle drie projecten zijn vanuit verschillende organisaties (GGZ, GGD) gestart en bij de vraag naar borging en implementatie is aan de orde welke partij daarvoor gaat zorgen. Start, uitvoering en implementatie van deze suïcidepreventieprojecten hangen af van vragen als: waar ligt de kern van de projectactiviteiten, welke organisatie is bij uitstek de aangewezen partij om het voortouw te nemen, welke organisatie heeft de expertise en de betrokkenheid bij de aanpak en wat zijn mogelijkheden voor implementatie, borging en financiering?

De kern van de werkwijze in de regio's Friesland en West-Friesland is inbedding van suïcidepreventie in een breder kader van signalering, preventie en behandeling. Suïcidepreventie wordt gecombineerd met de aanpak van psychische problemen, met name depressiepreventie en de aanpak van alcoholgebruik. Deze werkwijze wordt onderbouwd door te wijzen op het onder deze omstandigheden aanzienlijk vergrote suïciderisico. Toch is het ook in deze benadering van belang om het onderwerp suïcide(preventie) op zichzelf expliciet aan bod te laten komen. De wijze waarop het thema suïcidepreventie gebracht wordt, bepaalt mede of de drempel om hulp te zoeken wordt verlaagd.

Alle regio's besteden in hun werkwijze veel aandacht aan deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren in de nulde en eerste lijn. Dat is een positief gegeven, gezien de effecten die met deze methode behaald zijn (Isaac et al., 2009). Ook uit de evaluatie van het IAD-project en het EAAD-project blijkt dat training van sleutelfiguren een belangrijk onderdeel van suïcide- en depressiepreventie is.

## 5.1 Aanbevelingen

Bij de opzet van een programma, aanpak of project gericht op suïcidepreventie is het aan te bevelen rekening te houden met de volgende aandachtspunten.

1. De opzet van een gedegen en projectmatige aanpak blijkt een moeilijke opgave, maar is erg belangrijk. Ten behoeve van onderbouwing, evaluatie, verantwoording, borging en overdracht (maar niet alleen daarvoor) is het wenselijk doelen en activiteiten duidelijk te beschrijven en deze te monitoren en te evalueren. De monitors uit de publieke gezondheidszorg kunnen bijdragen aan cijfermatige onderbouwing. Voor onderbouwing kan ook een beroep worden gedaan op de literatuur en documentatielijst bij deze publicatie en het handboek suïcidaliteit en het praktijkboek (respectievelijk Van Heeringen & Kerkhof, 2000; Kerkhof en van Luyn, 2010). Binnenkort zullen ook de uitkomsten uit de tweede Nemesis-studie beschikbaar komen (zie Ten Have, 2006).
2. Bij een pragmatische werkwijze bestaat het risico dat belangrijke onderdelen van een projectmatige aanpak naar de achtergrond verdwijnen. Een voordeel van die werkwijze is dat op deelonderwerpen mogelijk sneller resultaten tot stand komen. Als deze echter niet goed gedocumenteerd en geëvalueerd worden, kan de opbrengst ook weer snel verloren gaan. Sterk persoonsgebonden activiteiten hebben als nadeel dat resultaten minder gemakkelijk overdraagbaar zijn en geborgd kunnen worden. Het is wenselijk de werkwijze die nu vooral *'personality based'* en *'practice based'* is, meer naar een *'evidence based'* werkwijze te verleggen, zonder dat de voordelen van de eerste twee werkwijzen verloren gaan (Schnabel, 2009).
3. Voor een goede documentatie en evaluatie moeten in de voorbereidingsfase al randvoorwaarden gecreëerd worden: draagvlak, tijd en geld.
4. Aansluiting zoeken en vinden bij bestaande preventieprogramma's is een goede benadering. Psychische stoornissen vergroten de kans op suïcide. Vooral depressie en middelengebruik zijn belangrijke risicofactoren. Activiteiten voor suïcidepreventie kunnen aansluiten op bestaande programma's gericht op deze risicofactoren. Daartoe behoren ook programma's ter bevordering van sociaal-emotionele competenties. Een andere vorm van aansluiting kan binnenkort plaatsvinden door gebruik te maken van het te verschijnen *Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaliteit* (Hermens et al., concept), de multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit (in ontwikkeling) en de factsheet suïcidaliteit (Dijkstra et al., 2010).
5. De gecombineerde aanpak van suïcidepreventie en depressiepreventie blijkt goed uitvoerbaar. Deze aanpak kan als voorbeeld voor elders dienen. Het Friese project vindt navolging in Noord-Brabant en Drenthe.

De beschreven regionale projecten zijn stuk voor stuk interessante initiatieven die onmiskenbaar navolging en evaluatie verdienen. Succesvolle producten kunnen daartoe beschikbaar worden gesteld, zodat partijen in andere regio's er ook gebruik van kunnen maken. Een gedegen projectmatige aanpak is wenselijk voor verdere uitwerking en onderbouwing, om te voorkomen dat opbrengsten verloren gaan door onvoldoende borging.

# Literatuur en documentatie

- Adriaensens, L., Duin-de Boer, E.G.A.M., Waardenburg, C.M. (2006) Jongerenenquête West-Friesland 2005. Een onderzoek naar tweede en vierdeklassers in het voortgezet onderwijs via E-MOVO. GGD Westfriesland.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., Smits, C., Onrust, S., Toet, J., Riper, H. (2005). Integrale aanpak. Depressiepreventie ouderen. Handleiding. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bool, M., Blekman, J., De Jong, S., Ruiters, M. Voordouw, I. (2007). Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Vervolg op het Advies inzake Suïcide van de Gezondheidsraad uit 1986. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bool, M., Majo, C., Smit, F. (2009). Daling suïcide in Nederland 2007. Verkenning van de achtergronden en verklaringen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., Smits, C., Onrust, S., Toet, J., Riper, H. (2005). Integrale aanpak. Depressiepreventie ouderen. Handleiding. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Brown, G.K. et al (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294, 5.
- De Groot, M. (2008). Bereaved by suicide. Family-base cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses. Groningen: Universiteit Groningen (proefschrift).
- De Groot, M. & de Keijser, J. (2005). Verlies door suïcide, werkboek voor nabestaanden. Baarn: Ten Have.
- De Groot, M., De Keijser, J., Steendam, M. (2008). Werkboek bij de behandeling Omgaan met suïcidaliteit – Project 'Voorkom Suïcide'. GGZ Friesland. Gezondheidsraad (1986). Advies inzake Suïcide. Den Haag: Gezondheidsraad.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J.F.M., Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior. *Crisis*, 27, 1, 4-15. De Vries, P., Huisman, A., Kerkhof, A., Robben, P. (2008). Het non-suïcidecontract: een riskant ritueel. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50: 667-671.
- Dijkstra, M., Bool, M., Smit, F. (2010). Factsheet Preventie van suïcidaliteit. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gaynes, B.N., West, S.L., Ford, C.A., Frame, P., Klein, J., Lohr, K.N. (2004) Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annual Intern Med*, 140:822-835.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Arthur, M.W. (2002) Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Harriss, L. (2003) Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1494-1500.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., Niklewski, G. (2006). The Alliance Against Depression: Two year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine* 36 (9), 1225-1234.
- Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., Van Audenhove, C., Bouleau, J., Van der Feltz-Cornelis, C., Gusmao, R., Kopp, M., Löhr, C., Maxwell, M., Meise, U., Mirjanic, M., Oskarsson, H., Perez Sola, V., Pull, C., Pycha, R., Ricka, R., Tuulari, J., Värnik A., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2008). The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9(1), 51-59.



- Hermens, M., Van Wetten, H., Sinnema, H., Anzion, P. (in druk). Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Amersfoort/ Utrecht: GGZ Nederland, NFZP, NVSHA, LHV, Trimbos-instituut.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S., Deane, F.P., Enns, M.W., Sareen, J., The Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Gatekeepers Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54 (4), 260-268.
- Ivonne van de Ven Stichting (2005). Suïcide in de media. Een richtlijn. [www.ivonnevandevenstichting.nl](http://www.ivonnevandevenstichting.nl).
- Kerkhof, A. (2007). Afhankelijkheid van middelen en suïcidaliteit. In K. van Heeringen (Ed.), *Handboek Suïcidaal Gedrag* (pp. 32-33). Utrecht: De Tijdstroom Uitgever.
- Kerkhof, A., van Luyn, B. (red.) (2007). Suïcidepreventie in de praktijk. Bohn Stafleu van Loghum.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., et al. (2005) Suicide Prevention Strategies. A Systemic Review. *JAMA*, 294 (16), 2064-2074. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ (2005). Multidisciplinaire richtlijn depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- RIVM (2010). Inventarisatie suïcidepreventie. Aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM.
- Romijn, G., Ruiters, M., Smit, F. (2007). Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorzichting, vroegherkenning en terugvalpreventie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schnabel, P. (2009). Pop, poppers, Popper. Lezing bij 10 jarig lustrum Resultaten Scoren. Arnhem. Resultaten Scoren.
- Shaffer, D., Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (supplement 2), 70-74.
- Swart, E.A.M. (2009). Het verband tussen sociale steun en het suïcidaal gedrag onder jongeren in West Friesland. Afstudeeronderzoek GGZ-centrum Westfriesland en de Vrije Universiteit Amsterdam.
- Ten Have, M., de Graaf, R., Dorsselaer, S., Verdurmen, J., van 't Land, H., Vollebergh, W. (2006). Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tondo, L., Baldessarini, R.J., Hennen, J., Minnai, G.P., Salis, P., Scamonnati, L. (1999) Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (supplement 2), 63-69.
- Van Heeringen, C., Kerkhof, A., editors. (2000). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Wieringen, J., Thomas, R. (2006). Grensverleggend? Evaluatie van het project 'Aan de Grenzen'. Voorkomen van (para)suïcidaal gedrag en psychosociale problemen bij allochtone jongeren door het versterken van hun identiteitsvorming. Den Haag: Dienst OCW.
- Verdurmen, J., Abraham M., Planije M., Monshouwer K., Dorsselaer Sv, Schulten I, Bevers J, Vollebergh W. (2006). Alcoholgebruik en jongeren onder de zestien jaar. Schadelijke effecten en effectiviteit van alcoholinterventies. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Voordouw, I., Willemse, G. (2009). Integrale aanpak depressiepreventie ouderen. Resultaten proefimplementatie in vier regio's. Utrecht: Trimbos-instituut.

## Websites

### **EAAD**

[www.eaad.net](http://www.eaad.net)

Zie voor materiaal:

[http://www.eaad.net/enu/media/2008\\_EAAD\\_catalogue\\_of\\_campaign\\_material\\_ohne\\_mann.pdf](http://www.eaad.net/enu/media/2008_EAAD_catalogue_of_campaign_material_ohne_mann.pdf)

### **Centrum Gezond Leven**

[www.loketgezondleven.nl/i-database](http://www.loketgezondleven.nl/i-database) (overzicht preventieprojecten)

### **Trimbos**

[www.trimbospreventie.nl](http://www.trimbospreventie.nl) (zie onder Depressie en angst onderwerpen depressie en suïcide)

### **113 online**

[www.113online.nl](http://www.113online.nl)





Suïcide is een volksgezondheidsprobleem. Jaarlijks sterven 1500 mensen aan suïcide, doen 94.000 mensen een suïcidepoging en belanden 14.000 mensen in het ziekenhuis. Dit gaat gepaard met grote maatschappelijke kosten en veel persoonlijk leed.

In verschillende Europese landen wordt op nationaal niveau aandacht besteed aan suïcidepreventie; in zestien van de 52 Europese landen ontwikkelt men nationale actieplannen of voert ze uit. In verschillende regio's in Nederland ontwikkelen lokale partijen suïcidepreventie met een geïntegreerde aanpak. Dat past binnen lokaal gezondheidsbeleid.

In deze rapportage richten we ons op de aanpak in Amsterdam (GGD Amsterdam), West-Friesland (samenwerking tussen lokale partijen als GGZ, GGD en verslavingszorg) en Friesland (GGZ Friesland in samenwerking met de nulde en eerstelijns). Een analyse van de aanpak in deze drie regio's levert handvatten op voor de ontwikkeling van een dergelijke aanpak in andere regio's.