

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
www.zonmw.nl
info@zonmw.nl

Dossiernummer
50-53120-20
Ons kenmerk
2015/11188/ZONMW

Onderwerp
ZonMw: Onderzoeksagenda Suïcidepreventie

Datum
15 juni 2015

Contactpersoon

Geachte mevrouw Schippers,

Het aantal suïcides in Nederland stijgt en het is het streven van de Minister om deze stijging een halt toe te roepen en om te zetten in een daling. In 2014 lanceerde de Minister van VWS een landelijke agenda Suïcidepreventie. Geconstateerd werd dat er ook behoefte is aan kennis ten behoeve van preventie en zorg. Het Ministerie van VWS heeft in december 2014 ZonMw gevraagd om in samenspraak met het veld een brede en samenhangende aanpak van toekomstig onderzoek te schetsen in de vorm van een onderzoeksagenda. Verder heeft het Ministerie van VWS gevraagd om een beknopt overzicht van het lopende en uitgevoerde onderzoek in Nederland, een indicatie van de benodigde inzet en handreikingen voor prioritering.

ZonMw heeft de taak op zich genomen om de kennisvragen met betrekking tot de preventie van suïcide in kaart te brengen en te prioriteren. Met medewerking van de professionals in de zorg maar ook beroepsgroepen buiten de zorg, wetenschappers en ervaringsdeskundigen en hun naasten en nabestaanden zijn de onderzoeksprioriteiten benoemd die gericht zijn op het terugdringen van het aantal suïcides in Nederland.

Werkwijze

De agenda is opgesteld op basis van twee documenten die reeds beschikbaar waren, de "Contouren voor een toekomstige onderzoeksagenda" (Prof.dr. Ad Kerkhof), en "De aanzet tot een onderzoeksagenda" van de Ivonne van de Ven Stichting. Deze documenten zijn samengevoegd tot één onderzoeksagenda. Dit samengestelde document is verrijkt met behulp van interviews met ervaringsdeskundigen en professionals. Daarnaast is de input verwerkt van de expertraadpleging van 27 mei jongstleden.

Kernpunten

Het is van groot belang om het taboe rondom suïcide te doorbreken en professionals binnen en buiten de zorg net als naasten te voorzien van interventies en vaardigheden om de hulpvraag te beantwoorden. Een belangrijke onderzoeksprioriteit is het verkrijgen van inzicht in de processen die leiden tot suïcide en de effectiviteit en implementatievoorwaarden van interventies die daarop kunnen ingrijpen. Dat vraagt om zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek. Hierbij kunnen bestaande databestanden van GGZ instellingen (die al een convenant hebben gesloten om data met elkaar te delen), verzekeraars en huisartsen behulpzaam zijn. Het vraagt expertise, tijd en geld om deze databestanden te verbinden en de data te analyseren.

Hoge prioriteit heeft preventie van suïcide onder hoogerisicogroepen zoals mannen tussen 40 en 60 jaar veelal zonder werk en chronisch suïcidale patiënten. Dit vraagt om aandacht voor transitie momenten in het leven van mensen en onderzoek naar preventieve interventies buiten de GGZ. Binnen de GGZ is het realiseren van adequate overdracht, ketenzorg, van belang. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan preventie, wat vraagt om kennis over hoe dat kan worden vormgegeven, ook zodanig dat de ervaringsdeskundigen adequate ondersteuning ontvangen. Daarnaast vraagt de rol van, maar ook de zorg voor, naasten en nabestaanden om meer aandacht in onderzoek. Internationaal onderzoek kan bijdragen aan meer begrip voor beïnvloedende factoren, vraag is bijvoorbeeld waarom in sommige andere landen het aantal suïcides niet is gestegen. Voor de praktische toepassing is een goede kennisinfrastructuur noodzakelijk, waarin aandacht is voor implementatie van kennis in bijvoorbeeld onderwijs. ZonMw zal zich inspannen om hierbij ook verzekeraars te betrekken.

Bovenstaande punten zijn uitgewerkt in de bijgaande onderzoeksagenda waarin de kennisvragen zijn ingedeeld in fundamenteel onderzoek en kennisvragen binnen en buiten de zorg. Prioriteit heeft onderzoek dat een integraal, multidisciplinair karakter heeft en op korte termijn de praktijk en het beleid van kennis voorziet. Het onderzoek zoals geprioriteerd en beschreven in deze brief en de onderzoeksagenda draagt ons inziens bij aan de ambitie verwoord in de landelijk agenda suïcidepreventie, namelijk het terugdringen van het aantal suïcides in Nederland.

Het bestuur is van mening dat voor de adequate uitvoering van de kennisagenda een programmabudget van ten minste 3.2 miljoen euro nodig is. Met dit bedrag kunnen ongeveer acht projecten van gemiddeld € 400.000,- worden gefinancierd om de meest urgente vraagstukken te beantwoorden.



ZonMw

Ons kenmerk
2015/11188/ZONMW
Datum
15 juni 2015
Dossiernummer
50-53120-20

Wij verzoeken u om op basis van deze kennisagenda onderzoeksprogrammering mogelijk te maken.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur,

Henk J. Smid
directeur

Kopie
VWS, directie Curatieve Zorg, mevrouw mr. G. Kelder



Onderzoeksagenda Suïcidepreventie ZonMw 2016-2020

Onderzoeksagenda Suïcidepreventie ZonMw 2016-2020

12 juni 2015



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Preventie in de zorg kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail kruis@zonmw.nl of telefoon 070-349 53 20.

Auteurs: Prof. dr. A. K., Vrije Universiteit, Amsterdam
Dr. A. S., Iknowvative

Datum: 12 juni 2015
Oplagenummer: 20/12 juni 2015/preventie

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
Fax 070 349 53 58
www.zonmw.nl
[✉ info@zonmw.nl](mailto:info@zonmw.nl)

Inhoud

Samenvatting.....	9
1. Aanleiding en achtergrond.....	14
1.1 Het aantal suïcides blijft toenemen.....	14
1.2 Het lopende onderzoek is versnipperd.....	14
1.3 Bestaande kennis wordt te weinig gebruikt; er zijn nog veel vragen.....	14
1.4 Ook in de praktijk ontwikkelt zich kennis.....	15
1.5 De domeinbenadering vraagt om een brede insteek van het onderzoeksprogramma ..	15
1.6 Verzoek tot een onderzoeksagenda.....	16
1.7 Leeswijzer.....	16
2. Lopend en afgerond onderzoek.....	17
2.1 Overzicht van lopende en recent uitgevoerde onderzoeken in Nederland	17
2.2 Enkele opbrengsten van recent afgerond onderzoek.....	17
2.3 Sterke punten van Nederlands onderzoek	18
3. Uitgangspunten voor de onderzoeksagenda.....	19
4. Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek	21
5. Suïcidepreventie in het sociaal-economisch domein, onderwijs, media, verkeer, vervoer en middelen	25
5.1 Epidemiologie van suicidaliteit	25
5.2 Suïcide onder adolescenten	26
5.3 Vroegsignalering in het sociaal-economisch domein	28
5.4 Preventie van suïcides op het spoor	28
5.5 De rol van de media.....	29
5.6 Stigmatisering en mythevorming	29
6. Suïcidepreventie binnen de GGZ, de algemene gezondheidszorg en E-hulp	30
6.1 De rol van naasten en nabestaanden.....	30
6.2 Ervaringsdeskundigen	31
6.3 Leren van suïcides en van suïcidepogingen in de GGZ.....	31
6.4 Toeleiding naar GGZ hulpverlening na behandeling in ziekenhuizen na suïcidepogingen	32
6.5 Toepassen, ontwikkelen en onderzoeken van betere interventies	33
6.6 Ontwikkeling multidisciplinaire richtlijn diagnosek en behandeling van zelfbeschadiging.....	35
6.7 Bespreekbaar maken van de dood(swens).....	35
6.8 Rol van huisartsen bij suïcidepreventie	35
6.9 Effectiviteit van E-hulp	36
6.10 Opleiding en inhoud curriculum suïcidepreventie.....	37
7. Prioritering.....	38
7.1 Criteria voor prioritering	38
7.2 Huidige prioriteiten.....	38
7.3 Onderzoek en de beperkingen van de WMO	39
8. Inbedding onderzoeksprogramma	40
Referenties.....	41
Bijlage 1 Overzicht geïnterviewden en deelnemers expertmeeting	43
Bijlage 2 Afgesloten en lopend onderzoek in Nederland vanaf 2007.....	44

Samenvatting

Aanleiding en verzoek VWS

In 2014 lanceerde de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport een Landelijke Agenda Suïcidepreventie. Aanleiding was een stijging van het aantal suïcides in Nederland sinds 2007 met 37% tot 1.854 gevallen in 2013. Geconstateerd wordt dat er behoefte is aan kennis om preventieve maatregelen te onderbouwen, kennis over betere zorg en interventies en over implementatie van kennis in de praktijk van de hulpverlening.

Het Ministerie van VWS heeft ZonMw gevraagd om in samenspraak met het veld een onderzoeksagenda op te stellen. Verder is gevraagd om een beknopt overzicht van het lopende en uitgevoerde onderzoek in Nederland en handreikingen voor prioritering. Dit document beschrijft de kennisvragen en kennishiaten die samen de Onderzoeksagenda Suïcidepreventie vormen¹.

Uitgangspunten voor de onderzoeksagenda

- **Integraal:** het onderzoek richt zich zowel op het domein van de GGZ, de algemene (publieke) gezondheidszorg, de sociaal maatschappelijke hulpverlening en E-hulp als op domeinen buiten de zorg: het sociaal-economisch domein (UWV, deurwaarders), onderwijs, verkeer en vervoer (ProRail), de rol van de media en de pers en het terugdringen van de toegankelijkheid van methoden en middelen (zoals medicatie).
- **Multidisciplinair:** omdat de achtergrond van suïcidaliteit zo complex is, dat begrip daarvan zich niet beperkt tot één wetenschappelijke discipline.
- **Langlopend:** omdat er gedurende een ruime periode systematisch gebouwd moet kunnen worden aan versterking en implementatie van kennis over suïcidaliteit en suïcidepreventie.
- **Verbinden van onderzoek en ontwikkeling in de praktijk:** in de verschillende maatschappelijke domeinen is van groot belang. Versterking van preventie in de praktijk heeft baat bij zowel fundamenteel onderzoek als bij meer toegepast onderzoek.

Voor het overzicht van kennishiaten en de veelbelovende ontwikkelingen voor verder onderzoek is de volgende indeling aangehouden:

- Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.
- Suïcidepreventie in het sociaal-economisch domein, onderwijs, media, verkeer, vervoer en middelen.
- Suïcidepreventie binnen de GGZ, de algemene gezondheidszorg en E-hulp.

Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek: kennishiaten en aanbevelingen

Voortbouwend op onderzoek dat in Nederland en daarbuiten reeds verricht is, staan de volgende fundamentele onderzoeksthema's centraal:

- Wat gebeurt er binnen de persoon wanneer iemand overgaat van suïcidedagedachten naar daadwerkelijk suïcidaal handelen?
- Wat zijn de mentale processen die tot suïcide leiden?
- Wat was het moment in het suïcidale proces dat het mis ging? Wat gebeurde er; wat was het samenspel van de verschillende factoren?

Bij verschillende groepen mensen kunnen de trajecten die naar suïcide leiden sterk verschillen. Het is van belang de algemene processen binnen deze verschillende modellen van suïcidale ontwikkeling te onderzoeken en te beschrijven. Onderzoek naar profiling, stagering en differentiatie van het suïcidale proces bij de verschillende groepen is noodzakelijk omdat deze mogelijk ieder een andere reactie van zorg-/hulpverleners vragen. Het helpt ook voor een beter begrip bij naasten en nabestaanden.

¹ *Lopend en afgerond onderzoek:* In bijlage 2 is een beknopt overzicht opgenomen van titels en onderwerpen van recent in Nederland uitgevoerde en nog lopende onderzoeken (2007-2015).

Suïcidepreventie in het sociaal-economisch domein, onderwijs, media, verkeer, vervoer en middelen

1. Epidemiologie van suïcidaliteit

- (Sociaal-demografische) kenmerken van de groep niet in behandeling bij de zorg. Hoe kan deze groep beter bereikt worden en welke preventieprogramma's zijn passend voor deze groep?
- Met behulp van ontwikkelingen in het suïcidedijfer beter identificeren van risicogroepen. Het is goed om in te zoomen op de sterke stijging van suïcide onder mannen tussen de 40-60 jaar.
- Door meer informatie over de gebruikte methoden en/of middelen kan gericht ingezet worden op het terugdringen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid ervan.

2. Suïcide onder adolescenten

- Er is een hiaat in de kennis over de redenen en aanleidingen van suïcides door jongeren (40-50 per jaar) en jongvolwassenen (70-90 per jaar). Systematische review van casuïstiek zou meer zicht kunnen geven en mogelijk klinisch bruikbare aanbevelingen opleveren.
- LHBT-jongeren² hebben een verhoogd suïciderisico. Er is onderzoek nodig naar de ontwikkeling en effectiviteit van een specifieke, intensieve behandeling voor diegenen met ernstig suïciderisico.
- Vroegsignalering in het onderwijs: uit internationaal onderzoek blijkt dat gestructureerde programma's voor suïcidepreventie op scholen effectief zijn. Er is behoefte aan kennis en vaardigheden voor leerkrachten en begeleiders die te maken krijgen met suïcidale gedachten van hun leerlingen.

3. Vroegsignalering in het sociaal-economisch domein

In dit domein kunnen vooral kwetsbare mensen en de risicogroep van mannen tussen de 40-60 bereikt worden. Wat is de effectiviteit van de gatekeeperstrainingen? Wat zijn aanvullende interventies om betrokkenen bij deze groepen te ondersteunen om suïcidaliteit vroegtijdig te signaleren en hierop adequaat vervolg te geven? Tevens wordt gepleit voor aandacht voor risicogroepen die ontstaan op belangrijke transitie momenten in het leven (naar werkloosheid, naar bijstand, echtscheiding of combinatie). Zijn op psychopathologie gebaseerde interventies passend voor deze groep? Zijn mogelijk andere partijen dan de zorg hier aan zet?

4. Preventie van suïcides op het spoor

De vraag is hoe en waarom men kiest voor de trein als methode (200 suïcides per jaar).

5. De rol van de media

Voor een effectief debat met de media over de vraag of berichtgeving nu wel of niet imitatie-effecten kan oproepen, is onderzoek nodig naar het imitatie-effect in Nederland.

6. Stigmatisering en mythevorming

Stigmatisering belemmert suïcidale mensen en hun naasten om hulp te zoeken. Wat is de rol van stigma's over suïcidaliteit bij een breed publiek in Nederland? En bij zorgverleners? Wat betekent dit voor het omgaan ermee? Hoe kunnen de media hieraan bijdragen?

Suïcidepreventie binnen de GGZ, de algemene gezondheidszorg en E-hulp

Ongeveer de helft van de suïcideplegers, had in de periode daarvoor hulpverlening in de GGZ. Driekwart had ooit in zijn (of haar) leven hulp in de GGZ. Gezien de stijging in het aantal suïcides in Nederland lijkt het nodig de hulpverlening aan suïcidale patiënten in de GGZ sterk te verbeteren, in het bijzonder aan chronisch suïcidale patiënten.

² LHBT verwijst naar Lesbische vrouwen, Homoseksuele mannen, Biseksuelen en Transgenders.

1. De rol van naasten en nabestaanden

Eén van de aanbevelingen van de multidisciplinaire richtlijn betreft het intensiever betrekken van familieleden / naasten bij de diagnostiek en behandeling van suïcidale patiënten. Welke rol willen en kunnen zij op zich nemen en wat hebben zij daarvoor nodig? Welke mogelijkheden voor verbetering zijn er? Wat zijn effectieve interventies bij opvang en (complexe) rouw van nabestaanden en welke interventies zijn mogelijk? In hoeverre blokkeert het medisch beroepsgeheim het rouwproces van nabestaanden?

2. Ervaringsdeskundigen

Er wordt nadrukkelijk gepleit voor een rol voor ervaringsdeskundigen. Hoe en waar willen en kunnen zij bijdragen om anderen te helpen?

3. Leren van suïcides en van suïcidepogingen in de GGZ

Hoe wordt er in de GGZ geleerd van suïcides? Hoe kan dit leerproces geoptimaliseerd worden?

4. Toeleiding naar GGZ hulpverlening na behandeling in ziekenhuizen na suïcidepogingen

Na een suïcidepoging worden patiënten tijdens hun behandeling in het ziekenhuis gezien door een psychiatrisch consulent. Deze beoordeelt het suïciderisico en verwijst door of terug naar de GGZ. Lang niet alle verwijzingen worden echter opgevolgd. Waarom en door wie worden verwijzingen naar de GGZ niet opgevolgd? Zijn dit specifieke groepen? Is speciale toeleiding naar GGZ hulpverlening voor deze groepen behulpzaam in het reduceren van recidive?

5. Toepassen, ontwikkelen en onderzoeken van betere interventies

Veelbelovende richtingen voor de ontwikkeling van betere interventies (niet uitputtend) zijn onderzoek naar, verbetering en/of ontwikkeling van:

- Cognitieve Gedragstherapie (CGT) voor depressieve suïcidale patiënten.
- Interventies bij chronisch suïcidaal gedrag, zoals de toepassing van cognitief gedragstherapeutische technieken bij chronische suïcidaliteit en de behandeling van chronische suïcidaliteit bij depressie en vermijdende persoonlijkheidspathologie.
- De effectiviteit van ketamine bij acuut suïcidale depressieve patiënten.
- Interventies voor mensen met complexe problematiek, zonder specifieke diagnose.

6. Ontwikkeling multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van zelfbeschadiging

Op dit moment bestaat er in de zorg weinig kennis en weinig overeenstemming over de bejegening en behandeling van (chronische) zelfbeschadiging. Aanbevolen wordt de formulering van een multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van zelfbeschadiging.

7. Bespreekbaar maken van de doodswens

Het bespreekbaar maken van de dood is moeilijk en kan traumatisch zijn voor zorgverleners, maar werkt bevrijdend en helend voor patiënten en lijkt daarmee voor hen een cruciale interventie. Een belangrijke onderzoeksvraag is of het beter bespreekbaar maken daadwerkelijk effectief is. Tevens hoe dit voor zorgverleners hanteerbaar te maken.

8. Rol van huisartsen bij suïcidepreventie

De meeste mensen die suïcide pleegden of een poging daartoe deden stonden ingeschreven bij een huisarts. Welke gezondheidsklachten presenteerden ze daar? Wanneer en hoe vaak deden zij dat? Welke geneesmiddelen kregen zij voorgeschreven? Waarom pleegden zij suïcide en andere patiënten met vergelijkbare klachten niet? Welke verbetering in de keten (communicatie en aansluiting) zijn mogelijk? Huisartsen spelen ook een belangrijke rol in de opvang van naasten en nabestaanden. Wat is hun behoefte en wat is de rol die de huisarts voor hen kan invullen? Welke interventies staan de

huisarts ter beschikking nu door de beperking van de opnamecapaciteit in de GGZ het verlenen van ambulante zorg en daarmee de rol van de huisarts toeneemt?

9. *Effectiviteit van E-hulp*

Hoe kan E-hulp ingevuld worden? Wat is de effectiviteit van E-hulp? Hoe kan samenwerking tussen de reguliere zorg en E-hulp vorm krijgen? Wat is de bekendheid en de effectiviteit van 113Online?

10. *Opleiding en inhoud curriculum suïcidepreventie*

Expliciete aandacht voor de ontwikkeling en evaluatie van leermodules over suïcide en suïcidepreventie voor opleidingen, bijscholing en nascholing van betrokken (zorg)professionals. Dit kan bijdragen aan de vaardigheden om suïcidaliteit vroegtijdig te signaleren en adequate (vervolg)behandeling te bieden.

Criteria voor prioritering en huidige urgentie

De onderzoeksagenda biedt een inhoudelijk kader. Criteria voor prioritering voor selectie van thema's kunnen worden gebaseerd op de uitgangspunten voor deze agenda. Onderzoek moet integraal, langlopend en multidisciplinair zijn. Er moet aantoonbaar een goede verbinding zijn tussen onderzoek en praktijk. In samenspraak met het veld zijn binnen deze onderzoeksagenda de volgende prioriteiten vastgesteld:

Het veld doet een dringende oproep om te investeren in het **doorbreken van het taboe** dat rondom suïcide wordt ervaren. Door opleiding en scholing van zorgverleners, maar ook door publieksvoorlichting. Bepaalde groepen worden door dit taboe mogelijk gehinderd om de stap naar adequate hulpverlening te zetten.

Verder wordt voorgesteld om voorrang te geven aan **gericht implementatieonderzoek**, het beter toepassen van kennis in de praktijk door het toepassen van richtlijnen, het verbeteren van hulpverlening, de vroege opsporing van suïcidaliteit in de samenleving en het toeleiden naar zorg. Dit laatste o.a. door meer aandacht voor transitie momenten in het leven van mensen en de ontwikkeling van preventieve interventies buiten de GGZ. Ook de inzet van technologie voor E-health of applicaties voor zelfhulp moet nadrukkelijk worden onderzocht.

De stijging is het grootst onder **mannen tussen de 40-60 jaar** veelal zonder werk. Deze groep moet een hoge prioriteit toegekend worden wat betreft onderzoek naar preventie en effectiviteit van interventies. Daarnaast vinden veel suïcides plaats onder **langdurig behandelde GGZ-patiënten**. De behandeling van de suïcidaliteit in deze groepen moet met prioriteit sterk verbeterd worden.

Gezien de recente transitie in de zorg, wordt meer ambulante zorg geboden. De rol van de huisarts en naasten van de patiënt wordt daarmee groter. **Betere opleiding en nascholing** als ook onderzoek naar meer en betere interventies voor de huisarts zijn daarom belangrijk. Ook onderzoek naar hoe de **aansluiting in de keten** kan worden verbeterd heeft hoge prioriteit.

Last but not least kunnen **ervaringsdeskundigen en naasten** een belangrijke bijdrage leveren aan preventie, wat vraagt om kennis over hoe dat kan worden vormgegeven.

Het **(beter en ruimer) gebruik van (bestaande) databestanden** wordt nadrukkelijk benoemd als prioriteit. Over beperkingen die daarbij ontstaan vanuit de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) moet met spoed een standpunt worden ingenomen.

Inbedding onderzoeksprogramma

Vanuit het veld wordt voorgesteld een organisatie, een kenniscentrum, te vormen waarin de kennis verzameld, gevalideerd en verder verspreid wordt. Het gaat daarbij niet alleen om het bevorderen van *evidence-based practice* maar ook om het verbeteren van de *practice-based evidence*.

1. Aanleiding en achtergrond

1.1 Het aantal suïcides blijft toenemen

In 2014 lanceerde de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een Landelijke Agenda Suïcidepreventie³, een samenhangend geheel aan maatregelen om suïcides te helpen voorkomen. Aanleiding was een stijging van het aantal suïcides in Nederland sinds 2007 met 37% tot 1.854 gevallen in 2013. Hierin wordt geconstateerd dat er behoefte is aan: kennis om preventieve maatregelen te onderbouwen, kennis over betere zorg en interventies, en over implementatie van de opbrengsten van onderzoek in de praktijk van de hulpverlening.

Meer kennis is nodig vanuit het oogpunt van beleidsontwikkeling, maar vooral vanuit de praktijk wordt de behoefte geuit aan (implementatie van) interventies. Niet alleen geldt dat voor de hulpverleners en wetenschappers die met suïcidale patiënten werken; het is evenzeer van belang voor professionals in andere domeinen ten behoeve van hun signalerende rol met betrekking tot suïcide.

Daarnaast is er behoefte aan (fundamentele) kennis over de processen die leiden tot de fatale handeling, het plegen van suïcide. Dit is essentieel zowel voor effectievere suïcidepreventie, als voor beter begrip bij de omgeving.

VWS heeft daarom aan ZonMw gevraagd om met het veld te komen tot een onderzoeksagenda suïcidaliteit en suïcidepreventie.

1.2 Het lopende onderzoek is versnipperd

De afgelopen jaren is in Nederland wel degelijk onderzoek gedaan naar suïcidaliteit en naar suïcidepreventie. Dit onderzoek is echter niet ingebed in één programma. Het gaat om losse onderzoeksprojecten die voor een relatief korte tijdsspanne ondernomen worden. De echt complexe vraagstukken, maar ook (vervolg)implementatieonderzoek, komen daardoor onvoldoende aan bod. Daarvoor is continuïteit nodig. Bovendien heeft de versnippering negatieve consequenties voor de implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk. Daarin is namelijk vaak niet voorzien; onderzoekers moeten al weer door naar een volgend onderzoek. Bij gebrek aan programmatische samenhang ontbreekt een goed communicatiemiddel dat de inzet van de individuele onderzoeker overstijgt. Zo is de versnippering van onderzoek een grote hobbel bij de implementatie van mogelijke toepassingen ervan. Daarnaast ontbreekt er een organisatie die een relevant, actueel en voor alle betrokkenen toegankelijk kennisbestand over suïcide en suïcidepreventie onderhoudt en onderzoekslijnen uitzet en regisseert.

1.3 Bestaande kennis wordt te weinig gebruikt; er zijn nog veel vragen

Bij de ontwikkeling van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag⁴ is het destijds beschikbare onderzoek in kaart gebracht. De opstellers schreven in de richtlijn dat het wetenschappelijk onderzoek waar zij hun aanbevelingen op baseerden of wilden baseren, nogal eens afwezig, beperkt aanwezig of van beperkte kwaliteit was. Zo stellen zij bijvoorbeeld ook dat nog onvoldoende bekend is waarom en hoe mensen in een suïcidaal proces terecht komen en wat er aan te doen is.

³ De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (20 januari 2014). Landelijke Agenda suïcidepreventie en Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013.

⁴ Hemert, A.M. van, A.J.F.M.Kerkhof, J.de Keijser, B.Verwey en anderen (2012). MDR Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. De Tijdstroom.

Diverse onderzoeken laten bovendien zien dat de kennis die er wel al is onvoldoende wordt verspreid en in de praktijk onvoldoende wordt toegepast. Het is dus zaak om de reeds beschikbare kennis via multi-interventieprogramma's, zoals het PITSTOP⁵ project, te implementeren en de voortgang daarvan te monitoren.

Daarnaast zijn er vragen over de effectiviteit van (nieuwe) behandelstrategieën en preventieprogramma's.

1.4 Ook in de praktijk ontwikkelt zich kennis

Ondanks de op verschillende fronten ontbrekende fundamentele inzichten zitten professionals en andere betrokkenen in de 'praktijk' niet stil. Er zijn op basis van wat wel bekend is inmiddels in Nederland enkele good practices ontwikkeld. Maar daarmee is de kennis uit deze praktijken nog niet voldoende verzameld, gevalideerd en verspreid. Ook hier is (praktijkgericht) onderzoek op zijn plaats: enerzijds om te toetsen wat de effectiviteit is van nieuwe aanpakken, zoals de 'eigen kracht benadering'. Anderzijds om over de gehanteerde aanpak te communiceren naar andere settings en domeinen en bouwstenen aan te dragen voor implementatie. Inventarisatie en beschrijvingen van deze good practices kunnen daaraan bijdragen.

Praktijkgericht onderzoek kan een functie hebben bij het stimuleren van betrokkenen om over te gaan tot suïcidepreventie. Instellingen die meedoen aan een onderzoek worden zich meer bewust van wat zij doen aan preventie, kijken hier kritisch naar en voeren naar aanleiding daarvan verbeteringen door. Zo bevordert feitelijk het uitvoeren van onderzoek de praktijk al, nog voordat er resultaten van het onderzoek zijn. De ervaring van de (moeizame) implementatie van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDRSG) leert ons dat het belangrijk is om de professional actief bij verbeteringen te betrekken; onderzoek kan hier instrumenteel in zijn. Ook kan de praktijk vraagstellingen opleveren voor nieuw onderzoek.

1.5 De domeinbenadering vraagt om een brede insteek van het onderzoeksprogramma

Het is veelbelovend dat suïcidepreventie in Nederland zich uitstrekt over meerdere maatschappelijke domeinen. De Landelijke Agenda Suïcidepreventie (2014) benoemt de volgende maatschappelijke domeinen: GGZ; algemene gezondheidszorg en sociaal-maatschappelijke hulpverlening; verkeer, vervoer & middelen; onderwijs; media en pers; het sociaal-economisch domein. De vraag wat er binnen elk van deze domeinen gedaan kan worden om suïcidepreventie vorm te geven, is echter nog niet beantwoord. In een aantal domeinen is nu gekozen voor de inzet van gatekeepers; dat is een start. Meer onderzoek is nodig om zowel ervaringen in Nederland als in het buitenland in kaart te brengen naar effectieve aanpakken in elk van deze domeinen.

⁵ PITSTOP project: Professionals in Training to Stop Suicide: <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/improving-suicide-prevention-in-mental-health-care-through-training-of-guidelines-and-support-by-e-l/samenvatting/>

1.6 Verzoek tot een onderzoeksagenda

Het Ministerie van VWS heeft ZonMw gevraagd om in samenspraak met het veld een brede en samenhangende aanpak van toekomstig onderzoek te schetsen in de vorm van een onderzoeksagenda.

Dit verzoek sluit aan op de Landelijke Agenda Suïcidepreventie. Het houdt tevens rekening met het algemeen overleg in de Tweede Kamer (september 2014) en de vragen die door Tweede Kamerleden zijn gesteld, inclusief de motie van de heer Van der Staaij (SGP) van begin februari 2015.

Verder heeft het Ministerie van VWS gevraagd om:

- Een beknopt overzicht van het lopende en uitgevoerde onderzoek in Nederland.
- Een indicatie van de benodigde inzet voor uitvoering van de onderzoeksagenda⁶.
- Een handreiking voor prioritering om keuzes op te kunnen baseren.

Dit document beschrijft de kennisvragen en kennishiaten die samen de Onderzoeksagenda Suïcidepreventie vormen⁷. De agenda is opgesteld op basis van twee documenten die reeds beschikbaar waren. Deze documenten zijn samengevoegd tot één onderzoeksagenda. Het betreft:

- Contouren voor een toekomstige onderzoeksagenda opgesteld door prof.dr. Ad Kerkhof.
- De aanzet tot een onderzoeksagenda opgesteld door de Ivonne van de Ven Stichting.

Het samengestelde document is verrijkt aan de hand van interviews met ervaringsdeskundigen, een huisarts, een psychiater vanuit de crisisdienst van de GGZ en een SEH-hulpverlener. Daarnaast heeft op 27 mei 2015 een expertraadpleging plaatsgevonden met brede vertegenwoordiging vanuit de zorg maar ook beroepsgroepen buiten de zorg, wetenschappers, ervaringsdeskundigen en nabestaanden. Input vanuit deze bijeenkomst is eveneens verwerkt in deze onderzoeksagenda. De lijst van alle geïnterviewden en de deelnemers aan de expertmeeting is opgenomen in bijlage 1.

1.7 Leeswijzer

De onderzoeksagenda is op de volgende wijze ingedeeld. Hoofdstuk 2 gaat in op lopend en recent afgerond onderzoek. Kort worden hier ook enkele opbrengsten benoemd van recent afgerond onderzoek die hebben geleid tot impact in de praktijk. Tevens is een kort overzicht opgenomen van de sterke punten van Nederlands onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de uitgangspunten van de onderzoeksagenda. In hoofdstuk 4 tot en met 6 wordt ingegaan op veelbelovende ontwikkelingen die nader onderzoek rechtvaardigen en op kennishiaten ten aanzien van een beter begrip van suïcidaliteit en betere suïcidepreventie. Hoofdstuk 7 beschrijft criteria voor prioritering en beschrijft de specifieke urgentie van een aantal thema's, zoals die vanuit het veld naar voren zijn gebracht. Hoofdstuk 8 geeft enkele overwegingen voor de inbedding van de onderzoeksagenda en het uit te voeren onderzoek.

⁶ De aanbiedingsbrief bij deze agenda geeft een indicatie van de benodigde inzet.

⁷ Familiedrama's zijn buiten beschouwing gelaten binnen deze onderzoeksagenda. In Nederland en daarbuiten is grondig onderzoek verricht naar kindermoord en suïcides in het kader van familiedrama's (Verheugt, 2007; Liem 2010). Het blijft een zeldzaam verschijnsel dat over de loop van de laatste twintig jaar niet in frequentie is toegenomen. Verder onderzoek zal waarschijnlijk geen bijdrage leveren aan het voorkomen van deze drama's.

2. Lopend en afgerond onderzoek

2.1 Overzicht van lopende en recent uitgevoerde onderzoeken in Nederland

Een compleet overzicht van alle relevante internationale wetenschappelijke bevindingen is opgesteld met behulp van de EBRO⁸ methodiek in de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag (Van Hemert e.a., 2012).

In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van titels en onderwerpen van recent, in Nederland uitgevoerde afgeronde en nog lopende onderzoeken (2007-2015). Een overzicht van de in Nederland lopende onderzoeken is eerder gemaakt door GGD Nederland (De Groot e.a., 2009). In 2010 is door het Trimbos hiervan een update gemaakt (Abspoel e.a., 2010)⁹.

Hieronder in 2.2. worden beknopt enkele opbrengsten benoemd van recent afgerond onderzoek. In 2.3 wordt ingegaan op de sterke punten van het Nederlands onderzoek.

2.2 Enkele opbrengsten van recent afgerond onderzoek

Epidemiologisch onderzoek is noodzakelijk om hoogrisicogroepen te identificeren. Onlangs is door de GGD van Den Haag (in samenwerking met het CBS, de Stichting 113Online, het LUMC en de VU) aangetoond dat de grootste stijging in suïdecijfers over de laatste zes jaar te vinden was onder de arbeidsongeschikte uitkeringsgerechtigden. Dat was onder meer de reden om voor UWV-medewerkers gatekeeperstrainingen te ontwikkelen en aan te bieden. Ook deurwaarders ontvangen deze gatekeeperstrainingen, omdat zij een signalerende functie kunnen hebben; zij krijgen vaak te maken met mensen in wanhoop en daaruit voortvloeiende suïcides.

Een andere risicogroep vormen adolescenten. Voor leerkrachten in het voortgezet onderwijs zijn daarom ook gatekeeperstrainingen ontwikkeld. Daarnaast is er een signaleringsinstrument ontwikkeld voor het herkennen van suïcidaliteit onder adolescenten in het VO, het MBO en in de Jeugd GGZ (VOZZ) en zijn e-learning modules ontwikkeld voor leerkrachten en ZAT-team leden voor de omgang met suïcidaliteit op school (www.mentalhealthonline.nl). Deze zijn klaar om te worden ingezet in het VO en het MBO.

De Stichting 113Online biedt laagdrempelige, toegankelijke en anonieme hulp via telefoon en internet. Onderzoek naar de effectiviteit van online zelfhulp leidde tot de beschikbaarheid van evidence-based online zelfhulp via 113Online.

In de GGZ is het van belang de hulpverlening aan suïcidale patiënten te verbeteren. Het betreft opvang en behandeling van acute suïcidale crisissituaties (bijvoorbeeld waar een suïcidepoging dreigt), vlak na een suïcidepoging, waar continuïteit en ketenzorg van belang is, en bij meer chronische vormen van suïcidaliteit. Of voor de veel voorkomende situatie waarbij acute suïcidaliteit zich stapelt op chronische suïcidaliteit. Om hulpverlening aan suïcidale patiënten in de GGZ te verbeteren is een overzicht gemaakt van al het relevante wetenschappelijk onderzoek.

⁸ Definitie EBRO (Evidence Based Richtlijnen Ontwikkeling): Methode in richtlijnontwikkeling die de hoogste graad van bewijs toekent aan systematische reviews die afzonderlijke onderzoeken samenvatten volgens een gestructureerde methode. Meestal zijn er niet voor alle uitgangsvragen waarop de richtlijn antwoord geeft hoge niveaus van bewijs beschikbaar. De afweging voor de uiteindelijke aanbeveling wordt echter expliciet gemaakt op basis van een systematische samenvatting van de beschikbare kennis, van zowel wetenschappelijke studies als klinische expertise, en voorkeuren van de patiënt. Sinds 2001 is er een platform, het EBRO-platform, dat bijna alle professionele organisaties en kennisinstututen betrokken bij richtlijnenontwikkeling verenigt en dat waakt over deze methodiek.

⁹ De documenten zijn beschikbaar via <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/> (De Groot et al) en via www.trimbos.nl/webwinkel/DL013 (Abspoel et al).

Op basis hiervan zijn aanbevelingen gedaan in de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (Van Hemert e.a., 2012). De PITSTOP-studie heeft bevorderd dat deze richtlijn in de praktijk van de hulpverlening werd geïmplementeerd. Gedurende de looptijd van het project werden ongeveer 5.500 hulpverleners persoonlijk getraind in vaardigheden in de behandeling van suïcidale patiënten. Hier is de vorm van een gecombineerd onderzoeks- en ontwikkeltraject geschikt gebleken om snel resultaten te boeken, in die zin dat veel hulpverleners nu al goed getraind zijn (De Beurs e.a., 2015).

2.3 Sterke punten van Nederlands onderzoek

Opvallend is dat verschillende onderzoeken van de laatste jaren in de uitvoeringsfase al meteen invloed hadden op de praktijk van de hulpverlening: het PITSTOP-onderzoek, het gatekeepers-onderzoek en het onderzoek naar de stijging van het aantal suïcides onder arbeidsongeschikte uitkeringsgerechtigden. Opvallend is ook dat Nederlands onderzoek navolging vindt in het buitenland door replicaties en vervolgonderzoek. Zo wordt het onderzoek naar online zelfhulpinterventies gerepliceerd in Australië, Denemarken, België en Engeland. Nederlands onderzoek naar de werkzaamheid van online-technologie in suïcidepreventie is vernieuwend. Het onderzoek naar suïcides op het spoor heeft veel invloed gehad op Europese ontwikkelingen in de preventie van suïcides op het spoor. Wat ouder Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van de Dialectische Gedragstherapie (DGT) voor borderline persoonlijkheidsstoornissen ten behoeve van suïcidepreventie is waardevol gebleken voor de ontwikkeling van DGT in Nederland en daarbuiten. Ook onderzoek naar genetische factoren in suïcidaal gedrag (VU, CBS) is sterk in Nederland.

De laatste 15 jaar heeft vrij weinig (biologisch) psychiatrisch onderzoek plaatsgevonden in Nederland. Vanuit de psychiatrische discipline is wel onderzoek gedaan naar de opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen (Verwey), suïcides op het spoor (Van Houwelingen) en in het longitudinale NESDA onderzoek. Ook is fundamenteel biologisch psychiatrisch onderzoek verricht naar depressieve aandoeningen, psychotische stoornissen en andere aandoeningen waarbij suïcidaliteit verhoogd aanwezig is¹⁰.

Wij kunnen in Nederland uiteraard ook leren van preventieprogramma's in andere landen. Het verdient daarom aanbeveling om ook te volgen welke succesvolle interventies in het buitenland worden ontwikkeld.

¹⁰ Zie ook: A. Aleman en D. Denys: "A road map for suicide research and prevention", gepubliceerd in Nature (mei 2014).

3. Uitgangspunten voor de onderzoeksagenda

Om suïcides te helpen voorkomen is aandacht en inzet vereist in de gezondheidszorg, in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg, en daarbuiten: in de samenleving. De helft van alle mensen die door suïcide om het leven komen, heeft op dat moment geen adequate vorm van hulp in de GGZ. Het streven is om in de samenleving mensen op te sporen met een verhoogd risico en hen tijdig te motiveren tot en te verwijzen naar adequate hulp, dan wel laagdrempelige hulp aan te bieden, zo nodig online en anoniem (selectieve preventie).

Daarnaast omvat suïcidepreventie ook maatregelen die de toegankelijkheid van methoden om suïcide te plegen, beperken (afschaffen grootverpakkingen paracetamol, afschermen van spoorbanen) en adviezen rond zorgvuldige berichtgeving over suïcide in de media vanwege het gevaar van imitatie. Dit alles behoeft wetenschappelijke onderbouwing.

Een uit deze agenda volgend onderzoeksprogramma moet integraal, multidisciplinair en langlopend zijn en (internationaal) de verbinding leggen tussen onderzoek, ontwikkeling en toepassing.

- **Integraal:** om ervoor te zorgen dat er op en tussen de verschillende domeinen sprake is van samenhang en uitwisseling. Het onderzoek richt zich daarom op:
 - Het domein van de GGZ, de huisartsenzorg, de algemene gezondheidszorg, de sociaal-maatschappelijke hulpverlening en E-hulp;
 - Maatschappelijke domeinen: ProRail, sociaal-economisch domein (UWV, deurwaarders), politie, onderwijs, de rol van de media en de pers en het terugdringen van de toegankelijkheid van methoden en middelen (zoals medicatie).

Verder houdt integraal in deze onderzoeksagenda nadrukkelijk ook in dat het perspectief van naasten, nabestaanden en patiënten (ervaringsdeskundigen) geïntegreerd wordt.

- **Multidisciplinair:** omdat de achtergrond van suïcidaliteit zo complex is dat begrip daarvan zich niet beperkt tot één wetenschappelijke discipline, maar juist beter doorgrond kan worden wanneer multidisciplinair onderzoek mogelijk wordt gemaakt. Monodisciplinair onderzoek, dat natuurlijk ook nodig blijft, kan ingebed in een breed programma beter tot zijn recht komen. De gesignaleerde versnippering wordt hiermee tegengegaan.
- **Langlopend:** onderzoek vraagt om een logische volgorde. Voor onderzoek naar complexe vraagstukken en situaties is vaak langduriger, veelal longitudinaal onderzoek nodig. Ander onderzoek zou reactiever en sneller kunnen zijn. Maar de basis is dat er gedurende een ruime periode systematisch gebouwd kan worden aan versterking en implementatie van kennis over suïcidaliteit en suïcidepreventie.
- **(Internationaal) verbinden onderzoek, toepassing en ontwikkeling:** deze onderzoeksagenda pleit voor onderzoek dat het verschil maakt bij het terugdringen van het aantal suïcides in Nederland. Daarom is een verbinding van onderzoek met de ontwikkeling in de praktijk in de verschillende maatschappelijke domeinen van groot belang. Net zoals bij het opstellen van de onderzoeksvragen voor deze onderzoeksagenda, kan die verbinding ook vorm krijgen bij het verzamelen van onderzoeksgegevens en van good practices en bij het verspreiden en implementeren van de resultaten van onderzoek. Versterking van preventie in de praktijk heeft baat bij zowel fundamenteel onderzoek als bij meer toegepast onderzoek. Deze onderzoeksagenda richt zich daarom zowel op fundamenteel onderzoek, als op toegepast onderzoek naar de implementatie van kennis die al verzameld is in lopende behandeltrajecten en zorgpaden, op effectiviteitsonderzoek en ontwikkeltrajecten van interventies en op onderzoek ten behoeve van de verbetering van de hulpverlening aan suïcidale mensen in het algemeen. Het is ook belangrijk dat onderzoeksprogrammering aansluit op internationaal onderzoek en dat daarover afstemming plaatsvindt.

In het overzicht van kennishiaten en de veelbelovende ontwikkelingen waarnaar meer onderzoek noodzakelijk is, is de volgende indeling aangehouden.

- Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek (hoofdstuk 4).
- Suïcidepreventie in het sociaal-economisch domein en de domeinen onderwijs, media, verkeer, vervoer en middelen (hoofdstuk 5).
- Suïcidepreventie binnen de GGZ, de algemene gezondheidszorg en E-hulp (hoofdstuk 6).

4. Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek heeft, zoals hierna in het kader geschetst wordt, al enkele fundamentele inzichten met betrekking tot suïcide opgeleverd. Toch zijn ook nog veel vragen onbeantwoord. Zo zijn er vragen die om fundamenteel onderzoek vragen over het proces van suïcide die om verdieping van onze kennis vragen. Waarom suïcideert iemand zich? Wat zijn hiervan de achtergronden? Hoe verloopt het proces en wat zijn aangrijpingspunten voor preventie?

Enkele fundamentele inzichten die onderzoek heeft opgeleverd

Suïcidaliteit is een complex en multifactorieel fenomeen en dat stelt hoge eisen aan de behandeling en ook aan onderzoek. Suïcide is vaak een wanhoopsdaad waarbij mensen veelal ten onrechte denken geen andere keuze meer te hebben. Iemand verliest de controle over zichzelf en kan uiteindelijk in een 'suïcidale waan' terecht komen. Een persoon kan in een proces dat naar suïcide leidt terecht komen door een combinatie van kwetsbaarheid (bijv. gevoeligheid voor depressiviteit) en problemen vanuit de buitenwereld waar hij of zij tegen aan loopt (bijv. werkloosheid). Er is sprake van "entrapment": in de eigen beleving komt de betrokkene in een fuik van wanhoop terecht. Het eindeloos piekeren over suïcide versterkt het gevoel in een wanhopige klem te zitten.

Deze wetenschappelijke inzichten staan veelal haaks op beelden die zich in onze cultuur vastgezet hebben over wat suïcide is. Vaak hebben deze beelden een zeker fatalistisch of zelfs romantisch karakter (denk aan de Junge Werther¹¹). Suïcide wordt nog vaak gezien als een individuele keus die iemand nu eenmaal maakt en die alleen maar valt te respecteren. Of als een daad waar niets tegen te doen is. Dat is echter – zoals het entrapment model laat zien - meestal niet de werkelijkheid.

Voortbouwend op onderzoek dat in Nederland en daarbuiten reeds verricht is, staan de volgende fundamentele onderzoeksthema's centraal bij het beantwoorden van fundamentele vragen:

- Wat gebeurt er binnen de persoon wanneer iemand overgaat van suïcidale ideaties (gedachten) naar daadwerkelijk suïcidaal handelen?
- Wat zijn de mentale processen die tot suïcide leiden? Welke biologische, psychologische en neuropsychologische aspecten spelen een rol bij deze processen en hoe kan deze kennis worden ingezet om op de juiste momenten de juiste interventies te kunnen doen?
- Wat was bij mensen die zich gesuïcideerd hebben het moment in het suïcidale proces dat het mis ging? Wat gebeurde er? Wat was het samenspel van de verschillende factoren?

Deze fundamentele vragen kunnen worden onderzocht in samenhang met de volgende vragen:

- Hoe verliep de behandeling? Wat waren de signalen van de cliënt en hoe hebben behandelaars ze opgevangen?
- Wat was de rol van de beschikbaarheid van middelen?

Wereldwijd zijn er slechts weinig onderzoekscentra in staat de samenhang in deze processen te bestuderen. De complexiteit van het suïcidale proces maakt de samenhang moeilijk te onderzoeken, ook al omdat het onmogelijk is voor onderzoekers om niet in te grijpen in dit proces wanneer suïcide dreigt. Onderzoek en hulpverlening zijn in suïcidale crisissituaties aan elkaar verbonden.

De trajecten die naar suïcide leiden, verschillen sterk bij verschillende groepen mensen. De ontwikkelingen naar suïcide onder patiënten met psychotische stoornissen, in het bijzonder bij patiënten met schizofrenie en veel negatieve symptomen, verlopen anders dan die onder depressieve jongeren met gedragsproblemen. Suïcidale ontwikkelingen onder psychiatrische patiënten met

¹¹ Die Leiden des jungen Werthers is een briefroman van Goethe uit 1774. De protagonist, Werther, laat zijn handelen volledig door zijn gevoelens leiden, en dit leidt onder meer tot de tragische afloop van het verhaal. Het boek bracht een golf van zelfmoorden teweeg. De term "Werther-effect", een toename van het aantal suïcides na publiciteit over suïcide van een bekend persoon, refereert aan dit verhaal.

chronische ernstige persoonlijkheidsstoornissen verlopen anders dan die onder jonge meisjes met anorectische beelden. En binnen de groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zijn er verschillen tussen degenen die met een borderline stoornis te maken hebben in vergelijking met degenen met vermijdende, ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve stoornissen of trekken. Kortom, er zijn meerdere modellen van suïcidale ontwikkeling. Het is van belang de algemene processen binnen deze verschillende modellen te onderzoeken en te beschrijven, zoals de rol van depressie, neurotransmissie, hopeloosheid, perfectionisme, slapeloosheid, piekeren, rumineren, verbeelding, onthechting of gebrekkige verbondenheid met anderen, dreigend verlies van betrekkingen, alcohol en drugsgebruik en impulsiviteit.

Onderzoek naar profiling, staging en differentiatie van het suïcidale proces bij de verschillende groepen suïcidale personen is noodzakelijk. Er is meer inzicht nodig in de verschillende ontwikkelingsstadia die zich in de opbouw naar suïcide kunnen voordoen, omdat deze mogelijk ieder een andere reactie van hulp- en zorgverleners of naasten behoeven. Meer kennis over deze processen is bovendien behulpzaam voor een beter begrip bij naasten, nabestaanden en de algemene bevolking en kan daarmee helpen mythes over suïcide te doorbreken.

Vanwege de lage base rate van suïcide is het tijdsintensief en duur om patiënten prospectief te volgen om bij enkelen die door suïcide om het leven komen proximale risicofactoren te identificeren. Zelfs onder hoogrisicogroepen is prospectief longitudinaal onderzoek erg kostbaar (in tijd en geld). Retrospectief onderzoek heeft zijn eigen beperkingen, de belangrijkste is het vaststellen van causaliteit.

Fundamenteel onderzoek heeft veelal pas op lange termijn gevolgen voor hulpverlening of andere interventies. Zo is verder onderzoek naar risicofactoren, biomarkers, genetische factoren en naar neuropsychologische indicatoren noodzakelijk voor betere kennis, maar de praktische betekenis voor de verbetering op korte termijn van biologische of psychologische interventies zal voorsnog beperkt blijven, vanwege de geringe predictieve waarde. Hoeveel risicofactoren ook bekend zijn of nog zullen worden, de voorspelbaarheid van suïcidaal gedrag blijft lastig. Vertaling van fundamentele onderzoeksbevindingen naar de verbetering van psychofarmaca voor de biologische / medicamenteuze behandeling van suïcidale patiënten is een tijdrovend traject dat slechts enkele onderzoeksconsortia in de wereld kunnen verzorgen. Fundamenteel biologisch psychiatrisch onderzoek levert op korte termijn misschien minder op, maar leidt op langere termijn wel tot een beter begrip en concepten die decennia lang meegaan.

Er kan gebruik worden gemaakt van nieuwe mogelijkheden om de profielen en mentale processen die leiden naar suïcidale verlangens, plannen en pogingen te bestuderen. De diagnostiek van suïcidaliteit richt zich immers op actuele ontwikkelingen in denken, voelen, beleven en bewustzijn. In de hierna volgende kaders worden suggesties gedaan voor vernieuwend fundamenteel onderzoek.

Mogelijke invulling: Bestudering van suïcidale processen terwijl ze plaatsvinden met behulp van smartphone technologie

Met behulp van smartphone technologie is het mogelijk experience sampling in te zetten (EMA ofwel Ecological Momentary Assessment) waarbij van moment tot moment per individu de ontwikkelingen in het denken en voelen worden bijgehouden, samen met variabelen omtrent fysieke, sociale en online gedragingen (bewegingspatronen, locatie, gebruik van sociale media, slaap-waakritmen). Hiermee wordt het mogelijk de overgang van denken aan suïcide naar doen te bestuderen in de context van de persoon vlak voor of zelfs op het moment dat het plaatsvindt. Smartphone onderzoekstechnologie omvat ook niet-intrusieve metingen en kan op grote schaal worden toegepast. Grotere aantallen personen uit hoge risicogroepen kunnen zo gerekruteerd worden en gevolgd in follow-up onderzoek.

Met smartphone technologie is het mogelijk op het individu toegesneden interventies te sturen die op het moment van een suïcidale crisis nog preventieve invloed kunnen hebben. In de Cognitieve Gedragstherapie zijn interventies ontwikkeld die aangrijpen op specifieke suïcidale cognities en emotieregulering (EMI ofwel Ecological Momentary Intervention). Smartphone technologie kan ingezet worden in lopende therapeutische behandelingen. Op enkele plaatsen in de wereld worden met deze technologie apps ontwikkeld die het suïcidale gedrag kunnen beïnvloeden (Nock, 2009 Kaslow: ReliefLink app.). Het is wellicht ook mogelijk om apps te ontwikkelen die na behandeling en beoordeling door de spoedeisende psychiatrie in het algemeen ziekenhuis vanwege een niet dodelijke poging meegegeven kunnen worden aan de patiënt in het kader van een veiligheids- of crisisplan (Stanley, 2012).

Mogelijke invulling: Onderzoek naar de kwellende gedachten en beelden die zich dwangmatig, repetitief en oncontroleerbaar aandienen in het bewustzijn van depressieve, ongelukkige, wanhopige, radeloze en suïcidale mensen (perseveratief piekeren)

Dit perseveratief piekeren leidt tot biologische ontregeling (vitale uitputting) en biologische ontregeling leidt tot excessief langdurig rumineren (Brosschot). De frequentie, duur, intensiteit en oncontroleerbaarheid van suïcidale gedachten en beelden zijn nog niet voldoende onderkend, bestudeerd en begrepen. Dat is jammer omdat in de kennis over deze vaak pathologische processen van cognitieve en emotieregulering ook de basis ligt voor preventieve interventies: het direct beïnvloeden van het denken en voelen in tijden van wanhoop en radeloosheid en beter nog, daaraan voorafgaand. Op dit terrein is nog veel winst te boeken. Er zijn aanwijzingen dat het door middel van Cognitieve Gedragstherapie ingrijpen in repetitieve kwellende gedachten tot significante verbeteringen leidt (Van Spijker, 2014). Veelbelovende ontwikkelingen zijn er in de Cognitieve Gedragstherapie van suïcidaliteit bij psychose (Tarrier e.a., 2013).

Het presuïcidale syndroom gaat in essentie om de vraag waarom bij sommige mensen de gedachten en beelden aan suïcide niet ophouden. Bij verreweg de meeste mensen die sterk aan suïcide denken en zich daarbij beelden vormen, verminderen deze gedachten en beelden weer na enige tijd. De vraag is bij wie en waarom deze over elkaar heen tuimelende gedachten en beelden niet verdwijnen maar op dwangmatige wijze persisteren (zoals veel suïcidale patiënten het verwoorden: "chaos in mijn hoofd").

Toekomstig fundamenteel onderzoek zou zich derhalve kunnen richten op de aard en de fenomenologie van intrusieve gedachten en beelden bij suïcide en het daaruit volgende toegepaste onderzoek op het ontwikkelen en testen van de effectiviteit van interventies en mobiele apps om deze gedachten en beelden tegen te gaan en daarmee de kans op suïcide te verminderen.

Mogelijke invulling: Experimenteel gedragspsychologisch onderzoek naar het ontstaan en voortbestaan van mentale fixatie op suïcidale gedachten

Bestudering van de uitvoering van suïcidale gedachten is evenzeer van groot belang. Immers, niet elke persoon met repetitieve suïcidale gedachten of beelden neemt de stap om deze gedachten ook daadwerkelijk uit te voeren. Er is maar weinig onderzoek gedaan naar de overgang van (dwangmatig) denken aan suïcide naar suïcidaal handelen. Mogelijk aangrijpingspunt is de ontsnappingstheorie van suïcide (Baumeister, 1991), die recentelijk is vertaald naar een experimenteel model (Chatard & Selembegovic, 2011), en het werk van O'Connor (2014) over de overgang van denken naar doen bij suïcide (Volitional model). De ontwikkeling van EMA en EMI methodieken is veelbelovend en verbindt fundamenteel onderzoek met interventieonderzoek. Werk van Holmes e.a. aangaande rescripting en EMDR van flash forwards kunnen van belang zijn voor intrusieve beelden van suïcide bij patiënten.

5. Suïcidepreventie in het sociaal-economisch domein, onderwijs, media, verkeer, vervoer en middelen

Meer dan de helft van de mensen die te kampen heeft met suïcidaliteit is niet bekend in de hulpverlening. Daarom hanteert de Landelijke Agenda Suïcidepreventie (VWS, 2014) een brede maatschappelijke benadering. In verschillende maatschappelijke domeinen kan concreet gesignaleerd worden of mensen het moeilijk hebben en worden ingezet op toeleiding naar hulp.

5.1 Epidemiologie van suïcidaliteit

5.1.1 (Sociaal-demografische) kenmerken van de groep niet in behandeling bij de zorg

Met behulp van de data uit de NEMESIS studie peilingen, die om de vijf jaar gehouden wordt onder de volwassen bevolking, wordt inzicht verkregen in de sociaal-demografische kenmerken van volwassenen met suïcidale gedachten, plannen en het aantal pogingen. Deze informatie is van groot belang voor de vormgeving van suïcidepreventie in Nederland. Uit deze NEMESIS studie peilingen, die door het Trimbos-instituut worden uitgevoerd, bleek dat het aantal mensen dat suïcide pleegt, maar niet bekend is bij de hulpverlening, relatief hoog is. Het is belangrijk om te onderzoeken hoe deze mensen beter bereikt kunnen worden en welke preventieprogramma's passend zijn voor deze groep. Een eerste stap hierin zijn de eerder genoemde gatekeeperstrainingen gericht op vroege signalering van suïciderisico.

Het is essentieel dat dit type data dat inzicht geeft in de achtergronden van risicogroepen in de toekomst beschikbaar blijft.

5.1.2 Ontwikkelingen in het suïcidecijfer

Op basis van de gegevens van het CBS en de mogelijkheden tot koppeling van de CBS gegevens met de zorgregistraties van het NIVEL is het mogelijk meer kennis te vergaren over groepen personen met verhoogd suïciderisico¹². In het bijzonder is het aan te raden nader onderzoek te doen naar de achtergronden van de sterke stijging van suïcide onder mannen tussen de 40-60 jaar. Hieronder wordt een mogelijke invulling van dit type onderzoek beschreven.

Mogelijke invulling: Onderzoek naar de toename van suïcide onder mannen tussen de 40-60 jaar

Het is relevant om voor de mannen tussen de 40 en 60 jaar na te gaan wat hun contacten zijn geweest met de huisarts, welke GGZ-hulpverlening zij mogelijk ontvangen hebben, welke signalen de huisarts heeft opgepakt, welke indicatoren voor suïcidaliteit werden genoteerd in het EPD, etc. Koppeling van de CBS data aan de NIVEL zorgregistratie gebeurt met pseudo-BSN via een Trusted Third Party (TTP). Ook kunnen dergelijke koppelingen van CBS data met data van het UWV het nog beter mogelijk maken om binnen de groep arbeidsongeschikten diegenen met een hoog suïciderisico te onderscheiden. NIVEL zorgregistraties beschikt over geanonimiseerde gegevens van bijna 400 huisartsenpraktijken met 1,2 miljoen ingeschreven patiënten. Ook de aanloop tot suïcidepogingen kan via de zorgregistraties van het NIVEL bestudeerd worden in vergelijking tot patiënten die geen suïcidepoging ondernamen. Voor de mannen tussen de 40-60 jaar geldt de negatieve werking van de recessie nog sterker dan voor andere leeftijdsgroepen. Betekent dat dat hun levensomstandigheden

¹² Er ontstaan ook nieuwe risicogroepen. Huisartsen signaleren een toename van het aantal ouderen met een doodswens. Deze groep neemt toe vanwege de vergrijzing en de hogere druk op mantelzorgers. Ouderen vragen de huisarts expliciet om hulp bij zelfdoding omdat zij hun naasten bij toenemende afhankelijkheid niet tot last willen zijn. Ouderen geven daarbij aan bij uitblijven van hulp het desnoods zelf te doen. Het betreft hier geen psychiatrische patiënten. Kennisvragen rondom deze problematiek worden beschreven in de ZonMw kennisagenda "Ouderen en het zelf gekozen levenseinde" (2014). In deze onderzoeksagenda worden onderzoeksvragen met betrekking tot deze groep daarom niet verder uitgewerkt.

sterker hebben geleden onder de recessie (armoede, woonomstandigheden, uitkeringssituatie, bestedingspatronen, lichamelijke ziekten, schuldsaneringen, ontruiming van de woning, alleenstaand), dat hun toekomstperspectieven zijn verslechterd (kans op een baan, dreiging baan te verliezen, bestaansonzekerheid mogelijk vanwege lage opleiding), dat hun identiteit als kostwinner, als partner, als gewaardeerd lid van de samenleving op het spel is komen te staan? Of is deze groep onevenredig vaak getroffen door depressie, verslaving, eenzaamheid, geringe sociale contacten, criminaliteit? Hebben ze een steeds slechtere uitgangspositie op de relatiesmarkt? Dergelijke vragen kunnen beantwoord worden door nauwkeurige bestudering van NIVEL zorgregistraties en EPD in combinatie met het CBS (via TTP).

5.1.3 De gebruikte methoden

Het terugdringen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van dodelijke methoden en middelen lijkt een krachtige preventiestrategie. Registraties van het CBS en het NIVEL geven naast informatie over actuele ontwikkelingen in het suïdecijfer, ook inzicht in de gebruikte methoden. Daarmee kunnen ontwikkelingen in toe- of afnemend gebruik van bepaalde methodieken scherp in het oog gehouden worden (bijv. gebruik uitlaatgassen of helium). Onderzoek zal nodig blijven om de effectiviteit van dergelijke strategieën te bepalen: het inleveren van het dienstwapen bij depressieve politiefunctiearissen, beperken van de toegang tot dodelijke middelen bij depressieve artsen, in het bijzonder anesthesiologen, beperken van de grootte van de verpakkingen paracetamoltabletten, etc.

5.2 Suicide onder adolescenten

5.2.1 Omstandigheden en aanleidingen van suïcides onder adolescenten en jongvolwassenen

Ongeveer 40 tot 50 jongeren tot en met 19 jaar komen jaarlijks door suïcide om het leven. In de leeftijdsgroep van jongvolwassenen (20-25 jaar) is suïcide met jaarlijks 70-90 gevallen zelfs de tweede doodsoorzaak. Er is al lang een hiaat in de kennis over de redenen en aanleidingen van suïcides door jongeren en jongvolwassenen. Dat blijkt telkens weer, ook wanneer zich clusters van suïcides onder jongeren voordoen.

Over de aanleidingen en redenen van deze suïcides is weinig systematisch verzamelde informatie voorhanden zodat maatregelen ter preventie niet specifiek genoeg voor deze groep geformuleerd kunnen worden. Er is weinig informatie beschikbaar via de gegevens van het CBS en de lijkschouwdoossiers zijn incompleet en laten geen conclusies toe (Bijker e.a., 2014, 2015). Systematische review van casuïstiek zou meer zicht kunnen geven en mogelijk klinisch bruikbare aanbevelingen opleveren.

Mogelijke invulling: Case studies

Koppeling van CBS data aan data van de NIVEL zorgregistraties zou in dit verband meer inzicht kunnen verschaffen over de zorgconsumptie van deze jongeren voorafgaande aan hun suïcide. Een verdergaande strategie om preventieve maatregelen te formuleren is gelegen in de procedure van het Child Suicide Review, dat naar analogie van het Child Death Review na elke onnatuurlijke dood van kinderen zoveel mogelijk informatie over het betreffende kind verzamelt onder de ouders, belangrijkste naasten, leerkrachten, huisartsen en hulpverleners. Deze informatie wordt beoordeeld door een panel van deskundigen dat een antwoord formuleert op de vraag: hoe had dit voorkomen kunnen worden? Intensieve bestudering van een betrekkelijk gering aantal casussen kan klinisch bruikbare aanbevelingen opleveren. Een vergelijkbare onderzoeksprocedure is toegepast bij het fenomeen van de wiegendood. Intensieve bestudering van gevallen van wiegendood leidde uiteindelijk tot aanbevelingen die opgevolgd werden waardoor het aantal incidenten aanzienlijk verminderde.

Een pilot om de procedure te testen loopt op dit moment in de regio Zwolle uitgevoerd door GGD IJsselland in samenwerking met de VU. Bij de uitvoering van een dergelijke Child Suïcide Review dienen principes van privacy en ethische aspecten nauwkeurig te worden gevolgd. Huisartsen spelen bij de omgang en nazorg met nabestaande ouders een belangrijke rol.

5.2.2 LHBT-jongeren

Het is bekend dat onder lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender (LHBT) jongeren een verhoogd risico op suïcidepogingen en suïcides bestaat. Het betreft een internationaal verschijnsel. Het betreft vaak ernstige en langdurige vormen van suïcidaliteit en depressie, die samenhangen met identiteitsvragen, zelfbeeld, stigma, interpersoonlijke problemen, weinig steun van familie, isolatie, eenzaamheid, lichaamsbeeld en hormoonbehandeling bij transgender (Claes, 2014).

COC Nederland, Stichting 113Online en Movisie hebben sinds 2012 in samenwerking met LHBT-jongeren gewerkt aan suïcidepreventie. Zowel deze jongeren als professionals die met jongeren werken, vervullen hierin een sleutelrol. Op www.iedereenisanders.nl krijgen LHBT-jongeren informatie en concrete tips hoe zij beter in hun vel kunnen zitten en wat ze kunnen doen als dat niet zo is. De site verwijst onder meer door naar 113Online, waar sinds de lancering van de site merkbaar meer LHBT-cliënten zich aanmelden. Deze website is in oktober 2014 op basis van nieuwe wetenschappelijke kennis geactualiseerd. Stichting 113Online is inmiddels goed bekend met deze doelgroep.

Onderzocht zou moeten worden hoe het uiteindelijk is gesteld met de toegankelijkheid van zorg voor deze groep. In dit verband is ook onderzoek nodig naar de ontwikkeling en effectiviteit van een specifiek op deze doelgroep toegesneden intensieve behandeling voor diegenen met ernstig suïciderisico. Aanbevolen wordt een dergelijke behandeling te ontwikkelen, rekening houdend met ervaringen in transgenderklinieken en in samenwerking met het COC.

5.2.3 Vroegsignalering in het onderwijs

Het is nodig om de kennis over de screening van en nazorg aan suïcidale adolescenten te vergroten. Uit internationaal onderzoek blijkt dat gestructureerde programma's voor suïcidepreventie in het onderwijs effectief zijn in het terugdringen van suïcidedgedachten en suïcidepogingen, door middel van gatekeeperstrainingen voor leerkrachten, bewustzijnsprogramma's gericht op leerlingen, en screening door professionals (Wasserman, 2015). Vanuit de Nederlandse situatie is er duidelijk behoefte aan kennis en vaardigheden voor leerkrachten/begeleiders die te maken krijgen met suïcidale gedachten van hun leerlingen.

Het onderwijs is bij uitstek de plaats om dreigende suïcidaliteit bij jongeren en jongvolwassenen vroegtijdig te signaleren en door te verwijzen naar de hulpverlening. Er is een begin gemaakt met gatekeeperstrainingen voor leerkrachten/begeleiders in het onderwijs. Onderzoeksvragen zijn: Hoe kan het probleembewustzijn in het onderwijs versterkt worden? Wat is de effectiviteit van het (gecombineerd) inzetten van een gatekeeperstraining, een screeningsinstrument om suïcidale gedachten op het spoor te komen, en awareness programma's voor leerlingen/studenten? Hoe kan inbedding van suïcidepreventie in onderwijsinstellingen en samenwerking in de regionale zorgketen effectief vorm gegeven worden?

Mogelijke invulling: Implementatiestudie naar de invoering van signaleringsinstrument en E-learning modules op scholen

In 2015 komt een signaleringsinstrument uit (VOZZ) voor de onderkenning van suïcidaliteit onder adolescenten in het VO en het MBO en in de Jeugd GGZ, met speciale aandacht voor suïcidaliteit onder verschillende culturele herkomstgroepen. Bovendien is in 2015 een E-learning module ontwikkeld voor leerkrachten in het VO en het MBO waarin zij snel online kennis en adviezen krijgen voor de bejegening en verwijzing van suïcidale leerlingen (www.MentalHealthOnline). Voorgesteld wordt een implementatiestudie naar de invoering van signaleringsinstrument en E-learning modules op scholen bij voorkeur volgens de methode van de Gezonde School te starten en op effectiviteit te onderzoeken. Hoeveel suïcidale jongeren worden door deze instrumenten gesignaleerd die anders onontdekt waren gebleven? Hoe efficiënt wordt verwezen naar aansluitende hulpverlening, ook gezien de multiculturele context? Neemt het probleembewustzijn binnen onderwijsinstellingen toe? Wordt er beleid op gezet?

5.3 Vroegsignalering in het sociaal-economisch domein

Het sociaal-economisch domein is de plaats waar vooral kwetsbare mensen en de risicogroep van 40 tot 60 jarige mannen die buiten het arbeidsproces vallen bereikt kunnen worden. In dit domein is ook een begin gemaakt met gatekeeperstrainingen en wel voor deurwaarders en UWV functionarissen. Onderzoeksvragen zijn: Hoe kan het probleembewustzijn bij UWV en andere relevante organisaties in dit domein versterkt worden? Wat is de effectiviteit van gatekeeperstrainingen en van aanvullende interventies om betrokkenen te ondersteunen suïcidaliteit bij hun cliënten vroegtijdig te signaleren hierop adequaat vervolg te geven? Hoe kan effectieve inbedding van suïcidepreventie in de sociaal-economische organisaties vorm krijgen evenals samenwerking met partners in de regionale keten?

Nog veel beter zou het zijn om vroegtijdig te kunnen signaleren of mensen die vlak voor een belangrijk transitie moment in hun leven zitten (naar werkloosheid, naar bijstand, een echtscheiding of een combinatie van deze factoren) beter begeleid kunnen worden. Onderzocht zou moeten worden of interventies voor deze groepen altijd in de zorg (de psychopathologie) gezocht moeten worden of dat er ook andere opties zijn of andere partijen die daarbij een rol kunnen spelen (zoals de belastingdienst, banken).

Op dit moment wordt de effectiviteit bepaald van gatekeeperstrainingen in Amsterdam en in de provincie Friesland. Te verwachten valt dat op grond van dit onderzoek verbeteringen worden aangebracht in de uitvoering van deze gatekeeperstrainingen. Op beperkte schaal worden de hier ontwikkelde gatekeeperstrainingen nu al verder uitgevoerd door 113Online in het kader van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie. Deze worden verzorgd voor uiteenlopende groepen gatekeepers zoals deurwaarders, UWV-functionarissen en leerkrachten.

Ook moet worden onderzocht welke rol de in het kader van de decentralisaties opgerichte sociale wijkteams zouden kunnen spelen bij het opsporen van mensen die een verhoogd risico lopen.

5.4 Preventie van suïcides op het spoor

Ongeveer 200 maal per jaar vindt een suïcide plaats voor de trein. Op dit moment worden maatregelen getroffen, zoals bescherming van hotspots, bescherming van spoortrajecten door hekwerken, vervanging van gelijkvloerse overwegkruisingen, gatekeeperstrainingen voor spoorwegpersoneel, etc. die naar verwachting een reducerend effect hebben op het aantal suïcides voor de trein. ProRail onderzoekt of deze interventies effect hebben. De inzet is dat ProRail dergelijk onderzoek ook in de nabije toekomst zal kunnen blijven entameren. Een duidelijk kennishiaat is de vraag hoe en waarom deze mensen kiezen voor de trein als methode.

5.5 De rol van de media

Er is overtuigend internationaal onderzoek dat aantoonde dat ongenueanceerde berichtgeving over suïcide (sensationeel en gedetailleerd) tot imitatie kan leiden: het Werther-effect. Vooral wanneer het model een beroemdheid is (bijv. de doelman Robert Enke van het Duitse nationale elftal) en jong is. Het effect zou groter zijn bij jongens dan bij meisjes. Er is enig bewijs voor dat genuanceerde berichtgeving, of het zich onthouden van berichtgeving, in de media juist kan leiden tot een afname van het aantal suïcides (Papageno-effect¹³).

Toch is er elke keer opnieuw een strijd met de Nederlandse media over de vraag of berichtgeving nu wel of niet imitatie-effecten kan oproepen. Het is daarom nodig om het imitatie-effect in Nederland te kunnen aantonen en hierover met de betreffende beroepsgroepen in gesprek te gaan.

Mogelijke invulling: Onderzoek naar het imitatie-effect in Nederland

Door onderzoek te doen naar mogelijke toenames van suïcides na een suïcide van bekende personen (Antonie Kamerling, Herman Brood, of na suïcides die veel in het nieuws kwamen (bijv. van jonge adolescenten), na familiedrama's, en naar de positieve effecten van genuanceerde berichtgeving. Dit zou in de vorm van een ontwikkeltraject mogelijk zijn.

5.6 Stigmatisering en mythevorming

In een rapportage van de WHO is weergegeven welke mythes ten aanzien van suïcidaliteit internationaal een rol spelen. Ook in Nederland blokkeren mythes inzicht in het suïcidale proces zowel bij de bevolking in het algemeen als bij hulpverleners. Dit kan signalering en behandeling in de weg staan. Uit onderzoek is gebleken dat stigmatisering en mythevorming over suïcidaliteit er voor zorgt dat suïcidale mensen en hun naasten geen hulp zoeken. Hiernaar is meer onderzoek nodig. Wat is de rol van stigma's over suïcidaliteit bij een breed publiek in Nederland? En bij zorgverleners? Is er een verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de rol van stigma's en de stap naar adequate zorgverlening? Verklaart dit mogelijk de sterke stijging onder mannen tussen 40-60 jaar? Wat betekent meer begrip en kennis voor de kwaliteit van de hulpverlening? In welke vorm kan stigma het beste worden terug gedrongen? Hoe kunnen de media hieraan bijdragen? Is stigma bijvoorbeeld de reden dat er voor de preventie van verkeersdoden of brandpreventie relatief meer onderzoeksgeld beschikbaar is, terwijl er jaarlijks minder mensen door overlijden?

¹³ Papageno-effect is het tegenovergestelde van het Werther-effect (zie voetnoot 10). Er is onderzoek waaruit blijkt dat zorgvuldige berichtgeving juist een preventief effect kan hebben, vooral als daarbij wordt aangegeven hoe mensen met succes hun suïcidale crisis te boven zijn gekomen..

6. Suïcidepreventie binnen de GGZ, de algemene gezondheidszorg en E-hulp

Ongeveer de helft van degenen die door suïcide om het leven komen, had in de periode voor de suïcide hulpverlening in de GGZ (Huisman, 2011; IGZ, 2014). Driekwart had ooit in zijn of haar leven hulp in de GGZ. Opvallend is ook dat van de GGZ-patiënten die suïcide pleegden, er velen al langdurig hulp hadden ontvangen, dat wil zeggen meerdere perioden van opnamen in een kliniek en ook al eerder suïcidepogingen hadden ondernomen. Het gaat in die gevallen om patiënten die langdurig, vaak chronisch, suïcidaal waren. Gezien de stijging in het aantal suïcides in Nederland lijkt het nodig de hulpverlening aan suïcidale patiënten in de GGZ sterk te verbeteren. Daarbij zijn twee vragen van belang:

1. Hoe is het gesteld met de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg bij de verschillende groepen?
2. Wat is de effectiviteit van behandelstrategieën en therapieën in de GGZ, de algemene gezondheidszorg en de sociaal-maatschappelijk hulpverlening bij verschillende groepen?

Een uiterste inspanning moet worden gedaan om het lijden van patiënten te verminderen. Voor de patiënten met chronische suïcidaliteit en voor patiënten met acute bovenop chronische suïcidaliteit moeten er betere interventies ontwikkeld worden.

Betere hulpverlening kan op verschillende wijzen ondersteund worden met onderzoek: beter verspreiden en toepassen van de kennis die er al is, betere opvolging van de richtlijnen, betere opleiding en bij- en nascholing van hulpverleners, betere signalering van suïcidaliteit en toegankelijkheid van de GGZ en het ontwikkelen van verbeterde interventies.

6.1 De rol van naasten en nabestaanden

Eén van de aanbevelingen van de multidisciplinaire richtlijn betreft het intensiever betrekken van familieleden / naasten bij de behandeling van suïcidale patiënten. Enerzijds om hulpverleners van informatie te voorzien voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling, anderzijds om familieleden / naasten te helpen hun dierbaren te verzorgen, begeleiden en zo nodig te bewaken.

Veel suïcidaal gedrag komt voort uit het gevoel dat de suïcidale persoon zich tot last voelt voor zijn naasten. Joiner (2009) onderbouwt dit met zijn 'Interpersonal Theory of Suicide' en biedt interventies voor zowel de suïcidale persoon als zijn naasten.

In de multidisciplinaire richtlijn wordt gepleit voor een bondgenootschap met hulpverleners en behandelaren in de begeleiding van suïcidale patiënten. De hypothese is dat wanneer hulpverleners en familieleden / naasten intensief samenwerken, een aantal suïcides kan worden voorkomen. Bij de ontwikkeling van betere interventies voor patiënten met suïcidale gedachten dient overleg en samenwerking met naasten daarom steeds wanneer mogelijk plaats te vinden. Wat kan de rol van naasten zijn bij suïcidepreventie? Welke rol willen en kunnen zij op zich nemen en wat hebben zij daarvoor nodig? Welke mogelijkheden voor verbetering zijn hier? Nadrukkelijk kunnen naasten ook een rol hebben in signalering voordat patiënten in de GGZ behandeld worden.

En daarbij past ook aandacht voor het lijden van naasten en nabestaanden. Hoe kijken naasten / nabestaanden na een suïcide terug op het suïcidale proces en op de behandeling? Wordt het perspectief van de naasten / nabestaanden voldoende meegenomen bij de evaluatie in het kader van de IGZ meldingsprocedure? Wat zijn effectieve interventies bij opvang en (complexe) rouw van nabestaanden en welke interventies zijn mogelijk? In hoeverre blokkeert het medisch beroepsgeheim het rouwproces van nabestaanden?

6.2 Ervaringsdeskundigen

Jaarlijks denken 410.000 mensen aan zelfmoord. Ieder jaar doen 94.000 volwassenen ook daadwerkelijk een poging om zichzelf te doden¹⁴. Ongeveer 14.000 mensen komen op de Spoedeisende Eerste Hulp na een suïcidepoging. Dat blijkt uit een onderzoek onder Nederlanders van 18 tot en met 64 van het Trimbos-instituut (De Graaf et al, 2011).

In deze onderzoeksagenda wordt nadrukkelijk ook gepleit voor een rol voor ervaringsdeskundigen. Mensen die een suïcidepoging hebben overleefd, mensen waarbij zorgverlening het gewenste effect heeft gehad of mensen die zelf methodieken en/of handvatten hebben gevonden om hun suïcidaliteit te overwinnen. Hoe en waar willen en kunnen zij bijdragen om anderen te helpen? Hoe kunnen zij wat voor hen effectief is gebleken om hun suïcidaliteit te overwinnen of te voorkomen, inzetten om anderen te helpen?

Ervaringsdeskundigen die professioneel geschoold¹⁵ zijn om zorg te verlenen kunnen bijvoorbeeld een essentiële rol spelen bij het bereiken van en verbinding maken met suïcidale mensen in de acute fase.

6.3 Leren van suïcides en van suïcidepogingen in de GGZ

Hoe wordt er in de GGZ geleerd van de preventie en de behandeling in het geval van suïcide; hoe kan dit leerproces geoptimaliseerd worden? Door onderzoek van meldingen van suïcide aan de IGZ is tot op zekere hoogte inzicht verkregen in de kwaliteit van de hulpverlening aan suïcidale patiënten en werden aanbevelingen gevonden voor verbetering (Huisman, 2011). Deze zijn meegenomen in de formulering van de Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. Op grond hiervan is een procedure ontwikkeld, de KEHR procedure (De Groot, 2015), die een GGZ instelling kan gebruiken om de behandeling voorafgaande aan de suïcide te evalueren tegen het licht van de richtlijn. Van cruciaal belang is nu om te onderzoeken hoe de richtlijnen in de praktijk worden toegepast en welke verbeteringen dit oplevert in processen, procedures en uitvoering.

De geneesheer-directeur neemt vanwege zijn centrale rol in de voorbereiding en de tenuitvoerlegging van de verplichte zorg een cruciale positie in en moet daarom nauw worden betrokken bij het onderzoek. Hij is verantwoordelijk voor het aanleveren van de data over de verleende zorg voorafgaand aan en de omstandigheden rondom suïcide bij mensen die in behandeling waren in de instelling ten behoeve van de inspectie. Deze data kunnen verrijkt worden met gegevens over de diagnose en de achtergrond van de patiënten en geanonimiseerd worden ingezet voor onderzoek. De huidige wet- en regelgeving (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, WMO) staat dit niet toe. Daarvoor zou toestemming nodig zijn van het Ministerie van VWS en de Centrale Commissie Mensgeboden Onderzoek (CCMO).

Mogelijke invulling: Leren van suïcide in de GGZ

Door middel van een onderzoeks- en ontwikkeltraject kunnen GGZ instellingen gemotiveerd worden zo veel mogelijk aanbevelingen van de richtlijn te volgen en tegelijkertijd te leren van suïcides en suïcidepogingen in hun instelling. Het idee is om per instelling c.q. per afdeling / divisie van GGZ instellingen te meten in hoeverre zij voldoen aan de belangrijkste aanbevelingen van de richtlijn

¹⁴ Bij dit cijfer worden ook personen meegeteld die zichzelf beschadigden, waarbij niet altijd duidelijk is of er sprake was van een expliciete doodswens.

¹⁵ Zowel op HBO als op MBO niveau worden opleidingen aangeboden tot ervaringsdeskundige in de zorg. Daarnaast zijn er nog allerlei cursussen die door instellingen zelf ontwikkeld zijn. GGZ-instellingen vragen vaak één van deze opleidingen als vereiste om als ervaringsdeskundige een rol te kunnen/mogen spelen in het proces van zorgverlening. Zie ook: <http://www.deervaringsdeskundige.nl/kennis/h/1394/0/6436/Mijn-vraag/Scholing-ervaringsdeskundigheid>

uitgedrukt in een (kleur)code. De mate waarin zij voldoen aan deze richtlijn wordt vervolgens gekoppeld aan een cijfer waarin het aantal suïcides en suïcidepogingen in die instelling / divisie wordt weergegeven gecorrigeerd voor verschillen in patiëntencategorieën, kenmerken van de verzorgingsregio en regionale mortaliteit door suïcide.

Een soortgelijk onderzoek is verricht in Engeland waaruit bleek dat de instellingen die het meest voldeden aan de UK richtlijnen de grootste reductie in het aantal suïcides hadden bewerkstelligd (While e.a., 2012). In het onderhavige voorstel zouden instellingen zelf suïcides en suïcidepogingen kunnen melden op een online platform, met kenmerken van de behandeling en het behandelplan (medicatie, verlof, soort interventie) en ROM gegevens. Instellingen ontvangen dan continu feedback over hun prestaties in vergelijking tot andere GGZ instellingen, waarmee de motivatie tot verbetering van hulpverlening wordt gestimuleerd. De gegevens over de behandeling vormen een dataset die steeds geactualiseerd wordt en waaraan door gericht onderzoek actuele verbeterpunten kunnen worden ontleend. Koppeling met data van het CBS en Vectis is mogelijk via een trusted third party. Deze vorm van implementatie van de richtlijn heeft de vorm van een onderzoeks- en ontwikkeltraject. Het past binnen de ZERO suicide benadering die toeziet op de juiste toepassing van de randvoorwaarden voor een goede behandeling van suïcidale patiënten. Een vergelijkbaar initiatief is het bestaande NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie) platform voor behandelingen en sterfgevallen op IC afdelingen. Een eerste aanzet tot de ontwikkeling van dit platform is uitgevoerd door 113Online, GGZ inGeest en de VU. Om dit platform te onderhouden is een langdurige inspanning vereist om longitudinaal onderzoek mogelijk te maken.

6.4 Toeleiding naar GGZ hulpverlening na behandeling in ziekenhuizen na suïcidepogingen

Het ondernemen van een suïcidepoging getuigt van ernstige wanhoop en radeloosheid en die is meestal niet voorbij na de poging. Eerdere suïcidepogingen zijn een belangrijke predictor voor toekomstige suïcidepogingen al dan niet met dodelijke afloop. Gebruikelijk is dat patiënten na een suïcidepoging tijdens hun behandeling in het ziekenhuis gezien worden door een psychiatrisch consulent. Deze beoordeelt het suïciderisico en verwijst door of terug naar de GGZ met een rapportage aan de huisarts. Lang niet alle verwijzingen worden echter opgevolgd. De vraag is of specifieke groepen patiënten zich onttrekken aan verdere hulpverlening of om wat voor reden dan ook niet terecht komen bij vervolghulp. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat dit onder andere Turkse en Marokkaanse jongeren, asielzoekers en verslaafden betreft. Zijn dit juist de patiënten die het het hardst nodig hebben om geholpen te worden? Een belangrijke vraag is dus: waarom en door wie worden verwijzingen naar de GGZ niet altijd opgevolgd? Is speciale toeleiding naar GGZ hulpverlening voor deze groepen behulpzaam in het reduceren van recidive?¹⁶ Kunnen door middel van casemanagers verwijzingen beter opgevolgd worden en mensen worden gemotiveerd tot verdere hulp indien geïndiceerd? Dit kan nagegaan worden door follow-up onderzoek.

Mogelijke invulling: Verstrekken van veiligheidsprotocollen

In de VS zijn goede resultaten bereikt met het verschaffen van een veiligheidsprotocol aan suïcidepogers voordat zij het ziekenhuis verlaten. De patiënten waardeerden dit zeer en het bezit ervan leidde tot betere compliance met verwijzingen en het zoeken van hulp bij volgende crisissituaties (Stanley, 2012). Het verdient aanbeveling de implementatie van deze werkwijze ook in Nederland te onderzoeken hetzij met schriftelijke protocollen, hetzij in de vorm van een veiligheids-app op de mobiele telefoon.

¹⁶ In Friesland zijn goede ervaringen opgedaan met het verplicht includeren van mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen in een vervolgzorgprogramma. In hoeverre is dit programma geschikt om breder te implementeren in Nederland?

6.5 Toepassen, ontwikkelen en onderzoeken van betere interventies

Hieronder wordt ingegaan op een aantal veelbelovende richtingen voor de ontwikkeling van betere interventies. Onderstaande biedt geen uitputtend overzicht.

6.5.1 Verbetering Cognitieve Gedragstherapie voor depressieve suïcidale patiënten

Het verdient aanbeveling om Cognitieve Gedragstherapie behandelingen (CGT) verder te ontwikkelen en te testen gericht op zowel de depressieve stoornis als expliciet op de suïcidale gedachten, beelden, plannen en verlangens. Er zijn veelbelovende ontwikkelingen in de CGT in de behandeling van suïcidaliteit (zie de multidisciplinaire richtlijn voor een overzicht). Gevoelens van schuld, waardeloosheid en zelfhaat komen veelvuldig naar voren tijdens een behandeling. Zij zijn zowel een weerspiegeling van de mate van depressie als een realiteit in de ogen van de patiënt. Dergelijke prototypische gedachten en gevoelens onderhouden en verergeren de suïcidale crisis en dienen daarom ook expliciet als focus van de behandeling te worden aangemerkt. Dat geldt bijvoorbeeld voor de overtuiging anderen tot last te zijn, dat niemand van hem of haar houdt, dat niemand de patiënt zal missen, dat zijn of haar suïcide zal leiden tot opluchting bij familieleden, etc. Bij deze vormen van Cognitieve Gedragstherapie kunnen smartphone apps ingezet worden als een vorm van blended care. Een Randomised Controlled Trial met een voldoende lange follow-up periode is nodig. Heel belangrijk is de betrokkenheid van familieleden / naasten bij deze behandeling van suïcidale patiënten.

6.5.2 Onderzoek naar en ontwikkeling van de toepassing van cognitief gedragstherapeutische technieken voor chronische suïcidaliteit

Waar het gaat om chronische suïcidaliteit bij langdurig behandelde ambulante en opgenomen patiënten is het van belang ons te realiseren dat de aard, frequentie en intensiteit van de suïcidale ideaties en beelden vaak erg indringend zijn en veel (extra) lijdensdruk met zich meebrengen. Vele uren per dag. Voorgesteld wordt onderzoek te doen naar interventies die bij chronische suïcidaliteit de frequentie en intensiteit van dergelijke gedachten en beelden kunnen verminderen.

Mogelijke invulling: Technieken gebaseerd op behandelingen van andere pathologieën
Technieken die mogelijk geschikt zijn om de frequentie en intensiteit van suïcide ideatie en beelden te verminderen komen uit de behandeling van dwangmatig piekeren, imagery rescripting, EMDR-oogbewegingen, mindfulness, dialectische gedragstherapie, etc., alle gefocust op het suïcidale beleven van de patiënt. Als behandeldoel zou moeten gelden het terugbrengen van de tijd besteed aan suïcidale gedachten met 50%. Dat zou een grote verbetering inhouden in kwaliteit van leven. Elementen uit de Dialectische Gedragstherapie, de aangewezen behandeling bij borderline patiënten met recidiverende suïcidaliteit, kunnen ook bij andere chronisch suïcidale patiënten worden aangewend. Betrokkenheid van familieleden / naasten bij deze behandeling van chronische suïcidaliteit dient gewaarborgd te zijn. Expliciet moet aandacht besteed worden aan het helpen van naasten hoe zij kunnen omgaan met chronische suïcidaliteit van hun dierbaren.

6.5.3 Onderzoek naar en ontwikkeling van interventies voor chronisch suïcidaal gedrag

Chronisch suïcidale patiënten ervaren vaak, soms onophoudelijk, suïcidale gedachten en beelden. Dit kan een jarenlang dagelijks optredend fenomeen zijn. Dit wordt gevonden bij diverse as-1 psychiatrische aandoeningen¹⁷ en bij enkele persoonlijkheidsstoornissen. Er is nog weinig empirische evidentie over de vraag hoe deze patiënten moeten worden behandeld. De bronnen van het aanhoudende suïcidale verlangen zijn zeer uiteenlopend en variëren van het niet kunnen verdragen van de beperkingen van een psychiatrische stoornis, zoals schizofrenie met veel negatieve symptomen bij goed premorbide functioneren, het mede vanwege een manische episode veel verloren hebben bij de bipolaire stoornis, het almaar optreden van ernstige recidieven, het verliezen van vertrouwen in de behandeling, het besef alles verloren te hebben (werk, relaties, perspectief), tot

¹⁷ <http://www.nivel.nl/NZR/diagnose-dsm-iv-1>

geïnternaliseerde haat en aangeleerde hulpeloosheid bij slachtoffers van vroeg misbruik en verwaarlozing. Cognitieve Gedragstherapie bij psychose kent een veelbelovende ontwikkeling (Tarrier e.a., 2013). Het is nodig juist voor deze groep chronische patiënten betere behandelwijzen te ontwikkelen, zodat ook FACT teams (Flexible Assertive Community Treatment) hun patiënten beter kunnen helpen bij chronische of acute op chronische suïcidaliteit.

Mogelijke invulling: Veelbelovende onderzoeksrichtingen voor behandeling van chronische suïcidaliteit

Uit consensus onder experts komt een aantal principes voor de behandeling van suïcidaliteit bij deze patiënten: commitment, contextual understanding, contract, containment en counter transference (in MDR, 2012). Hierbij zijn elementen van psychodynamische behandelingen effectief: mentalization based, transference focused, schema-focused en interpersoonlijke psychodynamische therapievormen. Het is van belang deze benaderingen beter te omschrijven, toe te passen en in een RCT studie op effectiviteit te testen.

6.5.4 Onderzoek naar de behandeling van chronische suïcidaliteit bij depressie en vermijdende persoonlijkheidspathologie

Naar schatting is bij 20% van de voor crisisbehandeling geïndiceerde patiënten sprake van een depressie met suïcidaliteit. Veel van deze patiënten hebben echter sterk vermijdende trekken in hun persoonlijkheid. De depressie is vaak min of meer chronisch aanwezig (persisterende depressieve stoornis, DSM 5). Het zelfbeeld van deze patiënten is laag. Anderen worden als bedreigend beleefd, opkomen voor zichzelf wordt vermeden. Zich terugtrekken uit het sociale verkeer is de levensstijl. Vertrouwen in de ander, als belangrijke voorwaarde om in een complexe samenleving te kunnen (over)leven, ontbreekt. Gevoelens van suïcidaliteit bestaan meestal al lang, maar bleven onderhuids. Ze krijgen een expliciet karakter omdat het leven steeds schraler wordt. De ontwikkelingsgeschiedenis van deze patiënten is er vaak één van 'anders' en buitengesloten zijn.

Op de depressie gerichte opvang en behandeling zijn noodzakelijk om het gevaar te keren. Zij volstaan echter niet om recidieven te voorkomen: die worden bepaald door de vermijdende persoonlijkheidsdynamiek. Adequate vervolgbehandeling vraagt behandeling die de persoonlijkheid centraal stelt: de relatie tot zichzelf, de angst voor de ander en vooral de vermijdende coping. Vermijdende coping is één van de belangrijkste voorspellers van falen van behandeling: deze patiënten durven niet te doen wat goed is voor hun herstel. Intensieve vormen van groepsbehandeling in deeltijd verdienen dan ook de voorkeur omdat deze het probleem - zich onttrekken aan contact met de ander - in de kern aanpakken.

Ook is onderzoek nodig naar andere manieren om "contact te houden". Welke mogelijkheden zijn er om deze patiënten actief te blijven volgen? Er zijn aanwijzingen dat bijvoorbeeld jaarlijks een brief sturen voor een afspraak, ook al komt de cliënt niet opdagen, toch preventief werkt.

Mogelijke invulling: Vergelijkende studie naar recidive

Voorgesteld wordt een studie over een periode van drie jaar met recidief-suïcidaliteit als uitkomstmaat. Drie groepen worden daarbij vergeleken: een groep patiënten die primair op depressie gerichte behandeling krijgt (farmacotherapie, steunende behandeling, CGt en activering), een groep die individuele behandeling krijgt gericht op de dynamiek van de persoonlijkheid en een groep die deeltijdbehandeling in groepsverband krijgt gericht op persoonlijkheidspathologie. Deze drie behandelvormen komen redelijk overeen met wat op dit moment wordt geboden in de specialistische GGZ. Nagegaan kan worden, welke van deze drie het meest (kosten-)effectief is in de behandeling van suïcidaliteit.

6.5.5 Onderzoek naar de effectiviteit van ketamine bij acut suïcidale depressieve patiënten

Op dit moment lopen verschillende studies naar de veelbelovende kortdurende werking van ketamine bij suïcidale crisissituaties, bijvoorbeeld in New York met subsidie van de NIMH. Het is zinvol in Nederland vergelijkbaar onderzoek op te zetten, zeker bij positieve resultaten in de VS.

6.5.6 Onderzoek naar de interventies voor suïcidale mensen met complexe problematiek, zonder specifieke diagnose

De GGZ is erg gericht op het stellen van een diagnose. Zonder diagnose is een behandeling moeilijk in te passen in de bestaande interventies en financieringsstructuren. Dit geldt ook voor mensen met een complexe problematiek die niet specifiek te duiden is. Zij zijn eveneens moeilijk in bestaande interventies in te passen. Welke mogelijkheden zijn er voor de GGZ om zich meer "includerend" op te stellen. Welke behandeling helpt nu wel voor deze mensen? Is het zinvol als een therapeut langer durende mogelijkheden heeft om deze mensen wel te spreken?

6.6 Ontwikkeling multidisciplinaire richtlijn diagnosiek en behandeling van zelfbeschadiging

Op dit moment bestaat in de praktijk van de GGZ weinig kennis en weinig overeenstemming over de bejegening en behandeling van (chronische) zelfbeschadiging. Hoe kan dit versterkt worden. In de behandeling is nog vaak sprake van vooroordelen, angsten en tegenoverdracht van de kant van hulpverleners. Hulpverleners kampen met handelingsverlegenheid en negatieve opvattingen over patiënten met zelfbeschadiging (Kool, 2015). Het suïciderisico bij deze patiënten is hoog. Ook op de Spoedeisende Hulp worden deze patiënten met regelmaat gepresenteerd. Ook daar is sprake van de genoemde negatieve opvattingen en is er behoefte aan betere en eenduidigere richtlijnen.

Veel hulpverleners hebben hierin nauwelijks opleiding genoten. Wetenschappelijke kennis en inzichten dringen onvoldoende door in de praktijk. Het zou aan te bevelen zijn de EBRO methodiek toe te passen bij de formulering van een multidisciplinaire richtlijn in dit verband. Dat zou een stimulans betekenen om betere hulp te gaan verlenen.

6.7 Bespreekbaar maken van de dood(swens)

Eén van de zaken die expliciet door zowel zorgverleners als ervaringsdeskundigen wordt genoemd is het vergroten van de vaardigheid en de durf voor zorgverleners om expliciet over de dood te spreken met patiënten. Waar dit in het verleden werd vermeden vanuit de angst mensen op een idee te brengen, lijkt dit nu juist de manier om in het proces bij de patient te interveniëren. Het bespreekbaar maken van de dood is echter moeilijk en kan traumatisch zijn voor zorgverleners.

Ervaringsdeskundigen geven echter juist aan dat het bevrijdend en helend werkt en dat het voor hen een cruciale interventie is. Een belangrijke onderzoeksvraag is of het beter bespreekbaar maken daadwerkelijk effectief is. Daarnaast is het nodig om te onderzoeken hoe het mogelijk is deze zaken beter bespreekbaar te maken en daarbij terughoudendheid en/of trauma bij zorgverleners te voorkomen.

6.8 Rol van huisartsen bij suïcidepreventie

De meeste mensen die suïcide pleegden of een poging daartoe deden stonden ingeschreven bij een huisarts. Welke gezondheidsklachten presenteerden ze daar? Wanneer en hoe vaak deden zij dat? Welke geneesmiddelen kregen zij voorgeschreven? Waarom pleegden zij suïcide en andere patiënten met vergelijkbare klachten, niet?

Kwaliteit van de ketenzorg en goede communicatie in de keten is cruciaal. Hoe is de eventuele doorverwijzing en terugverwijzing naar en vanuit de GGZ verlopen? Hoe wordt er in de keten gerapporteerd, hoe wordt er teruggekoppeld? Welke afspraken zijn cruciaal tussen huisarts, ziekenhuis, GGZ, familie en naasten? Welke verbeteringen zijn er mogelijk?

Huisartsen krijgen gemiddeld elke drie jaar te maken met een suïcide in hun praktijk en een veelvoud aan pogingen daartoe. De persoonlijke impact voor huisartsen is groot. Zij willen beter worden toegerust omdat zij een belangrijke rol spelen in de verwijzing en de continuïteit van de (preventieve) zorg. Door de veranderingen in de GGZ (extramuralisatie, minder bedden) worden meer patiënten door de huisarts en de praktijkondersteuner-GGZ (POH-GGZ) gezien en wordt het doorverwijzen en laten opnemen van suïcidale patiënten ook lastiger. Dat betekent dat de vaardigheden in de vroege signalering en behandeling van suïcidaliteit bij zowel POH-GGZ als huisartsen omhoog moeten. In de opleiding van huisartsen speelt suïcidepreventie en de omgang met patiënten met suïcidale gedachten echter nauwelijks een rol. In enkele regio's worden huisartsen nu bijgeschoold in suïcidepreventie via trainingen opgezet in samenwerking met 113Online. Nagegaan moet worden in hoeverre deze trainingen inderdaad effectief zijn in het behandelen van suïcidale patiënten en in de signalering van diegenen met suïciderisico. Verder opschaling van deze trainingen kan dan wenselijk zijn. POH-GGZ kunnen samen met huisartsen getraind worden.

Opnamevervangende interventies worden steeds belangrijker. Belangrijke onderzoeksvraag is welke middelen en tools de huisarts ter vervanging van opname ter beschikking staan of welke nog ontwikkeld moeten worden. Hoe passen deze binnen de huidige invulling van de rol van de huisarts? Huisartsen spelen ook een belangrijke rol in de opvang van naasten en nabestaanden. Er is behoefte aan meer kennis over hun behoeften en de rol die de huisarts voor hen kan vervullen.

Mogelijke invulling: Gebruik van bestaande gegevensbestanden voor onderzoek
 Vragen ten aanzien van de zorgvragen van suïcidale patiënten zijn te beantwoorden met geanonimiseerde longitudinale gegevens van patiëntendossiers van huisartsen. Daaruit is ook te zien welke patiënten bij de huisarts kwamen wegens een suïcidepoging. NIVEL Zorgregistraties verzamelt die gegevens in opdracht van het Ministerie van VWS continu bij 10% van de huisartsenpraktijken en 70% van de huisartsenposten. Die gegevens kunnen via een zogenaamde trusted third party, op patiëntniveau gekoppeld worden aan de doodsoorzakenstatistiek. Onderzoeksresultaten kunnen worden gebruikt om huisartsen via E-learning beter toe te rusten voor het omgaan met suïcidale patiënten. In een onderzoeks- en ontwikkeltraject kunnen deze gegevens gebruikt worden voor de training van huisartsen in hun vaardigheden in suïcidepreventie, hetzij via gespecialiseerde (gatekeepers)trainingen, of mogelijk via E-learning.

6.9 Effectiviteit van E-hulp

Hoe pakken voorzieningen voor E-hulp het aan? Wat is de effectiviteit van E-hulp? Hoe krijgt samenwerking tussen de reguliere zorg en E-hulp vorm? Zo is sinds 2010 het online platform www.113Online.nl actief. Veel mensen met suïcidale gedachten, plannen en verlangens worden gesproken via de telefoon, door crisiscounseling, door e-mail therapie, etc. Van groot belang is om de algemene bekendheid en de effectiviteit van deze voorziening vast te stellen en inzicht te krijgen in aangrijpingspunten voor verbreding van die bekendheid.

Mogelijke invulling: Bereik en effectiviteit 113Online
 Voorgesteld wordt een follow-up onderzoek in te stellen bij diegenen die contact opnemen met 113Online. De onderzoeksvragen waar het hier om gaat, zijn: bereikt 113Online de juiste personen, is 113Online effectief in het afwenden van dreigende suïcides, wat zijn de effecten van de crisis-chat, van de online therapie, van de cursussen verzorgd door 113Online? Er is een beschrijvend onderzoek nodig van de karakteristieken en preferenties van suïcidale mensen die zich aanmelden

bij 113Online in vergelijking met de GGZ. Via een anoniem online monitoring systeem dienen beloop en uitkomsten van de behandeling te worden geregistreerd met het oog op de effectiviteit van 113Online in het voorkomen van (recidive) suïcidepogingen en suïcides.

Een complicatie bij dergelijk onderzoek is dat de cliënten van 113Online op basis van anonimiteit over hun problemen spreken maar dat de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek (WMO) niet toestaat dat te onderzoeken personen anoniem aan wetenschappelijk onderzoek meedoen. Duidelijk echter is dat de cliënten van 113Online niet bereid zijn een schriftelijk informed consent te ondertekenen waarmee hun identiteit wordt onthuld. Een follow-up onderzoek kan alleen maar plaatsvinden wanneer de respondenten op anonieme wijze mogen meewerken. Voor een dergelijk onderzoek is toestemming nodig van het Ministerie van VWS en de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek om af te mogen wijken van de WMO.

6.10 Opleiding en inhoud curriculum suïcidepreventie

Expliciete aandacht voor suïcide en suïcidepreventie in opleidingen, bijscholing en nascholing van zorgprofessionals (GGZ-medewerkers, verpleegkundigen, SEH-artsen, huisartsen) draagt bij aan kennis en vaardigheden om suïcidaliteit vroegtijdig te signaleren en adequate behandeling te bieden.

In een onderzoeksprogramma past aandacht voor evaluatie- en ontwikkelonderzoek van leermodules ten behoeve van scholing op het gebied van suïcidepreventie. Hoe kan scholing over suïcidepreventie in het curriculum van opleidingen in de gezondheidszorg en de GGZ worden verbeterd?

Wat zijn effectieve leermodules op het gebied van suïcidepreventie? Vanwege de toename in omvang van de rol van de huisarts hebben zij vooral behoefte aan meer scholing over hoe om te gaan met suïcidale patiënten. Op de Spoedeisende Hulp zijn mensen primair opgeleid om om te gaan met somatische klachten. Meer begrip over de achtergronden bij chronische suïcidaliteit en zelfmutilatie zou mogelijk kunnen bijdragen aan effectievere (vervolg)behandeling.

Het blijkt in de GGZ moeilijker om mannen in behandeling te houden dan vrouwen. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat veel vrouwelijk hulp- en zorgverleners het lastig vinden om om te gaan met het vaak agressief en sexistisch gedrag van mannelijke patiënten. Specifiek is daarom voor deze groep de vraag in hoeverre vrouwelijke hulpverleners beter ondersteund kunnen worden om met deze groep mannelijke patiënten om te gaan.

Unaniem wordt aandacht gevraagd voor meer handvatten om naasten te kunnen betrekken en te ondersteunen.

7. Prioritering

7.1 Criteria voor prioritering

Prioritering van thema's bij uitvoering van de onderzoeksagenda kan plaatsvinden aan de hand van criteria die de organisatie, die deze prioritering periodiek zal opstellen, zal hanteren. De onderzoeksagenda biedt het inhoudelijke kader. De criteria geven richting aan te maken keuzes binnen de vele thema's van deze onderzoeksagenda. Het beschikbare budget bepaalt uiteindelijk wat wel en niet mogelijk is. Niet alles kan tegelijk en soms is sprake van een noodzakelijke of logische volgorde. Hieronder is een overzicht gegeven van criteria die bij prioritering kunnen worden gehanteerd. Deze criteria zijn een concretisering van de in hoofdstuk 3 toegelichte uitgangspunten voor deze onderzoeksagenda: integraal, multidisciplinair, langlopend, (internationaal) verbinden van onderzoek en ontwikkeling.

Integraal:

- Onderzoek moet aantoonbaar voortbouwen op reeds beschikbare kennis uit eerder onderzoek en uit fundamenteel onderzoek op het gebied van suïcidaliteit en suïcidepreventie.
- Laat zien welke verbinding gerealiseerd wordt tussen kennis uit de verschillende domeinen.

Multidisciplinair:

- Zorg ervoor dat meerdere wetenschappelijke disciplines uitgenodigd worden met gezamenlijke onderzoeksvoorstellen te komen. Het kan daarbij gaan om wetenschappers uit de discipline van de psychologie, psychiatrie, neurologie, maar ook wetenschappers uit disciplines gerelateerd aan de overige genoemde domeinen.

Langlopend:

- Creëer mogelijkheden voor longitudinaal onderzoek. Dat zal beslag leggen op het merendeel van het budget voor meerdere jaren.
- Reserveer een deel om periodiek urgente en actuele onderzoeksthema's aan te pakken die sneller en in een korte periode resultaat moeten opleveren.

Verbinding onderzoek en praktijk:

- Laat bij onderzoek in alle genoemde domeinen zien aan welke concrete ontwikkelings-activiteiten in de praktijk zij zich (kunnen) verbinden.
- Betrek in alle domeinen familie, naasten en/of ervaringsdeskundigen in het onderzoek.
- Zorg voor goede borging en mogelijkheden voor implementatie: stel een implementatieplan verplicht.

7.2 Huidige prioriteiten

Prioritering voor nieuw en aanvullend onderzoek kan niet los gezien worden van de dringende urgentie die preventie van suïcidaal gedrag de laatste zes jaren gekregen heeft door de enorme stijging van het aantal suïcides in Nederland (en in andere landen) van 37%. Elke week zijn er meer dan 35 suïcides. De volgende onderwerpen werden door het veld benoemd als prioriteit: Allereerst wordt een dringende oproep gedaan te investeren in het doorbreken van het **taboe** dat rondom suïcide wordt ervaren. Dit kan door betere opleiding en scholing van zorgverleners, maar ook door breder te investeren in publieksvoorlichting omtrent dit thema. Taboes lijken voor bepaalde groepen de stap naar adequate hulpverlening te belemmeren.

Maatschappelijk gezien verdient het de voorkeur om voorrang te geven aan **gericht implementatieonderzoek**, waarbij het accent ligt op het beter toepassen van kennis in de praktijk door het toepassen van richtlijnen, het verbeteren van hulpverlening, de vroege opsporing van suïcidaliteit in de samenleving en het toeleiden naar zorg.

Dit laatste vraagt ook om aandacht voor transitie momenten in het leven van mensen en om onderzoek naar preventieve interventies buiten de GGZ. De mogelijkheden voor de inzet van technologie om innovatieve E-health interventies aan te bieden, of applicaties voor zelfhulp moeten nadrukkelijk worden onderzocht.

De economische recessie heeft vooral de meest kwetsbare groepen in de samenleving getroffen. De stijging is het grootst onder **mannen tussen de 40 en 60 jaar**, die veelal hun plek op de arbeidsmarkt zijn kwijtgeraakt. Deze groep moet een hoge prioriteit toegekend worden wat betreft onderzoek naar preventie en effectiviteit van interventies.

Eenzijds moet veel prioriteit gegeven worden aan het herkennen van suïcidaliteit onder mensen die nog niet in behandeling zijn, maar aan de andere kant, aangezien veel suïcides plaatsvinden onder **langdurig behandelde GGZ-patiënten** moet de behandeling van de suïcidaliteit in deze groep chronisch suïcidale patiënten sterk verbeterd worden. Onderzoek en ontwikkeling moeten hier een significante verbetering opleveren.

Gezien de recente transities in de zorg, wordt aan meer patiënten dan voorheen ambulante zorg geboden. Dit vergroot de rol van zowel huisartsen als direct betrokkenen in de omgeving van de patiënt. Zowel betere **opleiding en nascholing** op deze thema's als ook onderzoek naar de mogelijkheid om het repertoire aan interventies te vergroten is urgent. Daarbij heeft het eveneens prioriteit om te onderzoeken hoe de **aansluiting in de keten** kan worden verbeterd.

Tot slot constateert het veld dat **ervaringsdeskundigen** een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan preventie, wat vraagt om kennis over hoe dat kan worden vormgegeven, ook zodanig dat de ervaringsdeskundigen adequate ondersteuning ontvangen. Ook de rol van, en de zorg voor, **naasten en nabestaanden** vraagt om meer aandacht in onderzoek.

7.3 Onderzoek en de beperkingen van de WMO

Het veld benadrukt de urgentie van **beter gebruik van (bestaande) databestanden**. Daarmee kan op korte termijn meer kennis vergaard worden over achtergronden van suïcide. Dat is belangrijk voor preventie. In deze agenda is een aantal keer de mogelijkheid en het belang van het gebruik van data benoemd: het verzamelen van gegevens over mannen tussen 40-60 jaar (via koppeling van gegevens uit de NIVEL zorgregistraties), verzamelen van gegevens over zorggebruik voorafgaand aan suïcide, de voorgestelde systematische bestudering van casussen bij suïcide onder jongeren, en het verrijken van de data verzameld door de GGZ-instellingen voor de IGZ en deze inzetten voor onderzoeksdoeleinden. Het is hiervoor nodig soms af te wijken van de WMO. Daarvoor is speciale toestemming vereist van het ministerie van VWS en de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. Het is hierbij belangrijk om te kijken naar oplossingen, vanwege het belang van het onderwerp.

Suïcidale patiënten mogen (meestal) niet worden geïnccludeerd bij onderzoek naar de effectiviteit van interventies voor psychiatrische aandoeningen. Terwijl daarbij juist vaak sprake is van verhoogd suïciderisico. Hierdoor wordt geen informatie verkregen over het effect van deze interventies op suïcidale gedachten en ideaties. Hierdoor worden mogelijk kansen voor preventie worden gemist. Het verdient aanbeveling om na te gaan in hoeverre hier minder rigide, maar wel verantwoord mee kan worden omgegaan.

8. Inbedding onderzoeksprogramma

In Nederland is in het verleden op verschillende plaatsen kortlopend onderzoek verricht naar suïcidepreventie, soms in de vorm van promotieonderzoek. De samenhang van onderzoeksprojecten in het kader van suïcidepreventie en de implementatie van onderzoeksbevindingen zouden beter zijn wanneer er sprake zou zijn van een onderzoeksprogrammering waarbij vervolgonderzoek voortvloeit uit de uit onderzoek voortkomende nieuwe vragen. Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek dat daadwerkelijk bijdraagt aan betere preventie vraagt om een meer programmatische samenhang. Vooral waar het gaat om onderzoeksvragen die een langdurige inspanning vereisen, zoals bij longitudinaal onderzoek, onderzoek naar de langetermijneffecten van experimentele interventies en implementatie van onderzoeksbevindingen, is een betere infrastructuur van het onderzoek nodig. De aard en omvang van het probleem vergen een wetenschappelijke inbedding overeenkomstig die van de verkeersveiligheid (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid), bijvoorbeeld in een stichting Suïcide Preventie Onderzoek Nederland. In het recente onderzoek zijn goede voorbeelden van de praktische resultaten in de GGZ die voortvloeien uit onderzoeks- en ontwikkeltrajecten. De implementatiefase vergt echter een inzet die veelal niet meer geleverd kan worden door promovendi na beëindiging van hun contract.

De Nederlandse onderzoeksagenda dient afgestemd te worden met lopende en geplande onderzoekslijnen in het buitenland. Via onder andere de International Association of Suicide Prevention en de International Academy for Suicide Research kan afstemming over verdieping van de genoemde onderwerpen plaats vinden. Ook kunnen internationaal databestanden gedeeld worden.

Onderzoek (laten) uitvoeren is één ding, het verzilveren van die kennis in de praktijk is iets anders. Het ophalen van de goede vragen uit de praktijk is weer iets anders. Vanuit het veld wordt voorgesteld een organisatie, een kenniscentrum, te vormen waarin de kennis verzameld, gevalideerd en verspreid wordt. Het gaat daarbij niet alleen om het bevorderen van *evidence-based practice* maar ook om het verbeteren van de *practice-based evidence*. De *waarom, wat en hoe*-vragen komen zowel uit de wetenschap als uit de praktijk.

Preventie van suïcide en dus ook het onderzoeksveld strekt zich verder uit dan de GGZ. Er wordt daarom voorgesteld een kenniscentrum buiten de zorg te positioneren. Een centrum dat zich eigenaar voelt van deze kennis en de verantwoordelijkheid accepteert om deze kennis te verspreiden en te implementeren. Dat zou ertoe kunnen bijdragen dat onderzoeksprogrammering echt betekenis krijgt voor preventie. Ervaringen in het buitenland (zoals in Vlaanderen de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent) kunnen daarbij benut worden.

Universiteiten en onderzoeksinstellingen spelen hierin uiteraard een grote rol. Het verdient echter aanbeveling dat (branches van) professionals en ook nabestaanden, ervaringsdeskundigen en burgers een medebepalende rol krijgen in de onderzoeksprogrammering, zoals ook bij de opstelling van deze agenda is gebeurd. De al eerder aangehaalde ervaring van de moeizame implementatie van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag leert onder andere dat wanneer dit niet als ontwikkelpunt in een organisatie geagendeerd wordt, de inzichten en toepassingen te langzaam tot de praktijk doordringen. Belangrijk is dan ook om de professional actief bij verbeteringen te betrekken; onderzoek kan hier instrumenteel in zijn. Door inbedding in een onderzoeksprogramma kan beter gewaakt worden over de inbreng van zowel professionals als ervaringsdeskundigen.

Referenties

- Abspoel, M., M. van Kuik, & K. Dobos (2010). Quickscan onderzoek naar suïcide in Nederland 2009-2012, stand van onderzoek oktober 2010. Utrecht Trimbos Instituut ([www.trimbos.nl/webwinkel DL013](http://www.trimbos.nl/webwinkel/DL013))
- Aleman, A. & D. Denys (2014). A road map for suicide research and prevention. *Nature* 509: 421–423.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, Vol 97(1), 90-113. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Bijker, L., M.M. Boere-Boonekamp, W.L.J.M. Duijst, R. Ghoncheh, O. Sijperda & A.J.F.M. Kerkhof (2014). De beschikbaarheid en kwaliteit van lijkschouw- en jeugdgezondheidszorgdossiers. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg 4-2014*.
- Beurs, D.P. de, M.H. de Groot, J. de Keijser, J. Mokkenstorm, E. van Duijn, R.F. de Winter & A.J.F.M. Kerkhof (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer program on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of Affective Disorders*. In Press.
- Brewin C.R., J.D. Gregory, M. Lipton & N. Burgess (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review* 117(1): 210-32.
- Chatard, A. & L. Selimbegovic (2011). When self-destructive thoughts flash through the mind: Failure to meet standards affects the accessibility of suicide related thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology* 100, 587-605.
- Claes, L. e.a. (2014). Non-suicidal self-injury in trans people: associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *Journal for Sexual Medicine* 2014, DOI: 10.1111/jsm. 12711.
- Engelhard I.M., M. Sijbrandij, M.A. van den Hout, N.M. Rutherford, H.F. Rahim & F. Kocak. (2012). Choking Under Pressure: Degrading Flashforwards Related To Performance Anxiety. *Journal of Experimental Psychopathology* 3(2): 9.
- Graaf, R. de, M. Tuithof, S. van Dorsselaer & M. ten Have (2011). Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Trimbos Instituut.
- Groot, M. de, A.J.F.M. Kerkhof & K. de Ponti (2009). GGZ Nederland, Amersfoort, Onderzoek naar aspecten van suïcide in Nederland 2008-2012.
- Hemert, B. van, A.J.F.M. Kerkhof, J. de Keijser, B. Verwey et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. (NVP, NIP, en V&VN). Utrecht: De Tijdstroom (322 pp).
- Holmes E.A., C. Crane, M.J. Fennell & J.M. Williams (2007). Imagery about suicide in depression-- "Flash-forwards"? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4): 423-34.
- Huisman, A., P. Robben & A.J.F.M. Kerkhof (2011). Suicides in users of mental health care services: treatment characteristics and hindsight reflections. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 41, 1, 41-49.

Joiner, M., K. van Orden, T. Witte, L. Rudd (2009). The interpersonal theory of suicide: guidance for working with suicidal clients. *American Psychological Association*. Washington DC.

Nock, M.K., M.J. Prinstein, S.K. Sterba (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviours: a real time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology* 118(4), 816.

Myin Germeys, I., M. Oorschot, D. Collip, J. Lataster, P. Delespaul & J. van Os (2009). Experience sampling research in psychopathology, opening the black box of daily life. *Psychological Medicine* 39, 09, 1533-1547.

O'Connor, R. (2011, 2014). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: O'Connor, Platt and Gordon: *International handbook of Suicide Prevention*, 2011, 181-198.

Runyan, J.D. et al. (2013). A smartphone ecological momentary assessment / intervention app for collecting real time data and promoting self-awareness. *Plos One* 8,8, e71325.

Spijker, B.A.J. van, A. van Straten, A.J.F.M. Kerkhof, N. Hoeymans & F. Smit (2011). Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2011.05.020.

Spijker, B.A.J. van, A. van Straten & A.J.F.M. Kerkhof (2013). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomized controlled trial. *Plos One*, 2014, 9 (2), e90118.

Stanley, B. & G.K. Brown (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral practice* 19, 2, 256-264.

Tarrier, N., P. Gooding, D. Pratt, J. Kelly, Y. Awenat & J. Maxwell (2013). *Cognitive Behavioural Prevention of Suicide in Psychosis*. London, Routledge.

Wasserman, D. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomized, controlled trial. *The Lancet* DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7).

While, D., H. Bickley, A. Roscoe, K. Windfuhr, S. Rahman, J. Shaw, L. Appleby, & N. Kapur (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, doi:10.1016/S0140-6736(11)61712-1.

Bijlage 1 Overzicht geïnterviewden en deelnemers expertmeeting

Geïnterviewden maart-april 2015

1. Ida Bontius, secretaris Ivonne van de Ven Stichting (uitgebreide schriftelijk review van een eerdere versie van deze onderzoeksagenda)
2. Joost van Galen, VUmc, Hoofd zorg eenheid Spoedeisende hulp/AOA
3. Frank Huismans, GGZ Rivierduinen, Leiden, psychiater
4. Margré Knip, ademtherapeut, freelance trainer, ervaringsdeskundige
5. Christine Meijer, De Aandachtfabriek, ervaringsdeskundige
6. Kees van der Meer, huisarts, huisartsopleider

Deelnemers expertmeeting 27 mei 2015

1. André Aleman, UMCG en RUG, hoogleraar cognitieve neuropsychiatrie
2. Derek de Beurs, NIVEL, onderzoeker
3. Diana van Bergen, RU Groningen, Socioloog, multiculturele aspecten / migrantenmeisjes
4. Sijfra den Boer, Delta psychiatrisch centrum, SEH, Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
5. Louwrens Boomsma, Landelijke Huisartsen Vereniging, Senior beleidsadviseur
6. Brigitte Boon, Trimbos instituut, Programmahoofd Trimbos, depressiepreventie
7. Bart van den Brink, Stichting Eleos, Psychiater
8. Eric Ettema, VUmc, Filosoof / Ethicus
9. Paul Felix, De Friesland, Adviserend geneeskundige
10. Marion Ferber, GGD Den Haag, Suïcide Nazorgproject
11. Hilda Folkerts, CBS, Onderzoeker
12. Gerdien Franx, Trimbos instituut, Senior wetenschappelijk medewerker, 113Online
13. Renske Gilissen, GGD Haaglanden, Senior-onderzoeker, 113Online
14. Marieke de Groot, UMCG en VU, Psychiatrisch verpleegkundige
15. Age-Nils Holstein, Gemeente Amsterdam, RvB 113Online
16. Annemiek Huisman, VU, onderzoeker, 113Online, bestuurslid Ivonne van de Ven Stichting
17. Frank Huismans, GGZ Rivierduinen, Leiden, Psychiater
18. Jos de Keijser, GGZ Friesland, Psycholoog
19. Gonne Kelder, VWS, Directie Curatieve Zorg
20. Ad Kerkhof, VU, Hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie, psycholoog, RvB 113Online
21. Christine Meijer, De aandachtfabriek, ervaringsdeskundige
22. Jan Mokkenstorm, GGZ Ingeest, Psychiater en initiatiefnemer / directeur 113Online
23. Martin Steendam, GGZ Friesland, Psycholoog, lid Nederlands Instituut van Psychologen
24. Angela van der Veer, ProRail, Programmamanager suicidepreventie ProRail
25. Laurent de Vries, voorzitter commissie Preventie in de zorg, Voorzitter RvB Viattence
26. Remco de Winter, VU, Int. Ass. for Suicide Prevention, onderzoeker, psychiater
27. Annemarie van den Bos, ZonMw, Programma-assistent
28. Jeanet Bruil ZonMw, Programmacoördinator
29. Julia van Os, ZonMw, Programmasecretaris
30. Agaath Sluijter, Iknowvative, begeleiding expertmeeting en agenda
31. Henk Smid, ZonMw, Directeur
32. Annette Zandvliet, ZonMw, Programmasecretaris

Bijlage 2 Afgesloten en lopend onderzoek in Nederland vanaf 2007

Afgesloten onderzoek

Onderzoek naar kenmerken en naar de opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen en suïcidaliteit in de algemene bevolking. B. Verwey: Don't Forget. Proefschrift RU Leiden 2007; RIVM: Let op letsels, RIVM /VU onderzoek naar Ziekte last suïcidepogingen, NEMESIS onderzoek: epidemiologie van suïcidaliteit (Ten Have).

Onderzoek naar hulp voor nabestaanden na suïcide. Effectiviteit van Cognitieve Gedragstherapie bij gecompliceerde rouw onder nabestaanden van suïcide. Proefschrift. M. de Groot, Universiteit Groningen, 2008. Verschillende latere publicaties M. de Groot. ZONMW.

Onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij suïcidaliteit en zelfbeschadiging. N. Slee, proefschrift RU Leiden, 2008. ZONMW Cognitive behavioral treatment for deliberate self-harm. Ontwikkeltraject.

Suïcidaal gedrag onder migranten meisjes in Nederland: D. van Bergen, Suicidal Behavior of Young Migrant Women in the Netherlands. A Comparative Study of Minority and Majority Women. PhD thesis, 2009. VU Amsterdam.

Onderzoek naar zelfdoding na moord, familiedrama's. Proefschrift M. Liem Universiteit Utrecht: Homicide followed by suïcide: an empirical analysis. 2010.

Onderzoek naar de meldingsprocedure na suïcides in de GGZ aan de Inspectie. A. Huisman: Learning from Suïcides. Proefschrift VU, 2010. Op grond van dit onderzoek is de meldingsprocedure aangepast. Subsidie van IGZ.

Onderzoek naar trein suïcides. C. van Houwelingen, Proefschrift VU, 2011. Studies into train suicide: psychopathology, railway parameters, and environmental factors. Subsidie van GGZ Eindhoven.

Onderzoek naar genetische factoren in suïcidaal gedrag: Familial risk of early suïcide (Garssen et al, 2011).

Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide (Boomsma, 2011).

Onderzoek naar de effectiviteit van online zelfhulp voor suïcidale gedachten. B. van Spijker, proefschrift VU, 2012. Reducing the burden of suicidal thoughts through online self help. Subsidie van ZONMW. Ontwikkeltraject.

Onderzoek naar de effectiviteit van toekomstgerichte behandeling van suïcidale patiënten. W. van Beek, proefschrift VU 2013. Future thinking in Suicidal Patients: development and evaluation of a future oriented group training in a randomized controlled trial. Subsidie van Open Ankh, GGZ Centraal, en Dimence. Ontwikkeltraject.

Onderzoek naar collaborative care voor borderline patiënten. B. Stringer, proefschrift VU. 2013. Collaborative care for patiënten with severe personality disorders. Subsidie GGZ in Geest. Ontwikkeltraject.

Onderzoek naar suïcides en suïcidepogingen onder asielzoekers in Nederland. In Proefschrift. S. Goosen, UVA 2015. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands. Subsidie door GGD GHOR.

Onderzoek naar de begeleiding en behandeling van zelfbeschadiging in de psychiatrie. Proefschrift VU 2015 door N. Kool – Goudzwaard. Improving the management of self-harm in Psychiatry. Subsidie door VSB, Parnassia, Fonds Psychische Gezondheid en InHolland. Ontwikkeltraject.

Onderzoek naar de prevalentie van suïcidaliteit onder anesthesiologen en de psychiatrische morbiditeit. VU en Antonius ziekenhuis Nieuwegein. Subsidie door de NVA.

Onderzoek naar suïcides onder politiefunctionarissen in Nederland. Stichting Arq, 2015. Rapport aangeboden aan minister Opstelten.

Verbetering van evidence-based nazorg aan nabestaanden van suïcideslachtoffers in de eerstelijnszorg. Subsidie ZonMw (De Groot).

Lopend onderzoek

Onderzoek naar de effectiviteit van een train-de-trainer implementatie strategie t.b.v. de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van suïcidaal gedrag. Proefschrift D.P. de Beurs, VU, 2015. Improving care for suicidal patients by implementing guideline recommendations. Gesubsidieerd door ZONMW. Ontwikkeltraject. PITSTOP suïcide studie.

Onderzoek naar de effectiviteit van gatekeeper trainingen in suïcidepreventie. Proefschrift VU, M. Steendam, 2016. In Amsterdam en in Friesland zijn verschillende gatekeepers (leerkrachten, politiefunctarissen, etc) en huisartsen getraind in de bejegening en verwijzing van suïcidale personen. Subsidie door ZONMW. Ontwikkeltraject.

Onderzoek naar de ontwikkeling van een signaleringsinstrument voor suïcidaliteit bij adolescenten van verschillende etnisch culturele achtergronden. ZONMW Ontwikkeltraject. De Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging (VOZZ) is in 2015 beschikbaar voor gebruik op scholen en in de jeugd (gezondheids)zorg. In combinatie met e-learning modules voor leerkrachten (www.mentalhealthonline.nl). VU Amsterdam.

Onderzoek naar effectiviteit van online zelf hulp voor suïcidale gedachten onder Turkse migranten in Nederland en in Engeland. Proefschrift. O. Eylem, VU in 2017. Reducing Suicidal Ideation among Turkish Migrants in the Netherlands and in the UK: Effectiveness of an Online Intervention. Subsidie door de Europese Unie.

Onderzoek naar de effectiviteit van een e-learning module voor piw-ers in de omgang met suïcidale gedetineerden. Proefschrift J. Leong VU in 2017. Subsidie door PI Vught / Ministerie van Justitie.

Onderzoek in het NESDA onderzoek (longitudinaal onderzoek naar depressie en angst) naar verloop suïcidale ontwikkelingen: VU. M. Eijkelenboom, J. Smit e.a. Recall of Suïcide Attempts: consistency and determinants in a large mental health study.

Onderzoek naar de effectiviteit van 113Online hulpverlening. Proefschrift aan de VU (J. Mokkenstorm) in 2017. Subsidie GGZinGeest.

Onderzoek naar het Child and Adolescent Suicide Review. Onderzoek naar de suïcide van een jongere teneinde na te gaan of en hoe deze suïcide te voorkomen zou zijn geweest. Samenwerking VU met GGD IJsselland en TU Twente. Zonder subsidie.

Onderzoek naar de stijging van het aantal suïcides in Nederland in relatie tot uitkeringsstatus 2002-2013. R. Gillisen e.a. Samenwerking GGD Den Haag, LUMC, 113Online en de VU. Zonder subsidie.

Epidemiologisch onderzoek naar suïcides en suïcidepogingen onder Surinamers. Samenwerking tussen de Anton de Kom Universiteit en de VU leverde kennis op voor de preventie van suïcide onder Surinamers in Suriname alsook onder Surinamers in Nederland. Onderzoek van het CBS en de VU toonde aan dat onder Surinaamse mannen van hindoestaanse afkomst het suïciderisico in Nederland en in Suriname hoog is (Garssen et al, 2006).

Epidemiologisch onderzoek naar de relatie tussen hulpzoekgedrag, zelf-stigma en suïcide. In vergelijkend onderzoek tussen Nederland en Vlaanderen kwamen duidelijke regionale verschillen naar voren in termen van attitudes t.o.v. hulp zoeken, hulpzoekgedrag, stigma en mortaliteit door suïcide. Stigma, attitudes and help-seeking intentions for psychological problems in relation to regional suicide rates. A. Reynders e.a. (2015).

Onderzoek naar evaluatie van behandelingen voorafgaand aan suïcides: de KEHR procedure (M. de Groot, 2014). Na een suïcide worden behandelaars gevraagd enige vragen te beantwoorden op geleide van de Multidisciplinaire richtlijn. Hun antwoorden worden in teamverband besproken. Ontwikkeltraject.

Meta-analyse naar exclusie van suïcidale patiënten uit RCT onderzoek. VIMP subsidie ZONMW uitgevoerd door VU Amsterdam (Huisman).

Onderzoek naar suïcidaal gedrag gezien door de spoedeisende psychiatrie. Onderzoek naar het handelen van de Geestelijke Gezondheidszorg bij acute suïcidaliteit. GGD Den Haag i.s.m. Parnassie en VU. Subsidie Parnassia (De Winter).

Onderzoek naar toeleiding van suïcidepogers naar adequate nazorg. TOOLS. GGD Amsterdam en St Lucas Andreas ziekenhuis (Honig).

Onderzoek naar de effectiviteit van Past Reality Integration als behandelmethode voor suïcidale patiënten. Onderzoek door PRI Nederland in samenwerking met de Universiteit Maastricht.

Landelijk Implementatieplan Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag. Implementatietraject Trimbos-instituut. Subsidie ZonMw.

Onderzoek naar hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Ontwikkeling van een trainingsmodule voor psychiaters hoe om te gaan met verzoeken om hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten. VUmc, Universiteit Maastricht, Reinier van Arkel Groep, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en GGz Eindhoven. Subsidie ZonMw.

Notitie: Het is mogelijk dat nog ander lopend of afgesloten onderzoek in Nederland niet in dit beknopt overzicht is opgenomen.

ZonMw stimuleert gezondheids-
onderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

