



# **Suïcidepreventie in Nederland**

## **Voorstel Onderzoeksprogramma**

**2015 – 2020**

25 februari 2015

Auteur(s)      Ivonne van de Ven Stichting  
Contact        [info@ivonnevandevenstichting.nl](mailto:info@ivonnevandevenstichting.nl)  
Rapport        Voorstel Onderzoeksprogramma 2015-2020 Ivonne van de Ven Stichting  
Versie         Versie 3



## Inhoudsopgave

### Vooraf

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1 Inleiding en leeswijzer</b>	<b>5</b>
<b>2 Aanleiding en uitgangspunten onderzoeksprogramma</b>	<b>6</b>
2.1 Het aantal suicides blijft toenemen	6
2.2 Het lopende onderzoek is versnipperd	6
2.3 De kennis die er is wordt te weinig gebruikt en er zijn nog veel vragen	7
2.4 Ook in de praktijk ontwikkelt zich kennis	8
2.5 De domein benadering vraagt om brede insteek van het onderzoeksprogramma	8
2.6 De tweede kamer heeft om een onderzoeksprogramma gevraagd	8
2.7 Uitgangspunten van het onderzoeksprogramma	9
<b>3 Onderzoeksthema's</b>	<b>10</b>
3.1 Ordening van thema's	10
3.2 Waarom?	10
3.3 Wat?	11
3.4 Hoe?	12
<b>4 Inbedding onderzoeksprogramma</b>	<b>13</b>



## Vooraf

De Ivonne van de Ven Stichting biedt u hierbij een Voorstel Onderzoeksprogramma 2015-2020 Suïcidepreventie in Nederland aan.

De Ivonne van de Ven Stichting is onafhankelijk en vanuit haar doelstellingen stimuleert zij het gesprek over het belang en de urgentie van een meerjarig onderzoeksprogramma. Onze intentie is om anderen, die in de positie zijn om een onderzoeksprogramma daadwerkelijk van de grond te tillen, daarmee te steunen en te inspireren.

Over een eerdere versie van dit Onderzoeksprogramma hebben wij gesproken met wetenschappers en op basis van hun commentaar hebben wij het onderzoeksprogramma verrijkt. Deze wetenschappers zijn ieder op hun eigen terrein experts op het gebied van suïcidepreventie. Daarom hebben zij de afgelopen jaren de Ivonne van de Ven prijs verkregen voor hun bijdrage aan een beter begrip van suïcidaliteit en een betere suïcidepreventie.

*Professor dr. Ad Kerkhof, dr. Marieke de Groot, professor dr. Jos de Keijser, dr. Bas Verwey en dr. Cornelis van Houwelingen ondersteunen het initiatief van de Ivonne van de Ven Stichting om te bevorderen dat er in Nederland een langlopend onderzoeksprogramma komt naar suïcidaliteit en suïcidepreventie.*

Voor nadere informatie kunt u terecht bij de Ivonne van de Ven Stichting:  
[bestuur@ivonnevandevenstichting.nl](mailto:bestuur@ivonnevandevenstichting.nl)



## Samenvatting

In dit voorstel is weergegeven hoe de Ivonne van de Ven Stichting een onderzoeksprogramma naar suïcidaliteit en suïcidepreventie voor zich ziet. De directe aanleiding hiervoor zijn kamervragen die op 4 september jl. zijn gesteld tijdens het Algemeen Overleg met de Minister van VWS in de Tweede Kamer. VWS heeft vervolgens onder andere aan de Ivonne van de Ven Stichting gevraagd input te leveren over de stand van zaken van onderzoek en te ondernemen onderzoek.

De noodzaak om in actie te komen is onderstreept door cijfers die het CBS op 8 december 2014 gepubliceerd heeft. Voor het zesde opeenvolgende jaar is het aantal mensen dat overlijdt door suïcide fors gestegen tot het schrikbarende aantal van 1854 in 2013.

Het is de missie van de Ivonne van de Ven Stichting om in Nederland betere suïcidepreventie te bevorderen. Suïcidaliteit gaat met heel veel pijn en verdriet gepaard, zowel voor de betrokkenen zelf als voor de naasten. Een majeure inspanning om het tij te keren is nodig. In maatschappelijke domeinen zoals gezondheidszorg, verkeer en onderwijs kunnen professionals heel praktisch aan suïcidepreventie bijdragen. In samenhang daarmee is meer onderzoek nodig omdat er nog veel vragen zijn over suïcidaliteit en suïcidepreventie waardoor zowel professionals als betrokkenen zelf soms niet weten hoe te handelen.

Daarom biedt de Ivonne van de Ven Stichting u hierbij haar voorstel aan voor een Onderzoeksprogramma 2015-2020 Suïcidepreventie in Nederland.

Wij bouwen dit onderzoeksprogramma op rondom hoofdthema's die betrekking hebben op drie kernvragen:

- Waarom pleegt iemand suïcide?
- Wat kunnen we doen (binnen de verschillende domeinen)?
- Hoe kunnen we dat het beste in de praktijk brengen?

Tijd en geld vrijmaken voor onderzoek is essentieel. Om een daadwerkelijke stap voorwaarts te maken is ook coördinatie geboden, een zinvolle verspreiding, en een transparante wijze van het aanbesteden en toekennen van middelen voor onderzoek. Wij stellen ons voor dat een onafhankelijk kenniscentrum, dat alle partijen verbindt, de spil wordt in dit onderzoeksprogramma.

Ondanks het dramatisch toegenomen aantal suïcides is er de afgelopen jaren slechts mondjesmaat geïnvesteerd in onderzoek naar suïcide. Er is veel achterstallig werk te doen. De in februari 2015 door de Tweede Kamer aangenomen extra impuls van € 1 miljoen is een begin.

De Ivonne van de Ven Stichting pleit voor een substantieel en structureel budget voor de financiering van een langlopend onderzoeksprogramma voor suïcidepreventie. Wij denken aan een budget van € 10 miljoen voor een periode van vijf jaar.

Wij stellen voor dat primair de Minister van VWS dat budget vrijmaakt. Daarnaast stellen wij voor dat de Ministers van IenM, van OCW en van Economische zaken een bijdrage leveren.



## 1 Inleiding en leeswijzer

De Ivonne van de Ven Stichting stelt zich ten doel te bevorderen dat het aantal suïcides in Nederland teruggedrongen wordt. Onze missie is:

*Een effectievere suïcidepreventie, omdat we het verschrikkelijk vinden dat het leven van mensen eindigt in een suïcide, zowel voor henzelf als voor hun naasten.*

Om het doel te bereiken beïnvloedt en stimuleert de Ivonne van de Ven Stichting actoren die een rol spelen of kunnen spelen bij suïcidepreventie. Dat zijn wij in principe allemaal. Specifiek gaat het om de overheid; de GGZ, de algemene gezondheidszorg en de sociaal maatschappelijke hulpverlening; verkeer, vervoer en andere middelen; de media en de pers; het onderwijs; het sociaaleconomische domein.

De Ivonne van de Ven Stichting ziet onderzoek als één van de belangrijke middelen om tot een beter begrip van suïcidaliteit te komen, zicht te krijgen op wat mogelijke interventies zijn, te toetsen welke interventies werken en hoe ze geïmplementeerd kunnen worden.

Wij willen met dit voorstel bevorderen dat er in Nederland een integraal, multidisciplinair en langlopend onderzoeksprogramma van de grond komt in eerste instantie voor de periode 2015-2020.

Het onderzoeksprogramma is als volgt opgebouwd:

- De aanleidingen en de uitgangspunten van het onderzoeksprogramma (hoofdstuk 2)
- De inhoudelijke onderzoeksthema's (hoofdstuk 3).
- De inbedding van het onderzoeksprogramma (hoofdstuk 4).



## 2 Aanleiding en uitgangspunten onderzoeksprogramma

In dit onderdeel van het voorstel schetsen wij de aanleidingen en de uitgangspunten van het onderzoeksprogramma. De aanleidingen zijn:

- Het toenemende aantal suïcides in Nederland
- Het lopende onderzoek is versnipperd
- De kennis die er is wordt te weinig gebruikt en er zijn nog veel vragen
- Ook in de praktijk ontwikkelt zich kennis
- De domeinbenadering vraagt om een brede insteek van het onderzoeksprogramma
- De Tweede kamer heeft om een onderzoeksprogramma gevraagd

Hierna worden deze aanleidingen kort toegelicht.

### 2.1 Het aantal suïcides blijft toenemen

De belangrijkste aanleiding om in Nederland tot een integraal onderzoeksprogramma suïcidaliteit en suïcidepreventie te komen is de suïcideramp die zich hier voltrekt. De afgelopen jaren neemt het aantal suïcides namelijk sterk toe, tot 1854 in 2013. Het is een stijging voor het zesde achtereenvolgende jaar. Om het tij te keren is een forse krachtinspanning urgent en verdient een hoge prioriteit. Allereerst is natuurlijk een versterking van de hulp nodig aan mensen die suïcidaal zijn. Die hulp kan in alle maatschappelijke domeinen geboden worden. Onderzoek vervult als ondersteuning van die hulp een rol: om meer zicht te krijgen op hoe te handelen op basis van een verdieping van onze kennis.

### 2.2 Het lopende onderzoek is versnipperd

De afgelopen jaren is er in Nederland wel degelijk onderzoek gedaan naar suïcidaliteit en naar suïcidepreventie. Dit onderzoek is echter niet ingebed in een programma. Het gaat om losse onderzoeksprojecten die voor een korte tijdsspanne ondernomen worden. De echt moeilijke vragen kunnen daardoor onvoldoende aan bod komen, want 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 (klein) 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 uit dit onderzoek. Er ontbreekt een organisatie die een relevant, actueel en voor alle betrokkenen toegankelijk kennisbestand over suïcide en suïcidepreventie onderhoudt.



### 2.3 De kennis die er is wordt te weinig gebruikt en er zijn nog veel vragen

Bij de ontwikkeling van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag<sup>1</sup> (vanaf nu: MDRSG) is het destijds beschikbare onderzoek in kaart gebracht. De opstellers schreven in de richtlijn dat het wetenschappelijke onderzoek, waar zij hun aanbevelingen op baseerden, nog al eens afwezig, beperkt aanwezig of van beperkte kwaliteit was. We doorgronden nog onvoldoende waarom en hoe mensen in een suïcidaal proces terecht komen en wat er aan te doen is.

*Enkele fundamentele inzichten die onderzoek al heeft laten zien:*

*Suïcidaliteit is een complex en multifactorieel fenomeen en dat stelt hoge eisen aan de behandeling en ook aan onderzoek.*

*We weten dat een suïcide vaak een wanhoopsdaad is 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 (bv. gevoeligheid voor depressiviteit) en problemen vanuit de buitenwereld waar hij of zij tegen aan loopt (bv. 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 Werther). 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.*

Over suïcidaliteit is, zoals hier boven in het kader geschetst is, al de nodige kennis beschikbaar toch zijn er ook nog veel vragen onbeantwoord.

Zo zijn er fundamentele vragen over het proces van suïcide die om verdieping van onze kennis vragen. Voor dergelijk onderzoek is een interdisciplinaire benadering van psychologen, psychiaters en neurologen op zijn plaats.

Bovendien laten diverse onderzoeken zien dat de kennis die er al is onvoldoende is verspreid en in de praktijk onvoldoende wordt toegepast. Het is dus zaak om de reeds beschikbare kennis via multi-interventie programma's, zoals het PITSTOP project, te implementeren en de voortgang daarvan te monitoren.

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

<sup>1</sup> 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*.



Bovendien is een aanzienlijk deel van de mensen die zich suïcideren niet in behandeling. Wie zijn dit en hoe gaan ze met hun problemen om?

Eveneens weten we nog onvoldoende wat helpt om het maatschappelijke stigma rondom suïcidaliteit terug te dringen. Hoe kunnen recente wetenschappelijke inzichten over suïcidaliteit toegankelijk gemaakt worden voor een breed publiek?

#### **2.4 Ook in de praktijk ontwikkelt zich kennis**

Ondanks de op verschillende fronten ontbrekende fundamentele inzichten zitten professionals en anderen in de 'praktijk' niet stil. Er hebben zich op basis van wat we wel weten 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 z'n plaats. Enerzijds om te toetsen wat de effectiviteit van nieuwe aanpakken, zoals de 'eigenkracht benadering', is. Anderzijds om over de gehanteerde aanpak te communiceren naar andere situaties en bouwstenen aan te dragen voor implementatie. Inventarisatie en beschrijvingen van deze good practices kunnen daar aan 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 ze 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 onderzoek zijn. Ook kan de praktijk vraagstellingen opleveren voor meer fundamenteel onderzoek.

#### **2.5 De domein benadering 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<sup>2</sup> van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (samen met de Minister van IenM) benoemt de volgende maatschappelijke domeinen: GGZ, algemene gezondheidszorg en sociaal maatschappelijke hulpverlening; verkeer/vervoer/middelen; onderwijs; media en pers; sociaaleconomische domein. De vraag wat er binnen elk van deze domeinen gedaan kan worden om suïcidepreventie vorm te geven is echter nog niet beantwoord. De inzet van gatekeepers, waar nu veelal voor gekozen wordt, biedt 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.

#### **2.6 De tweede kamer heeft om een onderzoeksprogramma gevraagd**

Last but not least is een aanleiding om nu echt tot een samenhangend onderzoeksprogramma te komen, dat er in het Algemeen Overleg VWS van de Tweede Kamer op 4 september 2014 om

---

<sup>2</sup> De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (20 januari 2014). Landelijke Agenda suïcidepreventie en Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013.





gevraagd is.<sup>3</sup> De leden van de Kamercommissie vragen om inzicht in het lopende (en uitgevoerde) onderzoek. Verder vragen zij een samenhangende en brede aanpak van toekomstig onderzoek. De Minister zegt toe, zoals het verslag laat zien (pag. 20), met een voorstel naar de Kamer te komen waarin zij aangeeft wat er al is en waarom keuzes worden gemaakt. De Minister geeft bovendien aan dat zij daarin ZonMW en mensen die daar expertise in hebben zal raadplegen.

## 2.7 Uitgangspunten van het onderzoeksprogramma

Voorgaande bevindingen leiden tot de volgende uitgangspunten voor een onderzoeksprogramma. Het programma moet *integraal*, *multidisciplinair* en *langlopend* zijn.

- *Integraal*, om ervoor te zorgen dat er *op* en *tussen* de verschillende domeinen (GGZ, algemene gezondheidszorg en sociaal maatschappelijke hulpverlening; verkeer/vervoer/middelen; onderwijs; media en pers, sociaaleconomisch domein) sprake is van samenhang en uitwisseling. Onderzoek naar suïcidepreventie niet alleen in de GGZ.
- *Multidisciplinair*, omdat de oorzaak van suïcidaliteit zo complex is dat deze zich niet beperkt tot één wetenschappelijke discipline, maar juist beter doorgrond kan worden wanneer multidisciplinair onderzoek mogelijk wordt gemaakt. Monodisciplinair onderzoek, dat natuurlijk ook mogelijk 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 ingewikkelde kwesties 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 van onze kennis over suïcidaliteit en suïcidepreventie.
- *Verbinden onderzoek en ontwikkeling*: Dit programma 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. Dat kan bij het opstellen van onderzoeksvragen, bij het verzamelen van onderzoeksgegevens en van goodpractices en bij het verspreiden en implementeren van de resultaten van onderzoek. Versterking van preventie in de praktijk heeft in onze visie baat bij meer fundamenteel onderzoek en bij meer toegepast onderzoek.

---

<sup>3</sup> Tweede Kamer van de Staten Generaal, Algemeen Overleg VWS (23 september 2014). Verslag van een overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 4 september 2014



### 3 Onderzoeksthema's

#### 3.1 Ordening van thema's

Uitgaande van de aanleiding en uitgangspunten (hoofdstuk 2) worden in dit hoofdstuk de thema's van het onderzoeksprogramma gepresenteerd.

Hier zijn thema's benoemd waarop onderzoek zich kan richten om tot betere suïcidepreventie te komen. Het is aan onderzoekers en andere betrokkenen om in samenspraak met hun opdrachtgever concrete onderzoeksplannen uit te werken op elk van de thema's.

De thema's zijn geordend in drie groepen: waarom, wat en hoe:

- **Waarom** suïcideert iemand zich?
- **Wat** kunnen we doen om te helpen?
- **Hoe** kunnen we dit in de praktijk doen?

Met deze structuur omvat het onderzoeksprogramma zowel voorstellen voor meer fundamenteel onderzoek als voorstellen voor meer toegepast onderzoek.

Het spreekt voor zich dat er een samenhang is tussen de drie 'lagen' in het onderzoeksprogramma (zonder dat er persé sprake hoeft te zijn van een volgordelijkheid in de tijd.) Het antwoord op de vraag 'waarom?' legt het fundament. Immers: de keuzes bij 'wat' en 'hoe' zijn gebaseerd op de antwoorden op die vraag. Het 'wat' wijst ons de weg naar de aanpak binnen de maatschappelijke domeinen. Het 'hoe' maakt duidelijk welke interventies en methodieken het best ingezet kunnen worden omdat ze wel of juist minder effectief zijn. Onderzoek en methodiek ontwikkeling kunnen daarbij hand in hand gaan.

Het hier voorgestelde onderzoeksprogramma biedt een kader. Verdere uitwerking is nodig (inhoudelijk en organisatorisch). Bovendien is het nodig dat belemmeringen, zoals de WMO voor bv. het uitvoeren van onderzoek onder mensen die suïcidaal zijn, weggenomen worden.

#### 3.2 Waarom?

Waarom suïcideert iemand zich? Wat zijn hiervan de achtergronden, hoe verloopt het proces en wat zijn aangrijpingspunten voor preventie?

Voortbouwend op onderzoek dat in Nederland en daarbuiten reeds verricht is staan de volgende vraagstellingen centraal bij het 'waarom?':

1. Wat gebeurt er binnen de persoon wanneer iemand overgaat van suïcidale ideaties naar daadwerkelijk suïcidaal handelen?
2. Wat zijn de neurobiologische aspecten van suïcidaliteit in relatie tot andere factoren?
3. 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? 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?
4. Hoe wordt er in de GGZ geleerd van suïcides; hoe kan dit leerproces geoptimaliseerd worden en welke rol kan de IGZ daarbij op zich nemen?
  5. Hoe kijken naasten/nabestaanden na een suïcide terug op het suïcidale proces van de overleden persoon en op de behandeling? Wordt het perspectief van de naasten/nabestaanden voldoende meegenomen bij de evaluatie in het kader van de IGZ meldingsprocedure?
  6. Wat zijn de (sociaal-demografische) kenmerken van de groep die niet in behandeling is bij de zorg? Waarom groeit het aantal suïcides sterk bij de groep mannen tussen de 40 en de 60?
  7. Wat is de rol van stigma's over suïcidaliteit bij een breed publiek in Nederland en wat betekent dit voor het omgaan ermee?

*Onderzoeksrichtingen hierbij:*

*Het soort onderzoek dat o.i. hierbij nodig is bestaat uit literatuurreviews en meta-analyses (bij thema 1 en 2), empirisch onderzoek naar interne psychologische processen bij suïcidale mensen (1 en 2), psychologische autopsiestudies (3, 4 en 5), sociaal-demografische verkenningen (6), grootschalige enquêtes of interviews (7)*

### **3.3 Wat?**

Wat kan er gedaan worden binnen de verschillende domeinen? Voortbouwend op onderzoek dat in Nederland en daarbuiten reeds verricht is zijn de volgende vragen bij het 'wat?' aan de orde:

8. Wat is een nuttige bijdrage aan suïcidepreventie binnen elk van de maatschappelijke domeinen? Welke preventieprogramma's zijn effectief in elk van de domeinen:
  - a. GGZ, algemene gezondheidszorg en sociaal maatschappelijk hulpverlening, (zoals: wat leren evaluaties van interventieprogramma's in dit domein ons? Hoe gaan behandelaars met suïcidale mensen om? Hoe gaan behandelaars om met mensen die een eerdere poging gedaan hebben?).
  - b. Verkeer/vervoer/middelen (zoals: onderzoek naar de implementatie en effectiviteit van preventiestrategieën om zelfdodingen op het spoor of zelfdoding met geneesmiddelen te voorkomen).
  - c. Onderwijs (zoals: onderzoek naar vroeg signalering in scholen gekoppeld aan bijvoorbeeld het gezonde school programma).
  - d. Media en pers.
  - e. Sociaaleconomische domein.
9. Wat kunnen we in Nederland leren van preventieprogramma's in andere landen?
10. Welke preventieprogramma's kunnen ingezet worden bij groepen mensen die wel suïcidaal zijn maar geen gebruik maken van de hulpverlening? Hoe kunnen deze mensen beter bereikt worden?
11. Wat kan de rol van naasten zijn bij suïcidepreventie? Welke mogelijkheden voor verbetering zijn hier?



12. Wat zijn effectieve interventies bij opvang en (complexe) rouw van nabestaanden? In hoeverre blokkeert het medisch beroepsgeheim het rouwproces van nabestaanden?
13. Wat is de huidige plaats van suïcidepreventie in het curriculum van opleidingen in de gezondheidszorg/ GGZ; welke aanpassingen in het curriculum zijn wenselijk?

*Onderzoeksrichtingen hierbij:*

*We denken hierbij aan literatuurreviews, meta-analyses en inventarisatie van "good practices" en psychologische autopsie studies (bij thema 8, 11, 12 en 13), expertraadplegingen (10, 11 en 13).*

### **3.4 Hoe?**

Wat zijn effectieve interventies bij suïcidaal gedrag? Hoe kunnen we mensen het best helpen? Voortbouwend op onderzoek dat in Nederland en daarbuiten reeds verricht is gaat het bij het 'hoe?' om de volgende vragen:

14. Wat is de effectiviteit van behandelstrategieën en therapieën in de GGZ, algemene gezondheidszorg en sociaal maatschappelijk hulpverlening bij verschillende groepen?
15. Hoe kunnen chronisch suïcidale mensen behandeld worden?
16. 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?
17. Hoe kan bondgenootschap tussen naasten van suïcidale personen en hulpverleners op effectieve wijze vorm krijgen?
18. Hoe kan in de overige domeinen in de praktijk geïntervenieerd worden in het suïcidale proces? Wat zijn in elk van de domeinen de werkzame bestanddelen en effectieve interventies:
  - a. Verkeer/vervoer/middelen(zelfdodingen op het spoor),
  - b. Onderwijs,
  - c. Media en pers,
  - d. Sociaal economisch domein.
19. Wat is de effectiviteit van de inzet van gatekeepers in elk van de domeinen?
20. Hoe kan de pers de mediarichtlijn zo effectief mogelijk inzetten (10 punten voor journalisten)? Hoe kan de pers bijdragen aan het terugdringen van het stigma?

*Onderzoeksrichtingen hierbij:*

*Mogelijk zijn hierbij interventiebeoordelingen, interventie-onderzoek, outcome measurement, literatuurreviews, meta-analyses en inventarisatie van "good practices" (bij thema 13, 14, 15, 16, 19 en 20), procesevaluaties (bij thema 14, 15, 17 en 18), expertpanels (16, 18 en 19) zinnige onderzoeksmethoden.*



#### 4 Inbedding onderzoeksprogramma

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. Wij pleiten er voor een organisatie te vormen waarin de kennis verzameld, gevalideerd, verrijkt en verspreid wordt. Het gaat ons daarbij dus niet alleen om het bevorderen van *evidence-based practice* maar ook om het verbeteren van de *practice-based evidence*. De Waarom, Wat en Hoe komen zowel uit de wetenschap als uit de praktijk.

Dat preventie van suïcide en dus ook het onderzoeksveld zich verder uitstrekt dan de geestelijke gezondheidszorg staat voor ons buiten kijf. Wij stellen daarom voor zo'n instituut ook buiten die zorg te positioneren. Daarom pleiten wij er voor een centrum te vormen dat zich eigenaar voelt van deze kennis en de verantwoordelijkheid accepteert om deze kennis te verspreiden en implementeren. Dat biedt in onze visie de beste kansen dat een onderzoeksprogrammering echt betekenis krijgt voor preventie. Bij de vorming van een dergelijk kenniscentrum kunnen ervaringen in het buitenland (zoals in Vlaanderen de Eenheid voor zelfmoordonderzoek UGent) benut worden.

Natuurlijk spelen universiteiten en onderzoeksinstituten hierin een grote rol. Het verdient echter aanbeveling dat de (branches van) professionals en ook burgers een medebepalende rol krijgen in de onderzoeksprogrammering. De ervaring van de (gebrekkige) implementatie van de multidisciplinaire richtlijn suïcidaal gedrag (MDRSG) leert onder andere dat wanneer dit niet als ontwikkelpunt in een organisatie geagendeerd wordt, de inzichten en toepassingen in de praktijk van de bestuurder blijven liggen. Belangrijk is dan ook om de professional actief bij verbeteringen te betrekken; onderzoek kan hier ook instrumenteel in zijn.

Diezelfde functie kan landelijk, grootschalig enquêteonderzoek vervullen naar de betekenis van suïcide onder burgers: ook hiermee kunnen we dit onderwerp op de agenda krijgen van wie het aangaat. Namelijk iedereen.