



Suicidepreventie in de zorg: nieuwe richtlijn en e-learningwebsite

Eva Dumon, Saskia Aerts, Kees Van Heeringen, Gwendolyn Portzky

Inleiding

In het voorjaar van 2017 lanceerde het Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP; Aerts, Dumon, Van Heeringen, & Portzky, 2017) een richtlijn en e-learningwebsite over suicidepreventie, bestemd voor hulpverleners in de gezondheidszorg. De richtlijn biedt inzichten, concrete aanbevelingen en praktische tools die ervoor moeten zorgen dat suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag sneller gedetecteerd, effectiever behandeld en beter gemonitord kunnen worden. De richtlijn komt zo tegemoet aan de behoefte vanuit het werkveld naar duidelijkheid over hoe om te gaan met suïcidale mensen. Dit artikel belicht enkele kernaanbevelingen en tools uit deze richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.

“Denk je aan zelfmoord?”

“Denk je aan zelfmoord?” is vast een van de moeilijkste vragen om als hulpverlener aan een persoon te stellen. Suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag zijn in Vlaanderen echter geen zeldzaamheid. In vergelijking met andere Europese landen scoort Vlaanderen opvallend hoog qua suïcidecijfers met een verhouding van 16,8 overlijdens door suïcide per 100.000 inwoners (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2017). In de praktijk komen hulpverleners dan ook frequent in contact met mensen die worstelen met suïcidale gedachten of plannen. Dat kan veel vragen en bezorgdheden oproepen. Wanneer is het aangewezen om iemand te polsen over zelfmoordgedachten en hoe doe je dat het beste? Waarmee houd je rekening om het suïciderisico in te schatten? Welke interventies zijn voorhanden en effectief om de frequentie of intensiteit van suïcidegedachten of suïcidaal gedrag te verminderen? En hoe integreer je dit alles in een effectief suicidepreventiebeleid? Op deze vragen biedt de nieuwe Vlaamse preventierichtlijn een antwoord.

Behoeft aan praktijkrichtlijnen

De nieuwe richtlijn past in het Vlaams Actieplan Suicidepreventie, een omvattend en wetenschappelijk onderbouwd plan waarmee de Vlaamse overheid de suïdecijfers in Vlaan-

deren tegen 2020 in vergelijking met het jaar 2000 met 20% terug wil dringen (Vlaamse overheid, 2017). Tijdens de ontwikkeling van het actieplan bleek er bij hulpverleners een grote behoefte te bestaan aan meer richtlijnen voor het omgaan met suïcidale personen en het inschatten van suïciderisico. Deze richtlijn is dan ook een belangrijk onderdeel van het plan.

Het VLESP ontwikkelde de richtlijn in samenwerking met tal van partners en beroepsorganisaties en met de steun van de Vlaamse overheid. De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn (Van Hemert et al., 2012) werd als basis gebruikt, aangevuld met recente wetenschappelijke literatuur en nieuwe consensus onder experts en toegepast op de Vlaamse context. Naast een richtlijn werd ook een e-learningwebsite ontwikkeld die alle aanbevelingen uit de richtlijn op een toegankelijke manier presenteert: <https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>.

Het feit dat het hier gaat om een multidisciplinaire richtlijn, benadrukt dat het bespreekbaar maken van suïcide en suïcidepreventie een taak is van alle hulpverleners, en niet enkel van de psychiater. Hoewel de richtlijn voor allerlei hulpverleners interessant kan zijn, is ze in eerste instantie bedoeld voor artsen, psychologen, therapeuten en verpleegkundigen. Met concrete aanbevelingen en praktische tools hopen de initiatiefnemers de kennis en vaardigheden van hulpverleners betreffende suïcidepreventie te vergroten en zo de zorg voor suïcidale personen te verbeteren.

Omgaan met suïcidale personen: de basisprincipes

De richtlijn beschrijft vier basisprincipes voor de begeleiding of behandeling van suïcidale mensen.

Een eerste basisprincipe betreft het tot stand brengen van een goed contact en het creëren van een open en rustig klimaat waarin zelfmoordgedachten besproken kunnen worden. Hierover praten is niet eenvoudig. Daarom bevat de richtlijn tal van praktische tips over hoe een gesprek over zelfmoordgedachten of -plannen op een niet-veroordelende manier aan te gaan. Het zorgen voor veiligheid is een tweede kernprincipe. Veiligheid kan niet volledig gegarandeerd worden, maar inspanningen om de veiligheid te bevorderen zijn belangrijk. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn het werken met een *safety plan* (zie infra), het installeren van verhoogd toezicht en het beperken van de toegang tot dodelijke middelen. Zo kan bijvoorbeeld worden afgesproken om medicatie slechts in beperkte hoeveelheden voor te schrijven, of goed op te bergen, of een andere persoon in te schakelen om de medicatie te beheren. Beschikbaarheid van middelen kan immers het risico op suïcide sterk verhogen (Yip et al., 2012).

Het betrekken van naasten vormt een volgend aandachtspunt in het begeleiden van suïcidale mensen. Het is belangrijk om de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om de omgeving, indien mogelijk en aangewezen, bij de hulpverlening te betrekken. Hierdoor kan



het contact met de hulpvrager en het behandelingsproces positief beïnvloed worden (Diamond & Josephson, 2005). Daarnaast is het ook voor naasten helpend om psycho-educatie, steun en hulp te ontvangen (Ferrey et al., 2016).

Tot slot is ook het bewaken van de continuïteit van zorg een belangrijk principe. De klemtoon ligt hier op een goede follow-up van de suïcidale persoon, niet enkel tijdens, maar ook na de behandeling. Mogelijke vormen van follow-upcontacten zijn bijvoorbeeld brieven, telefoon-gesprekken, huisbezoeken of e-mails. Adviezen hierover zijn in de richtlijn terug te vinden in een hoofdstuk dat specifiek ingaat op de opvang van personen na een suïcidepoging. Onderzoek toont dat het actief volgen van patiënten na een suïcidepoging helpt om de therapietrouw te verbeteren (Fleischmann et al., 2008; Verwey et al., 2010) en in sommige contexten de kans op een herhaalde suïcidepoging kan doen dalen (Hawton et al., 2016; Inagaki et al., 2015; Luxton, June, & Comtois, 2013; Milner, Carter, Pirkis, Robinson, & Spittal, 2015).

Suïcidedachten detecteren en bespreken

Een goed therapeutisch contact is dus de basis voor het bespreken van zelfmoordgedachten. Suïcide is doorgaans geen impulsieve daad, meestal gaat er een lang proces aan vooraf waarbij vaak signalen opgevangen kunnen worden (McPhedran & De Leo, 2013; Van Heeringen, 2001). Die signalen kunnen verbaal zijn, bijvoorbeeld wanneer iemand aangeeft dat hij/zij 'het niet meer ziet zitten' of 'het leven moe is', maar kunnen ook non-verbaal van aard zijn, bijvoorbeeld wanneer iemand zich meer en meer afzondert en terugtrekt uit sociale contacten. Dergelijke signalen kunnen een goede aanleiding vormen om te vragen naar een mogelijke doodswens of zelfmoordgedachten. Een vaak voorkomend misverstand is dat men mensen 'op ideeën zou brengen' door naar zelfmoordgedachten te vragen. Onderzoek wijst het tegendeel uit, namelijk dat het navragen van die gedachten voor openheid en opluchting kan zorgen en op die manier zelfs preventief kan werken (Biddle et al., 2013; Dazzi, Gribble, Wesley, & Fear, 2014). In de richtlijn vinden hulpverleners adviezen en voorbeeldvragen om zelfmoordgedachten actief en herhaaldelijk na te vragen. Enkele van deze voorbeeldvragen luiden:

- “Heb je weleens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is?”
- “Denk je weleens aan de dood? Wat zijn dat voor gedachten?”
- “Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je hiermee dat je aan zelfmoord denkt?”
- “Als je zegt dat ‘alles’ niet meer gaat, zie je ook het leven niet meer zitten? Denk je dan aan zelfmoord?”
- “Hoe sterk zijn die gedachten?”
- “Hoe ervaar je deze gedachten?” (overweldigend, oncontroleerbaar, voorbijgaand, beangstigend).

Safety first: aan de slag met het safety plan

Omdat het bevorderen van veiligheid centraal staat in het contact met suïcidale personen, gaat sinds kort veel aandacht uit naar het werken met een *safety plan* (ook wel veiligheidsplan, crisisplan of signaleringsplan genoemd). Zowel vanuit wetenschappelijk onderzoek als vanuit de praktijk wordt dit als een veelbelovende interventie beschouwd (Matarazzo, Homaifar, & Wortzel, 2014; Potter, Vitale-Nolen, & Dawson, 2005; Stanley & Brown, 2012). Het betreft een plan dat de hulpverlener samen met de suïcidale persoon kan opstellen. Het kan iemand leren om stap voor stap een suïcidaal proces te herkennen en een mogelijke crisis beter het hoofd te bieden. Een safety plan is gebaseerd op cognitieve therapeutische technieken en bevat meestal de volgende componenten: waarschuwingssignalen, copingstrategieën, beschermende factoren, hulpbronnen en het veilig maken van de omgeving. De richtlijn bevat meer informatie hierover en biedt een sjabloon aan voor een safety plan (zie ook: <https://www.zelfmoord1813.be/safetyplan>).

Suïciderisico inschatten: screeningsinstrumenten of klinisch oordeel?

Soms blijkt suicidepreventie in de gezondheidszorg al te veel te focussen op en zich dus te beperken tot het inschatten van het suïciderisico. Tal van screeningsinstrumenten werden daartoe ontwikkeld. Helaas leert zowel onderzoek als de praktijk dat suïcide amper te voorspellen is, alle instrumenten ten spijt. Het gebruik van screeningsinstrumenten voor risico-inschatting wordt dan ook afgeraden (Bolton, Gunnell, & Turecki, 2015; Quinlivan et al., 2016). Het inschatten van het risico kan beter aan de hand van een gefundeerd klinisch oordeel gebeuren. Er wordt aanbevolen om de aanwezige zelfmoordgedachten en -plannen zo concreet mogelijk na te vragen en in te gaan op gevoelens van de persoon (bijvoorbeeld: wanhoop), cognities (bijvoorbeeld: toekomstperspectief) en gedragsmatige signalen (bijvoorbeeld: risicogedrag en sociaal isolement). Op die manier kunnen zowel risicofactoren (bijvoorbeeld: druggebruik) als beschermende factoren (bijvoorbeeld: sociaal netwerk) in kaart worden gebracht. Risico-inschatting mag geen eenmalige activiteit zijn, maar dient een continu aandachtspunt te zijn gedurende het behandelproces. Voor de formulering van het suïciderisico en de informatieoverdracht naar andere hulpverleners is in de richtlijn een handig sjabloon opgenomen.

Doeltreffende interventies

Naast het herhaaldelijk in kaart brengen en monitoren van het suïciderisico is het aanbieden van interventies specifiek gericht op het aanpakken van suïcidale gedachten en gedrag een



belangrijke strategie in de preventie van suicide (Cuijpers et al., 2013; Meerwijk et al., 2016). De richtlijn biedt een overzicht van interventies waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat ze doeltreffend zijn in het reduceren van suïcidale gedachten of gedrag. Dit gaat van psychotherapeutische interventies zoals cognitieve en dialectische gedragstherapie tot neurobiologische interventies, waaronder de behandeling met antidepressiva of lithium. Verder wordt in de richtlijn ingegaan op de componenten die een behandelplan voor suïcidale personen bij voorkeur bevat en is er advies te vinden over welke behandelsetting is aangewezen in welke context. De richtlijn behandelt daarnaast e-healthinterventies. De laatste jaren zijn er in Vlaanderen immers een aantal interessante applicaties en tools ontwikkeld die suïcidale mensen kunnen helpen om met hun zelfmoordgedachten om te gaan. Hoewel deze tools op eigen initiatief kunnen worden gebruikt, wordt aanbevolen om dit onder begeleiding van een hulpverlener te doen. Alle tools zijn wetenschappelijk onderbouwd en zijn te vinden op de website <https://www.zelfmoord1813.be>.

Een overzicht:

- *Think Life* is een gratis, anonieme en onlinezelfhulp cursus voor iedereen die aan zelfdoding denkt en iets aan deze gedachten wil doen. Think Life is opgebouwd uit stappen die zelfstandig en in eigen tempo doorlopen kunnen worden via internet. De hulpverlener kan de zelfhulp cursus aanbieden als overbrugging tussen contacten of als ondersteuning bij de begeleiding. Voor meer informatie, zie: <https://www.zelfmoord1813.be/thinklife>. Onderzoek in Vlaanderen toonde aan dat Think Life effectief is in het verminderen van de frequentie en intensiteit van suïcidale gedachten (De Jaegere, Van Landschoot, Portzky, & Van Heeringen, 2016).
- Het *safety plan* is een tool waarmee online een eigen safety plan opgesteld kan worden. De hulpverlener kan samen met de suïcidale persoon in dit plan noteren wat hem of haar in een crisissituatie tot rust kan brengen en met wie hij of zij contact kan opnemen in geval van nood. Het safety plan kan online ingevuld, gedownload of via de app *BackUp* gebruikt worden. Voor meer informatie, zie: <https://www.zelfmoord1813.be/safetyplan>.
- *BackUp* is een smartphoneapplicatie die ontwikkeld werd voor mensen die aan zelfmoord denken en voor hun omgeving. De app is bedoeld om houvast te bieden bij zelfmoordgedachten en reikt tools aan om een crisis te overbruggen of een volgende crisis te voorkomen. De hulpverlener kan helpen bij het invullen van de verschillende stappen of de app samen met de cliënt gebruiken, waarbij beiden de app installeren en elkaar toevoegen onder 'Mijn BackUps'. Voor meer informatie, zie: <https://www.zelfmoord1813.be/backup>.
- *On Track Again* is een smartphoneapplicatie die jongeren opnieuw op weg helpt na een zelfmoordpoging. Ze bevat tools die de jongere helpen om tot rust te komen, hen ondersteuning biedt, helpt om indien nodig hulp in te schakelen en een eigen veiligheidsplan op te stellen. De hulpverlener kan de verschillende onderdelen samen met de jongere invullen en de app gebruiken als ondersteuning bij de begeleiding. Voor meer informatie, zie: <https://www.zelfmoord1813.be/ontrackagain>.

Na een suïcidepoging of suïcide

Bij personen die recent een zelfmoordpoging ondernomen hebben, is er een verhoogd risico op herhaling van suïcidaal gedrag (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; Hawton et al., 2015). Om recidive te voorkomen is een doeltreffende opvang van suïcidepogers noodzakelijk, waarbij aandacht besteed wordt aan een inschatting van het nog aanwezige suïciderisico. De richtlijn toont aan de hand van een zorgpad hoe optimale zorg georganiseerd kan worden, zowel op het vlak van eerste opvang en follow-up als bij doorverwijzing en ontslag van suïcidepogers. Er wordt ook geadviseerd om suïcidepogingen altijd goed te registreren en de opvang ervan regelmatig te evalueren.

Wanneer iemand overlijdt door suïcide, heeft dat een enorme impact op de mensen die achterblijven, alsook op de betrokken hulpverleners. Het is essentieel om na een suïcide te zorgen voor een nauwgezette communicatie, optimale zorg voor nabestaanden en ondersteuning voor de betrokken hulpverleners. Nabestaanden verdienen bijzondere aandacht en ondersteuning. Ze blijken immers een verhoogd risico te lopen op een gecompliceerd rouwproces en op het ontwikkelen van suïcidale gedachten of gedrag (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Young et al., 2012). In de zorg voor nabestaanden staan twee zaken centraal: het aanmoedigen van het eigen herstellend vermogen en het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk en uit lotgenotencontact. Wanneer er sprake is van gecompliceerde rouw, kunnen ook rouwinterventies helpend zijn (Linde, Treml, Steinig, Nagl, & Kersting, 2017).

In de context van een zorginstelling dient extra aandacht uit te gaan naar de impact van een suïcide op medepatiënten en hulpverleners. Na een suïcide kan er bij medepatiënten immers een verhoogd suïciderisico ontstaan en kan suïcidaal gedrag in clusters voorkomen (Bowers, Banda, & Nijman, 2010; Seeman, 2015). Het is dan ook van essentieel belang om te investeren in een zorgvuldige informatieoverdracht en een goede opvang, en om extra waakzaam te zijn voor copycatgedrag.

Tot slot staat de richtlijn stil bij de impact van een suïcide op de hulpverlener zelf. Dit laat vaak een diepe indruk na. Op professioneel vlak kunnen twijfels over de eigen competentie ontstaan en geeft een suïcide vaak aanleiding voor een andere aanpak in het professioneel handelen. Daarnaast kan een suïcide heel wat emoties oproepen, waaronder gevoelens van ongelof, ontkenning, schaamte, boosheid, machteloosheid, verdriet, rouw, schuld, maar ook opluchting. Meer dan een derde van de hulpverleners die een suïcide van een patiënt meemaken, ervaart daardoor ernstige psychische problemen die lang kunnen aanhouden (Hendin, Haas, Maltsberger, Szanto, & Rabinowicz, 2004). De houding van de instelling speelt in deze context een belangrijke rol. Zo blijkt de emotionele impact na een suïcide veel groter wanneer hulpverleners onvoldoende ondersteund worden en wanneer de instelling negatief (schuld inducerend) reageert (Castelli Dransart, Gutjahr, Gulfi, Didisheim, & Séguin, 2014; Hendin et al., 2004). Aanbevolen wordt dus om na een suïcide op zoek te gaan naar de nodige ondersteuning en hulp, zowel op individueel niveau als op teamniveau, en zowel op professioneel als persoonlijk vlak.



Een nieuwe richtlijn vraagt om een nieuw beleid

Om alle aanbevelingen uit de richtlijn in de praktijk te brengen, bevelen de initiatiefnemers zorginstellingen aan om werk te maken van een vernieuwd suïcidepreventiebeleid. Belangrijke componenten in zo'n suïcidepreventiebeleid zijn: formulering van een visie op suïcidepreventie; stappen en afspraken bij de aanmelding, behandeling en follow-up van suïcidale personen; stappen en afspraken na een suïcide of suïcidepoging; afspraken rond opleiding, intervisie en zelfzorg; infrastructurele en medicatiegebonden veiligheidsmaatregelen; registratie en evaluatie van incidenten. De richtlijn biedt aanbevelingen met betrekking tot beleid en een checklist voor infrastructurele maatregelen. Advies voor het opzetten van beleid conform de richtlijn kan verkregen worden bij de 'suïcidepreventiewerking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg'.

Waar vind ik de richtlijn?

De richtlijn is beschikbaar in boekvorm en te bestellen via Politeia: <http://www.politeia.be>. Daarnaast is de richtlijn ook online te raadplegen via <https://www.zelfmoord1813.be/sp-reflex>, de website waar hulpverleners via e-learning theorie- en praktijkmodules kunnen doorlopen en duidelijke handvatten krijgen aangereikt. Deze e-learningwebsite is gratis toegankelijk voor iedereen en de modules komen in aanmerking voor accreditering door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (voor artsen). Andere hulpverleners ontvangen per module een certificaat van deelname.

Een samenvatting van de richtlijn is eveneens te downloaden of te bestellen via: <https://www.zelfmoord1813.be/publicaties>.

Voor nader advies kan men terecht bij het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie: <https://www.vlesp.be>.

Een overzicht van het opleidingsaanbod met betrekking tot suïcidepreventie in Vlaanderen is te vinden op: <https://www.zelfmoord1813.be/vormingen>.

Literatuur

- Aerts, S., Dumon, E., Van Heeringen, K., & Portzky, G. (2017). *Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag: multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Brussel: Politeia.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). *Zelfdoding: Vlaanderen in Europa*. Geraadpleegd op 8 september 2017 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-vlaanderen-in-europa-2011-2013>
- Biddle, L., Cooper, J., Owen-Smith, A., Klineberg, E., Bennewith, O., Hawton, K., ... & Gunnell, D. (2013). Qualitative interviewing with vulnerable populations: Individuals' experiences of participating in suicide and self-harm based research. *Journal of Affective Disorders*, 145, 356-362. doi:10.1016/j.jad.2012.08.024
- Bolton, J.M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*, 351, h4978. doi:10.1136/bmj.h4978

- Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: A systematic review of inpatient suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 315-328. doi:10.1097/NMD.0b013e3181da47e2
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(2), e89944. doi:10.1371/journal.pone.0089944
- Castelli Dransart, D.A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Didisheim, N.K., & Séguin, M. (2014). Patient suicide in institutions: Emotional responses and traumatic impact on swiss mental health professionals. *Death Studies*, 38, 315-321. doi:10.1080/07481187.2013.766651
- Cuijpers, P., De Beurs, D.P., Van Spijker, B.A., Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A.J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144, 183-190. doi:10.1016/j.jad.2012.06.025
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N.T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44, 3361-3363. doi:10.1017/S0033291714001299
- De Jaegere, E., Van Landschoot, R., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2016). Think Life. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effecten van een online zelfhulp cursus voor het leren omgaan met zelfmoordgedachten. Geraadpleegd via <https://www.vlesp.be/publicaties>
- Diamond, G., & Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: A 10-year update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 872-887. doi:10.1097/01.chi.0000169010.96783.4e
- Ferrey, A.E., Hughes, N.D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., ... & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), e009631. doi:10.1136/bmjopen-2015-009631
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J., ... & Schlegel, L. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 703-709. doi:10.1590/S0042-96862008000900014
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147-151. doi:10.1016/j.jad.2014.12.062
- Hawton, K., Witt, K.G., Salisbury, T.L.T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... & Van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 740-750. doi:10.1016/S2215-0366(16)30070-0
- Hendin, H., Haas, A.P., Maltzberger, J.T., Szanto, K., & Rabinowicz H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1442-1446. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1442
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., ... & Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66-78. doi:10.1016/j.jad.2014.12.048
- Linde, K., Tremblay, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(6), e0179496. doi:10.1371/journal.pone.0179496
- Luxton, D.D., June, J.D., & Comtois, K.A. (2013). Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis*, 34, 32-41. doi:10.1027/0227-5910/a000158
- Matarazzo, B., Homaifar, B., & Wortzel, H.S. (2014). Therapeutic risk management of the suicidal patient: Safety planning. *Journal of Psychiatric Practice*, 20, 220-224. doi:10.1097/01.pra.0000450321.06612.7a
- McPhedran, S., & De Leo, D. (2013). Miseries suffered, unvoiced, unknown? Communication of suicidal intent by men in "rural" Queensland, Australia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43, 589-597. doi:10.1111/sltb.12041
- Meerwijk, E.L., Parekh, A., Oquendo, M.A., Allen, I.E., Franck, L.S., & Lee, K.A. (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 544-554. doi:10.1016/S2215-0366(16)00064-X
- Milner, A.J., Carter, G., Pirkis, J., Robinson, J., & Spittal, M.J. (2015). Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *British Journal of Psychiatry*, 206, 184-190. doi:10.1192/bjp.bp.114.147819





- Potter, M.L., Vitale-Nolen, R., & Dawson, A.M. (2005). Implementation of safety agreements in an acute psychiatric facility. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11, 144-155. doi:10.1177/1078390305277443
- Quinlivan, L., Cooper, J., Davies, L., Hawton, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2016). Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ open*, 6(2), e009297. doi:10.1136/bmjopen-2015-009297
- Seeman, M.V. (2015). The impact of suicide on co-patients. *Psychiatric Quarterly*, 86, 449-457. doi:10.1007/s11126-015-9346-6
- Stanley, B., & Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256 – 264. doi:10.1016/j.cbpra.2011.01.001
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi:10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Van Heeringen, K. (2001). *Understanding suicidal behaviour: The process approach to research and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., De Keijser, J., Verwey, B., Van Boven, C., Hummelen, J.W., ... & Van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom. Geraadpleegd via <https://www.ggzrichtlijnen.nl/suïcidaal-gedrag>
- Verwey, B., Van Waarde, J.A., Bozdağ, M.A., Van Rooij, I., De Beurs, E., & Zitman, F.G. (2010). Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. *Crisis*, 31, 303-310. doi:10.1027/0227-5910/a000041
- Vlaamse overheid. (2017). *Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling 'preventie van zelfdoding' & een Vlaams Actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020*. Geraadpleegd op 8 september 2017 via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-actieplan-su%C3%AFcidepreventie-2012-2020>
- Yip, P.S.F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S.S., Wu, K.C.C., & Chen, Y.Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*, 379(9834), 2393-2399. doi:10.1016/S0140-6736(12)60521-2
- Young, I.T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 177-186.

Personalia

Eva Dumon is master in de klinische psychologie en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (UGent).

E-mail: Eva.Dumon@UGent.be

Saskia Aerts is doctor in de sociologie en als stafmedewerker verbonden aan het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding.

Kees Van Heeringen is psychiater, professor in de medische psychologie aan de UGent en voorzitter van de vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie van de UGent. Tevens is hij bestuurslid van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.

Gwendolyn Portzky is professor in de medische psychologie aan de UGent en hoofd van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Tevens is zij als klinisch psycholoog en cognitief-gedragstherapeut verbonden aan de dienst Psychiatrie van het UZ Gent.

Verantwoording

De auteurs van dit artikel zijn ook de auteurs en ontwikkelaars van de richtlijn en e-learningwebsite.